



**ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**  
**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**  
**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

**ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**ΤΟ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ**

**Σπουδάστρια: Σταυρούλα Νιάρχου**

**Επιβλέπων: Λεωνίδας Παρασκευόπουλος**  
**Επικ. Καθηγητής**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2009**

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στη παρούσα μελέτη αναπτύξαμε το θέμα γύρω από το Βρετανικό σύστημα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο έγινε η παρουσίαση του συστήματος της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, σύμφωνα με μελέτη του αγγλικού συστήματος υγείας. Έγινε λόγος για τη δομή του συστήματος, από τα πρώτα χρόνια μέχρι και σήμερα. Στη συνέχεια, στο δεύτερο κεφάλαιο, καταγράφηκαν οι προσπάθειες της Θάτσερ για αποκεντροποίηση, οι ανατροπές, οι αντιδράσεις, καθώς επίσης και ο τρόπος λειτουργίας της κυβέρνησης Blair. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρθηκε η φορολογία και η σχέση που έχει με το βρετανικό σύστημα υγείας, αλλά και τι ισχύει σήμερα όσον αφορά την αποκεντροποίηση. Στο τρίτο κεφάλαιο, αξιολογήθηκε και έγινε κριτική στην αποκεντροποίηση του εξεταζόμενου συστήματος. Τέλος, η μελέτη ολοκληρώθηκε με τα συμπεράσματα.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	σελ.1
---------------	-------

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

#### ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΓΓΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

1.1 Ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας.....	σελ.3
1.2 Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία σήμερα .....	σελ.8
1.3 Η δομή του συστήματος υγείας της Βρετανίας σήμερα.....	σελ.10

### ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

#### ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟΚΕΝΤΡΟΠΟΙΗΣΗΣ NHS ΑΠΟ ΤΗ ΘΑΤΣΕΡ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

2.1 Η κυβέρνηση Θάτσερ - οι μεταρρυθμίσεις από το 1996 και μετά .....	σελ.17
2.2 Η πολιτική της Θάτσερ οι κοινωνικές ανατροπές και οι αντιδράσεις.....	σελ.18
2.3. Η κυβέρνηση Blair .....	σελ.20
2.3.1. Περισσότεροι γιατροί, περισσότερες νοσοκόμες .....	σελ.25
2.3.2. Μεγαλύτερος ρόλος για τις νοσοκόμες .....	σελ.25
2.4 Πολιτικοποίηση και αποκέντρωση του βρετανικού συστήματος.....	σελ.26
2.5. Φορολογία και σύστημα υγείας.....	σελ.26
2.6 Το σημερινό σύστημα αποκέντρωσης του συστήματος υγείας τα ης Αγγλίας .....	σελ.28

2.7. Το εθνικό πρόγραμμα της Αγγλίας για τα πληροφοριακά συστήματα στο σύστημα υγείας .....	σελ.32
--	--------

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

3.1. Αξιολόγηση και κριτική της αποκέντρωσης του βρετανικού συστήματος.....	σελ.34
--	--------

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	σελ.37
--------------------	--------

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	σελ.38
-------------------	--------

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1 ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ .....	4
Σχήμα 2 ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ .....	6
Σχήμα 3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ .....	8
Σχήμα 4 Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ.....	11
Σχήμα 5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.....	13
Σχήμα 6 Η ΤΕΛΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ .....	15

## ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

**NHS:** National Health System (Εθνικό Σύστημα Υγείας)

**GPs:** General Practitioners (Γενικοί Ιατροί)

**DGH:** District General Hospital (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο)

**RHAs:** Regional Health Authorities (Υγειονομικές Περιφέρειες)

**DHAs:** District Health Authorities (Υγειονομικές Επαρχίες)

**DHA:** District Health Authorities (Περιφερειακές Υγειονομικές Επαρχίες)

**FHSAs:** Health Service Authorities (Αρχές Οικογενειακής Περίθαλψης)

**HAs:** Health Authorities (Υγειονομικές Αρχές)

**PCGs:** Primary Care Groups (Ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας)

**LHA:** Local Health Authorities (Τοπικές Υγειονομικές Αρχές)

**UK:** United Kingdom

**Ε.Σ.Υ.:** Εθνικό Σύστημα Υγείας

**Α.Ε.Π.:** Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το σύστημα υγείας θεωρείται σήμερα ότι περιλαμβάνει το σύνολο δραστηριοτήτων με κύριο σκοπό τους την προαγωγή, αποκατάσταση ή διατήρηση της υγείας των ατόμων. Οι ανθρώπινοι και υλικοί πόροι, η τεχνολογία και οι διαδικασίες που πραγματώνουν αυτές τις δραστηριότητες διαμορφώνουν το σύστημα υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας που απευθύνονται σε όλα τα άτομα (υγιείς και ασθενείς) συνηθίζεται να ονομάζονται υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας, ενώ αυτές που παρέχονται μόνο στα άτομα που αντιμετωπίζουν υγειονομικά προβλήματα, ονομάζονται υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Το τμήμα του συστήματος υγείας που πραγματώνονται οι υπηρεσίες υγείας, διαμορφώνει το σύστημα φροντίδων υγείας ή σύστημα υγειονομικών φροντίδων. Για το υποσύστημα του συστήματος υγειονομικών φροντίδων που αφορά τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, αναφερόμαστε ως σύστημα υγειονομικής περίθαλψης.

Οι κανόνες που ρυθμίζουν την οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας συγκροτούν την πολιτική υγείας ή υγειονομική πολιτική. Η εφαρμογή της πολιτικής υγείας επιβάλλεται συνήθως από την εκάστοτε κυβέρνηση και εποπτεύεται κυρίως από το Υπουργείο Υγείας και τις περιφερειακές καθώς και τις τοπικές αρχές.<sup>1</sup>

Στη συγκεκριμένη μελέτη θα εστιάσουμε στο Βρετανικό σύστημα υγείας. Ουσιαστικά, το εξεταζόμενο Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης (National Health System, NHS), αποτελεί το βασικότερο εκπρόσωπο των δημόσιων εθνικών συστημάτων υγείας. Γενικότερα, το βρετανικό υγειονομικό σύστημα ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα συστημάτων υγείας, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge.

Βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.

Το βρετανικό σύστημα υγείας αποτελεί το πρώτο ολοκληρωμένο σύστημα, το οποίο παρείχε καθολική και δωρεάν κάλυψη του πληθυσμού, εξ ου και τα βασικά χαρακτηριστικά του, δηλαδή η αρχή της κοινωνικής αλληλεγγύης (solidarity), της

<sup>1</sup> Παρασκευόπουλος Α., (2006), «Συστήματα Υγείας», Σημειώσεις Διδασκαλίας.

καθολικής και πλήρους υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

Στόχος της παρούσας μελέτης είναι η ανάδειξη των βασικών χαρακτηριστικών του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, εφόσον αποτελεί το βασικότερο εκπρόσωπο των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (NHS). Η ανάλυσή μας θα εστιαστεί στις βασικές μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας της Βρετανίας, καθώς και στην οργανωτική δομή και λειτουργία του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, η οποία διαμορφώθηκε με αφετηρία την έκθεση του Beveridge, στη δεκαετία του 1950.

Επιπλέον, θα μελετήσουμε το βαθμό αποκέντρωσης του Βρετανικού συστήματος υγείας, κάνοντας αναφορά στην πολιτική της Θάτσερ, η οποία επηρέασε καθολικά το υγειονομικό σύστημα, έχοντας πολλούς να λένε ότι ουσιαστικά το κατέστρεψε, το μετάλλαξε. Η ιστορική και οργανωσιακή περιγραφή είναι ο βασικός σκοπός της έρευνας μας, ώστε να καταλήξουμε στο τέλος της μελέτης μας να απαντάμε στο ερώτημα αν τελικά αποκεντροποιήθηκε ή όχι.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

### ΣΥΣΤΗΜΑΤΙΚΗ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ - ΜΕΛΕΤΗ ΤΟΥ ΑΓΓΛΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

#### 1.1 Ιστορική αναδρομή του συστήματος υγείας

Αρχικά, στη Βρετανία μέχρι το 1900 δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση, με την έννοια της προστασίας του πληθυσμού, παρέχονταν μέσω της Εκκλησίας. Λίγο αργότερα, το 1911, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος χρηματοδοτείτο από εισφορές εργαζομένων, προκειμένου να επιτύχουν την ασφάλισή τους στο σύστημα υγείας (αυτή την περίοδο η κρατική χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν ανύπαρκτη).

Ταυτόχρονα, το 1911, η National Insurance Act κάλυψε πάνω από 13 εκατομμύρια εργαζόμενους και καθιέρωσε τα επιδόματα ασθενείας (sickness benefit) και την περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care), η οποία παρέχονταν από τους γενικούς γιατρούς.

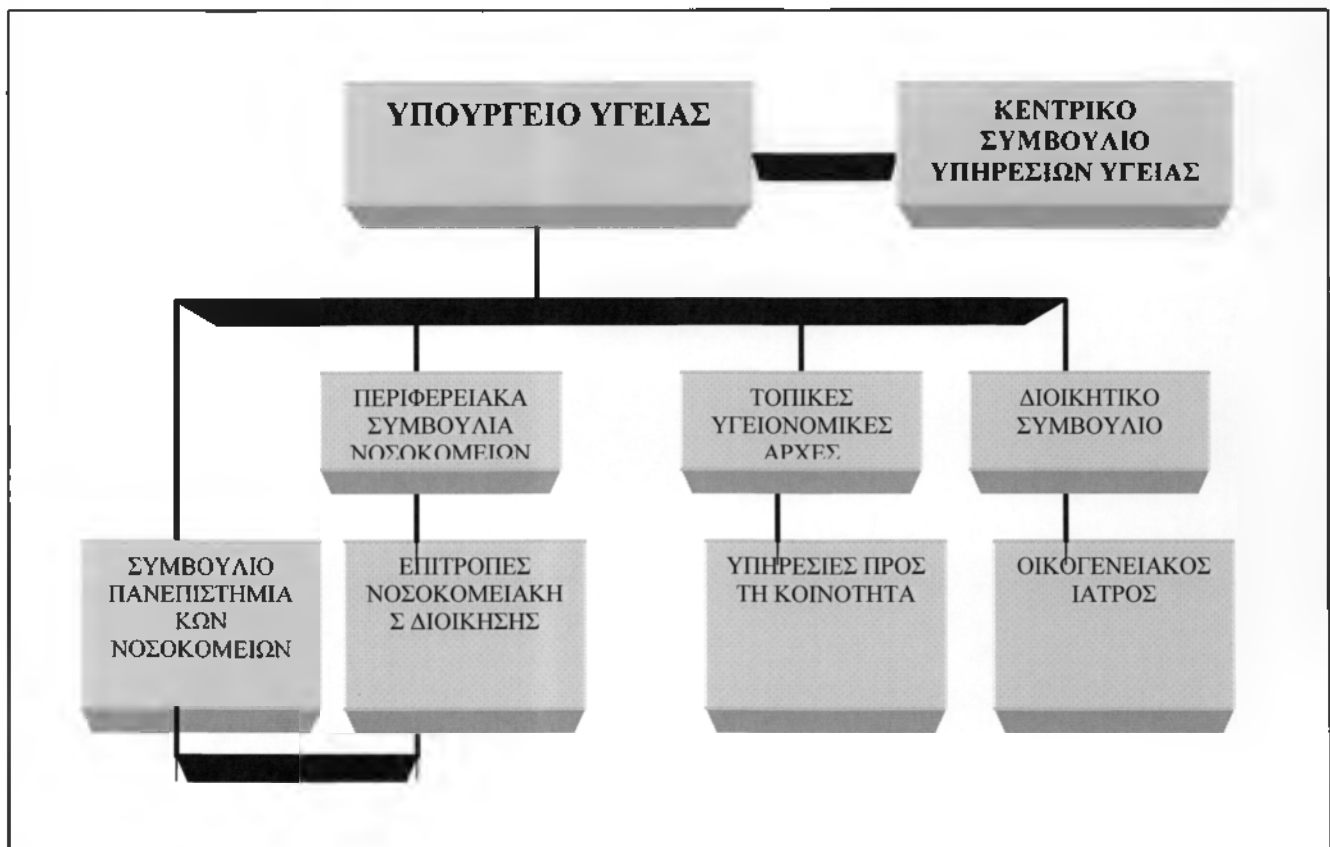
Λίγο αργότερα, το 1920, η έκθεση “Dawson” αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, το οποίο θα βασιζόταν στη δημιουργία και λειτουργία των κέντρων υγείας.

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σχεδιάστηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η διαμόρφωση της έκθεσης του Beveridge το 1942 υπήρξε καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός συστήματος, σύμφωνα με τις βασικές αρχές του οποίου, η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία των πολιτών απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας, του γήρατος.

Το 1942 λοιπόν, με την έκθεση του Beveridge γίνεται προσπάθεια για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα κάλυπτε εξ ολοκλήρου τον πληθυσμό της χώρας. Με τον τρόπο αυτόν, προωθήθηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας και το 1948 δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (National Health System, NHS).

Η πρώτη μορφή του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας παρουσιάζεται στο Σχήμα 1 παρακάτω. Το σύστημα υγείας που παρουσιάζεται στο Σχήμα 1 ίσχυε μέχρι το 1974. Το NHS ιδρύθηκε λοιπόν το 1948, κάνοντας πράξη το νόμο “NHS Act” του 1946.

Εδραιώθηκε συνεπώς ένα δημόσιο σύστημα υγείας με δωρεάν παροχή υπηρεσιών στους πολίτες και με έμφαση στην αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτόν αναβαθμίστηκε ο ρόλος των GPs (General Practitioners), οι οποίοι συμβάλλουν στο σύστημα και ασκούν πλέον χρέη «πυλωρού» (gatekeeper), καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Το 1962 εφαρμόστηκε το «Νοσοκομειακό Πρόγραμμα», μια νέα επενδυτική καινοτομία στον τομέα των υποδομών, το οποίο αναγνώριζε την ανάγκη ανάπτυξης ενός αποκεντρωμένου δικτύου δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και εισήγαγε την έννοια του περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου (District General Hospital, DGH). Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, μια μονάδα 600–800 κλινών απευθύνεται σε κάθε 100.000 – 150.000 κατοίκους, ένα περιφερειακό μοντέλο το οποίο παρατηρείται μέχρι και σήμερα.



