

# Tartalomjegyzék

<b>BEVEZETÉS</b> .....	<b>7</b>
<b>ELŐZETES ÁTTEKINTÉS</b> .....	<b>11</b>
Formai megjegyzés.....	13
Területi hatály.....	14
<b>THE PREVIEW AND SHORT SUMMARY</b> .....	<b>16</b>
Formal note.....	17
Territorial effect.....	17
Contact.....	17
<b>ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР PHD ДИССЕРТАЦИИ</b> .....	<b>18</b>
Замечание, касающееся формы .....	19
Территориальные границы.....	19
Контакты.....	19
<b>I. VÁLTOZÓ VILÁGBAN VÁLTOZÓ EGÉSZSÉGÜGY</b> .....	<b>21</b>
I. 1. GLOBÁLIS GONDOK.....	21
I. 2. EURÓPAI ELKÉPZELÉSEK.....	25
I.3. VÁLASZKERESŐ SZISZTÉMÁK.....	31
I. 4. A SZOCIÁLIS BIZTONSÁG FŐBB SZERVEZETI ÉS FUNKCIONÁLIS SAJÁTOSSÁGAI RÓL.....	35
I. 5. VITÁK A SZOCIÁLIS BIZTONSÁG SZERVEZETEINEK VÁLSÁGÁRÓL.....	37
I.6. ÖSSZEFOGLALÓ.....	42
<b>II. AZ NHS ELŐZMÉNYEI ÉS ALAPÍTÁSA</b> .....	<b>47</b>
<i>II.1.1. Az általános előzmények (1911-1942)</i> .....	48
<i>II.1.2. A közvetlen előzmények és egy intermezzo (1920–42)</i> .....	51
II.1.2.1. Az intermezzo: az EHS (1940).....	52
<i>II.1.3. Beveridge avagy a háború után (1941-1948)</i> .....	53
II.1.3.1. A Beveridge Report (1942).....	53
II.1.3.2. A II. világháború után (1945-48).....	55
II.2. AZ ALAPÍTÁS – 1948.....	57
II.2.1. Az alapításkori szervezet (1948).....	59
II.2.1.a. Az NHS Angliában és Wales-ben Baggott szerint, I.A és I.B ábra (1948)....	60
II.2.1.b. Az NHS Angliában, Ham ábrája, II.A és II.B ábra (1948).....	62
II.2.1.c. A szervezet Rivett szerint III.A és III.B ábra (1948).....	62
II.2.3. Aneurin Bevan (1897-1960).....	64
II.2.4. Összefoglalás (1948).....	66
II.2.5. Kitekintés (1948–).....	67
II.2.5.a. Az alapításkori szervezet összefoglalása Hatvani szerint (1948).....	68

<b>III. AZ ELSŐ MUNKÁSPÁRTI ÁTSZERVEZÉSIG.....</b>	<b>71</b>
III.1. A JÓLÉTI ÁLLAM IDEÁJA (1948–2000).....	71
III.1.1. Visszatérő avagy állandó problémák (1948–2008).....	73
III.1.2. <i>A szociális kiadások emelkedése (1948–1975)</i> .....	74
III.2. KIÚTKERESÉSEK.....	76
III.2.1. <i>A Guillebaud Bizottság jelentése (1955)</i> .....	76
III.2.2. <i>Az ambiciózus Hospital Plan (1962)</i> .....	77
III.2.3. <i>A vényfelírási díj kérdése (1952–70)</i> .....	77
III.3. Az „ELSŐ MENEDZSMENT REFORM” ÉS ÁTSZERVEZÉS (1975).....	78
III.3.1. <i>Kórházi napidíj avagy a fizetős ágyak vitája (1974–76)</i> .....	79
III.3.1.a. Az NHS 1974-es átszervezéssel létrejött szervezete (1975).....	81
III.3.1.b. Az 1974-es struktúra HAM szerint (1975).....	81
III.3.2. <i>Az RAWP (1975)</i> .....	81
III.3.3. <i>Összefoglalás: Hosszúra nyúlt virágkor (1948–74)</i> .....	83
III.3.4. <i>Epilógus: A virágkor vége (1978-79)</i> .....	86
<b>IV. A JÓLÉTI ÁLLAM VÁLSÁGA.....</b>	<b>89</b>
IV.1. A JÓLÉTI ÁLLAM KRITIKÁI (1968–).....	90
IV.1.1. Elkésve és mellőzve: A Douglas Black Report (1980).....	92
IV.1.2. <i>A Társadalombiztosítási és szociális lakás törvény (1982)</i> .....	93
IV.1.3. <i>Konzervatív átszervezési kísérlet (1982–1983)</i> .....	94
IV.1.3.a. Az NHS szervezete Angliában (1982).....	94
IV.1.4. <i>Norman Fowler éve (1986)</i> .....	94
IV.1.5. <i>Sir Roy Griffiths, „a szatócs” (1988)</i> .....	96
IV.1.6. <i>A Kedvezményezettekért vagyunk (1989)</i> .....	99
IV.1.7. <i>Fundholding-ok, multifund-ok és careholding-ok</i> .....	100
IV.1.7.1. A GP-k szerepe és a fundholding-ok (1982-1989-2006).....	100
IV.1.7.2. A multifund-ok (1989).....	103
IV.1.7.3. A careholding-ok (1991–).....	105
IV.1.7.4. Összefoglaló – az ellátók szerveződésai (1982–) .....	106
IV.1.7.5. Az önálló alapok, azaz a trust-ok (1991–).....	106
IV.1.7.6. A tröszt a magyar jog szerint (1978-) és Angliában (1991-) .....	109
IV.1.7.7. Egy esetleírás: a Barlborough NHS Treatment Centre (2007–).....	111
A BNTC honlapja (1994-).....	112
A PHG honlapja (2009).....	114
A PHG honlapja - A Care UK (1994-).....	114
A Care UK (előtte: Anglia Secure Homes) története (1982–2008).....	115
Összefoglaló értékelés (2005).....	117
IV.1.7.8. Az átalakulás és -szervezés motorja: az idő. Avagy a várakozás formái.....	118
IV.2. Az 1991-ES ÉS 1997-ES ÁTSZERVEZÉSEK.....	119
IV.2.1. <i>A polgárok vagy páciensek oklevele? A nemzet egészsége (1991)</i> .....	120
IV.2.2. <i>Michael PORTILLO (1993)</i> .....	121
IV.2.3. <i>Az “Új jóléti szerződés” (1998)</i> .....	122

IV.2.4. Frank Field (1997).....	123
IV.2.5. Új közigazgatás (1998).....	124
<b>V. AZ NHS KÖZELMÚLTJA.....</b>	<b>127</b>
V.1. A KÖZELMÚLT KIHÍVÁSAI (1999-2007) .....	127
V.1.1. A reformhelyzet: az okok.....	127
V.1.2. Az új struktúra kiépítése.....	128
V.1.3. A minisztérium meghosszabbított karjai.....	131
V.2.1. Az NHS alapelvek inflációja (2000).....	132
V.2.2. Az NHS modernizációs programok inflációja (2000-2006).....	133
V.2.2.1. Privatizáció a háttérben (2001–).....	134
V.2.2.2. Az NHS Terv (2000).....	135
V.2.2.3. A Mi egészségünk, mi ellátásunk, mi véleményünk – Fehér könyv (2006). 137	
V.2.a. Az NHS szolgáltatások szervezésének jelenlegi struktúrája (1991–2009).....	138
V.3.1. Az angol gyógyszerellátás a részleges NHS reform tükrében (2000).....	138
V.3.1.1. Gyógyszerárképzés és a gyógyszerköltések térítése (2000–).....	142
V.3.1.2. Röviden az egyes kapcsolódó pénzübeli ellátásokról (1994-).....	143
V.4. A KÖZELMÚLT: ÁTMENET A PIACVEZÉRELT EGÉSZSÉGÜGY FELÉ (2005–2007).....	146
V.4.1. Politikai állásfoglalás – hír az Interneten (2007 július).....	146
V.4.2. NHS átalakítás a sürgősségi betegek rovására – (2007. augusztus).....	148
V.4.3. Szakirodalmi értékelések (2006-).....	149
V.4.4.a. Az egészségügyi szolgáltatások szervezésének jelen struktúrája (2005–)....	150
V.4.4.b. Csődbe jutott NHS trösztök– Hír az interneten (2006 december).....	152
<b>VI. AZ NHS JELENE.....</b>	<b>153</b>
VI.1. A JELEN: AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER ÉS A KÖZIGAZGATÁS VISZONYA (2009).....	153
V.1.1. A Hatályos jogforrások (1983- & 2009-).....	154
V.1.1.1. A hatályos NHS törvény (2006-).....	154
VI.1.1.2. A hatályos szociális és az egészségügyi ellátásról szóló törvény (2009-)... 156	
VI.1.A. Az NHS irányítása jelenleg Angliában (2007–).....	157
VI.2. A JELEN SZERVEZETE: AZ ÚJ NHS SZERVEZETI FELÉPÍTÉSE (2009) .....	157
VI.2.a. Az NHS belső felépítése jelenleg (2007–).....	158
VI.3. A JELEN IRÁNYÍTÁSA: AZ EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM SZERVEZETE (2004–).....	159
VI.3.a. Az Egészségügyi Minisztérium jelenlegi struktúrája (2009).....	159
VI.3.1. A közigazgatási irodák.....	161
VI.3.1.1. A Beszerzési és Ellátási Ügynökség (PASA, 2000–).....	161
VI.3.1.2. Egy célzott projekt: Az Információtechnológiai Nemzeti Program (NPfIT, 2005-).....	162
VI.3.2. A speciális egészségügyi hatóságok.....	162
VI.3.2.1. Az NHS önálló perképviselője (NHSLA, 1995–).....	163
VI.3.2.2. Az Egészségügyi és Szociális Ellátások Információs Központja (HSCIC, 2005-).....	163
VI.3.2.3. A Nemzeti Betegbiztonsági Ügynökség (NPSA - 2001- ill. 2003-) .....	163

VI.3.3. A be-nem-sorolt végrehajtó köztestületek.....	164
VI.3.3.1. Az egészségbiztosítási felügyelet, a 'Monitor' (2004–).....	164
VI.3.3.2. Az Ellátásminőség-biztosítási Bizottság (HQC, 2009–).....	166
VI.4. Az EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTERIUM KIEGÉSZÍTŐ SZERVEI.....	166
VI.4.1. A tisztifőorvos (CMO, 1847–).....	166
VI.4.2. A tisztifőnővér (CNO, 2004–).....	166
VI.4.3. A Nemzeti Gyermekégeszségügyi Szolgáltatási Keret (CNSF, 2005-).....	167
VI.4.4. A Közegészségügyi Csoportok (PHGs, 2007-).....	168
VI.5. A VEGYES KÖZEGÉSZSÉGÜGYI FELADATOK.....	168
VI.5.1. Az Egészségvédelmi Intézet (HPA, 2004–).....	168
VI.5.1.1. Az Egészségvédelmi Intézet főbb részlegei és funkciói:.....	169
VI.5.1.2. Az Egészségvédelmi Intézet szervezete.....	169
VI.5.2. Az Élelmezési Szabvány Hivatal (FSA, 2000–).....	169
VI.5.2.1. Az Élelmezési Szabvány Hivatal szervezeti felépítése.....	170
VI.5.3. Az Egészségügyi és -Biztonsági Testület (HSE, 1974–).....	171
VI.5.3.1. Az Egészségügyi és -Biztonsági Testület szervezeti felépítése.....	171
VI.6. KÜLSŐ SEGÍTSÉG: AZ ALTERNATÍV GYÓGYÁSZATI ELJÁRÁSOK BEVONÁSA.....	171
VI.7. REKLÁM IRÁNYELVEK AZ EGÉSZSÉGÜGYBEN – HÍR AZ INTERNETEN (2009).....	173
<b>VII. AZ NHS JÖVŐJÉRŐL.....</b>	<b>175</b>
VII.1. A KÖZELJÖVŐ SZERVEZETE: A TISZTÁN PIACVEZÉRELT EGÉSZSÉGÜGY ELKÉPZELÉSE (2010).....	175
VII.1.A. A SZOLGÁLTATÁSOK SZERVEZÉSÉNEK 2006-BAN ELKÉPZELT STRUKTÚRÁJA (2010–).....	176
VII.2. DEPRESSZIÓS 60. SZÜLETÉSNAPOK (2008).....	178
VII.3. A DARZI-BIZOTTSÁG KÉT JELENTÉSE (2007&2008).....	180
VII.4. RÖVID HELYZETKÉP (2009).....	184
VII.4.1. Az alapszintű ellátás – Lord Darzi után (2008-).....	185
VII.4.2. A fekvőbeteg ellátás – Lord Darzi után (2008–).....	186
VII.4.3. Az egészségtudatos életmód terjesztése – TANNAHILL után (2008-).....	188
VII.5. Az NHS ALKOTMÁNYOZÁSA (2009).....	189
VII.5.1. Preambulum (2009).....	190
VII.5.2. A kontraktualizálódás (2001–).....	192
VII.5.3. Teljesítményfinanszírozás helyett minőség-monitoring (2009–).....	193
VII.5.3.a. A jelen szervezet – minőség-monitoring (2009–).....	195
VII.5.4. A betegek nem számok, a népesség nem statisztika (2009).....	195
VII.5.4.a. Florence Elizabeth Weston.....	197
VII.5.5. Az NHS alkotmánya (2010).....	198
<b>VIII. AZ ANGOL ÉS A HAZAI VÁLTOZÁSOK ÖSSZEVEZÉSE.....</b>	<b>201</b>
VIII.1. KAPCSOLATOK.....	201
VIII.1.1. Az ellátott állásfoglalása: egészségügyi turizmus (2008 és 2009 október).....	201
VIII.1.2. Kölcsönös ellátásra jogosultság.....	203
VIII.1.2.1. Az Angliában élők, a munkaviszonyban állók, munkát keresők, valamint ezek családtagjai.....	203

VIII.1.2.2. Az Angliában dolgozó magyarok biztosítása, ellátása Magyarországon.	204
VIII.1.2.3. Az ún. „tervezett ellátás” kérdése.....	205
VIII.2. ÖSSZEVETÉS.....	205
VIII.2.1. Definíciós gondok.....	205
VIII.2.2. <i>A normaszövegek aktualizálása.....</i>	213
VIII.2.3. <i>Párhuzamok – és paradigmaváltás.....</i>	216
VIII.2.4. <i>De lege ferenda javaslatok.....</i>	223
VIII.3. PROJEKCIÓ – DISZKUSSZIÓ HELYETT: EGY KÍSÉRTET VISSZATÉR.....	225
<b>IX. AZ NHS-HEZ KAPCSOLÓDÓ EURÓPAI BÍRÓSÁGI JOGESETEK.....</b>	<b>229</b>
IX.1. ÖSSZEÜTKÖZÉSEK KOLLÍZIÓ-MENTES KÖRNYEZETBEN.....	229
IX.1.2. <i>A jogosultságok kérdéséhez.....</i>	233
IX. 2. <i>A C-385/99. sz. MÜLLER-FAURÉ és van RIET ügy (2003. május 13.).....</i>	234
IX.3. A C-372/04. SZ. ÜGY YVONNE WATTS (ÍTÉLET: 2006. MÁJUS 16.).....	239
<i>Az alaptényállás és a nemzeti eljárás.....</i>	240
<i>Többszörös norma-kollízió.....</i>	241
IX.4. A KEDVEZMÉNYEZETT VÁLASZTHAT.....	244
IX.4.1. <i>A határon átívelő egészségügy támogatását célzó rendszerek.....</i>	244
IX.4.2. <i>Az egészségügyi munkaerő EU-n belüli mobilitásának irányítása.....</i>	245
<b>X. FELHASZNÁLT CIKKEK ÉS IRODALOM.....</b>	<b>247</b>
X.1. KÖNYVEK, TUDOMÁNYOS KÖZLEMÉNYEK.....	247
X.2. <i>Felhasznált jogforrások és adatbázisok.....</i>	251
X.3. <i>Könyvek az NHS szerepéről.....</i>	252
X.4. <i>Egyéb monográfiák, cikkek az elméleti alapvetéshez.....</i>	252
X.5. <i>OECD publikációk.....</i>	253
FÜGGELÉK I. A BRIT EGÉSZSÉGÜGY XX. SZÁZADI VÁLOGATOTT KRONOLÓGIÁJA .....	255
<i>Az évszázad első fele.....</i>	255
<i>A hosszú 80-as évek.....</i>	261
<i>A rövid 90-es évek – az ancien régime végjátéka.....</i>	266
<i>Új évezred reformkihívásai: A Munkáspárt évtizede (1998-2007).....</i>	270
FÜGGELÉK II.: VÁLASZTÁSOK, MINISZTERELNÖKÖK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTEREK ÉS ÁLLAMTITKÁROK	
273	
FÜGGELÉK III. BIZOTTSÁGOK ÉS JELENTÉSEK 1942-2009.....	277
FÜGGELÉK IV. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE, KÉPEK.....	281
VÉGJEGYZETEK.....	283



# BEVEZETÉS<sup>1,2</sup>

A több mint hatvan évvel ezelőtt<sup>3</sup> alakult brit állami egészségbiztosítási szolgálat, a National Health Service (a továbbiakban jól ismert rövidítését, az NHS-t használom) megalapításának félévszázados évfordulóján a brit politikai közélet szinte minden szereplője megszólalt.<sup>4</sup>

Bár az ünnepi szónoklatokra olykor rávetült a hétköznapi problémák árnya, abban a nyilatkozók egyetérthettek: mára az NHS egy olyan – általános elfogadást nyert – érték, amely Nagy-Britannia legkedveltebb intézményei között foglalta el a helyét<sup>5</sup>.

*„A nemzeti büszkeség és a szolidaritás szimbólumaként, hasonlóan a monarchiához”<sup>6</sup>.*

Jelenségét többen elemezték, pl. vallási szempontból is. Például két elemzője is – az egyikük pénzügyminiszter, a másik egy rabbi – teológiai intézményhez hasonlította, mivel az Egyesült Királyság lakosságának nagyobb része szenvedélyesen hisz benne<sup>7</sup>.

Nem találhattam jobb bevezető gondolatot Tony Blair ajánlásánál, mely előszóként áll RIVETT-nek az NHS alapításának ötvenedik évfordulójára kiadott gyűjteményes kötetében. Az ünnepi alkalomból kelt levél szerint:

*“Az NHS megalakítása fordulópont volt hazánk történetében, és mégpedig olyan, amely megváltoztatta – és folyamatosan meg is fogja változtatni férfiak, nők és gyermekek generációinak életét. Az NHS kapcsolatban áll valamennyiünkkel.”<sup>8</sup>*

Ugyanez – egy másik megközelítésből: az NHS egyben a világ legnagyobb nép- és közegészségügyi szolgálata, amely „méreteihez méltatlan módon” folyamatos változtatási kényszernek van kitéve, s igyekezik annak megfelelni.

Az NHS intézményrendszere – a *ma divatosabb*, értékelést is tartalmazó meghatározás szerint – egy monopolhelyzetben levő, bürokratikus óriás. Több mint 1,5 millió embert foglalkoztat, csak a Kínai Néphadsereg, a Wal-Mart áruházlánc és az Indiai Vasutak

foglalkoztat közvetlenül több embert a világon. Ezen értékelés konnotációjában benne foglaltatik, hogy mindezért lanyha, lusta, tehetetlen és végeredményben „rossz”.

*„...a jelen kormányzat megpróbálta korszerűsíteni a rendszert, átalakítani, hogy úgy működjék, mint egy piac, ahol a versenyhelyzet a hatékonyság növeléséhez és a kínálat bővüléséhez vezet, választási lehetőséget és jobb minőséget biztosít a kedvezményezetteknek – mindennek mégiscsak marginális hatása realizálódott.”<sup>9</sup>*

Hogy miért éppen az NHS-t választottam disszertációm témájául? Mert a körülményekben felfedezhető hasonlóságok, az utolérhető nyilvánvaló párhuzamok miatt *indokolt* a hazánkban alkalmazható megoldások szemszögéből is az európai szisztémák, így különösen az NHS és intézményrendszerének megismertetése és tanulmányozása.<sup>10</sup>

Mikor az NHS-t életre hívták, Aneurin BEVAN – az alapítóinak egyike – azt nyilatkozta, hogy itt volt az idő csinálni egy egészségügyi ellátórendszert, majd így folytatta:

*„A világ csodálata... elérkezik egyszer, talán egy generáció múlva... ha nem is most vagy nem is a mi időnkben. Britanniát most újra elérte a lehetőség tenni valamit. A változtatások igényét a következő kérdésekkel foglalhatjuk össze: A rendszer haladó vagy protekcionista legyen, maradjon a múltban vagy találja meg az utat a jövő felé!”<sup>11</sup>*

A magyar egészségügyi és egészségbiztosítási rendszer is nyilvánvaló (finanszírozási, gazdasági, politikai, stb.) változtatási kényszerekkel szembesül. Az újabb szükséges reform is a fenti: protekcionista vagy progresszív választút előtt áll. Annyira, hogy egyes álláspontok szerint a két alternatívának sem az erkölcsi értékelése, sem a politikai színezete nem olyan egyértelmű, mint azt az idézet sugallná.

Az alapításkori NHS, mint eredetileg centralizált kormányzati struktúra, három fő alapelv megvalósításának mentén szerveződött.

Először is *univerzálisnak* tervezték, azaz azonos standardok szerinti egészségügyi szolgáltatásokat kívánt biztosítani *mindenkinek* az Egyesült Királyság területén; azután *átfogó, komprehenzív, minden részletre kiterjedő*, azaz az egészségügy valamennyi szegmensét felölelő kívánt lenni; és végül mindezt *grátisz, ingyenesen* nyújtva, hogy elérhető legyen valamennyi polgár részére, csak a rászorultság alapján, tekintet nélkül arra, hogy képes-e fizetni a szolgáltatás nyújtásának pillanatában.

Ezt az alapításkori egyenjogúságot és egyenlőséget mára *egy új egyensúlyi rendszer váltotta fel*. A kritikusok szerint ez az egyensúly nem egyenlő jogokból és nem egyenlő lehetőségekből tevődik össze<sup>12</sup>.

Az NHS mégis kétség kívül unikális jelenség. A népesség egészsége, amint azt Benjamin DISRAELI is mondta, valóban *“Az az alap, melyen az államok boldogsága és ereje nyugszik”*.<sup>13</sup>



Ez az általam közegészségügyi kameralizmusnak elnevezett felfogás egyaránt mélyen gyökerezik a brit monarchikus kormányzásban és a közgondolkodásban. E szemlélet szolgált alapjául a ténynek, hogy az 1858-as Medical Act – és a benne felállított General Medical Council (GMC) – a világ legrégebbi *állami alapítású* egészségügyi intézményei közé tartozik.<sup>14</sup>

Az eredeti értékek az „áthangolók” álláspontja szerint sem eladók, hisz azok teszik az NHS-t unikálissá, és azokat nem is tagadta meg az új szisztéma bevezetése<sup>15</sup>.

De ez az egyediség az NHS történetében kivétel nélkül minden esetben több szakmai és politikai vita után parlamentáris keretek között kialakított (hangsúlyozom: nem mindig konszenzusos) döntésen és annak hasonló körülmények közötti kivitelezésén alapszik. Az előbbiekért érdekes, ez utóbbiért *javasolt az NHS elmúlt hat évtizedének tanulmányozása*.

E javaslat nyomatékosítására egy záró, az angol rendszer bemutatásának hazai tanulságait összegző rövid fejezet szolgál a jelen értekezésben.

A vélt és a valós párhuzamok felállítása leginkább konkurens egyidejűségben vezethet eredményre.

Ezt számadatokkal támasztja alá a WHO 2000. évi „Health Systems” tárgyú jelentése, melyből csak egy adatra utalok itt: 1948 és 1997 között az egészségügyi kiadások aránya a világ GDP-ből 3 százalékról 8 százalékra nőtt<sup>16</sup>. Ennek ellenére az egészségügyi rendszerek folyamatosan masszív finanszírozási igénnyel szembesülnek a bővülő elvárások, a növekvő költségek és a költséges új technológiák irányából.

Az Egyesült Királyság szempontjából ez a soktényezős nyomás az elvárások és a lehetőségek közötti szakadék mélyülését jelenti, beleértve akár azt is, hogy az állami alapítású rendszerek fenntartása is kétségessé válik.<sup>17</sup>

Mr. BLAIR gondolatával kezdtem, és egy másik Tőle származó idézettel fejezem be az előszómat:

*“Biztos vagyok benne, hogy az Olvasó élvezni fogja, hogy azokról a drámai változásokról olvashat, amelyeket oly sok ember közös erőfeszítésével értünk el az elmúlt fél évszázadban, és a jelen lelkesítő lehetőségei megmutatják a mi NHS-ünk jövőjét”<sup>18</sup>*



# ELŐZETES ÁTTEKINTÉS

**Munkám célja** – a hazai szekunder irodalomban hiányt pótolva – első sorban bemutatni az NHS történelmét, és szerkezeti- szervezeti átalakításainak történetét. A disszertáció vállalkozik a teljesen állami egészségügyi szisztéma lebontási fázisainak és átmeneti intézményeinek, s az egészségpiac megnyitásának kritikus bemutatására. Könnyen előfordulhat, hogy ilyen vagy hasonló lépések megtételére a hazai egészségpolitika a közeljövőben kényszerülni fog. Bízom tehát abban, hogy a vállalkozás nem bizonyul öncélúnak. Ezért összegzésül, mintegy tudományos eredményként, néhány tanulságot vonok le az ismertetett anyagból, s javaslatokat teszek a hazai egészségpolitikának.

**A feldolgozás módszerei** közül – s ez a mind az irodalomjegyzékben, mind a végjegyzetekben jól követhető – a vonatkozó irodalom feldolgozását: megismerését, a szignifikáns megállapítások kiemelését, és azoknak a történelmi-politikai történésekbe ágyazott komplex ismertetését választottam.

A fő feldolgozási módszerem tehát a vonatkozó szakirodalom kompilációja, melyből egyedi matériát a fordításom, értékeléseim és összevetéseim, interlineáris glosszáim, kritikai megjegyzéseim – végső soron: az egyéniségem gyúrtak. E patchwork-szerű megközelítés különösen az I és VIII. fejezetben dominál.

Az NHS és igazgatása átszervezésének részletes magyarázatai helyett az angol nyelvű szakirodalom legismertebb, vagy legjobban sikerült ábráit választottam, egy helyütt a kontinentális személet szerinti saját ábrát készítettem.

**A disszertáció végkövetkeztetése**, hogy *a szigetországi egészségügy* másfél évtizedes vajúdas után – *elméleti alapjaiban újat hozó szerkezet-átalakítson esik át napjainkban*, azaz paradigma-váltás hajt végre. Mindezt a Darzi-mozgalom eredményeként, az NHS Alkotmány elfogadása támogatásával, a társadalmi béke sikeres megőrzése mellett, parlamentáris keretek között. Ennek a reformnak a sikeressége is – remélem, jól hangsúlyozza ezt a disszertáció – az átalakítás elfogadottságában rejlik.

Tekintettel a disszertáció által átfogott anyag sokszínűségére, és – külön nem jelölt – logikai tagozódására, indokolt az anyag előzetes áttekintésével rögzíteni az értekezés szerkezetét.

Az NHS-t az alábbi öt fő lépésben szeretném megismertetni:

- I.* Az NHS elhelyezése a globális, az európai, valamint a tudományos környezetben (2009)
- II.* Az NHS és intézményei történeti kialakulásának bemutatása (1948-2007)
- III.* Az NHS-t érő kihívások és azok megoldási útjai napjainkban (2007-2010)
- IV.* Az angol és a hazai változtatások összehasonlítása (1997-2009)
- V.* Az Európai Bíróság NHS-t érintő jogesetei (2003, 2006, 2009)

Az I. részben nemzetközi intézmények (UN, WHO, ILO, WB, OECD, EBRD) adataira támaszkodtam.

A II.-III. részben folyamatosan mutatom be az NHS történetét. Nem használom sem RIVETT dekádokra<sup>19</sup>, sem MACPHERSON<sup>20</sup> kormányokra történő felosztását. Ez utóbbira viszont utalok a függelék kronológiájának szerkezetében.

A IV. részben a hazai szakirodalom megállapításai alapján összehasonlítom az egészségügy angol és magyar változtatását.

Az V. részben az Európai Bíróságnak a témát érintő legismertebb illetve legfrissebb eseteit ismertetem röviden.

Amint itt is, az alfejezetek címének végén – ahol ez megállapítható és elősegíti az értelmezést – sima zárójelben, év pontossággal, megadtam az időpontot vagy időtartamot, amelynek jelenségeit az alfejezet ismerteti vagy érinti. A máig ható tendenciákat nyitva hagyott kötőjellel jeleztem Pl.: (1948–)

A disszertáció fejezetei nagy vonalakban követik az öt fő lépést.

*Ad I.* Az NHS elhelyezése a globális, az európai, valamint a tudományos környezetben (2009) – a disszertáció I. fejezete, amely a „Változó világban változó egészségügy” címet viseli. Az elképzelésem az volt, hogy párhuzamosan földrajzilag és teoretikusan, lépésről lépésre közelítsem meg a témát. A földrajzi lépések a globális gondoktól az európai közös problémákon keresztül vezetnek az Egyesült Királyság felé, míg a teoretikus problémák az általános szisztémáktól ezek sajátosságain keresztül vezetnek napjaink hatékonysági vitáihoz.

*Ad II.* Az NHS és intézményei történeti kialakulásának bemutatása (1948-2007) – a disszertáció II.-V. Fejezetei szólnak erről, előzetes kommentár nélkül. Párhuzamosan kerülnek bemutatásra a történelmi, politikai, legálási, és szerkezeti tények. Fontosnak tartottam az angolszász történetírási tradíciókhoz kapcsolódóan az olvasmányosság mellett az egyes kiemelkedő személyiségek közelebbi bemutatását is. A fejezetek logikai sorrendje itt s követi a kronológiát: az előzmények, az alapítás, az első negyedszázad, és a jóléti állam ideájának válságát hozó második negyedszázad. Itt két intermezzo szakítja meg a kronológiai sorrendet. Az egyik rövid kitérő az angol szervezeti átalakítás egyik

eredményeként létrejött trust-ok, azaz alapok mára átmenetinek bizonyult intézményi elődeit mutatja be. A másik a multinacionális cégek beszivárgásának tényét emeli ki, és térnyerésének állomásait mutatja be egy konkrét, az interneten is megismerhető és követhető esettanulmányon keresztül. A rész vége az V. fejezet, amely az ezredfordulóval kezdődő válság- és reformhelyzetet írja le.

*Ad III.* Az NHS-t érő kihívások és azok megoldási útjai napjainkban (2007-2010) – a disszertáció VI.-VII. Fejezetei az NHS utolsó fél évtizedéről szólnak. Ez már a jelen és a jövő. Ismertetésre kerül röviden a hatályos NHS jogszabály, és az NHS valamint változóban levő főhatósága szervezete és viszonyaik. Felhívom a figyelmet az egyes feladatok ellátására életre hívott speciális egészségügyi hatóságokra, valamint az egészségügyi minisztérium kiegészítő szerveire, valamint a vegyes közegészségügyi feladatokat ellátó egyes szervek bemutatására. Egyértelműen a jövő elé mutat, és biztosan hazánkban is a közeljövő útját jelöli ki az alternatív gyógyászati eljárások bevonásának ismertetése.

*Ad IV.* Az angol szerkezet-átalakítás és a hazai jogtechnikai változtatások összevetése (1997-2009) – a disszertáció VIII. fejezete. Szándékai szerint a fejezet részei **az elért kutatási eredmények rövid összefoglalását** adják. Azt kívántam bemutatni, milyen párhuzamokat lehetünk a két ország társadalombiztosításának történetében, és ezek feltárt párhuzamosságok milyen tanulságokkal szolgálnak a hazai egészségpolitikusok és a közeljövő jogalkotói részére. Rövid de lege ferenda összefoglalás (VIII.2.4.) nyomtatékosítja az észrevételeket.

*Ad V.* Az Európai Bíróság NHS-t érintő jogesetei (2003, 2006, 2009) kitekintést adnak a specifikus angol rendszer és a kapcsolódó európai nemzetközösségi jog összeütközéseiről.

## **Formai megjegyzés**

Az értekezés a Pécsi Tudományegyetem Állam- és Jogtudományi Kar Doktori Iskola kiadványaiban publikálendő tanulmányok idézési követelményeinek megfelelően a „Harvard Blue Book” idézési rendszert használja, így lábjegyzetet nem, csak végjegyzeteket közöl.

Az NHS fejlődéséről történeti, szociálpolitikai, nagypolitikai szemszögből számos monográfia és részmonográfia született. Az általam feldolgozottakat felsorolom az irodalomjegyzékben, ahol a gyakran hivatkozottaknak kiskapitális, zárójelben évszámos „VEZETÉKNÉV (2009)” szerkezetű rövidítést is adtam, s azokra a disszertációban ekként hivatkozom.

## Területi hatály

Fel kívánom hívni a figyelmet, hogy – tekintettel az Egyesült Királyság összetett területi igazgatási viszonyaira – a jelen doktori értekezés az NHS szerepének nem az egész Egyesült Királyság, hanem *csak az Anglia területére érvényes változásait veszi számba és elemzi*. Egyáltalán nem foglalkozik sem a brit korona tartozékai, sem Észak-Írország rendszerével<sup>21</sup> és csak kazuálisan, összevető utalások szintjén érinti Skócia illetve Wales ellátórendszerét.<sup>22</sup>

A disszertációban feldolgozott téma „területi hatálya” tehát Anglia, melynek közigazgatási területi felosztása *a Cartographia 2007-es adatai szerint*<sup>23</sup>:

- 47 önkormányzattal rendelkező város (borough),
- 36 grófság (county),
- 29 város Nagy Londonban (London borough),
- 12 önkormányzattal rendelkező nagyváros (city and borough),
- 10 körzet (district),
- 12 nagyváros (city),
- 3 önkormányzattal rendelkező királyi város (royal borough)

illetve Local Government and Public Involvement in Health Act 2007:28 *szerint*<sup>24</sup>:

- 9 régió (regions)
  - 6 nagyvárosi grófság (metropolitan counties) – 36 nagyvárosi körzettel (metropolitan districts)
  - 27 vidéki grófság (non metropolitan counties) – 201 vidéki körzettel (non metropolitan districts)
  - 32 város és a City Nagy Londonban (London boroughs and City of London),
  - 56 egyesített hatóság (unitary authorities)
- és a fentiek községei (civil parishes).



# THE PREVIEW AND SHORT SUMMARY

Considering the diversity of the panoramic theme of the dissertation, and the unspecified logic subdivision – it is deeply reasonable to record the structure of the dissertation via the preview of the material.

The Five Little Giants of the dissertation or in other words the introduction of the NHS in the five following steps:

- I. Theoretical and global aspects – Ch I.* – Localisation. Or: Let us put the NHS on the map of the Global, the European and the scientific environment (2009)
- II. Historical founds – Ch II.-V.* – Where is She from? Or: Introduction of the historical development of the NHS and its institutions (1948-2007)
- III. Today's challenges –Ch VI. And VII.* – Latest questions and their answers. Or: The NHS's problems and the ways to solve them in these days (2007-2010)
- IV. Lectures for Hungary – Ch. VIII.* – Parallel motorways. Or: comparison of methods of British and Hungarian solutions (1997-2009)
- V. Briefings from the EU – Ch. IX.* – Presentation of some judgements of the European Court related to the NHS (from 2003, 2006, 2009)

In the First Part data were taken from international institutes (e.g: UN, WHO, ILO, WB, OECD, EBRD).

In the Second and Third Parts the history of the NHS was being reviewed continuously. I do not apply RIVETT's /17/ decades, or MACPHERSON's /18/ partition corresponding to the current government of the period. However, I make use of the latest system in the structure of chronology in the appendix.

In the Fourth Part – mainly based on the available Hungarian literature – the changes of the health care politics in Britain and Hungary are compared with each other.

The Fifth Part summarises briefly the most known and remarkable judgements of the European Court (from 2003, 2006 and 2009).



At the end of titles of subparts – wherever it is known and helps reading – the time or period of reviewed and touched phenomena is provided between plain brackets with accuracy of years, e.g. (1948-1975). The tendencies being influential to date are marked with open hyphen, e.g. (1948–)

### **Formal note**

The dissertation uses the ‘Harvard Blue Book’ citation system according to the exfoliated custom of the Law School at University of Pécs, so never uses footnotes just endnotes.

### **Territorial effect**

I would like to emphasize that – because of really complex relations of the areal administrative system of the United Kingdom – the dissertation does not write about the role of the NHS in the United Kingdom, but only in England. It does not cover the system in the Accessories of the British Crown, or Northern Ireland /19/ at all, and it touches the flavours of the provider systems just casually, on the level of rare cross-references towards Scotland and Wales /20/.

### **Contact**

Finally, the readers are invited to ask directly the author about the content of the parts or chapters. Do not hesitate to get in contact with him in English or Russian at the following address: [hatvani@gamma.ttk.pte.hu](mailto:hatvani@gamma.ttk.pte.hu).

# ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ОБЗОР РНД ДИССЕРТАЦИИ.

В виду обширности и разнообразия материала диссертации, отдельно не обозначенных логических связей, представляется необходимым показать его структуру.

Материал представлен в пяти основных разделах:

I. Место NHS в глобальном, европейском мире, а также в научной сфере.

II. Исторический обзор становления учреждений NHS (1948-2007).

III. Вызовы современного мира и пути их преодоления (2007-2010).

IV. Сравнительный анализ изменений британской и отечественной системы.

V. Правовые прецеденты, касающиеся NHS, имеющиеся в Европейском Суде (2003, 2006, 2009).

В первом разделе работы я опираюсь на данные международных организаций (UN, WHO, ILO, WB, OECD, EBRD).

В разделах II-III представлена история NHS в динамике ее развития. Я не использую не систему Rivett /17/ распределения по декадам, ни систему Macpherson / 18/ распределения по правительствам. На последнюю я ссылаюсь в структуре хронологии приложений.

В IV. разделе опираясь на выводы специальной отечественной литературы, я провожу сравнение изменений в системе британского и отечественного здравоохранения.

В V. разделе я провожу короткое ознакомление с наиболее известными последними (2003, 2006, 2009) делами Европейского Суда, касающимися данной темы.

Даты и временные периоды событий, о которых идет речь в подразделах, там где это определяемо и служит пониманию текста, даны с точностью до года в круглых скобках. Например: (1948-1975). Тенденции, простирающиеся до сегодняшнего дня, обозначены знаком тире. Например: (1948-).

### **Замечание, касающееся формы**

Материал оформлен в соответствии с требованиями к работам, публикуемым в изданиях докторской школы факультета Государства и Права Государственного Университета г. Печ, используется система цитирования “Harvard Blue Book”. Таким образом, сноски приводятся только в конце текста.

### **Территориальные границы**

Хочу обратить внимание на то, что структура территориального управления Объединенного Королевства сложна, в материале настоящей диссертации проводится анализ роли тех структур NHS, которые действуют *непосредственно на территории Англии*.

### **Контакты**

Обзор отдельных глав и разделов можно получить по адресу: [hatvani@gamma.tk.pte.hu](mailto:hatvani@gamma.tk.pte.hu)



# I.

## VÁLTOZÓ VILÁGBAN VÁLTOZÓ EGÉSZSÉGÜGY

### I. 1. Globális gondok

– rövid statisztikai üzenetek a problémakör „térképre helyezése”-hez –

A ma is hivatkozható definíció ESZTERGÁR Lajos pécsi jogászprofesszortól, a második világháború előestéjéről származik:

*„A szervezett társadalomnak tagjaival szemben kötelessége az életviszonyokat emelni, a szellemi, gazdasági és testi jólétet fenyegető hatásokat csökkenteni, a károsan ható körülményeket kiküszöbölni, illetőleg az okozott károkat helyrehozni. Ez a tevékenység tölti ki tartalmilag a szociálpolitika fogalmát.”<sup>25</sup>*

A lokálpatrióta és magyar jogtörténeti hivatkozásra rimel a pár évvel későbbi *Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata*, amely szerint „a társadalom tagjaként mindenkinek joga van a szociális biztonsághoz és annak biztosításához, hogy nemzeti erőfeszítéssel és nemzetközi együttműködéssel, valamint az egyes államok szervezetével és erőforrásaival összhangban megvalósuljanak a méltóságához és a személyiségének szabad kibontakoztatásához nélkülözhetetlen gazdasági, szociális és kulturális jogok”<sup>26</sup>.

A világban a szervezett társadalmak nagyon különböző társadalom- egészség-, illetve szociális -biztosítási, -biztonsági stb. rendszereket működtetnek e társadalmi kötelesség illetve emberi jogok megvalósítására. Ezen – megszorító definícióval közös ismérvek alá hozott – rendszerekben 1997-ben 2.985 majd 2004-ben 4.100<sup>27</sup> milliárd dollárt költöttek el, ami a világ GDP-jének 1997-ben 8% (majd 2004-ben 9,6%)-a.

Habár e rendszerek különböznek, leginkább közösnek mondható ismervük, hogy napjainkban szinte kivétel nélkül mind különböző mélységű válsággal küzd. E két közös

ponton túl – céljaik és válságuk –, összevetésükkor *az egyenlőtlenségek és az ellentmondások dominálnak*.

A globális fogyasztás, népesség és igazságosság kérdésköre nem új keletű: sok vitának voltunk tanúi, melyek során a gazdag országok képviselői a szegények népességnövekedését kárhoztatták és nem voltak hajlandók a túlfogyasztás és az egyenlőtlenségek problémájáról tárgyalni, a szegény országok képviselői pedig a túlfogyasztást és az egyenlőtlenséget kárhoztatták és a népességnövekedés megvitatását utasították el. Egy betelő világban a fogyasztás, a népesség és az igazságosság elválaszthatatlanul összekapcsolódik<sup>28</sup>.

Néhány példa<sup>29</sup>:

- A Föld lakosságának 84%-ára az egészségügyi kiadások mindössze 11%-a jut – ugyanekkor ugyanez a 84% szenved a fertőző *betegségek 93%-ától*.
- A Föld 3,1 milliárd munkaképes korú lakójának 73%-a fejlődő országban, 14%-a fejlett ipari országban él. A fennmaradó 13% a kelet-közép-európai és a FÁK, illetve az olajban gazdag, és más vagyonos államok. A jövőben *minden évben 46 milliónyi friss munkaerő* lép be a világ munkaerőpiacára, túlnyomó többségük *a fejlődő országokból* – míg a tőke és a tudás a fejlett országokban koncentrálódik<sup>30</sup>.
- Szintén a Föld lakosságához viszonyítva az USA lakossága alig 5% - ez a populáció költi magára az egész világ egészségügyi költségvetésének 40%-át – egy drága és kevésbé hatékony rendszerben, amely a bevételeinek 50-60%-át nem közvetlenül az ellátásokra, hanem azok organizálására fordítja.
- A Nigériával közel azonos népességű Japán *270-szer* költ többet az egészségügyére<sup>31</sup>.
- Míg *Európában* a születéskor várható *medián élettartam 75 év*, addig ugyanez a mediánmutató *Afrika* egészére nézve – figyelembe véve, hogy az élve születettek fele nem éri meg az ötödik születésnapját – mindössze *öt év*<sup>32</sup>.

Szakirodalmak tovább elemzik a különbségeket az egészségi szint, az ellátásokhoz való hozzáférés és az ellátások „megengedhetősége” között a város és a vidék relációjában.

A fenti exempláló felsorolásban egyben rámutattunk a *főbb okokra*, amelyek – saját összefoglalásomban a következők:

*Kulturális különbözőséggel* színezett, rendszerint *történelmi* tényeken alapuló, *területi és vagyoni egyenlőtlenségek*, azzal a megjegyzéssel kiegészítve, hogy a szegények és a gazdagok közötti egyenlőtlenség *geográfiailag is pontosan leképeződik* a szegény és a gazdag régiók, országok, területek vagy városok tekintetében. Mindezek természetesen gazdagon variálódva a nemek, az életkorok szerint, és gyakran még az etnikai hovatartozás és a szexuális orientáció alapján is.

Két váratlan adatot emelnék ki az összegyűjtött vonatkozó információk közül:

- SCHUFTAN<sup>33</sup> amellet érvel, hogy *a szegénység* – az egészség-betegség fő meghatározója – egyre jelentősebb mértékben *feminizálódik*, azaz a világ szegényeinek 70%-a nő.

Ugyanakkor a nők részaránya az európai egészségügyi munkaerő-piacon tradicionálisan magas és egyre növekvő. Az Unióban az egészségügyi munkaerő háromnegyedét nők alkotják. Fontos eleme az EU-s közös humán erőforrás stratégiáknak a nemek arányának kiegyenlítése<sup>34</sup>.

- Van két csoport, mely szinte a világ minden egészséget biztosító rendszerében hátrányos megkülönböztetésben részesül. Ezek az *öreg*ek és a *szellemi fogyatékkal élők*<sup>35</sup>.

Amennyiben elfogadjuk alaptételül, hogy a társadalom *vagyoni lehetőségei* nagyban determinálják a társadalom tagjainak egészségügyi, egészségi és szociális biztonságát, a további kulcskérdések a társadalom biztosításának finanszírozási kérdései köré csoportosulnak.

Mára az egészségügyi humán erőforrás hiánya globális méreteket öltött. A szakemberhiányt súlyosbítja az orvosokért és nővérekért folytatott verseny a fejlődő világban – itt megjegyezhetjük, hogy a jelenség az EU tag hazánkban is egyre inkább érvényesülőben van, különös tekintettel arra, hogy folyamatot elősegíti a munkaerő EU-n belüli szabad áramlása.

Egy WHO számára készített 2006-os jelentés, amely 5 országtanulmányt tartalmazott<sup>36</sup>, arra a következtetésre jutott, hogy egyik ország sem biztosít pontos és teljes körű információt az egészségügyi szakemberek nemzetközi migrációjáról.

Mind a statisztika, mind a szociológia tudománya régóta járul hozzá az egészségtudományokhoz. Lássunk egy – a fejlődő és a gazdaságilag fejlett országokat összehasonlító – a WHO 1998-as adatait feldolgozó táblázatot, az **1. sz. táblázat**ot a fentiek alátámasztására.

1. sz. táblázat						
A fő halálozási okok összehasonlító statisztikája fejlettség szempontjából, WHO 1998 <sup>37</sup>						
Halálok	1985		1990		1997	
	Fejlett ország	Fejlődő ország	Fejlett ország	Fejlődő ország	Fejlett ország	Fejlődő ország
Fertőzés és paraziták	5	45	4	44	1	43
Anyaság és perinatális ok	1	10	1	9	1	10
Rák	21	6	21	7	21	9
Keringési zavarok	51	16	48	17	46	26
Légzőrendszeri betegség	4	6	3	7	8	5
Egyéb és ismeretlen ok	18	17	23	16	23	9

A kiválasztott időszakban (1985 és 1997 között) a fejlődő országok leszakadása masszívan fokozódott. Pl. a fertőzések és paraziták miatti halál valószínűsége kilencszeresről negyvenháromszorosra nőtt. A kismama és szülési időszakban változatlanul tízszer annyian halnak meg. De a rák okozta halál is felerősödőben van a fejlődő országokban, az 1985-ös hat százalékknak az 1997-es adat a másfélszerese.

*A társadalombiztosítás finanszírozási fajtáinak csoportosításáról* Winfried SCHMÄHL „Grundfragen der Destaltung der Finanzierung...” c. tanulmányában<sup>38</sup> kifejti, hogy

- a) ha a társadalombiztosítást *közjóságnak* tekintjük, és nem tételezzük fel, hogy a magángazdaság kielégítő megoldást tud nyújtani, akkor az ennek megfelelő finanszírozási fajta az *adófinanszírozás*, következésképpen a társadalombiztosítás állami feladat;
- b) ha viszont *meritorikus jószág*nak tartjuk..., akkor a *kötelező járulékinanszírozás* az ennek megfelelő finanszírozási fajta, amelyben a járulékfizetés és az igénybevétel között ekvivalens kapcsolat áll fenn;
- c) végül – hipotetikusán – kizárólag magánjószágként is tekinthető a társadalombiztosítás; ebben az esetben a megfelelő finanszírozási eszköz az *önkéntesen vállalt biztosítási díj*.

*A finanszírozási fajták tekintetében az NHS* alapításkor az a) csoport reprezentánsa volt, jelenleg a b) csoportba tartozik, azzal, hogy folyó átalakításának kísérlete a c) felé mutat.

Itt jegyzem meg, hogy a hazai rendszer a b) csoportot erősíti, azzal, hogy a c) felé irányuló átszervezési kísérlete a 2004. december 5-i országos referendum első kérdésével („az egészségügyi közszolgáltató intézmények, kórházak maradjanak állami, önkormányzati tulajdonban”) vértett el.<sup>39</sup>

A finanszírozási fajták betürendje az időbeni felbukkanásukat rögzíti. Egyben megállapítható, hogy az ilyen (a-b-c) irányú modell- illetve fajta-váltás a fejlett ipari országokban általános tendencia.

A fentieket – témánk szempontjából – összegezve először is megállapíthatjuk, hogy *mind az NHS, mind hazánk a globális történések fősodrában található.*

Az, hogy a c) csoportba tartás a mai napig általános nemzetközi tendenciaként írható le, nem kis mértékben a Világbanknak és az Európai Központi Banknak, azaz a World Bank és a European Central Bank finanszírozási politikájának és gyakorlatának, valamint az OECD és a WHO financiaális és gazdasági nyomásának köszönhető<sup>40</sup>. De már akadnak a piacorientált egészségügyet ártértékelő számítások, és a Láthatatlan Kéz vezérelte csodát a maga valóságában értékelő népszerű és tudományos cikkek<sup>41</sup>, valamint monográfiák is.

A nem felállított – mert még definiálatlan – d) csoport valószínű, hogy a c) csoportból az a)-ba vagy a b)-be való visszatérés, egyes országokban vagy régiókban a teljes vagy a



részleges államosítás felé való visszarendeződés lesz az elkövetkezendő válság utáni évtizedben. A gazdasági válság elfújta a törékeny egyensúlyt a purista és a keynes-iánus közgazdászok között. A jelen dilemmái újabb kutatási eredményeket igényelnek arra nézve, hogy a *fiskális beavatkozás mely formái* lehetnek a válságból kivezetés szempontjából a legeredményesebbek. Hogyan lehet a monetáris szabályozást változtatni, amikor a kamatok nullán állnak?

A finaciális krízis már megváltoztatta a világot, s a változás folyamata napjainkban is tart. Változhatnak az egyes nemzeti és világszervezeti célok és preferenciák is. Könnyen lehet, hogy az egészségipar helyzete vagy struktúrája ismét jelentősen átalakul az igényelt központi gazdasági politikával együtt.

A fent érzékeltetett folyamatokban az NHS, minden nagysága ellenére, jelentéktelen méretű, de nem elhanyagolható súlyú tényező. *Súlyát meghaladó fontosságát* akár a történelme vagy a mérete is magyarázhatnák. De – tanulmányozva a helyzetét egyértelművé válik, hogy – mindezek előtt egy *hat évtizede tartó elmélyült társadalmi vita* és az ehhez *kapcsolódó szakirodalmi feldolgozottság* indokolja<sup>42</sup>.

A globális gondokat összefoglalóan értékelve úgy vélem, hogy az elkövetkező évtizedek édesvízért, élelemért és egészséges élőhelyért meginduló versenyfutásában (vagy harcaiban) az emberiségnek csak *a még létező, egészséges és képzett* csoportjai lesznek képesek eredményesen részt venni.

## I. 2. Európai elképzelések

Már az 1980-as évek második fele a reformtörekvések új hullámát hozta magával Európában. Nyilvánvalóvá vált, írja OROSZ (1992)<sup>43</sup>, hogy a bizonyos tekintetben sikeres stratégiák sem oldották meg az alapvető kérdést, a szolgáltatók hatékonyságra ösztönzését.

Az európai egészségügyi rendszereknek az ezredforduló után számos további kihívással kell szembenéznük: mindenekelőtt az előregedő lakosság igényeihez kell alakítani azokat. 2008 és 2060 között a 65 éven felüliek száma az EU-27 tagországokban várhatóan 66,9 millióval fog növekedni, ennek leggyorsabban növekedő szegmensét a 80 év fölöttiek fogják képezni<sup>44</sup>.

Az EU 2007 októberében elfogadott egészségügyi stratégiája az „Együtt az Egészségért” Fehér Könyvben jelent meg. Célkitűzése a jó egészségi állapot elősegítése az előregedő Európában, az egészség teljes élettartamon keresztül való fejlesztése.

Mindazonáltal az egészségügy az EU gazdaságának egyik legjelentősebb szektora: az egészségügyben foglalkoztatottak az EU munkaerejének kb. egy tizedét teszik ki, és az

egészségügyi költségvetés közel 70%-át alkotják az egészségügyi munkaerő munkabérei és az ezt terhelő költségek.

A Zöld Könyv egyik célkitűzése, hogy leírja azokat a kihívásokat, amelyekkel az egészségügyi humán erőforrások terén szembe kell nézni:

- a demográfiai probléma (előregedő lakosság és előregedő egészségügyi munkaerő),
- az egészségügyi munkaerő diverzitása,
- az egészségügyi szakmák gyenge vonzereje a fiatalok számára,
- az egészségügyi dolgozók migrációja,
- az EU-n belüli egyenlőtlen mobilitás (az egészségügyi munkaerő szegényebb országokból gazdagabb államokba való vándorlása, valamint agyelszívás a harmadik világ országaitól).

*Az EU kiemelt szerepet szán az egészségügyi vállalkozóknak a munkaerőpiacon.* Egyes vélemények szerint a válságból kivezető utak közül kettő is: az öngondoskodó magánnyugdíj-rendszer felpörgetése, és az egészségükkel aktívan foglalkozók egészségügyi relációjú pénzköltései jelentősen segíteni fogják a jelen recesszióból a kilábalást.

Sok egészségügyi szakember vállalkozóként magánpraxist folytat, vagy orvosi központokat működtet, ahol a központnak közös saját személyzete van. Az Európai Bizottságnak kifejezett célja, hogy fejlessze az üzleti környezetet Európában, és támogassa, valamint ösztönözze a vállalkozásokat<sup>45</sup>. E vállalkozások hozzájárulhatnak az európai növekedéshez, és az innováció, a helyi fejlesztés, a képzés és foglalkoztatás hajtóerejévé válhatnak, valamint előmozdíthatják az egészségügyi ellátáshoz való jobb hozzáférést.

A világban fellelhető szisztémákon belül jól elkülönülő európai jóléti rendszereknek természetesen – a később „A szociális biztonság főbb szervezeti és funkcionális sajátosságairól” szóló részben ismertetetten túl – saját felosztása is van. Gøsta ESPING-ANDERSEN (1990)<sup>46</sup> szerint az alábbi szervezeti formák különböztethetők meg Európában:

- a *skandináv* szociál-demokratikus,
- a *kontinentális* európai konzervatív,
- az *Egyesült Királyságban* a szociál-liberál demokratikus,
- a *dél-európai*.

Mint látható, a brit rendszer a legösszetettebb elnevezésű, és egyedül egy külön csoportot alkot<sup>47</sup>. A jóléti Európán belüli különbségeket FREEMAN (1998) és LISTER (2005)<sup>48</sup>, míg az európai államok rendszerének közös differentia specificáit LISTER (2005)<sup>49</sup> ismerteti.

A sajátosságokkal bíró európai közösség felfogta, hogy számos komoly, a határokon átnyúló veszély létezik, amely világméretűvé is válhat. Újabb meg újabb olyan veszélyek jelentkezhetnek, amelyek további közösségi fellépést tehetnek szükségessé.

Az Európai Unióra vonatkozóan az 1786/2002/EK európai parlamenti és tanácsi határozattal elfogadott, a közegészségügyre vonatkozó közösségi cselekvési program (2003–2008) volt ezen a területen az első integrált közösségi program, mely számos fontos fejleményt és javulást eredményezett.

A cselekvési programnak – gondoljunk csak a bennünket is érintő legutóbbi kettő tagbővítésre – nagyon vegyes környezetben kell érvényesülnie. Mint arra FREEMAN (1998) is rámutat az öt legnagyobb európai egészségbiztosítási rendszert összehasonlító cikkében<sup>50</sup>, az egészségügyi szisztémák európai átalakítási folyamatai különös gazdasági és politikai környezetben valósulnak meg. Míg a gazdasági környezet nemzetközi és nyitott, addig a politikai környezet nemzeti és belterjes.

A tárgyban kelt jelenleg hatályos EU-s joganyag a preambulumban<sup>51</sup> szögezi le, hogy az egészségügyi ágazatot egyrészt jelentős növekedési, innovációs, valamint dinamizációs potenciál, másrészt pedig azon kihívások jellemzik, amelyekkel az egészségügyi rendszerek pénzügyi és szociális fenntarthatóságuk és hatékonyságuk tekintetében szembesülnek. Többek között a népesség elöregedése és az orvostudomány fejlődése miatt. Ezen túl további erőfeszítésekre van szükség a Közösség által a közegészségügy területén már megállapított célok elérése érdekében.

Az Európai Közösség a közegészségügy területén történő fellépéssel hozzájárulhat a polgárok egészségének, és egyben biztonságának védelméhez. Ezt – aktív szerepet játszva – három alapelv mentén megvalósuló normaképzéssel valósítja meg.

Ez a három alapelv a következő:

A Közösség

- valamennyi közösségi politika és tevékenység meghatározásakor és végrehajtásakor az egészségvédelem magas szintjének biztosítását tűzi ki célul,
- meghozza azon feltétlenül közös intézkedéseket, amelyeket az egyes tagállamok külön-külön nem hozhatnak meg,
- teljes mértékben tiszteletben tartja a tagállamok egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás szervezésére és nyújtására vonatkozó hatáskörét.

Az európai „elképzelések” voltaképpen a populációt felmérő kutatások eredményein alapuló, tudományosan meghatározott és politikailag is elismert, majd jogforrásban megfogalmazott célok.

A WHO 2005. évi európai egészségügyi jelentése szerint a rokkantsággal korrigált életévek (Disability Adjusted Life-Years [DALY]) tekintetében a WHO európai régió betegségterhének leggyakoribb okai a nem fertőző betegségek (az összes 77 %-a) ... A

régióban a rokkantsággal korrigált életévek (a DALY-k) 60 %-áért *hét fő kockázati tényező* felelős. Ezek:

- a dohányzás,
- az alkoholfogyasztás,
- a magas vérnyomás,
- a magas koleszterinszint,
- a túlsúly,
- az alacsony zöldség- és gyümölcsfogyasztás, valamint a fizikai aktivitás hiánya.

Ezenkívül egyes *fertőző betegségek is egyre inkább* fenyegetik az európai emberek egészségét.

A program, amely az egészségesen eltöltött életévek számának a növelését tűzi ki célul – a betegségek megelőzése, és az *egészségesebb életmódhoz vezető politikák előmozdítása* útján, – expressis verbis hangsúlyt fektet a gyermekek és a fiatalok egészségi állapotának javítására, valamint az egészséges életmód és a megelőzés kultúrájának előmozdítására körükben<sup>52</sup>.

A célok eléréséhez aztán finanszírozást, pénzügyi hozzájárulást, technikai és igazgatási segítségnyújtást valamint végrehajtási módszertant<sup>53</sup> állapít meg a közösségi legisláció.

A 2008. január 1. és 2013. december 31. közötti időszakra létrejött, „*Az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008–2013)*” végrehajtására az *1350/2007/EK határozatban* előírányzott pénzügyi keret *321,5 millió euró*<sup>54</sup>.

Hozzávetőlegesen ezzel az összeggel kell növelni az európai uniós beruházást az egészségügyi és az egészségüghöz kapcsolódó projektekből. Ha a 4. cikk arányszámával visszaszámolunk, a finanszírozási rendelkezés – a tagállami hozzájárulásokkal együtt – több mint *félmilliárd eurót*<sup>55</sup> *rendel pumpálni az európai egészségügybe*.

Ebben a tekintetben a Közösség a tagállamokat ösztönzi arra, hogy nemzeti programjaikban prioritásként határozzák meg az egészség javítását. Ehhez viszont szükséges az uniós finanszírozási lehetőségek alaposabb ismerete. Ezért az Európai Közösség *ösztönözni kívánja a tagállamok közötti tapasztalatcserét* is az egészségügynek a strukturális alapokból való finanszírozásával kapcsolatban.

Megemlítendő itt még az Európai Parlament és a Tanács 1982/2006/EK határozata az Európai Közösség kutatási, technológiafejlesztési és demonstrációs tevékenységekre vonatkozó hetedik keretprogramjáról (2007-2013). A határozat a keretprogram céljai közül az alábbiakat emeli ki<sup>56</sup>:

Az Unión belüli és kívüli, transznacionális kooperációk támogatása a tudomány és technológia fontos területein. Alapvető cél a társadalmi, gazdasági, környezeti és ipari kihívásoknak való megfelelés. A támogatni kívánt kutatásoknak túlnyomórészt az ipar versenyképességének javítását kell szolgálniuk. A program 10 önálló alprogramra bomlik, ezek közül a legelső az egészségügy.

Szintén FREEMAN (1998) állapítja meg az öt különböző európai ország egészségbiztosítását összevető cikkében<sup>57</sup>, hogy a nagy *európai nemzeti egészségügyi ellátó rendszerek különböznek*:

- *szisztémájukban* (megkülönböztet nemzeti szolgálatot és társadalombiztosítási rendszert),
- *céljaikban* (a versenyhelyzet elérése vagy kiküszöbölése),
- *működési környezetükben* (itt a rájuk nehezedő, vegyes összetételű: gazdasági, politikai és ideológiai nyomások szerint tesz különbséget), és végül
- (javarészt az előbbieket által determinált) *eszközeikben*, amely leginkább a versenyhelyzet keletkezésének és realizálódásának helyét jelenti.

Ez utóbbi a '*loci of competition*', azaz *a versenyhelyzet* az ellátás nyújtásának jogviszony-rendszerében kettő helyen *értelmezhető*:

- *az ellátást nyújtók/kínálók* mint szolgáltatók között,
- *a kedvezményezettek*, illetve *az ellátásért fizetők* mint fogyasztói csoportok között,

mind a kettő esetben a gazdaságosabb ellátás céljával, azaz olcsóbban nyújtva ugyanazt a színvonalat.

A környezet, amelyben az európai egészségügyi reformok fogannak és megvalósulnak, a *költségek visszafogásával és a köz-szektor általános visszavonulásával* jellemezhető. Mind az ellátást nyújtóknak, mind az ellátásszervezőknek ebben a környezetben kell gazdasági eredményeket elérniük. Az eredményorientált piaci szereplők elemi erővel törnek az egyszerűbb, könnyebb utak felé. Versenyelőny könnyebben elérhető költségcsökkentéssel, mint az ellátás színvonalának egymással versengő emelésével – mindemellett előnyben részesítendő a(z alap) színvonal fenntartása.

Amennyiben a cél az, hogy a közmegrendelőket kielégítsék a kereslet felhajtással és költségvetési korlátozással, akkor kevés előny nyerhető azáltal, hogy javítják a minőséget, hiszen ez jórészt a költségek növekedéséhez vezet. Ez az ok, ami miatt *a kormányoknak biztonsági játékot kell játszaniuk*: inkább *a minőségi előírások meghozatalával garantálják* az ellátások színvonalát, mintsem az adózókból kisajtolt többletfizetéssel tartanak fenn – vagy a szabad versenyre bíznák azt. Ennek európai *iskolapéldájaként épp az Egyesült Királyságot* említi a közgazdasági szakirodalom, ahol a versenyt beengedő reformmal egy

időben lépett érvénybe a kormányzat által fogalmazott, és az ellátások minimál szintjét meghatározó *Patients' Charter*.

A globalizáció EU relációban is markánsan kitágította a kölcsönös egymásrautaltság kereteit. Fontos a tény felismerése – és nem csak a közösségen belül. A 11. cikkben definiáltan az ötéves egészségügyi közös cselekvési program nyitva áll nemcsak a különböző szinten tagság előtt álló, vagy a szomszédsági politika alá tartozó, de általában a „harmadik országok” előtt is.

*Az együttműködésre utaltak kooperációja* a modern szisztémák közös jellemzője. Ezzel kapcsolatban kiemelném az ismeretek (egészségügyi információk gyűjtése, elemzése, megosztása) és a *legjobb gyakorlatok cseréje* kérdéskörét.

A 2004-2006-os programperiódusban sikeres *INTERREG Közösségi Kezdeményezést a 2007-2013 közötti időszakban* az uniós források felhasználásának új, harmadik célkitűzése, az *Európai Területi Együttműködés (továbbiakban: ELTE) váltja fel*.

Az ELTE célja, hogy elősegítse az Unió területének erőteljesebb integrációját, harmonikus és kiegyensúlyozott fejlődését.<sup>58</sup>

E programokra összességében 7,75 MrD € áll rendelkezésre. E költségvetési keretből az a) pont szerint a *határ menti* együttműködési programokra 73,86 % jut.<sup>59</sup>

A fentiekből egyértelműen kitűnik, *a határ menti együttműködések kiemelt területe* a kapacitások, az együttes hasznosítás fejlesztése az infrastruktúra, különösen az egészségügy területén<sup>60</sup>.

*A határon átnyúló egészségügyi együttműködés* számos előnnyel jár: az egyes területeken meglévő intézmények, tevékenységek, szolgáltatások egymást kiegészíthetik, az egyik oldalon hiányzó ellátások pótolhatók a másik oldalon meglévőkkel. A szomszédos térségekben működő egészségügyi szolgáltatók szakmai partnerre találhatnak egymásban, mindez hozzájárulhat:

- a működési, strukturális és finanszírozási problémák megoldásához,
- a felesleges, párhuzamos tevékenységek esetleges megszüntetéséhez,
- a rendelkezésre álló, de kihasználatlan kapacitások tényleges kihasználásához.

A térségi együttműködés segítheti a hátrányos helyzetű, elzárt, nehezen megközelíthető, gyéren lakott települések egészségügyi ellátásának biztosítását.

*Magyarország részvétele az ELTE programjaiban.*<sup>61</sup>

A 2007-2013. közötti program időszakában Magyarország a következő, határon átnyúló programokban vesz részt.

- Magyarország-Szlovákia Határon Átnyúló Együttműködés Operatív Program;
- Magyarország-Románia Határon Átnyúló Együttműködési Program;

- Ausztria-Magyarország Határon Átnyúló Együtműködés Operatív Program;
- Szlovénia-Magyarország Határon Átnyúló Együtműködés Operatív Program;
- Magyarország-Horvátország IPA Határon Átnyúló Együtműködés Operatív Program;
- Magyarország-Szerbia IPA Határon Átnyúló Együtműködés Operatív Program;
- Magyarország-Románia-Szlovákia-Ukrajna ENPI Határon Átnyúló Együtműködés Operatív Program.

Ezekon kívül hazánk a Délkelet-Európai és a Közép-Európai Transznacionális Együtműködési Programoknak (2007-2013) is részese.

Egyéb interregionális programok, amelyekben Magyarország részt vesz: INTERREG IVC, INTERACT 2, ESPON 2013, URBACT 2007-2013.

Végezetül személyesen a legfontosabbnak tartom, hogy valamennyi fenti EU-s program meghatározása során – a nemzetközi terminológia legújabb vívmányainak megfelelően – *elismerést nyer a közegészségügy holisztikus megközelítésének fontossága.*<sup>62</sup> Így azt az állam piaci beavatkozásai során figyelembe kell venni, *a kiegészítő* (complementer medicine) *és alternatív gyógymódokkal együtt*, amennyiben tudományos vagy klinikai adatok támasztják alá a hatékonyságot. A holisztikus megközelítés egyelőre kizárólag az egészségügy külső szabályozásában eresztett gyökeret – sem a hazai egészségügyi jogforrásokban, de még alaptörvényi szinten sem találjuk nyomait.

### I.3. Válaszkereső szisztémák

Habár az állam felelőssége a szociális szükségletek biztosítása terén létfontosságúnak tűnik, az út, melyen az állam e kötelezettségei teljesítését eléri – változatosságot mutat.

A végső felhasználó természetesen maga a beteg. KORNAI-EGGLESTON (2004) szerint egy gazdasági mechanizmus vizsgálatakor azonban nem azt kérdezzük, ki a felhasználó, hanem azt, hogy ki fizet a szolgáltatásért, azaz: hogy ki a vevő<sup>63</sup>.

Teoretikusan KORNAI a következő *tiszta eseteket* különbözteti meg:

- *Állami finanszírozás.* Az egészségügyi szolgáltatást az állami költségvetés finanszírozza az általános adóbevételekből. A finanszírozás tehát nem az egészségügyi ellátás céljára külön „címkézett” speciális, költségvetésen kívüli alapból és annak külön bevételi forrásaiból történik.
- *Kötelező biztosítás.* Az egyén törvényes kötelezettsége biztosítást kötni. Ez az alternatíva tovább bontható esetekre: egyetlen országos monopolszervezet vagy

több regionális monopolszervezet működik kötelező társadalombiztosítóként, vagy decentralizált a kötelező biztosítás intézményrendszere, ahol a biztosítók versengenek a tagokért, és a biztosított választhat, hogy melyik biztosítóval köti meg a kötelező biztosítási szerződést.

