

## Το βρετανικό σύστημα υγείας

Γ. Υφαντόπουλος,<sup>1</sup>  
Δ. Ποθυγένη,<sup>2</sup>  
Ι. Τακουμάκης<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Τμήμα Οικονομικών της Υγείας  
και Κοινωνικής Πολιτικής,  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα  
<sup>2</sup>«Κράτος και Δημόσια Πολιτική»,  
Κατεύθυνση Κοινωνικής Πολιτικής,  
Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα

Στόχος της παρούσας ανάλυσης είναι η παρουσίαση του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, ως το βασικότερο εκπρόσωπο του αγγλοσαξονικού υγειονομικού μοντέλου. Για το σκοπό αυτόν, παρουσιάζεται η δομή και η οργάνωση του βρετανικού συστήματος υγείας, όπως αυτή έχει διαμορφωθεί μέσα από τις βασικότερες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις. Αξίζει να σημειωθεί ότι το βρετανικό υγειονομικό σύστημα ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα υγειονομικής περίθαλψης, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge. Βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η κοινωνική αλληλεγγύη (solidarity), η καθολική και πλήρης υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού, η ισότητα στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας. Πιο συγκεκριμένα, η παρούσα ανάλυση αναφέρεται στην κατάσταση υγείας του βρετανικού πληθυσμού, μέσα από τη διαχρονική εξέλιξη των αντιπροσωπευτικότερων δεικτών υγείας (προσδόκιμο επιβίωσης κατά τη γέννηση, δημογραφική γήρανση, χαμένα χρόνια επιβίωσης (PYLL), βρεφική θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις ζώντων, ολική θνησιμότητα ανά 100.000 κατοίκους (sdr), αριθμός γιατρών, νοσηλευτών και κλινών ανά 1000 κατοίκους). Τέλος, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων και των ιδιωτικών δαπανών υγείας της Βρετανίας, για τη χρονική περίοδο 1960-1999. Τέλος, μέσα από την ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ των δαπανών υγείας και του εισοδήματος επιχειρείται η διερεύνηση του ρυθμού αύξησης του δημόσιου και του ιδιωτικού υγειονομικού τομέα στη Βρετανία την τελευταία τριακονταετία.

### The British health system

*Abstract at the end of the article*

#### Λέξεις ευρετηρίου

Δαπάνες υγείας  
Δείκτες υγείας  
Δομή  
Εθνικό Σύστημα Υγείας  
Οργάνωση  
Υγειονομική μεταρρύθμιση  
Χρηματοδότηση

*Υποβλήθηκε 1.7.2004  
Εγκρίθηκε 15.7.2004*

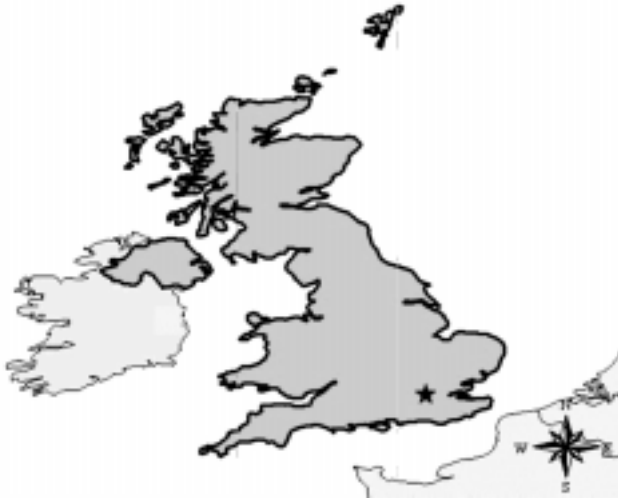
### 1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το Βρετανικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης (National Health System, NHS) αποτελεί το βασικότερο εκπρόσωπο των δημοσίων εθνικών συστημάτων υγείας. Γενικότερα, το βρετανικό υγειονομικό σύστημα ανήκει σε εκείνα τα μοντέλα συστημάτων υγείας, τα οποία είναι γνωστά ως μοντέλα τύπου Beveridge. Βασικό χαρακτηριστικό των μοντέλων αυτών είναι ο αυξημένος κρατικός παρεμβατισμός, η δημόσια χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας, καθώς και η κατοχύρωση ενός ελάχιστου εισοδήματος για το σύνολο του πληθυσμού, μέσω ενός αποτελεσματικού και αποδοτικού συστήματος κοινωνικής προστασίας.<sup>1</sup>

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

λεγγύης (solidarity), της καθολικής και πλήρους υγειονομικής κάλυψης του πληθυσμού και της ισότητας στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.<sup>2</sup>

Στόχος της παρούσας ανάλυσης είναι η ανάδειξη των βασικών χαρακτηριστικών του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, εφόσον αποτελεί το βασικότερο εκπρόσωπο των Εθνικών Συστημάτων Υγείας (NHS). Η ανάλυσή μας θα εστιαστεί στις βασικές μεταρρυθμίσεις που έλαβαν χώρα στον τομέα της υγείας της Βρετανίας, καθώς και στην οργανωτική δομή και λειτουργία του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, η οποία διαμορφώθηκε με αφετηρία την έκθεση του Beveridge, στη δεκαετία του 1950. Επιπλέον, θα παρουσιάσουμε την κατάσταση υγείας του βρετανικού πληθυσμού, μέσα από τις βασικότερες υγειονομικές μεταρρυθμίσεις και τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας στη Βρετανία. Τέλος, θα γίνει αναφορά στο χρηματοδοτικό πλαίσιο του υγειονομικού συστήματος της Βρετανίας, προκειμένου να γίνει



αντιληπτό αν αυτό διέπεται από τις αρχές της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας. Πιο συγκεκριμένα, θα παρουσιάσουμε τη σύνθεση των δαπανών υγείας της Βρετανίας, με σκοπό να εντοπίσουμε τη συνεισφορά της βρετανικής κυβέρνησης στην ανάπτυξη του βρετανικού υγειονομικού συστήματος.

## 2. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Στο παρόν τμήμα θα επισημάνουμε τις σημαντικότερες εξελίξεις του βρετανικού υγειονομικού συστήματος (NHS) κατά τη διάρκεια του 20ού αιώνα. Ιδιαίτερη έμφαση δίνεται σε εκείνα τα χαρακτηριστικά, μέσα από τα οποία αναδεικνύεται η φύση των υπηρεσιών υγείας.

Στον πίνακα 1 παρατίθενται οι βασικότεροι σταθμοί στην πορεία του υγειονομικού συστήματος.

Αρχικά, στη Βρετανία, μέχρι το 1900 δεν υπήρχε κανενός είδους κοινωνική ασφάλιση. Η ασφάλιση, με την έννοια της προστασίας του πληθυσμού, παρέχόταν μέσω της Εκκλησίας. Λίγο αργότερα, το 1911, δημιουργήθηκε ο Εθνικός Οργανισμός Ασφάλισης Υγείας, ο οποίος χρηματοδοτείται από εισφορές εργαζομένων, προκειμένου να επιτύχουν την ασφάλισή τους στο σύστημα υγείας (αυτή την περίοδο η κρατική χρηματοδότηση προς τον τομέα της υγείας ήταν ανύπαρκτη). Ταυτόχρονα, το 1911, η National Insurance Act κάλυψε πάνω από 13 εκατομμύρια εργαζόμενους και καθιέρωσε τα επιδόματα ασθενείας (sickness benefit) και την περιορισμένη ιατρική φροντίδα (limited medical care), η οποία παρέχόταν από τους γενικούς γιατρούς. Λίγο αργότερα, το 1920, η έκθεση “Dawson” αναφέρθηκε για πρώτη φορά σε ένα ολοκληρωμένο σύστημα υγείας, το οποίο θα βασιζόταν στη δημιουργία και λειτουργία των κέντρων υγείας.

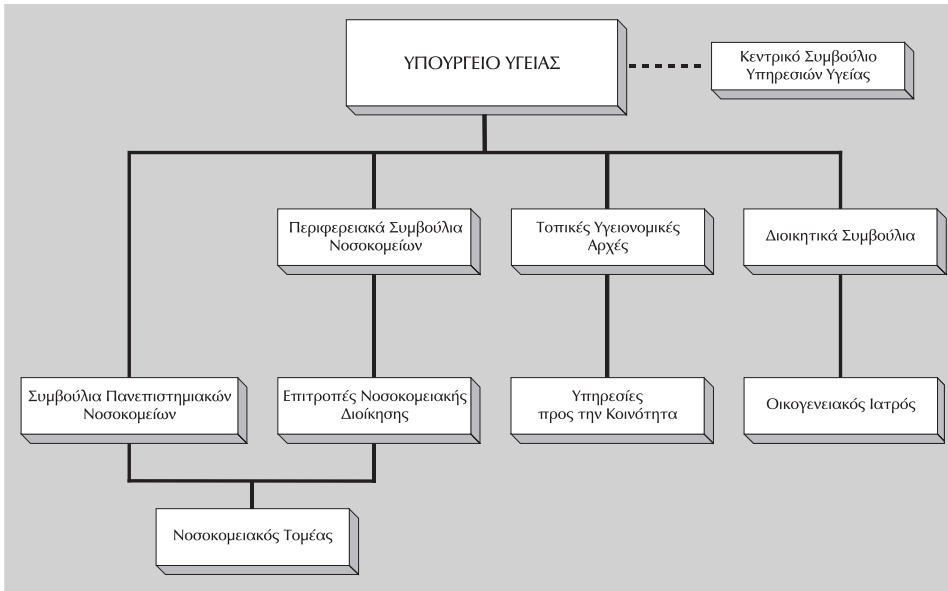
**Πίνακας 1.** Γεγονότα-σταθμοί στην εξέλιξη του βρετανικού συστήματος υγείας.

Έτος	Γεγονότα-σταθμοί
1911	Δημιουργία «Εθνικού Οργανισμού Ασφάλισης Υγείας»
1942	Ανάπτυξη θεωρίας Beveridge
1946	Εφαρμογή νόμου “NHS Act”
1948	Δημιουργία Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS)
1962	Εφαρμογή νοσοκομειακού προγράμματος και εισαγωγή έννοιας Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων
1973	Διαμόρφωση υγειονομικών περιφερειών ( <i>Regional Health Authorities, RHAs</i> )
1982	Λειτουργία υγειονομικών επαρχιών ( <i>District Health Authorities, DHAs</i> )
1991	Λειτουργία διευθύνσεων Οικογενειακής Ιατρικής ( <i>Family Health Service Authorities, FHSAs</i> )
1999	Μετονομασία DHAs σε Health Authorities και λειτουργία ομάδων Πρωτοβάθμιας Φροντίδας ( <i>Primary Care Groups, PCGs</i> )

Πηγή: Ιδία διαμόρφωση

Κατά τη διάρκεια του Β΄ Παγκοσμίου Πολέμου σχεδιάστηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας, με σκοπό την κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού. Η διαμόρφωση της έκθεσης του Beveridge το 1942 υπήρξε καθοριστικής σημασίας για τη δημιουργία ενός συστήματος, σύμφωνα με τις βασικές αρχές του οποίου η κεντρική διοίκηση αναλαμβάνει την προστασία των πολιτών απέναντι στους κοινωνικούς κινδύνους της ασθένειας, της ανεργίας, του γήρατος. Το 1942, λοιπόν, με την έκθεση του Beveridge γίνεται προσπάθεια για μια κεντρικά σχεδιασμένη και ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας, που θα κάλυπτε εξ ολοκλήρου τον πληθυσμό της χώρας. Με τον τρόπο αυτόν, προωθήθηκε ένα δημόσιο σύστημα υγείας και το 1948 δημιουργήθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (*National Health System, NHS*). Η πρώτη μορφή του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας παρουσιάζεται στην εικόνα 1.

Το σύστημα υγείας που παρουσιάζεται στην εικόνα 1 ίσχυε μέχρι το 1974. Το NHS ιδρύθηκε λοιπόν το 1948, κάνοντας πράξη το νόμο “NHS Act” του 1946.<sup>3,4</sup> Εδραιώθηκε, συνεπώς, ένα δημόσιο σύστημα υγείας με δωρεάν παροχή υπηρεσιών στους πολίτες και με έμφαση στην αρχή της ισότητας στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτόν αναβαθμίστηκε ο ρόλος των GPs (General Practitioners), οι οποίοι συμβάλλουν στο σύστημα και ασκούν πλέον χρέη «πυλωρού» (gatekeeper), καθοδηγώντας τον ασθενή στις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης. Το 1962 εφαρμόστηκε το «Νοσοκομειακό Πρόγραμμα», μια νέα επενδυτική καινοτομία στον τομέα των υποδομών, το οποίο αναγνώριζε την ανάγκη ανάπτυξης ενός αποκεντρωμένου δικτύου

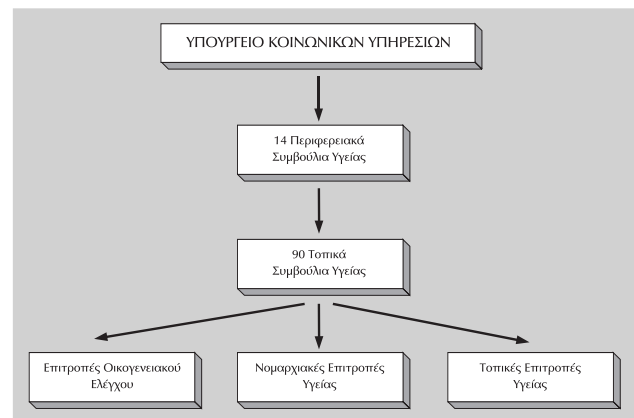


**Εικόνα 1.** Η δομή του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας το 1948.

δευτεροβάθμιων υπηρεσιών και εισήγαγε την έννοια του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου (District General Hospital, DGH). Σύμφωνα με αυτό το πρόγραμμα, μια μονάδα 600–800 κλινών απευθύνεται σε κάθε 100.000–150.000 κατοίκους, ένα περιφερειακό μοντέλο το οποίο διατηρείται μέχρι και σήμερα.

Το 1973 θεσμοθετούνται οι περιφερειακές διοικήσεις με διευρυμένες αρμοδιότητες, οι οποίες εγκαινιάστηκαν μέσα από το νέο “NHS Act”. Σύμφωνα με την οργανωτική τους δομή, κάτω από τη διοικητική επίβλεψη του Υπουργού Υγείας διαμορφώνονται οι Υγειονομικές Περιφέρειες (*Regional Health Authorities, RHAs*), οι οποίες επωμίζονται την ευθύνη του σχεδιασμού. Αυτές, με τη σειρά τους, διαιρούνται σε 90 «περιοχές» (areas). Οι «περιοχές» αυτές διαιρούνται σε επαρχίες (districts), που διοικούνται από τοπικά διοικητικά συμβούλια. Τα τοπικά διοικητικά συμβούλια έχουν κυρίως την ευθύνη των Περιφερειακών Γενικών Νοσοκομείων (DGH). Στην εικόνα 2 φαίνεται η δομή του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών το 1974. Μελετώντας τη δομή του Υπουργείου Κοινωνικών Υπηρεσιών, παρατηρούμε ότι η πολιτική υγείας ασκείται πλέον σε τρία επίπεδα: το κεντρικό, το περιφερειακό και το τοπικό επίπεδο, από τα οποία και τα τρία έχουν αρμοδιότητα στρατηγικού σχεδιασμού.<sup>5,6</sup>

Ο τρόπος οργάνωσης του τομέα της υγείας, που καθιερώθηκε από τη νομοθεσία του 1973, οδήγησε τη Βρετανία σε οικονομική κρίση λόγω της μεγάλης αύξησης των δαπανών υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, το σύστημα κατηγορήθηκε ότι δημιουργούσε πολλά διοικητικά εμπόδια εξαιτίας της πολυδιάσπασής του, της



**Εικόνα 2.** Το Υπουργείο Κοινωνικών Υπηρεσιών της Βρετανίας το 1974.

δαπανηρής συντήρησής του και της βραδύτητας στη λήψη αποφάσεων. Έτσι, το 1982, μετά από εισήγηση της επιτροπής Merrison, ακολουθήθηκε ένα άλλο πρότυπο αποκεντρωμένης οργάνωσης, όπου οι «περιοχές» και οι «τοπικές αρχές» αντικαταστάθηκαν από 192 υγειονομικές επαρχίες DHAs (District Health Authorities). Το 1989 το NHS αναθεωρείται και πάλι, με σκοπό την εισαγωγή μεθόδων «ελεγχόμενου ανταγωνισμού», με στόχο το σύστημα να καταστεί περισσότερο αποδοτικό.

Το 1991 διαχωρίστηκε διοικητικά η ευθύνη για τις διάφορες βαθμίδες περίθαλψης μέσα στα όρια των districts. Έτσι, οι DHAs έλεγχαν τη νοσοκομειακή περίθαλψη στην περιοχή, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας αποτελούσε αρμοδιότητα των Αρχών Οικογενειακής Περίθαλψης (Health Service Authorities, HSHAs). Στη

συνέχεια όμως, με τη νέα αντίληψη για τη βελτίωση της συνοχής στο σύστημα που επικράτησε το 1996, οι DHAs και οι FHSAs ενοποιήθηκαν.

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

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

Στην εικόνα 3 παρουσιάζονται οι βασικότερες συνιστώσες της δομής και λειτουργίας του βρετανικού υγειονομικού συστήματος σήμερα.