**Σχήμα 1: ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ**

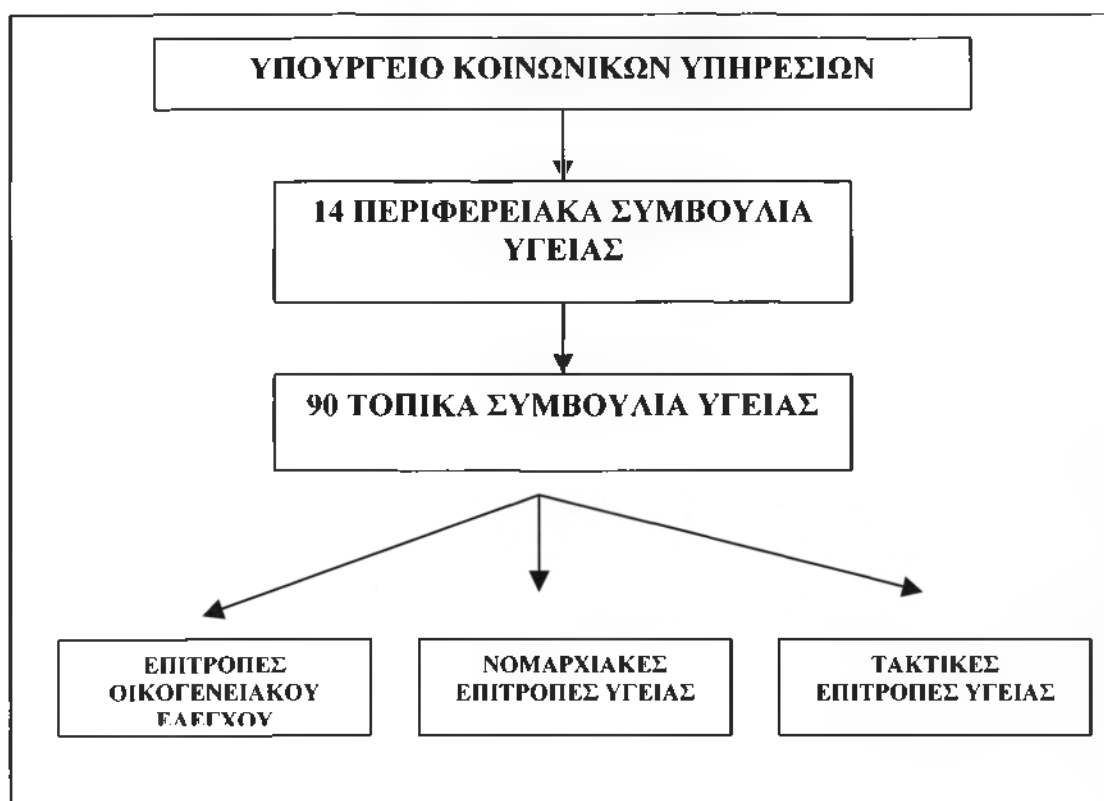
Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

Το 1973 θεσμοθετούνται οι περιφερειακές διοικήσεις με διευρυμένες αρμοδιότητες, οι οποίες εγκαινιάστηκαν μέσα από το νέο "NHS Act". Σύμφωνα με την οργανωτική τους δομή, κάτω από τη διοικητική επίβλεψη του Υπουργού Υγείας διαμορφώνονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs), οι οποίες επωμίζονται την ευθύνη του σχεδιασμού. Αυτές, με τη σειρά τους, διαιρούνται σε 90 «περιοχές» (areas). Οι περιοχές αυτές διαιρούνται σε επαρχίες (districts), που διοικούνται από τοπικά διοικητικά συμβούλια.

Τα τοπικά διοικητικά συμβούλια έχουν κυρίως την ευθύνη των περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων (DGH). Στο ΣΧΗΜΑ2 φαίνεται η δομή του Υπουργείου Κοινωνικών υπηρεσιών το 1974. Μελετώντας τη δομή του Υπουργείου κοινωνικών Υπηρεσιών, παρατηρούμε ότι η πολιτική ασκείται πλέον σε τρία επίπεδα: το κεντρικό, το περιφερειακό και το τοπικό επίπεδο όπου και τα τρία έχουν την αρμοδιότητα του στρατηγικού σχεδιασμού και τον τρόπο οργάνωσης στον τομέα της υγείας, που καθιερώθηκε με τη νομοθεσία του 1973. Έτσι, η Βρετανία οδηγήθηκε σε οικονομική κρίση, λόγω της μεγάλης αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης.

Επίσης, το σύστημα κατηγορήθηκε ότι δημιουργούσε πολλά διοικητικά επίπεδα εξαιτίας της πολυδιάσπασής του, της δαπανηρής συντήρησής του και της βραδύτητας στη λήψη αποφάσεων.

Έτσι, το 1982, μετά από εισήγηση της επιτροπής Merrison, ακολουθήθηκε ένα άλλο πρότυπο αποκεντρωμένης οργάνωσης, όπου οι «περιοχές» και οι τοπικές αρχές αντικαταστάθηκαν από 192 υγειονομικές επαρχίες DHAs (District Health Authorities). Το 1989 το NHS αναθεωρείται και πάλι, με σκοπό την εισαγωγή μεθόδων «ελεγχόμενου ανταγωνισμού», με στόχο το σύστημα να καταστεί περισσότερο αποδοτικό. Το 1991 διαχωρίστηκε διοικητικά η ευθύνη για τις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης μέσα στα όρια των districts. Έτσι, οι DHAs έλεγχαν τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην περιοχή, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούσε αρμοδιότητα των Αρχών Οικογενειακής Περίθαλψης (Health Service Authorities, FHSAs).



**Σχήμα 2 ΒΑΘΜΙΔΕΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ**

Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

Το 1999 πραγματοποιήθηκαν νέες μεταρρυθμίσεις στη δομή του συστήματος. Οι DHAs ονομάζονται πλέον απλά Υγειονομικές Αρχές (Health Authorities, HAs), ενώ ένας νέος διοικητικός σχηματισμός εισέρχεται στο σύστημα, οι ομάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs). Σταδιακά, οι αρμοδιότητες των HAs περιορίστηκαν στο στρατηγικό σχεδιασμό, ενώ αυξήθηκαν οι αρμοδιότητες των PCGs για την πρωτοβάθμια φροντίδα των πολιτών της περιφέρειας. Ευθύνη των HAs ήταν η εκπόνηση προγραμμάτων για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού, σε συνεργασία με τις PCGs, τους προμηθευτές (NHS Trusts) και τις τοπικές αρχές.

Το 1999, οι περιφερειακοί σχηματισμοί εισήλθαν στο νέο μοντέλο που επέβαλε η νομοθεσία του 1999, σταδιακά. Προσδιορίστηκαν τέσσερα στάδια για την ανάπτυξη των PCGs, προκειμένου να γίνει ομαλά η μετάβαση στο βελτιωμένο οργανωτικό μοντέλο και να απεμπλακούν οι HAs από λειτουργικές αρμοδιότητες, παραμένοντας προσηλωμένες στο κομμάτι του στρατηγικού σχεδιασμού.

Οι βασικές παράμετροι του βρετανικού συστήματος υγείας σήμερα είναι η κεντρική κυβέρνηση, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι προμηθευτές του συστήματος και οι φορολογούμενοι-ασθενείς. Αναλυτικότερα, οι τοπικές αρχές, απορροφώντας τους απαραίτητους πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό, συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας.

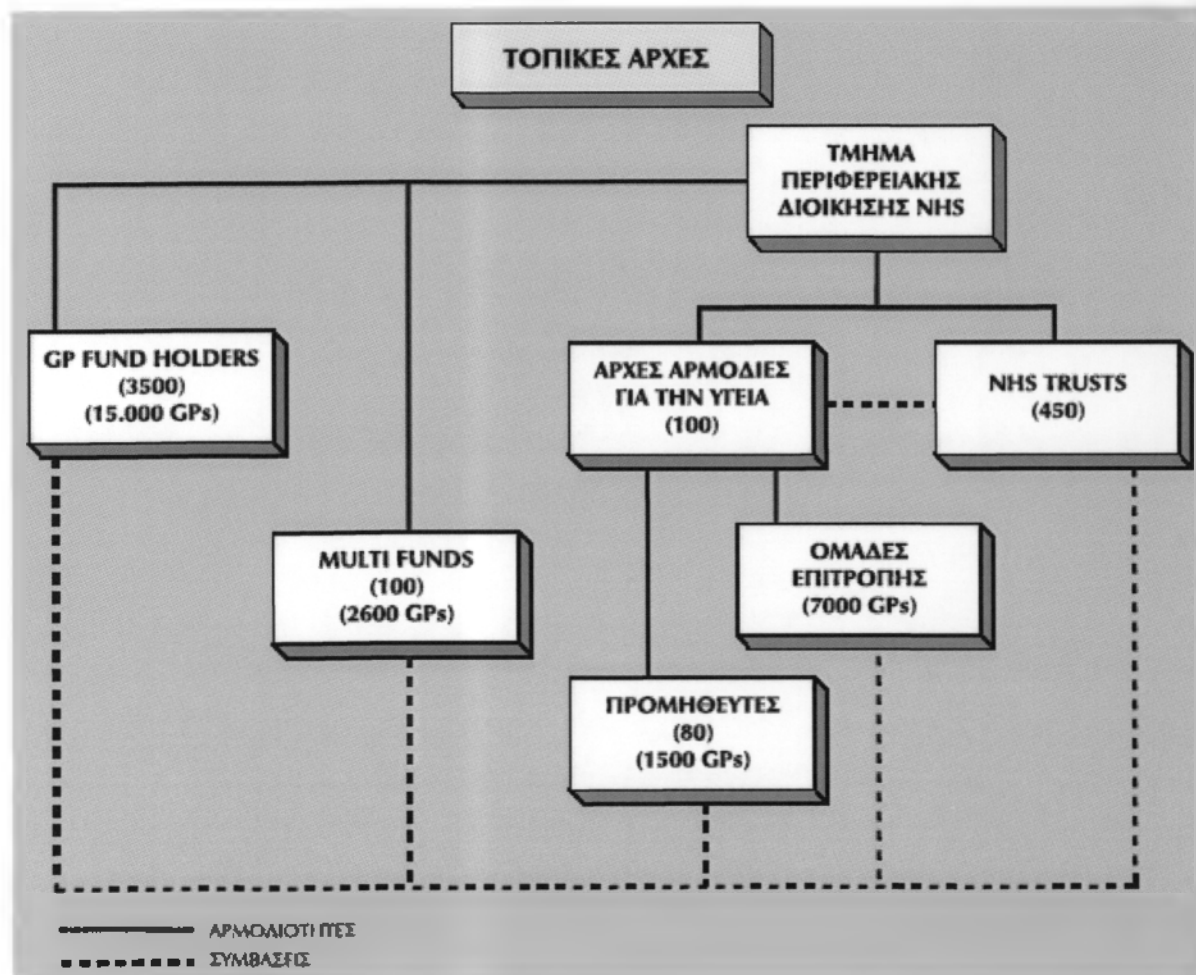
Οι προμηθευτές παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας προς τους πολίτες, οι οποίοι ως αντίτιμο καταβάλλουν φόρους. Μελετώντας, λοιπόν, τη λειτουργία του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, παρατηρούμε ότι συνθέτει ένα κύκλωμα, του οποίου οι βασικοί δρώντες διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας

Οι βασικοί πυλώνες του Βρετανικού Συστήματος Υγείας ήταν η χρηματοδότησή του από τον κρατικό προϋπολογισμό και η δωρεάν περίθαλψη για όλους, ακόμη και για τους τουρίστες που επισκέπτονταν τη χώρα. Στα πρώτα του βήματα, καθοριστική ήταν και η αμερικανική βοήθεια μέσω του Σχεδίου Μάρσαλ. Με την πάροδο των χρόνων υπέστη αλλαγές και μεταρρυθμίσεις, με την υιοθέτηση κανόνων της αγοράς, πρώτα από τη Μάργκαρετ Θάτσερ τη δεκαετία του '80 και μετά από τον Τόνι Μπλερ στις αρχές του 2000.

Σήμερα το ΕΣΥ στην Αγγλία αλλά και από τότε που συστάθηκε παρότι στη πορεία επιδέχτηκε πολλών αλλαγών και τροποποιήσεων ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge. Βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη (solidarity), η καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.

## 1.2 Το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία σήμερα

Η οργανωτική δομή του NHS, όπως διαμορφώθηκε μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1991, απεικονίζεται στο σχήμα 3. Διακρίνονται τέσσερις βασικοί θεσμοί οργάνωσης, οι οποίοι ισχύουν μέχρι και σήμερα



Σχήμα 3 ΒΑΣΙΚΟΙ ΘΕΣΜΟΙ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ

Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

Όπως αναφέραμε και παραπάνω, το σύστημα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία αποτελεί το κλασικό παράδειγμα του μοντέλου Beveridge. Οι δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν το 2000 στο 7,3% του ΑΕΠ (5,9% δημόσιες, 1,4% ιδιωτικές).<sup>2</sup> Η χρηματοδότηση του NHS προέρχεται από τη γενική φορολογία κατά 79%, από την κοινωνική ασφάλιση κατά 16% και το υπόλοιπο 5% από ιδιωτικές πληρωμές.<sup>3</sup>

Οι πόροι από τη φορολογία κατανέμονται από το NHS άμεσα στις Περιφερειακές Υγειονομικές Αρχές (District Health Authorities, DHA) και έμμεσα, διαμέσου αυτών, στα fundholders των γενικών γιατρών (GP's fundholders) και τις Τοπικές Υγειονομικές Αρχές (Local Health Authorities, LHA). Οι LHA και τα fundholders «αγοράζουν» υπηρεσίες υγείας για τον εγγεγραμμένο πληθυσμό τους από τα δημόσια ή ιδιωτικά νοσοκομεία και τις κοινοτικές υπηρεσίες.<sup>4</sup> Ο διαχωρισμός αυτός, ανάμεσα σε αγοραστές και προμηθευτές, εφαρμόστηκε στη διάρκεια της δεκαετίας του 1990, προκειμένου να δημιουργηθούν οι προϋποθέσεις ελεγχόμενου ανταγωνισμού, με σκοπό τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της ποιότητας.

Το 1995, τα νοσοκομεία του NHS εντάχθηκαν σε νοσοκομειακούς οργανισμούς δημιουργώντας 450 νοσοκομειακά συγκροτήματα, με περίπου 1.600 νοσοκομεία, τα οποία απολαμβάνουν σημαντικής διοικητικής αυτονομίας. Εκτός των δημόσιων, λειτουργούν και λίγα ιδιωτικά νοσοκομεία, που καλύπτουν το 6% του συνόλου των κλινών.<sup>5</sup>

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των εισαγωγών και μείωση των κλινών, με παράλληλη μείωση της μέσης διάρκειας νοσηλείας.<sup>6</sup> Το 2006, αντιστοιχούσαν 4,1 κλίνες ανά 1.000 κατοίκους (2,0 για οξέα περιστατικά). Το 1996, η μέση διάρκεια νοσηλείας για οξέα περιστατικά ήταν 5,0 ημέρες και οι κρεβατο-ημέρες ανά κάτοικο 1,7.<sup>7</sup>

Ο τρόπος πληρωμής των νοσοκομείων έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια, από σφαιρικούς προϋπολογισμούς σε σύστημα συμβάσεων (contracting) μεταξύ νοσοκομείων και LHA ή GP's fundholders, το οποίο βασίζεται σε αμοιβές κατά πράξη ή αμοιβές

---

<sup>2</sup> Γ. Υφαντόπουλος και συν.

