

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΤΟΜΕΑΣ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ

ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΜΗΜΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία

Τίτλος εργασίας

Οι μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Συγγραφέας

Όνοματεπώνυμο:

Ψάλτου Ιωάννα

ΑΜ:

21037

Επιβλέπων:

Όνοματεπώνυμο: Πιερράκος Γεώργιος

Αθήνα, Φεβρουάριος 2023

UNIVERSITY OF West ATTICA



DEPARTMENT
BUSSINESS ADMINISTRATION

DIVISION

SOCIAL POLICE



MSc in HEALTH AND SOCIAL CARE
MANAGEMENT

DiplomaThesis

Title

Clinical Commissioning Groups in the United Kingdom

Student name and surname:

Psaltou Ioanna

Registration Number:

21037

Supervisor name and surname:

Pierrakos Georgios

Athens, February 2023

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΔΥΤΙΚΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ



ΣΧΟΛΗ

ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΩΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΤΜΗΜΑ
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΤΟΜΕΑΣ
ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΟΛΙΤΙΚΗΣ



ΠΜΣ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

Τίτλος εργασίας

Μέλη Εξεταστικής Επιτροπής συμπεριλαμβανομένου και του Εισηγητή

Η μεταπτυχιακή διπλωματική εργασία εξετάστηκε επιτυχώς από την κάτωθι Εξεταστική Επιτροπή:

Α/α	ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ	ΒΑΘΜΙΔΑ/ΙΔΙΟΤΗΤΑ	ΨΗΦΙΑΚΗ ΥΠΟΓΡΑΦΗ
1	Γιώργος Πιερράκος	Καθηγητής	
2	Ασπασία Γούλα	Αναπληρώτρια καθηγήτρια	
3	Αναστάσιος Σεπετής	Επίκουρος καθηγητής	

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

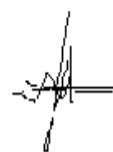
Ο/η κάτωθι υπογεγραμμένη Ψάλτου Ιωάννα του Βασιλείου, με αριθμό μητρώου 21037 φοιτήτρια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών Διοίκηση και Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας του Τμήματος Διοίκησης Επιχειρήσεων της Σχολής Διοικητικών Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Δυτικής Αττικής, δηλώνω ότι:

«Είμαι συγγραφέας αυτής της μεταπτυχιακής εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της, είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης, οι όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε ακριβώς είτε παραφρασμένες, αναφέρονται στο σύνολό τους, με πλήρη αναφορά στους συγγραφείς, τον εκδοτικό οίκο ή το περιοδικό, συμπεριλαμβανομένων και των πηγών που ενδεχομένως χρησιμοποιήθηκαν από το διαδίκτυο. Επίσης, βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία έχει συγγραφεί από μένα αποκλειστικά και αποτελεί προϊόν πνευματικής ιδιοκτησίας τόσο δικής μου, όσο και του Ιδρύματος.

Παράβαση της ανωτέρω ακαδημαϊκής μου ευθύνης αποτελεί ουσιώδη λόγο για την ανάκληση του πτυχίου μου».

*** Ονοματεπώνυμο/Ιδιότητα**

Η Δηλούσα



Ψάλτου Ιωάννα

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας την διπλωματική μου εργασία, αισθάνομαι την ανάγκη να ευχαριστήσω και να εκφράσω την ευγνωμοσύνη μου στον επιβλέποντα καθηγητή μου Γεώργιο Πιερράκο, ο οποίος με ενθάρρυνε με τις συμβουλές και την ηθική του υποστήριξη σε όλη την διάρκεια εκπόνησης της εργασίας.

Επίσης θέλω να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον σύζυγό μου και τα παιδιά μου και όλους όσους στάθηκαν δίπλα μου με υπομονή, για την συμπαράσταση και την στήριξή τους, μιας και χωρίς εκείνους δεν θα είχα φτάσει σε αυτό το σημείο ολοκλήρωσης των σπουδών.

Δεν μπορώ να παραλείψω τους συμφοιτητές μου, με τους οποίους πορευτήκαμε και συνεργαστήκαμε άψογα, αναπτύσσοντας μια όμορφη φιλία μπορώ να πω σε όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Ο σκοπός αυτής της διπλωματικής εργασίας είναι να ερευνήσει τις μεταρρυθμίσεις που έχουν εφαρμοστεί στο Ηνωμένο Βασίλειο ιδιαίτερα κατά την διάρκεια των δύο πρώτων δεκαετιών του 21^{ου} αιώνα.

Στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσης εργασίας παρουσιάζονται γενικά στοιχεία για το Ηνωμένο Βασίλειο και τις συνιστώσες χώρες που το πλαισιώνουν. Εδώ πραγματοποιείται μια ιστορική αναδρομή στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ γίνεται αναφορά στην διαχείριση των πόρων για την χρηματοδότηση του NHS και την αυτονομία των διοικήσεων των νοσοκομείων NHS Trusts σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας. Επίσης αποτυπώνεται ο τρόπος λειτουργίας του Γενικού Γιατρού GP και όλων των λειτουργών υγείας ως σημαντικοί φορείς παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Βρετανικού Συστήματος Υγείας.

Στη συνέχεια αναφέρονται οι ρυθμιστικοί φορείς του Ηνωμένου Βασιλείου, όπου βάσει προτύπων ελέγχουν την ποιότητα των υπηρεσιών και έχουν την οικονομική διαχείριση. Οι αμοιβές των γιατρών μέσα από την εφαρμογή δεικτών ποιότητας και στόχων απόδοσης αποδίδονται στην ΠΦΥ. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (CCG) έχουν σημαντικές αρμοδιότητες ιδιαίτερα από το 2013, ουσιαστικά αντικατέστησαν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και γίνεται εκτενής περιγραφή του ρόλου τους σε συνεργασία με άλλους οργανισμούς και τις τοπικές αρχές.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται ο ρόλος της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, τα δυνατά και αδύναμα σημεία της, καθώς και ο μηχανισμός «θυρωρού» των γενικών γιατρών που είναι παράγοντας για την καθυστερημένη διάγνωση σε περιπτώσεις ασθενειών όπως ο καρκίνος. Επίσης αναφέρεται η διατροφική πολιτική της ΠΦΥ καθώς η θεραπεία μέσω σωστής διατροφής σε αρκετές νόσους κρίνεται πολύ σημαντική και μέσω αυτής αποφεύγεται η θνησιμότητα και η νοσηρότητα. Στην συνέχεια στο κεφάλαιο αυτό αναφέρεται η μακροχρόνια φροντίδα και η κοινωνική φροντίδα οι οποίες έχουν σκοπό την ενδυνάμωση ασθενών με αναπηρίες ή ψυχικά νοσήματα, πάντα σε συνεργασία με τις Τοπικές Αρχές, διάφορες ειδικότητες λειτουργών υγείας, κοινοτικούς νοσηλευτές, εθελοντές, την οικογένεια.

Στο τρίτο και τέταρτο κεφάλαιο αναφέρονται οι μεταρρυθμίσεις του NHS της ΠΦΥ του Ηνωμένου Βασιλείου και είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι το 2018 ενοποιήθηκε το NHS England με το NHS Improvement και στην συνέχεια συγχωνεύτηκαν ως ένας αδιαίρετος

οργανισμός. Αναφέρονται κατόπιν τα ICS τα οποία αντικατέστησαν το 2022 τα CCG και ανέλαβαν όλη την υγεία συνδυαστικά με τις τοπικές αρχές. Με δεκαετή ισχύ προσδιορίζεται το *Μακροπρόθεσμο Σχέδιο* του 2019 με σκοπό την βελτίωση της περίθαλψης όλου του πληθυσμού ανεξαρτήτου ηλικίας. Επίσης οι μεταρρυθμίσεις προσεγγίζουν την εφαρμογή της «υγείας σε όλες τις πολιτικές», έχοντας κύριο χαρακτηριστικό την μείωση των ανισοτήτων και την βελτίωση της υγείας. Έπειτα γίνεται αναφορά των μεταρρυθμίσεων σε όλες τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου αλλά και στον τρόπο λειτουργίας τους σε σχέση με την υγεία, εστιάζοντας επίσης στην εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα, στην ημερήσια φροντίδα και τη νοσοκομειακή φροντίδα.

Ακολουθεί στη συνέχεια η έννοια της χρηματοδότησης και μορφές οργάνωσης σε ένα συγκριτικό πίνακα με στοιχεία από διάφορες χώρες για την κάλυψη της υγείας βάσει εισφορών.

Επίσης γίνεται αναφορά στις ρυθμίσεις σχετικά με την διαχείριση των φαρμακευτικών και των ιατροτεχνολογικών προϊόντων και ιατρικών βοηθημάτων.

Σημαντικοί Όροι-Λέξεις Κλειδιά: Ηνωμένο Βασίλειο, σύστημα υγείας, Εθνικό

Σύστημα Υγείας, χρηματοδότηση, υγεία – μεταρρύθμιση της υγείας – σχέδια συστήματος υγείας, οργάνωση και διοίκηση, κοινωνική ασφάλιση, ιδιωτική ασφάλιση, γενική κυβέρνηση, δαπάνες υγείας, αμοιβές γιατρών και νοσηλευτικού προσωπικού, ιδιωτική ασφάλιση.

ABSTRACT

The purpose of this Diploma Thesis, is to research the reforms that have been applied on the Clinical Commissioning Groups across the UK during the first two decades of the 21st century.

In the first chapter, general data concerning the UK and its constituent countries are presented, starting by a throwback in the National Health System (NHS), concerning the management of its financial resources, the autonomy level of NHS Trust Hospitals' managers in relation to the Ministry of Health. It is also attempted, to depict the role of General Practitioners (GPs) and other major Primary Health Care providers, within the NHS, while the role of the UK's Regulatory Authorities, auditing the quality of health services offered and financial management, are present in later segments of the chapter. Clinical Commissioning Groups (CCGs) have replaced the previous Primary Health Care system, since 2013 and their role, in relation to other institutions and local authorities, will also be thoroughly examined.

In the second chapter, the role of the current form of Primary Health Care in the UK will be analyzed, in terms of its strengths and weaknesses, as well as the "gate keeper" mechanism of GPs, which is, in general, a factor of delays in successful diagnoses of diseases such as cancer. Also, Nutrition Policies within the Primary Health Care System will be discussed, as treatment via proper nutrition has been tested to be of crucial importance to minimize morbidity and mortality rates of certain diseases. This chapter, is also going to refer to long-term and social health care, which aim to strengthen disabled patients, or those suffering from mental illness, which are provided by the local authorities, numerous health operators' specialisms, community nurses, volunteers, the family.

In the third and fourth chapters, NHS reforms on Primary Health Care across the UK will be discussed, the most important of which, was the 2018 merger between NHS England and NHS Improvement, which have been one single organization ever since. The 2022 replacement of CCGs by the ICSs will also be addressed, as they are in charge of Health Services, in collaboration with the local authorities. The 2019 "Long term plan", a 10- year plan which aims to the improvement of Health Care services, for the whole population, irrespective of age, is also going to be analyzed. Those reforms, are part of the "Health in all Policies" approach, which aims at minimizing inequalities and improving Health Care provision. Respective reforms in all constituent countries of the UK, will also be referred to, as well as the way the function in relation to the Health Care System, focusing on specialized peripatetic health care, day care and hospital care. The chapter proceeds with the notion of

funding and organization forms, in a comparative table, presenting data from various countries on the health cost coverage through contributions, as well as reference to regulations for the management of medicine and medical device products. It concludes with a comparison of Health Care Systems of various EU countries.

In the fifth chapter, the repercussions of the COVID-19 pandemic in the NHS will be addressed, as well as the development of IT systems and the challenges that the NHS has been facing for the past few months.

Important Terms-Key Words: United Kingdom, health system, National Health System, funding, health – health reform – health system plans, organization and management, social security, private insurance, general government, health expenditure, doctors' and nurses' pay, private insurance.

Περιεχόμενα

Studentname and surname:.....	2
Psaltouloanna.....	2
Registration Number:.....	2
21037.....	2
Supervisorname and surname:.....	2
ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΓΡΑΦΕΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	4
Σημαντικοί Όροι-Λέξεις Κλειδιά:.....	7
ABSTRACT.....	8
Important Terms-Key Words:.....	9
ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ.....	12
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	12
ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	14
ΟΡΙΣΜΟΙ.....	14
Α΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ – ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ.....	20
Α΄1. Γενικά στοιχεία.....	20
Α΄2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	21
Α΄3 Διαχείριση πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.....	21
Α΄4. Οι ομάδες γενικών ιατρών (GroupPractices).....	23
Α΄ 5. Κανονισμοί του Ηνωμένου Βασιλείου.....	27
Α΄ 6. Οικονομική διαχείριση.....	28
Α΄ 7. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (ClinicalCourtingGroups - CCGs).....	31
Κεφάλαιο Β΄ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο – Ιστορική – εξελικτική πορεία.....	43
Β΄ 1 Ποια θεωρούνται ως βασικά δυνατά και αδύνατα σημεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα;.....	44
Β΄ 2 Διατροφική πολιτική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	45
Β΄ 3 Μακροχρόνια Φροντίδα και Μοντέλο Wagner.....	45
Β΄ 4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (socialcare).....	46
Γ΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ.....	47
Γ΄ 1. Οι μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο - Η ποιότητα των υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και σύγκριση με άλλες χώρες.....	47
Γ΄2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) και οι σταδιακές μεταρρυθμίσεις.....	48
Γ΄3 Διακυβέρνηση και Ρύθμιση τρίτων πληρωτών.....	49

Γ'4 Διακλαδικότητα.....	52
Γ'5 NHS Σκωτίας.....	53
Γ'6 Η Υγεία και η κοινωνική φροντίδα στη Βόρεια Ιρλανδία.....	55
Γ'7 NHS στην Ουαλία	57
Γ'8 Συστήματα πληροφοριών υγείας.....	60
Γ'9 Αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας	62
Γ'10 Εξειδικευμένη φροντίδα	63
ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ' Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στον κλάδο της Υγείας	68
Δ'1. Το Βρετανικό μοντέλο κοινωνικής ασφάλειας.....	68
Δ'2. Σύστημα κατοχύρωσης ποιότητας υπηρεσιών του Ηνωμένου Βασιλείου	70
Δ'3. Οι κυριότερες Μεταρρυθμίσεις συνοπτικά στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	71
Δ'4. Ρύθμιση και διαχείριση των φαρμακευτικών προϊόντων πριν και μετά την αποχώρηση του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ιανουάριος 2021).....	73
Δ'5. Ρύθμιση για προϊόντα ιατροτεχνολογικά και ιατρικά βοηθήματα	75
Δ'6 - Σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης.....	76
Ε' Κεφάλαιο.....	81
Η κρίση στην Υγεία – Covid 19 –	81
Ε' 1. Το «Σύστημα Υγείας» σήμερα στο Ηνωμένο Βασίλειο.....	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	89
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	90

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

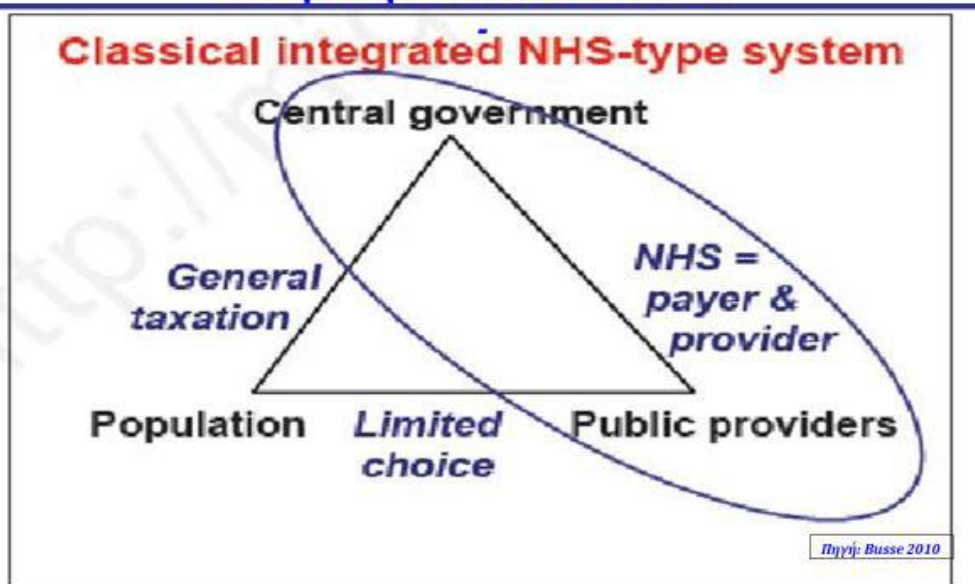
NHS: National Health System (Εθνικό Σύστημα Υγείας)
GPs: General Practitioners (Γενικοί Ιατροί)
DGH: District General Hospital (Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο) RHAs: Regional Health Authorities (Υγειονομικές Περιφέρειες)
DHAs: District Health Authorities (Υγειονομικές Επαρχίες)
DHA: District Health Authorities (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
PHIN: Δίκτυο Πληροφοριών Ιδιωτικής Υγείας
HDR UK: Health Data Research UK
AI: Τεχνητή Νοημοσύνη
NICE: Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κοινωνικής Αριστείας
MHRA: Ρυθμιστικός Οργανισμός Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας
DHSC
PSNC Pharmaceutical Services Negotiating Committee
VPAS Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access
ICS: Ολοκληρωμένα συστήματα υγείας
Ε.Σ.Υ.: Εθνικό Σύστημα Υγείας
Ε.Ο.Φ. Ευρωπαϊκός Οργανισμός Φαρμάκων
Α.Ε.Π.: Ακαθάριστο Εθνικό Προϊόν
Ο.Ο.Σ.Α.: Οργανισμός για την Οικονομική Συνεργασία και Ανάπτυξη

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Οι καταβολές του συστήματος υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο χρονολογούνται από το 1948 και ιδρύθηκε με σκοπό την παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας δωρεάν και προσβάσιμων σε όλο τον πληθυσμό της χώρας ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση

του κάθε ατόμου. Το σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο προσφέρει αναδιανομή του πλούτου, από πλούσιους σε φτωχούς με χαμηλά διοικητικά κόστη και γενικότερα προσδίδει προστασία από οποιεσδήποτε συνέπειες της κακής υγείας. Θεωρείται από τα παλαιότερα συστήματα υγείας με πλήρη ανάπτυξη και βασίζεται στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Η λειτουργία του στηρίζεται σημαντικά στον οικογενειακό γιατρό, ο οποίος ελέγχει τις υπηρεσίες που παρέχονται στον ασθενή. Οι δαπάνες ευρύτερα για την υγεία στο Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται αφενός ότι είναι πιο πάνω από τον μέσο όρο της Ευρώπης και αφετέρου, πιο κάτω από άλλες χώρες με υψηλά εισοδήματα όπως είναι ο Καναδάς, η Γαλλία και η Γερμανία. Οι βασικότερες μεταρρυθμίσεις για την υγεία στην κάθε χώρα, επικεντρώνονται στη διευκόλυνση διατομεακών συμπράξεων, ενώ προωθείται η ολοκλήρωση των υπηρεσιών, έχοντας στόχο την βελτίωση της υγείας και της ευημερίας των τοπικών πληθυσμών. Επίσης έκδηλη είναι η ανάπτυξη πολιτικών στα Συστήματα Υγείας, έχοντας ως βασικό σκοπό την ευθυγράμμιση του μοντέλου χρηματοδότησης της κοινωνικής περίθαλψης με αυτό του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ). Στις πολιτικές του Ηνωμένου Βασιλείου περιλαμβάνεται ένα ανώτατο όριο στο κόστος κοινωνικής περίθαλψης καθ' όλη τη διάρκεια ζωής του ατόμου¹.

Το σύστημα υγείας στην Αγγλία 1 - Ίδρυση του NHS το 1948 -



ΕΣΔΔΑ 2020 - Χρήστος Μπουρσανίδης

Εικόνα 1. Το σύστημα υγείας στην Αγγλία – Ίδρυση 1948

Πηγή: Μπουρσανίδης Χ. *Οργάνωση συστημάτων υγείας* Ε.Σ.Δ.Δ.Α. σ. 137

¹Anderson M., Alderwick H., Pitchforth E., McGuire A., Edwards N., Mossialos E., Health Systems in Transition, United Kingdom Health System Review 2022 Σ.15-8•ΜαλαβάζοςΘ., ΜαρκασιώτηΒ.,ΜαλλιαρούΜ., ΣαράφηςΠ., Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας (2019) τόμος 11, Τεύχος 3, σ. 43

ΣΤΟΧΟΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Στόχος της εργασίας αυτής είναι η διερεύνηση των μεταρρυθμίσεων της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου οι οποίες έχουν εφαρμοστεί διαχρονικά, ενώ παράλληλα θα αναζητηθούν οι παράγοντες που επηρεάζουν την πρωτοβάθμια περίθαλψη και θα εμβαθύνουμε σε αυτούς καθώς επηρεάζουν την εφαρμογή των μεταρρυθμίσεων σε σχέση με τις αλλαγές που προκύπτουν στην υγεία της κοινωνίας. Επίσης θα παρατηρήσουμε την αποτελεσματικότητα των μεταρρυθμίσεων αυτών και το τί προσέφεραν στο Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου.

ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύστημα Υγείας – γενικά στοιχεία

Στον τομέα της Υγείας η έννοια του συστήματος αναφέρεται στην οργάνωση συγκεκριμένων στοιχείων μέσα από τα οποία επιτελούνται εξειδικευμένες λειτουργίες που αλληλοεπιδρούν και αλληλοσυνδέονται μεταξύ τους. Με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται ένα οικοδόμημα, το οποίο με συγκεκριμένους στόχους είναι ενταγμένο σε ένα ορισμένο περιβάλλον δυναμικών ανταλλαγών πληροφοριών (Hendinger F. 1968 στο Πιερράκος Γ. 2008 σ.19).

Το σύστημα υγείας σκοπό έχει την διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού και αποτελεί ένα σύνολο υγειονομικών μονάδων• επηρεάζεται από την κοινωνικο-οικονομικο-πολιτική δομή μιας χώρας, από το πολιτισμικό σύστημα στο οποίο επικρατεί, από την υπάρχουσα οικολογική ισορροπία και τέλος από το επιδημιολογικό πρότυπο και τις ανάγκες υγείας ενός πληθυσμού (Σούλης Σ. 1999, στο Πιερράκος Γ. 2008 σ.19). Ο όρος «Σύστημα Υγείας» αναφέρεται στην οργανωμένη χρήση των πόρων ευρύτερα στον τομέα της υγείας και περιλαμβάνει αφενός το ανθρώπινο δυναμικό, το Ιατρικό, το Νοσηλευτικό και το ανθρώπινο δυναμικό που υποστηρίζει τις διοικητικές υπηρεσίες κ.ά. και αφετέρου το υλικό κεφάλαιο δηλαδή την τεχνολογία, τα φάρμακα, τα κτίρια (Kleczkowski, M. Uoemer, A. VanWerff 1984 στο Πιερράκος Γ. 2013 σ.18-9).

Σύμφωνα με τον Μπουρσανίδη (2020), το «Σύστημα υγείας» νοείται ως ένας λειτουργικά διαφοροποιημένος θεσμός του κοινωνικού κράτους και αποτελεί ένα προϊόν μακρόχρονων διαδικασιών, πολιτικών υγείας και μεταρρυθμιστικών παρεμβάσεων, οι οποίες εντάσσονται στο εκάστοτε και διαρκώς μεταβαλλόμενο κοινωνικο-πολιτικό και πολιτισμικό γίγνεσθαι μιας χώρας• έτσι επεξηγούνται ως ένα βαθμό αφενός οι διαφοροποιήσεις και αφετέρου οι ομοιότητες των κοινωνικοπολιτικών εξελίξεων και των θεσμικών διαπλάσεων των συστημάτων υγείας. Σημείο αναφοράς της μακρόχρονης διαδικασίας αυτής θεωρείται η

ίδρυση της Κοινωνικής Ασφάλισης Ασθένειας το 1883 από τον Πρώσο καγκελάριο Bismarck. Στην αναφερόμενη συγκριτική, εξελικτική έρευνα του κοινωνικού κράτους το κέντρο του ενδιαφέροντος βρίσκεται στις μεταρρυθμιστικές παρεμβατικές κοινωνικό-πολιτικές προσπάθειες που προέκυψαν αρχικά μετά τον δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο. Κατά τις πρώτες τρεις δεκαετίες κυριάρχησε μία επεκτατική κοινωνική πολιτική για την ίδρυση ενός ολοκληρωμένου κοινωνικού κράτους, σε σχέση με το σύστημα υγείας αλλά και σε όλα τα κοινωνικοπολιτικά πεδία, διαμορφώνοντας μια «χρυσή εποχή» όπως χαρακτηρίστηκε, συνιστώντας ένα κοινό γνώρισμα κεντρικής σημασίας σε όλα τα δημοκρατικά κοινωνικά κράτη δικαίου και αναδεικνύοντας τον θεσμό του κοινωνικού κράτους. Στα επόμενα χρόνια ακολούθησε μια περίοδος έντονων περιοριστικών πολιτικών ελέγχων του κόστους και στη συνέχεια παρατηρήθηκαν (από το 1980) στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ² έντονες κοινωνικοκρατικές διεργασίες μετασχηματισμού και αναδιοργάνωσης στα πεδία της κοινωνικής πολιτικής. Τα σύγχρονα κοινωνικά κράτη εισήλθαν σε μία νέα φάση με καινοτομίες, έντονες κοινωνικό-κρατικές μεταβολές και μετασχηματισμούς, αναζητώντας ισορροπία μέσω κοινωνικό-πολιτικών και οικονομικών στόχων. Οι «προκλήσεις» αυτές προέρχονταν ιδιαίτερα στο σύστημα υγείας, αφενός από εξωγενείς παράγοντες όπως η παγκοσμιοποίηση και οι διαδικασίες της ευρωπαϊκής ολοκλήρωσης και αφετέρου από ενδογενείς παράγοντες όπως είναι η αλλαγή του εύρους των αναγκών υγείας, η δημογραφική γήρανση, η πρόοδος της Βιοϊατρικής τεχνολογίας, οι επιστήμες υγείας, οι πρόδηλες τάσεις προτύπων ατομικότητας, τα αυξανόμενα επίπεδα προσδοκιών. (Riesberg/Busse 2003, στο Μπουρσανίδης Χ. 2020, σ. 127-8).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας το 1978 ορίζει ότι η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας *«...είναι η βασική φροντίδα, βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη συμμετοχή τους και σε κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορούν να επωμιστούν σε κάθε στάδιο της ανάπτυξής της, μέσα στο πνεύμα της αυτοδυναμίας και της αυτοδιάθεσης. Η Πρωτοβάθμια*

²<https://www.aueb.gr/el/lib/content/γενικές-πληροφορίες>: Ο Οργανισμός Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης προσφέρει τη δυνατότητα στις κυβερνήσεις των κρατών-μελών του τη δυνατότητα να ανταλλάσσουν απόψεις, να συνομιλούν και να βρίσκουν λύσεις σε κοινά προβλήματα. Τα κράτη-μέλη του ΟΟΣΑ είναι τριάντα: η Αυστρία, το Ηνωμένο Βασίλειο, η Ελλάδα, το Βέλγιο, η Αυστραλία, η Γερμανία, η Δανία, η Σουηδία, η Πορτογαλία, η Φινλανδία, η Τουρκία, η Δημοκρατία της Τσεχίας, η Γαλλία, η Ν. Ζηλανδία, η Ουγγαρία, το Μεξικό, οι Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής, η Ιταλία, ο Καναδάς, η Κορέα, το Λουξεμβούργο, η Ισπανία, η Ιαπωνία, η Ελβετία, η Νορβηγία, η Δημοκρατία της Σλοβακίας, η Ιρλανδία, η Ισλανδία η Ολλανδία και η Πολωνία.

Φροντίδα Υγείας αποτελεί ένα βασικό συστατικό στοιχείο, όχι μόνο του συστήματος υγείας μιας χώρας, του οποίου είναι το κεντρικό σημείο αναφοράς, αλλά και του γενικού κοινωνικο-οικονομικού οικοδομήματος. Η ΠΦΥ φέρνει τη φροντίδα υγείας όσο το δυνατό πλησιέστερα στους χώρους όπου οι άνθρωποι ζουν και εργάζονται και αποτελεί το πρώτο στοιχείο σε μια συνεχή διαδικασία παροχής υπηρεσιών υγείας»(Θεοδώρου, Σαρρής και Σούλης 2001).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας επίσης αναφέρει την ΠΦΥ «ως την ουσιώδη φροντίδα υγείας που βασίζεται σε εφαρμόσιμες, επιστημονικές και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογία, που είναι διαθέσιμη στα άτομα και στις οικογένειες στην κοινότητα, μέσω της πλήρους συμμετοχής τους και με κόστος που η κοινότητα και η χώρα μπορεί να αντέξει».

(Κομματάς Δ., Παπανότη Β., etal 2008 σ.82).

Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

Σύμφωνα με τις διακηρύξεις του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (Π.Ο.Υ.) ένα από τα κυριότερα στοιχεία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (M.D. Leif. Solbergetal, 1998, στο Πιερράκος Γ. 2008)αφορά την ανάπτυξη δικτύων προληπτικής ιατρικής και συνοψίζεται στα παρακάτω σημεία:

- ✚ Καταγραφή οικογενειακού ιατρικού ιστορικού και επιδημιολογικών στοιχείων ηλικίας και φύλου
- ✚ Τακτική παρακολούθηση καθώς και προσδιορισμός των υπηρεσιών που έχει ανάγκη ο ασθενής κατά την διαδικασία επίσκεψής του στο Κέντρο Υγείας
- ✚ Τακτική καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών προληπτικής ιατρικής προκειμένου να εντοπιστούν τυχόν κίνδυνοι υγείας στο περιβάλλον του ανθρώπου, με σκοπό να προαχθεί και να ενισχυθεί το επίπεδο υγείας του ανθρώπινου οργανισμού
- ✚ Διαρκής και σταθερή καταγραφή των ειδικών αναγκών των ασθενών κατά την διάρκεια των επισκέψεών τους
- ✚ Συστηματική εκπαίδευση των πολιτών με σκοπό την δυνατότητα αυτοεξυπηρέτησής τους σε απλά προβλήματα της υγείας τους
- ✚ Παροχή ειδικού επιστήμονα, εκτός του γιατρού του Κέντρου Υγείας, διαθέσιμου για την παροχή οποιονδήποτε πληροφοριών
- ✚ Συγκεκριμένες ειδικές επισκέψεις σε ζητήματα προληπτικής ιατρικής (Πιερράκος Γ. 2008 σ.30-1).

Κατά τον Υφαντόπουλο (1985 στο Πιερράκος, 2008) πέντε είναι οι αρχές στις οποίες βασίζεται η επιτυχημένη λειτουργία της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και είναι οι παρακάτω:

- Η προσφερόμενη Υπηρεσία πρέπει να είναι προσβάσιμη και διαθέσιμη από τους πολίτες καθ' όλη την διάρκεια του εικοσιτετράωρου.
- Η πρωτοβάθμια φροντίδα σημειώνεται ως το πρώτο σημείο επαφής συστήματος και χρήστη. Επομένως ο επαγγελματίας υγείας που έρχεται σε επαφή με τον χρήστη οφείλει να γνωρίζει το ιστορικό του ασθενούς αλλά και άλλων δημογραφικών στοιχείων που συνθέτουν την πλήρη εικόνα του, ώστε να επιτύχει την μεγαλύτερη δυνατή αποτελεσματικότητα όσον αφορά την διαχείριση του προβλήματός του.
- Επιτυχημένο σύστημα θεωρείται αυτό, εντός του οποίου το εύρος των υπηρεσιών δεν έχει περισσότερα από 2.500 άτομα ανά κόμβο Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.
- Ο πληθυσμός αυτού του εύρους υπηρεσιών δύναται να καταγραφεί, να αποτυπωθούν ποιοτικοί και ποσοτικοί δείκτες υγείας και να προσδιοριστεί η νοσηρότητα. Με αυτό τον τρόπο ο επαγγελματίας υγείας θα είναι σε θέση οποτεδήποτε να γνωρίζει το επίπεδο υγείας του πληθυσμού του οποίου έχει την ευθύνη και είναι στοιχείο σημαντικό για την ορθολογική διαχείριση των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας και για την προώθησή τους στην Δευτεροβάθμια και ακολούθως στην Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.
- Κατά την δημιουργία αυτού του πλαισίου δημιουργούνται διάλογοι επικοινωνίας μεταξύ πολιτών και διαχειριστών της ΠΦΥ, κάτι που κρίνεται απαραίτητο για την ανάπτυξη πολιτικής προληπτικής Ιατρικής (**Πιερράκος, 2008, σ.35**).

Σύμφωνα με την «*Στρατηγική του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας*» οι εθνικές πολιτικές υγείας αποβλέπουν στους παρακάτω συνοπτικά γενικούς στόχους:

- ✓ *«Σύνδεση Δομών της ΠΦΥ με την Κοινότητα για την εξυπηρέτηση του πολίτη μέσα από αποκεντρωμένες δομές σε πρώτο επίπεδο. Παράλληλα οι τοπικές κοινωνίες υποστηρίζουν το δίκτυο της ΠΦΥ με σύνθετες πολιτικές, τόσο στην εξυπηρέτηση της πρόσβασης των πολιτών στο σύστημα, όσο και με πολιτικές πρόληψης αγωγής υγείας, προστασίας του περιβάλλοντος και αυτοφροντίδας.*
- ✓ *Ενίσχυση του ανθρώπινου δυναμικού της ΠΦΥ ώστε να μειωθούν οι ανισοκατανομές που εμφανίζονται μεταξύ των ειδικοτήτων του υγειονομικού προσωπικού και η άνιση διασπορά του στις περιφέρειες κάθε χώρας. Η δια βίου εκπαίδευση του Ανθρώπινου Δυναμικού, οι μεταρρυθμίσεις και ο εκσυγχρονισμός των εκπαιδευτικών προγραμμάτων των Υγειονομικών Σχολών, η παροχή κινήτρων και η ανάπτυξη νέων ειδικοτήτων, αναμένεται να υποστηρίξουν την ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.*

- ✓ *Οικονομική Υποστήριξη της ΠΦΥ ώστε να υπάρξει άμεση επίδραση στην υγεία του πληθυσμού και χρηματοδότηση³ των συστημάτων υγείας»* (Πιερράκος Γ. 2008, σ.31)

Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας – Ιστορικό πλαίσιο

Ο όρος της εξω-νοσοκομειακής φροντίδας έχει τις καταβολές της στη νοσηλεία στο σπίτι από την αρχαιότητα όπου το σπίτι, ο οίκος ήταν σχεδόν αποκλειστικά ο χώρος φροντίδας των ασθενών έως την οργάνωση των μοναστηριών και την ίδρυση των νοσοκομείων στην σύγχρονη μορφή κατά τα βυζαντινά χρόνια. Η πρώτη οργανωμένη επίσκεψη στο σπίτι η οποία έγινε γνωστή, ήταν όταν ιδρύθηκε από την Χριστιανική Εκκλησία το τάγμα των Διακονισσών• είχαν στην αρμοδιότητά τους την φροντίδα του φτωχού ανθρώπου που χρειαζόταν υποστήριξη και φροντίδα (Ν.Χ. Ρούσσου 1991, στο Πιερράκος Γ. 2008, σ. 28). Μεταγενέστερα κατά την περίοδο του Μεσαίωνα θρησκευτικές και λαϊκές ομάδες εθελοντών παρείχαν νοσηλεία στο σπίτι αφιλοκεδώς, εμπνευσμένες από την αγάπη προς τον συνάνθρωπο.

Οι βάσεις για την παροχή επιστημονικής νοσηλευτικής φροντίδας σε κοινοτικό επίπεδο δόθηκαν από την Florence Nightingale⁴ και στις Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής το 1877 μέσω ιεραποστολής μία ομάδα από επαγγελματίες νοσηλεύτριες από τη Νέα Υόρκη, λειτούργησαν πρόγραμμα φροντίδας στο σπίτι (Gallagher, 1985· Bolander, 1994 όπ. Ανάφ, Πιερράκος 2008, σ.29).