- *Önkéntes biztosítás.* Az egyén (vagy az egyén és – szponzorként – a munkaadója együttesen) önkéntes üzleti biztosítást köt egy biztosítóintézettel.

Az *a)*, *b)* és *c)* esetben az egyén helyett a szponzor vagy a biztosítóintézet fizet a szolgáltatónak. Egyes biztosítási rendszerek előírják, hogy a biztosított is fizessen hozzájárulást (co-payment).

- *Közvetlen egyéni fizetés.* Maga az egyén fizet saját zsebéből közvetlenül a szolgáltatónak. Ezt a formát gyakran nevezik önfinanszírozásnak.

A társadalom biztonságát célul tűző finanszírozás(i technikáka)t megvalósító *költségvetési technikák* metódusokat, eljárási technikákat foglalnak magukba, amelyek a gazdálkodást hatékonyabbá teszik. E *hatékonysági kritérium* alapján a különböző szakirodalmak nagyjából egységesen az alábbi három technikát különböztetik meg:

- a) bázisalapú költségvetést,*
- b) teljesítményalapú költségvetést,*
- c) PPBS (Planning, Programming, Budget System)-t<sup>64</sup>, és hozzáteszem még a*
- d) kis vegyes finanszírozási technikákat.*

#### **Ad a)**

A *bázisalapú* költségvetés eredetileg a háború utáni időkben volt jellemző, de rendszeresen visszatérő megoldás, mert célja a kiadáscsökkentés. Rendszerint átalakítási, átmeneti korszakot jelez. A bázisalapú költségvetésben az ellátandó feladatokat – a tevékenységeket, azok hatékonyságát stb. – monitorozzák és a felmérés alapján *fontossági sorrendet* állítanak fel. A finanszírozás *a felmért fontosság arányában* történik. Azon feladatok, intézmények kerülnek a finanszírozandó feladatok vagy intézmények körébe, amelyek nélkülözhetetlenek a rendszer fennmaradása szempontjából. A bázisalapú költségvetések összeállítását gyakran „nulláról” kezdik, azaz *nulla bázisú költségvetésnek* is nevezhetjük.

#### **Ad b)**

A *teljesítményalapú* költségvetés célja a redisztribúció visszaszorítása, valamint a piac torzító tényezőinek kiszűrése. A rendszer a költségvetés három elemére koncentrálna:

- a (kormányzati) pénzügyeknek a programok és a funkciók szerinti osztályozására;
- a teljesítmény mérésére és



- a teljesítmény alakulásáról jelentés készítésére az érdekeltek számára.

A módszer piaci logikára épül, amikor a teljesítmény mérését, számszerűsítését tekinti mérvadónak a költségek megállapítása során. Különösen az egészségbiztosításban a teljesítményfinanszírozáshoz alkalmazzák szívesen.

#### **Ad c)**

A *PPBS típusú* költségvetést az USA Védelmi Minisztériumában fejlesztették ki, és 1965-re már általánosan alkalmazták az USA közigazgatási költségtervezésében. Innen vette át az angol közigazgatás 1967-72 között. Alapja a szigorú *költség-haszonelemzés (cost-benefit analysis-nek is hívják)*. Módszere, hogy az egyes kockázatoknak vagy költségeknek megfelelő költség- illetve eredménycsoportokat szigorúan szétválasztják és monitorozzák. Az így nyert adatok alapján az első fázisban megtervezik a gazdaságilag elérni kívánt célt, majd ezt követően a célhoz vezető út, a program meghatározása következik. Az így megállapított, rendszerint több, alternatív célélérési útvonal közül a leghatékonyabb verziót választják ki. Végül mindehhez a költségvetés előirányzatának elkészítése és *a felelősség telepítése*, azaz a végrehajtásért felelős megnevezése és a határidő tűzése történik meg.

*A költségvetési technikák tekintetében az NHS az alapítástól az 1990-es átszervezésig újra és újra az a) csoport technikáját preferálta. Ezt követően terjedt el a B) csoport szerinti teljesítmény alapú finanszírozás. Az NHS jelenleg is folyó átalakítása – a még közreműködő közszektor részéről a c) kizárólagossá tételét mutatja.*

A szerkezeti reform ötlete Alain ENTHOVEN amerikai egészségügyi közgazdásztól származik, az elnevezés (*a „Manager competition”*) is egyik tudományos közleményének címe<sup>65</sup>.

1985-ben a Nuffieldi Területi Kórház Érdekszövetkezete (Nuffield Provincial Hospital Trust) kiadja az NHS vezetésének tükre című tanulmányát (Reflections on the Management of the NHS). Az írója Professor Alain ENTHOVEN, amerikai egészségügyi szakértő, aki ezzel ugyan kevés figyelmet hív fel magára, de ez később befolyásolta a konzervatív kormány NHS-en belüli piac reformjait.

A szakirodalomban közhely, hogy az angol egészségbiztosítás átalakításának lépéssorozata a 90-es évektől nem más, mint a 80-as évek vége amerikai egészségbiztosítási elképzeléseinek szerelődvara és teszt pályája<sup>66</sup>. A „managed competition” elméletét innen importálta a brit konzervatívok feltörekvő neoliberais szárnya, melynek kutatóintézetei és agytrösztjei jelentősen támogatták azt<sup>67</sup>. Nemcsak ideológiailag rokon szemléletű az ötlet, de funkcionálisan is hasznosnak bizonyult az import, amikor *a kormányzat az átalakításról zajló vita közepén változtatott kifejezőmódot*. A beavatkozás mélységének szükségességéről a súlypont áttevődött a technikai hatékonyság<sup>68</sup> kívánatos növelésére. A megoldások és azok terminus technikusai aztán innen szivárogtak tovább a nemzetközi diskurzusokba<sup>69</sup>.

Itt jegyzem meg, hogy:

1. minden országban, ahol az egészségügyi piac viszonylag fejlett, az egészségügyi kiadások gyorsabban nőnek, mint a GDP (és sehol sem olyan gyorsan, mint az USA-ban)<sup>70</sup>,
2. a hazai rendszer 1993 óta, jelenleg is a B) csoportot erősíti, azzal, hogy a C) felé irányuló átszervezése EU-s és hazai központi pályázatok segítségével az elmúlt hónapokban indult meg.

#### **Ad d)**

*A kis vegyes finanszírozási technikákról.* Ezek közös ismérve, hogy rendkívüliek és a fő technikák kiegészítéseként, nem ritkán korrekciójaként használhatók. Megismerésük és fogalmi tisztázásuk nem csak az angol szisztéma, de az aktuális hazai hírek értékelése szempontjából is fontos.

Az ellátások fedezetét fő szabályként – a fix összegű járulék vagy a járulékosztályok alkalmazása kivételével – *utólag* állapítják meg, s ezt követően folyósítják.

*Az utólagos finanszírozási formát* szokták alkalmazni – az utólag megállapítástól függetlenül – a rendelkezésre álló források szűkössége miatt, esetleg a nagyobb teljesítmény kikényszerítése érdekében, valamint ha a kezelés hatékonyságát szem előtt tartva ösztönözni akarják az ellátókat.

*A co-paymentként* ismert esetben szintén utólagosan fizet a szolgáltatásért a páciens. Ez a hozzájárulás a költségekhez már a *direkt finanszírozás* kategóriájába tartozik, mert míg a többi finanszírozó lényegében újraelosztást foganatosít, addig a hozzájárulásra kötelezett kedvezményezett mint vásárló és jövedelemtulajdonos és szolgáltatást igénybe vevő jelenik meg egyszerre.

*Co-payment-nek minősülhet* az is, amikor a *teljes* költséget *direkt* a kedvezményezett fizeti, azaz a szolgáltató az igénybe vett szolgáltatásért, ellátásért semmiféle *indirekt*, közvetett finanszírozásban nem részesül. De az is megtörténhet, co-payment-nek minősül olyan eset, amikor a kedvezményezettet semmiféle térítési kötelezettség sem terheli.

*Az ellátási előleg* ennek (az általánosságban utólagos finanszírozás) ellenére még ma is alkalmazott, különösen kezdő szolgáltatók, illetőleg ellátás, szolgáltatás számfejtésének elhúzódása stb. esetében.

*Az előzetes finanszírozás* ennek a – várható betegforgalomhoz viszonyított – tipikus esete.

*Az output-finanszírozás* – az egyéb ösztönzési és takarékosagra serkentő módszerek mellett – a túlköltekezés megakadályozását hivatott elősegíteni. Ilyen takarékoskodásra ösztönző módszert alkalmaz a finanszírozó, amikor nem a ráfordításokat (*input-finanszírozás*), hanem a tényleges költségeket finanszírozza. Ezt nevezik *output-finanszírozási* formának, más szóval eredményfinanszírozásnak.

Az egészség-gazdaságtani elemzések fontos adatokkal szolgálnak a rendszer értékeléséhez. Ezek hat leggyakrabban használt módszere BONCZ összefoglalása szerint<sup>71</sup> az alábbi:

- a költség analízis (Cost analysis, CA),
- a költség-konzekvenciák analízis (Cost-consequences analysis, CCA),
- a költség-minimalizálási analízis (Cost-minimization analysis, CMA),
- a költség-hatékonyság analízis (Cost-effectiveness analysis, CEA),
- a költség-hasznosság analízis (Cost-utility analysis, CUA), és
- a költség-haszon analízis (Cost-benefit analysis, CBA).

## **I. 4. A szociális biztonság főbb szervezeti és funkcionális sajátosságairól**

A modern viszonyok között elképzelhetetlen a közigazgatás minden tevékenységét *egy központi szervre* bízni. Az államok rákényszerülnek, hogy a közigazgatási munkát, miként a közigazgatásban megnyilvánuló hatalmat is, szervek sokasága között osszák meg. A munka- és hatalommegosztás azonban nem járhat együtt az állami cselekvés egységének szétforgácsolódásával. *Az állami cselekvés egységét* biztosítani kell. Ennek – a hagyományos felfogás szerinti – eszköze a közigazgatás szervezetének olyasféle tagolása, amelyben az egységet a közigazgatás központi szerve garantálja, míg a konkrét igazgatási munka végzése, illetve az ezzel együtt járó igazgatási hatalom gyakorlása, külső szervekre hárul.<sup>72</sup>

A társadalombiztosítás történetében igen nagy *hagyománya volt az önkormányzati igazgatásnak...* Ez az igazgatási forma az országok nagy részében fennmaradt azt követően is, hogy a saját elhatározáson nyugvó önszegélyezést, a teljes önkéntességen alapuló önbiztosítást felváltotta a törvény erejénél fogva kötelező társadalombiztosítás. BALOG-SZÜCS (1998) szerint azonban<sup>73</sup> a kötelező társadalombiztosítás létrejötte alapvetően változtatta meg a biztosítási viszonyokkal kapcsolatos igazgatási tevékenységet, mivel azt a közigazgatás tárgyává tette. Itt csak utalnék a legfrissebb angol megoldásokra, amelyek egyöntetűen a LHA-khoz, a helyi önkormányzatok egészségügyi hatóságaihoz telepítik a források felosztásának kényelmetlen terhét.

Az *ISSA*, a Nemzetközi Társadalombiztosítási Szervezet honlapján található hivatalos *definíciója* szerint<sup>74</sup> a társadalombiztosítás definiálható *a törvényhozás által meghatározott vagy másképpen kötelező szociális védelmet nyújtó megállapodásként, amely az egyénnek*

*bevételek arányos ellátást biztosít azon esetekre, amikor öregség, baleset, munkaképtelenség, vagy -nélküliség illetve gyermekvállalás miatt különös kiadásokkal szembesül.*

Ezeket felül a társadalombiztosítás biztosíthat még gyógyító és megelőző ellátásokat.

Az ISSA további meghatározása szerint a társadalom biztonsága szociális segítségnyújtó, társadalombiztosítási és univerzális programokon keresztül valósulhat meg, illetve a kölcsönös előnyökön vagy nemzeti biztosítási alapokon nyugvóan állhat fenn – ideértve a piac-orientált megoldásokat is – végül megjegyezve, hogy valamennyi esetben a nemzeti jogi gyakorlatnak és az ország szociális biztonsági rendszerének megfelelően.

Mint már utaltam rá, a társadalom- és szociális biztosítási rendszerek európai modelljei karakterisztikus egyezéseket mutatnak. A közgazdaságtan a költségvetési és finanszírozási technikákat különbözteti meg, de ezek leírásán túl *a tudomány az egyes országok szociális ellátási rendszerét modellekben fogalmazza meg.*

E modellek ismertetése előtt fontos, modellfeletti ismérvként állapítható meg, hogy *az egészségügyet témakörébe emelő politikai versengés mindenütt fokozott.* Az öngondoskodás alapú társadalmi megoldások – lényegükben következően – kevésbé érzékenyek a politikai nyomásra és környezetváltozásra. A nemzeti egészségbiztosítási rendszerek módosításait szakmai és ösztársadalmi, a társadalombiztosítási rendszerek változtatását politikai vita előzi meg. A társadalombiztosításon alapuló rendszerek sosem képesek elszigetelődni a szervezett érdeklődéstől, ebbe beleértendő a kedvezményezettek szerveződése, a szakmai és a politikai szervezetek egyaránt.

Az Európában általános, fejlett ipari országokat jellemző modelleket különböző rezsimekbe, csoportokba rendezik. Ezek a következők<sup>75</sup>:

- I. *A legegyszerűbb felosztás* egyszerű divízió a dominánsan adó-, vagy a dominánsan járulék-bevételen alapuló, ún. segélyezési vagy társadalombiztosítási típusú modellek között<sup>76</sup>.
- II. *A hagyományos felosztás*<sup>77</sup> – időrendi sorrendben – három alaptípust használ, melyeket rendszerint a finanszírozás és a szervezet domináns módszere alapján különítenek el, ezért itt jelezni fogom azokat:
  - „bismarcki modell” (decentralizált, szociális biztosítás)
  - „Beveridge-féle modell” (centralizált, adózás-alapú)
  - „Magánbiztosítási modell” (öngondoskodás alapú)

*RANADE (1974)*<sup>78</sup> később ezt a trichotómikus felosztást egy negyedik modellel egészíti ki:

- „Semashko-féle modell” (erősen központosított, állami alapok)

A 'másik negyedik' modell a fenti négy (!) közül a személyekkel jelzettek mellett elkülönített:

„Vegyes modell” (a bismarcki és a Beveridge modell különböző elemeit kombinálja)

III. A brit Konzervatív Párt egy húsz országra kiterjedő összehasonlító tanulmányában összegyűjtött adatok alapján WILLIAMS (2002)<sup>79</sup> – nagyrészt a finanszírozást véve alapul – négyes felosztást használ:

- Társadalombiztosítási típusú
- Vegyes finanszírozású
- Helyi adókból finanszírozott
- Központi budget alapú

Ezekhez ötödikként tette még hozzá a *harvardi HSLAO (2000)*<sup>80</sup> a Medical Saving Accounts-on alapuló – a Világbank által ajánlott –

szingapúri modellt<sup>81</sup>.

IV. Az OECD nem kevesebb, mint hét különböző modellt ír le, öt ismerv alapján, amelyek:

- a finanszírozás forrása
- a kedvezményezettek összetétele
- a piacra nyitottság,
- a hatóságokkal való viszony, és
- a közszektor kontrolljának érvényesülése.

V. Ha nem is témánk, az NHS szemszögéből, de feltétlenül megemlítendő a még nem tisztázott ismervű, ún. „Ötödik modell”<sup>82</sup>, amely a fejlődő országok, 1980-tól jelenleg is kidolgozás alatt álló, minimál-igényű egészségbiztosítási modellje. Főbb terjesztői a Világbank és a Nemzetközi Valutaalap *Structural Adjustment Program*-jai.

## I. 5. Viták a szociális biztonság szervezeteinek válságáról

*Előjáróban ismét ESZTERGÁR Lajossal állapítsuk meg, hogy a közvélemény a szociálpolitikát sokszor összetéveszti a karitással. A szociálpolitika a társadalom gyengébb rétegének gazdasági megerősítésére törekszik. Célja a nincstelenek önálló egzisztenciákká fejlesztése... Ezzel szemben minden olyan közhatósági, egyházi, társadalmi vagy egyéni támogatás, mely az egyoldalú adásban jelentkezik, karitatív munkát végez<sup>83</sup>.*

Az ILO legfrissebb, 2008-as stratégiája szerint<sup>84</sup> a szociális egészségügy alapjainak bevételei lehetnek:

- az egészségügy szempontjából indirekt adók,
- közvetlen, címzett adóbevételek,
- egyéb állami többletbevételek,
- *amelyek nemzeti egészségügyi szolgáltatokat alapoznak meg,*
  - hozzájárulások,
  - bérhez tapadó adók (=járulékok),
  - prémiumok,
- *amelyekből a szociális egészségügyi kiadásokat, nemzeti társadalombiztosítási rendszereket vagy az önkormányzati alapú egészségbiztosítási szisztémákat finanszírozzák,*
  - közvetlen jogvásárló fizetések (= biztosítási díjak, pénztári tagdíjak),
  - *ezek kereskedelmi (magán-) biztosításokat tartanak fenn.*

*Az ILO kategorizálás az alábbiaknak megfelelően folytatódik.*

Előzetesen itt jegyzem meg, hogy az OOP (=Out-of-pocket) fizetések az ILO megközelítésében egyaránt jelentik a formális költségmegosztást (Pl. az ellátás költségeihez való hozzájárulás fizetését) és az informálisnak nevezett fizetéseket (ide sorolandó a hazai hálapénz).

*A rendszerek teherviselői lehetnek:*

- a személyek,
- a családok,
- a gazdasági vállalkozások.

*Hozzájárulás gyűjthető:*

- a munkáltatóktól, és
- a foglalkoztatottaktól.

*Az ellátási alapokat – a befizetések allokációjától azok redisztribúciójáig – működtetik:*

- kormányzati hatóságok,
- társadalombiztosítási intézmények,
- köztestületek (központi, régiós vagy helyi),
- (üzleti avagy) magánbiztosítók.

A kötelező (betegség-, egészség-, nyugdíj- és) társadalombiztosítás már említett (nyugat-) európai modelljei rendszerint *egy alap és egy kiegészítő biztosításból* állnak. E kötelező biztosítási jogviszony alapvető *jellege közjogi, tartalma szociális*, nem pedig magánjogi és áruforgalmi biztosítási szerződéses vonzatú. Ebből adódóan a biztosítást lebonyolító, „hordozó” intézményi szervezetek – ideértve a biztosítási pénztárakat és a felügyeletükre szolgáló szervezeteket – túlnyomórészt közjogi testületként, nem pedig magánjogi egyesületként működnek.

Habár az Amerikai Egyesült Államok *a liberális piacgazdaság* szülöttje, az is kétségtelen, hogy a szabad versenyes modell, és az *elmélet szülőhazája Anglia*. Ennek mintegy megfelelően Nagy-Britanniában is sokáig nem alakult ki társadalombiztosítás, mint kontinentális (pl. német vagy szovjet) típusú, különböző mélységű állami szerepvállalással létrehozott és befolyásolt, a közjólétet biztosító rendszer. Más megközelítésben *a brit törvényhozás* – szemben állva az uralkodónak az alattvalókról való gondoskodási kötelezettsége<sup>85</sup> felfogásával – *sokáig nem tekintette a közjavak körébe eső értéknek* polgárai élet- és létkörülményeit. Azokat a „magán” egészség és „magán” létbiztonság körébe sorolta.

A gyakran opponáló két hatalmi ág tehát különböző értékcsoportha sorolta a társadalom tagjainak szociális jólétét. A később megjelenő komplementer két biztosítás felfogható úgy, mint ennek a két érték-csoportba sorolásnak a leképeződése.

A kontinensen a hagyományos – pl. alapítványi, egyházi és önkormányzati – „jóléti” intézményeket felváltó társadalombiztosítást a brit gyarmatbirodalom részben a magas életszínvonal biztosította jólét: 'splendid isolation' szemszögéből szemlélte.

A világhatalmi szerep elvesztése és a gyarmati rendszer felbomlása Angliát más értékek felismerésére és elfogadására vezette. Ezen *cseppet sem új értékek* közül témám szempontjából a népesség, a belföldi populáció közegészségi színvonalának, egészségügyi szintjének általános emelése, és – szintén a lakosokra vonatkozóan – a szociális biztonság megteremtése és megerősítése érdemel említést.

Az Egyesült Királyságban a kötelező betegségbiztosítás szervezete a franciaországihoz hasonlóan<sup>86</sup> *centralizált* és ugyancsak *közjogi testületi jellegű*. A társadalombiztosítás többi módozatával együtt a betegségbiztosításnak is csúcsszerve a „Department of Health and Social Security” (DoHSS), amelynek helyi kirendeltségei végzik a közvetlen lebonyolítást. E köztisztviselők felügyelő tanácsában a biztosítottak és a járulékot fizetők paritásos képvisellete ugyancsak fennáll.<sup>87</sup>

A brit típusú social welfare system *megteremtése és bevezetése: sikertörténet*. Jó példája annak, hogy miképpen lehet válságot okozó rendszer-hiányosságokat *hagyományon alapuló értékválasztás* mentén létrehozott új rendszer bevezetésével megoldani.

A rendszer zászlóshajója, az NHS jelenkori története pedig jó példa arra, hogy az adott értékek mentén felépített rendszer *hogyan roppan meg* az alapításkori értékek megváltoztatásától vagy kivonásától<sup>88</sup>.

A félévszázados ünneplést követően az angol egészségbiztosítás kiadásai reálértékükben 43 százalékkal nőttek 2000 és 2005 között – ennek eredményeképpen mára ezek a költségek körülbelül megfelelnek az EU tizenötök egy főre eső kiadási szintjének.<sup>89</sup>

Kis túlzással azt is mondhatjuk, hogy 1997/8 óta az angol egészségügyi rendszer válságban van, és reformja folyamatos<sup>90</sup>. E logikai lépéstől felsejlik az amúgy is meghúzható, és lépésről lépésre kifejthető párhuzam az angol és a hazai egészségbiztosítási rendszer – konkrét példaként az NHS és az OEP – egyidejűleg lejátszódó súlyos válsága között. (A disszertáció végén külön fejezet próbálkozik meg az összevetéssel.)

A két állami szisztéma egyszerre, *hasonló külső támadásoknak* kitétten, mégis különbözőképpen sorvad. Elég csak utalnunk arra, hány magyar orvos dolgozik Angliában, s hány angol orvos nálunk – s a különbség kiviláglik. Ez utóbbi számarányok tükrében ugyan virágkorát is élhetné az angol rendszer – de maguk a britek ezt nem ekképpen értékelik.

A mindkét országra érvényes egyik jelenséget a magyar miniszter fogalmazza meg 2010-es könyvében<sup>91</sup>:

„a mai iparszerű gyógyításban a gyógyítók a betegek oldaláról észrevétlenül átálltak az egészségipar oldalára. Többségük ezt észrevétlenül, tudat alatt teszi, a gyártók által finanszírozott tudományos rendezvények, a manipulált szakirodalom, és a szűk, sokszor szó szerint megvásárolt véleményformálók hatására.”

Elegendő csak az e témakörben *bőven burjánzó* – és téziseimhez bő forrásul szolgáló – irodalomra vetni egy pillantást<sup>92</sup>. „Az NHS NyRt.” (részvénytársaság) még semleges. Van viszont „Az NHS feladása”, „A Mi egészségünket privatizálják” vagy „Rossz úton haladunk” cím is. Az NHS jövőjét címűl tűző könyv sarkán a felirat egyenesen felszólít: „Csatlakozz a vitához!”<sup>93</sup>

Ha röviden, de rendszeresen szemügyre vesszük a liberális kapitalizmust, amely tudvalevően a gazdasági tevékenység korlátlanágának elvét vallotta<sup>94</sup>, azt találhatjuk, hogy egyes kutatók – feltárva és ismertetve a Nagy-Britanniában hazánknál jóval előrébb tartó privatizációs folyamat visszasságait – arra a felismerésre jutottak, hogy *a magánosítás* az angol egészségügyben *eltörölte a nemzeti egészségbiztosítás alapértékeit*. Csorbította az ingyenességet és az egyenlőséget, a korosztályok és eltérő jövedelműek közötti kiegyenlítést, a közös teherviselést és végeredményben a rendszerben kiemelt értéként megvalósuló együttérzést.

Allyson M. POLLOCK egyenesen biztos abban, hogy bár az emberekben egy napon megéri a követelés az eredeti nemzeti egészségbiztosítási rendszer restaurálására, de addigra *az NHS intézményeiben felhalmozott* – ma még fellelhető – értékes *tapasztalatok elvesznek*<sup>95</sup>.



POLLOCK víziója szerint az áru-érték alapú piaci megközelítés lesz az egykor NHS vezette egészségügyben is az egyeduralgó, azaz az egyetlen, amit ismernek majd.

A szigetországban az állami egészségügy ürügyén folyó vitát az utóbbi időkben egy világszerte zajló teoretikus eszmecsere látja el munícióval, melynek olyan nagyjai vannak, mint az MIT-s nyelvész Noam Avram CHOMSKY<sup>96</sup>, a közgazda Joel BAKAN<sup>97</sup>, David C. KORTEN<sup>98</sup> vagy a történész-szociológus Samuel HUNTINGTON<sup>99</sup> illetve a legfrissebb bestsellerrel Robert Charles WILSON<sup>100</sup>.

BAKAN – magyarul is megjelent – tudományos igényű ismeretterjesztő művében megállapítja egyes közfeladat-ellátásokról, hogy „szó sincs profitmaximalizálási kötelességről<sup>101</sup>” velük kapcsolatban. Pl. ezek közé sorolja a szociális és köz-egészségügyi feladatok ellátását is.

KORTEN – szintén magyarul is megjelent – munkájában rámutat, hogy a rendszerproblémákkal való foglalkozásunk során, pl. az intézményi rendszerek kudarcát illetően gyakran képtelenek vagyunk megállapodásra jutni, mert a darabokra bontott közelítésmódra korlátozzuk magunkat, akkor nem meglepő, hogy megoldásaink nem bizonyulnak megfelelőnek<sup>102</sup>.

BAKAN a „*The Corporation*”-ben összefoglalja a feladatokat, amiket „a csodák eljövételéig is tennünk kell. Középtávon, holnap, a jövő héten, a következő évben<sup>103</sup>”.

Ezek, összefoglalva, az alábbiak:

- Az állami szabályozó rendszer fejlesztése (de iure és de facto egyaránt)
- A részvételi demokrácia erősítése
- A közsféra visszafoglalása (a privatizált közfeladatok visszaállamosításával)
- A nemzetközi gazdasági neoliberalizmus elleni küzdelem (itt nemzetek közös fellépését érti az IMF, a WTO és a World Bank általi értékközvetítéssel – lásd: az „Ötödik modell”-t – szemben).<sup>104</sup>

Az univerzális egészségügy paradigmája – hazai szempontjaink szerint is – azonban egészen más megközelítést kíván. *Az univerzalitás ugyanis redisztribúciót biztosít* a különböző viszonyulásúak vagy egészségügyi rizikófaktorúak (pl. dohányosok és nem dohányzók), szegények és gazdagok közt, keresztfínanszírozást nyújt öreg és fiatal, egészséges és beteg, városlakó és falusi között.

Mára – jelenti ki POLLOCK az angol rendszerről – ezeket az értékes védő mechanizmusokat kiiktatták. A szolidaritás és a kollektívizmus helyére új értéként az *individualizmus* kerül. Megállapítása szerint a hangzatos ’választás lehetősége’ nem több, mint *a választásra kényszerített fogyasztóval elhitetni*, hogy elegendő információ áll rendelkezésére egy olyan döntés meghozatalára, mely eredményeként a többiekénél jobb ellátáshoz juthat majd – azaz kőkemény *marketing trükk*.

Az alapvető igényeket kielégítő szolgáltatások ugyan szintén jól hangzanak, de valójában nem takarnak mást, mint *a régen tudományosan tervezett integrált ellátás elvesztését*. E mai rendszerben Angliában azoknak a szakembereknek a helyét, akik azért dolgoztak, hogy a lehető legjobb ellátást biztosító rendszert építsék fel egy nemzet számára, részvénytársaságok és *részvényeseik érdekében dolgozó ügynökök* vették át, akiknek *érdekeik nem közösek az ellátást igénybe vevőkével*.

POLLOCK szerint a kezeléseket az igénybe vevők gyakran nem rászorultságuk és szükség szerint kapják. Ennek az az oka, hogy az ügynökök *a nagyobb hasznot hozó kezelések* felé terelik a *laikus fogyasztókat*, különösen azokat, akik többlétszolgáltatások igénybevételét is megengedhetik maguknak.

A szerző végül arra a következtetésre jut, hogy *az így kialakulófélben levő rendszer* nemsokára az NHS előtti szituációra, *éppen azokra az állapotokra fog hasonlítani, melyek annak idején a kormányzatot az állami szerepvállalás mellett kötelezték el*. Ebben az NHS előtti rendszerben csak a szerencsés kevesek értek el kitűnő színvonalú ellátást, míg a népesség túlnyomó többségének – visszautalok: ők képeznék az állam gazdagságának fundamentumát – igencsak alapszintű ellátások jutottak osztályrészül.

## I.6. Összefoglaló

Az elmúlt három évtizedben<sup>105</sup> az angol egészségbiztosítási reform irama markánsan felgyorsult. Visszatekintve: a kilencvenes években úgy tűnt, hogy állandó reform zajlik (BAGGOTT, 2004<sup>106</sup>). Alighogy bevezették az egyik reformot, máris egy újabbat fogalmaztak meg.

A jelenségnek számos kiváltó oka volt. Egyrészt nagy *nyomás alatt állt a kormányzat az NHS javítására és eredmények mihamarabbi felmutatására*. De néhány változtatás nem került maradéktalan végrehajtásra, illetve megghiúsult a szakma, a menedzsment vagy a helyi szint ellenállásán – míg másoknak előre nem látható következményei további megoldandó problémákat generáltak.

1997 után újítási javaslatok zuhataga következett. Néhány közülük fontos és váratlan változtatásokat eredményezett, mint pl. a Blair-kormányzat 1997-es White Paper-je. A National Care Standards Commission 2002-ben kezdte el munkáját. A szakirodalom értékelése – a végrehajtó hatalom változásaihoz, a különböző kormányzati felfogásokhoz igazodóan – a periódust hat időszakra osztja. Ezek az *időszakok* a következők:

- a korai thatcherizmus,
- a késői thatcherizmus,

- a Major-időszak,
- a korai Blair-kormányzat,
- a késői Blair-kormányzat, és
- Gordon Brown kormánya.

Napjainkban az NHS további fenntarthatlanságának lassan kezd kialakulni az alternatívája. A borúlátó scenárió változóban, a rendszer egyes kritikusai amelelt érvelnek, hogy *az NHS képes lehet megfelelni a jövő egészségügyi elvárásainak*. Mindazonáltal maga a vita ténye felkeltette az éreklődést az egészségügyi ellátások alternatív alapokra helyezése iránt.<sup>107</sup>

Az NHS kiadásainak túlnyomó többségét az időskorúak, a gyermekek, a szellemi vagy testi fogyatékkal élők és a krónikus betegek gondozására és ellátására fordítják. Ezek a csoportok, amelyek *a társadalom legsérülékenyebb csoportjai*, egyben az állami szociális ellátórendszer legnagyobb igénybe vevői is. Mégis, a gyakran nyomós és összetett szükségleteik ellenére elismeri az irodalom, hogy az e csoportok megsegítésére komplexen alkalmazott egészségügyi és szociális szolgáltatások hatékonysága véges, ezért széles körben elterjedten, az esernyő hatékonyságához hasonlítva *'Cinderella services'*<sup>108</sup> elnevezéssel illetik azokat<sup>109</sup>.

SMITH és JACOBSON szerint<sup>110</sup> *a közegészség magába foglalja „az egészség(es életmód) támogatását, a fertőzések megelőzését, a betegek kezelését, a csökkent képességűek gondozását, és a mindezekre szolgáló technikai eszközök és szociális környezet folyamatos javítására törekvést”*. Az egészségnek számtalan különböző aspektusa állapítható meg, és ezek relatív fontosságáról sincsen közmegegyezés vagy általános definíció. Például nincsen általánosan elfogadott arány a fertőzés-megelőzés és az egészség támogatása kérdéseiben. Mindezek ellenére általános az egyetértés abban, hogy *a közegészség szintje* mindenekelőtt *szoros kapcsolatban van a közösségnek mint egésznek az egészségért tett erőfeszítéseivel*, sokkal inkább, mint az egyén(ek)en végzett eseti gyógyítások és kezelések.

A magyar politikai élet töredezett, konfúz – s ami az egészségügyet is illeti – súlyos következetlenségekkel, ellentmondásokkal terhelt. A szocialistáknak liberális, a liberálisoknak üzleti alapú, a konzervatívoknak szocialisztikus egészségügyi koncepcióik vannak<sup>111</sup>. Egyetértés kizárólag a változtatás szükségességének kérdésére adott válaszban van, ennek tartalmát és irányát könyörtelenül meghatározza a budget követelése. De már a változtatások mélységében (reform, struktúraváltás stb.) sincs egyetértés.

*A távoli NHS kitűnőségét a hazai újraelosztó és ellátó rendszerek közelről látszó válsága markírozza*. Pedig az angol szakvélemény nem lát ekkora szakadékot a két ország fejlettségi szintje között. Szerintük „néhány szerencsés ország<sup>112</sup>, mint pl. Anglia (s ide sorolja Magyarországot is) fel tudtak mutatni eredményeket az egészségügy hatékonyabbá tételében

és a járványok visszaszorításában. De sok-sok ország, különösen a fejlődő világban, még ma is ezt a harcot vívja, amely a fejlett világban már régesrég lezajlott.”<sup>113</sup>

Az ISSA – a társadalombiztosítás nemzetközi szervezetének – honlapja szerint, amely itt, a **2. sz. táblázat**ba foglaltan látható, az angol szociális rendszer az alábbi adatokkal írható le:

2. sz. táblázat	
Az angol szociális rendszert meghatározó adatok, ISSA 2009	
<p>'First laws:</p> <p>1908 (old-age pension), 1911 (disability insurance), and 1925 (old-age and survivors' insurance).</p> <p>Current laws:</p> <p>1992 (consolidated legislation), 1995 (pensions), 1999 (welfare reform and pensions), and 2000 (child support, pensions, and social security).</p> <p>Type of program:</p> <p>Social insurance and social assistance system.</p> <p>Legislation Entry No.: 41451</p> <p><i>Scheme Description:</i> 2009 2002 1999 1997 1995/96</p> <p><i>Reforms'</i></p>	<p>“Első jogszabályok:</p> <p>1908 (öregségi nyugdíj), 1911 (rokkantsági biztosítás), és 1925 (öregségi és hátramaradottak biztosítás).</p> <p>Hatályos jog:</p> <p>1992 (egységesítés, dereguláció), 1995 (nyugdíjak), 1999 (jóléti reform és nyugdíjak), és 2000 (gyermektámogatás, nyugdíjak, és társadalombiztosítás).</p> <p>Type of program:</p> <p>Szociális segítő hálózattal kiegészített társadalombiztosítás.</p> <p>Jogszabály száma No.: 41451</p> <p><i>Szerkezetváltoztatás:</i> 2009, 2002, 1999, 1997, 1995/96</p> <p><i>Reformok”</i></p>

FREEMAN (1998) a már idézett cikkében<sup>114</sup> az öt európai ország között áttekintően ír Nagy-Britanniáról, azaz kifejezetten az NHS-ről is. Ennek összefoglalója szerint az NHS kebelén belül közpénzekből finanszírozott, közhatalmi szervezetek által kiírt szerződésekért folyik a verseny ('public' vagy 'managed' competition) közszolgáltatók között.

Az NHS differentia specifica-i közül általában mások is kiemelik, hogy fő *bevételei forrása az általános adózás*, mely ténynek számos előnye van. Pl. viszonylag hatékony mód

az NHS bevételeinek magas szinten garantálására. Az alapok bevételeit a hatályos adórendszer biztosítja, így azok egyéb „bevételi költségekkel” nem csökkennek. Az adókból finanszírozás egyben pénzügyi előírásokat jelent, és segít kordában tartani a költségeket. Ezzel a Kormány valójában az egészségügyi rendszer fő fizetőjévé válik. Ez biztosítja, hogy az egészségügy nem tudja a bevételeit növelni, sem az árak, sem a prémiumok emelésével, mint a magánbiztosítási vagy a szociális alapú rendszerek. (Mintha az állam valójában igyekezne hatást gyakorolni az árakra az ilyen rendszerekben). Aztán a tisztán adózás alapú rendszerekben *a szolgáltatások finanszírozása elválik az ellátásoktól*: ez fontos tényező *az ellátások esélyegyenlőségének* előmozdításában. Mivel a hozzáférés nem kapcsolódik közvetlenül az egyéni befizetéshez, az egészségügyi ellátás inkább tűnik a klinikai indokoltságához, aztán a jogosultsághoz, mint a járulékfizetés mértékéhez igazodni.<sup>115</sup>

Az általános adózáson – járulékfizetési kötelezettségen – alapuló egészségügyi ellátórendszerek *a redisztribúció számos formáját* valósítják meg.

*Interperszonális szempontból* újrafelosztás történik a betegek és az egészségesek, a gazdagabbak és a szegényebbek, a dolgozók és a még (gyermek) vagy már (öregek) nem dolgozók között. Feltéve, hogy az adórendszer progresszív – azaz a gazdagabb polgárok arányában is magasabb kulccsal fizetnek járulékot a jövedelmükből, mint a szegényebbek – ez a rendszer egyenesen jövedelem újraelosztást is képes megvalósítani.<sup>116</sup>

Az egyén szempontjából a rendszer null szaldóra törekedik, azaz arra, hogy az egyén élete során tett befizetések és az igénybe vett ellátások értéke megközelítően egyensúlyban legyen.

*Intertemporális szempontból* az emberek a társadalombiztosítást gyermek- és öregkorukban többet használják, míg az egészséges munkás éveikben kevesebb igénybevétel mellett fokozottan járulnak hozzá a rendszer terheinek viseléséhez.

Az általános adózásalap – járulékkötelezettség – legfőbb ellenérve, hogy az egészségügyi *ellátásokat túl szorosan köti össze a központi kormányzat fiskális politikájával*. A gazdasági visszaesések az adóbevételek csökkenésével egyidejűleg kedvezőtlenül hatnak az ellátások alapjaira is, viszont prosperáló időszakokban a kormányzatok előnyben részesítik az adócsökkentést az ellátások színvonalának költséges emelésével szemben.<sup>117</sup> További problémaforrás, amikor a költségvetési politika keményebb az egészségügyi ellátások keresleténél. Ez különböző restriktiókat szül: vagy az ellátások színvonalában vagy az azokhoz hozzáférésben (lásd az alapellátások lepusztulása, vagy a várólisták megnyúlása).

Az általános adóalap kritikussai az ellátások aránytalan elosztását és szegényes színvonalát róják fel a rendszernek<sup>118</sup>.

Mindemellett sok múlik azon, *milyen prioritást kapnak a kormányzattól* – bármi más versengő kiadási lehetőséghez viszonyítva – *az egészségügyi kiadás-igények*.

Az adózás alapú egészségügyi rendszerekbe vetett bizalom nem vezet kizárólag a források csökkenéséhez. Nem ez biztosít a kormányoknak lehetőséget az egészségügyi költségvetés korlátozására, amikor elkövetik azt<sup>119</sup>.

Gyakori az a szemrehányás is, hogy az adózás-alapúság érzéketlenné teszi a rendszert a kedvezményezettek igényeivel és választásaival szemben<sup>120</sup>.

Más megközelítésből SEDDON (2007) szerint a probléma onnan ered, hogy ebben a rendszerben gyenge az összefüggés a hozzájárulás és a fogyasztás, az igénybevétel között. Az alapok öre az állam, amely tény egyebek között szüntelen kiadási ellentmondásokhoz vezet, különösen, ha a kiadás visszafogása költségvetési plafonban realizálódik<sup>121</sup>. Senki nem volna ilyen rugalmatlan más egyéb javak korlátozásában, legyen az akár a csokoládé, akár a számítógépek piaca – jegyzi meg.

Mivel ez esetben az ellátások forrásai elszeparáltak maguktól a szolgáltatásoktól, a kedvezményezetteknek nincsen alkalmuk fogyasztói szavazataikkal élni, azaz a „vásárlóerejüket” érvényre juttatva nincs lehetőségük a kínálatban változást elérni. Itt megjegyzendő, hogy e fogyatékoság kevésbé az adózás alapúságból következik, mint inkább az ellátástervezés és szervezés fogyatékosága, ha nem juttatja érvényre a kedvezményezettek elképzeléseit.

## II.

# AZ NHS ELŐZMÉNYEI ÉS ALAPÍTÁSA

A történések időrendjét a legtöbb kutató próbálta logikai rendben is csoportosítani.

Az NHS történetírás egyik doyenje, *Gordon MACPHERSON* *elsőnek* ad külön, alapos kronológiát az alapítás félszázados évfordulójára írt gyűjteményes kötete függelékében, ezt a Gergely-naptár évtizedei szerint tagolja.

Ismeretesek a brit felfogásban gyökerező, az egymást követő kurzusokhoz, *kormányokhoz kötött* csoportosítású feldolgozások is, pl. Christopher HAM-é<sup>122</sup>.

Az NHS „udvari történetírója”, a munkáját a web-en folyamatosan frissítő *Geoffrey RIVETT* évtizedenként osztja fel az NHS történetét. Ezek a dekádok a következők:

- I. 1948-1957 Az NHS megalapítása
- II. 1958-1967 A GP-k és a kórházak reneszánsza
- III. 1968-1977 Az NHS újragondolása
- IV. 1978-1987 Klinikai haladás és finanszírozási krízis
- V. 1988-1997 Új befolyások és új utak
- VI. 1998-2007 A Munkáspárt évtizede
- VII. 2008-2017 Az NHS jelene ’is under construction’

A disszertáció saját, a történéseket saját logikájukban talán jobban követő, rugalmasabb felosztást követ, amely leginkább Charles WEBSTER<sup>123</sup> felosztásához hasonlítható:

- I. 1911-1948 Az NHS előzményei és megalapítása
- II. 1948-1973 Az első negyedszázad a munkáspárti átszervezésig
- III. 1974-1998 A második negyedszázad: a Jóléti Állam válsága
- IV. 1999-2007 Az NHS közelmúltja

V. 2006-2009 Az NHS napjainkban

VI. 2009- Az NHS a közeljövőben.

Mint látható, nem ragaszkodtam matematikai vagy naptári határokhoz, s az V. témának a IV. és VI. témába való átfedését az indokolja, hogy a jelenleg hatályos NHS joganyag a 2005-ös vitairattal<sup>124</sup> előkészített 2006:34.

### **II.1.1. Az általános előzmények<sup>125</sup> (1911-1942)**

*Az NHS szerveződése miértjeinek jobb megértéséhez javasolt a kortárs fejlődést a maga összefüggéseiben szemlélni. Ezért ez a fejezet először az NHS előtti brit rendszer magán- és közszektori elemeit veszi sorra. Ezt követően mutatom be, hogy milyen közvetlen körülmények között és milyen lépésekben került sor az NHS megalapítására.*

A munkásoknak kötelező nemzeti egészségbiztosítást (gyakran csak *Lloyd George Act*-ként hivatkoznak rá, a létrehozott National Health Insurance rövidítése NHI) először 1911-ben vezették be Angliában, majd két évre rá felállították az Egészségügyi Minisztériumot.

Ez az egészségbiztosítási rendszer 1921-ben a lakosság 35,2%-át<sup>126</sup>, 1938-ra a teljes lakosság 43%-át fedte le.<sup>127</sup> A későbbi NHS-nél a rendszer jóval szervezetlenebbnek (egyszerűbbnek) nézett ki, különös keverékét adta a köz- és a magán szolgáltatásoknak<sup>128</sup>. WEBSTER (2002) szerint az ormóatlan MHI adminisztrációnak mégis a fő funkciója a rosszemlékű, heti „health stamp”-ek begyűjtésével egy minimális finansziális alap összegyűjtése volt.

Az 1929-es Local Government Act is kétségtelenül eredménytelennek bizonyult az egészségügyi igazgatás szempontjából: tovább szaporította az egészségügyi hatóságok számát és dezintegrálta a funkcióikat<sup>129</sup>.

Milyen egységekből állt, és hogy is nézett ki ez az NHS előtti brit egészségügyi ellátó szervezet?

#### *a) A magánszektor*

- a teljes egészében magán alapon működő háziiorvosi szolgálatokból,
- az alapítványi kórházakból (voluntary hospitals – kb. ezer<sup>130</sup>), és
- az egyéb nonprofit és kereskedelmi egészségügyi szervezetek tevékenységéből állt.

#### *b) A közszektor*

- a járási kórházakból (public hospitals – kb. háromezer) és
- a helyi önkormányzat által biztosított egészségügyi szolgáltatásokból



tevéődött össze.

Ráadásul a helyi önkormányzat volt felelős a higiéniai és környezeti, és az egyéb egészségügyi vonatkozású szolgálatokért, mint pl. az otthoni ápolás<sup>131</sup>.

#### Ad a)

- a)1. *A GP rendszer* nem volt sem egyedi, sem előzmények nélküli. Hivatalbéli elődeikről, a MOH-ekről (Medical Officer of Health) Dame Rosemary RUE ad nem hivatalos definíciót az Our NHS<sup>132</sup> kötetben.

A GP-k ebben az időszakban *magánpraxist folytató, szolgáltatásaikért számlázó háziorvosok*. Gyakran *klub-praxis*ba tömörültek. Ez a jelenség a Viktoriánus korba nyúlik vissza, amikor a munkások tehetősebb rétegei – tartva a hirtelen nagydíjú fizetéstől – önkéntes ellátási közösségeket hoztak létre, mely közösségek tagdíjat szedtek és ebből együttesen fogadtak háziorvost. A századfordulóra a brit munkásság egyharmadát ilyen klub-praxis szolgált ki<sup>133</sup>. De a séma kizárta a kedvezményezettek köréből azokat, akiknek nem volt munkaviszonyuk, mint pl. a háztartásbeli nők, az öregek és a gyermekek. A GP-k is egyre feszültebbek lettek a körülmények változásai, és a szemmel láthatóan csökkenő praxis-bevételek miatt. Ebben a küzdelmes időszakban játszódik a magyarul „Réztábla a kapu alatt” címmel megjelent bestseller, melyből azonos címmel filmsorozat is készült<sup>134</sup>. A GP-k betörése – gyakran a *Brit Orvoskamara azaz a BMA* ellenkezése mellett – a két világháború közötti brit egészségügy – a szembenálló felek kölcsönös engedményei mellett – sikeres politikai harcának eredménye volt. A GP-k ügye szolgált az egészségügybe való kormányzati beavatkozás iskolapéldájaként. Az intervenciónak viszont csak a GP-k „estek áldozatul”, nem érte el a szakorvosi, és a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásokat – a járványügybe számító tüdőbaj kezelése kivételével. A második világháború kitörésének idejére a GP-k 90%-a leszerződött az NHI-jal.

*Itt jegyzem meg*, hogy később, az NHS szervezésének időszakában a GP-k 64%-a szavazott az új szolgálattal való együttműködéssel szemben, majd később, 1946 decemberében a Brit Orvoskamara, a BMA rendkívüli közgyűlésén 252-en szavaztak – 17-tel szemben – arra, hogy minden megbeszélést szakítsanak meg a miniszterrel<sup>135</sup>.

- a)2. *A voluntary hospitals* intézménye nehezen ’fordítható le’ a hazai viszonyokra. A magyar kórházak közül ugyanis hiányoznak például az ápoló rendek által működtetett, vagy a kora középkor óta működő magán-alapítványi kórházak. A *voluntary hospitals* közé ugyanis ilyenek is tartoztak. Ezeket ugyanis *magán alapítványként vagy közadakozásból* hívták életre. Nem egy közülük a középkor eleje óta üzemelt, s bár többségüket a XVIII-XIX. században alapították, egyharmaduk mégis 1911 és 1938 között jött létre<sup>136</sup>. Ezen alapítványi kórházak – az alapításkori szándék megvalósításaként – hagyományosan ingyen látták el a beteget. Neves orvosaik gyakran mondtak le munkájuk honoráriumáról, egyrészt

a jó hírnév privilégiumaiért, hogy illusztris helyen dolgoznak, másrészt azon gazdagok támogatása alapján, akik a kórház fenntartásához hozzájárultak. Ezeket a tehetőseket otthonukban ápolták, míg a kórház leginkább azokat látta el, akik nem engedhették meg maguknak az ellátás megfizetését. Bár ezen betegeknek *a bejutása elég szelektívnek mondható*: a legszegényebektől és a fertőző betegektől gyakran megtagadták az ellátást.

*Két adat*: 1938-ra a fekvőbetegek harmadát a voluntary hospital-ek látták el. 1939-től az alapítói hozzájárulások a háborús teherterhelés hatására a harmadára estek vissza, így a voluntary hospital-ek komoly finanszírozási nehézségekkel találták magukat szembe.

*Itt jegyzem meg, hogy később, az NHS alapításakor a konzervatív ellenzék kritikát fogalmazott meg a voluntary hospitals államosítása, valamint a nagy hagyományokkal bíró és hasznos önkéntes segítség visszautasítása miatt. BEVAN azzal védekezett, hogy az átfogó tervezéshez elengedhetetlen az ellátók azonos státusza, s hogy a voluntary hospitals gyenge pénzügyi állapota pedig amúgy is extra állami támogatást igényel<sup>137</sup>.*

- a)3. *Az egyéb önkéntes szervezetek munkájukkal az ellátási rendszer lyukait töltötték ki, rendszerint a helyi igényeknek megfelelően, és szorosan együttműködve a helyi egészségügyi hatóságokkal. A kórházműködtetés mellett gyakran láttak el helyi önkormányzati egészségügyi feladatokat, mint például gyermekjóléti, anyasági, utógondozási, vagy házi ápolási, vagy éppen szellemi vagy testi fogyatékosokat ápoló szolgálatok ellátását.*

#### **Ad b)**

- b)1. *A járási kórházakhoz kapcsolódó jellemző az a)2. adat hiányzó másik fele: 1938-ra a járási kórházak látták el a fekvőbeteg gyógyintézeti *ellátottak kétharmadát*. A rendszer szegmentált volt, tartoztak közéjük tbc kórházak és elmebetegintézetek csakúgy, mint szülőotthonok. A helyi önkormányzatok a megoldási szisztémát a XIX. századi szegényjogból örökölték. A közismert-hírhedt rendszert a – dologházak intézményét is megalakító – 1834-es Poor Law Amendment Act vezette be, amely szerint a beteg szegénynek pl. ingyenesen járt a GP szolgáltatása.*

- b)2. *A helyi önkormányzat által biztosított egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban már utaltam arra, hogy a GP rendszer nem volt előzmények nélküli. A hivatalbéli elődeikről, a MOH-ekről Dame Rosemary RUE fest szemléletes képet az Our NHS<sup>138</sup> kötetben található kedves cikkében.*

*„Az MOH volt a doktor úr a környéken. Egy ismerős arc, felruházva fontos közfeladatokkal. Ő volt a felügyelője az egészségbiztonsági intézkedéseknek a járványügy terén, de ő biztosította az alapfokú kórházi ellátást és a kapcsolódó közfeladatokat. Megbecsült társadalmi státuszának a szakértelme volt az alapja, ami mellé fél évszázad jogalkotása vértette fel*

megkérdőjelezhetetlen hatalommal és felelősséggel. A MOH-ok a helyi hatóságok vezető tisztségviselői közé számítottak.”

## II.1.2. A közvetlen előzmények és egy intermezzo (1920–42)

A brit rendszerrel szembeni kritikus hangok először az első világháborút követően erősödtek fel<sup>139</sup>. A főbb kifogások közé tartozott, hogy *az ellátás széttörédezett*: elkülönült egymástól a kórházi, az önkormányzati és a közegészségügy. Egyes sérülékeny csoportok (pl. a gyermekek és az idősek) összetett szükségleteinek ellátását sem segítette elő, s az ilyen csoportoknak az ellátáshoz való hozzáférése korlátozott volt.

A biztosítottak körének növekedését sokak szempontjából eliminálta a kórházi ellátások térítési díja, mely azt a képzetet erősítette, hogy az ellátás a fizetőképesség függvénye. Ráadásul – állapítja meg 1937-ben a Political and Economic Planning<sup>140</sup> – a magasabb szintű egészségügyi ellátáshoz hozzáférés lehetősége régióként jelentős eltéréseket mutatott – nyilvánvalóan nem a szükségletekhez igazodván.

Bár egyes későbbi kutatások (POWELL 1992<sup>141</sup>) szerint ezt a *diszkrepanciát a szükségleti és a hozzáférési földrajzot illetően* a kortársak eltúlozták. POWELL kutatásainak ezen eredménye lényegesen túlmutat egyszerű megállapításain: arra hívja fel a figyelmet, hogy az egészségügyet érintő szakmai és társadalmi viták minden eleme és témaköre gondosan megvizsgálandó, az okozati összefüggés fennállásán túl néha akár a valóságnak megfelelés szempontjából is.

A kortárs szakmai és közvélekedés viszont egységesen azt várta el a központosított ellátás-tervezéstől, hogy a vélt vagy valós területi egyenlőtlenségeket egyaránt csökkentse, *hozza közelebbi kapcsolatba a hozzáférést az igényekkel*.

1920 és 1942 között különböző érdekcsoportok és személyek álltak elő a Nemzeti Egészségbiztosítási Szervezet ideájával.

Ugyanakkor az 1920-as és 30-as évek során egy sor jelentés fedte fel a egészségügy szigetországi gondjait és térképezte fel a reform várható irányait.

*Az 1920-as DAWSON jelentés* már például a megelőző és gyógyító ellátások integrációját javasolja olyan közös egészségügyi hatóság égisze alatt, amely a helyi kórházak és a szakellátó centrumok hálózatát koordinálná. A jelentés leszögezi, hogy a legmagasabb színvonalú egészségügyi ellátás mindenki számára hozzáférhető kell legyen, de azt már nem fejtette ki, hogy ennek a finanszírozását hogyan is kellene kidolgozni<sup>142</sup>.

A kibontakozó vitához a következő tanulmányt *1926-ban a Nemzeti Egészségbiztosítás ügyében életre hívott Királyi Bizottság* hozta nyilvánosságra. A jelentés<sup>143</sup> háttérül a szakorvosi ellátásokhoz hozzáférés fogyatékoságai miatti általános aggodalom szolgált. A Királyi Bizottság azt is szorgalmazta, hogy az egészségbiztosítási rendszeren dolgozó

különböző csoportosulások egyesítsék erőiket és az így nyert többletforrásokkal támogassák egy nemzeti rendszer megalapítását. Jelezte egyben azt is, hogy a hosszú távú jövő egy állami, tehát közfinanszírozású egészségügyi rendszer felé mutat.

*A Brit Orvoskamara (BMA) 1929-es jelentését*<sup>144</sup> is az ellátórendszer már ismert kudarca, a szakorvoshoz jutás nehézségei indukálták. Az orvosok érdekvédelmi szervezete a már fennálló rendszer mellett érvelt, annak a szakorvosok által a kórházakban nyújtott ellátásokra való kiterjesztését javasolta. De a BMA tervezete nem volt átfogó: a jól fizető páciensek megőrzése érdekében javasolta a leggazdagabbak kizárását a rendszerből, valamint – ezzel mintegy párhuzamosan – nagyvonalúan átsiklott a kiterjesztett ellátások várhatóan nagyobb költségigényének kérdése felett.

A két világháború közötti időszak a magas munkanélküliséggel nem biztosított ideális környezetet az NHI elterjedésének. Csak az 1932-es évben 200 ezerrel nőtt a munkanélküliek (azaz ennyivel csökkent a biztosítottak) száma. Erősödtek a kritikus vélemények a biztosítási társaságok munkáját, illetve a biztosítási rendszert illetően, például a szakszervezetek és a házi orvosok részéről<sup>145</sup>.

A kormányzat is még a második világháború előtt elköteleződött a szétagolt egészségügyi ellátórendszer integrációja irányában.<sup>146</sup> Az egészségügyi miniszter ugyanis 1936-ban felhívta a tisztifőorvost, a Chief Medical Officer-t, hogy tanulmányozza egy teljes körű ellátásokat biztosító egészségügyi rendszer megvalósíthatóságát. A CMO véleménye szerint bármilyen általános egészségügyi szolgáltatásról lenne szó, annak bázisát a helyi hatóságok adhatnák. A minisztérium ezen szakvélemény mentén el is kezdte a szervezés előkészítését. Terveik szerint, melyeket HARRIS mellett KLEIN<sup>147</sup> elemez, az NHI jogköreit a helyi hatóságok vehetnék át. Ezen hosszútávra szóló elképzelések megvalósítását 1938-ban elodázta a sürgősségi ellátások átszervezése, és a voluntary és a londoni oktató kórházak finanszírozási krízise, majd végleg keresztülhúzta a háború kitörése<sup>148</sup>. A háború a már régóta tárgyalt kérdés beágyazottságát változtatta meg: a honvédelem alatt az egészségügy átszervezése egybefonódott az újjáépítés általános céljaival.

### **II.1.2.1. Az intermezzo: az EHS (1940)**

Gyakori vélemény, hogy maga a második világháború, amely a kormányzati beavatkozás drámai kiterjeszkedését hozta az egészségügyben, volt a legfőbb ok az NHS megalapítása mögött is. A britek jelentős része éppen akkor nem volt biztosított, amikor Hermann Göring az angliai csatában a Luftwaffét a szigetország fölé rendelte. A bombázások elől egy földalatti bunkerbe – melyet az érdeklődők ma is meglátogathatnak – költözött war cabinet<sup>149</sup> sürgősségi kórházi ellátórendszert (Emergency Hospital Service – EHS) hozott létre. A *háborús szervezést*, melynek célja az egyes köz- és önkéntes kórházak munkájának

összehangolásán alapult, az intézkedések alapos előkészítéséhez hozzászólt britek 'patchwork quilt'-nek, összeollózott fércmunkának értékelik. Az EHS megszervezése a retrospektív értékelés szerint<sup>150</sup> „valamennyi érdekeltnek házhoz szállította a brit egészségbiztosítás összeomlásának élményét”.

Az EHS kétségtelenül *hasznos tanulság* volt, amely bemutatta, hogy a kormányzat miképpen avatkozhat be az egészségügybe. Az is általános ítélet, hogy abszurdításai és egyenlőtlenségei az EHS megszervezése előtti egészségbiztosítási rendszer sajátosságain alapulnak. Végül abban is egyetértés formálódott, hogy szükség van egy még átfogóbb, valamennyi részletre kiterjedő egészségügyi rendszerre, még mielőtt komolyabb feszültségek törnek fel.

Egyes vélemények szerint a Luftwaffe pár hónap alatt többet ért el a brit egészségügyben, mint a politikusok két évtized alatt. Az addig önálló kórházakat a polgári védelem regionális igazgatása fogta össze. A vérellátás is regionális alapra helyeződött. Megszületett a nemzeti közegészségügyi laboratóriumi szolgálat. Tucatnál több szakág ellátásait magától értetődően szervezték meg régiós alapon<sup>151</sup>. WEBSTER (2002) összegzése szerint az EHS tevékenysége annyiban volt sikeres, hogy sok addig érinthetetlennek képzelt szabályt hágott át. Az NHI és az EHS relációi jó előtanulmányt nyújtottak az NHS-re való áttéréshez<sup>152</sup>.

### **II.1.3. Beveridge avagy a háború után (1941-1948)**

#### **II.1.3.1. A Beveridge Report (1942)**

Liz LLOYD az 1945-50-es évek időszakát úgy aposztrofálja, mint amelyikben Anglia jóléti állammá lett<sup>153</sup>. Az 1942-es év fordulópontot hozott a kormánykezdeményezésre létrejött *Beveridge Bizottságnak* a nemzeti egészségügyi, szociális és jóléti szolgáltatásokról szóló jelentésével, ami 'The Beveridge Report' néven vált ismertté.

„Ritkán ver fel ekkora port egy közdokumentum, különösen külföldön. [A Beveridge jelentést] széles körben vitatták meg és elemezték USA-szerte. A [fasiszta] berlini rádió fontosnak tartotta megtámadni, szerinte a terv csak a tömegek ópiuma, csupán a kemény télre felkészítő agitáció.”<sup>154</sup>

Bárhogyan is értékeljük a tényt: az angliai csata után a szigetországnak sürgősen és hosszú távú megoldást kellett találnia a sérültek, sebesültek, az otthon vagy munkahely nélkül maradottak ellátásának kérdéseire. Ezért 1941. június 10-én William BEVERIDGE, a London School of Economics korábbi dékánja megbízást kap, hogy egy bizottság élén mérje fel az állapotokat és tegyen javaslatot az újjáépítés teendőire. A bizottság nem végezte el

munkáját. A jelentés 460 pontba és hat függelékbe szedett, apró betűs háromszáz oldalát, benne negyvenöt táblázattal, melyekben a világ tucatnyi országának szociális ellátási rendszerét vetette össze a hazaival, 1942. november 20-ig *Sir William egyedül írta meg*.<sup>155</sup>

Winston CHURCHILL minisztériumában rész vett az 1911-es szociális jogalkotás előkészítési munkálataiban. Az első világháború idején önkéntesként a mozgósításban dolgozik. A háborút követően társadalomkutatóként lesz dékán. Akadémiai csoportjában dolgozik Clement ATTLEE, a leendő munkáspárti miniszterelnök, és számos későbbi miniszter is. Iskolateremtő, de hírhedt összeférhetetlen.

A Social Insurance and Allied Services<sup>156</sup> 1942, illetve a benne körvonalazott terv újdonságként ható alapeszméje, hogy egy szociális rendszernek az egyént a születéstől a családalapításon keresztül a haláláig védő komplex rendszernek kell lennie<sup>157</sup>.

A Jelentés bevezetéseként Beveridge megállapítja, hogy ideje van a változtatásnak. Egyrészt mert az irányadó jogszabályok (az 1897-es Workmen's Compensation Act, illetve az 1908-as nyugdíj és az 1912-es kötelező egészségbiztosítási jogszabályok rendelkezései, az 1920-as, tehát jóval a gazdasági válság előtti gyökerű 1934-es Unemployment Act) rendelkezései elavultak, képtelenek eredetileg elképzelt szerepük betöltésére. Másrészt a háborús helyzet sok más tekintetben is lehetőséget teremtett a tiszta lappal kezdéshez. A Jelentés egy Tervet foglal magában a társadalom biztonságának megteremtésére, ezért a riport, a terv s a jelentés fogalmakat egyaránt alkalmazza a terminológia Beveridge munkájának ismertetésekor.

A szociális hiányok pótlása nem egyszerű feladat, állapította meg a szinte korabeli magyar szakirodalom (1939). Az intézkedéseknél, tervek elkészítésénél állandóan figyelemmel kell lenni a korrelációkra. A problémák megoldását tehát csak politikai hullámverés-mentes légkörben lehet végrehajtani. Az intézkedések kétirányúak: egyfelől az élet infernóját kell kitisztítani, másfelől a meggyengült egzisztenciákat kell megerősíteni<sup>158</sup>. Az ún. Beveridge-Terv a kiindulási helyzet tökéletlenségét „az újjáépítés útjában álló öt óriás” néven foglalta össze. Ezen öt bizonytalansági tényező a következő volt:

A „nélkülözés” és a „nyomor”. A „betegségek” melyeket kezelni és megelőzni szükséges. A „tudatlanság” – ami felszámolandó, s végül a „tétlenség” – ami megszüntetendő.

A Terv a vegyes rendszerek alaptípusa lett. A korabeli lelkes értékelések szerint a társadalombiztosítás történetének új fejezetét nyitotta meg. A kidolgozása során Beveridge az *1911-es National Security Act* kritikájából indul ki, mely jogszabály előkészítésében maga is részt vett. Főbb kifogása a régi jogszabállyal szemben, hogy hatóköre túl szűk, csak a bérből élőkre (rájuk sem minden esetben) terjed ki, továbbá az emberi életfolyamat néhány zavara

idején (például a családi kapcsolatok megromlásakor) nem nyújt segítséget. Szervezete nem eléggé koordinált, átfedések és hiányok mutatkoznak benne.

A Terv főbb javaslatjai:

- I. A társadalombiztosítás hatékony működéséhez széles körű intézkedésekkel kell a kedvező háttérrel megteremteni, a teljes foglalkoztatás politikáját követve, illetve
  - ingyenes orvosi, gyógyászati ellátást biztosítva egy *nemzeti egészségügyi szervezet* működtetésével,
  - különösen nagy gondot fordítva a *családi terhek kiegyenlítésére*.
  - A rendszer terheinek viseléséhez a munkáltatók, a munkavállalók befizetésein kívül az *állam is támogatást* ad.

- II. A *kedvezményezettek körét bővíteni* kell, cél, hogy a védelem az egész munkaképes korú népességre kiterjedjen valamilyen formában.

Ennek elérése érdekében a tervezet a népességet hat csoportba sorolta. Az egyes csoportok a társadalombiztosítási *ellátási fajták különböző összetételű (csoportonként azonos) kombinációira* szerezhettek jogosultságot.

Az ellátás folyósítása időtartamának *a szükséglet teljes időtartamára* ki kell terjednie,

*Az ellátás* nagysága mindenki számára *egységes*: igazodik a mindenkori életfenntartási minimumhoz.

*A kedvezményezettek* befizetéseit (összhangban az ellátás uniformizált voltával) *egységes összegben* határozták meg.

- III. Adminisztrációs téren: egységesíteni kell az összes eddig kialakult szervezetet egy társadalombiztosítási minisztérium felügyelete alatt, és egyszerűsíteni kell az eljárásokat, hogy minél gyorsabbá váljék az ügyintézés.

Az adminisztrációs tevékenység pénzügyi alapjait az állami költségvetésből kell biztosítani, és nem a társadalombiztosítási pénzügyi alapok terhére.

### **II.1.3.2. A II. világháború után (1945-48)**

A II. világháború után elérkezett az idő teljes egészében megújítani az angol egészségügyet. A széles körben elterjedt közvélekedés szerint: ha sikerült úgy biztosítani egy hadsereg egészségét, hogy közben körülharcolta a fél világot, akkor egyszerűbb feladatnak ígérkezett a honi lakosságot békeidőben egészségesen tartani.

A Jelentés *hatása* a jelenkori viszonyokra *legalább kettős*. Egyrészt a háborút megnyerő Churchill után 1945-ben hatalomra kerülő Brit Munkáspárt lényegében a Jelentésben körvonalazottaknak megfelelően állította össze *és valósította meg* jogalkotási tervét.

Ez a legisláció az általános egészségügyi ellátás szükségességére vonatkozó széles körű egyetértésen nyugodott, de a megvalósítás hogyanjára és mikéntjére vonatkozóan nagyon ellenkezők voltak az elképzelések.

1943-ban az egészségügyi minisztérium a miniszter, BROWN után elnevezett tervében (*BROWN Plan*) a területi hatóságoknak biztosította volna a jogkört az ellátások szervezésére a GP-ktől a voluntary kórházakig.

A körzeti orvosnak megfelelő GP-k (= general practitioner) a családi élet szerves résztvevői voltak. A vizsgálatot otthon ejtették meg. Emlékszem – írja Sir Donald IRVINE<sup>159</sup> –, hétvégén és ünnepnapon voltak a vizsgálatok. Később vegyes érzelmekkel tekintettünk az új NHS bevezetése elé. Egyrészt reméltük, hogy javul az ellátás minősége a szakorvosok ellátásba bevonásával, és eltűnik a betegek félelme a magas gyógyítási költségektől. Más ellátók is gyanakvással szemlélték a kormányzat – a fent említett Brown Plan-ben írt – terveit.

A kormányzat az 1944 februári *White Paper*-ben<sup>160</sup> számos kompromisszumot ajánlott. A GP-k felügyeletére – a helyi hatóságok helyett – egy Central Medical Board felállítását javasolta, és lemondott arról, hogy az orvosok csak egészségügyi központokban praktizálhassanak<sup>161</sup>. A helyi egészségügyi hatóságok kezébe a helyi kórház ellátásainak tervezése, felügyelete, a körzet kórházai munkájának összehangolása került. A helyzetet összefoglalva állapítja meg BAGGOTT (2004)<sup>162</sup>, hogy az orvosok, féltve önállóságukat, az első Fehér Könyv valamennyi javaslatát egységesen elvetették<sup>163</sup>.

