ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων

Ευαγγελία Ανδρεαδάκη[1], Αθηνά Καλοκαιρινού-Αναγνωστοπούλου[2]
1.Νοσηλεύτρια, MSc, Γραφείο Προσωπικού Διεύθυνσης Νοσηλευτικού Τομέα, 251 Γενικό Νοσοκομείο Αεροπορίας, Αθήνα
2. Καθηγήτρια, Τομέας Δημόσιας Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, ΕΚΠΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Είναι intelligentia communis ότι ο χώρος των Υγειονομικών Υπηρεσιών, σε παγκόσμια κλίμακα, ταλαν ίζεται από εκτεταμένη διαφθορά, διαρρηγνύοντας τοιουτοτρόπως τον κοινωνικό ιστό προστασίας έναντι στο σημαντικότερο αγαθό, την υγεία. Η Θεωρία των Παιγνίων (Θ.Π.), εφαρμοζόμενη σε καταστάσεις κοινωνικών διλημμάτων, αναδεικνύει ζητήματα προτεραιότητας του προσωπικού οφέλους που τελικά αποβαίνει σε βάρος του συνόλου και κατ' επέκταση του ίδιου του ατόμου.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η χαρτογράφηση των ρεαλιστικών διαστάσεων της διαπλοκής που παγιωμένα εξυφαίνεται γύρω από την υγειονομική περίθαλψη των Ελλήνων, η ανάδειξη των υποκείμενων αιτιών της, η καταγραφή των κοινωνικοοικονομικών επιπτώσεων υπό το πρίσμα της Θ.Π., καθώς και η ανάδειξη των πολιτικών πρόληψης, εξυγίανσης και καταστολής του εν λόγω μορφώματος.

Μεθοδολογία: Διενεργήθηκε εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση στις βάσεις δεδομένων «PubMed/Medline», «Embase», «Cinahl», «Cochrane», διαδικτυακά portal διεθνών οργανισμών, ελληνικών και ξένων φορέων, ενώ μελετήθηκε η σχετική ελληνική και αγγλική βιβλιογραφία με λέξεις κλειδιά όπως "διαφθορά", "απάτη", "παραοικονομία", "ελληνικό σύστημα υγείας", "Θεωρία Παιγνίων". Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν 195 δημοσιεύσεις, με αποδοχή αποκλειστικά εκείνων σε ελληνική και αγγλική γλώσσα της τελευταίας εικοσιπενταετίας.

Αποτελέσματα: Ο εκμαυλισμός στις Υπηρεσίες Υγείας καταρρακώνει τις αρχές της ισότητας-προσβασιμότητας-αποδοτικότητας-αποτελεσματικότητας στις οποίες οικοδομήθηκε το σύγχρονο ελληνικό υγειονομικό σύστημα ενώ καταστρατηγεί θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα. Οι αμοραλιστικές δραστηριότητες αφορούν το σύνολο των υγειονομικών φορέων, συνδυάζονται με υψηλό επίπεδο γενικής κοινωνικής διαφθοράς και έχουν ευθεία, αρνητική επίπτωση στην υγεία των Ελλήνων πολιτών, πλήττοντας άμεσα τους αδυνάτους. Τα τελευταία χρόνια, οι μεταρρυθμίσεις του συστήματος υγείας ήταν διαρθρωτικές και πολυεπίπεδες, με λήψη μέτρων για την κατά μέτωπο αντιμετώπιση και τροποποίηση του σαθρού υπόβαθρου που γαλουχούσε διαχρονικά τη διαφθορά.

Συμπεράσματα: Η αλλαγή φιλοσοφίας και στάσης των ίδιων των πολιτών απέναντι στο φαινόμενο της διαφθοράς, είναι το νευραλγικό σημείο που θα καθορίσει την αλυσιτέλεια του όποιου εγχειρήματος. Σε ένα παιχνίδι μηδενικού αθροίσματος, η περιχαράκωση των υγειονομικών εταίρων στην αποκλειστική διεκδίκηση των ατομικών/συντεχνιακών συμφερόντων τους, λειτουργεί σαν σπείραμα στρέβλωσης της ευρύτερης κοινωνικής ανάπτυξης και ομαλότητας. Η πάταξη της διαφθοράς απαιτεί τη μετάβαση σε ένα νέο «Κοινωνικό Συμβόλαιο», με ομοθυμία, κραταιή αποφασιστικότητα από τους πολιτικούς ταγούς, ρηξικέλευθες πολυσχιδείς τομές σε δικονομικό/ελεγκτικό επίπεδο και συντονισμό των προσπαθειών όλων των δυνάμεων της συντεταγμένης πολιτείας με συναίσθηση esprit de corps.

Λέξεις-Κλειδιά: Απάτη, Διαφθορά, Ελλάδα, Θεωρία Παιγνίων, Υπηρεσίες Υγείας

Υπεύθυνος αλληλογραφίας: Ευαγγελία Ανδρεαδάκη
Ηλεκτρονική διεύθυνση: eyhandreadaki@gmail.com

Ημερομηνία Υποβολής: 17/9/2017
Ημερομηνία Δημοσίευσης: 9/2018

Αναφορά του άρθρου ως: Ανδρεαδάκη Ε. & Καλοκαιρινού Αναγνωστοπούλου Α. (2018). Η διαφθορά στο χώρο της υγείας και το υπόδειγμα της θεωρίας των παιγνίων. Ελληνικό Περιοδικό Νοσηλευτικής Επιστήμης 11(3): 10-32

ΒΑΣΙΚΑ ΣΗΜΕΙΑ

- **Ο τομέας της Υγείας, στην Ελλάδα αλλά και παγκοσμίως, ταλανίζεται από το εκτεταμένο και πολυπλόκαμο φαινόμενο της διαφθοράς.**
- **Η Θεωρία των Παιγνίων αναδεικνύει ζητήματα προτεραιοποίησης του προσωπικού οφέλους και μπορεί να έχει προβλεπτική ισχύ σε ορισμένες συνθήκες υγειονομικής διαφθοράς.**
- **Το ελληνικό σύστημα υγείας υπέστη μεταβολές εκ θεμελίων την τελευταία επταετία προκειμένου να περισταλούν οι στρεβλώσεις που υποδαύλιζαν τη διαφθορά με πενιχρά αποτελέσματα, λόγω της εγγενούς σύνδεσης της υγειονομικής διαφθοράς με τη γενικότερη συνθήκη έκπτωσης αξιών και χρηστών ηθών στη σύγχρονη κοινωνία.**
- **Οι επιπτώσεις της διαφθοράς συνεχίζουν, παρά τις προσπάθειες, να είναι καταστροφικές με το φτωχότερο κομμάτι της κοινωνίας να τις επωμίζεται δυσανάλογα και την πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας να δυσχεραίνεται.**
- **Η αλλαγή της φιλοσοφίας της κοινωνίας των πολιτών και μια κραταιή ηγεσία αναδύονται ως οι σημαντικότεροι παράγοντες για την απάλειψη της διαφθοράς.**

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στην Ετήσια Διεθνή Έρευνα Gallup 2013, η διαφθορά αναδεικνύεται ως το σημαντικότερο πρόβλημα που καλείται να αντιμετωπίσει η ανθρωπότητα σήμερα (WIN 2014). Η Ελλάδα το 2015, αναδείχθηκε τέταρτη στη λίστα των πιο διεφθαρμένων από τις αναπτυγμένες χώρες, σε βαθμονόμηση που συνδύαζε το Δείκτη Αντίληψης Διαφθοράς, το Βαρόμετρο και άλλους χρηματοοικονομικούς δείκτες του ΟΟΣΑ (Martin 2016).

Στις ΗΠΑ, το 1993 η Υπουργός Δικαιοσύνης Janet Leto, δήλωσε ότι η απάτη στο χώρο της υγείας «είναι το δεύτερο μεγαλύτερο πρόβλημα μετά το βίαιο έγκλημα» (Sparrow 2008). Είναι intelligentia communis ότι ο χώρος των Υπηρεσιών Υγείας ταλανίζεται από εκτεταμένη διαφθορά, διαρρηγνύοντας τοιουτοτρόπως τον κοινωνικό ιστό προστασίας έναντι στο σημαντικότερο αγαθό, την υγεία. Οι εν λόγω αμοραλιστικές δραστηριότητες αφορούν το σύνολο των εμπλεκομένων σε οποιαδήποτε υγειονομική ενέργεια (TI 2006).

Παρά τα εκτεταμένα κρούσματα διαφθοράς που συνομολογούν οι πολίτες, τα ποσοστά διώξεων των παραβατών είναι εξαιρετικά μικρά, γεγονός που οφείλεται ενδεχομένως στην μη αποκάλυψη των περιστατικών αυτών (Διεθνής Διαφάνεια Ελλάς 2012).

Εννοιολογικοί Προσδιορισμοί

Η διαφθορά, σύμφωνα με τον ορισμό από την ΕΕ, την Παγκόσμια Τράπεζα και τη Διεθνή Διαφάνεια (2016), ορίζεται ως *«η κατάχρηση εξουσίας για ιδιωτικό όφελος»*.

Εστιάζοντας στον Τομέα της Υγείας, η διαφθορά *«σχετίζεται με την κατάχρηση εξουσίας στην οποία μπορούν να προβούν τόσο οι εμπλεκόμενοι σε υπηρεσίες διαχείρισης χρημάτων και προμηθειών (ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού, υλικών, υπηρεσιών κ.α.) όσο και οι εμπλεκόμενοι πάροχοι υγείας προκειμένου να προσποριστούν παράνομο ίδιο όφελος»* (ΟΕΚΔΥ 2014, σελ.10). Οι μορφές διαφθοράς ποικίλουν και περιλαμβάνουν: τη δωροδοκία, το χρηματισμό, τον εκβιασμό, την υπεξαίρεση χρημάτων, τη δωροληψία, την κατάχρηση, την πλαστογραφία, το νεποτισμό και τη σπατάλη (ΟΕΚΔΥ 2014, TI-Italia 2013).

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι να χαρτογραφήσει τις διαστάσεις της διαπλοκής που παγιωμένα εξυφαίνεται γύρω από τον ευαίσθητο χώρο της υγείας στην Ελλάδα, να αναδείξει τις υποκείμενες αιτίες της, να καταγράψει τις κοινωνικοοικονομικές επιπτώσεις υπό το πρίσμα της Θεωρίας των Παιγνίων, καθώς και να αναδείξει τις πολιτικές πρόληψης, εξυγίανσης, καταστολής του εν λόγω μορφώματος.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Διενεργήθηκε εκτεταμένη έρευνα γραφείου (desk research) που περιελάμβανε την αναζήτηση βιβλιογραφίας από βάσεις δεδομένων (PubMed/Medline, EMBASE, CINAHL, Cochrane, Google Scholar), διαδικτυακά portal διεθνών οργανισμών (World Bank, WHO, UN, Eurostat, European Commission,U-4 Anticorruption Centre, Transparency International, European Healthcare fraud & corruption Network) και επίσημων ελληνικών και ξένων κρατικών ή ιδιωτικών φορέων (Υπουργεία Υγείας, Υπουργεία Οικονομικών, Υπουργεία Δικαιοσύνης, Αρχή Προστασίας του Πολίτη, The Health Insurance Counter Fraud group, INE, ILO, IRS, U.S. Department of Justice) καθώς και δημοσιοποιημένα συγγράμματα ή έντυπα περιοδικά με δια ζώσης αναζήτηση από τις βιβλιοθήκες των τμημάτων Νοσηλευτικής και Νομικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Η αναζήτηση ολοκληρώθηκε το Μάρτιο του 2017 με λέξεις κλειδιά όπως "διαφθορά", "απάτη", "παραοικονομία", "ελληνικό σύστημα υγείας", "θεωρία Παιγνί-

ων" και αντίστοιχη αγγλική ορολογία.

Κριτήρια αποκλεισμού ή αποδοχής, αντίστοιχα, των βιβλιογραφικών δεδομένων υπήρξαν: 1.ο χρόνος δημοσίευσης, αποκλειστικά μετά το 1990, 2.δημοσίευση σε μη επιστημονικά περιοδικά, επίσημες εκθέσεις οργανισμών, ή πανεπιστημιακές βιβλιοθήκες, 3.κείμενα με θεματολογία που δεν άπτεται ζητημάτων υγειονομικής δραστηριότητας, δημόσιας διοίκησης, δικονομικής ανάλυσης, ή κοινωνιολογικής οπτικής της θεωρίας των παιγνίων, 4.δεν ενσωματωθήκαν στη μελέτη «κλειστά» άρθρα που δεν διέθεταν περίληψη, ώστε να πιστοποιηθεί η συνάφεια του περιεχομένου, ενώ τέλος 5.η γλώσσα συγγραφής του κυρίως κειμένου έπρεπε να είναι ελληνικά ή αγγλικά. Στη μελέτη συμπεριελήφθησαν τελικά 195 δημοσιεύσεις από την πρωταρχική αναζήτηση που απέδωσε πάνω από ένα εκατομμύριο αποτελέσματα. Τα δεδομένα αυτά παρουσιάζονται στο Διάγραμμα Ροής Βιβλιογραφίας καθώς και στο συνοπτικό περιγραφικό πίνακα ενδεικτικών μελετών/συγγραμμάτων (Πίνακας 1).

Η ανάλυση γίνεται με ειδικό βάρος στην οπτική και τη θέση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας υπό το πρίσμα των κριτηρίων της ιατρικής αποτελεσματικότητας, της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής ισότητας (ΕΣΔΥ 2012).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αιτιολογικό Υπόβαθρο

Η διαφθορά στην υγεία, όπως ορίζουν τα Ηνωμένα Έθνη, είναι αντανάκλαση των δομικών προκλήσεων στα Συστήματα Υγείας καθώς και των εσωτερικών συνθέσεων του υγειονομικού τομέα. Σαν γενεσιουργές αιτίες της δε, αναγνωρίζονται η υπό- ή υπέρ- νομοθέτηση, η ελλειμματική λογοδοσία, οι χαμηλοί μισθοί και η περιορισμένη προσφορά Υπηρεσιών Υγείας (UNDP 2011).

Στη μελέτη Health Sector Corruption Survey, καταδεχθήκαν ως κύριοι αιτιολογικοί παράγοντες της διαφθοράς στον υγειονομικό χώρο, με σειρά συχνότητας-σοβαρότητας:

1.το ακατάλληλο σύστημα εποπτείας και παρακολούθησης προμηθειών,

2.οι χαμηλές αμοιβές/ αποδοχές,

3.οι πολιτικές παρεμβάσεις/ανύπαρκτη κυβερνητική βούληση και ρύθμιση,

4.η κακή ηγεσία και καθοδήγηση,

5.η ανύπαρκτη λογοδοσία,

6.η απληστία,

7.η φτώχεια, και

8.η κουλτούρα (USAID 2013).

Επίσης, ανάμεσα στους προσδιοριστικούς παράγοντες διαφθοράς, σε θέματα της πρόκλητης ζήτησης, συγκαταλέγεται και ο πληθωρισμός ιατρών (Chernew et al 2009), καθώς και οι χαμηλοί μισθοί τους (Jakusovaite et al 2005). Μελέτες εντοπίζουν άμεση συσχέτιση του αριθμού των ειδικών σε μια χώρα με το φαινόμενο, ενώ αντίθετη επίδραση φαίνεται να έχει η παρουσία γενικών–οικογενειακών ιατρών (Grumbach et al 1997). Στη χώρα μας είναι γνωστή η παθογένεια της παρουσίας του μεγαλύτερου αριθμού ιατρών ανά χίλιους κατοίκους, με μόνο 31,8 εκ των 678 να είναι Γενικοί Ιατροί (Eurostat 2013), καθώς και της χαμηλής αποζημίωσής τους εν συγκρίσει με το μέσο όρο του ΟΟΣΑ (Reginato & Grosso 2011).

Παραμετροποίηση Διαφθοράς

Παρότι το θεωρητικό ερμηνευτικό κατασκεύασμα της διαφθοράς είναι πιο ακριβές από ποτέ, παραμένει τόσο πολυσχιδές, ώστε να περιγράφεται ως «κλειστό κουτί», σχεδόν αδύνατο να ανοιχτεί και να μετρηθεί (Norad 2008). Οι διαθέσιμοι δείκτες απόδοσης είναι κατ' ελάχιστον συγκεχυμένοι και ουσιαστικά πρόκειται για εργαλεία διερεύνησης, έμμεσοι δείκτες που συναξιολογούνται, και όχι ελεγκτικά μεγέθη πολλές φορές. Επιπλέον δυσκολία προκύπτει από το ότι προσκρούει στη μυστικότητα (Jafari et al 2015), στον κυνισμό, και την παθητικότητα ευρέως κομματιού του πληθυσμού που την αποδέχεται ως φυσιολογική νόρμα συμπεριφοράς, καθώς και στο υψηλό και αδιαμφισβήτητο κύρος που χαίρουν οι επαγγελματίες υγείας, και δη ο ιατρικός κλάδος (EHFCN 2013). Τα μέσα που διαθέτει στη φαρέτρα της η κοινωνία, για την αξιολόγηση της διαφθοράς, παρουσιάζονται στο Πίνακα 2.