Κατά τα τέλη του 19^{ου} και αρχές του 20^{ου} αιώνα στην εποχή της μεγάλης ανάπτυξης της Σμύρνης ήταν σημαντικός ο ρόλος των φαρμακείων ή «Σπετσαρί», τα οποία λειτουργούσαν και για την παροχή Α΄βοηθειών. Στην Σμύρνη οι Ιατροί δεν διατηρούσαν ιδιωτικά ιατρεία, αλλά εντός των φαρμακείων παρείχαν ιατρικές υπηρεσίες, όπου υπήρχε επιπλέον δωμάτιο με εξεταστικό τραπέζι. Οι ιατροί παρείχαν τις υπηρεσίες τους λαμβάνοντας μία μικρή αμοιβή ή αφιλοκεδώς. Μεταγενέστερα δημιουργήθηκαν τα ιδιωτικά ιατρεία προκειμένου να καλύπτουν τις ανάγκες του πληθυσμού και λόγω του ότι κάποιες ειδικότητες απαιτούσαν εξειδικευμένα εργαλεία, όπως ήταν για παράδειγμα οι οφθαλμίατροι. Συνήθως ο ασθενής ειδοποιούσε τον ιατρό με ένα μήνυμα στο φαρμακείο ανάλογα με το πρόβλημα που είχε ώστε να τον επισκεφθεί στο σπίτι, ή πήγαινε ο ίδιος εκεί και η αμοιβή του γιατρού

³ Πιερράκος Γ. 2013 σ.25: Στον δημόσιο τομέα το κράτος (ως ρυθμιστής του συστήματος) χρηματοδοτεί τα νοσοκομεία και Κέντρα Υγείας προκειμένου να καλύψουν τις ανάγκες τους μέσω του δημοσιονομικού συστήματος.

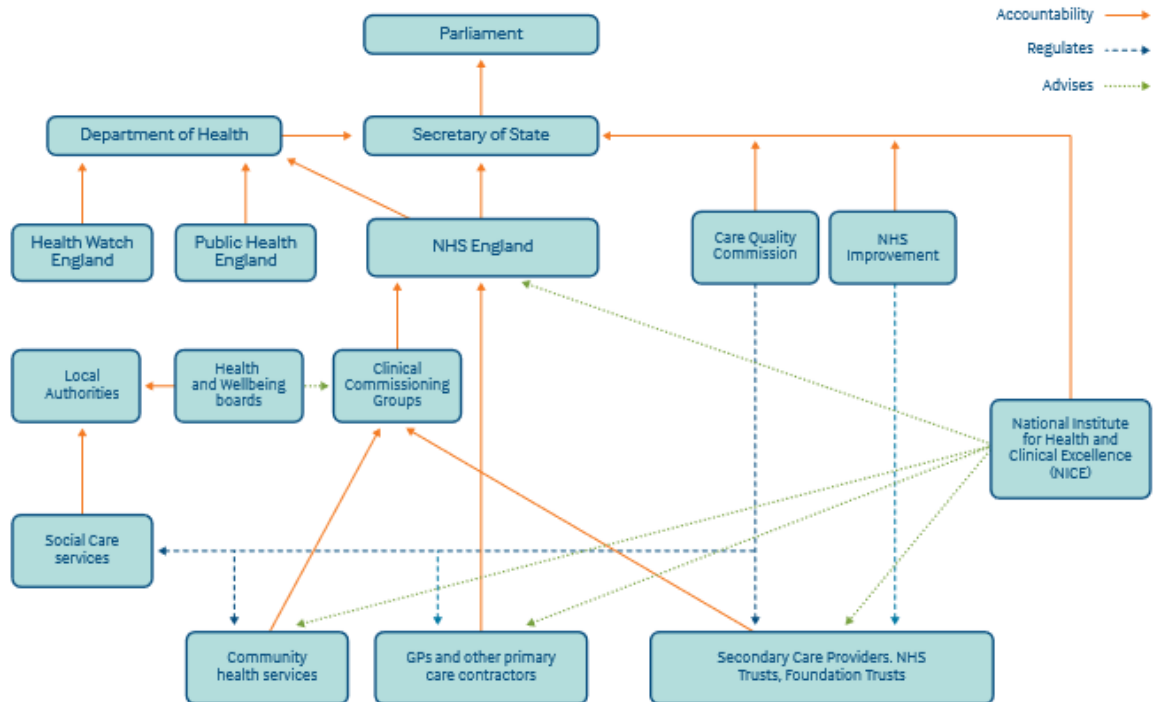
⁴<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=florence+nightingale>: ΗΦλόρενςΝάιτινγκεϊλ (1820-1910) ήταν Βρετανικής καταγωγής, μαθήτευσε στο Βασιλικό Κολέγιο του Λονδίνου και ήταν πρωτοπόρος της σύγχρονης νοσηλευτικής. Το κοινωνικό έργο της κρίνεται ιδιαίτερα σημαντικό για την εποχή και για αυτό της απονεμήθηκε το βραβείο του Βασιλικού Ερυθρού Σταυρού.

διαμορφώνονταν ανάλογα με την οικονομική κατάσταση του ασθενή (Παπαδογιαννάκης 1995, στο Πιερράκος, 2008 σ. 29).

Στην αρχή της δεκαετίας του 1970 σημειώθηκε οικονομική κρίση σε πολλές χώρες του ΟΟΣΑ και της Ευρώπης, η οποία επέφερε μείωση στους ρυθμούς της οικονομικής ανάπτυξης, με αποτέλεσμα να δημιουργηθούν προβλήματα και στην χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 1988 στο Πιερράκος, 2008 σ. 29). Οι δαπάνες για την υγεία διογκώνονταν συνεχώς και οι επενδύσεις σε μεγάλες νοσοκομειακές μονάδες οδηγούσε τα συστήματα υγείας σε κατάρρευση, συνεπώς υπήρχε πρόβλημα εξεύρεσης πόρων για την Δευτεροβάθμια και Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας αποτελούσε μια προσπάθεια για την λύση του προβλήματος.

Η Διακήρυξη της ALMA-ATA θεωρείται σημείο καμπής για την μεταστροφή των έως τότε αντιλήψεων και επίσης η ανάπτυξη από την Π.Ο.Υ. της *«Παγκόσμιας Στρατηγικής για την Υγεία για Όλους μέχρι το Έτος 2000»*. Στο Συνέδριο της Παγκόσμιας Οργάνωσης Υγείας τον Σεπτέμβριο του 1978 που έλαβε χώρα στην ALMA-ATA της τότε ΕΣΣΔ, καθορίστηκε η εκ νέου φιλοσοφία για την αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων, μετατοπίζοντας το κλασικό μοντέλο *«γιατρός-ασθένεια-ασθενής»* στην καθολική-ολιστική προσέγγιση των προβλημάτων υγείας. Τότε, μέσα σε ένα νέο πλαίσιο προγραμματισμού των υγειονομικών αναγκών εισάγεται η έννοια της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας και μέσα σε αυτό εντάσσονται η Υγειονομική διάσταση, η Κοινωνική και η Οικονομική. Η Διακήρυξη της ALMA-ATA ειδικά για την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας καθόρισε ότι *«Η πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας βασίζεται σε πρακτικές, σε επιστημονικές και σε κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες που είναι προσιτές σε όλους»*. Σύμφωνα με το έκτο άρθρο της συγκεκριμένης διακήρυξης η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και δεν αποδέχεται τις οικονομικές, πολιτικές και κοινωνικές ανισότητες. Η προαγωγή και η προάσπιση της υγείας κρίνεται ως βασική προϋπόθεση για την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη. Η εφαρμογή και ο σχεδιασμός της φροντίδας υγείας είναι δικαίωμα του ατόμου αλλά και του συνολικού πληθυσμού. Η ΠΦΥ θεωρείται ένα μέσο προκειμένου να βελτιωθεί η παγκόσμια υγεία αναδεικνύοντας παράλληλα το πνεύμα της κοινωνικής δικαιοσύνης και αποτελεί αδιαίρετο κομμάτι του συστήματος υγείας, ενώ μέσα από αυτήν κυρίως προσεγγίζεται το άτομο, η οικογένεια, η κοινότητα (Φιλαλήθης, 1982 και WHO, 1978 στο Πιερράκος Γ. 2008, σ. 29 •Μαλαβάζος Θ. κ.ά. 2022 σ.41).

Organization of the Health System in England



Source: R. Thorlby and S. Arora, Nuffield Trust, 2014.

Εικόνα 2 Εθνικό σύστημα υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο

Πηγή: Mossialos et al. 2017 στο Μπουρσανίδης Χ. *Οργάνωση συστημάτων υγείας* Ε.Σ.Δ.Δ.Α. σ. 139

Α΄ ΚΕΦΑΛΑΙΟ – ΗΝΩΜΕΝΟ ΒΑΣΙΛΕΙΟ

Α΄1. Γενικά στοιχεία

Το Ηνωμένο Βασίλειο έχει έκταση 242.514 χλμ., πληθυσμό 67.026.292 (εκτίμηση του έτους 2021) και αποτελεί κυρίαρχο κράτος της βορειοδυτικής Ευρώπης. Επίσημα ονομάζεται Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Βορείου Ιρλανδίας, ενώ απλά καλείται και Βρετανία ή Μ. Βρετανία. Πρόκειται για χώρα νησιωτική, η οποία συνορεύει στα δυτικά με την Ιρλανδία και βρέχεται από την Βόρεια Θάλασσα περιμετρικά. Συνολικά το έδαφος της διαμοιράζεται μεταξύ των Βρετανικών Νήσων (τα δύο μεγάλα νησιά του Βρετανικού Αρχιπελάγους) και των πολυάριθμων μικρών νησιών που βρίσκονται κοντά στις βρετανικές ακτές, όπως οι Ορκάδες, το Άνγκλεσι, οι νήσοι Σέτλαντ και οι Εβρίδες και η νήσος Γουάιτ.

Το κράτος συμπεριλαμβάνει τέσσερις συνιστώσες χώρες οι οποίες είναι η Αγγλία, η Σκωτία, η Ουαλία και η Βόρεια Ιρλανδία. Αντίστοιχα το κράτος περιλαμβάνει εκτός από τους

Αγγλους και τις εθνότητες των Σκωτσέζων και των Ουαλών. Οι κάτοικοι της Βορείου Ιρλανδίας εθνολογικά αυτοπροσδιορίζονται ως «Βρετανοί» ή ως «Ιρλανδοί», αλλά και ως «Βορειοϊρλανδοί» ή συνδυαστικά με όλα τα επίθετα.

Το Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας σχηματίστηκε την 1^η Μαΐου του 1707, ενώ ο όρος «Ηνωμένο Βασίλειο» έγινε επίσημος το 1801, όταν ψηφίστηκε στα κοινοβούλια της Μεγάλης Βρετανίας και της Ιρλανδίας από μία Πράξη Ένωσης, ενώνοντας τα δύο αυτά βασίλεια ως το «Ηνωμένο Βασίλειο της Μεγάλης Βρετανίας και της Ιρλανδίας»(https://el.wikipedia.org/wiki/Ηνωμένο_Βασίλειο).

Α'2Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας(National Health Services, N.H.S.) ιδρύθηκε στην Αγγλία επίσημα το 1946, ωστόσο πρακτικά λειτούργησε από το 1948, έχοντας ως βάση ότι η φροντίδα οφείλει να είναι ολοκληρωμένη και προσβάσιμη βάσει της κλινικής ανάγκης και όχι της ικανότητας πληρωμής. Η παροχή ιατρικής περίθαλψης στην Αγγλία παρουσίαζε προβλήματα για αυτό διαμορφώθηκε μία «τριμερής» σύνθεση το 1948 η οποία περιελάμβανε τα εξής επιμέρους διοικητικά επίπεδα:

- Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας (ως γενική πρακτική)
- Νοσηλευτική ιατρική και
- Δημόσιες ή τοπικές υπηρεσίες υγείας(Πιερράκος Γ. 2008 σ.38).

Μέσα από αυτούς τους διαχωρισμούς στις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας δημιουργείται μερική ενοποίηση των παροχών ιατρικής περίθαλψης στην περιφέρεια ή σε τοπικό επίπεδο. Ως σκοπός του Εθνικού Συστήματος Υγείας θεωρείται «η διασφάλιση των διαθέσιμων πόρων για την κατά το δυνατό μεγαλύτερη βελτίωση της φυσικής και πνευματικής υγείας του λαού της Μ. Βρετανίας, ώστε να διασφαλίζει την υγεία, να προλαμβάνει και να θεραπεύει ασθένειες και τραυματισμούς και με το να μεριμνά για εκείνους που πάσχουν από μακροχρόνιες ασθένειες και αναπηρίες- μια παροχή διαθέσιμη σε όλους – ανεξαρτήτως της δυνατότητάς τους να πληρώσουν». Κατά την έναρξη της δεκαετίας του 1980 υπερίσχυε η άποψη ότι το NHS ήταν ιδιαίτερα δυσκίνητο, ενώ οι δαπάνες που αφορούσαν την διοίκηση ήταν αισθητά αυξημένες (Jones, 1987 στο Πιερράκος, 2008 σ.39).

Α'3 Διαχείριση πόρων του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Για την διαχείριση των κονδυλίων υπεύθυνοι είναι οι παρακάτω:

Ομάδες δημόσιων νοσοκομείων (NHSTrusts). Από το 1982 κι έπειτα δινόταν έμφαση στην ποσότητα των χρημάτων και στην αποδοτικότητα και όχι στην αξία (*valueofmoney*) και την αποτελεσματικότητα των χρημάτων. Γενικά όμως ήταν αποδεκτό ότι ένα από τα βασικά

στοιχεία ενός συστήματος υγείας οφείλει να είναι το management. Το σύνολο των νοσοκομείων μιας περιοχής αποτελούν τα NHS Trusts. Οι διοικήσεις των νοσοκομείων επιλέγουν αυτόνομα τους τρόπους διάθεσης των κεφαλαίων τους, εντός των ορίων που θέτει το Υπουργείο Υγείας στην αρχή του έτους, καθώς επίσης και την διαχείριση των ανθρώπινων πόρων όπως είναι για παράδειγμα οι προσλήψεις προσωπικού. Η δημιουργία του πρώτου NHS Trust χρονολογείται το 1991.

Οι Γενικοί/οικογενειακοί γιατροί⁵ διαχειρίζονται συγκεκριμένο ποσό το οποίο δίνεται από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας (General Practitioners, Fundholders). Ο γενικός γιατρός (GP) θεωρείται οικογενειακός γιατρός από την έναρξη του NHS (1990). Η καινοτομία σε αυτή τη λειτουργία του οικογενειακού γιατρού είναι ότι ο γιατρός (σε εθελοντική βάση) έχει τη δυνατότητα να λαμβάνει στην αρχή του έτους από το Υπουργείο ένα ποσό και να το διαχειρίζεται αυτόνομα αντί του καθιερωμένου μηνιαίου μισθού, παρέχοντας τις υπηρεσίες του στους ασθενείς της περιοχής του χωρίς αμοιβή (από τους ίδιους τους ασθενείς). Ο γενικός γιατρός (General Practitioner, GP) αποτελεί τον κύριο φορέα παροχής Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Βρετανικού Συστήματος Υγείας καλύπτοντας τις ανάγκες σε πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας του 97% του πληθυσμού και μέσα από αυτόν πραγματοποιείται η διήθηση του ασθενούς στο μεταβατικό στάδιο από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Δευτεροβάθμια, ή την Τριτοβάθμια (TodD. 1995, στο Πιερράκος Γ. 2008 σ.40).

Ο GP ως μέλος του δημοσίου συστήματος υγείας διαχειρίζεται ένα συγκεκριμένο ποσό (ανάλογα με το εύρος αριθμού των ασθενών του) ώστε να καλύψει τις παρακάτω δαπάνες:

- συνταγολόγησης
- φαρμάκων
- δαπάνες για το νοσηλευτικό προσωπικό/ επισκεπτών υγείας\βοηθητικό προσωπικό του θεράποντος ιατρού
- δαπάνες για τον μισθό του(Πιερράκος Γ. 2008 σ.40).

⁵ Πιερράκος Γ. 2008 σ.49: Ο θεσμός του οικογενειακού γιατρού έχει τις ρίζες του στην αρχαία Αθήνα κατά τον 6^ο αιώνα π.Χ. όπου οι γιατροί, γνωστοί ως «δημοσιεύοντες γιατροί» προσλαμβάνονταν από τον Δήμο και αμοιβόνταν με πάγια αντιμισθία με σκοπό να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους χωρίς επιπλέον αμοιβή από τους πολίτες/ασθενείς. Ο θεσμός αυτός αργότερα υιοθετήθηκε σε όλες τις Ελληνικές αποικίες (Γαλατία, Σικελία κ.ά.) αλλά και από τους Ρωμαίους. Ο θεσμός επικράτησε και στη συνέχεια αλλά με τον όρο «αρχίατροι πόλεων» ή «περιοδεύοντες γιατροί» και διατηρήθηκε μέχρι και τα χρόνια της Βυζαντινής Αυτοκρατορίας• οι γιατροί τότε αμοιβόνταν από το κράτος και παρείχαν δωρεάν περίθαλψη στους πολίτες ή διδασκαλία. Κατά την έναρξη του 18^{ου} αιώνα αναπτύχθηκαν οι πρώτες εξωνοσοκομειακές μονάδες (Dispensaries) παρέχοντας ιατρική περίθαλψη σε άπορους, ενώ στο Παρίσι και στο Λονδίνο άρχισε η λειτουργία των πρώτων εξωτερικών ιατρείων, ως ανεξάρτητες λειτουργικές μονάδες των νοσοκομείων. Ακολούθησε η ραγδαία εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της βιοϊατρικής τεχνολογίας συνδυαστικά με τις μηχανιστικές αντιλήψεις για την αρρώστια και την υγεία, οδηγώντας στον αιώνα μας όπου ειδικά μετά τον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο κυριάρχησε η νοσοκομειακή ιατρική και υποβαθμίστηκε η εξωνοσοκομειακή φροντίδα και η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας σε παγκόσμιο επίπεδο μέχρι την συνδιάσκεψη της Alma-Ata όπου δόθηκαν νέες προοπτικές στην πρωτοβάθμια φροντίδα.

Α'4. Οι ομάδες γενικών ιατρών (GroupPractices) είτε σε ομαδική βάση είτε στο ιδιωτικό τους ιατρείο λειτουργούν και ως μικρές επιχειρήσεις και είναι στελεχωμένες από κοινοτικούς νοσηλευτές (για παιδιά, ηλικιωμένους κ.λ.π.), προσωπικό διοικητικής υποστήριξης και με ένα manager μερικής απασχόλησης.

Η κεντρική διοίκηση του NHS δεν λαμβάνει ενεργό μέρος στο management των λοιπών τομέων υγείας δίνοντας τις αρμοδιότητες στους άμεσα ενδιαφερομένους και απλά παρέχει κάποια κονδύλια σε σχέση με τις ετήσιες δαπάνες και απαιτήσεις των λοιπών υπηρεσιών. Ο γενικός γιατρός ο οποίος είναι ο πλέον ειδικός για να κατευθύνει τους ασθενείς του σε νοσοκομεία, έχει απόλυτη επίγνωση των όποιων δαπανών απαιτούνται για την θεραπευτική αντιμετώπιση του κάθε ασθενή. Αντίστοιχα η νοσοκομειακή μονάδα που τον υποδέχεται δύναται να σχεδιάσει το χρονοδιάγραμμα που απαιτείται για την φροντίδα υγείας του ασθενή χωρίς άλλες επιβαρύνσεις. Επομένως διαπιστώνεται ότι οι γενικοί γιατροί αντιπροσωπεύουν τον κάθε ασθενή με αυτόνομη διαχείριση κονδυλίων ως ένας ειδικός προϋπολογισμός (σε αναλογία με τους ασθενείς) και χρηματοδοτώντας οι ίδιοι τα νοσοκομεία που και πάλι κατά την δική τους άποψη επέβλεπαν τον κάθε ασθενή με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Communications Department, East Sussex, Brighton and Hove Health Authority 1998, στο Πιερράκος Γ. 2008 σ.40-1).

Οι κάτοικοι του Ηνωμένου Βασιλείου μπορούν να εγγραφούν σε ένα Γενικό Ιατρό GP και να τον συμβουλευτούν χωρίς χρέωση (Cylus et al., 2015). Ο Γενικός Γιατρός ή η ομάδα γιατρών μπορεί να απορρίψει έναν αιτούντα (εκτός εάν ο αιτών έχει ανατεθεί σε αυτόν συγκεκριμένα), εάν ο ασθενής είναι εκτός του ορίου της πρακτικής του (Practice Index, 2016, στο Anderson, 2022 σ. 112). Οι ιατρικές υπηρεσίες των GP παρέχουν ένα εύρος υπηρεσιών, στις οποίες περιλαμβάνονται οι διαγνωστικές υπηρεσίες ρουτίνας, η προγεννητική φροντίδα, οι μικρές χειρουργικές επεμβάσεις, ο οικογενειακός σχεδιασμός, οι προληπτικές υπηρεσίες για την προαγωγή της υγείας, οι εξωτερικές φαρμακευτικές συνταγογραφήσεις, η πιστοποίηση ασθενείας και οι παραπομπές για πιο εξειδικευμένη φροντίδα, η συνεχής φροντίδα για ασθενείς με χρόνιες νόσους. Βέβαια, δεν παρέχουν όλα τα ιατρεία όλες αυτές τις υπηρεσίες. Ιστορικά, μεταξύ 80% και 85% οι διαβουλεύσεις για τους γενικούς ιατρούς πραγματοποιήθηκαν face to face (πρόσωπο με πρόσωπο) στις εγκαταστάσεις του γιατρού, οι οποίες καλούνται «ιατρεία». Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19, περίπου το 50% των επισκέψεων σε γενικούς ιατρούς διεξήχθησαν εξ αποστάσεως λόγω πρόληψης της μετάδοσης του κορωνοϊού (NHS Digital, 2021b). Όπως διαπιστώνεται, ιδιαίτερα αυξημένη ήταν η πρόσβαση σε εργαζόμενους ενήλικες οι οποίοι στο παρελθόν είχαν δυσκολία πρόσβασης με ραντεβού. Οι ηλικιωμένοι

ασθενείς, οι οποίοι δεν μπορούν να ανταποκριθούν στα ψηφιακά συστήματα λόγω έλλειψης παιδείας σε αυτά, δεν έχουν εξυπηρετηθεί καλά μέσω αυτού του μοντέλου. Όλο και περισσότερο, οι γενικοί γιατροί επιδιώκουν τώρα να προσαρμόσουν τη διάταξη των υπηρεσιών GP προς ένα υβριδικό μοντέλο που περιλαμβάνει συνδυαστικά πρόσωπο με πρόσωπο και εξ αποστάσεως διαβουλεύσεις ώστε να καλύπτουν καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών. Ιστορικά, οι γιατροί ήταν υπεύθυνοι για τη φροντίδα εκτός ωραρίου, αλλά από το 2004 ακολούθησαν μια νέα σύμβαση που συμφωνήθηκε με τους γενικούς ιατρούς, (οι οποίοι είχαν την ευθύνη για τη λειτουργία αυτή). Η φροντίδα εκτός ωραρίου δόθηκε σε φορείς ανάθεσης, μέσα από υπηρεσίες που παρέχονται από συνεταιρισμούς Γενικών Ιατρών ή από παρόχους του ιδιωτικού τομέα και αποτελείται από διαλογή, χειρισμό κλήσεων, προσωπικές διαβουλεύσεις και τηλεφωνική αξιολόγηση. Ασθενείς σε Αγγλία, Σκωτία, Ουαλία και Βόρεια Ιρλανδία έχουν τη δυνατότητα να καλέσουν τον αριθμόNHS111 για πρόσβαση σε πληροφορίες και συμβουλές σε εικοσιτετράωρη βάση και να έχουν πρόσβαση σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και ακόμα μπορούν να συμβουλευτούν τις FAQs - συχνές ερωτήσεις και σε ελεγκτές συμπτωμάτων διαδικτυακά. Από το 2000 τα κέντρα παρακολούθησης του NHS εισήχθησαν ως ένα εναλλακτικό μέσο πρόσβασης στην πρωτοβάθμια περίθαλψη χωρίς να είναι αναγκαία η κράτηση ενός ραντεβού• σε μεγάλο βαθμό εξαρτώνται από εξειδικευμένους νοσηλευτές, οι οποίοι μπορούν ανεξάρτητα να κάνουν διάγνωση και να θεραπεύσουν ασθενείς. Συνήθως αυτοί λειτουργούν για πολλές ώρες ημερησίως και όχι σε εικοσιτετράωρη βάση.

Πολλά κέντρα περιπάτου (walk-in centres) βρίσκονται είτε εντός είτε κοντά σε τμήματα επείγουσας φροντίδας και οι ασθενείς συχνά παρατηρείται ότι χρησιμοποιούν τα συγκεκριμένα κέντρα παρακολούθησης για μικρά παράπονα (AndersonM. 2022, σ.113).

Υπάρχει σημαντική διακύμανση στον αριθμό των Γενικών Γιατρών σε κάθε ασθενή, στο Ηνωμένο Βασίλειο από το 2020 κυμαίνονται από 2826 ασθενείς ανά GP στο North East Essex⁶ CCG (Ομάδες Κλινικής Ανάθεσης, τις οποίες θα αναλύσουμε στην

⁶<https://www.neessexccg.nhs.uk> Ιστότοπος Ομάδων Κλινικής Ανάθεσης παροχής πληροφοριών και υποστήριξης υγειονομικών αναγκών και περίθαλψης για το Βορειοανατολικό Essex

συνέχεια) σε 1.768 ασθενείς ανά GP στο Vale of York⁷ CCG (Nuffield Trust, 2021b). Ωστόσο, υπάρχουν προκλήσεις για την εξακρίβωση της αξιοπιστίας σε εκτιμήσεις του εργατικού δυναμικού των GP σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, όπως είναι η Αγγλία, η μόνη χώρα που καταγράφει τακτικά δεδομένα σε ισοδύναμη βάση πλήρους απασχόλησης.

Η δίκαιη κατανομή των γενικών ιατρών είναι πολύ σημαντική και αυτό διακρίνεται με την Αγγλία, την Ουαλία και την Σκωτία να έχουν όλες στοχευμένες ενισχυμένες προσλήψεις για ασκούμενους GP οι οποίοι προσφέρουν εφάπαξ συμπλήρωμα μισθού 20.000 £ (23.589 €), σε γιατρούς που είναι πρόθυμοι να δεχθούν την δέσμευση να εκπαιδευτούν και να εργαστούν σε περιοχές υπο-εξυπηρετούμενες (NHS England, 2021ο στο Anderson M. 2022, σ. 114). Το μέγεθος αριθμητικά, των γενικών γιατρών σε όλες τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου παρέμεινε σχεδόν στάσιμο την τελευταία δεκαετία, σε μια περίοδο που ο αριθμός των νοσοκομειακών συμβούλων είναι αυξημένος κατά 40% περίπου (Anderson M et al., 2021a). Σε απάντηση, η κυβέρνηση έχει τώρα δεσμευτεί να προσλάβει επιπλέον 6000 γενικούς ιατρούς έως το 2024/2025 με την επέκταση των θέσεων εκπαίδευσης και την αύξηση διεθνώς των επιπέδων απασχόλησης (Department of Health & Social Care, 2020a). Επίσης πραγματοποιείται αύξηση των προσπαθειών σε όλες τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, ενώ επικεντρώνονται στην αντιμετώπιση των πιέσεων του εργατικού δυναμικού στην Πρωτοβάθμια περίθαλψη μέσω της εισαγωγής μιας ευρύτερης διεπιστημονικής ομάδας, συμπεριλαμβανομένης της εξειδικευμένης νοσοκόμας, των ιατρών, συνεργατών ιατρών, παραϊατρικούς, φαρμακοποιούς και κοινωνικούς συνταγογράφους. Στην Αγγλία και την Ουαλία ως μέρος των εθνικών τους στρατηγικών οι προσπάθειες αυτές ενοποιούνται γύρω από την πρωτοβάθμια φροντίδα, τις οποίες μοιράζονται μια κοινή ομάδα προσωπικού και εργασίας μαζί για την παροχή φροντίδας σε πληθυσμούς περίπου 50.000 ατόμων (Anderson M. 2022 κ.ά.σ.112-114).

Φροντίδα ατομοκεντρική

Οι ασθενείς έχουν πρόσβαση σε μια ποικιλία πληροφοριών σχετικά με τις συνθήκες υγείας, το ιστορικό τους, και την ποιότητα της περίθαλψης των εναλλακτικών παρόχων υγειονομικής

⁷<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Vale+of+York> Περιοχή στα βορειοανατολικά της Αγγλίας

περίθαλψης. Στην Αγγλία, ενώ ο ιστότοπος του NHS Choices καταργήθηκε το 2019, εξακολουθούν να υπάρχουν πληροφορίες σχετικά με τα ποσοστά θνησιμότητας, τα Ατυχήματα & Έκτακτη Ανάγκη, την απόδοση του τμήματος, την ικανοποίηση των ασθενών, τις συστάσεις του προσωπικού και αξιολογήσεις της Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας στον ιστότοπο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS Αγγλία, 2021g). Οι ιστότοποι NHS Inform (Σκωτία), NHS 111 Wales και NI Direct παρέχουν πληροφορίες στο κοινό, όσον αφορά την τοποθεσία και τα στοιχεία επικοινωνίας για οδοντιάτρους και ιατρεία γενικών ιατρών, για διάφορα νοσοκομεία, ωστόσο δεν περιέχουν το ίδιο επίπεδο πληροφοριών σε σχέση με την ποιότητα της περίθαλψης, όπως και την εμπειρία του ασθενούς με τον Ιστότοπο του Εθνικού Συστήματος της Αγγλίας. Όλες οι χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου διαθέτουν μια τηλεφωνική γραμμή βοήθειας, NHS 111 (όπως αναφέρθηκε παραπάνω) και έχουν σχετικές ιστοσελίδες με συμβουλές για αυτοφροντίδα, εάν ενδείκνυται και για κοινά παράπονα υγείας.

Ο Νόμος για την Προστασία Δεδομένων του 1998, ο οποίος ισχύει σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο, καθορίζει το πως οι ασθενείς έχουν το δικαίωμα να δουν το ιατρικό τους ιστορικό και να έχουν αντίγραφά του (Κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, 1998). Η πρόσβαση μπορεί να περιοριστεί ή ακόμα και να διακοπεί μόνο εάν υπάρχει πιθανότητα πρόκλησης σοβαρής βλάβης στην ψυχική ή σωματική υγεία του ασθενούς ή στην κατάσταση των δεδομένων του, ή άλλου προσώπου (Κυβέρνηση του ΗΒ, 1998). Όλοι οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης υποχρεούνται να έχουν διαφανείς και προσβάσιμες διαδικασίες για να μπορούν οι ασθενείς να υποβάλουν αίτηση για πρόσβαση στο δικό τους ιστορικό εντός 40 ημερών από τη λήψη του αιτήματος ή νωρίτερα, εάν είναι δυνατόν. Οι ασθενείς μπορούν να χρεωθούν £50 για έντυπα αντίγραφα ή £10 για ηλεκτρονικά αντίγραφα (συμπεριλαμβανομένων των ταχυδρομικών τελών). Όλες οι χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου έχουν δεσμευτεί να αναπτύξουν ηλεκτρονικά ιστορικά υγείας και να επιτρέπουν στους ασθενείς να έχουν ελεύθερη πρόσβαση στο δικό τους ιατρικό ιστορικό (Sheikh και λοιποί, 2021). Στην Αγγλία από αυτή την άποψη γίνεται διακριτή η μεγαλύτερη πρόοδος, με την ανάπτυξη της εφαρμογής NHS, η οποία επιτρέπει την πρόσβαση σε ένα στοιχειώδες ιατρικό ιστορικό στο διαδίκτυο.

Και οι τέσσερις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου διαθέτουν συστήματα για την αναφορά, τη συλλογή και την ανάλυση ιατρικών λαθών, συμπεριλαμβανομένης της National Reporting and Learning System (η οποία σύντομα θα αντικατασταθεί από το Patient Safety Incident Management System). Υπάρχουν επίσης συγκεκριμένα συστήματα για αναφορά, συλλογή και ανάλυση ανεπιθύμητων ενεργειών που σχετίζονται με ιατροτεχνολογικά προϊόντα που συντονίζονται από το MHRA στην Αγγλία και την Ουαλία, το Incident Reporting and

Investigation Center στη Σκωτία, και το Northern Ireland Adverse Incident Centre στη Βόρεια Ιρλανδία.

Α' 5. Κανονισμοί του Ηνωμένου Βασιλείου

Οι ρυθμιστικοί φορείς θέτουν «πρότυπα», παρακολουθούν τους οργανισμούς με σκοπό να διασφαλίσουν τη συμμόρφωση με αυτά τα πρότυπα και υπάρχουν συνέπειες στους παρόχους που δεν πληρούν τις προϋποθέσεις προτύπων. Οι σημαντικότεροι φορείς του DHSC με ρυθμιστικό ρόλο είναι η Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας και το NHS Αγγλίας στην Αγγλία, το Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κλινικής Αριστείας (*National Institute for Clinical Excellence NICE*) το οποίο είναι αρμόδιο για τον έλεγχο ποιότητας και για την εφαρμογή της αρχής της οικονομικής αποτελεσματικότητας σε σχέση με τις κλινικές δοκιμές και ο Ρυθμιστικός Οργανισμός Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας (MHRA) (Anderson M. 2022 σ.35-6).

Η Αγγλία, η Σκωτία, η Ουαλία και η Βόρεια Ιρλανδία διαθέτουν ξεχωριστά η καθεμία τη δική της ρυθμιστική αρχή, συμπεριλαμβανομένης της *Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας* και του NHS Αγγλίας, *Health Care Improvement Scotland*, *Health Care Inspectorate Wales*, και στη Βόρεια Ιρλανδία η *Αρχή Κανονισμού και Βελτίωσης Ποιότητας* (Anderson, 2022 σ.36).

Στην Αγγλία, η *Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας* (*Care Quality Commission, CQC*) παρακολουθεί, καταγράφει, επιθεωρεί και ρυθμίζει τόσο το NHS όσο και τις υπηρεσίες ιδιωτικού τομέα• στην Αγγλία διασφαλίζουν ότι πληρούν τα θεμελιώδη πρότυπα ποιότητας και ασφάλειας (Cylusetal., 2015). Η *Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας* εκτείνεται και στην υγεία και κοινωνική περίθαλψη και συμπεριλαμβάνει νοσοκομεία, οδοντιάτρους, γενικούς ιατρούς, ασθενοφόρα, οίκους φροντίδας και ακόμα τη φροντίδα που παρέχεται στα σπίτια των ανθρώπων. Η *Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδα* προσδιορίζει και απαιτεί τα ελάχιστα πρότυπα περίθαλψης, καθώς επίσης το τι συνιστά την καλή και εξαιρετική φροντίδα. Εάν προκύψει να πέσουν οι υπηρεσίες κάτω από τα ελάχιστα πρότυπα, η *Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας* έχει την αρμοδιότητα να ορίσει τις ανάγκες των παρόχων ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα της περίθαλψης ή, εάν είναι απαραίτητο, μπορεί να περιορίσει τις δραστηριότητες του παρόχου ώσπου να γίνουν οι απαραίτητες αλλαγές. Σύμφωνα με τις ρυθμιστικές εξουσίες και καθήκοντα της *Επιτροπής Ποιότητας Φροντίδας* περιλαμβάνεται η έκδοση προειδοποιήσεων και προστίμων και σε περίπτωση που οι ασθενείς έχουν υποστεί βλάβη ή τίθενται σε κίνδυνο, μπορούν να ασκήσουν δίωξη.

Το *NHS England* αποτελεί την ρυθμιστική αρχή του οικονομικού τομέα για όλους τους παρόχους, ενώ συμπεριλαμβάνονται ιδιωτικές και μη κερδοσκοπικές ομάδες που

χρηματοδοτούνται από το *NHS Care*. Μεταξύ της χρονικής περιόδου 2004 και 2016, την συγκεκριμένη λειτουργία ανέλαβε ο *Monitor*, ως εκτελεστικό μη τμηματικό δημόσιο όργανο του DHSC, το οποίο επιβλέπει τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και παράλληλα μεριμνά για την ορθή εκτέλεση των καθηκόντων αυτών, ενώ προωθεί τον υγιή ανταγωνισμό μεταξύ τους, με βασικό σκοπό την προστασία των συμφερόντων των ασθενών. Η λειτουργία αυτή στη συνέχεια μεταφέρθηκε στο *NHS Improvement* (2016) και από το 2019 το *NHS Improvement* απορροφήθηκε στο *NHS England*.