<sup>3</sup> OECD. The reform of health care: A complete analysis of seventeen OECD countries. Organization for Economic Co-operation

<sup>4</sup> CENTER ON STRATEGIES FOR PUBLIC AND CIVIL ENTREPRENEURS. An exploration of future hospital care in 10 countries. Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam, 2001

<sup>5</sup> JAKUBOWSKI E, BUSSE R. Health care systems in the EU. A comparative study. European Parliament, Directorate General for Research, Luxembourg, 1998

<sup>6</sup> HENSCHER M, EDWARDS N, STOKES R. The hospital of the future: International trends in the provision and utilization of hospital care. Br Med J 1999, 319:845-848

<sup>7</sup> OECD. Health Data 1999. A comparative analysis of 29 countries. Organization for Economic Co-operation and Development, Paris, 1999

ανάλογα με τις διαγνωστικές κατηγορίες των νοσηλευόμενων ασθενών.<sup>8</sup> Επίσης, το 5% περίπου των κρεβατιών στα δημόσια νοσοκομεία διατίθενται για τη νοσηλεία ιδιωτικών ασθενών.<sup>9</sup>

Η ΠΦΥ, που παρέχεται από το NHS, στηρίζεται στον παραδοσιακό θεσμό των γενικών γιατρών (General Practitioners, GP's). Οι γενικοί γιατροί, που καλύπτουν τις ανάγκες πρωτοβάθμιας φροντίδας του 97% του πληθυσμού, είναι ιδιώτες γιατροί, που εργάζονται κατά κανόνα στα ιδιωτικά τους ιατρεία (solo practice), ενώ ορισμένοι σε ομαδική βάση (group practice).<sup>10</sup> Ασκούν έλεγχο στη χρήση των υπηρεσιών υγείας (gatekeeping), ενώ παράλληλα διαχειρίζονται πόρους για «αγορά» νοσοκομειακών και άλλων υπηρεσιών για τον πληθυσμό ευθύνης τους, είτε, μέχρι πρόσφατα, μέσω των GP's fundholders, είτε μέσω των πρωτοβάθμιων ομάδων υγείας (primary health groups), που πρόκειται να αντικαταστήσουν το θεσμό των GP's fundholders.<sup>11</sup> Στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται σημαντικό έλλειμμα ιατρών. Το 1996 υπήρχαν 1,8 γιατροί και 4,5 νοσηλευτές/τριες ανά 1000 κατοίκους.<sup>12</sup>

Οι γενικοί γιατροί αμείβονται κατά κεφαλή και κατά πράξη για ορισμένες πράξεις, ενώ οι νοσοκομειακοί γιατροί του NHS με μισθό (60%) ή με συμβάσεις για συγκεκριμένο έργο. Τα τελευταία χρόνια, πολλοί γιατροί του ASH δουλεύουν συμπληρωματικά και στον ιδιωτικό τομέα.<sup>13</sup>

### 1.3 Η δομή του συστήματος υγείας της Βρετανίας σήμερα

Βασικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η εξομάλυνση που δημιουργήθηκε από τα προβλήματα του ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς και η απαρχή της συνεργασίας ανάμεσα στους μετόχους του συστήματος υγείας, δηλαδή των NHS trusts, PCGs, HAs. Η δομή του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας διακρίνεται στα ακόλουθα επίπεδα:

<sup>8</sup> ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 2000

<sup>9</sup> WOLPER LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Mediforce, Αθήνα, 2001

<sup>10</sup> WOLPER LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Mediforce, Αθήνα, 2001

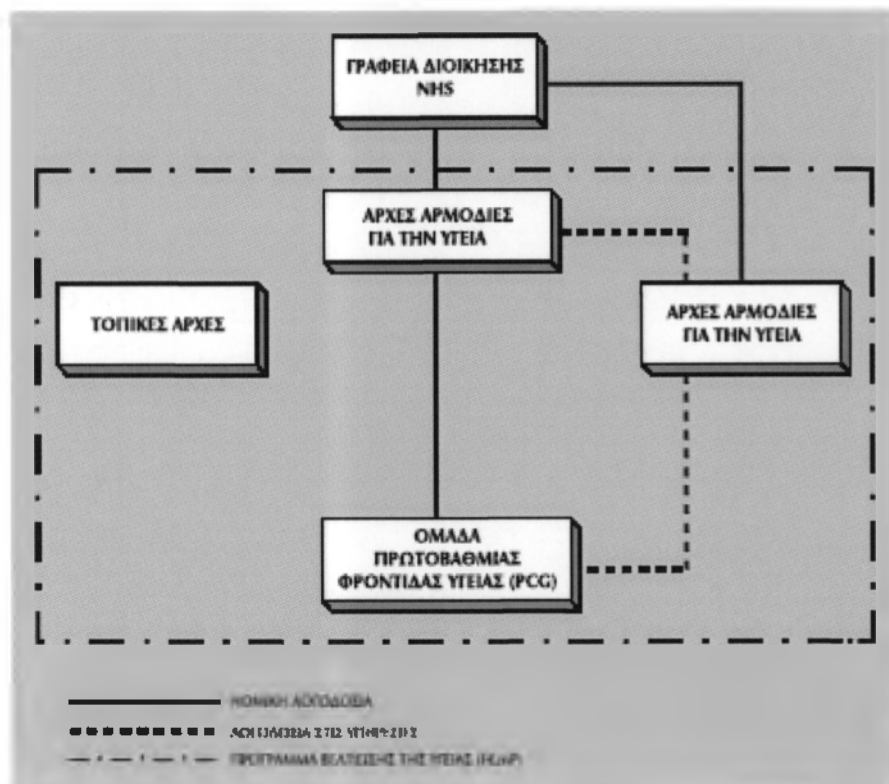
<sup>11</sup> SALTMAN RB, FIGUERAS J (eds). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997

<sup>12</sup> EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Canada. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000

<sup>13</sup> WIENERS WW (ed). Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena. Jossey-Bass Inc, San Francisco, 2001



- 1 Εθνικό Σύστημα Υγείας-Περιφερειακά γραφεία (NHS executive-regional offices)
- 2 Υγειονομικές αρχές (health authorities)
- 3 Ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups)
- 4 Τοπικές αρχές (local authorities)
- 5 Εσωτερική αγορά (NHS trusts).



Σχήμα 4 Η ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

Στο σχήμα 4 παρατηρούμε ότι τα NHS trusts εξακολουθούν να είναι υπεύθυνα για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, με τη διαφορά ότι τα βραχυπρόθεσμα συμβόλαια με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας έχουν αντικατασταθεί με μακροπρόθεσμα συμβόλαια.

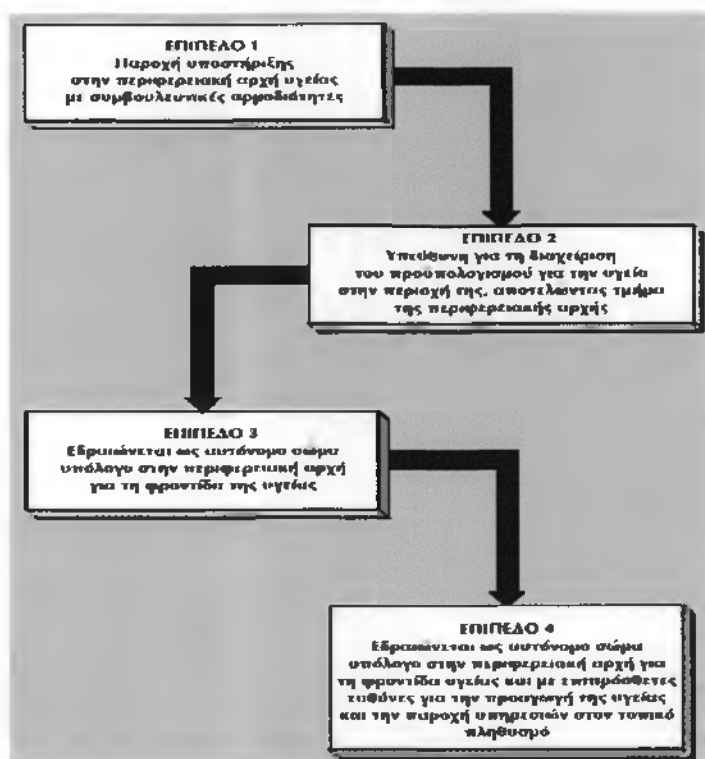
Οι υγειονομικές αρχές (health authorities), που έχουν αντικαταστήσει τις προηγούμενες αρχές των υγειονομικών επαρχιών (district health authorities), έχουν αναλάβει το έργο του στρατηγικού σχεδιασμού για την πολιτική των υπηρεσιών υγείας,

ενώ οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups) έχουν αναλάβει την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.

Οι fund holders μετέχουν πλέον ως επικεφαλείς της διοίκησης των PCGs. Οι υγειονομικές αρχές είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό προγραμμάτων που αφορούν στη βελτίωση της υγείας (health government programmes) στις περιοχές τους, σε συνεργασία με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα trusts, αλλά και τις τοπικές αρχές. Όσον αφορά στις ομάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups), αυτές συνεργάζονται με τις υγειονομικές αρχές και με τις τοπικές αρχές, προκειμένου θέσουν σε εφαρμογή προγράμματα που αφορούν στη βελτίωση της υγείας ή ασκούν συμβουλευτικό ρόλο σε διάφορα ζητήματα που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας.

Στο σχήμα 5 παρουσιάζονται τα στάδια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Βρετανία. Με βάση τη ροή της αναπτυξιακής διαδικασίας, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθούν τρία βασικά σημεία για τις PCG:

- 1 Συνεργάζονται με τις αρχές υγείας σε συμβουλευτικό επίπεδο
- 2 Έχουν δυνατότητα διαχείρισης προϋπολογισμού των υπηρεσιών υγείας στην περιφέρειά τους
- 3 Λειτουργούν ως φορείς υπεύθυνοι και υπόλογοι, αφού πρώτα έχουν ενσωματωθεί στις αρχές υγείας ως αυτόνομα σώματα, για την παροχή υπηρεσιών υγείας στον πληθυσμό της περιφέρειας και την πρόληψη της υγείας.



Σχήμα 5 ΤΑ ΣΤΑΔΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ.

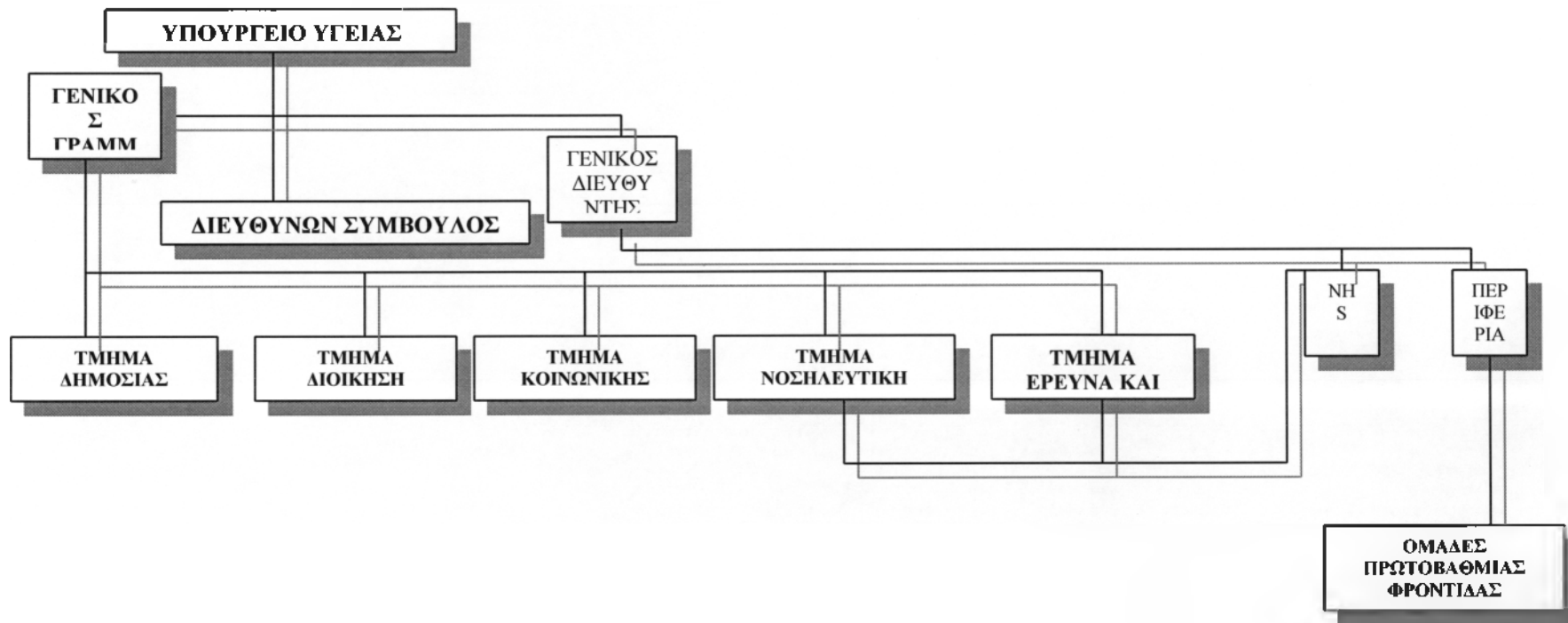
Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

Γενικότερα, από τη μελέτη των αρμοδιοτήτων των ομάδων πρωτοβάθμιας περίθαλψης, αλλά και από τη μελέτη των παραπάνω στοιχείων, προκύπτουν τα ακόλουθα πορίσματα:

- 1 Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCG) είναι φορείς υπεύθυνοι, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, για την παροχή υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης περιφέρειας.
- 2 Η διοικητική αρχή των PCG αποτελείται ως επί το πλείστον από γενικούς γιατρούς.
- 3 Την ευθύνη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας την έχουν οι PCG, όντας σε μεγάλο βαθμό αυτόνομες. Αν δεν έχουν φθάσει ακόμα σε αυτό το στάδιο, λόγω του ότι η μεταρρύθμιση έγινε πρόσφατα, προβλέπεται συνεργασία με τις τοπικές αρχές.

Στόχος της μεταρρύθμισης, πάντως, είναι να φθάσουν όλες οι PCG στο μέγιστο στάδιο της αυτονομίας τους σε όλη τη βρετανική επικράτεια, προκειμένου να έχουν την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι PCG καλύπτουν όλες τις βαθμίδες παροχής υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας. Οι PCG δεν έχουν σχέση διοικητικής ιεραρχίας με τις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες είναι αυτόνομοι οργανισμοί. Ο τρόπος συνεργασίας μεταξύ τομέα ζήτησης και προσφοράς είναι αυτός των συμβολαίων ανάμεσα σε PCG και νοσοκομεία, διάρκειας 3–5 ετών.