Θεωρία των Παιγνίων και Υγειονομική Διαφθορά

Η διάσταση συμφερόντων μεταξύ των πάροχων υγείας και των ασθενών, είναι όχι μόνο εμφανής, αλλά και επιδεινούμενη στα συστήματα υγείας (ΣΥ). Καθώς οι υπηρεσίες υγείας γίνονται ολοένα και πιο ακριβές, οι πελάτες –ασθενείς αδυνατούν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις τους (Caplan 2011). Η πρόσβαση και η ζήτηση για φροντίδα υγείας είναι πιο υψηλή παρά ποτέ (WHO 2008). Με την παραδοχή ότι 80% των δαπανών υγείας καθορίζονται από ιατρικές αποφάσεις (Cassel & Guest 2012), πλέον είναι αδήριτη ανάγκη οι ιατροί να πληρούν όχι μόνο το ρόλο τους ως θεραπευτές, αλλά και να είναι άρτιοι διαχειριστές των πεπερασμένων υγειονομικών πόρων (WHO 2008). Παρότι θεωρητικά υποθέτει κανείς ότι και τα δύο μέρη, επαγγελματίες υγείας και πελάτες, υιοθετούν αλτρουιστική, υπεύθυνη και λογική συμπεριφορά, αυτό αίρεται από τη μεταξύ τους σύγκρουση συμφερόντων (Dubois 2006). Εν καιρώ οικονομικού και γενικευμένου κοινωνικού αναβρασμού και αβεβαιότητας, ο κάθε εταίρος προσπαθεί να εκμεταλλευτεί το ΣΥ για μεγιστοποίηση του ατομικού του κέρδους (Djulbegovic et al 2014). Καθώς το ατομικό συμφέρον τίθεται σε πρώτη γραμμή και σε βάρος της κοινωνικής μακροπρόθεσμης χρηστικότητας, με συνειδητή, συστηματική διασπάθιση πόρων και φτωχά υγειονομικά αποτελέσματα, η κοινωνία οδηγείται στην «τραγωδία των κοινών», δηλαδή σε υποβιβασμό

ενός συλλογικού κεφαλαίου, που εν προκειμένω είναι η δημόσια υγεία.

Ο τομέας της υγειονομικής περίθαλψης επιδέχεται διαβρωτικές παρεμβάσεις. Οι λόγοι για αυτό είναι ποικίλλοι με ένα μοναδικό συγκερασμό αβεβαιότητας, ασσύμετρης πληροφόρησης, ανελαστικής ζήτησης, πολύπλοκο σύστημα τιμολόγησης, εναπόθεση δημόσιων λειτουργημάτων σε ιδιωτικούς φορείς, πληθωρισμό και κατακερματισμό των συστημικών εταίρων, καθώς και το γεγονός ότι είναι ανεξάντλητη δεξαμενή χρήματος (δημόσιου και ιδιωτικού). Αποκύημα αυτού είναι η συστημική επιρρέπεια στη διαφθορά, ενώ η κραταίωση εναντίον της απαιτεί ολιστική θεώρηση και αντιμετώπιση (Economou et al 2015, TI 2006). Η πολυσχιστότητα και περιπλοκότητα των ίδιων των Συστημάτων Υγείας με τους εμπλεκόμενους εταίρους διακρίνεται στην Εικόνα 1.

Τα αντικρουόμενα συμφέροντα μεταξύ των συμβαλλόμενων μερών μπορούν να αναλυθούν εκτεταμένα στο πλαίσιο της πελατειακής σχέσης αντιπροσώπευσης (εντολέα-πληρεξούσιου), που συνδέει παρόχους και ασθενείς. Εδώ ο ασθενής ουσιαστικά εξουσιοδοτεί τον ιατρό να δράσει υπέρ του και να πάρει αποφάσεις εκ μέρους του (principal-agent, patron-client relationship) (Sappington 1991). Ο εντολοδότης (ασθενής) προσλαμβάνει – αναθέτει στον «εκπρόσωπο-μεσίτη» (ιατρό) να διεκπεραιώσει κάποια λειτουργία-υπηρεσία, ωστόσο λόγω του ότι υπάρχουν αντικρουόμενα συμφέροντα και το αποτέλεσμα της εργασίας του εντολοδοχέα δεν μπορεί να αξιολογηθεί πλήρως -εξαιτίας της ελλειματικής πληροφόρησης-, η συμφωνία αυτή παύει a priori να είναι ισορροπημένη και βέλτιστη. Φυσικά ο ιατρικός κλάδος δεν είναι αποκλειστικός φορέας τέτοιων εντολών εντός του συστήματος υγείας. Οι διαχειριστές χώρων παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, οι λοιποί επαγγελματίες υγείας, οι φαρμακευτικές εταιρείες, οι προμηθευτές ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας και οι ασφαλιστικές εταιρείες λειτουργούν υπό την επιρροή κινήτρων που πολλάκις ενισχύουν την κατασπατάληση, υπερεξάντληση ή υπερκοστολόγηση πόρων, και τελικά συνδράμουν στη μη άριστη ποιοτικά παροχή φροντίδας. Εν ολίγοις, η ασύμετρη πληροφόρηση αφήνει έκθετους, κατά κύριο λόγο τους ασθενείς, στις οπορτουνιστικές δράσεις των παρόχων, ιδιαίτερα των φαρμακευτικών (κατασκευαστών, εισαγωγέων, μεταπωλητών, συνταγογράφων, φαρμακοποιών) που επιδιώκουν τη μεγιστοποίηση του κέρδους τους (Cohen et al 2007).

Στη διεθνή βιβλιογραφία έχουν αναπτυχτεί ποικίλα μοντέλα Θεωρίας των Παιγνίων (ΘΠ) για τη σχέση ιατρού-ασθενή, μεταξύ άλλων, σε ότι αφορά τη συμβουλευτική συνδιαλλαγή τους σε μια ιατρική επίσκεψη (Tarrant et al 2004), τη λήψη κλινικών αποφάσεων (Djulbegovic et al 2014), καθώς και σε περιπτώσεις εγκεφαλικού θανάτου (Riggs 2004).

Καθότι η παρουσίαση πολυσύνθετων μαθηματικών μοντέλων ανάλυσης της ΘΠ ανά περίπτωση σχέσης μεταξύ παρόχων και πελατών στο ΣΥ υπερβαίνει τους σκοπούς της παρούσας μελέτης, προς τούτο η ανάλυση θα περιοριστεί στο θεωρητικό καθαρά σκέλος.

Έτσι λοιπόν, η Θεωρία των Παιγνίων (Θ.Π.), εφαρμοζόμενη σε καταστάσεις κοινωνικών διλημμάτων, αναδεικνύει ζητήματα προτεραιοποίησης του προσωπικού οφέλους. Μπορεί να αξιοποιηθεί ως θεωρητικό υπόβαθρο σε περιπτώσεις κοινών και αντικρουόμενων συμφερόντων μεταξύ δύο «παικτών», όπως π.χ. η σχέση ιατρού-ασθενή (Tarrant 2004), με το υπόδειγμα του Διλήμματος του Φυλακισμένου να είναι το πλέον αναγνωρίσιμο. Το Δίλημμα του Φυλακισμένου (Poundstone 1992) ουσιαστικά μοντελοποιεί τους συνδυασμούς των στρατηγικών αποφάσεων έκαστων μερών, αναδεικνύοντας το πώς όταν ο καθένας υιοθετεί τη βέλτιστη ορθολογική στρατηγική για τον ίδιο, αυτό καταλήγει να αποβαίνει σε βάρος του, και να μεταπίπτουν ομαδικά σε χειρότερη θέση (Riggs 2004). Οφείλει να τονιστεί ότι εδώ δε λαμβάνεται υπόψη η επαγγελματική, ηθική και νομική, υποχρέωση των ιατρών να δρουν προς όφελος των ασθενών και τη σχέση εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται μεταξύ τους, συνθήκη η οποία καταργείται de facto και σε καταστάσεις διαφθοράς. Μάλιστα, τα τελευταία χρόνια, η σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ παρόχων ΥΥ και ασθενών έχει διαρραγεί πιο πολύ από ποτέ, όπως καταδεικνύουν μελέτες (Calnan & Sanford 2004), ενώ συνομολογείται παράλληλη άνθιση του ατομικισμού (Santos et al 2017). Όλα τα παραπάνω στοιχεία αναδεικνύουν τη Θεωρία των Παιγνίων επίκαιρη και αναγκαία.

Παράδειγμα αυτού θα μπορούσε να είναι, τροποποιημένο, το υπόδειγμα των Djulbegovic et al (2014) με έναν εξαρτημένο στα οπιοειδή ασθενή που αιτείται τη συνταγογράφηση τους από τον ιατρό Εάν αισθάνεται αληθινό άλγος, η βέλτιστη για τον ιατρό επιλογή είναι να του τα παρέχει. Εάν από την άλλη δεν πονά, πάλι το να τα συνταγογραφήσει είναι η καλύτερη στρατηγική για τον ιατρό, καθώς και μεγάλη ικανοποίηση για τις υπηρεσίες του θα έχει από τον εξαρτημένο (και κατ' επέκταση διαφήμιση) και σε περίπτωση χρηματισμού του, θα λάβει ποσό «κάτω από το τραπέζι» για να τον εξυπηρετήσει αναντίρρητα. Αυτά ωστόσο είναι βραχυχρόνια οφέλη, καθώς η μη διακοπή των οπιοειδών θα λειτουργήσει σε βάρος του ασθενή, αλλά και της κοινωνίας εν συνόλω. Η πράξη αποδοχής για το «φακελάκι» λειτουργεί σαν δεδικασμένο «σπασμένου παραθύρου» (Hinkle 2014) επιτείνοντας τις παράνομες συμπεριφορές (πιθανόν και άλλοι ασθενείς να υιοθετήσουν τέτοια συμπεριφορά ενώ ιατροί, λόγω της ατιμωρησίας, θα κρατήσουν παρόμοια στάση, αναπαράγοντας κακές πρακτικές στην οπιο-απεξάρτηση και καθιερώνοντας την τακτική χρηματισμού ως status quo). Στην περίπτωση, επίσης, που οι ελεγκτικές αρχές αντιληφθούν το μεταξύ τους «παίγνιο» και οι δύο θα τιμωρηθούν βάση

των δικονομικών θεσπισμάτων. Το εν λόγω παράδειγμα καταδεικνύει λοιπόν, πως οι ανταμοιβές που στην αρχή φαντάζουν λογικοφανείς και ωφέλιμες από ατομικιστική θεώρηση, καταλήγουν να είναι επιζήμιες και κοστοβόρες τόσο στους εμπλεκομένους όσο και στην πολιτεία.

Έτσι λοιπόν, όταν έχουμε παράνομες ή κατάπτυστες – αλλά όχι παρά το νόμο-συμπεριφορές που περιχαρακώνονται αποκλειστικά στα ατομικά, συντεχνιακά συμφέροντα, όπως για προσπορισμό άμεσων χρηματικών κερδών και αύξηση του κύρους (ιατρικό σώμα), είτε για μεγιστοποίηση του μεριδίου της αγοράς ή πολιτικής επιρροής (εταιρείες ιατροφαρμακευτικής τεχνολογίας), είτε για βελτίωση της ποιότητας ΥΥ (σε όρους ποιότητας ή ακόμα και εξοικονόμησης χρόνου πχ. «γρηγορόσημο» για διεκπεραίωση χειρουργικής επέμβασης και υπερκέραση λίστα αναμονής, για τους πελάτες-ασθενείς) (TI 2006), θα ισχυριζόταν κάποιος ότι υιοθετείται η βέλτιστη στρατηγική για κάθε παίκτη. Μια προβολή στο μέλλον, θα μας πιστοποιούσε ότι με τις παραπάνω μεμονωμένες ενέργειες διακυβεύεται, κατ' αναλογία του «φαινομένου της πεταλούδας», το σοβαρότερο όλων των αγαθών που είναι η δημόσια υγεία και η κοινωνική ομαλότητα, φέρνοντας τελικά όλους τους μετέχοντες στο αρχικό σημείο μηδέν, αν όχι σε χειρότερο. Καταλήγοντας, το δίλημμα του φυλακισμένου έχει ενδιαφέρον διότι εξηγεί με μαθηματικό μοντέλο, τον τρόπο που δύο ανταγωνιστές αποτυγχάνουν συχνά να συνεργαστούν όταν η μεταξύ τους συνεργασία θα ήταν προς το κοινό συμφέρον (Riggs 2004).

Το Μανιφέστο της Διαφθοράς και οι Επιπτώσεις του

Οι επιπτώσεις της διαφθοράς στον τομέα υγείας έχουν περιγραφεί με αρκετούς, διαφορετικούς τρόπους και σε διαφορετικά επίπεδα. Οι Rădulescu et al (2008) τα συνοψίζουν στην εξάντληση των υγειονομικών πόρων, υπονόμευση της ποιότητας, της αποδοτικότητας και της ισότητας, πυροδότηση των δαπανών, μείωση της αποτελεσματικότητας και του όγκου του παραγόμενου έργου. Για περιγραφικούς λόγους, κατηγοριοποιούνται ως εξής (Gaitonde et al 2016, Lewis 2006):

Γενικές Συστημικές Επιπτώσεις

Ο ΟΗΕ υποδεικνύει τη διαφθορά ως αιτία τεχνητών καθυστερήσεων και περιττής γραφειοκρατίας προκειμένου να υπάρξει προκλητή ζήτηση για επιταχύνσεις και τεχνηέντως να υποκινηθεί το σύστημα των δωροδοκιών. Συνοψίζει δε, τις επιπτώσεις της σε οικονομική επιβάρυνση των εμπορικών συναλλαγών παντός φύσεως, καταλύτη αναποτελεσματικής ή διασπαθισμένης επένδυσης δημόσιων πόρων, επίτασης της ανέχειας και της κοινωνικής ανισότητας, συντελεστή απονομιμοποίησης (OECD 2014).

Η διαφθορά, μπορεί να εντείνει την άνιση κατανομή εισοδήματος (Gupta et al 2002), αυξάνει το κόστος βασικών δημόσιων υπηρεσιών και μπορεί να περιορίσει την πρόσβαση στους οικονομικά ασθενέστερους (BUSPH 2016). Η διαφθορά πλήττει κατά κύριο λόγο τη φτωχότερη κάστα της κοινωνίας (Boehm & Joerges 2008).

Επιπτώσεις στον υγειονομικό τομέα

Η διαφθορά υπονομεύει μακροπρόθεσμα τα σύστημα υγείας, απομυζώντας πόρους από αυτό, ενώ ευνοεί και την κακή εσωτερική κατανομή και διοχέτευσή τους ασυνάρτητα (U4 Anti-Corruption Resource Centre 2008). Ενώ οι πόροι του υγειονομικού προϋπολογισμού εξαντλούνται μέσω υπεξαιρέσεων και απάτης, αυτό μπορεί να οδηγήσει στην αποδραστηριοποίηση του προσωπικού, σε παροχή χαμηλότερης ποιότητας φροντίδας και σε μειωμένη διαθεσιμότητα και χρήση των υπηρεσιών (Lindelow et al 2006). Η μελέτη των Rothstein & Holmberg (2011) αποδεικνύει τη θετική συσχέτιση μεταξύ έντασης διαφθοράς και ιδιωτικών δαπανών στην υγεία, δηλαδή σε πιο αδιάφθορες χώρες οι ιδιωτικές δαπάνες (και επομένως οι παραπληρωμές) είναι μικρότερες, ενώ αντίστοιχα καταγράφεται αύξηση των κυβερνητικών δαπανών στην υγεία. Η διαφθορά με τη μορφή άτυπων πληρωμών για φροντίδα υγείας, μπορεί να μειώσει την πρόσβαση στις υπηρεσίες, ειδικά για τους φτωχούς, και να προκαλέσει καθυστερήσεις στις συμπεριφορές αναζήτησης φροντίδας (Lewis 2000). Επίσης η διαφθορά *«τιμωρεί τους πιο ηλικιωμένους, καθότι είναι το κομμάτι εκείνο του πληθυσμού που είναι πιθανό να αναζητήσει πιο συχνά φροντίδα»* (TI 2006, σελ 40).

