

ΕΝΤΥΠΟ
ΚΑΤΕΣΤ.
ΑΡ. ΑΣΦ.
108 99
Κ.Δ.Α.



ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

ΜΕΣΟΓΕΙΟΝ 2 Γ' ΚΤΙΡΙΟ - 115 27 ΑΘΗΝΑ

PORT
PAVE
HELLAS

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Τόμος 36 - Τεύχος 2 - Μάϊος - Αύγουστος 1997



NOSILEFTIKI

QUARTERLY PUBLICATION OF THE
HELLENIC NATIONAL GRADUATE NURSES ASSOCIATION

Vol 36 - No 2 - May - August 1997

ISSN 1105-6843



ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Άρθρο σύνταξης Δρ. Α. Παπαδαντωνάκη	67
2. Νοσηλευτικές Προσεγγίσεις στα σύγχρονα προβλήματα υγείας (Εναρκτήρια ομιλία) Ε. Δημοπούλου	69
3. Συμπεράσματα 24ου Πανελληνίου Συνεδρίου Μ. Τσοπάνογλου	72
4. Μία νέα εποχή για τη Νοσηλευτική στην Ευρώπη J. E. Asvall. Απόδοση: Ε. Λαργατζή, Σ. Ιωακειμίδου	77
5. Αναφορά στη δομή και οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας Γ. Πιράκος	88
6. Εξασφάλιση ποιότητας στη φροντίδα υγείας: Τάσεις και Προοπτικές Χρ. Πλατή, Μ. Πριάμη	99
7. Προβλήματα επικοινωνίας και διαπροσωπικών σχέσεων των σπουδαστών της Νοσηλευτικής στον κλινικό χώρο Δρ. Σ. Κοτζαμπασάκη, Θ. Στρουμπούκη	109
8. Ένα σύστημα αξιολόγησης της βαρύτητας της νόσου βασισμένο σε παρεμβάσεις φροντίδας (T.I.S.S.) Φ. Κυρίτσου	119
9. Επικοινωνία των κωφών ασθενών με το προσωπικό φροντίδας υγείας Ι. Ε. Λιαρμακόπουλος, Ειρ. Ν. Γράψα	125
10. Η ηχορύπανση στο ορθοπαιδικό χειρουργείο κατά τη διάρκεια ολικής αρθροπλαστικής ισχίου και γόνατος Χ. Τσίου, Θ. Παπαπολυχρονίου, Γ. Ευθυμιάτος, Κ. Ζαχαρόπουλος, Δ. Ευθυμιάτος	131
11. Συμβουλευτική για τους μαθητές νοσηλευτικής: Πολυτέλεια ή ανάγκη; Π. Δημητρίου	138
12. Η συνεχιζόμενη εκπαίδευση στους νοσηλευτές: Υποχρεωτική ή εθελοντική; Α. Μαλλίδου	143
13. Νοσηλευτική φροντίδα της οικογένειας. Αιφνίδια ασθένεια και οικογένεια Δρ. Δ. Σαπουντζή-Κρέπια	148
14. Οδηγίες για τους συγγραφείς	155

CONTENTS

1. Editorial Dr. A. Papadantonaki	67
2. Nursing approaches to current health problems. Address to the 24th Pan-Hellenic Nursing Congress E. Dimopoulou	69
3. Conclousions of the 24th Pan-Hellenic Nursing Congress M. Tsopanoglou	72
4. A new era for Nursing in Europe J. E. Asvall. Translation: E. Largatji, S. Ioakimidou	77
5. Reference to the structure and organizaiton of the British Health Services G. Pierakos	88
6. Quality Assurance in Health Care: Trends and Perspectives Cr. Plati, M. Priami	99
7. The communication and interpersonal relationship problems of student nurses' in the clinical area Dr. S. Kotzampasaki, T. Stroumpouki, A. Stavropoulou	109
8. Therapeutic Intervention Scoring System (T.I.S.S.) F. Kyritsi	119
9. Communication of deaf patients with health care staff I. E. Liarmakopoulos, I. N. Grapsa	125
10. Noise pollution in orthopaedic operating room during total joint-arthoplasties of hip or knee C. Tsiou, T. Papapolychroniou, G. Efthymiatos, C. Zaxaropoulos, D. Efthymiatos	131
11. Counselling for nursing students: Luxury or necessity? P. Dimitriou	138
12. Continuing education in nursing: Mandatory or optional; A. Mallidou	143
13. Family nursing: Sudden illness and family Dr. D. Sapountzi-Krepia	148
14. Instructions to authors	155

- «ΤΑ ΕΝΥΠΟΓΡΑΦΑ ΚΕΙΜΕΝΑ ΔΕΝ ΕΚΦΡΑΖΟΥΝ ΑΠΑΡΑΙΤΗΤΑ ΚΑΙ ΤΙΣ ΑΠΟΨΕΙΣ ΤΟΥ ΕΣΔΝΕ».
- ΣΕ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΑΛΛΑΓΗΣ ΔΙΕΥΘΥΝΣΕΩΣ ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΝΑ ΜΑΣ ΤΟ ΚΑΝΕΤΕ ΓΝΩΣΤΟ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ ΛΑΒΕΤΕ ΤΟ ΠΕΡΙΟΔΙΚΟ.