Το NHS Αγγλίας επιβλέπει την οικονομική βιωσιμότητα των παρόχων και καθορίζει βάζοντας στόχους την αποτελεσματικότητα αυτών. Για εκείνους τους παρόχους που εμφανίζουν επίμονα ελλείμματα, υπάρχει αύξηση ελέγχου του οικονομικού σχεδιασμού και των οικονομικών στόχων, οι οποίοι εάν επιτευχθούν, αποδεσμεύονται με πρόσθετη οικονομική στήριξη μέσω του Ταμείου Αειφορίας Παρόχων (NHS Αγγλία, 2021d). Από το 2002, τα νοσοκομεία του NHS που πληρούν κριτήρια οικονομικής βιωσιμότητας και οι διαχειριστικές δομές έχουν επιτραπεί να εφαρμοστούν υπό του καθεστώτος Foundation Trust, το οποίο επέτρεψε έναν βαθμό υψηλότερης αυτονομίας σε ζητήματα οικονομικού προγραμματισμού (Collins, 2016). Ωστόσο, από την οικονομική κρίση, όταν περισσότερα από τα μισά νοσοκομεία του NHS εμφάνιζαν επίμονα ελλείμματα, γινόταν και μεγαλύτερη ρύθμιση του οικονομικού προγραμματισμού και υπάρχει μικρή διάκριση μεταξύ των NHS νοσοκομείων με ή χωρίς το καθεστώς του Foundation Trust από πλευράς ρυθμιστικής επίβλεψης από το NHS Αγγλίας (Anderson M. 2022 σ.37).

Α' 6. Οικονομική διαχείριση

Η κυβέρνηση στο Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει ένα συγκεκριμένο προϋπολογισμό για την φροντίδα υγείας. Στις χώρες της Σκωτίας, της Βόρειας Ιρλανδίας και της Ουαλίας παρέχεται μια γενική επιχορήγηση η οποία περιλαμβάνει όλες τις δημόσιες δαπάνες. Οι υπουργοί Υγείας της Σκωτίας, Ουαλίας και Βόρειας Ιρλανδίας έχουν την ευθύνη για τον καθορισμό της πολιτικής και στρατηγικής κατεύθυνσης για το NHS στις αντίστοιχες χώρες αυτών. Στην Αγγλία αντίστοιχα, αυτή η ευθύνη μοιράζεται ανάμεσα στον υπουργό Υγείας και του NHS Αγγλίας (Anderson M. 2022 κ.ά. σ.15).

Η χρησιμοποίηση της αμοιβής των ιατρών προς απόδοση στην Π.Φ.Υ.

Η χρησιμοποίηση της αμοιβής προς απόδοση στην Π.Φ.Υ. είναι πολύ αναπτυγμένη κατά την τελευταία δεκαετία, με στόχο την οικονομική επιβράβευση των ιατρών με σκοπό την επίτευξη δεικτών ποιότητας οι οποίοι είναι συνδεδεμένοι με στόχους. Το μέγεθος της αποζημίωσης ποικίλει μεταξύ των χωρών βάσει επίδοσης. Στην Ευρώπη προσδιορίζεται από 1 έως 25% διότι τα συστήματα υγείας διαφέρουν σε σχέση με τον τρόπο που χρηματοδοτούν

την κατανάλωση της υγειονομικής περίθαλψης και διοργανώνουν την πρόσβαση στην περίθαλψη και τα αποτελέσματα από τα κίνητρα που δημιουργούνται των συστημάτων πληρωμής και δεν είναι εύκολο να μεταφερθούν από το ένα στο άλλο σύστημα. Παραδείγματος χάριν οι πιο πολλοί παθολόγοι στις ΗΠΑ αμείβονται βάσει αμοιβής κατά πράξη ενώ στο Ηνωμένο Βασίλειο η χρήση πληρωμών γίνονται κατά κεφαλήν.

Το πιο ολοκληρωμένο και μακροχρόνιο πρόγραμμα υλοποιήθηκε το 2004 με την ονομασία «Πλαίσιο Ποιότητας και Αποτελεσμάτων (QOF)» για το Ηνωμένο Βασίλειο, στο οποίο συμμετείχε εθελοντικά το 99,6 των οικογενειακών γιατρών το 2006. Το έτος 2016/2017 η αξία του εν λόγω προγράμματος ανήλθε στα 691 εκατομμύρια £. Ο καθορισμός του ποσού της αμοιβής απόδοσης που λαμβάνει ο κάθε πάροχος εξαρτάται από τον βαθμό επίτευξης του συνόλου των στόχων απόδοσης. Συγκεκριμένα βάσει ενός συμβολαίου καθορίζεται κατά κεφαλήν η αμοιβή του παρόχου με γνώμονα το φύλο, την ηλικία, τη νοσηρότητα των εγγραφέντων ασθενών του και αύξηση αυτής έως 26% εφόσον εκπληρωθούν οι στόχοι. Οι στόχοι αφορούν την κλινική αποτελεσματικότητα, την εμπειρία των ασθενών, την οργάνωση, την παροχή ολιστικής φροντίδας, την παροχή υπηρεσιών πρόληψης και προαγωγή της υγείας, προκειμένου να προαχθεί η υγεία και οι ασθενείς καλύτερη πρόσβαση. Η αξιολόγηση των Άγγλων ιατρών γίνεται με δεδομένα τα οποία εξάγονται από το δικό τους ιατρικό αρχείο κατόπιν χρήσης των ηλεκτρονικών αρχείων, των οποίων η χρήση είναι πολύ απαραίτητη (Γκουλιαβέρας Β. 2021, σ. 503).

Σύμφωνα με τα παραπάνω στη Μεγάλη Βρετανία επιχειρείται η ανάπτυξη δικτύων ή Ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Primary Health Care Groups) με βασικό στόχο την διασφάλιση ποιότητας στην παροχή Φροντίδας Υγείας σε κάθε ασθενή, με βελτιωμένη διαδικασία διαχείρισης ασθενών και νοσημάτων και ουσιαστικά ανεβάζοντας σε υψηλότερο επίπεδο την υγεία του πληθυσμού (Department of Health 1998, στο Πιερράκος Γ. 2008 σ.41). Η ανάπτυξη συστήματος διοίκησης ολικής ποιότητας, η οποία στηρίζεται σε διεργασίες προκειμένου μέσω της παρακολούθησης και ανάλυσης αποτελεσμάτων να επιτυγχάνεται η επιθυμητή και διαρκής βελτίωση της ποιότητας των λειτουργιών κρίνεται ως επιβεβλημένη στο Εθνικό Σύστημα της Μεγάλης Βρετανίας. Αξίζει να σημειωθεί ότι το Σύστημα Διοίκησης περιλαμβάνει δραστηριότητες σχεδιασμού και προγραμματισμού, οργανωτική δομή, πρακτικές, ευθύνες, διεργασίες και ακόμα μέσα για την ανάπτυξη, την εφαρμογή, την ανατροφοδότηση, την επίτευξη και την διατήρηση της πολιτικής του Δικτύου σε σχέση με τον τομέα ενδιαφέροντος του κάθε προτύπου, όπως θα παρατηρήσουμε παρακάτω.

Πιο συγκεκριμένα, με γνώμονα την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε ευπαθή άτομα και πληθυσμιακές ομάδες, είναι απαραίτητη η ανάπτυξη ενός εύρους υπο-συστημάτων, μέσα από

τα οποία θα εξασφαλίζεται η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών. Αυτά τα συστήματα παρέχουν την δυνατότητα διαρκούς μέτρησης της απόδοσης των υπηρεσιών που παρέχονται βασισμένα σε προεπιλεγμένους ποσοτικούς και ποιοτικούς στόχους, με σκοπό έτσι να επιτευχθεί και να διασφαλιστεί η συνεχής ποιοτική απόδοσή τους σε όλες τις υπηρεσίες παροχών φροντίδας υγείας (Πιερράκος Γ. 2008, σ.148).

Σχετικά με την ικανοποίηση και την ποιότητα των υπηρεσιών την οποία απολαμβάνουν οι ασθενείς, από τους επαγγελματίες υγείας του Εθνικού Συστήματος Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου, οι παράγοντες που λαμβάνονται υπόψη είναι οι παρακάτω:

- η αξιοπιστία, η ικανότητα του συστήματος υγείας δηλαδή να παρέχει στον ασθενή την υγειονομική υπηρεσία που προβλέπεται και του έχει υποσχεθεί
- η ανταπόκριση, ο βαθμός ικανότητας του επαγγελματία υγείας, αλλά και του διοικητικού προσωπικού και η προθυμία που φανερώνει
- η ασφάλεια, το αίσθημα εμπιστοσύνης και ευγένειας που προσφέρεται από τον επαγγελματία υγείας
- η εμπιστοσύνη, δηλαδή ο τρόπος επικοινωνίας, το ενδιαφέρον και η φροντίδα που παρέχεται στον ασθενή και
- το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η φροντίδα δηλαδή ο εξοπλισμός, (ιατροτεχνολογικός ή ξενοδοχειακός).

Και ακόμα η ποιότητα υπηρεσιών καθορίζεται από τον ασθενή σύμφωνα με τα ακόλουθα:

- η αξιοπιστία , δηλαδή η απόδοση των υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο
- η απτότητα, δηλαδή ο ξενοδοχειακός ιατρικός εξοπλισμός, οι χώροι ενός νοσοκομείου εάν πληρούν τις απαραίτητες προδιαγραφές ποιότητας
- η ανταπόκριση, άμεση εξυπηρέτηση του ασθενή
- διασφάλιση, οι εμφανείς ικανότητες του επαγγελματία υγείας, που γίνονται διακριτές μέσα από την γνώση και την εμπειρία του και έτσι κερδίζει την εμπιστοσύνη του ασθενή
- η ενσυναίσθηση, δηλαδή ο παράγοντας της ευαισθησίας που δείχνει το προσωπικό για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει ο ασθενής και οι οδηγίες που τους δίνουν (Hiidenhovu H., etalστο Πιερράκος, Γ. 2013, σ.143-4).

Σύμφωνα με τον Dagge retaloi βασικοί παράγοντες που αλληλεπιδρούν για την αντίληψη της ποιότητας από ένα άτομο/ασθενή είναι οι παρακάτω:

η Διαπροσωπική Ποιότητα, η Τεχνική Ποιότητα, η Περιβαλλοντική Ποιότητα, η Διοικητική Ποιότητα (Πιερράκος Γ. 2013, σ.144).

Η ζήτηση για παροχή υπηρεσιών μακροχρόνιας φροντίδας κρίνεται υψηλή, αφού σύμφωνα με στοιχεία έχει παρατηρηθεί ότι το 80% περίπου των ασθενών που καταφεύγουν στην Πρωτοβάθμια Περίθαλψη πάσχουν από μακροχρόνιες παθήσεις (SeanBoyle, 2011 στο Πιερράκος Γ. 2013, σ. 99). Πιο συχνά αναφέρεται η νόσος του σακχαρώδη διαβήτη με αρκετές σύνοδες παθήσεις όπως είναι η στεφανιαία νόσος, οι καρδιαγγειακές παθήσεις, η νεφρική ανεπάρκεια κ.ά. (DOH, 2004 στο Πιερράκος Γ. 2013, σ. 99).

Α' 7. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης (Clinical Commissioning Groups - CCGs)

Σύμφωνα με την αναφορά και αξιολόγηση του SirMorseAmyas (Γενικός Ελεγκτής του Εθνικού Γραφείου Ελέγχου του NHS) η ανάθεση εισήχθη στο Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου με το Νόμο «*NHS and Community Care*» (νόμος για την κατ' οίκον φροντίδα ηλικιωμένων) το 1990, όταν η αγορά υπηρεσιών περίθαλψης διαχωρίστηκε από την παράδοσή τους, δημιουργώντας μια «εσωτερική αγορά». Η ανάθεση αποτελείται από μια σειρά δραστηριοτήτων όπως, αξιολόγηση των αναγκών, σχεδιασμός και προμήθεια υπηρεσιών και έλεγχος ποιότητας υπηρεσιών. Από το 1990 έχουν υπάρξει πολλές αλλαγές στη δομή των οργανισμών ανάθεσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας και έχουν γίνει προσπάθειες να ηγηθούν οι κλινικοί στην ανάθεση. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης είναι η τέταρτη προσπάθεια να αυξηθεί η συμμετοχή των κλινικών στο σχεδιασμό και στην ανάθεση των τοπικών υπηρεσιών.

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης στην Αγγλία αποτελούν θεσμικά όργανα (τα οποία αντικατέστησαν τα Ολοκληρωμένα Συστήματα Φροντίδας, με πρόβλεψη έως τον Ιούλιο του 2022. Από την εναρκτήρια σύσταση των CCG προέκυψαν οκτώ επίσημες συγχωνεύσεις κλινικής ανάθεσης, οι οποίες μείωσαν τον αριθμό τους από 211 σε 195 τον Απρίλιο του 2018. Η μικρότερη ομάδα CCG (Corby) καλύπτει πληθυσμό 78.000 ατόμων και η μεγαλύτερη (Birmingham και Solihull) καλύπτει πληθυσμό 1,3 εκατομμυρίων ατόμων (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England).

Η συχνή αλλαγή της δομής της ανάθεσης του Εθνικού Συστήματος Υγείας αντικατοπτρίζει την ένταση ανάμεσα στην εξισορρόπηση της ανάθεσης υπό κλίμακα και την ανταπόκριση στις τοπικές ανάγκες. Η ανάθεση υπό κλίμακα μπορεί να μοιραστεί τον οικονομικό κίνδυνο και τις γνώσεις των ειδικών και να μειώσει τα έξοδα ανάθεσης. Από την άλλη πλευρά, η κατανόηση των τοπικών αναγκών απαιτεί τις γνώσεις των κλινικών και ίσως σε κάποιες περιπτώσεις οδηγήσει σε έναν οργανισμό ανάθεσης ο οποίος θα καλύπτει εξ' ολοκλήρου έναν μικρό πληθυσμό.

Σύμφωνα με την αξιολόγηση κρίνεται ότι δεν υπάρχει το ιδανικό μέγεθος για έναν οργανισμό ανάθεσης και όταν οι ομάδες κλινικής ανάθεσης δημιουργήθηκαν το 2013, δεν ορίστηκε κανένα συγκεκριμένο ιδανικό μέγεθος. Η έρευνα έχει επίσης δείξει ότι οι ευέλικτες ρυθμίσεις που επιτρέπουν στους οργανισμούς να συνεργάζονται θα είχαν πλεονεκτήματα και οι συγχωνεύσεις θα ήταν ένας τρόπος να αυξηθεί η ικανότητα διαχείρισης.

Τα λειτουργικά έξοδα και ο ρόλος των ομάδων κλινικής ανάθεσης

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης όπως προαναφέραμε είναι θεσμοθετημένα όργανα με κλινική καθοδήγηση που έχουν νομική υποχρέωση να σχεδιάζουν και να αναθέτουν τις περισσότερες νοσοκομειακές και κοινοτικές υπηρεσίες του Εθνικού Συστήματος Υγείας στις τοπικές περιοχές για τις οποίες είναι υπεύθυνες. Ιδρύθηκαν με το νόμο *Υγεία και Κοινωνική Φροντίδα 2012* και αντικατέστησαν τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης την 1^η Απριλίου 2013. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης πρέπει να έχουν ένα διοικητικό όργανο, του οποίου ο πρόεδρος συνήθως είναι ιατρός και αποτελείται από ιατρούς, άλλους κλινικούς, συμπεριλαμβανομένου ενός νοσηλευτή, ενός συμβούλου δευτεροβάθμιας φροντίδας και μέλη-μη επαγγελματίες υγείας. Χρειάζεται επίσης να έχουν έναν υπεύθυνο, κατά κύριο λόγο, μη κλινικό.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας αναθέτει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε ιατρούς, οδοντίατρους, οφθαλμιάτρους και σε άλλες ειδικότητες. Ωστόσο, η ανάθεση πρωτοβάθμιων ιατρικών υπηρεσιών δίνεται κυρίως στις ομάδες κλινικής ανάθεσης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας επιπλέον αναθέτει απευθείας εξειδικευμένες υπηρεσίες και κάποιες δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Το 2010 η Λευκή Βίβλος⁸ Ισότητα και αριστεία, απελευθερώνοντας το Εθνικό Σύστημα Υγείας σχεδιάζει να ηγηθούν οι γιατροί της ανάθεσης των υπηρεσιών του Εθνικού Συστήματος Υγείας.

Οι κύριοι στόχοι ήταν:

- Να επιτρέπουν στις υπηρεσίες υγείας να προσαρμόζονται στις ανάγκες και τις προτιμήσεις των ασθενών, οδηγώντας σε βελτιωμένη εμπειρία και ποιότητα φροντίδας
- Να ευθυγραμμίσουν την ιατρική και οικονομική ευθύνη στη λήψη αποφάσεων, οδηγώντας σε βελτιωμένη απόδοση (για παράδειγμα, μοτίβα παραπομπής) και βελτιωμένη σχέση ποιότητας- τιμής.

⁸Αμίτσης, Γ. 2014: Το 2010 δημοσιεύθηκε μία Έκθεση στην οποία μεταξύ άλλων συνοψίζονταν τα βασικά πορίσματα της διαδικασίας διαβούλευσης αλλά και η Λευκή Βίβλος, εντός της οποίας αποτυπώνονταν οι τελικές επιλογές της Κυβέρνησης και ενσωμάτωνε το αντίστοιχο σχέδιο νόμου.

Η Λευκή Βίβλος δήλωνε την πρόθεση να μάθουμε από προηγούμενες προσπάθειες στην ανάθεση που διοικείται από ιατρούς κάνοντας το προαπαιτούμενο, ότι κάθε γενικός ιατρός θα είναι μέλος μιας ομάδας κλινικής ανάθεσης. Τέτοια δομή θα απέφευγε το σύστημα δύο επιπέδων και επιπλέον θα μετέφερε τον έλεγχο στους προϋπολογισμούς, κάτι που δεν είχε συμβεί με την ανάθεση η οποία βασιζόταν στη πρακτική.

Εξειδικευμένες υπηρεσίες γενικά παρέχονται σε λίγα νοσοκομεία και σε αυτές έχει πρόσβαση μικρός αριθμός ασθενών οι οποίοι έχουν σπάνιες παθήσεις ή χρειάζονται εξειδικευμένη ομάδα σε ένα κέντρο (*Department of Health, Equity and excellence: liberating the NHS*, Cm 7881, July 2010 στο *A review of the role and costs of clinical commissioning groups*, NHS England σ. 15).

Ιατρικές ομάδες υπέβαλλαν αίτηση για άδεια κλινικών ομάδων ανάθεσης το 2012. Αυτές οι ομάδες επηρεάστηκαν από παράγοντες όπως: ροές ασθενών, διαφορές στους τοπικούς πληθυσμούς, επαγγελματικές σχέσεις στην ευρύτερη γεωγραφική περιοχή και τα όρια στην χρηματοδότηση των λειτουργικών εξόδων με βάση τον πληθυσμό. Αυτή η διαδικασία είχε ως αποτέλεσμα μεγάλη διακύμανση στο μέγεθος των ομάδων κλινικής ανάθεσης όσον αφορά την κάλυψη του πληθυσμού. Τον Απρίλιο του 2018 ύστερα από οχτώ συγχωνεύσεις, υπήρχαν 195 ομάδες κλινικής ανάθεσης με μέσο πληθυσμό 303.000 και μια 17-πλάσια διακύμανση στο μέγεθος του πληθυσμού. Συγκριτικά, οι μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης είχαν μέσο πληθυσμό 350.000 και 14-πλάσια διακύμανση στο μέγεθος του πληθυσμού (*A review of the role and costs of clinical commissioning groups*, NHS England, σ. 17).

Οι λειτουργίες και οι δραστηριότητες των ομάδων κλινικής ανάθεσης

Ο νόμος του Εθνικού Συστήματος Υγείας του 2006, όπως τροποποιήθηκε από το νόμο «*Υγεία και Κοινωνική Περίθαλψη 2012*» καθορίζει τα θεσμοθετημένα καθήκοντα και τις αρμοδιότητες /λειτουργίες των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Μέσα σε αυτό το νομικό πλαίσιο, οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν την ευελιξία να αποφασίζουν πως θα εκτελέσουν αυτές τις λειτουργίες: είτε οι ίδιες σε ομάδες (για παράδειγμα, μέσω από μια επικεφαλής ομάδα κλινικής ανάθεσης) σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές, είτε χρησιμοποιώντας εξωτερική υποστήριξη ανάθεσης. Μια ομάδα κλινικής ανάθεσης διατηρεί τη νομική ευθύνη για τις λειτουργίες της, η οποία δεν μπορεί να ανατεθεί σε άλλους οργανισμούς. Υπάρχουν παραδείγματα όπου ομάδες κλινικής ανάθεσης έκαναν από κοινού συμφωνίες τη στιγμή που ιδρύθηκαν, όπως ήταν οι κοινές διοικητικές ομάδες. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης ίσως αναλάβουν κάποιες υπηρεσίες από μόνες τους και αναθέσουν κάποιες υπηρεσίες σε μια ομάδα κλινικής ανάθεσης. Για παράδειγμα, οι υπηρεσίες των ασθενοφόρων συνήθως ανατίθενται σε ομάδες κλινικής ανάθεσης.

Για να ανταποκριθούν στα νομικά τους καθήκοντα, οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αναλαμβάνουν ένα ευρύ φάσμα δραστηριοτήτων, όπως:

- Αξιολόγηση και σχεδιασμός για τις ανάγκες υγείας με άλλους τοπικούς οργανισμούς, όπως πάροχοι περίθαλψης και τοπικές αρχές
- Προμήθεια υπηρεσιών από μια σειρά παρόχων όπως: νοσοκομειακών μονάδων, μονάδων ψυχικής υγείας, κοινοτικών παρόχων υγείας, εταιρίες ασθενοφόρων,

ιατρικές ομάδες, 111 πάροχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας, πάροχοι μεταφοράς ασθενών και μια σειρά από άλλους οργανισμούς δημόσιου και ιδιωτικού τομέα.

- Έλεγχος της ποιότητας υπηρεσιών μέσω διαχείρισης της σύμβασης- ο αριθμός συμβάσεων που διαχειρίζονται οι ομάδες κλινικής ανάθεσης μπορεί να είναι αρκετές εκατοντάδες, αν και οι συμβάσεις ποικίλουν σε μέγεθος και πολυπλοκότητα.
- Βελτίωση του συστήματος ένταξης και συνεργασίας μεταξύ των παρόχων και των τομέων (για παράδειγμα υγείας και κοινωνικής φροντίδας) και
- Άλλες δραστηριότητες όπως η διεξαγωγή δραστηριοτήτων προστασίας για παιδιά και ενήλικες, διενεργώντας συνεχείς αξιολογήσεις περίθαλψης και βελτιώνοντας τον τρόπο με τον οποίο τα φάρμακα συνταγογραφούνται μέσα από δραστηριότητες διαχείρισης φαρμάκων (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England σ. 16-7).

Κάθε ομάδα κλινικής ανάθεσης είναι υπεύθυνη για την ανάθεση υπηρεσιών για όσους είναι εγγεγραμμένοι στις ιατρικές ομάδες.

Τα θεσμοθετημένα καθήκοντα είναι οι υποχρεώσεις για τις οποίες οι ομάδες κλινικής ανάθεσης είναι νομικά υπεύθυνες. Οι θεσμοθετημένες αρμοδιότητες είναι όσα οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν την ελευθερία να κάνουν προκειμένου να ανταποκριθούν σε αυτά τα καθήκοντα. Όπως άλλοι οργανισμοί, οι ομάδες κλινικής ανάθεσης πρέπει να συμμορφώνονται με ένα ευρύ φάσμα άλλων νομικών υποχρεώσεων όπως η πρόσφατη ρύθμιση για την *Αρχή Προστασίας Δεδομένων* (GDPR) 2018.

Το εύρος των εργασιών των ομάδων κλινικής ανάθεσης έχει διευρυνθεί από τότε που ιδρύθηκαν αν και οι θεσμοθετημένες λειτουργίες τους δεν έχουν αλλάξει. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης στις οποίες έγινε η μελέτη/αξιολόγηση, ανέφεραν συχνότερα τους παρακάτω δύο πρόσθετους τομείς εργασίας που είχαν σημαντικό αντίκτυπο στον φόρτο εργασίας τους:

- Ανάθεση των ιατρικών υπηρεσιών
Την περίοδο 2014-15, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας κάλεσε τις ομάδες κλινικής ανάθεσης να αναλάβουν μεγαλύτερη ευθύνη για τις ιατρικές υπηρεσίες ανάθεσης, έναν ρόλο που είχε προηγουμένως το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας. Τον Απρίλιο του 2018, 178 ομάδες κλινικής ανάθεσης (91%) είχε αναλάβει πλήρως την ανάθεση ιατρικών υπηρεσιών και οι υπόλοιπες είτε αναλάμβαναν κοινή ανάθεση με το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας είτε εργάζονταν πιο στενά με ομάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Βελτίωση του συστήματος ένταξης και συνεργασίας
Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν ηγετικό ρόλο στην ανάπτυξη και εφαρμογή των σχεδίων μεταξύ των 44 συνεργασιών βιωσιμότητας και μετασχηματισμού (STPs) που ιδρύθηκαν το 2016 ακολουθώντας το πενταετές πρόγραμμα (Five Year Forward Review). Ο αριθμός των συνεργασιών βιωσιμότητας και μετασχηματισμού (STPs)

μειώθηκε σε 42 τον Απρίλιο του 2018 μετά την συγχώνευση τριών STPs(A A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England d, σ. 18) .

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν επίσης αναλάβει την ευθύνη για μερικές ακόμα δραστηριότητες. Για παράδειγμα, η ευθύνη της ανάθεσης μικρού αριθμού εξειδικευμένων υπηρεσιών, όπως εξειδικευμένες υπηρεσίες αναπηρικών αμαξιδίων και χειρουργικές επεμβάσεις παθολογικής παχυσαρκίας σε ενήλικες, έχουν μεταφερθεί στις ομάδες κλινικής ανάθεσης από το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας. Επιπλέον, κάποιες ομάδες κλινικής ανάθεσης δήλωσαν ότι αναλαμβάνουν μεγαλύτερο ρόλο στην ανάθεση υπηρεσιών δημόσιας υγείας, οι οποίες είχαν μεταφερθεί από τις μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης στις τοπικές αρχές. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης ανέφεραν τους αυστηρότερους προϋπολογισμούς των τοπικών αρχών ως τον κύριο λόγο για αυτό.

Λειτουργικά έξοδα και χρηματοδότηση των ομάδων κλινικής ανάθεσης

Τα λειτουργικά έξοδα των ομάδων κλινικής ανάθεσης αποτελούν ένα μικρό ποσοστό της συνολικής τους δαπάνης. Την περίοδο 2017-18 η συνολική καθαρή δαπάνη των 207 ομάδων κλινικής ανάθεσης ήταν £81.2 δισεκατομμύρια. Το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν για την ανάθεση των υπηρεσιών υγείας από οργανισμούς παρόχων. Για παράδειγμα το μεγαλύτερο μέρος των συνολικών δαπανών (62%) ήταν για την ανάθεση των υπηρεσιών από τις μονάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τα ιδρύματα. Τα λειτουργικά έξοδα των ομάδων κλινικής ανάθεσης αποτελούσαν μόνο το 1,5% της συνολικής ακαθάριστης δαπάνης (και 1,4% της συνολικής καθαρής δαπάνης).

Την περίοδο 2017-18 το σύνολο των καθαρών λειτουργικών εξόδων των ομάδων κλινικής ανάθεσης, το οποίο περιλαμβάνει όλα τα έσοδα, ήταν £1.1 δισεκατομμύρια (τα ακαθάριστα λειτουργικά έξοδα ήταν £1.2 δισεκατομμύρια). Οι δαπάνες προσωπικού των ομάδων κλινικής ανάθεσης αντιστοιχούσαν στο 57% (£693 εκατομμύρια) του συνολικού ακαθάριστου λειτουργικού κόστους . Αξίζει να επισημανθεί ότι όλα τα εσωτερικά έξοδα δεν κατατάσσονται ως λειτουργικά έξοδα. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν την ευελιξία να κατανέμουν ορισμένες δαπάνες στις δαπάνες του προγράμματος (δαπάνες που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και στηρίζουν απευθείας την φροντίδα ασθενών πρώτης γραμμής). Η οικονομική καθοδήγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας προς τις ομάδες κλινικής ανάθεσης αναφέρει ότι τα μόνα έξοδα που μπορούν να θεωρηθούν ως έξοδα του προγράμματος παρά λειτουργικά έξοδα είναι: «...δραστηριότητες των οποίων ο μόνος ή ο κύριος σκοπός είναι να βελτιώσει την ποιότητα των υπηρεσιών (υγείας)». Για παράδειγμα, την περίοδο 2017-18, οι ομάδες κλινικής ανάθεσης ταξινόμησαν £434 εκατομμύρια της δαπάνης

για το προσωπικό ως δαπάνη του προγράμματος, αύξηση 89% από την περίοδο 2014-15, όταν ο αριθμός ήταν £229 εκατομμύρια. Διατυπώθηκε από αρκετές ομάδες κλινικής ανάθεσης της εν λόγω μελέτης ότι αυτό συχνά αφορούσε το προσωπικό που αναλάμβανε δραστηριότητες, όπως συνεχείς αξιολογήσεις περίθαλψης και η βελτίωση συνταγογράφησης μέσα από δραστηριότητες διαχείρισης φαρμάκων (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England, σ. 19-20).

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν σταθερά δαπανήσει λιγότερα χρήματα σε σχέση με τη χρηματοδότηση για τα λειτουργικά τους έξοδα παρά την μειωμένη κατανομή. Η χρηματοδότηση των ομάδων κλινικής ανάθεσης για τα λειτουργικά έξοδα ορίστηκε στα £135 δισεκατομμύρια την περίοδο 2013-14 (που ισοδυναμεί με £25 ανά άτομο). Αυτό μειώθηκε στα £1.21 δισεκατομμύρια την περίοδο 2015-16 (που ισοδυναμεί με £22 ανά άτομο), μείωση 10% σε ονομαστικούς όρους. Η κατανομή όπως παρατηρείται, έχει παραμείνει στα ίδια επίπεδα. Τον Νοέμβριο του 2018, το Εθνικό Σύστημα της Αγγλίας επιβεβαίωσε ότι η κατανομή των λειτουργικών εξόδων των ομάδων κλινικής ανάθεσης θα μειωνόταν επιπλέον κατά 20% μέχρι την περίοδο 2020-21.

Την περίοδο 2017-18 τα λειτουργικά έξοδα των ομάδων κλινικής ανάθεσης ήταν £1.13 δισεκατομμύρια και η κατανομή τους £1.21 δισεκατομμύρια, μια υποδαπάνη έναντι της κατανομής 7%. Την περίοδο 2017-18 έξι ομάδες κλινικής ανάθεσης δαπάνησαν περισσότερο σε σχέση με την κατανομή των λειτουργικών τους εξόδων. Αυτό οφείλεται κυρίως στην πρόσληψη ανώτερων διοικητικών στελεχών και στο εφάπαξ κόστος απόλυσης λόγω δημιουργίας μια κοινής δομής διαχείρισης. Οι περισσότερες ομάδες κλινικής ανάθεσης (οι οποίες συμμετείχαν στη μελέτη) συμφώνησαν ότι είχαν ισχυρό κίνητρο για να μειώσουν τα λειτουργικά τους έξοδα, καθώς αυτά τα χρήματα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για επιπλέον δαπάνες του προγράμματος (δαπάνες για την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης). Ο προϋπολογισμός του προγράμματος δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τα λειτουργικά έξοδα (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England, σ. 20-1).

Γενική αξιολόγηση για την πρόοδο και την επίτευξη των στόχων των ομάδων κλινικής ανάθεσης δεν έχει αναλάβει ούτε το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας ούτε το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας. Οι στόχοι των ομάδων κλινικής ανάθεσης ήταν η βελτίωση της εμπειρίας των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας και να παρέχουν αξία στα χρήματα. Η αξιολόγηση των επιπτώσεων του Υπουργείου Υγείας για τον νόμο για την Υγεία και την Κοινωνική Φροντίδα του 2012 έδειξε ότι η αξιολόγηση μετά την εφαρμογή θα

γινόταν ύστερα από την ίδρυση των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Τέτοιες αξιολογήσεις συνήθως γίνονται μέσα σε τρία έως πέντε χρόνια από την εφαρμογή της πολιτικής. Εξετάζεται ο βαθμός στον οποίο η πολιτική έχει επιτύχει τους στόχους της, τα έξοδα και τα οφέλη και τυχόν ανεπιθύμητες συνέπειες, ωστόσο δεν πραγματοποιήθηκε η αξιολόγηση αυτή. Το υπουργείο ανέθεσε την έρευνα στην μονάδα Ερευνών Πολιτικής.

Η μελέτη που συζητείται δείχνει ότι η ίδρυση των ομάδων κλινικής ανάθεσης έχει βελτιώσει την συμμετοχή των κλινικών στην ανάθεση, ωστόσο οι εν λόγω ομάδες αντιμετωπίζουν εμπόδια και προκλήσεις. Η τετραετής μελέτη-αξιολόγηση από το 2014-2018 εξέτασε την συμμετοχή των κλινικών στην ανάθεση από την εναρκτήρια ίδρυση των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Η τελική αναφορά ορίζει αρκετά σημαντικά πορίσματα:

- Η αποτελεσματική συμμετοχή των κλινικών ιατρών και της κλινικής ηγεσίας είναι απαραίτητα συστατικά της υψηλής ποιότητας ανάθεσης και οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν εξασφαλίσει καλύτερη συμμετοχή των κλινικών ιατρών σε σχέση με προηγούμενες μορφές ανάθεσης.
- Τρία εμπόδια αναστέλλουν την αποτελεσματική συμμετοχή των κλινικών ιατρών στις ομάδες κλινικής ανάθεσης: α) οι ομάδες κλινικής ανάθεσης δεν είναι αυτόνομες και η συχνότητα των κεντρικών αιτημάτων για την υλοποίηση νέων πρωτοβουλιών και την παροχή πληροφοριών τους αφήνει ελάχιστο χρόνο να αναπτύξουν συνεκτικές στρατηγικές και να συμβουλευτούν τους ιατρούς, β) μειωμένη κατανομή λειτουργικών εξόδων και επιπρόσθετες ευθύνες εμποδίζουν τις ομάδες κλινικής ανάθεσης να αναπτύξουν μια ανάθεση υψηλής ποιότητας και γ) η έλλειψη υποστήριξης από το Εθνικό Σύστημα υγείας της Αγγλίας στην λήψη σκληρών αποφάσεων σχετικά με την ιεράρχηση των υπηρεσιών (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England, σ. 23).