Η μελέτη των Bobak et al (2007) δείχνει την ήπια αρνητική συσχέτιση του δείκτη διαφθοράς με το αντιλαμβανόμενο επίπεδο υγείας, ενώ έρευνα στην Ουγκάντα την χαρακτηρίζει ως πρωτεύων εμπόδιο για τη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Bouchard et al 2012). Τέλος, η διαφθορά θεωρείται ως παράγοντας αποσταθεροποίησης της παγκόσμιας δημόσιας υγείας, λόγω της εξασθένισης των συστημάτων υγείας ενάντια σε πιθανές προσβολές, όπως πχ. η πρόσφατη επιδημία του ιού Έμπολα (Mackey et al 2016).

Εκβάσεις Υγείας

Η διαφθορά έχει συσχετιστεί με χαμηλότερα ποσοστά ανοσοποίησης, καθυστερήσεις στους εμβολιασμούς και αποτυχία στη θεραπεία ασθενών, λιγότερη χρήση δημόσιων κλινικών, μειωμένη ικανοποίηση στη φροντίδα και αυξημένους χρόνους αναμονής (Azfar & Tugrul 2008), ενώ συνδέεται αρνητικά και με δείκτες υγείας, όπως τη βρεφική και παιδική θνησιμότητα (Gupta et al 2002).

Η πολυπαραγοντική ανάλυση μεταξύ δεικτών διαφθοράς και δεικτών υγείας σε διάφορες χώρες καταδεικνύει θετική συσχέτιση των δύο. Μεγαλύτερη ένταση του παθογόνου φαινομένου της διαφθοράς οδηγεί σε χειρότερα αποτελέσματα υγείας για τον πληθυσμό (health

outcomes) (Lewis 2006). Οι Factor & Kang (2015) παρέχουν αποδείξεις για τη συσχέτιση των χαμηλών δαπανών για την υγεία, ως μέγεθος επί % του ΑΕΠ, και των πτωχών υγειονομικών αποτελεσμάτων, με την ύπαρξη υπέρμετρης διαφθοράς. Οι Lio & Lee (2015) διαπίστωσαν ότι μικρότερης έντασης διαφθορά έχει θετική επίδραση στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής, χαμηλότερη βρεφική θνησιμότητα και θνησιμότητα κάτω των 5 ετών σε μια χώρα. Ομοίως, οι Muldoon et al (2011) ανάγουν τις άτυπες πληρωμές, σε προδιαθεσικό παράγοντα αύξησης τριών Δεικτών Θνησιμότητας, της Βρεφικής, της Παιδικής και της Μητρικής, ενώ αντίθετα προστατευτική δράση φαίνεται να έχει η διαφάνεια στην κυβερνητική δράση και ηγεσία.

Συνολικά, η μεταβλητή της διαφθοράς, παραμένει πρωτεύοντας παράγοντας που επηρεάζει τις εκβάσεις υγείας σε συστηματική βάση (Azfar & Tugrul 2008).

Χρηματοοικονομικές επιπτώσεις στο επίπεδο του ασθενή

Το EHFCN (2010a) υποδεικνύει τις πολυμελείς οικογένειες, τους κατοίκους αγροτικών περιοχών, τους πολίτες με αντιλαμβανόμενο κακό επίπεδο υγείας, και ασθενείς με χρόνιες παθήσεις ως τους πιο ευάλωτους να υποστούν καταστροφικές δαπάνες εξαιτίας των άτυπων πληρωμών, ενώ στηλιτεύει την Ελλάδα για τη λίστα και το «φακελάκι».

Μελέτη σε δείγμα 4738 ασθενών, διαπίστωσε ότι το 36% εξ αυτών διεκπεραίωσε μια τουλάχιστον άτυπη πληρωμή (Liaropoulos et al 2008). Έτερη έρευνα βρήκε ότι το ποσό €300 ήταν η μέση πληρωμή, ενώ για τα «δώρα ευγνωμοσύνης» αντίστοιχα, το ποσό ανερχόταν στα €200, με το νοσηλευτικό προσωπικό να λαμβάνει μικρότερα τέτοια ποσά της τάξεως των €25–€35 (Siskou et al 2008). Τρίτη μελέτη αναδεικνύει το πρόβλημα της μαύρης οικονομίας στον τομέα της γυναικολογίας, μεσούσης της ύφεσης. Καταγράφεται ότι σε σύνολο 160 γυναικών από 4 αθηναϊκές μαιευτικές κλινικές, 74,4% έδωσαν «φακελάκι» (Kaitelidou et al 2013). Τέλος, έρευνα που διεξήχθη το 2012 σε 2741 άτομα, αναφέρει ότι περίπου το 32,4% των εισαγωγών σε δημόσιο νοσοκομείο αφορά σε κάτω-από-το-τραπέζι πληρωμές. Στον ιδιωτικό τομέα, το μεγαλύτερο ποσοστό (36%) των κάτω-από-το-τραπέζι πληρωμών διεκπεραιώθηκε σε επισκέψεις σε ιδιώτες ιατρούς και οδοντιάτρους (που δεν εξέδιδαν απόδειξη πληρωμής) (Souliotis et al 2016).

Οι υπολογιζόμενες απώλειες, εξαιτίας απάτης, λαθών και κατάχρησης στην ΕΕ, ανέρχονται στα €30-100 εκατομμύρια (3-10% των συνολικών δαπανών για την υγεία), ενώ η Παγκόσμια Τράπεζα εκτιμά ότι μέχρι και το 30% των πόρων που προορίζονται για την υγεία, στις υπό μετάβαση χώρες της ΕΕ, διασπαθίζεται στη 'μαύρη τρύπα' της διαφθοράς (EHFCN 2010b).

Ο Chattopadhyay (2013, σελ.158) αναγνωρίζοντας ότι «η διαφθορά στον τομέα της υγείας συνεπάγεται εγκλήματα κατά της ανθρωπότητας», διακρίνει τις πρωταρχικές επιπτώσεις ανάλογα με το τύπο των παράτυπων δράσεων, ενώ λίστα επιλεγμένων πρακτικών διαφθοράς με τον αντίκτυπό τους παραθέτει και το Boston University School of Public Health (Πίνακας 3).

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Η «μνημονιακή» υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα : αντίκτυπος στον ασθενή

Η ίση πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί κεντρικό ζήτημα της πολιτικής υγείας. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρόσβαση των πολιτών στο σύστημα υγείας είναι κοινωνικοί και οικονομικοί, με το εισόδημα να αποτελεί βασικό παράγοντα πρόσβασης –ή ανισότητας- σε ένα σύστημα υγείας (Cylus & Papanicolas 2015). Όπως επισημαίνουν οι Mossialos et al (2005), η πολιτική υγείας και οι μεταρρυθμίσεις στην υγεία στην Ελλάδα έχουν σχέση εξάρτησης και επηρεάζονται από τις πελατειακές σχέσεις, την απουσία συναίνεσης και την αδύναμη κοινωνία των πολιτών. Η ανικανότητα να επέλθει η αλλαγή υπήρξε πάντα μια συνέπεια των επικρατούντων πολιτικών συνθηκών, της ανεπίλυτης διένεξης μεταξύ των πολιτικών κομμάτων και των οικονομικών συμφερόντων, καθώς και της ουσιαστικής αντίστασης από τους συμμέτοχους ιατρούς.

Το 2010 θα μπορούσε να χαρακτηριστεί ως ένα κομβικό μεταρρυθμιστικό έτος, με την εισαγωγή σημαντικών νομοθετημάτων που τροποποίησαν το «φαινότυπο» του ΣΥ της χώρας και αποπειράθηκαν να παρέμβουν και στο «γονότυπο», με την εκρίζωση όλων των παθογενειών. Ωστόσο, από τη πλευρά των χρηστών υπηρεσιών υγείας, η πεποίθηση της κυριαρχίας της διαφθοράς στο ελληνικό σύστημα, συντηρείται ακόμα σε υψηλά επίπεδα, όπως διαφαίνεται από το Παγκόσμιο Βαρόμετρο 2013 (Mackey et al 2016) Το χρηματοδοτικό βάρος που υφίστανται οι πολίτες για να αγοράσουν υπηρεσίες υγείας, διογκώνεται εάν κανείς αναλογιστεί ότι η κρίση άφησε, για το 2015, περίπου 2,5 εκατομμύρια πολίτες της ελληνικής επικράτειας χωρίς ασφαλιστική κάλυψη υγείας, καθώς επίσης και αύξηση της συμμετοχής των πολιτών στο κόστος των υπηρεσιών υγείας και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων (Economou et al 2015).

Η περιστολή των κρατικών δαπανών για την υγεία την τελευταία επταετία, με την ταυτόχρονη επίταση της αδυναμίας καταβολής ιδίων πληρωμών από τους ασθενείς, καταλύουν αρνητικά την εξίσωση μεταξύ προσφοράς υπηρεσιών υγείας και ζήτησης. Διαχρονικά άλλωστε, οι ιδιωτικές δαπάνες υπήρξαν σημαντικός ισοσταθμιστής αυτής της σχέσης αλλά και «άτυπο εισιτήριο» ταχείας πρόσβασης στο ελληνικό ΣΥ. Άξιο προσοχής είναι το γεγονός ότι η ανικανοποίητη ζήτηση που περιγράφεται, αφορά τις ευπαθείς κοινωνικές ομάδες, όπως οι χρόνιοι

πάσχοντες, οι άνεργοι και οι φτωχοί (ΕΣΔΥ 2013). Ως εκ τούτου, το κεφαλαιώδες ζήτημα ανθούσης της χρηματοπιστωτικής κρίσης, συνίσταται στην ανυπαρξία ισορροπίας μεταξύ προσφοράς και ζήτησης, με πλήρη αδυναμία αντιρρόπησης πλέον από τους ασθενείς μέσω ίδιων πληρωμών (ΕΣΔΥ 2012). Επιβεβαιώνεται, λοιπόν, ότι η αδυναμία πληρωμής επηρεάζει κυρίως εκείνους με φτωχό επίπεδο υγείας και χαμηλά εισοδήματα (BUSPH 2016).

Το 2014, 15,1% ήταν το πραγματικό σχετικό ποσοστό φτώχειας , ενώ το 2012 ο Δείκτης Gini (δείκτης άνισης κατανομής εισοδήματος) κατέγραψε τιμή-ρεκόρ 36,68 (εν συγκρίσει με 33,97 για το 2004) (The World Bank 2016). Και οι δύο δείκτες, σε συνδυασμό με τα υψηλότερα, στην πρόσφατη ιστορία, ποσοστά ανεργίας (24,9 % το πρώτο τρίμηνο του 2016), υποδεικνύουν, εν ολίγοις, ότι οι φτωχοί έγιναν φτωχότεροι και το ψαλίδι της ανισότητας στην ελληνική κοινωνία διευρύνεται. Αυτό δικαιολογεί τη στροφή των ασθενών στο δημόσιο σύστημα υγείας, καθώς αδυνατούν πλέον να καταβάλλουν άμεσες πληρωμές. Η μελέτη των Krueger et al (2015) παρέχει απτές αποδειξεις για τη, σημαντική στατιστικά, αρνητική συσχέτιση του δεικτη Gini με την αυτοαξιολογούμενη υγεία των πολιτών, και μάλιστα ποσοτικοποιεί τη σχέση, με το να αποδίδει το 21% κάθε μονάδας μεταβολής της τελευταίας, ευθέως στην οικονομική ανισότητα.

Το ζήτημα που τίθεται είναι από τη στιγμή που οι χρηματικές εφεδρείες εξαντλούνται και οι ασθενείς δεν δύνανται να καταβάλουν παραπληρωμές στους διεφθαρμένους δημόσιους λειτουργούς που απευθύνονται, αλλά και λαμβάνοντας υπόψη και την αυξημένη συμμετοχή σε ιατροφαρμακευτικά προιόντα και υπηρεσίες, τι αντίκτυπο έχει αυτό στην υγεία τους;

Η μελέτη EU Survey on Income and Living Conditions (EU-SILC 2016) φανερώνει μια γενική αύξηση των ανικανοποίητων υγειονομικών αναγκών σε σύνολο 20 χωρών εξαιτίας του κόστους, ωστόσο η Ελλάδα και η Λετονία διαπιστώνεται ότι κατέχουν τις πρώτες θέσεις με κύρια προσβολή της φτωχότερης κάστας. Προς επίρρωση αυτού, σε όλα τα ερευνητικά κύματα του Ευρωβαρόμετρου, από το 2009 και έπειτα, η Ελλάδα σταθερά αναδεικνύεται στην τριάδα των χωρών με τα υψηλότερα ποσοστά αυτοαναφερόμενης δυσκολίας των πολιτών να πληρώσουν για την υγειονομική περίθαλψη. Αξιοσημείωτο δε, είναι το γεγονός, ότι η χώρα μας έχει συστηματικά το χαμηλοτερο δείκτη ικανοποίησης από το σύστημα υγείας αλλά και τη μεγαλύτερη πτώση του στην πενταετία 2009-2014 (Eurobarometer 2009 & 2014).

Ένα μεγάλο μέρος των άμεσων δαπανών υγείας στην Ελλάδα αφορά άτυπες, κάτω-από-το τραπέζι ή δευτερεύουσες πληρωμές, συνθέτοντας μία μαύρη ή κρυφή οικονομία στο εσωτερικό του συστήματος υγείας. Οι κρυφές οικονομικές δραστηριότητες αποτελούν ένα βασικό χαρακτηριστικό του τομέα υγείας στην Ελλάδα και καμία ρεαλιστική ανάλυση δεν μπορεί να αγνοήσει το φαινόμενο αυτό, ακόμη και αν η έκτασή τους είναι εξαιρετικά δυσχερής να μετρηθεί (Souliotis & Kyriopoulos 2003).

Η διεθνής εμπειρία φανερώνει ότι οι άτυπες πληρωμές δεν είναι ο μοναδικός καθοριστικός παράγοντας καταστροφικών δαπανών. Είναι ο μεγαλύτερος επιβαρυντικός παράγοντας όταν συνυπάρχουν τρείς επιπλέον παράγοντες: ανέχεια, περιορισμοί στην πρόσβαση και κατανάλωση υπηρεσιών υγείας και αποτυχημένοι κοινωνικοί μηχανισμοί προστασίας (Xu et al 2003).

Μέτρα και Προτάσεις κατά της διαφθοράς

Οι πρώτες ενδείξεις, σε συμφωνία με τη διεθνή βιβλιογραφία, ανάγουν τη διαφθορά σε εμπόδιο πρόσβασης και πηγή δυσαρέσκειας με το σύστημα υγείας των Ελλήνων πολιτών. Καθότι καταγράφεται διασύνδεση της διαφθοράς στην υγεία και τη συνολική κατάσταση ευνομίας σε μια χώρα, η πρόληψη και η δημιουργία ενός αλώβητου κοινωνικού πλαισίου, απρόσφορου για την ανάπτυξη της διαφθοράς θα πρέπει να είναι ο απώτερος στόχος. Sine qua non προϋπόθεση, φυσικά, είναι η ανάπτυξη κραταιής, ακατάβλητης ηγεσίας με οριστική απόρριψη της ρητορικής, plus ça change, πολιτικής ενάντια στη διαφθορά. Οι δράσεις πρέπει να καθοδηγούνται από αποδείξεις, με επίκεντρο τον ενεργό ασθενή, την αποτελεσματικότητα στις υπηρεσίες υγείας και μέλημα την μακροημέρευσή τους.

Εδώ δεν υφίσταται το δόγμα του "one size fits all" καθώς η προσέγγιση και το ρυθμιστικό πλαίσιο πρέπει να εξατομικεύεται, να εναρμονίζεται ανάλογα με την ηθικοπλαστική κουλτούρα, τις τρέχουσες ιστορικοκοινωνικές μεταβλητές και τις χρηματοπιστωτικές δυναμικές του κράτους. Η διεθνής εμπειρία από την εφαρμογή μεταρρυθμίσεων υγειονομικής περίθαλψης δείχνει ότι μια προσέγγιση «μεγάλης έκρηξης» βασισμένη στην από επάνω προς τα κάτω επιβολή ενός μεγάλου σχεδίου, δεν είναι ο πλέον κατάλληλος τρόπος για να εισαχθεί η αλλαγή (Figueras et al 1997). Η αειφόρος ανάπτυξη μπολιάζεται εκ των έσω, οι εισαγώγιμες λύσεις που ακολουθούν το «δόγμα του σοκ» δεν ευδοκιμούν, ενώ αρκεί «η έμπρακτη κορυφαία πολιτική βούληση, μία αφοσιωμένη υπηρεσία κατά της διαφθοράς και μία σωστή στρατηγική, να μετατρέψουν ακόμη και το πιο διεφθαρμένο μέρος στον κόσμο σε μία καθαρή κοινωνία» (Υπουργείο Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων 2013, σελ.35)

Παρά τις προσπάθειες της πολιτείας και της κοινωνίας των πολιτών, η Ελλάδα παραμένει ουραγός της Ευρωπαϊκής Ένωσης αναφορικά με την πάταξη της διαφθοράς (Διεθνής Διαφάνεια-Ελλάς 2012).