Τα στάδια κατανομής των πόρων στο βρετανικό σύστημα υγείας αποτελούνται από την κεντρική διοίκηση, τις υγειονομικές αρχές και από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι υγειονομικές αρχές, ανάλογα με το βαθμό αυτονομίας που έχουν αποκτήσει οι PCG, αναθέτουν την ευθύνη χρηματοδότησης στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι PCG έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης του προϋπολογισμού. Εισπράττουν τον προϋπολογισμό και, ακολούθως, προβαίνουν σε ανάλογες διαπραγματεύσεις με τα νοσοκομεία (trusts προσφοράς υπηρεσιών), συνάπτοντας συμβόλαια. Στο ΣΧΗΜΑ 6 παρουσιάζουμε τη τελική μορφή του συστήματος υγείας στην Μεγάλη Βρετανία σήμερα. Συγκεκριμένα:



**Σχήμα 6 Η ΤΕΛΙΚΗ ΜΟΡΦΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ ΜΕΓΑΛΗ ΒΡΕΤΑΝΙΑ**

Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος και συν.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

### ΠΡΟΣΠΑΘΕΙΑ ΑΠΟΚΕΝΤΡΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΘΑΤΣΕΡ ΩΣ ΣΗΜΕΡΑ

Στα τέλη της δεκαετίας του '70, ύστερα από δεκαετίες κεύσσιανισμού και έντονου κρατικού παρεμβατισμού, η Μ. Βρετανία βρισκόταν στο χείλος της καταστροφής. Η Θάτσερ κατάφερε να σταματήσει αυτόν τον κατήφορο. Απελευθέρωσε σε μεγάλο βαθμό τις αγορές, ιδιωτικοποίησε όλες σχεδόν τις μεγάλες επιχειρήσεις, πώλησε τις κρατικές κατοικίες στους ενοικιαστές τους, περιόρισε δραστικά την τεράστια δύναμη των εργατικών συνδικάτων. Το αποτέλεσμα ήταν μια πρωτοφανής οικονομική ανάπτυξη που κράτησε σχεδόν 25 χρόνια και μετέτρεψε τη Μ. Βρετανία από το μεγάλο ασθενή της Ευρώπης σε μια από τις πιο ανταγωνιστικές οικονομίες της Γηραιάς Ηπείρου, αφήνοντας πολύ πίσω τις άλλες μεγάλες ευρωπαϊκές χώρες.

Όμως, η ριζοσπαστική ρητορική της Μάργκαρετ Θάτσερ υπέρ της ελεύθερης αγοράς, θολώνει την πραγματική εικόνα της πρωθυπουργίας της. Η αλήθεια είναι πως οι δημόσιες δαπάνες δεν μειώθηκαν κατά τη διάρκεια της θητείας της. Αντίθετα αυξήθηκαν με ένα ρυθμό 1,1 % το χρόνο, ενώ η φορολογία αυξήθηκε από 36% στο 39,5% του ΑΕΠ. Η Θάτσερ έλεγε πως το "Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι ασφαλές στα χέρια μας" και είχε δίκιο, αφού οι σχετικές δαπάνες αυξήθηκαν κατά την δεκαετία του '80 (επίτευγμα για το οποίο κόμπαζαν οι κυβερνήσεις των Συντηρητικών).

Οι ιερές αγελάδες της κοινωνικής πρόνοιας και της δημόσιας εκπαίδευσης έμειναν ανέγγιχτες στα χρόνια του "θατσερισμού". Στο τέλος της θητείας της, περισσότεροι άνθρωποι από ποτέ εξαρτιόνταν από κρατικά επιδόματα. Αυτή ήταν η υποτιθέμενη διάλυση του κοινωνικού κράτους επί Θάτσερ.

Οι περισσότερες εταιρίες που ιδιωτικοποιήθηκαν δεν διασπάστηκαν σε μικρά κομμάτια, για να αφεθούν να λειτουργήσουν έπειτα σε ένα περιβάλλον απορρυθμισμένης αγοράς, όπως θα απαιτούσαν οι αρχές της ελεύθερης αγοράς και του ελεύθερου ανταγωνισμού. Αντίθετα πουλήθηκαν ολόκληρες σαν ιδιωτικά μονοπώλια και λειτούργησαν σε μια αγορά αυστηρά ρυθμισμένη από το κράτος, με νέες κρατικές υπηρεσίες που δημιουργήθηκαν για να τις επιβλέπουν. Επιπλέον, οι αγρότες και οι

επιχειρήσεις δεν σταμάτησαν να παίρνουν επιδοτήσεις και να προστατεύονται από τον ξένο ανταγωνισμό. Και φυσικά, ούτε κουβέντα δεν έγινε για την κατάργηση του απόλυτου κρατικού μονοπωλίου στη διάθεση του χρήματος και την κατάργηση ή την ιδιωτικοποίηση της Τράπεζας της Αγγλίας. Τέλος, η Θάτσερ απομακρύνθηκε από την παραδοσιακή συντηρητική πολιτική υπέρ της αποκέντρωσης και της τοπικής αυτονομίας, παραχωρώντας όλο και περισσότερες αρμοδιότητες σε μια σειρά από ζητήματα στην κεντρική κυβέρνηση.

Παρά τη συχνά επαναστατική της ρητορική υπέρ της ελεύθερης αγοράς, η Θάτσερ όχι μόνο δεν έστρεψε τη βρετανική οικονομία σε *laissez faire* κατεύθυνση αλλά ούτε καν μείωσε το κράτος στο μέγεθος που είχε κατά τη σοσιαλδημοκρατική δεκαετία του 1960. Η Μάργκαρετ Θάτσερ απλά χορήγησε μια δόση ελεύθερης αγοράς στο κυρίαρχο σύστημα του "κρατικού καπιταλισμού" ή "κορπορατισμού". Μια δόση ικανή να κάνει το σύστημα να λειτουργήσει πιο αποτελεσματικά για κάποια χρόνια. Μια δόση ελεγχόμενη, ώστε να μην είναι επικίνδυνη για τις κυρίαρχες κρατικοδίαιτες ελίτ.

## **2.1 Η κυβέρνηση Θάτσερ - οι μεταρρυθμίσεις από το 1996 και μετά**

Κατά το 1946, όταν η Μ. Βρετανία ίδρυσε τις Εθνικές Υπηρεσίες Υγείας (NHS) και χρηματοδοτήθηκε το σύστημα μέσω της γενικής φορολογίας, στόχευε στη παροχή υγειονομικών φροντίδων σε όλους τους Βρετανούς. Τα χρήματα δεν ακολούθησαν τους ασθενείς όσον αφορά τα δημόσια νοσοκομεία. Οι γιατροί πληρώνονταν συνήθως με μισθό και τα νοσοκομεία αποζημιώνονταν με σφαιρικούς προϋπολογισμούς. Σαν αποτέλεσμα, το ύψος των επιδομάτων των προμηθευτών δεν εξαρτιόταν από τις παρεχόμενες υγειονομικές υπηρεσίες.

Το 1980 υπήρξαν ενδείξεις για αυξανόμενες υγειονομικές δαπάνες και κρίση στη χρηματοδότηση των νοσοκομείων. Ταυτόχρονα, υπήρχαν μεγάλες διαφοροποιήσεις στην απόδοση μεταξύ νοσοκομείων και γενικών γιατρών. Το 1987 διάφορα νοσοκομεία μείωσαν το προσωπικό και τις κλίνες τους με αποτέλεσμα να υπάρχουν ελλείψεις και προβλήματα στην παροχή νοσοκομειακών υπηρεσιών. Εμφανίστηκαν μεγάλες λίστες αναμονής για μη επείγουσες επεμβάσεις και για ραντεβού με ειδικούς γιατρούς.

Η πρωθυπουργός Μάργκαρετ Θάτσερ έκανε ενέργειες προκειμένου να ενδυναμωθεί το σύστημα σε σχέση με την υγειονομική φροντίδα. Εφαρμόστηκε ο ανταγωνισμός μεταξύ προμηθευτών κάτω από ένα αυστηρό ρυθμιστικό περιβάλλον της

κυβέρνησης. Οι υγειονομικές αρχές καλούν ιδιώτες και δημόσιους προμηθευτές να αναλάβουν με τη χαμηλότερη τιμή τη διανομή υγειονομικών υπηρεσιών. Υπάρχει ένας καθαρός διαχωρισμός μεταξύ των υγειονομικών αρχών και προμηθευτών υγειονομιών φροντίδων. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές δεν ασκούν πλέον έλεγχο στα δημόσια νοσοκομεία :

1. Οι τοπικές υγειονομικές αρχές – όχι τα νοσοκομεία - είναι οι αποδέκτες των χρηματοδοτήσεων, προκειμένου να αγοράσουν υγειονομικές υπηρεσίες για λογαριασμό του πληθυσμού.
2. Τα νοσοκομεία και μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας δικαιούνται από υγειονομικά Τράστς (Health Trusts)-όχι από τις τοπικές υγειονομικές αρχές.
3. Τα νοσοκομεία και οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας ανταγωνίζονται με ιδιώτες προμηθευτές για τις χρηματοδοτήσεις, που έχουν κατανεμηθεί στις υγειονομικές αρχές.

Αρκετοί κατακρίνουν το σύστημα εσωτερικής αγοράς στη Βρετανία, αλλά η συζήτηση θα συνεχίζεται για πολύ καιρό ακόμη. Το σίγουρο είναι ότι έχουν μικρύνει οι λίστες και ο χρόνος αναμονής στα νοσοκομεία. Όσον αφορά τη συγκράτηση του κόστους, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι υγειονομικές δαπάνες αυξάνονται<sup>14</sup>.

## **2.2 Η πολιτική της Θάτσερ οι κοινωνικές ανατροπές και οι αντιδράσεις**

Επί της κυβερνήσεως Θάτσερ, σημειώθηκε μια σειρά γεγονότων που θα παραθέσουμε, τα οποία είναι τα πιο σημαντικά εκείνη της περιόδου και ουσιαστικά αναφέρονται στις νίκες που πέτυχε η Θάτσερ για τη δημιουργία ενός κράτους, στο οποίο πρώτη θέση θα έπρεπε να έχει η ισχυρή τάξη.

Αρχικά έχουμε την απεργία των ανθρακωρύχων, του 1985, η οποία αποτελεί μια πραγματικά ηρωική μάχη στη ιστορία του εργατικού κινήματος διεθνώς κι όχι μόνο της Βρετανίας. Οι ανθρακωρύχοι έκαναν απεργία για να προστατεύσουν τις δουλειές τους, ενάντια στο μαζικό κλείσιμο ανθρακωρυχείων και τη συντριβή του πανίσχυρου συνδικάτου τους.

---

<sup>14</sup> Παρασκευόπουλος Α. (2006), Σημειώσεις διδασκαλίας «Συστήματα Υγείας» Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, σελ. 123-124



Η απεργία κράτησε ένα ολόκληρο χρόνο. Οι ανθρακωρύχοι και οι οικογένειές τους έδωσαν τα πάντα σ' αυτό τον αγώνα. Ο αρχηγός των εργατικών Μίλιταντ έριξε όλες τις δυνάμεις του στη μάχη και έπαιξε καταλυτικό ρόλο στην πορεία της απεργίας, όχι μόνο από τα έξω, σαν συμπαράσταση, αλλά και κύρια από τα μέσα, στις επιτροπές και στα σωματεία των ανθρακωρύχων. Προς το τέλος της απεργίας ο Μίλιταντ είχε 500 μέλη ανθρακωρύχους, μια κτυπητή επιβεβαίωση της εμπιστοσύνης με την οποία το πιο σκληρό κομμάτι της εργατικής τάξης υποστήριζε την επαναστατική οργάνωση.

Την ίδια περίοδο με την απεργία των ανθρακωρύχων βρισκόταν σε εξέλιξη η μάχη του Λίβερπουλ. Η Θάτσερ είχε αντιπαραθέσει με την τοπική αυτοδιοίκηση.

Υπήρξε συμφωνία δεκάδων δήμων για αντίσταση κατά της Θάτσερ, πράγμα όμως που δεν έγινε, αφήνοντας το δήμο του Λίβερπουλ στην τύχη του.

Τα στελέχη του Μίλιταντ είχαν την επιλογή είτε να εγκαταλείψουν όλα τα κοινωνικά προγράμματα που είχαν ξεκινήσει σε μια πόλη με αποβιομηχάνιση και ανεργία και να εφαρμόσουν τις πολιτικές λιτότητας που ήθελε η Θάτσερ, ή να συγκρουστούν μαζί της και να την αναγκάσουν να δώσει τα κρατικά κονδύλια που ήταν απαραίτητα για να συνεχιστεί η πολιτική του δήμου.

Επέλεξαν το δεύτερο. Κινητοποιήσεις επί κινητοποιήσεων, απεργίες επί απεργιών, όλη η πόλη στους δρόμους, τέτοιες κινητοποιήσεις η πόλη δεν έζησε ποτέ στην ιστορία της και νίκησε. Ήταν η πρώτη φορά που ηττήθηκε η Θάτσερ.

Το τέλος του 1985 η απεργία των ανθρακωρύχων ηττήθηκε. Οι ανθρακωρύχοι έχασαν τα πάντα, τις δουλειές τους, τα σπίτια τους, τα αυτοκίνητα τους, λόγω των χρεών που συσσώρευσαν και της ανεργίας που τους κτύπησε μαζικά στη συνέχεια. Χάθηκαν και ζωές σ' αυτή τη σύγκρουση, και πολλοί μαχητές βρέθηκαν στις φυλακές. Για το εργατικό κίνημα της Βρετανίας ήταν μια ήττα στρατηγικής σημασίας.

Η δεκαετία του '80 κλείνει με τον αγώνα ενάντια στον «κεφαλικό φόρο» τον οποίο επιβάλλει η Θάτσερ. Για να καλύψει τα ελλείμματα της κυβέρνησης η Θάτσερ επιβάλλει 1000 λίρες φόρο κατά κεφαλή, κάθε οικογένειας, ανεξάρτητα από το εισόδημά τους. Πέρα από την καταφανή διάκριση υπέρ των πλούσιων, για τους οποίους 1000 λίρες δεν είναι τίποτε, υπάρχουν εκατοντάδες χιλιάδες εργατικών οικογενειών που απλά δεν μπορούν να πληρώσουν τις 3 ή 4 ή 5 χιλιάδες λίρες που τους αναλογούν.

Ο Μίλιταντ παίρνει την πρωτοβουλία για τη συγκρότηση της ομοσπονδίας ενάντια στον πολυταξ η οποία συγκροτείται στη βάση επιτροπών σε δήμους και γειτονιές και η

οποία καλεί σε άρνηση πληρωμής του φόρου. Το εγχείρημα φαίνεται στην αρχή εντελώς ουτοπικό όμως οι οργανικές σχέσεις του Μίλιταντ με τις εργατογειτονιές, του επιτρέπουν να κάνει την εκτίμηση ότι το σύνθημα αυτό μπορεί να έχει πραγματικά μαζική απήχηση.

Το αποτέλεσμα είναι ένα εκπληκτικό κίνημα, με διαδηλώσεις εκατοντάδων χιλιάδων, και με 14 εκατομμύρια Βρετανούς να αρνούνται να πληρώσουν. Η Θάτσερ αποδεικνύεται ανίκανη να αντιμετωπίσει το κίνημα. Ξεκινά μαζικές διαδικασίες προσαγωγής σε δίκες με πρόστιμα και φυλακίσεις. Από τους πρώτους που προσάγονται είναι οι βουλευτές του Μίλιταντ. Έχουν την επιλογή ή να πληρώσουν το φόρο ή να πάνε φυλακή, και βέβαια επιλέγουν το δεύτερο.