Σύμφωνα με την εικόνα 3, οι βασικές παράμετροι του βρετανικού συστήματος υγείας σήμερα είναι η κεντρική κυβέρνηση, η τοπική αυτοδιοίκηση, οι προμηθευτές του συστήματος και οι φορολογούμενοι-ασθενείς. Αναλυτικότερα, οι τοπικές αρχές, απορροφώντας τους απαραίτη-

τους πόρους από τον κρατικό προϋπολογισμό, συνάπτουν συμβάσεις με τους προμηθευτές των υπηρεσιών υγείας. Οι προμηθευτές παρέχουν υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας προς τους πολίτες, οι οποίοι ως αντίτιμο καταβάλλουν φόρους. Μελετώντας, λοιπόν, τη λειτουργία του βρετανικού υγειονομικού συστήματος, παρατηρούμε ότι συνθέτει ένα κύκλωμα, του οποίου οι βασικοί δρώντες (εικ. 3) διαμορφώνουν σε μεγάλο βαθμό τη βιωσιμότητα και την αποτελεσματικότητα του Συστήματος Υγείας.

### 3. ΔΟΜΗ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στην ενότητα αυτή θα παρουσιάσουμε τη δομή του βρετανικού συστήματος υγείας. Προκειμένου να γίνουν αντιληπτές οι σχέσεις που χαρακτηρίζουν τη δομή του συστήματος, θα προηγηθεί μια σύντομη αναφορά στο Εθνικό Σύστημα της Βρετανίας, όπως αυτό διαμορφώθηκε μέσα από σημαντικές μεταρρυθμίσεις, από τις οποίες η πιο πρόσφατη είναι αυτή του 1999.<sup>7</sup>

#### 3.1. Η δομή του βρετανικού υγειονομικού συστήματος με βάση τη μεταρρύθμιση του 1991

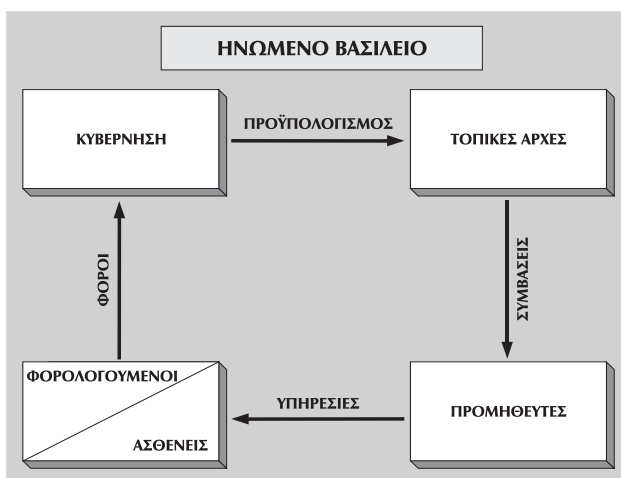
Τα επίπεδα διοικητικής δομής του συστήματος υγείας της Βρετανίας μετά τη μεταρρύθμιση του 1991 είναι τα ακόλουθα:

- Το Υπουργείο Υγείας
- Οι Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs)
- Οι Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities, DHAs).

**3.1.1. Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας.** Το Υπουργείο Υγείας της Βρετανίας (The Department of Health, DoH) λειτουργεί υπό την καθοδήγηση του Υπουργού Υγείας, συνεπικουρούμενου από πέντε υπουργικά στελέχη, τα οποία είναι αρμόδια για την υγεία και τις κοινωνικές υπηρεσίες στη Βρετανία. Οι αρμοδιότητες των Υπουργών Υγείας είναι διαφορετικές για τη Σκωτία, την Ουαλία και τη Βόρεια Ιρλανδία. Στη Βρετανία, το Υπουργείο χαράσσει τη γενική πολιτική υγείας, φέροντας τη γενικότερη ευθύνη για το NHS.<sup>8</sup>

Αρχικά, δημιουργούνται μια σειρά τμημάτων του Υπουργείου, τα οποία αναφέρονται σε συγκεκριμένες αρμοδιότητες, όπως το τμήμα δημόσιας υγείας, το τμήμα κοινωνικής φροντίδας, το τμήμα νοσηλευτικής φροντίδας και, τέλος, το τμήμα έρευνας και ανάπτυξης.

Στη συνέχεια, ακολουθεί το γραφείο του Διευθύνοντος Συμβούλου για την υγεία (Chief Medical Officer, CMO),



Εικόνα 3. Η λειτουργία του βρετανικού συστήματος υγείας. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

ο οποίος είναι αρμόδιος για την παροχή ειδικών συμβουλευτικών υπηρεσιών σε ολόκληρο το τμήμα.

Ταυτόχρονα, δημιουργείται το Κεντρικό Γραφείο Διοίκησης NHS (NHS executive, NHSE), το οποίο λειτουργεί υπό την καθοδήγηση του Γενικού Διευθυντή, που είναι αρμόδιος για μια σειρά λειτουργιών κεντρικής διαχείρισης για το NHS.

Η έδρα του Διευθυντή του NHS βρίσκεται στο Leeds και αποτελείται από οκτώ περιφερειακά γραφεία, τα οποία κατανέμονται σε όλη τη χώρα. Τα γραφεία αυτά είναι αρμόδια για την περιφερειακή εφαρμογή των εθνικών πολιτικών και τον έλεγχο της απόδοσης των αρμόδιων για την υγεία αρχών, καταλαμβάνοντας μια σημαντική θέση στην αλυσίδα της λογοδοσίας (accountability) και της ανταποκρισιμότητας (responsiveness) από το τοπικό επίπεδο προς το κέντρο.

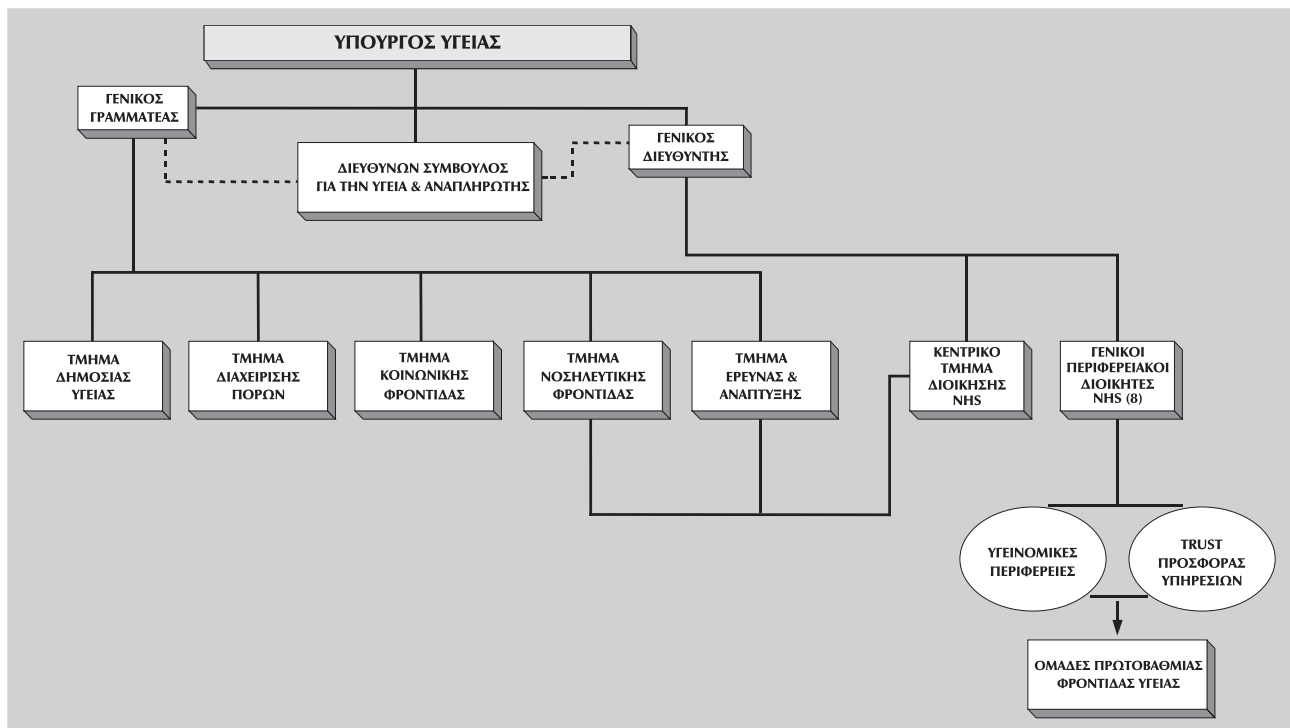
Αξίζει να σημειωθεί ότι μια πρόσφατη καινοτομία, σε υπουργικό επίπεδο, ήταν ο διορισμός το 1997, για πρώτη φορά, ενός υπουργού με συγκεκριμένη ευθύνη για τη δημόσια υγεία. Ο υπουργός αυτός έχει αρμοδιότητες, οι οποίες συνίστανται στον έλεγχο της κατάστασης της δημόσιας υγείας, στην αντιμετώπιση των μεταδοτικών ασθενειών, συμπεριλαμβανομένου του AIDS, στη λειτουργία οικογενειακού προγραμματισμού και στην ασφάλεια των τροφίμων. Προς το παρόν, ιδιαίτερη έμ-

φαση δίνεται στην ανάγκη εξάλειψης των ανισοτήτων στην υγεία.

Στα πλαίσια της μεταρρύθμισης του 1991 εντάσσεται και η καθιέρωση ενός τμήματος μέσα στο Υπουργείο Υγείας, το οποίο αφορούσε στη δημιουργία ερευνητικών προγραμμάτων για την εθνική υγειονομική ανάπτυξη. Ο πρώτος διευθυντής αυτού του τμήματος διορίστηκε το 1991 και από τότε, ένα εθνικό ερευνητικό και αναπτυξιακό πρόγραμμα, από κοινού με μια σειρά περιφερειακών προγραμμάτων, έχουν διαδραματίσει ένα σημαντικό ρόλο στην ανάπτυξη του βρετανικού υγειονομικού συστήματος. Στην εικόνα 4 περιγράφεται η δομή του Υπουργείου Υγείας της Βρετανίας, η οποία αποτελείται από τρεις κύριους κλάδους.<sup>9</sup>

**3.1.2. Λοιπά Υπουργεία.** Οι κυβερνήσεις της Βρετανίας δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στο συντονισμό των υπουργείων για τη διαμόρφωση των κατάλληλων στρατηγικών στα πλαίσια της πολιτικής υγείας. Τα Υπουργεία τα οποία συμμετέχουν στη χάραξη της εν λόγω στρατηγικής είναι τα ακόλουθα:

- Το Υπουργείο Κοινωνικών Ασφαλίσεων, με βασική αρμοδιότητα που αφορά στη ρύθμιση των κοινωνικών δαπανών για την επίτευξη ευημερίας (π.χ. δαπάνες για την εισοδηματική υποστήριξη ατόμων που πάσχουν από μερική ή ολική αναπηρία)



Εικόνα 4. Η δομή του Υπουργείου Υγείας της Βρετανίας. Πηγή: WHO 1999, ίδια διαμόρφωση.

- Το Υπουργείο Περιβάλλοντος, Μεταφοράς και Περιφερειών, το οποίο είναι υπεύθυνο για τις κοινωνικές υπηρεσίες που προσφέρονται μέσω των τοπικών κυβερνητικών αρχών
- Το Υπουργείο Γεωργίας, Τροφίμων και Αλιείας, που είναι υπεύθυνο για την υγιεινή των τροφίμων
- Το Υπουργείο Εκπαίδευσης και Απασχόλησης, που έχει επιφορτιστεί με το έργο της χρηματοδότησης της εκπαίδευσης των σπουδαστών της ιατρικής σχολής καθώς και άλλων σπουδαστών, παρέχοντάς τους ιατρικές υπηρεσίες.

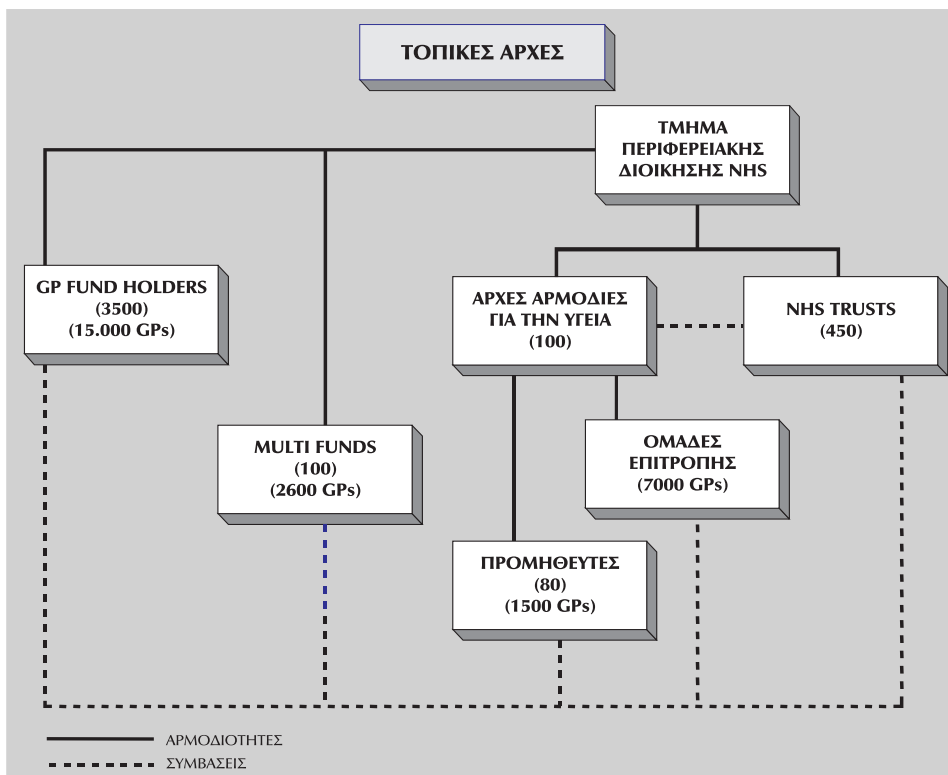
**3.1.3. Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS).** Η οργανωτική δομή του NHS, όπως διαμορφώθηκε μετά τις μεταρρυθμίσεις του 1991, απεικονίζεται στην εικόνα 5. Διακρίνονται τέσσερις βασικοί θεσμοί οργάνωσης:<sup>10</sup>

- Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs)
- Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities, DHAs)
- Ενώσεις Γενικών Γιατρών (General Practitioners Fund Holders)
- Εσωτερική αγορά.

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε ξεχωριστά τα βασικότερα χαρακτηριστικά για καθεμιά από τις κύριες συνιστώσες του Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας.

**3.1.3.1. Υγειονομικές Περιφέρειες (Regional Health Authorities, RHAs).** Έπειτα από τη μεταρρύθμιση του 1991, οι RHAs αποτελούν προέκταση του Υπουργείου Υγείας της Βρετανίας και είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό και την κατανομή των πόρων στις υγειονομικές επαρχίες, όπως επίσης και για τη διασφάλιση της δημόσιας υγείας και τον έλεγχο των συμβάσεων που συνάπτονται από τους γιατρούς. Ταυτόχρονα, οι υγειονομικές περιφέρειες έχουν τη δυνατότητα κατανομής των οικονομικών πόρων στα νοσοκομεία και στους εξωνοσοκομειακούς γενικούς γιατρούς. Τέλος, οι ίδιες υγειονομικές περιφέρειες λαμβάνουν τους αντίστοιχους προϋπολογισμούς από το Υπουργείο Υγείας.

**3.1.3.2. Υγειονομικές Επαρχίες (District Health Authorities, DHAs).** Στη δεκαετία του 1980 το σύστημα υγείας της Βρετανίας συνέχιζε να παρουσιάζει προβλήματα οργάνωσης, τα οποία δυσχέραιναν την επίτευξη αποτελεσματικότητας στην παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους πολίτες. Ταυτόχρονα, δημιουργήθηκαν προβλήματα αποδοτικότητας, αφού οι δαπάνες για την υγεία αυξάνονταν χωρίς ανταποδοτικό αποτέλεσμα, με συνέπεια να προωθηθεί νέα μεταρρύθμιση. Πρωτοπόρος αυτής της προσπάθειας ήταν ο *Griffith*, ο οποίος καταλόγιζε στη συμμετοχική διοίκηση πολλά από τα προβλήματα του συστήματος υγείας. Το γεγονός ότι σε όλα τα επίπεδα διοίκησης δεν υπήρχε κάποιος υπεύθυνος για ένα συ-



**Εικόνα 5.** Η δομή του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991. Πηγή: WHO 1999, ίδια διαμόρφωση.

γκεκριμένο τομέα, ενώ αποφάσιζαν από κοινού όλοι, είχε ως αποτέλεσμα την κακοδιοίκηση και την αλληλοεπικάλυψη ευθυνών. Έτσι, ο Griffith πρότεινε την εισαγωγή του “management” στο συνολικό σύστημα υγείας.