Το EHFCN (2010a) θέτει τους εξής πέντε οδηγούς – κανόνες καταπολέμησης της διαφθοράς στο τομέα της υγείας: 1. Την προώθηση και καθιέρωση κοινής δεξαμενής πληροφοριών για τη διαφθορά μεταξύ όλων των ικα-

νών φορέων, ιδιωτικών και δημόσιων, 2. Την εδραίωση συστήματος πληροφόρησης και ανάλυσης δεδομένων σε πραγματικό χρόνο ως αιχμή του δόρατος για την αποτροπή και ανίχνευση της απάτης, 3. Την ενίσχυση επιστημένων επιθεωρήσεων και αξιολογήσεων προ της αποζημίωσης, 4. Την επιβολή κυρώσεων στους μετέχοντες σε παράνομες δραστηριότητες από τους αντίστοιχους φορείς, 5. Την ανεξάντλητη επένδυση σε καινοτόμες διεργασίες ανίχνευσης της διαφθοράς και της απάτης.

Σε συμφωνία με τις προτάσεις αυτές, στη μελέτη Health Sector Corruption Survey (USAID 2013) ως μείζονες στρατηγικές αντιμετώπισης της διαφθοράς στο χώρο της υγείας αναδεικνύονται η αύξηση της λογοδοσίας και της διαφάνειας σε όλες τις διαδικασίες, η αξιολόγηση της αποδοτικότητας των υπηρεσιών υγείας βάσει μετρήσιμων δεδομένων και συνεκτικών εργαλείων, η ενίσχυση της διασυνοριακής και εσωτερικής συνεργασίας, η ευαισθητοποίηση για τη διαφάνεια μέσω εκπαιδευτικών προγραμμάτων ηθικής και δεοντολογίας στους επαγγελματίες υγείας και στους μαθητές ως αυριανούς πολίτες. Η καλλιέργεια κλίματος νομοτυπίας και εικονοκλαστικής πολιτειακής ενεργότητας σε κάθε επίπεδο του δημόσιου βίου, εξασφαλίζει την αυτοδυναμία και αυτοκαθορισμό της κοινωνίας των πολιτών και την ισχυρή φωνή (voice) της στη πολυσύνθετη διαδικασία εξασφάλισης της κοινωνικής συναίνεσης, αίροντας παράλληλα τα δεσμά της διαφθοράς και των αγκυλώσεων στις μεταρρυθμίσεις (Σουλιώτης 2014).

Επίσης, δικαιώνοντας το ρητό "Corruptissima republica plurimae leges" (Tacitus, Annals, Book III, 27), η ύπαρξη πολυνομίας και η αταξία επί συνεχούς αναθεώρησης των σχετικών διατάξεων, δημιουργούν de facto σύγχυση και αυξάνουν τις πιθανότητες παρατυπιών και παραλείψεων. Η αυστηροποίηση της νομοθεσίας, και ειδικά των πειθαρχικών ποινών, η αναβάθμιση του ελεγκτικού μηχανισμού και της δίωξης και η ταυτόχρονη ενθάρρυνση των δυνητικών μαρτύρων – πληροφοριοδοτών (whistle blowers) (μέσω πχ. συστήματος ανταμοιβής qui tam) (ΔΔΚ 2015) κρίνεται πιο αναγκαία παρά ποτέ.

Άλλα μέτρα θα ήταν η απόδοση κινήτρων (πχ. bonus –malus) στους επαγγελματίες υγείας και σε όλους τους εταίρους για παροχή ποιοτικής φροντίδας και η αναβάθμιση πληροφοριακών υποδομών, όπως λογισμικό οικονομικής διαχείρισης, διαδραστικές πληροφοριακές υποδομές με καθιέρωση ιστοσελίδας ή χωρίς χρέωση hot-line για καταγγελίες σχετικά με διαφθορά (ΔΔΚ 2015). Τέλος πρέπει άμεσα να εφαρμοστεί ο Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς– Κάρτα Υγείας.

Μια καινοτόμα, ολιστική και σαρωτική εκ βάθρων πρόταση για τα ΣΥ, που προκρίνεται ως πανάκεια πληθώρας στρεβλώσεων στην υγεία (και του σαθρού υπόβαθρου που τροφοδοτεί τη διαφθορά στην υγεία διαχρονικά, είναι η μεταστροφή σε Σύστημα Υγείας Βασισμένο στην Αξία (ΣΥΒΑ Value-based Healthcare-VHS) (Porter & Lee 2016).

Προχωρώντας, σε μια συνεκτική και ενδελεχή μελέτη τα Ηνωμένα Έθνη (UNDP 2011) προτείνουν μια σειρά διατομεακών μέτρων προκειμένου να προληφθεί και ελαχιστοποιηθεί η διαφθορά στο χώρο της υγείας, ενώ οι Gaitone et al (2016), προσδιορίζουν παρεμβάσεις οι οποίες κυμαίνονται σε ένα συνεχές (Πίνακας 4), από τις λιγότερο περιοριστικές και επιτακτικές, όπως η διάχυση της πληροφορίας με εκστρατείες ενημέρωσης, έως τις πιο πολυσύνθετες, όπως η σύσταση ενός συντονιστικού οργανισμού καταπολέμησης της διαφθοράς.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Βασικό συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η διαφθορά στην Ελλάδα πηγάζει πρωτίστως από μία κρίση αξιών, η οποία έχει εμποτίσει τη νοοτροπία και τους θεσμούς της χώρας. Οι πελατειακές σχέσεις συμβαδίζουν με την αδιαφορία για το δημόσιο συμφέρον.

Σε ένα παιχνίδι μηδενικού αθροίσματος, όπου η απώλεια του ενός παίκτη είναι όφελος του άλλου, η παρεμβολή της διαφθοράς σε οποιαδήποτε συνδιαλλαγή υγειονομικής υπηρεσίας, επιβαρύνει και μετακυλύεται στον ασθενή, είτε ως οντότητα είτε ως φορολογούμενο πολίτη. Η τυφλή διεκδίκηση των ατομικών συμφερόντων, στην πρόβλεψη των οποίων η ΘΠ μπορεί να έχει ενεργητικό ρόλο, λειτουργεί σαν σπείραμα στρέβλωσης της κοινωνικής ευρυθμίας. Σε κάθε περίπτωση, η διαφθορά στο χώρο της Υγείας, καταστρατηγεί θεμελιώδη ανθρώπινα δικαιώματα, θέτει σε κίνδυνο την ευρωστία των πολιτών, πλήττει άμεσα τους αδυνάτους, διαρρηγνύει τον ίδιο τον κοινωνικό ιστό και υποσκάπτει οποιαδήποτε απόπειρα εξομάλυνσης των ανισοτήτων ενώ αλλοδρομεί τη διανεμητική υγειονομική πολιτική. Αποτελεί μέρος μιας γενικευμένης ιδεολογικής πρακτικής και «νομιμοποιημένης διαφθοράς» στην Ελλάδα, για την αντιμετώπισή της οποίας, εκτός από ρηξικέλευθες πολυσχιδείς τομές σε ελεγκτικό/δικονομικό επίπεδο, οφείλει να αντιπαραβληθεί ένα ίσο ή μεγαλύτερο ιδεολογικό δέος, που δεν είναι άλλο από την ηθική και την ακεραιότητα όλων των κοινωνικών εταίρων. Η αλλαγή φιλοσοφίας των πολιτών είναι το νευραλγικό σημείο που θα καθορίσει την αλυσιτέλεια του εγχειρήματος.

Οι ερευνήτριες καλούν σε ένα «Νέο Κοινωνικό Συμβόλαιο», με ομοθυμία και συντονισμό των προσπαθειών όλων των δυνάμεων της συντεταγμένης πολιτείας με συναίσθησης μιας υψηλής αποστολής (esprit de corps) για την εκρίζωση της διαφθοράς.

Συμβολή συγγραφέων

ΑΕ: συμμετείχε στη σύλληψη της μελέτης, τη συλλογή των δεδομένων, καθώς και τη συγγραφή του κειμένου. ΚΑ: συμμετείχε στη σύλληψη της μελέτης, καθώς και τη συγγραφή του κειμένου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Azfar, O. & Tugrul, G. (2008) Does corruption affect health and education outcomes in the Philippines? *Economics of Governance* 9(3):197-244

Bobak,M., Murphy,M., Rose,R. & Marmot, M. (2007) Societal characteristics and health in the former communist countries of Central and Eastern Europe and the former Soviet Union: a multilevel analysis. Journal of Epidemioly and Community Health;61:990–996

Boehm, F. & Joerges, J. (2008) Costs of Corruption: Everyone Pays – And the Poor More than Others. Eschborn: GTZ Ανακτήθηκε 29 Ιουλίου 2016 από: https://www.giz.de/fachexpertise/downloads/gtz2008-en-german-uncac-project-costs-of-corruption.pdf

Boston University School of Public Health (BUSPH)(2016) *Act for Health.* Ανακτήθηκε 7 Σεπτεμβρίου 2016 από http://www.bu.edu/actforhealth/CorruptionInHealthforce/Reader%201.pdf

Bouchard, M., Kohler, J. C., Orbinski, J., & Howard, A. (2012) Corruption in the health care sector: A barrier to access of orthopaedic care and medical devices in Uganda. BMC International Health and Human Rights12 (5).

Calnan, M.W. & Sanford, E.(2004) Public trust in health care: the system or the doctor? Qual Saf Health Care;13:92–7.

Caplan, A.L. (2011) Will evidence ever be sufficient to resolve the challenge of cost containment? Journal of Clinical Oncology 29 (15):1946–8.

Cassel, C.K., Guest, J.A. (2012) Choosing Wisely: helping physicians and patients make smart decisions about their care. JAMA 2012;307:1801–2.

Chattopadhyay, S. (2013) *Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do?* Indian Journal of Medical Ethics; X (3);153-159

Chernew, M.E., Sabik, L., Chandra, A., Newhouse, J.P. (2009) *Would Having More Primary Care Doctors Cut Health Spending Growth?* Health Affairs 28(5): 1327□1335

Cohen, N.(2012) *Informal payments for health care—the phenomenon and its context.* Health Economic Policy Law; 7(3): 285–308.

Cylus, J., Papanicolas, I. (2015) *An analysis of perceived access to health care in Europe: How universal is universal coverage?* Health Policy ;119 ; p.1133–1144

De Jaegher, K.(2012) The Value of Private Patient Information in the Physician-Patient Relationship: A Game-Theoretic Account. Computational and Mathematical Methods in Medicine: 1-16; doi:10.1155/2012/847396

Djulbegovic, B, Hozo, I. (2012) When is it rational to participate in a clinical trial? A game theory approach incorporating trust, regret and guilt. BMC Med Res Methodol 2012;12:85

Djulbegovic, B., Hoz, I., Ioannidis, J.P.A. (2014) Modern health care as a game theory problem. European Journal of Clinical Investigation, 45: 1-12

Dubois, M.Y (2006) Conflicts of Interest with the Health Industry. Pain medicine;7: 463-465

Economou, C., Kaitelidou, D., Kentikelenis, A., Sissouras, A., Maresso, A. (2015) *The impact of the crisis on the health system and health in Greece.* In: Maresso A,

Mladovsky P, Thomson S, Sagan, A, Karanikolos M, Richardson E, et al. (Ed). *Economic crisis, health systems and health in Europe: country experience.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies (Observatory Studies Series 41); Ανακτήθηκε 14 Μαΐου 2016 από: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/266380/The-impact-of-the-financial-crisison-the-health-system-and-health-in-Greece.pdf? ua=1

EU Statistics on Income and Living Conditions (EU-SILS) (2016) Ανακτήθηκε 6.9.2016 από:http://www.eui.eu/Research/Library/ResearchGuides/Economics/Statistics/DataPortal/EU-SILC.aspx

Eurobarometer (2009). *Monitoring the social impact of the crisis: public perceptions in the European Union: analytical report.* Flash Eurobarometer 276 . Ανακτήθηκε 13.7.2016 από:http://ec.europa.eu/public_ opinion/flash/fl_276_en.pdf

Eurobarometer (2014). *Social climate: report.* Special Eurobarometer 418, Wave EB81.5. Ανακτήθηκε 14 Ιουλίου 2016 από: http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/ebs/ebs_418_ en.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010a) *EHFCN Annual Report 2009/2010.* Ανακτήθηκε 13.9.2016 από:http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/ar_may2010_final_email.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2010b) *European Commission Consultation on The future EU evaluation of anti-corruption efforts.* Ανακτήθηκε 13.9. 2016 από:http://ec.europa.eu/dgs/home-affairs/what-is-new/publicconsultation/2010/pdf/0007/contributions/ngo/european_healthcare_fraud_and_corruption_network_en.pdf

European Healthcare Fraud and Corruption Network (EHFCN) (2013) *The European Healthcare Fraud and Corruption Network. Who we are and what we do.* Ανακτήθηκε 12.9. 2016 από: http://www.coopami.org/en/countries/countries/south_africa/projects/2013/pdf/2013011405.pdf

Eurostat (2013) Statistics explained. Ανακτήθηκε 21 Αυγούστου 2016 από: explained/index.php/File:Physicians,_by_speciality,_2013_Health2015B.png

Factor, R., Kang, M. (2015) *Corruption and population health outcomes: an analysis of data from 133 countries using structural equation modelling.* International Journal of Public Health;60(6):633–41.

Figueras, J., Saltman, R., Mossialos, E. (1997) *Challenges in evaluating health sector reform: an overview.* London, London School of Economics and Political Sciences (Health Discussion Paper 8).

Gaitonde R., Oxman, A.D., Okebukola, P.O., Rada, G. (2016) *Interventions to reduce corruption in the health sector.* Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 8. Art. No.: CD008856 Ανακτήθηκε 20 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD008856.pub2/pdf

Gawande, A.A, Colla, C.H, Halpern, S.D, Landon, B.E.(2014) Avoiding low value care. New England Journal of Medicine;370 (14) :e21

Glycopantis, D. & Stavropoulou, C. (2011). The supply of information in an emotional setting. CESifo Economic Studies, 57(4), pp. 740-762. doi: 10.1093/cesifo/ifr024

Grumbach, K., Vranizan, K., and Bindman, A.B. (1997) *Physician supply and access to care in urban communities.* Health Affairs 16(1):71–86.

Gupta, S., Davoodi, H. & Alonso-Terme, R. (2002) *Does corruption affect income inequality and poverty?* Economics of Governance 3(1): 23-45.

Hinkle, J. (2014) The relationship between disorder, perceived risk, and collective efficacy: a look into the indirect pathways of the broken windows thesis. Journal of Criminal Justice Studies, 26(4):408-432

Jafari, A., Ravangard, R., Heidari, F.,Roshani, M., Mohammadi, M. (2015) *Informal Payment in Health Settings: A Survey of Teaching Hospitals.* International Journal of Hospital Research 4(2):83-88

Jakusovaite, I., Darulis, Z., Zekas, R. (2005): *Lithuanian health care in transition state: ethical problems.* BMC Public Health 5:117-122.