Η λειτουργία των ομάδων κλινικής ανάθεσης και οι προκλήσεις

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αντιμετωπίζουν μια σειρά από προκλήσεις όσον αφορά την ενσωμάτωση της συμμετοχής των κλινικών ιατρών στην ανάθεση όπως: συνεργασία με όλους τους ιατρούς σε μια τοπική περιοχή, μεγιστοποίηση της συμβολής των ηγετών των ομάδων κλινικής ανάθεσης, η ανάπτυξη της επόμενης γενιάς των ηγετών (ως σχέδιο διαδοχής), η διαχείριση συγκρούσεων ενδιαφέροντος, η αποτελεσματική συνεργασία με άλλους τοπικούς διοικητές παράλληλα με τη διατήρηση των πλεονεκτημάτων των δομών λήψης αποφάσεων που ανταποκρίνονται σε τοπικό επίπεδο και η αποτελεσματική συνεργασία με την ανάθεση υπηρεσιών υποστήριξης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας διασφαλίζει την αποτελεσματική λειτουργία του συστήματος ανάθεσης. Εκδίδει ετήσιες ή πολυετείς οδηγίες προγραμματισμού για τις ομάδες κλινικής ανάθεσης, οι οποίες ορίζουν την απόδοση και τις οικονομικές προτεραιότητες για την επόμενη χρονιά. Η απόδοση έναντι των σχεδίων των ομάδων κλινικής ανάθεσης ελέγχεται μηνιαίως από τις τοπικές ομάδες του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας στηρίζεται από την νομοθεσία για την άσκηση επίσημων εξουσιών καθοδήγησης εάν πιστεύει ότι μια ομάδα κλινικής ανάθεσης αποτυγχάνει, ή κινδυνεύει να αποτύχει, να εκτελέσει τις λειτουργίες του. Να κατευθύνει, για παράδειγμα, μια ομάδα κλινικής ανάθεσης να παράγει ένα σχέδιο οικονομικής ανάκαμψης. Τον Οκτώβριο του 2018, υπήρχαν 24 ομάδες κλινικής ανάθεσης με ενεργές κατευθύνσεις που εκδόθηκαν μεταξύ 2015-16 και 2018-19. Οι κύριοι λόγοι που το Εθνικό Σύστημα Υγείας έδωσε κατευθύνσεις στις ομάδες κλινικής ανάθεσης είναι ζητήματα απόδοσης, οικονομικής διαχείρισης και διοίκησης.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας έχει θεσμοθετημένο καθήκον να αναλάβει μια ετήσια αξιολόγηση της απόδοσης των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Έτσι, το 2016-17, εισήγαγε το Πλαίσιο Βελτίωσης και Αξιολόγησης. Το πλαίσιο αποτελείται από 51 δείκτες που ομαδοποιούνται σε τέσσερις κατηγορίες, οι οποίες συνδυάζονται για να παρέχουν μια συνολική αξιολόγηση για κάθε ομάδα κλινικής ανάθεσης, με δυο από τους 51 δείκτες («οικονομική απόδοση εντός του έτους» και «ποιότητα της ηγεσίας των ομάδων κλινικής ανάθεσης») που δίνουν βαρύτητα 25% ο καθένας, στη συνολική βαθμολογία. Πολλοί από τους δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν δεν είναι αποκλειστικά στον έλεγχο των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Οι βελτιώσεις εξαρτώνται από συνεργασίες μεταξύ των ενδιαφερομένων της περιοχής, για παράδειγμα ο δείκτης των παιδιών ηλικίας 10 με 11 τα οποία κατατάσσονται ως υπέρβαρα ή παχύσαρκα. Το εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας δήλωσε ότι συνέχισε να αναπτύσσει το πλαίσιο ότι σταδιακά αντανακλάται η ανάγκη στους τοπικούς οργανισμούς να εργάζονται πιο συνεργατικά προκειμένου να υπάρξουν βελτιώσεις.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας έχει νομοθετημένο καθήκον να συντάσσει μια ετήσια αξιολόγηση της απόδοσης των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Την περίοδο 2017-18, το 42% (οι 87 από τις 217) των ομάδων κλινικής ανάθεσης αξιολογήθηκαν πως είτε «χρειάζονται βελτίωση», είτε ως «ανεπαρκείς». Το 10% των ομάδων αξιολογήθηκαν ως «εξαιρετικές» και το 48% «καλές». Οι 2 από τους 51 δείκτες που χρησιμοποιήθηκαν στο Πλαίσιο Βελτίωσης και Αξιολόγησης του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας (οικονομική βιωσιμότητα και ποιότητα της διαχείρισης) αποτελούν το 50% της συνολικής αξιολόγησης και επομένως επηρεάζουν σημαντικά την συνολική αξιολόγηση των ομάδων

κλινικής ανάθεσης. Οι 71 ομάδες κλινικής ανάθεσης έλαβαν «κόκκινη» αξιολόγηση για την οικονομική βιωσιμότητα και οι 22 «κόκκινη» αξιολόγηση για τη ποιότητα της διαχείρισης. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης βγάζουν αποτελέσματα σε συνεργασία με άλλους τοπικούς φορείς, συνεπώς, πολλοί από τους δείκτες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας δεν ελέγχονται απλά από τις ομάδες κλινικής ανάθεσης αλλά αποτελούν ένα μέτρο της ικανότητας των ομάδων κλινικής ανάθεσης να εργαστούν με τους ενδιαφερομένους φορείς προκειμένου να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού, όπως είναι για παράδειγμα η μείωση της παιδικής παχυσαρκίας (A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England σ. 23-5).

Όλο και πιο πολλές ομάδες κλινικής ανάθεσης ξοδεύουν περισσότερα από τις προγραμματισμένες δαπάνες τους. Κάθε ομάδα κλινικής ανάθεσης είναι υποχρεωμένη να συμφωνήσει τις συνολικές προγραμματισμένες δαπάνες της με το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας. Την περίοδο 2017-18 για παράδειγμα, σύμφωνα πάντα με την μελέτη που διενεργήθηκε, οι 75 από τις 207 ομάδες κλινικής ανάθεσης (36%) ξόδεψαν περισσότερα χρήματα από ότι είχαν προγραμματίσει, με το συνολικό κόστος σε όλες τις ομάδες να ανέρχεται στα £213 εκατομμύρια. Αυτό συγκρίνεται με 57 ομάδες κλινικής ανάθεσης την περίοδο 2016-17 και 56 την περίοδο 2015-16. Η υπέρβαση των £213 εκατομμυρίων περιλαμβάνει την αποδέσμευση του 0.5% του αποθεματικού σε περίπτωση κινδύνου που διατηρούν οι ομάδες κλινικού ελέγχου, καθώς και την χρήση των γενόσημων φαρμάκων. Ένα επιπλέον 0.5% των προγραμματισμένων δαπανών χρησιμοποιήθηκε για να δημιουργήσει ένα σύστημα αποθεματικού το οποίο διαχειρίζεται το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης εξοικονόμησαν £2.5 δισεκατομμύρια την περίοδο 2017-18, 25% περισσότερο από την περίοδο 2016-17.

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης δυσκολεύονται να προσελκύσουν και να διορίζουν διοικητές υψηλής ποιότητας. Τόσο το Εθνικό Σύστημα Υγείας όσο και οι ομάδες κλινικής ανάθεσης με τις οποίες διενεργήθηκε η παρούσα έρευνα, τόνισαν τη σημασία της υψηλής ποιότητας της διοίκησης. Για την περίοδο 2017-18, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας εκτίμησε ότι το 54% των ομάδων κλινικής ανάθεσης (111 από τις 207) έχουν καλή διοίκηση. Ωστόσο, οι ομάδες κλινικής ανάθεσης βιώνουν σημαντικά προβλήματα όσον αφορά την προσέλκυση και τον διορισμό διοικητών υψηλής ποιότητας. Ανέφεραν διάφορους λόγους όπως απροθυμία του προσωπικού να αναλάβει υψηλότερες θέσεις, λόγω των αυξημένων υποχρεώσεων, το αβέβαιο μέλλον των ομάδων κλινικής ανάθεσης, και η έλλειψη πρόσβασης στην εκπαίδευση και την ανάπτυξη. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας παρέχει κάποια υποστήριξη για την ανάπτυξη της διοίκησης. Για παράδειγμα, το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας

εισήγαγε το Πρόγραμμα Προσόντων Ανάθεσης τον Ιανουάριο του 2018(A review of the role and costs of clinical commissioning groups, NHS England σ. 23-5).

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας δεν έχουν αξιολογήσει την εισαγωγή των ομάδων κλινικής ανάθεσης αν και οι περισσότεροι ενδιαφερόμενοι έχουν θετική άποψη για τη σύμβαση τους με τις ομάδες κλινικής ανάθεσης. Η μελέτη επιπτώσεων του Υπουργείου Υγείας για την *Πράξη Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας 2012* έδειξε ότι θα γινόταν αξιολόγηση μετά την υλοποίηση, ακολουθώντας την εισαγωγή των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Η αξιολόγηση ωστόσο προς το παρόν δεν έχει πραγματοποιηθεί. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας αναλαμβάνει μια έρευνα των ενδιαφερόμενων για τις ομάδες κλινικής ανάθεσης ως μέρος της ετήσιας αξιολόγησης των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Οι περισσότεροι ενδιαφερόμενοι απαντάνε θετικά. Έρευνα από το Βασιλικό Ταμείο και την εταιρεία Nuffield έδειξε ότι η αποτελεσματική συμμετοχή των κλινικών ιατρών είναι σημαντικό συστατικό της ανάθεσης υψηλής ποιότητας και ότι οι ομάδες κλινικής ανάθεσης έχουν διασφαλίσει καλύτερη αφοσίωση των κλινικών ιατρών από προηγούμενες μορφές ανάθεσης. Η έρευνα επίσης έδειξε ότι οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αντιμετωπίζουν εμπόδια στην ανάπτυξη μιας αποτελεσματικής λειτουργίας ανάθεσης, όπως μειωμένη χρηματοδότηση για τα λειτουργικά έξοδα ενώ αναλαμβάνουν επιπρόσθετο έργο. Υπάρχουν επίσης προκλήσεις στην συμμετοχή των κλινικών ιατρών στην ανάθεση, για παράδειγμα η ασχολία όλων των ιατρών στον τομέα των ομάδων κλινικής ανάθεσης και η ανάπτυξη της επόμενης γενιάς των κλινικών διοικητών.

Αρκετές εξελίξεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας έχουν αντίκτυπο στο ρόλο των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Αυτές περιλαμβάνουν:

- Η Αξιολόγηση Δαπανών 2015 σχεδιάζει να εντάξει την υγεία και κοινωνική φροντίδα έως το 2020 χτίζοντας πάνω στο πρόγραμμα Ταμείο Καλύτερης Φροντίδας το οποίο απαιτεί οι ομάδες κλινικής ανάθεσης και οι τοπικές αρχές να κανονίσουν από κοινού τον προϋπολογισμό τους.
- Η ανάπτυξη νέων μοντέλων φροντίδας, όπως το μοντέλο «*multispecialty community provider*», όπου οι γιατροί και οι πάροχοι υγείας συνεργάζονται για να παρέχουν μια γκάμα υπηρεσιών εκτός νοσοκομείου. Το 2015, 50 χώροι πρώτης γραμμής καθιερώθηκαν για να κατευθύνουν τα νέα αναπτυσσόμενα μοντέλα φροντίδας.
- Περισσότερη έμφαση στον ευρύτερο γεωγραφικό σχεδιασμό των υπηρεσιών υγείας. Αυτό οδήγησε στην εισαγωγή 44 συνεργασιών βιωσιμότητας και μετασχηματισμού με σκοπό να χτίσουμε (μελετώντας προηγούμενες εργασίες) πάνω σε νέα μοντέλα

φροντίδας. Αυτές οι συνεργασίες βιωσιμότητας και μετασχηματισμού αποτελούνται από ομάδες κλινικής ανάθεσης, εταιρίες παρόχων και τοπικές αρχές και βασίζονται σε μεγαλύτερες γεωγραφικές περιοχές. Ο αριθμός των συνεργασιών βιωσιμότητας και μετασχηματισμού μειώθηκαν σε 42 τον Απρίλιο του 2018 μετά την συγχώνευση τριών συνεργασιών.

- Οι πιο προχωρημένες συνεργασίες βιωσιμότητας και μετασχηματισμού έχουν γίνει «ενοποιημένα συστήματα φροντίδας» όπου οργανισμοί του Εθνικού Συστήματος Υγείας (διοικητές και πάροχοι) σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές και άλλους οργανισμούς (για παράδειγμα ενώσεις ιατρών), έχουν συλλογική ευθύνη να βελτιώσουν την υγεία του πληθυσμού τους.

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αφοσιώνονται όλο και περισσότερο στη συνεργασία και στοχεύουν να γίνουν οργανισμοί πιο στρατηγικού σχεδιασμού. Οι περισσότερες ομάδες κλινικής ανάθεσης αυτή τη στιγμή μοιράζονται έναν υπεύθυνο τουλάχιστον με μια άλλη ομάδα κλινικής ανάθεσης και κάποιες κάνουν συμφωνίες για επίσημη από κοινού διοίκηση ανάθεσης με τις τοπικές αρχές. Αυτό έχει προκληθεί μέσα από εξελίξεις στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, με την περισσότερη από κοινού εργασία να βασίζεται γύρω από τις περιοχές των συνεργασιών βιωσιμότητας και μετασχηματισμού• οι ομάδες κλινικής ανάθεσης κατανοούν καλύτερα την καταλληλότερη δομή ανάθεσης για την περιοχή τους και η πίεση για μείωση των λειτουργικών εξόδων. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης βλέπουν το μελλοντικό τους ρόλο ως έναν οργανισμό στρατηγικού σχεδιασμού, με τις περισσότερες λειτουργικές δραστηριότητες που σχετίζονται με την ανάθεση (όπως ημερήσια διαχείριση συμβολαίου) να αναθέτονται σε οργανισμούς παρόχων. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας δήλωσε ότι οι ομάδες κλινικής ανάθεσης θα συνεχίσουν να λαμβάνουν αποφάσεις σχετικά με τα συμβόλαια προμήθειας και αποζημίωσης σύμφωνα με το νομοθετικό πλαίσιο.

Στις ομάδες κλινικής ανάθεσης δίνεται η ευκαιρία να πάρουν την πρωτοβουλία και να αποφασίσουν πώς θα κάνουν αναδιάρθρωση σε τοπικό επίπεδο, με τη πιθανότητα να μειωθεί ο αριθμός τους. Η προσέγγιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι οι ομάδες κλινικής ανάθεσης να πάρουν την πρωτοβουλία και να αποφασίσουν πώς να κάνουν αναδιάρθρωση στο πλαίσιο της συνεργασίας βιωσιμότητας και μετασχηματισμού (STPs) τους. Παρόλο που αυτή η αναδιάρθρωση δεν είναι στην κλίμακα που ήταν εκείνη του 2012, το Εθνικό Σύστημα Υγείας οραματίζεται ότι αυτή η αναδιάρθρωση θα συμπεριλάβει επιπλέον συγχωνεύσεις ομάδων κλινικής ανάθεσης και από κοινού συμφωνίες εργασιών. Αναμένει να μειωθεί ο αριθμός των ομάδων κλινικής ανάθεσης. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας θεωρεί πως ο ρόλος του είναι να παρέχει καθοδήγηση στο πώς τα τοπικά συστήματα πρέπει να δομηθούν

με βάση τα όσα μαθαίνουν από πρότυπες συνεργασίες βιωσιμότητας και ανασχηματισμού (STPs) και ενοποιημένα συστήματα φροντίδας. Έχει σκοπό να επέμβει όπου νομίζει ότι οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αποκλίνουν από την καλή πρακτική, αλλά δεν έχει καθορίσει τα κριτήρια τα οποία θα χρησιμοποιήσει για να προσδιορίσει πότε θα επέμβει. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια των συνεντεύξεων μας έχει επισημάνει ότι οι παράγοντες, συμπεριλαμβανομένου εάν οι συμφωνίες θα βελτιώσουν τη γεωγραφική ευθυγράμμιση με άλλους οργανισμούς όπως οι τοπικές αρχές και εάν υπάρχουν προβλήματα σχετικά με την απόδοση και την ικανότητα, θα χρησιμοποιηθούν στο να αποφασιστεί εάν θα παρέμβει. Είναι πολύ πιθανό να προκληθεί σημαντική αναστάτωση από μεγάλης κλίμακας αναδιάρθρωση οργάνωσης η οποία μπορεί να μειώσει τον κύριο σκοπό των ανεξάρτητων οργανώσεων.

Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης αγοράζουν λιγότερες υπηρεσίες από μονάδες υποστήριξης ανάθεσης. Οι μονάδες υποστήριξης ανάθεσης δημιουργήθηκαν κατά τη διάρκεια της εφαρμογής του νόμου για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη του 2012 για να παρέχει υποστήριξη στις ομάδες κλινικής ανάθεσης και άλλους κλινικούς διοικητές. Ο αριθμός των μονάδων υποστήριξης ανάθεσης έχει μειωθεί από 23 το 2013 σε 5 το 2018, κυρίως μέσω συγχωνεύσεων. Το συνολικό εισόδημα των μονάδων έχει μειωθεί κατά προσέγγιση από £810 εκατομμύρια την περίοδο 2013-14 σε £500 εκατομμύρια την περίοδο 2017-18, κυρίως επειδή οι ομάδες κλινικής ανάθεσης επανέφεραν υπηρεσίες στο εσωτερικό τους. Οι ομάδες κλινικής ανάθεσης ανέφεραν αρκετούς λόγους για τους οποίους το έκαναν αυτό, π.χ. την προτίμηση να έχουν εσωτερική δυνατότητα και εσωτερικές υπηρεσίες οι οποίες ανταποκρίνονται περισσότερο, μείωση των εξόδων και προβλήματα σχετικά με την απόδοση κάποιων υπηρεσιών. Με την αυξανόμενη ενσωμάτωση και τη δυνατότητα για οργανώσεις ανάθεσης μεγαλύτερης κλίμακας, οι ανάγκες για εξωτερική υποστήριξη ανάθεσης ίσως αλλάξει περαιτέρω.

Σύμφωνα με την από 14 Δεκεμβρίου 2018 αναφορά /αξιολόγηση του Γενικού Ελεγκτή και Ελεγκτή του Εθνικού Γραφείου Ελέγχου Sir Amyas Morse KCB των ομάδων κλινικής ανάθεσης, παρατίθενται στη συνέχεια συνοπτικά στοιχεία για την σύσταση, τον ρόλο και τα έξοδα των ομάδων κλινικής ανάθεσης όπως αναλύσαμε παραπάνω.

195	£81.2 δις	£1.1 δις
ομάδες κλινικής ανάθεσης συνολικά καθαρά έξοδα από τον Απρίλιο του 2018, από 211 το 2013	τις ομάδες κλινικής ανάθεσης 2017-2018	καθαρά λειτουργικά έξοδα των ομάδων κλινικής ανάθεσης 2017-2018

1 Απριλίου 2013 αντικαθιστώντας τις	οι ομάδες κλινικής ανάθεσης ξεκίνησαν να λειτουργούν, . μονάδες πρωτοβάθμιας περίθαλψης
78.000 έως 1.3 εκατομμύρια	είναι το εύρος της πληθυσμιακής κάλυψης τον Ιούνιο του 2018
1,4% δαπανήθηκε για τα λειτουργικά έξοδα τη περίοδο 2017-2018 (1.5% των ακαθάριστων εξόδων)	του συνολικού καθαρού κόστους των ομάδων κλινικής ανάθεσης
7%	άθροισμα μικρότερης δαπάνης από τις ομάδες κλινικής ανάθεσης σε σύγκριση με τη χρηματοδότηση που είχε δοθεί για τα λειτουργικά έξοδα την περίοδο 2017-2018
8 Απρίλιο του 2018	επίσημες συγχωνεύσεις ομάδων κλινικής ανάθεσης από τον Απρίλιο του 2013 έως τον
117 ομάδα κλινικής ανάθεσης (τον Αύγουστο του 2018)	ομάδες κλινικής ανάθεσης μοιράζονται έναν υπεύθυνο με τουλάχιστον μια άλλη ομάδα κλινικής ανάθεσης (τον Αύγουστο του 2018)
24	ομάδες κλινικής ανάθεσης θεωρούνται αυτή τη στιγμή (τον Αύγουστο του 2018) από Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας ότι αποτυγχάνουν, ή κινδυνεύουν να αποτύχουν, να εκτελούν τα καθήκοντα τους
£810 εκατομμύρια σε £500 εκατομμύρια	μείωση στη ζήτηση οικονομικής ενίσχυσης (από οργανισμούς που παρέχουν υπηρεσίες στις ομάδες κλινικής ανάθεσης) μεταξύ 2013-14 και 2017-18

Πηγή: A review of the role and costs of clinical commissioning groups 2018,σελίδα 4

Κεφάλαιο Β΄ Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο – Ιστορική – εξελικτική πορεία

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η Πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει τρεις κύριους ρόλους. Η Π.Φ.Υ. αποτελεί το πρώτο σημείο επαφής για τους ασθενείς, η πρόσβαση που παρέχει είναι διαρκής για κοινές καταστάσεις και λειτουργεί ως μία δίοδος σε πιο εξειδικευμένο επίπεδο φροντίδας. Το μοντέλο στο Ηνωμένο Βασίλειο σε γενικές γραμμές δεν έχει μεταβολές σε όλη τη διάρκεια ζωής του NHS και το ίδιο ισχύει στις συνιστώσες χώρες μετά την αποκέντρωση. Είναι κοινά αποδεκτό ότι το Ηνωμένο Βασίλειο απολαμβάνει ένα ολοκληρωμένο και υψηλής ποιότητας σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας, το οποίο συμβάλλει στα προαναφερόμενα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών. Η Πρωτοβάθμια περίθαλψη περιλαμβάνει όχι μόνο γιατρούς αλλά μια ομάδα από γιατρούς, νοσηλευτές, επισκέπτες υγείας, μαίες και άλλους επαγγελματίες υγείας όπως φαρμακοποιούς, οδοντιάτρους και οπτομετρητές σε ένα κοινοτικό περιβάλλον (Cylusetal., 2015 στο AndersonM. 2022 σ.111).

Επίσης υπάρχει μία συνεχώς αυξανόμενη χρήση του εθελοντικού τομέα σε ορισμένες περιπτώσεις, όπως είναι αυτές που αφορούν την ψυχική υγεία ή τις μακροχρόνιες ασθένειες. Οι νοσηλευτές πρωτοβάθμιας περίθαλψης περιλαμβάνουν τους νοσηλευτές ιατρείων και τους νοσηλευτές περιφέρειας. Νοσηλευτές-τριες απασχολούνται σε ιατρεία Γενικών Ιατρών, ενώ

οι νοσηλευτές της περιφέρειας εργάζονται για την υγεία της κοινότητας παρέχοντας υπηρεσίες και φροντίδα στα σπίτια των ασθενών.

Β' 1 Ποια θεωρούνται ως βασικά δυνατά και αδύνατα σημεία στην πρωτοβάθμια φροντίδα;

Το 2013 πραγματοποιήθηκε μία διεθνής συγκριτική μελέτη, η οποία έδειξε ότι το Ηνωμένο Βασίλειο διέθετε ένα πολύ ισχυρό σύστημα στην πρωτοβάθμια φροντίδα. Το Ηνωμένο Βασίλειο συγκριτικά είχε υψηλή βαθμολογία σε όλους τους δείκτες ποιότητας πρωτοβάθμιας φροντίδας, με εξαίρεση την συνέχεια της φροντίδας όπου το Ηνωμένο Βασίλειο πήρε μέτρια βαθμολογία (Kringos et al., 2015 στο Anderson M. 2022 σ.112).

Πιο πρόσφατες μελέτες δεν υπάρχουν και παρόλο που ίσως έχει αποδυναμωθεί το σύστημα Πρωτοβάθμιας φροντίδας του Ηνωμένου Βασιλείου λόγω σημαντικών πιέσεων στο εργατικό δυναμικό, εν τούτοις συνεχίζει να έχει καλές επιδόσεις σε άλλες πτυχές της Πρωτοβάθμιας φροντίδας, στους δείκτες ποιότητας, παρότι συμπεριλαμβάνονται σχετικά χαμηλά ποσοστά εισαγωγών σε νοσοκομεία, τα οποία μπορούν να αποφευχθούν, για συμφορητική καρδιακή ανεπάρκεια, επιπλοκές σχετικές με διαβήτη, υπέρταση κ.ά. Αυτές οι προτεραιότητες προωθήθηκαν μέσω του Πλαισίου Ποιότητας και Αποτελεσμάτων, γεγονός που παρέχει κίνητρα για τακτικούς ελέγχους υγείας και αναθεωρήσεις φαρμάκων για τους ασθενείς με αρκετά χρόνια νοσήματα. Οι γενικοί γιατροί (GP) είναι εκπαιδευμένοι με τρόπο ώστε να είναι εξοπλισμένοι με γενικές δεξιότητες οι οποίες απαιτούνται λόγω των μεταβαλλόμενων αναγκών υγείας του πληθυσμού, ωστόσο ο τρόπος αυτός γίνεται όλο και περισσότερο περίπλοκος και αυξάνονται τα επίπεδα πολλαπλής νοσηρότητας. Αυτή η κατάσταση έρχεται σε αντίθεση με άλλες χώρες όπου κάποιες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας παρέχονται από γιατρούς που διαθέτουν εξειδικευμένη και όχι γενική εκπαίδευση (Kringos et al., 2015 στο Anderson M. 2022 σ.113).

Όπως διαπιστώνεται, υπάρχουν σημαντικές και ευδιάκριτες αδυναμίες στο σύστημα πρωτοβάθμιας φροντίδας στο Ηνωμένο Βασίλειο. Αν και πιστεύεται ότι ο μηχανισμός «θυρωρού» που παρέχεται από τους γενικούς γιατρούς μπορεί να βελτιώσει το σύστημα υγείας με αποτελέσματα θετικά, έχει αναφερθεί ότι αποτελεί ένα παράγοντα που συμβάλλει στην καθυστερημένη διάγνωση και χαμηλά ποσοστά επιβίωσης, π.χ. από τη νόσο του καρκίνου (Rose et al. 2015 στο Anderson, 2022 σ.115).

Είναι σημαντικό να σημειωθεί ότι έχουν προκύψει σημαντικές πιέσεις εργατικού δυναμικού και γεωγραφική διακύμανση στην πυκνότητα των γενικών γιατρών οι οποίες έχουν οδηγήσει σε σημαντικές ανισότητες στην πρόσβαση σε γενικούς γιατρούς σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο (Rose et al. 2015 στο Anderson M. 2022 σ.115).

B' 2 Διατροφική πολιτική στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σύμφωνα με τον Βρετανικό Σύλλογο Διαιτολόγων BDA κρίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας παίζουν καίριο ρόλο στην υποστήριξη των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας. Η διατροφή καθώς και η παχυσαρκία αποτελούν τους πιο σημαντικούς παράγοντες οι οποίοι συντελούν για την εμφάνιση πολλών NCDS (όπως αναπνευστική ανεπάρκεια, διαβήτης, καρδιαγγειακές παθήσεις). Αυτό αποδεικνύει ότι η διατροφική θεραπεία είναι ιδιαίτερα σημαντική για να αντιμετωπιστούν αυτοί οι παράγοντες. Στόχος του BDA είναι η ελαχιστοποίηση των περιστατικών στην κοινότητα, καθώς το 96% της πληθυσμιακής αυτής ομάδας καταλήγει στο νοσοκομείο. Κατόπιν μετρήσεων υπολογίζεται ότι ετησίως οι παθήσεις που έχουν σχέση με την κακή διατροφή ευθύνονται σε ποσοστό 10% για την θνησιμότητα και τη νοσηρότητα στο Ηνωμένο Βασίλειο και κοστίζει στο Εθνικό Σύστημα Υγείας £ 6 δις. Ο Βρετανικός Σύλλογος Διαιτολόγων BDA έχει τονίσει τον θετικό ρόλο του διαιτολόγου στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, καθώς και τα πολλά οφέλη που απορρέουν από αυτόν. Η παρουσία και συμμετοχή του διαιτολόγου στην ομάδα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας θεωρείται ικανή να μειώσει τις παραπομπές στην δευτεροβάθμια φροντίδα και την ανάγκη νοσηλείας καθώς ενισχύει την αυτοθεραπεία των χρόνιων παθήσεων. Η ενσωμάτωσή του στην ομάδα εξοικονομεί τον χρόνο συνεδρίας του οικογενειακού γιατρού, ενισχύοντας την πρόληψη και κάνοντας σωστή διαχείριση των διατροφικών διαταραχών και των συνταγογραφούμενων φαρμάκων. Ο BDA σχετικά με την αγωγή υγείας διαμορφώνει οδηγίες σε θέματα διατροφής, παραδείγματος χάριν για την αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, για την διατροφή ατόμων που πάσχουν από διαβήτη κ.ά. (Μαλαβάζος Θ. κ.ά., 2019 σ.43).

Συμπεριφορικοί παράγοντες κινδύνου: κάπνισμα, αλκοόλ, διατροφή, ανεπαρκής φυσική δραστηριότητα	Καθοριστικοί παράγοντες: κοινωνικοί, πολιτικοί, περιβαλλοντικοί	Βιολογικοί παράγοντες κινδύνου: παχυσαρκία, υπέρταση, υπερλιπιδαιμία	Εκδήλωση NCDS
--	---	--	---------------

Σχήμα : Αλυσιδωτοί παράγοντες που επηρεάζουν την ανάπτυξη των NCDS

Πηγή: WHO 2016. Integrating diet, physical activity and weight management services into primary care.

Στο Μαλαβάζος Θ. Μαρκασιώτη Β. Μαλλιαρού Μ. Σαράφης Π. 2019, σελ. 51

B' 3 Μακροχρόνια Φροντίδα και Μοντέλο Wagner

Στα πλαίσια του μοντέλου Wagner ή «μοντέλο φροντίδας» δίνεται ιδιαίτερη σημασία στην πρωτοβάθμια και την κοινωνική φροντίδα και επικεντρώνεται στη σχέση μεταξύ ασθενών και

ομάδας φροντίδας. Κύριος σκοπός είναι η ενδυνάμωση του ασθενή και συνάμα η καλή ενημέρωσή του. Το μοντέλο έχει υλοποιηθεί σε μεγάλο αριθμό οργανισμών στο Ηνωμένο Βασίλειο αλλά και σε άλλες χώρες (όπως η Σουηδία, η Δανία, η Γερμανία, η Γαλλία, οι Ηνωμένες Πολιτείες κ.ά.) μέσω του «Chronic Illness Breakthrough Series» κι έχει σχεδιαστεί από το Institute for Health Care Improvement(Wagneretal 2001 στο Πιερράκος Γ. 2013, σ.60). Αφορά ιδιαίτερα χρόνιες παθήσεις και προσανατολίζεται ιδιαίτερα στην κλινική παροχή υπηρεσιών, αφήνοντας την πρόληψη και την προαγωγή της υγείας κατά μέρος.

Η φροντίδα κατ' οίκον παρέχεται κυρίως από τον Δημόσιο Τομέα (NHS) χωρίς βέβαια να αποκλείεται ο ιδιωτικός τομέας, οι εθελοντικοί φορείς και οι οικογένειες των ασθενών.

Η φροντίδα κατ' οίκον παρέχεται σε άτομα ηλικιωμένα, άτομα με χρόνιες παθήσεις, με ψυχικά νοσήματα, άτομα με αναπηρίες, σε άτομα που χρήζουν μετα-νοσοκομειακής φροντίδας και τέλος σε άτομα με μαθησιακές δυσκολίες.

Η νοσηλεία στο σπίτι (homenursing) παρέχεται σε τοπικό επίπεδο Community matronservices NHS από τους κοινοτικούς νοσηλευτές (districtnurses). Σε αυτή την παροχή φροντίδας περιλαμβάνονται σύνθετες νοσηλευτικές παρεμβάσεις, οι οποίες σχετίζονται με διάφορες ασθένειες και προβλήματα υγείας.

Το πρόγραμμα Βοήθεια στο σπίτι (homehelp) περιλαμβάνει την προσωπική φροντίδα (personalcare) του ασθενούς, όπως η υγιεινή, η βοήθεια στο φαγητό, η οικιακή φροντίδα (domesticcare) δηλαδή η οικιακή καθαριότητα, τα ψώνια ως Κοινωνική Φροντίδα (socialservices) και παρέχεται από κοινωνικούς λειτουργούς (social Workers). Αυτή η υπηρεσία υποστηρίζεται από τις Τοπικές Αρχές (Local Authorities).

Σε περίπτωση που ένα άτομο έχει πολύπλευρες ανάγκες ο κοινοτικός Νοσηλευτής (districtnurse) ή ο κοινωνικός λειτουργός (social Worker) αναλαμβάνει έχοντας ρόλο διαχειριστή (caremanager) συντονίζοντας τις απαιτούμενες παρεχόμενες φροντίδες (Πιερράκος Γ. 2013 σ.63,75).

B' 4 ΚΟΙΝΩΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (socialcare)

Η κοινωνική φροντίδα πραγματοποιείται σε δύο φάσεις. Κατά την 1^η φάση γίνεται αξιολόγηση των αναγκών των ωφελούμενων και κατά την 2^η φάση γίνεται προσδιορισμός από τις Τοπικές Αρχές σχετικά με το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με γενικές εθνικές κατευθυντήριες γραμμές (National Service Framework NSF).

Η κάθε Τοπική Αρχή λειτουργεί θέτοντας τα δικά της κριτήρια ως προς το ποιες είναι οι επιλέξιμες ανάγκες για την παροχή υπηρεσιών εντός του πλαισίου των εθνικών κατευθυντήριων γραμμών.

Το ανθρώπινο δυναμικό στην κατ' οίκον φροντίδα υγείας περιλαμβάνει οικογενειακούς γιατρούς, κοινοτικούς νοσηλευτές, φυσικοθεραπευτές, λογοθεραπευτές, κοινωνικούς

λειτουργούς,εργοθεραπευτές, διαιτολόγους, συνοδούς, επαγγελματίες φροντιστές (H. Seowetall, 2010 στο Πιερράκος Γ. 2013 σ.75). Ωστόσο οι νοσηλευτές αποτελούν το μεγαλύτερο και πιο σημαντικό μέρος της ομάδας των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι. Ενεργούν κυρίως ως βοηθοί ανθρώπων-ασθενών ώστε να υπερνικήσουν περιορισμούς που τους θέτει η υγεία τους, ενώ απαιτείται αυτενέργεια, υψηλή εμπειρία και παράλληλα ικανότητα διατομεακού συντονισμού με τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Το νοσηλευτικό σύστημα (nursingsystem) αποτελεί ένα σύστημα φροντίδας και βοήθειας. Είναι σχεδιασμένο από το νοσηλευτή και βασίζεται στις ανάγκες αυτοφροντίδας και στις ικανότητες για αυτοφροντίδα. Διακρίνονται τρία νοσηλευτικά συστήματα.

α)το πλήρες αντισταθμιστικό νοσηλευτικό σύστημα , όπου εφαρμόζεται όταν ο ασθενής αδυνατεί να αυτοεξυπηρετηθεί και οι ανάγκες του για αυτοφροντίδα καλύπτονται από άλλα άτομα.β) Το μερικώς αντισταθμιστικό νοσηλευτικό σύστημα όπου εφαρμόζεται όταν ο ασθενής αυτό-εξυπηρετείται μερικώς, δηλαδή ο ασθενής εκπληρώνει μερικές ενέργειες αυτοφροντίδας. Γ) Το υποστηρικτικό/εκπαιδευτικό νοσηλευτικό σύστημα όπου εφαρμόζεται όταν ο ασθενής αυτό-εξυπηρετείται πλήρως και ο νοσηλευτής στην περίπτωση αυτή έχει συμβουλευτικό , υποστηρικτικό και διδακτικό (Πιερράκος, Γ. 2013 σ.78-9).

Γ' ΚΕΦΑΛΑΙΟ

Γ' 1. Οι μεταρρυθμίσεις της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο - Η ποιότητα των υπηρεσιών στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου και σύγκριση με άλλες χώρες

Η πολιτική για την υγεία έχει ανατεθεί στο Ηνωμένο Βασίλειο από τα τέλη της δεκαετίας του 1990. Οι κυβερνήσεις της Αγγλίας, της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας είχαν διαφορετικές προσεγγίσεις στη μεταρρύθμιση της υγειονομικής περίθαλψης.Σημαντικές πολιτικές μεταρρυθμίσεις προέκυψαν για την υγεία οι οποίες παρατίθενται συνοπτικά καιδιαφοροποίησαν την υπάρχουσα κατάσταση, όπως θα δούμε αναλυτικά στο συγκεκριμένο κεφάλαιο:

Στην Αγγλία το 2012	Νόμος για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη
2014	Νόμος περίθαλψης
2014	Προοπτική πενταετίας NHS
2019	Μακροπρόθεσμο σχέδιο NHSLongtermPlan
2021	Νομοσχέδιο για την υγεία και την περίθαλψη (εκκρεμεί)

Στην Σκωτία	2004	Νόμος για την Μεταρρύθμιση του NHS
-------------	------	------------------------------------

	2010	Η Στρατηγική Ποιότητας Υγείας για το NHS της Σκωτίας
	2014	Νόμος για τους δημόσιους φορείς (Joint Working)(Σκωτία)
	2016	Εθνική Κλινική Στρατηγική για τη Σκωτία
	2018	Προτεραιότητες Δημόσιας Υγείας για τη Σκωτία
	2020	Ίδρυση Δημόσιας Υγείας της Σκωτίας
	2022-2026	Ίδρυση «Εθνικής Υπηρεσίας Φροντίδας» (εκκρεμεί)
Στην Ουαλία	2014	Νόμος για τις κοινωνικές υπηρεσίες και την ευημερία
	2015	Νόμος για την ευημερία των μελλοντικών γενεών(Ουαλία)
	2018	Μία πιο υγιής Ουαλία: το σχέδιό μας για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα
	2023	Ίδρυση «Εθνικής Υπηρεσίας Φροντίδας (εκκρεμεί)
Στην Βόρεια Ιρλανδία	2016	Υγεία και ευεξία 2026: Παράδοση Μαζί
	2021	Νομοσχέδιο για την Υγεία και την Κοινωνική Περίθαλψη(εκκρεμεί)

Source: Authors' own

Πηγή: Anderson M. 2022, σ.137

Γ'2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) και οι σταδιακές μεταρρυθμίσεις

Το DHSC έχει την ευθύνη για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα στην Αγγλία και για ορισμένα επιπλέον ζητήματα σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο. Το DHSC είναι αυτό που χρηματοδοτεί, καθορίζει τη συνολική στρατηγική και είναι αρμόδιο για την επίβλεψη του συστήματος υγείας και κοινωνικής φροντίδας και παράλληλα συνεργάζεται με ένα μεγάλο αριθμό δημοσίων φορέων. Η λειτουργική διαχείριση του NHS ανήκει σχεδόν εξ' ολοκλήρου στο NHS England, το οποίο αποτελεί έναν εκτελεστικό μη τμηματικό δημόσιο φορέα (National Audit Office, 2016). Το έτος 2018, πραγματοποιήθηκε πιο μεγάλη ενοποίηση μεταξύ του *NHS England* και του *NHS Improvement*, το οποίο αποτελεί το όργανο που είναι υπεύθυνο για την επίβλεψη των νοσοκομειακών ιδρυμάτων του NHS και είναι ανεξάρτητο από παρόχους. Από το 2019, το *NHS England* και το *NHS Improvement* συγχωνεύτηκαν ώστε να γίνει ένας μοναδικός οργανισμός, οικονομικά βιώσιμος έχοντας σκοπό την υποστήριξη των τοπικών συστημάτων υγείας και με στόχο να παρέχουν ασφαλή και υψηλής ποιότητας φροντίδα (Anderson M. 2022 σ.20).