Παρόλη την προσπάθεια του Griffith, τα προβλήματα στο σύστημα υγείας της χώρας συνεχίζονταν, με αποτέλεσμα το 1991 να προωθηθεί νέα μεταρρύθμιση. Στις αρχές της δεκαετίας του 1990 διαχωρίστηκαν οι έννοιες της αγοράς και της παροχής υπηρεσιών υγείας, με συνακόλουθο διαχωρισμό της ευθύνης των φορέων που αναλάμβαναν την αγορά και την παροχή υπηρεσιών, αντίστοιχα.<sup>11</sup> Οι νέες αυτές τροποποιήσεις αποδόθηκαν στη διεθνή βιβλιογραφία με τον όρο «εσωτερική αγορά» (internal market).<sup>12</sup> Η ευθύνη της ανάθεσης της αγοράς υπηρεσιών υγείας ανήκει στις υγειονομικές επαρχίες (District Health Authorities, DHAs). Κάθε υγειονομική επαρχία διαπραγματεύεται τις ανάγκες και τις υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό που καλύπτει και ο οποίος ανέρχεται κατά μέσο όρο στους 250.000 ανά περιοχή. Οι διαπραγματεύσεις καταλήγουν στη σύναψη συμβολαίων και συμβάσεων μεταξύ υγειονομικών επαρχιών και νοσοκομείων.<sup>13</sup>

Οι υγειονομικές επαρχίες, που σήμερα ανέρχονται σε 112 και εξυπηρετούν κατά μέσο όρο 350.000 άτομα η καθεμιά, είναι υπεύθυνες για όλο το φάσμα της παρεχόμενης φροντίδας στο γεωγραφικό τομέα της ευθύνης τους. Σε κάθε RHA υπάρχει τουλάχιστον ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο και σε κάθε DHA υπάρχει τουλάχιστον ένα νομαρχιακό νοσοκομείο.

*3.1.3.3. Αρχές παροχής υγειονομικών υπηρεσιών προς την οικογένεια (Family Health Service Authorities, FHSAs).* Στο επίπεδο της υγειονομικής επαρχίας λειτουργούν οι αρχές παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης προς την οικογένεια, οι οποίες ανέρχονται σήμερα σε 90 και είναι αρμόδιες για τη χρηματοδότηση, τον έλεγχο και τη λειτουργία των οικογενειακών γιατρών, που αποτελούν τη βάση της πυραμίδας του συστήματος.

Στα πλαίσια του Εθνικού Υγειονομικού Συστήματος της Βρετανίας, μπορεί να γίνει διάκριση μεταξύ πρωτοβάθμιας φροντίδας (που παρέχεται από τους ιατρούς παθολόγους και το σχετικό προσωπικό) και νοσοκομειακών υπηρεσιών. Από το 1991, οι DHAs ήταν αρμόδιες για τη νοσοκομειακή φροντίδα, ενώ η πρωτοβάθμια φροντίδα, αρχικά, ήταν αρμοδιότητα των Διευθύνσεων Οικογενειακής Ιατρικής (FHSAs). Εντούτοις, οι DHAs και οι FHSAs συγχωνεύθηκαν, με στόχο τον αποτελεσματικό συντονισμό της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας περίθαλψης.

*3.1.3.4. Εσωτερική αγορά (Internal Market).* Οποιαδήποτε και αν ήταν τα πραγματικά κίνητρα της μεταρ-

ρύθμισης του 1991, η όλη επιχειρηματολογία και λογική των αλλαγών επικεντρώθηκε στα θετικά αποτελέσματα που θα μπορούσε να έχει η εισαγωγή στοιχείων αγοράς και ανταγωνισμού στο σύστημα υγείας, με σκοπό τη βελτίωση της αποδοτικότητας των πόρων που απορροφούσε.<sup>14</sup> Η μεταρρύθμιση του 1991 βασίστηκε κυρίως στην προσπάθεια για το σαφή διαχωρισμό της αγοράς και χρηματοδότησης των υπηρεσιών (αγοραστής) από την παροχή τους (προμηθευτές), που στην ουσία ισοδυναμούσε με τη μεταφορά κανόνων αγοράς σε ένα σύστημα που χρηματοδοτείται αποκλειστικά από τον κρατικό προϋπολογισμό.<sup>15</sup> Προμηθευτές είναι τα νοσοκομεία και οι γενικοί-οικογενειακοί γιατροί και αγοραστής οι DHAs, οι υπηρεσίες Οικογενειακής Ιατρικής και ένας αριθμός οικογενειακών γιατρών που με τη μεταρρύθμιση απέκτησαν δικό τους προϋπολογισμό (GP fund holders).<sup>16</sup>

Τα συμβόλαια για παροχή υπηρεσιών υγείας διαπραγματεύονται και συνάπτονται μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών, με βάση την ποιότητα και τις τιμές των υπηρεσιών υγείας.<sup>17</sup> Αυτό σημαίνει ότι τα νοσοκομεία είναι εκ των πραγμάτων υποχρεωμένα να παράσχουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης και να ανταγωνίζονται μεταξύ τους. Αρχικά, οι DHAs ήταν υπεύθυνες για τα νοσοκομεία που βρίσκονταν στην περιοχή αρμοδιότητάς τους, αλλά σταδιακά, όσα το επιθυμούσαν, μπορούσαν να γίνουν ανεξάρτητα υπό καθεστώς αυτοδιοίκησης και ελευθερίας διαπραγμάτευσης στην αγορά (NHS trusts). Όσα από τα νοσοκομεία αποφάσιζαν να μεταβληθούν σε NHS trusts ήταν ελεύθερα να αποφασίσουν την πολιτική που θα ακολουθήσουν, προκειμένου να αυξήσουν την αποτελεσματικότητά τους και να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τους.<sup>18</sup>

Όσα νοσοκομεία επιλέξουν να μεταβληθούν σε trusts, είναι αναγκασμένα να οργανωθούν καλύτερα και αποτελεσματικότερα, ενώ ταυτόχρονα υποχρεώνονται να βελτιώσουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να έχουν ανταγωνιστικές τιμές, ώστε να προσελκύουν περισσότερα συμβόλαια και ασθενείς από τις DHAs και τους GP fund holders. Στην περίπτωση που δεν θα καταφέρουν να γίνουν ανταγωνιστικά, θα πρέπει ή να κλείσουν ή να επιστρέψουν στο παλιό καθεστώς.

Όσον αφορά στα συμβόλαια, πρόκειται για γραπτές συμφωνίες μεταξύ αγοραστών και προμηθευτών, τα οποία στόχο έχουν την επισημοποίηση των συμφωνιών. Συνεπώς, οι προμηθευτές θα πρέπει να είναι συνεπείς στο είδος, την ποιότητα και την ποσότητα υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν και οι αγοραστής μπορούν μέσα από σύγκριση της τιμής και της ποιότητας να επιλέξουν τις

υπηρεσίες υγείας που θα καταναλώσουν μεταξύ των διαφόρων αγοραστών.<sup>19</sup>

Η ιδέα αυτή του ανταγωνισμού έχει τις ρίζες της στον Αμερικανό οικονομολόγο Enthoven, σύμφωνα με τον οποίο, όταν η αγορά λειτουργεί ελεύθερα, μπορεί να παράγει φροντίδα υψηλής ποιότητας με ελεγχόμενο κόστος μέσα από την εισαγωγή κινήτρων και ανταγωνισμού.<sup>20,21</sup>

*3.1.3.5. Ο ρόλος του οικογενειακού γιατρού.* Ουσιαστικά, ο ρόλος των GPs είναι διττός, γιατί αφενός παρέχουν πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και αφετέρου αγοράζουν υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας για τους ασθενείς τους και πληρώνουν τα νοσοκομεία με βάση τα συμβόλαια cost per case.<sup>22,23</sup> Τα συμβόλαια cost per case χρησιμοποιούνται σε περιπτώσεις εξειδικευμένων μονάδων των νοσοκομείων, όπου κάθε επέμβαση, επεισόδιο ή επίσκεψη πληρώνεται χωριστά.<sup>24</sup>

Κίνητρο για να γίνουν οι γενικοί γιατροί αγοραστές αποτελούν τα διάφορα επιδόματα τα οποία υπολογίζονται ανά ασθενή, καθώς επίσης και το γεγονός ότι οι γενικοί γιατροί μπορούν να κρατήσουν το περίσσευμα του προϋπολογισμού, εφόσον αυτό διατεθεί για υπηρεσίες προς τους ασθενείς τους.<sup>25</sup>

Στα συμβόλαιά τους με τα νοσοκομεία, οι γενικοί γιατροί μπορούν να απαιτήσουν καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών μέσω ποιοτικότερων και αποδοτικότερων υπηρεσιών υγείας.<sup>26,27</sup> Ταυτόχρονα, οι οικογενειακοί γιατροί που διαχειρίζονται προϋπολογισμούς έχουν τη δυνατότητα, την οποία συχνά αξιοποιούν, να χρηματοδοτούν τη λειτουργία συγκεκριμένων νοσοκομειακών θαλάμων, συγκεκριμένης ειδικότητας.<sup>28</sup>

Αξίζει, τέλος, να σημειωθεί ότι ο γενικός γιατρός αποτελεί το βασικό άξονα του συστήματος και απορροφά περίπου το 6% του ΑΕΠ, ενώ περίπου το 98% του πληθυσμού κάνει χρήση του δικαιώματός του να επιλέγει το γενικό γιατρό της αρεσκείας του.

Στην εικόνα 5 παρουσιάζεται η δομή του Εθνικού Συστήματος της Βρετανίας σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991.

Συμπερασματικά, σύμφωνα με τη μεταρρύθμιση του 1991, τα δημόσια νοσοκομεία δεν υπάγονται ιεραρχικά στις υγειονομικές περιφέρειες αλλά είναι αυτοδιοικούμενα. Τον προϋπολογισμό τον εισπράττουν από τις υγειονομικές επαρχίες ή από τις ενώσεις των γενικών γιατρών. Οι τελευταίοι ενσωματώνονται σε ομάδες και αγοράζουν υπηρεσίες για τους ασφαλισμένους πριν ακόμα εκδηλωθεί η ζήτηση. Το 1991, με το διαχωρισμό της

αγοράς και της παροχής υπηρεσιών υγείας, εισάγονται στοιχεία ανταγωνισμού που χαρακτηρίζουν την εσωτερική αγορά, με αποτέλεσμα τη δημιουργία τριών αξόνων:

- Εισάγονται ταυτόχρονα 294 σχήματα γενικών γιατρών, που λειτουργούν ως fund holders. Οι fund holders, έχοντας δικό τους προϋπολογισμό (που τον λαμβάνουν από το Υπουργείο Υγείας), αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τους ασθενείς τους.
- Οι υγειονομικές επαρχίες, που αγοράζουν υπηρεσίες υγείας για τον πληθυσμό τους.
- Τα NHS trusts, που αποτελούν ενώσεις προμηθευτών δευτεροβάθμιας περίθαλψης. Τα NHS trusts ανταγωνίζονται μεταξύ τους, προκειμένου να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους είτε στους fund holders είτε στις υγειονομικές επαρχίες.

Τέλος, οι γενικοί γιατροί (general practitioners) υπήρξαν πολύ καλοί διαπραγματευτές, γιατί αφενός είχαν επίγνωση της ιατρικής πρακτικής και αφετέρου διέθεταν το κίνητρο της αποδοτικότητας, προκειμένου να μη σπαταληθούν οι οικονομικοί πόροι και να μπορέσουν να αξιοποιηθούν σε επενδύσεις, όπως κτήρια, μηχανήματα κ.λπ.

### 3.2. Η δομή του συστήματος υγείας της Βρετανίας μετά τη μεταρρύθμιση του 1999

Η μεγάλη μεταρρύθμιση που συντελέστηκε στο σύστημα υγείας της Αγγλίας το 1999 αφορούσε στην κατάργηση των fund holders.<sup>29</sup> Η κατάργηση των fund holders αντικαταστάθηκε από τη δημιουργία φορέων, που θα διαδραμάτιζαν τον ίδιο ρόλο με αυτόν των γενικών γιατρών fund holders. Πρόκειται για τη δημιουργία των ομάδων πρωτοβάθμιας φροντίδας (Primary Care Groups, PCGs), οι οποίες λειτουργούν, στην πλειονότητα των περιπτώσεων, στη γεωγραφική περιοχή στην οποία ανήκουν οι fund holders. Οι περιοχές αυτές καλύπτουν πληθυσμό από 50.000–250.000 κατοίκους.<sup>30</sup>

Βασικός στόχος της μεταρρύθμισης ήταν η εξομάλυνση που δημιουργήθηκε από τα προβλήματα του ανταγωνισμού της εσωτερικής αγοράς και η απαρχή της συνεργασίας ανάμεσα στους μετόχους του συστήματος υγείας, δηλαδή των NHS trusts, PCGs, HAs.<sup>31</sup>

Η δομή του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας της Αγγλίας διακρίνεται στα ακόλουθα επίπεδα:

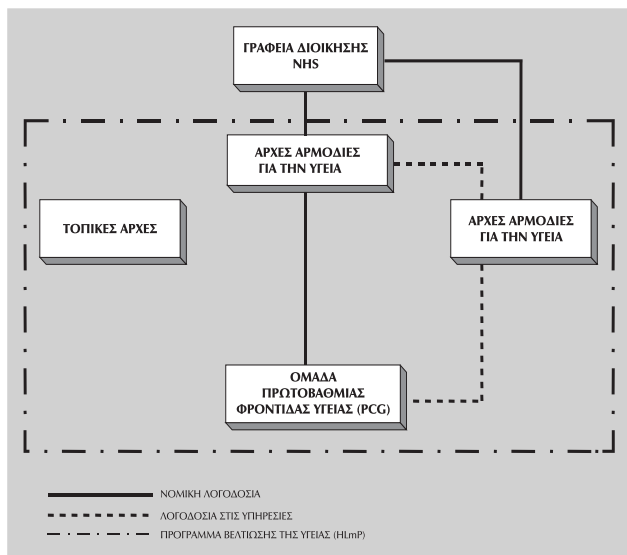
- Εθνικό Σύστημα Υγείας-Περιφερειακά γραφεία (NHS executive-regional offices)
- Υγειονομικές αρχές (health authorities)
- Ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups)
- Τοπικές αρχές (local authorities)
- Εσωτερική αγορά (NHS trusts).



Σύμφωνα με τους άξονες αυτούς, η δομή του NHS, με βάση τη μεταρρύθμιση του 1999, παρουσιάζεται στην εικόνα 6.<sup>32</sup>

Στην εικόνα 6 παρατηρούμε ότι τα NHS trusts εξακολουθούν να είναι υπεύθυνα για την παροχή των υπηρεσιών υγείας, με τη διαφορά ότι τα βραχυπρόθεσμα συμβόλαια με τους παροχείς υπηρεσιών υγείας έχουν αντικατασταθεί με μακροπρόθεσμα συμβόλαια. Οι υγειονομικές αρχές (health authorities), που έχουν αντικαταστήσει τις προηγούμενες αρχές των υγειονομικών επαρχιών (district health authorities), έχουν αναλάβει το έργο του στρατηγικού σχεδιασμού για την πολιτική των υπηρεσιών υγείας, ενώ οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups) έχουν αναλάβει την ευθύνη της παροχής υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι fund holders μετέχουν πλέον ως επικεφαλές της διοίκησης των PCGs. Οι υγειονομικές αρχές είναι υπεύθυνες για το σχεδιασμό προγραμμάτων που αφορούν στη βελτίωση της υγείας (health government programmes) στις περιοχές τους, σε συνεργασία με τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας, τα trusts, αλλά και τις τοπικές αρχές.

Όσον αφορά στις ομάδες παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας (primary care groups), αυτές συνεργάζονται με τις υγειονομικές αρχές και με τις τοπικές αρχές, προκειμένου θέσουν σε εφαρμογή προγράμματα που αφορούν στη βελτίωση της υγείας ή ασκούν συμβουλευτικό



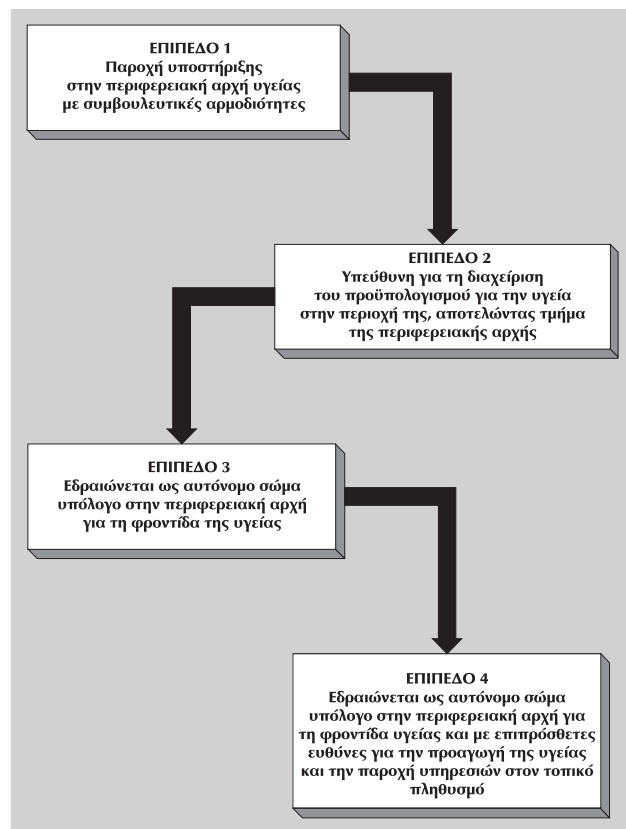
**Εικόνα 6.** Η δομή του Βρετανικού Συστήματος Υγείας με βάση τη μεταρρύθμιση του 1999. Πηγή: Department of Health (1998). The government expenditure plans 1998–1999. Department Report. Cm 3912. London, The Stationary Office p. 103, ίδια διαμόρφωση.