Kaitelidou, D.C., Tsirona, S., Galanis, P.A., Siskou, O.C., Mladovsky, P., Kouli, E.G., Prezerakos, P.E., Theodorou, M., Sourtz,i P.A., Liaropoulos, L.L. (2013) *Informal payments for maternity health*

services in public hospitals in Greece. Health Policy; 109(1):23–30.
Krueger,P.M., Dovel, K., Denney, J.T. (2015) *Democracy and self-rated health across 67 countries: A multilevel analysis.* Social Science & Medicine 143: 137-144
Lewis, M. (2000) *Who is paying for health care in Eastern Europe and Central Asia?* Ανακτήθηκε 24.5. 2016 από: http://web.worldbank.org/archive/website00504/WEB/PDF/WHO˙IS˙P.PDF
Lewis, M.(2006) Governance and Corruption in Public Health Care Systems. Centre for Global Development, Working Paper 78. Ανακτήθηκε 10 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/Corruption%20WP_78.pdf
Liaropoulos, L., Siskou, O., Kaitelidou, D., Theodorou, M., Katostaras, T. (2008) *Informal payments in public hospitals in Greece.*Health Policy;87(1): 72 – 81
Lindelow, M., Kushnarova, J., Kaiser, K. (2006.) *Measuring corruption in the health sector: what can we learn from public expenditure tracking and service delivery surveys in developing countries?* In: Transparency International, editor(s). Global Corruption Report 2006: Special Focus on Corruption and Health. London: Pluto Press
Lio, M.C., Lee, M.H. (2015) *Corruption costs lives: a cross-country study using an IV approach.* The International Journal of Health Planning and Management;31(2):175-90. doi: 10.1002/hpm.2305
Mackey, T.M., Kohler, J.C., Savedoff,W.D.,Vogl, F., Lewis, M., Sale, J., Michaud, J.,Vian, T.(2016) *The disease of corruption: views on how to fight corruption to advance 21st century global health goals.* BMC Medicine 14:149
Martin, W. (2016) *These are the 18 most corrupt countries in the developed world.* Business Insider UK. Ανακτήθηκε 20 Αυγούστου 2016 από: http://uk.businessinsider.com/the-most-corrupt-countries-in-the-oecd-2016-6/#t-17-ireland--scoring-75-points-overall-ireland-was-one-of-the-less-corrupt-countries-worldwide-but-a-2015-documentary-from-the-tv-network-rte-showed-that-politicians-at-all-levels-in-the-country-had-incorrectly-declared-their-interests-with-certain-councillors-seeking-cash-payments-in-return-for-their-services-1
McAdams, D. (2014) Game-Changer. Game Theory and the Art of Transforming Strategic Situations. W.W. Norton & Company;New York,USA
Mossialos, E., Allin, S., Davaki, K. (2005) *Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia.* Health Economics 14(Suppl 1):S151–68
Muldoon, K.A., Galway, L.P., Nakajima, M., Kanters, S., Hogg, R.S., Bendavid, E., Mills,
E.J.(2011) Health system determinants of infant, child and maternal mortality: a cross-sectional study of UN member countries. Globalization and Health;7:42.
Norad (2008) Anti-corruption approaches – a literature review. Ανακτήθηκε 10.9.2016 από: https://www.norad.no/globalassets/import-2162015-80434-am/www.norad.no-ny/filarkiv/vedlegg-til-publikasjoner/study2_2008.pdf
OECD (2014) *Intergrity in Business.* Ανακτήθηκε 14 Οκτωβρίου 2016 από: https://www.oecd.org/cleangovbiz/49693613.pdf
OECD (2015) Government at a Glance 2015. OECD Publishing, Paris, France.
Poundstone W. (1992). Prisoner's Dilemma: John Von Neumann, Game Theory and the
Puzzle of the Bomb. Doubleday New York, NY, USA.
Porter, M.E., Lee, T.H. (2016) *From Volume to Value in Health Care. The Work Begins.* JAMA; 316(10): 1047-1048.
Rădulescu, I.G, Alexandru, G., Miu, A. (2008) *Inside the Core of Corruption from the Health System.* Ανακτήθηκε 25.9.2016 από: http://www.upg-bulletin-se.ro/archive/2008-1/6.%20Radulescu,%20Alexandru,%20Miu.pdf
Reginato, E., Grosso, P. (2011) *European Hospital Doctors' Salaries.* Ανακτήθηκε 11.6.2016 από: http://www.liganet.hu/news/6205/F11-071_EN_European_Hospital_Doctors_Salaries.pdf
Riggs J.E (2004) Medical ethics, logic traps, and game theory: an illustrative tale of brain death.Journal of Medical Ethics;30(4):359-61.
Rothstein B., Holmberg S. (2011) *Correlates of Corruption.* Working Paper Series 2011:12.
Department of Political Science, University of Gothenburg. Ανακτήθηκε 14.10.2016 από:http://www.qog.pol.gu.se/digitalAssets/1357/1357840_2011_12_rothstein_holmberg.pdf
Santos, H.C., Varnum, M.E.W., Grossman, I. (2017) Global Increases in Individualism. Psychological Science: In press. Ανακτήθηκε 29 Μαρτίου 2017 από: https://www.academia.edu/31723600/Global_Increases_in_Individualism?auto=download&campaign=weekly_digest
Sappington, D. E. (1991) *Incentives in Principal–Agent Relationships.* Journal of Economic Perspectives 5(2):45-66
Siskou, O., Kaitelidou, D., Papakonstantinou, V., Liaropoulos, L. (2008) *Private health expenditure in the Greek health care system: where truth ends and the myth begins.* Health Policy; 88(2–3):282–93.
Souliotis, K., Golna, C., Tountas, Y., Siskou, O.,Kaitelidou, D., Liaropoulos, L. (2016) *Informal payments in the Greek health sector amid the financial crisis: old habits die last.* European Journal of Health Economics;17 (2): 159-170
Souliotis, K., Kyriopoulos, J. (2003) *The hidden economy and health expenditures in Greece: measurement problems and policy issues.* Applied Health Economics Health Policy. 2(3):129–34
Sparrow, M.K.(2008) *Fraud in the U.S. health care system : exposing the vulnerabilities of automated payments systems.* Social Research;75(4):1151–80.
Tarrant, C., Stokes, T., Colman, A.M. (2004) Models of the medical consultation: opportunities and limitations of a game theory perspective.Quality and Safety in Health Care;13:461–466. doi: 10.1136/qshc.2003.008417
The World Bank (1997) *Helping countries combat corruption, the role of the World Bank.* Ανακτήθηκε 8.6. 2016 από: http://www1.worldbank.org/publicsector/anticorrupt/corruptn/corrptn.pdf
The World Bank (2016) Ανακτήθηκε 10.8.2016 από: http://datacatalog.worldbank.org/
World Health Organization. The World Health Report 2008 – primary Health Care (Now More Than Ever). In: TWH, editor. Report-2008. Geneva: The World Health Organization; 2008.
Transparency International (2006) *Global Corruption Report 2006, Special Focus on Corruption and Health.* London: Pluto Press; p.378 Ανακτήθηκε 16 Μαΐου 2016 από: http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd60/etica/global.pdf
Transparency International Italia (2013) *Corruption and Waste in the Health System.* Ανακτήθηκε 23.7.2016 από: https://www.transparency.it/wp-content/uploads/2013/11/21x21_SprechiSanit%C3%A0_ENG.pdf
U4 Anti-Corruption Resource Centre (2008a) *Corruption in the health sector.* U4 ISSUE 2008:10. Ανακτήθηκε 17.6. 2016 από : https://www.cmi.no/publications/file/3208-corruption-in-the-health-sector.pdf
United Nations Development Programme (UNDP) (2011) *Fighting Corruption in the Health Care Sector. Methods, Tools and Good Practices.* UNDP, Bureau for Development Policy, One United Nations Plaza, New York, USA
United Nations Development Programme (UNDP) (2014) *Corruption Risk Assessment in the Health Sector in Kosovo.* Ανακτήθηκε 24 Σεπτεμβρίου 2016 από: http://www.ks.undp.org/content/kosovo/en/home/library/democratic_governance/saek-corruption-risk-assessment-in-health.html
United States Agency for International Development (USAID) (2013) *Corruption in Health Sectors of Low- and Middle- Income Countries. A report on preliminary findings from a survey of*

health sector leaders and managers in 95 countries. Ανακτήθηκε 18.8.2016 από: http://www.lmgforhealth.org/sites/default/files/Corruption%20in%20Health%20Sectors%2005%20December%202013.pdf

Vian, T.(2008) *Review of corruption in the health sector: theory, methods and intervention.* Health Policy and Planning;23(2):83-94.

WIN (2014) *Corruption Tops the List as the World's Most Important Problem According to WIN/Gallup International's Annual Poll.* Ανακτήθηκε 19 Οκτωβρίου 2016 από : http://www.gallup-international.bg/en/Publications/71-Publications/181-Corruption-Tops-the-List-as-the-World%E2%80%99s-Most-Important-Problem-According-to-WIN-Gallup-International%E2%80%99s-Annual-Poll

Xu, K., Evans, D.B., Kawabata, K., Zeramdini, R., Jan Klavus, C., Murray, J.L.(2003) *Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis.* Lancet 362: 111–17.

Διεθνής Διαφάνεια – Ελλάς (2012). *Αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Ακεραιότητας.* Ανακτήθηκε 23.7.2016 από: https://www.transparency.org/whatwedo/publication/national_integrity_system_assessment_greece1

Διεθνής Διαφάνεια Κύπρος (2015) Εναλλακτική στη σιωπή: Κύπρος. Ανακτήθηκε 25.9.2016 από:http://transparencycyprus.org/wpcontent/uploads/2015/10/greek_report_whistleblower.pdf

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2012) *Ανασυγκρότηση και χρηματοδότηση της ασφάλισης υγείας:* το εγχείρημα του ΕΟΠΥΥ. Ανακτήθηκε 11.8.2016: http://www.esdy.edu.gr/default.aspx?page=toy_meletes_toy

Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας (2013) *Οικονομική κρίση και χρόνια νοσήματα.* Ανακτήθηκε 12.8.2016 από: http://www.healthpolicy.gr/images/stories/pdf/portaria_forum_2013_mylona_k.pdf

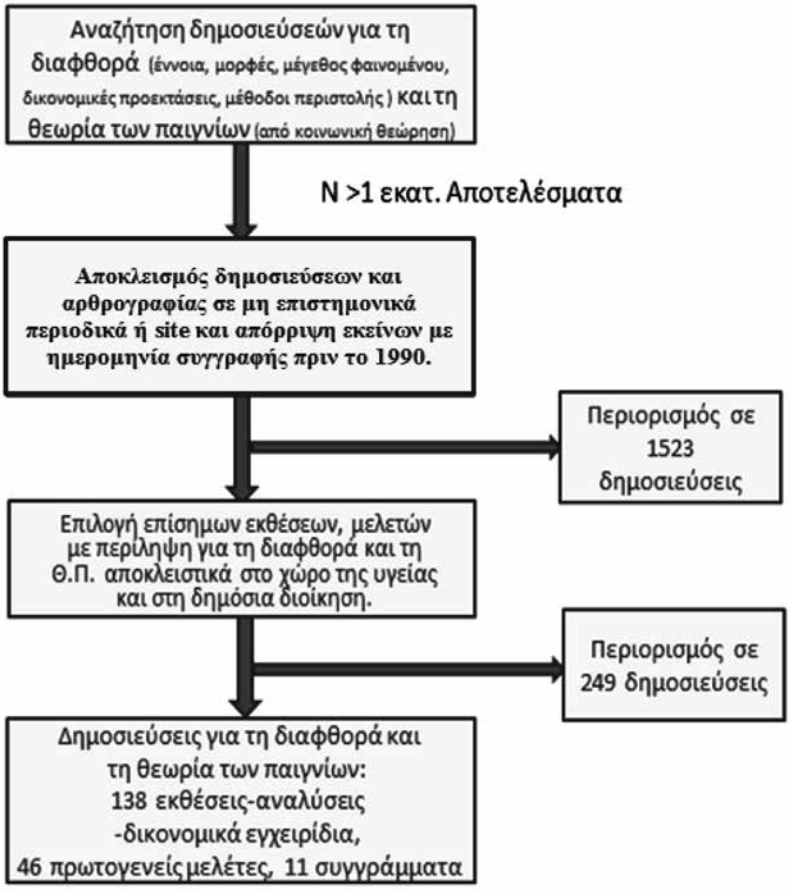
Ομάδα Εργασίας για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς στον Τομέα της Υγείας (ΟΕΚΔΤΥ) (2014) *Ολοκληρωμένο Σχέδιο για την Καταπολέμηση της Διαφθοράς στον Τομέα της Υγείας στο Πλαίσιο της Εθνικής Στρατηγικής Καταπολέμησης της Διαφθοράς.* Ανακτήθηκε 5.7.2016 από: http://www.iatronet.gr/photos/enimerosi/sxediafthoras.pdf

Σουλιώτης Κ. (2014) *Δημοκρατία, Πολίτες και Πολιτική Υγείας. Συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων, ομάδες πίεσης και συμφερόντων, σύλλογοι ασθενών.* Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.

Υπουργείο Διαφάνειας και Ανθρωπίνων Δικαιωμάτων (2013) *"Διαφάνεια" – Εθνικό Σχέδιο κατά της διαφθοράς. Ανακτήθηκε 13.9.2016 από: http://www.ministryofjustice.gr/site/LinkClick.aspx?fileticket=Q_C4Fw_rxLk%3D&tabid=64*

ΠΙΝΑΚΕΣ ΚΑΙ ΣΧΗΜΑΤΑ

Διάγραμμα Ροής Αναζήτησης Βιβλιογραφίας



Πίνακας 1. Κατάλογος ενδεικτικών μελετών/συγγραμμάτων για τη διαφθορά στον υγειονομικό τομέα σε χώρες ανά την υφήλιο που περιελήφθησαν στην ανασκόπηση