### **2.3.Η κυβέρνηση Blair**

Τον Ιούλιο του 1948, ο τότε πρωθυπουργός Μπλερ σε συνεργασία με τον Attlee εισηγήθηκαν το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) με στόχο να προσφέρουν την «ελεύθερη» ιατρική περίθαλψη για ολόκληρο τον βρετανικό πληθυσμό.

Από τότε, το βρετανικό κοινό έχει δει το NHS και την ελεύθερη υγειονομική περίθαλψή του ως θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και οι επόμενες κυβερνήσεις είναι δικαιολογημένα απρόθυμες να αλλάξουν ή να μεταρρυθμίσουν αυτό το δημοφιλές πρόγραμμα, προκειμένου να μην αντιμετωπίσουν την αντίδραση του κόσμου από μια τέτοια ενέργεια.

Ακόμα, τα ζητήματα χρηματοδότησης, καθώς επίσης και οι κοινωνικές τεχνολογικές πρόοδοι αλλαγών, απειλούν τον τρόπο που το NHS ενεργεί. Οι περιοριστικές πολιτικές πρακτικής και οι τοποθετήσεις προσωπικού του, οι οργανωτικές ρωγμές, και τα ζητήματα χρηματοδότησης λειτουργούν συχνά ενάντια στα ενδιαφέροντα των ασθενών και τις κυβερνητικές ιδέες της πολιτικής υγείας.

Η κυβέρνηση Blair έχει προσπαθήσει να αλλάξει την υγειονομική και κοινωνική περίθαλψη μέσα στο UK και να αλλάξει πλήρως τον τρόπο με τον οποίο γίνονται οι εργασίες στο NHS.

Κατά τη διάρκεια του καλοκαιριού 2003, ο βρετανικός Τύπος αφιέρωσε πολλές στήλες ειδήσεων στη σύγκριση του Τόνι Μπλερ με τον Attlee, ο οποίος ήταν εκλεγμένος ως προϊστάμενος μιας κυβέρνησης εργασίας στο τέλος του Δεύτερου Παγκόσμιου Πολέμου.

Η κατανόηση της θέσης που υποστηρίζεται από αυτούς τους πρωθυπουργούς όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη είναι κεντρική στην κατανόηση της υγειονομικής περίθαλψης μέσα στις καρδιές και τα μυαλά του βρετανικού λαού και πώς οι αξίες και οι πεποιθήσεις αυτών των πρωθυπουργών επηρεάστηκαν.<sup>15</sup>

Το βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο, όχι μόνο στην παράδοση μιας υγειονομικής υπηρεσίας, αλλά και στην αντιπροσώπευση μιας θεμελιώδους πτυχής της ελευθερίας για το βρετανικό λαό.

Αυτό που και οι δύο κυβερνήσεις θέλησαν στη διαχείρισή τους σχετικά με το NHS ήταν να δημιουργηθεί μια εύκαμπτη και απαντητική υπηρεσία, η οποία θα χρησιμοποιείται υποστηρικτικά στις προκλήσεις.

Και οι δύο πρωθυπουργοί καταπιάνονται με τον ανασχηματισμό των δομών και των συστημάτων της παροχής περίθαλψης, συνειδητοποιώντας ότι η αντιμετώπιση των λειτουργιών του εργατικού δυναμικού υγειονομικής περίθαλψης θα παρουσίαζε δυσκολίες. Οι αλλαγές πρέπει να ολοκληρωθούν χωρίς υποχρέωση και οι θυσίες που αναλαμβάνονται από το προσωπικό του NHS κάθε ημέρα της εργασίας τους είναι ένα προκλητικό δίλημμα. Τέτοιες αλλαγές πρέπει να επιτευχθούν και να ρυθμιστούν εάν η μεταρρύθμιση πρόκειται να είναι επιτυχής

Ο πρωθυπουργός Τόνι Μπλερ έχει εγκαινιάσει ένα πρόγραμμα μεταρρύθμισης. Το σχέδιο προτείνει τις αλλαγές στις συμβάσεις των συμβούλων και των ΠΣΤ θέτει στόχους για τους περισσότερους γιατρούς και νοσοκόμες και συστήνει μια συνεργία μεταξύ του NHS και του ιδιωτικού τομέα με στόχο να μειωθούν οι ανισότητες.

Η κυβέρνηση έχει αποκλείσει «να εξαγοράσει» τους συμβούλους στο ιατρείο, το οποίο υπολόγισε ότι θα κόστιζε τουλάχιστον 700 λίρες Αγγλίας. Αντ' αυτού, οι πρόσφατα καταρτισμένοι σύμβουλοι θα συμβληθούν για να εργαστούν αποκλειστικά για το NHS για τα πρώτα επτά έτη σταδιοδρομίας τους.

Το δικαίωμα να αναληφθεί το ιατρείο θα εξαρτηθεί από την ικανοποίηση των σχεδίων εργασίας και των απαιτήσεων υπηρεσιών του NHS. Εάν η συμφωνία δεν μπορεί να επιτευχθεί για αυτές τις αλλαγές η κυβέρνηση λέει ότι θα θεωρήσει έναν νέο ειδικό βαθμό για τους πρόσφατα καταρτισμένους ειδικούς νοσοκομείων. Επιπλέον, όλοι οι

---

<sup>15</sup> *The NHS Plan* (Cm 4818-1, 2000) <http://www.nhs.uk/nhsplan/>

υπάρχοντες σύμβουλοι θα πρέπει να απασχοληθούν σε επτά σταθερές συνόδους εβδομαδιαίως.<sup>16</sup>

Τα βραβεία διάκρισης και τα διακριτικά σημεία, που παρέχουν 170 [λίρες Αγγλίας] ένα πληρωμένων επιδομάτων για τους ανώτερους γιατρούς, θα συγχωνευθούν σε ένα ενιαίο, κλιμακωτό σχέδιο με την αυξανόμενη χρηματοδότηση.

Αυτό θα επιτρέψει περισσότερα βραβεία προκειμένου να εξασφαλίσει ότι τα περισσότερα νέα βραβεία πηγαίνουν στους συμβούλους που έχουν τη μεγαλύτερη συμβολή στο NHS.

Το ΠΣΤ θα ενθαρρυνθεί για να κινηθεί προς τις προσωπικές ιατρικές συμβάσεις, οι οποίες θα τους ανταμείψουν βάσει της ποιότητας της προσοχής καθώς επίσης και των αριθμό ασθενών.

Η κυβέρνηση αναμένει να δει μια αύξηση στον αριθμό του μισθοδοτημένου ΠΣΤ.

Το εργατικό κόμμα ήρθε στην εξουσία το 1997 με την υπόσχεση να αφαιρεθεί η «εσωτερική αγορά» και να καταργηθεί. Σε μια ομιλία που δόθηκε από το νέο πρωθυπουργό, Τόνι Μπλερ, στο ιατρικό κέντρο Lonsdale στις 9η Δεκεμβρίου 1997, δήλωσε ότι:<sup>17</sup>

«Η Λευκή Βίβλος που δημοσιεύουμε σήμερα χαρακτηρίζει μια κρίσιμη καμπή για το NHS. Αντικαθιστά την εσωτερική αγορά με τη «ενσωματωμένη προσοχή». Για πρώτη φορά η ανάγκη να εξασφαλιστεί ότι η υψηλής ποιότητας προσοχή διαδίδεται σε όλη την υπηρεσία θα αντιμετωπιστεί σοβαρά.. Θα υπάρξει ευκολότερη και γρηγορότερη πρόσβαση στο NHS όταν την χρειάζεστε. Η προσέγγισή μας συνδυάζει την αποτελεσματικότητα και την ποιότητα με μια πίστη στη δικαιοσύνη και στη συνεργασία. Η σύγκριση του μη ανταγωνισμού θα οδηγήσει την αποδοτικότητα.<sup>18</sup>

Εντούτοις, στο δεύτερο όρο του Blair αρνήθηκε αυτήν την κατεύθυνση. Ακολούθησε τα μέτρα για να ενισχύσει την εσωτερική αγορά ως τμήμα του σχεδίου του για «να εκσυγχρονίσει» το NHS.

Αυτές οι μεταρρυθμίσεις περιλαμβάνουν τα αυξανόμενα κόστη της ιατρικής τεχνολογίας και των φαρμάκων, την επιθυμία να αυξηθούν τα πρότυπα και η

<sup>16</sup> The Wanless Interim (2001) and Final (2001) Report, [http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless\\_interimrep.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_interimrep.cfm)

<sup>17</sup> P. Pierson, 'Increasing returns, path dependence and the study of politics' *American Political Science Review* 94 (2000) 251-67

<sup>18</sup> <http://www.pm.gov.uk/output/Page1089.asp>

«υπομονετική επιλογή», έναν γηράσκοντα πληθυσμό, και μια επιθυμία να συγκρατηθεί η κρατική δαπάνη.

Δεδομένου ότι τα Εθνικά Συστήματα Υγείας στην Ουαλία, τη Σκωτία και τη Βόρεια Ιρλανδία δεν ελέγχονται από βρετανική κυβέρνηση, αυτές οι μεταρρυθμίσεις έχουν αυξήσει τις διαφορές μεταξύ των Εθνικών Συστημάτων Υγείας στα διαφορετικά μέρη του Ηνωμένου Βασιλείου.

Οι μεταρρυθμίσεις έχουν περιλάβει (μεταξύ άλλων ενεργειών) τον καθορισμό των λεπτομερών προτύπων υπηρεσιών, την ακριβή οικονομική σύνταξη προϋπολογισμού, τις αναθεωρημένες προδιαγραφές εργασίας, την επανεισαγωγή (κάτω από την περιγραφή «πρακτική-βασισμένη ανάθεση»), τη διακοπή λειτουργίας των εγκαταστάσεων πλεονάσματος και την έμφαση αυστηρούς σε κλινικό και τη συνεργασία κυβερνήσεων.

Επιπλέον η ιατρική κατάρτιση έχει υποβληθεί σε μια ανεπιτυχή αναδόμηση που τόσο άσχημα ρυθμίστηκε ότι ο γραμματέας του κράτους για την υγεία αναγκάστηκε να ζητήσει συγγνώμη δημόσια.

Μια νέα έμφαση έχει δοθεί στις μεταρρυθμίσεις προσωπικού, με την ημερήσια διάταξη για την παροχή συμφωνίας αλλαγής που εναρμονίζονται. Αυτές οι αλλαγές, εντούτοις, έχουν δώσει αφορμή για τη διαμάχη μέσα στα ιατρικά επαγγέλματα, τα μέσα και το κοινό.<sup>19</sup>

Η κυβέρνηση Blair, ταυτόχρονα αφήνοντας τις υπηρεσίες ελεύθερες στο σημείο της χρήσης, έχει ενθαρρύνει τη μεταφορά των ιατρικών υπηρεσιών και της υποστήριξης στον ιδιωτικό τομέα. Κάτω από την ιδιωτική πρωτοβουλία χρηματοδότησης, ένας αυξανόμενος αριθμός νοσοκομείων έχει χτιστεί (ή έχει επανοικοδομηθεί) από τις κοινοπραξίες ιδιωτικού τομέα τα νοσοκομεία μπορούν να έχουν και τις ιατρικές υπηρεσίες όπως ο τομέας εστίασεως, που παρέχονται στο πλαίσιο των μακροπρόθεσμων συμβάσεων από τον ιδιωτικό τομέα.

Μια μελέτη από μια επιχείρηση γνωμοδότησης που εργάζεται για το τμήμα υγείας δείχνει ότι κάθε 200 εκατομμύρια δολάρια που ξοδεύεται στα ιδιαίτερος χρηματοδοτημένα νοσοκομεία θα οδηγήσει στην απώλεια 1000 γιατρών και νοσοκόμων.

---

<sup>19</sup> P. Bridgen and J. Lewis, *Elderly People and the Boundary between Health and Social Care, 1946-91: Whose Responsibility?* (Nuffield Trust, 1999)

Τα πρώτα νοσοκομεία PFI περιέχουν περίπου 28 τοις εκατό λιγότερα κρεβάτια από αυτά που αντικατέστησαν.<sup>20</sup>

Το NHS έχει να αντιμετωπίσει τα σημαντικά προβλήματα με τις καινοτομίες ΤΠ που συνοδεύουν τις μεταρρυθμίσεις Blair. Το εθνικό πρόγραμμα του NHS για την ΤΠ (NPFIT), που θεωρείται η μεγαλύτερη μελέτη στην τεχνολογία της πληροφορίας στον κόσμο.

Αρχικά προϋπολογισμένες σε £2.3 δισεκατομμύρια δολάρια, οι παρούσες εκτιμήσεις είναι £20-30 δισεκατομμύρια δολάρια.<sup>21</sup> Έχει υπάρξει επίσης έλλειψη μιας ασφαλείας πληροφοριών.<sup>22</sup> Η δυνατότητα να παραδοθούν οι ενσωματωμένες υψηλής ποιότητας υπηρεσίες θα απαιτήσει τους επαγγελματίες προσοχής για να χρησιμοποιήσουν τα ευαίσθητα ιατρικά στοιχεία. Αυτό πρέπει να ελεγχθεί και στο πρότυπο NPFIT. Μια ανησυχία είναι ότι οι γιατροί ΠΣΤ και νοσοκομείων έχουν δώσει στο πρόγραμμα μια χλιαρή υποδοχή, αναφέροντας μια έλλειψη διαβουλεύσεων και πολυπλοκότητας.<sup>23</sup> Το πρόγραμμα για να μηχανογραφηθούν όλα τα NHS αρχεία δοκιμάζει μεγάλες δυσκολίες. Επιπλέον υπάρχουν εκκρεμή οικονομικά και διευθυντικά ζητήματα σε κατάρτιση του προσωπικού του NHS για να εισαχθούν και να διατηρηθούν τα συστήματα που είναι ενεργά.<sup>24</sup>

---

<sup>20</sup> George Monbiot (2002-03-10). Ιδιωτική ευημερία, δημόσιο Rip-Off. Ο θεατής. Ανακτημένος σε 2006-09-07.

<sup>21</sup> Wearden, Graeme (2004-10-12). Οι δαπάνες μελετών στην τεχνολογία της πληροφορίας NHS πετούν στα ύψη. ZDNet. Ανακτημένος σε 2006-09-15.

<sup>22</sup> Wearden, Graeme (2004-11-15). NHS απομακρύνει την αξίωση της δυσλειτουργίας ασφαλείας ΤΠ. ZDNet. Ανακτημένος σε 2006-09-15.

<sup>23</sup> Collins, Tony (2005-02-07). Είναι πάρα πολύ αργά για το εθνικό πρόγραμμα NHS για να κερδηθεί η υποστήριξη των γιατρών για τα νέα συστήματα;. Υπολογιστής εβδομαδιαίος. Ανακτημένος σε 2006-09-15.

<sup>24</sup> Ian Graham (2004) "Health Care Industry" "Developing Health and Social Care under the Reforms of Tony Blair and Clement Attlee, Prime Ministers of Great Britain and Northern Ireland" Journal of Allied Health"

### **2.3.1.Περισσότεροι γιατροί, περισσότερες νοσοκόμες**

Μέσα στα σχέδια του Μπλερ για ενίσχυση του NHS, είναι να μουν περισσότεροι γιατροί και νοσοκόμες.