ΙΔΙΟΚΤΗΤΗΣ - ΕΚΔΟΤΗΣ

Εθνικός Σύνδεσμος
Διπλωματούχων Νοσηλευτριών - Νοσηλευτών
Ελλάδος
Πύργος Αθηνών, Γ κτίριο, 2ος όροφος
Μεσογείων 2, 115 27 ΑΘΗΝΑ
Τηλ.: 77 02 861

ΣΥΝΤΑΚΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ε. Αγιώτου-Δημοπούλου
Α. Καλοκαιρινού
Α. Παπαδαντωνάκη
Ε. Πατηράκη
Α. Πορτοκαλάκη
Ε. Χαραλαμπίδου

ΥΠΕΥΘΥΝΟΣ ΕΚΔΟΣΗΣ

Ασπασία Παπαδαντωνάκη
Επ. Επίκουρος Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής
Πανεπιστημίου Αθηνών

ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ-ΠΑΡΑΓΩΓΗ ΕΚΔΟΣΗΣ

ΓΡΑΦΙΚΕΣ ΤΕΧΝΕΣ
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΠΑΠΑΝΙΚΟΛΑΟΥ Α.Β.Ε.Ε.
ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ 80, 114 71 ΑΘΗΝΑ
ΤΗΛ. 3624.728, 3609.342, 3601.605, FAX: 3601.679

ΕΤΗΣΙΕΣ ΣΥΝΔΡΟΜΕΣ

Νοσηλεύτριες/ές-Σπουδάστριες/ές	5 000	δρχ.
Οργανισμοί-Εταιρείες-Βιβλιοθήκες	9 000	δρχ.
Εξωτερικού	80	\$
Τιμή τεύχους	1 500	δρχ.
Τιμή τευχών 1992-1996	1 200	δρχ.
» » 1990-1991	1 000	δρχ.
Παλαιότερα τεύχη	800	δρχ.

Αναφορά στη δομή και οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας

Γιώργος Πιερράκος
Νοσηλευτής, MSc Οικονομία της Υγείας

ΓΙΩΡΓΟΣ ΠΙΕΡΡΑΚΟΣ Αναφορά στη δομή και οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας. Πριν από την αναδιοργάνωση του, το Βρετανικό Εθνικό Σύστημα Υγείας (NHS) που ιδρύθηκε το 1946, είχε τρία στοιχεία: κλινική αυτονομία, νοσοκομεία και τριπλή δομή. Το NHS ήταν εκτενώς βασισμένο στα μεγάλα νοσοκομεία τα οποία απαιτούσαν ειδικές ακριβές και πολύπλοκες τεχνικές για να διοικηθούν.

Οι τρεις κύριες αλλαγές στην ιστορία του NHS ήταν η ανοικοδόμηση του 1974, του 1982 και του 1990. Μετά την ανοικοδόμηση του 1974, ιδρύθηκαν *Distric Health Authorities DHA* (Περιφερειακές Αρχές Υγείας) οι οποίες ανέλαβαν έναν πιο ενεργό ρόλο. Μεταγενέστερα της ανοικοδόμησης του 1982 καταργήθηκαν οι DHA και δόθηκε έμφαση στο σκότος σε συσχέτιση με την αποτελεσματικότητα. Το 1990 άλλαξε η δομή του NHS και πλέον οι κλινικοί αναμείχτηκαν ενεργά στην κατάστρωση του Προϋπολογισμού. Τα NHS trusts και οι *Gnerla practitioners* (Γενικοί γιατροί) ήταν υπεύθυνοι για την διοίκηση και τη διανομή των οικονομικών πόρων. Έμφαση δόθηκε επίσης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (*Primary Health Care*), στην ποιότητα της Φροντίδας Υγείας (*Health Care*) και στη διαχείριση του κόστους-αποτελέσματος για την βελτίωση της Δημόσιας Υγείας, με άμεσο στόχο την όσο το δυνατόν λιγότερη χρήση των Νοσοκομειακών Υπηρεσιών. **Νοσηλευτική 2: 88-98, 1997**

Η αναφορά στο Βρετανικό Σύστημα υγείας αποτελεί μια ουσιαστική πηγή πληροφόρησης για τις οικονομικές και υγειονομικές πολιτικές που αναπτύχθηκαν τα τελευταία χρόνια, για τον έλεγχο του κόστους και την ταυτόχρονη επίτευξη των στόχων της αποτελεσματικότητας, ισότητας και κοινωνικής δικαιοσύνης.

Μια συνοπτική αναφορά στη δομή και την οργάνωση του Βρετανικού Συστήματος Υγείας από το 1946 έως τις τελευταίες αλλαγές του 1990, θα μας δώσει τη δυνατότητα να αντιλη-

φθούμε, πως η εξέλιξη ενός συστήματος υγείας μπορεί να ανταποκριθεί στην επίτευξη των παραπάνω στόχων. Παράλληλα αυτή η αναφορά ίσως αποτελέσει την πηγή έμπνευσης, που απαιτείται για την εξέλιξη του Ελληνικού Εθνικού Συστήματος Υγείας.

1. Το σύστημα υγείας NHS πριν το 1974

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας (γνωστό ως *National Health Services, N.H.S.*) στην Αγγλία

δημιουργήθηκε επίσημα το 1946, ενώ πρακτικά τέθηκε σε λειτουργία το 1948.

Τα βασικά σημεία που καθόριζαν και μέχρι ενός σημείου καθορίζουν μέχρι και σήμερα το NHS της Μεγάλης Βρετανίας είναι τα εξής:

• **Κλινική αυτονομία**

Κατά τη δημιουργία του NHS οι γιατροί είχαν πετύχει οργανωτικούς διακανονισμούς που τους παρείχαν κλινική αυτονομία: Κάθε γιατρός είναι υπεύθυνος για τη θεραπεία των ασθενών του και αποφασίζει τι είναι κατάλληλο γι' αυτούς.

Βασικό θέμα στο NHS είναι η ευθύνη των αυτόνομων κλινικών. Το NHS παρέχει σ' αυτούς εκείνη τη διοικητική υποστήριξη, και πλήρη μηχανοργάνωση των ασθενών τους, ώστε να είναι σε θέση να παρακολουθούν πλήρως τις κλινικές και επιδημιολογικές εξελίξεις.

• **Νοσοκομεία**

Πολλά από τα κίνητρα για τις αλλαγές στη διοίκηση του NHS προέρχονται από την δυναμική της συνεχούς πληροφόρησης και της πλήρους μηχανοργάνωσης του συστήματος.