Ενδεικτικές μελέτες που πραγματεύονται ποικίλες πτυχές της διαφθοράς στο χώρο της υγείας και προτεινόμενα ή/και ληφθέντα μέτρα πάταξης της.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
ΝΙΓΗΡΙΑ	Alubo, S.O.	Πρωτογενής μελέτη. Σεπτ. 1986 με Δεκ. 1988	Ιδιωτικοποίηση και συνεργασία κρατικών-ιδιωτικών παρόχων	Επιθεώρηση των αποτελεσμάτων του Structural Adjustment Programme (SAP) , μεταρρυθμίσεων υποβαλλόμενων από τη Παγκόσμια Τράπεζα. Κύριοι Πυλώνες του SAP είναι η μετακύλιση του κόστους στον καταναλωτή μέσω άμεσων χρεώσεων (εμπορευματοποίηση) και ιδιωτικής ασφάλειας (ιδιωτικοποίηση). Συμπεράσματα θετικά.
Ουγκάντα	McPake, B., Asiimwe, D., Mwesigye, F., Ofumbi, M., Ortenblad, L, Streefland, P., Turinde, A.	Πρωτογενής μελέτη (1999)	Παρά το νόμο δραστηριότητες των επαγγελματιών υγείας. Καταπολέμηση και επιπτώσεις στις υπηρεσίες υγείας.	Σε 10 νοσοκομειακές δομές, 105 επαγγελματίες υγείας απάντησαν σε ερωτηματολόγιο και δομημένη συνέντευξη ενώ διατηρήθηκαν για ένα μήνα νοσοκομειακά λογιστικά αρχεία. Κατεγράφη υψηλό ποσοστό απώλειας φαρμάκων, απουσιασμού, αναξιοποίηση των ΥΥ και παράτυπων πληρωμών. Συμπεραίνεται ότι «οι άτυπες ενέργειες εξυπηρετούν ένα σκοπό. Χωρίς αυτές οι υγειονομικές εγκαταστάσεις δεν θα δίναντο να επιβιώσουν στο διαταραγμένο κρατικό περιβάλλον, καθότι οι επαγγελματίες υγείας δεν θα μπορούσαν να λειτουργήσουν»(σελ.861)
Διεθνής	Brinkerhoff, D.	Έκθεση (2003)	Επικέντρωση στην αρχή της λογοδοσίας -εννοιολογικό πλαίσιο και guidelines για την ενσωμάτωση και ενίσχυση της στη κυβερνητική πρακτική.	Ορισμός, θεωρητική διαφοροποίηση, έκπτυξη εντός των υπηρεσιών υγείας, ο ρόλος των εταίρων, στρατηγικές ενίσχυσης. Ταυτοποιούνται 3 τέτοιες στρατηγικές : πάταξη της εκμετάλλευσης, πειθάρχηση στις διεργασίες και standards, βελτίωση απόδοσης/εκμάθησης. Συνεργικά η χρήση τους υποστηρίζεται ότι προσφέρει σταθεροποίηση στο σύστημα. Με τη χρήση της λογοδοσίας και υπευθυνότητας αποκτάται δια-συστημική ευρεία επίγνωση των αναγκαίων μεταρρυθμίσεων και προσδιορίζονται διασυνδέσεις αυτοβελτίωσης ατομικές και ομαδικές.
Διεθνής	Dininio, P. Kpundeh, S.J., & Leiken, R. S.	Μελέτη ανασκόπησης (1999)	Οδηγός αντιμετώπισης διαφθοράς, μη ειδική για τον υγειονομικό χώρο, με εντόπιση στα προγράμματα αλλοδαπής συνεργασίας και υποβοήθησης από την USAID.	Παρουσιάζει ένα πλαίσιο που καθορίζει τις βασικές αιτίες της διαφθοράς, εντοπίζει μια σειρά θεσμικών και κοινωνικών μεταρρυθμίσεων για την αντιμετώπισή της, και εισάγει μια μεθοδολογία για την επιλογή ανάμεσα σε αυτά τα μέτρα ανάλογα με τη φύση του προβλήματος της διαφθοράς, τις ευκαιρίες και τους περιορισμούς για την αντιμετώπισή της. Ο οδηγός αναφέρεται στο μηχανισμό λειτουργίας και έκπτυξης της βοήθειας της USAID σε αλλότριες χώρες.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής	Vian t.	Μελέτη ανασκόπησης (2002)	Οδηγός αντιμετώπισης διαφθοράς, ειδική για τον υγειονομικό χώρο	Περιγράφονται οι ευπαθείς στη διαφθορά τομείς στην υγείας και προσδιορίζονται τα εργαλεία και οι προσεγγίσεις για την πρόληψη. Τονίζει αφενός τη σημασία της προσέγγισης του προβλήματος της διαφθοράς στην υγεία στο πλαίσιο μιας ευρύτερης πολύ-τομεακής στρατηγικής για την καταπολέμηση της διαφθοράς, και αφετέρου ότι η δέσμευση θα πρέπει να επιτευχθεί αποδεικνύοντας πώς η μείωση της διαφθοράς μπορεί να οδηγήσει σε καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία, βελτιωμένη ποιότητα και επέκταση στην πρόσβαση.
Ευρωπαϊκές χώρες	Enson, T., Duran-Moreno, A.	Βιβλιογραφική Ανασκόπηση (2002)	Η διαφθορά ως τροχοπέδη στη αποτελεσματική ρύθμιση του υγειονομικού τομέα ως αγορά και επιχειρησιακή ανάπτυξη.	Προτείνει τη δημιουργία απλών και υπεύθυνων συστημάτων και την ανάπτυξη στρατηγικών ρύθμισης για τη μείωση των δραστηριοτήτων που σχετίζονται με τη διαφθορά, με τη δημιουργία κατάλληλων ρυθμιστικών φορέων ελέγχου και τη διασφάλιση ότι όλες οι διαδικασίες είναι σαφείς και διαφανείς.
Βιομηχανικές & Αναπτυσσόμενες χώρες	Meagher, P.	Μελέτη καταγραφής εμπειριών (2004)	Οργανισμοί ενάντια στη διαφθορά	Εξετάζονται οι εμπειρίες με ένα ευρύ φάσμα φορέων από όλο το κόσμο, τόσο στις βιομηχανικές, όσο και τις αναπτυσσόμενες χώρες, και παρουσιάζεται μια ποικιλία σχεδίων. Αναλύεται η υπάρχουσα τεκμηρίωση σχετικά με τους οργανισμούς καταπολέμησης της διαφθοράς και παρουσιάζονται τρεις νέες, πρωτότυπες μελέτες περιπτώσεων. Παρέχεται πρακτική καθοδήγηση στους υπεύθυνους για τη χάραξη πολιτικής και στους χρηματοδοτικούς φορείς, όπως η Παγκόσμια Τράπεζα, και εντοπίζονται υποσχόμενες στρατηγικές για την ανάπτυξη ενός πιο αυστηρού πλαισίου αξιολόγησης.
Διεθνής	Andwig, J.C.	Έρευνα γραφείου (2004)	Διακυβέρνηση και διεθνείς συνεργασίες με χώρες χαμηλού εισοδήματος.	Επιβεβαιώνει τη σημαντικότητα των διεθνών συνεργασιών . Πραγματεύεται τις προτεινόμενες από την Rose-Ackerman μεταρρυθμίσεις, απορρίπτοντας τις. Από τα υπαρκτά εργαλεία για την αξιολόγηση της διαφθοράς και της κακής διακυβέρνησης, κανένα δεν κρίνεται ως αξιόπιστο.
Ουγγαρία	Gaal, P., McKee, M.	Συμπεριφορική Ανάλυση (2004)	Ανάπτυξη της θεωρίας του 'INXIT' στις άτυπες πληρωμές	Εξετάζει τη θεωρητική βάση για την κατανόηση της επιμονής των άτυπων πληρωμών. Υποστηρίζεται ότι οι άτυπες πληρωμές αντιπροσωπεύουν μια πιθανή συμπεριφορική αντίδραση: το «inxit», το οποίο είναι σημαντικό όποτε μπλοκάρονται τα κανάλια εξόδου και φωνής. Εξετάζει τις προτεινόμενες πολιτικές για την αντιμετώπιση των άτυπων πληρωμών, και με βάση τη θεωρία του «inxit» , υποστηρίζει ότι οι λύσεις θα πρέπει να περιέχουν την κατάλληλη ισορροπία μεταξύ εξόδου και φωνής για να βελτιστοποιηθούν οι πιθανότητες διατήρησης ενός καλού επιπέδου δημοσίων υπηρεσιών.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Χώρες Κεντρικής & Ανατολικής Ευρώπης, του Καυκάσου και της Κεντρικής Ασίας	Gaál, P., Jakab, M., Shishkin, S.	Ανασκόπηση πεπραγμένων της τελευταίας 20ετίας (2010)	Στρατηγικές ενάντια στις άτυπες πληρωμές	Παρέχει μια συστηματική ανάλυση των μεταρρυθμίσεων στη χρηματοδότησης υγείας που έχουν εφαρμοστεί τα τελευταία 20 χρόνια σε χώρες της Κεντρικής & Ανατολικής Ευρώπης, του Καυκάσου και της Κεντρικής Ασίας. Οι συγγραφείς παρουσιάζουν μια περιεκτική συγκριτική ανάλυση των εμπειριών των χωρών όσον αφορά στην αντιμετώπιση του προβλήματος των άτυπων πληρωμών στην υγειονομική περίθαλψη.
Διεθνής	Lanyi, A., Azfar, O.	Οδηγός εργαλείων-μεθόδων-checklist (2005)	Επικέντρωση στα γενικά εργαλεία καταπολέμησης της διαφθοράς σε οργανωσιακά Μικροπεριβαλ-λοντικά πλαίσια. Μη ειδικά για τον υγειονομικό τομέα.	Περιγράφει μια μεθοδολογία που παρέχει αξιόπιστες ποσοτικές, ποιοτικές και συγκριτικές πληροφορίες οι οποίες μπορούν να χρησιμοποιηθούν για το σχεδιασμό, την υλοποίηση και την αξιολόγηση ειδικών προγραμμάτων κατά της διαφθοράς. Η μεθοδολογία περιλαμβάνει την ανασκόπηση των διαθέσιμων πληροφοριών, τη διενέργεια αξιολόγησης από εμπειρογνώμονες, τη διεξαγωγή ποσοτικών ερευνών για τους χρήστες και τους κυβερνητικούς παράγοντες, και τη χρήση των πορισμάτων αξιολόγησης για την ενημέρωση του σχεδιασμού προγραμμάτων.
Ινδία	Chaudhury,R.R., Parameswar, R., Gupta,U., Sharma, S., Tekur,U., Bapna J.S	Έκθεση αποτελεσμάτων εφαρμογής του 'Delhi Model ' 1994-2005	Πρόγραμμα ελέγχου σε όλο το φάσμα της φαρμακευτικής αλυσίδας	Με μια μέθοδο προσέγγισης "bottom up" συνετάχθη το 1994 βασική λίστα φαρμάκων (διετούς ανανέωσης) essential medicines list and transpare με κεντρικές διαδικασίες αγοράς/προμήθειας τους και ταυτόχρονη εισαγωγή επιθεωρήσεων «καλής κατασκευαστικής πρακτικής». Μείωση κόστους κατά 30% ετησίως, βελτίωση της ποιότητας και της διαθεσιμότητας (κατά 80%) των φαρμάκων.
Μεγάλη Βρετανία	Gee, J.	Έκθεση (2006)	Fighting fraud and corruption in Britain's National Health Service	Παρουσιάζει το έργο της Υπηρεσίας Κατά της Απάτης στο εθνικό σύστημα υγείας της Μεγάλης Βρετανίας. Η υπηρεσία αυτή έχει την ευθύνη για τη «λειτουργική» εργασία αντιμετώπισης της διαφθοράς(ανίχνευση, διερεύνηση, αναζήτηση των κυρώσεων και αποκατάσταση) και αναπτύσσει μια πραγματική κουλτούρα καταπολέμησης της απάτης και της διαφθοράς, ώστε να δημιουργήσει ένα ισχυρό αποτρεπτικό αποτέλεσμα, καινα αναθεωρήσει την πολιτική και τα συστήματα για την πρόληψη της αποτροπής του φαινόμενου

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αυστραλία (Ασία-Περιοχή Ειρηνικού).	McCusker (2006)	Συστηματική Ανασκόπηση μελετών από το 2000-2006.	Στρατηγικές ενάντια στη διαφθορά. Μη ειδικές για τον υγειονομικό τομέα.	231 μελέτες με έμφαση σε πρακτικές αναλύσεις. Συμπεραίνεται ότι πρέπει να υπάρξει ολιστική θεώρηση με εστίαση στην αλλαγή της συμπεριφοράς του ατόμου, δέσμευση και συντονισμό των εταίρων, τη ενίσχυση των κινήτρων για νομοταγή στάση, εξατομικευμένα στις ανάγκες τις κοινωνίας μέτρα και εξομάλυνση των ανεπαρκειών του δημόσιο τομέα. Ιδανικό παράδειγμα φέρεται Hong Kong SAR's Independent Commission Against Corruption (ICAC) ενώ προτείνεται η εφαρμογή Special Governance Zones (SGZs), που μορφοποιούνται στις Free Enterprise Zones. (SGZ =πόλη ή επαρχία στην οποία εφαρμόζονται πιλοτικά μεταρρυθμίσεις ευρύ σκέλους, ώστε να έχει αντιστρεπτά αποτελέσματα και μειωμένο πολιτικό κίνδυνο)
Αργεντινή	Iriart, C., Waitzkin, H.	Ανασκόπηση των μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας από το 1989 και μετά (2006)	2 κύματα μεταρρυθμίσεων 1989 και 2001 εξέταση των αποτελεσμάτων της ιδιωτικοποίησης και των επιταγών των δανειστών.	Στα πλαίσια των structural adjustment policies (SAPs) με ανάδειξη της ιδιωτικής πρωτοβουλίας που επέβαλε η Διεθνής Τράπεζα , ΔΝΤ και άλλα διεθνή χρηματοπιστωτικά ιδρύματα (IFIs). Η διαφθορά κατονομάστηκε ως κύρια αιτία αποτυχίας από το ΔΝΤ ενώ οι παραπληρωμές επιτάθηκαν λειτουργώντας σαν εμπόδιο πρόσβασης (σε συνδυασμό με την συνολική κατάρρευση των δημόσιων ΥΥ).
Διεθνής	OHE, UN Office of Drugs and Crime Division for Treaty Affairs	Οδηγός Ισχύοντα Διεθνούς Δικονομικού Πλαισίου (2006)	Νομοθετικές συστάσεις και απαιτήσεις ενάντια στη διαφθορά.	Δικονομική καθοδήγηση, επεξηγήσεις, συστάσεις, υποδείγματα καλών πρακτικών προς τα μέλη –κράτη για τη συνολική αντιμετώπιση της διαφθοράς και την εφαρμογή των συμφωνηθέντων. Μη εξειδικευμένα μέτρα.
Διεθνής	Cohen, J.C., Mrazek, M., Hawkins, L.	Έκθεση (2007)	Φαρμακευτικός τομέας	Ανάλυση της ευαλωτότητας του φαρμακευτικού τομέα με στοιχεία από κράτη ανά τον κόσμο. Προτάσεις για περιστολή της διαφθοράς ανά κομβικό σημείο της προμηθευτικής φαρμακευτικής αλυσίδας.
Λατινική Αμερική & Καραϊβική	Savedoff, W.D.	Έκθεση (2007)	Επισκόπηση του θεωρητικού υπόβαθρου της διεφθοράς και προτάσεις για την πάταξη προσαρμοσμένες στη Λατινική Αμερική & Καραϊβική	Το έγγραφο ορίζει τη διαφθορά, ανασκοπεί και ταξινομεί τις μορφές της διαφθοράς που συναντούνται στο υγειονομικό σύστημα της Λατινικής Αμερικής και της Καραϊβικής, παρουσιάζει μια σειρά από υπάρχουσες πρωτοβουλίες για την καταπολέμηση της διαφθοράς και καταλήγει με ιδέες που η Διαμερικανική Τράπεζα Ανάπτυξης θα μπορούσε να χρησιμοποιήσει για να αναπτύξει νέα προγράμματα και δραστηριότητες σε αυτόν τον τομέα.
Νότιο Βιετνάμ	L^e Gillian	Έρευνα πεδίου για τη περίοδο Ιανουαρίου 2007-Αύγουστο 2008	Διαφθορά στην αδειοδότηση των ιατρών	Διενέργεια συνεντεύξεων σε 25 βελονιστές –Ιατρούς. Διαπιστώνεται ότι η διαδικασία πιστοποίησης επάρκειας είναι άκρως διαβλητή και συγκεχυμένη και προτείνεται η αυστηροποίηση και συγκεκ-ριμενοποίηση του νομοθετικού πλαισίου απόδοσης διαπιστεύσεων για την εξάσκηση ιατρικής.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής	Norad	Έκθεση – Συστηματική ανασκόπηση 150 δημοσιεύσεων (2008)	Παρεμβάσεις ενάντια στη διαφθορά-Μη ειδικές για τον τομέα της υγείας	Κατηγοριοποιημένες παρεμβάσεις με βάση το διαφορετικό κοινωνικό αντίκτυπο: 1. ανάλυση των πολιτικού συστήματος με εστίαση στη συστημική διαφθορά, 2. Νομικό πλαίσιο και η βαρύτητα που δίνεται στον έλεγχο και δίωξη της διαφθοράς, 3. Δημόσια διοίκηση και βελτίωση μηχανισμών για τη πρόληψη της διαφθοράς, 4. καίριες υπηρεσίες και βιομηχανικοί κλάδοι- διαφθορά δημόσιων λειτουργών, 5. μη κρατικοί φορείς και η προσοχή τους στη διαφάνεια και τη λογοδοσία, 6. οργανωσιακή και κοινωνική δυναμική και ικανότητα να διαχειριστεί το φαινόμενο της διαφθοράς.
	Nordberg, C., & Vian, T. (2008)	Έκθεση (2008)	Γενική Επισκόπηση του προβλήματος και προτάσεις	Παρουσιάζει ορισμένα βασικά μέσα για την προώθηση δράσεων ενάντια στη διαφθορά στον τομέα της υγείας, επισημαίνοντας τις προκλήσεις που μπορεί να προκαλέσει η διαφθορά.
	Lewis, M., & Pettersson, G	Έκθεση (2009)	Διακυβέρνηση-Εργαλεία Βελτίωσης	Παρέχει τον ορισμό της καλής διακυβέρνησης στον τομέα της υγείας και ένα πλαίσιο ώστε τα θέματα διακυβέρνησης να αντιμετωπίζονται με τρόπο που να βελτιώνει την απόδοση του τομέα της υγείας. Προτείνονται δείκτες απόδοσης που προσφέρουν τη δυνατότητα για παρακολούθηση της σχετικής απόδοσης στην υγεία, και παρέχεται το πλαίσιο για συζήτηση μιας χρηστής διακυβέρνησης στην παροχή υπηρεσιών υγείας στους τομείς του προϋπολογισμού και της διαχείρισης των πόρων, της ατομικής απόδοσης παρόχων, της απόδοσης των υγειονομικών εγκαταστάσεων, των άτυπων πληρωμών, και των αντιλήψεων για τη διαφθορά
	Atanasova, E., Pavlova,M., Moutafova, E., Rechel, B., Groot, M	Έρευνα με ερωτηματολόγια σε δείγμα 1003 ατόμων με διαπροσωπική συνέντευξη το 2010 και follow-up περίοδο 12μηνών (2013)	Άτυπες πληρωμές	Εξετάζει τα αποτελέσματα εισαγωγής επίσημων συμπληρωμών δέκα χρόνια μετά τη θεσμοθέτηση τους. Συμπεραίνεται ότι τα αποτελέσματα του μέτρου ήταν πενιχρά.
	Miller, K. & Vian, T.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και εμπειρικών μελετών (2010)	Στρατηγικές ενάντια στις άτυπες πληρωμές	Διερευνώνται οι παράγοντες που προάγουν ή αναστέλλουν την πρακτική των άτυπων πληρωμών στις υπηρεσίες υγείας, και αναλύονται οι επιπτώσεις στη διακυβέρνηση και την απόδοση του συστήματος υγείας. Παρουσιάζονται καινοτόμες προσπάθειες για τη μείωση των άτυπων πληρωμών (εμπειρίες από την Αλβανία, τη Δημοκρατία της Κιργιζίας, την Καμπότζη και την Αρμενία), από τις οποίες προκύπτει ότι η μείωση των άτυπων πληρωμών είναι δυνατή, μέσω παρεμβάσεων που απευθύνονται στις θεσμικές και κοινωνικές αιτίες του φαινομένου.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Διεθνής (Αφρική)	Semrau, K., Scott, N., & Vian, T.	Ανασκόπηση και ανάλυση έργου (2010)	Διαφθορά σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα	Μελετά και αναλύει το φαινόμενο της διαφθοράς με τη μορφή της υπεξαίρεσης, πώς αυτή μπορεί να συμβεί σε χρηματοδοτούμενα προγράμματα από χορηγούς, και τι μπορεί να γίνει για να ελαχιστοποιηθεί ένα τέτοιο ρίσκο. Στο πλαίσιο αυτό περιγράφεται η περίπτωση του «ABC Project», ενός πολυετούς ερευνητικού προγράμματος προϋπολογισμού πολλών εκατομμυρίων δολαρίων που διεξάγεται από μία ΜΚΟ των ΗΠΑ στο Belletown της Αφρικής
Νότια Ασία (Μπαγκλαντές, Πακιστάν), Αφρική (Ουγκάντα και Νότιος Αφρική), Ευρώπη (Κράτη Βαλτικής)	Paredes-Solís,S., Andersson, N., Ledogar,R.J., Cockcroft, A.	Πρωτογενής μελέτη (2011)	Κοινωνικοί έλεγχοι και διαβουλεύσεις για τις άτυπες πληρωμές.	Σε δείγμα αντιπροσώπων της κοινότητας, νοικοκυριών και παρόχων φροντίδας διεξήχθησαν συνεντεύξεις καθώς και διάλογος σε focus groups με τις υγειονομικές αρχές. Επιτρέπουν την εκτίμηση της συχνότητας των άτυπων πληρωμών , των αιτιών που υποκρύπτονται, των παραγόντων κινδύνου, και την αξια-αντίκτυπο στον ασθενή. Τα αποτελέσματα αξιοποιήθηκαν από τους επίσημους φορείς όταν καταρτούσαν τα σχέδια για την εφαρμοζόμενη πολιτική υγείας.
Διεθνής	Hussmann, K.	Έκθεση (2011)	Ολιστική Θεώρηση της Διαφθοράς	Παρέχει πρακτική καθοδήγηση για το πώς να προσδιοριστούν και να αποτραπούν τα φαινόμενα διαφθοράς. Εξηγεί τι είναι η διαφθορά και ποιες μορφές λαμβάνει στον τομέα της υγείας, εντοπίζει τις ευπάθειες της διαφθοράς και του μετριασμού των στρατηγικών, παρουσιάζει τα μέσα για τον εντοπισμό και την παρακολούθηση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας και προτείνει τρόπους για την ενσωμάτωση των προσεγγίσεων καταπολέμησης της διαφθοράς στα προγράμματα του υγειονομικού τομέα.
Ουγκάντα	Bariyo, R., Ngoboka, P.T.	Έκθεση (2012)	Πολυεστιακή ανάλυση των υπηρεσιών υγείας σε μια αναπτυσσόμενη χώρα	Διεξοδική ανάλυση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας στην Ουγκάντας. Τονίζει τις ζωτικές στρατηγικές και πολιτικές, που πρέπει να κλιμακωθούν για την καταπολέμηση της διαφθοράς, προκειμένου να εξασφαλίσει τη βελτιωμένη παροχή και χρήση υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης. Προτείνεται η ενίσχυση του θεσμού του whistleblowing, ενεργοποίηση των ποινικών διώξεων και ελεγκτικών μηχανισμών (κυρίως εσωτερικού ελέγχου), εντατικοποίηση κατασχέσεων, με τη συμμετοχή της κοινωνίας των πολιτών. Ενδυνάμωση των δημοκρατικών θεσμών με κυβερνητική πρωτοβουλία.
Γκανά	Agbenorku, P.	Περιγραφική μελέτη με δείγμα 1620 ατόμων στη πόλη Kumasi, Δυτική Αφρική, με χρήση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων από το αρχές Μάρτίου έως τέλη Ιουλίου 2012	Επικέντρωση στη διαφθορά από την οπτική του πολίτη	Προτάθηκαν τα εξής μέτρα: Κίνητρα και αύξηση μισθολογική (56,2%) . έλεγχο και εποπτεία των κατάλληλων μηχανημάτων (26.5%), εκπαίδευση και συχνοί έλεγχοι στο εργατικό δυναμικό(9,3%) και διάθεση σε υποχρεωτική αργία (4.3%), καθώς και αξιοποίηση του Εθνικού Συστήματος Ασφάλισης (National Health Insurance Scheme, NHIS) .