ρόλο σε διάφορα ζητήματα που αφορούν στις υπηρεσίες υγείας.<sup>33</sup>

Στην εικόνα 7 παρουσιάζονται τα στάδια ανάπτυξης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στη Βρετανία. Με βάση τη ροή της αναπτυξιακής διαδικασίας, κρίνεται σκόπιμο να επισημανθούν τρία βασικά σημεία για τις PCG:

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

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



**Εικόνα 7.** Τα στάδια ανάπτυξης της βρετανικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PCG). Πηγή: Based on Department of Health (1998), The new NHS: modern and dependable. London, The Stationary Office, ίδια διαμόρφωση.

- Οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας (PCG) είναι φορείς υπεύθυνοι, σύμφωνα με τις διατάξεις του νόμου, για την παροχή υπηρεσιών υγείας του πληθυσμού μιας συγκεκριμένης περιφέρειας.
- Η διοικητική αρχή των PCG αποτελείται ως επί το πλείστον από γενικούς γιατρούς.
- Την ευθύνη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας της περιφέρειας την έχουν οι PCG, όντας σε μεγάλο βαθμό αυτόνομες. Αν δεν έχουν φθάσει ακόμα σε αυτό το στάδιο, λόγω του ότι η μεταρρύθμιση έγινε πρόσφατα, προβλέπεται συνεργασία με τις τοπικές αρχές. Στόχος της μεταρρύθμισης, πάντως, είναι να φθάσουν όλες οι PCG στο μέγιστο στάδιο της αυτονομίας τους σε όλη τη βρετανική επικράτεια, προκειμένου να έχουν την πλήρη και αποκλειστική ευθύνη της παροχής υπηρεσιών υγείας της περιφέρειάς τους. Αξίζει να σημειωθεί ότι οι PCG καλύπτουν όλες τις βαθμίδες παροχής υπηρεσιών υγείας της αντίστοιχης περιφέρειας.
- Οι PCG δεν έχουν σχέση διοικητικής ιεραρχίας με τις νοσοκομειακές μονάδες, οι οποίες είναι αυτόνομοι οργανισμοί. Ο τρόπος συνεργασίας μεταξύ τομέα ζήτησης και προσφοράς είναι αυτός των συμβολαίων ανάμεσα σε PCG και νοσοκομεία, διάρκειας 3-5 ετών.
- Τα στάδια κατανομής των πόρων στο βρετανικό σύστημα υγείας αποτελούνται από την κεντρική διοίκηση, τις υγειονομικές αρχές και από τις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Οι υγειονομικές αρχές, ανάλογα με το βαθμό αυτονομίας που έχουν αποκτήσει οι PCG, αναθέτουν την ευθύνη χρηματοδότησης στις ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Οι PCG έχουν τη δυνατότητα διαχείρισης του προϋπολογισμού. Εισπράττουν τον προϋπολογισμό και, ακολούθως, προβαίνουν σε ανάλογες διαπραγματεύσεις με τα νοσοκομεία (trusts προσφοράς υπηρεσιών), συνάπτοντας συμβόλαια.<sup>34</sup>

### 3.3. Το Εθνικό Κέντρο Κλινικής Αριστείας (NICE) και η Επιτροπή Βελτίωσης Υγείας (ChIMP)

Βασική επιδίωξη της κυβέρνησης που προώθησε τη μεταρρύθμιση του 1999, υπήρξε η έμφαση στην ποιοτική αναβάθμιση του βρετανικού συστήματος υγείας. Για την επίτευξη αυτού του σκοπού αναπτύχθηκε ένας αριθμός διαφορετικών νέων Κέντρων και Επιτροπών, δύο από τα βασικότερα των οποίων είναι το Εθνικό Κέντρο Κλινικής Αριστείας (NICE) και η Επιτροπή για τη Βελτιστοποίηση της Υγείας των Πολιτών (ChIMP). Το Εθνικό Κέντρο Κλινικής Αριστείας είναι αρμόδιο για τον ποιοτικό έλεγχο καθώς και για την υιοθέτηση της αρχής της οικονομικής αποτελεσματικότητας στο πεδίο των

κλινικών δοκιμών, προκειμένου να υπάρξει σύζευξη της κλινικής ποιότητας και της οικονομικής αποτελεσματικότητας (cost effectiveness). Με τη λειτουργία του Κέντρου αναμενόταν ότι θα ελάμβαναν χώρα 30-50 ποιοτικοί έλεγχοι, οι οποίοι θα μπορούσαν να θεωρηθούν ως βάση για τις κλινικές οδηγίες, με τελικό σκοπό την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας και την καλύτερη εξυπηρέτηση των Βρετανών πολιτών.

Προκειμένου να εξασφαλιστούν υπηρεσίες υψηλής ποιότητας με σχετικά μικρό κόστος, η βρετανική κυβέρνηση καθιέρωσε την Επιτροπή Βελτίωσης Υγείας, η οποία έχει στόχο την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών σε τοπικό επίπεδο στην περίπτωση που η παρέμβαση της κεντρικής κυβέρνησης σ' αυτό το επίπεδο είναι ανεπαρκής.

Η αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας υπολογίζεται με βάση έξι βασικές διαστάσεις:

- Τη βελτίωση της υγείας των πολιτών
- Την επαρκή πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας
- Την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας
- Την αποδοτικότητα των υπηρεσιών υγείας
- Το ιατρικό ιστορικό ασθενών και νοσηλευτών
- Την έκβαση της υγείας των ασθενών.

Τέλος, αξίζει να τονιστεί ότι οι βασικοί κλινικοί δείκτες για τον ποιοτικό έλεγχο των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τους θανάτους στο νοσοκομείο μέσα σε 30 ημέρες από τη χειρουργική επέμβαση και τους θανάτους στο νοσοκομείο μέσα σε 30 ημέρες για τους ασθενείς ηλικίας >65 ετών.

## 4. ΑΠΟΚΕΝΤΡΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

Παρά το γεγονός ότι η τοπική αυτοδιοίκηση έπαιξε σημαντικό ρόλο στην ίδρυση του νοσοκομειακού κλάδου, το νέο σύστημα υγείας αποστασιοποιήθηκε από αυτήν, κατά κύριο λόγο εξαιτίας της άρνησης των γιατρών να υπόκεινται στον έλεγχο των τοπικών συμβούλων. Οι υπηρεσίες υγείας των επαρχιών παρέμειναν στην τοπική αυτοδιοίκηση μέχρι το 1974, οπότε υπήχθησαν στην εποπτεία των υγειονομικών αρχών, οι οποίες αποτελούνταν από επαγγελματίες ιατρούς και από εκπροσώπους της τοπικής αυτοδιοίκησης. Ωστόσο, έπειτα από τις μεταρρυθμίσεις της δεκαετίας του 1980, οι εκπρόσωποι της τοπικής αυτοδιοίκησης αντικαταστάθηκαν από τους επιχειρηματίες. Επιπλέον, δόθηκε η δυνατότητα στα νοσοκομεία να επιλέξουν την υπαγωγή τους είτε στις υγειονομικές αρχές είτε σε διοριζόμενα συμβούλια, ως ιδρύματα του NHS (NHS trusts).

Οι μεταρρυθμίσεις του 1991, καθώς και οι επόμενες που ακολούθησαν, είχαν ως στόχο την αύξηση της αποτελεσματικότητας και της ποιότητας μέσω της δημιουργίας αποκεντρωμένης αγοράς υπηρεσιών υγείας. Η αποκέντρωση αυτή των υπηρεσιών υγείας αντιπροσωπεύει την τάση για κατάργηση της αυστηρής ιεραρχίας και τις κάθετες μορφές οργάνωσης του Υπουργείου Υγείας, ενώ αντίθετα προβάλλει πρότυπα βασισμένα στο μοντέλο προμηθευτή-αγοραστή, προκειμένου να εξυψωθεί η έννοια της βέλτιστης ικανοποίησης των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας.

Ωστόσο, ο βαθμός αυτονομίας των υπηρεσιών υγείας είναι αρκετά περιορισμένος. Όπως επισημαίνεται και παραπάνω, τόσο οι αγοραστές όσο και οι παραγωγοί υγείας λογοδοτούν στο περιφερειακό γραφείο του Γενικού Διευθυντή, το οποίο ενεργοποιεί ένα ισχυρό σύστημα διαχείρισης της απόδοσης.

Πιο συγκεκριμένα, το βρετανικό σύστημα υγείας διαθέτει αρκετές δομές αποκέντρωσης, όπως είναι οι υγειονομικές αρχές, οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, οι τοπικές αρχές. Καθεμιά από αυτές τις δομές έχει έναν ιδιαίτερο και συγκεκριμένο ρόλο στο σύστημα υγείας της χώρας. Σε ορισμένες περιπτώσεις, μάλιστα, προβλέπεται δυνατότητα συνεργασίας μεταξύ τους, προκειμένου να διεκπεραιωθούν συγκεκριμένοι στόχοι στη διαμόρφωση της συνολικής πολιτικής για την υγεία.<sup>35</sup>

Τέλος, από τις δομές αποκέντρωσης στο βρετανικό σύστημα υγείας, εκείνες οι οποίες παρουσιάζουν δομικά χαρακτηριστικά ανάλογα με αυτά των περιφερειακών συστημάτων υγείας είναι οι ομάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας [εικ. 7, «Τα στάδια ανάπτυξης της βρετανικής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (PCG)»].

## 5. ΔΕΙΚΤΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΣ ΒΡΕΤΑΝΙΑΣ

Τις τελευταίες δεκαετίες, λόγω της ανάγκης για αξιολόγηση των υγειονομικών συστημάτων, η επιστήμη των οικονομικών της υγείας διερευνά τις δυνατότητες μέτρησης του επιπέδου υγείας με τη δημιουργία ειδικών δεικτών.<sup>36</sup> Για τον προσδιορισμό του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λοιπόν, χρειάζεται η συνεκτίμηση και ποσοτική έκφραση κοινωνικών, ψυχικών και βιολογικών παραμέτρων. Αναγκαστικά, οι μετρήσεις για την εκτίμηση των δυνάμεων βιολογικής ανανέωσης και φθοράς ενός πληθυσμού περιορίζονται στον υπολογισμό ορισμένων ποσοτικών παραμέτρων, που ονομάζονται «δείκτες υγείας».<sup>37,38</sup>

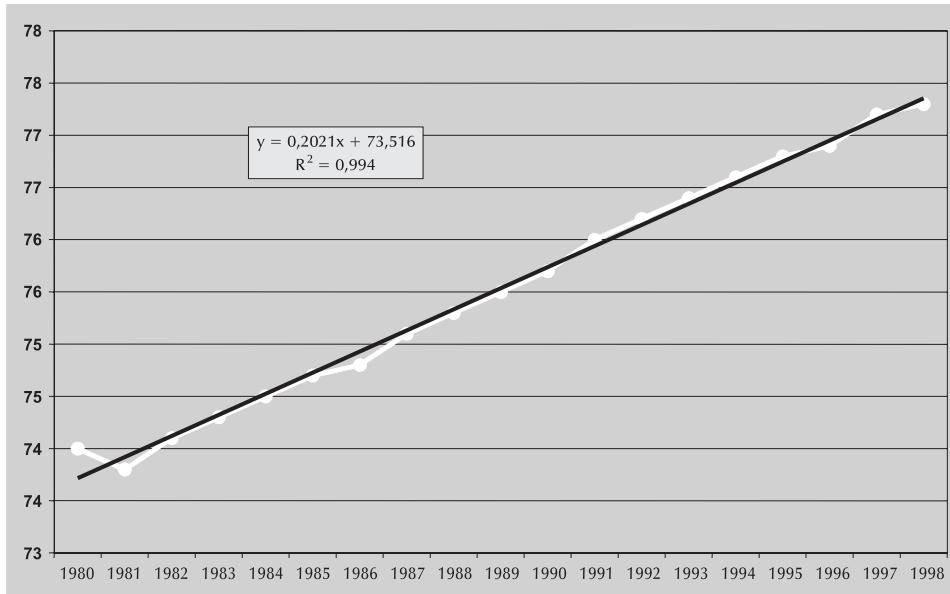
Ένας από τους ευρύτερα χρησιμοποιούμενους δείκτες υγείας είναι αυτός του προσδόκιμου επιβίωσης.

Το προσδόκιμο επιβίωσης αποτελεί έναν εύχρηστο δείκτη υγείας, που εκφράζει το μέσο αριθμό των ετών που αναμένεται να ζήσει κάποιος από το χρόνο της γέννησής του.<sup>39</sup> Η μέτρηση του προσδόκιμου επιβίωσης κατά τη γέννηση έχει το πλεονέκτημα ότι περιγράφει τη συνολική θνησιμότητα του πληθυσμού συνοπτικότερα σε σχέση με τους δείκτες θνησιμότητας.<sup>40</sup>

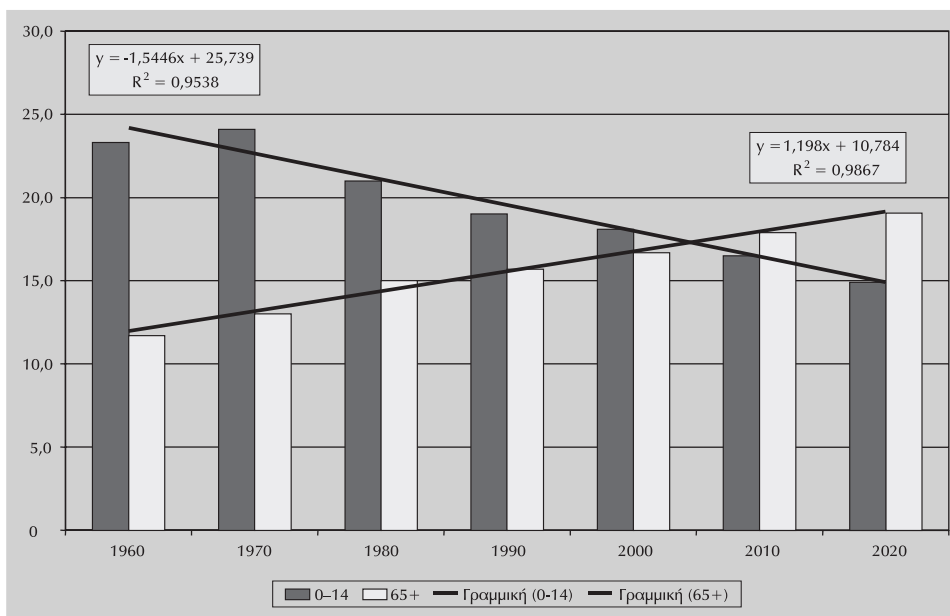
Αν και οι δείκτες προσδοκώμενης ζωής διαφοροποιούνται από χώρα σε χώρα, ωστόσο οι διαφορές αυτές δεν είναι τόσο μεγάλες, όσον αφορά τουλάχιστον στο προσδόκιμο επιβίωσης.<sup>41</sup> Η προσδοκώμενη ζωή, στη Μεγάλη Βρετανία, έχει αυξηθεί κατακόρυφα, όπως άλλωστε και στις λοιπές Ευρωπαϊκές χώρες, κυρίως τα τελευταία είκοσι χρόνια, όπως διαφαίνεται και από την εικόνα 8.

Ταυτόχρονα, μέσα σε διάστημα είκοσι ετών, η αύξηση του προσδόκιμου επιβίωσης άγγιξε τουλάχιστον τα τέσσερα έτη (το 1980 το προσδόκιμο επιβίωσης βρισκόταν στα 74 έτη, ενώ το 1998 ανήλθε στα 77,5 έτη). Η αύξηση αυτή οφείλεται κυρίως στην οικονομική άνθιση της χώρας, στη σημαντική βελτίωση της διατροφής, στη βελτίωση της κατοικίας, καθώς και σε άλλους κοινωνικούς παράγοντες οι οποίοι αύξησαν σημαντικά το προσδόκιμο επιβίωσης του Βρετανού πολίτη.