Το NHS England αναθέτει απευθείας ορισμένες εξειδικευμένες υπηρεσίες, στρατιωτικές και υπηρεσίες υγείας βετεράνων, υπηρεσίες υγείας για άτομα σε φυλακές και ακόμα ορισμένες λειτουργίες δημόσιας υγείας, όπως είναι ο εθνικός εμβολιασμός, ο προσυμπτωματικός έλεγχος

σε διάφορα προγράμματα και η πρωτοβάθμια περίθαλψη. Περίπου τα δύο τρίτα του προϋπολογισμού του NHS ανατίθεται στα CCG (ομάδες κλινικής ανάθεσης όπως προαναφέραμε) υπό την καθοδήγηση θεσμοθετημένων φορέων NHS με ευθύνη για τον σχεδιασμό και την ανάθεση υπηρεσιών για τον τοπικό πληθυσμό τους και πρέπει να τηρούν τις ετήσιες διαδικασίες υποβολής εκθέσεων. Σταδιακά, ολοένα και περισσότερο συνδέονται υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εξειδικευμένες υπηρεσίες μεταξύ των CCG's και του NHS Αγγλίας (Anderson M. 2022 σ.20).

Ο σχεδιασμός σε επίπεδο συστήματος αυξήθηκε και εξελίχθηκε στην Αγγλία κατά την περίοδο της δεκαετίας του 2010. Επί του παρόντος, σαράντα δύο ICS (ολοκληρωμένα συστήματα υγείας – θα αναφερθούν στη συνέχεια πιο αναλυτικά) πλαισιώνουν ένα ευρύ φάσμα επιτρόπων και παρόχων, ενώ συμπεριλαμβάνονται οι τοπικές αρχές για τον προγραμματισμό των υπηρεσιών. Συστάσεις για νομοθετική αλλαγή για τη θέσπιση των ICS στη νομοθεσία έγιναν τον Φεβρουάριο του 2021 (UK Government, 2021) στο Anderson M. 2022, σ.20) και οι αριθμοί των CCG θα μειωθούν για να ευθυγραμμιστούν με αυτούς τους τομείς ICS. Σε μικρότερο επίπεδο, Τα Δίκτυα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας έχουν αναλάβει την ευθύνη για την παροχή ποικίλων κοινοτικών υπηρεσιών, όπως η κοινωνική συνταγογράφηση και η υποστήριξη ψυχικής υγείας για πληθυσμούς 30.000–50.000 (Anderson M. 2022 σ.20-2). Μαζί με το NHS England και το NHS Improvement, υπάρχουν ένα πλήθος φορέων για την παροχή κεντρικών λειτουργιών υποστήριξης και τομεακή βελτίωση (National Audit Office, 2017b, 2017c).

Γ'3 Διακυβέρνηση και Ρύθμιση τρίτων πληρωτών

Στην Αγγλία, ως «τρίτοι» πληρωτές αναφέρονται οι CCG, οι οποίοι διαπραγματεύονται συμβόλαια αγοράς υπηρεσιών ψυχικής και κοινοτικής υγείας από δημόσιους και ιδιωτικούς παρόχους υπηρεσιών και το NHS England, το οποίο διαπραγματεύεται συμβόλαια για τις περισσότερες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης και εξειδικευμένες υπηρεσίες. Τα CCG όπως είχε προβλεφθεί αντικαταστάθηκαν από τα ICS από τον Ιούλιο του 2022, τα οποία στόχευαν στην ανάληψη παρόμοιων λειτουργιών, ωστόσο σε αυτά θα περιλαμβάνεται όλη η υγεία και οι υπηρεσίες κοινωνικής φροντίδας για προκαθορισμένους τοπικούς πληθυσμούς συνδυαστικά με τις τοπικές αρχές.

Η οικονομική βιωσιμότητα των CCGs επιβλέπεται από το NHS England, το οποίο θέτει στόχους απόδοσης και παρέχει πρόσθετη στήριξη μέσω του Ταμείου Αειφορίας του Επιτρόπου και όπως παρατηρείται, σταθερά παρουσιάζουν ελλείμματα (NHS England, 2020f). Στις χώρες της Ουαλίας και της Σκωτίας τα συμβούλια υγείας αποτελούν ουσιαστικά

ολοκληρωμένους αγοραστές και υπηρεσίες παρόχων και θεωρούνται υπόλογοι στις αντίστοιχες εθνικές τους κυβερνήσεις. Στη Βόρεια Ιρλανδία, το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας αποτελείται από έναν προεπιλεγμένο επίτροπο για όλες τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, αν και λόγω περιορισμένης επιλογής παρόχων, η σχέση μεταξύ του Συμβουλίου Κοινωνικής Φροντίδας και των παρόχων νοούνται περισσότερο ως διακυβέρνηση και επίβλεψη, αντί για ανάθεση. Αντίστοιχα με την Ουαλία και τη Σκωτία, στη Βόρεια Ιρλανδία το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας έχει καθήκον να αναφέρεται στον υπουργό Υγείας.

Και στις τέσσερις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, υπάρχει μια Εθνική Ελεγκτική Υπηρεσία, η οποία έχει ως κύρια αρμοδιότητα τον έλεγχο των δαπανών, συμπεριλαμβανομένων των δημόσιων δαπανών από τοπικούς Επιτρόπους και υγειονομικά συμβούλια (Anderson M. 2022 σ.36).

Στον παρακάτω πίνακα απεικονίζεται μία επισκόπηση των εκτελεστικών μη-τμηματικών δημόσιων φορέων, εκτελεστικών φορέων και τοπικών φορέων οι οποίοι συνεργάζονται με το DHSC και το NHS Αγγλίας.

NAME OF BODY	KEY RESPONSIBILITIES
Central support functions and sector improvement	
National Institute for Health and Care Excellence (NICE)	Providing national guidance (including clinical guidelines and health technology appraisal) and advice to improve health care (covering health care, public health and social care)
Health Education England (to be merged with NHS England into single organization)	Providing oversight and leadership for workforce planning, education and training
NHS Digital (to be merged with NHS England into single organization)	Supplying information, data and technological infrastructure to the health service
NHSX (to be merged with NHS England into single organization)	Overall responsibility for the national digital strategy
NHS Resolution	Provide expertise to the NHS on resolving concerns and disputes with functions including managing claims for compensation; concerns about performance of doctors, dentists or pharmacists; disputes between primary care contractors
NHS Business Services Authority (NHS BSA)	Provides central services such as managing NHS pension scheme and administering payments to pharmacists and dentists
NHS Blood and Transplant	Manages supply of donated blood, organs and tissues and seeks to improve blood and transplant services
Regulators (Executive non-departmental public bodies)	
NHS Improvement (now works jointly with NHS England as single organization)	Oversees NHS foundation trusts, NHS trusts and independent providers
Care Quality Commission	Regulates health and social care providers, Registers, monitors, inspects and rates services
Human Fertilisation and Embryology Authority (HFEA)	Oversees use of gametes and embryos in fertility treatment and research
Health Research Authority (HRA)	Protects and promotes the interests of patients and public in health

	research. Research ethics body
Human Tissue Authority	Ensures that human tissue is used safely and ethically, and with proper consent
Executive agencies-undertaking some of functions of the Department of Health & Social Care	
Medicines and Healthcare products Regulatory Agency(MHRA)	Regulates medicines, medical devices and blood components in the United Kingdom
United Kingdom Health Security Agency (UK HAS)	Provides health protection services and advice and infectious disease capability
Office for Health Improvement and Disparities (OHID)	Leads national efforts to improve population health and reduce health inequalities

TABLE 2.2 Bodies working with the Department of Health & Social Care and NHS England

Source: Authors' own.

Πηγή:AndersonM. 2022 σ.21

Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου το Νοέμβριο του 2021 ανακοίνωσε μια σημαντική αναδιοργάνωση αυτών των ιδρυμάτων σχεδιάζοντας την συγχώνευση της Εκπαίδευσης Υγείας της Αγγλίας, NHS Digital και NHS X με NHS England and Improvement σε έναν μοναδικό ενιαίο οργανισμό. Ο στόχος της ενέργειας αυτής ήταν η βελτίωση της συνεργασίας και ο συντονισμός μεταξύ των εν λόγω θεσμικών οργάνων για την καλύτερη ενσωμάτωση του σχεδιασμού του εργατικού δυναμικού και ο ψηφιακός μετασχηματισμός στη μακροπρόθεσμη στρατηγική για το NHS (Department of Health & Social Care, 2021c, στο AndersonM. 2022 σ.22).

Η επιχειρησιακή ευθύνη για το NHS στην Αγγλία ανήκει στο NHS England από το 2013. Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου ορίζει νομοθετικά δεσμευτικούς στόχους και τον προϋπολογισμό για το NHS England μέσω ετήσιας εντολής, που υποστηρίζεται από μετρήσεις και λεπτομερή κριτήρια. Η εντολή επίσης προσδιορίζει το κεφάλαιο και τα όρια των πόρων-εσόδων για το NHS England. Ως ένας μηχανισμός σε εθνικό επίπεδο καθορισμού, του πλαισίου αποτελεσμάτων του NHS καθορίζεται ως εθνικό αποτέλεσμα στόχων, τους οποίους χρησιμοποιεί ο Υπουργός Υγείας για την παρακολούθηση της προόδου του NHS Αγγλίας. Οι δείκτες ομαδοποιούνται σε πέντε τομείς:

- πρόληψη του πρόωρου θανάτου
- βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με μακροπρόθεσμες παθήσεις
- βοηθώντας στους ανθρώπους να αναρρώσουν από επεισόδια κακής υγείας ή μετά από τραυματισμό
- διασφάλιση ότι οι άνθρωποι έχουν θετική εμπειρία από την φροντίδα
- θεραπεία και φροντίδα των ανθρώπων σε ένα ασφαλές περιβάλλον

- και την προστασία των ανθρώπων από βλάβες που μπορούν να αποφευχθούν (NHS Digital, 2021a, στο AndersonM. 2022 σ.28).

Το *Μακροπρόθεσμο Σχέδιο* του NHS στο οποίο αναφέρεται η εντολή, δημοσιεύθηκε το 2019, όπου καθορίζεται ένα σχέδιο για το NHS με δεκαετή ισχύ, έως δηλαδή το 2029 (NHS Αγγλία, 2019d). Το *Μακροπρόθεσμο Σχέδιο* είναι το πρώτο με δεκαετή ορίζοντα, που εκτείνεται πέρα από τις κυβερνητικές θητείες και τους κύκλους σχεδιασμού. Το *Σχέδιο* προσδιορίζει καθορισμό προτεραιοτήτων για την βελτίωση στην περίθαλψη όλων των ηλικιακών ομάδων πληθυσμού, συμπεριλαμβανομένης της βρεφικής και παιδικής ηλικίας, σε σχέση με τη βελτίωση της φροντίδας, ως κύριες αιτίες νοσηρότητας και θνησιμότητας και ιδιαίτερα στην υποστήριξη του πληθυσμού ώστε να γεράσει καλά. Σε τοπικό επίπεδο, το δεκαετές πρόγραμμα παρέχει το πλαίσιο σύμφωνα με το οποίο οι συμπράξεις βιωσιμότητας και μετασχηματισμού και τώρα τα ICS αναπτύσσουν και εφαρμόζουν πενταετή σχέδια.

Τα ICS προορίζονται να είναι επιχειρησιακά έως τον Ιούλιο του 2022 και προβλέπεται να αντικαταστήσουν τα CCG, τα οποία ήταν προηγουμένως υπεύθυνα για την ανάθεση και τον σχεδιασμό υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης για τον τοπικό πληθυσμό. Τα ICS στοχεύουν στην υπεύθυνη μεταφορά και συγκέντρωση ενός ευρύτερου συνόλου εταιρών του συστήματος και ακόμα για την προώθηση ρυθμίσεων εταιρικής σχέσης, προκειμένου να αντιμετωπιστούν ευρύτερα οι ανάγκες της υγείας, της δημόσιας υγείας και της κοινωνικής φροντίδας στο σύνολο του πληθυσμού. Η ιδιότητα μέλους θα καθορίζεται σε τοπικό επίπεδο, θα απαιτούνται ελάχιστοι εκπρόσωποι από την τοπική αυτοδιοίκηση, τα ιδρύματα NHS και οι οργανισμοί πρωτοβάθμιας περίθαλψης και είναι πιθανό ότι θα υπάρχουν περαιτέρω εκπρόσωποι τοπικού, εθελοντικού και του τρίτου τομέα οργανισμών, φορέων κοινωνικής φροντίδας, φορέων παροχής στέγασης και του ανεξάρτητου τομέα (Charles, 2021 στο AndersonM. 2022 σ.28).

Γ'4 Διακλαδικότητα

Κατά την περίοδο των δύο τελευταίων δεκαετιών έχει δοθεί ιδιαίτερη προσοχή στη συνεργασία σε όλες τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου μεταξύ διαφορετικών κλάδων της, προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία και να μειωθούν οι ανισότητες. Στην Αγγλία εφαρμόστηκε μεταξύ των ετών 1997 και 2010 μία υψηλού προφίλ διακυβερνητική εθνική στρατηγική για την μείωση των ανισοτήτων στον τομέα της υγείας, με ιδιαίτερα αξιοσημείωτα αποτελέσματα ως προς τις γεωγραφικές ανισότητες στο προσδόκιμο ζωής. Ωστόσο, όταν το συγκεκριμένο πρόγραμμα έληξε, οι ανισότητες όπως διαπιστώθηκε διευρύνθηκαν ξανά (Barr, Higgerson & Whitehead, 2017). Μια σημαντική αλλαγή πολιτικής

έχει μεταφέρει την ευθύνη για τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας προς τις τοπικές αρχές από το NHS από το έτος 2013, με κοινό χαρακτηριστικό ότι τα τμήματα υγείας αναμένεται να συνεργαστούν με άλλους τομείς όπως η στέγαση, η εκπαίδευση και οι κοινωνικές υπηρεσίες για την εφαρμογή μιας προσέγγισης «υγεία σε όλες τις πολιτικές» για τη βελτίωση της υγείας και τη μείωση των ανισοτήτων. Ως ένα τμήμα αυτών των μεταρρυθμίσεων, ιδρύθηκαν συμβούλια υγείας και ευημερίας διαμορφώνοντας ένα φόρουμ για τη διευκόλυνση των διατομεακών συνεργασιών μεταξύ του NHS, της τοπικής κυβέρνησης και του εθελοντικού τομέα. Οραματιζόμενο στο μέλλον, το νομοσχέδιο για την κοινωνική φροντίδα και την υγεία του 2021 διαμορφώνει δεσμεύσεις για την ανάπτυξη των ICSs (ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας). Στη Σκωτία ο νόμος για τους δημόσιους φορείς (Joint Working) (Σκωτία) του 2014, είχε ως αποτέλεσμα τη σύσταση IJBs από το 2016, και μια νομοθετική εντολή για να συνεργαστούν τα συμβούλια του NHS και οι τοπικές αρχές ως μέρος των IJBs και να επιτύχει εννέα αποτελέσματα υγείας και ευεξίας που επικεντρώνονται στη βελτίωση της υγείας, την εμπειρία του ασθενούς, την ασφάλεια του ασθενούς, την δέσμευση ασθενών και την μείωση των ανισοτήτων στην υγεία (Scottish Government, 2015). Ευρύτερα, η εθνική πολιτική στη Σκωτία επηρεάζεται ιδιαίτερα από το *Εθνικό Πλαίσιο Επιδόσεων* της Κυβέρνησης της Σκωτίας, το οποίο ενθαρρύνει τη διατομεακή συνεργασία προκειμένου να σημειωθεί προοδευτικά ανοδική πορεία σε μια σειρά δεικτών, πολλοί εκ των οποίων σχετίζονται με τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας και τη μείωση των ανισοτήτων (Scottish Government 2021c, στο Anderson M. 2022 σ.32).

Γ'5 NHS Σκωτίας

Στη Σκωτία το νομοθετικό πλαίσιο για το NHS καθορίζεται από το Κοινοβούλιο οι διευθύνσεις της Υγείας και Κοινωνικής φροντίδας διαμορφώνουν στρατηγικές κατεύθυνσης και κατανέμουν πόρους για την ανάπτυξη της υγείας και της κοινωνικής φροντίδας. Η πρωταρχική ευθύνη για τις τοπικές υπηρεσίες υγείας ανήκει σε 14 περιφερειακά συμβούλια του NHS (NHS Scotland, 2021a, στο Anderson M. 2022 σ.22), τα οποία είναι αρμόδια για την προστασία και τη βελτίωση της υγείας του πληθυσμού τους και για την παροχή πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας• υποστηρίζονται από επτά Εθνικά Συμβούλια και ένα φορέα δημόσιας υγείας (*Public Health Scotland* στο Anderson M. 2022 σ.22). Τα *Ειδικά Συμβούλια Υγείας* καλύπτουν λειτουργίες κυρίως για την βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης, για την εκπαίδευση, για τις υπηρεσίες ασθενοφόρων της Σκωτίας και για τις υπηρεσίες μετάγγισης αίματος. Σημαντικό να αναφερθεί ότι αρκετές εθνικές υπηρεσίες όπως η νευροχειρουργική, η χειρουργική καρδιάς και πνευμόνων, και η ιατροδικαστική

ψυχιατρική, σχεδιάζονται και ανατίθενται μέσω συμβουλίων τα οποία συνεργάζονται σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

Κατά το έτος 2016 και μετά την εφαρμογή του Νόμου *Public Bodies (Joint Working) Scotland Act* του 2014, τα *NHS Boards* δημιουργούν από κοινού σχέδια ολοκλήρωσης με τις αντίστοιχες τοπικές αρχές τους, μέσω της ανάθεσης καθηκόντων σε *Κοινά Συμβούλια Ολοκλήρωσης (IJBs)*, τα οποία συγκεντρώνουν συμβούλια υγείας και τοπικές αρχές για τον σχεδιασμό και την υλοποίηση υπηρεσιών κοινοτικής υγείας και κοινωνικής φροντίδας ενηλίκων, συμπεριλαμβανομένων των υπηρεσιών για ηλικιωμένους. Οι IJB λογοδοτούν στους διευθύνοντες συμβούλους των υγειονομικών συμβουλίων και στις τοπικές αρχές. Μόνο η περιοχή του Highland έχει επιλέξει την ανάθεση αρμοδιοτήτων για την παροχή υγειονομικής και κοινωνικής φροντίδας ξεχωριστά μεταξύ του υγειονομικού συμβουλίου και της τοπικής αρχής στα πλαίσια μιας συμφωνίας με την ονομασία «lead agency», χωρίς τη χρήση ενός IJB (Anderson M. 2022 σ.23).

Η κυβέρνηση της Σκωτίας έχει την ευθύνη καθορισμού στρατηγικής κατεύθυνσης για το NHS στη Σκωτία και θέτει προτεραιότητες για την υλοποίησή της. Το *Εθνικό Πλαίσιο Επιδόσεων* που εισήχθη για πρώτη φορά το 2007, καθοδηγεί την κυβέρνηση σε πολιτικό επίπεδο, συμπεριλαμβανομένης και της υγείας. Σκοπός του *Πλαισίου* αυτού είναι η προσπάθεια επίτευξης μιας πιο επιτυχημένης χώρας, που θα παρέχει ευκαιρίες σε όλους, αύξηση της ευημερίας του πληθυσμού, δημιουργία βιώσιμης ανάπτυξης και κυρίως μείωση των ανισοτήτων (Scottish Government, 2021c). Η κυβέρνηση της Σκωτίας μεταβιβάζει την ευθύνη για την παροχή υπηρεσιών υγείας σε 14 τοπικά συμβούλια του NHS, τα οποία υποχρεούνται να αναπτύσσουν ετήσια σχέδια που ευθυγραμμίζονται με τις προτεραιότητες της κυβέρνησης της Σκωτίας και παρέχουν σύμβαση μεταξύ της κυβέρνησης και των συμβουλίων του NHS στη Σκωτία (Scottish Government, 2016b). Αυτή η διαδικασία βρίσκεται σε στάδιο επανεξέτασης καθώς προέκυψε η πανδημία του Covid-19. Στην τελευταία διετία, τα συμβούλια του NHS παρήγαγαν την εφαρμογή *Σχεδίων Επανακινητοποίησης*, αλλά καθώς αυτά λήγουν, το NHS τα διοικητικά συμβούλια προσανατολίζονται προς την εισαγωγή τριετών επιχειρησιακών σχεδίων. Σε αυτά τα σχέδια υποστηρίζεται η υλοποίηση του *Εθνικού Πλαισίου Επιδόσεων* και οι επιδόσεις έναντι των στόχων μετρούνται κυρίως βασισμένοι σε πρότυπα που ορίζονται κατόπιν συμφωνιών μεταξύ της κυβέρνησης της Σκωτίας και των συμβουλίων του NHS. Στα πρότυπα περιλαμβάνονται δείκτες σχετικά με την πρόσβαση, την διάγνωση, τον χρόνο θεραπείας και τη μητρότητα, αναπαραγωγικής και παιδικής υγείας (Scottish Government, 2019 b).

Από το έτος 2016 οι επιτροπές του NHS είχαν την υποχρέωση να συνεργάζονται με τις τοπικές αρχές (στο πλαίσιο της IJB), για τον σχεδιασμό και την παροχή υπηρεσιών ολοκληρωμένης φροντίδας προκειμένου να αναπτυχθεί ένα κοινό στρατηγικό σχέδιο ανάθεσης το οποίο ευθυγραμμίζεται με την επίτευξη των εννέα εθνικών αποτελεσμάτων για την υγεία και την ευημερία και τα οποία είχαν δημοσιευθεί το 2015. Από το έτος 2018 το NHS Scotland έχει συγκαλέσει ένα *NHS Scotland Planning Board* (NHS Scotland, 2021b), το οποίο έχει σαν σκοπό την παροχή εποπτείας, διακυβέρνησης και λήψης αποφάσεων σε σχέση με τον εθνικό σχεδιασμό των υπηρεσιών NHS, εστιάζοντας ιδιαίτερωστο εργατικό δυναμικό, στη χρηματοδότηση, στην ψηφιακή υγεία και τέλος στις υποδομές υγειονομικής περίθαλψης. Η εθνική ατζέντα σχεδιασμού προορίζεται μόνο να περιλαμβάνει τις υπηρεσίες που πρέπει να σχεδιαστούν σε εθνικό επίπεδο, με κριτήρια με βάση τον όγκο και το εργατικό δυναμικό (ειδικούς ή σπάνιες δεξιότητες). Τα μέλη του διοικητικού συμβουλίου περιλαμβάνουν τους Διευθύνοντες Σύμβουλους υγειονομικών συμβουλίων, την Εκτελεστική Ομάδα Εκπροσώπων (για παράδειγμα, Διευθυντές Οικονομικών) και την κυβέρνηση της Σκωτίας, Διευθυντές/Αναπληρωτές Διευθυντές (AndersonM. 2022 σ.29).

Γ'6 Η Υγεία και η κοινωνική φροντίδα στη Βόρεια Ιρλανδία

Στη Βόρεια Ιρλανδία, ο Υπουργός Υγείας έχει την ευθύνη για τον καθορισμό των προτεραιοτήτων για την υγεία και την κοινωνική περίθαλψη μέσα από το ετήσιο «*Commissioning Plan Directions, Indicators and the Programme for Government*» και μέσα από εθνικά σχέδια και στρατηγικές. Η Εθνική πολιτική παραμένει και καθοδηγείται από τη δεκαετή στρατηγική η οποία δημοσιεύθηκε το 2016: "*Health and Well-being 2026: Delivering Together 2026*" (Department of Health Northern Ireland, 2016), ως απάντηση σε μια κριτική του καθηγητή Rafael Bengoa το 2016. Μέσα από αυτή την ανασκόπηση αποτυπώθηκαν ορισμένες από τις επίμονες διαρθρωτικές προκλήσεις, οικονομικού και δημογραφικού περιεχομένου, τις οποίες αντιμετωπίζει το σύστημα υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας (Bengoa, 2016).

Ο Οργανισμός Δημόσιας Υγείας και το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας απαιτείται να ανταποκρίνεται στις *Οδηγίες του Σχεδίου Ανάθεσης* μέσω της παραγωγής ετήσιων σχεδίων λειτουργίας (HSCB Northern Ireland, 2019a). Η απόδοση των οδηγιών του Σχεδίου Ανάθεσης παρακολουθούνται χρησιμοποιώντας ένα συμφωνημένο πλαίσιο αποτελεσμάτων, τους «*Δείκτες Κατεύθυνσης Απόδοσης*» (HSCB Northern Ireland, 2019b). Το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας αναθέτει την υγεία και την κοινωνική φροντίδα και παράλληλα επιθεωρεί τις επιδόσεις πέντε οργανισμών υγείας και κοινωνικής

φροντίδας και της υπηρεσίας των ασθενοφόρων της Βόρειας Ιρλανδίας, συνδυαστικά με πέντε τοπικές ομάδες ανάθεσης στις οποίες έχουν ανατεθεί οι υπηρεσίες περίθαλψης.

Ενώ οι τοπικές ομάδες ανάθεσης έχουν το δικαίωμα από τεχνικής άποψης να αναθέσουν υπηρεσίες από οποιονδήποτε κατάλληλο πάροχο, οι οργανισμοί υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι ο κύριος πάροχος εξ ορισμού και εν τέλει, η σχέση μεταξύ τοπικών ομάδων ανάθεσης και οργανισμών υγείας και κοινωνικής φροντίδας είναι άμεσα συνδεδεμένη με τον προγραμματισμό αντί για την ανάθεση.

Η Βόρεια Ιρλανδία προς το παρόν έχει αναπτύξει ένα νέο μοντέλο σχεδιασμού για υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής περίθαλψης και είχε προβλεφθεί να εφαρμοστεί από τον Απρίλιο του 2022• αξίζει να σημειωθεί ότι επικεντρώνεται στην ανάπτυξη του μοντέλου ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας *ICS*, όπως εφαρμόστηκε και στο NHS της Αγγλίας (*Department of Health Northern Ireland, 2021*). Έτσι προβλέφθηκε η σύσταση ενός περιφερειακού συμβουλίου κάτω από την διεύθυνση του Υπουργείου Υγείας σε συνεργασία με τον Οργανισμό Δημόσιας Υγείας, το οποίο θα επιθεωρεί πέντε χωριστά Συμβούλια Ολοκληρωμένης Συνεργασίας Περιοχής και θα αντιστοιχεί ένα για κάθε προϋπάρχον οργανισμό υγείας και κοινωνικής φροντίδας (Anderson M. 2022 σ.31-2).

Το ένα από τα εννέα *Εκτελεστικά Τμήματα* του Υπουργείου Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας έχει στην αρμοδιότητά του καθολικά την ευθύνη για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας καθώς και για την δημόσια υγεία και τη δημόσια ασφάλεια (NI HSC, 2021, στο Anderson M. 2022 σ.23). Ο θεσμοθετημένος οργανισμός *Health and Social Care Board*, οφείλει να αναφέρεται στον Υπουργό Υγείας και αναλαμβάνει υπηρεσίες από πέντε γεωγραφικά καθορισμένες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, οι οποίες παρέχουν ολοκληρωμένες υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας, εξαιρουμένων των υπηρεσιών οικογενειακής υγείας οι οποίες παρέχονται από γενικούς ιατρούς, οπτικούς, οδοντίατρους και κοινοτικούς φαρμακοποιούς.

Το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας έχει επίσης στην διαχείρισή του τις συμβάσεις για τις υπηρεσίες αυτές και ευρύτερα έχει την ευθύνη για την βελτίωση των επιδόσεων. Οι τοπικές ομάδες ανάθεσης είναι ευθυγραμμισμένες με τα πέντε καταπιστεύματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας και έχουν την κύρια ευθύνη, (η οποία μεταβιβάζεται από το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας), με σκοπό την αξιολόγηση, τον ορθό σχεδιασμό και την βέλτιστη ανταπόκριση στις ανάγκες υγείας και κοινωνικής φροντίδας των τοπικών πληθυσμών τους.

Κατόπιν, οι οργανισμοί υγείας και κοινωνικής φροντίδας οφείλουν να μεριμνούν για την βελτίωση της υγείας και της κοινωνικής ευημερίας και για την μείωση των ανισοτήτων στον πληθυσμό τους. Η Βόρεια Ιρλανδία *Ambulance Trust* δραστηριοποιείται ως έκτο trust καλύπτοντας ολόκληρη τη Βόρεια Ιρλανδία. Η *Public Health Agency* λειτουργεί και συνεργάζεται με το Υπουργείο Υγείας, το Συμβούλιο Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας και με τα ιδρύματα υγείας και κοινωνικής φροντίδας, με σκοπό την προσφορά, υποστήριξη και προστασία της δημόσιας υγείας, για την ανάθεση και την ανάπτυξη πολιτικής, για τη βελτίωση της υγείας στο μέγιστο δυνατό και της κοινωνικής ευημερίας (Anderson M. 2022 σ.23-4).

Γ'7 NHS στην Ουαλία

Στην Ουαλία, ο Υπουργός Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών ηγείται και καθορίζει το πλαίσιο της γενικής πολιτικής, την κατεύθυνση για το Εθνικό Σύστημα Υγείας μέσω εθνικών στρατηγικών και υλοποίησης σχεδίων δράσης. Σύμφωνα με την δεκαετή στρατηγική για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα στην Ουαλία, «*A Healthier Wales: Health and Social Care Action Plan*», που σημαίνει «*μια πιο υγιής Ουαλία*» η οποία είχε δημοσιευθεί το 2018 και σε αυτήν σκιαγραφείται ένα μακροπρόθεσμο όραμα για μια «*προσέγγιση ολόκληρου του συστήματος στην υγεία και κοινωνική φροντίδα*», επικεντρώνεται στην υγεία, την ευημερία καθώς και στην πρόληψη ασθενειών (Welsh Government, 2018a). Η εφαρμογή των εθνικών στρατηγικών υποστηρίζεται από τη δημοσίευση των τριετών σχεδίων δράσης των LHBs, με την ονομασία «*Ολοκληρωμένα Μεσοπρόθεσμα Σχέδια*» (IMTP), τα οποία ανά έτος επανεξετάζονται από την κυβέρνηση της Ουαλίας και εάν τα IMTP εγκριθούν ως ευθυγραμμισμένα με τα LHBs (εθνικών προτεραιοτήτων) ανταμείβονται με οικονομικές επιχορηγήσεις τριών ετών. Επιπλέον ως επιβράβευση, παρέχεται σε αυτά (IMTP) ένα μέτρο ελευθερίας σε δαπάνες εντός της τριετίας. Στους LHBs παρέχεται συνεχής καθοδήγηση, εντός ενός πλαισίου σχεδιασμού του NHS Wales (Welsh Government, 2019) και οι LHBs προβλέπεται να ευθυγραμμίσουν τα Ολοκληρωμένα Μεσοπρόθεσμα Σχέδια (IMTPs) μέσα στις προτεραιότητες οι οποίες περιγράφονται στα πλαίσια των Εθνικών IMTP και αναπτύσσεται από το *Executive NHS*.

Επίσης απαιτείται λόγω θεσμοθέτησης οι LHBs να σχηματίζουν επίσημες συμπράξεις με τις τοπικές αρχές με σκοπό τον συντονισμό των παροχών υπηρεσιών υγείας και περίθαλψης, (μέσω των περιφερειακών συμβουλίων) προκειμένου να βελτιωθεί η υγεία του πληθυσμού και η ευημερία αυτού, μέσω των *Public Service Boards*. Και οι δύο Περιφερειακές *Regional Partnership Boards and Public Service Boards* περιλαμβάνουν από κοινού μέλη από τα LHBs και τις τοπικές αρχές, οι

οποίες εκπονούν ολοκληρωμένα σχέδια τα οποία ευθυγραμμίζονται με προτεραιότητες και περιγράφονται στο πλαίσιο των *Κοινωνικών Υπηρεσιών και Ευημερίας Social Services Νόμος του 2014 Act (Wales)* και *Νόμος του 2015 Act and the 2015 Well-being of Future Generations (Wales) Act* για την ευζωία και ευημερία των μελλοντικών γενεών (Wales).

Ταυτόχρονα με αυτές τις διαδικασίες, η Ουαλική κυβέρνηση ανέπτυξε ένα *Εθνικό Κλινικό Πλαίσιο*, το οποίο διαγράφει μια νέα προσέγγιση στη διακυβέρνηση και τον σχεδιασμό υπηρεσιών υψηλής ποιότητας στην Ουαλία (Weelsh Government, 2021a). Το NHS Executive ελέγχει την εφαρμογή του *Εθνικού Κλινικού Πλαισίου (National Clinical)* και παρέχει επιπλέον υποστήριξη μέσω δικτύων και των εθνικών προγραμμάτων του. Το *Εθνικό Κλινικό Πλαίσιο* υποστηρίζεται από την εισαγωγή δηλώσεων ποιότητας, οι οποίες καθορίζουν λεπτομερώς τα πρότυπα και τα ενδεχόμενα αποτελέσματα από εξειδικευμένες κλινικές υπηρεσίες. Όλοι οι οργανισμοί του NHS πρόκειται να υιοθετήσουν συστήματα διαχείρισης ποιότητας και να παρέχουν για αυτήν ετήσιες εκθέσεις, σύμφωνα με τους δείκτες που αποτυπώνονται σε κάθε δήλωση ποιότητας. Το 2020, η κυβέρνηση της Ουαλίας εισήγαγε επίσης νομοθεσία που περιγράφει το καθήκον «ειλικρίνειας» για τους οργανισμούς του NHS να είναι ανοιχτοί και ειλικρινείς όσον αφορά τυχόν αποτυχίες στην παροχή υψηλής ποιότητας και ασφαλών υπηρεσιών (Wales Government, 2020 στο Anderson M. 2022 σ.30-1).