Az angolszász tradícióban alapvető intézmények mélyreható megváltoztatását potenciálisan lehetővé tevő parlamentáris többségi elv egyik procedurális korlátja a „zöld”, valamint a „fehér” könyvek rendszere. A zöld könyvek célja egy-egy terület legfontosabb megoldandó kérdéseinek azonosítása, és az érdekeltek bevonása a probléma megvitatásába, míg a „fehéreké” a társadalmi vita alapján megalapozott kormányzati koncepció kifejtése, amely iránymutatásul szolgál a későbbi jogszabályalkotás számára<sup>164</sup>.

A következő, az 1945-ös konzervatív ihletésű *White Paper* – melyet a választások előtt sikerült titokban tartani – az elsőben megfogalmazott terveknek az észrevételeknek megfelelni kívánó revíziójából állt. Legfőbb megkülönböztető jegye mégsem ez lett, hanem az, hogy a háborús koalíciós kormányzat helyetti Munkáspárti győzelem miatt – *sosem került nyilvánosságra, de ennek ellenére számos ajánlata megvalósult az egyedül győztes politikai erő intézkedéseiben.*

A tanulság: habár az államok felelőssége polgáraik szociális szükségleteinek biztosítása terén létfontosságúnak tűnik, az utak, melyeken az államok e kötelezettségeik teljesítését elérik – változnak<sup>165</sup>.

Amint azt BALOG-SZÜCS (1998) helyesen megállapítja, a modern viszonyok között elképzelhetetlen a közigazgatás minden tevékenységét egy központi szervre bízni. *Az*



államok rákényszerülnek, hogy a közigazgatási munkát, miként a közigazgatásban megnyilvánuló hatalmat is, *szervek sokasága között osszák meg*. A munka- és hatalom-megosztás azonban nem járhat együtt az állami cselekvés egységének szétforgácsolódásával. Az állami cselekvés egységét biztosítani kell. Ennek eszköze a közigazgatás szervezetének olyanféle tagolása, amelyben az egységet a közigazgatás központi szervezete garantálja, míg a konkrét igazgatási munka végzése, illetve az ezzel együtt járó igazgatási hatalom gyakorlása külső szervekre hárul<sup>166</sup>.

A *változó világot s életviszonyokat követő változtatás* legáltalánosabb eszköze a társadalmi viszonyokba való intervenció, melynek egyik bevett formája a legisláció. A közcélok meghatározásához és elérésük kikényszerítésének hagyományos európai módja a(z új) jogszabályok hozatala. E jogszabályok közül a dogmatika NEM különíti el az *'institucionális'*-nak nevezhető azon normákat, amelyek új intézményeket hívnak életre, vagy meglévőket szerveznek vagy csoportosítanak, alakítanak, formálnak át. Az Európa Tanács stratégiája szerint sok országban fellelhető tendencia, hogy a szociális ellátásokat *a döntéshozatal regionális vagy helyi szintre helyezésével* hozzák közelebb a polgárokhoz.

Ezt kiegészítő tendencia, hogy a kormányzatok egyre inkább úgy találják, hogy a szociális jogokhoz való hozzájutás legbiztosabb útja *a civil társadalommal való együttműködés* a társadalmi összefogás megosztott céljai elérésének érdekében<sup>167</sup>.

Az NHS teljes hatvan éve alatt maradéktalanul érvényesülő tendencia, hogy a rendszer intra- és extraneus szereplői – az irányítóktól a szolgáltatást nyújtókon keresztül a kedvezményezettek csoportjaiig bezárólag – a gyakorlatban valósítják meg a teoretikus álmát: „a szükséges átalakítás megvalósításához a rendszeren belüliek együttműködő erőfeszítésére is szükség van – beleértve a nagyvállalatok és pénzügyi intézmények vezetőit is – a rendszeren kívüli civil mozgalmak erőfeszítései mellett.”<sup>168</sup>

## II.2. Az alapítás – 1948

Charles WEBSTER az NHS politikai történetének krónikása – utalva rá, hogy a fontos DAWSON Report is türelmetlenül sürgetett egy koordinált ellátórendszert – óva int attól a tévedéstől, hogy az NHS létrehozását egy hirtelen, spontán ötletnek tartsuk<sup>169</sup>.

Az 1945-ös parlamenti választások a Labour tiszta győzelmét hozták. Az új miniszterelnök, Clement ATTLEE: Aneurin BEVAN-ra bízta az egészségügyi tárcát. BEVAN röviden összefoglalva azt a feladatot kapta, hogy szervezze át a brit egészségügyet. Pártjának széles támogatottságú megbízása alapján – mely szerint a cél egy széleskörű, hatóságilag felügyelt rendszer életre hívása – BEVAN *az egész kórházi szektor államosítása* mellett döntött, egy háromszintű ellátási szisztéma bevezetése mellett.

BEVAN körültekintően kezdett a szervezéshez. Természetesen ismerte, és kitűnő érzékkel használta fel az előző kormányzatok és az azokkal szembenálló érdekképviseltek bizottsági jelentéseinek, illetve felméréseinek eredményeit. Az időszak történéseit Marvin RINTALA monográfiája<sup>170</sup> dolgozza fel.

A „pragmatikus reformer” (HONIGSBAUM<sup>171</sup>) triparciális felosztása nem ideológiai, hanem *praktikus alapokon* nyugodott. De a teljes körű ellátás általános államosításának ügyéért saját kabinetjének tagjával, a vidéki kórházak és a helyi hatóságok önállóságát védő Herbert MORRISON-nal is keményen meg kellett küzdenie. BEVAN a harcot megnyerte, de a helyi hatóságok továbbra is fontos szerepet kaptak az olyan, az önkormányzatok biztosította szolgáltatásokon keresztül, mint a személyes szociális ellátások és a közegészségügyi feladatok<sup>172</sup>.

Az önkormányzatok megnyerése után *az orvos szakma* különböző érdekképviselő szervezetei következtek. A GP-k fellegvára az orvoskamara volt. Itt az NHS első lépései „kemény talajon” indultak. 1946 decemberében – az ad hoc rendkívüli ülés után, amelyre már utaltunk (252:17) – a nagyhatalmú BMA rendes ülésen *ügydöntő szavazást* tartott a leendő intézménnyel való együttműködés kérdésében. A szavazók *54%-a elutasította a kooperációt*.<sup>173</sup> Ugyanakkor az időszak jellemzői a háború utáni szegénység (a bizonytalan jövedelmű orvosoknak ünnepnap lett az a nap, amelyről fogva nem kellett a már nyújtott ellátás honoráriuma után szaladgálni), és az államosítások (villamos művek és vasutak). A BMA szavazásában a jóléti állam meghirdetésével párhuzamosan folyó államosítás általános tendenciája ütközött az elitszakma vezetésének ellenállásába.

A BMA vezetői Dr. Guy DAIN elnök, és Dr. Charles HILL titkár, a rádiódoktor – a hangadói viszont a GP-k voltak. BEVAN tehát a házi orvosokkal kezdte. A GP-k nem csak általában *az államosítás ellen* voltak, de tartottak a *praxisjog értékesítésének* tilalmától, valamint a házi orvosi rendszerbe való *belépés feletti területi kontrolljuk* elvesztésétől is. A legfőbb félelmet azonban az orvosi ellátás államosítása okozta. Azaz az ellátás szabad ármeghatározása elvesztése és a szabad megbízás helyett az alkalmazotti jogviszonyformákban való betegellátás fenyegető réme. A félelmek eloszlatására BEVAN továbbra is elismerte a GP-eket *'independent contractor'*-nak. Lehetővé tette azt is a számukra, hogy a szakmai képviselteknek a szakminisztériummal kötött szerződése alapján az NHS biztosítottakat is elláthassák, s az ellátott NHS kedvezményezettek után járó fejkvótát is megkaphassák. Már az eredeti BEVAN-tervnek része volt valamennyi GP részmunkaidős foglalkoztatása, az egyeztetések folyamán ez csak az újonnan belépőkre és meghatározott időtartamra került bevezetésre. További engedményként BEVAN belement a GP-k teljes munkaidős orvosi foglalkoztatásának általános tiltásába. Szintén az önállóan szerződő GP-k érdekeit védte az elkülönült adminisztratív igazgatás biztosítása a részükre. Egyetértés realizálódott abban is, hogy a GP-khez hasonlóan a fogászok, az optikusok és a

gyógyszerészek is külön végrehajtó testületek által érdekképviselet önálló szerződő felek lehessenek.

Az eszerint létrejött testületek paritásos alapon álltak össze: felét közösen a szakminisztérium és a helyi hatóságok nominálták, míg a másik felét maguk a GP-k (fogászok stb.) alkották.

## II.2.1. Az alapításkori szervezet (1948)

BEVAN National Health Security Act-je – a konzervatív ellenszavazatok ellenére – egészen könnyen ment át a törvényhozáson, és 1946 októberében hatályba is lépett. Hatásaként egyrészt létrejött az új szolgálat struktúrája, másrészt 1948. júliusig, a működés megkezdéséig lehetősége nyílt a miniszternek egy sor fontos részletben megállapodnia az érintettekkel. FRASER (2003)<sup>174</sup> ezek közül kettőt emel ki.

Egyik, hogy BEVAN az univerzalitás elleni támadásokat, amelyek a kettős mércéhez vezető (az egyik közelebb a tűzhöz, a másik távolabb tőle – lásd Brit Orvoskamara (BMA) már hivatkozott 1929-es jelentése) járulék felső határ bevezetését célozták, rendre visszautasította. Ekkorra már hozzáédződött az orvosokkal tárgyaláshoz, akik rendszerint nem voltak hajlandók megállapodni vele – de most egy elfogadott törvénnyel felfegyverkezve ülhetett asztalhoz.

Másik, hogy – ismét Moran segítségével – sikerült meggyőznie a Lordok Házát is. Mindezt pusztán annak *ígéretével*, hogy a felálló rendszerben az egészségügyi ellátások ellentételezésének a „fejpenz”-en, azaz a kedvezményezettek számára kötött, fix összegű lineáris finanszírozásán kívül, más, közelebről meg sem határozott módon is lehet majd finanszírozást kapni. Csak ezzel az ígérettel az orvosi szakmában az új rendszert ellenzők száma 17 ezerről 10 ezerre csökkent. Ekkor Angliában az orvosok negyede már aláírta a szerződést a leendő Szolgálattal. A tendencia tovább folytatódott. 1948. május 28-án, alig egy hónappal az indulás előtt, a BMA egy drámai közgyűlésen egyetértett az NHS-hez csatlakozással. Még az évben 18 ezer orvos meg is tette.

Aztán 1948. július 5-én, a kijelölt napon mozgásba lendült az ekkor már „A jóléti állam”-ként emlegetett programcsomag teljes apparátusa:

- a Nemzeti Biztosítás,
- a Munkabaleseti Biztosítás,
- a Nemzeti Segély és
- a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat

– míg az új családi ellátásokat és a megemelt összegű nyugdíjakat már 1946 óta kapták a jogosultak. Életrehívottjának adminisztratív és finanszírozási mozzanatait aggodalommal

figyelte a kormányzat. A biztosítások új rendszere – ezzel együtt a nemzeti kockázatközösség elve – jól vizsgázott és messze a várakozások alatti kiadást okozott.

A *nemzeti kockázatközösség fogalma* szerint a kockázatok kezelése biztosítás-matematikailag a teljes lakosságra kiterjedt, azaz – ami ebből általánosságban következik:

- Az egyes ellátásszervező csoportok (biztosítók) nem a saját bevételeikből gazdálkodnak (fejkvóta vagy keresztfinanszírozás).
- Egyes kiemelt kockázatok az egész populációt terhelik, nemcsak a szolgáltatásfinanszírozót.

A fenti definíciót adó forrás<sup>175</sup> itt megjegyzi, hogy a nemzeti kockázatközösség nemcsak egyintézményes modellben értelmezhető.

Az első – csonka – gazdasági év a Welfare State összességében 95 millió £ többletet hozott. A megtakarítás főként a magasra tervezett költségekből és a munkanélküli ellátások alacsony kiadásaiból eredt. 1949 júliusában ugyanis csak 243 ezer munkanélküli volt Angliában, ez a biztosított munkaerő 1,2%-a<sup>176</sup>.

Nem mondható el a kiadáscsökkenés az egészségügyi szolgáltatások relációjában. Az NHS kiadásai az első évben 400 millió £-tal haladták meg a tervezettet. A többlet teljes egészében a kedvezményezettek számának megugrásában kereshető. Az induláskor 19 millió kedvezményezett decemberig több, mint a kétszeresére, 21 millió fővel nőtt. A régi rendszer havi 7 milliós receptforgalma szeptemberre 13,5 millióra, 1951-ben havi 19 millióra növekedett. A fogászati ellátások száma is megduplázódott, az optikusok az indulás évében 5,25 millió szemüveget írtak fel.

Az NHS alapításkori szervezetében a 147 helyi önkormányzati egészségügyi hatóság és a 38 végrehajtó tanács alkotta a *hármasszintű igazgatási rendszer* két oszlopát. A harmadik oszlop kétszintű lett. A *tizennégy régió* kórházi testülete irányította a 388 kórház menedzsment bizottságot, amely a kórházak (szigorúan az elkülönült, magas színvonalú ún. oktató kórházak /English Teaching Hospitals/ kivételével) felügyeletére volt hivatott.

### **II.2.1.a. Az NHS Angliában és Wales-ben BAGGOTT szerint, I.A és I.B ábra (1948)<sup>177</sup>**

Az **I.A ábra** BAGGOTT (2004)-é, a benne jelzett számok részben RIVETT-től, részben WEBSTER<sup>178</sup>-től származnak, azzal, hogy az L(G)HA 146 db WEBSTER-nél.

Az adminisztratív struktúra, amely az alapításkor létrejött, a megelőző évek alkuinak és megegyezéseinek a terméke volt. A hármasszintű tagozódás jobban követhető BAGGOTT (2004) fenti ábráján, mint RIVETT később bemutatott, vagy HAM – itt rekonstruált – rajzán<sup>179</sup>.

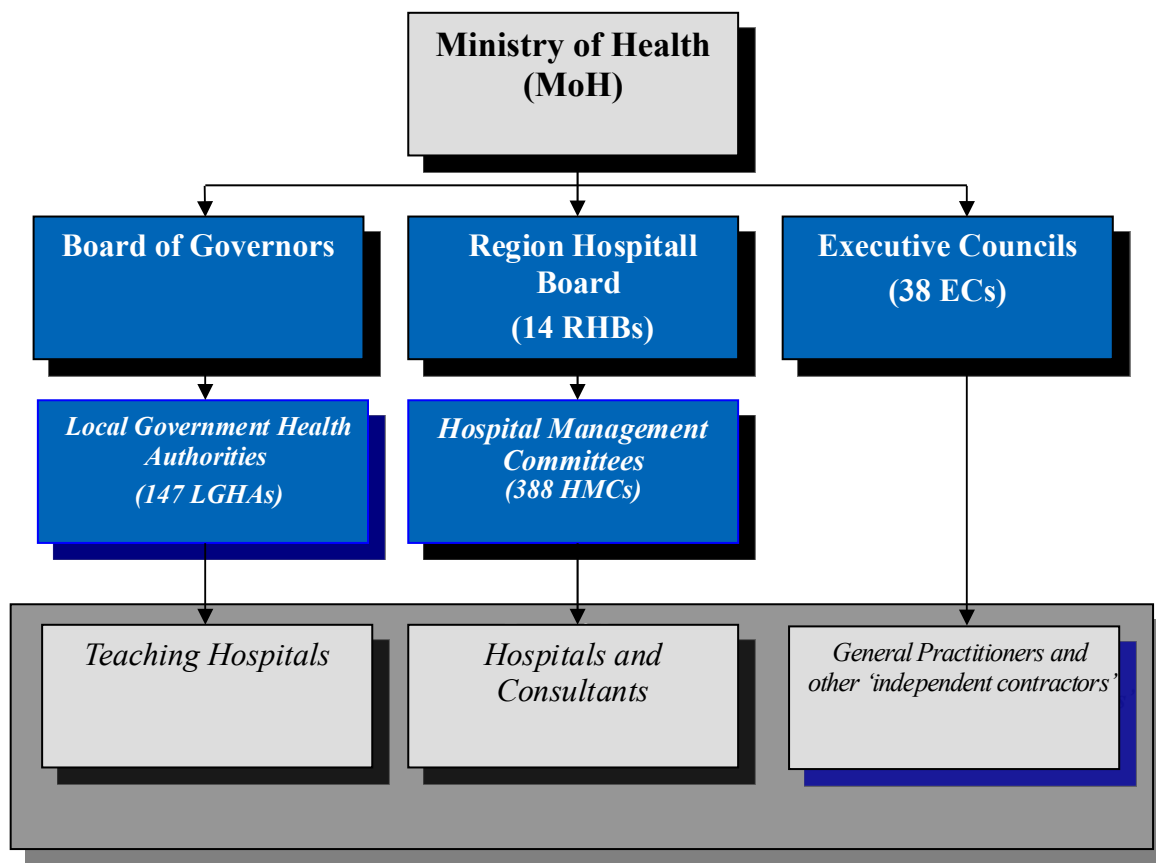
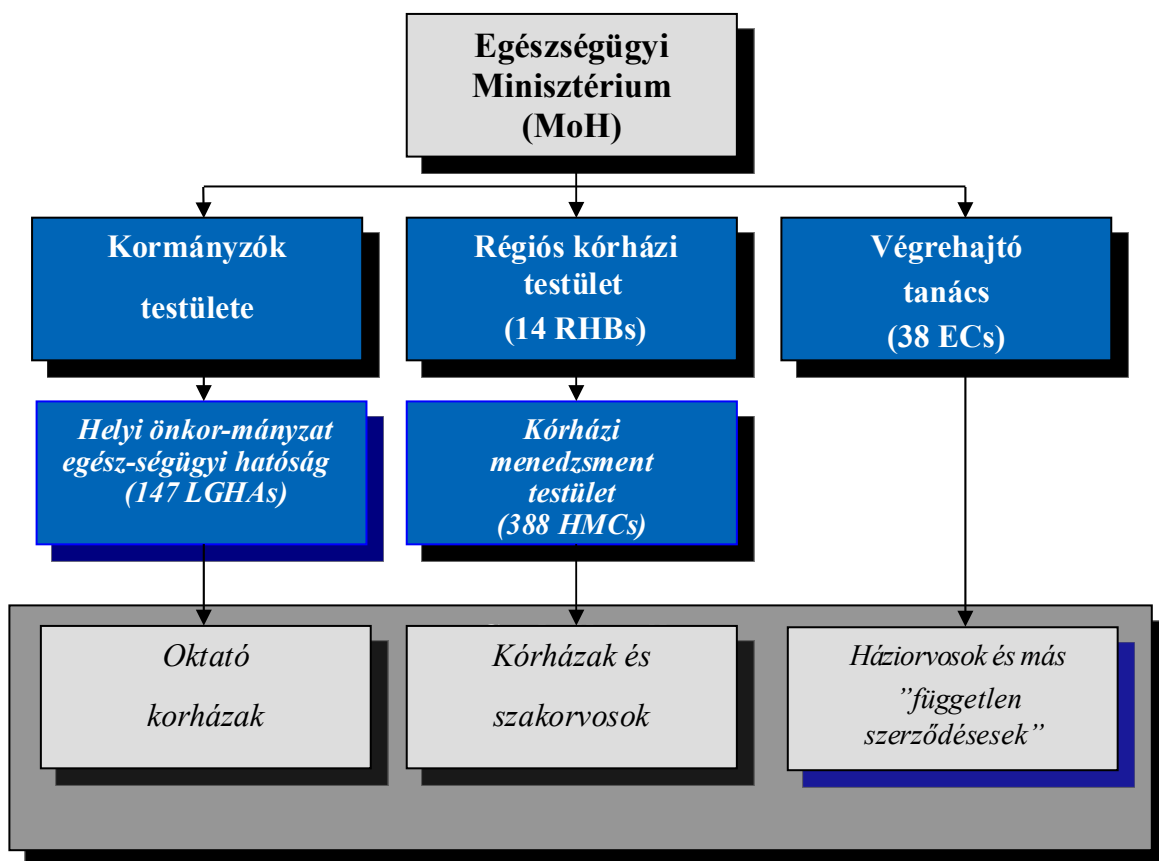


Fig I.A. The System of the NHS in England 1948, BAGGOTT (2004)



I.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 1948, BAGGOTT (2004)

### II.2.1.b. Az NHS Angliában, HAM ábrája, II.A és II.B ábra (1948)

A tizennégy RHB felelős jogköre egy-egy nagyobb területen a kórházak feladatainak átfogó tervezése, koordinációja és ellenőrzése volt. A kinevezési eljárásuk során a szakminiszter egyaránt konzultált a helyi hatóságokkal és a szakmával. Az „alsóbb szint”, a 388 HMC testület tagjait a „felsőbb szint” nevezte ki – szintén a helyi hatóságoktól és a szakma, valamint a civil szervezetektől előzetesen elnyert egyetértésben.

A HMC közvetlenül felelt az illetékességi területén működő kórházak ügyeinek napi menetéért.

A vállalkozás – az NHS indulásának – méreteit a következő adatokkal tudjuk érzékeltetni: a megalakulás napján *1.143 közadakozásból fenntartott s 1.545 vidéki városi kórház* (az előző sorrendben) *90 ezer és 390 ezer ágya* felett vette át az igazgatást az NHS, melyekből 190 ezer krónikus pszichiátriai-neurológiai ágy. Ráadásként ehhez jött még *66 ezer közfeladat-ellátásos* finanszírozású ágy kezelése, amelyek nagy részét nem beteg, de gondoskodásra szoruló öregek foglalták el. Mindezt az óriási egybeszervezési feladatot minden többlet-ráfordítás, vagy egyetlen orvos vagy nővér felvétele nélkül – az ellátások ellentételezésének teljes átszervezése mellett – hajtották végre. Az orvosok zöme közalkalmazottá vált.

Egyes elemzői vélemények szerint egyrészt a Beveridge-jelentés nem egy könnyen megvalósítható tervezet volt, hanem politikai platform, melyre még annál is radikálisabb lépések épültek<sup>180</sup>. Másrészt a brit elemzők szerint feltűnő, hogy a háború utáni brit szociális reformprogramnak kevés, de inkább semennyi hajlandósága sem volt a pártok között konszenzusra<sup>181</sup>.

### II.2.1.c. A szervezet RIVETT szerint III.A és III.B ábra (1948)<sup>182</sup>

Rivett ábrája szerint, lásd **III.A. és III.B ábra**, a nagypresztízsű oktató kórházakat az egészségügyi miniszter által kinevezett és közvetlen neki felelős kormányzó testület igazgatta. Habár a saját helyzetüket nem tartották privilegizálnak, az elit kórházaknak nyújtott támogatások a többi kórház szemszögéből kivételezésnek tüntek. A szakmai elitet a fentiekén túl körbeudvarolták nagyvonalú tiszteletdíjakkal, a visszavonulást segítő érdemrendekkel vagy éppen az NHS kórházakban fizetős ágyak fenntartásával, vagy akár a privát praxisnak az NHS munkával kombinálása lehetőségével.

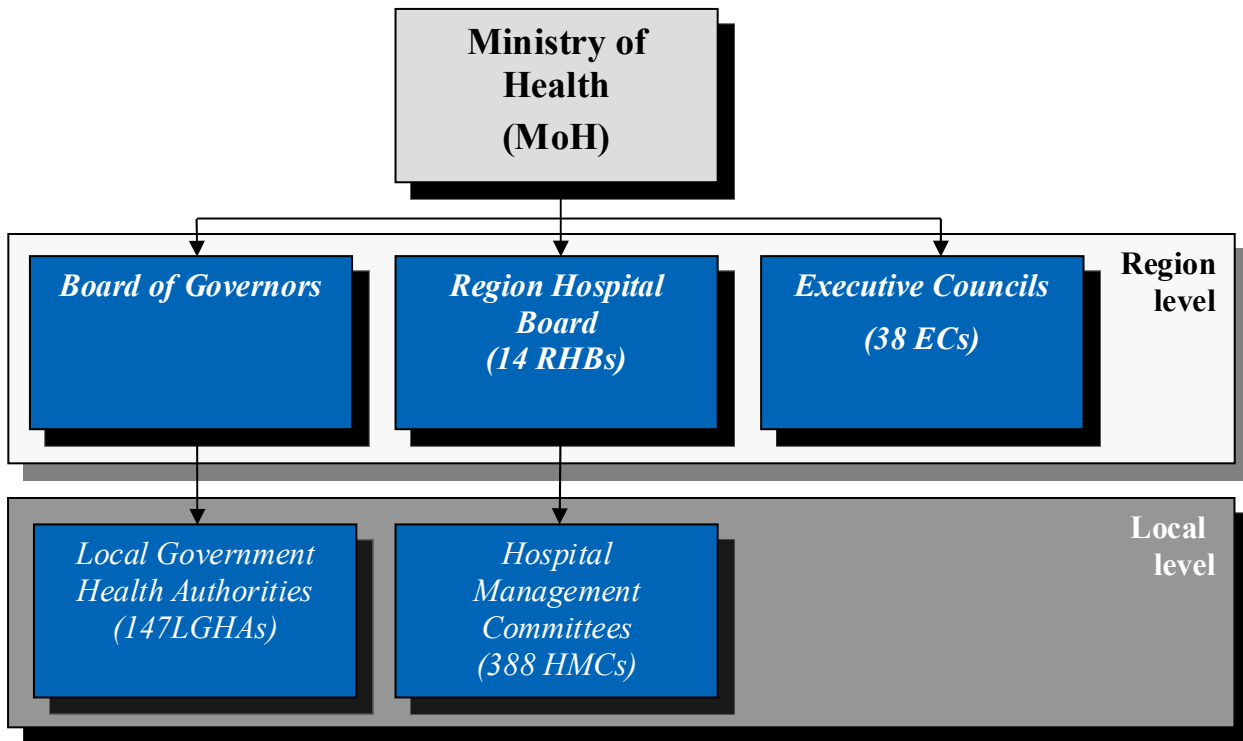
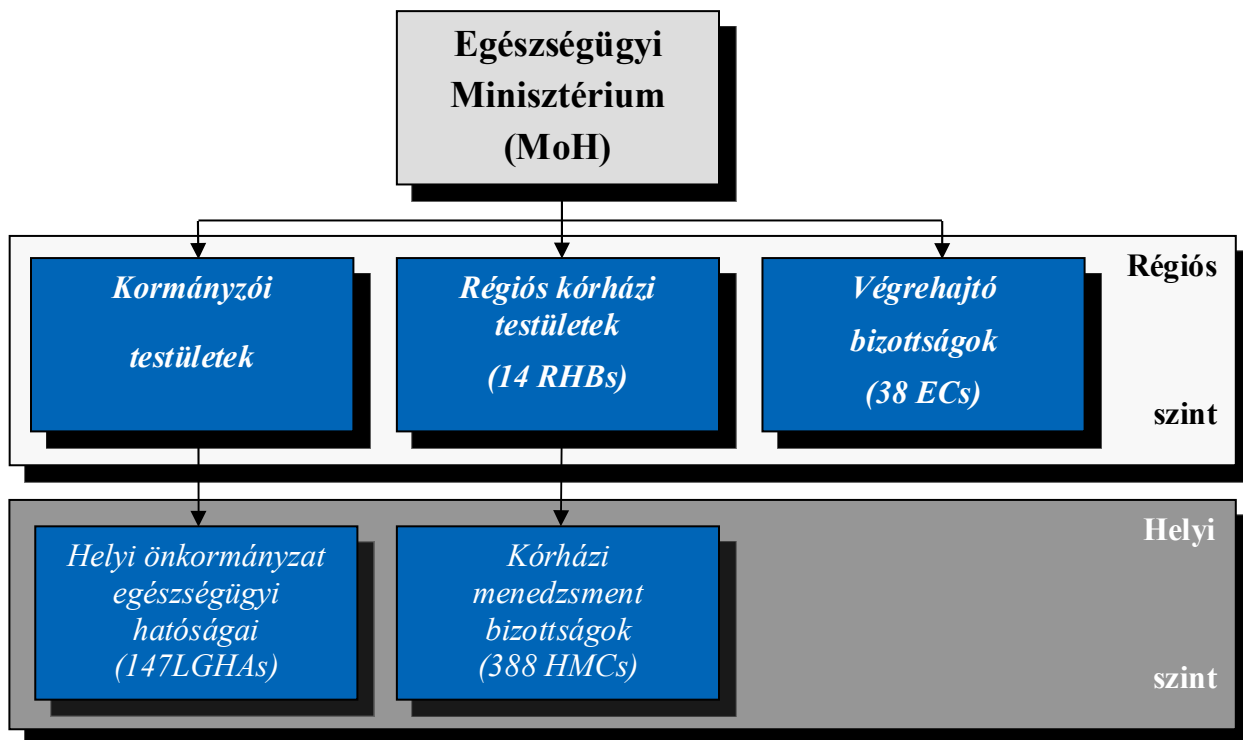


Fig. II.A. The System of the NHS in England 1948, HAM (1999)



II.B. ábra Az NHS rendszere Angliában 1948, HAM (1999) után

Mára úgy tűnik, hogy *BEVAN taktikájának szerves része volt az orvosi elit – a legjobb szakorvosok, akiknek zöme ezekben az oktató kórházakban praktizált – leválasztása és megnyerése.* Az elképzelés visszatekintve is sikeresnek tűnik.

Eltételezve a szakorvosi elitnek biztosított engedményektől, a szakorvosok inkább a hajlottak az NHS kebelén belül megtalálni az elképzeléseiket, mint házi orvos kollégáik. Többségük hitte, hogy a teljes körű állami egészségügyi rendszer sokkal hatékonyabb és eredményesebb lehetőségeket teremt egy technikailag fejlettebb ellátáshoz. Velük szemben a házi orvosok a várható előnyökhöz képest sokkal inkább az önállóságukat helyezték előtérbe. Ezek a különbözőségek képeződtek le a házi orvosokat képviselő (és BEVAN tervét legkeményebben ellenző) BMA, és a különböző szakorvosi csoportok érdekképviselőjét ellátó (és a kormányzat elképzeléseit gyakran támogató) Royal Colleges álláspontjaiban.

A BMA az utolsó percben, a kicsikart számos kormányzati engedményt követően adta csak meg – megismételt titkos szavazás eredményeképpen – a tagjai részére a hozzájárulást, hogy elfogadjassák az NHS szerződési ajánlatát. A királyi szakmai kollégiumok szeniorjai – mint pl. a királyi belgyógyász kollégium elnöke: *Lord MORAN* – a színpad mögött sokat közvetítettek a kormányzat és a házi orvosok között<sup>183</sup>. Egyik tipikus segítése volt, hogy – két másik elnök közreműködésével – érvénytelenítette az 1946. decemberi ad hoc gyűlés '252:17-es' döntését – megnyitva ezzel a lehetőséget a további tárgyalásokra.

### **II.2.3. Aneurin BEVAN (1897-1960)**

BEVAN-t, aki HONIGSBAUM értékelése<sup>184</sup> szerint „csak” jókor járt jó helyen, fölösleges utólag kisebbiteni. Mára már kétségtelen, hogy az ő elképzelése valósult meg, az ő tehetsége és stratégiája tette lehetővé azt a politikai megegyezést, amely egyrészt az NHS felemelkedését megalapozta, másrészt létrehozta az alapítást követően vagy három évtizedig fennálló – fentebb vázolt – igazgatási struktúrát.

*A kortárs véleményél retrospektíve sokkal sikeresebbnek látszó alapítás* után 1951. januárban Bevan megkapja a Munkaügyi Minisztérium vezetését, majd 1951. áprilisban a fogászati kezelés és a szemüvegköltség hozzájárulásának bevezetése miatt egy minisztertársával együtt kiválik a kormányból. Ezekkel a lépésekkel ugyanis vége Nagy-Britanniában a mindenre kiterjedő és teljesen ingyenes egészségügyi ellátásnak. Az új miniszter sincs tovább hivatalban, és Bevan távozásával hanyatlik a minisztérium befolyása. A kiváló minisztertárs a későbbi miniszterelnök: Harold WILSON.



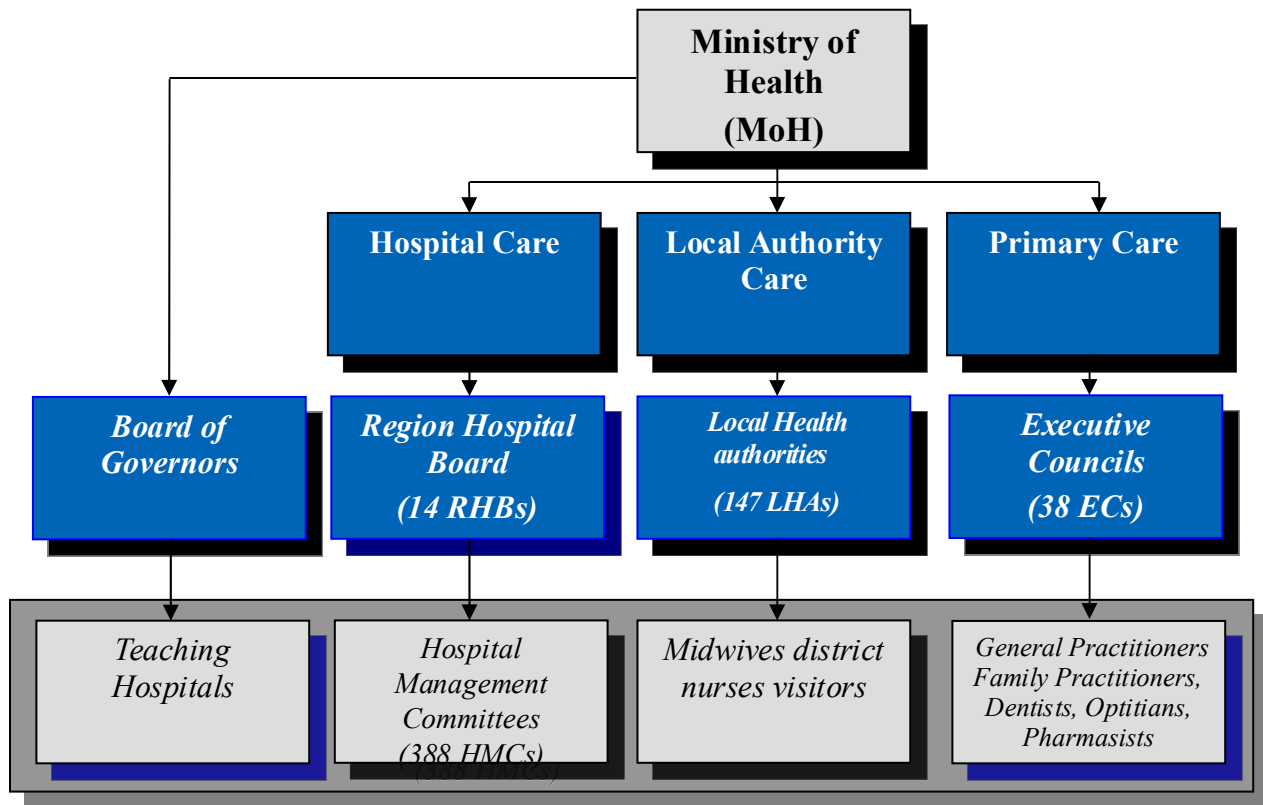
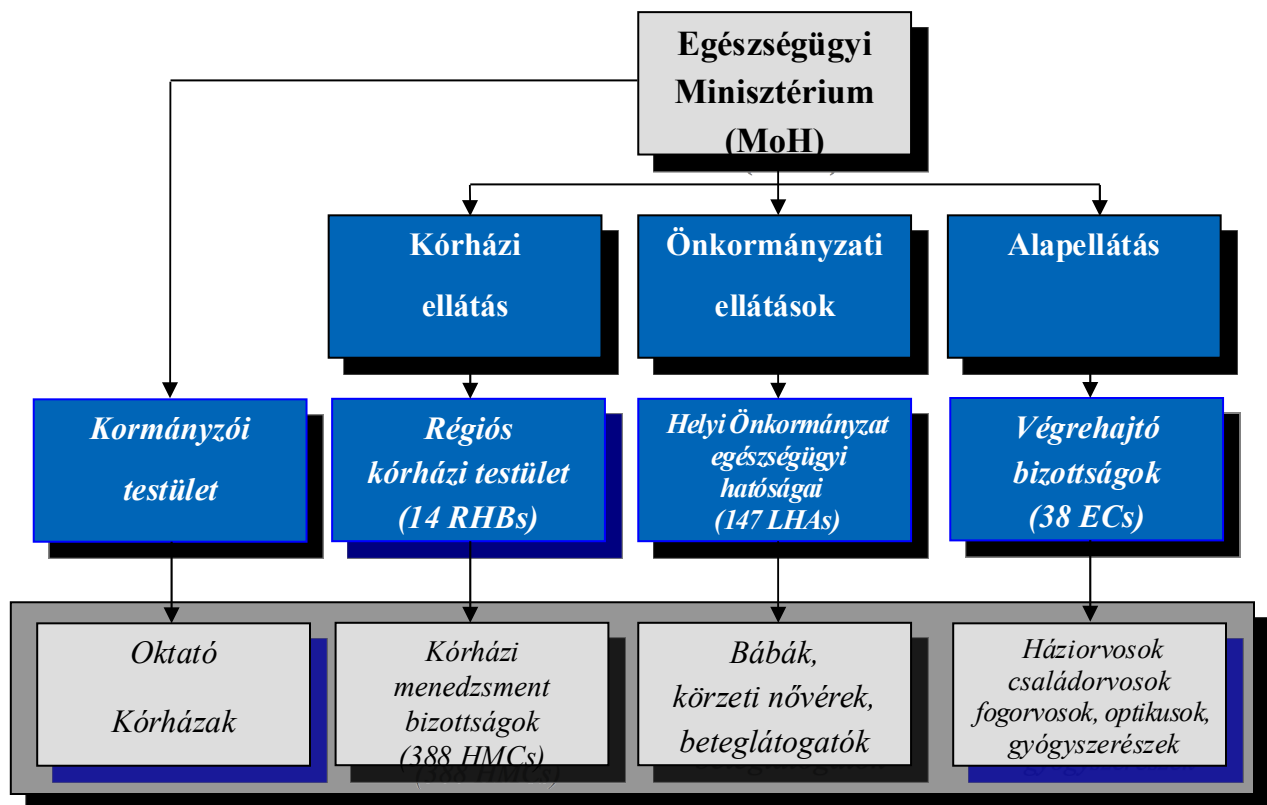


Fig. III.A. The NHS in England 1948, RIVETT (1998)



III.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 1948, RIVETT (1998) után

Itt jegyzem meg, hogy a lemondókkal egybehangzóan, KORNAI-EGGLESTON (2004)<sup>185</sup> szerint, mint *etikai posztulátum* hibás a jóléti szektor bármilyen reformja melletti érvként arra hivatkozni, hogy „nincs elég pénz”, „üres az államkassza”, „súlyos a költségvetési hiány”. Ha netán a gazdaság egészséges fejlődésének eredményeképpen megszűnik a költségvetési deficit, – teszi fel a kérdést KORNAI – akkor már nem is lesz szükség a jóléti szektor reformjára? Sőt, akkor vissza lehet fordítani azokat az intézkedéseket is, amelyeket a pénzszükére hivatkozva hoztak?

Ismertettem az NHS első évének néhány adatát, melyek az ingyenessé vált ellátások megrohamozására utaltak. Álljon itt a különleges következményű adat: a természet az 1944-es évre becsült 1 millió £ kiadásáról az NHS első teljes évében 22 millió £-ra tornászta fel magát. Bevan a szemüveg-felírás költségtérítésessé tétele miatt mondott le – sokan ezt a hihetetlenül megnövekedett költségek miatt elkerülhetetlennek is tartották<sup>186</sup>. A szemüveg-vény felírási díj csak egyik része volt a meglendült NHS költségek korbácsoló Gaitskill drákói költségvetésének.

Az 1951-es októberi parlamenti választásokat *a konzervatívok* nyerik, akik, bár támogatják az NHS-t, *érdekeltek az emelkedő költségek* – különösen a gyógyszerkassza hiányainak – *visszafogásában*.

1952-ben írt visszaemlékezésében BEVAN<sup>187</sup> azt állapítja meg, hogy „az egész társadalom egészségesebb, békésebb és lelkében kiegyensúlyozottabb, ha a polgárok tudatában ott van, hogy nem csak nekik, de valamennyi polgártársuknak, ha megbetegszenek, lehetőségük nyílik az elérhető legjobb minőségű orvosi ellátásra”.

## II.2.4. Összefoglalás (1948)

1948-ra tehát az NHS mindenki által elérhető, mindenre kiterjedő egészségügyi ellátást biztosított, tekintet nélkül arra, hogy az ellátás nyújtásának pillanata a kedvezményezett milyen anyagi körülmények között találja.

Ezzel megvalósult a nemzeti kockázatközösség, amely egy olyan szolidaritás elvű kockázatközösség, amely mindenre kiterjed, azaz az állampolgár, aki képes a teherviselésre, semmilyen körülmények között nem maradhat ki belőle, és az egyéni kockázatok „a teljes populáció szintjén porlasztódnak<sup>188</sup>”.

A tény, hogy a szolgáltatás államivá vált, csak fokozta annak a lehetőségét, hogy az ellátásokhoz magas színvonalon jussanak hozzá. Az újonnan alakult NHS a szolgáltatások széles spektrumát hozta a kedvezményezettekhez közelebb. Az Egészségügyi Minisztérium közvetlen felügyelete egy tervezett, koherens és integrált ellátásrendszert teremtett meg. Végezetül ez az adózás alapú egészségügyi szisztéma egyből a kincstár vigyázó felügyelete alá került. Ez a rendszer együtt: biztosította, hogy az NHS a világ egyik legköltséghatékonyabb egészségügyi rendszere legyen.

A létrehozott rendszer titka nemcsak a társadalmi összefogás, nemcsak az ötlet kiválósága, hanem, amint ezt a **3. sz. táblázat** mutatja a mindezek mögött meghúzódó egyszerű matematika is<sup>189</sup>:

<b>3. sz. táblázat</b> <b>Az egészségügy forrásai Angliában 1938-45 között, WEBSTER (2002)</b>			
<b>Források (Millió £-ban)</b>	<b>1938/9</b>	<b>1944</b>	<b>1945</b>
Társadalombiztosítási járulékok	11,2	35,7	35,7
Központi adók bevételei	3,0	48,3	103,3
Helyi adók bevételei	40,3	48,0	6,0
Önkéntes források	11,5	-	-
<b>Összesen</b>	<b>66,0</b>	<b>132,0</b>	<b>145</b>

A táblázat az egészségügyre fordítható források növekedését mutatja az adományok teljes kiesése, és a helyi hozzájárulások mértékének jelentős csökkenése mellett. Az egészségügyi kiadások egyenletesen nőttek az alapítást követő években. Növekedésük mértéke bőven meghaladta a Parlament elé került becsléseket<sup>190</sup>.

## **II.2.5. Kitekintés (1948–)**

Az 1948-ban létrejött intézmény, az NHS, különösen azon generációk körében, akik az előző szisztéma alatt éltek, majd az ezt követőknek, melyek a jóléti állam doktrína kezdetén nőttek fel, általános népszerűségnek örvendett. E popularitás ellenére az NHS számtalan problémával kellett szembesülnön, és ezeknek nem mindegyikét oldotta meg eredményesen. A fejezet elején hivatkozott Charles WEBSTER e problémákról és kihívásokról több, köztük többkötetes monográfiát írt az elmúlt két évtized alatt<sup>191</sup>. Az 1970-es évek végére a helyzet oly súlyossá vált, hogy az intézmény fontos eredményei is kétségessé váltak. A folyamatos krízishelyzet, mely hovatovább folyamatosan jellemezte az NHS-t, áthúzódott a '80-as és a '90-es évekre is<sup>192</sup>. Néhány a felmerült problémák közül az alapításkori helyzetben – az akkor tett engedményekben – gyökerezett, néhány az alapítói akaratot kellett, hogy megtörje. De sok új probléma is merült fel, válaszkényszerek az új kihívásokra és az emelkedő szintű elvárásokra. *(A legújabb problémakört BAGGOTT (2004) az elfuserált reformkísérletek és a szolgálat újraszervezése címszó alatt foglalja össze.)*

Mint azt a bevezetőben is jeleztem, az Egyesült Királyság bonyolult közigazgatási rendszere elsőként nyomja rá a bélyegét az NHS-re. Már az alapításkor is csak Anglia és Wales területére szervezik meg a szolgálatot. A disszertációban a későbbi átszervezések közül viszont már csak az Angliát érintők kerülnek ismertetésre.

### **II.2.5.a. Az alapításkori szervezet összefoglalása HATVANI szerint (1948)**

A II.2.1. a., b., és c., pontokban bemutatott szervezeti ábrák, tehát BAGGOTT, HAM és RIVETT CSAK egy-egy, fontos szempont szerint mutatják be és értékelik az NHS alapításkori szervezetét.

Ábrám, a IV.A és IV.B ábra nem ad hozzá a három brit kutató különböző ábráiban bemutatottakhoz, csupán egy ábrában foglalja össze azokat.

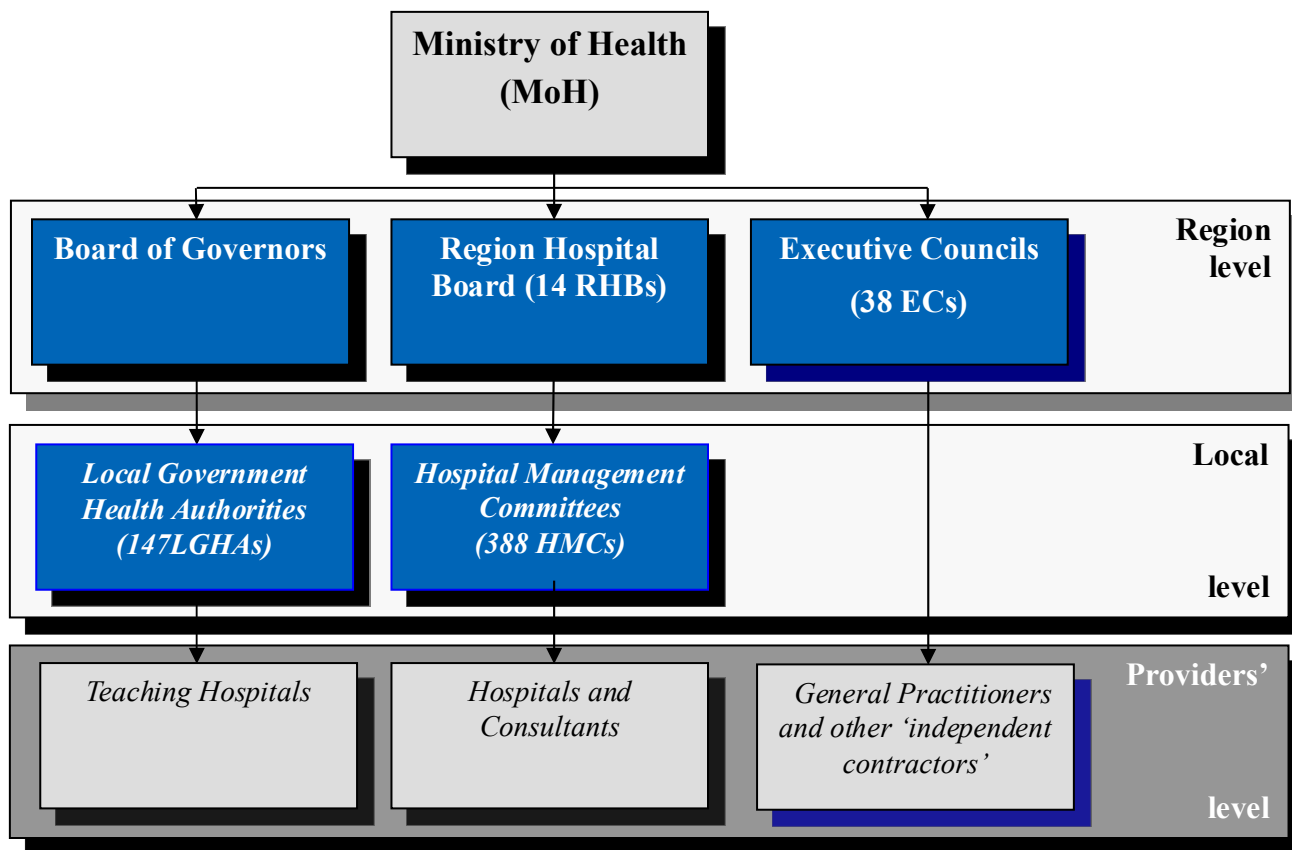
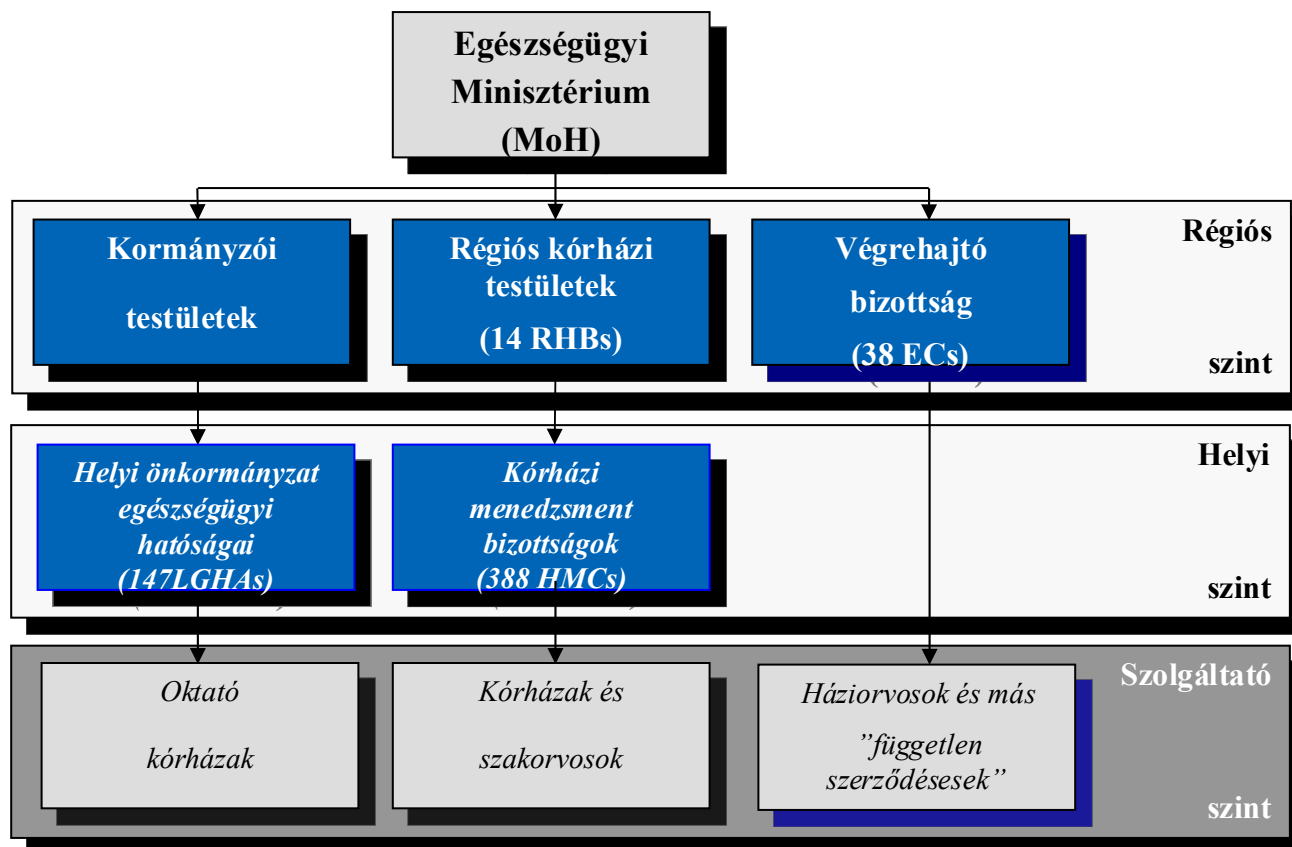


Fig. IV.A. The System of the NHS in England 1948, HATVANI (2009)



IV.B. ábra Az NHS rendszere Angliában 1948, HATVANI (2009)



## III.

# AZ ELSŐ MUNKÁSPÁRTI ÁTSZERVEZÉSIG

### III.1. A jóléti állam ideája (1948–2000)

A jóléti állam egyik alapos definícióját a hazai tudományban CSABA-TÓTH (1999) adta. Az alapos leírás szerint<sup>193</sup> a terminus az angolszász irodalomban TEMPLE yorki érsektől (1941-42) ered. Bár a XIX. sz. hetvenes éveiben a német szociáldemokraták használták „Wohlfahrstaat” fogalmat, az első definíciója a történész BRIGGSTÓL, 1962-ből származik. Az ő meghatározásában a jóléti állam olyan állam, amelyben a szervezett kormányzati hatalom tudatosan kerül alkalmazásra (a politikán és az adminisztráción keresztül), abból a célból, hogy a piaci erők játékát befolyásolják. A jóléti állam politikai stratégiai elemei:

- a piacgazdaság körülményei között működik, nem célja a magántulajdonon nyugvó piacgazdaság felszámolása, csupán annak módosítása és szabályozása
- az állami beavatkozás olyan formáját képviseli, amelynek keretében az állam viszonylag direkt eszközökkel törekszik egyes szükségletek kielégítésére,
- speciális redisztribúciós célokat követ,
- stratégiája különbözik a jóléti szolgáltatások nem állami formáitól, és a tradicionális szegénypolitikától abban az értelemben, hogy a jóléti szolgáltatás kötelező, kollektív és nem diszkrecionális.

Amint ezt TIMMINS<sup>194</sup> megállapítja, a „Jóléti Állam” ideája a konszenzus magas fokát hozta akcióba az Egyesült Királyságban. Egyértelműen kedvező trendek testesültek meg a jóléti állam intézményeiben és szolgáltatásaiban. *A pártok közti különbségek nem jelentek meg markánsan az NHS értékelésében.* Az 1948 utáni választások során a konzervatívok nem győzték hangoztatni, hogy az NHS továbbépítésére, javítására további hiteleket kívánnak biztosítani, és a jóléti rendszer biztos kézben van náluk is.

FRASER<sup>195</sup> elmés paradoxona, hogy később is, a gyakorlatban sokszor előfordult, hogy *a munkáspárt és a konzervatívok eltérő alapról kiindulva, és homlokegyenest különböző*

*célokot tűzve maguk elé (sic est), azonos következtetésre vagy cselekvésre jutottak az egészségügyet illetően.*

Még a *konzervatívok* ultra szárnya is úgy értékelte, hogy a Welfare State a gazdasági és szociális kohézió jelentős szegmensét alkotja. Bár ösztönösen az egyéni tartalékképzés és a szabad verseny megoldásait részesítették előnyben, de a jóléti megoldások szubszidiáriusan beszivárogtak a rendszerbe az évek során. Azokra a helyekre, ahova a szabad verseny nem kínált megoldást. Tehát a konzervatívok is – a lelkesedés különböző mértéke mellett és eltérő időpontokban – elfogadták a jóléti államról, hogy a brit társadalom jellemzője, mely megőrzendő és fejlesztendő.

Természetesen a *munkáspárt* a jóléti állam kérdését mindig sajátos pozícióból közelítette meg. Sosem felejtették el hangoztatni kettős érvüket, hogy egyrészt munkáspárti kormány alkotta meg az alapszabályozást, másrészt ez a szabályrendszer nem csak az NHS-ről szólt, hanem annál jóval több, komplex rendszert alkotott. Frazeológiájukból nem tűnt el az azonos lehetőségeket és esélyeket biztosító rendszernek egyfajta „Új Jeruzsálem”-ként értékelése sem.

Idővel aztán a jóléti állam szembe találta magát az általánosság vagy szelektivitás alternatívájával. A két párt gondolkozásának *sajátos konvergenciája* valósult meg. A munkáspárt – főleg finanszírozási okokból – belátta, hogy egyes esetekben teret kell engedni a szelektivitásnak és az öngondoskodásnak, míg az ezt fetiszizáló konzervatívok elfogadták a politikai realitást, hogy az univerzalitás legtöbb eleme szükségszerű, elfogadandó.

Mindezeket szellemesen *illusztrálta az 1970-es* parlamenti választások körüli helyzet. Bár a két rivális két különböző platformmal<sup>196</sup> indult a választási hadjáratba, a kormányzópárt-váltást hozó választások utáni megoldás jobban hasonlított a kormányváltás előtti rendszerhez, mint a két konkurens választási program bármelyikéhez.

*A politikai konszenzus gyakran nem jött létre, a gyakorlat konszenzusa viszont biztosan fejlődött ki magától.* A példák ismertek.

A vizsgált időszakban mind a két párt egyaránt:

- vezetett be az NHS ellátásokhoz kapcsolódó térítési díjakat,
- keresetarányos hozzájárulásokkal és ellátásokkal törte meg az egységes díjak beveridge-i alapelvét,
- egyéb bevételi források kreálásával (pl.: National Insurance Contributions) gyengítette a beveridge-i modell biztosításmatematikai alapjainak érvényesülését,
- gazdasági válság beköszöntekor szükségesnek látta sürgős revízió alá vetni a jóléti ellátások körét.

A jóléti eszmét számos (kulturális, materialista, feminista, posztmodern és komparatív) kritika is érte<sup>197</sup>. A jóléti eszme filozófiai, ideológiai kritikái teoretikus alapul szolgáltak a jóléti állam berendezkedésének és egyes intézményeinek, valamint azok tevékenységének politikai és ökonómiai kritikáihoz /V.ö.: IV.1. A jóléti állam kritikái (1968–) /.



*A kulturális jólét BENZEVALL-i kritikája*<sup>198</sup> hiányolja, hogy mivel jelentősen megváltoztak a módok, amelyekken a jóléti szolgáltatásokat nyújtják, az új szükségletek új elvárásokat teremtettek. Példaként említik a nők, a feketék(*sic!*), az etnikai kisebbségi csoportok, a rokkantak és az idősek külön igényeit. Ezek gyakran mondanak ellent az uniformizált ellátásoknak. Pl. sokaknak, akiknek nem anyanyelvük az angol, az ellátás során tolmácsra van leginkább szükségük.

*A materialista kritika* a dolgozó emberek ('working class') szükségleteire és az igényeire fókuszál. „Egyre több jóléti ellátás igénye a fogyó pénzügyi lehetőségek tükrében” – a kommentárok már az 1980-as években növekvő krízist detektáltak.

A probléma leírása HAYEK<sup>199</sup>-nek nem volt bonyolult: a kereslet és a kínálat görbéje nem találkozott. A kritikusok ezen új nemzedékét nevezik „új jobboldali kritikusok”-nak”.

*A feminista kritika* a kezdetektől fogva megkérdőjelezte a feltevést, hogy a nőknek – tekintettel a nőkre vonatkozó eltérő szabályozásokra vagy a nem azonos munka- és fizetési lehetőségeikre – egyenlő hozzáférésük és jogaik lennének akár a jóléti ügyekben. Szintén kifogásolták, hogy a formális ellátórendszert kiegészítő informális (pl. családi szociális és egészségügyi) ellátások során a nőkre hagyományosan aránytalanul nagyobb terhek hárulnak. E kifogások nagyban segítették a férfi ápolói szakma elterjedését.

*A jólét posztmodern megközelítése*<sup>200</sup> mindenekelőtt azt kérdeje meg, hogy a jólét vajon mindenkinek ugyanazt jelenti-e? A jólét tradicionális elemeinek változása felvetette a kérdést, hogy a különös, az egyedi igények ugyan hol elégíttetnek ki egy uniformizált rendszeren belül?

*A komparatív kritikára* TITMUSS-nél és ESPING-ANDERSON-nél, valamint a 'mixed economy of health' elméleténél már utaltunk.

### III.1.1. Visszatérő avagy állandó problémák (1948–2008)

Mindezekén túl van *két terület*, ahol mind a két párt miniszterei és programalkotói jelentős szerepet játszottak: változtatásokat generáltak és problémákat oldottak meg – egészen a mai napig bezárólag. Az egyik a kísérletek a *szegénységcsapda feloldására*, a másik a *kiadások felduzzadása* elleni permanens harc.

Ahogy WEBSTER megfigyelte,<sup>201</sup> a „notórius egyenlőtlenségek” közül több olyat, amelyet kétségbe vont a háború előtti egészségügyi rendszer – később az adaptált NHS.

Nézzük meg közelebbről a szegénységcsapda mint *probléma vissza- visszatérésének okait*:

- az alkalmazott eszközök *rész megoldások* voltak, gyakran csak egy-egy kiemelt különös területére, elszeparált jelenségre fókuszáltak,
- a rendszerben – ezt dogmatikailag pozitívan már egyszer értékeltük – *nincsen közvetlen megfelelés* a teherviselők köre és a kedvezményezettek köre között,

- a jóléti állam *egyre összetettebb lett* s így akadtak olyan személyek illetve csoportok, akik miatt a jólét vagy az egyszerű túlélés biztosítása is problematikussá vált.

Ezekon felül szintén mind a két párt hozzájárult azon érzetek elterjedéséhez, hogy a jóléti rendszer *kevésbé ösztönöz*, azaz *csökkenti az egyén motivációját* dolgozni, és így, a saját erőfeszítései útján találni meg a gazdasági felemelkedés útjait. Ezekkel a biztos és kevés feltételű ellátásokkal a rendszer bizarr és tervezetlen következményként olyanokat is a szegénységcsapdában hagyott ellátásigénylőként, akik teherviselők, adófizetők lehettek volna.

### III.1.2. A szociális kiadások emelkedése (1948–1975)

Az egész korszak másik – kormányzó pártoktól független – stabil jellemzője *a szociális jóléti kiadások kérlelhetetlen emelkedése*.

A gondok azonnal jelentkeztek, lásd a **4. sz. táblázatot**<sup>202</sup>.

4. sz. táblázat			
Az NHS kiadásai Angliában 1948 és 1951 között, WEBSTER (2002)			
Kiadások (Millió £-ban)	1948	1949/50	1950/51
Eredetileg tervezett	268,0	352,0	464,0
Realizálódott	373,0	449,2	465,0
Különbség	-105,0	-97,2	-1,0

Az átmeneti stabilizáció idején, 1951-ben az NHS-en keresztül a GDP 4,1%-a került redisztribúcióra.

Mindez nem a komplementer közjóléti ellátásokért felelős ügynökségek fősvénysége, sem a pártok túlzott adakozó-készsége (pl. népszerűségi stratégiai, vagy választási taktikai húzás) miatt. Habár a közkiadásokhoz viszonyítottan is, valamint a GDP arányában is rendszeresen meghatározták – a brit jóléti kiadások növekedése 1948 és 1979 között mindig meghaladta a szigetországi gazdaság egészének növekedését. Azaz a (gyakran egymásra is rálicitáló) kormányzó politikai erőtlől függetlenül folyamatosan nőtt a jóléti állam kiadásainak aránya a GDP-n belül. Pedig gyakran a – bármelyik párt adta – kormányzat került pellengérré a büdzsé jóléti kiadásokkal túlterhelése miatt. A kritikák szerint a szociális redisztribúció aránytalanul nagy helyet foglal el a költségvetésben, és a gazdasági növekedéshez szükséges beruházásokra szánt pénzeket emészt fel.

Persze a jogalkotón illetve *a pártokon kívülálló okok is* közrehatottak a jóléti kiadások masszív emelkedésében. Ezek közül a legkézenfekvőbbek a *demográfiai okok*. A korszak mindkét végén számos indoka akadt a kiadások növekedésének. Ezeket FRASER (2003)<sup>203</sup> az alábbi csoportokba osztja:

- periodikus 'baby boom'-ok (demográfiai ok),
- az életkor-kilátások javulásának költségnövelő hatása (demográfiai ok),

- új, költségesebb kedvezményezett csoportok megjelenése (demográfiahoz kapcsolódó),
- a társadalom demokratizálódásának költség-generáló hatása,
- a bürokrácia önépítő és öngazoló tevékenységének hatásai.

A háború utáni és a 60-as évekbeli *'baby boom'*, azaz születésszám-megugrás alaposan megnövelte a gyermekjóléti ellátások (majd az oktatási támogatások) költségeit. Az *életkor-kilátások javulásával* párhuzamosan természetesen nőttek a nyugdíj- illetve a gyógyszerkassza-kiadások is.

A mindenkire kiterjedő jóléti rendszerben új, költségesebb kedvezményezett csoportok jelentek meg. Néhány ezek közül ismeretlen jelenség volt, illetve nem megfelelően kezelte őket a Beveridge-típusú rendszer. Ezek közül említeném az egyszülős családokat, az egyedül élő elváltakat, a – mára szingliként elhíresült – nőket, akik nem kívántak többé egy férj függelékeként élni, az egy-keresős és az alacsony jövedelmű családokat.

Az ún. *demokrácia költségei* karöltve jelentkeznek a városi életforma egészségromboló hatásaival, és a tudomány s technika betörésével az egészségügybe. Ez az időszak még nem tesz megkülönböztetést az egészség és az annak hiátusaikor szóhoz jutó (Európában rendszerint állami) egészségügy<sup>204</sup> között. A példa szerint a technológiaváltás az egészségügyben még nem generál magától kereslet-emelkedést, amíg nem találkozik megemelkedett igénnyel – és forrással. A demokratikus folyamatok egyrészt a kedvezményezettek biztatják a magasabb színvonalú, mondjuk ki: drágább ellátások igénylésére, másrészt csábítják a pártokat azok megígérésére. Ezen ígéretek megtételekor viszont azonnali megtestesülést követel az egyenlőség és a mindenki általi hozzáférhetőség: azaz rendszerint a NHS-kassza kiadásainak rovására valósulnak meg.

A brit jóléti állam több elemzője rámutat, hogy a folyamatos terjedési és terjeszkedési kényszer a *rendszer bürokratikus* voltából ered. Most itt nem kifejezetten a *The Economist* 1955-ös egyik számában napvilágot látott PARKINSON-cikkre<sup>205</sup>, és az abból később levezetett törvényszerűségekre gondolok, de ne tévesszük szem elől, hogy azonos országról és időszakról van szó.

Az ellátás minőségének javításában és az eredmények elterjesztésében FRASER (2003) itt összefoglalt okfejtése szerint *a szakmai büszkeség vezethette a hivatalnokokat*. A minisztériumok több vezető tisztségviselőjét ösztökölte, hogy a jóléti állam jelszava mögött húzódva meg növeljék a birodalmukat. Ebben az érvelésben tetten érhető a momentum, amely a hozzáférés-szabályozó minisztériumok, valamint az ellátásokat a kedvezményezettek felé szervező ügynökségek ellátás-irányító szerepének megtartását célozta. A folyamatokat részleteiben ismerő hivatalnokok el kívánták távolítani a szűk keresztmetszeteket, hogy az adminisztráció gördülékenyebbé tételével is javítsák a szolgáltatásokhoz való hozzáférést. Az ellátásszínvonal ezen emelése pedig mindig a minisztériumnak a budget-ből való részesedésének növekedését vonták maguk után – így borítékolható volt a bürokrácia erőteljes támogatása – közte a miniszteré, aki a szaktárcája ráhatását kívánta növelni. A fenti jelenségeknek a legkülönbözőbb szakmai részterületeken tett tudományos igényű feltáró

elemzése ugyanezekre az eredményekre vezetett: a folyamatosság mint általános érték, nagyobb bizalom a szelektivitásban, és az egyre növekedő költségek. E körülmények között megérthető, hogy *az NHS olyan intézmény volt, amelyet egy pártnak sem érte meg letámadni.*

Az 50-es években – jórészt az előző évtizedben történt elhanyagolás következményeképpen – az egészségügy kiadásai drámaian megnöttek. Úgy tűnt, beigazolódnak azoknak a félelme, akik szerint *a növekvő egészségügyi költségek* kiszabadulnak a kormányzati kontroll alól, és *akadályozni fogják a gazdasági növekedést.*

## III.2. Kiútkeresések

### III.2.1. A Guillebaud Bizottság jelentése (1955)

Akárhogyan is, egy erre irányuló számvevő vizsgálat, a GUILLEBAUD Bizottság 1955-ös jelentése megállapította, hogy a kiadásnövekedés jelentős részben az inflációból ered (*Úgy tűnik, hogy a bürokrácia – mint később annyi alkalommal – sikeresen megvédte az érdekeit*). A bizottság arra a váratlan következtetésre jutott, hogy a *nominálisan növekvő egészségügyi kiadások* a GDP egészének szempontjából relatíve tekintve valójában – *értékükben estek*. A bizottsági jelentés a kérdés új megközelítési módjait tárta fel, bemutatva, hogy a szociális kiadások kapcsolatban állhatnak mind az inflációval, mind a gazdasági növekedéssel – s nem csupán primer monetáris mutatók.