Από τη μία πλευρά, υπάρχει η αίσθηση ότι οι υπηρεσίες υγείας στοχεύουν στην προώθηση της υγείας με την δημιουργία νέων σύγχρονων νοσηλευτικών μονάδων, οπότε το σύστημα υγείας δεν πρέπει να είναι επικεντρωμένο στο πατροπαράδοτο νοσοκομειακό πρότυπο. Από την άλλη τα «νοσοκομεία ημέρας» (βραχείας νοσηλείας) είναι σύνθετα, δαπανηρά και απαιτούν ιδιαίτερες τεχνικές διοίκησης για την ομαλή λειτουργία τους. Στην περίπτωση αυτή απαιτείται η πλήρης μηχανοργάνωση των ιατρικών και νοσηλευτικών πράξεων όπως επίσης και η άρτια μηχανοργάνωση:

- των Εξωτερικών Ιατρείων
- των Εργαστηρίων
- του φαρμακείου
- των επιμέρους Κλινικών
- των οικονομικών υπηρεσιών.

Ουσιαστική προϋπόθεση για την επιτυχία των παραπάνω στόχων είναι η λεπτομερής μελέ-

τη ενός ολοκληρωμένου συστήματος διαχείρισης και μετάδοσης των πληροφοριών.

• **Η τρίπτυχη Δομή**

Η αρχική δομή του NHS θεωρείται ότι απομόνωσε τρεις υπηρεσίες που λογικά θα έπρεπε να συνεργάζονται: Τις Νοσοκομειακές υπηρεσίες, τις Κοινοτικές, και τις υπηρεσίες Οικογενειακής φροντίδας (γενικοί γιατροί, κ.λπ.). Το 1974, όπως θα δούμε και στην συνέχεια, επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η σύνδεση των τριών αυτών υπηρεσιών.

Το σύστημα του 1948 ήταν υπερβολικά επικεντρωμένο στη Νοσοκομειακή φροντίδα. Λέγεται μάλιστα ότι δεν ήταν Εθνικό Σύστημα Υγείας αλλά Εθνικό Σύστημα Νοσοκομείων. Ένα ακόμα λάθος του Συστήματος την εποχή εκείνη ήταν η λανθασμένη υπόθεση ότι τα πρώτα είκοσι χρόνια λειτουργίας του συστήματος, οι δαπάνες θα ήταν σταθερές. Η υπόθεση αυτή θεωρούσε ότι η ελεύθερη πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας θα είχε ως αποτέλεσμα την άνοδο του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Έτσι στη διάρκεια της λειτουργίας του επιχειρήθηκαν τρεις μεγάλες αλλαγές με στόχο να βελτιωθούν οι υπηρεσίες του συστήματος και να μειωθούν οι υπέρογκες δαπάνες του.

Οι τρεις μεγάλες αλλαγές που σημάδεψαν την ιστορία του NHS ήταν κατά σειρά η αλλαγή του 1974 του 1982 και του 1990¹.

2. Το σύστημα υγείας NHS μετά το 1974

Το 1968 άρχισαν να γίνονται οι πρώτες σκέψεις για αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας, με αποτέλεσμα το 1974 να επιχειρηθεί μια τομή προκειμένου να αλλάξει ο προσανατολισμός του συστήματος. Μέχρι το 1974 το τρίπτυχο λειτουργίας του NHS ήταν:

1. Τα εκτελεστικά συμβούλια τα οποία παρείχαν ιατρική και οδοντιατρική φροντίδα.
2. Οι τοπικές υπηρεσίες υγείας υπεύθυνες για την πρόληψη νοσημάτων.
3. Οι περιφερειακές μονάδες νοσοκομείων.

Το πέρασμα από την περίοδο της έκρηξης της γεννητικότητας στην περίοδο της γήρανσης του πληθυσμού, κατέστησε το σύστημα της διαχείρισης ανεπαρκές για την αντιμετώπιση των αυξημένων απαιτήσεων ενός δυναμικά μεταβαλλόμενου πληθυσμού.

Συνεπώς το σύστημα υγείας, που το 1948 ήταν προσανατολισμένο στην αντιμετώπιση των λοιμωδών νοσημάτων, έπρεπε να στραφεί στις μακροχρόνιες ασθένειες οι οποίες απαιτούσαν διαφορετικό τύπο θεραπείας.

Σύμφωνα με τον Braun (1979) οι υπεύθυνοι για το σχεδιασμό του συστήματος εισάγοντας την έννοια «της επαρκούς διοίκησης», δίνουν έμφαση στην πλευρά της διοίκησης εις βάρος ίσως της αποτελεσματικής επίλυσης των αναγκών του συστήματος υγείας. Η αναδιοργάνωση η οποία επιτεύχθηκε το 1974, στόχευε στην παροχή ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας κάτω από τον έλεγχο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Διάγραμμα 2). Οι ανάγκες των τοπικών κοινοτήτων έπρεπε να ληφθούν σοβαρά υπόψη με αποτέλεσμα να δημιουργηθεί ένα σύστημα ιεράρχησης ευθυνών. Έτσι οι τρεις ξεχωριστές υπηρεσίες που περιγράφηκαν προηγουμένως συνδέθηκαν πιο έντονα, με συνέπεια την ελάττωση της έλλειψης επικοινωνίας μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων των υπηρεσιών. Ωστόσο αν και κατέστη δυνατός ο ενιαίος σχεδιασμός των υπηρεσιών, προέκυψαν άλλες δυσκολίες. Η έλλειψη επαφής του Νοσηλευτικού προσωπικού της κοινοτικής υγείας με τα τμήματα των κοινωνικών υπηρεσιών, εφόσον οι τοπικές αρχές ανελάμβαναν πλήρως την πρωτοβουλία στα θέματα αυτά, προκαλούσε την παροχή λιγότερο αποτελεσματικής φροντίδας στους κατοίκους².

3. Το σύστημα υγείας NHS μετά το 1982

Στις αρχές τις Δεκαετίας του 1980 επικρατούσε η άποψη μεταξύ των κυβερνητικών κύκλων ότι το διοικητικό σύστημα ήταν πολύ δυσκίνητο, ενώ πολλοί από τους πόρους διατέθηκαν προς την διοίκηση και λιγότεροι για την

παροχή φροντίδας υγείας. Οι ανισότητες στην υγεία εξακολουθούσαν να υπάρχουν και το κόστος αυξανόταν συνεχώς λόγω των νέων απαιτήσεων στην φροντίδα υγείας και των μεταβαλλόμενων αναγκών του πληθυσμού. Συνέπεια όλων αυτών ήταν μία δεύτερη αναδιοργάνωση του συστήματος υγείας με την κατάργηση των Τοπικών αρχών υγείας (Διάγραμμα 3)².