Το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών είναι αυτό που χρηματοδοτεί το NHS στην Ουαλία και ηγείται της ανάπτυξης στρατηγικών και πολιτικών κινήσεων. Τρία εθνικά ιδρύματα του NHS οργανώνουν υπηρεσίες ασθενοφόρων, εξειδικευμένες υπηρεσίες για τον καρκίνο και για την δημόσια υγεία σε όλη την Ουαλία (NHS Wales, 2021b, στο Anderson M. 2022 σ.23). Επτά Τοπικά Συμβούλια Υγείας (LHB) σχεδιάζουν, εξασφαλίζουν και παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές τους. Η συγκεκριμένη δομή αντικατέστησε 22 LHBs και επτά NHStrusts κατά το έτος 2009 και διαπίστωσε την κατάργηση και τον διαχωρισμό μεταξύ αγοραστή και παρόχου. Υπάρχει νομοθετική απαίτηση να σχηματίζουν τα LHB επίσημες εταιρικές σχέσεις με τις τοπικές αρχές για τη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας μέσω συγκέντρωσης πόρων, κάτι που επιτυγχάνεται μέσω των *Περιφερειακών Συμβουλίων Συνεργασίας*, με τα οποία γίνεται προσπάθεια βελτίωσης της ευημερίας του πληθυσμού και στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. Αυτά απαιτείται να εκπονήσουν ένα περιφερειακό σχέδιο περιοχής, να υποβάλουν ετήσια έκθεση και να αποδεικνύουν σε αυτή ουσιαστική συμμετοχή των πολιτών. Σε εθνικό επίπεδο, διακρίνονται τρία NHStrusts, τα οποία διαθέτουν μία λειτουργία για όλη την Ουαλία, η οποία καλύπτει υπηρεσίες ασθενοφόρων, νεοπλασιών (διαφόρων καρκίνων) και δημόσιας υγείας. Το *NHS Wales Shared Services Partnership* υποστηρίζει φορείς όπως

είναι τα LHBs και τα NHS trusts σε διάφορους τομείς όπως είναι ο εξορθολογισμός των διαδικασιών, οι ψηφιακές και τεχνολογικές υπηρεσίες και οι προμήθειες (AndersonM. 2022 σ.23).

Στην Ουαλία, η εθνική και τοπική πολιτική διαμορφώνεται από τον νόμο του 2015 για την «*Ευημερία των μελλοντικών γενεών*», ο οποίος παρέχει στην κυβέρνηση της Ουαλίας και τους σαράντα τέσσερις (44) δημόσιους φορείς του, συμπεριλαμβανομένων των επιτροπών τοπικής αυτοδιοίκησης και υγείας, έχοντας νομική δέσμευση για βιώσιμη ανάπτυξη και συμπεριλαμβανομένης της βελτίωσης της υγείας, της ισότητας και της ευημερίας του πληθυσμού (Ουαλική Κυβέρνηση, 2015). Σε τοπικό επίπεδο, όλοι οι δημόσιοι φορείς πρέπει να δεσμευτούν για τους στόχους της ευημερίας και να σχηματίσουν τοπικές συνεργασίες μέσω συμβουλίων δημοσίων υπηρεσιών με την ευθύνη για τη δημοσίευση τοπικών αξιολογήσεων ευημερίας (ΠΟΥ, 2017). Σε εθνικό επίπεδο, ο Γενικός Ελεγκτής για την Ουαλία έχει καθήκον να διενεργεί εξετάσεις των δημοσίων φορέων. Οι υπουργοί της Ουαλίας έθεσαν σαράντα έξι(46) δείκτες προς αξιολόγηση προόδου προς τους στόχους ευημερίας και εντός 12 μηνών από τις εκλογές η υπάρχουσα κυβέρνηση καλείται να συντάξει μια έκθεση που να εξετάζει τις μελλοντικές κοινωνικο-οικονομικές, περιβαλλοντικές και πολιτιστικές τάσεις ευημερίας προκειμένου να ενημερώνει τον σχεδιασμό και την πολιτική (ΠΟΥ, 2017). Τελικά ο νόμος καθιέρωσε τη θέση του «*Επιτρόπου Μελλοντικών Γενεών*» για τη διασφάλιση των συμφερόντων των μελλοντικών γενεών υποστηρίζοντας τους δημόσιους φορείς να εργαστούν για την επίτευξη των στόχων ευημερίας. Στη Βόρεια Ιρλανδία, σύμφωνα με μια στρατηγική δεκαετούς διάρκειας για την προώθηση μιας προσέγγισης εξ' ολοκλήρου του συστήματος δημόσιας υγείας που ονομάζεται «*Κάνοντας τη Ζωή Καλύτερη*» δημοσιεύτηκε το 2014, για να καλύψει την περίοδο 2013–2023 (Υπουργείο Υγείας Βορείου Ιρλανδίας, 2013). Η στρατηγική σχεδιάστηκε με σκοπό την προώθηση της διατμηματικής δράσης για την επίτευξη ορισμένων δεικτών σχετικών με την υγεία, την ευημερία και τη μείωση των ανισοτήτων. Σκιαγραφήθηκε μια δομή διακυβέρνησης που περιλαμβάνει μια Γενική Υπουργική Επιτροπή Δημόσιας Υγείας, μια επίσημη ομάδα που αποτελείται από όλα τα τμήματα για τη δημόσια υγεία με μέλη από κάθε κυβερνητικό τμήμα και ετήσιες εκθέσεις για την πρόοδο στη βελτίωση της υγείας και της ευημερίας που θα δημοσιευθεί από το Υπουργείο Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας. Ωστόσο, φαίνεται ότι η αρχική πρόοδος παρεμποδίστηκε από την αναστολή της Συνέλευσης της Βόρειας Ιρλανδίας από τον Ιανουάριο του 2017 έως τον Ιανουάριο του 2020 και μόνο μια έκθεση προόδου είναι δημόσια διαθέσιμη (Υπουργείο Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας, 2015). Πιο πρόσφατα, η Βόρεια Ιρλανδία σημείωσε μεγαλύτερη πρόοδο από την επανέναρξη της Συνέλευσης της Βόρειας

Ιρλανδίας, συμπεριλαμβανομένων των εκκρεμών μεταρρυθμίσεων για την ανάπτυξη συμβουλίων ολοκληρωμένων εταιρικών σχέσεων που θα προϋποθέτουν την συνεργασία των οργανισμών υγείας και κοινωνικής περίθαλψης και των τοπικών αρχών για να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν τοπικά σχέδια για την υγεία και την ευημερία (Anderson M. 2022, σ.32).

Γ '8 Συστήματα πληροφοριών υγείας

Οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης σε όλες τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου είναι υποχρεωμένοι να συλλέγουν δεδομένα σχετικά με τη δραστηριότητα, το εργατικό δυναμικό και τους δείκτες απόδοσης για να ανατροφοδοτούν τους αντίστοιχους οργανισμούς πληροφόρησης υγειονομικής περίθαλψης, οι οποίοι είναι: το NHS Digital στην Αγγλία, τη Δημόσια Υγεία της Σκωτίας στη Σκωτία (πριν το είχε αναλάβει το Τμήμα Υπηρεσιών Πληροφοριών), την Ψηφιακή Υγεία και Περίθαλψη της Ουαλίας στην Ουαλία και την Διεύθυνση Πληροφοριών και Ανάλυσης εντός του Υπουργείου Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας. Στην Αγγλία υπήρχε ένας ξεχωριστός οργανισμός πληροφοριών για την υγειονομική περίθαλψη, γνωστός ως NHSX, ο οποίος είχε καθολικά την ευθύνη για την *Εθνική Ψηφιακή Στρατηγική* και ανέθεσε στο NHS Digital την επεξεργασία ορισμένων ροών δεδομένων. Ωστόσο όπως προαναφέρθηκε, το NHSX και το NHS Digital προβλέπεται να συγχωνευθούν με το *NHS England and Improvement*. Σημαντικό να σημειωθεί ότι πολλές ροές δεδομένων χρησιμοποιούνται για σκοπούς οικονομικού σχεδιασμού, όπως είναι για το *Payment by Results* στην Αγγλία και για τα προγράμματα *Quality and Outcomes Framework* σε ολόκληρο το Ηνωμένο Βασίλειο. Μολονότι πολλά σύνολα δεδομένων όπως είναι τα *Προφίλ Εθνικής Δημόσιας Υγείας*, *Ατλαντες των Παραλλαγών* και του *Συστήματος Διαχείρισης Περιστατικών Ασφάλειας Ασθενούς*, έχουν αναπτυχθεί προκειμένου να κατανοηθεί ένα ευρύτερο σύνολο θεμάτων όπως είναι η πρόσβαση στην περίθαλψη και οι ανισότητες στα αποτελέσματα υγείας, η αδικαιολόγητη κλινική διαφοροποίηση και η ασφάλεια του ασθενούς (Anderson M. et al., 2021b; Sheikh et al., 2021). Επίσης, τα τελευταία χρόνια δόθηκε μεγαλύτερη προσοχή στην κατανόηση των αποτελεσμάτων για την κοινωνική φροντίδα, ειδικά από το NHS Digital στην Αγγλία, με το οποίο έχει αναπτυχθεί το «*Πλαίσιο Αποτελεσμάτων Κοινωνικής Φροντίδας Ενηλίκων*».

Η υπηρεσία πληροφοριών *Skills for Care* του εργατικού δυναμικού συγκέντρωσε επίσης δεδομένα για το εργατικό δυναμικό της κοινωνικής φροντίδας σε ετήσια βάση (Skills for Care, 2020). Στην Ουαλία, η «*Ψηφιακή Υγεία και Φροντίδα*» συνεργάζεται επίσης με την *Social Care Wales* προκειμένου να αναπτύξει έναν εθνικό πόρο δεδομένων για την κοινωνική

μέριμνα, σύμφωνα με τους στόχους που αναλύονται στη στρατηγική δεδομένων της Κοινωνικής Φροντίδας της Ουαλίας (Social CareWales, 2021). Από το 2016, όλοι οι πάροχοι φροντίδας για ασθενείς με ιδιωτική χρηματοδότηση σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο έχουν λάβει εντολή να παρέχουν δεδομένα σχετικά με τις αμοιβές, τη δραστηριότητα, τα αποτελέσματα και την εμπειρία του ασθενή στον διορισμένο οργανισμό πληροφοριών υγειονομικής περίθαλψης, το «Δίκτυο Πληροφοριών Ιδιωτικής Υγείας» (PHIN), αν και υποβολή δεδομένων για την ιδιωτικά χρηματοδοτούμενη περίθαλψη παραμένει ασυνεπής και κατώτερης ποιότητας από τις υποβολές δεδομένων στο NHS Digital για την δημόσια χρηματοδοτούμενη περίθαλψη (Anderson M.etal., 2020 σ. 34).

Παρά τα σημαντικά διαθέσιμα στοιχεία υγειονομικής περίθαλψης, το Ηνωμένο Βασίλειο έκανε προσπάθειες ώστε να μεγιστοποιήσει τη χρήση των δεδομένων υγειονομικής περίθαλψης για τη βελτίωση της πολιτικής και του σχεδιασμού. Η πρόσφατα δημοσιευμένη Επιτροπή *LSE-Lancet* στο μέλλον του NHS τόνισε πολλά εμπόδια στη συστηματική χρήση δεδομένων για σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας, συμπεριλαμβανομένης της ικανότητας και της τεχνογνωσίας μεταξύ του εργατικού δυναμικού, την περιορισμένη σύνδεση δεδομένων, των μεγάλων καθυστερήσεων στην πρόσβαση σε δεδομένα και υψηλών χρεώσεων πρόσβασης (Anderson M etal., 2021b).

Σχετικά με την πρόσβαση στα δεδομένα, έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες από τις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου προκειμένου να εξορθολογιστούν οι διαδικασίες, όπως για παράδειγμα για την ασφαλή σύνδεση ανωνυμοποιημένων πληροφοριών (SAIL) η οποία αναπτύχθηκε από την Ιατρική Σχολή του Πανεπιστημίου *Swansea* στην Ουαλία (Jonesetal., 2019)και μπορεί πλέον να εξυπηρετεί διευκολύνοντας την πρόσβαση σε συνδεδεμένα δεδομένα κατά μέσο όρο σε δώδεκα εβδομάδες. Επίσης το Health Data Research UK (HDR UK) διευκολύνει την συνεργασία ανάμεσα στις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, συμπεριλαμβανομένης της ανάπτυξης της πλατφόρμας για ασφαλή ηλεκτρονική έρευνα του Ηνωμένου Βασιλείου (χρησιμοποιείται από την τράπεζα δεδομένων SAIL στην Ουαλία) στη Βόρεια Ιρλανδία προκειμένου να διευκολυνθεί η απομακρυσμένη πρόσβαση σε δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης (HDR UK, 2021). Η πανδημία COVID-19 επιτάχυνε επίσης την πρόοδο στις ηλεκτρονικές υπηρεσίες, όπου οι διαδικασίες υποβολής αιτήσεων κάποιες φορές κρίνονταν «χαλαρές» για έργα που υποστήριξαν την αντιμετώπιση της πανδημίας (Sheikhetal., 2021). Επίσης σημαντική επένδυση θεωρείται για την ανάπτυξη ικανοτήτων και εμπειρογνομosύνης μέσω της Ψηφιακής Ακαδημίας NHS και την εισαγωγή νέων ρόλων όπως *Διευθύνοντες Κλινικοί Σύμβουλοι Πληροφοριών* και κλινικοί πληροφορικοί. Παρά τις προκλήσεις που

παρουσιάζονται, παρατηρούνται πολλά επιτυχημένα παραδείγματα χρήσης δεδομένων, τα οποία συλλέγονται σε τακτά διαστήματα για σκοπούς βελτίωσης της ποιότητας στο Ηνωμένο Βασίλειο όπως ως *Εθνικοί Κλινικοί Έλεγχοι*, το πρόγραμμα *Getting it Right the First Time* και το *Πρόγραμμα Παρεμβάσεων* που βασίζονται σε στοιχεία του NHS. Ακόμα γίνονται όλο και περισσότερες προσπάθειες για τη χρήση δεδομένων περίθαλψης που συλλέγονται τακτικά για την ανάπτυξη τεχνολογιών τεχνητής νοημοσύνης (AI), μεταξύ αυτών και του Εργαστηρίου AI NHS, το οποίο ιδρύθηκε από το NHSX το 2019 με χρηματοδότηση 250 εκατομμύρια λίρες (Anderson M. 2022 σ.34-5).

Γ'9 Αξιολόγηση τεχνολογιών υγείας

Σχετικά με τις νέες τεχνολογίες υγείας, παρατηρείται ένα αυστηρό και διαφανές σύστημα υγείας• η αξιολόγηση τεχνολογίας, όπου αναπτύχθηκε στο Ηνωμένο Βασίλειο χρησιμοποιώντας το κόστος ανά QALY και την προσέγγιση κατωφλίου (Charlton, 2020). Στην Αγγλία, η NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κοινωνικής Αριστείας) είναι αρμόδια και αναλαμβάνει αυτή τη λειτουργία, διαθέτοντας αρκετά προγράμματα για αξιολόγηση νέων τεχνολογιών, συσκευών, συμπεριλαμβανομένων φαρμάκων, διαγνωστικών διαδικασιών κ.ά. Όλα τα προγράμματα, εκτός από το *Επεμβατικό Πρόγραμμα Διαδικασιών* (στο οποίο λαμβάνονται υπόψη μόνο κλινικά στοιχεία), εξετάζεται τόσο η κλινική εικόνα, όσο και η σχέση κόστους και αποτελεσματικότητας. Το κύριο χαρακτηριστικό της προσέγγισης της NICE που αφορά τις τεχνολογίες αξιολόγησης, είναι ο υπολογισμός του κόστους αύξησης ανά QALY και κέρδισε, πέρα και πάνω από το τρέχον πρότυπο περίθαλψης και για σύγκριση αυτού το όριο λήψης αποφάσεων, το οποίο επί του παρόντος ορίζεται μεταξύ των 20.000 £ και 30 000 £ ανά QALY (NICE, 2015). Το QALY προορίζεται στο να παρέχει ένα γενικό μέτρο του «κέρδους υγείας», ενώ ταυτόχρονα συνδυάζει δεδομένα που αφορούν την επέκτασή του και την ποιότητα ζωής. Το όριο λήψης αποφάσεων σκοπό έχει να αντιπροσωπεύει το κόστος ευκαιρίας του τρέχοντος περιορισμού του προϋπολογισμού του NHS. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένες πρόσθετες περιστάσεις κάτω από τις οποίες αυτό το όριο μεταβάλλεται, για παράδειγμα για τις θεραπείες που αυξάνουν περισσότερους από 3 μήνες το προσδόκιμο ζωής των ασθενών, οι οποίοι σύμφωνα με την κατάστασή τους δεν έχουν περισσότερους από 24 μήνες ζωής (Bovenberg, Penton & Buyukkaramikli, 2021).

Πρακτικά, αυτό είχε ως αποτέλεσμα η NICE να εκτιμά τα QALY που προστέθηκαν στο τέλος της ζωής ως 2,5 φορές «κανονικά» QALY, γεγονός που συνεπάγεται τη λήψη αποφάσεων με όριο τις 50.000 £ ανά QALY. Σε ορισμένες περιπτώσεις κατά τις οποίες η NICE μπορεί να αποκλίνει από αυτό το όριο, όταν για παράδειγμα κλείνει συμφωνίες διαχείρισης της πρόσβασης με τη φαρμακευτική βιομηχανία οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν

εμπιστευτικές οικονομικές εκπτώσεις ή προϋποθέσεις για τη συλλογή πρόσθετων δεδομένων με σκοπό να καθοριστεί η σχέση κόστους-αποτελεσματικότητας. Η αρμοδιότητα της NICE επεκτείνεται και σε προϋπάρχουσες τεχνολογίες μέσω προγραμμάτων κλινικών κατευθυντήριων οδηγιών, οι οποίες λαμβάνουν υπόψη το κόστος μέσω μιας συστηματικής εξέτασης της βιβλιογραφίας της οικονομικής αξιολόγησης, και εντοπίσουν υποψηφίους για παύση της επένδυσης. Ωστόσο αντίθετα από τα προγράμματα αξιολόγησης της τεχνολογίας, οι συστάσεις δεν κρίνονται υποχρεωτικές για το Υπουργείο Υγείας (Drummond, 2016).

Παρόμοιοι φορείς πραγματοποιούν αξιολόγηση στις τεχνολογίες υγείας σε άλλα μέρη του Ηνωμένου Βασιλείου, κυρίως η *Scottish Medicines Consortium* (SMC) όπως και η *Scottish Health Technologies Group* (SHTG), οι οποίες ανήκουν στο *NHS Health care Improvement Scotland*, της Σκωτίας. Η SMC αξιολογεί τα φάρμακα και η SHTG αξιολογεί τα μη ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Η *All Wales Medicines Strategy Group* (AWMSG) στην Ουαλία, αξιολογεί τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα. Η δικαιοδοσία της AWMSG είναι συμπληρωματική με τη δικαιοδοσία της NICE και περιλαμβάνει μόνο την αξιολόγηση των νέων φαρμακευτικών προϊόντων που δεν περιλαμβάνονται στο 12μηνο πρόγραμμα της NICE (Varnava και λοιποί., 2018). Επιπλέον, η οδηγία της NICE μπορεί να αντικαταστήσει τις συστάσεις της AWMSG (Varnava και λοιποί, 2018). Αντίθετα, το πεδίο της SMC και της SHTG δεν συμπληρώνουν το πεδίο της NICE και κάθε οργανισμός ζητά ξεχωριστές συστάσεις για νέες συσκευές και φαρμακευτικά προϊόντα. Η Βόρεια Ιρλανδία δεν διαθέτει αντίστοιχο φορέα. Αντιθέτως, το Υπουργείο Υγείας της Βόρειας Ιρλανδίας υποστηρίζει την καθοδήγηση της NICE, εκτός εάν διαπιστωθεί ότι δεν μπορεί να εφαρμοστεί σε επίπεδο τοπικό (Anderson M. 2022 σ.39-40).

Γ'10 Εξειδικευμένη φροντίδα

Εξειδικευμένη περίθαλψη παρέχεται σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο από το NHS ή από ανεξάρτητα νοσοκομεία. Στην Αγγλία και τη Βόρεια Ιρλανδία, τα νοσοκομεία που ανήκουν στο NHS ονομάζονται trusts. Τα πιο πολλά νοσοκομεία της Ουαλίας διοικούνται από τα LHBs, εξαιρείται το κορυφαίο αντικαρκινικό κέντρο που βρίσκεται στο Κάρντιφ, το οποίο είναι μέρος ενός NHStrust (Cylusetal., 2015). Στη Σκωτία δεν υπάρχουν trusts από το 2004, αντί αυτών τα συμβούλια υγείας είναι αρμόδια να σχεδιάζουν και να εποπτεύουν τα νοσοκομεία και τα λειτουργικά τμήματα αναλαμβάνουν την καθημερινή τους διαχείριση. Τα foundation trusts βρίσκονται μόνο στην Αγγλία• αυτά είναι ανεξάρτητες εταιρείες οι οποίες διοικούνται σε επίπεδο τοπικό, με σημαντικό έλεγχο των προϋπολογισμών συγκριτικά με τα μη ιδρυματικά ιδρύματα.

Το ανώτατο όριο των εισοδημάτων που μπορούν να δημιουργήσουν τα foundation trusts από ιδιωτικές πηγές, κυμαίνεται προς το παρόν στο 49% του συνόλου των εσόδων (Anderson, M. 2022 σ. 114).

Εξειδικευμένη περιπατητική φροντίδα

Όπως αναφέρθηκε για να λάβουν οι ασθενείς περίθαλψη από ειδικούς γιατρούς πρέπει να παραπέμπονται από γενικό γιατρό. Οι ασθενείς επίσης μπορούν να πληρώσουν ιδιωτικά για μια ιδιωτική διαβούλευση, αλλά πάντα χρειάζονται παραπεμπτικό από τον Γενικό Ιατρό. Οι περισσότερες από τις εξειδικευμένες υπηρεσίες εξω-νοσοκομειακής περίθαλψης διεξάγονται εντός των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων του NHS, αν και πολλά νοσοκομεία του NHS διαθέτουν δορυφορικές κλινικές για την παροχή αυτών των υπηρεσιών πιο κοντά στους ασθενείς. Αυτό ισχύει ιδιαίτερα σε τοποθεσίες του Ηνωμένου Βασιλείου με μεγάλες αγροτικές περιοχές όπως είναι για παράδειγμα η Σκωτία, όπου εκεί έχει καθιερωθεί η χρήση εξ αποστάσεως διαβουλεύσεων όταν βέβαια αυτό ενδείκνυται. Παρομοίως με την Πρωτοβάθμια περίθαλψη, πολλά ραντεβού των εξωτερικών ιατρείων της δευτεροβάθμιας περίθαλψης κατά την περίοδο της πανδημίας COVID-19 πραγματοποιήθηκαν εξ αποστάσεως λόγω πρόληψης της μετάδοσης του κορωνοϊού. Οι επιπτώσεις μετά τις αλλαγές αυτές σε ομάδες ηλικιωμένων ανθρώπων, οι οποίοι θεωρούνται ευάλωτοι στον ψηφιακό αποκλεισμό δεν είναι ακόμη προσδιορισμένες.

Κατά τις τελευταίες δύο δεκαετίες στην Αγγλία έχουν γίνει προσπάθειες για την προώθηση ανταγωνισμού μέσω της διευκόλυνσης επιλογής παρόχου για περιπατητικές υπηρεσίες και εκλεκτική περίθαλψη. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς στην Αγγλία θα έχουν συχνά πρόσβαση σε περίθαλψη σε τοπικά νοσοκομεία του NHS και του ανεξάρτητου τομέα., κάτι που δεν συμβαίνει συνήθως στην Ουαλία, την Σκωτία και την Βόρεια Ιρλανδία, όπου εκεί οι ασθενείς συνήθως λαμβάνουν φροντίδα στο τοπικό νοσοκομείο. Ωστόσο, κατά τη διάρκεια της πανδημίας COVID-19 ορισμένοι ασθενείς σε αυτές τις χώρες παραπέμφθηκαν σε νοσοκομεία σε μεγαλύτερες αποστάσεις λόγω του χαρακτηρισμού ορισμένων νοσοκομείων ως υγειονομικών μονάδων για ασθενείς με COVID-19 (Anderson, M. 2022 σ. 114-5).

Ημερήσια φροντίδα

Εδώ και αρκετές δεκαετίες, στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει διαπιστωθεί μια σημαντική άνοδος του ποσοστού των εκλεκτικών χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιούνται ως περιστατικά ημερήσια και ορίζονται με την εισαγωγή ασθενών για μια προγραμματισμένη χειρουργική επέμβαση, επιστρέφοντας στο σπίτι την ίδια ημέρα. Η αλλαγή αυτή προωθήθηκε μέσα από οικονομικά κίνητρα και κλινική καθοδήγηση, ως ένας μηχανισμός εξοικονόμησης δαπανών για τις υπηρεσίες υγείας (Appleby, 2015 στοAnderson, M. 2022 σ. 114). Συνήθεις περιπτώσεις που διεξάγονται ως ημερήσιες περιπτώσεις περιλαμβάνουν αμυγδαλεκτομές, επέμβαση καταρράκτη, αποκατάσταση βουβωνοκήλης και λαπαροσκοπική χολοκυστεκτομή. Συγκριτικά με άλλες χώρες υψηλού εισοδήματος, το Ηνωμένο Βασίλειο διαθέτει μερικά από τα υψηλότερα ποσοστά ημερήσιων χειρουργικών επεμβάσεων, με ποσοστό 57,4% των αμυγδαλεκτομών και 98,8% των επεμβάσεων καταρράκτη και αφορούν περιστατικά που διεξήχθησαν μέσα στο 2017 (OECD, 2019b στοAnderson, M. 2022 σ. 114). Πολλά νοσοκομεία του NHS έχουν δημιουργήσει μονάδες ημερήσιας χειρουργικής περίθαλψης για να διευκολύνουν την αποτελεσματική παροχή χειρουργικών επεμβάσεων ημέρας. Από τα έτη 2018/2019, το 20% των επεμβάσεων καταρράκτη και το 27% των επεμβάσεων βουβωνοκήλης που χρηματοδοτούνται από το NHS πραγματοποιήθηκαν από τον ανεξάρτητο τομέα στην Αγγλία(Anderson, M. 2022 σ. 115).

Νοσοκομειακή φροντίδα

Η δευτεροβάθμια ενδονοσοκομειακή περίθαλψη παρέχεται είτε επειγόντως είτε κατ' επιλογή. Τα νοσοκομεία του ιδιωτικού τομέα δεν είναι συνήθως επαρκώς εξοπλισμένα για να διαχειριστούν επείγουσα περίθαλψη και αν οι ασθενείς μετά από χειρουργική επέμβαση παρουσιάσουν μετεγχειρητικές επιπλοκές, συνήθως μεταφέρονται σε νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας NHS. Ειδικά στην Ουαλία οι ασθενείς χρησιμοποιούν νοσοκομεία που μπορεί να βρίσκονται στην άλλη άκρη των συνόρων της Αγγλίας, εάν είναι πραγματικά πιο κοντά από το κοντινότερο στην Ουαλία (Cyluset al.,2015Anderson, M. 2022 σ. 116). Στα βόρεια και κεντρικά τμήματα της Ουαλίας, όπου είναι λιγότερος ο πληθυσμός, οι άνθρωποι χρησιμοποιούν τα εξειδικευμένα νοσοκομεία της Αγγλίας όταν κρίνεται

απαραίτητο, ενώ στη νότια Ουαλία όπου ο πληθυσμός είναι πολύ περισσότερος υπάρχει πληρότητα στις εξειδικευμένες υπηρεσίες.

Η διασυνοριακή περίθαλψη μεταξύ Αγγλίας και Ουαλίας διέπεται από μια δήλωση αξιών και αρχών η οποία έχει συμφωνηθεί μεταξύ των δύο χωρών και των κανονισμών που περιέχονται στα πλαίσια του νόμου *Act 2010* και το *Public Sector Equality Duty* περί ισότητας (NHS England & NHS Wales, 2018). Σε αυτούς περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο οι κάτοικοι των παραμεθόριων περιοχών επιλέγουν να λαμβάνουν πρωτοβάθμια ή δευτεροβάθμια περίθαλψη είτε στην Αγγλία είτε στην Ουαλία και ακόμα τις σχετικές οικονομικές ρυθμίσεις για τη περίθαλψη.

Αντιπροσωπευτική είναι η περίπτωση της Βόρειας Ιρλανδίας όπου το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης είναι πολύ μικρό και σε δύσκολες εξειδικευμένες καταστάσεις πρέπει να παραπέμπονται σε άλλα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης του Ηνωμένου Βασιλείου ή της Ιρλανδίας τα οποία είναι εξοπλισμένα για την αντιμετώπιση οποιονδήποτε θεμάτων. Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης προσφέρουν πιο εξειδικευμένες υπηρεσίες, οι οποίες συχνά είναι σε υψηλότερα κόστη. Βρίσκονται γενικά σε περιοχές με μεγαλύτερη πυκνότητα και συχνά συνδέονται με ιατρικές σχολές ή εκπαιδευτικά νοσοκομεία. Οι υπηρεσίες τριτοβάθμιας περίθαλψης συνήθως επικεντρώνονται σε πιο πολύπλοκες περιπτώσεις και σε πιο σπάνιες νόσους και θεραπείες. Σε όλο το Ηνωμένο Βασίλειο παρατηρείται μια τάση συγκέντρωσης της εξειδικευμένης φροντίδας σε λιγότερα κέντρα με σκοπό την βελτιστοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών (Anderson, M. 2022 σ. 116).

Χρηματοδότηση των χωρών – γενικές έννοιες και Συγκριτικός πίνακας

Η έννοια της χρηματοδότησης διακρίνεται σε δύο στάδια της χρηματοδοτικής διαδικασίας: α) την εξωτερική χρηματοδότηση σύμφωνα με την οποία αναφέρονται οι πηγές χρηματοδότησης του συστήματος υγείας και β) την εσωτερική χρηματοδότηση, όπου σύμφωνα με αυτή διαμορφώνονται τα συστήματα αμοιβών των μονάδων υγείας της ΠΦΥ και η εξω-νοσοκομειακή περίθαλψη και ειδικά των μονάδων αποκατάστασης και της μακροχρόνιας φροντίδας υγείας. Οι φορείς της χρηματοδότησης θεωρούνται τα πρόσωπα, ή οι θεσμοί/οργανισμοί που άμεσα ή έμμεσα αναλαμβάνουν την ευθύνη κάλυψης του κόστους των υπηρεσιών υγείας και των χρηματοδοτικών αναγκών διασφαλίζοντας την χρηματοοικονομική ισορροπία αυτών. Στο σύνολό τους οι φορείς χρηματοδότησης διακρίνονται σε δύο κατηγορίες

- ✓ πρωτογενείς φορείς χρηματοδότησης
- ✓ δευτερογενείς φορείς χρηματοδότησης

Σύμφωνα με την παραπάνω διάκριση διαπιστώνεται ότι η προέλευση των πόρων κάθε χρηματοδοτικού συστήματος, ανεξαρτήτου μορφής οργάνωσης προέρχεται πρωτογενώς από ένα σύνολο ιδιωτικών νοικοκυριών και παραγωγικών μονάδων. Επιπλέον στις χώρες που επικρατεί το μοντέλο Bismarck σημαντικό ρόλο ευθύνης φέρουν οι εργοδότες.

Οι Μηχανισμοί και οι τρόποι χρηματοδότησης : Διακρίνονται σε τέσσερις μορφές χρηματοδότησης

- με την καταβολή φόρων προς το Δημόσιο
- με την καταβολή εισφορών
- με την μορφή καταβολής ασφαλιστρού, με ανταποδοτικά περιορισμένο ποσό (Ιδιωτική εθελοντική ασφάλιση – VHI)
- με την μορφή άμεσων / ίδιων πληρωμών του κόστους στους προμηθευτές (*Out-of-pocket*)

Σύμφωνα με τα παραπάνω οι πολίτες δηλαδή τα ιδιωτικά νοικοκυριά (ως ασθενείς/υγιείς, ή ασφαλισμένοι/ανασφάλιστοι, ή φορολογούμενοι) μπορούν να χαρακτηριστούν ως πρωτογενείς φορείς χρηματοδότησης και άρα καταρρίπτεται η φράση της «δωρεάν» παροχής υπηρεσιών υγείας. Η χρηματοδοτική λειτουργία ουσιαστικά εκτελείται στο θεσμικό πλαίσιο των μηχανισμών της ολοκληρωμένης κάλυψης, όπου και αποκαλούνται δευτερογενείς φορείς χρηματοδότησης.

Οι φορείς χρηματοδότησης : αφορούν τους άμεσους και τους έμμεσους φόρους. Οι άμεσοι φόροι αφορούν την φορολογία μισθωτών υπηρεσιών, των εισοδημάτων φυσικών προσώπων και τα εισοδήματα εταιριών. Οι έμμεσοι φόροι αφορούν τους φόρους προστιθέμενης αξίας όπως είναι ο Φ.Π.Α. Μία επιπλέον μορφή ενίσχυσης και συμπλήρωσης εσόδων στις χώρες που βασίζονται κυρίως στις εισφορές από την

Κοινωνική Ασφάλιση υγείας είναι οι στοχοδεσμευμένοι φόροι (earmarkingtaxes) οι οποίοι πρωτίστως εισήχθησαν στην Γαλλία(Μπουρσανίδης 2020 σ.73).

Μορφές Οργάνωσης Χρηματοδότησης και Ασφαλιστικής Κάλυψης

Κύρια πηγή κάλυψης	Μορφή οργάνωσης	Χώρες
Κάλυψη υγείας βάσει κατοικίας	Δημοσιονομικό σύστημα (άμεσοι- έμμεσοι φόροι & ειδικοί φόροι «αμαρτίας»)	Ηνωμένο Βασίλειο, Δανία, Φινλανδία, Ισλανδία, Ιρλανδία, Ιταλία, Νέα Ζηλανδία, Νορβηγία, Πορτογαλία, Ισπανία, Σουηδία,
	Εθνική Ασφάλιση Υγείας (Φορολογία μισθοδοσίας)	Αυστραλία, Καναδάς, Ιρλανδία, Ιταλία, Νέα Ζηλανδία,
Κάλυψη υγείας βάσει εισφορών	Ένα Ταμείο ως Ενιαίος πληρωτής	Εσθονία, Ελλάδα (α), Ουγγαρία, Κορέα, Λουξεμβούργο, Πολωνία, Σλοβενία, Τουρκία
	Πολλαπλοί ασφαλιστές- Ταμεία, με αυτόματη σύνδεση	Αυστρία, Βέλγιο, Γαλλία, Ιαπωνία, Μεξικό (β)
	Πολλαπλοί ασφαλιστές- Ταμεία, με επιλογή Ταμείου	Χιλή, Τσεχία, Γερμανία, Ισραήλ, Ολλανδία, Σλοβακική Δημοκρατία, Ελβετία, Ηνωμένες Πολιτείες

ΕΣΔΔΑ 2020 - Χρήστος Μπουρσανίδης

Εικόνα 3 Εθνική Ασφάλιση Υγείας: *Χρηματοδοτείται από εισφορές μισθοδοσίας (payrollcontribution-financedhealthsystem)*

Πηγή: Οργάνωση συστημάτων Υγείας Χ. Μπουρσανίδης ΕΣΔΔΑ σ. 76

ΚΕΦΑΛΑΙΟ Δ΄ Οι κυριότερες μεταρρυθμίσεις στον κλάδο της Υγείας

Δ΄1. Το Βρετανικό μοντέλο κοινωνικής ασφάλειας

Το Βρετανικό μοντέλο κοινωνικής ασφάλειας θεωρείται χαρακτηριστικό υπόδειγμα «επικουρικών παρεμβάσεων υπολειμματικού τύπου» • στοχεύει στην καταπολέμηση της εισοδηματικής στέρησης και του αποκλεισμού των ευπαθών ομάδων του πληθυσμού της χώρας. Αρμόδιο για τις πολιτικές υγείας σε επίπεδο κεντρικής διοίκησης και κοινωνικής φροντίδας είναι το Υπουργείο Υγείας (*DepartmentforHealth*) και αρμόδιο για την

εισοδηματική ενίσχυση ατόμων με ανεπαρκείς πόρους και πολιτικές απασχόλησης είναι το *Υπουργείο Εργασίας και Συντάξεων*. Ωστόσο μέρος των εξουσιών της κεντρικής κυβέρνησης είναι εκχωρημένο με ενισχυμένη αυτονομία στις τοπικές αρχές της Σκωτίας, της Ουαλίας και της Β. Ιρλανδίας. Πιο συγκεκριμένα οι *Αποκεντρωμένες Διοικήσεις (devolved administrations)* στο πεδίο των προνοιακών πολιτικών εκπονούν και υλοποιούν τοπικά σχέδια δράσης, ενώ ο γενικός προσανατολισμός τίθεται από την κυβέρνηση συμπληρώνοντας την δράση των αυτόνομων διοικήσεων (Αμίτσης, σ.228-9).