Az 1956-ban nyilvánosságra hozott GUILLEBAUD-jelentés<sup>206</sup> csillapította az egészségügy növekvő költségei okozta maradék vitákat, és az NHS az 50-es évek végén és végig a 60-asok alatt meghúzódhatott a politikai holtágban. Ez egy olyan konszolidációs periódust eredményezett, amelyben az 1948-as alapítás erősségei és gyengeségei egyaránt meggyökeresedtek a gyakorlatban. Nyilvánvaló hibái ellenére – végig nem került sor a trichotómikus struktúra reformjára, és a betegségmegelőzés módszereit és gyakorlatait is mellőzte a rendszer. Mindezek ellenére az NHS valóban egy *nemzeti gyógyító szolgálattá* vált, amely kiadásainak 70%-át közvetlenül a gyógyításra illetve akut ellátásra fordította.

Richard TITMUS és Brian ABEL-SMITH – akik szerint az NHS ne más, mint szegényes ellátások szegény embereknek<sup>207</sup> – rámutattak, hogy a feszültségek hátterében az NHS relatív bevételecsökkenése áll, ami a GDP arányban fejezve ki 1949-50-es 3,75% -ról az 1953–54-es 3,25%-ot jelentett<sup>208</sup>.

A szakirodalom 'national sickness service' definíciója kiemeli, hogy nem az egészségről, sem az egészségügyről, hanem ezen időszakban kizárólag az elsősegély-feladatok ellátásáról és a gyógyításról szólt az NHS feladatköre. Ebben a kiadásszerkezetben és feladatkörben a kórházi ellátások szintjeire és disztribúciójára kellett szakmai és politikai figyelmet szentelni.

### III.2.2. Az ambiciózus Hospital Plan (1962)

A később a nevével fémjelzett jelentést Enoch POWELL egy minisztériumi titkárral és a nemzeti főorvossal együtt írta. A Terv központosított, nagyméretű *általános kórházak nemzeti rendszerének* létrehozását tűzte ki célul. A centralizált egységekben mind az orvosok, mind a kedvezményezettek a legmodernebb gyógyítási lehetőségekhez juthattak volna hozzá. A Tervezet több körülményt nem vett figyelembe:

- nem illeszkedett a nem is olyan rég létrehozott NHS rendszeréhez,
- a helyi szintek heves ellenállását a javasolt kórházbezárásokkal szemben,
- az új kórházépületek megépítésére kiírt közbeszerzési pályázatok teljes kudarcát.

A tervezet megvalósulásával párhuzamosan – önkormányzati segítséggel – tervezett időskorúak és elmebetegek támogatási rendszere az alaptervekkel együtt vérzett el.

Az 1962-es kórházterv volt az első próbálkozás, amely szisztematikusan az akut ellátások megszervezését tűzte ki célul. A terv ismertette a minden 100-150 ezer fő közötti populáció részére a 6-800 ágyas *kerületi általános kórházak (district general hospitals – DGHs) hálózatát*.

A Terv után elkészített *kórházépítési program* során *több* teljesen új DGH épült fel, de – inkább a kisebbek. A nagyobb DGH-eket el sem kezdték, az elképzelés átváltozott a helyi kórházakat kiegészítő kórházak építésévé<sup>209</sup>.

Ennek ellenére jelentős változások indultak be: megváltozott a kórházakban az orvosi vezetés formája, a fiatal orvosok több időt töltöttek továbbképzésekkel, a szakorvosok nagyobb szerepet vállaltak a szolgáltatás megszervezésében (a specializáció amúgy is a szakorvosok nagyobb kooperációját kívánta)<sup>210</sup>.

Az ellátás rendjének csiszolódása az akut ellátásokban azt eredményezte, hogy több beteget lehetett ellátni kevesebb ágyon. Az orvostudomány és a technológia fejlődése az egészségügyi ellátásokban további ellátási idő rövidülést eredményezett.

### III.2.3. A vényfelírási díj kérdése (1952–70)

A munkáspárti *Harold WILSON* (Már említettük, az optikus-fogtechnikus díjának részleges térítése miatt Bevannal együtt lemondó miniszter) az 1964-es kormányra kerülésekor megörökölte a *kórházépítési programot* – melyet tovább szándékozott vinni. Ez a program továbbra is masszívan fenntartotta a költségnövekedési trendet, a gazdasági válság és a 60-as évek második felének kiadás-visszafogása ellenére. A munkáspárt továbbra is félreérthetetlen jelét adta, hogy felfogása szerint a polgárok egészsége a nemzeti vagyon körébe esik.

Az 1960-as években a konzervatívok által *bevezetett (1952) receptdíj* kérdésköre illusztrálja legjobban a munkáspárt problémáit. A receptdíj ugyanis az egészségügyben történt „*tory dúlás*<sup>211</sup>” (1951 októberében és 1955-ben a választásokat a konzervatívok nyerték) szimbólumává vált, és a választási manifesztumában a munkáspárt annak eltörlését ígérte.

Az ígéretnek megfelelően a receptdíj 1965-től eltörlésre került, hangoztatva, hogy ezzel 'visszatértek a 48-hoz', az ingyenesség bevani alapelvéhez. Bár végig az '50-es és a '60-as években a kormányzatok BAGGOTT (2004) szerint „zárt ajtók mögött”<sup>212</sup> elő-elővették a járulék alapú rendszert, a vizit- vagy a konzultációs díjat a GP-knél, illetve ellátási- vagy napidíjat a kórházakban. A teljes időszakban ugyanis masszívan nőttek az egészségügy költségei, bár időnként versenyezni kényszerültek a forrásokért, olyan más szociális kiadásokkal, mint az oktatás – és nem mindig értek el sikereket<sup>213</sup>.

Akárhogyan is, a Wilson-kormány nem kezelve eredményesen a gazdaság alulteljesítésének gondjait, s 1967-ben a fontot le kellett értékelní. Ennek nyomán a kormányzat a költségvetési politika jelentős szigorítására kényszerült. A frissen eltörölt receptdíjat 1968-tól újra bevezették.

### **III.3. Az „első menedzsmnt reform” és átszervezés<sup>214</sup> (1975)**

A munkáspárt – *Richard CROSSMAN* szenior miniszter egyik osztályának *előkészítésében* – már 1968-70 között hozzáfogott az egészségügy és a szociális ellátások rendszerének – ezen belül az NHS – a szervezeti reformjának előkészítéséhez. A Munkáspárt maga is elkezdte az elképzelések egyeztetésének folyamatait a közszolgálat, a helyi önkormányzati rendszer és: az NHS átalakításához. A lassan összeálló reformcsomag bevezetésével a politika kivárt – így az teljességgel meghiúsult a munkáspárt 1970-es választási veresége miatt.

Az egyetlen változtatási javaslat, aminek végrehajtását CROSSMAN végig is tudta vinni, az 1968-as SEEBOHM-jelentés, amely *egységes és koherens szociális ellátási osztályok* létrehozását javasolta *a helyi önkormányzatoknál*. Ennek két eredménye, hogy biztosították a szakmai továbbképzést, és a személyes szociális ellátásokat valójában egységes helyi önkormányzati felügyelet alá helyezték.

Az Edward HEATH vezette konzervatív kormány sokat továbbvitt Crossman elképzelési közül. 1970 előtt és után amúgy is gyakran hivatkoztak ezekre az ötletekre mint a jóléti konszenzus evidenciáira.

Egyes evidenciákban nemcsak Angliában, de más országokban is egyetértettek. A '70-es évek közepe sok helyütt a reform, az egészségügy (át-)szervezésének ideje volt. A törvényhozók figyelme nemcsak Angliában fordult az egészségügy felé. A periódus egy rideg gazdasági válságidőszak, amely a közfinanszírozású egészségügyi rendszerekben korlátozásokhoz vezetett, s ezzel egyidejűleg a szolgáltatások iránti kereslet érezhetően megemelkedett<sup>215</sup>. Az időszak a gazdasági expanzió és a teljes foglalkoztatottság végét hozta. Felmerültek a kérdések, hogy a gazdasági nehézségek idején mit és mennyit engedhet meg magának az állam – s megkezdődött a szolgáltatások visszavágása is<sup>216</sup>. A közegészség ügyének a betegségmegelőzéssel kiszélesítése látszott a legköltséghatékonyabb megoldásnak

– habár már felismerték, hogy a tovább élő kedvezményezettek később okoznak kiadást az egészségügynek<sup>217</sup>.

A változtatásra égető szükség volt. Bár a miniszterek megkísérelték újracímezni a kifejejtett csoportok – mint pl. az idősek – ellátásait. Szintén növekvő hangsúly került az ellátásokhoz hozzáférés földrajzi elégtelenségeire. A '70-es években a legköltekezőbb NHS régióban kétharmaddal többet költöttek fejenként az ellátottakra, mint a legkevesebbet költő régióban<sup>218</sup>.

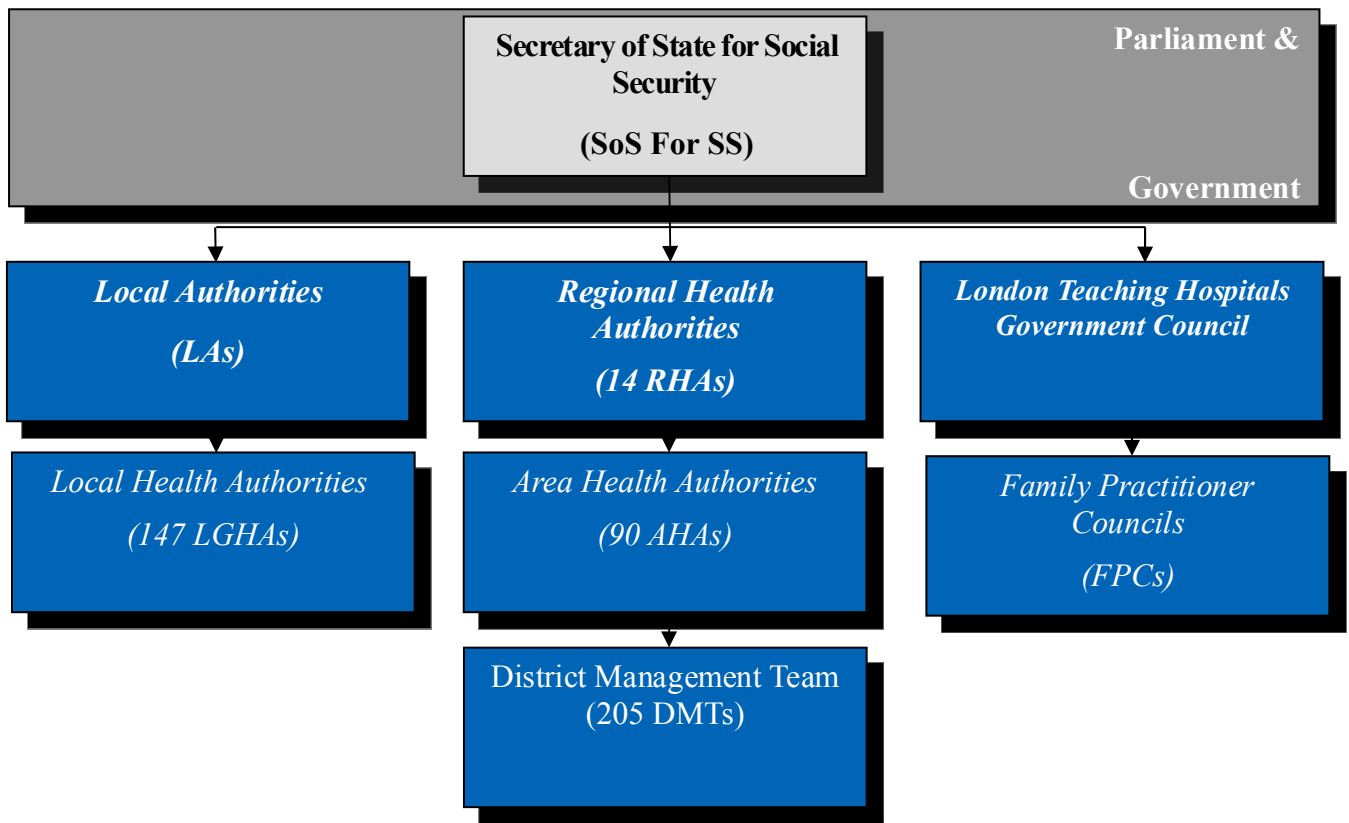
Crossman tory utódja *Keith JOSEPH* lett, aki *a reformokat* végül is *1974-ben bevezette*<sup>219</sup>. Az új komplex rendszer megkísérelte kombinálni a szakmai felelősséget a konzultatív lehetőségekkel, középutat keresett a központi irányítás és a helyi kezdeményezések között. Olyan új regionális, területi és körzeti bizottságokat hoztak létre, melyek idővel hatástalanabbnak és ormótlanabbnak bizonyultak a helyettesített struktúránál. Howard GLENNESTER találó megállapítása<sup>220</sup> szerint „az így létrejött szervezet lett a legbizantinusabb struktúra, amit a brit közigazgatás valaha is látott”. Ez a struktúra már megszületésekor arra ítéltetett, hogy a következő konzervatív kabinet átszervezze.

### **III.3.1. Kórházi napidíj avagy a fizetős ágyak vitája (1974–76)**

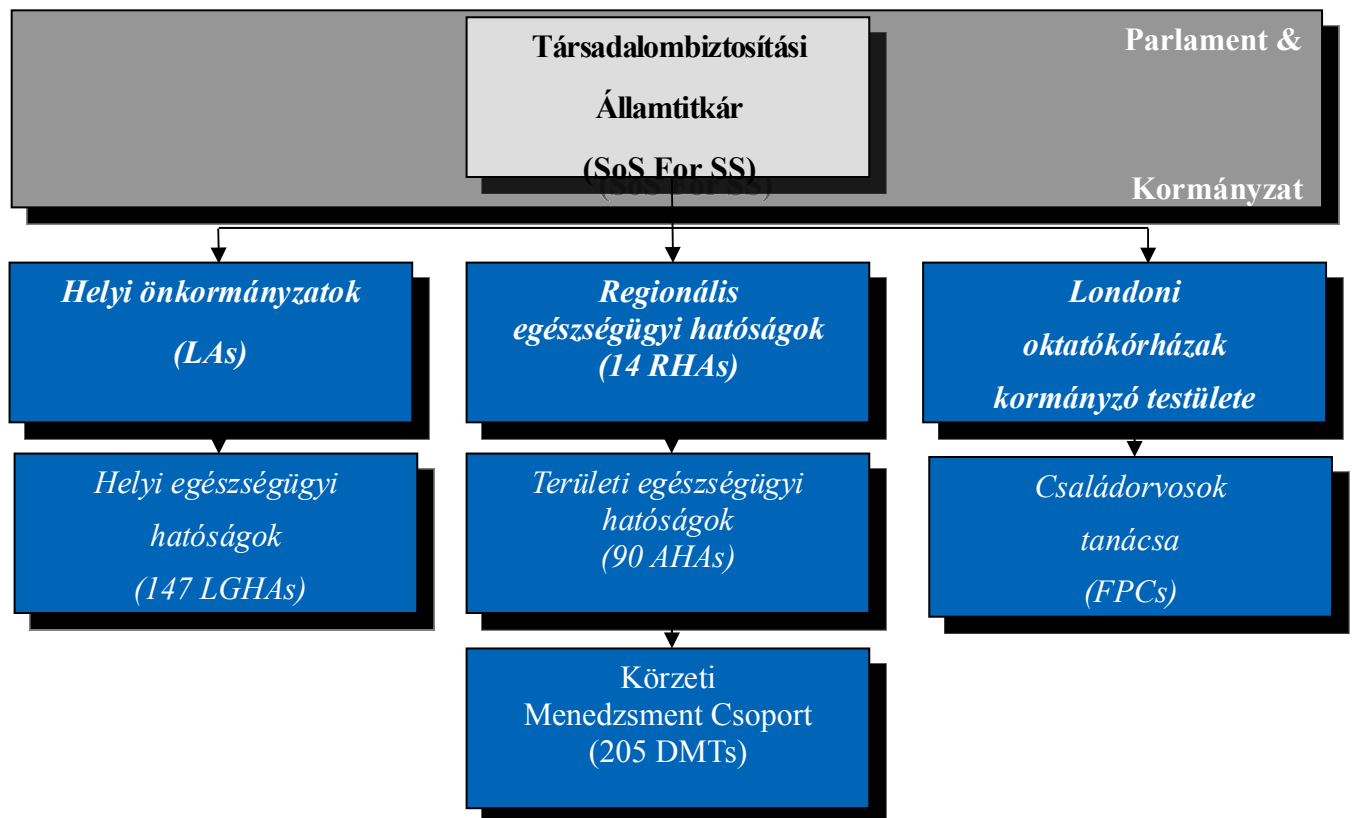
1974 márciustól 1976 júniusáig az indulatokat szító szocialista *Barbara CASTLE* próbált meg egy újabb, a munkáspárt által megbánt *Bevan-örökséget eltörölni*, és fizetőssé (jövedelemtermelővé) tenni (kórházi napidíj) az NHS kórházi ágyakat.

Az 1940-es években az orvosok féltek, hogy a Munkáspárt kizárólagosan vezeti be a teljes idő alkalmazotti orvoslást, megszüntetve ezzel a GP-k függetlenségét. Ez felidézte, hogy Bevan akkor a kórházi szakorvosok felé – megosztó nyomásgyakorlásként - egy különlegesen kedvező ajánlattal fordult. A „fizetős ágyak” és a „várólistán előbbre ugrás” problémái az elkövetkező három évtizedben újra meg újra visszatértek. *Barbara CASTLE* elhatározta, hogy a szakorvosokat erőszakkal kényszeríti választásra: vagy teljes időben a közszektorban, vagy – szintén teljes időben – a magánszektorban dolgoznak.

Elkeseredett „bérezett vagy szerződött”-vita (a hazai viszonyokra alkalmazva inkább az „alkalmazott vagy szerződéses” disztinkció a használatos) vette kezdetét amely némi eredményt hozott a fizetős ágyak kérdésében is. A közel két éves vita eredményeképpen kompromisszumos megoldás született: egy előre meghatározott menetrend szerint fokozatosan megszüntették a fizetős ágyakat az NHS kórházakban.



**Fig. V.A.** *The NHS System in England 1974, RIVETT and WEBSTER*



**V.B. ábra** *Az NHS szervezete Angliában 1974, RIVETT & WEBSTER*



Mindamellettt Barbara CASTLE az orvosokkal szembeni kemény fellépésének lett egy *előre nem tervezett hozadéka* is: a vita jelentős növekedést indított meg az egészség magánbiztosítása terén, és az NHS-en kívüli, azaz egészségügyi magánszektori ellátások látványos megnövekedését hozta.

A megkülönböztetés azok között a szakorvosok között, akik elláthatnak privát betegeket, és azok közt, akik nem tehetik meg ugyanezt, fennmaradt a jövőre nézve is.

### III.3.1.a. Az NHS 1974-es átszervezéssel létrejött szervezete<sup>221</sup> (1975)

Az 1973-as NHS Reorganisation Act *területi és a körzeti* egészségügyi tanácsokat hozott létre. A tanácsok feladata lett a kórházak és a helyi egészségügyi szolgáltatások igazgatása. E „konszenzus menedzsment” szabályait a magyarra leginkább „Az Átszervezett NHS Szervezeti és Működési Szabályzata”-ként fordítható, anyagi és eljárási jogi szabályokat egyarnt tartalmazó „Management Arrangement for the reorganised NHS” című, a kórházvezetők és a minisztérium megegyezésével szerkesztett „*Szürke Könyv*” fektette le.

A szervezet felépítésének organogramját, amely megegyezik WEBSTER (2002 )-nél és RIVETT (1998)-nél, az **V.A és V.B ábra** mutatja be.

### III.3.1.b. Az 1974-es struktúra HAM szerint (1975)

Christopher HAM ábrája<sup>222</sup> az 1974-re létrehozott struktúráról, lásd a **VLA és VI.B ábrát**, ebben az esetben is a lényegre tör, kissé leegyszerűsítő, de a felépítés lényeges vonásai mind felismerhetők benne.

### III.3.2. Az RAWP (1975)

*A Forrásfelosztó Munkacsoport*, az RAWP (Resource Allocation Working Party, formula: 1975) létrehozása 1977-től<sup>223</sup> már sikeresen szűkítette az ellátási színvonalbeli szakadékot Dél-Kelet-Anglia és az ország többi része között.

Az RAWP a *forrás-allokációt* próbálta segíteni egy a régiók egészségügyi ellátási igényeit modellező formula alapján<sup>224</sup>. Ebben először a betegségi mutatók – a *régió populációjának* mérete, *struktúrája*, standardizált *mortalitási* rátája, a sajátos körülmények, stb. – felbecsülték a régió relatív egészségügyi szükségleteit. Következő lépésben kikalkulálták a régió befektetési igényeit, figyelemmel a rendelkezésre álló források felosztására a becsült relatív szükséglet arányában. Harmadik lépésként – tekintettel arra, hogy a régiók leszakadásában feltehetően a finanszírozási módszerek hirtelen változtatásai, és az azokra nehézkes reagálás is szerepet kapott – a költségvetéshez annak arányában felosztva jutottak hozzá, ahogyan a régió elé kitűzött célok sorra megvalósultak. Ennél fogva hosszú éveken keresztül azok a régiók növekedtek gyorsabban, ahol nagyobb volt a lemaradás.<sup>225</sup>

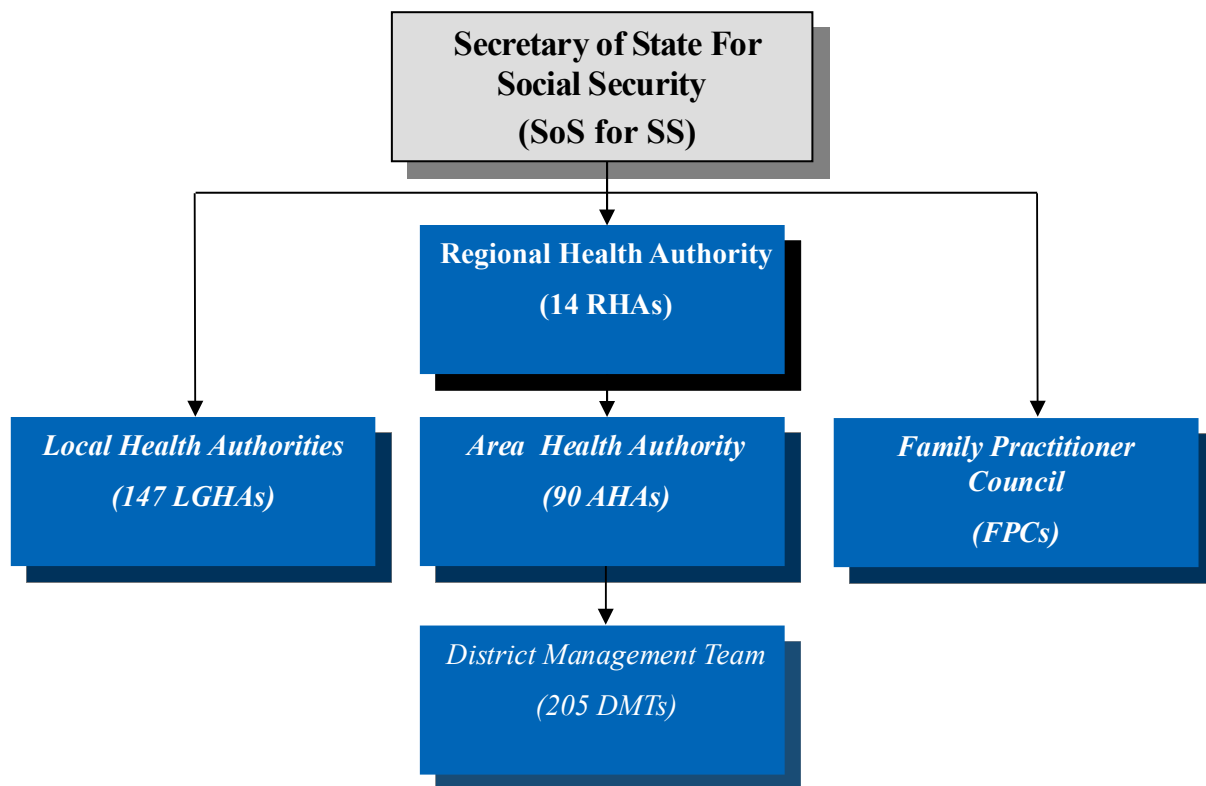
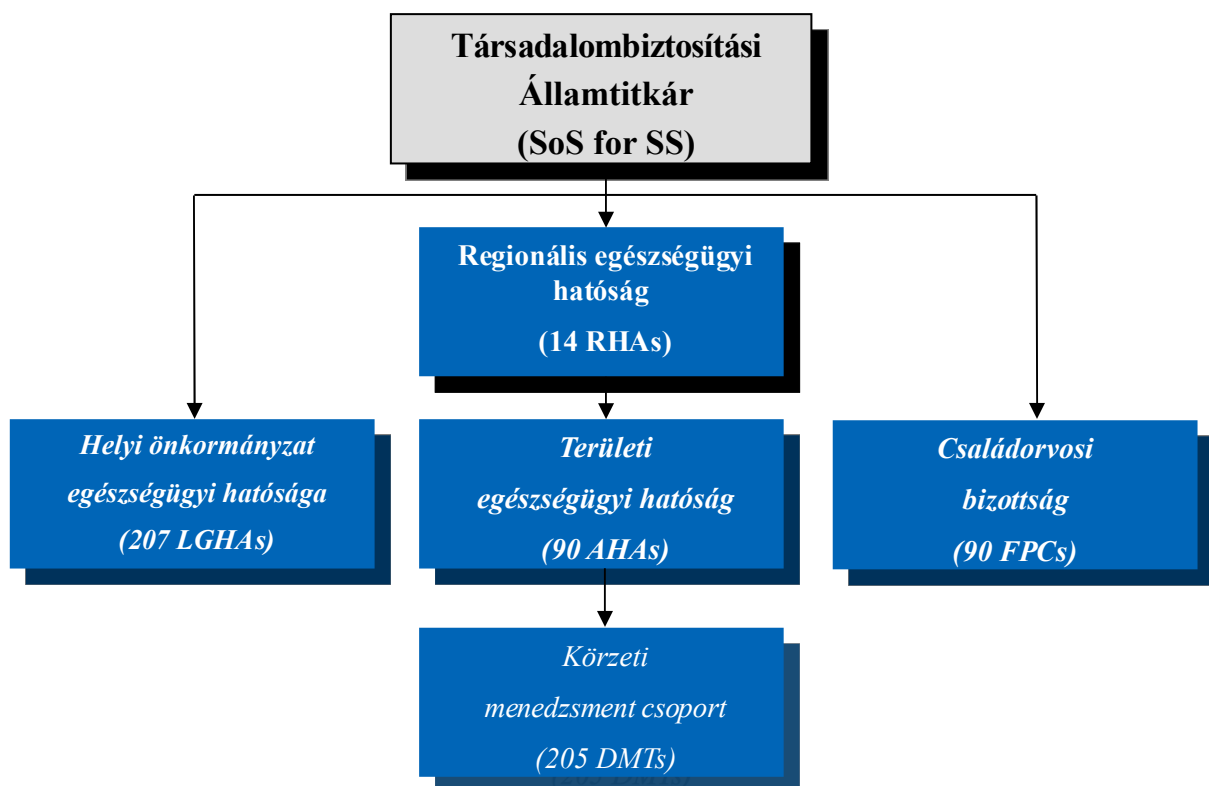


Fig. VI.A. *The System of the NHS in England 1974, HAM*



VI. B. ábra *Az NHS szervezete Angliában 1974, HAM*

*Az RAWP bevezetésének egyértelmű nyertesei az északi régiók voltak, míg a nagy vesztesek Nagy-London és Oxford lettek.*

A redisztribúciós formulán belül inkább a szükségletjelező indikátorok hitelességének problémakörére irányult az RAWP figyelme. Ezért és a standardizált mortalitási ráták alapul vételéért részleges kritikákat is kapott. Sok megfigyelő a morbiditási adatokat jobb egészségügyi szükséglet jelzőszámoknak tartotta, míg mások amellet érveltek, hogy a depriváltsági mutatók hasznosabb indikátorok lennének, mivel utalnak a szegénység és a betegségek összefüggéseire.

A formulát azért is támadták, mert elmaradt annak a beépítése, hogy a *különböző régiókban* (és természetesen ezen belül a különböző kerületekben) *különböző árfekvéseken* érvényesül a piac. Ezért néhány módosításon esett túl az RAWP: Londonban, az oktató kórházakban, a supraregionális ellátóközpontokban a drágább infrastruktúrára tekintettel. Ez utóbbihoz, a több régiót ellátó speciális szolgáltatóhoz hasonlóan emelt finanszírozást nyertek el a másik régióba tartozó beteg ellátásáért. Ha végiggondoljuk ezeket az emelt kategóriákat, megállapíthatjuk, hogy a nagy vesztesek visszasettenkedését és kitűnő érdekérvényesítését láthatjuk meghúzódní mindegyik mögött.

A pénzüiális szigorítások idejében a fenti *korrekciós lépések* ellenére az RAWP-t még mindig sokan nehézkes eszköznek tartották, és kiemelték, hogy súlyos hatással volt azokra a régiókra melyek vesztesei voltak ennek a típusú redisztribúciónak.

*(Természetesen – jegyzi meg BAGGOTT (2004) – Skóciának, Észak-Írországnak és Wales-nek is megvoltak a maguk RAWP-nek megfelelő szervei, amelyek hasonló módon törekedtek a budget és a szükséglet-indikátorok összekapcsolására. De azért, amíg a több allokáció racionalizáló szisztéma nem terjedt el széles körben, sok aggodalom övezte a gyakorlatban való alkalmazásukat.<sup>226</sup>)*

Kapcsolódó témák az *egészségi és az ellátáshoz hozzáférési egyenlőtlenségek* kérdéskörei. Lásd alább: „A Douglas BLACK Report” c. alfejezetben.

### **III.3.3. Összefoglalás: Hosszúra nyúlt virágkor (1948–74)**

Az NHS szempontjából alapvető, hogy az első negyedszázadát – összevetve a megelőző, vagy különösen a követő időszakokkal – a *magas foglalkoztatottság* kedvező gazdasági légkörében töltötte. Egyes szakirodalmak egyenesen a *welfare consensus negyedszázadának* mondják az időszakot<sup>227</sup>. Ehhez képest elhanyagolható hatású lett, hogy éppen melyik párt volt kormányon: 1951-64 és 1970-74 között a konzervatívok, míg 1964-70, majd 1974-79 között a munkáspárt. Az eredetileg munkáspárti alapítású NHS első éveit a brit polgárok jelentős gazdagodásával estek egybe, és mélyen beágyazódtak a brit közéletbe: hozzájuk nyúlni körülményes, és a pártoknak választási szempontból különösen veszélyes lett volna.

Bevan és miniszter társai kiválása a kabinetből már az alapértéki célkitűzések és a szűkös lehetőségek közötti feszültséget jelzett. A háború utáni időszak nagyobb részében – amely az

NHS részéről az indulás időszaka – az egészségügyi rendszer még sikeresen szigetelődött el a politikai versengéstől. A fentieket FRASER (2003)<sup>228</sup> találóan foglalja össze: a jóléti állam eszméje s vele együtt az NHS nemcsak túlélte az Attlee-kormány választási vereségét, hanem a rákövetkező negyedszázad során mélyen be is ágyazódott a brit politikai és társadalmi kultúrába.

Az 1949 és 1974 közötti időszak a NHS „long boom”-jaként, amolyan hosszú virágzásaként értelmezhető. A békés terjeszkedés két irányban valósult meg: a kedvezményezettek számának emelkedése, és a nyújtott illetve finanszírozott ellátások körének bővülése. A ’long boom’ megalapozta a jogosultságok kiszélesedésének folyamatát, ami – talán természetesen – többé-kevésbé a versenyhelyzet kizárásával történt. Ám a növekedési határok elérése a jóléti államban általánosan elfogadott aggregált alkukat ismét nyomás alá helyezte. Ezzel a növekedés utáni politika sokkal pluralistábbá vált.

Ezt az egészségpolitika sajátos körülményei is tovább erősítették. Az orvostudomány alapjaiban új kulturális és szervezeti kihívásokkal szembesült. A kedvezményezettek szerveződni kezdtek. Különös jelentőségű, hogy az orvosszakma kezéből kikerül az irányító szerep. Ezzel idejétmúlttá válik a felfogás, mely szerint az ellátásokat (melyeket ettől fogva forrásokként értelmeznek) kizárólag orvosszakma képes helyesen allokálni. Az ökonómiai felfogást a társadalom nagyobb része mint teherviselő és/vagy mint kedvezményezett a magáévá tette<sup>229</sup>. Ezzel egyidejűleg az ellátások színvonalára és körére vonatkozó elvárások is jelentősen növekedtek.

Az egészségügyi ellátás a meritorikus javak körébe került, így a kereslete az egyének jövedelméhez igazodóan növekedni kezdett. A közegészségügyi rendszereknek meggyűlt a baja a középosztály – és igényei – eddig soha nem tapasztalt növekedésével.

A középosztály, amely megengedheti magának, sőt el is várja, hogy képes legyen kiegészíteni a közjavakat (a mindenki részére biztosított ellátásokat) magán-előnyökkel, és ezt meg is teszi, hacsak nem jut gyorsan minőségi ellátáshoz<sup>230</sup>. Figyelemre méltó, hogy az Egyesült Királyságban (a vizsgált időszakban visszatérően) elfogadhatatlanná váltak a (működő, megfelelő, de nem luxus kategóriás) kórházi ellátásokra szóló hosszú várólisták<sup>231</sup>.

Hamarosan tehát hasadékok jelentek meg a rendszeren. Az először manifesztálódott problémák mind a minisztérium (azaz az 1959-es CRANBROOK Report és az 1963-as GILLIE Report)<sup>232</sup>, mind a kutató ALLSOP<sup>233</sup> szerint a három, vertikálisan elkülönült alrendszer közötti átfedésekre, főleg kettőződésekre és a köztük szükséges koordináció hiányára voltak visszavezethetők. A hasonló okokat és érveket felsorakoztató rendszerkritikára a brit orvos kamarától sem kellett sokat várni, 1962-ben megjelent a PORRITT Report<sup>234</sup>. A Porritt-jelentés, melynek írói nagy tiszteletnek örvendő vezető szakorvosok voltak, azt javasolta, hogy az ellátásokat egységesítsék, és az adminisztratív rendszerüket helyezzék a területi bizottságok ellenőrzése alá<sup>235</sup>.

A 60-as évek végére ez a folyamatos nyomás a kormányzatot végül is csupán a minisztérium átnevezéssel egybekötött átszervezéséig (Ministry of Health-ből 1968-ban

Department of Health and Social Security) és az *1968-as és 1970-es reorganizációs tervezetek*<sup>236</sup> készítéséig tudta elmozdítani.

Néhány tanácskozás és két kormányváltás után – már a '70-es évek elején – *újabb javaslatok* kerültek előtérbe<sup>237</sup>, ezek egyike lett a Ministry of Health hatyúdala. Az NHS ellentmondásai mélyebbek voltak egyszerű strukturális problémáknál. Nyilvánvalóvá vált, hogy alapvető ellentmondás feszül az NHS legfelsőbb vezetésének *miniszteriális kapcsolataiban*. A kapcsolatrendszerben elkülönült a döntés és a felelősség kérdése. Az egészségügyi miniszter viselt teljes felelősséget sok – pl. költségvetési – kérdésben, amelyben az NHS különböző szintjei döntöttek – természetesen a miniszteri befolyás és kontroll lehetősége nélkül. Közismert volt, hogy a döntést a helyi szintre telepítették az ellátás fejlesztése témakörében. A döntési kompetencia tehát azon helyi orvosok kezében volt, akik nem voltak, sem a tevékenységükért, sem a források kezeléséért, a minisztérium felé felelősek. Ráadásul az orvosszakma hatékony vétőjoggal is rendelkezett az egészségügyi szabályok végrehajtása és szabályozók teljesítése terén is<sup>238</sup>. De a minisztérium által kinevezett felelős egészségügyi hatóságok – a fejezetbeni ábrán közbülső helyen a hatóságok és az orvosszakma között – nem számíthattak központi segítségre a kormányzati politika végrehajtásában<sup>239</sup>.

Ha 1948. július 5. az NHS születési dátuma, akkor *1974. április 1-gyel* az NHS kamaszkorba lépett. Ez az *első igazgatási és szervezési reform*, melyet a mai napig számtalan követ. Ezen első reform eredményei nem tartottak ki egy évtizedig, és a következő átalakításkor egyben (konzervatív) átértékelésen estek keresztül.

Brian EDWARDS<sup>240</sup> értékelése szerint a merész, de végig nem vitt kísérlet nem volt képes mozdulásra bírni az NHS makacsul ellenálló szervezetét. Az első átszervezés BAGGOTT (2004) szerint sem oldotta meg a Szolgálat strukturális gondjait<sup>241</sup>.

*1974-ben* a hatalomba visszazavazott *Munkáspárt* – csakúgy, mint tíz évvel azelőtt – lázadó orvosokkal találta szembe magát. 1964-ben a háziorvosok, 1974-ben a kórházi szakorvosok tiltakoztak. (Mind a két esetben a feszültség az előző kormányzat alatt halmozódott fel.) A szakorvosok azt követelték az orvosszövetségtől, hogy állítson fel munkaszervező ügynökségeket a szolgáltatások visszabérlésére az NHS-től.

Az ábra hosszabb idő távlatából szemlélve egészen mást mutat. NHS szervezetének az első jelentősebb átalakítása harminc évre tekinthet vissza, állapítja meg John LISTER<sup>242</sup> 2005-ben. Ekkor ugyanis az ellenőrzés alól kicsúszott *gazdasági válság*, valamint a *font meggyengülése* arra késztették a Munkáspárti kormányzatot, hogy tegyen eleget a *Nemzetközi Valutaalap előírásainak*.

1976-ban WILSON-t CALLAGHAN követte a miniszterelnöki székben, és Barbara CASTLE is elhagyta hivatalát. Utódja Denis HEALEY egy IMF pénzügyi válság közepén úgy találta, hogy annak mértéke már nem engedhető meg<sup>243</sup>, döntött az NHS kiadásaink visszafogásáról.

Ezzel egyben engedett az NHS alapításkori értékeiből, de megzabolázta a közkiadásokat és – első alkalommal – általános kiadási korlátot varrt az egészségkassza nyakába<sup>244</sup>. (Ezt az

1976-os munkáspárti korlátozást később egy másik, már thatcheri másik, követte, amely 1980-ban az egészségügyi hatóságok kiadásait maximalizálta törvényi úton<sup>245</sup>.)

1974-75-ben tehát az addigi háromszintű felépítés átalakításra kerül, az adminisztrációs feladatokat átstrukturálják. A helyi hatóság részvételét az igazgatásban a környezeti ellátásokra szűkítik, minden egyéb ellátást az NHS vesz át. Angliában *14 régiós, 90 területi és 200 körzeti* menedzsment team váltja fel a régi, szintén hármas tagolású struktúrát. Az új szisztéma - a háziiorvosi hálózat változatlanul hagyása mellett - annak a „Grey Book”-nak<sup>246</sup> a „konszenzusos menedzsment rendszer”-én alapul, amelyet a kórházvezetők és a minisztérium megegyezésével 1973 folyamán szerkesztettek.

### **III.3.4. Epilógus: A virágkor vége (1978-79)**

Az első negyedszázad végére, annak mintegy összegzéséül elfogadásra kerül a nemzeti egészségügyi ellátásról szóló 1977. évi törvény (National Health Service Act 1977, a továbbiakban: NHS Act '77). Ennek értelmében Angliában (és Walesben) az egészségügyi miniszter köteles gondoskodni a nemzeti egészségügyi ellátásról. E kötelezettséget az NHS Act '77 1. és 3. cikkei a következőképpen szabályozzák:

#### **„NHS Act '77 – 1. cikk**

- (1) A miniszter kötelessége Angliában és Walesben előmozdítani az átfogó egészségügyi ellátást, amelynek célja javítani:
  - a) az említett területeken lakóhellyel rendelkezők testi és lelki egészségét;
  - b) a betegség megelőzését, diagnosztizálását és ellátását, valamint e célból köteles a jelen törvénynek megfelelően gondoskodni az ellátás hatékony biztosításáról, illetve köteles azt biztosítani.
- (2) Az így nyújtott ellátások ingyenesek, kivéve, ha törvény vagy az alapján más jogszabály – elfogadásának időpontjától függetlenül – kifejezetten rendelkezik azok kiszámlázásáról vagy ellenértékük beszedéséről.

[...]

#### **NHS Act '77 – 3. cikk**

- (1) A miniszter köteles Anglia és Wales egész területén az ésszerű követelmények teljesítéséhez általa szükségesnek tartott mértékben biztosítani:
  - a) a kórházi infrastruktúrákat;
  - b) a betegek szűréséhez és ellátásához szükséges minden egyéb szolgáltatást.”

Az 1978-as harmincéves évfordulóra Beveridge víziói közül több eltorzult, kimosódott. FRASER (2003)<sup>247</sup> szerint négy fő terület volt, ahol a jóléti államról alkotott beveridgei koncepció jelentősen megváltozott:

- az előre megjósolható probléma volt, hogy ha a biztosítottság ellátásai soha nem lehetnek mindenki számára egyenlőek (*pl. amikor a kedvezményezettek egyes csoportjainak a teljes bevétele a biztosítottságból származik, azok nem stimuláltak a biztosítás terheinek viselésére*),
- az anyagi helyzethez kötött, így annak (bevallásos) felmérésén alapuló ellátások megjelenése és arányának folyamatos növekedése,
- általános és pontos jövedelem-információk híján a biztosítási egyenlet biztosításmatematikai bázisának pontos felmérését nagyban bonyolították, egyenesen kétségessé tették a jövedelem-arányos hozzájárulási kötelezettségek és ellátások, és az ellátásért való hozzájárulás-fizetési formák,
- egy „minden biztosítási eseményt felölelő teljeskörű ellátás – átalánydíj fizetés mellett” alapelve megváltozott, legalább a rövid és a hosszú időtartamú ellátások elkülönítésével – *amely bizonyos fokig visszavezetett egyes morális problémafelvetésekig (a szegénység meg(nem)érdeklése, stb.)*.

Mindazonáltal *a konszenzus*, amely a háború utáni időszak fő jellemzője volt, darabjaira kezdett *szétesni*, különösen a továbbra már nem garantálható teljes foglalkoztatottság megszűnése miatt.

1976-ban a munkáspárti szavazók úgy tartották: a pártnak vége. CALLAGHAN maga mondta pártjának, hogy „az elején úgy gondoltuk, hogy ki tudjuk *fizetni* a recesszióból kivezető út árát... minden elfogultság nélkül el kell mondjam, hogy ez az út már nem létezik.” Mikor 1979-ben erőltették, hogy induljon el egy vidéki országjáró körútra, a következőkkel hátrította el:<sup>248</sup> „A változás, amit a tömegek akarnak, s amit jóváhagynak, az nem esik egybe. Úgy gyanítom, hogy mostanában változnak a szelek – és Mrs. Thatcher felé fognak fújni”<sup>249</sup>.

Ezt az időszakot írják körül mára úgy a történészek, hogy a klasszikus jóléti állam nyilvánvalóan a végét járta.





## IV.

# A JÓLÉTI ÁLLAM VÁLSÁGA

*Callaghan szele* Margaret THATCHER-t 1979 májusában simán befújta a hatalomba. A híres választási plakáton<sup>250</sup> a munkanélküliek hosszú sora kígyózik a munkanélküli hivatal előtt. Alatta a híres mondat: „A Munkáspárt nem dolgozik...”<sup>251</sup>. A megnövekedett munkanélküliség elégedetlenséget szült, a közszolgáltatásoknál dolgozók között széles körben sztrájkok törtek ki, mindez a munkáspártból és részben a jóléti rendszerből való általános kiábrándultsághoz vezetett. De Thatcher győzelme a későbbi elemzők, mint pl. TIMMINS<sup>252</sup> álláspontja vagy YOUNG véleménye szerint vízváltó lett a szociális és jóléti ellátások jövője szempontjából<sup>253</sup>.

A munkáspárti kormányzásról a konzervatívra átállás időszakában a változtatás-előkészítés, és az új egyensúlykeresés jegyében telt el, s a bizottsági jelentések és javaslatok áradatát indította el. Ezek közül a jelentősebbek:

- BLACK Report – 1979. szeptember
- The MERRISON Royal Commission Report, 1979. szeptember
- Patients First White Paper – 1979. december
- Future Pattern of Hospital Provision in England – 1980. május
- Care in Action – 1981. május
- DAVIES Review – 1982.
- GRIFFITHS Report – 1983. október

Ekkorra – 1979-re – készült el jelentésével az *NHS* kivizsgálására küldött királyi bizottság. Jelentése nagyban hozzájárult a vélemény elterjedéséhez, hogy az adminisztráció egy szinttel bonyolultabb a szükségesnél. HAM (1999) szerint a jelentésből terjedt el a javasolt „rugalmas megközelítés” problémamegoldása, s a Bizottság arra is rámutatott, hogy a szervezeti átalakítás nem lesz minden problémára panacea (csodaszer)<sup>254</sup>.

A királyi bizottság jelentésével korreláló következtetésekre jutott 1979. végén (1979. december 12.) a kormányzat konzultatív cikke a 'Patients First' – írja WEBSTER<sup>255</sup>.

A Thatcher-kormányzat első pár éve azzal telt, hogy az előző kormányzat kialakította irány tiszteletben tartása mellett munkálkodott egy új vonal elindításán. Ennek szellemében minimális átalakításokat, javításokat javasol a konzultatív cikk.

WILLMAN azzal magyarázta a Thatcher-kormányzat késlekedését, hogy az előzetes tapogatózások alapján az Iron Lady kezdte azt hinni, hogy az egészségügy érzéketlen egy egész csomó, jól bevált fékre, melyekkel máshol megritkították a menedzsmentet, és a hatékonyság növelését a költségek befagyasztása avagy egyenesen csökkentése mellett célozták meg<sup>256</sup>.

Legfőbb hatása az *igazgatási struktúra egyszerűsítésében* valósult meg. A javaslatban foglaltaknak megfelelően 1982. április elsejétől *eltörölték az adminisztráció területi szintjét*, és az újonnan alakult 192 új kerületi hatóságra (DHA) ruházták a rendeletalkotási jogkört. Az új hatóságok rendszerét ugyan természetes szocio-ökonómiai egységnek hirdették, de valójában alig tértek el az 1974-es reform örökül kapott körzeteitől. A konzervatív kormányzat általános devolúciós azaz decentralizációs törekvéseibe kitűnően beleillett a felelősségeknek a kormányzattól távolabb, az érintettekhez közelebb telepítése.

A területi szint megszűnése felvetette a *családorvosi bizottságok (FPCs)* – melyek a területi bizottságok nagyban független szatellitjeiként működtek – jövőjének *kérdését*. A kormányzat – tekintettel arra is, hogy az independent kontraktorok nem szeretik a beavatkozásokat – meghátrált a FPCs erőszakossága előtt.

Hasonlóan kérdőjeleződött – és oldódott – meg az *önkormányzatok egészségügyi tanácsainak (CHCs) létjogosultságának* afférja.

Habár a Fehér Könyv expressis verbis nem ezzel a céllal készült, mégis a széles elterjedt közvélekedés szerint egy olyan piacközpontú átalakítás háborúját kívánták vele megindítani, amelyben az NHS csapatok alulmaradása eleve eldöntött tény<sup>257</sup>.

“Az 1982-es átszervezés inkább 'optikai tuning'-nak, semmint nagyobb átalakításnak értékelhető” – summázza a történetíró<sup>258</sup>.

## IV.1. A jóléti állam kritikái (1968–)

FRASER (2003)<sup>259</sup> szerint *öt fő területen érte releváns kritika a jóléti rendszert*:

*Az első vélemény szerint*, melyet egyes közgazdászok hangoztattak, a jóléti állam aránytalanul osztotta meg a forrásokat, s így *kiszorította a befektetéseket* a gazdaságilag produktívabb területekre. Mindez arra az eredményre vezetett, hogy Anglia gazdasági teljesítményét a jóléti rendszer jelentősen csökkentette a második világháború óta. Sokan annak a véleményüknek adtak hangot, hogy a jóléti állam Új Jeruzsáleme soha el nem érhető, fals ígéret lett.

*A második negatív értékelés szerint* a jóléti ellátások *ösztönzés-csökkentő hatással* bírtak. Láthattuk azt is, hogy az anyagi helyzethez kötött és a rendkívüli ellátások miként vezettek ahhoz a helyzethez, hogy sokaknak jobban megéri az eltartók körén kívül, kizárólag

kedvezményezettként élni. (Egyes elemzők szerint ez a helyzet egyenesen visszavezethető az 1834-ben megreformált *Poor Law Act*-re. Hasonlóan azokhoz az időkhoz: a jóléti ellátórendszer demoralizálódást generált, melyben egy deklasszált réteg elveszítve ösztönzőit, ellátásfüggővé vált.)

Amint azt BARNETT, a vitában részt vevő történész szemléletesen körülírta, a jóléti állam „egy álom, amely beleütközött a megosztott, írástudatlan, képzetlen, egészségtelen, de megszervezett, a materialista állam emlőin csüngő proletariátus rideg valóságába<sup>260</sup>.” A jólétfüggőség, és az ebből eredeztethető társadalmi bajok rendszeresen szolgáltak municióul a 70-es évek szociálpolitikai vitáiban, mind a két politikai oldalon.

A harmadik kritikai észrevétel az ellátásokkal mint joggal való visszaélésekhez kapcsolódik, valamint ahhoz, hogy a jóléti állam túlságosan bőkezűnek mutatkozott egyes társadalmi csoportokhoz. Rendszerint a sajtó kapott fel egyes – gyakran atipikus – eseteket. Pl. ahol az ellátottak „dalolva dolgoztak” (értsd: NEM csináltak semmit), esetleg más néven, illetve „fekete” munkáltatással, vagy egyéb módokon rendellenesen működött a rendszer.

Ezen esetekben is mind a két párt az ezeket az egyébként igen széles skálán megvalósuló visszaéléseket lehetővé tévő rendszert is kritikával illette.

A negyedik problémaforrás egyenesen az NHS volt, hiszen a jóléti szisztémának masszív hivatali adminisztrációra volt szüksége, melyet javarészt az NHS fémjelzett. A jóléti állam tisztségviselői által létrehozott kultúra inkább „termelői”, elosztói kultúra, mint fogyasztói, állapítja meg a szakirodalom.

Az utolsónak bemutatott kritikai észrevétel a baloldali szegénységkutatók részéről érkezett, akik szerint a brit jóléti állam rendszere nem eléggé rugalmas ahhoz, hogy képes legyen válaszolni az új formákban megjelenő szegénység megváltozott kihívásaira, és új társadalmi viselkedésminták megjelenésére. Gondolunk itt a válások és ezzel az egyszülős családok számának emelkedésére, a nők társadalmi szerepének változására, mely eddig nem ismert lehetőségeket hozott, a modern szociális élet elterjedésére, amely a szociális lehetőségek végtelen variációját biztosítja. A gazdagon szegmentált jóléti államban, dacára a rengeteg lehetőségnek, arról folyik a vita, hogy az ellátásoknak lehetetlen találkozni a sokszínű igényekkel, melyeket a modern társadalom generál a számukra. – a beveridgei modell, amelyik a hagyományos életpályán, meghatározott életciklusokon és zárt családmodellen alapul, többé már nem alkalmazható.

A jóléti rendszer e kritikáinak hálózatáról, melynek egyes elemei időnként kölcsönösen tagadták egymást, kitűnő áttekintést adott maga *Mrs. Thatcher*, amikor leírja azt a szituációt az *emlékirataiban*, hogy milyen körülmények fogadták az első hivatali napjaiban<sup>261</sup>.

„A teljesen ellenszolgáltatás nélkül vagy minimális hozzájárulás mellett elosztott ellátások hatásukban bátorítják a jogtalanságot, elősegítik a családok szétesését. A munka és az önbizalom helyett perverz módon a tétlenséget és a csalást támogatják.

Az utolsó illúzió – hogy az állami beavatkozás elősegítheti a társadalmi harmóniát vagy szolidaritást, vagy tory nyelven az „egységes nemzetet – mind megfagyott a „sérelemek telén”, amikor halottak maradtak temetetlen, kritikus állapotú betegeket fordított vissza a kórházkapuból a sztrájkórség. Az uralkodó hangnem, pedig egyfajta kusza keveréke volt az irigységnek és az ellenségeskedésnek. Kigyógyítani a briteket a szocializmussal fertőzöttségből olyan, mint leukémiát kezelni licsivel... Most adták fel a szocializmust – a 30 éves gyakorlat tisztán elbukott, és a nemzet kész kipróbálni valami egészen mást.”

Mrs. Thatcher a saját mandátumát abban látta, hogy csökkentse az állam szerepét, hogy mind relatíve, mind pedig abszolút értékében – utalunk itt a GUILLEBAUD Bizottság jelentésére – *visszafogja az állam kiadásait*, fékezze meg az inflációt, redukálja a személyi jövedelemadót, munkára és összefogásra buzdítson. Vonja vissza a munkáspárti ígéretéseket, és fedje fel a jóléti állam hamis ígéretéseinek kártételét. Mindez egy tartalmas hosszú listát képezett, és a várt szociális forradalom elég lassan érkezett célba – Mrs. Thatcher harmadik választási győzelmekor, 1987-ben.

Ez a kormány – addig példátlan módon – a munkanélküliséget használta gazdasági eszközként az infláció fékezésére. A munkanélküliség az 1974-es három százalékról 1982-83 telére 12%-ra nőtt. (1930 óta nem volt ezen a szinten a munkanélküliség – amely az évtized közepén jóval hárommillió fölött tetőzött.) Beveridge feltétele a teljes foglalkoztatásról ezzel a drámai mozdulattal semmisült meg végleg.

#### **IV.1.1. Elkésve és mellőzve: A Douglas BLACK Report<sup>262</sup> (1980)**

Az NHS-t ingyenes szolgálatként alapították, következésképpen a térítések csak később terhelődtek az ellátásokra. Mégis, annak ellenére, hogy az időleges fizetési és hozzájárulási terheket megállapították, majd visszavonták – a *társadalmi különbségek az ellátásban továbbéltek*.

Általában úgy vélték, hogy az ellátásokat a középosztály túlzottan veszi igénybe, és a munkásosztály kedvezményezettjei ezért szembesülnek hozzáférési nehézségekkel. A munkáspárti kormányzat a '70-es években az egészségügyi egyenlőtlenségek kivizsgálására hivatott, *Sir Douglas BLACK<sup>263</sup> vezette munkacsoport* felállításával válaszolt a növekvő aggodalmakra. Az NHS és az NSI tervezési tevékenységét gyakran támadták azzal, hogy túl betegségorientált és orvosközpontú, kevésbé érzékeny az egészség szociális aspektusaira.

1979 elejére a Black Report közel készen állt a publikálásra<sup>264</sup>, mikor is a március 3-i választást a konzervatívok megnyerték. A régi kormányzat megrendelésére elkészült jelentést 1980-ig ki sem adta az új kormányzat. Egyedül a Bank Holiday napján 260 példánya került forgalomba a sajtó részére<sup>265</sup>. Annak ellenére, hogy mint könyv egyből a megjelenése napján a ritkaságok közé került, óriási hatása lett a politikai közgondolkodásra mind a szigetországban, mind a tengerentúl<sup>266</sup>.

A Black Committee jelentésének ajánlásait tehát a Thatcher-kormányzat nem vette tudomásul. Hiába mutatta ki az összefüggést az egészség és a szocio-ökonómiai egyenlőtlenségek összefüggéseire, és a szegények anyagi kondícióinak javítására – írja BAGGOTT (2004) egy helyen, majd később látszólag megcáfolja magát: A jelentésben közzétett szempontoknak köszönhető, hogy az NHS a későbbiekben határozottan igyekezett megválni azoktól a nem tisztán egészségügyi vonatkozású feladataitól, amelyeknek a legkisebb kapcsolódása is volt szociális, közgazdasági vagy környezetvédelmi kérdésekhez<sup>267</sup>.

*A Jelentésre „csak” az OECD és a WHO figyelt fel, és kezdte használni.*

Az egészségügyben az egyenlőtlenségek végig a '80-as években tovább polarizálódtak Angliában. Ez a „fejlődés” a keresetek növekvő divergenciáját tükrözte – mely a 90-es évekre is áthúzódott<sup>268</sup>.

Így aztán az 1987-ben közzétett WHITEHEAD-Jelentés, az 1998-as ACHESON Report-tal együtt, azonos következtetésekre jutott, mint a Black Report.

*(Később a Penguin Books adta ki<sup>269</sup> a Black Jelentés rövidített változatát.)*

#### **IV.1.2. A Társadalombiztosítási és szociális lakás törvény (1982)**

Néhány szimbolikus fontosságú változtatásra is sor került a konzervatív adminisztráció időszakában. Ezek bevezetésére az 1980-as költségvetés keretein belül került sor. Több generáció után ez volt az első alkalom a szociális ellátások redukálására, és olyan változtatások tömegére, amelyek csökkentették a szegény családok reáljövedelmét. Mindezeket az 1982-ben hatályba lépő *Social Security and Housing Benefit Act* vezette be.

A még 1965-ben bevezetett keresetarányos munkanélküli ellátást és táppénz-kiegészítést eltörölték, és valamennyi ellátás adózóvá lett, azaz egy összevont adóalap részévé vált. A nyugdíjakat 1982-ben maximalizálták, az árakkal együtt (inkább az árakat maximalizálták, mint a kereseteket). Ennek a hatásait a legjobban talán azzal a ténnyel lehetne érzékeltetni, hogy az 1981-es nyugdíjak értéke az átlagkereset 23%-át tette ki. 1995-re ezek a mutatók mindössze 15%-ra estek vissza. A többi jóléti szociális ellátást fékeztek vagy eltörölték. Mindezzel egyidejűleg a kormányzat jelentősen csökkentette a személyi jövedelemadót, ezzel ösztönözve a munkában maradókat. (Emellé támogatta a Szigeteken oly gyakori lakásbérlői jogviszony tulajdonszerzéssel megszüntetését.)

David DONNISON a Mellékjuttatások Bizottságának elnöke<sup>270</sup> úgy határozza meg ezt az időszakot, mint vízválasztót. Elismerve a fenti pozitívumokat megállapítja, hogy mégis inkább az addigi alapvető értékek elmozdulásai domináltak. A változások között volt az amúgy is emelkedő munkanélküli ráta szabadjára engedése, amely már katasztrófával fenyegetett. Szintén jelentősen csökkentették a legtöbb, a dolgozó családokat támogató ellátás reálértékét, és – akár hittek a megoldásunkban, akár nem – egyértelműen az addigi értékekkel való szakítást valósították meg.

Ezek a változtatások előrejelzői voltak sok később – 1986-ban Norman FOWLER által – bevezetett felülvizsgálatnak. Míg Beveridge alapvető hatást gyakorolt a jóléti berendezkedés

tartalmára, Fowler úgy határozta meg saját tevékenységét, mint a legfontosabb változtatásokat Beveridge óta, ráadásul úgy, hogy Fowler éppen a Beveridge elképzeléseivel való visszatérést ambicionálta. Fowler a – túlnyomó részt technikai természetű – bírálatát 1986-ban *négy Zöld Könyvben* tette közzé, melyek alapul szolgáltak az 1986-os *Social Security Act* meghozatalához.

### **IV.1.3. Konzervatív átszervezési kísérlet<sup>271</sup> (1982–1983)**

A fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásokat az 1982-es igazgatási átszervezés után 1983-ban kötelezően megversenyeztették az Egyesült Királyságban<sup>272</sup>. Az NHS menedzsment évi felmérésének adataira hivatkozva: bevezetésre került az általános menedzsmenti irányítási forma az egészségügyi hatóságoknál. Ezt követően 1985-ben a térítéses gyógyszerek és gyógyászati segédeszközök körének felülvizsgálatával ('limited list' közzététele) sikeresen szorították vissza a gyógyszerkassza házi orvosok által generált kiadásait, majd 1986-ban egy teljesítmény volumen korlát bevezetésével sikeresen redukálták a fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásokra fordított összegeket.

#### **IV.1.3.a. Az NHS szervezete Angliában (1982)<sup>273</sup>**

Az irányítás második reformja és az átszervezés után a döntéshozó és végrehajtó szervek száma ismét csökkent, amint ez a **VII.A és VII.B ábrán** látható.

### **IV.1.4. Norman FOWLER éve (1986)**

*Fowler* vetett egy közelebbi pillantást az 1974/76-ban a Barbara Castle által bevezetett SERPS tervre is. Nem kívánta eltörölni, de néhány vonatkozásában jelentősen megváltoztatta. Redukálta az eredeti terv állami garanciáit, és jellegzetes terelgető adókat vezetett be, amelyek a kedvezményezetteket kiegészítő magánbiztosítások kötésére ösztönözték (Egyes szakirodalmak szerint végül is ezek vezettek az ezredfordulóra Mr. Blair „Részvényes nyugdíj” programjához<sup>274</sup>).

A *Fowler-review* hatása az adminisztráció egyszerűsítése, és azon ellátásigénylők számának redukálása lett, akik kizárólag az adóforrású ellátásokból éltek. A jól definiált ellátásokhoz könnyebb lett hozzájutni, így ezzel sokan inkább nyertek a változtatásokkal – bár természetesen voltak vesztesek is. A végleges összegzés szerint a változtatások sem a szegénység szintjét, sem pedig a szociális kiadásokat nem csökkentették szignifikánsan. Mindez leginkább a munkanélküliség magas szintjének volt köszönhető, amely az időszakban végig jelentős kiadásokat okozott.

„Ez nem lett egy Szép új világ, csak az alig kevésbé idióta – régi.” – summázta nem túl hízelgően egy kutató<sup>275</sup> a változtatásokat.

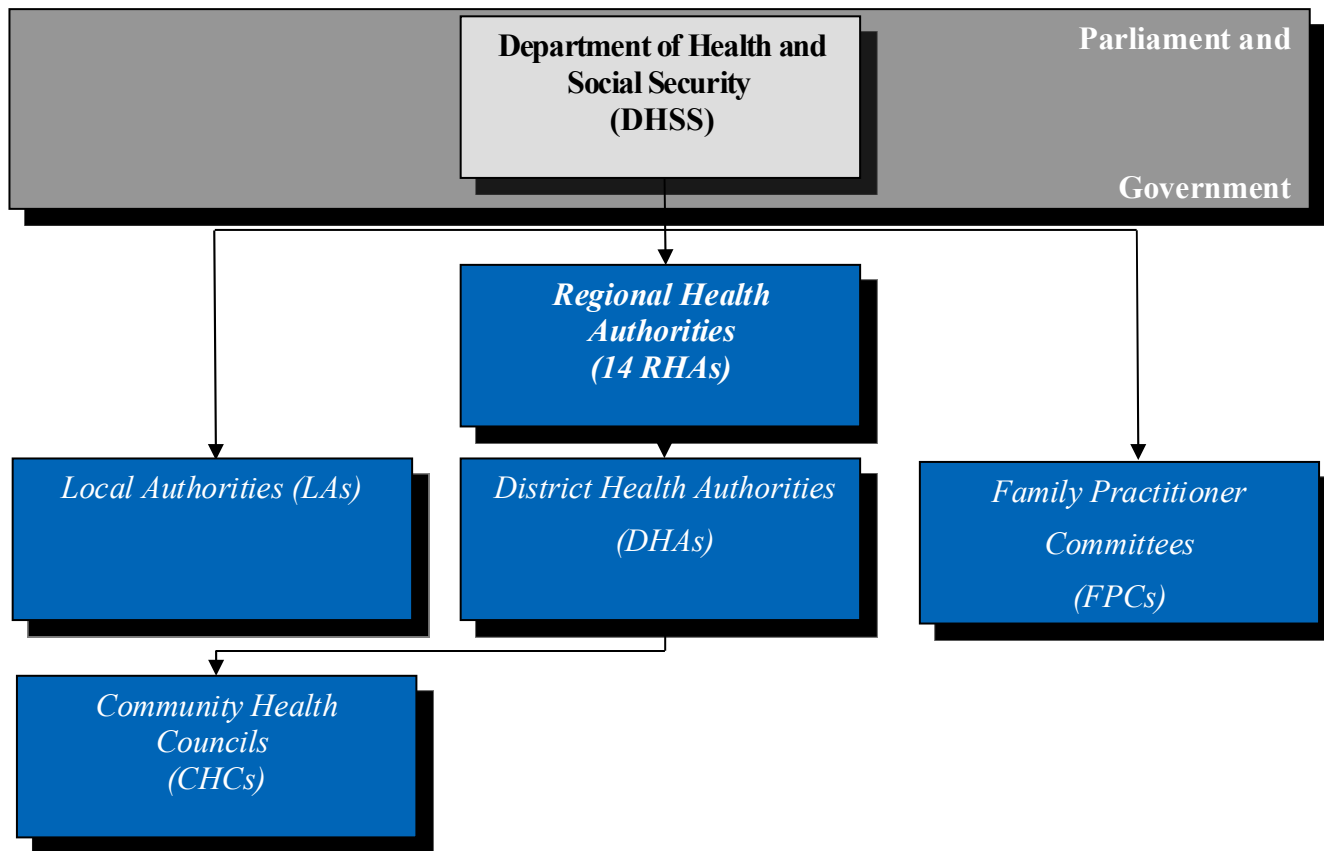
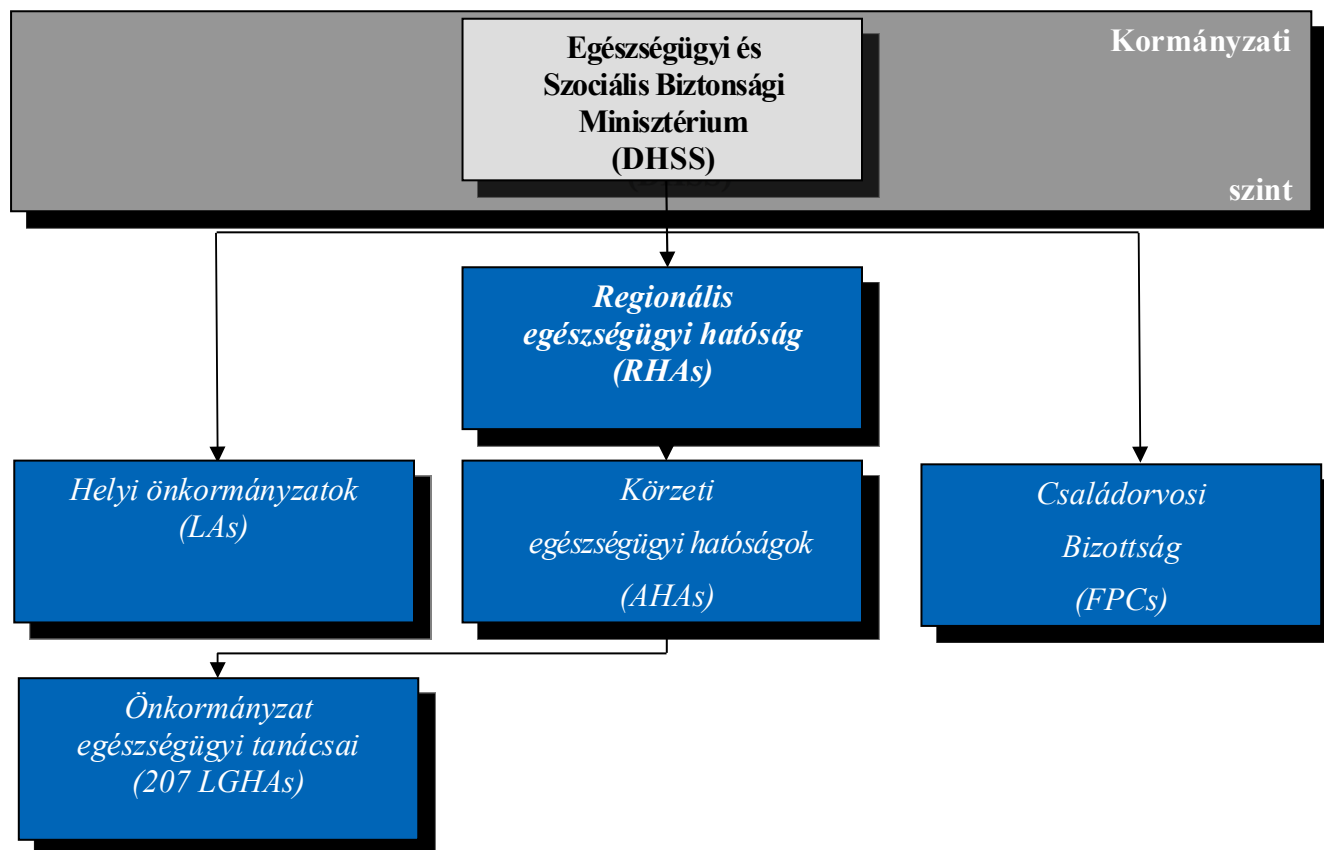


Fig. VII.A. The System of the NHS in England 1982, BAGGOTT



VII.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 1982, BAGGOTT szerint

#### IV.1.5. Sir Roy GRIFFITHS, „a szatócs” (1988)

Az Iron Lady csak az 1987-es harmadik választási győzelme után ítélte meg úgy a helyzetet, hogy nekifoghat egy még inkább radikális, az egészségügyet is érintő programcsomag véghezvitelének<sup>276</sup>. A csomag tartalmazta a szolgáltatások privatizációját, a reménytelen sorsú választási adó tervezetét, néhány állami bürokratikus szervezet szétzúzását és egyes közszolgáltatásoknak a privatizáció felé elmozdítását s végül a növekvő adóbevételi egyenlőtlenségek mérséklését az adópolitika változtatásán keresztül.