Θα υπάρξουν 7000 περισσότερα κρεβάτια στα νοσοκομεία και ενδιάμεση προσοχή και 100 νέα σχέδια νοσοκομείων στα επόμενα 10 έτη. Η κυβέρνηση προγραμματίζει να εκσυγχρονίσει 3000 GP εγκαταστάσεις και να ανοίξει 500 νέα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Αναμένεται ο μέγιστος αναμονής χρόνος για τους εξωτερικούς ασθενείς ότι θα είναι τρεις με έξι μήνες.

Οι λίστες αναμονής για τους διορισμούς νοσοκομείων και οι αποδοχές θα καταργηθούν και θα αντικατασταθούν με την κράτηση των συστημάτων με σκοπό να δώσουν στους ασθενείς μια επιλογή ενός κατάλληλου χρόνου μέσα σε έναν εγγυημένο μέγιστο αναμονής χρόνο.

Το περισσότερο προσωπικό NHS θα εργάζεται κάτω από τα συμφωνηθέντα πρωτόκολλα προσδιορίζοντας πώς οι κοινοί όροι πρέπει να αντιμετωπιστούν και που το προσωπικό μπορεί καλύτερα να τους χειριστεί. Η κυβέρνηση θεωρεί ότι αυτό θα βοηθήσει να αφαιρέσει τις οροθεσίες που έχουν συγκρατήσει το προσωπικό και την επιβραδυμένη προσοχή.<sup>25</sup>

### **2.3.2.Μεγαλύτερος ρόλος για τις νοσοκόμες**

Προβλέπονται ότι περίπου 23 000 νοσοκόμες θα είναι σε θέση να ορίσουν μια περιορισμένη σειρά των φαρμάκων, και μια πλειοψηφία των νοσοκόμων πρέπει να είναι σε θέση να ορίσει, τα πρωτόκολλα που εγκρίνονται από έναν γιατρό και έναν φαρμακοποιό.

Οι δημόσιες διαβουλεύσεις απαίτησαν έναν «σύγχρονο αριθμό οικοδεσποινών» στα νοσοκομεία, και στις αδελφές θαλάμων ή στις νοσοκόμες δαπανών θα δοθεί η αρχή για να επιλύσουν τα κλινικά ζητήματα.

---

<sup>25</sup> J. Mohan, *Planning, Markets and Hospitals* (Routledge, 2002)

Κάθε νοσοκομείο θα έχει τις ανώτερες αδελφές και τις νοσοκόμες δαπανών που είναι εύκολα ευπροσδιόριστες στους ασθενείς και θα είναι υπεύθυνοι για μια ομάδα θαλάμων.<sup>26</sup>

#### 2.4 Πολιτικοποίηση και αποκέντρωση του βρετανικού συστήματος

Οι υποστηρικτές του NHS θα επισήμαιναν ότι το NHS έχει την ευρεία δημόσια υποστήριξη και ο αγγλικός πληθυσμός έχει ως καλό μια έκβαση υγείας τόσο πολλές άλλες παρόμοιες χώρες, και συχνά με πολύ χαμηλότερο κόστος. Η πολιτική πίεση θα μπορούσε να λειτουργήσει και τους δύο τρόπους, αλλά η κυβέρνηση Blair εκλέχτηκε το 1997 κατά ένα μεγάλο μέρος σε μια υπόσχεση να επενδυθούν περισσότερα χρήματα φορολογούμενων στην υγεία για να φέρει να ξοδέψει πιο κοντά στον ευρωπαϊκό μέσο όρο.

Οι περισσότεροι άνθρωποι θα προτιμούσαν να δουν τις βαθμιαίες βελτιώσεις μέσα στο τρέχον πλαίσιο και να είναι σε θέση να κρατήσουν τους πολιτικούς για να αποτελέσουν υπηρεσία. Αυτό είναι η θέση όλων των πολιτικών κομμάτων, κανένα από τα οποία δεν έχει μια ημερήσια διάταξη για να αντικαταστήσει ή να κάνει μια χονδρική μεταρρύθμιση στο σύστημα. Το Συντηρητικό Κόμμα υποστηρίζει ότι οι πολιτικές της στοχεύουν «στην προστασία και τη βελτίωση της υγειονομικής υπηρεσίας με σκοπό να ξαναβάλουν τους ασθενείς στην καρδιά του NHS, και να εμπιστευθούν τους επαγγελματίες για να εξασφαλίσουν ότι είναι σε θέση να χρησιμοποιήσουν τις δεξιότητές τους για να έχουν την πληρέστερη πιθανή συμβολή στην υπομονετική προσοχή.»<sup>27</sup>

#### 2.5. Φορολογία και σύστημα υγείας

Οι φορολογούμενοι που επιλέγουν να πληρώσουν για την ιδιωτική υγειονομική περίθαλψη πρέπει εν τούτοις να συμβάλουν ακόμα στο NHS μέσω της φορολογίας, και ουσιαστικά «πληρώστε δύο φορές», αν και η μεγάλη πλειοψηφία της ιατρικής περίθαλψης έκτακτης ανάγκης πραγματοποιείται από το NHS. Αυτό δεν είναι μια επίδραση συγκεκριμένη για το NHS, και εμφανίζεται όποτε μια επιλογή μεταξύ μιας χρηματοδοτούμενης από το δημόσιο και ιδιαιτέρως-χρηματοδοτημένης υπηρεσίας υπάρχει - για παράδειγμα στη ιδιωτική εκπαίδευση.

<sup>26</sup> . Webster, *The Health Services since the War* (vol 2, HMSO, 1996)

<sup>27</sup> Collins, Tony (2005-02-07). Είναι πάρα πολύ αργά για το εθνικό πρόγραμμα NHS για να κερδηθεί η υποστήριξη των γιατρών για τα νέα συστήματα;. Υπολογιστής εβδομαδιαίος. Ανακτημένος σε 2006-09-15



Μερικοί ασθενείς με τις σύνθετες ασθένειες πληρώνουν για μερικές ιατρικές υπηρεσίες ιδιαιτέρως, γυρίζοντας στο NHS για το υπόλοιπο της προσοχής τους. Σε μια πρόσφατη περίπτωση ένας ασθενής με καρκίνο είχε την υποχρέωση ότι εάν πλήρωσε ιδιαιτέρως για ένα φάρμακο που δεν καλύφθηκε από το NHS θα έπρεπε να πληρώσει για το υπόλοιπο της προσοχής της. Οι ανώτεροι υπάλληλοι NHS υποστηρίζουν ότι η άδεια της πρακτικής θα έδινε στους πλούσιους ασθενείς ένα άδικο πλεονέκτημα και θα υπονόμει τη φιλοσοφία του συστήματος.<sup>28</sup>

Η διανομή με δελτίο είναι ένα μέρος όλων των υγειονομικών συστημάτων επειδή οι πόροι είναι απαραίτητως πεπερασμένοι. Στα καθαρώς ιδιωτικά συστήματα, η υγειονομική περίθαλψη διανέμεται μέσω του μηχανισμού τιμών, με εκείνους που είναι σε θέση να πληρώσει για την προσοχή που παίρνει την αμέσως και εκείνους μη ικανή αναμονή κατά τρόπο αόριστο (έως ότου μπορούν να την αντέξουν οικονομικά, η οποία δεν μπορεί να είναι ποτέ).

Στο NHS, που στοχεύει να δώσει μια ευρεία κάλυψη της προσοχής σε όλοι χωρίς χρέωση, η υγειονομική περίθαλψη διανέμεται λόγω της κλινικής ανάγκης, που σημαίνει ότι οι περιπτώσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. επιθέσεις καρδιών) παίρνουν τη στιγμιαία πρόσβαση όπου εκείνους με τις λιγότερες επείγουσες ανάγκες (π.χ. χειρουργική επέμβαση καταρρακτών) δίνεται χαμηλότερη προτεραιότητα και περιμένουν έτσι περισσότερο. Αυτό σημαίνει ότι ο αναμονής χρόνος για μερικούς όρους και χειρουργικές διαδικασίες μπορεί να είναι μήνες μακριά<sup>29</sup>

Αν και υπάρχουν προφανή επιχειρήματα υπέρ να δώσουν προτεραιότητα από την κλινική ανάγκη παρά τη δυνατότητα να πληρώσουν<sup>30</sup> μπορεί να σημάνει ότι οι λίστες αναμονής ποικίλλουν ευρέως μεταξύ των περιοχών. Οι ασθενείς που περιμένουν μπορούν να επιλέξουν να κάνουν μια διαδικασία έξω από την τοπική περιοχή NHS τους προκειμένου να δουν γρηγορότερα, και εάν ο αναμονής χρόνος είναι μακροχρόνιος μπορεί συχνά να πάρει την ιδιωτική επεξεργασία με δημόσια έξοδα, είτε στο UK είτε στο εξωτερικό.

Ένα σημαντικό πρόγραμμα είναι εν εξελίξει στο NHS για να μειώσει όλους τους χρόνους αναμονής σε 18 εβδομάδες μέχρι τις Δεκεμβρίου 2008<sup>31</sup> Αυτός ο νέος στόχος

<sup>28</sup> Sarah Lyall, «πληρώνοντας τους ασθενείς εξετάζει το βρετανικό υγειονομικό σύστημα,» οι New York Times, 21 Φεβρουαρίου 2008

<sup>29</sup> Ανησυχίες λιστών αναμονής που τονίζονται. BBC (2006-11-12).

<sup>30</sup> όπως καθορίζεται μέσα αντί του φόβου, Aneurin Bevan

<sup>31</sup> 18 εβδομάδες προγράμματος παράδοσης

αρχίζει στο σημείο το χρόνο που ο γιατρός του ασθενή γράφει στον ειδικό νοσοκομείων και τελειώνει όταν αρχίζει η επεξεργασία. Επομένως περιλαμβάνει το χρόνο να γίνει ο πρώτος διορισμός, και το χρόνο για όλες τις διαγνωστικές δοκιμές που ολοκληρώνονται, που αξιολογούνται, και που συζητούνται με τον ασθενή, οι οποίες δεν ήταν στον προηγούμενο στόχο. Έχει επικριθεί ευρέως από τους γιατρούς, τους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης, και think-tanks ως παρεκκλίσεις των πόρων από τους σοβαρότερους όρους για να επιτύχει τους πολιτικά-παρακινήμενους στόχους<sup>32</sup> και οι αμφιβολίες εμμένουν πέρα από τη δυνατότητα επίτευξής της<sup>33</sup>

## 2.6 Το σημερινό σύστημα αποκέντρωσης του συστήματος υγείας της Αγγλίας

Οι πολιτικές αποκέντρωσης του υγειονομικού συστήματος τη δεκαετία του '80 έχουν εφαρμοστεί σε πολλές χώρες για λόγους κυρίως τεχνικούς, πολιτικούς και χρηματοδοτικούς.

Πολιτικώς, με την αποκέντρωση συνήθως επιδιώκεται :

**Η διερεύνηση της συμμετοχής των ατόμων στο υγειονομικό σύστημα**

Η διερεύνηση της αυτονομίας του υγειονομικού συστήματος σε τοπικό επίπεδο

**Η ανακατανομή εξουσιών**

Η μείωση τοπικών εντάσεων

Σχετικά με την χρηματοδοτική διάσταση, την αποκέντρωση έχουν επικαλεστεί για αύξηση της υγειονομικής αποδοτικότητας του συστήματος, μεταβίβαση στις τοπικές υγειονομικές μονάδες μεγαλύτερου ελέγχου πάνω στους υγειονομικούς πόρους και τα χρηματικά τους έσοδα, καθώς και την ενίσχυση της υπευθυνότητας των λειτουργών υγείας.

<sup>32</sup> Εγκοπή Triggler (2005-08-15). Ο υπομονετικός στόχος «θα μπορούσε να βλάψει NHS». BBC.

<sup>33</sup> αναμονής χρόνος 18 εβδομάδων στοχεύει - μια αναπροσαρμογή. Ταμείο βασιλιά (2007-08-03).

Πολιτικές αποκέντρωσης, συνήθως υιοθετούνται από την κεντρική εξουσία για τη δημόσια διοίκηση γενικά και επακόλουθα για το υγειονομικό σύστημα. Είναι σπάνιο η πρωτοβουλία να ανήκει στο υγειονομικό σύστημα.

Σε φιλοσοφικό και πολιτικό επίπεδο, η αποκέντρωση έχει εκληφθεί σαν ένα υψηλό πολιτικό ιδανικό, που παρέχει άμεσα για τη συμμετοχή των πολιτών στα δημόσια ζητήματα που τους αφορούν και την εξασφάλιση της υπευθυνότητας των δημοσίων υπαλλήλων έναντι πολιτικών.

Η παγκοσμιοποίηση έχει επηρεάσει τη δομή της κοινότητας, τις οικογενειακές αξίες, τα πρότυπα ζωής αλλά και το πρότυπο νοσηρότητας του πληθυσμού. Ένα αποκεντρωμένο υγειονομικό σύστημα θεωρείται πιο ικανό να αντιμετωπίσει αυτές τις αλλαγές αντιδρώντας έγκαιρα και κατάλληλα, σύμφωνα με τις τοπικά επικρατούσες συνθήκες. Υπάρχουν 4 τρόποι μεταβίβασης εξουσιών:

**Αποσυγκέντρωση**, όταν διαχειριστικές λειτουργίες μεταβιβάζονται σε κατώτερα επίπεδα, εντός της ίδιας διοικητικής δομής από τις κεντρικές υπηρεσίες στη πρωτεύουσα μιας χώρας, σε επιτόπου γραφεία των αντίστοιχων υπηρεσιών σε διάφορα επίπεδα χωρίς να αποκεντρώνονται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων.

**Εξουσιοδότηση**, όταν η μεταβίβαση διαχειριστικής ευθύνης γίνεται σε φορείς που δεν ελέγχονται από τη κεντρική εξουσία. Για παράδειγμα σε ημιαυτόνομους φορείς, μη κυβερνητικές οργανώσεις και περιφερειακές ή τοπικές αρχές.

**Ανάθεση**. Όταν η εξουσία μεταβιβάζεται σε αυτόνομες οντότητες από τη κεντρική εξουσία στο διοικητικό επίπεδο της περιφέρειας, της Νομαρχίας ή του δήμου, όπως προβλέπουν νομοθετικές ή συνταγματικές ρυθμίσεις για τη κατανομή εξουσιών και λειτουργιών.

Ιδιωτικοποίηση, πραγματοποιείται όταν παραχωρούνται σε ιδιωτικούς φορείς διοικητικές λειτουργίες, που τελούσαν υπό την ευθύνη της κεντρικής εξουσίας.

Στη περίπτωση του υγειονομικού συστήματος, με την αποσυγκέντρωση, μεταβιβάζονται εργασίες ή τεχνογνωσία από τη κεντρική υπηρεσία του υπουργού υγείας σε περιφερειακές ή τοπικές υπηρεσίες του, χωρίς να αποκεντρώνεται προς τις υπηρεσίες αυτές η εξουσία της λήψης αποφάσεων. Το υπουργείο υγείας, στη περίπτωση της αποσυγκέντρωσης, ενισχύει το τοπικό μάνατζμεντ με ξεκαθαρισμένες διοικητικές αρμοδιότητες και με ένα βαθμό ελευθερίας, που επιτρέπουν στους τοπικούς

αξιωματούχους να διοικούν χωρίς συνεχή αναφορά στη κεντρική υπηρεσία του υπουργείου.