Το Ηνωμένο Βασίλειο από τις αρχές της δεκαετίας του 2010 παρατηρείται ότι υιοθετεί «*μία σαφή στοχοθεσία και όχι μια ολοκληρωμένη στρατηγική ενεργητικής ένταξης*» (Αμίτσης Γ., σ.229) στο (J .Bradshaw and R. Sainsbury, *Assessment of the implementation of the EC Recommendation on Active Inclusion: a study of national policies – Country Report – United Kingdom, EU Network of Independent Experts on Social Inclusion*, 2012 σ.9)}. Πυρήνας της εθνικής στρατηγικής είναι η ενίσχυση κάθε ατόμου με ίσες ευκαιρίες στην υγεία, στην επαγγελματική και κοινωνική πρόοδο, ενώ δίνεται έμφαση στην άμβλυνση «αρνητικών συμπεριφορών» το οποίο αφορά άτομα με προβλήματα εξάρτησης, ή πλημμελή άσκηση γονεϊκών καθηκόντων ή κρίση οικογενειών, προκειμένου να αποφευχθεί η φτώχεια και ο κοινωνικός αποκλεισμός (Αμίτσης, σ.229)⁹.

Το Υπουργείο Κοινοτήτων και Τοπικής Αυτοδιοίκησης (Department for Communities & Local Government) εκπόνησε και υλοποίησε (2012) σε συνεργασία με τους Ο.Τ.Α. την εξασφάλιση στέγασης ηλικιωμένων και ΑμΕΑ και την μείωση των αστέγων μέσω προγραμμάτων περίθαλψης και εισοδηματικής ενίσχυσης (*Supporting People Programme/Homelessness grants*). Κατόπιν διαβουλεύσεων το Κοινοβούλιο υιοθέτησε στις 8.3.2012 το Νόμο για την Μεταρρύθμιση του Προνοιακού Συστήματος (Welfare Reform Act 2012) δίνοντας αφενός στις τοπικές αρχές τις αρμοδιότητες για την διαχείριση των προγραμμάτων επιδοματικής στήριξης φτωχών ατόμων και αφετέρου την αναμόρφωση των προγραμμάτων εισοδηματικής ενίσχυσης αναπήρων, απόρων και παιδιών με κύριο μέλημα την απλοποίηση του συστήματος και την ενεργοποίηση των ληπτών (Αμίτσης, 2014, σ. 234).

⁹Αμίτσης, Γ. 2014 σ.229-30: Η υφιστάμενη Κυβέρνηση συνασπισμού των Συντηρητικών και Φιλελευθέρων στα πλαίσια της κοινωνικής προστασίας αποτύπωσε την *Στρατηγική για την Κοινωνική Κινητικότητα* στην Έκθεση η οποία δημοσιεύθηκε τον Απρίλιο του 2011 με τίτλο: «*Ανοίγοντας Πόρτες, Σπάζοντας Φραγμούς: Μία Στρατηγική για την Κοινωνική Κινητικότητα*». Η συγκεκριμένη στρατηγική οριοθετείται με βάση τον κύκλο ζωής των ατόμων α) Κατά την προσχολική ηλικία, β) Κατά την σχολική ηλικία, γ) Κατά τη νεαρή ηλικία, δ) Κατά την ενήλικη φάση ζωής.

Δ'2. Σύστημα κατοχύρωσης ποιότητας υπηρεσιών του Ηνωμένου Βασιλείου

Τα 150 Τοπικά Συμβούλια (*Local Councils*) είναι αρμόδια για την οργάνωση και την διαχείριση του συστήματος κοινωνικής φροντίδας, τα οποία αξιολογούν τις αιτήσεις των ενδιαφερομένων σε τοπικό επίπεδο. Μια επιτροπή στελεχωμένη από άτομα της τοπικής αυτοδιοίκησης επιλέγει τους δικαιούχους με βάση τα περιουσιακά και οικονομικά κριτήρια. Η ποιότητα των κοινωνικών υπηρεσιών στο Ηνωμένο Βασίλειο έχει θεσπιστεί το 2000 με το «*Νόμο περί Προτύπων Φροντίδας*» (*Care Standards Act*). Αρμόδια ως «*ανεξάρτητο ρυθμιστικό σώμα*» είναι η «*Εθνική Επιτροπή Προτύπων Φροντίδας*» (*National Care Standards Commission*).

Η NCSC ελέγχει και πιστοποιεί τους φορείς που θέλουν να προσφέρουν υπηρεσίες όπως είναι το δημόσιο, ιδιωτικό και εθελοντικό αξιολογώντας τα οικονομικά, τον τρόπο λειτουργίας, τα ποιοτικά πρότυπα, καθώς και το επίπεδο εκπαίδευσης του προσωπικού.

Επίσης το Ηνωμένο Βασίλειο υιοθέτησε ένα ειδικό μοντέλο, για την διεξαγωγή εθνικών ερευνών ποιότητας (*national quality surveys*) σε συγκεκριμένο δείγμα πληθυσμού. Ουσιαστικά πρόκειται για ένα μηχανισμό διεξαγωγής ετήσιων ερευνών του Υπουργείου Υγείας, που στοχεύει στην καταγραφή απόψεων των χρηστών, τον βαθμό ικανοποίησής τους και τους παράγοντες που την επηρεάζουν.

Το 2001 πραγματοποιήθηκε η εκπόνηση (για πρώτη φορά) από το Υπουργείο Υγείας του *Εθνικού Πλαισίου Υπηρεσιών για τους Ηλικιωμένους* (*National Service Framework for Older People*) προκειμένου να καθοριστούν εθνικές προδιαγραφές για τις υπηρεσίες υγείας και κοινωνικής φροντίδας για την τρίτη ηλικία, θεσπίζοντας δράσεις «ενδιάμεσης φροντίδας» οι οποίες εξασφαλίζουν υπηρεσίες κατ' οίκον υγειονομικού και κοινωνικού χαρακτήρα. Κύριος στόχος είναι η υποστήριξη και φροντίδα ηλικιωμένων ατόμων ώστε να διαβιούν στην κατοικία τους με ανεξαρτησία, αποτρέποντας έτσι την άσκοπη εισαγωγή-παραμονή σε νοσοκομειακές μονάδες (*Department of Health, Care Homes for Older People – National Minimum Standards, Care Homes Regulations, 2001* στο Αμίτσης Γ. 2014, σ. 236-7).

Το Υπουργείο Υγείας με γνώμονα την αντιμετώπιση και αποφυγή γεωγραφικών ανισοτήτων στην παροχή κοινωνικών υπηρεσιών, οι οποίες προκύπτουν από διαφορετικές χρηματοδοτήσεις ή πολιτικές επιλογές των τοπικών αρχών, εξέδωσε το 2003 έναν Οδηγό με την ονομασία «*Δικαιότερες πολιτικές χρέωσης τελών για τη φροντίδα στο σπίτι και άλλες κοινωνικές υπηρεσίες – Καθοδήγηση για τα Συμβούλια Κοινωνικών Υπηρεσιών*» σύμφωνα με το άρθρο 7 του *περί Τοπικής Αυτοδιοίκησης και Κοινωνικών Υπηρεσιών Νόμου* του 1970 και επιπλέον το 2009 πραγματοποίησε μία οριζόντια μεταρρύθμιση του συστήματος κοινωνικής φροντίδας με σκοπό την ενίσχυση εν τέλει των συμπράξεων δημόσιου και ιδιωτικού τομέα

και στοχεύοντας ταυτόχρονα στον περιορισμό των παρεμβάσεων των Οργανισμών Τοπικής Αυτοδιοίκησης για την προστασία των ευπαθών ομάδων(Αμίτσης Γ. 2014, σ. 237-8).

Δ'3. Οι κυριότερες Μεταρρυθμίσεις συνοπτικά στο Ηνωμένο Βασίλειο

Μετά την αποκέντρωση στα τέλη της δεκαετίας του 1990, η Πολιτική Δημόσιας Υγείας, ξεκίνησε να ποικίλλει στις επιμέρους χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, με την Σκωτία και την Ουαλία να αποξηλώνουν την εσωτερική αγορά και την Αγγλία να δίνει περισσότερη έμφαση στην επιλογή και τον ανταγωνισμό ως μοχλούς βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Στην Αγγλία, η *Health and Social Care Act* του 2012 ενίσχυσε τον ρόλο της εσωτερικής αγοράς, καθιστώντας τα τοπικά CCG αρμόδια για την εύρυθμη λειτουργία των περισσότερων υπηρεσιών υγείας.

Μεγαλύτερη σημασία δόθηκε στην ενσωμάτωση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής πρόνοιας κατά την διάρκεια της προηγούμενης δεκαετίας και τα CCG σύντομα αντικαταστάθηκαν από τα ICStα οποία καθίστανται υπεύθυνα στο εξής για την παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας σε τοπικούς πληθυσμούς ενός έως και τριών εκατομμυρίων ανθρώπων.

Η κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου επίσης δημοσίευσε μια *Λευκή Βίβλο* για την κοινωνική φροντίδα (Δημόσια Υγεία) που περιλαμβάνει ένα σχέδιο εισαγωγής ανώτατου ορίου στο κόστος της κοινωνικής φροντίδας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής ενός ατόμου, στις 86.000£ από το 2023.

Στην Σκωτία, η νομοθεσία κατά τη διάρκεια των δύο προηγούμενων δεκαετιών έχει επικεντρωθεί στο να δημιουργηθούν οργανισμοί που θα διευκόλυναν την συντονισμένη εργασία για την δημόσια υγεία μεταξύ του Κεντρικού Συστήματος Υγείας (NHS) και των τοπικών αρχών καθώς και την ευθύνη διαχείρισης κοινών προϋπολογισμών για τους τοπικούς πληθυσμούς.

Οι «*Έξι προτεραιότητες για την δημόσια υγεία*» δημοσιεύθηκαν το 2018 οι οποίες συμφωνήθηκαν από κοινού από την Σκωτσέζικη κυβέρνηση και την Σύνοδο Σκωτσέζικων Τοπικών Αρχών έχοντας συμπεριλάβει ολόκληρη την επικράτεια της Σκωτίας για να αναπτύξουν έναν αριθμό προτεραιοτήτων για το σύστημα καθολικά. Αντιπροσώπευσαν την επικέντρωση των δημόσιων υπηρεσιών στην βελτίωση της υγείας του πληθυσμού την μείωση ανισοτήτων και την αύξηση του υγιούς προσδόκιμου ζωής. Το Σκωτσέζικο Σύστημα Υγείας, από την ίδρυσή του το 2020 θεωρείται ως ο κορυφαίος εθνικός οργανισμός για την βελτίωση και την προστασία της υγείας και της ευζωίας όλων των πολιτών της Σκωτίας.

Στην Σκωτία και την Ουαλία, διενεργείται διαβούλευση για την ανάπτυξη ενός «Εθνικού Συστήματος Υγείας» για την κοινωνική φροντίδα στην Σκωτία, έτσι ώστε να θέσει την κοινωνική φροντίδα στο ίδιο επίπεδο με το NHS, με την ευθύνη για την δημόσια υγεία να μετακινείται από την τοπική, στην κεντρική κυβέρνηση.

Στην Ουαλία, η «Πράξη για τις κοινωνικές υπηρεσίες και την ευζωία» του 2014, καθιέρωσε τοπικά συμβούλια συνεργασίας που ευθύνη είχαν τον σχεδιασμό και την ανάπτυξη τοπικών υπηρεσιών για την βελτίωση της υγείας και της ευζωίας στην περιοχή ευθύνης τους.

Η δια τμηματική συνεργασία έχει τονιστεί ακόμη περισσότερο από την «Πράξη για την ευζωία των μελλοντικών γενεών» του 2015 η οποία καθιέρωσε το καθήκον των δημόσιων οργάνων να αναλογίζονται των μακροπρόθεσμων συνεπειών των αποφάσεών τους επί της υγείας και της ευζωίας μακροπρόθεσμα καθώς και να εισφέρουν στα Διοικητικά Συμβούλια δημοσίων υπηρεσιών ώστε να παράγουν ετήσιους σχεδιασμούς που θα συμβαδίζουν με το σύνολο των εθνικών κανόνων για την ευζωία.

Στην Βόρεια Ιρλανδία, η πρόοδος προς ένα δεκαετές σχέδιο που δημοσιεύθηκε το 2016 και στοχεύει στην ενδυνάμωση των υπηρεσιών πρόληψης, παρέχει περισσότερη υποστήριξη στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, εξελίσσει νέα πρότυπα νοσοκομειακής και κοινοτικής φροντίδας, έχει εμποδιστεί από περιορισμένη χρηματοδότηση, την αναστολή του Κοινοβουλίου της Βόρειας Ιρλανδίας μεταξύ 2017 και 2020, καθώς και την εμφάνιση της πανδημίας του COVID-19.

Διενεργείται αυτή τη στιγμή, διαβούλευση σχετικά με την εξέλιξη ενός νέου προτύπου σχεδιασμού για την Βόρεια Ιρλανδία, επικεντρωμένο γύρω από τη δημιουργία πέντε «Συμβουλίων Ενσωμάτωσης Περιοχών Συνεργασίας» που θα είναι υπεύθυνα για την βελτίωση της υγείας και της ευζωίας των τοπικών πληθυσμών με την πρόοδο να ελέγχεται από προσυμφωνημένους δείκτες απόδοσης σε εθνικό επίπεδο.

Η πανδημία του COVID-19 παρατηρείται ότι είναι υπεύθυνη για σοβαρές διολισθήσεις σε στόχους που έχουν περιγραφεί σε εθνικές στρατηγικές και σχεδιασμούς οι οποίες οδηγούν σε ολοένα αυξανόμενα προβλήματα όπως είναι η επιλεκτική νοσηλεία, το μειωμένο προσδόκιμο ζωής και οι αυξανόμενες ανισότητες. Από την άλλη πλευρά διαπιστώνεται ότι η πανδημία έφερε σημαντικές εξελίξεις, καθώς επιτάχυνε την χρήση της τηλε-ιατρικής, διαδικτυακά εργαλεία πρόσβασης σε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και μεγαλύτερη ενσωμάτωση υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής φροντίδας. (AndersonM. σ.135-6)

Δ'4. Ρύθμιση και διαχείριση των φαρμακευτικών προϊόντων πριν και μετά την αποχώρηση του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση (Ιανουάριος 2021)

Η παρασκευή, η αδειοδότηση και η ρύθμιση των φαρμάκων και ο έλεγχος των τιμών τους γίνονται σε εθνικό επίπεδο (Cylus κ.ά., 2015). Από την 1η Ιανουαρίου 2021, μετά την αποχώρηση του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση, ο *Ρυθμιστικός Οργανισμός Φαρμάκων και Προϊόντων Υγείας* (MHRA) έγινε αυτόνομος ρυθμιστής φαρμάκων και ιατροτεχνολογικών προϊόντων του Ηνωμένου Βασιλείου. Προηγουμένως, τα φάρμακα μπορούσαν να κυκλοφορήσουν στο Ηνωμένο Βασίλειο μέσω της κεντρικής διαδικασίας αδειοδότησης του *Ευρωπαϊκού Οργανισμού Φαρμάκων* Ε.Ο.Φ. (Criado και Bancsi, 2021). Ο MHRA είναι εκτελεστικός οργανισμός του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας (DHSC), ο οποίος εγκρίνει κλινικές δοκιμές φαρμάκων, αξιολογεί τα αποτελέσματα των δοκιμών, παρακολουθεί την ασφάλεια και την ποιότητα των προϊόντων και μπορεί να αφαιρέσει προϊόντα από την αλυσίδα εφοδιασμού εάν βρει επαρκή στοιχεία ακαταλληλότητας (Anderson M. σ.40-1).

Οι «*Κανονισμοί των Φαρμάκων*» (που προορίζονται για ανθρώπινη χρήση) του 2012 είναι η κύρια νομοθεσία που διέπει τα φάρμακα και στις τέσσερις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου, αντικαθιστώντας τον προηγούμενο νόμο του 1968 για τα φάρμακα. Οι κανονισμοί αφορούν διαδικασίες για την έγκριση φαρμάκων για χρήση σε ανθρώπους, για την εισαγωγή, τη διανομή, την παρασκευή, την πώληση και την προμήθεια αυτών των σκευασμάτων, για την επισήμανση και τη διαφήμισή τους και για τη φαρμακο-επαγρύπνηση (Κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, 2021γ). Συγκεκριμένα παρατηρούμε ότι υπάρχουν τρεις τύποι φαρμακευτικών προϊόντων:

- αυτά που ανήκουν στη Γενική Λίστα Πωλήσεων, δεν χρειάζονται φαρμακοποιοί και πωλούνται στα καταστήματα,
- αυτά που διανέμονται από τους φαρμακοποιούς αποκλειστικά και
- αυτά που χορηγούνται μόνο με ιατρική συνταγή (συνταγογραφημένα)

Υπάρχει μια φόρμουλα με αδειοδοτημένα φάρμακα, γνωστή ως *British National Formulary*, η οποία περιέχει φάρμακα διαθέσιμα, τον τρόπο χορήγησης-δοσολογίας, τις γνωστές παρενέργειες και την ανάγκη παρακολούθησης. Οι επαγγελματίες υγείας έχουν καθήκον να αναφέρουν ύποπτες ανεπιθύμητες ενέργειες στον *MHRA* μέσω του *Σχεδίου* της «*Κίτρινης Κάρτας*», το οποίο αποτελεί ένα σύστημα καταγραφής ανεπιθύμητων συμβάντων με φάρμακα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα στο Ηνωμένο Βασίλειο (MHRA, 2021). Απαγορεύεται ρητά από τη νομοθεσία η διαφήμιση των συνταγογραφούμενων φαρμάκων και οι διαφημίσεις για μη συνταγογραφούμενα φάρμακα ελέγχονται αυστηρά.

Τα φαρμακεία στην Αγγλία και την Ουαλία αποζημιώνονται μέσω των υπηρεσιών συνταγογράφησης του Υπουργείου Υγείας, οι οποίες ανήκουν στην *Αρχή Επιχειρηματικών Υπηρεσιών* του Υπουργείου Υγείας, σύμφωνα με το *NHS Drug Tariff* (NHS Business Service Authority, 2021). Παρόμοιο σύστημα επικρατεί και στη Βόρεια Ιρλανδία, του οποίου η διεύθυνση ανήκει στον οργανισμό *Επιχειρηματικών Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας* (*Health and Social Care Business Services Organisation*) και στη Σκωτία ανήκει η διεύθυνση στην *Γενική Ιατρική Διεύθυνση* (*Chief Medical Officer Directorate*). Το τιμολόγιο φαρμάκων του Υπουργείου Υγείας (NHS Drug Tariff) αναφέρει τα επίπεδα αποζημίωσης για φάρμακα και ιατροτεχνολογικά προϊόντα που παρέχονται στους ασθενείς και κανόνες που πρέπει να ακολουθούνται κατά τη χορήγηση. Μέσα σε αυτό περιλαμβάνεται μια μαύρη λίστα με φαρμακευτικά προϊόντα που δεν επιτρέπεται να συνταγογραφούνται ή να παρέχονται σε ασθενείς και ακόμα υπάρχει μια γκρίζα λίστα με φαρμακευτικά προϊόντα που επιτρέπεται η συνταγογράφησή τους κάτω από ορισμένες συνθήκες ή για ορισμένες ομάδες ασθενών ή μόνο σε κάποιες ιδιαίτερες περιπτώσεις. Τα φαρμακεία παροτρύνονται για την προμήθεια φαρμάκων σε φθηνότερες τιμές από τα επίπεδα αποζημίωσης που ορίζονται στο τιμολόγιο φαρμάκων του NHS, επειδή μπορούν να διατηρήσουν τη διαφορά ως κέρδος. Ωστόσο, υπάρχει ένας μηχανισμός αυτόματης περικοπής υπερβάσεων στις δαπάνες με σκοπό να διασφαλιστεί ότι το ένα τμήμα της διαφοράς μεταξύ της τιμής που καταβάλλεται για τα φάρμακα από το φαρμακείο και αυτό που επιστρέφεται, επιστρέφει στο Υπουργείο Υγείας. Αν και ο μέσος όρος του μηχανισμού αυτού δεν αναφέρεται σε όλα τα φάρμακα, σύμφωνα με την *Επιτροπή Διαπραγμάτευσης των Φαρμακευτικών Υπηρεσιών* (Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC) είναι περίπου 8% (PSNC, 2021 στο Anderson, 2022 σ.41).

Επιπλέον το DHSC επιστρέφει ένα μέρος των φαρμακευτικών δαπανών του Υπουργείου Υγείας μέσω του Εθελοντικού Σχεδίου Τιμολόγησης και Πρόσβασης σε Επώνυμα Φάρμακα (*Voluntary Scheme for Branded Medicines Pricing and Access, VPAS*), ανάλογα με τα περιθώρια κέρδους της φαρμακευτικής βιομηχανίας (DHSC και ABPI, 2018). Το 2020, αυτό έφτασε στο ποσό των 594 εκατομμυρίων λιρών, από 844 εκατομμύρια λίρες στο προηγούμενο έτος (Κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, 2021g). Το VPAS και ο προκάτοχός του, το Σχέδιο Ρύθμισης Τιμών Φαρμάκων αναπτύχθηκε για τον περιορισμό του κόστους φαρμακευτικών προϊόντων με τρόπους που δεν θα υπονομεύουν τα εθνικά συμφέροντα στον φαρμακευτικό τομέα. Βάζουν ένα όριο στα κέρδη που μπορούν να αποκομίσουν μεμονωμένες εταιρείες από την προμήθεια φαρμάκων στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, γεγονός που εκτιμάται ότι επιτρέπει την απόδοση κεφαλαίου εντός ορισμένων ορίων. Ωστόσο, οι καινοτόμοι μπορούν ελεύθερα να καθορίζουν τις τιμές των νέων προϊόντων. Τα

γενόσημα φάρμακα δεν ανήκουν στο VPAS. Οι τιμές των γενόσημων επιτρέπεται να μεταβάλλονται, ώστε να αντικατοπτρίζουν τη μέση τιμή αγοράς των κατασκευαστών ή εμπόρων μετά την έκπτωση. Οι κατασκευαστές γενόσημων ρυθμίζονται σύμφωνα με την αντιανταγωνιστική νομοθεσία, η οποία επιβάλλεται από την Αρχή Αγοράς και Ανταγωνισμού.

Το VPAS περιλαμβάνει επίσης μια σειρά μέτρων για να στηρίξει την καινοτομία του Εθνικού Συστήματος Υγείας και τα καλύτερα αποτελέσματα των ασθενών μέσω βελτιωμένης πρόσβασης σε νέα και οικονομικά φάρμακα (DHSC & ABPI, 2018). Ένα από αυτά είναι οι δεσμεύσεις από τη NICE για την ταχεία αξιολόγηση νέων φαρμάκων. Ο «*Accelerated Access Collaborative*», αποτελεί μια συνεργασία ανάμεσα στο Εθνικό Σύστημα Υγείας, τη NICE και την φαρμακευτική βιομηχανία, που ιδρύθηκε το 2018, λειτουργεί για να επιτύχει αυτούς τους στόχους, εντοπίζοντας φάρμακα που θεωρούνται ιδιαίτερα αποδοτικά από οικονομικής άποψης και να χαρακτηριστούν ως «*προϊόντα ταχείας ενημέρωσης*» τα οποία μπαίνουν σε προτεραιότητα για ευρεία απορρόφηση σε όλο γενικά το Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS England, 2021m). Υπάρχει επίσης ένα σύστημα MHRA, το *Πρόγραμμα Πρόιμης Πρόσβασης στα Φάρμακα*, για την επιτάχυνση της έγκρισης φαρμάκων που δεν διαθέτουν ακόμη άδεια κυκλοφορίας όταν υπάρχει σαφής ιατρική ανάγκη για ασθενείς που απειλείται η ζωή τους (Κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου, 2021a). Μέσω αυτού του προγράμματος, οι ασθενείς μπορούν να έχουν πρόσβαση σε καινοτόμα φάρμακα έως και 12 με 18 μήνες πριν από τη λήψη της επίσημης άδειας κυκλοφορίας (Anderson M. 2022, σ.41 - 42).

Δ' 5. Ρύθμιση για προϊόντα ιατροτεχνολογικά και ιατρικά βοηθήματα

Το MHRA θεωρείται υπεύθυνο για την αξιολόγηση της ασφάλειας των νέων ιατροτεχνολογικών προϊόντων, τήρηση ελέγχων και επαγρύπνηση μετά την αγορά. Αν και είναι υποχρεωτικό αυτό, όλα τα ιατροτεχνολογικά προϊόντα, συμπεριλαμβανομένων των *in vitro* διαγνωστικών ιατροτεχνολογικών προϊόντων που τοποθετούνται στην αγορά του Ηνωμένου Βασιλείου, πρέπει να έχουν εγγραφεί στο MHRA και είναι ή δεν είναι υποχρεωτικό να περνούν από αξιολόγηση τεχνολογίας υγείας πριν φτάσει στην αγορά. Το 2010, η NICE παρουσίασε το *Medical*, ένα Πρόγραμμα Αξιολογήσεων Τεχνολογιών για την αξιολόγηση της σχέσης κόστους/αποτελεσματικότητας στις νέες ιατρικές τεχνολογίες (NICE, 2021). Οι κατασκευαστές μπορούν να προσφέρουν εθελοντικά ιατρικές τεχνολογίες. Για παράδειγμα μία συσκευή τους μπορεί να αποδειχθεί ότι μειώνει το κόστος του NHS, με εναλλαγή φροντίδας από ενδονοσοκομειακή σε εξωτερική (περιπατητική) βάση.

Η προμήθεια ιατροτεχνολογικών προϊόντων και βοηθημάτων στην Αγγλία και την Ουαλία πραγματοποιείται από παρόχους υγειονομικής περίθαλψης μέσω ενός κεντρικού εφοδιασμού NHS μια υπηρεσία αλυσίδας, η οποία ασχολείται με την προμήθεια και την παράδοση μιας μεγάλης γκάμας προϊόντων. Από το έτος 2018, εταιρείες logistics και η επιχειρησιακή διαχείριση του NHS υπηρεσία «*Supply Chain*» παρέχεται από το *SupplyChain Coordination Limited*, η οποία είναι ένας οργανισμός που ανήκει εξ ολοκλήρου στον Υπουργό Υγείας και την Κοινωνική φροντίδα.

Στη Σκωτία, για τις προμήθειες ασχολείται το NHS National , Υπηρεσία στη Σκωτία και στη Βόρεια Ιρλανδία από τις *Προμήθειες και Επιμελητεία Υπηρεσία* και αποτελεί μέρος του *Οργανισμού Επιχειρηματικών Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Φροντίδας*.

Κατά τα τελευταία χρόνια, γίνονται προσπάθειες ώστε να προωθηθεί η υιοθέτηση των πιο αποδοτικών οικονομικά ιατρικών τεχνολογιών στο NHS. Αυτό περιλαμβάνει την εισαγωγή της Εντολής Χρηματοδότησης *MedTech* από τον Απρίλιο του 2021, μία δέσμευση του NHS της Αγγλίας να δοθεί στους ασθενείς πρόσβαση σε επιλεγμένες εξοικονομήσεις κόστους, εγκεκριμένες συσκευές από τη NICE, διαγνωστικά και ψηφιακά προϊόντα με πιο σύντομες χορηγήσεις (NHS England, 2021k). Η *Εντολή* στοχεύει στο να κατευθύνει το NHS στο ποιες ιατρικές τεχνολογίες είναι αποτελεσματικές και πιθανόν να προσφέρουν εξοικονόμηση επενδύσεων με τη διάδοση των ιατρικών τεχνολογιών που παρακολουθούνται σε τοπικό επίπεδο. Τα κριτήρια για την δυνατότητα ένταξης στην εντολή χρηματοδότησης της *MedTech* περιλαμβάνει μια θετική σύσταση από τη NICE, την εκτιμώμενη εξοικονόμηση πόρων στο NHS άνω του 1 εκατομμυρίου £ σε 5 χρόνια και ο αντίκτυπος του προϋπολογισμού στο NHS δεν πρέπει να ξεπερνά τα 20 εκατομμύρια £ σε κανένα από τα πρώτα 3 χρόνια (NHS England, 2021k στο ANDERSONM. 2022, σ. 43/44).

Δ'6 - Σύγκριση με άλλες χώρες της Ευρώπης

Το σύστημα υγείας στην Γερμανία

Η Γερμανία ήταν η χώρα που εγκαθίδρυσε για πρώτη φορά στην Ευρώπη σύστημα κοινωνικής ασφάλισης. Κύρια χαρακτηριστικά του συστήματος υγείας της Γερμανίας αποτελεί η συνύπαρξη ιδιωτικού και δημόσιου τομέα έχοντας πολυδιάστατο χρηματοδοτικό σύστημα, εξαρτημένο από το κράτος. Ο επιβαρυντικός τρόπος ζωής των Γερμανών και οι βλαπτικές συνήθειές τους επηρεάζουν αρνητικά την υγεία τους και το υγειονομικό σύστημά τους. Στόχος της κυβέρνησής τους μακροπρόθεσμα, είναι η ανάγκη σχεδιασμού ενός φιλικότερου συστήματος ως προς την πρόληψη και την εκπαίδευση των πολιτών σε ζητήματα υγείας. Σύμφωνα με τη μελέτη του Π. Αντωνίου κ.ά., από το έτος 2008 έως και το 2018 το

προσδόκιμο επιβίωσης των Γερμανών αυξήθηκε από τα 80,2 έτη στα 81,1. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία (κατά κεφαλήν) για το έτος 2008 προσεγγίζουν τα 2.968 \$, για το έτος 2016 αγγίζουν τα 4.674 \$, αποδεικνύοντας μία αυξητική τάση (Αντωνίου κ.ά., 2021, 589).

Πιο συγκεκριμένα στην Γερμανία η πρωτοβάθμια περίθαλψη παρέχεται από ιδιώτες γιατρούς κυρίως, με το 75% αυτών να διατηρούν το δικό τους ιατρείο και το 25% να συστεγάζονται με άλλους συναδέλφους αυτών. Μόνο το 5% των γιατρών έχουν τη δυνατότητα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο. Ο κάθε ασφαλισμένος μπορεί να επιλέξει ελεύθερος τον γιατρό του μέσα από μία κατάσταση των συμβεβλημένων από το ασφαλιστικό του ταμείο. Παράλληλα έχει την δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και σε συμβεβλημένους ιατρούς με ειδικότητες. Οι ανασφάλιστοι ασθενείς δεν μειονεκτούν, απολαμβάνουν την ίδια περίθαλψη με τους ασφαλισμένους. Πολύ σημαντική κρίνεται η εφαρμογή των προγραμμάτων που πραγματοποιούνται για την προληπτική ιατρική σε συγκεκριμένες περιπτώσεις και ασθένειες. Επίσης οι οικογενειακοί-γενικοί γιατροί συμμετέχουν και στην κοινωνική ιατρική, στην διαχείριση κινδύνων για την υγεία που έχουν σχέση με το περιβάλλον εργασίας και την συμβουλευτική αγωγή, στην κάλυψη εκτάκτων αναγκών. Οργανισμοί κερδοσκοπικοί και μη είναι αυτοί που παρέχουν την κοινωνική φροντίδα και την εξω-νοσοκομειακή νοσηλευτική. Οι μη κερδοσκοπικοί οργανισμοί είναι έξι• πιθανό να ανήκουν στην εκκλησία ή σε ομάδες εργαζομένων ή σε τοπικές κοινότητες. Οι κύριοι φορείς παροχής φροντίδας αποτελούνται από τέσσερις κατηγορίες με διαφορετικό είδος υπηρεσιών η κάθε μία: προσωπικές, οικιακής φροντίδας, νοσηλευτικές, ή συνδυαστικά κάποιες από αυτές. Πολύ καλή οργάνωση έχουν οι κερδοσκοπικοί οργανισμοί σαν ένα καλά οργανωμένο δίκτυο με παροχές νοσηλείας στο σπίτι και γενικά βοηθητικές υπηρεσίες. Το μοντέλο μακροχρόνιας φροντίδας κρίνεται ως ιατροκεντρικό και κινείται στην πρωτοβάθμια περίθαλψη, αυτός είναι ο λόγος που σχεδιάζουν θεσμικές αλλαγές προκειμένου να εφαρμοστεί ένα ολοκληρωμένο μοντέλο μακροχρόνιας περίθαλψης. Όλες αυτές οι υπηρεσίες συνδέονται άμεσα με το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, αλλά ταυτόχρονα λειτουργούν και εθελοντικές (Charitable), ή, και κερδοσκοπικές. Ο Techniker Krankenkasse είναι ασφαλιστικός οργανισμός (δεύτερος σε μέγεθος), εφάρμοσε ένα πρόγραμμα «καθοδηγητών» υγείας (Healthy Coaching) το έτος 2008 για άτομα που πάσχουν από καρδιακή ανεπάρκεια. Το πρόγραμμα αυτό στη συνέχεια επεκτάθηκε και σε άτομα με διαβήτη τύπου II, ασθενείς με ισχαιμικές καρδιοπάθειες, μυοκαρδιακές δυσλειτουργίες. Οι καθοδηγητές υγείας το πρώτο διάστημα επισκέπτονται τους πάσχοντες ανά μία εβδομάδα και στη συνέχεια αφού σταθεροποιηθεί η κατάστασή τους η επίσκεψη πραγματοποιείται ανά μήνα παρέχοντας υποστήριξη σχετικά με την διατροφή, τον τρόπο

ζωής, την άσκηση, το κάπνισμα και την παρακολούθηση της φαρμακευτικής αγωγής. Κατόπιν έρευνας που διεξήχθη το 2010 σε 5.000 ασθενείς του συγκεκριμένου προγράμματος, το αποτέλεσμα έδειξε ότι το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών ανέρχεται πάνω από το 80% αυτών. Επίσης διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς του προγράμματος είχαν μειωμένο κόστος ενδονοσοκομειακής περίθαλψης (Πιερράκος, 2013, σ.101-3).

Το σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι βασισμένο στο πρότυπο σύστημα Beveridge, έχοντας υψηλή κρατική συμμετοχή και ολική κάλυψη του πληθυσμού. Είναι εμπνευσμένο από τις αρχές της καθολικότητας και της ισότητας στην προσβασιμότητα. Στο Ηνωμένο Βασίλειο το σύστημα υγείας παρά τις οικονομικές αντιξοότητες, παραμένει ως ένα από τα πλέον αποδοτικά και οργανωμένα συστήματα υγείας παγκοσμίως και αποτελεί σημείο αναφοράς. Σημαντικό να αναφερθεί επίσης ότι στη Μ. Βρετανία πραγματοποιείται ένα πρόγραμμα εκπαιδευτικό φροντιστών (Expert Patient Programme), όπου οι συμμετέχοντες σε έξι (6) περιόδους εξειδικεύονται στην υποστήριξη ατόμων με μία ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Το πρόγραμμα αυτό δεν είναι περιορισμένο σε μία ασθένεια συγκεκριμένη, αλλά εστιάζει ιδιαίτερα στην δυνατότητα ή μη για την αυτοφροντίδα του ασθενούς. Αυτό το πρόγραμμα είναι βασισμένο στο μοντέλο της αυτοφροντίδας κατά Lotig (1999) ενώ πιλοτικά εφαρμόστηκε στο NHS από το 2002. Η αποτελεσματικότητα του προγράμματος για την ανάπτυξη των δυνατοτήτων των ασθενών για αυτοφροντίδα, ενώ πάσχουν από χρόνια νοσήματα, αποδείχθηκε κατόπιν έρευνας. Επίσης διαπιστώθηκε από την έρευνα ότι μειώνεται αισθητά το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και των ιατρονοσηλευτικών παρεμβάσεων (Πιερράκος, 2013, σ.101).

Η έξοδος του Ηνωμένου Βασιλείου από την Ευρωπαϊκή Ένωση επηρέασε το σύστημα υγείας καθώς το NHS θεωρείται ως ο μεγαλύτερος εργοδότης της Αγγλίας. Το προσδόκιμο ζωής παραμένει σταθερά σε ανοδική πορεία κατά την διάρκεια της δεκαετίας 2008-2018, αφού ήταν αρχικά στα 79,8 έτη και κατόπιν ανέρχεται στα 81,3 έτη. Όσον αφορά τις δημόσιες δαπάνες κατά κεφαλήν, το έτος 2008 ήταν στα 2.225 \$ ενώ το 2018 ήταν 3.047 \$ (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590).