Μετά το 1982 η έμφαση δόθηκε στην ποσότητα των χρημάτων και την αποδοτικότητα παρά στην αξία των χρημάτων (value of money) και την αποτελεσματικότητα. Ήταν όμως γενικά αποδεκτό ότι ένα από τα κύρια στοιχεία ενός συστήματος υγείας πρέπει να είναι το management. Όπως μπορεί να παρατηρήσει κανείς στο διάγραμμα 3, οι περιφερειακές διοικήσεις ήταν επιφορτισμένες με το management και την ανάπτυξη των υπηρεσιών υγείας σε όλη την περιφέρειά τους.

Επίσης θα πρέπει να σημειώσουμε ότι οι γενικοί γιατροί αποτελούν μέρος του όλου συστήματος χωρίς να λαμβάνουν μέρος στις αποφάσεις για την διανομή των κονδυλίων που διατίθεται από το Υπουργείο Υγείας³.

Ως προς την κατανομή των δαπανών υγείας το μεγαλύτερο μέρος διατείνεται για το νοσοκομειακό τομέα ενώ μόλις το 23% διατείνεται για τις υπηρεσίες των οικογενειακών γιατρών (General Practitioners). Με την αναλυτικότερη μελέτη των στοιχείων, μπορούμε να διαπιστώσουμε ότι το 85% των λειτουργικών δαπανών και το 84% των καιφαλαιουχικών δαπανών διατέθηκε στο νοσοκομειακό τομέα. Παρατηρούμε συνεπώς ότι το νοσοκομειοκεντρικό σύστημα του 1946 εξακολουθεί να καταλαμβάνει κυρίαρχη θέση στο πρότυπο του NHS μετά το 1982.

Την περίοδο 1978-1984 οι ενδονοσοκομειακοί ασθενείς αυξήθηκαν κατά 13,3% ενώ την ίδια περίοδο οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στις ίδιες μονάδες νοσηλείας αυξήθηκαν κατά 60%. Όπως φαίνεται και στο διάγραμμα 4 επιτελείται μια στροφή προς την Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας μέσα από τον το ήδη υπάρχον νοσοκομειακό σύστημα⁴.

4. Οι αλλαγές του συστήματος υγείας μετά το 1990

Η πορεία των πραγμάτων στο τέλος της δεκαετίας του 1980 έδειχνε την πρόθεση της κυβέρνησης να ζητήσει και την συμμετοχή των κλινικών στον καθορισμό του προϋπολογισμού. Είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι οι κλινικοί δεν συμμετείχαν στην κατάρτιση του προϋπολογισμού, εκτός εάν ήταν υπεύθυνοι για κάποια διοικητική θέση, με συνέπεια την συνεχή απαίτηση αυξημένων δαπανών, για τη θεραπεία των ασθενών, προς τον προϋπολογισμό που καθόριζαν άλλοι.

Σύμφωνα με την αναφορά του Griffiths (1983) προτείνεται η μεγαλύτερη ανάμιξη των κλινικών στην κατάρτιση του προϋπολογισμού, ώστε να αυξηθεί ο βαθμός ευθύνης στο NHS, με τελικό στόχο την καλύτερη διοίκηση του Συστήματος Υγείας.

Αυτός ήταν και ο στόχος στον οποίο κινήθηκαν οι αλλαγές του 1990 όπως θα δούμε στη συνέχεια¹.

Το 1990 διατηρούνται οι γενικές αρχές πάνω στις οποίες θεμελιώθηκε το σύστημα υγείας στην Αγγλία το 1948, αλλά αλλάζει η οργανωτική δομή του. Ο διαχωρισμός της χρηματοδότησης και των παροχών ήταν από τις κύριες αλλαγές που σημειώνονται στο σύστημα υγείας της Αγγλίας. Για πρώτη φορά οι τοπικές υπηρεσίες υγείας (District Health Authorities κ.λπ.) παύουν να ενδιαφέρονται ταυτόχρονα και για την χρηματοδότηση αλλά και για την παροχή φροντίδας υγείας. Στην εφαρμογή του νέου συστήματος όλες οι προσπάθειες τους εντοπίζονται στην καλύτερη δυνατή διανομή κονδυλίων από τον προϋπολογισμό του Υπουργείου. Αυτοί που είναι υπεύθυνοι για την διαχείριση των κονδυλίων αυτών είναι:

I. Τα NHS Trust (Δημόσια νοσοκομειακά συγκροτήματα).

II. General Practitioners, Fundholders (Γενικοί - οικογενειακοί - γιατροί διαχειριστές κάποιου ποσού που τους δίνεται από τις τοπικές υπηρεσίες υγείας)⁵.

I. NHS trusts (Ανεξάρτητα Δημόσια Νοσοκομειακά Συγκροτήματα)

Μια από τις σημαντικότερες αλλαγές στο NHS ήταν η δημιουργία των ανεξάρτητα δημοσίων νοσοκομειακών συγκροτημάτων των λεγόμενων NHS trusts.

Από το 1983 έχουν επέλθει σημαντικές αλλαγές στην μέχρι τότε έντονα ιεραρχική διοίκηση των νοσοκομείων:

- Μεγαλύτερη έμφαση στην διαδικασία λήψης αποφασεων και στην υπευθυνότητα.
- Μεγαλύτερη εστίαση σε προσωπικούς και συλλογικούς στόχους.
- Μεγαλύτερη έμφαση στη διοικητική αντίληψη.