### **Πλεονεκτήματα και Μειονεκτήματα της αποκέντρωσης.**

#### **Πλεονεκτήματα:**

- Αυξημένη ανταπόκριση στις τοπικές προτεραιότητες
- Βελτίωση της ανταπόκρισης των αποκεντρωμένων δομών υγείας στις τοπικές υγειονομικές ανάγκες διότι το προσωπικό τους επωμίζεται τη σχετική ευθύνη.
- Μεγαλύτερη συμμετοχή των πολιτών και μέσω αυτής συνακόλουθη αύξηση της τοπικής χρηματοδότησης και του ελέγχου των δαπανών.
- Αποφάσεις σε αποκεντρωμένο επίπεδο μπορούν να λαμβάνονται ταχύτερα
- Αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση των τοπικών αναγκών και προσέγγιση των οικονομικά αδύναμων πολιτών.
- Μείωση της συμφόρησης σε κεντρικό επίπεδο, ώστε οι κεντρικές υπηρεσίες να εστιάζουν στη διαμόρφωση πολιτικής, στη καθοδήγηση και σε εθνικές δραστηριότητες.

#### **Μειονεκτήματα:**

- όταν υπάρξει αντίφαση μεταξύ τοπικών και εθνικών προτεραιοτήτων, οι τοπικές αρχές εκτρέπουν πόρους από εθνικούς στόχους.
- Τοπικοί πολιτικοί παράγοντες και ομάδες συμφερόντων ασκούν μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση αποφάσεων σε τοπικό επίπεδο.
- Το προσωπικό μπορεί να διαθέτει τις απαιτούμενες γνώσεις και ικανότητες για τη βελτίωση της απόδοσης του υγειονομικού συστήματος.
- Η αποκέντρωση απαιτεί αυξημένες δαπάνες σε εκπαίδευση και νέα συστήματα πληροφόρησης και μηχανογράφησης, ενώ η παραγωγικότητα κατά τη μεταβατική περίοδο κυμαίνεται σε χαμηλά επίπεδα, επομένως καθίσταται δαπανηρή και μπορεί τελικά να κοστίσει περισσότερο από τα αναμενόμενα οφέλη.
- Αν η διαδικασία της αποκέντρωσης σχεδιαστεί ελλιπώς, μπορεί να οδηγήσει σε κατακερματισμό των υπηρεσιών υγείας.
- Αποκέντρωση των λειτουργιών που είναι κρίσιμες για την επίπτωση των εθνικών πολιτικών υγείας, θέτει σε κίνδυνο την επιτυχή έκβασή τους

-Είναι δύσκολο να εξασφαλιστεί η ισότητα

Στην πράξη, οι διαφορετικοί τύποι αποκέντρωσης εφαρμόζονται την ίδια στιγμή για διαφορετικές λειτουργίες και δεν είναι απαραίτητο να εφαρμόζονται στη καθαρή τους μορφή. Διοικητικά συστήματα συνδυάζουν συγκεντρωτικά και αποκεντρωμένα τμήματα, συχνά με περίπλοκους τρόπους. Για παράδειγμα, σε κάποιες χώρες τα υπουργεία υγείας έχουν εξουσιοδοτήσει για βασικές λειτουργίες κεντρικά συμβούλια με διάφορους βαθμούς εξουσιών. Σε κάποιες από τις ίδιες χώρες έχουν ανατεθεί παράλληλα και ευθύνες σε περιφερειακές οντότητες. Την ίδια στιγμή η ευθύνη για την εθνική πολιτική δημόσιας υγείας και η εξουσία ρύθμισης του όλου υγειονομικού συστήματος, παραμένει στα υπουργεία υγείας.

Τελικά είναι φανερό ότι η κεντρική αρχή χρειάζεται ακριβέστερη πληροφόρηση για το τι ακριβώς διαδραματίζεται σε επίπεδο δήμων. Αυτό θα τους επιτρέψει να αναπτύξουν συστήματα καθοδήγησης και ελέγχου, με σκοπό την προσαρμογή του εύρους των αποκεντρωμένων αρμοδιοτήτων και την κατάλληλη χρήση της κεντρικής χρηματοδότησης, προς την επίτευξη των εθνικών υγειονομικών στόχων.<sup>34</sup>

Στη Μεγάλη Βρετανία παρά το γεγονός ότι η τοπική αυτοδιοίκηση έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ίδρυση του νοσοκομειακού κλάδου, το νέο σύστημα υγείας αποστασιοποιήθηκε από αυτήν, κατά κύριο λόγο εξαιτίας της άρνησης των γιατρών να υπόκεινται στον έλεγχο των τοπικών συμβούλων.

Οι υπηρεσίες υγείας των επαρχιών παρέμειναν στην τοπική αυτοδιοίκηση μέχρι το 1974, οπότε υπήχθησαν στην εποπτεία των υγειονομικών αρχών, οι οποίες αποτελούνταν από επαγγελματίες ιατρούς και από εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης.

Ωστόσο, έπειτα από τις μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1980, οι εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης αντικαταστάθηκαν από τους επιχειρηματίες. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα στα νοσοκομεία να επιλέξουν την υπαγωγή τους είτε στις υγειονομικές αρχές είτε σε διοριζόμενα συμβούλια, ως ιδρύματα του NHS (NHS trusts).

Οι μεταρρυθμίσεις του 1991, καθώς και οι επόμενες που ακολούθησαν μέχρι και σήμερα, είχαν ως στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας, μέσω της δημιουργίας αποκεντρωμένης αγοράς υπηρεσιών υγείας.

---

<sup>34</sup> Παρασκευόπουλος Α. (2006), Σημειώσεις διδασκαλίας «Συστήματα Υγείας. Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας», σελ. 140-146

Η αποκέντρωση αυτή των υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύει την τάση για κατάργηση της αυστηρής ιεραρχίας και τις κάθετες μορφές οργάνωσης του Υπουργείου Υγείας, ενώ αντίθετα προβάλλει πρότυπα βασισμένα στο μοντέλο προμηθευτή-αγοραστή, προκειμένου να εξυψωθεί η έννοια της βέλτιστης ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Ωστόσο, ο βαθμός αυτονομίας των υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά περιορισμένος. Όπως επισημαίνεται και παραπάνω, τόσο οι αγοραστές όσο και οι παραγωγοί υγείας λογοδοτούν στο περιφερειακό γραφείο του Γενικού Διευθυντή, το οποίο ενεργοποιεί ένα ισχυρό σύστημα διαχείρισης της απόδοσης. Πιο συγκεκριμένα, το βρετανικό σύστημα υγείας διαθέτει αρκετές δομές αποκέντρωσης, όπως είναι οι υγειονομικές αρχές, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι τοπικές αρχές. Καθεμιά από αυτές τις δομές έχει έναν ιδιαίτερο και συγκεκριμένο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, προβλέπεται δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ τους, προκειμένου να διεκπεραιωθούν συγκεκριμένοι στόχοι στη διαμόρφωση της συνολικής πολιτικής για την υγεία.

Τέλος, από τις δομές αποκέντρωσης στο βρετανικό σύστημα υγείας, εκείνες οι οποίες παρουσιάζουν δομικά χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά των περιφερειακών συστημάτων υγείας είναι οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας

## **2.7. Το εθνικό πρόγραμμα της Αγγλίας για τα πληροφοριακά συστήματα στο σύστημα υγείας**

Το Εθνικό Πρόγραμμα της Αγγλίας για τα Πληροφοριακά Συστήματα δημιουργεί μία Πληροφοριακή υποδομή πολλών δισεκατομμυρίων λιρών για το Εθνικό Σύστημα Υγείας, η οποία θα παρέχει στους επαγγελματίες της ιατρικής φροντίδας ηλεκτρονική πρόσβαση στα αρχεία των ασθενών με ασφάλεια και άνεση, όποτε και όπου είναι απαραίτητο.

Ανάμεσα στα πιο σημαντικά επιτεύγματα συμπεριλαμβάνονται η δημιουργία υπηρεσίας ηλεκτρονικού αρχείου για το Εθνικό Σύστημα Υγείας και η παροχή δυνατότητας ηλεκτρονικών κρατήσεων των ραντεβού και ηλεκτρονικής διαβίβασης των συνταγών. Αυτό το πρόγραμμα δε θα μπορούσε να υλοποιηθεί με επιτυχία χωρίς την ύπαρξη εργαζομένων, στελεχών, ιατρών και νοσοκόμων με δεξιότητες στις Τεχνολογίες Πληροφορικής. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας (National Health System), έδωσε

τη δυνατότητα στο προσωπικό να αποκτήσει τις βασικές δεξιότητες στα Πληροφοριακά Συστήματα, με Κατάρτιση και Πιστοποίηση των Εργαζομένων σύμφωνα με το Πρόγραμμα ECDL.<sup>35</sup>

---

<sup>35</sup> <http://www.ecdl.gr>

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

### ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΚΑΙ ΚΡΙΤΙΚΗ ΤΗΣ ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗΣ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

#### **3.1. Αξιολόγηση και κριτική της αποκέντρωσης του βρετανικού συστήματος**

Συμπερασματικά, το βρετανικό NHS είναι ένα εθνικό σύστημα που στηρίζεται στην κρατική παρέμβαση και τον κρατικό προϋπολογισμό, παρέχοντας υγειονομική φροντίδα στο σύνολο του πληθυσμού. Ωστόσο, για την επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, της ίσης πρόσβασης και της ισότητας έλαβαν χώρα αρκετές μεταρρυθμιστικές προσπάθειες, οι οποίες είχαν ως αφετηρία την έκθεση του Beveridge στη δεκαετία του 1940.

Το σύστημα της Βρετανίας είχε αρκετές προοπτικές ήταν το πρώτο και αν ακολουθούσε την αρχική του μορφή, ίσως σήμερα να ήταν το πιο δίκαιο κοινωνικό και υγειονομικό σύστημα στο κόσμο. Οι επεμβάσεις της Θάτσερ και τελευταία του Μπλέρ το έκαναν μη αξιοκρατικό, εστιάζοντας σε ένα αποκεντρωτικό μοντέλο το οποίο όμως δεν δίνει ελευθερία στους δήμους αλλά τους δεσμεύει και τους ελέγχει.

Η Εθνική Υπηρεσία Υγείας (NHS) έχει επιτύχει κυρίως σε οικονομικό επίπεδο μέσα από την ολοκλήρωση των βασικών στόχων ενός συστήματος υγείας το οποίο χρηματοδοτείται από δημόσιους πόρους: επαρκής κάλυψη των αναγκών υγείας ολόκληρου του πληθυσμού, πρόσβαση σε υπηρεσίες υγείας και θεραπεία ανεξάρτητα από το εισόδημα, ένας ενιαίος κατάλογος υπηρεσιών που εξασφαλίζει την ισότητα στην θεραπεία και την παροχή ιατρικών υπηρεσιών σχεδόν πάντα χωρίς χρέωση.

Ο σφαιρικός προϋπολογισμός, ο οποίος αποφασίζεται από την κυβέρνηση, έχει αποδειχθεί ότι είναι ένα αποτελεσματικό εργαλείο για τον έλεγχο του κόστους, αλλά θέτει ένα οικονομικό πλαίσιο στο NHS μέσα στο οποίο δεν υπάρχουν πόροι για τον εκμοντερνισμό των υποδομών υγείας, ούτε για την κάλυψη των ελλείψεων προσωπικού παρά την άμεση ανάγκη που υπάρχει.

Καθώς γίνεται η διανομή των (υποχρεωτικά) κρατικών υπηρεσιών υγείας στους κοινωνικούς παράγοντες και τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών, εισάγονται και κάποια στοιχεία ελεγχόμενου ανταγωνισμού μέσα στο NHS. Αλλά εξακολουθεί να είναι αμφίβολο κατά πόσο, μετά την κατάργηση του καθεστώτος της κρατικής χρηματοδότησης,



την αυτονομία σχεδιασμού των υποδομών με βάση τις τοπικές ανάγκες από τις PCG και τους Συνδέσμους NHS, τη διαχείριση του εκ των προτέρων προϋπολογισμού από τις προηγούμενες, και τις ελεύθερες διαπραγματεύσεις για συμφωνίες, θα δημιουργηθεί μια πιο αποτελεσματική δομή του συστήματος υγείας σχετικά με την κεντρικά διοικούμενη. Οι τεράστιες αυξήσεις των διοικητικών και των διαπραγματευτικών εξόδων που συνεπάγονται από την αποκέντρωση των δομών του συστήματος υγείας δείχνουν ότι αυτό θα πρέπει να κινηθεί προς την αντίθετη κατεύθυνση, αλλά είναι ακόμη πολύ νωρίς για συμπεράσματα.

Οι οικονομικές πιέσεις στο σύστημα υγείας το υποχρεώνουν να αναζητήσει τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Οι προσπάθειες προς αυτό το στόχο υποστηρίζονται από την ευρύτερη ανάπτυξη και εφαρμογή της θέσπισης standards για την ιατρική φροντίδα και την οργάνωση του συστήματος υγείας. Οι δομές που δημιουργήθηκαν για αυτό το σκοπό έχουν αποδειχθεί πολύ πιο προηγμένες σε σχέση με των άλλων χωρών. Το ίδιο ισχύει και για την εξισορρόπηση του εξωνοσοκομειακού και του νοσοκομειακού τομέα.

Από την άλλη πλευρά, η αυτονομία στη λήψη αποφάσεων και η νομική κάλυψη των ασθενών στην Μ. Βρετανία φαίνονται παραγκωνισμένες. Οι ασθενείς δεν έχουν ουσιαστικές προοπτικές για ν' αναπτύξουν πρωτοβουλίες. Δεν έχουν ένδικα μέσα για να έχουν ουσιαστική άποψη για την διαδικασία θεραπείας τους ή για να ζητήσουν αποζημίωση για βλάβες. Το δικαίωμα επιλογής του γιατρού ισχύει μόνο για την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Υποτίθεται ότι έχουν γνώμη για ειδικά θέματα αλλά αυτό το δικαίωμά τους ακυρώνεται λόγω του χρόνου αναμονής που απαιτείται για τη θεραπεία τους<sup>36</sup>. Κατά τα τελευταία χρόνια, έχει δοθεί έμφαση στην δημιουργία ομάδων Πρωτοβάθμιας φροντίδας, οι οποίες αποτελούνται από Γενικούς γιατρούς και ειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό. Σε ορισμένες περιοχές έχουν λειτουργήσει επιτυχώς αλλά σε κάποιες έχουν σημειωθεί προβλήματα συνεργασίας και διαχωρισμού των αρμοδιοτήτων μεταξύ των γενικών γιατρών<sup>37</sup>.