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Ινδία	Chattopadhyay, S.	Περιγραφή Case studies από την Ινδία (2013)	Κοινωνιολογική-Βιοηθική οπτική της διαφθοράς στην υγεία	Επισκόπηση των δυνητικών βιοηθικών παρεμβάσεων με εστίαση στη κάστα των ιατρών.
ΗΠΑ	Rodwin, M.A.	Έκθεση (2013)	Συνταγογράφηση εκτός ενδείξεων	Καταγράφεται ανεπάρκεια αποτελεσμάτων σε απάντηση των υψηλών προστίμων που έχουν θεσμοθετηθεί και προτείνεται τροποποίηση του αγοραστικού πλαισίου εξαγοράς φαρμάκων για εκμηδενισμό των κίνητρων και εντατικοποίηση των ελέγχων εντοπισμού των εκτός ενδείξεων συνταγογραφήσεων
Χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος χώρες	USAID	Πρωτογενής Μελέτη (2013)	Εστίαση στις υπολανθάνουσες αιτίες της διαφθοράς και τις προτεινόμενες λύσεις.	1125 ηγέτες και μάνατζερ του τομέα της υγείας από 95 χώρες χαμηλού και μεσαίου εισοδήματος, εκλήθησαν το 2013 να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο ανοιχτών ερωτήσεων και να καταθέσουν την εμπειρία και τα βιώματα τους στο πεδίο ειδικότητας τους . Πέντε κύριες παρεμβάσεις κατονομάστηκαν: Αφύπνιση και ενίσχυση της Διαφάνειας, διάνθιση της αποτελεσματικής ηγεσίας και διοίκησης, καλλιέργεια κλίματος νομοτυπίας, ελέγχου και απόδοσης ευθυνών, παροχή κινήτρων στους παρόχους υγείας για βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσίες υγείας, Εγκαθίδρυση προγραμμάτων εκπαίδευσης Ηθικής Δεοντολογίας.
Σιέρα Λεόνε	Pieterse, P. & Lodge, T.	Έρευνα πεδίου με focus groups και συνεντεύξεις επαγγελματιών υγείας από το Σεπτ 12 - Μάιο 14	Άτυπες πληρωμές στη ΠΦΥ	Συστηματική ανασκόπηση όλων των δυνητικά σχετικών μελετών με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τη μείωση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 9 μελέτες από τις ΗΠΑ, τη Νότιο Κορέα, την Ινδία, τη Γερμανία και το Κιργιστάν όπου αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα των διαφορετικών στρατηγικών που ακολουθήθηκαν καθώς και η χρήση των πόρων. Ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας προσέφερε η εγκαθίδρυση ανεξάρτητης αρχής κατά της υγειονομικής απάτης (λιγότερο ισχυρές η ενημέρωση του κοινού με //αύξηση του μισθού των ιατρών, guidelines στους νοσοκομειακούς ιατρούς για την απόρριψη δωροδοκιών, αύξηση των ενδονοσοκομειακών ελέγχων, νομοθέτηση των καταγγελιών από φαρμακευτικές εταιρείες των δωροδοκούμενων)
Κόσοβο	Vian T.	Ανασκόπηση βιβλιογραφίας και διενέργεια συνεντεύξεων σε 36 υγειονομικούς και κυβερνητικούς σχηματισμούς-κλειδιά ποικίλλων επιπέδων εξουσίας και περίθαλψης. (2014)	Εκτίμηση κινδύνου για διαφθορά στις ΥΥ μεταπολεμικά	Ανάλυση βασισμένη στα έξι δομικά στοιχεία των ΣΥ κατά ΠΟΥ: ηγεσία/διακυβέρνηση, ΥΥ, υγειονομικό δυναμικό, πληροφορίες, ιατροφαρμακευτική τεχνολογία, χρηματοδότηση. Προτείνεται η εντατικοποίηση του θεσμού του εσωτερικού ελέγχου σε 3 πυλώνες : Υπουργείο Υγείας, Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, Οργανισμός Χρηματοδότησης Υγείας (MoH,KHUCS, HFA) καθώς και των δήμων. Διατείνεται ότι ο διάλογος μεταξύ των προαναφερθέντων θεσμών, των κυβερνητικών αντιπροσώπων και των ΜΜΕ είναι απαραίτητος για την δέσμευση των πολιτών. Η θεμελίωση σύγχρονων πληροφοριακών συστημάτων και η σύνθεση εξειδικευμένων για τον απουσιασμό νομικών κυρώσεων κρίνεται επιτακτική.

ΧΩΡΑ ΜΕΛΕΤΗΣ	ΣΥΓΓΡΑΦΕΙΣ	ΕΤΟΣ/ΜΕΘΟΔΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ	ΘΕΜΑ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
Αφρική	Mostert,S., Njuguna,F., Olbara,G., Sindano, S., Sitaresmi, MN., Supriyadi,E., Kaspers, G.	Περιγραφική μελέτη σε συνδυασμό με βιβλιογραφική ανασκόπηση (2015)	Διαφθορά στις αντικαρκινικές υπηρεσίες	Αναλυτική περιγραφή, αιτιολογική απόδοση και στηλίτευση των εκτεταμένων πρακτικών διαφθοράς στον υγειονομικό τομέα στις χώρες της Αφρικής. Ανάλυση των επιπτώσεων στη περίθαλψη των ογκολογικών ασθενών. Προτάσεις ενάντια στη διαφθορά προσαρμοσμένες στην κοινωνικοοοικονομικό ενεστωτικό status.
Διεθνής	Gaitonde R., Oxman, A.D., Okebukola, P.O., Rada, G.	Συστηματική Ανασκόπηση (Ιαν 2014 με Ιουν 2016)	Αξιολόγηση των παρεμβάσεων ενάντια στη διαφθορά στο χώρο της υγείας.	Συστηματική ανασκόπηση όλων των δυνητικά σχετικών μελετών με σκοπό την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των στρατηγικών για τη μείωση της διαφθοράς στον τομέα της υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν συνολικά 9 μελέτες από τις ΗΠΑ, τη Νότιο Κορέα, την Ινδία, τη Γερμανία και το Κιργιστάν όπου αξιολογήθηκαν τα αποτελέσματα των διαφορετικών στρατηγικών που ακολουθήθηκαν καθώς και η χρήση των πόρων. Ισχυρές ενδείξεις αποτελεσματικότητας προσέφερε η εγκαθίδρυση ανεξάρτητης αρχής κατά της υγειονομικής απάτης (λιγότερο ισχυρές η ενημέρωση του κοινού με //αύξηση του μισθού των ιατρών, guidelines στους νοσοκομειακούς ιατρούς για την απόρριψη δωροδοκιών, αύξηση των ενδονοσοκομειακών ελέγχων, νομοθέτηση των καταγγελιών από φαρμακευτικές εταιρείες των δωροδοκούμενων)

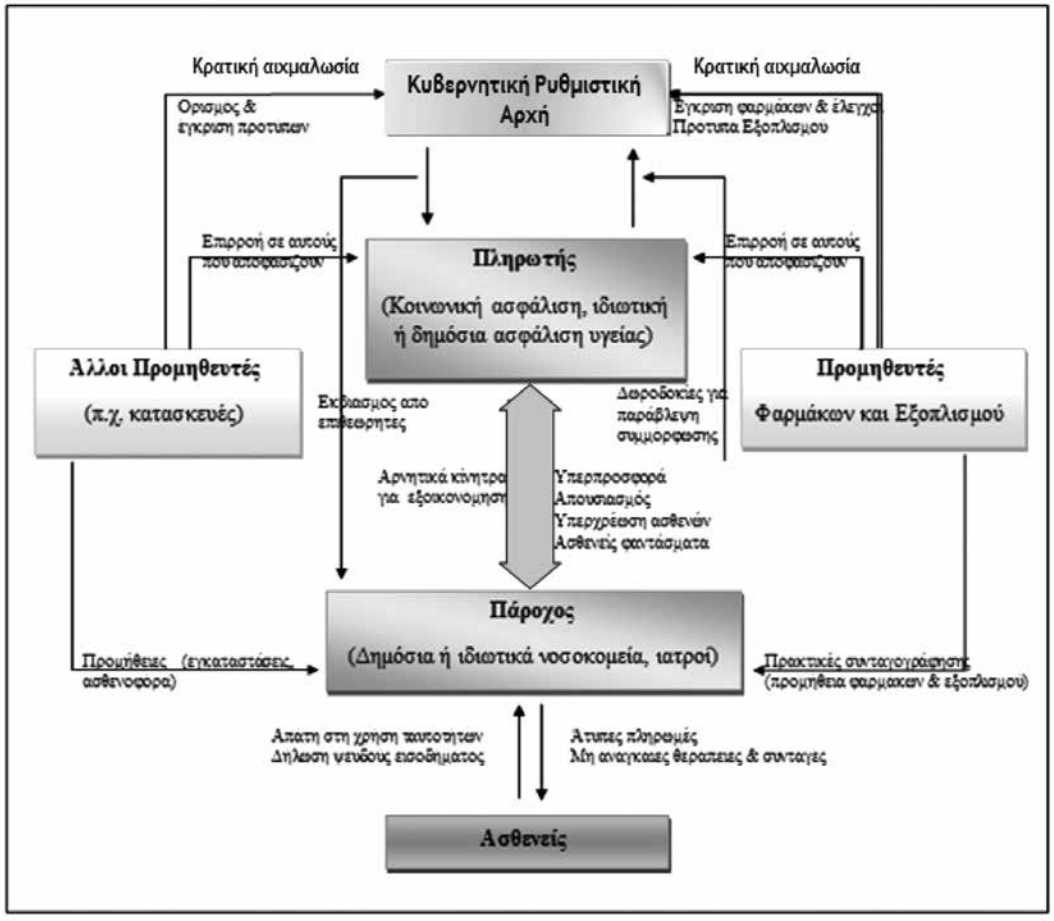
Πίνακας 2 Καταγραφή της Διαφθοράς: Μέθοδοι Συλλογής και Ανάλυσης Δεδομένων.