Τα NHS trusts αποτελούν το σύνολο των νοσοκομείων μιας περιοχής, είναι οργανικά ανεξάρτητα από τις τοπικές αρχες με αυτόνομη διεύθυνση και συνεργάζονται απ' ευθείας με την κυβέρνηση. Οι διοικήσεις τους επιλέγουν αυτόνομα τους τρόπους διάθεσης των κεφαλαίων τους στα όρια που θέτει στην αρχή της χρονιάς το Υπουργείο Υγείας, την διαχείριση των ανθρωπινων πόρων (π.χ. προσλήψεις) και μπορούν να κάνουν ελεύθερες διαπραγματεύσεις με τους εργαζόμενους, πέρα από τις συλλογικές διαπραγματεύσεις, ενώ το μεγάλο μερίδιο της νοσηλείας των ασθενών αναλαμβάνουν οι Νοσηλευτές (κατά πλειοψηφία Πανεπιστημιακής εκπαίδευσης).

Το πρώτο NHS trust δημιουργήθηκε το 1991. Ίσως είναι αρκετά νωρίς για να πει κανείς αν η αλλαγή αυτή έχει φέρει κάποιο αποτέλεσμα, αλλά τα πρώτα στοιχεία είναι αρκετά ενθαρρυντικά αφού έχει μειωθεί ο χρόνος αναμονής των ασθενών και όλο και περισσότερα νοσοκομεία ζητούν να συγκροτήσουν trusts³.

II. General Practitioners (Γενικοί - οικογενειακοί γιατροί)

Ο γενικός γιατρός γνωστός στο ευρύτερο κοινό της Αγγλίας ως GP λειτουργεί ως οικογενειακός γιατρός από την πρώτη φάση της δημιουργίας του Εθνικού συστήματος υγείας της Αγγλίας. Η καινοτομία που πραγματοποιήθηκε

μετά το 1990 είναι ότι δίνεται η ευκαιρία, σε εθελοντική πάντα βάση, στο γιατρό της κατηγορίας αυτής να λάβει από την αρχή της χρονιάς (αντί για το καθιερωμένο μισθό) από το Υπουργείο κάποιο ποσό, ώστε να το διαχειρησθεί αυτόνομα, παρέχοντας δωρεάν τις υπηρεσίες του στους ασθενείς της περιοχής του.

Ο γιατρός που συμμετέχει στο πρόγραμμα αυτό ονομάζεται GP fundholder και τα σταθερά έξοδα που πρέπει να καλύπτει με το ποσό αυτό είναι τα εξής:

- Αγορά υπηρεσιών από τα νοσοκομεία για λογαριασμό των ασθενών του.
- Συνταγολόγηση και δαπάνες φαρμάκων.
- Δαπάνες για το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτες υγείας και βοηθητικό προσωπικό του γιατρού.
- Δαπάνες για τον μισθό του⁶.

Συνοψίζοντας λοιπόν και όπως θα μπορούσαμε να παρατηρήσουμε στο διάγραμμα 5, στη νέα δομή του συστήματος υγείας οι νοσοκομειακές μονάδες αναλαμβάνουν αυτόνομα το management, ανεξάρτητα από τις περιφερειακές διευθύνσεις και μετατρέπονται σε ανεξάρτητες «επιχειρήσεις» (NHS Trusts)³. Οι νέες ρυθμίσεις επίσης δίνουν την ευκαιρία στους γενικούς γιατρούς (General practitioners) να αναβαθμιστούν από απλοί υπάλληλοι του Υπουργείου Υγείας με κάποιο καθορισμένο μισθό σε διαχειριστές κάποιου ποσού, με το οποίο μπορούν να διαθέσουν στους πελάτες τους διάφορες υπηρεσίες καθώς και να κλείσουν συμφωνίες με τις ανεξάρτητες διοικήσεις των Νοσοκομειακών επιχειρήσεων προκειμένου να εξυπηρετήσουν τους ασθενείς που έχουν υπό την επίβλεψή τους.

Πρόκειται δηλαδή για μία τομή στην γενικότερη θεώρηση του συστήματος υγείας, στην οποία η κεντρική διεύθυνση παύει να λαμβάνει μέρος στο management των επιμέρους τομέων της υγείας μεταθέτοντάς το στους άμεσα ενδιαφερόμενους. Η κεντρική διεύθυνση απλά μοιράζει κάποια κονδύλια ανάλογα με τις ετήσιες απαιτήσεις των επί μέρους υπηρεσιών. Ο γενικός γιατρός που κατευθύνει τους ασθενείς του στα νοσοκομεία ανάλογα με την ειδικότητα που έχει ανάγκη ο κάθε ασθενής του, έχει την από-

λυτη επίγνωση των δαπανών που απαιτούνται για τη θεραπεία του κάθε ασθενή, ενώ η νοσοκομειακή μονάδα που υποδέχεται τον τελευταίο μπορεί να σχεδιάσει το χρονοδιάγραμμα της φροντίδας υγείας του χωρίς απρόβλεπτες δαπάνες³.

Το πιο σημαντικό από όλα όμως είναι ότι η νοσοκομειακή αυτή μονάδα θα αναμένει την πληρωμή των υπηρεσιών που προσφέρει στον συγκεκριμένο ασθενή όχι από το κράτος ή κάποιο ασφαλιστικό φορέα, αλλά από τον γιατρό που έστειλε τον συγκεκριμένο ασθενή στο νοσοκομείο και χειρίζεται το κονδύλι που έλαβε στην αρχή της χρονιάς από την κεντρική διεύθυνση.