Ταυτόχρονα, όμως, τα τελευταία χρόνια παρατηρείται στην Ευρώπη μια τάση συνεχούς γήρανσης του πληθυσμού, η οποία οφείλεται κυρίως στη μείωση των γεννήσεων και στην αύξηση της θνησιμότητας.<sup>42</sup> Από αυτή την τάση δεν αποκλίνει η Μεγάλη Βρετανία. Στην εικόνα 9 παρουσιάζονται οι δημογραφικές μεταβολές που συντελέστηκαν την περίοδο 1960–2000, με τις αντίστοιχες προβλέψεις για την επερχόμενη εικοσαετία 2000–2020. Διακρίνουμε δύο ηλικιακές κατηγορίες. Αυτή των ατόμων από 0–14 ετών και εκείνη των ατόμων που έχουν ξεπεράσει την ηλικία των 65 ετών. Από την ανάλυση αυτή των διαχρονικών δημογραφικών εξελίξεων πρόκειται να παρατηρηθούν οι εντυπωσιακότερες αλλαγές όσον αφορά στη γήρανση της Βρετανίας. Πιο συγκεκριμένα, οι δημογραφικές προβλέψεις για τη μελλοντική ανάπτυξη του πληθυσμού της Βρετανίας δεν καταλήγουν σε ευθαρρυντικά συμπεράσματα, επειδή προβλέπεται ότι η γήρανση του πληθυσμού, που θα ξεκινήσει στα μέσα της δεκαετίας του 2010, θα συνεχιστεί με αυξαντα ρυθμό. Αξιοσημείωτο, μάλιστα, είναι το γεγονός ότι η φθίνουσα γραμμή τάσης του πληθυσμού ηλικίας 0–14 ετών τέμνεται με την αύξουσα γραμμή τάσης του πληθυσμού 65+ περίπου στο έτος 2005. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, μέσα από τις προβλέψεις της παρούσας ανάλυσης, ότι στα μέσα της πρώτης δεκαετίας του 21ου



**Εικόνα 8.** Προσδοκώμενη επιβίωση κατά τη γέννηση, στην Βρετανία, 1980-1998. Πηγή: OECD, 2003, ίδια διαμόρφωση.

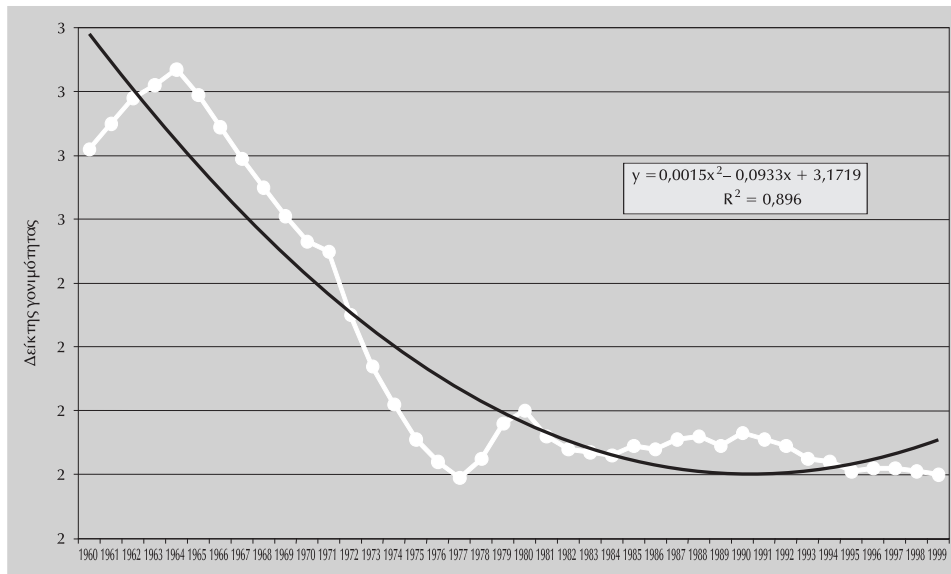


**Εικόνα 9.** Η δημογραφική γήρανση του βρετανικού πληθυσμού, 1960-2020. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

αιώνα θα έχει ταυτιστεί ο αριθμός των νέων και των ηλικιωμένων στη Βρετανία.

Όσον αφορά στη γονιμότητα, αυτή ορίζεται από τον αδρό δείκτη του αριθμού των τέκνων ανά γυναίκα. Σύμφωνα με την εικόνα 10, για την περίοδο 1960-1999 καταγράφεται μια ουσιαστική μείωση. Το ποσοστό γονιμότητας έχει μειωθεί από 3,4 το 1960 σε 2,3 το 1999. Ωστόσο, στη διαχρονική εξέλιξη της γονιμότητας είναι χρήσιμο να διακρίνουμε κάποιες χρονικές περιόδους, στις οποίες παρατηρούνται σημαντικές μεταβολές. Πιο συγκεκριμένα, από τις αρχές της δεκαετίας του 1960

παρατηρείται μια κατακόρυφη αύξηση του δείκτη γονιμότητας, η οποία ακολουθείται από απότομη μείωση της γονιμότητας έως και τα τέλη της δεκαετίας του 1980, περίοδος κατά την οποία ο δείκτης γονιμότητας αγγίζει το κατώτατό του σημείο (2,2 παιδιά ανά γυναίκα). Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι την τελευταία δεκαετία οι γεννήσεις παιδιών ακολουθούν μια σταθερή πτωτική πορεία ιδιαίτερα ανησυχητική,<sup>43</sup> με αποτέλεσμα η βρετανική κυβέρνηση να προσανατολίζεται προς την αύξηση των επιδομάτων προκειμένου να δοθούν κίνητρα στις οικογένειες να τεκνοποιήσουν.



**Εικόνα 10.** Δείκτης γονιμότητας στη Βρετανία, 1960–1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

Τέλος, πρέπει σημειωθεί ότι από μακρο-οικονομικές και μακρο-δημογραφικές μελέτες προέκυψε ότι υπάρχει αρνητική σχέση μεταξύ οικονομικής ευημερίας και γεννητικότητας, δηλαδή χώρες με υψηλό κατά κεφαλή εισόδημα παρουσιάζουν και χαμηλή γεννητικότητα.

Παρακάτω θα παρουσιάσουμε ένα σχετικά νέο δείκτη υγείας, ο οποίος υιοθετείται από τις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Ο δείκτης αυτός ονομάζεται Χαμένα Χρόνια Επιβίωσης (PYLL).<sup>44</sup> Το βασικότερο πλεονέκτημα του δείκτη PYLL σε σύγκριση με τη θνησιμότητα έχει να κάνει με το γεγονός ότι ο PYLL αποτελεί ένα σύνθετο δείκτη, ο οποίος περιλαμβάνει δύο βασικές συστατικές:

- Τον αριθμό των θανάτων που προκαλούνται από ασθένεια
- Τον αριθμό των ετών που τα άτομα θα μπορούσαν να συνεχίζουν να ζουν, κατά μέσο όρο, σε σύγκριση πάντα με τις υφιστάμενες συνθήκες υγείας του ατόμου.

Συνεπώς, ο μέσος όρος του PYLL ανά θάνατο είναι πολύ μεγαλύτερος για τους θανάτους που προέρχονται από ατυχήματα και αυτοκτονίες, σε σχέση με τους θανάτους από πνευμονία και καρκίνο του προστάτη. Το PYLL είναι ένας δείκτης που μετρά την πρώιμη θνησιμότητα, η οποία προάγει έναν καθολικό τρόπο για τη στάθμιση των θανάτων που προέρχονται σε νεαρές ηλικίες και οι οποίες δεν μπορούν να αποτραπούν a priori.

Ο υπολογισμός του PYLL περιλαμβάνει τους θανάτους που επέρχονται σε κάθε ηλικία πολλαπλασιαζόμενους με τον αριθμό των εναπομεινάντων ετών που θα ζούσε το άτομο, σύμφωνα με το προσδόκιμο επιβίωσης.

Για το σκοπό αυτόν, το όριο του προσδόκιμου επιβίωσης έχει καθοριστεί από τον ΟΟΣΑ στο εβδομηκοστό έτος. Ο υπολογισμός του PYLL γίνεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

$$PYLL_{it} = \sum_{a=0}^{l-1} (l-a) \left[ \frac{d_{at}}{P_{at}} \right] \left[ \frac{P_a}{P_n} \right] * 100.000$$

Όπου:

a=Το μέγεθος του πληθυσμού

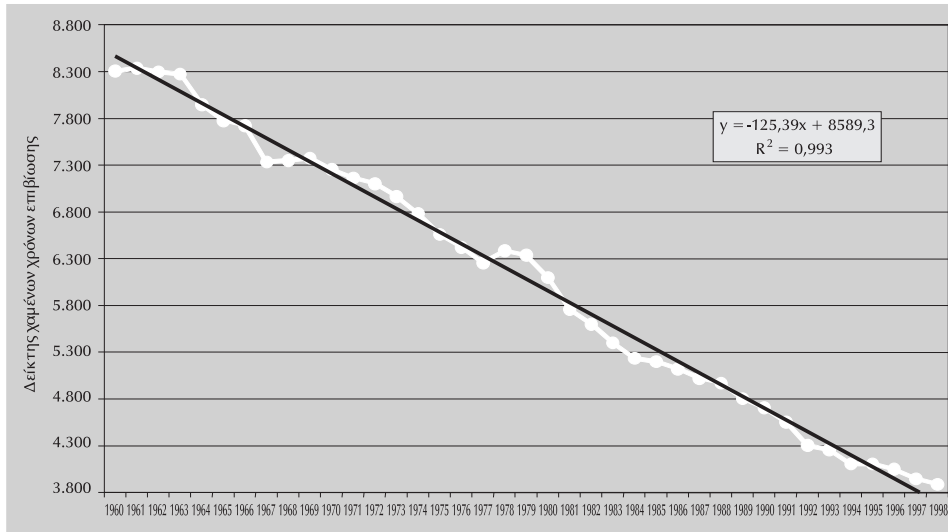
l=Το προσδόκιμο επιβίωσης για τον υπολογισμό του δείκτη (το εβδομηκοστό έτος)

da<sub>t</sub>=Ο αριθμός των θανάτων στην ηλικία a, το οποίο αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων ηλικίας a στη χώρα I σε χρόνο t.

Pa=Αναφέρεται στον αριθμό των ατόμων ηλικίας a στον καταγραφόμενο πληθυσμό

Pn=Αναφέρεται στο συνολικό αριθμό των ατόμων ηλικίας 0 έως L-1 στον καταγραφόμενο πληθυσμό.

Στην εικόνα 11 παρουσιάζονται τα χαμένα χρόνια επιβίωσης στη Βρετανία την περίοδο 1960–1998. Παρατηρούμε ότι ο δείκτης PYLL ακολουθεί μια συνεχή πτωτική πορεία, γεγονός που οφείλεται κατά βάση στη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας και στη βελτίωση της ποιότητας ζωής των Βρετανών πολιτών (τη δεκαετία του 1960 καταγράφηκαν 8.300 πρώιμοι θάνατοι ανά 100.000, ενώ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 οι πρώιμοι θάνατοι μόλις έφθαναν τους 4.000).<sup>45,46</sup>



**Εικόνα 11.** Χαμένα χρόνια επιβίωσης, ανά 100.000 κατοίκους, στη Βρετανία, 1960–1998. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

Ας περάσουμε στο δείκτη θνησιμότητας, ο οποίος συνήθως λαμβάνει τη μορφή του αδρού δείκτη. Ο όρος «αδρός» δηλώνει ότι ο δείκτης αφορά στο σύνολο του πληθυσμού μιας γεωγραφικής περιοχής. Ένας τέτοιος δείκτης, που χρησιμοποιείται συχνά, είναι ο αδρός δείκτης γενικής θνησιμότητας. Ο ετήσιος αδρός δείκτης γενικής θνησιμότητας εκφράζεται ως εξής:

$$\text{Αδρός (γενικός) δείκτης θνησιμότητας} = \frac{\text{Αριθμός θανόντων από κάθε αιτία έτους A}}{\text{Μέσος πληθυσμός έτους A}}$$

Οι αδροί δείκτες δίνουν ορισμένες πληροφορίες για τη γενική θνησιμότητα ενός πληθυσμού, αλλά δεν είναι αρκετά ακριβείς για τη σύγκριση της θνησιμότητας μεταξύ διαφορετικών πληθυσμών, γιατί δεν υπεισέρχεται η διαφοροποίηση του πληθυσμού κατά ηλικία, φύλο κ.λπ.\*

Στην εικόνα 12 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του δείκτη ολικής θνησιμότητας στη Βρετανία για τη χρονική περίοδο 1960–1998. Εύκολα διαπιστώνεται η συνεχής πτωτική πορεία του δείκτη καθόλη τη διάρκεια των ετών, η οποία οφείλεται κυρίως στην πολιτιστική, κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη,<sup>47</sup> αλλά και στη βελτίωση της ιατρικής τεχνολογίας (στις αρχές της δεκαετίας του 1960 απεβίωσαν 1000 άτομα, ενώ στα τέλη της δεκαετίας του 1990 απεβίωσαν μόλις 650 άτομα ανά 100.000 κατοίκους).<sup>48</sup>

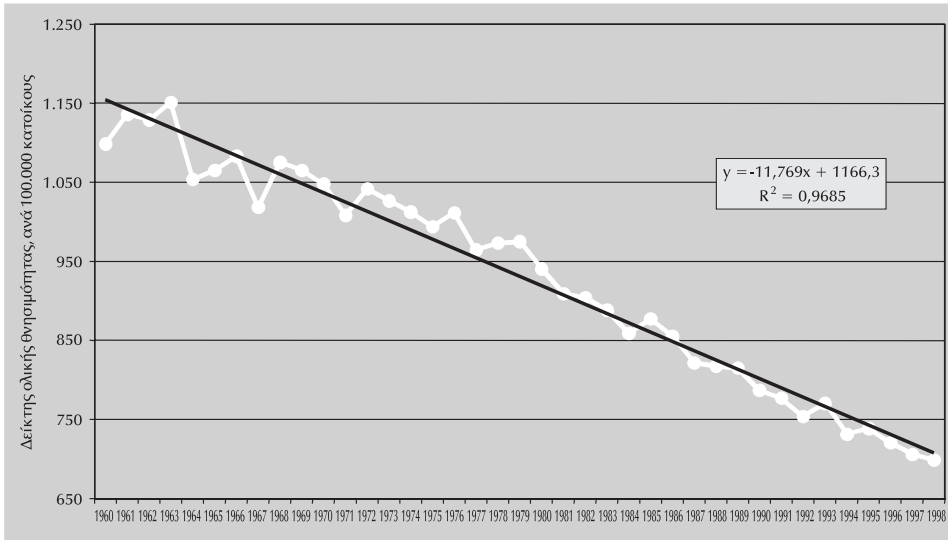
Εκτός από το δείκτη ολικής θνησιμότητας, για τη μέτρηση της κατάστασης υγείας ενός πληθυσμού (health

status) στο χώρο των οικονομικών της υγείας χρησιμοποιείται ευρύτητα και ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας.

Με τον όρο βρεφική θνησιμότητα νοούνται οι θάνατοι βρεφών μέσα στον πρώτο χρόνο από τη γέννησή τους. Διακρίνεται σε νεογνική (θάνατοι βρεφών μέσα σε 27 ημέρες από τη γέννησή τους) και σε όψιμη βρεφική ή μετανεογνική (θάνατοι βρεφών που συμβαίνουν από την 28η–365η μέρα από τη γέννηση). Η διάκριση αυτή γίνεται, γιατί οι πιθανότητες θανάτου (κίνδυνοι) επηρεάζουν διαφορετικά τη νεογνική και μετανεογνική περίοδο.

Οι κύριες αιτίες θανάτου κατά τη νεογνική περίοδο σχετίζονται άμεσα με την υγεία της μητέρας, την εγκυμοσύνη και τον τοκετό και αποδίδονται κυρίως στις κακώσεις κατά τον τοκετό, την ανοξία και την προωρότητα. Η μετανεογνική θνησιμότητα επηρεάζεται σημαντικά από το περιβάλλον όπου ζει και ανατρέφεται το βρέφος, τις συνθήκες υγιεινής, το εισόδημα, το βαθμό εκπαίδευσης των γονιών, την ιατρική παρακολούθηση, την υγειονομική διαφώτιση και άλλους κοινωνικο-οικονομικούς παράγοντες. (Η βρεφική θνησιμότητα λειτουργεί και ως αντιπροσωπευτικός δείκτης, που δείχνει τις ανισότητες που υπάρχουν μεταξύ των νομών μιας χώρας. Πάντως, προκαταβολικά παραθέτουμε ότι οι όποιες αδυναμίες, εκ μέρους του Κράτους, επίτευξης των ανωτέρω στόχων πρέπει να ιδωθούν υπό το πρίσμα του γεγονότος ότι το κλασικό κοινωνικό κράτος και η κοινωνική πολιτική βρίσκονται σε μια πορεία αλλαγής και μεταμόρφωσης, που επιβάλλεται από τα νέα οικονομικά, κοινωνικά και δημογραφικά δεδομένα. Πρόκειται για κρίση ανάπτυξης και αλλαγής και όχι για κρίση αποτυχίας και κατάρρευσης).<sup>49</sup>

\* Για παράδειγμα, μια χώρα που έχει περισσότερα ηλικιωμένα άτομα θα έχει μεγαλύτερη γενική θνησιμότητα, αλλά αυτό δεν σημαίνει ότι το επίπεδο υγείας της είναι χαμηλό.