Egy bizonyos értelemben az 1988-as Education Reform Act volt az első mozdulat, egy 1976 óta tartó, még Callaghan-nel kezdődő vita lezárásaként. Itt *a helyi hatóságok kontrollja elveszett az edukációban, és a jóléti program részeként szolgáló lakástámogatási rendszerben is egyre fogyott*. Némileg ezzel a trenddel szemben hatott, hogy a Griffiths Report on Community Care<sup>277</sup> azt javasolta, hogy a helyi hatóságok kapjanak felelősséget az idősek, a betegek ápolásáért. A javaslat újszerűsége nem a hatáskör áttelepítése, hanem a feladat markáns átértelmezése. A helyi hatóság legyen jogosult, de az ellátást *engedélyezőként*, nem pedig ellátásnyújtóként.

A javaslat szerint a jövőben a helyi önkormányzat az együttműködés bázisát biztosíthatná a kedvezményezettek, a családjaik, az önkéntes szervezetek, és az ellátást végül finanszírozó állam között. Itt volt a kitűnő példája a sokat emlegetett, s a Jóléti Államot felváltó „*a jólét vegyes gazdaság*”-nak. Az oktatási, lakhatási és gondozási reformok eredményei végül is a jóléti állam ékkövében, az NHS-ben teljesedtek ki leginkább.

Mrs. Thatcher óvatos volt az NHS-t megbolygatni, mert jól érezte a britek mély ragaszkodását az NHS iránt, valamint igyekezett előnyére kiaknázni a szervezet felhasználhatóságát.

Az NHS hitelesen a Beveridge-i modellt adta, amíg minden polgártárs fizette az adókat, és valamennyien ingyen férhettek az ellátásokhoz szükség esetén. A masszív fogadtatás ellenére, amiben az NHS részesült, a *várólisták* állandó problémája, az egyenlőtlen *földrajzi eloszlás*, még mindig feszültséget szült és fenntartotta az igényt az eredményes és hatékony szolgálatra. Britannia legnagyobb munkáltatóját az életre hívótól örökölt ellentmondások és az állami bürokrácia jellemezték.

A kormányzat *a fogyasztói nyomás néhány elemét próbálta bevezetni* a rendszer javítására. A miniszterelnök asszony végig feszült volt az NHS reformok miatt, és minisztere, Kenneth CLARK egyedül vitte végig a reformokat, a BMA kemény ellenállásával szemben.

*1948-ban a magánparxisukat féltő orvosokkal kellett megküzdenie a Munkáspártnak, míg 1988-ban a közszolgálati státuszhoz ragaszkodó orvosokkal kellett ölre mennie a konzervatívoknak.*

Az NHS elhúzódó kamaszkorának újabb kísérlete a konzervatív kormányzathoz – és egy vegyesbolt-hálózat ügyvezetőjéhez kötődik. A „szatócs”, aki ekként a vicclapok időleges



célpontja lesz, *Sir Roy GRIFFITHS* három üzletembertársával közösen átvilágította és rövid jelentésben összegezte, hogy kellene igazgatni az NHS-t. A jelentésben tett javaslatokat Norman FOWLER elfogadta. Az eredmény kisebb revolúció lett az NHS igazgatásában és funkcióiban.<sup>278</sup>

A jelentés egyértelmű volt, és takarékosan bánt a szavakkal. Felhívta az egészségügyi hatóságokat és a kórházakat az egyszemélyi felelős *general manager* és az *üzleti szemléletű* testületek mellett a *korszerű igazgatási* folyamatok alkalmazására. Ugyanakkor lényegesnek ítélte a *döntéshozatal decentralizálását*, akár egészen a helyi, vagy a kórházi szintre hozva le azt. Ezzel az 1948 óta központi adminisztratív úton szervezett szolgáltatás mintegy a menedzsment kultúra forradalmán esett át. GRIFFITHS meg volt győződve arról, hogy az NHS gárdája értéktelen. Megrökönyödött, hogy az orvosok miért nem működnek együtt jobban az ellátások hatékonyságnak biztosításában.

Jelentésében le lehetjük fel az első komoly menedzselési gondolatokat a klinikai auditról vagy a gyógyítási kimenetről – egy hagyományosan a szolgáltatók által meghatározott piac rég esedékes megváltoztatásával kapcsolatosan.

A jelentés alapján megvalósult legisláció<sup>279</sup> egyszerűsített és ésszerűsített néhányat az összetett, erőforrás-meghatározott tervezet közül, és megkísérelte közös nevezőre hozni, definiált szabályok alá vonni őket. Így lett a családi jövedelmi támogatásból családi hitel, a kiegészítő segélyből keresettámogatás – mind egyszerűsített adminisztráció mellett. A szintén létező Szociális Alap inkább hitelalapként kezdett működni, mint segélyezési alapként.

Habár az NHS nem volt érett a széles körű privatizációra, ideális alanynak tűnt a New Public Management-nek megfelelő üzleti megoldások átfogó alkalmazása bevezetésére. Az első lépés a menedzsment felkavarása, amely egyértelmű, de mérsékelt volt, összhangban a kormányzat új Financial Management Initiative-vel.

Félelemmel teli *túlélési időszak* következett az NHS-vezetők számára: a határozatlan időtartamra szóló kinevezésük helyett határozott – legfeljebb *három éves – időtartamra*, és megadott feladatok elvégzésére kellett szerződniük, hogy pozíciójukat megtarthassák. A határozott időtartam után az ismételt szerződéskötés feltétele az NHS megújulásában való aktív részvétel volt. Az átszervezés rendje megkövetelte, hogy minden pozíciót nyilvánosan megpályáztassanak, mind az országos, mind a régiós szinteken. Különösen a helyi pályázók között dúlt adáz harc – csak a legrugalmasabbak vészték át a folyamatot, amely felerősítette a tehetséges vezetők mobilitását, kétségkívül tapasztalatokkal gazdagítva a bennmaradókat is. Az összegező kimutatások szerint az adminisztrációból jött a vezetők 60%-a, míg az orvosok-nővérek közül 12%, míg „*kívülről*” *mindössze 10%*. E decelisebe tartozott pl. a National Freight Co.-tól vagy a Mark & Spencer-től érkezett ügyvezető. Az alsóbb szinteken is elválasztásra kerültek azok az idősebb orvosok, akik már nem voltak mobilizálhatók, és új, menedzser szemléletű vezetőket kaptak.

Így 1988-ra az NHS megvalósította a Griffiths javasolta szervezeti változtatásokat, melyek régiós szinten versenyhelyzetet hoztak létre. A személyes visszaemlékezés szerint

azért „*Despite much talk about managerial culture and process the system was not yet ready to embrace the notion of a full blown chief executive.*”<sup>280</sup>

Mindezen változtatásokhoz az egészségügyi szakmák hozzáállása kissé negatív volt, különösen, amikor Anglia ápolási főtisztje nem foglalt helyet a Nemzeti Bizottságban. Végül is belső politikai nyomásra megváltoztatta véleményét.

A decentralizációs módosítást, amely a döntéshozatalt a legalsó szintekre telepítette – mindenki lelkesedéssel fogadta. A gyakorlatban viszont a helyinél magasabb szintek hivatalnokai és egészségügyi hatóságai sikerrel gátolták annak maradéktalan megvalósulását. A teljes döntéscentralizációra egészen 1991-ig, az NHS radikális árszervezéséig kellett várni.

Az ellátások nyújtására szintén kötelezően tendereket kellett kiírni – a közalkalmazotti státusz ezzel járó megszüntetése sztrájkhullámot indukált. A szakszervezetek ellenérzését több egészségügyi hatóság is osztotta. A miniszterek az erős kéz politikáját alkalmazták, s végül a változtatások az ellenállással szemben is bevezetésre kerültek.

Az ilyen körülmények közt kiírt tendereket akkor még gyakran a helyi ellátó team-ek nyerték el, költségmegtakarítást eredményezve – de: az elkerülhetetlen munkahely-vesztések mellett.

Az alapellátásban a dolgok jól alakultak, kivéve talán az orvosok és a miniszter hangos csetepatéját az NHS által támogatott gyógyszerek listájának megcsonkítása körül. Jellemző a GP-k/FP-k intézményének hányattatása. Ugyanis a családorvosok eltökéltségét – és így szakmai szervezettségüket is – aláásta a relatív jó finanszírozásuk<sup>281</sup>. Bár az illetékes minisztereket sikerült rábírní a független család orvosi bizottságok újra megalapítására, de így is évekig tartott, míg a törvényhozáson is végigment az ügy. Bizottságaik csak 1989-re álltak fel, hogy aztán a 90-es években a bürokrácia csökkentése apropóján beolvadjanak ismét az egészségügyi hatóságokba.

Az új vezetés rendszeresítette az irányító közszolgák és a régiós vezetők havi találkozását, valamint a régiós elnökök és a miniszterek politikai találkozóját. A két csoport közösen használt egy teljes munkaidős titkárságot Londonban. A megbeszélések egy álnokul egyszerű kérdés körül forogtak: hogyan használhatjuk fel a régiónk számára hasznosan a kormányzati pénzt. A megbeszélések végén szóbeli értékelést tartottak. Ez rögzítette a létrejött konszenzust és az elkövetkező időszak célkitűzéseit. Az összefoglalót hamarosan közzétették – gyakran az érintett intézmények ellenvéleményeivel együttesen.

E rendszeres találkozónak és megbeszéléseknek is nagy hatása volt az NHS szerepe alakításában, de az időszak legjelentősebb változtatása a teljesítmény ellenőrzési folyamatok bevezetése volt.

Ugyancsak az 1980-as évek a Kerületi Általános Kórházak rendszere felállításának az időszaka. Az átszervezések már ekkor nyíltan mutattak az alapértékek átsorolása felé. A British Medical Journal-ben egy rabbi véleménye<sup>282</sup> mutatott rá, hogy bár Thatcher volt olyan bátor és merte nem privatizálni az NHS-t, csupán felhívított üzleti erőviszonyokat engedett be az egészségügy piacára. A vélemény megegyezik OROSZ (1992) értékelésével<sup>283</sup>, mely szerint

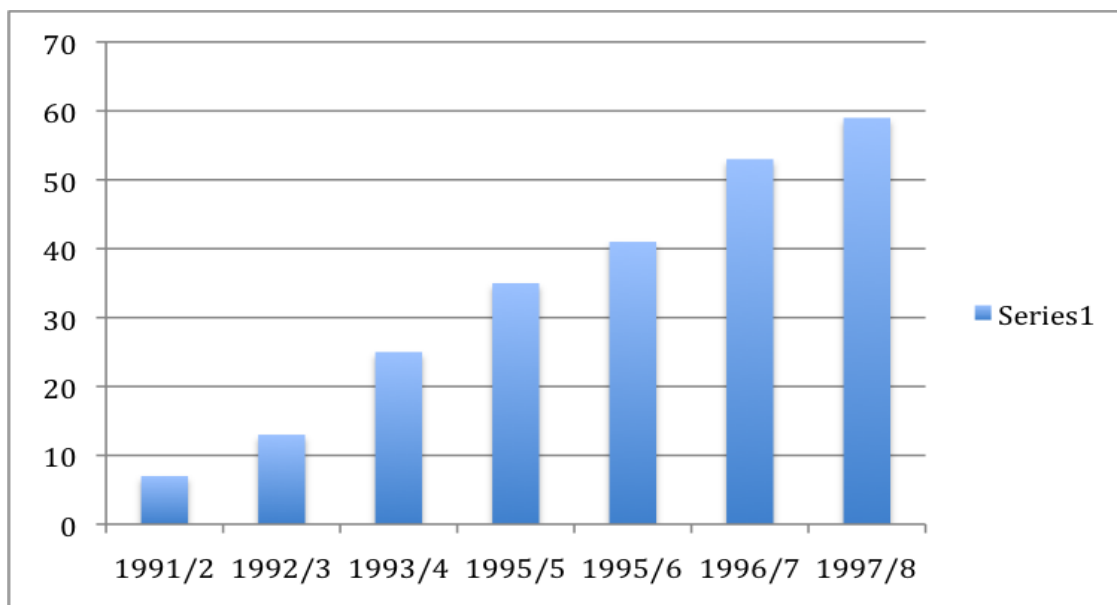
a viták és várakozások ellenére a Thatcher kormányzat nem változtatott azon, hogy a fő pénzügyi forrás továbbra is az adó legyen.

#### IV.1.6. A Kedvezményezettéért vagyunk (1989)

A kormányzat a fenti című (Working for Patients) *Fehér Könyvben* hirdette meg az NHS-en belüli piac ötletét, ami az ellátásokat szervező és az ellátást nyújtók szétválasztását jelentette. Az egészségügyi hatóságok az ellátásokat ellátásszervezőktől, leginkább kórházaktól szerezheték be ezentúl. A megoldás a verseny lehetőségét ígérte a szektoron belül, és felvillantotta az ellátások színvonalának emelkedését is. A nagy kórházak önkormányzó alapok státuszban önállókká válhattak. A GP-k is jogosultak lettek Fund-ok (szövetkezetek) alapítására, s mint fundholderek (szövetkezeti tagok) szerezheték be pácienseik ellátását.

Az egészségügy újraszervezését részben megzavarta az egyes ellátásbiztosítási szerződések tartalma felett folyó vita, s részben azért, mert a folyamat nem más volt, mint amolyan „lopakodó privatizáció” – a *Fehér Könyv javaslatai óriási ellenállásba ütköztek*, mind az orvosszakmán, mind magán az NHS-en belül. A viták során volt, hogy úgy tűnt, hogy a Vaslady is elveszíti a magabiztosságát, de a törvény – NHS and Community Care Act – 1991-ben megszületett. A meglepetés az 1993-as teljes hatálybalépéskor várta a politikai ellenzőket: több, mint 300 GP szövetkezet (funds) és csak 57 trust (beleértve az ambuláns, az önkormányzati és a kórház alapokat) várta készen az új szerkezetben való indulást. A GP-k között hamar felülkerekedett a vállalkozói ösztön, lásd az **5. sz. táblázat**ot.

**5. sz. táblázat**  
A szövetkezeti csoportpraxisba tömörült GP-k aránya 1991 és 1998 között, DoH 2000



A táblázat a DoH által a sajtó részére kiadott adatokból készült, s azt mutatja be, hogy 1991 és 1998 között a GP-k hány százaléka (1991-es 7%-ról 1998-as 59%) tömörült 'fundholder'-ként, azaz szövetkezésként csoportpraxisba.

Kiegészítő adat WEBSTER-től, hogy 1982-ben az NHS ellátásokra fordított kiadásainak mindössze 2%-a irányult ellátásbeszerzésre a magánszektorból<sup>284</sup>.

A GP-k és más 'independent contractorok' az ellátó szervezetben elhelyezkedését szemlélteti a következő, **VIII.A és VIII.B. ábra** (1982):

Az ábrán, ahol a függőleges elhelyezkedés alá-fölrendeltségi viszonyt jelez, jól felismerhető, hogy a csoportpraxisba tömörül alapszintű orvosi ellátásnyújtók a beszerzői szint és a tényleges ellátói szint közé ékelődnek. Ez az ellátásszervezői szint a kitörési pont, a későbbi fejlődés iránya.

Mindezzel az egészségügyi szolgáltatón belül quasi-piacot hoztak létre – és már ez a részleges megoldás is drámai változásokat indított el a szervezeten belül: egyre gyakrabban az alapmenedzser vált kulcsfigurává a régen megingathatatlan hatalmúnak tűnő orvosi kaszt seniorja helyett. A GP-k beszerzés kori választási lehetősége is megváltoztatta a viszonyukat a szakorvosokkal és a kórházakkal – amelyek mind a ketten hevesen kívánták az üzletet a GP-kkel. A rendszer fellendülésének időszakában mondott le Mrs. Thatcher, és váltotta őt a változtatásokat továbbvivő John Major a miniszterelnöki bársonyszékben.

#### **IV.1.7. Fundholding-ok, multifund-ok és careholding-ok**

Ma már nehéz lenne elmagyarázni egy elfogulatlan és alapismeretekkel nem rendelkező érdeklődőnek, hogy mi is volt a tszcs, vagy mi a gmk-k és a vgmk-k közötti különbség, és annak idején miért is volt rájuk átmenetileg szükség. Hasonló definíciós problémákkal találkozunk Angliában is az állami szolgáltatás privatizálási lépéseinek követése során.

##### **IV.1.7.1. A GP-k szerepe és a fundholding-ok (1982-1989-2006)**

*A piaci megoldásoknak az állami környezetbe bevezetése Angliában több lépésben történt. Az új, piacorientált megoldások bevezetési terepe rendszerint a hazai körzeti vagy házi orvosnak megfelelő „general practitioner”-ek, az itt is használt rövidítés szerint a GP-k heterogén, népes csapata.*

*A GP folyamatos szolgálatban alapszolgáltatást nyújt, elsőként találkozik a kedvezményezettal, nem csak gyógyítja, de figyelemmel kíséri (így ideális vezető megelőzési feladatokban) és vezényli is (így mintegy a további szakellátás szervezője, első betegirányítója). Meghatározó szerepe van a hozzáférésben, az ellátás biztosításában és a legtöbb kedvezményezettellátó kontaktot is a házi orvosok abszolválják.*

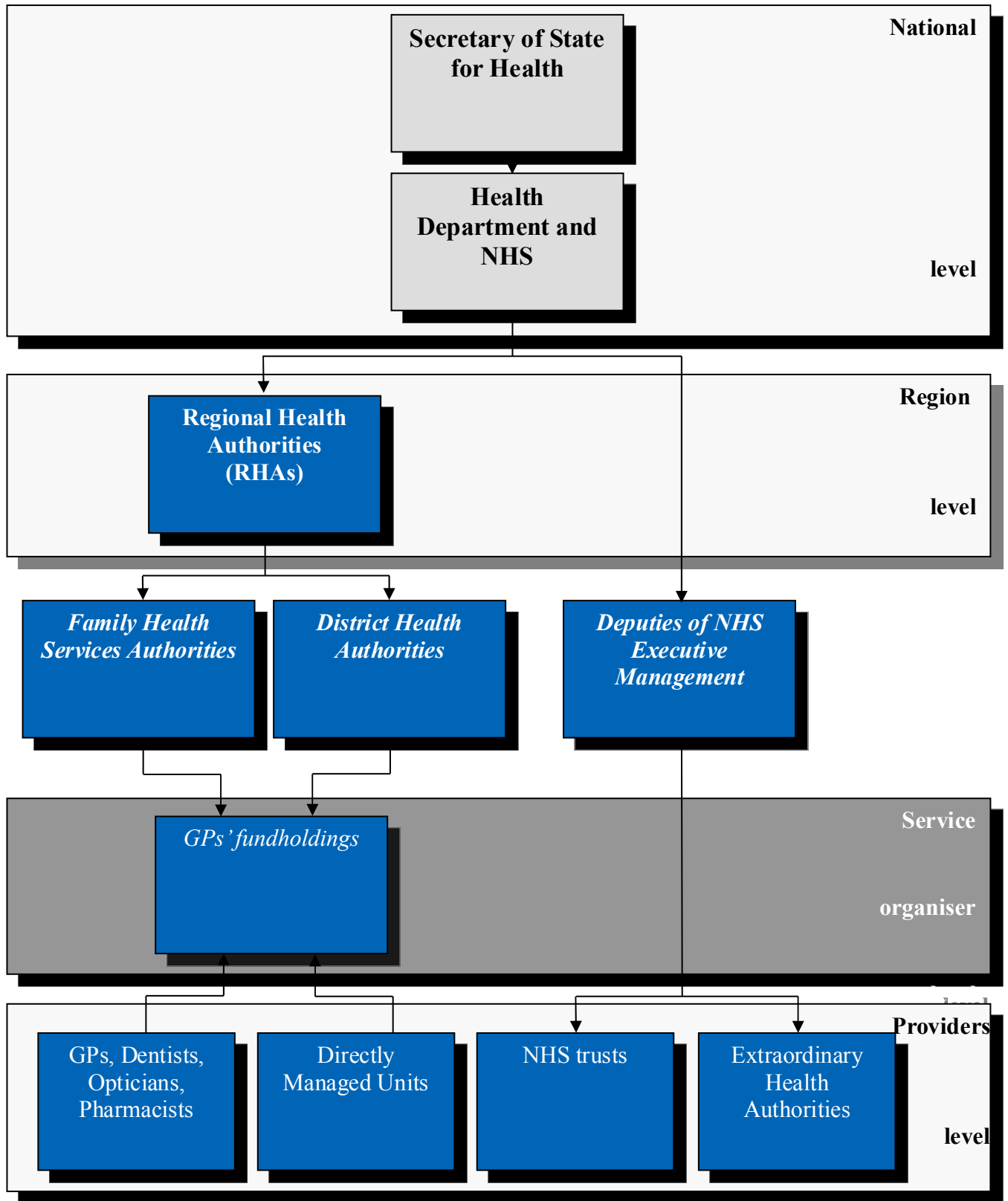
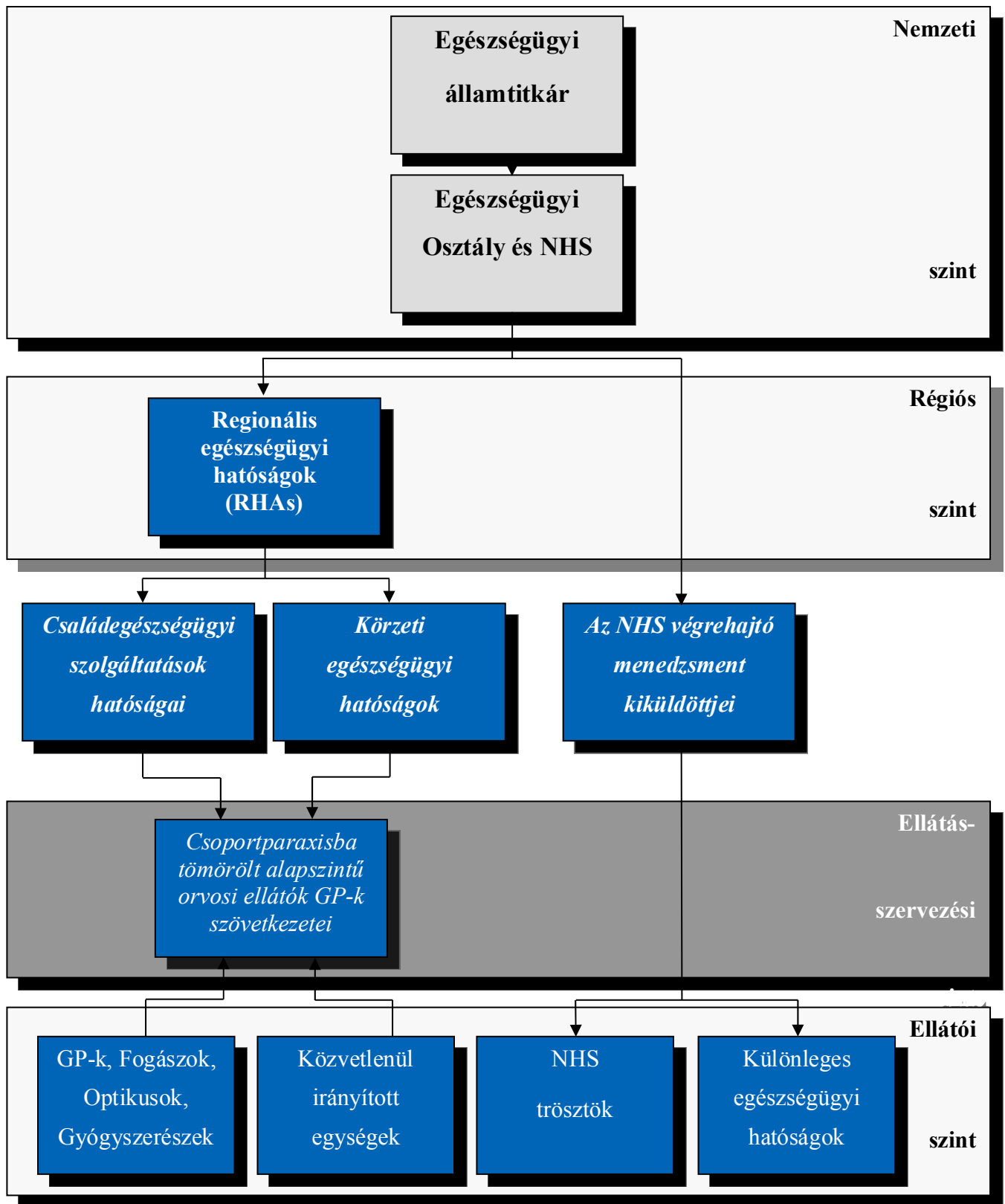


Fig. VIII. A. The System of the NHS in England 1982, WEBSTER



VIII.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 1982, WEBSTER után

Munkájuk személyes és személyhez kötött – *kétségtelenül az egyik legönállóbb tevékenység* a magánosítás előtti ellátószervezetben. Így jellegéhez közel áll a privatizáció alapfeltétele: a vállalkozói szellem.

A konzervatív kormányzat tehát a csoportpaxist már ismerő GP-k felől kezdte meg lebontani a monolit állami egészségügyi ellátó struktúrát.

A legelső megoldás a GP-k vállalkozásba segítésére – és egyben az ellátást nyújtók csoportos tevékenységre szorítására – a fundholdingok alapításának engedélyezése. A *fundholding* amolyan *szövetkezetnek* írható le, amelyben azonos tevékenységet végző önálló személyek közös cégnév vagy elnevezés alatt, de az adott szolgáltatást saját névvel nyújtva szabadon szerveződnek egy-egy területen az ellátások nyújtására.

A *fundholding* (1989–2006) *irodalma erősen redukált*, különös tekintettel a tényre, hogy mindössze másfél évtizedet élt. Az ideiglenes, a hozzáfűzött reményeket be nem váltott jogi megoldásáról, amolyan átmeneti munkavállalói résztulajdonosi program konzervatív-kapitalista változatáról egy GP, *Michael Francis D'Souza*<sup>285</sup> írt az INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY-ben(1995). D'SOUZA közleménye a GP-vezette multifund-ok mellett érvel, *Kingston-upon-Thames-i pilot projektben* végzett kimenet-mérések eredményei alapján.

Az 1989-es változtatások engedélyezték egyes, „magas kártyaszámú” GP-knek (legalább 7000 kedvezményezett), hogy fundholdingokat hozzanak létre. Ezzel járt, hogy a kedvezményezettek után járó támogatási *fejpénz egy részét maguk osztják be bizonyos ellátásokra*, mint például a nem-sürgős ellátások biztosítsa. Ezzel közpénzek adminisztrálására tették őket képessé, pl. közvetlenül a kincstári ellátmányból fejleszthették IT infrastruktúrájukat. Sok GP vonakodott eleinte fundholder-ré válni, inkább hagyományos GP szeretett volna maradni. De felismerve, hogy a fundholdingokat jobban támogatja a költségvetés, lassan hallgattak az idők szavára, s vállalták a menedzselés pluszmunkáját és a klinikai költségek többletkiadásait. Az aggodalmuk ellen dolgozott az is, hogy belátták, hogy a betegeknek nyújtott *ellátásuk színvonala lemarad* a fundholder-ek betegei mögött. Liz LLOYD is osztja a véleményt, hogy a fundholder GP-k a betegek javára döntöttek így<sup>286</sup>.

További, később realizálódott előny, hogy a fundholding az NHS egyik legrégebben fennálló gondját – a szociális és az egészségügyi ellátások szétválasztását – természetesen oldotta meg.

#### **IV.1.7.2. A multifund-ok (1989)**

A multifund intézménye újabb lépés, de leírása nem kisebb feladat, mint a vgmk-é. Talán OROSZ (1992) fordította le legrövidebben ezen átmeneti, és annak is szánt forma működésének lényegét<sup>287</sup>. Azaz *orvoscsoport*, amely 11 ezer főnél többet lát el, költségvetési keretet kaphatott, amelyből a pácienseik számára a kórházaktól és diagnosztikai vállalkozásoktól megvásárolhatták a nem sürgősségi gyógyító beavatkozásokat. Megtakarításaikat saját praxisuk fejlesztésére használhatták fel. A túlköltekezőket

felülvizsgálták, és elveszthették a költségvetésükkel való önálló rendelkezés jogát, azaz újra a régi rendszer szerint finanszírozták őket.

A megoldás tudományos igényű kísérleten alapult. Először egy pilot projektben hoztak létre egy, a terület összes orvosából áll konzorciumot. Az ötlet nagy érdeklődést váltott ki. Vagy 100 orvos fizetett be fejenként 70£-ot, hogy támogassák egy a megvalósíthatóságot vizsgáló bizottság munkáját.

A kísérletből közzétett tanulmány<sup>288</sup> rámutatott, hogy a kis, egy praxist ellátó fundholding-ok életképtelenek, *s legalább egy alkalmas társsal* (magánközlés<sup>289</sup>: nagy praxissal lehetett ez egy labor, és/vagy egy gyógyszertár(i lánc), kicsiknél az egymást helyettesítő másik kis praxiskörzet) *kellott társulni a fennmaradásért*. Több fundholder, azaz „szövetkezeti” formában ellátott praxis praxisközösséget alkotott és emellett az igényelt primary care ellátásokra szerződött több (=tipikus esetben egy labor, egy gyógyszertár(i lánc), egy sürgősségi ellátó és egy kórház) ellátást nyújtóval.

Ezek az így kialakult *multifund*-ok, amelyet *konzorciumoknak* fordíthatunk, a fundholding-ok szintén ideiglenes versenytársai lettek. A pilot-projektben az orvosok több, mint 80%-a részt vett, és – megtartva egyes vagy iker önállóságát – *a fundholder-ek közös konzorciuma* (valójában később ezeket nevezték *multifund-nak*) önállóan számolt el az FHSA-val a Család-egészségügyi Szolgáltatások Hatóságával.

A definíció szerint *a 'multifund' több funding-nek egy területen négy ellátási szegmens biztosítására szabadon társult konzorciuma*.

Ezek az ellátási szegmensek a következők:

- a gyógyszerellátás,
- a kórházi ellátás (a sürgősségi ellátások kivételével),
- a GP és szakorvosi ellátás,
- a nem-invazív fekvőbeteg-ellátás.

A miniszter politikai indokolását tükröző tanulmány szerint a multifund-ok teret adtak az orvosoknak az ötleteik kibontakoztatására, hogy így javíthassák az egészségügyi ellátások színvonalát a területükön.

Másrésről a multifundoknál terjedt el *a különböző kapcsolódó*, a szakirodalomban 'independent'-nek, azaz függetlennek nevezett *szakmák bevezetése* és hozzákapcsolása a klasszikus gyógyító ellátási rendszerhez (Pl.: szociális munkások).

A multifund-ok menedzsment-költségei – a tanulmány szerint<sup>290</sup> – jelentős csökkenésükkel visszaigazolták az elvárásokat. *A vizsgált pilot-project igazgatási költsége 2,1% volt, ami jobb a reform-előtti NHS 5%-igazgatási költségeinél, és különösen jobb a tanulmány készítésének időszakában – 1995-ben – az egészségügyi ellátásoknál becsült 11%-nál.*



#### IV.1.7.3. A careholding-ok (1991–)

A multifund-ok az értékelés szerint adósak maradtak a – nagyon költséges – krónikus betegek ellátásának biztosításával.

A konzorciumok szerveződése a betegutak költséghatékony kiépítését, az irányított betegforgalmat hozta. A következő lépés a betegutak integrálása lett, lehetőség szerint a létrejött konzorciumokon belül. Ezeket a betegellátó konzorciumokat a köznyelv 'total fundholding'-nak, az öndefiníció 'careholding'-nak nevezte el. Megjelenésük az 1990-es évek eleji konzervatív átszervezésekhez kötődik<sup>291</sup>.

Az így szorosabbra fűzött együttműködésen belül *két tendencia* érvényesült az *egységesedés és a közös tulajdonlás felé*.

A két tendencia:

- a) az ellátást keresőnek az ellátó rendszeren belül tartása,
  1. amivel a kedvezményezett teljes ellátásfinanszírozása rendszeren belül tartható,
  2. ezt minőségi és kínálati expanzióként definiálnám.
- b) a menedzsment expanziós törekvése
  1. az igénylők mennyiségének és az elvégzett szolgáltatások mennyiségének növelése,
  2. a kiegészítő, az alternatív, rendszerint fizetős szolgáltatások bevezetése.

+ egyéb, nem kapcsolódó szolgáltatásokkal színezés.

Ez utóbbiról jegyzi meg POLLOCK (2005), hogy ma egy egészségügyi szolgáltatóhoz betérni olyan, mint egy bevásárlóközpontba csöppenni, számtalan jól ismert multinacionális cég kínálja áruit és szolgáltatásait az előtérben<sup>292</sup>. De ez már napjainkba, az alapok (trust-ok) világába vezet.

A két tendencia *a multifund konzorcium jellegének elvesztéséhez*, azaz a konzorciális partnerek önállóságának fokozatos eróziójához vezetett. A szorosabb együttműködés következő formája a *careholding*, az ellátás teljes körű biztosítására szerződő, a közösen vezetett ellátók cégeiből álló, azokban gyakran résztulajdonjoggal rendelkező társaság.

A careholding-ok kialakulása viszonylag figyelmen kívül hagyja az ellátási szegmenseket, és így a szakmai kritériumok a háttérbe szorulnak. Ez szolgált hivatkozási alapul, és a careholding tagjainak relatív önállósága, az egységes irányítás ellehetetlenülése viszont egy tényleges szükségletet fogalmazott meg a keményebb irányíthatóságra. A multifundok cca. 1995-re már elérték a (NB.: a szigorúbb belső irányítás nélküli szervezet) terjeszkedési határaikat<sup>293</sup>. Ennek voltak *rejtett előnyei* is, például az olcsó, piaci viszonyok között jobban elterjedt, *megelőző ellátások gyors elterjedése*. Ezeknek a megelőző ellátásoknak az eredmény/ráfordítás mutatói viszont kiemelkedőek.

#### IV.1.7.4. Összefoglaló – az ellátók szerveződése (1982–)

A fundholding és a többi önállóan szerveződő megoldás *legnagyobb haszna* végül is két más jelenségben realizálódott.

- a) Létrejött egy *nem bürokratikus* és a *szükségletek által meghatározott* irányítású rendszer, amely *lehetőséget szolgáltatott az állami NHS-szel összevetésre, majd később versenyre.*
- b) Mivel esetükben a *helyi szint* aggregálja az igényeket és határozza meg a beszerzendő ellátásokat, azok *közelebb kerülnek* a tényleges igényekhez, pl. a szociálisan rászorulóknak nem szorítják ki a kórházi ellátásból az idős, hosszabb ápolási idejű betegeket.

Az egészségügyre szánt pénzek elosztása mindig problematikus volt, de most az *aggregált egészségpiaci szolgáltatók* megjelenésével *egy új piaci szereplő* férközött be a szolgáltatást megrendelő és a szolgáltatást ténylegesen nyújtók között.

Ennek az új piaci erőnek a *megjelenési formái* a tárgyalt időszakban változatosak és különböző elveket valósítanak meg. A megjelenési formájuk időbeni konszekúciójában a termelészövetkezeti elvtől (fundholding) a szakszövetkezeti átmeneten (multifund) és a konzorciumokon (careholding) majd az alapokon (trust) keresztül végeredményben a részvénytársaság<sup>294</sup> (v.ö.: NHS Plc) felé mutat.

Az új piaci erő a kedvezményezettek és a költségviselők közé a szolgáltatók érdek- és tőkeaggregációját ellátó ellátásszervezők kerültek. Későbbre ez az új erő uralta szakmailag és pénzügyileg a teljes piacot.

Az 1997-es Primary Care Act – különösen a Working for Patients (1989) fényében, utal rá HAM (1999)<sup>295</sup> – újabb határozott lökést adott az ellátások szervezett formában nyújtásának. Ezek továbbra is a GP-k szerveződési formáiból indultak ki, és az új irány fő formája a Primary Care szervezetek lettek. Ilyenek voltak a multifundok, a teljes körű ellátóbeszerző projektek, túlóra-szövetkezetek, és a kapcsolódó szervezőügynökségek. HAM is kiemeli, hogy a fő hatása ennek a vegyes megoldáskereső rendszernek az volt, hogy áttörte az izoláció falait az egyéni orvosok és az ellátandó praxis, illetve feladatok között, és fokozott kollaborációra biztatták őket. Újrarendelték az átszervezést, a Primary Care Group-ok megalakítását célzó pilot-programok elindítását. Mindamellet a GP-praxisok megtartották a fontosságukat ebben a szerveződésben is.

#### IV.1.7.5. Az önálló alapok, azaz a trust-ok (1991–)

Mint említettem, a szerveződés időrendben is következő szintje az *alapok*<sup>296</sup>, melyek – a brit jogi tradícióknak megfelelően – két fő csoportba sorolhatók: ezek az *alapítványi és a nem-alapítványi alapok* (az 1948 előtti állapotoknál II.1.1. A) pont alatt utaltam arra, hogy a voluntary hospital-ek rendszerint alapítványi formában működtek<sup>297</sup>).

Az „NHS-alapok” olyan jogi személyek, amelyeket a nemzeti egészségügyi ellátásról és az otthoni ellátásokról szóló 1990. évi törvény (National Health Service and Community Care Act 1990) alapján hoztak létre. E törvény 5. cikke (1) bekezdésének az egészségügyről szóló 1999. évi törvény 13. cikke által módosított változata kimondja, hogy az NHS-alapok célja az, hogy az NHS keretében vagyoni eszközöket biztosítsanak és szolgáltatásokat nyújtsanak. E alapokat a PCT-k befizetései finanszírozzák, az általuk előírt ellátásokhoz, és orvosi szolgáltatásoknak megfelelően.<sup>298</sup>

Az alapok karrierje az 1991-es NHS and Community Care Act-tel kezdődött<sup>299</sup>, bár 1993-ra csak 57 trust alakult.

Az NHS szervezetének módosulását az alapok megjelenésével, majd specializációjával a **IX.A és IX.B. Ábra** szemlélteti.

Nézzük meg a népességszám és az alakult PCT-k számának összefüggését Angliában, 2002 áprilisában TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007)<sup>300</sup> táblázata, a **6. sz. táblázat** szerint:

6. sz. táblázat A népesség és a PCT-k számának összevetése, TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007)	
Népesség száma	PCT
0–99 000	38
100 000 – 149 000	<b>104</b>
150 000E – 199 000	<b>77</b>
200 000E – 249 000	44
250 000E – 299 000	26
300 000 –	14
<b>Összesen:</b>	<b>303</b>

Egy évtized múlva, tehát a fenti táblázat szerinti 2002-ben, a koncentrációt elősegítendő az NHS-t törvény kötelezte az alapok alakítására.

A kötelezővé tett forma 100 ezer és 200 ezer fő közötti népesség ellátására lett legalkalmasabb, a 303 PCT-ből / V.ö.: Error: Reference source not found / 181 ebbe a kategóriába esik, ez az az ellátási igénymennyiség, amely egy ilyen centrumot képes ellátni, de nem terheli túl. 2004-ben létrejöttek az első alapítványi alapok (foundation trust). A további szerveződésében az *ellátási szegmenseknek megfelelő szakosodás* a jellemző.

Ezek 2009-re kialakult típusai<sup>301</sup>:

- A mentési alap (NHS Ambulance Services Trust)
- Az alapellátási alap (PCT- Primary Care Trust)
- Az akut ellátási alap (NHS Hospital Trust)
- A szakellátási alap (NHS Care Trust)
- A mentális egészségügyi alap (NHS Mental Health Services Trust).

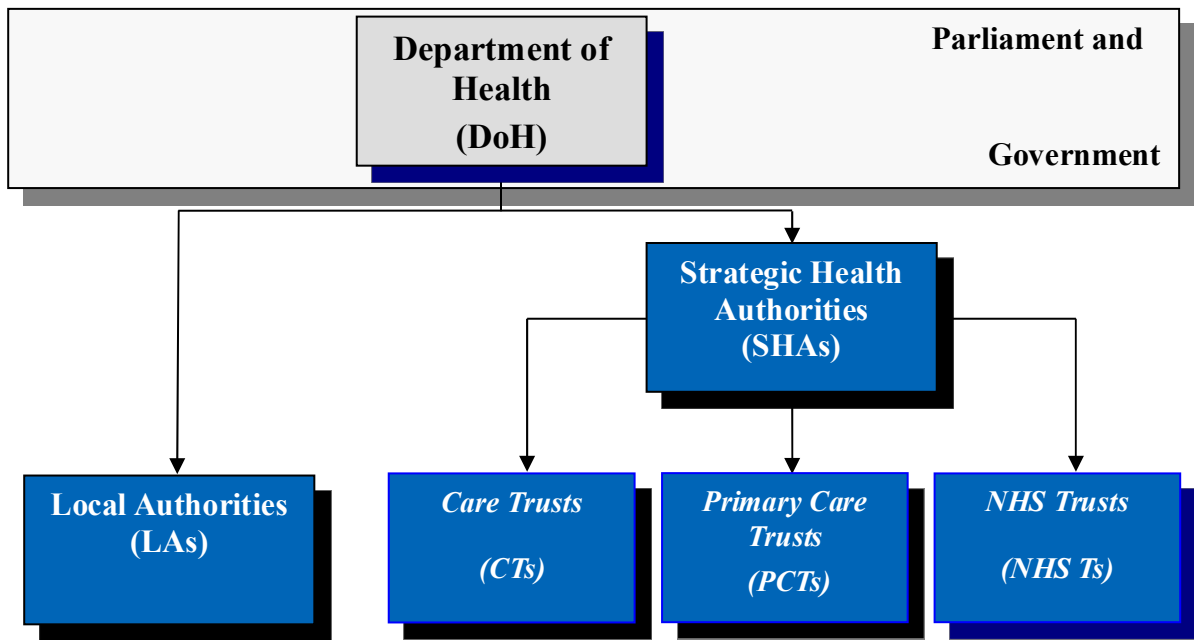
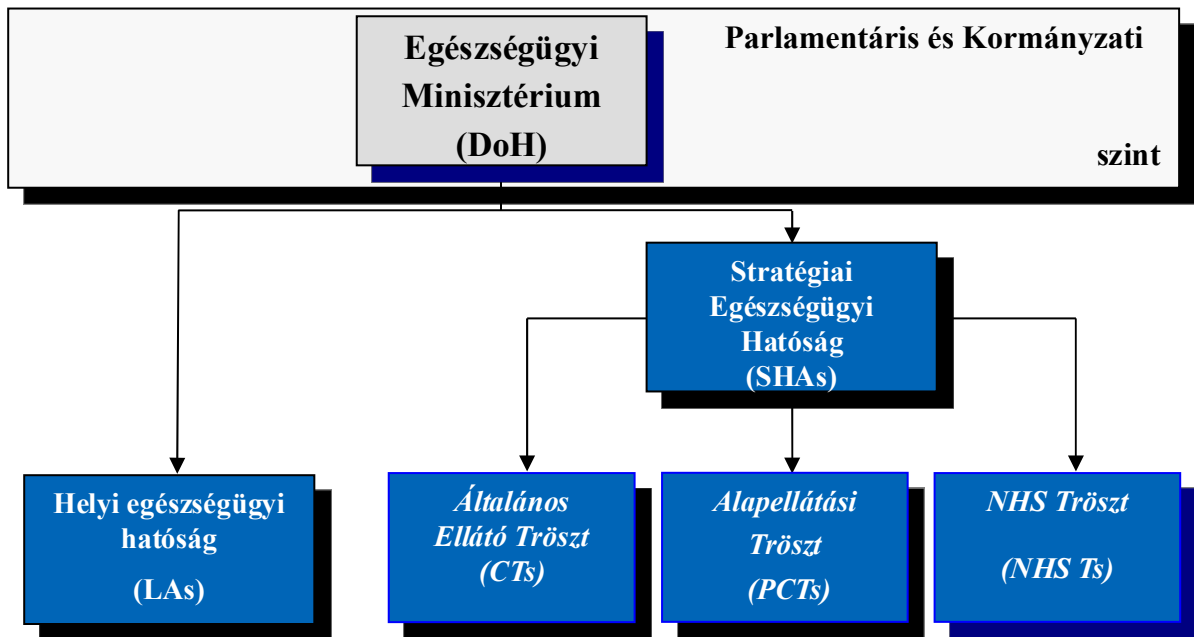


Fig. IX.A. System of the NHS in England 2007-BAGGOTT



IX.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 1997-től, BAGGOTT 2007 után

A PCT-k és az NHS-alapok nem anyagi haszonszerzési céllal működő szervezetek. A kapott költségvetés fel nem használt részét bizonyos feltételekkel később felhasználhatják. Egyébként az ilyen összeget vissza kell fizetniük a kormánynak<sup>302</sup>.

#### IV.1.7.6. A tröszt a magyar jog szerint (1978-) és Angliában (1991-)

- a) *A tröszt a magyar jog szerint az állami vállalatok sajátos fajtája, a tagvállalatokból és a trösztközpontból álló vállalatszerűen működő gazdálkodó szervezet. Hazánkban az alapító szerv a felügyelete alá tartozó több vállalat gazdaságos működésének és fejlesztésének előmozdítására, és e vállalatok irányítására trösztöt hozhat létre. A tröszt is, és az irányítása alatt működő trösztli vállalatok jogi személyek. A tröszt irányítja a benne foglalt egyes vállalatokat, így azok tartozásaiért kezességgel felel.*

Hazai jogunk szerint<sup>303</sup> a tröszt *egyfajta vállalatcsoportosulás*, amely a kormány jóváhagyásával jön létre. Csak az *állami vállalati szektorban* működhet. Az 1978 óta ma is hatályos jogforrás VIII. fejezete szerint a trösztöt a vezérigazgató, illetőleg az igazgatótanács vezeti. Az igazgatótanács a tröszt vezérigazgatójából és a trösztli vállalatok igazgatóiból áll.

A tröszt vezérigazgatójának és igazgatótanácsának jogkörét a létesítő határozatban kell megállapítani. A létesítő határozat úgy is rendelkezhet, hogy a tröszt jogkörét a trösztli vállalatok felett kizárólag az igazgatótanács gyakorolja.

A tröszt létesítő határozata felhatalmazhatja az igazgatótanácsot, illetve a vezérigazgatót arra, hogy a *trösztli vállalatot meghatározott tevékenységre utasítsa*, gazdálkodására kötelező irányelveket adjon, a trösztli vállalat vagyonát a tröszt hatékonyabb gazdálkodása érdekében átcsoportosítsa... stb. Ezekben az esetekben a trösztnél olyan belső elszámolási és irányítási rendszert kell kialakítani és alkalmazni, amely biztosítja

- a trösztli vállalat szükséges gazdálkodási önállóságát és felelősségét, ideértve a saját döntésen alapuló beruházások lehetőségét is;
- a trösztli vállalat érdekeltiségét gazdálkodási és fejlesztési tevékenysége eredményességében és saját tevékenységével arányban álló részesedését a tröszt eredményéből.

A trösztök száma Magyarországon a 80-as években fokozatosan csökkent, 1991-re pedig általánossá vált az átalakításuk gazdasági társasággá – részvénytársasággá (villamosenergia-ipar, kőolajipar, alumíniumipar).

- b1) *A brit megoldás – ahol az alapokat az NHS Act hozta létre – és a trust is és az irányítása alatt működő vállalatok szintén egyaránt jogi személyek, külső elszámolási és irányítási rendszert alakított ki és alkalmaz. Törvényi megjelenéseik a Commission for Healthcare Audit and Inspection (azaz Healthcare Commission, abbr. HCC) majd Healthcare Quality Commission (HQC). Ezeket a későbbiekben ismertetjük.*

TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) szerint az alapok életre hívása a hatékonyság és a (nemzeti) standardok kérdéskörében gyökerezik<sup>304</sup>.

A lokális standard -okat – Angliában nemzeti szinten irányított – szolgáltatási csomagok definiálják. *A szolgáltatási csomag* az egészségügyi ellátásoknak az a része, amely valamilyen meghatározott keretben (például a kontinentális társadalombiztosítás vagy a szigetországi nemzeti egészségügyi szolgálat ellentételezése mellett) *az adott populáció számára igénybe vehető*. Meghatározása az egyik legnagyobb szakmai, szakmapolitikai kihívás. Egyfelől nagyon nehéz olyan aprólékos algoritmust megállapítani, amely minden, a gyakorlatban előforduló esettípusban megfelelő biztonsággal megállapíthatóvá teszi azt, hogy pontosan mi jár a betegnek, másfelől a szolgáltatási csomag határainak meghúzása nagyon súlyos társadalmpolitikai, méltányossági döntéseket igényel.

*A másik tényleges kérdés a felelősség kérdése*, amely az alapoknál, ideértve a PCT-eket is – de az alapítványi státuszú foundation alapok kivételével – a Stratégiai Egészségügyi Hatóságon (SHA), majd az egészségügyi államtitkáron (SoS) keresztül egyenesen a Parlamentig vezet. A brit felfogás szerint – összevetve BAKAN (2004) független és önálló(sult) Corporation-jával – az NHS trust közalapítású szemiautonóm testület, melynek gazdasági felelőssége különbözik a többi NHS szervezetétől. Rendszerük öt különös ismérvvvel jellemezhető<sup>305</sup>:

1. Költségvetésük *elkülönített az NHS költségvetésétől*,
2. *Nem áll mögöttük állami garancia*,
3. Az éves kiadásaik nem haladhatják meg a bevételeiket,
4. Emellett szintén *éves jelentéstételre* kötelezettek,
5. *Tőkeképzésük szabályozott*.

*Ad 3)*

Habár a legisláció nem határozza meg, hogyan is interpretálják az alapok ezen évösszeszámító jogforrási kötöttséget, a kialakult gyakorlat szerint az alapok három – kivételes esetekben öt – éves periódusban terveznek. Ha a trust deficitet jelent, így lehetősége van azt helyrehozni a következő kettő évben. Pl. bár 2003/4-ben valamennyi NHS trust veszteséges volt, de a gazdasági évek egybeszámításával csak 65 jelentett deficitet összesítve 138 M£ értékben<sup>306</sup>.

*Ad 5)*

A tőkeképzést Kincstár által kiadott a Tőke-Erőforrás Limit (Capital Resource Limit) állapítja meg, amely tartalmaz cash és non-cash elemeket, mint pl. az értékcsökkenés vagy a jövőbeni kötelezettségekben rejlő tartalék.<sup>307</sup>

*Az NHS Trust Igazgatók választmányai* kollektív felelősséggel tartoznak az igazgatásuk alá tartozó intézmények részéről a finanszírozási, a szabályzati és törvényi előírások betartásáért. A választmányi elnökök állása szakmai, tiszteletbeli, részmunkaidős. Általában, azaz egészében felelnek az adott területért.

Alattuk végrehajtó tagok, pl. főtitkár vagy gazdasági igazgató tevékenykednek, illetve itt is rész munkaidős nemvégrehajtó tagok, pl. a helyi lakosság képviselői.

*A főtitkár kulcspozícióban áll.* Egyrészt a választmány döntéseinek végrehajtására köteles, és felel a trust igazgatási szervezetének munkájáért, másrészt a választmány ellenőrző szerveként is eljár, valamint ő állítja össze és továbbítja a DoH-n keresztül a Parlament felé az alapok éves jelentését<sup>308</sup>.

*Az NHS alapok tulajdonosai* az általuk üzemeltetett tőkejavaknak, mint terület, épület és eszközök, bár ezek használatáért – az 1990-es Community Care Act alapján – éves osztalékot fizetnek be az államkincstár részére<sup>309</sup>.

b2) *A brit megoldás*, mint már jeleztük, elkülönítette a *foundation trust* intézményét, azaz az *alapítványi alapokat*. Ezek később is jöttek létre, 2003-tól alapíthatók<sup>310</sup>. Az alapítványi alapok a közszolgálati intézmények új formájaként jelentek meg Patricia HEWITT szerint. A gazdaság több más szektorában már elterjedt szociális vállalkozások (nem non profit jellegű intézményekről van itt szó) a public organisation-ok új modelljét kínálva ekkor kezdenek elterjedni, különösen a helyi egészségügyi és szociális ellátások körében<sup>311</sup>. *Lényeges megkülönböztető* ismertetőjegyük, hogy nem állnak az NHS ellenőrzése alatt, hanem független regulátor szervezet, a 'Monitor' felügyeli, hogy miképpen teljesítik megbízásukat.

Különbözik ugyanúgy *korporatív, jogi személyiséggel bíró szerveződések*, mint az NHS alapok. Igazgatásuk is hasonló az alapokéhoz<sup>312</sup>. A résztvevő, közös irányított cégek, vállalkozások vezetői választmánya a legfőbb stratégiai szerv. Felügyeli az alap felhasználását és a nyújtott szolgáltatásokat. *Több végrehajtó titkára* van, köztük az ellátandó feladatkörök megoszlanak. Az alap napi működésének felügyelete körében a titkárokat szakmák szerint bízza meg a választmány. Munkájukat senior menedzsment team segíti. A végrehajtó titkárok közül rendszerint elkülönül a főtitkár, a gazdasági igazgató, az orvosi vagy fogorvosi, illetve az ápolási vagy terhesgondozási vezető. A testületi szerv még kiegészül a lakossággal, ezen belül külön az egykori vagy jelenlegi betegek képviselőivel.

A *foundation* alapok bérlői a tőkejavaknak, (lásd fent) és ezek használatáért – a 2003-as Health and Social Care Act alapján – bérleti díjat fizetnek a tulajdonos önkormányzat vagy államkincstár részére.

#### **IV.1.7.7 Egy esetleírás: a Barlborough NHS Treatment Centre (2007–)**

A piacok történelme, ahogy megfigyelhettük, azt diktálja, hogy időnként egészen új szereplők belépésére van szükség – állapítja meg az 'Unhealthy Competition' című fejezetben SEDDON (2007) a magánszektor ellátóközpontjairól.

Az ISTC-k (az Independent Sector Treatment Centres) esetében az ellátottak visszatérési esélye jóval alacsonyabb az NHS kórházakénál. A felmérések szerint az ISTC-s ellátottak 96%-a értékelt a szolgáltatást kiválóan vagy nagyon jónak. Az ISTC-kenél a megbízhatóság is imponánsnak tűnik: az összegyűjtött adatok szerint egyetlen MRSA<sup>313</sup> sem jeleztek ISTC-ből.

Az ISTC-k összképi hatása ennél kevésbé egyértelmű. Bár egyesek szerint<sup>314</sup> nélkülük az NHS összeomlott volna, arról is anekdoták keringenek, hogy megjelenésük milyen versenyt és munkalázat indukált egy-egy területen a helyi és az NHS sebészek köreiben is.

A Barlborough NHS Treatment Centre (BNTC) egy független szektorbeli, azaz *nem állami gyógyközpont*. Más szemszögekből: a BNTC-t az NHS nevében illetve részéről egy független gazdasági társaság működteti, azaz a BNTC-ben az NHS betegek ellátását egy – multinacionális – üzleti vállalkozás biztosítja. Ez a megoldás része a várólisták (és a beavatkozásra várakozási idők) csökkentésére, illetve a kedvezményezettek kórházválasztási lehetőségeinek bővítésére irányuló kormányzati iniciativa megvalósításának. A BNTC deklarált célja, hogy az ellátást keresőknek kényelmes környezetet nyújtson. A kórházépület vadonatúj (innen a kiemelkedő MRSA adatok), kifejezetten a kórház fő profilját alkotó ellátásokhoz tervezték (a szakmai és ügyféli elégedettség forrása), a legmodernebb előírásoknak megfelelően. Szintén a legmodernebb eszközökkel és technikával szerelték fel, hogy így biztosítsák a komplex, kiváló színvonalú ellátást, s nem elhanyagolhatóan: a teljes és gyors gyógyulást.

### **A BNTC honlapja (1994-)**

*A BNTC honlapján jól ismert F.A.Q. (Gy.I.K.)* menüpontban az alábbi gyakori kérdéseket, és a küldetést definiáló válaszokat találhatjuk:

*Q. Mi ez az iniciativa? (...amely alapján létrejött ez az üzleti vállalkozás)?*

Mivel a kormányzat elhatározta, hogy a kedvezményezetteknek szabad ellátó választást tesz lehetővé, s ezzel párhuzamosan csökkenti a várólistákat, meghívva az üzleti vállalkozásokat, hogy szerte az Egyesült Királyságban vegyenek részt az egészségügyi szolgáltatások biztosításában és a gyógyulási idők csökkentésében.

A Partnership Health Group nyerte el a kiírt pályázatot, hogy megépíthesse és vezesse a BNTC-t, ahol az – előre megállapított, kiemelt régiós szükségletnek megfelelő – ortopéd sebészeti ellátások nyújtására rendezkedtek be.

Az NHS szervei a részükre meghatározott költségvetési keretek között határozzák meg, hogy a nemzeti irányelvek tiszteletben tartásával mely klinikai prioritásokkal foglalkozzanak<sup>315</sup>.

*Q. Miként biztosítják, hogy az üzleti vállalkozások által nyújtott egészségügyi szolgáltatások színvonala egyezzen az NHS standard-jeivel?*

A független szektorbeli ellát(ásbiztosít)ók, valamint azok az eszközök és eljárások, amelyeket használnak/kínálnak, egy igen részletes értékelő folyamaton mennek keresztül, melyben összevetik azokat az NHS előírásaival



és elvárásaival. Egy független szakértői szervezet, a Health Care Commission végzi<sup>316</sup>, mindenre kötelező általános standardok alapján.

Ezen túl a klinikai tevékenységünk eredményeit több egyezményes klinikai eredmény-kimutatással is monitorozzák. Ez az egyik nagyobb fejlesztésünk, melyet hamarosan átvesz néhány NHS ellátóközpont, s talán később az egész NHS-re kiterjesztik. Ezen értékelések eredményeit minden hónapban megállapítjuk, és negyedévenként nyilvánosságra hozzuk, egyben elérhetővé tesszük a Strategic Health Authority (SHA) számára, alapos betekintésre illetve vizsgálatra is. Az összefoglaló eredmények – az ellátások teljes minőségi összevethetősége biztosítására – a nyilvánosság számára is elérhetőek.

Q. Kell-e az NHS jogosultaknak bármit is fizetniük a BNTC ellátásaiért?

Egyáltalán semmit. Az NHS ellátások alapelveinek megfelelően dolgozunk, ingyenesek vagyunk a szolgáltatás nyújtásakor. A nálunk igénybe vett ellátás idejének felgyorsításával gondoskodunk arról, hogy betegeink ne érezzék magukat kényszerítve a magánszektor ellátásainak használatára. A páciensek mindig megmarad a lehetősége, hogy várokozzanak a helyi sebészre, ha őt preferálják.

Mivel azonban a Kormányzat által az NHS részére elkülönített költségvetés nem elegendő ahhoz, hogy –a sürgősség fokától függetlenül – a betegek gyorsan megkapják az ellátásokat<sup>317</sup>, az NHS a rendelkezésre álló erőforrásokat meghatározott prioritások alapján veszi igénybe, ami a nem túl sürgős ellátások esetén a gyakorlatban meglehetősen hosszú várólistát jelent.

Q. Választhatnak-e az NHS jogosultak, hogy a BNTC-nél vagy egy jelenlegi általános kórházban végeztessék el műtétjüket?

Igen. A választás lehetősége egy az NHS legfontosabb célkitűzései közül. Biztosítani a kedvezményezetteknek egy széles skála választhatóságát az azonos színvonalú ellátásokból, valamint a nagyobb beleszólást a saját ellátásukba. Ehhez a folyamathoz járulunk hozzá, betegközpontú ellátást ajánlva, figyelemmel az ellátott igényeire.

Q. Ez az NHS privatizációjának a kezdetét jelenti, s nemsokára az ellátottaknak fizetniük kell a betegellátásukért?

Természetesen nem. A kormányzat elkötelezett az NHS alapelvek töretlen érvényesülése irányában, ami az ellátások ingyenességét jelenti akkor, amikor nyújtják azokat. Ez a szabály csak egy a több fontos ajánlás közül, miközben tervezik modernizálni a szolgáltatásokat, hogy csökkentsék a várakozási időket. A független szektor gyógyközpontjaival megnövelt kapacitás biztosításával az NHS egyszerre megtartja a területe feletti ellenőrzését és kiszolgálja a kedvezményezettek szükségleteit.

Mi a kapacitás-hiány okozta lyukak befoltozására vagyunk itt, nem pedig az amúgy is létező szolgáltatásokat helyettesíteni. Ellenőrzött, és megfelelő szerződésekkel biztosított keretek között a szerződések obligát erejével kihasználni az ún. independent szektor lehetőségeit: a betegeknek a javára válik, miközben fenntartják az NHS minőségi standardokat, színvonalat. Az NHS már eddig is gyakran használta fel a privát szektort alkalmi beszerzések útján. Az ún. Independent Sector Treatment Centre-ek olcsóbbak, mint egy végig-viendő kiemelt beruházás, hiszen ez előre meghatározott árakon és előre meghatározott esetszámok nyújtásán alapszik.

Q. Milyen hosszú időre szerződtek, és mi történik, ha a szerződések időtartama lejár?

A kezdő szerződés 5 évre szól. Az öt év leteltével a BNTC vagy egy velünk kötendő új szerződés szerint működik tovább, vagy egy másik, jobb gazdasági tartalmú ajánlatot tevő szolgáltatásszervezővel, vagy visszaveszi a BNTC-t az NHS. Elképzelhető, hogy mi is ajánlhatunk ellátásokat sok más, az ortopédiától eltérő szakterületen.

Q. Kaphatnak kezelést a páciensek egy másik NHS kórházban vagy klinikán, ha már egyszer kezelték őket a BNTC-nél?

A BNTC szolgáltatása csak egy a számos, szabadon választható, de az NHS nyújtotta ortopéd kezelés közül. Amikor a beteg kezelése befejeződött nálunk, a helyi NHS szolgáltatóhoz irányítjuk. Az, hogy a BNTC-nél veszi igénybe az ellátást, nem zárja ki a bármilyen későbbi ellátását egy NMS kórházban, elsősegélyhelyen vagy ellátóközpontban illetve klinikán.

### **A PHG honlapja (2009)**

*A BNTC-t működtető Partnership Health Group (PHG) 100 %-os tulajdonosa ma a Care UK. Amennyiben tehát további információra van szükségünk, innentől átírányítanak a Care UK website-jaira, ahol többet tudhatunk meg Care UK-ről, és a többi NHS Treatment Centrumról, melyek a tulajdonában állnak.*

### **A PHG honlapja - A Care UK (1994-)**

A BNTC-t működtető Partnership Health Group (PHG) 100 %-os tulajdonosa a Care UK, amely a honlapján magát piacvezetőnek deklaráló, független ellátásszervező az egészségügyi és a szociális ellátások terén.

A Társaság szoros együttműködésben dolgozik a helyi hatóságokkal, a PCT-ekkel SHA-kkal. A Cég negyedszázadot meghaladó gyakorlattal rendelkezik az igényekhez szabott egészségügyi szolgáltatások biztosításában, ideértve a házi ápolást, a gondozó otthonokat, a szakorvoslást, és a primer valamint a szekunder ellátásokat is.

A Care UK félszáznál több ápoló és idősek otthonát üzemeltet és hetente több, mint 120,000 óra házi ápolást nyújt. Fogyatékkal élőknek és tanulási nehézségekkel küszködőknek egyaránt kínál otthoni ellátásokat és segítséget. Szakorvosok széles skáláját foglalkoztatja a gyermekellátások terén is, ideértve az otthoni ellátásokat és a különböző nevelésbe vételeket.

Az egészségügyi szektort illetően Társaság a legnagyobb ellátásszervező az Egyesült Királyságban az ellátóközpontok területén, és nagyon aktív és széles spektrumú a részvétele a primer ellátásokban.

GP praxisokat (házi orvosokat), NHS Walk-in Center-eket (járóbeteg-ellátásokat) és GP out-of-hours service-eket (házi orvosi ügyeletet), valamint a legmodernebbnek számító Clinical Assessment and Treatment Services (CATS)-eket is üzemeltet.

Mára a brit lakosság egyötöde veheti igénybe a Társaságunk által nyújtott szolgáltatások valamelyikét. Szolgáltatásokat nyújtunk a összes Strategic Health Authority részére, a PCT-k egyharmadával, és a helyi hatóságok több, mint felével szerződéses kapcsolatban állunk.

„Mi a Care UK-nél a világot a pácienseink és a hozzánk fordulók szemüvegén keresztül látjuk, felismertük, hogy az életminőség van olyan fontos, mint az egészségügyi ellátás.

Az általunk gondozott időkorúaknál felismertük, hogy miképp jobbíthatjuk az életminőségüket, hogyan gondozhatjuk őket az igényeiknek jobban megfelelő figyelmességgel, és azt is, hogy miképpen lehetnek segítségünkkel olyan aktívak, amennyire csak az egészségi állapotuk azt megengedi.

A fiatalabbakat támogatjuk, hogy ismerjék fel a saját felelősségüket, illetve megadjuk nekik az életkezdéshez a lehető legjobb startpozíciót.

Egészségügyi szolgáltatásainkban törekszünk az igényekhez és az igénybevevőkhöz minél közelebb kerülni, primer és szekunder ellátó központjainkat közelebb vinni azon helyekhez, ahol az emberek élnek és dolgoznak, lehetővé tenni nekik az elérésünket mindennapi életük során.

Csökkentjük az ellátáshoz jutás idejét és javítjuk az ellátás hatékonyságát, és teljesebb életet élni is segítünk.”

### **A Care UK (előtte: Anglia Secure Homes) története (1982–2008)<sup>318</sup>.**

A Care UK az egyik vezető cég az egészségügyi és a szociális ellátásban Angliában, mintegy negyedszázadon keresztül.

1982 Megalakult az Anglia Secure Homes<sup>319</sup>.

1986 A Haven Management Services Ltd<sup>320</sup>. beolvasztása a teljes tulajdonrész megszerzése mellett.

1988 Januárban az Anglia Secure Homes-t bevezetik a tőzsdére, és augusztusban megnyílik Csoport első gondozó otthona.

- 1989 Az új házi gondozást nyújtó szolgálat neve Haven Care<sup>321</sup> lesz.
- 1994 A Társaság márciusban nevet változtatott Anglia Secure Homes-ról Care UK NyRt<sup>322</sup>-re.
- 1997 A tanulási nehézségekkel foglalkozó Care Solutions Limited<sup>323</sup> felvásárlása. (A Care Solutions 59 otthonban 197 bentlakó ápoltat látott ekkor el Newcastle-ban, Bradford-ban, Staffordshire-ben és Guildford-ban.
- 1998 Care UK megszerezte a Care Partnership-et hét házi ápolási szolgáltatóval Hampshire-ben és a déli part mentén.
- 1999 Újabb terjeszkedés: a mentális betegek ápolására szakosodott ARC Healthcare megszerzése. Október elején létrejött a UK Mental Health Partnerships Division.
- 2000 Egy-egy nagyobb pályázat elnyerése mind rezidens, mind a házi ápolás területén.
- 2003 Az Afrox Healthcare<sup>324</sup>-rel vegyes vállalat (joint venture) szervezése egy üzleti szektorbeli kezelési központra (ISTC) kiírt pályázathoz. Három ilyen pályázat elnyerése. Egy gyermekellátással foglalkozó vállalkozás, a **Corvedale Holdings**<sup>325</sup> minősített többségének (75%-ának) megszerzése.
- Az Afrox Healthcare NyRt. (AHEALTH) adatai  
Nyilvánosan működő részvénytársaság, Dél-Afrika.  
Korábbi cégnév: President Medical Investments Ltd.  
Működésének üzleti szektora: Egészségügy – egészségügyi és szociális ellátások  
A kapcsolt vállalatok/vállalkozások közül három dél-afrikai cég együttesen minősített többséggel bír:  
Brimstone Investment Corporation Limited - Newlands, Cape Town (30%)  
Mvelaphanda Strategic Investments - South Africa (30%)  
Business Venture Investments Ltd - South Africa (15%) (amely az African Oxygen Limited - Johannesburg, South Africa leányvállalata, végeredményben ez utóbbi nevében tulajdonol.)
- 2004 Althea Park, egy új vállalkozás, egészségügyi szolgáltató, amely étkezési rendellenességekre szakosodott.
- Care UK Dél-Kelet-Essex-ben, a GP-k ügyeleti szolgálatának szerződésével lép be a primary care ellátások piacára.
- 2005 Észak-Kelet-London körzetben a Care UK-t jelölik ki kiemelt ajánlattevőnek a későbbi ISTC szerződésekhez.
- 2006 Új primary care szolgáltatókat helyeztek üzembe Newcastleban, Londonban és Luton-ban. A Care UK létrehozta az első ‘GP practice and Walk-in Centre’-t (*integrált háziorvosi és járóbeteg ellátási központ*) Dagenham-ben.
- 2007 A Mercury Health megszerzését követően a Care UK’s öt üzleti divízióba szerveződött: a primary care, a secondary care, a gondozóotthonok, az önkormányzati, és a szakorvosi ellátás. A Care UK-t jelölik ki Greater Manchester-ben a későbbi Clinical Assessment & Treatment Service (CATS) kiemelt ajánlattevőjének.
- 2008 Augusztusban a Care UK megszerezte Partnership Health Group (PGH)-től a még hátralévő 50%-os részesedését is. Októberben elnyert egy szerződést egy

ISTC megépítésére és üzemeltetésére Southampton-ban. Ennek megépítésével a Care UK által üzemeltetett ISTC-k száma tízre nőtt.