5. Στόχοι του συστήματος μετά το 1990

Οι βασικοί στόχοι του νέου συστήματος που τέθηκε σε εφαρμογή το 1990 ήταν οι παρακάτω:

- Να δοθεί η δυνατότητα στις υπηρεσίες υγείας (District Health Authorities, Family Health Services Authorities) να προσδιορίσουν υπεύθυνα τις πραγματικές ανάγκες για παροχή υπηρεσιών υγείας των ανθρώπων που ζουν στην περιοχή τους.
- Να γίνουν ελεύθερες διαπραγματεύσεις και τελικές συμφωνίες μεταξύ των υπηρεσιών αυτών και των Νοσοκομείων για την ποιότητα το επίπεδο και τις δαπάνες των παρεχομένων υπηρεσιών, ώστε να μπορεί να προσδιοριστεί ότι τα χρήματα της υγείας δαπανώνται σε τμήματα με πραγματικές ανάγκες. Με το τρόπο αυτό αποφεύγεται η «παγίδα της αποδοτικότητας» το παλαιού συστήματος και καθορίζεται η ικανότητα του συστήματος για αποτελεσματικότητα.
- Να δοθεί στους γενικούς γιατρούς η δυνατότητα να δρουν αντιπροσωπεύοντας τους ασθενείς τους διαχειριζόμενοι οι ίδιοι κάποια ετήσια χρηματικά ποσά ανάλογα με τους ασθενείς που επιβλέπουν και χρηματοδοτώντας οι ίδιοι τα νοσοκομεία που κατά τη γνώμη τους επιβλέπουν καλύτερα τους ασθενείς τους.
- Να δοθεί η ευκαιρία στα νοσοκομεία να διαχειριστούν αυτόνομα τα διάφορα χρηματικά

ποσά που λαμβάνουν από τους γενικούς γιατρούς (General practitioners) και τις τοπικές υπηρεσίες υγείας και να καθορίσουν από μόνα τους την κατεύθυνση ανάπτυξης τους ανάλογα με τις πραγματικές ανάγκες της αγοράς.

- Να γίνει πιο άμεση η σύνδεση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας και της δευτεροβάθμιας ώστε να υπάρχει μια τελική ισορροπία ανάμεσα στην πρόληψη και θεραπεία, με έμφαση στη βελτίωση του επιπέδου υγείας, παρά στην ασθένεια³.

6. Η πρακτική απόδοση του συστήματος

Η χρονιά 1991-1992 έφερε τις μεγάλες αλλαγές στο NHS. Οι σημαντικότερες από τις αλλαγές που εμφανίστηκαν στο σύστημα υγείας ήταν οι εξής:

- Αυξημένος κατά 7% ήταν ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετήθηκαν τον πρώτο χρόνο.
- Η πτώση του αριθμού των ασθενών που έπαψαν να βρίσκονται στην αναμονή, προκειμένου να εισαχθούν σε χειρουργείο κυμάνθηκε κοντά στο 97%.
- Σημαντική ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (χαρακτηριστικό παράδειγμα είναι ότι για πρώτη φορά έγινε πλήρης καταγραφή του αριθμού των παιδιών που εμβολιάστηκαν).
- Ανάπτυξη σε σημαντικό βαθμό της τοπικής πρωτοβουλίας για την εξυπηρέτηση και τη βελτίωση της υγείας των κατοίκων (για παράδειγμα ιδρύθηκαν ειδικά «γραφεία υγείας» προκειμένου να εξυπηρετήσουν ευκολότερα τους κατοίκους των διαφόρων περιοχών στην εξεύρεση των κατάλληλων υπηρεσιών υγείας).

7. Οι Προσδοκομένοι στόχοι

Οι άμεσοι στόχοι στους οποίους αποβλέπουν οι υπεύθυνοι του NHS αυτή τη στιγμή είναι:

- Επιβεβαίωση της προσδοκίας ότι οι τοπικές

υπηρεσίες υγείας είναι σε θέση να βελτιώσουν την υγεία των κατοίκων της περιοχής τους.

- Επιβεβαίωση του υψηλού επιπέδου της ποιότητας υγείας σε τοπικό επίπεδο και υπευθυνότητα στην εξυπηρέτηση των προβλημάτων υγείας των ασθενών.
- Βελτίωση της αποδοτικότητας σε συνδυασμό με την αποτελεσματικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Οι μακροπρόθεσμοι στόχοι του συστήματος είναι:

- Υγεία για όλους τους κατοίκους της χώρας.
- Βελτίωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας.
- Καταγραφή όλων των ασθενών.

Η αλλαγή στο νέο σύστημα υγείας αποβλέπει στην σωστότερη διαχείριση των οικονομικών πόρων καθώς επίσης και ενίσχυση της ποιότητας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Μετά το 1991 το κέντρο βάρους μετατίθεται στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας και στην βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών παρά στην αύξηση των δαπανών για νοσοκομειακές ανάγκες. Με τον τρόπο αυτό γίνεται μια σημαντική εξοικονόμηση κεφαλαίων στον τομέα της υγείας, ενώ παράλληλα αυξάνεται η αποδοτικότητά του³.

Τελειώνοντας θα μπορούσαμε να πούμε ότι οι αλλαγές που σημειώθηκαν στο NHS μετά το 1990 είναι σημαντικές αλλά ακόμα δεν είμαστε σε θέση να εκτιμήσουμε αν έχουν πετύχει το στόχο τους. Ωστόσο η γενική εικόνα που αποκομίζει κανείς από το σύστημα υγείας όπως NHS όπως λειτουργεί σήμερα είναι ενθαρρυντική με γενικό συμπέρασμα ότι οι αλλαγές βρίσκονται στο σωστό δρόμο.

GEORGE PIERRAKOS, *Before the reconstruction of 1974 the British National Service (NHS) which was established in 1946, had three main elements: clinical autonomy, hospitals and triple structure. NHS was extensively based on hospitals which recurred special administrative techniques and were complicated and expensive.*

The three main changes in the history of NHS were the reconstruction of 1974, 1982 and 1990.