**Εικόνα 12.** Δείκτης ολικής θνησιμότητας (sdr), ανά 100.000 κατοίκους, στη Βρετανία, 1960–1998. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

Η βρεφική θνησιμότητα υπολογίζεται με βάση τον παρακάτω τύπο:

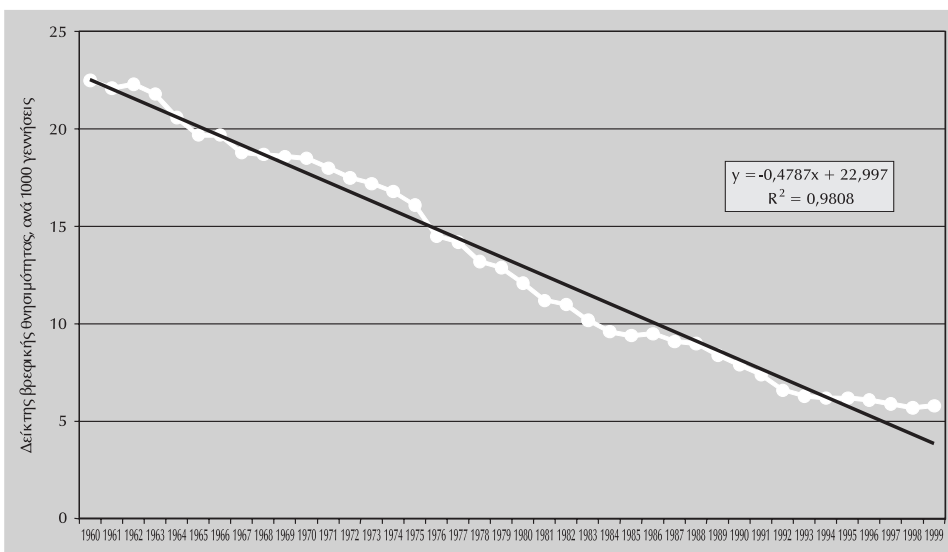
Δείκτης βρεφικής θνησιμότητας=

$$= \frac{\text{Αριθμός νεκρών παιδιών κάτω του έτους, το έτος A)}}{\text{Αριθμός γεννήσεων ζώντων το ίδιο έτος}}$$

Ειδικότερα, ο δείκτης της βρεφικής θνησιμότητας ο οποίος αναφέρεται στους θανάτους που επέρχονται μέσα στον πρώτο χρόνο της ζωής του ανθρώπου, επηρεάζεται άμεσα από τις κοινωνικο-οικονομικές και περιβαλλοντικές συνθήκες και γι’ αυτόν το λόγο χρησιμοποιείται εκτεταμένα στις δημογραφικές και επιδημιολογικές αναλύσεις, προκειμένου να απεικονιστεί η οικονομική, πολιτιστική και υγειονομική υποδομή της Βρετανίας.<sup>50</sup>

Εξετάζοντας τη βρεφική θνησιμότητα στη Βρετανία την περίοδο 1960–1999 παρατηρούμε σημαντική μείωση, εφόσον οι θάνατοι, από 23 ανά 1000 γεννήσεις το 1960, μειώθηκαν στους 5,5 το 1999 (εικ. 13). Η μείωση αυτή αποδίδεται κυρίως στις σημαντικές αλλαγές που επήλθαν στο κοινωνικο-οικονομικό περιβάλλον της Βρετανίας, καθώς και στη διατροφή, την εκπαίδευση, την κατοικία και την οργανωμένη παροχή υγειονομικής φροντίδας.<sup>51</sup>

Συμπερασματικά, εξετάζοντας τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας στη Βρετανία την τελευταία τεσσαρακονταετία, παρατηρούμε ότι έχει συντελεστεί σημαντική πρόοδος όσον αφορά στην καταπολέμηση της θνησιμότητας, καθώς η πορεία όλων των δεικτών θνησιμότητας



**Εικόνα 13.** Βρεφική θνησιμότητα ανά 1000 γεννήσεις, στη Βρετανία, 1960–1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

τητας είναι πτωτική. Ωστόσο, όσον αφορά στη γονιμότητα, αυτή μειώνεται συνεχώς, με αποτέλεσμα στο άμεσο μέλλον να αναμένεται ταύτιση του αριθμού των νέων και των ηλικιωμένων.<sup>52</sup> Το γεγονός αυτό, βέβαια, θα επηρεάσει την ισορροπία ολόκληρου του βρετανικού κράτους-πρόνοιας και αναμένεται να δημιουργήσει προβλήματα βιωσιμότητας και αποτελεσματικότητας στο βρετανικό σύστημα υγειονομικής περίθαλψης. Δεν είναι τυχαίο άλλωστε το γεγονός ότι στα πλαίσια της ευρωπαϊκής υγειονομικής πολιτικής προβλέπεται συγκεκριμένη πολιτική, που αφορά στην υγειονομική περίθαλψη των ηλικιωμένων.<sup>53</sup>

## 6. ΕΙΣΡΟΕΣ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Στο τμήμα αυτό θα επικεντρωθούμε στις εισροές του βρετανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης. Πιο συγκεκριμένα, θα εξετάσουμε τη διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και την εξέλιξη του αριθμού των κλινών για την περίοδο 1960–1999.

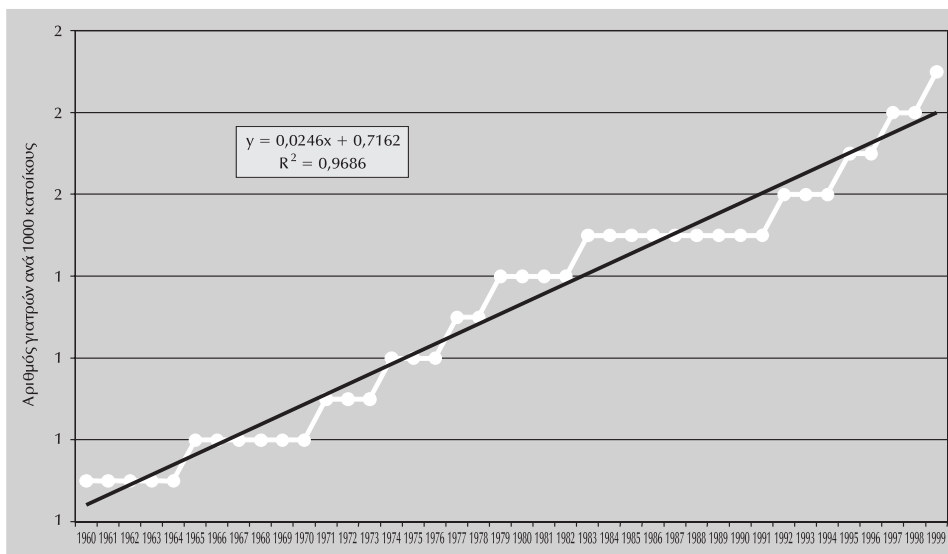
Στις περισσότερες χώρες-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης σήμερα λαμβάνει χώρα το φαινόμενο του «ιατρικού πληθωρισμού».<sup>54,55</sup> Στην εικόνα 14 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του ιατρικού δυναμικού της Βρετανίας, την περίοδο 1960–1999. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι τη δεκαετία του 1960 αντιστοιχούσε ένας γιατρός ανά 1000 κατοίκους, ενώ στις απαρχές του 21ου αιώνα ο αριθμός αυτός αγγίζει τους δύο γιατρούς ανά 1000 κατοίκους. Το φαινόμενο αυτό προκαλεί αύξηση των δαπανών υγείας και γενικά των δημοσίων δαπα-

νών των κυβερνήσεων. Επιπλέον, ο «ιατρικός πληθωρισμός» στις περισσότερες των περιπτώσεων σχετίζεται αρνητικά με την κατάσταση υγείας του πληθυσμού.<sup>56</sup>

Παρόμοια τάση με αυτή του ιατρικού δυναμικού καταγράφεται και στην περίπτωση της διαχρονικής εξέλιξης των νοσηλευτών στη Βρετανία. Σύμφωνα με την εικόνα 15, στη Βρετανία το 1960 σε κάθε 1000 κατοίκους αντιστοιχούσαν 3,5 νοσηλευτές. Η αναλογία αυτή το 1998 ανήλθε σε 5 νοσηλευτές ανά 1000 κατοίκους.<sup>57,58</sup>

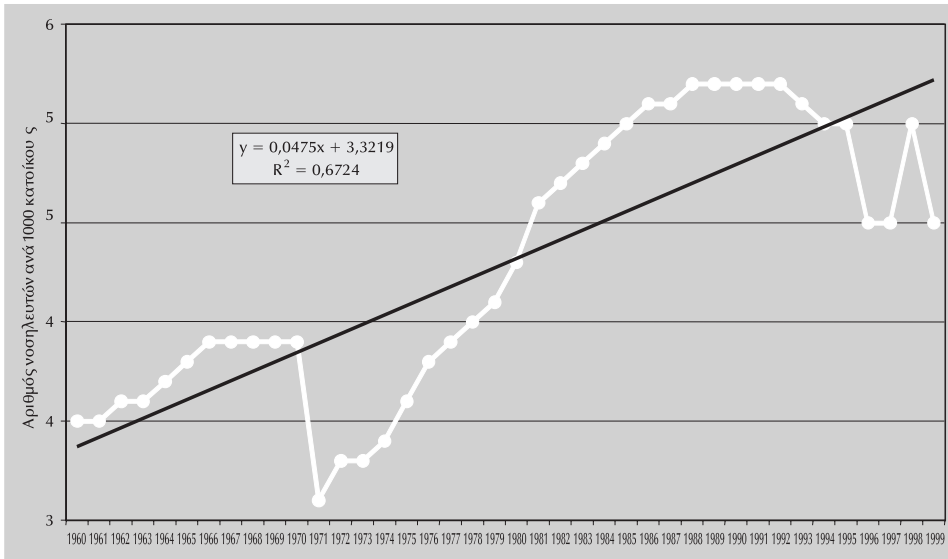
Στην περίπτωση, όμως, του νοσηλευτικού δυναμικού, η αυξητική τάση δεν ήταν συνεχής. Σύμφωνα με την εικόνα 15, κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 1960 η αύξηση ήταν κατακόρυφη. Στις αρχές της δεκαετίας του 1970 επήλθε μείωση, η οποία συνοδεύτηκε από κατακόρυφη αύξηση ως τα τέλη της δεκαετίας του 1980. Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι την περίοδο του 1995 και μετά υπήρξαν πολλές διαδοχικές διακυμάνσεις στον αριθμό των νοσηλευτών, οι οποίες, ωστόσο, δεν κατάφεραν να διαχωριστούν από τη γενικότερη αυξητική τάση των νοσηλευτών που έλαβε χώρα στη Βρετανία την περίοδο 1960–1999.

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι η αύξηση των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού δεν κατάφερε να επιφέρει αύξηση και στον αριθμό των κλινών. Στην εικόνα 16 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη του αριθμού των κλινών στη Βρετανία, την περίοδο 1960–1999. Παρατηρείται μια συνεχής μείωση του απόλυτου αριθμού των κλινών για την περίοδο που εξετάζεται, με αποτέλεσμα η γραμμή τάσης της Βρετανίας να διαγράφει αρνητική κλίση. Πιο συγκεκριμένα, το 1960 ο αριθμός κλινών άγγιζε τις 560.000, σε αντίθεση με το έτος

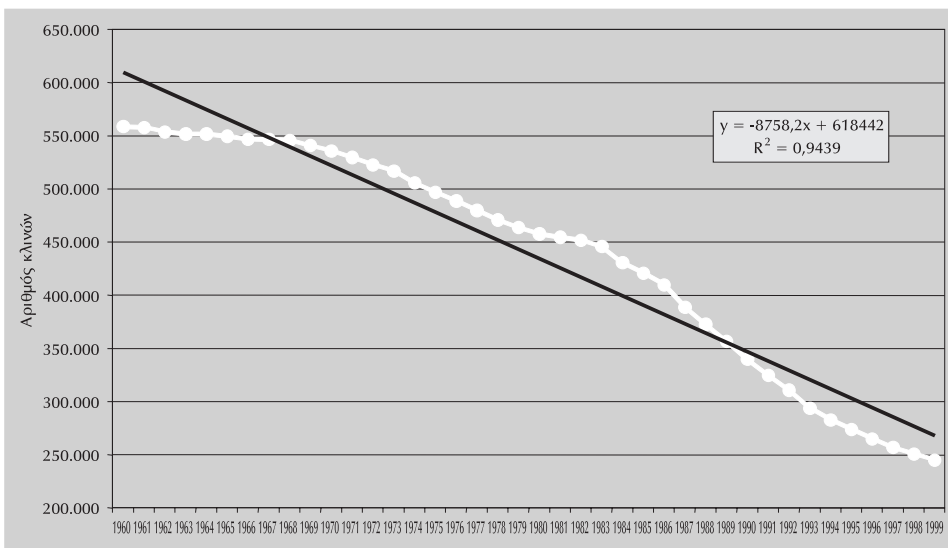


**Εικόνα 14.** Αριθμός γιατρών ανά 1000 κατοίκους στη Βρετανία, 1960–1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.





**Εικόνα 15.** Αριθμός νοσηλευτών/τριών, ανά 1000 κατοίκους στη Βρετανία, 1960-1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.



**Εικόνα 16.** Αριθμός κλινών στη Βρετανία, 1960-1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

1999, όπου ο αριθμός των κλινών μειώθηκε κατά το ήμισυ (έφθανε αισίως στις 230.000 κλίνες).<sup>59</sup>

Το αξιοσημείωτο γεγονός της μείωσης των κλινών οφείλεται κατά κύριο λόγο στη μη επικέντρωση των μεταρρυθμίσεων του υγειονομικού συστήματος της Βρετανίας στην αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα της νοσοκομειακής φροντίδας, με αποτέλεσμα η αύξηση του αριθμού των ιατρών και των νοσηλευτών και η ταυτόχρονη μείωση του αριθμού των κλινών να προκαλεί δυσλειτουργίες στον τομέα της δευτεροβάθμιας υγειονομικής φροντίδας.

## 7. ΧΡΗΜΑΤΟΔΟΤΗΣΗ ΤΟΥ ΒΡΕΤΑΝΙΚΟΥ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

### 7.1. Εισαγωγή

Η σημαντικότερη συνιστώσα κάθε περιφερειακής πολιτικής είναι το ζήτημα της κατανομής των πόρων μεταξύ των περιφερειών. Το Βρετανικό NHS, στα πρώτα χρόνια της διαμόρφωσής του, χρηματοδοτήθηκε από την κεντρική κυβέρνηση. Ειδικότερα, όμως, ο νοσοκομειακός τομέας χρηματοδοτείτο από τις περιφερειακές αρχές της αντίστοιχης επαρχίας (district).

Το σύστημα υγείας της Βρετανίας βασίζεται κατά κύριο λόγο στη δημόσια χρηματοδότηση, η οποία προέρχεται από τη φορολογία των πολιτών, απ' όπου προέρχεται και ο χαρακτηρισμός ότι το βρετανικό σύστημα υγείας ακολουθεί τη μέθοδο του «μοναδικού πληρωτή», ρόλο που παραδοσιακά διαδραματίζει το κράτος. Σύμφωνα με πρόσφατες μελέτες σε επίπεδο Ευρωπαϊκής Ένωσης και ΟΟΣΑ, η χρηματοδότηση του συστήματος προέρχεται κατά 90% από τον κρατικό προϋπολογισμό και μόνο κατά 10% από την κοινωνική ασφάλιση και τις ιδιωτικές πληρωμές.<sup>60</sup>

Μέχρι το 1975, η κατανομή των πόρων στη Μεγάλη Βρετανία γινόταν με βάση ιστορικά στοιχεία κάθε περιοχής και ολοκληρωνόταν με μικρές διαφοροποιήσεις ανάλογα με τις περιστάσεις. Το 1975 συγκροτήθηκε η ομάδα RAWP (Resource Allocation Working Party), προκειμένου να εισάγει ορθολογικά κριτήρια στην παραπάνω διαδικασία. Η RAWP διαμόρφωσε το μεθοδολογικό πλαίσιο για τη συσχέτιση των υπηρεσιών υγείας με τις ανάγκες του πληθυσμού, στηριγμένη στην αρχή της ισότητας, μέσω ενός συστήματος κριτηρίων, το οποίο ελάμβανε υπόψη στοιχεία όπως το μέγεθος του πληθυσμού, την ηλικιακή σύνθεση, το φύλο, το επίπεδο νοσηρότητας κ.λπ.

Παρόλα αυτά, η κυβέρνηση της M. Thatcher το 1979 έδωσε ώθηση στον ιδιωτικό τομέα και με την εισήγηση του Griffith, το 1983, εισήχθησαν στοιχεία "management" στο σύστημα υγείας. Στα πλαίσια της νέας αυτής νοσηροτροπίας αναβαθμίστηκε ο ρόλος της περιφέρειας, καθώς εγκαταλείπονταν οι παραδοσιακές ιεραρχικές δομές που ευνοούσαν τη γραφειοκρατία και η λήψη αποφάσεων μεταφέρθηκε από την κορυφή στη βάση (top-down).<sup>61</sup>

Το 1989, μια σημαντική κρατική έκθεση, αποκαλούμενη ως "Working for Patients", εισήγαγε την αρχή της εσωτερικής αγοράς αντικαθιστώντας την κεντρικά κατευθυνόμενη κατανομή των πιστώσεων με μηχανισμούς της αγοράς, δηλαδή με βάση τον ανταγωνισμό μεταξύ των υγειονομικών αρχών, των νοσοκομείων, των γενικών ιατρείων, καθώς και των άλλων μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, που συνολικά αντιμετωπίζονταν ως προμηθευτές και καταναλωτές. Αντί της αναλογικής κατανομής των πόρων, οι υγειονομικές αρχές θα προμηθεύονταν την περίθαλψη από νοσοκομεία για λογαριασμό της τοπικής κοινότητάς τους. Ο νόμος προέβλεπε, εξάλλου, ότι τα νοσοκομεία και οι τοπικές μονάδες υγείας απαλλάσσονταν από τον έλεγχο των υγειονομικών αρχών και λειτουργούσαν ως αυτοδιοικούμενοι οργανισμοί του NHS. Κατέστη έτσι δυνατό μεγάλα γενικά ιατρεία να διαχειρίζονται προϋπολογισμούς, που

τους παρέχονταν με κριτήριο τις ανάγκες των ασθενών τους, προκειμένου να αγοράζουν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης.