## Összefoglaló értékelés (2005)

A hivatalos indoklás szerint az üzleti megoldásokat az NHS kórházakkal és GP-kkel versenyhelyzetet teremteni hívták be az állami egészségügybe. Ennek első lépéseként hozták létre az Independent Sector Treatment Centres (ISTCs), azaz a magánszektorbeli ellátóközpontokat, hogy az addigi szolgáltatókat nagyobb hatékonyságra sarkallják. Rutin sebészetet láttak el, hályog, térd és csípőízületi műtétek tömeges elvégzésére szerződtek, mint a példaként bemutatott – főleg pécsi sebészek által végzett műtétekkel – Barlboroughban. Valójában POLLOCK (2005) véleménye szerint<sup>326</sup> *a ISTC-k arra szolgáltak, hogy kiemelkedően kedvező körülmények között terjeszthessék el az új egészségpiacot.* A Kormányzat azt kommunikált, hogy hacsak nem fizet ki az NHS költségvetéséből „legalább évi 600 ezer beavatkozást” az ISTC-k részére, a piac stagnálni fog, s végül „négy-hét éven belül” összeomlik<sup>327</sup>. 2004 decemberében azzal győzködte a SoH John REID a Health Select Committee-t, hogy egyedül az ellátásoknak az a kb. 10%-a, amit az ellátóközpontoktól rendelnek meg, biztosítja a versenyhelyzetet a brit egészségügyben<sup>328</sup>.

POLLOCK (2005) megállapítja, hogy innen a fényes tájékoztató, amely most<sup>329</sup> a DoH honlapján az ellátóközpontok hosszú sorát mutatja be. A szöveg és a képek elkápráztatóak, az általunk ismert NHS körülményeknél sokkal színvonalasabbak. *POLLOCK megállapítását kísérelhetjük szemmel az esetleírás meghivatkozott website-jain:* „Ezek a weblapok vadonatúj fényes épületekben működő, ultramodern belsőket mutatnak, és a legmodernebb technika alkalmazását állítják, amolyan Penthouse körülmények között, ahol nyoma sincs a fájdalomnak vagy betegségnek (és természetesen betegeknek)”.

A kiadói reklám azt ígéri, hogy 2008-ra az összes elektív ellátás 15%-át ilyen ellátóközpontokban fogják nyújtani, 80 vagy több, de legalább 34 ezek közül üzleti alapon működő, profitorientált cég lesz.

Több, mint 7 Mrd£-ot harapott ki ezzel az üzleti világot az NHS költségvetéséből, és a 2005 májusi hivatalba lépése után Patricia HEWITT-nek is első dolgának egyike volt törvényben 3 Mrd£-ot biztosítani a privát szektornak, illetve még 1 Mrd£-ot az elkövetkezendő öt évre, arra, hogy a magánszolgáltatók az ellátások spektrumát tovább szélesíthessék<sup>330</sup>.

Felhívom a figyelmet POLLOCK (2005) kettő megjegyzésére<sup>331</sup>:

1. Ugyan az ellátóközpontok ingyenesen látják el a betegeket, de az általuk nyújtott ellátásért 40%-kal többet fizet az NHS, mint a saját kórházainak.
2. Az ellátóközpontok csak kis bizonytalansági tényezőjű, tehát gyors, olcsó, jól megtérülő ellátásokat vállalnak, tömegesen – és gyakran elutasítják a nagy rizikófaktorú betegek kezelését.

Az eredményre egy másik aspektusból világít rá a Királyi Kincstár 2004-es kiadási jelentése, amely felhívta az egészségügy emelkedő költségeire a figyelmet: a kormányzat 2003-ban a GDP 9,2%-át költötte az NHS-re. Az előző évi 7,5%-hoz viszonyítva ez 1,5%-os emelkedés<sup>332</sup>.

#### **IV.1.7.8. Az átalakulás és -szervezés egyik motorja: az idő. Avagy a várakozás formái**

*A várólisták intézménye egyidős az NHS-szel.* A szakirodalom szerint a háborús egészségügytől az NHS jókora *queue-t*, egy félmillió fős várólistát kapott örökségül, amely évről évre növekedett. Ahogy a kedvezményezettek áramlani kezdtek az ingyenes ellátások igénybevételére, úgy tömődtek el azonnal az ellátások csatornái. Megállapítást nyert a brit rendszerről, hogy a várakozás nemcsak egy kellemetlensége, hanem a rendszer egyik megbetegítő, avagy betegséget súlyosbító tényezője is egyben. O'ROURKE & EDWARDS felmérése szerint a tüdőrákosok 21%-ának az állapota a várakozási idő alatt súlyosbodott a gyógyító sugárkezelésre alkalmatlanságig<sup>333</sup>.

Ez a jelenség sok türelmetlenséget okoz és – a később ismertető Yvonne WATTS-ügy – Európai Bírósági esetet is generált.

A várólisták napi adatai ma a kórházak honlapjain közzétéve követhetők. A vonatkozó szakirodalomban SEDDON (2007)<sup>334</sup> az „Access and waiting times” alfejezetében foglalkozik velük, míg MANDELSTAM (2007) szerint, bár a kormányzat minden kritikára rituálisan a várólisták sikeres lerövidítésével replikázik – ezzel párhuzamosan az NHS más részei lepusztultak<sup>335</sup>.

A várólisták célja egyrészt az, hogy biztosítsák a prioritásoknak, és az NHS szervei által a rendelkezésre álló erőforrások felhasználásáról hozott döntéseknek megfelelő kórházi kezeléseket, másrészt hogy a különböző egészségügyi problémák miatt kórházi ellátást igénylő betegek között – a sürgősség fokának figyelembevételével – megőrizték a pártatlanságot.

Az NHS-hez tartozó betegek nem az általuk meghatározott időpontban részesülhetnek egyéni ellátásban. A kórházi kezeléseik jellege, helye, időpontja és időtartama nem a beteg választása, hanem a klinikai prioritások és az NHS illetékes szerveinek erőforrásai alapján kerül meghatározásra<sup>336</sup>.

A várólisták kérdését később tovább színezte *az ellátásszervezők beiktatása* a folyamatba, ami – jegyzi egyben meg POLLOCK – az adminisztratív költségek megduplázódásával is járt. A GP-k praxisközösségei különböző erővel bírnak az ellátók vagy pl. a gyógyszercégek felé. Így különböző sikerességgel tárgyalták végig az együttműködésük feltételeit. Ez mára azt is eredményezte, hogy ugyanabban az utcában lakó, ugyanolyan egészségügyi és szociális helyzetű kedvezményezettek különböző várólistán találták magukat<sup>337</sup>, azaz különböző lett az ellátáshoz a hozzáférési lehetőségük. (Egyébként a legnyilvánvalóbb különbségeket ez a vényírás, azaz a gyógyszerárak területén okozta).

A várólista az ellátásra jogosult, arra várakozó( betegek)k nyilvántartása, a listára való felkerülés idejével – és amennyiben ismert, az ellátás várható időpontjával – együtt. A magyar jogi szabályozás a várólista<sup>338</sup> kifejezést meggyorsító értelmezéssel, csak a fekvőbeteg-ellátásban, illetve bizonyos nagy költségű, országos keretszámmal meghatározott ellátásokra és transzplantációra várók esetében használja. A brit és a nemzetközi szakirodalomban a ‘waiting list’ kifejezés bármilyen egészségügyi ellátásra való várakozást jelölhet.

A betegfogadási lista a járóbeteg-ellátásban az egyes szakrendelésekre várakozó betegek nyilvántartása, amely esetben a listára kerülés időpontját és az ellátás tervezett időpontját is tartalmazza. A befogadási listára való felkerüléssel szinonim kifejezés a szakrendelési előjegyzésbe vétel.<sup>339</sup>

Az előjegyzés az ellátó intézményhez kötődik. Az intézményi előjegyzés alatt a gyakorlatban azt értjük, hogy az egészségügyi szolgáltató megjelöli azt az időpontot, amikor a beteg igénybe veheti az ellátást =(fekvőbeteg-ellátás esetében a felvétel napját, járóbeteg-ellátás esetében pedig lehetőség szerint az ellátás óra, perc pontossággal megadott időpontját)

## IV.2. Az 1991-es és 1997-es átszervezések

Bár mindvégig hangsúlyozták, hogy az adóalapú finanszírozást a közszektor alapelveinek sérelme nélkül fenntartják, s emellett a reform ideje alatt az egészségügyi kiadások – részben az adóterhek növekedésével – jelentősen nőttek, az angol folyamatról összefoglalóan megállapíthatjuk, hogy a legradikálisabb volt Európában.

Az NHS kiadásainak alakulásáról 1949 és 1996 között HAM (1999) közli az itt **7. sz. táblázatot**<sup>340</sup>.

7. sz. táblázat Az NHS kiadásai 1949 és 1996 között, Ham (1999)		
Év	Teljes NHS kiadás (M£)	Az NHS kiadásai 1949-es áron (M£)
1949	437	437
1954	564	453
1959	826	547
1964	1.190	687
1969	1.791	870
1974	3.944	1.153
1979	9.046	1.275
1984	16.553	1.502
1989	25.491	1.772
1994	40.195	2.207
1996	42.155	2.220

A bevezetést ezért akkurátusan készítették elő. Az 1989-ben közreadott – talán „a betegekért dolgozunk”-nak fordítható – „Working for Patients” vitairat után 1991-ben hozták meg az „NHS and Community Care Act”-et, amely elválasztotta egymástól az egészségügyi szolgáltatások beszerzését és nyújtását<sup>341</sup>. A hazai szakirodalom másik interpretációja szerint szétválasztották a finanszírozó és a szolgáltató funkciókat. Itt jegyezzük meg, hogy ugyanebben az időszakban jelentős beruházásokat hajtottak végre az NHS információs rendszerében a menedzserek megfelelő döntéséhez szükséges pénzügyi és eredményadatok regisztrálása érdekében<sup>342</sup>.

#### **IV.2.1. A polgárok vagy a páciensek kiváltsága? A nemzet egészsége (1991)**

Mint már megállapítottuk, az új rendszer kiépülésének időszakában mondott le Mrs. Thatcher, és váltotta őt John Major, aki továbbvitte a nagy előd által megkezdett vonalat. A folytató a piaci viszonyok szélesebb körben való érvényesítését tűzte ki célul.

Az időszak változásait meghatározó adatokat MACPHERSON (Edt.1998) a *Selected Chronology of 20th Century Events in the Development and Provisions of Comprehensive Health Care in the United Kingdom* című, I. sz. függelékünk alapjául szolgáló összefoglalásából vesszük<sup>343</sup>.

1985 és 1995 között házi orvosok száma 10%-al nőtt. (Többségük nő).

1990 és 1995 között a sürgősségi esetek száma 10%-kal nő a kórházakban. A baleseti osztályok egyre nehezebben állják meg a helyüket a növekvő betegszám mellett.

A betegek kórházban töltött ideje viszont folyamatosan csökken, a nappali kórtermek növekvő használatával. A fekvőbetegek szükséges ellátása romlott, mert az ágyakat idős betegek – végeredményben szociális ellátottak – foglalták le.

A MAJOR-kormányzat az elképzeléseit a *Polgárok kiváltságlevelében*, a 'Citizens Charter'-ben foglalta össze, de még ugyanabban az évben elkészült az *NHS válasza*, az *ellátottak oklevele*, a 'Patients Charter'. Ez utóbbi kegyelettel megőrizte a kedvezményezettek az NHS legfőbb haszonélvezőinek. Ugyanezt tette ismételten a szintén 1991-ben kiadott Fehér Könyv, amely a 'The Health of the Nation', azaz „A nemzet egészsége” címet viselte. A könyv kitörési pontokat definiált az egészségügyi szolgálat hatékonyságának javítására, pontosan rögzítve egyben a statisztikai kilátásokat, ha az adott kórt sikerül leküzdeni. A statisztikai adatok ilyen felhasználása később állandó helyet kap az egészségpolitikai vitákban.

Ami az egyik vagy másik fenti javaslatban közös: *a reformjavaslatok jól mutatják a növekvő érdeklődést a jóléti állam kimeneti eredményei iránt*<sup>344</sup> – inkább, mint az egyszerű finansziális input iránt. Az időszak tehát még nem a gazdasági kényszerűségek irányába mutat nagyobb engedékenységet, hanem a rendszer működésének produktumait kívánja egyre magasabb színvonalon biztosítani.

A közszolgáltatásoktól mind az oktatásban, a helyi önkormányzatoknál, és az egészségügyben elvárták, hogy érzékelhető javulást mutassanak, amelyek teljesítmény-



indikátorokkal mérhető és „bajnoki tabellán” összevethetőek. Ez igazolta vissza John MAJOR fő célkitűzését: a thatcheri forradalom végig vitelét az 1990-es éveken.

#### IV.2.2. Michael PORTILLO (1993)

Az 1992-es választásokat váratlan meglepetésként John MAJOR nyerte meg. A győzelem a 80-as évek boom-jának megszűnése után növekvő munkanélküliség, valamint a közkiadások növekedése miatt növvő költségvetési deficit ellenére volt igazán váratlan. Bár a kormány egészségügyért felelős szociális biztonsági minisztere Peter LILLEY volt, a korszak intézkedéseit inkább PORTILLO nevéhez kötik. A váratlanul hatalomban maradt kormányzatnak ugyanis újra vissza kellett fognia a kiadásokat: és a szociális kiadások felülvizsgálatát 1993-ban Michael PORTILLO végezte el. PORTILLO a felülvizsgálat során kemény kézzel járt el, nem kímélte az ágazat egyetlen „szent tehené”-t sem, egytől egyig minden ágazatot alaposan átvilágított. PORTILLO és a szakminiszter LILLEY a jóléti ellátásokra összpontosítottak, mert – a thatcheri reformok ellenére – a jóléti kiadások folyamatosan növekedtek. Pl. 1993-ban 5,6 millióan kaptak keresettámogatást (ez ötszöröse volt az 1948-ban nemzeti segélyt igénylőknek). *Néhány elterjedt visszaélési formát feltáró célcsoport-vizsgálatra* is sor került, mint pl. a fiatal egyedülálló anyaként igénylők ellenőrzésére. E feltárt eseteket pellengérré állították, majd igyekeztek a terület kiadásait visszafogni.

Jelentős szimbolikus hatással bíró, egyszerű változtatás lett, hogy a munkanélküli ellátást felváltotta az álláskeresési támogatás, amely egy az igénylő anyagi helyzetét figyelembe vevő, maximum féléves támogatás lett, azzal, hogy az ellátottnak munkát is kellett keresnie. (Ez a megoldás a két háború közti „igazolt munkakeresés” megoldás remake-je volt.)

A Community Care Act 1991-ben megteremtette a menedzsment autonómiáját a quasi független kórházaknál (NHS Alapok) és meghagyta a tervezési funkciót valamint az önálló beszerzés lehetőségét az egészségügyi hatóságoknál. Az alapellátásban némely nagyobb praxis elkülönített költségvetési támogatást is kapott egyes nem akut, de megnyúlt várólistájú ellátás felgyorsítására.

A miniszterek természetesen a legutóbbi reformjuknak kívánták vindikálni a sikert: a várólisták és az ellátásra várás időtartamának lerövidülését, bár rámutattak arra is, hogy a kezelések megnövekedett volumene és gyorsasága mögött *fő okként a kiadások megugrása és az ellátó személyzet növelése áll.* Ugyan nőtt a teljesítmény az improduktív, tehát rövid távon gazdaságtalan feladatok leépítésével, de beindult a magánszektortól beszerzett javak és szolgáltatások (ide vándoroltak át a leépített ritka vagy ráfizetéses segédfeladatok) árának spirális emelkedése is.

A fentiek ellenére az angol egészségügyi kiadások az egész '90-es évek folyamán megmaradtak az EU-s illetve OECD átlagoknál jóval alacsonyabb szinten.<sup>345</sup> Ezzel

párhuzamosan az angol társadalom legszegényebb egyötödének a jövedelmek elosztásából való részesedése az 1979-es 9,4%-ról 1995-re 7,9%-ra esett.<sup>346</sup>

1996-ban a kormányzat – foglalja össze MACPHERSON (Edt.1998) – három White Paper-t ad ki az NHS-ről. A primer ellátásokat a „*Choice and Opportunity and Primary Care: delivering the future*” érinti. A cél az volt, hogy növeljék ennek a szektornak a felelősségkörét és működését rugalmasabbá tegyék. A második vitairat decemberben jött ki, és javaslatai között szerepeltek a minimum szakképzési normatívák, kifizetett házi orvosok bevezetése, a kutatásfejlesztésre szánt anyagi eszközök bővítése. A harmadik White Paper a „*Service and Ambitions*”: újra megerősítette az elhatározást, hogy a kormányzat az NHS-en keresztül egyre jobb minőségű támogatott egészségügyi ellátást nyújtson minden polgárnak, akik alap- és szakrendelői ellátást igényelnek – függetlenül attól, tudnak-e fizetni. A kormányzat a Fehér Könyvekben megerősítette azt az elkötelezettségét is, hogy növeli a egészségügyi támogatását<sup>347</sup>.

Csak 2002 után az Új Munkáspárti Kormányzat szállt ringbe tudatosan az NHS inflációt meghaladó mértékű anyagi támogatásával, kitűzve célul az EU átlagához való közelítést. Ennek az lett az eredménye, hogy 2005-re az NHS költségvetése az 1996-os kétszeresére rúgott.

A Major-kormányzatot slamposnak és korruptnak tartotta Európa. Munkája eredményeképpen a jóléti államban jelentős teret nyertek a piaci megoldások. Ezzel összefüggően viszont az oktatásban egyes magán szolgáltatók – beszerzők, elosztók és szolgáltatók egyaránt – sikeresen kicsúsztak az addig alapvető állami kontroll alól. A Beveridge-i univerzalizmus visszaszorulóban. Talán a legjellemzőbb aspektusa ezeknek a változtatásoknak, hogy az utánuk következő munkáspárti Blair-kormányzat folytatta (és nem visszafordította) ezek trendjét<sup>348</sup>.

### IV.2.3. Az “Új jóléti szerződés<sup>349</sup>” (1998)

Az elmúlt körülbelül 25 év folyamán<sup>350</sup> nemcsak a nyugat-európaiak, de valamennyi fejlett ország közül egyértelműen az Egyesült Királyság egészségügyi rendszere volt leginkább ismételt és alaposan kitéve mind a piacvezérelt, mind a piaci stílusú reformoknak. Ez a folyamat éppen 1997 után gyorsult fel, és átszervezésekben, szervezeti reformokban és a privatizáció egyre növekvő szintjében, valamint a magánellátók biztosításában öltött testet.

(Habár Wales és Skócia képes volt haladéktalanul kihasználni a '97-ben ráháruló hatalmat. Lényegesen más irányba kormányozták a változtatásokat. Skócia az ellátásszervezés (-beszerzés és -biztosítás) újraegyesítésének útját választotta, míg Wales-ben visszautasították kórházak autonómiájának növelését.)

A Munkáspárt az 1992-es választásokat váratlanul veszítette el. A pártban sokáig kutattak az okok után: magas munkanélküliségi ráta, a vagyonosak és a lemaradók közötti szakadék növekedése, a szakszervezeteket ért támadások, és az egyes jóléti ellátások gyengélkedése –

mind szóba került. Egyes elemzők szerint csupán arról volt szó, hogy a Tory-k sikeresen pozicionáltak a Munkáspártot, mint „adóztass és szórd szét”-pártot<sup>351</sup>, s ez elég volt a szűk nyereshez. A vereséget követően a Labour újra visszatért a tervezőasztalhoz, de ez alkalommal több alapvető értéket és eddigi eljárást is revízió alá vett. Felállította a saját Szociális Igazságosság Bizottságát, amelyet nemes egyszerűséggel egy „Új Beveridge-terv” elkészítésével bízott meg. Csakhogy a Portillo-jelentés megjelenését követően mindez „nem túl sürgős feladat” lett, így a Bizottság is felbátorítva érezte magát nem kitalálni semmit.

#### IV.2.4. Frank FIELD (1997)<sup>352</sup>

A Bizottság ennek megfelelően 1994-ben jelentette is: végzett a munkával<sup>353</sup>. Néhány élvezhetetlen javaslatot tettek le az asztalra. A Munkáspárt ugyan még mindig el volt kötelezve a jóléti állam ideája mellett, de ez lassan egy másik jólétről szólt – ez a végeredményben 1992-től 1997-ig tartó – *lopakodó hangsúlyváltás* Frank FIELD nevéhez fűződik.

„Az egykori, ma már nem jellemző reprodukciós zavarok, az elavult foglalkoztatási rendszer, és a divatjamúlt családmodell alapján tervezett jóléti modell helyében egy intelligens jóléti államra volna szükség... a szegénységtől védelmet nem nyújtó biztonság helyébe olyan szociális biztonsági rendszer kellene, amely segít megelőzni a szegénység kialakulását. Az első sorban a betegségek gyógyítására szervezett egészségügy helyett olyan egészségpolitika szükséges, amely előtérbe hozza az egészséges életmód támogatását. A jóléti államnak nem csak olyankor kell a tagjainak gondját viselnie, amikor azok nem képesek ellátni egymást, hanem képesnek kell tennie őket a maguk jobbítására és az öngondoskodásra. A jóléti államnak a *helyzetbe hozást* s nem a *helyzetből kiségitést* kellene ajánlania.<sup>354</sup>”

Amikor aztán a Munkáspárt ismét hatalomra jutott 1997-ben, Frank FIELD lehetőséget kapott elképzeléseinek széles körben terjesztésére. Frank FIELD a Powerty Lobby aktív tagja volt, akadémikus szociálpolitikai témából, és jó ismerője volt a jóléti államot a XX. században szorongató különböző kihívásoknak. Különösen sokat foglalkozott *az anyagi helyzet felmérésén alapuló ellátások hatásának romlásával*, illetve *az ellátásokkal való visszaélést generáló okokkal*.

Tony Blair kormánya „egy új jóléti államot egy megújult munkáspárttól” ígért, amely mégsem szocialista<sup>355</sup> (néhány idős munkáspárti ideológus és támogató nagy bánatára), valamint nincsen kitéve a piac szabad erőinek (amint ezt meg az extrém thatcher-iánusok remélték). Ez az új közép- avagy a „Harmadik Út”, a magán- és a köz-szektor összefogása. Blair a XXI. századi jóléti állam felépítését ígérte (nem a meglévő jóléti állam szétszedését), saját szavaival: „gyorsítósávot a sikerhez, nem utat a függőséghez.”

A *Zöld Könyv*, amely az '*A New Contract for Welfare*'<sup>356</sup> címet viselte, FIELD több ötletét is tartalmazta. Ezzel úgy látszott, hogy a kormány automatikusan megtalálta azt a személyt, aki az ideák jogszabályba fordítását tolmácsolni képes.

Azonban Frank FIELD nem volt sokáig kormánytag, mert nem volt képes meggyőzni a kabinetet a tervéről, a jövedelemfüggő ellátások visszaszorításáról és a kiegészítő biztosítások kiterjesztéséről (amelyeket a büdzsé megengedhetett volna magának, és a választások szempontjából indokoltak is lettek volna).

#### IV.2.5. Új közigazgatás (1998)

Az új Munkáspárti reformok talán konzervatívokénál is jobban kötődtek a *New Public Management* „Kormányozni – nem evezni” alapelvéhez. Valóban egyre markánsabban körvonalazódott, hogy az új Munkáspártnak az a célja, hogy az NHS ne nagyon legyen több márkanévnél, a kedvezményezettek ellátásait *megrendelő és finanszírozó központi alap*nál. Meg kívánták haladni a kontinentális társadalombiztosítási típusú rendszerek „betegbiztosítási alapjának” feladat- és jogkörét – miközben az NHS kórházaknak a magánszektorral összevetve a lehető leghátrányosabb körülmények között kellett pályázniuk az így már többfelé oszló finanszírozási szeletért az alapellátás biztosításában.

Amint a konzervatív reformokat is, az orvosok és az egészségügyi szakszervezetek az 1997-től bevezetett piaci vonatkozású szabályozásokat hevesen kritizálták a hozzáférésben és a szolgáltatásokban megvalósuló egyenlőtlenségek miatt – míg a munkáspárti miniszter amellett érvelt, hogy éppen ezen egyenlőtlenségek megszüntetéséhez van szükség a javasolt reformokra.

A már említett Black Report (v.ö.: IV.1.1. Elkésve és mellőzve: A Douglas Black Report<sup>262</sup> (1980)) után két évtizeddel az Acheson-Jelentés (1998 – a nevét a bizottság elnökéről, Sir Douglas ACHESONRÓL, korábbi tisztifőorvosról nyerte el) szám szerint harminckilenc ajánlást tett az egészségügyi egyenlőtlenségek csökkentésére. Néhányat ezekből Norma DAYKIN is idéz<sup>357</sup>:

- Javítani az életfeltételeket és visszaszorítani a szegénységet:
- a munkaképes korú háztartások egyötödében nincsen senkinek munkája,
- 1996/7-ben 4,5 millió gyermek nevelkedett olyan családban, melynek jövedelme nem érte el az átlagjövedelem felét,
- A termékeny korú nők egészségének javítására és a közöttük levő hozzáférési lehetőségek csökkentésére:
- a diplomás vagy menedzser szülők családjában született gyermek életkilátásai 5 évvel hosszabbak a betanított vagy szakképzetlen szülők családjában születettnél.
- A Pakisztánban vagy a Karibi-szigeteken született anyáknál a gyermekhalandóság kétszerese az átlagnak.

- Támogatni az idősök anyagi jólétét, fenntartani mobilitásukat, függetlenségüket és társadalmi kapcsolataikat:
- A 60-74 év közötti, önkormányzati (=kedvezményes) bérlakásban élő idősök halálozási mutatói 16%-kal jobbak a nemzeti átlagnál.

(Szemelvények az ACHESON Jelentés (1998) ajánlásaiból)

*Az 1998-as év* mindemellett az 'A First Class Service' azaz Első osztályú ellátás című Zöld Könyvet és az 'NHS direct' azaz „telefonos NHS” szolgáltatás bevezetését jelentette, amely már teljesen az internet segítségével működött.

Mindezen változtatások summázatát érdekesen MIHELICS Vid adta meg – már 1935-ben(!). Szerinte *kétségtelen, hogy ez az önszabályozáson alapuló liberális kapitalizmus nagy dolgot művelt*, amikor lehetővé tette az emberiség hihetetlen méretű szaporodását, de az is bizonyos, hogy *szociális következményei már a megindulásakor ráütötték a rendszerre az átmeneti jelleget*. Hamar kitűnt ugyanis, hogy a szabadság csak annak válik javára, akinek vagyona van. A liberális jogállam, amikor a szabadságot védte, voltaképpen a birtokos osztályok érdekeit képviselte, s ennek folytán a tőke lett a kizárólagos ura a társadalomnak, jóllehet ezt a tőkét nem mindig a közérdek irányítja<sup>358</sup>.



# V.

## AZ NHS KÖZELMÚLTJA

### V.1. A közelmúlt kihívásai (1999-2007)

#### V.1.1. A reformhelyzet: az okok

A reformokat – mint már elemeztük – az 'NHS and Community Care Act 1990' vezette be, és 1993 áprilisától léptek hatályba. E változtatások szigorú költségvetési elvárásokon nyugodtak, és megvalósulásukat a Nemzeti Statisztikai Hivatal (ONS) folyamatosan monitorozta. 2004-es jelentésük rámutatott, hogy míg 1995-ben a munkaerő költségek elérték az NHS kiadásainak 57%-át, és a közbevetett fogyasztás (javak és szolgáltatások) aránya mindössze 40% volt, 2003-ra ez a kép teljesen megváltozott. /Megjegyzés: a reziduális 3%-os rész hozzávetőlegesen az igazgatás költsége./ Hiába csökkentek ugyanis 11%-ot, 46%-ra a munkaerő költségei, a közbevetett fogyasztás aránya 12-kal, 52%-ra nőtt.

Mint már BAGGOTT (2004)-tal egyszer megállapítottuk: 1997-től, a piaci viszonyok felerősödésével, a változtatások gyorsultak, és irányuk összeszedettebb lett. A témakör egyik legalaposabb politikai összefoglalóját Gordon BROWN miniszterelnöknek a londoni Kings' College és a Florence Nightingale School of Nursing előtt 2008. január 7. napján tartott beszédében – melynek tárgya, hogy miképpen tudjuk az NHS-t megújítani a jövőnek<sup>359</sup> – találhatjuk meg.

Az összefoglalás szerint a reformok 1997-től 2010-ig három lépésben valósulnak meg.

- Az első fokozat az ún. minimum standard-ok kialakítása volt.
- A második lépcsőfok a kínálatbővítés a jobb minőségű és szélesebb körben választható helyi ellátásokért – új ösztönzők kialakításával.
- A harmadik lépés a kínálatbővítés folytatása.

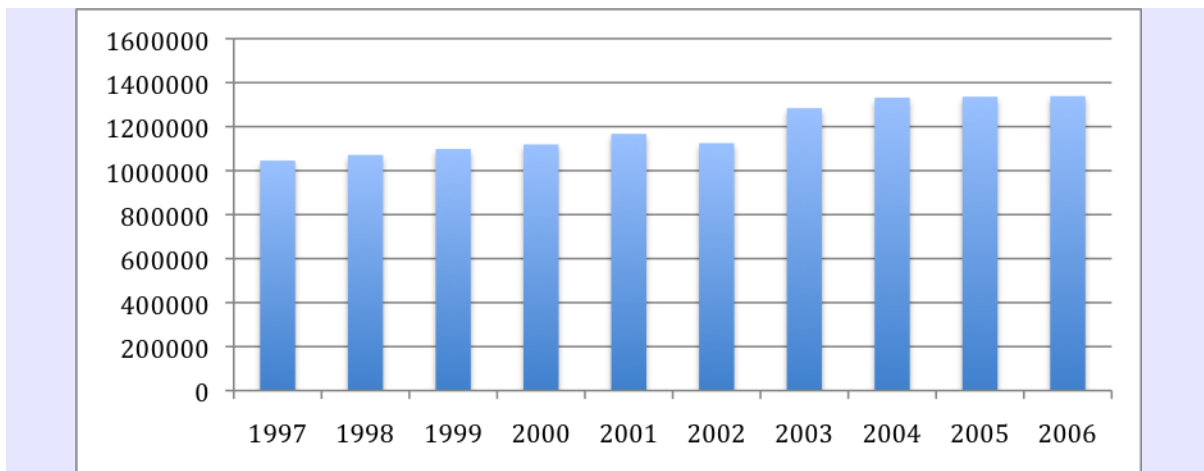
A harmadik lépés egyik jellemző szervezeti megoldása az új Care Quality Commission – az Ellátás-minőségi Bizottság – a meghatározott színvonal alatti ellátás esetére bírságkirovási vagy szolgáltató bezárási jogkörrel. Másik jellemző

személyi intézkedés az alulteljesítő – azaz egyes előre meghatározott gazdasági mutatókat el NEM érő – kórházi menedzsmentek visszahívása.

A „*harmadik lépésre*” – lásd a külön fejezetet – *viszont már egy új struktúra keretein belül kerül sor*. Az új struktúra egyik kiemelt célja az NHS közalkalmazotti réteg jelentős karcsúsítása volt, melynek egyszerű okait a közalkalmazotti helyek elburjánzása jelentette.

1996-ban 1 056 501 dolgozója volt az NHS-nek. A 2007-es 1,3 milliós NHS dolgozói állománynak kevesebb, mint fele volt orvos (128 200) vagy képzett nővér (399 600). A közalkalmazotti állomány növekedését az elmúlt évtizedben figyelhettük meg, az alábbi, a **8. sz. táblázat** szerint:

**8. sz. táblázat**  
Az NHS alkalmazottak száma 1997 és 2006 között, NHS honlap, 2009



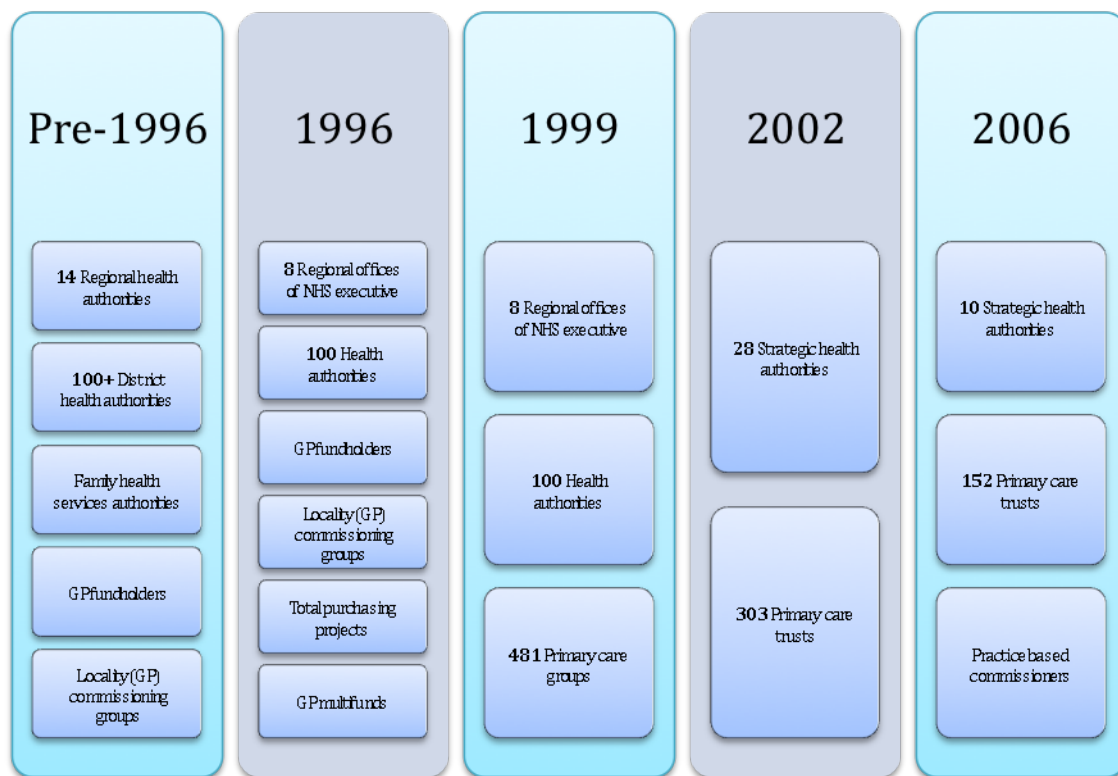
## V.1.2. Az új struktúra kiépítése

Az új struktúra kiépítése párhuzamosan zajlott a működési szabályok permanens átfogalmazásával, és jórésével egy évtizeden keresztül, **1996-tól 2006-ig**<sup>360</sup> tartott. Lépéseit az alábbi, a **X.A és X.B sz. ábra** szemlélteti.<sup>361</sup>

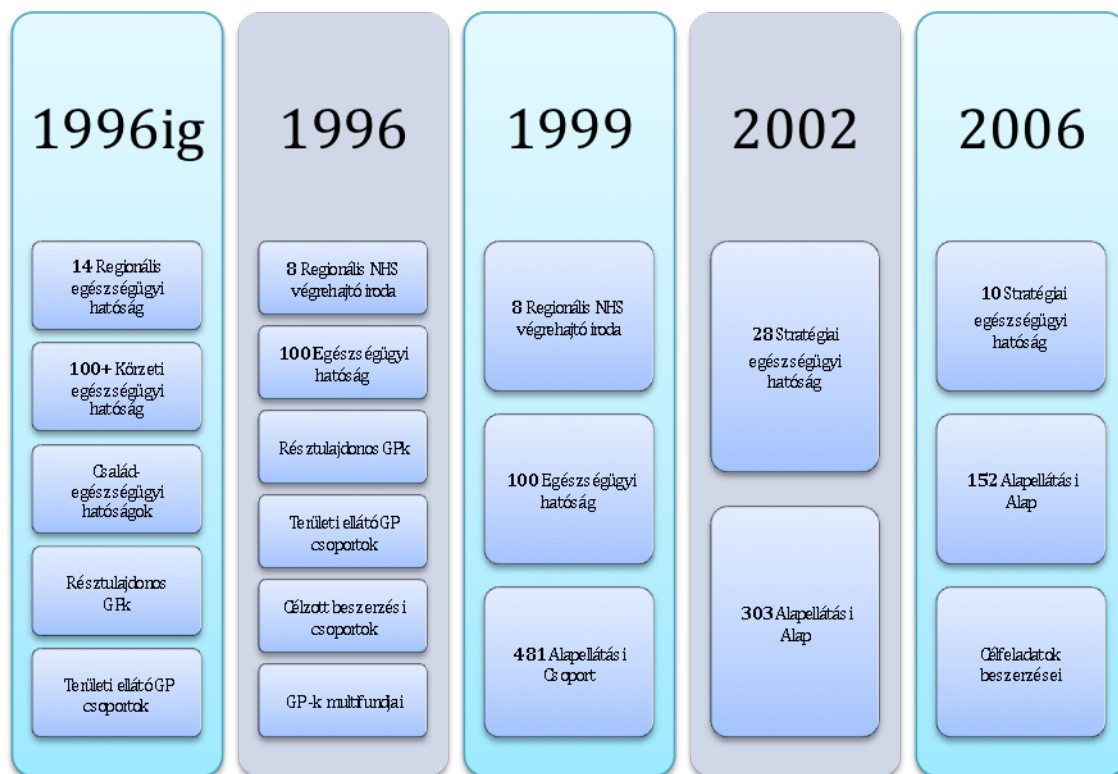
Mint már említettük, az angol egészségügyi kiadások a '90-es évek folyamán az EU-s átlagnál alacsonyabb szinten stagnáltak. Csak 2002 után az Új Munkáspárti Kormányzat tűzte célul az EU átlagához való közelítést. Ennek viszont az lett az eredménye, hogy 2005-re 67 Mrd £-tal az NHS költségvetése elérte az 1996-os kétszeresét<sup>362</sup>.

A teljes időszakban az Egyesült Királyságban az egészségügyi összkiadásoknak még mindig több, mint *négyötöde*<sup>363</sup> közkiadásnak minősül, azaz állami finanszírozású.





**Fig. X.A.** *The Structure-changes of the bodies of the NHS between 1996 and 2006*



**X.B. ábra** *Az NHS és ellátó szerveinek átalakításai Angliában 1996 és 2006 között*

Szintén utaltunk rá, hogy a brit modell már ekkor is egyedi megoldásnak számított. BALDWIN-EDWARDS 1997-es értékelése szerint<sup>364</sup> a 80-as 90-es évek NHS-ének besorolása nehézkes, a liberáldemokratikus és a szociáldemokratikus jegyek keverékét mutatja. *A szociális ellátások szabályozása hatástalan*, finanszírozása az adózás és a hozzájárulás alapúnak (másutt: OOP) keveréke. Csak az elkülönült NHS szervezte kórházi rendszer univerzális. MANDELSTAM (2007) ezt úgy foglalja össze, hogy „A kormányzati irányvonalnak jelentősek a káros hatásai. [...] Az általánosság és a teljeskörűség mára erodálódott<sup>365</sup>”. A magánszektor szolgáltatásai elterjedtek, és egy erősen központosított állami ellátórendszerrel állnak versenyhelyzetben.

A kialakult helyzetet még tisztábban mutatja a két kategória kiadás-növekedésének összevetése: 1995 és 2003 között – az ONS szerint ebben a periódusban az NHS személyzeti állománya 22%-kal nőtt – a munkára fordított kiadások 44%-kal nőttek (22 Mrd £-ról 32 Mrd £-ra).

Finanszírozás szempontjából az NHS rendszerének egy jelentős hiányossága az, hogy *egyre több olyan bevándorló veszi igénybe a szolgáltatásait, akinek egyáltalán nincs jövedelme*, amelyből az állam levonhatná az adót és a járulékot. Sok bevándorló egész egyszerűen a szociális ellátórendszer különösen előnyös volta és *az ingyenes orvosi ellátás miatt* választja Angliát letelepedése színhelyéül, mintsem a kedvezőbb munkalehetőségek miatt<sup>366</sup>.

Ezzel szemben *a közbelső beszerzések aránya folyamatos, 133%-os növekedést mutat* (16 Mrd £-ról 37 Mrd £-ra). Más szavakkal, minden az ellátó személyzetre költött 1995-ös 1£-hoz *71p piaci* beszerzés tartozott, addig ez a szám *2003-ra 1,14 £-ra*, több mint a felével *nőtt*.

Viszont ugyanebben az időszakban *az NHS 'kibocsátása' csak 28%-kal növekedett* könyvelési értéken – azaz figyelmen kívül hagyva azon tényezőket, amelyek javíthatják az ellátás minőségét.

Megállapítható, hogy *a személyzet megfelelő száma és képzettségi összetétele* az egészségipari kapacitás növelésének kulcstényezője. Ennek hibái az ágyszám leépítések, kórházbezárások, és hiányosságok leggyakoribb okai – másrészt nyilvánvaló, hogy az NHS dolgozóinak 1995 óta tett erőfeszítései javára váltak az ellátás minőségének.

Ezzel kapcsolatosan az ONS elismeri, hogy statisztikája nem tesz különbséget sem az ellátásban közreműködő NHS munkaerők képzettségi szintje szerint, sem e ténynek a kezelési eredményekhez való hozzájárulása szerint, azaz mindenkit, minden esetet csupán egy egzakt kezelési óraszámként kezel.

Az Októberi Dokumentum felismeri *egy produktivitás mérő standard kézikönyv* megalkotásának szükségességét, hangsúlyozva, hogy:

„...különbséget tenni egy magasan képzett sebész és egy a MacDonalds-hez frissen felvett tinédzser egy órai munkájának értéke közt produktivitás analízissel: bonyolult – de mindenestre kívánatos...<sup>367</sup>”

A dolgok ezen szétszedése nélkül nagyon bonyolult volna kidolgozni, hogy az ellátó személyzet egyre emelkedő költségei hová folynak el, és hogy vajon a bürokráciára még ma

is rengeteg pénzt fecsérelnék-e el, ahogy azt a konzervatívok állítják. Így az Új Munkáspárt újjáteremt egy, a piaci típusúhoz hasonló pazarló rendszert, de annál, mint Thatcher 1989-90-ben kezdett szélesebb hatáskörrel.

Hiába a több milliárd £-os többletkiadás – amit profitot termelve egyes gazdasági társaságoknak, tölcserrel töltöttek a szerződések alapján a magánellátókba –, miközben több NHS kórház szembesül jelentős fizetési nehézségekkel, és kényszerül az ágyszám vagy a munkaerő leépítésére<sup>368</sup>.

### **V.1.3. A minisztérium meghosszabbított karjai**

*A minisztérium karjait, azaz hatókörét meghosszabbító szervek* vezérszava, az „Arm’s Length Bodies” a 2000-es NHS tervhez kötődik. Itt hívnám fel a figyelmet az NHS Plan-ben először megfogalmazódó ideiglenes, a szervezeti reformot vagy annak előkészítését célzó átmeneti kormányzat, minisztériumi illetve NHS egységek, szervezetek létezésére és fontosságára.

A szakminisztérium NHS Plan előtti egyetlen szervezetfejlesztést célzó csoportja Strategy and Business Development Group, azaz a Stratégiai és Üzletfejlesztési Csoport egyedül volt felelős a minisztériumnak mint szervezetnek a gazdasági életben „céges belső”-ként minősülő ügyeiért, mint a HR, az ügyfélszolgálat és a kommunikáció. Szabályzatokat alkotott és egyedi programokat hirdetett meg, pl. a kedvezményezettek bevonására, az ellátás és a gyógyszerészet fejlesztésére, stb. Ajánlásainak megfelelően az addig dichotómikus struktúra – a vezető testület és az üzemi (business) részlegek – új elemekkel színesedett.

Az átstrukturálás folyamatában a menedzsmentet és a business csoportokat számos – néha tiszavirág-életű – célfeladatot vagy munkaterületet ellátó csoport segítette/segíti. E segítő munkacsoportok közül:

- a) jó néhány speciális szakmai hatáskörrel bír,
- b) de több kifejezetten az átalakítás levezényléséhez kötődik.

#### **Ad a)**

A speciális, (rész-)szakmai hatáskörrel bírók közül kiemelném az egyes szakmák vezetőit, úgymint

- az országos tisztifőorvos, a Chief Medical Officer (CMO)
- az országos tisztifőnővér, a Chief Nursing Officer (CNO)
- az országos tisztí főfogorvos, a Chief Dental Officer (CDO)
- az (egyéb) egészségügyi szakmák országos tisztifőorvosa, a Chief (allied) Health Professions Officer (CHPO)
- az országos kutató tisztifőorvos, a Chief Scientific Officer (CSO)
- az országos tisztí főgyógyszerész, a Chief Pharmaceutical Officer (CPO)

- az országos ellenőrzési tisztifőorvos, a Chief Inspector of the Commission for Social Care Inspection (CICSCI)

Rajtuk kívül kiemelt területeket határozott meg a NHS Plan majd az annak alapján kiadott jogszabályok. Ezek számának és tartalmának gyakori változására alább utalok. (v.ö.: V.2.2. Az NHS modernizációs programok inflációja [2000–2006]):

- az elsősegélyhez hozzáférés
- a mentális egészség
- gyermekellátások
- szívbetegségek
- járóbeteg-ellátás
- időskorúak ellátásai
- rák elleni harc
- cukorbetegség
- a kedvezményezettek és az ügyfelek bevonása

E felsorolás a 2003/4-es állapot<sup>369</sup>, 2006/7-re négy priorált területté olvadt össze, összetettebb mondatokban.

#### **Ad b)**

A kifejezetten az átalakítás levezényléséhez kötődő intézmények kérdése programszerűen, azaz projekt-irányítottan valósul meg a briteknél. A dichotómikus felépítésben megjelenő ún. harmadik erő: azok a szervek, melyeket meghatározott feladat ellátására, rendszerint strict költségvetés hozzárendelése mellett és (rész-)határidő(k) megállapításával hívnak életre.

Ezek legjellemzőbb megnyilvánulása az '*NHS Modernisation Board*', amely az NHS megvalósulásának figyelemmel kísérésére hivatott. Ez kíséri figyelemmel, a DoH, az NHS, a helyi hatóságok és az egészségügyi és szociális gondozás más résztvevőinek tevékenységét, arra vonatkozóan, hogy megfelelnek-e a jogszabály előírásaink és az NHS Plan céljainak. Ugyanezen résztvevők részére kooperációs tanácsokat nyújt, és szükség esetén közvetít is köztük. Szintén ezek közé tartozik az NPfIT (v.ö.: VI.3.1.2. A National Programme for Information Technology [NPfIT, 2005–]).

### **V.2.1. Az NHS alapelvek inflációja (2000)**

Az NHS egy hosszú távú eszménykép jegyében született, miszerint a jó egészségügyi szolgáltatásokat mindenki számára elérhetővé kell tenni a jóléti állam programjának megfelelően. E három alapelv határozta meg az NHS működését, és ma is ezeknek az alapelveknek az alapján működik az intézmény.

Az ezredfordulóra elindult *teljes körű modernizációs program keretében több új alapelv* került megfogalmazásra, kibővítve, de nem módosítva a működést máig meghatározó három alapelvet. A cél a XXI. századi igényekhez való tökéletesebb alkalmazkodás volt<sup>370</sup>:

- Az egészségügyi szolgáltatások *teljes körét*, átfogóan, *minden részletre* kiterjedően továbbra is az NHS biztosítja.
- A szolgáltatásait *a kedvezményezettek, hozzátartozóik és ellátóik igényeihez és preferenciáikhoz igazodva* alakítja ki<sup>371</sup>.
- Az NHS feladata *a lakosság legkülönbözőbb csoportjai* igényeinek a kielégítése.
- A hibák *folyamatos* minimalizálása mellett *tökéletesíteni* kell a szolgáltatások minőségét.
- Az *alkalmazottak munkáját támogatni és értékelni kell*. Az egészségügyi közalapokat kizárólag csak az NHS kedvezményezettjeire lehet fordítani.
- A NHS-nek úgy kell együttműködnie más szervezetekkel, hogy a kedvezményezetteknek nyújtott *szolgáltatásai azonos értékűek* maradjanak.
- Segíteni az embereket az egészségügyi állapotuk megőrzésében, és működésben figyelemmel kell lenni arra, hogy csökkenjenek *a különféle körülmények között élő és dolgozó emberek egészségügyi állapotában megnyilvánuló egyenlőtlenségek*.
- Tiszteletben tartani a páciensei – velük kapcsolatos *bizalmas adatok megőrzésére* vonatkozó – jogát, ugyanakkor nyitottnak lenni az NHS szolgáltatásokra, gyógykezelésekre és a teljesítményekre vonatkozó információk biztosítására.

## V.2.2. Az NHS modernizációs programok inflációja (2000-2006)

Az egészségügyi és szociális ellátás első nemzeti modernizációs programja 2000 júliusában került megfogalmazásra, ez volt a *'The NHS Plan, DH 2000'*. A terv magát ambiciózusnak de végrehajthatónak<sup>372</sup> értékelte. A terv közszolgálati megállapodáson, ún. public service agreement-en alapult, amit az NHS stratégiai szervei dolgoztak ki és fogadtattak a Kincstárral el. Ebben 61 kiemelt nemzeti célt fogalmaztak meg, a 2003/4 – 2005/6 három éves periódusra.

Még a lejáratí idő előtt, 2004 júliusában újradefiniálták a célokat, számukat húszra redukálva, és a 2005/6 – 2007/8 periódusra értelmezve<sup>373</sup>. Bár a modernizációs programok sokasodtak, a célok lassan négy prioritált terület köré kristályosodtak ki. Ezek<sup>374</sup>:

1. A lakosság életkörülményeinek javítása, kiemelten a szívinfarktus mint halálozási ok visszaszorítása útján.
2. Hosszú távú feltételekkel támogatni a kedvezményezetteket és redukálni a sürgősségi ágykihasználtságot.
3. Az ellátáshoz hozzáférés javítása, különösen a házi orvos által rendelt szakorvosi ellátásra várakozás 18 hét alá szorításával.

4. Felhasználni a páciensek tapasztalatait, azzal a céllal, hogy segítsék az otthoni időápolást.

Természetesen ennél jóval több jelentés és tervezet látott az adott időszakban napvilágot. Külön témakört képez a „London Reports”, a négy temzei kerület agglomerációjának speciális egészségügyi kérdései<sup>375</sup>. Itt csak az össznemzeti kérdéseket és az NHS-t mint egészt érintő programokra utalok, és a legjelentősebbeket mutatom röviden be.

A 'The NHS Plan 2000' programot később többször továbbfejlesztették és aktualizálták<sup>376</sup>:

- 2004-ben az NHS Fejlesztési tervvel 'The NHS Improvement Plan', DH 2004a, és a szintén
- 2004-es Fehér könyv: Válaszd az egészséget 'Choosing Health White Paper', DH 2004b,
- 2005-ben a Egészségügyi reform Angliában: korszerűsítés és további lépések 'Health Reform in England: Update and Next Steps', DH 2005, és
- 2006-ban az 'Our Health, Our Care, Our Say White Paper', DH 2006

majd az átszervezés-megújítás *egészen új alapokra* helyeződött át:

- 2007- a Mi NHS-ünk a mi jövőnk című „első” DARZI Jelentés / Our NHS, Our Future (2007.X.4.)
- 2008 - Végleges DARZI Jelentés / High Quality Health for All (2008.VI.30.).

A hazai példa jó ellentételezéseként felhívom a figyelmet arra, hogy az egyes dokumentumok, intézkedési tervek elfogadása széles körű konszenzus eredményeként történt meg.

#### **V.2.2.1. Privatizáció a háttérben (2001–)**

A finanszírozási gondokon 2000-től rendszeresen a magántőkének a közfeladatok ellátásába bevonásával enyhítettek. Egy szakpolitikus rákérdezett<sup>377</sup> Gordon BROWN-nál, hogy mi a mögöttes oka a *magántőke bevonásának* a közberuházásokba, valamint hogyan fordulhat elő, hogy amikor a magán finanszírozás jóval drágább, a beruházás kockázatából mégsem részesül a magánberuházó fél. BROWN a szokásos neokonzervatív választ adta: *a közszektor köztudomásúlag rossz menedzser, és csak a magánszektor tudja az ellátásokat hatékonyan és jól menedzselni.*

A PFI (Public Finance Initiative, később PPP, azaz Public Private Partnership néven lesz közismert) egyik oldalról meghonosította „találékony könyvelés” gyakorlatát – számos büntetőüggyel színesítve az NHS történetét – másrésztől egyfajta forgóajtót hozott létre az üzleti szféra és az NHS között. NHS menedzser lett – többek között – a Siemens, a KPMG, a NatWest Bank vezetőiből. POLLOCK a magas egyéni fizetések és az eljárás hatástalansága mellett külön felhívja a figyelmet *az NHS sajátos belső ismereteinek a kiárusítására a magánszektor felé.*

Közben, 2003-ban, az NHS „az egészségügy vegyes gazdasága” megnevezés alatt zajló feldarabolásának részeként a Department of Health honlapja közzétett egy gyorslistát azon cégekről, melyeket az NHS meghívott rapid diagnosztikai és ellátási szolgáltatásokat biztosítani. Ezen szolgáltatásoknak volt egy közös speciális vonzerejük a privát szektor felé: ún. low-risk, high-profit üzleti lehetőséget hordoztak. *A megpályázható ellátások kiválogatása* gondos rizikóelemzésen alapult, és kizárólag alacsony kockázatú beavatkozásokra irányult. A pályázni jogosultak között kizárólag multinacionális mamutcégeket lehetett találni, Kanadából, Németországból, Dél-Afrikából és az USA-ból. Némelyikben Dick CHENEY mellett G. W. BUSH is érdekelt volt.

POLLOCK (2005) szerint a tendencia az, hogy az NHS-t „szétszedik és privatizálni fogják”<sup>378</sup>. Nagyon hamar minden részét leválasztják és áruba bocsátják. Már 2000-ben elkezdődött a kiszolgáló szolgáltatásokkal, mint takarítás, ételmezés, mosoda és portaszolgálat. Ezt hamarosan követte 2003-ban a pénzügy, az épületek, a fenntartás és a javítás, létrehozva ezzel egy 1 milliárd £-os új piacot. Az irány a fenntartó szolgáltatások felé, mint diagnosztika, informatika, beszerzés, fenntartás és menedzsment felé mutat: valamennyi privatizációra számíthat.

A piaci előrejelzések 2003-ban csak az egészségügyi informatika terén 10 milliárd £-os piacot jeleztek a 2004 és 2008 közötti ötéves időszakra.<sup>379</sup>

#### V.2.2.2. Az NHS Terv (2000)<sup>380</sup>

*Az 1998-as, Egy első osztályú ellátás című Zöld Könyv* (‘Green Paper – A First Class Service’) ajánlásait egy 2000-es Fehér Könyv fejlesztette tovább.

Az ezredfordulós NHS Terv, a “The NHS Plan 2000” melynek *alcímei: Egy terv a beruházásra, Egy terv a reformhoz* – ma már nem érhető el interneten, nem tölthető le az ingyenes dokumentumok közül. Történelem lett, az NHS expanziójának utolsó mozzanata. Irányvonala négy fő üzenet köré szerveződött, ezek: kiadásmegtakarítás, ellátások színvonalának javítása, célzott befektetések, és a szolgálat korszerűsítése<sup>381</sup>.

Az elképzelések és a várakozások szerint a benne foglalt *tőkeinjekciónak öt évre* stabilizálnia kellett volna<sup>382</sup> az NHS-t. A nemzeti szolgálat utoljára ekkor látott terjeszkedési ígéreteket.

Az üzenetek megvalósítására a 2000-es NHS tervnek *négy fő célkitűzése* volt:

- Kapacitásnövelés (Capacity);
- A standardok és a célok meghatározása (Standards and Targets);
- Felszabadítás a – leggyakrabban anyagi és adminisztrációs – kötöttségek alól (Delivery);
- Az együttműködés (Partnership).

Az ok: a nyugat-európai országokkal való összehasonlításban évek óta elszakadó brit egészségügyi kiadások következményeképpen az NHS deréknek de kimerültnek tűnt. *Az első*

és legfontosabb dolog volt, amit tenni kellett: egy erőteljes tökeinjekció alkalmazása. A számok nyelvén ez 7.500 új szakorvos és 2000 GP felvételét jelentette (a kelet-európai szakorvosok migrációs hullámát indítva meg), 7000 ágynyi ágyszám-bővítést és 20.000 új nővér státuszt.<sup>383</sup>

A Királyi Ápolási Kollégium. a Royal College of Nursing MACPHERSON (Edt.1998) szerint már 1998-ban toborzási krízisre figyelmeztetett. Jelzésük szerint az NHS nővér szolgálatának elmúlt 25 évében az 1997-es belépők száma elérte a legalacsonyabb szintet, és az egészségügyi ellátásokból 8 ezer teljes munkaidős nővér hiányzik, ami veszélyezteti a betegellátás színvonalát<sup>384</sup>.

Ezzel a kapacitás növekedését – az elsőnek kitűzött cél elérését – öt évre megoldottnak tekintették. Mindenkinek, aki az NHS betegkontakt-frontján dolgozott, ez égi manának tűnt (ebben a pillanatban figyelmen kívül hagyva a hogyan és a mikor kérdéseit). A kormányzat mégis sokaknak okozott csalódást, érthetően, mivel a Terv megalkotásakor figyelmen kívül hagyta a hosszú távú ellátások kivizsgálására az előző évben kiküldött Királyi Bizottság<sup>385</sup> friss és közismert ajánlásait. Ezek közül a legérzékenyebb hiány, hogy valamennyi időskorú-ellátást az NHS keretein belül hagyott, azaz nem engedélyezte a személyes gondoskodást nyújtó ellátásokat az NHS intézményein kívül.

*Következő problémakör a standardok és a célok.* Ezek közül elég sok ismerős, bár némelyek az értékelő szerint a kedvezményezettek csökkenő felelőssége irányába elferdültek. Viszont fontos kitűzött célként említendő még a várólisták számszerűsített redukciója. Ez a járóbeteg-ellátásra legfeljebb három hónapos várakozást engedélyezett, míg ugyanaz fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátás esetén hat hónapban került megállapításra – akkor, amikor a fekvőbeteg ellátási időpontok kétharmadát már 2003-2004-re adták.

Kevésbé számszerűsítve került meghatározásra az első ellátáshoz (primary care) való hozzáférés megjavítása, a kedvezményezettek megalégedettségének nehezen mérhető fokozása, és a legjobb és a leggyengébb minőségű ellátás közti szakadék csökkentése.

A járóbeteg és fekvőbeteg várólista célkitűzése az alábbi megfogalmazásban szembesült a valósággal: “Feltéve, hogy a GP-k általi beutalások összhangban maradnak a jelenlegi trendekkel.<sup>386</sup>” Lehetséges, hogy ezt az optimizmust nem kellően támasztja alá, hogy az igényeket következetesebben fogják szűrni, és így szükség lehet olyan eszközökre, amelyekkel módszeresebben szűrhetnek, pl. egy útmutatónak vagy egy klinikai prioritás értékelő rendszernek a következetes használatára.

A objektív ellátási mutatók javításának mérhető s ekként számonkérhető célkitűzéseit, melyet a versenyszféra „beengedésével” valósítottak meg, jól egészítették ki a továbbmutató szlogenek, mint „kedvezményezett választása” vagy a ’patient-led’, azaz a kedvezményezett által vezetett-felügyelt egészségügyi ellátás<sup>387</sup>.

A 2000-es ‘Az NHS terv: Beruházási- és Reformterv (‘The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform’) elképzelései alapján és az 1999-es Egészségügyi törvényhez kapcsolódóan 2001. május 11-én a brit törvényhozás a rövid életű egészségügyi és szociális



ellátásról szóló törvényt, a 'Health and Social Care Act 2011:15'-et hozta. A híres 'Breakfast with Frost'<sup>388</sup> öt évre tervezett megoldása – éppen öt évet szolgált.

### V.2.2.3. A Mi egészségünk, a mi ellátásunk, a mi véleményünk – Fehér könyv (2006)

Az „*Our Health, Our Care, Our Say*” címet viselő Fehér Könyv 2006-ban (január 30.) a közösségi egészségügyi és a szociális ellátórendszerek stratégiai vízióját vázolja fel. Ez a dokumentum a nemzeti politikába, a helyi szolgáltatások fejlesztési és működési tervébe ágyazottan mutatja be az egészségügyi és a szociális ellátások reformprogramját<sup>389</sup>.

A 2006-os *reformprogram* legfőbb célkitűzései a jobb szolgáltatások nyújtása, a szolgáltatások igénybe vevői tapasztalatainak a javítása, és a rendelkezésre álló pénzforrások lehető legnagyobb értéket teremtő felhasználása.

A célok megvalósítására a dokumentum többek között az alábbi célokat tűzte ki<sup>390</sup>:

- *Több alternatíva, nagyobb közreműködési lehetőség biztosítása a kedvezményezetteknek, annak érdekében, hogy orvosokkal konzultálva az igényeiknek megfelelő, legmagasabb színvonalú ellátáshoz jussanak hozzá;*
- *Betegségmegelőző és egészséges életmódot segítő szolgáltatások segítsenek abban, hogy az emberek egészségesek legyenek*<sup>391</sup>;
- *Eredményesebb betegségmegelőzés és minél korábbi beavatkozások lehetővé tétele;*
- *A gyakorlatorientáltság preferálása;*
- *Több szabadság biztosítása a döntéshozatalban a szolgáltatásnyújtóknak, a kedvezményezetteknek, , a kedvezményezettek az igényeinek megfelelő szolgáltatások megtalálásához, a forráselosztóknak a szükséges innovációkhoz;*
- *Nagyobb rugalmasság az orvosok és más alkalmazottak irányításával folyó változásokhoz;*
- *Hatékony irányítási rendszerek megerősítése olyan szabályozásokkal, amelyek biztosítják a nemzeti alapstandardok és a szolgáltatások átalakítását a szükségletek alapján;*
- *Olyan finanszírozási rendszerek működtetése, amelyek ösztönzik a páciensek ellátásának tökéletesítését, támogatják a páciensek szükségletei alapján az ellátások integrálását (különösen a hosszú távú ellátási igények esetében), és elősegítik a pénzügyi felelősség megszilárdítását, és a legnagyobb értéktermelő képesség megtalálását az erőforrások elosztásában;*
- *Széles körű összehasonlító információk biztosítása az ellátások minőségéről és biztonságosságáról, amely a páciensek és a szakcsoportok számára valóban segít eligazodni és racionálisan dönteni az egyes alternatív lehetőségek között.*

Az NHS a fenti célok megvalósulásának nyomon követésére az Egészségügyi Bizottsággal egyetértésben Nemzeti Igénylő Felmérő Programot (National Patient

Monitoring Program) indított be, amelynek segítségével időről időre folyamatosan értékeli a kitűzött célok megvalósításának sikerességét.

## **V.2.a. Az NHS szolgáltatások szervezésének jelenlegi struktúrája (1991–2009)<sup>392</sup>**

Az NHS szolgáltatások biztosításának 1992-től bevezetett, beszerzési típusú jelenlegi struktúráját a **XI.A és XI.B ábra** mutatja be. Az ábrán jól követhető a kontraktualizáció tényerése.

### **V.3.1. Az angol gyógyszerellátás a részleges NHS reform tükrében (2000)<sup>393</sup>**

A gyógyszerellátás reformigénye is egyszerű, objektív tényeken alapul.

1948-ban, az NHS alapításakor az Egyesült Királyság lakosságának 11%-a volt 65 éves, vagy idősebb. 2008-ban ez az arány 16%. 2028-ra ezt az arányt 20% fölé prognosztizálják. S mivel egy 85 éves kedvezményezett ellátása cca. hatszor költségesebb, mint egy 16-44 év közöttié.

Elsőként tehát a *demográfiai okok* állnak közvetlen és egyszerű kapcsolatban a gyógyszerköltségekkel.

A demográfiai nevezett okok mellett az „*életmód betegségek*” a második gyógyszer- és gyógyítási igényes rizikócsoporthoz tartoznak. Angliában ezek közül a dohányzást, az alkoholfogyasztást és az elhízást emelik ki, illetve a mozgásszegény életmódot.

A nemzetközi összehasonlítás azt mutatja, hogy az egy főre jutó gyógyszerkiadások az OECD országokban lényegesen meghaladják az Egyesült Királyságét<sup>394</sup>. A gyógyszerköltségek aránya az egészségügyi kiadásokban, 2000-ben az Egyesült Királyságban 10,2% volt, ez a GDP 1,2%-a.

Az angol gyógyszer- és gyógyászati segédeszköz (=gyse)-ellátás zöme természetesen az NHS ellátórendszerén keresztül történik, amelyet az alábbiak alkotják:

- *közforgalmú* gyógyszertárak,
- *kórházi* gyógyszertárak,
- orvosi készülék- és gyógyászati segédeszköz (=gyse) *szállítók*,
- diszpenzálásra (gyógyszerkiadásra) *jogosult GP-k*.

Az I. ellátási fokozatban (ez a Primary Care, az alapellátás) túlnyomóan a *közforgalmú gyógyszertárak* látják el a gyógyszer- és részben a gyse ellátást is. A gyógyszertárak ellátása nagykereskedőkön keresztül, és ritkábban a gyártóktól közvetlenül történik.