After the reconstruction of 1974, peripherla health sciences were established and District Health Authorities undertake a more active roll. Subsequently the reconstruction of 1982 District Health Authorities were abolished and emphasis was placed on the cost in relation to effectiveness. In 1990, the organizational structure of NHS waw changed and clinicals were involved in budgeting. NHS Trusts (public Hospital Groups) and General Practitioner were responsible for the administration and distribution of the resources (fundholders). Emphasis was placed on the primary Health Care, the Quality of Health Care and the cost - effective management for improvement of the Public Health with as less as possible use of hospital services. **Nosileftiki 2: 88-98, 1997.**

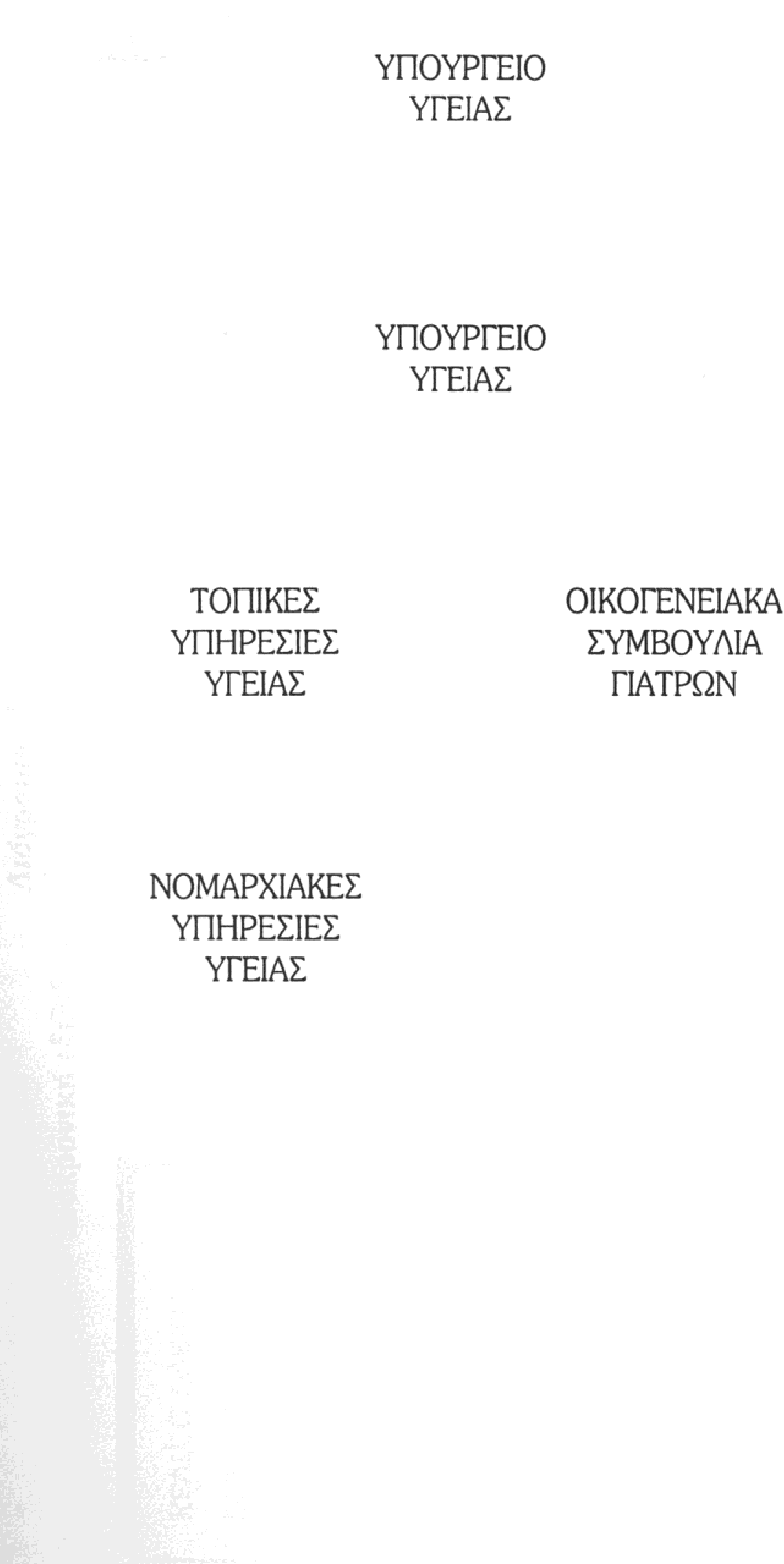
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1. Health and Disease a Reader, Open University Press 1984.
- 2. Kelvyn Jones & Graham Moon «Health, Disease and Society», RKP 1987.
- 3. Health Care Reforms in Europe (United Kingdom), 1992.
- 4. Γ. Υφαντόπουλος Κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική τόμος 50 1986 σελ. 33-46.
- 5. Chris Ham «The Organization of NHS» 1993.
- 6. David Tod «GP Fundholding: fuct or fiction», British Journal of Hospital Medicine, 1995, vol 54, No9, p. 471-472.

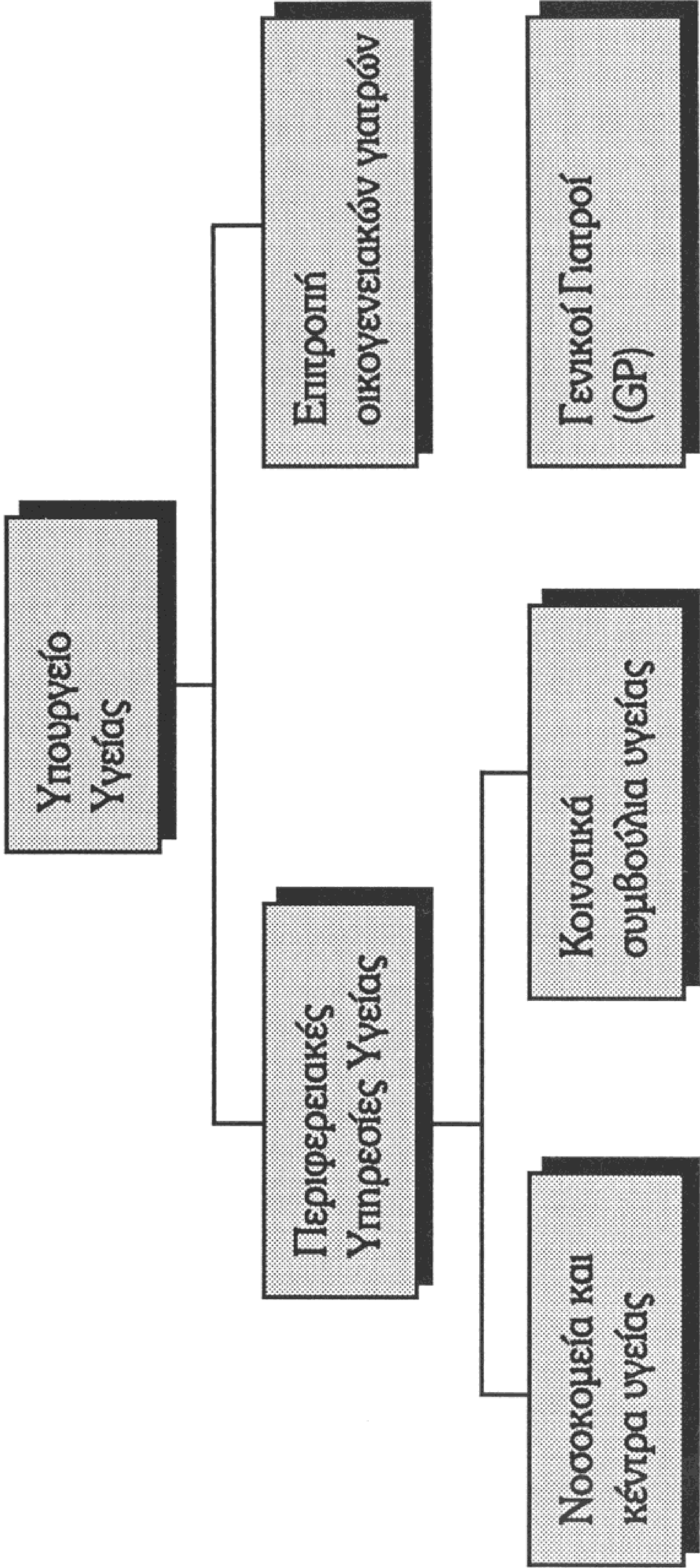
Διάγραμμα 1:
Η Οργανωτική δομή του NHS πριν από τις αλλαγές του 1974