Προσέγγιση	Περιγραφή	Οφέλη	Αδυναμίες
Έρευνες αντίληψης της διαφθοράς	Έρευνες των αντιλήψεων για τη διαφθορά, στο γενικό πληθυσμό ή σε συγκεκριμένες κατηγορίες επαγγελματιών υγείας. Παραδείγματα: Έρευνες της Παγκόσμιας Τράπεζας για την Αντίληψη της Διαφθοράς, ο δείκτης αντίληψης της διαφθοράς της Διεθνούς Διαφάνειας	*Δίνουν έμφαση στους τομείς ενδιαφέροντος *Καθιερώνουν τη βάση και επιτρέπουν την παρακολούθηση των αλλαγών με την πάροδο του χρόνου *Με ερώτηση διαφορετικών επαγγελματιών υγείας για το ίδιο πρόβλημα μπορεί να τονιστούν ζητήματα *Παρέχουν δημόσια πληροφόρηση για εξωτερική υπευθυνότητα	*Υπάρχει τρέχουσα συζήτηση για την καλύτερη μεθοδολογία και για το πώς επηρεάζονται τα αποτελέσματα από τοπική κατανόηση των όρων *Η αντιληπτή συμπεριφορά μπορεί να διαφέρει από την πραγματική συμπεριφορά
Έρευνες δημόσιων δαπανών και δαπανών των νοικοκυριών	Οι έρευνες στα νοικοκυριά μετρούν δαπάνες συμπεριλαμβανομένης της υγειονομικής περίθαλψης και των άτυπων πληρωμών. Η ανάλυση των δημοσίων δαπανών μπορεί να εντοπίσει τις διαρροές και τις ροές των δημόσιων κονδυλίων μεταξύ των επιπέδων της κυβέρνησης. Παραδείγματα: Έρευνες Μέτρησης Βιοτικού Επιπέδου της Παγκόσμιας Τράπεζας, Έρευνες Παρακολούθησης Δημόσιων Δαπανών (PETS	*Παρέχουν λεπτομέρειες σχετικά με τις υγειονομικές δαπάνες των νοικοκυριών ανάλογα με το εισόδημα και την περιοχή, επίσημες ή ανεπίσημες *Τα δεδομένα μπορούν να συγκριθούν με στόχους ώστε να παρέχουν μέτρα υπευθυνότητας, π.χ. ποσά που καταβάλλονται για υποτιθέμενες δωρεάν υπηρεσίες, το ποσοστό των κρατικών δαπανών που πραγματικά καταλήγει στα σημεία παροχής υπηρεσιών	*Τα υπάρχοντα σύνολα δεδομένων μπορεί να μην περιλαμβάνουν ερωτήσεις που να επιτρέπουν σε κάποιον να διακρίνει τις τυπικές από τις άτυπες πληρωμές *Οι έρευνες παρακολούθησης δημόσιων δαπανών εξαρτώνται από τα δημόσια αρχεία, τα οποία μπορεί να είναι αποσπασματικά

Προσέγγιση	Περιγραφή	Οφέλη	Αδυναμίες
Συλλογή ποιοτικών δεδομένων	Η συλλογή ποιοτικών δεδομένων μέσω αναλυτικών συνεντεύξεων και ομάδων εστίασης, ώστε να καθοριστούν οι τομείς ενδιαφέροντος. Παράδειγμα: Vian et al. (2006), Balabanova & McKee (2002)	*Παρέχουν λεπτομέρειες για τις στάσεις, τα πρότυπα, τις πεποιθήσεις, τις πιέσεις *Βοηθούν να καθοριστούν οι όροι, να διευκρινιστεί το «πώς» των διεφθαρμένων πράξεων, να ενημερώσουν την ανάπτυξη των ερευνών για τις αντιλήψεις *Επιτρέπουν τη συνέχεια (follow up)	* Η κοινωνικής προκατάληψη ή η επιφυλακτικότητα μπορεί να επηρεάσει τα αποτελέσματα *Η πλήρης διαπολιτισμική κατανόηση απαιτεί ιδιαίτερη προσοχή στη μετάφραση και την κατάρτιση του ερευνητικού προσωπικού
Ανασκόπηση συστημάτων ελέγχου	Εξετάζει τους εγγενείς κινδύνους, δεδομένης της αποστολής /του τύπου λειτουργίας, τον έλεγχο του περιβάλλοντος και τα υφιστάμενα μέτρα προστασίας κατά της διαφθοράς. Παραδείγματα: προγράμματα συμμόρφωσης νοσοκομείων ΗΠΑ για την καταπολέμηση της απάτης (OIG, 1998)•φαρμακευτική αξιολόγηση (WHO, 2007)	*Καλό για τη σύγκριση πραγματικών συστημάτων με βέλτιστες πρακτικές *Παρέχει βαθειά ανάλυση συγκεκριμένων κυβερνητικών υπηρεσιών ή μονάδων	*Υποθέτει ότι τα συστήματα είναι σταθερά, ως εκ τούτου, είναι ακατάλληλη μέθοδος για συστήματα που υποβάλλονται σε υγειονομικές μεταρρυθμίσεις *Λειτουργεί καλύτερα σε χώρες με ανεπτυγμένα διοικητικά συστήματα και καλή τεκμηρίωση

Πηγή: Vian (2008, σελ.89)

Εικόνα 1 Οι Πέντε Παίκτες-Κλειδιά στο Σύστημα Υγείας.



Πίνακας 3 Λίστα επιλεγμένων πρακτικών διαφθοράς και οι επιπτώσεις τους.

Τύπος Διαφθοράς	Επεξήγηση	Επιπτώσεις
Άτυπες πληρωμές	Πληρωμές που αποδίδονται στους πάροχους υγείας, είτε υψηλότερες από τις επίσημες χρεώσεις, είτε έναντι δωρεάν υπηρεσιών.	Μειώνει την πρόσβαση στη φροντίδα, υπονομεύει την ισότητα στην πρόσβαση, αυξάνει την οικονομική επιβάρυνση των ασθενών.
Πώληση κρατικών θέσεων	Όταν ένας ανώτερος υπάλληλος απαιτεί πληρωμές από κρατικούς οργανισμούς για να ασφαλίσει ή να κρατήσει τη θέση του.	Αυξάνει την πιθανότητα μη εξειδικευμένου προσωπικού, τα άτομα μπορεί να αισθάνονται πίεση να καταχρούνται εξουσία ώστε να χρηματοδοτούν την «αγορά» της εργασίας τους.
Κατά συνήθεια απουσία	Απουσία από την εργασία ή ιδιωτική ενασχόληση κατά την διάρκεια των ωρών εργασίας.	Μειώνει την πρόσβαση και την παροχή υπηρεσιών.
Δωροδοκίες	Υπόσχεση ή απόδοση χρημάτων ή αντικειμένων αξίας σε αντάλλαγμα επίσημης ενέργειας.	Δωροδοκίες στην καταγραφή, επιλογή και προμήθεια μπορεί να καταλήξουν σε υψηλό κόστος, ακατάλληλα ή αλληλεπικαλυπτόμενα φάρμακα και υποθεραπευτικά ή πλαστά φάρμακα να επιτραπούν στην αγορά.
Διαφθορά Προμηθειών	Περικλείει διαφόρων τύπων καταχρήσεις όπως: δωροδοκίες, μίζες, δόλια τιμολόγηση, συμπαιγνίες με προμηθευτές, αποτυχία ελέγχων συμβάσεων, κλπ.	Αύξηση τιμών προϊόντων ή υπηρεσιών αυξάνοντας την ανεπάρκεια, προϊόντα και υπηρεσίες μπορεί να μην είναι αναγκαία, να μην παραδίδονται ή να είναι κατώτερης ποιότητας.
Κλοπή ή απώλεια περιουσίας	Κλοπή ή μη νόμιμη χρήση περιουσίας όπως φάρμακα, εξοπλισμός, οχήματα, για ιδία χρήση, χρήση σε ιδιωτικό ιατρείο ή επαναπώληση.	Οδηγεί σε υψηλότερο κόστος ανά μονάδα, φάρμακα εκτός αποθέματος, διακοπές στη θεραπεία ή ατελείς θεραπείες, ανθεκτικότητα στα αντιβιοτικά. Μπορεί να εμποδίζει την πρόσβαση στη φροντίδα εφόσον οι ασθενείς σταματούν να επισκέπτονται τις εγκαταστάσεις.
Απάτη	Εσκεμμένη διαστρέβλωση με πρόθεση την εξασφάλιση μη νόμιμου κέρδους. Μπορεί να περιλαμβάνει ψευδή τιμολόγηση, ασθενείς «φαντάσματα» ή υπηρεσίες (τιμολόγηση ασθενών που δεν υπάρχουν ή υπηρεσιών που δεν έχουν προσφερθεί), εκτροπή εισπρακτέων λογαριασμών σε προσωπικούς λογαριασμούς, ή άλλου είδους ελλείμματα.	Η άντληση των πόρων μπορεί να οδηγήσει σε αφερεγγυότητα των ασφαλιστικών ταμείων, χαμηλής ποιότητας φροντίδα, άρνηση φροντίδας από κάποιους ασθενείς ή αποτυχία προγραμμάτων να επιτύχουν αποτελέσματα.
Υπεξαίρεση εσόδων χρέωσης χρηστών	Κλοπή ή χρήση κεφαλαίων τα οποία ανήκουν στον εργοδότη ή σε κρατική υπηρεσία.	Λιγότερη χρηματοδότηση διαθέσιμη για τις υπηρεσίες, χαμηλής ποιότητας φροντίδα.

Πίνακας 4 Παρεμβάσεις για τη Περιστολή της Διαφθοράς.

Τύποι Παρεμβάσεων για τη Περιστολή της Διαφθοράς	Παραδείγματα	Μηχανισμοί
Διάχυση της Πληροφορίας Εκστρατείες πληροφόρησης που στοχεύουν στην αλλαγή της γνώσης, στάσεων ή πεποιθήσεων και την ανάπτυξη δεξιοτήτων για την πάταξη της διαφθοράς.	Καμπάνιες ενημέρωσης που στοχεύουν στη γνωστική κατάρτιση του κοινού ή τους κινητήριους παράγοντες (στάσεις, πεποιθήσεις, κοινωνικές νόρμες) που υποβόσκουν σε διεφθαρμένες συμπεριφορές ή ενίσχυση των δεξιοτήτων περιστολής της διαφθοράς (ταυτοποίηση και ανάληψη δράσης)	Η γνώση μπορεί να οδηγήσει στην αλλαγή της συνολικής θεώρησης, πολλαπλασιασμό των πρακτικών περιστολής και την ανάληψη δράσεων ενάντια στη διαφθορά.
Μείωση των Μονοπωλίων Αύξηση της ελευθερίας επιλογής από διαφορετικούς πάροχους, προμηθευτές, υπηρεσίες.	Η ύπαρξη πολλών παροχών δίδει ελευθερία στο καταναλωτή να επιλέξει την υπηρεσία ή το προϊόν, περιορίζοντας τη δυναμική πιθανών δωροδοκιών	Η ανταγωνιστικότητα δρά σαν αντικίνητρο διεφθαρμένων πρακτικών και σαν μοχλός πίεσης για τη βελτίωση της αποδοτικότητας.
Ελαχιστοποίηση Κινήτρων Αφαίρεση ή μείωση των ελατηρίων και των παραγόντων που παρακινούν παράτυπες συμπεριφορές.	Απόδοση πρόσθετου εισοδήματος και κίνητρων απόδοσης	Η αύξηση του εισοδήματος μπορεί να μειώσει την πίεση για διεφθαρμένες δράσεις.
Ενίσχυση της Διαφάνειας και της Λογοδοσίας Καλλιέργεια της διαφάνειας και της υπευθυνότητας στη διαδικασίες λήψη αποφάσεων πχ. Αυξάνοντας τη συμμετοχή όλων των εταίρων ή καθιερώνοντας σύστημα καταγραφής και ανοιχτής πρόσβασης των αποφάσεων.	Νομοθεσία για υποχρεωτική δημοσιοποίηση πληροφοριών στις διαδικασίες λήψης αποφάσεων ή επιδόσεων, οργανισμοί «φρουροί», δραστηριότητες (ή διευκόλυνση δραστηριοτήτων), από ανεξάρτητους οργανισμούς, κοινωνία πολιτών ή τα ΜΜΕ για την πρόσβαση και τη διασπορά των πληροφοριών, τοπικά συμβούλια με εμπλοκή των πολιτών ή ανοιχτές συναντήσεις, συστήματα πληροφοριών που συνδέουν τη χρήση πόρων με το αποτέλεσμα. Επανασχεδιασμός των προμηθειών ή της διαδικασίας συμβάσεων μέσω βελτίωσης πληροφοριών (για τη διευκόλυνση συγκρίσεων), εκπαίδευσης του προσωπικού (ώστε να ζητάει και να αξιολογεί τις προσφορές ή να διαπραγματεύεται συμβόλαια), δομές που να διευκολύνουν πιο ανοιχτές και ανταγωνιστικές προσφορές ή διαδικασίες συμβάσεων.	Η βελτιωμένη παράθεση πληροφοριών για τη διαδικασία λήψης αποφάσεων και επίδοσης και υψηλής λογοδοσίας θα μπορεί να μειώσει τα κίνητρα για διεφθαρμένη συμπεριφορά, να αυξήσει την κινητοποίηση εμπλοκής σε δραστηριότητες κατά της διαφθοράς και να μειώσει τις ευκαιρίες για διαφθορά. Καλύτερος ενημερωμένος ανταγωνισμός θα μείωνε τις ευκαιρίες για τους προμηθευτές και τους παρόχους να προσφέρουν δωροδοκίες ή μίζες ή να παραποιούν πληροφορίες.
Περιστολή της Αυτενέργειας Μείωση στην ελευθερία κινήσεων των κατεχόντων τη δύναμη.	Διαμοιρασμός καθηκόντων στα άτομα ώστε να δημιουργούνται έλεγχοι και ισοζύγια, ή εισαγωγή τυποποιημένων διαδικασιών λειτουργίας.	Μειώνοντας την αυτόνομη εξουσία των ανθρώπων να παίρνουν αποφάσεις θα μπορεί να μειώσει τις ευκαιρίες για διαφθορά.
Αυστηροποίηση του Πλαισίου Εντοπισμού και Επιβολής Βελτιστοποίηση των μεθόδων ανίχνευσης και μεγιστοποίηση των επιβαλλόμενων ποινών.	Στενή παρακολούθηση, εσωτερικές ασφαλιστικές δικλίδες, έλεγχος για διαφθορά, ενδελεχής έρευνα, προστασία και ανταμοιβή των πληροφοριοδοτών, απόδοση κυρώσεων σε περίπτωση μη πραγμάτωσης των συμφωνηθέντων, δριμύ πρόστιμα, μηδενική επιείκεια.	Η βελτιωμένη ανίχνευση θα μπορούσε να είναι μία αποτροπή (μείωση κινήτρων) και να μειώνει τις ευκαιρίες (αν η τιμωρία περιλαμβάνει την απομάκρυνση ατόμων που συμπεριφέρθηκαν διεφθαρμένα από τη θέση εξουσίας που κατείχαν) Οι έχοντες την εξουσία μπορεί να αισθανθούν πίεση να υπεξαιρέσουν ή να δεχθούν δωροδοκίες ώστε να πληρώσουν προσωπικά χρέη. Εξασφαλίζοντας ότι δεν έχουν υπέρογκα χρέη και ότι μπορούν να μειώσουν την ευαισθησία τους στη διαφθορά. Οι έλεγχοι του ιστορικού μπορούν να μειώσουν ευκαιρίες για διεφθαρμένη συμπεριφορά για εκείνους που διατρέχουν.
Ίδρυση Ανεξάρτητης Αρχής Καθιέρωση υπηρεσίας με συντεταγμένη λειτουργία συντονισμού όλων των δραστηριοτήτων ενάντια στη διαφθορά.	Χρηματοπιστωτικός και παρασκηνιακός έλεγχος Διαχωρισμός, μόνιμων οργανισμών των οποίων η πρωτεύουσα λειτουργία είναι να παρέχουν κεντρική ηγεσία, συντονισμό ή εκτέλεση δραστηριοτήτων κατά της διαφθοράς, συμπεριλαμβανομένων όλων των παραπάνω.	Η ηγεσία και ο συντονισμός μπορούν να βοηθήσουν στη διασφάλιση εφαρμογής αποτελεσματικών πολιτικών κατά της διαφθοράς

REVIEW

Corruption in healthcare services and the game theory model

Evaggelia Andreadaki[1], Athena Kalokairinou-Anagnostopoulou[2]
1. RN, MSc, Department of Nursing Staff, 251 General Airforce Hospital, Athens
2. Professor, Public Health Division, Department of Nursing, National and Kapodistrian University of Athens

ABSTRACT

Introduction: It is intelligentia communis that Healthcare services, worldwide, suffer from corruption, thereby disrupting the social web of protection of the most important good, which is health. The Game Theory (GT), applied in situations of social dilemmas, highlights issues of personal benefits prioritization that eventually end up at the expense of the total as well as the individual.

Aim: The aim of the present study was to explore corruption in the Greek healthcare services, to highlight its underlying causes, to record the socio-economic impact in the light of the GT. In addition the paper aims at highlighting the prevention and coping policies of this major problem.

Methods: An extensive literature review was conducted in various databases, such as "PubMed/ Medline", "Embase", "Cinahl", "Cochrane", in websites of various international organizations, Greek and foreign institutions, using, in Greek and English, key-words such as "corruption" , "fraud", "black economy", "Greek Health System", "Game Theory". The study included 195 publications, accepting finally those published in the last twenty-five years in Greek and English language.

Results: Imoralisation of Healthcare Services is diminishing the principles of equality-accessibility-efficiency-effectiveness on which the modern Greek National Healthcare System (NHS) was built. Furthermore, it violates fundamental human rights. The amoralist activities involve all healthcare providers, are combined with a high level of general social corruption and have a direct, negative impact on the health status of Greek citizens, directly affecting the less privileged citizens. In recent years, healthcare system reforms have been structural and multilevel, with measures being taken to tackle and modify the actual background that has, overtime, nurtured corruption.

Conclusions: Changing the citizens' philosophy and attitude against the phenomenon of corruption, is the key to determine the effectiveness of any measure taken. In a zero-sum game, confinement of healthcare partners to the exclusive claim of their individual/corporate interests acts as a coil of distortion of the wider social development and normality. The fight against corruption requires a transition to a new "Social Contract" with eagerness, resolute determination by political leaders, multi-sectoral interventions at legal/managerial level, and coordination of the efforts of all with a sense of esprit de corps.

Key-words: Corruption, Greece, Game Theory, Healthcare Services

Corresponding Author: Evaggelia Andreadaki
e-mail: eyhandreadaki@gmail.com

Submission date: 17/9/2017
Publication date: 09/2018

Citation: Andreadaki E. & Kalokairinou Anagnostopoulou A. (2018). Corruption in healthcare services and the Game Theory model. Hellenic Journal of Nursing Science 11(3): 10-32