Το σύστημα υγείας της Σουηδίας

Στην Σουηδία οι υγειονομικές υπηρεσίες είναι υψηλότερου επιπέδου δεδομένου ότι το εθνικό σύστημα υγείας είναι απόλυτα οργανωμένο. Στο μεγαλύτερο ποσοστό οι δαπάνες αφορούν το

δημόσιο, ενώ οι πολίτες επιβαρύνονται σε μικρό ποσοστό με μία μικρή συμμετοχή σε υπηρεσίες. Η διαχείριση του συστήματος προκύπτει με μια στενή συνεργασία ανάμεσα στην κεντρική διοίκηση και σε είκοσι μία περιφέρειες (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590). Η Τοπική Αυτοδιοίκηση έχει αναλάβει την ευθύνη των υγειονομικών υπηρεσιών κάτω από την εποπτεία του Εθνικού Συμβουλίου Υγείας και Πρόνοιας βάζοντας κανόνες. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι δημόσιες κατά 81,4% και ο πολίτης δύναται να επιλέξει (από το 2007) ανάμεσα σε ιδιωτική ή δημόσια ασφάλιση. Στην Σουηδία ακολουθείται όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο το σύστημα Wagner. Το κόστος συνολικά για την φροντίδα των ηλικιωμένων το 2010 έφτασε τα 10,7 δις € με την δημόσια δαπάνη (funded by taxes) να περιέχει το 97%. (Πιερράκος, 2022 σημειώσεις μαθήματος). Το σουηδικό σύστημα υγείας κρίνεται κορυφαίο σε ποιότητα και απόλυτη ισορροπία μεταξύ της κλινικής δράσης και της ερευνητικής αριστείας (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590).

Το σύστημα υγείας της Ολλανδίας

Η Ολλανδία διαθέτει ένα από τα πιο δαπανηρά συστήματα ασφάλισης του ΟΟΣΑ αλλά ταυτόχρονα και ιδιαίτερα αποδοτικό. Έως το 2006 το σύστημα ασφάλισης στηριζόταν σχεδόν εξ ολοκλήρου στην δημόσια ασφάλιση εκτός από ελάχιστες εξαιρέσεις. Μετά το έτος 2006 πραγματοποιούνται συμφωνίες και βάσει αυτών επιτυγχάνεται μείωση δαπανών, αλλά και βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590). Οι πολίτες συμμετέχουν οικονομικά στο σύστημα περίθαλψης έμμεσα από την φορολόγηση του κράτους. Πιο συγκεκριμένα το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ολλανδία στηρίζεται ιδιαίτερα από φιλανθρωπικά ιδρύματα, ιδιωτικούς οργανισμούς κερδοσκοπικούς ή μη και από δημόσιες υπηρεσίες. Τα τελευταία χρόνια στην Ολλανδία εφαρμόζεται το μοντέλο της μακροχρόνιας φροντίδας κατά Wagner (όπως και στο Ηνωμένο Βασίλειο) και πριν ακόμα θεσμοθετηθεί επίσημα. Η παροχή φροντίδας στο σπίτι υλοποιείται από ειδικά εκπαιδευμένα άτομα και φροντιστές• αυτοί αποτελούν τον συνδετικό κρίκο της περίθαλψης και της φροντίδας των ασθενών με την δευτεροβάθμια περίθαλψη. Μέσω των επαγγελματιών υγείας και του κράτους παρέχεται υψηλής ποιότητας φροντίδα πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας. Η μακροχρόνια φροντίδα αποτελεί γύρω στο 38% του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης και η χρηματοδότηση χορηγείται από την Κυβέρνηση, πάντα κατόπιν εκτίμησης των αναγκών του ασθενή (Πιερράκος, 2013, σ.97). Το προσδόκιμο ζωής στην Ολλανδία κατέχει μία από τις υψηλότερες θέσεις με ανοδική πορεία, δηλαδή το 2008 ήταν στα 78,4 έτη, ενώ το 2018 στα 81,6 έτη. Οι δημόσιες δαπάνες για την υγεία (κατά κεφαλήν) στην Ολλανδία το 2008 ανέρχονταν στα 3.620 \$, ενώ το 2016 έφτασε τα 4.073 \$ (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590).

Το σύστημα υγείας της Γαλλίας

Το σύστημα κοινωνικής ασφάλισης της Γαλλίας κρίνεται ως ισχυρό και πολυδάπανο, παρέχει υπηρεσίες ποιότητας στους πολίτες της χώρας και ανέρχεται στις υψηλότερες θέσεις όσον αφορά το προσδόκιμο ζωής μεταξύ των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Η δημόσια και η ιδιωτική ασφάλιση παρατηρούνται ως στενά συνδεδεμένες. Ο πληθυσμός κατά 95% χρησιμοποιεί συνασφάλιση για οτιδήποτε δεν καλύπτεται από την κοινωνική ασφάλιση (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590). Η περιφερειακή διοίκηση του κράτους υποστηρίζει το μοντέλο της χρόνιας φροντίδας με την παροχή υπηρεσιών, όπως παραδείγματος χάριν η προστασία του πληθυσμού, η χρήση της εξειδικευμένης ιατρικής, σε συνδυασμό με την πρωτοβάθμια περίθαλψη, η συνέχεια στην παροχή φροντίδας, η χρήση τηλεϊατρικής. Ένας από τους οργανισμούς παροχής υπηρεσιών σε άτομα/ασθενείς με μακροχρόνιες παθήσεις είναι ο A.F.A.P. (Provencal Family Assistance Association), τον οποίο βράβευσαν στην Ευρωπαϊκή Ένωση, στο τέταρτο συμβούλιο ποιότητας για την δημόσια διοίκηση. Ο οργανισμός αυτός είναι ο πρώτος που ιδρύθηκε (1949) στην Γαλλία για την κατ' οίκον φροντίδα. Η παροχή φροντίδας του συγκεκριμένου οργανισμού δεν περιορίζεται στην κατ' οίκον φροντίδα, αλλά αφορά και νοσηλευτική φροντίδα σε ενήλικες, σε άτομα με ειδικές ανάγκες, σε ηλικιωμένους και ακόμα παρέχουν φροντίδα προληπτική σε παιδιά έως έξι ετών (A.F.A.P. 2006, στο Πιερράκος, 2013 σ.101)

Έντονος κρίνεται ο κρατικός παρεμβατισμός γενικά και ειδικά στην κοινωνική ασφάλιση, γεγονός όχι συχνό σε τέτοιου τύπου συστήματα.

Στην Γαλλία το προσδόκιμο ζωής το έτος 2008 ήταν στα 81,4 έτη, ενώ το 2018 ανέβηκε στα 82,8 έτη. Οι δαπάνες για την υγεία το 2008 προσέγγισαν τα 2.859 \$ κατά κεφαλήν, ενώ το 2016 με ανοδική πορεία έφτασαν στα 4.024 \$ κατά κεφαλήν (Αντωνίου κ.ά., 2021, 590).

Το σύστημα υγείας της Ιταλίας

Η φορολογία συντηρεί κυρίως το εθνικό σύστημα υγείας στην **Ιταλία**, ενώ στηρίζεται στην αρχή της αποκέντρωσης. Η κεντρική διοίκηση έχει στην δικαιοδοσία της 19 περιφέρειες για τις οποίες είναι υπεύθυνη, όπως και για τον προϋπολογισμό που σε κάθε μία από αυτές έχει καταναμηθεί• ωστόσο οι περιφέρειες λειτουργούν με μεγάλη αυτονομία όσον αφορά την διαχείριση και την κατανομή των υπηρεσιών τους. Η κεντρική διοίκηση επιπλέον είναι υπεύθυνη για το ποσό των κοινωνικών εθνικών παροχών (essential level of care). Σημαντικός κρίνεται ο ρόλος της πρωτοβάθμιας υγείας και του γενικού γιατρού στο σύστημα υγείας της Ιταλίας, ενώ η συνεργασία των επαγγελματιών υγείας ενισχύεται με οικονομικά κίνητρα σε

επίπεδο διασυλλογικό. Λόγω της οικονομικής κρίσης από το 2008 και πέρα επιβλήθηκε περιστολή των υγειονομικών δαπανών και κρίθηκε αναγκαία η εξομάλυνση των υγειονομικών ανισοτήτων μεταξύ πλούσιων και πτωχών περιοχών (Αντωνίουκ.ά., 2021, 590).

Ε' Κεφάλαιο

Η κρίση στην Υγεία – Covid 19 –

Η πανδημία COVID-19 έχει επιταχύνει την πιο ευρεία χρήση τεχνολογιών πληροφοριών υγείας, αλλά υπάρχει ανάγκη για περαιτέρω πρόοδο όσον αφορά τις υποδομές τεχνολογίας πληροφοριών υγείας. Η πρωτοβάθμια περίθαλψη έχει αναπτύξει ολοκληρωμένα συστήματα ηλεκτρονικών αρχείων υγείας ιδιαίτερα στις τρεις τελευταίες δεκαετίες, αλλά πολλά νοσοκομεία εξακολουθούν να εξαρτώνται σε μεγάλο βαθμό από χρηματική ρευστότητα. Οι λόγοι είναι περίπλοκοι και περιλαμβάνουν κακή χρηστικότητα και περιορισμένη διαλειτουργικότητα του διαθέσιμου λογισμικού και ενός προηγούμενου Εθνικού Προγράμματος για την Πληροφορική (NPfIT). Στην Αγγλία έχει αποδειχθεί σε εθνικό επίπεδο ότι οι αναπτυγμένες στρατηγικές δεν αντανακλούν πάντα τις τοπικές ανάγκες.

Η πανδημία έχει επιταχύνει την πρόοδο από αυτή την άποψη, με βελτιωμένη πρόσβαση για ασθενείς σε ηλεκτρονικά αρχεία υγείας και ευρύτερη χρήση τηλεδιαβουλεύσεων (όπως έχει αναφερθεί και προηγουμένως). Ωστόσο, όλες οι χώρες στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι πλέον εστιασμένες για την ανάπτυξη και την εφαρμογή στρατηγικών έτσι ώστε τόσο οι ασθενείς όσο και η υγεία και οι επαγγελματίες υγείας να μπορούν να έχουν σταθερή πρόσβαση στην ολοκληρωμένη ηλεκτρονική υγεία, πρόσβαση σε αρχεία περίθαλψης σε πολλά περιβάλλοντα υγειονομικής περίθαλψης και για την μεγιστοποίηση της χρήσης του συλλέγονται τακτικά δεδομένα υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να υποστηριχθεί η πολιτική του σχεδιασμού και επιπλέον όσον αφορά το ζήτημα της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στην υγεία (Anderson,2022 xxii).

Ε' 1. Το «Σύστημα Υγείας» σήμερα στο Ηνωμένο Βασίλειο

Η κατάσταση που επικρατεί τους τελευταίους μήνες

Περισσότεροι από επτά (7) εκατομμύρια άνθρωποι χρειάζονται φροντίδα στα Βρετανικά νοσοκομεία. Ο αριθμός αυτός αποτελεί ρεκόρ, κατόπιν επίσημων στοιχείων που δημοσιεύθηκαν, τα οποία καταδεικνύουν το μέγεθος και την έκταση της κρίσης στο εθνικό σύστημα υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου (NHS).

Πιο συγκεκριμένα, μετά την πανδημία το NHS δεν μπορεί να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις και να μειώσει τις λίστες αναμονής τις οποίες αντιμετωπίζουν οι ασθενείς, είτε γιατί πρέπει να υποβληθούν σε διαγνωστικές εξετάσεις, είτε για κάτι έκτακτο, ή ακόμα για τις θεραπείες καρκίνων. Περίπου 7,1 εκατομμύρια άνθρωποι ήταν σε αναμονή στα τέλη Σεπτεμβρίου 2022 για να λάβουν φροντίδα, κάτι που είχε ξανασυμβεί τον Αύγουστο του 2007. Το 1/5 αυτών των ανθρώπων περίπου περιμένουν περισσότερο από ένα χρόνο, ωστόσο, οι πολίτες που αναμένουν περισσότερο από 18 μήνες μειώθηκαν κατά 60% περίπου σε ένα έτος σύμφωνα με στοιχεία του NHS.

Στα επείγοντα περιστατικά δεν επικρατεί ηρεμία, ολοένα αυξάνονται τα άτομα σε αναμονή άνω των δώδεκα ωρών προκειμένου να τους δοθεί κρεβάτι. Η κατάσταση τείνει προς επιδείνωση αφού ο χειμώνας θα αυξήσει τους εποχικούς ιούς.

Το συνδικάτο νοσηλευτών Royal College Nursing ανακοίνωσε πανεθνική απεργία πριν το τέλος του έτους 2022 για μισθολογικές αυξήσεις λόγω της κρίσης και του μεγάλου κόστους διαβίωσης, γεγονός που απειλεί ακόμη περισσότερο την εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων (www.iefimerida.gr/kosmos/bretania-rekor-perimenoy-n-frontida-sta-nosokomeia).

Τα Βρετανικά δημόσια νοσοκομεία επίσης αντιμετωπίζουν μία σειρά ακόμα προβλημάτων, όπως είναι: οι υψηλοί λογαριασμοί ηλεκτρικού ρεύματος, οι ελλείψεις προσωπικού, οι καθυστερήσεις ασθενοφόρων, ο συνωστισμός στις μονάδες επειγόντων περιστατικών και ο μεγάλος χρόνος αναμονής των χειρουργείων για τους ασθενείς, αφού ξαναμπήκαν σε λίστα οι επεμβάσεις οι οποίες είχαν ακυρωθεί λόγω της πανδημίας.

Το Εθνικό σύστημα υγείας της Βρετανίας στα τέλη του 2022 έρχεται αντιμέτωπο με μία πρωτοφανή έλλειψη αίματος και αυτός είναι ο λόγος που τονίζεται ότι τα νοσοκομεία πρέπει να αναβάλουν τις χειρουργικές επεμβάσεις που δεν κρίνονται επείγουσες, με αυτό να σημαίνει ότι οι ασθενείς παρατείνουν αναγκαστικά τον χρόνο αναμονής για την αντιμετώπιση των παθήσεών τους. Η υπηρεσία NHSBT (Αιμοδοσίας και Μεταμοσχεύσεων) του NHS για πρώτη φορά σήμανε «πορτοκαλί» συναγερμό σχετικά με τα αποθέματα αίματος που διατηρεί. Τα νοσοκομεία καλούνται να λάβουν τα μέτρα τους αναβάλλοντας επεμβάσεις προκειμένου να διασφαλίσουν το αίμα για όσους κρίνεται απολύτως απαραίτητο. Επίσης κινητοποίησε τους δωρητές αίματος προκειμένου να ανανεώσουν τα αποθέματα αφού αρκούν για περίπου έξι ημέρες.

<https://gr.euronews.com/2022/10/12/britain-portokali-sinagermos-logw-elleipsis-aimatos> Από [Ιωάννης Καράγιωργας](#) with ΑΠΕ-ΜΠΕ • ανανεώθηκε πριν: 12/10/2022)

Κατόπιν έρευνας και παρουσίασης αποτελεσμάτων του Δρ Μπιλ Κέρκαπ κ.ά. ειδικών, σε 202 περιπτώσεις προσώπων (μωρών ή μητέρων) που γεννήθηκαν μεταξύ 2009-2020 διαπιστώθηκαν 65 θάνατοι βρεφών από τους οποίους οι 45 θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί. Οι θάνατοι προέκυψαν από βλάβες ή τραυματισμούς οι οποίοι θα είχαν διαφορετική κατάληξη εάν δινόταν η απαραίτητη φροντίδα από τους ειδικούς επαγγελματίες υγείας βάσει των ισχυόντων προτύπων σε εθνικό επίπεδο.

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με την έρευνα οι 17 περιπτώσεις αφορούσαν εγκεφαλικές κακώσεις, εκ των οποίων οι 12 θα είχαν αποφευχθεί αν είχε χορηγηθεί η απαιτούμενη θεραπεία. Επίσης από τις 32 μητέρες που απεβίωσαν οι 23 θάνατοι δεν θα είχαν συμβεί σύμφωνα με τους ειδικούς και ακόμα όπως χαρακτηριστικά δήλωσαν «...διαπιστώθηκαν κατάφωρες αδυναμίες στην ομαδική εργασία» των μαιευτηρίων. Σύμφωνα με τον Μπιλ Κέρκαπ αναφερόμενος στα δημόσια νοσοκομεία δήλωσε ότι καταδικάζει την «κουλτούρα της άρνησης».<https://gr.euronews.com/2022/10/19/megali-vretania-dekades-thanatoi-moron-kai-miteron-mporoysan-na-apofeyxthoyn> Από [euronews](#) with [AP & ΑΠΕ-ΜΠΕ](#) • ανανεώθηκε πριν: 19/10/2022

ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Ο κυριότερος λόγος ο οποίος συνετέλεσε για την εκπόνηση της συγκεκριμένης μελέτης, είναι επειδή όπως διαπιστώνεται στις χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου παρέχεται ένα υψηλό επίπεδο υπηρεσιών υγείας σε όλο τον πληθυσμό τους, εξασφαλίζοντας ισότητα στην πρόσβαση και υψηλή αποδοτικότητα. Οι μεταρρυθμίσεις οι οποίες εφαρμόστηκαν, συνετέλεσαν σε αυτό το θετικό αποτέλεσμα.

Στο Ηνωμένο Βασίλειο η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται από τον Δημόσιο Τομέα (NHS), από τις Τοπικές Αρχές (Τοπική Αυτοδιοίκηση), αλλά και από ιδιωτικούς οργανισμούς. Επίσης συμβάλλουν άτομα με εθελοντική εργασία και βέβαια οι οικογένειες των ατόμων που χρήζουν βοήθειας λόγω χρόνιων ασθενειών, ή ψυχικών νοσημάτων, άτομα με αναπηρίες, άτομα που χρήζουν μετανοσοκομειακής φροντίδας χειρουργημένα ή μετά από θεραπείες και μέχρι να αποκατασταθούν πλήρως. Επίσης αφορά και άτομα με μαθησιακές δυσκολίες. Η βοήθεια που τους παρέχεται αφενός τους βοηθά να ανακάμψουν και αφετέρου

να ενισχύσουν την αυτοπεποίθησή τους ώστε να μπορέσουν με την πάροδο του χρόνου να γίνουν ανεξάρτητα όταν βέβαια αυτό είναι εφικτό. Ο σκοπός πάντα είναι η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα. Αυτός είναι ο λόγος όπου κάθε πολίτης έχει την δυνατότητα να καλέσει στην γραμμή NHS111 προκειμένου να κλείσει ραντεβού σε γιατρό, να κάνει παράπονα, ή να έχει συμβουλευτική υποστήριξη για οποιοδήποτε πρόβλημα υγείας τον απασχολεί. Στις τέσσερις συνιστώσες χώρες του Ηνωμένου Βασιλείου η υγεία ελέγχεται από την Ελεγκτική Υπηρεσία σε όλους τους τομείς. Η κάθε χώρα ξεχωριστά διαθέτει την δική της ρυθμιστική αρχή και την «Επιτροπή Ποιότητας Φροντίδας» για την ποιότητα και ασφάλεια της ΠΦΥ.

Στην Βόρεια Ιρλανδία πέντε είναι οι οργανισμοί υγείας και κοινωνικής φροντίδας οι οποίοι παρέχουν υπηρεσίες ΠΦΥ και επιβλέπονται από το NHS• έχει αναπτυχθεί το μοντέλο ολοκληρωμένων συστημάτων υγείας ICS, όπως και στο NHS της Αγγλίας. Οι υπηρεσίες οικογενειακής υγείας παρέχονται από γενικούς γιατρούς, οδοντιάτρους, οπτικούς, κοινοτικούς φαρμακοποιούς. Σύμφωνα με ένα δεκαετές σχέδιο (του 2016) προβλέπεται η ενδυνάμωση των υπηρεσιών πρόληψης προκειμένου να υποστηριχθούν οι υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, ωστόσο παραμένει περιορισμένο το σχέδιο.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας NHS της Αγγλίας αναθέτει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας σε Γενικούς γιατρούς, οδοντιάτρους, οφθαλμιάτρους και σε άλλες ειδικότητες. Το NHS της Αγγλίας παρακολουθείται ετησίως από την κυβέρνηση του Ηνωμένου Βασιλείου (για τον προσδιορισμό πόρων και εσόδων και τον προϋπολογισμό του NHS England) μέσα από ένα σύνολο στόχων προόδου, οι οποίοι αφορούν την πρόληψη του πρόωγου θανάτου, την βελτίωση της ποιότητας ζωής των ατόμων με χρόνιες παθήσεις, την θεραπεία/φροντίδα των ανθρώπων σε περιβάλλον ασφαλές, κ.ά. Η χρήση νέων τεχνολογιών, συσκευών, διαγνωστικών διαδικασιών κ.ά. στην ΠΦΥ για την παροχή καλύτερης ποιότητας αξιολογείται από τη NICE (Εθνικό Ινστιτούτο Υγείας και Κοινωνικής Αριστείας) και αφορά τόσο την κλινική εικόνα, όσο και το κόστος-αποτελεσματικότητα.

Στην Ουαλία το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικών Υπηρεσιών χρηματοδοτεί το NHS για την παροχή υπηρεσιών ΠΦΥ. Οι υπηρεσίες ασθενοφόρων, εξειδικευμένες υπηρεσίες για τον καρκίνο κ.ά. οργανώνονται από τρία εθνικά ιδρύματα NHStrusts σε όλη την Ουαλία και επτά Τοπικά Συμβούλια αποτελούν τις δομές οι οποίες εξασφαλίζουν την παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης στις περιοχές ευθύνης τους. Ωστόσο τα περισσότερα νοσοκομεία στην Ουαλία διοικούνται από τα LHBs, ενώ το αντικαρκινικό του Κάρντιφ διοικείται από NHStrust.

Στην Σκωτία τα 14 περιφερειακά συμβούλια υγείας του NHS είναι αρμόδια για την εποπτεία, τον σχεδιασμό και την καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων και των τοπικών υπηρεσιών ΠΦΥ. Επτά Εθνικά Συμβούλια υποστηρίζουν τις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, τις υπηρεσίες των ασθενοφόρων, καθώς και τις υπηρεσίες μετάγγισης αίματος. Από το 2016 τα Κοινά Συμβούλια Ολοκλήρωσης (IJBs) μεριμνούν για την υγεία και την κοινωνική φροντίδα ενηλίκων και ηλικιωμένων ατόμων. Οι επιτροπές του NHS στη Σκωτία υποχρεώνονταν σε συνεργασία με τις τοπικές αρχές, σε σχέση με την διάγνωση, την θεραπεία, τον σχεδιασμό και την παροχή ολοκληρωμένης φροντίδας.

ΣΥΝΟΨΗ- ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Οι στόχοι του Συστήματος υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο είναι η αποτροπή κινδύνων, η πρόληψη, η έμφαση στην δημόσια υγεία, το υψηλό επίπεδο υγείας με ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, η σύνδεση δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Οι στόχοι – επιχειρησιακό σχέδιο του NHS κατόπιν μεταρρυθμίσεων του 2013 είναι η θετική κινητοποίηση του Ανθρώπινου Δυναμικού, βέλτιστη ικανοποίηση ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, έγκαιρη πρόληψη πρόωρου θανάτου, ενίσχυση της ποιότητας ζωής σε άτομα με μακροχρόνιες παθήσεις και με την κατάλληλη προσπάθεια από ομάδα έμπειρων επαγγελματιών υγείας να διατηρείται η αξιοπρέπεια του ασθενή, προώθηση της ισότητας και αντίστοιχα μείωση των ανισοτήτων σε σχέση με την υγεία και την ψυχική υγεία, προσπάθεια ορθολογικής διαχείρισης των οικονομικών πόρων

Ο ρόλος των ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι η διαχείριση προϋπολογισμού των υπηρεσιών της περιφέρειάς τους, έχουν απόλυτη συνεργασία με τις τοπικές αρχές και διοικητική αυτονομία. Τα τελευταία χρόνια έχουν αντικατασταθεί από τις ομάδες κλινικής ανάθεσης/επιτρόπων CCGs είναι οι οποίες αναλαμβάνουν την ευθύνη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε άμεση συνεργασία με το Εθνικό Σύστημα Υγείας, διαχειρίζονται κρατικούς πόρους, υποστηρίζουν τον ρόλο των Γενικών Γιατρών (GP).

Τα NHS TRUSTS είναι τα νοσοκομεία που ανήκουν στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της Αγγλίας και της Βόρειας Ιρλανδίας και παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Στην Σκωτία δεν υπάρχουν TRUSTS από το έτος 2014, αντί αυτών τα συμβούλια υγείας σχεδιάζουν και εποπτεύουν τα νοσοκομεία, ενώ τα λειτουργικά τμήματα αναλαμβάνουν την καθημερινή τους διαχείριση. Τα foundation trusts βρίσκονται μόνο στην Αγγλία, αποτελούν ανεξάρτητες εταιρίες οι οποίες διοικούνται σε τοπικό επίπεδο έχοντας μεγαλύτερο έλεγχο των προϋπολογισμών τους. Τα ανώτατα όρια των εισοδημάτων (από ιδιωτικές πηγές) που μπορούν να δημιουργήσουν τα foundation trusts ανέρχονται επί του παρόντος στο 49% του συνόλου των εσόδων τους (Anderson,2022, σ. 114).

Η λειτουργία της τηλεφωνικής υπηρεσίας NHS Direct, υποστηρίζει την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας δίνοντας συμβουλές, προγραμματίζοντας άμεσα τα ραντεβού – δέχονται περί τις 500.000 κλήσεις ανά μήνα, άμεση πρόσβαση σε τοπικού επιπέδου υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, εξειδικευμένοι νοσηλευτές εξυπηρετούν στις τηλεφωνικές κλήσεις παρέχοντας άμεση και εμπειριστατωμένη πληροφόρηση για θέματα υγείας

Τα περισσότερα νοσοκομεία της Ουαλίας διοικούνται από τα LHBs εκτός από το αντικαρκινικό κέντρο που βρίσκεται στην πόλη Κάρντιφ και είναι τμήμα ενός NHS Trust (Cylusetal., 2015)

Το NHS Wales είναι η δημόσια χρηματοδοτούμενη Εθνική Υπηρεσία Υγείας της Ουαλίας που παρέχει υγειονομική περίθαλψη σε περίπου 3 εκατομμύρια ανθρώπους που ζουν στη χώρα. Η Ουαλική Κυβέρνηση καθορίζει τη στρατηγική για την υγειονομική περίθαλψη και το NHS στην Ουαλία παρέχει αυτήν τη στρατηγική και τις υπηρεσίες μέσω των επτά Τοπικών Συμβουλίων Υγείας, τριών Καταπιστευμάτων του NHS και δύο Ειδικών Αρχών Υγείας. Το NHS έχει μια βασική αρχή που είναι ότι η καλή υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι διαθέσιμη σε όλους.<https://www.nhs.wales>

Το NHS το οποίο ιδρύθηκε το 1948 πρωτοστάτησε σε παγκόσμια κλίμακα όσον αφορά την κάλυψη της υγείας καθολικά. Οι βασικές αρχές που στηρίζονται στο ότι το NHS θα πρέπει κατά κύριο λόγο να χρηματοδοτείται μέσω της προοδευτικής γενικής φορολογίας, να μεριμνά ώστε να είναι ολοκληρωμένη και η πρόσβαση να είναι βασισμένη στην κλινική ανάγκη και όχι στην ικανότητα πληρωμής, είναι σε μεγάλο βαθμό αληθείς. Αυτό προσέφερε πολλά σημαντικά οφέλη• μεταξύ αυτών είναι, του ψηλό επίπεδο προστασίας από τις οικονομικές συνέπειες της κακής υγείας, η αναδιανομή του πλούτου από πλούσιους σε φτωχούς και υ χαμηλό διοικητικό κόστος.

Στα τέλη της δεκαετίας του 1990 η αποκέντρωση οδήγησε στην ανάπτυξη τεσσάρων συστημάτων φροντίδας υγείας στο Ηνωμένο Βασίλειο, ωστόσο τα συστήματα αυτά υγειονομικής περίθαλψης διατηρούν περισσότερα κοινά παρά διαφορές και αντιμετωπίζουν τις ίδιες προκλήσεις.

Το Σύστημα Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου είναι διαμορφωμένο με πολλές αποκεντρωμένες δομές όπως οι υγειονομικές αρχές, οι τοπικές αρχές, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και κάθε μία διατηρεί ένα ιδιαίτερο ρόλο στο Εθνικό Σύστημα Υγείας της χώρας, ενώ υπάρχει και η δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ τους.

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας σε κάθε χώρα του Ηνωμένου Βασιλείου αγωνίζεται να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση στο πλαίσιο σοβαρών δημοσιονομικών περιορισμών, κακών αποτελεσμάτων υγείας σε βασικούς τομείς, συμπεριλαμβανομένου του προσδόκιμου ζωής, των νεοπλασιών (καρκίνου), της βρεφικής θνησιμότητας και των ολοένα αυξανόμενων ελλείψεων στη στελέχωση, λόγω έλλειψης στρατηγικού σχεδιασμού, εργατικού δυναμικού, το οποίο επιδεινώθηκε από και μετά το Brexit.

Το Ηνωμένο Βασίλειο γνώρισε αρχικά ένα από τα υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας στον κόσμο, τα οποία συνδέονται με την πανδημία COVID-19 και τον COVID-19. Η πανδημία έχει τονίσει ορισμένα από τα διαρκή δυνατά και αδύναμα σημεία του NHS και του ευρύτερου συστήματος υγειονομικής περίθαλψης ολόκληρου του Ηνωμένου Βασιλείου. Αυτά είναι η έλλειψη ολοκλήρωσης κοινωνικής περίθαλψης και υγείας, η χρόνια υπό-χρηματοδότηση, οι συνεχείς ελλείψεις υγειονομικού

προσωπικού και προκλήσεις σχετικά με την ροή δεδομένων σε πραγματικό χρόνο. Όλα τα παραπάνω στοιχεία αποτέλεσαν σημαντικά εμπόδια για την αποτελεσματικότερη αντιμετώπιση της πανδημίας.

Αντιθέτως, ως ένα από τα πιο ολοκληρωμένα συστήματα υγείας παγκοσμίως, το Ηνωμένο Βασίλειο παρέχοντας δωρεάν φροντίδα υγείας, το υψηλό επίπεδο οικονομικής προστασίας και κατανομής πόρων του NHS, έχει σε κάποιο βαθμό μετριάσει την ήδη σημαντική επίδραση της πανδημίας COVID-19 στις ανισότητες του τομέα της υγείας.

Το NHS “2019 LongTermPlan” αποτελεί ένα πρόγραμμα δεκαετές που στοχεύει στην εξασφάλιση της ποιότητας των περιοχών του, μειώνοντας τις ανισότητες στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Το Υπουργείο Υγείας του ΗΒ, για τον αυτό λόγο εκδίδει Οδηγίες και θέτει Πρότυπα Θεραπείας.

Οι μεταρρυθμίσεις γενικά στο σύστημα υγείας και ειδικά του Ηνωμένου Βασιλείου, απομακρύνονται από το «παραδοσιακό» κράτος της «ευημερίας» και στοχεύουν σε ένα κανονιστικό σχέδιο ανάδειξης ενός σύγχρονου ζωτικού κοινωνικού κράτους. Μέσα από αυτό σηματοδοτείται μία διακριτή αλλαγή του τρόπου μεταρρυθμιστικής παρέμβασης με ουσιώδεις τροποποιήσεις, οι οποίες οδηγούν στην ανάδειξη νέων δομών διακυβέρνησης και καινοτόμων συστημάτων ρύθμισης των συστημάτων υγείας.

ΕΝΔΕΙΚΤΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αμίτσης Γ. *Το συλλογικό διακύβευμα της ενεργητικής ένταξης των ευπαθών ομάδων, Αναπτυξιακά διδάγματα από την κοινωνική Ευρώπη* Εκδ. Παπαζήση, Αθήνα 2014
2. Αντωνίου Π., Σουλιώτης Κ., Σαρίδη Μ. *Η εξέλιξη των Ευρωπαϊκών συστημάτων υγείας κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2021
3. Γκουλιαβέρας Β., Νιάκας Δ., Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2022 *Μέθοδοι αποζημίωσης ιατρών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας Πρόταση τροποποίησης των μεθόδων πληρωμής βάσει κινήτρων*
4. Θεοδώρου, Μ., Σαρρή, Μ. και Σούλης, Σ. (2001), *Συστήματα Υγείας*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα.
5. Κιουρτζόγλου Μ., *Συγκριτική αξιολόγηση συστημάτων υγείας Γερμανίας και Ηνωμένου Βασιλείου* Πανεπιστήμιο Πειραιώς Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, Πειραιάς 2014
6. Κυριόπουλος Γ., Λιονής Χ., Δημολιάτης Γ., Μερκούρης Μ-Π., Οικονόμου Χ., Τσάκος Γ., Φιλαλήτης Α., και ομάδα εργασίας, *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας ως θεμέλιο της υγειονομικής μεταρρύθμισης*, ΕΠΙΚΑΙΡΟ ΑΡΘΡΟ, Π.Φ.Υ. τόμος 12, Τεύχος 4, 2000
7. Μαλαβάζος Θ., Μαρκασιώτη Β., Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* (2019) τόμος 11, Τεύχος 3
8. Μπουρσανίδης 2020 *ΥΓΕΙΑ Συστήματα Υγείας & Συγκριτική Πολιτική Υγείας* (ΚΣΤ' Σειρά) ΕΘΝΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΚΔΔΑ
9. Μωραΐτης Ε. *Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και τα δίκτυα κοινωνικής φροντίδας. Η σύγχρονη προσέγγιση στην ανάπτυξη ολοκληρωμένων συστημάτων προστασίας της υγείας: Το διεθνές περιβάλλον και η θέση της Ελλάδας.* Αθήνα: ΕΚΔΔ; 2003.
10. Πατσαλή Μ., Αποστολάκης Ι., Σαράφης Π., *Κράτος Πρόνοιας, μη ικανοποιημένες ανάγκες για φροντίδα υγείας και κοινωνική πολιτική για την άρση των υγειονομικών ανισοτήτων*, PERIOPERATIVE NURSING (2021)
11. Πιερράκος Γ. *Μοντέλα Διοίκησης Μακροχρόνιας Φροντίδας Υγείας στην Τοπική Κοινωνία* Εκ. Παπαζήση Δεκέμβριος 2013
12. Πιερράκος Γ. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα υγείας & Τοπική Κοινωνία*, Εκδ. Παπαζήση 2008

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Anderson M., Alderwick H., Pitchforth E., McGuire A., Edwards N., Mossialos E., Health *Systems in Transition, United Kingdom Health System Review 2022*
2. *A review of the role and costs of clinical commissioning groups*, NHS England
3. WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO Consultation, WHO Technical Report Series 894. [serial online] 2000 [cited 2019 Feb
4. World Health Organization. Integrated care models: an overview. Health services delivery program division of health systems and public health [serial online] 2016 [cited 2019 Feb 27]; Available from: URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf
5. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata. USSR 1978.
6. Pauline A., Osipovic D., Shepherd El., Coleman A., Perkins N., Garnett E., Williams L. *BMJ Open Commissioning through competition and cooperation in th English NHS under the Health and Social Care Act 2012 evidence from a qualitative study of four clinical commissioning groups*, Allen P, et al. BMJ Open 2017;7:e011745. doi:10.1136/bmjopen-2016-011745

ΔΙΚΤΥΟΓΡΑΦΙΑ

https://el.wikipedia.org/wiki/Ηνωμένο_Βασίλειο

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=Vale+of+York>

<https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=florence+nightingale>

<https://gr.euronews.com/2022/10/12/britain-portokali-sinagermos-logw-elleipsis-aimatos>

<https://gr.euronews.com/2022/10/19/megali-vretania-dekades-thanatoi-moron-kai-miteron-mporoyan-na-arofeyxthoun> Από **euronews** with **AP & ΑΠΕ-ΜΠΕ** • ανανεώθηκε πριν: 19/10/2022

<https://www.nhs.wales>

www.iefimerida.gr/kosmos/bretania-rekor-perimenoy-n-frontida-sta-nosokomeia

<https://www.aueb.gr/el/lib/content/γενικές-πληροφορίες>

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf

http://www.ekdd.gr/ekdda/files/ergasies_esdd/20/12/1433.pdf

<https://www.gov.scot/>

Η μεταπτυχιακή
φοιτήτρια

Ι. Ψάλτου

Ψάλτου Ιωάννα

Ο επιβλέπων Καθηγητής

Γεώργιος Πιερράκος

Ο Διευθυντής του ΠΜΣ

Γεώργιος Πιερράκος