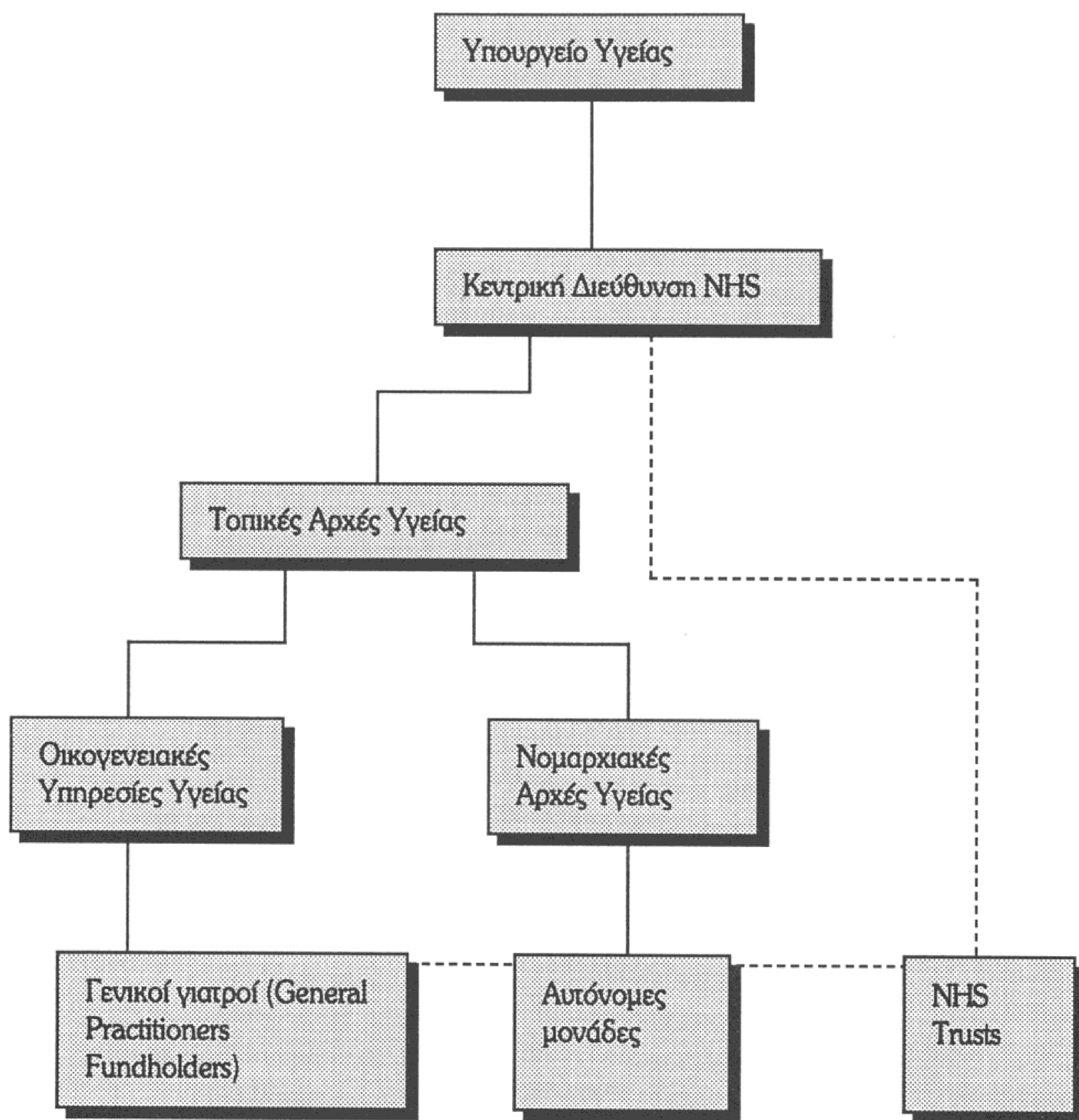
Διάγραμμα 2:
Η Οργανωτική δομή του NHS μετά το 1974



Διάγραμμα 3:
Η Οργανωτική δομή του συστήματος υγείας μετά τις αλλαγές του 1982



Διάγραμμα 5:
Οργάνωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (NHS) μετά το 1990



Διάγραμμα 4:
 Διαχρονική εξέλιξη της λειτουργίας του νοσοκομειακού τομέα
 στη Βρετανία την Περίοδο 1978-1984