Παρότι η κυβέρνηση M. Thatcher δεν κατόρθωσε να αλλάξει το δημόσιο χαρακτήρα του συστήματος, το 1991 δημιουργήθηκε ένα είδος «εσωτερικής αγοράς» με τη θέσπιση του νόμου "NHS Community Care Act". Βασικό χαρακτηριστικό της ήταν ο διαχωρισμός της προσφοράς από τη ζήτηση. Το κομμάτι της προσφοράς εκπροσωπείται από τους GP fund holders και τα NHS trusts.

Ωστόσο, μέχρι το 1991, όλα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνταν από τις DHAs, χωρίς να υπάρχει κάποια σύνδεση ανάμεσα στο ύψος της χρηματοδότησης και στην αποδοτικότητα των παραγωγικών συντελεστών. Η διαδικασία χρηματοδότησης γινόταν μέσα από τις περιφερειακές και επαρχιακές υγειονομικές αρχές. Οι υγειονομικές περιφέρειες, αφού ελάμβαναν τον ετήσιο προϋπολογισμό τους από το Υπουργείο Υγείας, τον κατένειμαν στις υγειονομικές επαρχίες (DHAs). Οι DHAs, με τη σειρά τους, χρηματοδοτούσαν τα νοσοκομεία και πλήρωναν τους οικογενειακούς γιατρούς.

Ο τρόπος χρηματοδότησης άλλαξε με τη μεταρρύθμιση του 1991, όταν περίπου το 80% των νοσοκομείων μεταβλήθηκαν σε αυτόνομους και αυτοδιοικούμενους οργανισμούς (NHS trusts), που είναι υπόλογοι απευθείας στον Υπουργό Υγείας, και μόνο το 20% παρέμεινε στον έλεγχο και τη διαχείριση των DHAs. Η νέα αυτή μορφή επέτρεπε στα νοσοκομεία να έχουν μεγαλύτερη ευελιξία σε θέματα διοίκησης προσωπικού, καθορισμού των μισθών κ.λπ. Τα νοσοκομεία αυτά χρηματοδοτούνταν από τις DHAs, αλλά στη βάση ενός ελεγχόμενου ανταγωνισμού όπου όλα τα νοσοκομεία της περιοχής, δημόσια και ιδιωτικά, διέπονταν από το καθεστώς ενός ελεύθερου ανταγωνισμού μεταξύ τους για το ποιο θα προσφέρει τις ποιοτικότερες υπηρεσίες στις αρχές της υγειονομικής επαρχίας. Η υγειονομική επαρχία, από την άλλη, διαπραγματευόταν με τα νοσοκομεία, επιδιώκοντας να εξασφαλίσει όσο το δυνατό καλύτερες υπηρεσίες στις κατά το δυνατό χαμηλότερες τιμές. Παρακάτω, παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών υγείας της Βρετανίας την περίοδο 1960-1999, καθώς και η εισοδηματική ελαστικότητα.<sup>62</sup>

## 7.2. Διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας στη Βρετανία

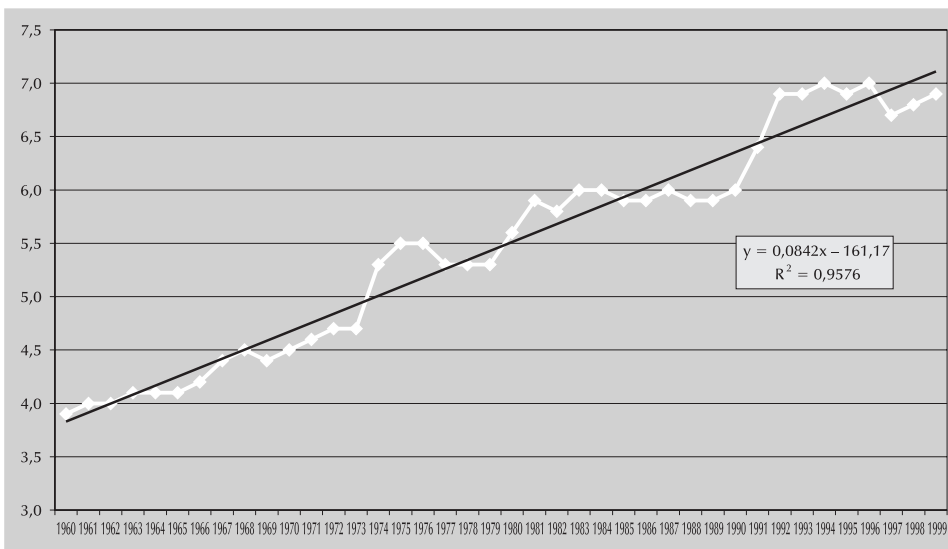
Στο παρόν τμήμα θα παρουσιάσουμε τη διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας της Βρετανίας

για την περίοδο 1960–1999. Πιο συγκεκριμένα, εξετάζεται το ποσοστό των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ.

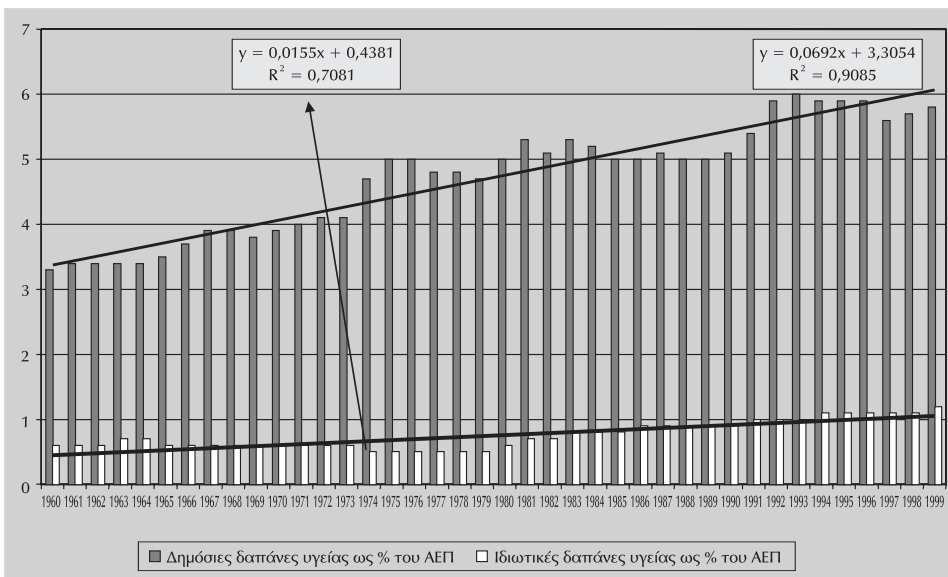
Σύμφωνα με την εικόνα 17, παρατηρούμε ότι η τάση εξέλιξης των δαπανών υγείας ως ποσοστό στο ΑΕΠ είναι αυξητική και ο συντελεστής προσδιορισμού διαμορφώνεται στο επίπεδο του 95%. Το υψηλότερο ποσοστό των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ καταγράφεται στα μέσα της δεκαετίας του 1990 (7%). Γενικότερα, διακρίνουμε επιμέρους φάσεις στη διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας. Η πρώτη φάση καταγράφεται στις αρχές της δεκαετίας του 1970 στα πλαίσια της μεταρρύθμισης του 1974. Η οικονομική ύφεση, όμως, εξαιτίας των πετρελαϊκών κρίσεων της δεκαετίας του 1970 επ-

ρέασε και τον τομέα της υγείας, με αποτέλεσμα να συρρικνωθεί το ποσοστό των δαπανών υγείας στο ΑΕΠ. Ωστόσο, έπειτα από μια φάση σταθεροποίησης στη διάρκεια της δεκαετίας του 1980, η μεταρρυθμιστική προσπάθεια του 1991 προκάλεσε επέκταση του υγειονομικού τομέα.

Στην εικόνα 18 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών ως ποσοστό του ΑΕΠ για την περίοδο 1960–1999. Είναι εμφανές ότι το βρετανικό υγειονομικό σύστημα στηρίζεται κυρίως στις δημόσιες δαπάνες και όχι στις ιδιωτικές. Με άλλα λόγια, το κράτος διαδραματίζει πρωτεύοντα ρόλο προκειμένου να επιτευχθούν οι στόχοι της αποτελεσματικότη-



**Εικόνα 17.** Διαχρονική εξέλιξη των συνολικών δαπανών υγείας ως % του ΑΕΠ στη Βρετανία, 1960–1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.



**Εικόνα 18.** Διαχρονική εξέλιξη δημοσίων και ιδιωτικών δαπανών ως % του ΑΕΠ στη Βρετανία, 1960–1999. Πηγή: OECD 2003, ίδια διαμόρφωση.

τας, της αποδοτικότητας και της ισότητας του υγειονομικού συστήματος.

Στην εικόνα 19 παρουσιάζεται η διαχρονική εξέλιξη των δαπανών υγείας ως ποσοστό του ΑΕΠ σε επιλεγμένες χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης.

Παρατηρούμε ότι στη Βρετανία καταγράφεται το χαμηλότερο ποσοστό δαπανών υγείας κατά την περίοδο 1960–1999. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι το δεύτερο ήμισυ της δεκαετίας του 1990 λαμβάνει χώρα συγκράτηση του κόστους των δαπανών υγείας (cost containment) από τη βρετανική κυβέρνηση.<sup>63</sup> Η πολιτική αυτή εντάσσεται στα πλαίσια της γενικότερης ευρωπαϊκής τάσης περί μείωσης της κρατικής παρέμβασης και ανάδειξης του ιδιωτικού και του τρίτου τομέα.

### 7.3. Εισοδηματική ελαστικότητα

Στα πλαίσια του παρόντος τμήματος παρουσιάζουμε την ανάλυση παλινδρόμησης μεταξύ των κατά κεφαλή δαπανών υγείας και του ΑΕΠ κατά κεφαλή σε σταθερές τιμές 1995, στη Βρετανία για την περίοδο 1970–2000. Στόχος μας είναι να καταγράψουμε το ποσοστό μεταβολής των κατά κεφαλή δαπανών υγείας σε μια δεδομένη μεταβολή του ΑΕΠ, βασιζόμενοι στην ελαστικότητα (b).

Για να μετρηθεί στατιστικά η σχέση μεταξύ δαπανών υγείας και ακαθάριστου εγχώριου προϊόντος, χρησιμοποιήθηκε το λογαριθμικό υπόδειγμα της εξής μορφής:

$$\ln G = \ln \gamma + \delta \ln Y + \ln U$$

Όπου G=Δαπάνες υγείας

Y=Ακαθάριστο εγχώριο προϊόν

U=Στοχαστική μεταβλητή.

Από τη σχέση αυτή εκτιμάται η εισοδηματική ελαστικότητα (e), η οποία δείχνει ποια είναι η ποσοστιαία επίδραση της οικονομικής ανάπτυξης στις δαπάνες υγείας. Δηλαδή, εάν το ΑΕΠ αυξηθεί κατά 10%, τότε η εισοδηματική ελαστικότητα δείχνει ποια είναι η αντίστοιχη προσδοκώμενη αύξηση των δαπανών υγείας. Μαθηματικά, η ελαστικότητα εκφράζεται ως ακολούθως.

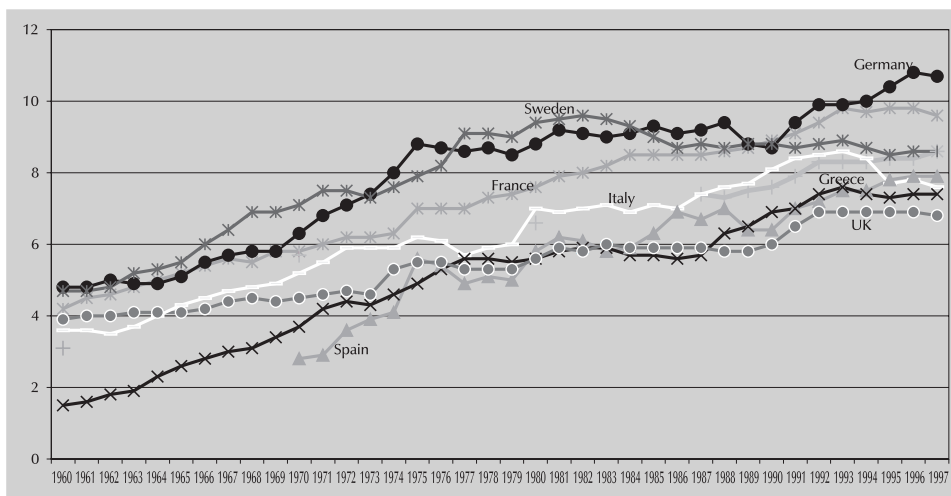
$$e = \frac{\Delta G}{G} / \frac{\Delta Y}{Y} = \frac{\% \text{ μεταβολή των δαπανών υγείας}}{\% \text{ μεταβολή του ΑΕΠ}}$$

Εάν  $e = 1 = \frac{\Delta G}{G} = \frac{\Delta Y}{Y}$ , συνεπάγεται ότι αυξάνει το ΑΕΠ, αλλά αυξάνουν αντίστοιχα και οι δαπάνες υγείας κατά το ίδιο ποσοστό.

Εάν  $e = 1 = \frac{\Delta G}{G} > \frac{\Delta Y}{Y}$ , συνεπάγεται ότι οι δαπάνες υγείας αυξάνουν ταχύτερα από το ΑΕΠ. Αυτό συμβαίνει γιατί η οικονομική ανάπτυξη δημιουργεί νέες κοινωνικές ανάγκες.

Εάν  $e = 1 = \frac{\Delta G}{G} < \frac{\Delta Y}{Y}$ , συνεπάγεται ότι αυξανόμενου του ΑΕΠ οι δαπάνες υγείας δεν αυξάνουν, επειδή η ιεράρχηση της οικονομικής πολιτικής έχει στραφεί σε άλλους οικονομικούς στόχους που δεν περιλαμβάνουν την υγεία.

Στους πίνακες 2, 3 και 4 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα από την ανάλυση παλινδρόμησης των δαπανών υγείας ως προς την οικονομική ανάπτυξη. Η πρώτη παρατήρηση είναι ότι τα πρόσημα των συντελεστών της παλινδρόμησης (b) συμφωνούν με τη θεωρία. Δηλαδή, η σχέση μεταξύ των κατά κεφαλή δαπανών υγείας και του κατά κεφαλή ΑΕΠ είναι θετική.



Εικόνα 19. Συνολικές δαπάνες υγείας ως % του ΑΕΠ, στην Ευρωπαϊκή Ένωση, το 1999. Πηγή: Γ. Υφαντόπουλος, 2002

**Πίνακας 2.** Ανάλυση λογαριθμικής παλινδρόμησης των συνολικών δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ, στη Βρετανία, 1960–1999.

Μεταβλητές	Εξαρτημένη μεταβλητή: Συνολικές δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (G) (λογάριθμος)			
	Μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων			
	Συντελεστές	Σταθερή απόκλιση	Κριτήριο t	Πιθανότητα
Σταθερά	-9,183844	0,470044	-19,53825	0,0000
ΑΕΠ (λογάριθμος)	1,688949	0,050878	33,19632	0,0000
R <sup>2</sup>	0,973498			
Σταθμισμένο R <sup>2</sup>	0,972615			

Δείγμα: 1970–2001, Παρατηρήσεις: 32

**Πίνακας 3.** Ανάλυση παλινδρόμησης των δημοσίων δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ, στη Βρετανία, 1960–1999.