Όσον αφορά την αξιολόγηση, τη διατήρηση και τη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης, αντίθετα από στις ΗΠΑ και πολλές άλλες αναπτυγμένες χώρες

<sup>36</sup> Kyriopoulos J., Niakas D., 1993, Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London, 57-64

<sup>37</sup> Kyriopoulos J., Niakas D., 1993, Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London, 57-64

όπου ο ανεξάρτητος ομάδων πιστοποίησης νοσοκομείων της κεντρικής κυβέρνησης χρησιμοποιείται, η βρετανική κυβέρνηση παίρνει και το ρόλο των προμηθευτών της υγειονομικής περίθαλψης και τους αξιολογητές της ποιότητας της παράδοσής της μέσω των ομάδων που οργανώνονται άμεσα από τις κυβερνητικές υπηρεσίες, όπως η ΝΙΚΑΙΑ και CHI.

Τα σκάνδαλα και άλλες δυσκολίες, όπως το νοσοκομείο «superbugs», γίνονται συχνά πολιτικά θέματα απλά ως αποτέλεσμα της ειδησεογραφικής κάλυψης, και η απάντηση οδηγείται συχνά από τις πολιτικές εκτιμήσεις παρά από την επιστήμη και από την στοιχείο-βασισμένη ιατρική. Επιπλέον, τα προβλήματα την ποιότητα και τη βελτίωση στον αυξανόμενο ιδιωτικό τομέα στη βρετανική υγειονομική περίθαλψη δεν έχουν λυθεί ακόμα. Τέλος αξίζει να αναφερθεί ότι το βρετανικό NHS αντιμετωπίζει σημαντικά προβλήματα, τα οποία εστιάζονται στη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες, αφού παρατηρούνται λίστες αναμονής στις επισκέψεις για τα εξωτερικά ιατρεία, στις εισαγωγές των νοσοκομείων και στις χειρουργικές επεμβάσεις.

## ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Στη σημερινή κοινωνία που συνεχώς εξελίσσεται και μεταβάλλεται, δημιουργώντας νέες και καθημερινά αυξανόμενες ανάγκες υγείας, είμαστε υποχρεωμένοι να αντιστοιχίσουμε το υγειονομικό μας σύστημα με τις ανάγκες αυτές και κατά συνέπεια να το εκσυγχρονίσουμε. Ιδιαίτερα όταν το σύστημα αυτό, ύστερα από μια δεκαπενταετία συνεχούς προσφοράς, παρουσιάζει έντονα σημάδια κόπωσης και μαρασμού, εμφανίζει εγγενείς αδυναμίες και στρεβλώσεις, ανεπάρκειες και προβλήματα.

Είναι συνεπώς όχι μόνο αναγκαίο, αλλά και επιβεβλημένο να παρέμβουμε σε μια σειρά από τομείς και επίπεδα του υγειονομικού μας συστήματος και να δρομολογήσουμε εκείνες τις αλλαγές που θα το θέσουν σε μια σταθερά ανοδική πορεία. Σήμερα, όσο ποτέ άλλοτε, υπάρχουν οι προϋποθέσεις και το βασικότερο καταγράφεται μια ευρεία κοινωνική συναίνεση για μεταρρύθμιση.

Μόνο τότε μπορεί να ανταποκριθεί στις σύγχρονες ανάγκες και προσδοκίες των πολιτών, να γίνει όχι μόνο περισσότερο αποτελεσματικό, αλλά και κοινωνικά δικαιότερο απέναντι στους πολίτες.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Διαλογή υγείας του <http://news.bbc.co.uk/1/hi/health/7323072.stm> για την πέρα από-δεκαετία του '40 BBC News, 1η Απριλίου 2008
2. Bocken, H. et al. (2003). Ontwikkelen van technische en juridische procedures die het (2001). Results of the investigation, in: Teurelinx,
3. Carvel, John (2005-03-23). Άνοδος αρχείων στους συμβούλους NHS και τις μαιές. Ο φύλακας. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
4. Collins, Tony (2005-02-07). Είναι πάρα πολύ αργά για το εθνικό πρόγραμμα NHS για να κερδηθεί η υποστήριξη των γιατρών για τα νέα συστήματα;. Υπολογιστής εβδομαδιαίος. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
5. CENTER ON STRATEGIES FOR PUBLIC AND CIVIL EN
6. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Germany. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen,
7. EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH CARE SYSTEMS. Healthcare systems in transition: Canada. European Observatory on Health Care Systems, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000
8. FAQ - ποιες είναι οι υπομονετικές δαπάνες;. NHS Αγγλία. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
9. George Monbiot (2002-03-10). Ιδιωτική ευημερία, δημόσιο Rip-Off. Ο θεατής. Ανακτημένος σε 2006-09-07.
10. Health Policy Monitor, 2004
11. HENSCHER M, EDWARDS N, STOKES R. The hospital of the future: International trends in the provision and utilization of hospital care. Br Med J 1999, 319:845–848
12. Hewitt, Patricia (2005-07-02). Ακόμη και NHS Nye Bevan είδε έναν ρόλο για τον ιδιωτικό τομέα. Ο φύλακας. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
13. [http://www.nao.org.uk/publications/nao\\_reports/07-08/0708129\\_I.pdf](http://www.nao.org.uk/publications/nao_reports/07-08/0708129_I.pdf)

14. <http://www.pm.gov.uk/output/Page1089.asp>
15. Ian Graham (2004) "Health Care Industry" "Developing Health and Social Care under the Reforms of Tony Blair and Clement Attlee, Prime Ministers of Great Britain and Northern Ireland" *Journal of Allied Health*"
16. JAKUBOWSKI E, BUSSE R. Health care systems in the EU. A comparative study. European Parliament, Directorate General for Research, Luxembourg, 1998
17. J. Mohan, *Planning, Markets and Hospitals* (Routledge, 2002)
18. Kyriopoulos J., Niakas D., 1993, Economic and Health Policy Issues in Biomedical Technology: The Case of Greece, in: Malek M. et al (eds), "Strategic Issues in Health Care Management", Wiley Publication, London, 57-64
19. Iein E, Smith DL, Laxminarayan P (2007). «Εισαγωγές σε νοσοκομείο και θάνατοι προκαλώ από Methicillin-Resistant το σταφυλόκοκκο - χρυσό, Ηνωμένες Πολιτείες, 1999-2005». Το Emerg μολύνει το DIS 13 (12): 1840-6.
20. OECD. The reform of health care: A complete analysis of seventeen OECD countries. Organization for Economic Co-operation
21. P. Bridgen and J. Lewis, *Elderly People and the Boundary between Health and Social Care, 1946-91: Whose Responsibility?* (Nuffield Trust, 1999)
22. P. Pierson, 'Increasing returns, path dependence and the study of politics' *American Political Science Review* 94 (2000) 251-67
23. Q&A: Η κρίση Herceptin. BBC News (2006-04-12). Ανακτημένος σε 2006-09-15.
24. Robinson et al., 1999, An Evidence-Based Approach to Interactive Health Communication, *JAMA*, Vol. 280 No. 14, October 14
25. SALTMAN RB, FIGUERAS J (eds). European Health Care Reform. Analysis of current strategies. WHO Regional Office for Europe, European Series, No 72, Copenhagen, 1997
26. Sarah Lyall, «πληρώνοντας τους ασθενείς εξετάζει το βρετανικό υγειονομικό σύστημα,» οι New York Times, 21 Φεβρουαρίου 2008
27. Trefgarne, George (2005-03-23). NHS φθάνει στους υπαλλήλους 1.4m. Η Daily Telegraph. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
28. *The NHS Plan* (Cm 4818-1, 2000) <http://www.nhs.uk/nhsplan/>

29. TREPENEURS. An exploration of future hospital care in 10 countries. Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam, 2001
30. The Wanless Interim (2001) and Final (2001) Report, [http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations\\_and\\_legislation/wanless/consult\\_wanless\\_interimrep.cfm](http://www.hm-treasury.gov.uk/consultations_and_legislation/wanless/consult_wanless_interimrep.cfm)
31. Wearden, Graeme (2004-10-12). Οι δαπάνες μελετών στην τεχνολογία της πληροφορίας NHS πετούν στα ύψη. ZDNet. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
32. Wearden, Graeme (2004-11-15). NHS απομακρύνει την αξίωση της δυσλειτουργίας ασφάλειας ΤΠ. ZDNet. Ανακτημένος σε 2006-09-15.
33. WIENERS WW (ed). Global healthcare markets, a comprehensive guide to regions, trends and opportunities shaping the international health arena. Jossey-Bass Inc, San Francisco, 2001
34. WOLPER LF. Διοίκηση υπηρεσιών υγείας. Mediforce, Αθήνα, 2001
35. Webster, *The Health Services since the War* (vol 2, HMSO, 1996)
36. YouGov (2006-03-09). NHS: Πόσο καλά είναι τα χρήματά μας που ξοδεύονται;. Ανακτημένος σε 2006-09-01.
37. αναμονής χρόνος 18 εβδομάδων στοχεύει - μια αναπροσαρμογή. Ταμείο βασιλιά (2007-08-03).
38. Ανησυχίες λιστών αναμονής που τονίζονται. BBC (2006-11-12).
39. Αρχές πυρήνων ^ NHS - που ιδρύουν τις αρχές του NHS
40. βλέπει τη συζήτηση - η χρονολογημένη αναφορά έχει 1.46M το 2004
41. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1993, Πολιτική και Κοινωνική Πολιτική στην Τρίτη Ηλικία: Η Ευρωπαϊκή και η Ελληνική Εκδοχή στο: Κυριόπουλος Γ. και συν (Επιστημονική Επιμέλεια) "Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 319-329
42. Γείτονα Μ., Κυριόπουλος Γ., 1993, Πολιτική και Κοινωνική Πολιτική στην Τρίτη Ηλικία: Η Ευρωπαϊκή και η Ελληνική Εκδοχή στο: Κυριόπουλος Γ. και συν (Επιστημονική Επιμέλεια) "Υγεία και Κοινωνική Προστασία στην Τρίτη Ηλικία", Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 319-329

43. Δαβίδ Rose. «Ουαλλέζικες δαπάνες υπαίθριων σταθμών αυτοκινήτων απορριμάτων NHS», The Times, χρονικές εφημερίδες, 2008-03-03. Ανακτημένος σε 2008-02-10.
44. Εγκοπή Triggler (2005-08-15). Ο υπομονετικός στόχος «θα μπορούσε να βλάψει NHS». BBC.
45. Εικοστή έκθεση της συνόδου 2006-07
46. Ελλάδα. Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας, Αθήνα, 2000
47. Έλλειψη οδοντιάτρων ^ NHS. GMTV (2006-04-26). Ανακτημένος σε 2008-02-28.
48. Εμπιστοσύνη ^ NHS που προειδοποιείται πέρα από τις παραβιάσεις υγιεινής. Ο τηλεγράφος (2008-02-07).
49. ένα BBC «κράτος β του NHS» - αριθμοί προσωπικού
50. ένα β «νοσοκομεία που κάνει £78m ετησίως από τις δαπάνες υπαίθριων σταθμών αυτοκινήτων», The Times, χρονικές εφημερίδες, 2006-07-18. Ανακτημένος σε 2008-03-10.
51. ένα β A.M. Υπουργείο Οικονομικών (2008-03-24). Προϋπολογισμός 2008, κεφάλαιο Γ 23. Ανακτημένος σε 2008-03-24.
52. Επέμβαση-κέντρα νέας γενεάς για να πραγματοποιήσει τις χιλιάδες περισσότερες διαδικασίες NHS κάθε έτος. Τμήμα υγείας (2002-12-03). Ανακτημένος σε 2006-09-15.
53. Η Daily Telegraph Bill για την υψηλή τεχνολογία NHS πετά στα ύψη £20 δισεκατομμύριο
54. Η εκστρατεία εμπιστευτικότητας NHS
55. Η εργασία χαιρετά την πτώση σε περιπτώσεις MRSA. Ειδήσεις BBC (2005-03-07). Ανακτημένος σε 2008-02-28.
56. Η οδοντιατρική ^ NHS «έθεσε πίσω 20 έτη». BBC (2008-02-19). Ανακτημένος σε 2008-02-28.
57. Η πρακτική Oaklands. Να αποχωρήσει της βάσης δεδομένων NHS.
58. Η στάση μιλά επάνω επάνω - το Συντηρητικό Κόμμα

59. Θα φέρω το δοχείο για NHS, λέω Hewitt (2006-03-09). Ανακτημένος σε 2007-02-28.
60. Θυμός πέρα από τη difficile εξόφληση Γ. Περιοδικό υγειονομικών υπηρεσιών (2008-01-25).
61. ΚΕΝΤΡΟ ΜΕΛΕΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ. Υπηρεσίες υγείας στην
62. Κλήση για την ποσόστωση NHS-εργασίας των οδοντιάτρων.
63. Κυριόπουλος Γ., Σκουτέλης Γ., 2002, 50 Χρόνια από την Έκθεση Beveridge, Ιατρικό Βήμα, 33: 15-22
64. μια εγκοπή Triggler β γ δ. «Δαπάνες υπαίθριων σταθμών αυτοκινήτων NHS - ένα απαραίτητο κακό; », BBC News, BBC, 2008-03-03. Ανακτημένος σε 2008-03-10.
65. Νεροχύτης νοσοκομείων ^ NHS στο χρέος για να πληρώσει μακριά PFI | Πολιτική | The Observer
66. Οι ασθενείς Daily Telegraph «δεν θα ωφεληθούν από τη μελέτη στην τεχνολογία της πληροφορίας £12bn»
67. όπως καθορίζεται μέσα αντί του φόβου, Aneurin Bevan
68. Παρασκευόπουλος Α. (2006), Σημειώσεις διδασκαλίας «Συστήματα Υγείας» Θέματα οργάνωσης και διαχείρισης συστημάτων υγειονομικής φροντίδας, σελ. 123-124
69. Σύνολα για την Αγγλία, τη Σκωτία και την Ουαλία - 1 Απριλίου 2006 έως τις 31 Μαρτίου 2007. NHS. Ανακτημένος σε 2008-03-10.
70. Σχέδιο αποκατάστασης δαπανών ^ NHS. Σκωτσέζικος ανώτερος υπάλληλος. Ανακτημένος σε 2008-03-10.
71. Τέρπος Α., Τσιβελέκα Α., Μεντζελοπούλου Π., Γαλάνη-Φωτίου Β., Ευστρατιάδου Μ., Κυριόπουλος Γ., 1992, Εκτίμηση Κόστους-Αποτελεσματικότητας στην Εφαρμογή Ποιοτικού Ελέγχου με ή χωρίς Μηχανοργάνωση του Κυτταρολογικού Εργαστηρίου, Κοινωνία Οικονομία και Υγεία, 1, 3: 23-34
72. Τμήμα υγείας - στατιστική περιοχή εργασίας: εργατικό δυναμικό (που ανακτάται 29 Ιουλίου 2007)
73. Το βρετανικό γραφείο για τις εθνικές στατιστικές on-line (22 Φεβρουαρίου 2007), «θάνατοι MRSA συνεχίζει να αυξάνεται το 2005»



74. Το κόστος του εθνικού προγράμματος για την ΤΠ κινείται σπειροειδώς
75. Υπερπόντιες τάξεις ώθησης NHS οδοντιάτρων. BBC (2006-08-23). Ανακτημένος σε 2008-02-28.