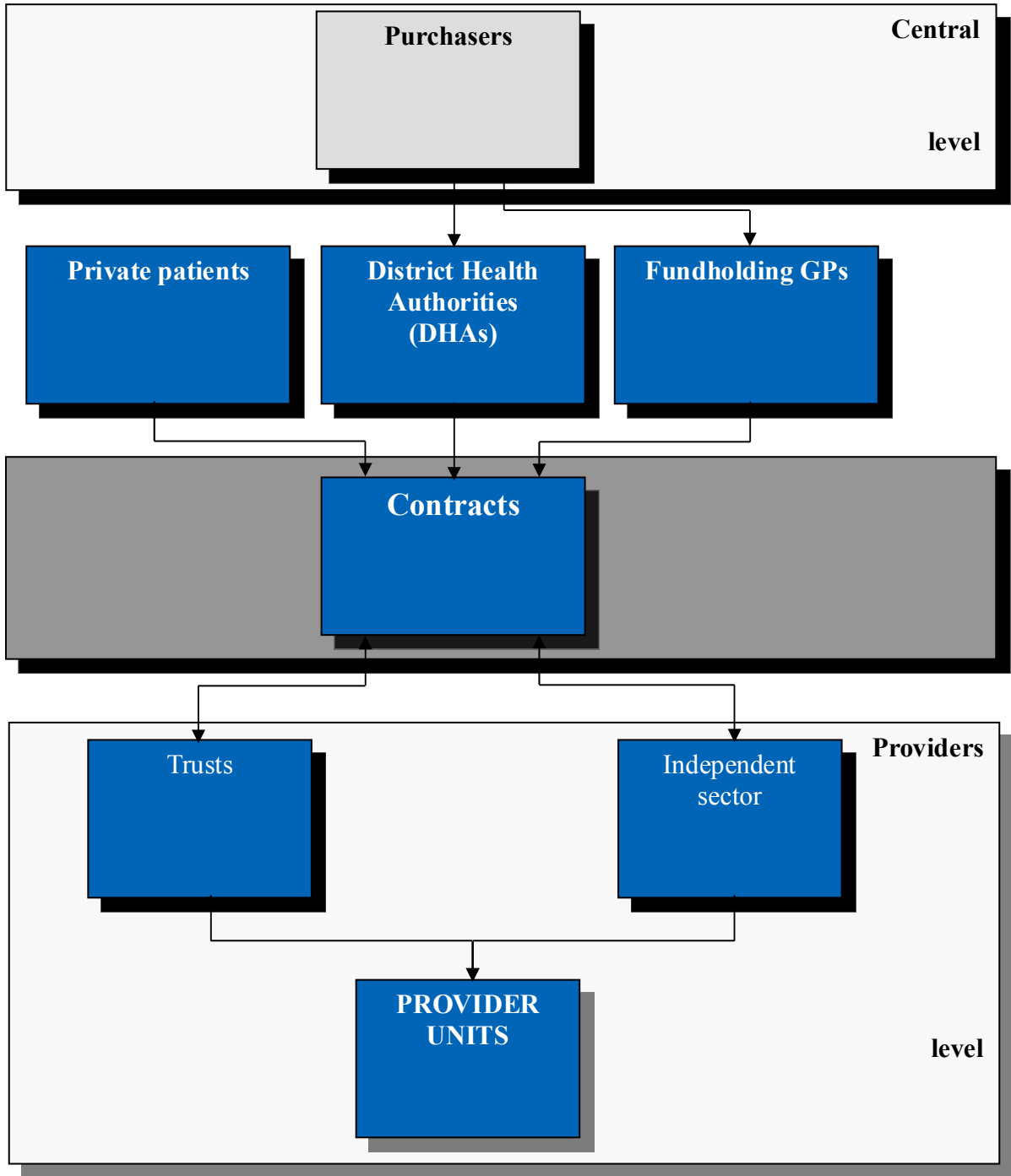
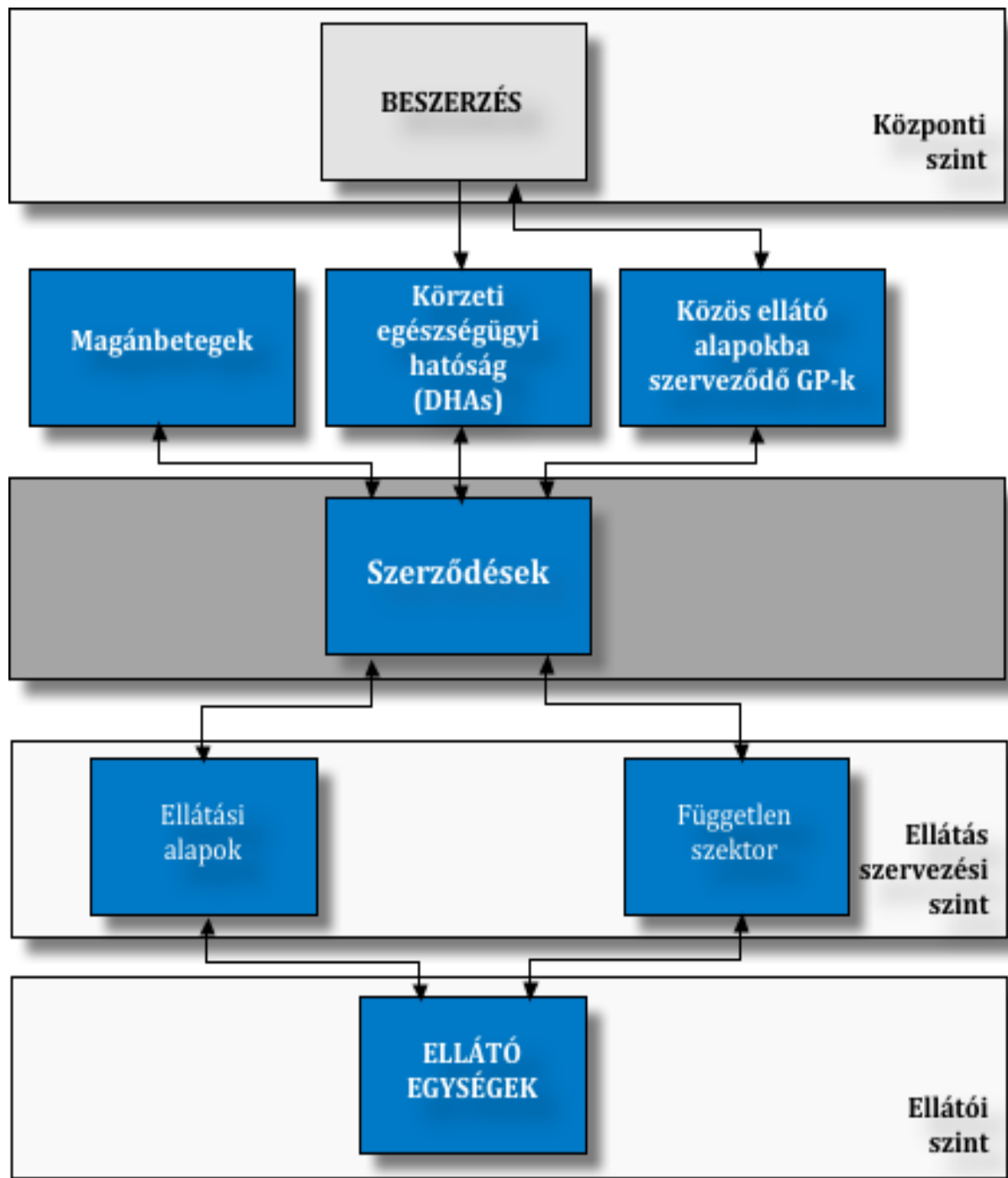


Fig. XI.A. *Structure of the Service in England 1992, BAGGOTT*



XI.B. ábra Az NHS szolgáltatások Angliában 1992, BAGGOTT szerint

*A közforgalmú gyógyszertárakat 1987 óta az NHS szerződésai restriktíven szabályozták, így számuk több mint 10 éve állandó. 2000-ben 12 258 közforgalmú gyógyszertár volt, azaz egy gyógyszertár – bár a gyógyszertárral ellátottság eltérő az egyes országrészek között – átlagosan 4878 lakost látott el.*

*A kórházi gyógyszertárakat lásd alább.*

A gyógyszerek és gyse-k rendelésére jogosultak az I. ellátási fokozatban az általános orvosok, fogorvosok, kórházi orvosok és meghatározott esetekben nővérek és nem rég óta gyógyszerészek is. *A GP-k 13%-a (5071 fő) rendelkezik diszpenzációs joggal, akik túlnyomóan a távoli, vidéki régiókban gyógyszereket adhatnak ki.*

Ezen túl – csaknem korlátozás nélkül – az Egyesült Királyságban megengedett a gyógyszerek és gyse-k *csomagküldő kereskedelme is.*

*Tulajdoni forma* szempontjából a gyógyszer-ellátó rendszer teljesen szektorsemleges. Az Egyesült Királyságban megengedett a gyógyszertárak többes- vagy idegen, valamint társasági tulajdona. Ezért az egyedi gyógyszertárakon kívül nagy gyógyszertárláncok is megtalálhatók. A piaci szereplőkkel a helyi egészségügyi hatóságok, vagy az NHS elsődleges ellátási trösztjei kötnek ellátási szerződéseket.

Az Egyesült Királyságban kb. 1500 gyógyszer rendelhető az NHS-en keresztül<sup>395</sup>. Ez a pozitív listát jelentő „Selected List” túlnyomóan generikumokat tartalmaz, és kizárja azokat a gyógyszereket, amelynek hatása nem igazolt. Míg a primary care során a beteg a gyógyszer árának cca. 6%-át téríti, addig a listán nem szereplő gyógyszerek teljes árát a beteg fizeti meg. Mindehhez hozzájön, hogy az NHS keretében térített gyógyszereket nem ÁFÁ-zzák. Minden más gyógyszer az általános 17,5%-os forgalmi adó alá esik.

A gyógyszereket három csoportba sorolják:

- felírasköteles
- gyógyszertárköteles
- szabadon forgalmazható

gyógyszerek.

Az azonos hatóanyagú gyógyszereknek a gyógyszerész részéről való helyettesítése – sürgős esetek kivételével – tilos. Amennyiben a piacon egy generikum rendelkezésre áll, úgy a közforgalmú gyógyszertárban az általában drágább eredeti készítmény kiadása csak a generikum áráig megengedett. Így az NHS-nek van a legmagasabb aránya generikum rendelvevényekben és a legalacsonyabb generikumárai Európában. Ez egyrészt az Egyesült Királyság lényegesen kedvezőbb generikumáiraival magyarázható, másrészt a drágább, innovatív gyógyszerek tartózkodó rendelésével<sup>396</sup>.

1998-ban egy *eredeti készítmény átlagára 23,70 euró volt, egy generikumé 4,75 euró* (a kettő árviszonya 5:1, 1988-ban még 3,4:1 volt). 1996 decemberétől 2000 decemberéig az eredeti készítmények kiadásai 4,4-szeresükre emelkedtek, míg a generikumok költségei „csak” megduplázódtak. Az áremelkedések miatt *1999-ben és 2000-ben maximális árszabályozást* vezettek be a Selected List 499 generikumára.

### V.3.1.1. Gyógyszerárképzés és a gyógyszerköltségek térítése (2000–)

1957 óta a Department of Health (DoH) a Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS) keretében a gyógyszeriparral kialakítja az egyes originál készítmények alapárát (Net Ingredient Costs (NIC)). A PPRS-en keresztül megállapítják a maximális árat és korlátozzák az NHS-nek való eladásokból való vállalati nyereségeket. A NIC nettó eladási árak, és még nem tartalmaznak pótlékokat. Együtt a generikumok Drug Tariff-ával ezek szolgálnak alapul az NHS által térítendő gyógyszerrendelések árkalkulációjához. A disztribúciós költségek aránya a bruttó gyógyszerári eladási áron átlagosan 43,6%.

A közforgalmú gyógyszertárakban kiadott gyógyszereket a DoH és az RHAs közpénzekkel finanszírozzák. A közforgalmú gyógyszertárak kifizetését havonta megszabott ún. „*Drug Tariff*”-ban állapítják meg. Az NHS-sel elszámolandó minden egyedi receptért (2001/02-ben havonta átlagosan egy gyógyszertárra 5000 jutott) 1,55 eurót fizettek.

További bevételeket értek el a *magánreceptek* beváltásával, az *öngyógyoszerelés* gyógyszereinek, a szabadon eladható gyógyszereknek a kiadásával és a szervizszolgáltatásokkal, *oxigénkiadás*, vérnyomás- és *vércukormérés*, *tanácsadási* tevékenység révén és a pótlékokkal, pl. a 24 órás szolgálat pótlékával.

A rendelt gyógyszerek vagy egészségügyi termékek minden *csomagolásáért* a betegeknek elvileg egy jelenleg 6,30 font (10,30 euró) *díjat* kell fizetniük. Ez azokra a gyógyszer-csomagolásokra is vonatkozik, amelyeknek az ára a receptdíjon alul van (kb. a rendelt gyógyszerek 50%-a).

Azok a betegek, akik állandóan gyógyszerekre szorulnak, *előfizetési utalványt* szerezhetnek négy hónapra 32,90 fontért (54 euró) vagy egy évre 90,40 fontért (148 euró), ami a receptdíjak fizetését általában fedezi az adott időszakban.

*A receptdíj fizetés alól azonban a lakosság nagy része mentes*, pl. a 16 éven aluliak, képzés alatt állók, terhesek, 60 éven felüliek, alacsony jövedelműek. A betegek önrésze 1998-ban csak az elsődleges ellátási szektor gyógyszerköltségeinek 6%-át fedezte.

### A gyógyszerellátás a szekunder és a terciér ellátási fokozatban (2000-)

A fekvőbeteg gyógyintézeti ellátásba felvett beteget, az elbocsátás előtt állót, valamint a kórházban ambulánsan kezeltet is a kórházi gyógyszertár látja el. A kórházihoz csatlakozó kezeléshez szükséges gyógyszereket a kórházban rendelik 4 hétre. Ezeket a beteg díjmentesen viheti haza. A kórházi ambuláns betegek gyógyszereit a szokásos 6,30 font receptdíj ellenében adják ki.

*Az angol kórházi gyógyszertár* lényegesen több személyzettel rendelkezik, mint más európai gyógyszertárak. Pl. egy ezer ágyas kórház, ebből 19 intenzív ágygal, 94 gyógyszerári dolgozót foglalkoztat, ebből 43 teljes munkaidejű gyógyszerészt. 2000-ben egy kórházi gyógyszerészre 41 kórházi ágy jutott.

*A kórházi gyógyszertárak magas személyzeti szükséglete* az angol rendszerben általános individuális gyógyszerellátással (unit dose) magyarázható.

Minden, a kórházba bevezetendő új gyógyszerrel a kórház gyógyszerbizottsága dönt, különösen a költséghatékonyság és az elviselhetőség kritériumai szerint. A gyógyszerbizottsághoz nemcsak orvosok és a kórház gyógyszerésze tartozik, hanem rendszerint az igazgatóság és a pénzügyi osztály, az ápolási szolgálat, az illetékes elsődleges ellátási tröszt képviselői, és egy területi gyógyszerész is.

Az angol kórházakban a gyógyszerellátás elsősorban betegre és nem osztályra vonatkozik. Pl. a kórház csak egy kis, a gyógyszerbizottság által meghatározott, egyedileg, minden szakmára meghatározott gyógyszerkészlettel rendelkezik. Ezt a gyógyszerügyi személyzet hetenként egyszer felülvizsgálja és feltölti. Minden gyógyszerész naponta részt vesz a reggeli viziteken és délután ismét felülvizsgálja az újonnan felvett betegek rendeléseit az esetleges gyógyszerelési hibák szempontjából. A változtatásokat és kiegészítéseket kiemelve feljegyzi a betegdokumentációba.

A kórházi gyógyszerterek 80%-a rendelkezik saját gyógyszerinformációs szolgálattal

### **„Az NHS Terv” a gyógyszerreform (2001-)**

A 2000 júliusában kezdődött egészségügyi reformprogramot szeptemberre a gyógyszerügy területére is kiterjesztették. Eszerint a gyógyszerterek és a gyógyszerészek szerepének erősítésével költségeket kell csökkentenie, javítania kell a népegészséget és a betegelégedettséget. Lényeges szervezési intézkedés meghatározott kompetenciáknak az áthelyezése a kórházi osztályokról és az orvosi praxisból az ambuláns ápolási szolgálatokra és a közforgalmú gyógyszerterekre. Az új megközelítés szerint a gyógyszerterektől egy aktív farmakológiai-terápiás betegtanácsadást várnak, amivel orvoshoz fordulást takarítanak meg, és javítják a kedvezményezettek szolgáltatásait.

A következő alfejezet előtt vessünk egy pillantást az NHS-szel párhuzamosan működő, munkáját kiegészítő önkormányzati, kórházi és családi egészségügyi ellátások forrásait összegző **XII.A és XII.B Ábrára**.

### **V.3.1.2. Röviden az egyes kapcsolódó pénzbeli ellátásokról<sup>397</sup> (1994-)**

Ahhoz, hogy valaki az Egyesült Királyságban rászorultság (azaz jövedelem-) alapú szociális juttatásokat vehessen igénybe - az alacsony jövedelemszint követelményén túl -, meg kell felelnie az életvitelszerű itt-tartózkodási és a tartózkodási jogalap-követelményeknek.

Az ún. „életvitelszerű itt-tartózkodás teszt” (Habitual Residence Test - HRT) keretében meggyőzően bizonyítani kell, hogy a kérelmező az Egyesült Királyságot választotta állandó letelepedési helyéül.

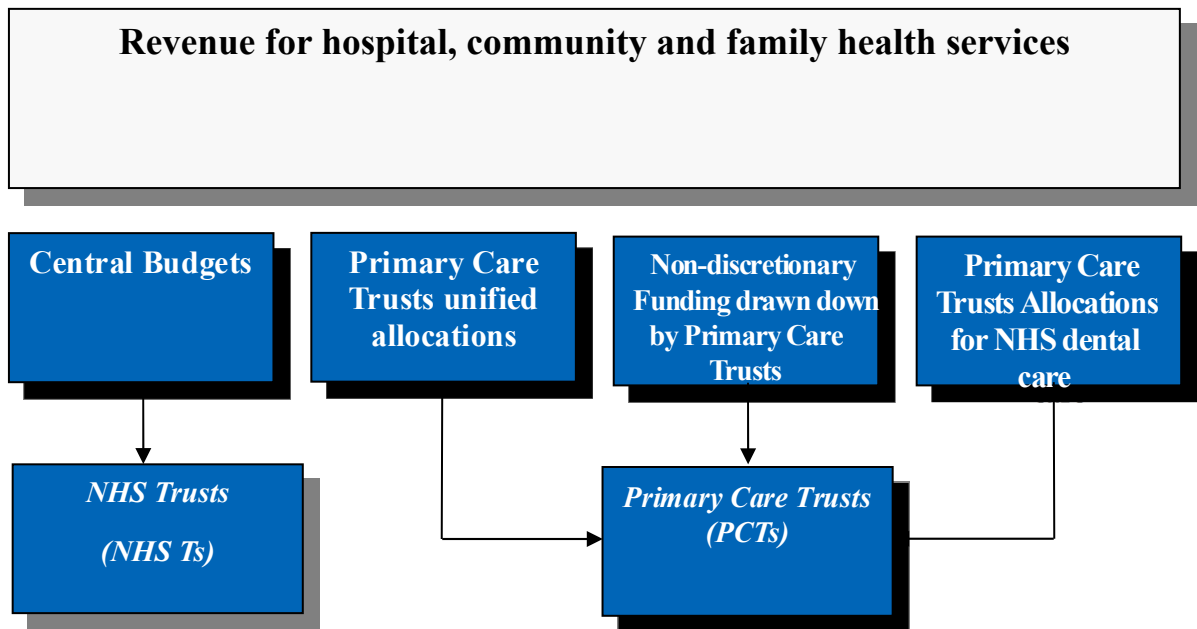
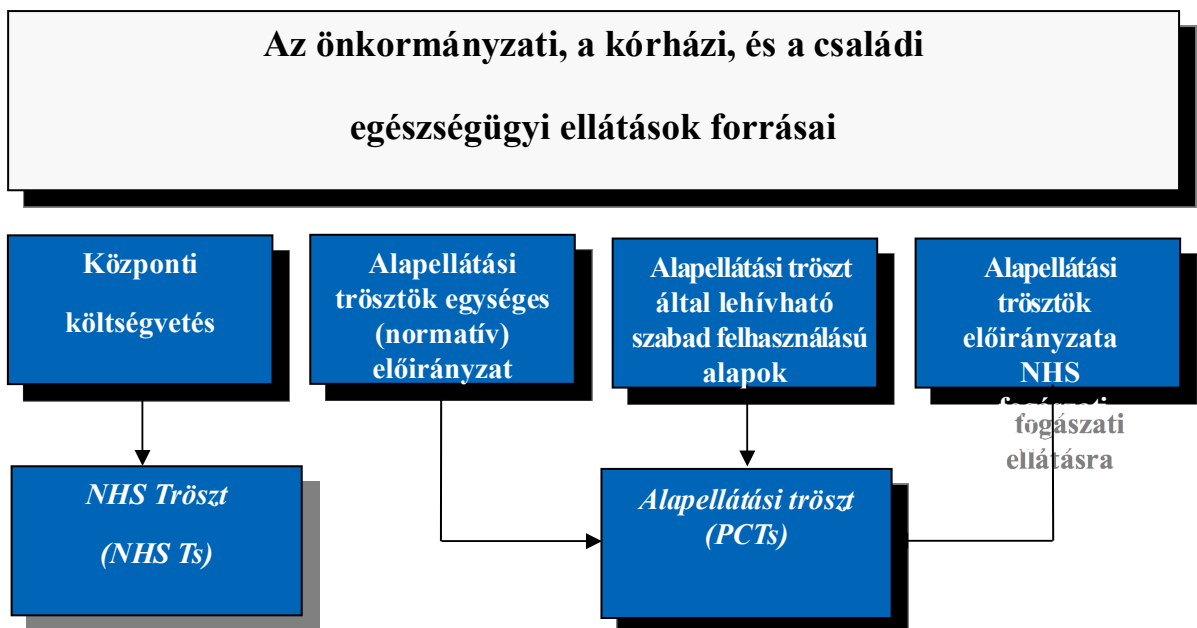


Fig. XII.A. Revenue for services 2006-TALBOT-SMITH & POLLOCK.



XII.B. ábra Az ellátások forrásai 2006- TALBOT-SMITH és POLLOCK.



A HRT-t 1994-ben vezették be és elvileg minden külföldit érint, aki valamilyen szociális segílyt, pótléket, juttatást igényel. A társadalombiztosítási hatóság (Jobcentre irodák) az igénylésekről általában személyes interjú alapján dönt. Vizsgálják, hogy az illető önszántából, letelepedési szándékkal tartózkodik-e az országban - otthonalapítási szándékot az ingóságok ideköltöztetése, a lakóhely még kiérkezés előtti lefoglalása, a családtagok áthozatalának szándéka, az új országhoz fűződő érzelmi kötődés tanúsíthat -, mi ideérkezésének oka, célja, milyen a tervezett itt-tartózkodás hossza, folyamatossága, a kérelmező mely országokban lakott korábban és mennyi ideig, milyenek munkához jutási kilátásai, van-e stabil munkahelye, milyen jellegű munkát tud végezni, általában milyen elképzelései vannak a jövőre vonatkozóan.

Az Egyesült Királyságban igénybe vehető pénzbeli ellátásokat a hazai szakirodalom három csoportba sorolja. Ezek a következők:

- I. A munkavállalóként (alkalmazottként) regisztráltak, a dolgozók juttatásai
- II. Az egyéb juttatások
- III. A társadalombiztosítási és/vagy adó-befizetések alapján igényelhető szociális segílyek

*Ad I.* A munkavállalóként (alkalmazottként) regisztráltak „dolgozói juttatásai” (in-work benefits)

- a családi pótlék (*Child Benefit*),
- a lakástámogatás (*Housing Benefit*) és
- az önkormányzati adófizetési kiegészítés (*Council Tax Benefit*).

*Ad II.* Az egyéb juttatások

- a táppénz (*Statutory Sick Pay*)
- a kötelező anyasági, ill. apasági támogatás (*Statutory Maternity*, ill. *Paternity Pay*)
- a rokkantsági pótlék (*Disability Living Allowance*)
- a gondozási segíly (*Attendance Allowance*)
- a válságkölcsön (*Crisis Loan*)
- a szülési segíly (*Maternity Pay*) és
- a temetkezési segíly (*Funeral Payment*).

*Ad III.* A társadalombiztosítási és/vagy adó-befizetések alapján igényelhető szociális segílyek

- a járulékfizetésen alapú munkanélküli segíly (contribution based Jobseeker's Allowance)
- a rokkantsági segíly (Incapacity Benefit)
- a szülési segíly (Statutory Maternity Pay)
- az anyasági segíly (Maternity Allowance)

- az öregségi nyugdíj (Retirement Pension)
- az özvegyiségi segély (Bereavement Payment)
- az ideiglenes özvegyi nyugdíj (Bereavement Allowance)
- a szülői nyugdíj (Widowed Parents Benefit)
- az ápolási díj (Attendance Allowance)
- a családi pótlék (Child Benefit)
- az önkormányzati adófizetési támogatás (Council Tax Benefit)
- a fogyatékosági pótlék (Disability Living Allowance)
- a gondozói segély (Carers Allowance)
- a gyámsági pótlék (Guardians Allowance)
- a lakbér-kiegészítés (Housing Benefit)
- a jövedelem-kiegészítés (Income Support)
- a jövedelemszint alapján járó munkanélküli/munkakeresői segély (income-based Jobseeker's Allowance)
- a munkahelyi baleset/foglalkozási ártalom utáni pótlék (Industrial Injuries Disablement Benefit)
- a betegség vagy baleset miatti jövedelemkiesési pótlék (Reduced Earnings Allowance)
- a súlyos munkaképtelenségi segély (Severe Disablement Allowance)

## **V.4. A közelmúlt: Átmenet a piacvezérelt egészségügy felé (2005–2007)**

### **V.4.1. Politikai állásfoglalás – hír az Interneten (2007 július)**

Ma már nem több „politikai délibábnál” – írja a DRINFO.HU az „Orvosok a reformért” című 2007. július 25-i cikkében – a brit egészségügy ingyenességének hirdetése<sup>398</sup>, mivel a betegek mind több esetben kényszerülnek fizetős ellátások igénybe vételére a magánszektorban, ugyanis a pénzhiánytól és adósságoktól gyötört NHS szolgáltatásai egyre „lyukasabbak”, áll az Orvosok a reformért nevű brit orvosi kampányszervezet hétfőn kiadott jelentésében.

Az ezer NHS-orvost számláló, a költségvetésből fedezett egészségügy-finanszírozást régóta ostorozó szakmai szervezet szerint a hosszú várólisták, és a területenként erősen eltérő színvonalú állami ellátás miatt a betegek egyre inkább hajlanak arra, hogy bizonyos ráfizetéssel kiegészítő egészségügyi szolgáltatásokat vásároljanak a magánszektorban.

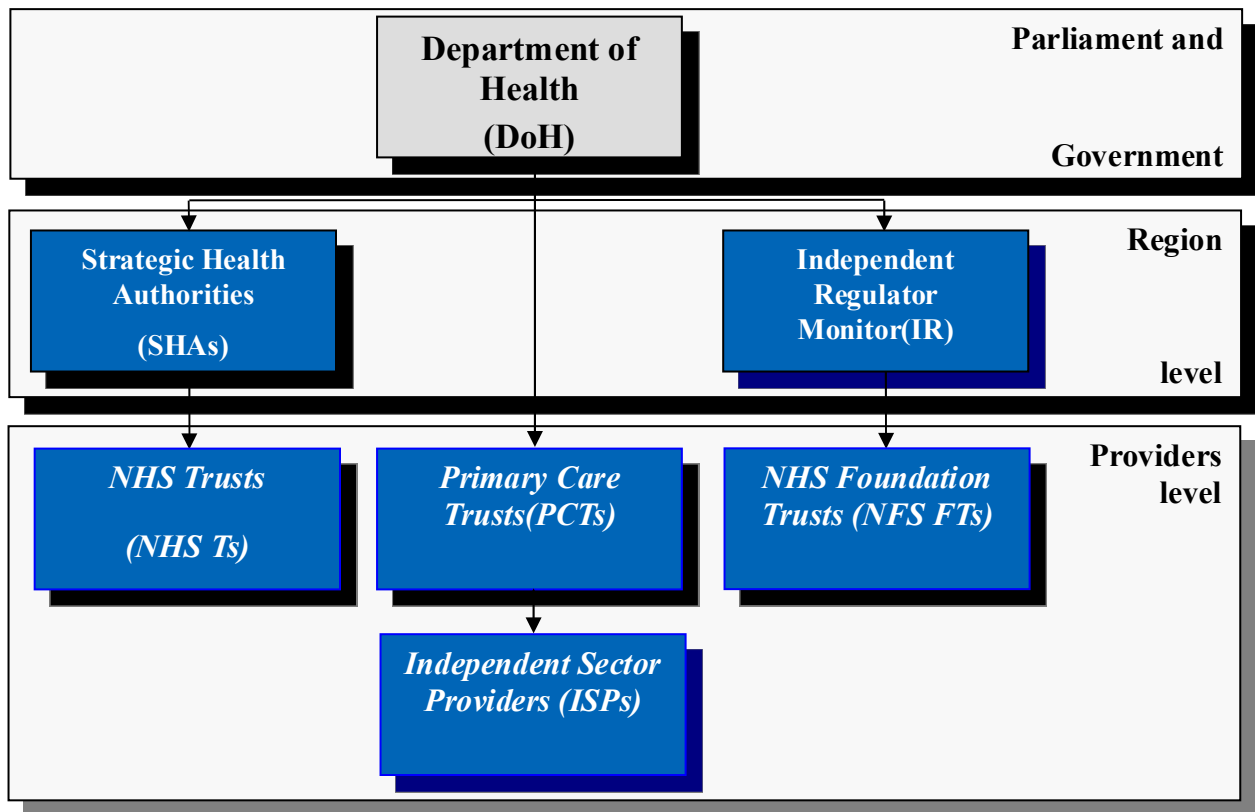
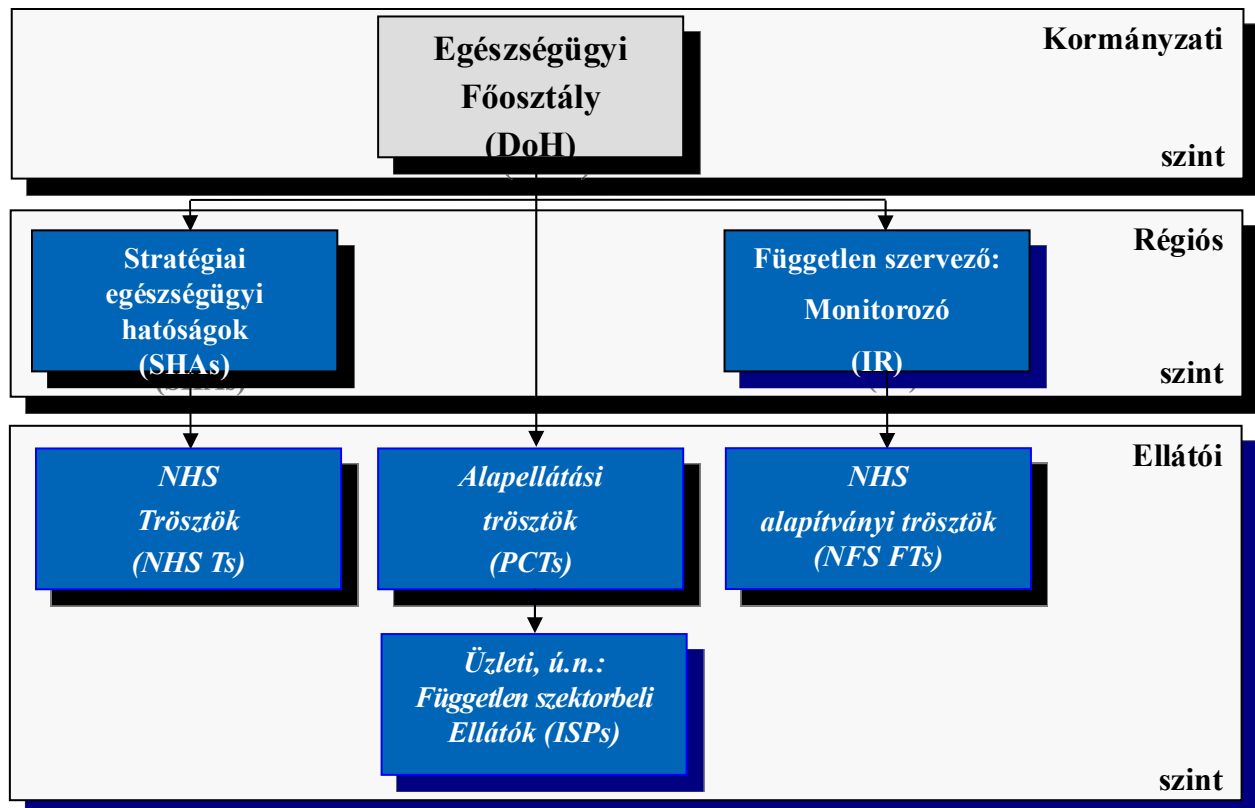


Fig. XIII. A. NHS System in England 2005- TALBOT-SMITH & POLLOCK.



XIII.B. ábra Az NHS szervezete Angliában 2005-TALBOT-SMITH és POLLOCK.

*A tárca nyilatkozata szerint a kormány „soha nem módosít az NHS alapelvein – azon, hogy annak szolgáltatásai egyetemesek, adóból finanszírozottak és (az igénybevevők számára) ingyenesek”. A minisztérium szóvivője hozzátette: a betegeknek mindig is lehetőségük volt arra, hogy fizessenek a magán-ellátásért, ha úgy látják jónak, de az NHS-t nem szabad fizetőssé tenni.*

*Az elmúlt – a cikk megjelenéséből számolva a 2006-os – pénzügyi év költségvetésébe a munkáspárti kormány csaknem 80 milliárd font (30 ezer milliárd forint) rekord kiadást állított be az állami egészségügy központi finanszírozására, vagyis jóval több mint a kétszeresét a Labour hatalomra kerülésének évében - 1997-ben - kiutalt 34,7 milliárd fontnak. Számos NHS-körzet mégis súlyos és krónikus finanszírozási gondokkal küszködik.*

A **XIII.A és XIII.B Ábra** nem fejezi ki az orvosok aggodalmait, szemmel láthatóan a tárca nyilatkozatát támasztja alá. Az ábrából mindössze az ismét hosszúra nyúlt várólisták ténye maradt ki – ami az ellátást keresőket az alternatív – akár külföldi – allátások felé szorítja. E jelenségről VII., és a IX fejezetek is említést tesznek.

Az Orvosok a reformért ... csoport szerint az alternatív pénzforrások közé tartozhat az, hogy egyes szolgáltatásokért a pácienseknek fizetniük kellene, vagy az egész rendszert biztosításalapúvá kellene átalakítani.

A Health Service című brit orvosi szaklap múlt havi felmérése szerint *az NHS területi egységeinek csaknem háromnegyede kényszerül most már a szolgáltatások korlátozására a súlyos finanszírozási válság miatt. A felmérés szerint az aktív ellátó kórházakat működtető területi NHS-alapok 61 százaléka osztályokat is bezár finanszírozás hiányában, és a területi igazgatók 70 százaléka szerint a betegellátás közvetlenül meg fogja sínyleni a hiánycsökkentési célú pénzügyi döntéseket. A területi NHS igazgatóságok csaknem fele közölte, hogy elbocsátásokat tervez, vagy már végre is hajtott létszámleépítéseket az idén*<sup>399</sup>.

#### **V.4.2. NHS átalakítás a sürgősségi betegek rovására – hír az Interneten (2007. augusztus)**

A sürgősségi és a baleseti osztályok bezárását irányzó kormánytervek tesztelését végző első kutatások szerint<sup>400</sup> a hosszú mentőszolgálati utak veszélyeztetik a súlyos betegek életét. A 10 ezer beteg vizsgálatából álló ötéves tanulmány úgy találta, hogy egy sürgősségi helyzetben a beteg halálának lehetősége a kórházba szállítás minden extra kilométerével növekszik.

Négy területre lebontva vizsgálták az életveszélyt jelző hívások mentőszolgálati nyilvántartását. A kutatók úgy találták, hogy a mentőautóban 10 km-nél kevesebbet utazó betegek 5,8%-a halt meg, míg a 11-20 km-t utazók 7,7%-a, a 21 km fölött utazók 8,8%-a halt meg.

*Az adatok azt sugallják, hogy a sürgősségi betegek szállítási távolságának növekedése a halálozás növekedéséhez vezethet. Az anafilaktikus sokk, fuldoklás vagy akut asztmás roham*

állapotában levő betegek sürgős ellátást igényelnek, és a túlélésüket segítené, ha rövid távolságra levő helyi sürgősségi osztályra kerülnének egy távoli szakkórház helyett.

A kutatásnak van *vonatkozása az NHS reform tervére nézve is*. Az átalakítás Londonban kezdődik, ahol egy tízéves terv szerint egy *szakklubikai hálózatot* hoznak létre a rutin egészségügyi ellátás szükségleteinek kielégítésére. E klinikákon kevesebb lesz a sürgősségi és baleseti osztály. *A londoni terv* várhatóan mintaként szolgál majd az egész ország kórházi rendszerének átalakításához. Az új egészségügyi miniszter szerint – az egyébként átfogó szolgáltatásokat nyújtó – *helyi általános kórházak napjai meg vannak számlálva*.

A betegszervezetek szerint, ha a helyi kórházak bezárnak, az embereknek messzebbre kell utazniuk, és a betegek számára az időkülönbség kritikus lehet. Viszont a kormány által indítványozott szuperkórházak azt jelentik majd, hogy ha a beteg megérkezik a kórházba, a legjobb ellátásban fog részesülni. (SZL)

### V.4.3. Szakirodalmi értékelések (2006-)

Az mai NHS-ben közszolgáltatókat köztisztviseltek versenyeztetnek közpénzekért – írja FREEMAN (1998)<sup>401</sup>. Mindezt piaci viszonyok között, melyhez általában a szabad verseny körülményeit asszociálják.

Az egészségügyi igény egy adott területre és annak populációjára jól modellezhető. Anne MULHALL szerint<sup>402</sup> a stratégiai tervezés az egészségügy egyik központi tevékenysége, mely egy háromfokozatú eljárásból áll:

- Meghatározzák, hogy mik az adott populáció egészségügyi „problémái” (szükségletei).
- A lehetséges szolgáltatásokat az igényekhez rendezik.
- Megbecsülik az ellátások költségeit.

NAIDOO & WILLS egy esettanulmányon keresztül mutatja be, hogy az epidemiológiában kialakított metódus felhasználható nemcsak a járványügyben, hanem az ellátások tervezésében is. Fontosságában kiemeli az adatok részletes és kritikus elemzését, a népességstatisztikai adatok felhasználását, mint az igényfelmérés alaplépéseit, ezt követően az érdekek (kormányzati, szakmai, köz- és egyéb érdekek) feltérképezésére fekteti a hangsúlyt.

Ennek ellenére a megoldásnak kevés köze van – ha van egyáltalán – a piaci mozgásokhoz. A menedzseri funkciók alatt a szerződéses működést (és igazgatást), azaz az információgyűjtést, tervezést, szakmai szabályozást értik, melynek hatásait naivan ellensúlyozni képzelik a szabad versenyben érvényesülő piaci erők által. A 'public' vagy 'managed' competition alapja a menedzsment bevezetése a rendszerbe. Alapelképzelése szerint jelentősen olcsóbb a jól megfizetett felelős szakemberek, menedzserek bérét fizetni meg, mint a szolgáltatást nyújtókat szabad rablásban hagyni a szolgáltatások irányítása és nyújtása terén. Az új, *menedzseri típusú „kiegészítő parancsnokságot”* már öt évvel a beteg-, azaz páciensközpontú NHS meghirdetése előtt létrehozták. E menedzsment néhány tagja,

akik nélkül elképzelhetetlen lett a reformok bevezetése, végül együtt valósította meg néhány korábbi ellenzőjével a szükséges versenytámogató átalakításokat.

A menedzsment létrehozásának célja, hogy a racionalizálásért felelős hagyományos testületeket képessé tegyék ésszerű, racionális döntések meghozatalára, egyben függetlenítve azokat az ellátóktól, valamint a domináns (pl. orvos-) szakmai szervezetektől<sup>403</sup>.

Az egészségügyi szakmai szervezetek súlya korántsem lebecsülendő az Egyesült Királyságban: az ILO 2007 stratégiája is hivatkozik rá, hogy a világon az egyik legmagasabb ráta szerint 66 „*laikus*” emberre jut egy egészségügyi szakmával rendelkező<sup>404</sup>.

A fix költségvetéssel és a várólistákkal szembeülve a menedzseri szemlélet majdnem szükségszerűen *az ellátásokat inkább azok költségtartalma, mint minőségük javíthatósága felől közelíti meg*. A versenyhelyzetet – s az ellátás szervezésének és nyújtásának elválasztását – egy cél elősegítésére hozták létre. Bevezetésének mögöttes szándéka az volt, hogy a versenyhelyzetre inkább az ellenőrzés új formájaként, mint a szabadság új lehetőségeként gondoljunk. Ez az elképzelés végig visszatükröződik a bevezetés és kiépítés folyamán.

E menedzselt verseny bevezetése egy olyan kormányzati intézményhez kapcsolódik, amelyet talán csak a legközpontosítottabb rendszer hozhat létre.

#### **V.4.4.a. Az egészségügyi szolgáltatások szervezésének jelenlegi struktúrája (2005–)**<sup>405</sup>

Amint az a **XIII.A és XIII.B** valamint **XIV.A és XIV.B ábrából** követhető, az Egészségügyi Minisztérium irányítja teljes egészében az NHS működését a miniszter vezetésével. Az Egészségügyi Minisztérium államtitkárának kötelessége folyamatosan beszámolni a miniszterelnöknek a működés legfontosabb jellemzőinek alakulásáról. A minisztérium irányítói ellenőrző tevékenységét 10 Stratégiai Egészségügyi Hatóság segíti, amelyek egész Angliában teljes körűen és minden részletre kiterjedően felügyelik az NHS tevékenységeit. A Stratégiai Egészségügyi Hatóságok felügyelik egyúttal a szakterületükhöz tartozó különféle szakcsoportok tevékenységét is.

Az Egészségügyi Minisztérium az Egyesült Királyság Kincstárával kötött *Közszolgáltatási Megállapodás – Public Service Agreement (PSA) – alapján* irányítja az NHS működését, különös tekintettel az alábbi célok és feladatok megvalósítására:

- A közegészségügy *folytonos tökéletesítése* és folyamatosan magas színvonalú működésének biztosítása, különös figyelemmel a hátrányos helyzetű és kiszolgáltatott emberek szükségleteire;
- Az egészségügyi és szociális ellátások biztonságának és minőségének folyamatos *korszerűsítése* a szolgáltatások *elérhetőségének* javításával, az igénybevevők számára *szélesebb választási lehetőségek* felajánlásával és a folyamatok teljes körű ellenőrizhetőségének lehetővé tételével;

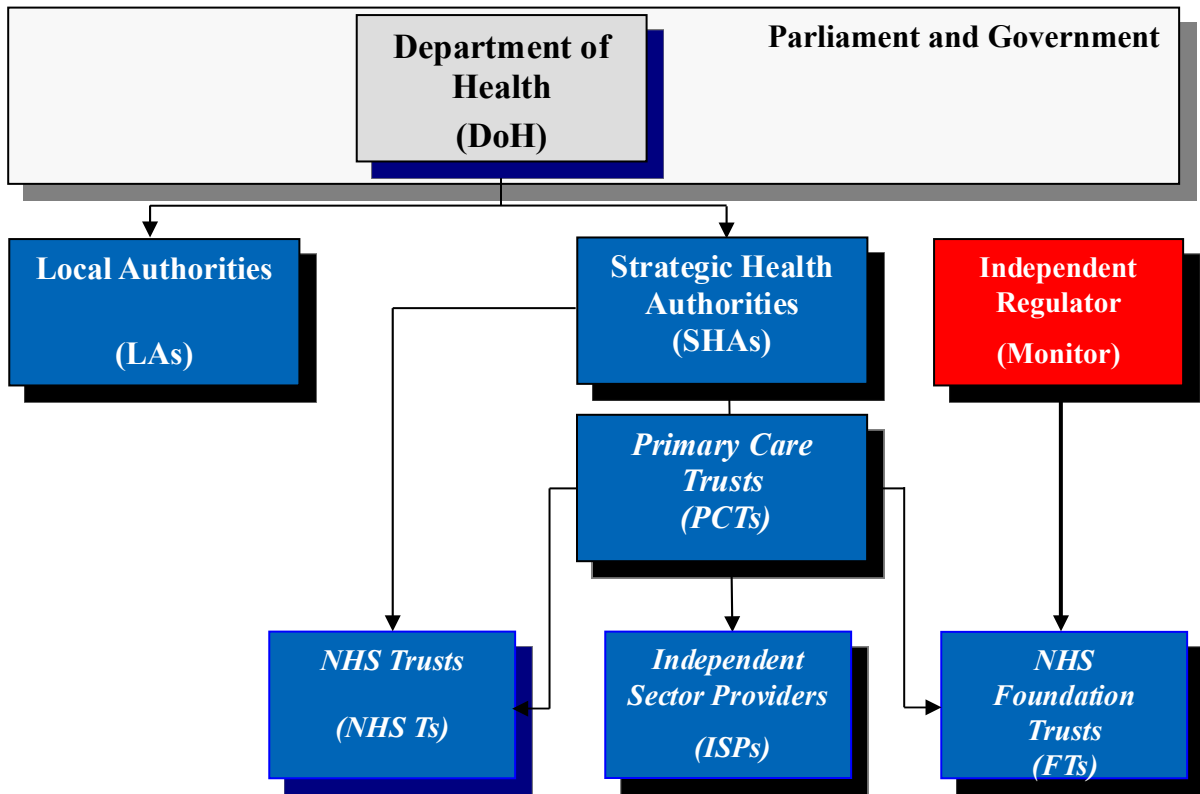
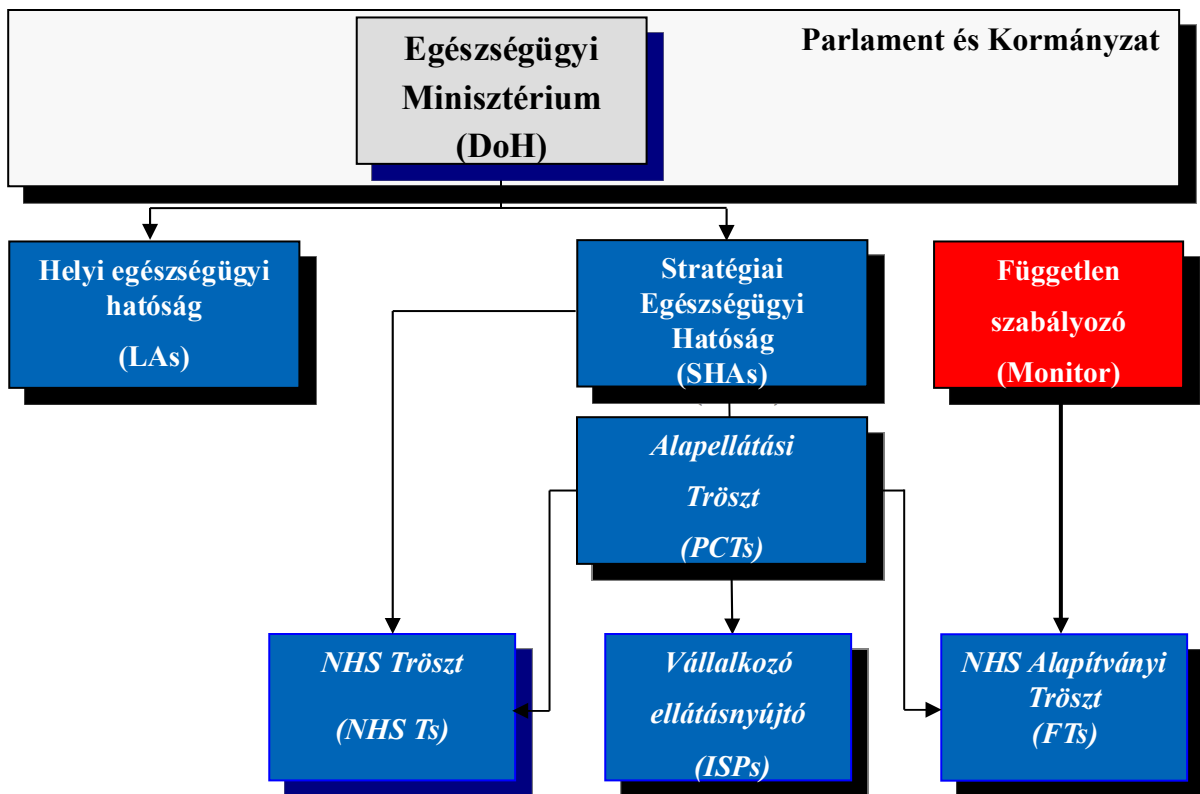


Fig. XIV. A. Transition of the NHS to a market, 1<sup>st</sup> step in England 2009-



XIV.B. ábra Az NHS piaci szemléletű átalakítása: 1. lépés, 2009-től (Anglia)

- A kedvezményezettek *javuló tapasztalatait eredményező szolgáltatások* nyújtása, beleértve a szolgáltatások hosszú távú feltételeinek javulását is;
- Az egészségügyi és szociális rendszerek *kapacitáslehetőségeinek és hatékonyságának javítása*;
- Az egészségügyi ellátórendszer reformjának megvalósítása korszerű IT-fejlesztések megvalósításával, új alkalmazottak felvételével, a minőség és az adófizetők által nyújtott befizetések értékteremtő képességének javítása által;
- Az állami intézmények által, a köz nevében nyújtott nemzeti és nemzetközi *szolgáltatások korszerűsítése*;
- Az adminisztratív szervezetek teljesítőképességének és hatékonyságának növelése és a szervezet hírnevének megerősítése.

A *PCT-k* a nemzeti egészségügyi ellátás reformjáról és az egészségügyi szakmákról szóló 2002. évi törvény<sup>406</sup> által módosított 1999. évi egészségügyi törvény<sup>407</sup> 2. cikke által az NHS-be beillesztett 16A. cikk alapján létrehozott közintézmények. Összetételüket jogszabály rögzíti. Egyes tagjait a miniszter nevezi ki.<sup>408</sup> A *PCT-k* feladata a helyi szintű egészségügyi ellátás – beleértve az általános orvosi ellátás – megtervezése és biztosítása. Mindegyik régió egy *PCT* alá tartozik. Költségvetési évenként az egészségügyi miniszter az egyes *PCT*-knek meghatározott összeget utal át, amelynek célja a kórházi kezelések költségeinek és az általános kiadásoknak a fedezése.

#### **V.4.4.b. Csődbe jutott NHS trösztök<sup>409</sup> – Hír az interneten (2006 december)**

2006 végére, az átszervezés ellenére, vagy éppen annak mellékhatásaként egy tucat NHS kórházi tröszt került csődhelyzetbe. Anglia-szerte *103 kórházi alapnál 1,6 milliárd font felhalmozott veszteség alakult ki*, mely a 2001-től tartó túlköltekezésnek tudható be.

Több alap-értékeit próbálta korrigálni a helyzetet a személyzet leépítésével, kórtermek bezárásával és a betegek tartózkodási idejének csökkentésével, de létezik egy csoport alap, mely túljutott a kritikus ponton.

*A pénzügyi nehézségek a sajtó szerint az egészségügyi minisztérium és a pénzügyminisztérium 2001-es tévedésének voltak betudhatók*, amikor is az NHS alapokat a RAB finanszírozási rendszer keretébe helyezték (Resource Accounting and Budgeting). A RAB új alapot adott a közkiadások tervezésére, menedzselésére és ellenőrzésére. E szerint a közkiadásokat minden minisztériumban a következők alapján menedzselték: (a) a folyamatban levő műveletek becslésére szolgáló forrás költségvetés, (b) költségvetés az új befektetésekre, (c) az előző kettő fedezésére szükséges készpénz igény. *2007-re szeretnék a rendszert megváltoztatni*, hogy a RAB szabályozás ne legyen érvényes az NHS alapokra, és ezáltal ne kerüljenek pénzügyi nyomás alá<sup>410</sup>.



# VI.

## AZ NHS JELENE

### VI.1. A jelen: Az egészségügyi rendszer és a közigazgatás viszonya (2009)

Az NHS-hez tartozó szervezetek a (kórházi) ellátást jelenleg is ingyenesen és közvetlen anyagi haszonszerzési cél nélkül nyújtják az Egyesült Királyságban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező személyeknek. Az ellátásokat közvetlenül az állam finanszírozza, elsősorban az adóbevételekből, amelyeket a kormány az alapellátás szolgáltatói (Primary Care Trusts, azaz a PCT) között oszt szét, a hozzájuk tartozó területen élő lakosság szükségleteinek megfelelően. Tény, hogy ma sem létezik az NHS finanszírozását szolgáló – a fizetésből levont vagy munkáltatói – hozzájárulás<sup>411</sup>.

POLLOCK (2005) szerint viszont amikor eljön az ideje, hogy megírják a Munkáspárt 1997-es választási győzelmét követő idők történetét, az emberek hitetlenkedve azt fogják kérdezni, hogyan lehet, hogy a Labour maga szedte széjjel a nehezen kivívott jóléti állam számos vívmányát, és hogy eshetett meg, hogy mindez a saját, kormányzati pozícióban levő pártja különösebb ellenállása nélkül történhetett meg? Hogyan lehetett elhitetni oly sok emberrel, hogy az ellátások továbbra is mindenre kiterjedőek, általánosak, és a hozzáférésük egyenlő – amikor a változtatások ezzel homlokegyenest más irányba mutattak? – Ismét az alulfinanszírozottság játszotta a kulcsszerepet<sup>412</sup>.

Viszont a kedvezményezett ma sem köteles fizetni *semmilyen* saját hozzájárulást. Ehhez a szisztémához közvetlenül kapcsolódóan a biztosítandó orvosi ellátásokról nem léteznek nemzeti listák. A menedzser továbbra is a házi orvos maradt: a kórházi kezelésekre való hozzáférés főszabály szerint most is a GP-k döntésétől függ<sup>413</sup>.

### V.1.1. A Hatályos jogforrások (1983- & 2009-)

A jelenlegi brit egészségügyi rendszer legfőbb hatályos jogforrásai – keletkezési sorrendben – a következők:

- 1983. évi 20. számú *a mentális egészségről* szóló törvény (Mental Health Act, 1983, c.20)
- 1983. évi 54. számú *az orvosokról* szóló törvény (Medical Act, 1983, c.54)
- 1989. évi 44. számú *az optikusokról* szóló törvény (Opticians Act, 1989, c.44)
- 1999. évi 8. számú *az egészségről* szóló törvény (Health Act, 1999, c.8)
- 2000. évi 14. számú *az ellátási standardokról* szóló törvény (Care Standards Act, 2000, c.14)
- 2000. évi 36. számú *az információ szabadságáról* szóló törvény (Freedom of Information Act, 2000, c.36)
- 2002. évi 17. számú *az NHS reform és az egészségügyi szakmák* törvény (NHS Reform and Health Care Professions Act, 2002, c.17)
- 2003. évi 34. számú *egészségügyi és szociális gondoskodás az önkormányzatoknál* törvény (Health and Social Care, Community Care Standards Act, 2003, c.43)
- 2005. évi 4. számú *Alkotmányreform* törvény (The Constitutional Reform Act, 2005, c.4)
- 2006. évi 28. számú *egészségügyi* törvény (Health Act, 2006, c.28)
- 2006. évi 41. számú *NHS* törvény (The NHS Act, 2006, c.41)
- 2008. évi 14. számú *egészségügyi és szociális gondoskodás* törvény (Health and Social Care Act, 2008, c.14)

Ezek közül a jelen disszertáció az utolsó kettőt mutatja be: a 2006. évi 41. számú, az NHS-ről szóló törvényt, és a 2008. évi 14. számú, az egészségügyi és a szociális gondoskodásról szóló törvényt.

A két törvénymű rövid bemutatása során itt egyenes zárójelek között // jelzem a paragrafus számát, amelyben a hivatkozott rendelkezés található, valamint az intézmények angol elnevezését vagy annak rövidítését hagyományos zárójelek közt ( ) közlöm.

#### V.1.1.1. A hatályos NHS törvény<sup>414</sup> (2006-)

A nemzeti egészségügyi ellátásról szóló *2006. évi 41. sz. törvény (National Health Service Act 2006*, a továbbiakban: NHS Act) értelmében Angliában az egészségügyi államtitkár köteles gondoskodni egy átfogó, a fejlődést biztosítani tervezett egészségügyi ellátásról<sup>415</sup>. Ebbe egyaránt beleértendő

- a) Anglia népének fizikai és mentális egészsége

b) a megelőzés, a diagnosztika és a betegellátás.

A jogforrás hangsúlyosan Angliára vonatkozik (6.§), 14 részbe osztott 278 paragrafusból áll. A jogtestet római számozott huszonkettő darab „SCHEDULES”: végrehajtási rendelkezés illetve ütemterv tartalmú csatolt jogforrás követi, ezek mindegyike – esetleg a címben – jelzi, hogy a törvénykönyv melyik paragrafusához tartozik.

*Az Első Rész* „Az egészségügyi szolgálat elősegítése illetve ellátása Angliában” cím alatt rendezi az egészségügyi államtitkár jogköreit, általános és különös feladatait.

Itt található /9.§(1)/ az NHS kontraktus definíciója, amely szerint a jogszabályban az NHS kontraktus egy megállapodás, amelyben a két fél, egy egészségügyi szolgáltató szervezet (egy commissioner) egy másik egészségügyi szolgáltató szervezettel (a provider-rel) rendezi a céljaiknak megfelelő, és funkcióik ellátása során indokoltan igényelt javak vagy szolgáltatások biztosítását. Ugyanitt /9.§(4)/ meghatározásra kerülnek a kontraktusok alanyai, az egészségügyi szolgáltató szervezetek. A 16 alanyból 9 Anglián kívüli Egyesült Királyságbeli intézmény.

*A hét angol egészségügyi szolgáltató szervezet* (a jogforrás sorrendjében):

- a Stratégiai Egészségügyi Hatóság (Strategic Health Authority, SHA),
- a Primer Ellátások Alap (Primary Care Trusts),
- az NHS Alap (NHS Trust) *csak a harmadik,*
- a Speciális Egészségügyi Hatóság (Special Health Authorities, SHAs),
- a Helyi Egészségügyi Bizottság (Local Health Boards),
- az Egészségvédelmi Ügynökség (Health Protection Agency, HPA),
- az Ellátás-auditálási és –ellenőrzési Bizottság (Commission of Health Audit and Inspection, CHAI),
- az államtitkár (Secretary of State),
- a minisztérium (Department of Health, Social Services and Public Safety, DHSSPS)

*A Második Rész* hat fejezetből áll. Ezek az egyes egészségügyi testületeket (Health Service Bodies) ismertetik, amelyek – sorrendben –

- a Stratégiai Egészségügyi Hatóság (Strategic Health Authority, SHA),
- az Alapellátási Alapok (Primary Care Trusts),
- az NHS Alapok (NHS Trusts),
- a Speciális Egészségügyi Hatóságok (Special Health Authorities, SHAs),
- az NHS Alapítványi Alapok (NHS Foundation Trusts),

*A hatodik fejezet* vegyes rendelkezéseket tartalmaz, melyek közül felhívom a figyelmet az általánosan használt kontraktustól megkülönböztetett NHS szervezetek közötti kooperáció szabályaira (72.§).

*A Harmadik Rész* kilenc paragrafusa /74-82.§§/a helyi hatóságok és az NHS viszonyrendszerét állapítja meg.

*A Negyedik Rész* az orvosi ellátásokról (Medical Services) szól.

*A Ötödik és a Hatodik Rész* a fogászati és a szemészeti ellátások szabályait fekteti le.

*A Hetedik Rész* a gyógyszerészeti és – külön – a helyi gyógyszerészeti tevékenység törvény alapjait rendezi 7 fejezetben /126-168.§§/. A helyi gyógyszerészeti tevékenység táblázati előírásai a XII. mellékletben találhatóak. Először megállapításra kerülnek a gyógyszerészi alap- és kiegészítő tevékenység biztosítására szóló szerződések alapelemei. A különböző súlyosságú szerződésszegések különböző repressziók használatát alapozzák meg. Ezek az eltiltás, az azonnali vagy fellebbezési felfüggesztés, az országos eltiltás, a listáról törlés. Az utolsó fejezet rendelkezik a gyógyszerészeti tevékenységet ellátók díjazásáról.

*A Nyolcadik Rész* a Family Health Services Appeal Authority-ról szól.

*A Kilencedik Rész* az ellátások ellentételezésének rendszereit veszi számba.

*A Tizedik Rész* tárgya az NHS megvédése a „társadalombiztosítási” csalástól és egyéb jogtalan cselekményektől.

A tizennégy részből az utolsó kettő – hátulról – *a Tizennegyedik Rész pót- illetve kiegészítő rendelkezések*, illetve *a Tizenharmadik Rész, a vegyes témakörök*. Megjegyzem, itt, ezek között találhatók /258.§/ az egyetemi klinikai oktatás-kutatás rendelkezései.

*A kontinentális szemlélőnek nyilván*

- a kedvezményezettek körének definiálása, valamint
- a meghatározott jogosultsági listák körülírása

*hiányzik a kodifikációból.*

#### **VI.1.1.2. A hatályos szociális és az egészségügyi ellátásról szóló törvény<sup>416</sup> (2009-)**

A szociális és az egészségügyi ellátásról szóló *2008. évi 14. sz. törvény (Social and Health Care Act 2008*, a továbbiakban: Care Act), melyet 2009 január 1 napjával tettek közzé és 2009. április 1 napjától lépett hatályba, 6 részbe osztja 173 paragrafus rendelkezését.

A jogforrás nem csak Angliára vonatkozik, hanem tartalmaz Wales-re és Észak-Írországra is rendelkezéseket. A végén módosítja a Medical Act 1983-at és az Opticians Act 1989-et, valamint egységes szerkezetben adja a Health Act 1999 3. kiegészítését. A jogtestet római számozott *tizenöt* darab „SCHEDULES”: végrehajtási rendelkezés illetve ütemterv tartalmú csatolt jogforrás követi, ezek mindegyike – esetleg a címben – jelzi, hogy a törvénykönyv melyik paragrafusához tartozik.

## VI.1.A. Az NHS irányítása jelenleg Angliában (2007–)<sup>417</sup>

Az NHS létrehozásakor 437 millió fonttal (mai árakon durván 9 milliárd fonttal) gazdálkodhatott. A 2007/2008-as költségvetési évben tízszer ennyivel, több mint 90 milliárd fonttal finanszírozhatja működését.

Ez egy átlagos növekedési mértéknek felel meg a kiadásokban az eltelt hatvan év alatt, amennyiben 3 százalékos éves inflációval számolunk. Ugyanakkor az utóbbi években a beruházások értéke megduplázódott a jelentős korszerűsítési programok hatására. Az NHS az adózást követően közvetlenül kapja a részét a Királyság költségvetéséből<sup>418</sup>. A finanszírozás alapokból történik.

Itt visszautalok a **XII.A és XII.B ábrán** jelzett forrásokra.

Az összefoglaló adatok szerint az NHS a *költségvetésének mintegy 60%-át költötte 2007-ben az alkalmazottakra*, további 20%-át gyógyszerekre és egyéb közvetlen kiadásokra, míg a fennmaradó 20% oszlik meg egyrészt az épületekre, a berendezésekre és az oktatásra, másrészt az egészségügyi felszerelésekre, az étel- és ital ellátásra és a takarításra. Más – területi hozzáférési - megközelítésből teljes a *költségvetés közel 80%-át a helyi intézmények osztják szét* az adott terület kiemelt egészségügyi prioritásait figyelembe véve.

A 2007/2008-as költségvetési évben ennek következtében egészségügyi szolgáltatásokra durván 1500 font jutott minden férfit, nőre és gyerekre az Egyesült Királyságban.

A közigazgatást a formalizmus megköti. A bürokrácia lehetetlenné teszi számára, hogy szabadon, előzetes határozatoktól függetlenül végezzen a szükséghez képest gazdasági tevékenységet. Szükség volt tehát arra, hogy a közigazgatás a bürokratikus formától függetlenül a kereskedelmi szokásoknak megfelelően főképpen gazdasági alapokra helyezze munkáját és ilyen módon változtassa meg a közigazgatási inszenyhitő tevékenységgel elrontott közfelfogást. Kellott tehát egy szerv, mely a közigazgatás társadalomépítő feladatát átvegye úgy, hogy mentesüljön annak béklyóitól<sup>419</sup>.

## VI.2. A jelen szervezete: Az új NHS szervezeti felépítése (2009)

Az NHS működése során napjainkban két fő tevékenységet lát el: a brit terminológia szerint elkülönített ún. *elsődleges és másodlagos egészségügyi ellátásokat*.

A *primer ellátásokat* (Primary Care) tartják az egészségügyi szolgáltatások tűzvonalaának. Ez az első pont, ahol a legtöbb ember találkozik a szolgálattal, és olyan független szerződéses partnerek – gyakran csoportosan ellátott praxisok – széles köre nyújtja ezeket a szolgáltatásokat, mint az általános orvosok, fogorvosok, patikusok, optikusok.

A *szekunder ellátások* (Secondary Care) valójában a hazai terminológia szerinti akut ellátások, és ide tartoznak a szabadon választható ellátások és a sürgősségi ellátások is.

A szabadon választható ellátásokat azok a szakspecialisták és sebészek végzik, akik az elsődleges ellátásban tevékenykedő, vagy a közösségi egészségügy orvosai, mint például a GP-k által szervezett betegút vagy beutaló alapján a páciensek felkeresnek.

Az elsődleges ellátásokat azok az *Elsődleges Ellátások Szakcsoportjai* felügyelik, amelyek meghatározó szerepet játszanak a másodlagos ellátók tevékenységének megszervezésében is. Az Elsődleges Ellátások Szakcsoportjai állnak ma is az NHS tevékenységének a középpontjában, és ellenőrzik az NHS költségvetésének 80%-át. Mivel helyi szervezetekként működnek, ezek a szervezetek a legjobban pozicionáltak a helyi közösségek igényeinek megértésében és közvetítésében, és alapvető feladatuk, hogy az egészségügyi és szociális ellátásokat nyújtó szervezetek eredményesen és hatékonyan működjenek.

Ezenkívül létezik még *290 NHS Kórházi Szakcsoport*, amelyik 1600 NHS-kórházat és egészségügyi centrumot felügyel.

*Az Alapítványi Szakcsoportok* egy új típusa az NHS-kórházaknak, amelyekből jelenleg már 67 található mindenfelé az Egyesült Királyságban.

*Az NHS Betegszállító Szakcsoportok* működtetik a sürgősségi mentőket.

*Az NHS Mentális Egészségügyi Szakcsoportok* végzik a mentális egészségügyi szolgáltatásokat Angliában, az Elsődleges Ellátások Szakcsoportja felügyeletével.

Számos más intézmény is működik még az NHS kebelében, segítve annak működését, ideértve olyanokat is, mint például a méltán világhírű *Egészségügyi és Klinikai Kiválóságok Nemzeti Intézetét*.

## **VI.2.a. Az NHS belső felépítése jelenleg (2007–)**<sup>420</sup>

A brit egészségügy irányításában és az egészségügyi szolgáltatások koordinálásában az újabb átszervezések ellenére – a hazai kutatók értékelése szerint – ma is központi szerepet tölt be az NHS.

A jelenbeli hierarchikus felépítésében három irányítási szint különböztethető meg<sup>421</sup>.

- Az egészségügyi ellátásért felelős *központi irányító szerv* az Egészségügyi Minisztérium. Az angolszász definíció a személyes –politikai – felelősséget az egészségügyi államtitkára telepíti.
- A második szint a *regionális szint*, amely *az ellátórendszer tervezésében* játszik kulcsfontosságú szerepet.
- A harmadik szintet a lakosság ellátásáért közvetlenül felelős 90 körzeti egészségügyi hatóság (DHAs) alkotja.

## VI.3. A jelen irányítása: Az Egészségügyi Minisztérium szervezete (2004–)

A **XV.A és XV.B. ábra** tartalma lényegében megegyezik TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) nem-ábrás táblázatával, tehát a 2004-es tervezethez képest jelentős irány-változtatás a szerkezeti átalakítás menetében nem történt, bár mind a kettőnek utaló forrása minisztérium 2004-es végrehajtási terve<sup>422</sup>.

Egészségügyi Minisztérium (Department of Health, DoH) <http://www.dh.gov.uk>

Az Egészségügyi Minisztérium az Egyesült Királyság kormányának részét képezi, de – mint azt a bevezetőben is kihangsúlyoztuk – csak Anglia vonatkozásában van irányítási hatásköre. A többi országrész egészségügyét decentralizált kormányzati szervek irányítják. A Minisztérium fő célja a lakosság egészségének és jólétének javítása.

Feladatai közé tartozik az *országos standardok kidolgozása*, az NHS és a szociális szolgáltatások irányvonalának meghatározása, az egészséges életmód támogatása. Az egészségügyi és szociális szolgáltatásokat

- az NHS-en,
- a helyhatóságokon,
- az egyéb állami intézményeken, és
- az egyéb magánszervezeteken

keresztül nyújtja.

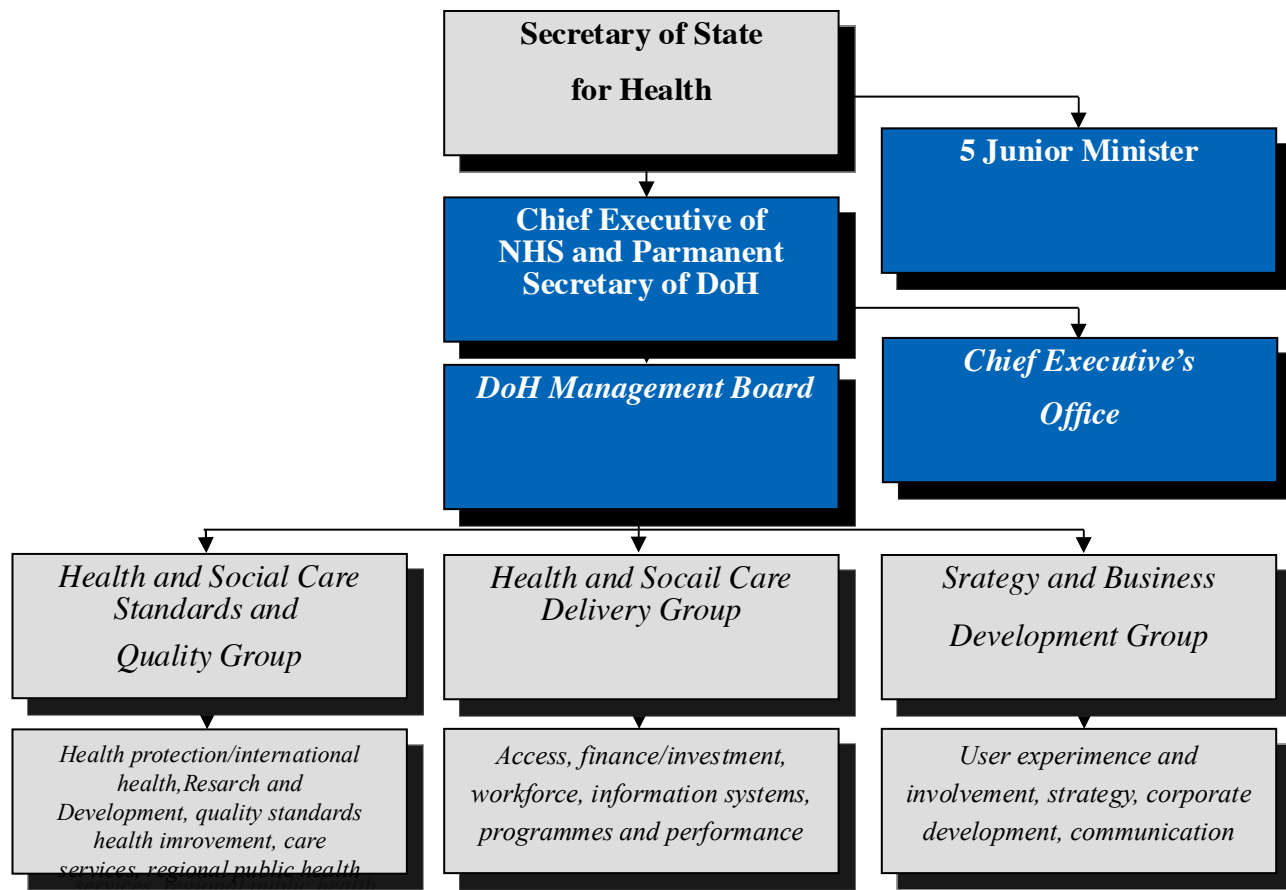
Az egészségügyi minisztérium felelősséggel tartozik a kormányzat és a lakosság felé az NHS teljesítményéért, a szociális szolgáltatásokért – s magának a Minisztériumnak a munkájáért.