Μεταβλητές	Εξαρτημένη μεταβλητή: Δημόσιες δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (G) (λογάριθμος)			
	Μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων			
	Συντελεστές	Σταθερή απόκλιση	Κριτήριο t	Πιθανότητα
Σταθερά	-7,711467	0,566988	-13,60077	0,0000
ΑΕΠ (λογάριθμος)	1,512835	0,061371	24,65076	0,0000
R <sup>2</sup>	0,952953			
Σταθμισμένο R <sup>2</sup>	0,951385			

Δείγμα: 1970–2001, Παρατηρήσεις: 32

**Πίνακας 4.** Ανάλυση παλινδρόμησης των ιδιωτικών δαπανών υγείας ως προς το ΑΕΠ, στη Βρετανία, 1960–1999.

Μεταβλητές	Εξαρτημένη μεταβλητή: Ιδιωτικές δαπάνες υγείας κατά κεφαλή (G) (λογάριθμος)			
	Μέθοδος ελαχίστων τετραγώνων			
	Συντελεστές	Σταθερή απόκλιση	Κριτήριο t	Πιθανότητα
Σταθερά	-20,920500	0,882157	-23,71517	0,0000
ΑΕΠ (λογάριθμος)	2,745740	0,095485	28,75582	0,0000
R <sup>2</sup>	0,964990			
Σταθμισμένο R <sup>2</sup>	0,963823			

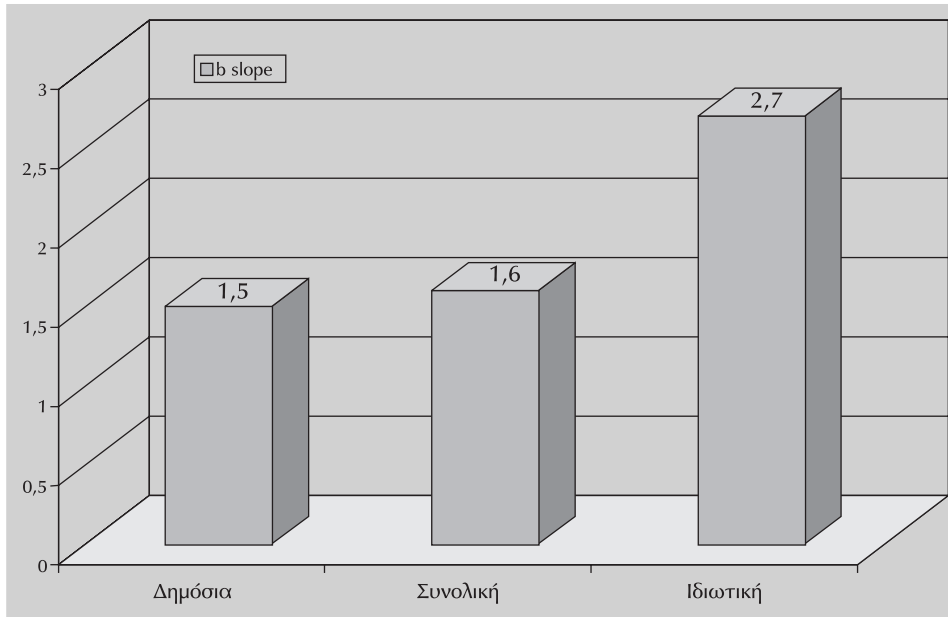
Δείγμα: 1970–2001

Όσον αφορά στις τιμές που λαμβάνει ο συντελεστής προσδιορισμού R<sup>2</sup>, παρατηρούμε ότι η υψηλότερη τιμή καταγράφεται στην περίπτωση των συνολικών δαπανών υγείας (97%). Στην περίπτωση των δημοσίων δαπανών υγείας, ο συντελεστής προσδιορισμού διαμορφώνεται στο επίπεδο του 95%, ενώ στην περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας το ίδιο ποσοστό ανέρχεται στο 96%. Το γεγονός ότι ο συντελεστής προσδιορισμού ανέρχεται πάνω από το επίπεδο του 90% δείχνει ότι η ερμηνευτική ικανότητα του εκτιμηθέντος υποδείγματος είναι πολύ υψηλή.

Η εισοδηματική ελαστικότητα (b) και στις τρεις περιπτώσεις είναι μεγαλύτερη της μονάδας, φαινόμενο το οποίο δηλώνει ότι κάθε αύξηση του κατά κεφαλή ΑΕΠ έχει ως αποτέλεσμα την αύξηση των κατά κεφαλή δαπανών υγείας κατά ποσοστό μεγαλύτερο του ποσοστού

αύξησης του κατά κεφαλή ΑΕΠ. Πιο συγκεκριμένα, το γεγονός ότι η ελαστικότητα είναι μεγαλύτερη της μονάδας δείχνει ότι το αγαθό «υγεία» στη Βρετανία θεωρείται «αγαθό πολυτελείας» (luxury good). Στην εικόνα 20 παρουσιάζεται η εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας (συνολικών, δημοσίων και ιδιωτικών).

Η υψηλότερη τιμή της εισοδηματικής ελαστικότητας διαμορφώνεται στην περίπτωση των ιδιωτικών δαπανών υγείας (2,74). Αυτό σημαίνει ότι μια αύξηση κατά 10% του κατά κεφαλή ΑΕΠ θα επιφέρει αύξηση των ιδιωτικών δαπανών υγείας περίπου κατά 27,4%. Αντίστοιχα, η αύξηση στην περίπτωση των δημοσίων δαπανών υγείας είναι 15,1% και στην περίπτωση των συνολικών δαπανών υγείας 16,8%. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι καθώς αναπτύσσεται η βρετανική οικονομία, ο ιδιωτικός υγειονομικός τομέας επεκτείνεται με ρυθμό μεταβολής μεγα-



**Εικόνα 20.** Εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας στη Βρετανία, 1970-1999.

λύτερο από το δημόσιο τομέα. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με το ότι η εισοδηματική ελαστικότητα είναι μεγαλύτερη της μονάδας, δείχνει ότι οι Βρετανοί πολίτες καλύπτουν, με βάση την ορθολογική κατανομή των αναγκών, πρώτα τις βασικές ανάγκες και έπειτα στρέφονται προς το αγαθό «υγεία».

## 8. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΙΚΕΣ ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ

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

Διερευνώντας τη διαχρονική εξέλιξη των δεικτών υγείας της Βρετανίας για την περίοδο από το 1960 μέχρι πρόσφατα, διαπιστώθηκε ότι οι συνεχείς μεταρρυθμίσεις έχουν καταφέρει να μειώσουν δραστικά τη θνησιμότητα στη Βρετανία, πλην όμως η δημογραφική γήρανση αποτελεί ένα πρόβλημα συνεχώς επιδεινούμενο. Αν και η άνοδος του βιοτικού επιπέδου και η βελτίωση της ποιότητας ζωής στη Βρετανία έχουν αυξήσει το προσδόκιμο επιβίωσης και συγχρόνως τον αριθμό των ηλικιωμένων, ωστόσο η μείωση της γονιμότητας προξενεί μια ανισορροπία στο «δημογραφικό ισοζύγιο» νέων και ηλικιωμένων.

Όσον αφορά στις εισροές του βρετανικού συστήματος υγείας, παρατηρείται ότι ενώ ο αριθμός των ιατρών και των νοσηλευτών αυξάνει διαρκώς, ο αριθμός των κλινών φθίνει συνεχώς, με αποτέλεσμα να προκαλούνται φαινόμενα «ιατρικού πληθωρισμού» και αδυναμίας παροχής αποτελεσματικής νοσοκομειακής περίθαλψης στο σύνολο του πληθυσμού.

Στο πεδίο της χρηματοδότησης του βρετανικού συστήματος υγειονομικής περίθαλψης, αυτή προέρχεται κατά βάση από τον κρατικό προϋπολογισμό. Από τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του NHS είναι η συγκράτηση των δαπανών υγείας σε χαμηλά επίπεδα (σε σύγκριση με άλλες αναπτυγμένες χώρες), χωρίς να περιορίζει την ποιότητα και την ποσότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Εξετάζοντας, όμως, την εισοδηματική ελαστικότητα των ιδιωτικών και των δημοσίων δαπανών υγείας της Βρετανίας, διαπιστώσαμε ότι ο ιδιωτικός υγειονομικός τομέας επεκτείνεται με ρυθμό υψηλότερο από το ρυθμό αύξησης του δημόσιου υγειονομικού τομέα. Επιπρόσθετα, λόγω του ότι η εισοδηματική ελαστικότητα των δαπανών υγείας της Βρετανίας είναι μεγαλύτερη της μονάδας, συνάγεται το συμπέρασμα ότι η υγεία στη Βρετανία θεωρείται «αγαθό πολυτελείας» (luxury good).

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι το βρετανικό NHS αντιμετωπίζει και σημαντικά προβλήματα, τα οποία εστιάζονται στη δυσκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες, αφού παρατηρούνται λίστες αναμονής στις επισκέψεις για τα εξωτερικά ιατρεία, στις εισαγωγές των νοσοκομείων και στις χειρουργικές επεμβάσεις.<sup>64,65</sup>

## ABSTRACT

**The British health system**J. YFANTOPOULOS,<sup>1</sup> D. POLYGENI,<sup>2</sup> Y. TAKOUMAKIS<sup>2</sup><sup>1</sup>*Department of Health Economics and Social Policy, University of Athens,* <sup>2</sup>*Department of "State and Social Policy", Direction of Social Policy, Athens, Greece**Archives of Hellenic Medicine 2005, 22(1):73-96*

The purpose of this paper is to present the National Health Care System in the United Kingdom (UK), as it is the most representative example of the Beveridge National Health Care Model. This analysis focuses on the basic reforms and the organizational structure of the UK health care system, which have taken place after the Beveridge report in the mid-20th century. The paper refers to the health status of the UK population through the evolution of the most representative health indicators: (a) Life expectancy at birth, (b) age dependency ratio, (c) potential of years of life lost (PYLL), (d) infant mortality per 1,000 live births, (e) standardized mortality rate, and (f) health care resources (beds, nurses, physicians). As most European health care systems nowadays depend for their viability, effectiveness and efficiency on the financing, the evolution of the health expenditure in the UK is presented and in particular the composition of the health and in particular expenditure, in order to investigate the state's contribution to the development of the health system. In addition regression analysis between health expenditure and income is carried out. This analysis supports the hypothesis that the private health sector expansion rate is higher than that of the public sector and that health in the UK is considered as a luxury goods ( $b > 1$ ).

**Key words:** Financing, Health care reform, Health expenditure, Health indicators, National Health System, Organization, Structure

**Βιβλιογραφία**

1. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Οι δαπάνες υγείας στην Ελλάδα και στις χώρες του ΟΟΣΑ. *Αρχ Ελλ Ιατρ* 1984, 1:506-515
2. ΘΕΟΔΩΡΟΥ Μ, ΣΑΡΡΗΣ Μ, ΣΟΥΛΗΣ Σ. *Συστήματα υγείας*. Παπαζήσης, Αθήνα, 2001
3. ΚΟΥΡΤΗ ΚΕ. Το πρόβλημα της οργάνωσης της παροχής της ιατρικής περιθάλψεως, εις την Ελλάδα και εις άλλες χώρας. Αθήνα, 1970
4. NHS AND COMMUNITY CARE ACT. HMSO, London, 1990
5. KLEIN R. On the Oregon trail: rationing health care. *Br Med J* 1991, 303:1561-1562
6. ALLSOP J. *Health policy and the NHS: towards 2000*. London, Longman, 1995
7. BUTLER J, VAILE M. *Health and health services. An introduction to health care in Britain*. Routledge & Kegan Paul, London, 1984
8. KLEIN R. *The new politics of the National Health Service*. New York, Longman, 1995
9. DEPARTMENT OF HEALTH. *Modernising social services: Promoting independence, improving protection, raising standards*. HMSO, London, 1998
10. DIXON J, HARRISON A. Funding the NHS: A little local difficulty? *Br Med J* 1997, 314:216-219
11. LE GRAND J. *Learning from the NHS internal market: A review of the evidence*. London, King's Fund, 1998
12. LE GRAND J. Quasi-market and social policy. *The Economic Journal* 1991, 101:1256-1257
13. HAM C, MATHEWS T. *Purchasing with authority: The new role of DHAs*. Kings Fund College, London, 1991
14. ENTHOVEN AC. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Affairs* 1991, 10:60-70
15. NEW B. The rationing agenda in the NHS. *Br Med J* 1996, 312
16. BUTLER P. Managers and fundholders clash on GP under-spending. *Health Service Journal* 1994, 104:7
17. CALNAN M, CANT S, GABE J. *Going private: Why people pay for their health care?* Oxford, Oxford University Press, 1993
18. DEPARTMENT OF HEALTH. *Our health nation: A contract for health*. London, The Stationary Office, 1998
19. CAIRNS J. Contracts: problems and prospects. *Health Policy* 1993, 25
20. ENTHOVEN AC. Internal market reform of the British National Health Service. *Health Affairs* 1991, 10:60-70
21. ΚΥΡΙΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΝΙΑΚΑΣ Δ. *Η πρόκληση του ανταγωνισμού στον υγειονομικό τομέα*. Κέντρο Κοινωνικών Επιστημών της Υγείας, Αθήνα, 1993
22. ALLSOP J. *Health policy and the NHS, towards 2000*. Longman, 1995
23. BEECHAM L. Fundholder's patients are treated quicker says BMA. *Br Med J* 1994, 308:11
24. COULTER A, BRADLOW J. Effect of NHS reforms on general practitioner's referral patterns. *Br Med J* 1993, 306:433-437

25. GLENNESTER H. *Paying for welfare towards 2000*. London, 1997
26. MATSAGANIS M, GLENNESTER H. The UK health reforms: The fundholding experiment. *Health Policy* 1993, 23:179–191
27. MAYARD A. Competition in the UK National Health Service: Mission impossible? *Health Policy* 1993, 23:193–203
28. ΜΑΤΣΑΓΑΝΗΣ Μ. Η μεταρρύθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας στη Βρετανία. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 1992
29. DEPARTMENT OF HEALTH. *The new NHS: Modern, dependable*. London, The Stationary Office, 1998
30. HAM C. *Health policy in Britain: The politics and organization of the National Health Service*. Basingstoke, Macmillan New edition, 1999
31. POLLOCK AM. Local voices. *Br Med J* 1992, 305:535–536
32. KLEIN R. *The politics of the National Health Service*. Longman, New York, 1983
33. EUROPEAN OBSERVATORY. *Health care systems in transition*. United Kingdom, 1999
34. RADICAL STATISTICS HEALTH GROUP. NHS reforms: the first six months –proof of progress or a statistical smoke– screen? *Br Med J* 1994, 304:705–709
35. CHANDLER JA. *Δημόσια διοίκηση. Συγκριτική ανάλυση*. Παπαζήσης, Αθήνα, 2003
36. KATZ ST, FORD AB, MOSOWITZ RW, JACKSON BA, JAFFE MW. Studies of illness in the aged. *JAMA* 1985:914–919
37. CULYER AJ. *Health indicators*. Oxford, 1985
38. RADICAL STATISTICS HEALTH GROUP. The NHS indicators of success. *Br Med J* 1995, 310:1045–1050
39. COUNCIL OF EUROPE. *Recent demographic developments in Europe*. Strasbourg, Council of Europe Press, 1994
40. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. Η επίδραση των δημογραφικών εξελίξεων στις δαπάνες υγείας. Στο: *Δημογραφική κρίση στην Ελλάδα*. Εθνικές οικονομικές και κοινωνικές επιπτώσεις, Αθήνα, 1984
41. EUROSTAT. *Demographic statistics*. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, 1995e
42. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. Social protection for dependency in old age. Commission of the European Communities, 2000
43. DEPARTMENT OF HEALTH. *On the state of the public health for the year 1988*. Her Majesty Stationary Office, London, 1989
44. OECD. Health Data 2003. Sources and methods, data definitions, 2003
45. DEPARTMENT OF HEALTH. *A first class service: Quality in the new NHS*. London, The Stationary Office, 1998
46. NORELL SE. *A short course in epidemiology*. Raven Press, New York, 1992
47. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ J. *The economics of health status and health care planning. A theoretical and empirical analysis with reference to Greece*. D. Phil Thesis, University of York, England, 1980
48. AHLBOM A. *Biostatistics for epidemiologists*. Lewis Publ, London, 1993
49. KELSEY JL, WHITTEMORE AS, EVANS AS, THOMPSON WD. *Methods in observational epidemiology*. 2nd ed. Oxford University Press, Oxford, 1996
50. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Ο προγραμματισμός του τομέα υγείας στην Ελλάδα*. Εθνικό Κέντρο Κοινωνικών Ερευνών, Αθήνα, 1988
51. ΣΠΑΡΟΣ Λ. *Μετα-επιδημιολογία ή εφαρμοσμένη ιατρική έρευνα. Αιτιο-γνωστική, δια-γνωστική, προ-γνωστική*. Ιατρικές εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 2001
52. WHO REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. *Health for all data base*. World Health Organization, 1999
53. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ. *Το μέλλον της υγειονομικής περιθαλψης και της μέριμνας για τους ηλικιωμένους*. Βρυξέλλες, COM (2001):723 τελικό
54. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Οικονομία της υγείας*. Σημειώσεις διδασκαλίας στο τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών, 1990
55. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική*. Τυπωθήτω Γιώργος Δάρδανος, Αθήνα, 2003
56. ΝΑΟ. *The NHS executive: The hospital information support systems initiative*. London, HMSO, 1996
57. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ. *Η παραγωγικότητα των υπηρεσιών υγείας*. Ιατρικό Βήμα, 1991
58. ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ Γ, ΣΟΥΛΗΣ Σ, ΠΑΠΑΗΛΙΑΣ Θ, ΜΑΝΙΑΔΑΚΗΣ Ν. *Οι ανάγκες σε ανθρώπινο δυναμικό στον τομέα της υγείας στην Ελλάδα: 1980–2000*. Έκθεση στη Διεύθυνση V της Ευρωπαϊκής Ένωσης, Αθήνα, 1993
59. HUGHES D, McGUIRE A. Patient charges and utilization of NHS prescription medicines: some estimates using a co-integration procedure. *Health Economics* 1995, 4:213–220
60. EARL-SLATER A. Privatizing medicines in the National Health Service. *Public Money and Management* 1996, 1:39–44
61. MAYNARD A. Table manners at the health care feast. The case for spending less and getting more from the NHS (LSE Health Discussion Paper No 4), London, London School of Economics, 1996
62. DEPARTMENT OF HEALTH. *The government's expenditure plans 1998–1999*. London, The Stationary Office, 1998
63. MOSSIALOS E. *Health care and cost containment in the European Union*. Ashgate, Singapore, 1999:733–778
64. GODBER G. Crisis in the NHS. *Lancet* 1987, ii:14
65. HARRISON A, DIXON J, NEW B, JUDGE K. Can the NHS cope in future? *Br Med J* 1997, 314:296–298

Corresponding author:

J. Yfantopoulos, 12 Sachtouri street, GR-152 32 Halandri, Athens, Greece