A Minisztérium célkitűzéseiből:

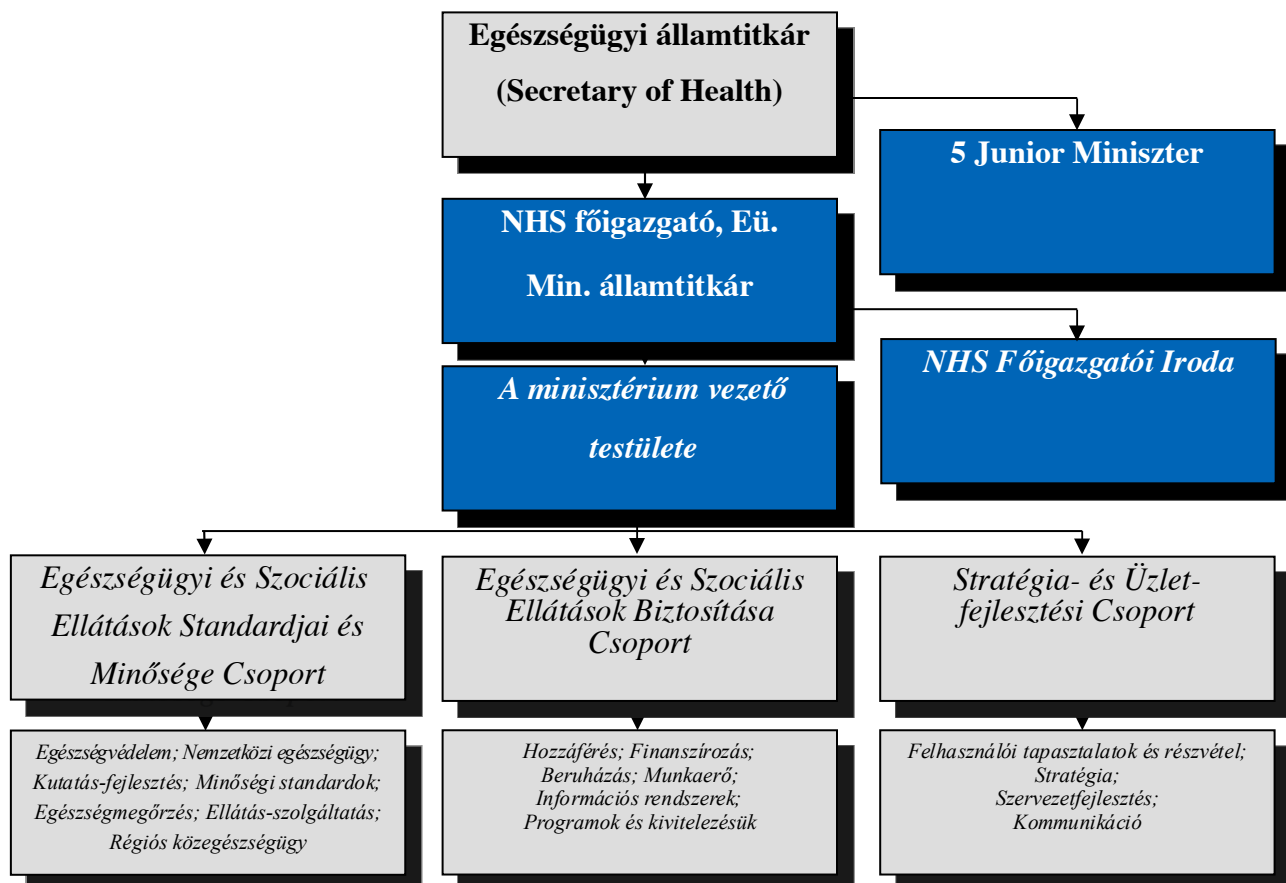
- A lakosság egészségének javítása és védelme, különös tekintettel a legszegényebbek és a krónikus betegek igényeire.
  - A betegek és a felhasználók számára nyújtott szolgáltatások minőségének és biztonságának javítása.
  - Az egészségügyi és szociális ellátórendszer kapacitásának, képességének és hatékonyságának előmozdítása.
- A hozzáértés és a hatékonyság fejlesztése, és egy olyan szervezet hírnevének kialakítása, amellyel jó üzleti kapcsolatban állni és ahol jó dolgozni.

### VI.3.a. Az Egészségügyi Minisztérium jelenlegi struktúrája (2009)<sup>423</sup>

Az egészségügyi minisztérium szerkezetátalakításának végrehajtási keret- illetve ütemterve *három típusba sorolva* tárgyalja a minisztérium (segéd-)szerveit<sup>424</sup>.



**Fig. XV.A.** The Structure of the Ministry of Health in England (2009)



**XV.B. ábra** Az Egészségügyi Minisztérium jelenlegi struktúrája (2009)



- A közigazgatási adminisztráció irodái,
- Az egyes speciális egészségügyi hatóságok,
- Nembesorolt végrehajtó köztestületek.

A nembesoroltság a minisztérium osztályszerkezetébe besorolás mellőzését jelenti, azaz egyesesen vagy a miniszter, vagy az államtitkár alá besorolt, vagy a különböző helyi önkormányzatokkal együttműködő önálló szervekről van szó.

Az alábbiakban a felsoroló ismertetés mellett zárójelben megjegyzem az angol abbreviációt a visszakeresés megkönnyítésére, illetve *dőlt betűkkel szedve* az alapítás dátumát, kiemelve ezzel, hogy mennyire friss intézményrendszerrel van szó.

### **VI.3.1. A közigazgatási irodák**

A közigazgatási irodák:

- az NHS készletezésével és beszerzéseivel (PASA – 2000. *április*),
- a gyógyító és ápolási termékek szabályozásával (MHRA – 2003. *április*), és
- a kiemelt „nemzeti IT program”-mal (NPfIT – 2005. *április*)

foglalkozó főosztályok.

A struktúraváltáshoz kötődően ezen fő egységek szervezése is jelentős változáson esett keresztül. Vegyük például a készletezés és beszerzést, és az NPfIT irodáját.

#### **VI.3.1.1. A Beszerzési és Ellátási Ügynökség (PASA, 2000–)**

A 2000 áprilisában 318 fővel alapított NHS Purchasing and Supply Agency – a továbbiakban az Ügynökség – működési költsége a 2003/4-es gazdasági évben 20,8 M£-ra rúgott<sup>425</sup>. Az Ügynökség a készletezési és beszerzési koordinációs és tanácsadó feladatai között az anyagi eszközök és szolgáltatások beszerzéseinek szerződéseit vizsgálja az NHS részéről, illetve az egyedi NHS intézményeket beszerzési tanácsokkal látja el<sup>426</sup> (pl.: Különleges igények felmerülése esetén hogyan választható ki a legjobb ajánlat). Munkáját az NHS beszállítók különleges elektronikus adatbázisa segíti. Az Ügynökség ezen felül (köz-) beszerzési továbbképzéseket és tréningeket tart az NHS beszerzőinek, 2003-ban már több, mint 2000 fő részére<sup>427</sup>.

Az Ügynökség központi szerepet tölt be az NHS-nél felhasznált anyagok gondos megválogatásában és minőségük biztosításában. Működésétől 2007/8-ra – a célkitűzés szerint – évi 280 M£ megtakarítást várnak<sup>428</sup>.

### **VI.3.1.2. Egy célzott projekt: Az Információtechnológiai Nemzeti Program (NPfIT, 2005-)**

A National Programme for Information Technology egy az információs társadalomra átállást megcélzó kormányzati megaprojekt részeként 2005 áprilisában indult, s határozott időtartamra, három vagy öt évre tűzött ki feladatokat a közigazgatásnak. A feladata a kompatibilis és integrált egészségügyi informatikai infrastruktúra létrehozása és üzembe helyezése az NHS részére. A rendszer a kormányzat „válaszd ki és foglald”<sup>429</sup> részprogramját képezi. Tervezett lépései:

- Integrált kezelés rögzítő rendszer létrehozása
- Elektronikus receptírás
- Elektronikus időpontfoglalás
- Az internetes infrastruktúra megerősítése (A New National Network megaprojekt keretén belül)
- Leletarchiváló és kommunikációs rendszer
- Minőségmenedzsment és -elemző rendszer
- NHS mail-kapcsolat,

A program 2004-re meghaladta a 62Mrd kontakt igénybevételt, és masszív 1,2 Mrd darabos kontaktszám növekedést produkált 2005/6-ban is. 2008-ra a programkiadásai elérték az NHS teljes kiadásainak négy százalékát.

A Kable Ltd. 2003-as jóslata, amire lábjegyzetben már utaltam, és az egészségügyi informatika terén 10 milliárd £-os piacot jelzett a 2004 és 2008 közötti ötéves időszakra<sup>430</sup>, tökéletesnek bizonyult.

### **VI.3.2. A speciális egészségügyi hatóságok**

*Az egyes speciális egészségügyi hatóságok funkciója sokrétű, elnevezésük tarka, ismertetésük alább – a teljesség igénye nélkül:*

- Az NHS Oktatási és Innovációs Intézete (NHS ILSI – 2005. július)
- Az Üzleti Szolgáltatások Hatósága (BSA – 2005. október)
- Az NHS Perképviselete (NHS LA – 1995. november)
- Az Egészségügyi és Szociális Ellátások Információs Központja (HSCIC – 2005. április)
- A Betegbiztonsági Nemzeti Ügynökség (NPSA – 2001. július)
- A Nemzeti Egészség- és Klinikai Minőségi Intézet (NICE – 2005. április)
- Az NHS Vérellátás és Transzplantáció (NHS BT – 2005. október)

Kiemelném ezek közül az NHS egységesített peres képviseletét és a nemzeti IT programmal szorosan együttműködő Egészségügyi és Szociális Ellátások Információs Központ valamint a Betegbiztonsági Nemzeti Ügynökség jelentőségét.

#### **VI.3.2.1. Az NHS önálló perképviselete (NHSLA, 1995–)**

Nem lehet eltúlozni az NHS Litigation Authority, az *egységes, és központosított perképviselet* megteremtésének jelentőségét a kazuális gondolkozású brit igazságszolgáltatásban. Fontos a joggyakorlat egységesítő hatása és a tudásközpont szerepe. A központi peres iroda statisztikájában elkülöníti klinikai peres ügyeket, a nem klinikai orvospereket és az egyéb pereket. A perképviselet 2003/4-re 182 főt foglalkoztatott, és fenntartási költsége 11,2 M£ volt. Ugyanebben évben 6.251 klinikai peres ügyet, és 3.819 nem klinikai orvosperet látott el<sup>431</sup>. Ezekben az orvosperes ügyekben az NHS végül is 423 M£-ot fizetett ki, szemben az irányadó időszakra becsült 7.78 Mrd£-os (!) felperesi követelések összegével<sup>432</sup>.

Az orvosperek alanyai viszont lassan nem a biztonságot, technikai, személyzeti feltételeket előíró és azt ellenőrző állami vagy központi szervek lesznek, hanem az ellátók és az ellátást biztosítók, ezért a perek számának jelentős csökkenésére lehet középtávon számítani. A perképviselet peres iroda megalapítása előtti és utáni hatékonyságára sem találtam összehasonlító adatokat.

#### **VI.3.2.2. Az Egészségügyi és Szociális Ellátások Információs Központja (HSCIC, 2005-)**

Az Egészségügyi és Szociális Ellátások Információs Központ azaz a Health and Social Care Information Centre (HSCIC) érdekes összevonás eredménye. Jogelődjei és személyzeti feltöltői az NHS statisztikai részlege (NHSIA) és a minisztérium információs hatósága voltak.

Az NHSIA óriási, az NHS szervezetektől beérkezett statisztikai adatbázissal rendelkezett. Ezt az HSCIC vette át, és vezeti tovább az NHS és az alapítvány egyéb alapok adataival, ami jelentős felelősséget jelent, és rendszeresen felveti a független piaci szereplőkről és tevékenységükről való rendszeres és központi adatfelvétel változatos aggályait.

#### **VI.3.2.3. A Nemzeti Betegbiztonsági Ügynökség (NPSA - 2001- ill. 2003-)**

Felismerve a kedvezőtlen eredményű kezelési esetek jelentőségét, azok „emberi és pénzügyi költségeit” 2000-ben hozta nyilvánosságra a DoH indítványozó vitairatát. Ebben „Egy emlékező szervezet<sup>433</sup>”-ként vizionálta a jövő NHS-ét, amely minden hibára emlékezik, és megpróbálja a következő alkalommal a megismétlődést kikerülni. Így alakult meg 2001-ben az ügynökség mint speciális egészségügyi hatóság, mely 2003-ban egész Anglia és Wales

területén kezdett el dolgozni, részben magához ragadva a korábbi National Clinical Assessment Service feladatait és jogköreit.

A 'National Patient Safety Agency' azaz Betegbiztonsági Nemzeti Ügynökség célja, hogy az orvosi műhibák felderítésével, közzétételével és a rizikófaktorok megismertetésével redukálja a betegek kockázatát az ellátás folyamán<sup>434</sup>.

Az NPSA nem vizsgálja ki az eseteket, csak az azokból leszűrt tanulságokat teszi közzé, szigorú adatvédelem mellett, azaz a személyi adatok azonosítására alkalmatlan módon.

*Munkáját tizenhét – részben maga az Ügynökség, részben a királyi szakmai kollégiumok válogatta – külső szakmai tanácsadó támogatja.*

### **VI.3.3. A be-nem-sorolt végrehajtó köztestületek**

*A minisztériumi hierarchia besorolást nem nyert végrehajtó köztestületek sem kevésbé vegyesek és színesek, szintén példálózó ismertetéssel ide tartozik a*

- 'Monitor', az NHS alapok független szabályozója (Monitor – 2004 április),
- Az Egészségügyi Audit és Vizsgáló Bizottság (CHAI 1999, később HCC 2004. április, ma HQC– 2008. április),
- Az Egészségügyi Szakmák Szabályozásának Tanácsa (CRHP – 2003),
- Az Egészséges Életmód Ügynökség (HPA – 2003. április),
- Az NHS Várólista Bizottság (NHS AC – 2001. április, átszerveve 2006. április),
- A Termékenység és Humán Szövet Ügyek Szabályozó Hatósága (RAFT – 2008. április),
- Posztgraduális Orvos-oktatási és -Továbbképzési Központ (PMETB – 2005. szeptember).

A besorolást nem nyert végrehajtó köztestületek közül témánk, az NHS szerepének változása szempontjából kiemelkedő jelentőséggel bír a Monitor illetve a különböző ellátásminőség ellenőrző bizottságok a CHAI-tól a HCC-on keresztül a HQC-ig.

#### **VI.3.3.1. Az egészségbiztosítási felügyelet, a 'Monitor'<sup>435</sup> (2004–)**

Az egészségbiztosítási felügyeletet a 2003-as egészségügyi és szociális ellátási törvény az önkormányzati egészségügyről és szabványairól /Health and Social Care Act (Community Health and Standards)/ hívta életre, s mint intézményt 2004-re alapították meg. Fő szerepe az NHS alapok részére a működési engedély kiadása, azt követően pedig az engedélynek megfelelő működés folyamatos obszervációja.

Mivel törvény hozta létre, ez a 28 fős, a 2003/4-es évben 2,8 M£-ból – 2006-ra mind a két adat megduplázódott – gazdálkodó<sup>436</sup> testületi igazgatási szerv nincs, sem a miniszternek sem az államtitkárnak alárendelve, hanem *az egészségügyi államtitkáron keresztül a Parlamentnek* tartozik felelőséggel.

A Monitor *rendeletalkotási jogkörrel* bír a saját hatáskörében. Függetlenségéhez tartozik, hogy előbbi jogkörén belül maga állapítja meg eljárási rendjét is. Tagjait az államtitkár nevezi ki, és a Parlamentnek tett jelenéseit is az államtitkáron keresztül nyújtja be. Szintén az egészségügyi államtitkáron keresztül terjeszti elő éves jelentését a Parlamentnek, melyben beszámol arról, hogy hogyan gyakorolta hatalmát és funkcióit, azaz hogyan érvényesítette jogait és kötelezettségeit a tárgyévben.

Jelenbeli minisztériumi be-nem-sorolása leginkább a minisztériumból kifelé mutat: *de lege ferenda* megállapítható, hogy várhatóan *kormányzati szerv lesz*, az államtitkár szerepeinek kiiktatásával *közvetlenül a Parlament alá rendelve*.

TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) találóan jegyzi meg, hogy az a feladata, hogy kiadja az NHS alapoknak a jól teljesítő minőségű azaz ‚high performing‘ működési engedélyeket – és aztán megpróbálja az alapok tevékenységét az engedély keretein belül tartani.<sup>437</sup> Valamennyi *foundation trust* (FT) a Monitor által megállapított általános és különös, mindre vonatkozó feltételek között köteles tevékenykedni, melyek összefoglalása a ‚Terms of Authorisation‘.

Nyilvánvaló, hogy az FT találkozik közvetlenül az egészségügyi igényekkel, melyek feltérképezése egyik eleme az *authorizációs beadványnak*, az ellátásszervezésre pályázóak ezt is el kell fogadtatnia a Monitorral.

Szintén *regulálja a Monitor a tőkegazdálkodást*, a ‚prudential borrowing limit‘ meghatározásával kiadva a gondos tőkegazdálkodás alapszámait, amely behatárolja, hogy a *foundation trust* mennyi kölcsönt vehet fel, akár az üzleti bankszférából, akár a Kincstártól.

Jórészt a ‚monitorozottak‘ bevallásán alapuló adatszolgáltatásból meghatározza a Monitor az FT-k rizikószintjét, amely jelzi, hogy az adott FT milyen arányban sérti meg a Monitor előírásait. Az érték három részelemből tevődik össze: a gazdasági menedzsment éves terve és annak megvalósulási aránya, a nemzeti standardoknak meg nem felelő teljesítmények, és a kötelezően előírt intézkedések száma és megvalósulási arányuk. Ez a komplex mérőszám mintegy *komplementere a HCC (illetve a HQC) minőség-besorolási mérőszámainak*. Az elért és közzé is tett *eredmény nem mindegy*:

- ugyanis az elért eredménytől függ, hogy a következő évben az FT-nek milyen gyakorisággal kell engedélyeztetni és értékelteni a tevékenységét a Monitorral – a legrosszabb esetben ez: egyenesen *havonta*.
- *Ezen túl a monitor figyelmeztető felhívással* élhet a menedzsment felé, illetve
- csődöt rendelhet el, vagy
- felmentheti a kifogásolt működésű FT menedzsmentjének központi vagy annak alárendelt részjogú szintjét.
- Extrém esetben megszüntetheti az FT működését, és feladatait másik NHS intézményhez helyezheti át.

### **VI.3.3.2. Az Ellátásminőség-biztosítási Bizottság (HQC, 2009–)**

Az ezredforduló paradigmaváltásának és egyben lázas útkeresésének tipikus lenyomatait az egymást követő különböző ellátásminőség ellenőrző bizottságok a CHAI-tól a HCC-on keresztül a 'Healthcare Quality Council' azaz HQC-ig, ez ellátások színvonalát ellenőrző független szervezetig. A folyamatra később utalok (v.ö.: VII.5.3.a. A jelen szervezet – minőség-monitoring [2009]).

## **VI.4. Az Egészségügyi Minisztérium kiegészítő szervei**

Mint *népegészségügyi* funkciók, az Egészségügyi Minisztérium szervezetéhez tartoznak:

- a tiszti főorvos,
- a tiszti főnővér,
- a Nemzeti *Gyermekegészségügyi Szolgáltatási Keret* és
- a Népegészségügyi szolgálat.

### **VI.4.1. A tisztifőorvos (CMO, 1847–)**

A tisztifőorvos, a 'The Chief Medical Officer' az Egyesült Királyság kormányának és Egészségügyi Minisztériumának fő orvosi tanácsadója, és Anglia orvosi személyzetének szakmai vezetője. A tisztifőorvos nem politikai kinevezés, így személye nem változik a kormánnyal – kinevezése nyílt versenypályázat alapján történik.

A tisztifőorvos feladataiból:

- A lakosság egészségének védelmét szolgáló irányelvek készítése és programok megvalósítása
- A lakosság egészségének fejlesztését és az egyenlőtlenségek csökkentését célzó tevékenység előmozdítása
- Az egészség vagy az egészségügy bizonyos területein fennálló politikaalkotás.

### **VI.4.2. A tisztifőnővér (CNO, 2004–)**

A tisztifőnővér, a 'Chief Nursing Officer' a kormány legfőbb ápolói tanácsadója, aki támogatást nyújt az Egészségügyi Minisztérium szakmapolitikai célkitűzéseinek kidolgozásában, megvalósításában és értékelésében.

Feladata a kormány ápolási stratégiájának megvalósítása, és a csaknem 600 ezer nővér, szülésznő, védőnő és más egészségügyi szakdolgozó irányítása. A CNO szorosan együttműködik a törvényhozó testületekkel, szakmai szervezetekkel, NHS vezetőkkel, valamint az önkéntes és független szektorokkal. Biztosítja, hogy az Egyesült Királyság hatásosan hozzájárul az ápolási és egészségügyi politikához a nemzetközi szinten is.

A 'nursing' azaz az ápolás értelmezési köre alapvető változásokon megy keresztül napjainkban. Eredetileg a nurse nővért, fehér egyenköpenyes kórházi nődolgozót jelentett. DENTON és NAISH ezt az elképzelést a szappanoperák szereplőinek valóságához hasonlítja. Valójában a Royal College of Nursing tagságának fele dolgozik csak NHS kórházakban, 15%-a kórházakon kívüli gondozást nyújt, 7%-a elmeorvosásban működik közre, és egynegyedét a magánszektor foglalkoztatja idősök ápolási otthonaiban vagy magánkórházakban.<sup>438</sup>

Az ápolószemélyzet problémái főbb vonalaiban három kérdéscsoport köré szerveződnek<sup>439</sup>:

- A munkaerő-toborzás és az elvándorlás (szakmában tartás)
- Általános nővérhány és különös nővérhány egyes szakmákban, illetve az Egyesült Királyság egyes területein
- Kiöregedő nővérek, és kevesebb belépő, mint nyugdíjba menő.

Ezen kívül a nővérek szakmaelhagyását segíti elő, hogy a változó átszerveződő körülmények között fokozódó teher hárul rájuk, és a költséghatékonyság figyelembevétele mellett érzik, hogy nem mindig tudják az elvárt színvonalat nyújtani a betegeknek<sup>440</sup>.

Az ápolás jövőjét DENTON és NAISH három irányú továbbfejlődésben határozta meg. Ezek az alábbiak:

- Az ápolási szakmák családjának összehangolása (segédápolók, önkéntesek stb.)
- Betegközpontú ápolás biztosítása
- A gyógyítási folyamattal integrált ápolás megvalósítása<sup>441</sup>

### **VI.4.3. A Nemzeti Gyermek egészségügyi Szolgáltatási Keret (CNSF, 2005-)**

A Nemzeti Gyermek egészségügyi Szolgáltatási Keret (Children's National Service Framework) tíz évre szóló programját 2004 szeptemberében publikálták, a gyermek egészségügy hosszú távú és fenntartható fejlesztése előmozdításának szándékával. Célja, hogy igazságos, jó minőségű és integrált egészségügyi és szociális ellátást biztosítson a terhességtől egészen a felnőtté válásig. A Gyermek egészségügyi Szolgáltatási Keret az ellátásról alkotott gondolkodásmódot kívánja megváltoztatni. Kulturális változást kíván megvalósítani, mely olyan szolgáltatásokat eredményez, amelyek a gyermekek és a családok igényeit igyekeznek kielégíteni, és nem a szervezetekét.

#### **VI.4.4. A Közegészségügyi Csoportok (PHGs, 2007-)**

A Public Health Groups avagy a Közegészségügyi Csoportok az Egészségügyi Minisztérium részét képezik, és a kilenc regionális kormányhivatalban működnek. A Közegészségügyi Csoportok a különböző minisztériumokkal, az NHS-szel, önkormányzatokkal, egyetemekkel és civil szervezetekkel működnek együtt a régióban élő emberek egészségének javításáért, és az ellátásbeli egyenlőtlenségek csökkentéséért.

Válogatás a PHG-k regionális felosztásából, a jellemző problémákkal:

- North West Public Health Group - Észak-nyugat Anglia többnyire urbanizált régió és London után a legsűrűbben lakott. Más régiókhoz képest az emberek egészsége rosszabb.
- East of England Public Health Group - Kelet-Anglia többnyire vidéki régió, bár sok városi terület is található. Lakossága változatos, a növekedés és az elöregedés jellemzi. A lakosság növekedése a belső vándorlásnak tudható be.
- South East Public Health Group - A dél-keleti régió egy prosperáló országrész, ahol a legegészségesebb a lakosság, bár vannak szegényebb részei is, ahol a betegség táptalajt talál.
- South West Public Health Group - A dél-nyugati régióban található az ország legszegényebb közösségei, így az egészségben fennálló egyenlőtlenségek mérséklése fontos célkitűzés.
- London Public Health Group - London a világon egyedülálló elegyét képezi a gazdagság és a szegénység, az egészség és betegség szélsőségeinek.

#### **VI.5. A vegyes közegészségügyi feladatok**

Válogatás a közegészségügy járványügyi, egészségfejlesztési és igazgatási rész-szakterületeinek felelős szervei közül:

- Környezet- és település egészségügy (Health Protection Agency)
- Munkaegészségügy (Health and Safety Executive)
- Élelmezés- és táplálkozás-egészségügy (Food Standards Agency)
- Egészségfejlesztés (Public Health Groups)

##### **VI.5.1. Az Egészségvédelmi Intézet (HPA, 2004–)**

Az Egészségvédelmi Intézet azaz The Health Protection Agency (<http://www.hpa.org.uk>) a lakosság egészségét és jólétét védő független szervezet, amelyet az azonos nevű törvény értelmében hoztak létre 2004-ben (Health Protection Agency Act). Támogatással és



tanáccsal látja el az NHS-t, az egészségügyi hatóságokat, a sürgősségi szolgáltatókat és más hivatalokat. Kritikus szerepet játszik a fertőző betegségek elleni védekezésben, és veszély esetén a károk megelőzésében (vegyszerek, mérgek, sugárzás, környezeti ártalmak). A HPA a kereskedelmi szektor számára, vagy azzal együttműködésben is végez tevékenységet. Az ilyen partnerség célja annak biztosítása, hogy a közvagyon (főképpen az intellektuális tulajdont) gyakorlati megoldások fejlesztésére használják, és hogy bevételeket termeljenek a további befektetésekhöz.

#### **VI.5.1.1. Az Egészségvédelmi Intézet főbb részlegei és funkciói:**

- A Fertőző Betegségek Központja
- Epidemiológia és felügyelet
- Járványok esetén történő válaszadás, koordináció és támogatás
- Szakértői tanácsadás
- A Sürgősségi Készültség és Reagálás Központ

A Sürgősségi Készültség és Reagálás Központ fontos szerepet játszik a potenciális egészségügyi vészhelyzetekre való válaszok előkészületeiben és koordinálásában. Emellett kutatásokat végez a fertőző betegségek megértése céljából, és számos egészségügyi terméket gyárt, köztük oltóanyagokat és gyógyászati eszközöket. Szakértői tanácsadással és tesztelő kapacitással is szolgál az ipar több területe számára.

#### **VI.5.1.2. Az Egészségvédelmi Intézet szervezete**

A HPA kb. 3000 alkalmazottat foglalkoztató kiterjedt hálózattal áll, három fő központtal (Colindale, Porton, Chilton), több helyi és regionális irodával, és egy központi irodával Londonban. A HPA-t egy 13 tagú testület irányítja (élén az elnökkel), melynek tagjai felelősek azért, hogy a hivatal teljesítse célkitűzéseit, és tartsa be a közalapok igénybevételének követelményeit. A testület határozza meg a hivatal szélesebb körű feladatait és általános stratégiai irányvonalát, az Egészségügyi Minisztérium által megadott kereten belül. Az Intézetnek három országos központja van, de regionális és helyi szinten is vannak csoportok, melyek szolgáltatást nyújtanak.

#### **VI.5.2. Az Élelmezési Szabvány Hivatal (FSA, 2000–)**

Az FSA, azaz Food Standards Agency (Élelmezési Szabvány Hivatal, <http://www.food.gov.uk>) független kormányzati hivatal, melyet 2000-ben hozott létre az élelmiszerszabványokról szóló Food Standards Act 1999. Feladata a lakosság egészségének és a fogyasztóknak az élelmezéssel kapcsolatos érdekvédelme. A Hivatal tanácsadással él a kormányzat, és információval szolgál a lakosság felé az élelmezés biztonságát, a táplálkozást

és az étrendet érintő kérdésekben. Bár az FSA állami intézet és felügyeleti szerve a parlament, tisztos távolságot tart a mindenkori kormánytól és szabadon publikálja tanácsait.

#### **VI.5.2.1. Az Élelmezési Szabvány Hivatal szervezeti felépítése**

Az FSA húsz részleggel működik az Egyesült Királyság négy országrészében (Anglia, Wales, Észak-Írország, és Skócia) *például* a következő területeken:

- *Táplálkozás* (Változatos programokat működtet a táplálkozás témakörében a gyakorlati kérdésektől a kutatásig bezárólag.)
- *Élelmiszerbiztonság és -hygiéné* (Széleskörű munkát végez az ételek biztonságának érdekében, mint a kémiai, mikrobiológia és radiológiai biztonság kutatásának finanszírozása, étel higiéné és allergia.)
- *Kergemarhakór* (Az Egyesült Királyságban szigorúan ellenőrzik a kergemarhakór elleni védekezést. Ezt is a FSA monitorozza.)
- *Címkézés és csomagolás* (Az FSA nemcsak az elfogyasztott élelmiszereket ellenőrzi, hanem azt is, hogy milyen csomagolásban árusítják, és milyen címkézéssel látják el azokat. Az élelmiszercímkék a fogyasztók tájékoztatását és védelmét szolgáló kiemelt információforrások.)
- *GM és új élelmiszerek* (A genetikailag módosított (GM, ill. GMO) élelmiszerek és más újfajta élelmiszerek csak akkor árusíthatók az EU-ban, ha szigorú biztonsági értékelésen mentek át. Az újfajta élelmiszerek olyan élelmiszerek vagy alkotórészek, amelyek nem rendelkeznek számottevő fogyasztási előzménnyel az EU-ban 1997 előtt. Ezeket árusítás előtti biztonsági értékelésnek vetik alá az (EC) 258/97 jogszabály szerint.)

Az Élelmezési Szabvány Hivatalt *közszolgálatot végző testület* vezeti. A Hivatal a testületnek a főtitkáron (Chief Executive) keresztül számol be. A testület egy elnökből, egy alelnökből és 12 tagból áll, akiket az Egyesült Királyság négy országából választanak. A testület tagjai felelősek a hivatal általános stratégiai irányvonalaért, jogi kötelezettséggel tartoznak azért, hogy döntéseik és cselekvéseik tudományosan megalapozottak, a fogyasztók érdekeit tarják szem előtt. A testület a parlamentnek az egészségügyi államtitkáron keresztül számol be. Az FSA független szakértői véleményeit tudományos tanácsadó bizottságoktól, és megbízott kutatásokból nyeri. Rendszeres munkakapcsolatban áll a következő szervezetekkel:

- A Húshigiéné Szolgálat (Meat Hygiene Service),
- A helyhatóságok,
- A Környezetvédelmi, Élelmiszerügyi és Vidékfejlesztési Minisztérium (DEFRA),
- A Kereskedelmi és Ipari Minisztérium (DTI).

### **VI.5.3. Az Egészségügyi és -Biztonsági Testület (HSE, 1974–)**

Az Egészségügyi és -Biztonsági Testület azaz Health and Safety Executive (<http://www.hse.gov.uk>) feladata, hogy megvédje a lakosságot a munkaköri tevékenység közben felmerülő, az egészséget és a biztonságot fenyegető veszélyekkel szemben.

Emellett kutatásokat végez és szponzorál, támogatja a munkahelyi egészségügy területén végzett képzést, információval és tanácsadással szolgál, törvényjavaslatokat, törvénymódosításokat és praxis kódokat terjeszt elő. A HSE egy végrehajtó hatóság, mely a szabályozásért felelős Egészségügyi- és Egészségbiztonsági Bizottságot támogatja (Health and Safety Commission). A Hatóságot a munkahelyi biztonságra és egészségre vonatkozó 1974-es törvény értelmében hozták létre (Health and Safety at Work Act). A törvényt a skót és a walesi parlament nem fogadta be, de fontos kérdésekben együttműködnek az angliai szervezettel.

A HSE a dolgozók és a lakosság védelmében felügyeli a nukleáris berendezéseket, bányákat, gyárakat, kórházakat és iskolákat, a gáz és olaj berendezéseket, gondoskodik a gázhálózat biztonságáról, felügyeli a veszélyes anyagok szállítását. Az önkormányzatok a HSC-nek felelnek a fentiek betartásáért.

#### **VI.5.3.1. Az Egészségügyi és -Biztonsági Testület szervezeti felépítése**

A HSE-t egy 13 tagú Testület irányítja, köztük a vezérigazgatóval. A Testület 3 fő részlegből áll:

Működés, Szakmapolitika és Támogatás. A részlegeken belül különböző osztályok léteznek: Területi Működés, Nukleáris Biztonság, Veszélyes Berendezések, Helyhatósági Partnerség, Stratégia, Szakmapolitika, Kommunikáció, Jogtanács, Tudományos és Analitikus Szolgáltatások, Forrás és Tervezés, Egészség és Biztonság Labor.

## **VI.6. Külső segítség: az alternatív gyógyászati eljárások bevonása**

Az új üzleti modell, a 'New Business Modell', amelyet Thatcher tanácsadója a Sainsbury's Roy GRIFFITH lelkén szárad, POLLOCK (2005) szerint<sup>442</sup> könnyen elvesztette szem elől az NHS eredeti előnyeit. Az egészségügy: közszolgáltatás paradigmája helyébe az üzleti szemlélet, az *egészség-supermarket* kínálata lépett. Blair tanácsadója, Derek WANLESS ezt kiegészítette a *korporatív megoldásokkal és a PPP (PFI) preferálásával*. Ezt nevezik az egészségügy vegyes gazdaságának, azaz *'mixed economy of health'*-nek. A tendenciát kritizáló általános vélekedés szerint amíg a közszolgáltatások kiadásai visszaszoríthatóak, addig az üzleti NHS költségeinek letörésére nincsen kialakult eljárás.

A jólét korszerű meghatározását – TITMUSS után - öt komponensben adja meg Liz LLOYD<sup>443</sup>.

Ez a – már sokat hivatkozott – 'mixed economy of health', amelyet a **9. sz táblázat** szeléltet:

- az állam (pl. az egészségügyi és a szociális ellátások védőhálója)
  - az informális jólét (pl. a család és a barátok gondoskodása és a társadalmi kapcsolatok)
  - a privát szektor (pl. a magánbiztosítás és a fizetős ellátások)
  - a civil szektor (pl. segítő egyesületek, egyletek szolgáltatásai)
- munkával kapcsolatos jóléti szolgáltatások (pl. a nyugdíj).

**9. sz. táblázat**  
**Az egészség komplex gazdaságtana, TITMUSS, 1972**



A szigorúan monoton emelkedő tendenciát mutató NHS költségek jelentős részét viszont a szó szoros értelemben vett alternatív utak nyelik el.

Az alternatív utak mind mennyiségükben, mind költségfelvevő képességükben dinamikusan erősödnek. Nem utolsó sorban amiatt, hogy az alapok menedzsmentje érdekelt az NHS-kasszázt kikerülő, közvetlenül a „vásárlóktól” a szolgáltatók felé áramló 'out of pocket' bevételek (szolgáltatói részről) emelésében.

Ezek közül *az alternatív utak közül* kiemelném az *alternatív gyógyászatot*, amelynek értelmezési köre ma még kialakulóban van, annyira hogy az elnevezés is gyakran – pl. Egyetemünkön<sup>444</sup> – „*komplementer medicina*”.

Az alternatív medicina a hatvanas években az antibiotikumok és gyógyszerek válogatás nélküli használata elleni tiltakozás jegyében fogant, nagyot segített rajta a borzalmas születési rendellenességeket okozó Thalidomide botránya.

A nyolcvanas- kilencvenes években a komplementer medicina *alkalmazása 8-15%-kal nőtt, jórészt az egészségügyi üzleti modell* elterjedésének köszönhetően.

Richard NIXON<sup>445</sup> kínai látogatása sokat segített az *akupunktúra* nemzetközi elterjedésében. A látogatás után láthattak a nyugati orvosok hagyományos anesztézia nélküli érzéstelenítéssel végzett műtéteket.

Az elnevezési bizonytalanság eloszlásában a Wales-i Herceg is segédkezett<sup>446</sup>, az utóbbi elnevezés ugyanis Öfelségétől származik, és ezzel mintegy *különbséget tett a „bevett” és a „be nem vett” eljárások között*. CHARLES herceg 1993-ban egyenesen alapítványt tett<sup>447</sup> a komplementer medicina támogatására, amely alapítványi alapot is működtet (<http://www.fih.org.uk>).

MOSARAF szerint – a királyi sarj után – a komplementer medicina kifejezés a homeopátia, oszteopátia, akupunktúra és a fitoterápia ('herbal medicine')<sup>448</sup> területeit fogja össze, míg az összes többi gyógyítást célzó eljárás ezen kívül reked.

Az úttörő orvosok házról házra jártak az alternatív eljárásokat népszerűsítő kampányukkal, melynek beérett a gyümölcse. A biztosító társaságok kénytelenek voltak engedni az ügyfelek ostromának, és támogatni az alternatív gyógymódok igénybevételét<sup>449</sup>.

Az alternatív eljárások lépésről lépésre veszik körbe a hagyományosakat, egy integrált gyógyítást eredményezve. Ezek legtöbbje igényli – az NHS Plan és a DARZI-jelentés céljaival összhangban – *a páciens közreműködését* saját egészsége megőrzése-helyreállításában.

Legtöbbjük diéta, vagy mozgásformák (jóga, tai chi, walking, nordic walking) masszázsek (ön- és partner masszázs, valamint a professzionális masszázsformák) és/vagy relaxáció (zene, vizualizáció, meditáció, ima) igénybevételére is ösztönöz. Ezekhez rendelő és tréning helyet, valamint finanszírozási lehetőséget (rendszerint co-payment formában) az új egészségügyi központok és azok költségvetése biztosítanak.

## **VI.7. Reklám irányelvek az egészségügyben – hír az Interneten (2009)**

Nagy-Britanniában az NHS történetében először szabad közvetlenül reklámozni a betegekért. A MoH ehhez nemrég reklám irányelveket adott ki<sup>450</sup>. Az intézkedéseket több oldalról vitatják.

Alan JONHSON egészségügyi miniszter szerint a reklámtilalom már nem korszerű, ugyanis *2009. április eleje óta az NHS betegeknek szabad kórház- és szakorvos-választásuk van*.

Elvileg most számukra minden érvényes NHS engedéllyel rendelkező kórház nyitva áll. Az azonos jog egészségbiztosítási szolgáltatók, ellenőrzöttek azonos színvonal nyújtására képesek és kötelezettek. A reklám eligazodni segít az azonos orvosi tartalom kínált szolgáltatások rendszerében.

*Az új irányelvek szigorúak.* Így az állami kórházak hirdetésre és szponzorálásra nem fordíthatnak pénzt korlátlanul. Egy kórház hirdetési költségvetésének „számításba kell vennie a betegek elvárásait, hogy egészségi szolgálatuk inkább ad ki pénzt diagnózisra és terápiára, mint hirdetésre.”

A költségvetésnek „arányosnak” kell lennie. *A költségek miatt a TV- és rádióhirdetés kizárt.* Ezenkívül az NHS kórházak kötelesek évi zárójelentésükben nyilvánosságra hozni reklámkiadásait. A jövőben a vállalatoknak is szabad kórházi osztályokat és más kórházi intézményeket szponzorálni. Feltétel, hogy a vállalatok nem támogathatnak egészségkárosító tevékenységeket, mint a dohányzás vagy alkoholfogyasztás.

*A brit orvosszövetség szkeptikus.* Amint a BMA szóvivője mondta, attól kell tartani, hogy az NHS név és az NHS márka fogja megszenvedni a szabad versenybe korlátozásokkal belépést.

Ezenkívül nehéz a kórházaknak a tudományos és terápiás eredményeket hirdetésszövegekbe préselni, valamint nehéz lesz ezekben a félrevezető vagy szakmailag téves kijelentéseket elkerülni.

# VII.

## AZ NHS JÖVŐJÉRŐL

### VII.1. A közeljövő szervezete: A tisztán piacvezérelt egészségügy elképzelése (2010)

Mint már BAGGOTT (2004)-tal egyszer megállapítottuk: 1997-től, a piaci viszonyok felerősödésével, a változtatások gyorsultak, és irányuk összeszedettebb lett.

A változtatások egyik legalaposabb – már-már irodalmi színvonalú, de mindenképpen monografikus igényű – összefoglaló kritikáját Michael MANDELSTAM írta meg, 2007-ben, „Az NHS elárulása, azaz az elhagyott egészségügy” címmel. MANDELSTAM (2007)<sup>451</sup> is elismeri, hogy a változtatásokkal egyidejűleg az NHS jelentős tőkeinjekcióban részesült, és a kedvezményezettek választási lehetősége bővül, és a feljavított NHS ellátók részére piaci versenyhelyzetet teremt, összefoglaló értékelése mégis negatív eredményt hoz.

A témakör politikai összefoglalóját Gordon BROWN miniszterelnöknek a londoni Kings' College és a Florence Nightingale School of Nursing előtt 2008. január 7. napján tartott beszédében – melynek tárgya, hogy miképpen tudjuk az NHS-t megújítani a jövőnek<sup>452</sup> – találhatjuk meg.

*Az összefoglalás szerint a reformok 1997-től 2010-ig három lépésben valósulnak meg.*

*Az első fokozat az ún. minimum standard-ok kialakítása volt. Ez két – struktúra és infrastruktúra – irányban valósult meg. Ez egyik egy sikertörténet a kulcs-ellátások definiálásáról és az azokhoz való hozzáférés javításáról, a másik a kórházi épületek infrastruktúra feljavításáról szól. Ez utóbbit a munkáspárti szakirodalom – a PPP-k, illetve a politika és a gazdaság azok mögött húzódó összefonódásai miatt – hevesen kritizálta.*

*A második lépcsőfok a kínálatbővítés a jobb minőségű és szélesebb körben választható helyi ellátásokért – új ösztönzők kialakításával. A szónok e sikertörténet hazai szemszögből megmosolyogtató: az Angliában valaha feljegyzett legrövidebb várólistákat emlegeti azzal, hogy a beutalótól a kórházi kezelés megtörténteig átlagban mindössze 18 hét telt el. A*

rendszer ezen felpörgetésében jelentős szerepet játszott az NHS menedzsmentjének javítása, és az alapítványi kórházak, valamint a magánsektor bevonása.

A harmadik lépés a kínálatbővítés folytatása, és a szélesedő választék megfeleltetése a színesedő és szegmentálódó keresletnek. Ideértve a 'New Diversity'-t, az igényt a megelőző és ápoló medicina bevonására a finanszírozásba, és megoldva a legjobb ellátás hozzáférési egyenetlenségek megszüntetésének kiemelt ügyét.

Az új egészségügyi szolgáltatók létesítéséhez előzetes engedély megszerzését előíró tervezés ugyanis elengedhetetlennek bizonyulhat a primary care és ambuláns ellátásokhoz való hozzáférés esetleges hiányosságainak megszüntetéséhez, valamint az azonos feladatot ellátó struktúrák többszörözésének elkerüléséhez. Mindezt oly módon, hogy a lakosság igényeihez illeszkedő, az egész területet lefedő és a földrajzilag elszigetelt vagy más okból hátrányos helyzetű régiókat figyelembe vevő orvosi ellátás legyen biztosítható<sup>453</sup>.

Ugyanezen szemszögből a tagállam szabadon szervezheti az orvosi ellátással kapcsolatos szolgáltatásokat. Ekkor előnyben részesítheti a természetbeni ellátások rendszerét annak érdekében, hogy az ország egész területén minden beteg könnyen hozzáférhessen a szerződéses orvosok szolgáltatásaihoz<sup>454</sup>.

A harmadik lépés egyik jellemző szervezeti megoldása az új Care Quality Commission – az Ellátás-minőségi Bizottság – a meghatározott színvonal alatti ellátás esetére bírságkirovási vagy szolgáltató bezárási jogkörrel. Másik jellemző személyi intézkedés az alulteljesítő – azaz egyes előre meghatározott gazdasági mutatókat el NEM érő – kórházi menedzsmentek visszahívása.

A „harmadik lépésre” viszont már egy új struktúra keretein belül kerül sor.

## **VII.1.A. A szolgáltatások szervezésének 2006-ban elképzelt struktúrája (2010–)**<sup>455</sup>

TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) megjegyzése szerint bár jelenleg nincsen olyan szervezet a struktúrában, amely a piaci szektor ellátásnyújtóira érvényes szabályozásért felelős volna, az már javaslat, hogy ez a felelős szervezet egy „nem-NHS egység” legyen, mert egy NHS-függő normaalkotó kikerülne abból a körből, amelyet a monitorozó irányítani is képes.

A 'független' ellátásszervező *megvalósítani látszik* az Európa Tanács „A new strategy for Social Cohesion” 9. és 23. cikkeiben, lásd az azokban foglalt ajánlást<sup>456</sup>.

A 'független' ellátás szervező ideája a szabadpiac ideológusai által vallott nézet része, s a kortárs közgazdasági eszmecserék nyelvezetéből lehet ismerős. E definíció-rendszer néhány eleme KORTEN (1995) „szabad fordításában”:



- *A szabad piacok nem állnak kormányzati befolyás alatt, s minden esetben a leghatékonyabb, és társadalmi szempontból is optimális erőforrás-allokációt eredményeznek.*
- *Privatizáció, amely bizonyos tárgyakat illetve funkciókat áthelyez a magánszférába, ezzel növelve a hatékonyságot.*
- A kormányzat elsődleges feladata a kereskedelem fejlesztéséhez szükséges infrastruktúra kialakítása, valamint megfelelő jogszabályok életbe léptetése – különös tekintettel a tulajdonjogokra és a szerződésekre<sup>457</sup>.

FREEMAN (1998) is megállapítja, hogy vitán felül áll, hogy nincsen az egészségügyben rendszerváltoztató kormányzatok által hivatkozott direkt összefüggés a piaci verseny és a minőség között. S ha van, *inkább csökken a minőség*, hátrább foglalván helyet a kormányok kívánságlistáján. Maga a versenyhelyzet felállítására előbbi helyet foglal el a listán, mégpedig különböző okokból. Valószínű, hogy a költségek csökkentésének kívánalma foglalja el ezen okok közül a legelőkelőbb helyet, de jelentősen színezte mindez egészségpolitikai változásokkal és új ideológiai imperatívuszokkal. Az egyedül üdvözítő út tehát a versenyé, amely képes lehet a minőséget a források korlátozása közepette fenntartani. A minőség csak a versenyhelyzet előállítására irányuló reform emléktérmeke lesz így, nem pedig racionális szükségszerűség/következmény.

Az elképzelésben az az ironikus, hogy *a verseny fenntartása – jelentős költségekkel jár*, melyekre a közgazdászok a tranzakció költségeiként utalnak. Ezek a szerződéskötés, számlázás, adminisztratív költségek, valamint a rendszer információs háttérének létrehozása, amire mindig számítanak. Összesítve azt eredményezheti, hogy a versenyből származó hatékonyság hasznait inkább arra használják el, hogy fenntartsák belőle magát a versenyt – s nem arra, hogy akár megtakarításokat képezzenek, vagy akár a színvonalat javítsák belőlük.

Ennek a felismerésének mintegy a következményeképpen az Egyesült Királyság kormányzata 1998-ban az Egészségügyi Hatóságok, a Kórház Alapok és az Alapellátási Csoportok együttműködését iniciálva *'integrált ellátási rendszer'* bevezetését tervezte<sup>458</sup>.

A brit orvoslás jövőjével kapcsolatosan WINTER<sup>459</sup> ad összefoglaló kitekintést 2020-ig. Elképzelései szerint az NHS – és valamennyi dolgozója – 2020-ra megváltozik, színvonalában javul, és egy első osztályú, a fogyasztók ('costumers') elvárásainak jobban megfelelő szolgálatban kristályosodik ki.

WINTER megállapítja – és itt nyilvánvalóan a ISTC-kre céloz –, hogy az utóbbi években az NHS-nél a várólistákat csökkentő nagyobb beruházásokat találhattunk. Nagyban javult a sürgősségi ellátás, koordináltabb lett a rák- és a szívbetegségek kezelése, mindez a betegek rá- és közrehatásának emelkedése mellett, úgy az invazív mind a krónikus kezeléseknél.

Az összefoglalás felhívja rá a figyelmet, hogy a WHR (2000) Németország, Svédország és az USA elé sorolja az angol egészségügyi rendszert a hatékonyság szempontjából. A nemzetközi összehasonlítás ígéretes mérőszámai, valamint a kezelésekkkel való egyéni elégedettség ellenére az egészségügy Britanniában jól dolgozik, de rossznak érzik azt. Pedig az ígéretes mérőszámok szerint nincs még egy ország, amelyik olyan eredményes lett volna az egészségügyi költségspirál megállításában, mint az Egyesült Királyság.

A közlemény a betegségforrások átstrukturálódására is felhívja a figyelmet: példái szerint 1980-ban az angol nők 8%-a és a férfiak 6%-a volt elhízott<sup>460</sup>. Ugyanez a mutató 2010-re prognosztizálva 27% a nőknél és 25% a férfiaknál. Csak ennek az adatnak a következményeként 54%-kal nő a cukorbetegség, 28%-kal a magas vérnyomás, 18%-kal a szívroham előfordulásának valószínűsége.

Egy másik felmérés 1987 és 2001 között a májzsugor okozta halálozás növekedését mutatja ki. A következményként a kórházi kiadások 12%-át hozzák kapcsolatba az alkoholfogyasztással.

Másik életmód-alapú betegségcsoportra veti rá a fényt, hogy a szexuálisan aktív csoportokban a 1990-es évek közepe óta stabilan emelkedik a clamídiás fertőzöttek száma.

Összefoglalva: a betegségek illetve halálokok struktúrája átalakult: egy megvalósult jóléti állam kórképét mutatja.

A részeredmények globális megközelítése újabb következtetésekre vezet. Amíg 1981-ben a várható 71 éves élettartamból 64 évet éltek a britek egészségben, mára a várható élettartam 76 évre nőtt – viszont az egészségben töltött rész csak 67-re. A rossz egészségben töltött hét év kilence emelkedett. Ez a trend – amely nagy nyomást gyakorol az öngondoskodási formák elkerülhetetlen terjesztésére – közismert az egészség-közgazdák köreiből<sup>461</sup>.

## VII.2. Depressziós 60. születésnap (2008)

Az Egyesült Királyság 2008-ban ünnepelte az NHS életre hívásának hatvanadik évfordulóját. Az ünnepi honlap képe a IV. Függelék elején található.

Ellen NOLTE és Martin MCKEE 2008-as tanulmánya<sup>462</sup> szerint az elkerülhető halálozás rátája tekintetében 19 fejlett ország közül *Nagy-Britannia 2007-ben csak a 16. lett.* (Ugyanitt Franciaország az első, az USA pedig az utolsó<sup>463</sup>). A daganatos betegségek öt éves túlélési rátái összehasonlításában viszont az angol értékek rosszabbak az amerikaiakénál. *A high-tech diagnosztika rendelkezésre állása szintén az angoloknál rosszabb:* 2007-ben 25,9 MRI scanner jutott egy millió főre Amerikában, míg Nagy-Britanniában 8,2. *A drága, új gyógyszerek is lassabban váltak széles körben elérhetővé Nagy-Britanniában, mint Amerikában.* Ennek egyik oka, hogy a britek szigorú költség/haszon elemzéseknek vetik alá a bevezetendő gyógyszerek várható egészség-közgazdasági hatását. Bár ezt a megközelítést

kezdik elvetni az USA-ban, ez csupán explicitté teszi azt az adagolást (rationing), amelyet minden egészségügyi rendszer alkalmaz a biztosítók vagy finanszírozók döntésein keresztül.

Itt van még a költségek kérdése: *az 1998 s 2007 között elmúlt évtizedben az NHS költségvetése jelentősen megnőtt, 2007-ben az egészségügyi kiadások a GDP 8,4%-át tették ki, az USA-ban ez az arány 16% (OECD adatok). Érdekesség, hogy az egy főre jutó állami kiadások (a Medicare, Medicaid és más kormányprogramokon keresztül) az USA-ban magasabbak, s mégis nagyon sok embernek (46 millió fő) nincs biztosítása,<sup>464</sup> vagy attól retteg, hogy elveszíti azt. Az NHS mindenki számára alacsonyabb költségen nyújt ellátást, de a betegeknek kevesebb a beleszólásuk<sup>465</sup>.*

Az NHS hetedik évtizede az egész világra kiterjedő pénzügyi válsággal indult. A másodlagos jelzálogpiac bedőlése az USA-ban globális gazdasági problémává eszkalálódott. *A zuhanásszerű recesszió stabil depresszióvá alakult, 2009 végére láttak napvilágot az első, egyes jelenségeket pozitívként értékelő megnyilvánulások. Ráadásul 2008-ban érte meg Britannia a legmagasabb bevándorlási hullámot, e kettő együttes hatásaként a Szigetország kevésbé vonzó lett a kelet-európai bevándorlók számára.*

Az NHS alapításának hatvanadik évfordulóját, ha lehet, még szélesebb körben ünnepelték meg, mint a félévszázadost. A Health Service Journal pl. meghirdette „A 60 év gyémántja” akciót, melyben lehetett szavazni arra *a személyre, aki a legtöbbet tette az NHS-ért.*

*(Érkeztek szavazatok J. V. SZTÁLIN-ra, mint korai rajongóra és a monitorig, a reorganizáció és az időszakos tisztogatások atyjára, valamint H. GÖRING-re, aki, ha nem bombázza London kórházait, a partikuláris érdekek miatt meghíúsul Bevan erőlködése az NHS létrehozására, illetve nem kellett volna 50 év múlva PPP konstrukcióban újraépíteni azokat<sup>466</sup>.)*

A jövő NHS-ének elképzelt kormányzati ideája<sup>467</sup>, hogy a kedvezményezettek öngondoskodása első lépésben a közreműködésükben valósuljon meg, azaz: érezzék magukat képesnek és egyben elkötelezettnek abban, hogy

- a saját ellátásuk megszervezésében részt vegyenek,
- kovácsoljanak előnyt a GP-k és a nővérek tudásából, éljenek a komplementer medicina ajánlataival,
- gyakoroljanak nagyobb kontrollt saját életük és ellátásaik felett,
- figyeljenek jobban arra, hogy mit esznek, és mennyit mozognak,
- általában éljenek egészség-tudatosabban

és mindezekben az NHS segítse őket.

A helyzet iróniája, hogy a kompetitív reformot a kedvezményezettek érdeklődésének felhívásával próbálták legitimálni. A megújuló NHS-t a marketingesek, mint „a kedvezményezettekért dolgozó”-t pozicionálták. A reformok retorikai bevezetése szerint az új rendszerben a pénz követi majd a kedvezményezettet<sup>468</sup>. A valóság – természetesen – mégis

ennek fordítottja lett: *a kedvezményezettek követik a pénz utasításait*, a szerződések szavai által kijelölt útvonalak mentén<sup>469</sup>.

### VII.3. A Darzi-Bizottság két jelentése (2007&2008)

Magas minőségű ellátás mindenkinek – fogalmazza meg javaslatait a londoni egészségügyi szisztéma áthangolásával kapcsolatosan az egészségügyi államtitkár megrendelte jelentés 2007 júliusában. A válaszra nem kellett egy hónapot várni. Professor Sir Ara DARZI és bizottságának munkáját John LISTER tette helyre<sup>470</sup>. Vitairatában a Riportból kimaradt öt, ún. 'missing links' köré csoportosította kritikáját. Ezek példálózó felsorolással: a fennálló pénzügyi helyzet, a rendszer kérdései, a kimaradt idők rendelkezései, a közlekedés és utazási idők, mint elérhetőségi kérdések, és a hiányzó partnerek. (Itt elsősorban a londoni agglomeráció kórházaiban dolgozó 125 ezer főre utal.)

Egy év kellett DARZI viszontválaszára, amely címében is hirdette a célt. A három tanulmány:

- Ara DARZI Bizottsága: Jelentés London egészségügyi ellátásról / Report on London's Health Services (2007. július 14.)
- John LISTER: The Darzi Report: A kritikus szakadékok / The Critical Gaps (2007. augusztus 8.)
- Ara DARZI: Magas szintű ellátás mindenkinek – Záró/végleges jelentés / High Quality Care for All – Final Report (2008. június 30.)

Disszertációm csak – azóta mozgalom alapjául szolgáló – *Darzi Végleges Jelentését* ismerteti, melynek megjelenése tulajdonképpen az alapítás hatvanadik évfordulójára esett. Az összefoglaló kísérőlevélben DARZI megjegyzi, hogy „Éppen most ünnepelünk egy nemzeti intézményt, amely felmérhetetlen változást hozott az országban lakó milliók életében.” Az eredeti megfogalmazás nyitva hagyja a kérdést, hogy azt a változást 60 éve vagy éppen most (azaz a Jelentéssel) hozta-e.

A dokumentum jól olvasható, nagy betűkkel (idősek, látáskárosultak) mindössze 85 (nettó 62) oldal, a nyolc fejezet elején egy-egy óriási fotóval (gyermekek). A Jelentés bevezetése hosszú és alapos, köszöntőkkel és Lord DARZI nyolccoldalas összefoglaló levelével indul. A jelentés logikai felépítése briliáns.

*Az első fejezet a „Helyiérdekű, ügyfélközpontú és klinikum-irányítású változtatások”-at foglalja össze. E fejezetben fogalmazza át bevan-i „A bölcsőtől a koporsóig” gondoskodás alapelvét. A életmodellből kikerülnek az aktív-passzív szakaszok, és a teljes emberélet vonala átfogalmazásra kerül. Nyolc közös üzenet (lásd alább) lesz belőle, aszerint, hogy az öngondoskodásnak melyik formáit támogatja az állam az adott helyzetekben.*

*A második fejezet az organikus szemlélet térhódítására utal, komplex egészében kívánja bemutatni a hatásokat: „Változás az egészségügyben és a társadalomban” címmel. Itt*

található a szisztémaváltás hat témaköre (*lásd alább*), amelyben az egészségügyben és a társadalomban komplementer változásokat jósol a jelentés.

*A harmadik fejezet „A kedvezményezettek és a köz magas színvonalú ellátása”-t ismerteti.*

- a) Alapeszméje, hogy segítsük az embereket egészségesnek maradni. Ez az első témakör is, melyet továbbiak, összesen négy, követnek. Ezek:
- b) A kedvezményezettek megerősítése (egyrészt több jogot – pl. szélesebb választási lehetőségre és személyesebb kapcsolatra és jobb informálásra –, másrészt nagyobb kontrollt kíván biztosítani, nem csak az ellátásunk, de általában az egészségünk felett).
- c) A leghatékonyabb kezeléshez való hozzáférés biztosítása.
- d) A kedvezményezettek biztonságban tartása.

*A negyedik fejezet a „Bármit teszünk, központjában a minőség álljon” címet viseli. Részegységei: Tisztázzuk, mi a minőség, Mérjük a minőséget, Hozzuk nyilvánosságra a minőségi teljesítést, Ismerjük fel és díjazzuk a minőséget, Emeljük a standardokat, Őrizzük a minőséget, és Nézzünk előre.*

*Az ötödik fejezet üzenete: „Szabadon összpontosítani a minőségre”. A megfogalmazás hangsúlya a szabad tevékenységen van, ami az öngondoskodás és a civil mozgalmak preferálása mellett nem zárja ki a központi tematizálást, kormányzati ráhatást és direkt irányításként a jogalkotó általi meghatározottságot. A tehetségek felszabadítása témakörben megtörténik az orvosi tevékenység demisztifikációja egyben demokratizálása. A tanulmány szerint a tehetséget visszafogta az beteg-orvos-szakorvos szigorú hierarchiája, helyett a Practitioner-Partner-Leader három alany bevezetése történik meg. Ennek üzenete legalábbis kettős:*

- a praktizáló (Praktitioner) nem kizárólag orvos lehet, és
- A praktizáló és a „Partner”-nek átminősült kedvezményezettek azonos jogúak, a felek között fennálló viszony nem hierarchikus.

További elképzelés a „tűzvonalba” dolgozóknak a nagyobb szabadság biztosítása, az ellátás mikéntje és hogyanja kérdésében együtt dönthessenek a „Partnerrel”. Döntéseiket a Leader figyeli, tematizálja, s szakmai szempontból ellenőrzi.

Ez az elképzelés kétségtelenül a *nem-orvos egészségügyi szakmák előretörését hozza* (v.ö.: VI.6. Külső segítség: az alternatív gyógyászati eljárások bevonása). Egyben az olcsóbb prevenció és nem-orvosi kontaktórák számának növelésével az orvosi és szakorvosi gárda jelentős tehercsökkenése várható.

*A hatodik fejezet a „Színvonalas munka az NHS-ben” címet viseli. Témakörei a magas színvonalú munkahelyek és a hasonlóan színvonalas személyzet, mely oktatással és képzéssel biztosítható. De szó esik az NHS-hez forduló tiszteletéről és méltóságáról, a közös elkötelezettségről az ellátás színvonala iránt, a részvétről és együttérzésről az ellátottak iránt, az egészségi állapot mellett az egyéni közérzet javításáról, a javulás érdekében a már említett*

együttműködésről a 'Practitioner' és 'Partner'-e között. HEARD & PAICE szerint az NHS orvosi továbbképzésének színvonala nemzetközi elismertségnek örvend<sup>471</sup>.

A szervezeten belül DARZI javaslata a tisztább szabályokat, a téma-megközelítésben a helyi tapasztalatok előtérbe helyezését, és a szerzett információ visszacsatolásával a menedzsment támogatását tartja újdonságként fontosnak.

*A hetedik fejezet „Az első NHS alkotmány”-ról ír, erről külön szólok.*

*A nyolcadik fejezet a „Megvalósítás” címet viseli, és a helyi szintre (PCTs) alapozó rövid menetrendet vázol fel.*

A javaslatgyűjteményben DARZI nem választ új nemzeti célokat: az eredeti célkitűzések megvalósítását elősegítő *modern technológiai megoldásokat* javasol és ígér. Javaslatai két pontban összegezhetők:<sup>472</sup>

- a kvantitatív expanzióról *a kvalitatív fejlesztés felé* áttérésben,
- s ezen belül az *öngondoskodó szemlélet* megerősítésében.

Ezen felül, összhangban a WHO 2005. évi európai egészségügyi jelentésével és az abban kiemelt rizikófaktorokkal (lásd 1.2. rész) *hat fő irányt szab* meg az egészségi állapot javításának irányaira. Ezek – kifejezetten a gyógyító egészségügy szemszögéből tekintve *egyértelműen preventív jellegű megoldások* – a következők: az elhízás, az alkohol- és a drogfogyasztás, dohányzás, a szexuális fertőzések veszélyének visszaszorítása és a mentális egészség hiánya. A kitűzött célok eléréséhez az öngondoskodás fokozása körében hirdet *Koalíciót a jobb egészségért* (Coalition for Better Health), melyben az kedvezményezettek ráhatásának, kontrolljának és igényeik személyre szabott kielégítésének is helyt biztosítanak. Jellemzőek a *PR-os*, jól körülhatárolt és *vezérszóval* jellemzett *kampányok*, mint pl. a *'Reduce your risk'*, vagy a *'Healthy weight, healthy lives'* nevű, és a szupportív, gyakran internetes megoldások.

Ezek körében hangsúlyos még a minőség biztosítása, ellenőrzése és az ellátási eredmények publikálása.

Az ellátási komfortérzetben jelentő faktorok a bizalom és a személyesség. Ennek megerősítésére csak most került meghirdetésre Angliában a szabad GP választási lehetőség. Alapítványokon és díjakkal kívánják támogatni és jutalmazni az innovációt, melynek hatékonyságát mérni tervezik.

Az öngondoskodó egyének mellett a **helyi hatóságok is** új szerepet kapnak DARZI javaslatában: minden régióban minőség-megfigyelő szervezet, ún. *'Quality Observatory'* felállítását javasolja a tervezet<sup>473</sup>.

Helyi kezdeményezésen alapuló, kedvezményezett-központú és szakmailag a klinikák által meghatározott, *nemzeti szintű cselekvési programnak* képzeli el munkáját DARZI.

*A bölcsőtől a koporsóig* elképzelés felosztása most a már említett nyolc közös üzenetbe osztva jelenik meg. Ezek az üzenetek élethelyzetekhez kötődnek: egészségesen élni, terhes- és újszülött program, gyermekek, az akut- és a tervezett ellátások, a mentális egészség kérdései, a hosszú távú ellátások és végül az élet végének méltósága.

*A módszerek*, amelyekkel elő kívánják segíteni a nyolc korcsoport jólétét: a betegségmegelőzés, az ellátásokhoz hozzáférés időbeni, illetve térbeni lehetőségének monitorozása, a diagnosztika fejlesztése, gondoskodó, magas színvonalú és személyes ellátás – ismételten az innovációval egybekötve.

*A szisztéma-váltástól* hat témakörben diagnosztizál a jelentés a XXI. századnak megfelelő változásokat az egészségügyben és a társadalomban. Ezek<sup>474</sup>:

- A jólét és a technológiai fejlődés indukálta megnövekvő elvárások,
- Demográfiai tények (vö. elöregedő társadalom) által determinált kereslet,
- Az informatikai társadalom már érvényesülő hatásai,
- Az eddig ismert betegségek természetének megváltozása,
- A kezelések, ellátások javulása,
- minőségi munka magas minőségű munkahelyeken.

Három évvel DARZI előtt állapította meg POLLOCK (2005), könyvének kitekintő, utolsó fejezetében, hogy az egészségügy piaca előretörésben van. Az intézményi rendszer, melyet az NHS stabilnak, gazdaságosnak és népszerűnek hozott létre, szétmállott és megváltozott. Helyét piaci mechanizmusok és kereskedelmi jelenségek vették át, mint számlázás, fogyasztók, szegmentált kockázat elemzés, és ellátók tízezreinek versenye. Mára a szociális és fiskális ügyek közszolgái, a kórházmenedzserek stb. egyöntetű véleménye szerint egyedül az üzleti modell alkalmas a szolgáltatások biztosítására<sup>475</sup>.

Összefoglalva: a 2008-as Darzi-Jelentés az 1988-as Griffith Reporthoz hasonlóan *rövid, lényegre törő*, és belátható időn belüli *paradigmaváltást involvál*.

A Darzi-Mozgalom természetesen a Darzi-Jelentésből nőtt ki, annak megvalósítására és az azzal való vita folyamán alakult ki. Ez a zajló vita azonban minden eddigi vitánál szélesebb körű, egyben ez jelenti, hogy szakmaiatlanabb – viszont minden eddigi vitánál professzionálisabban tematizált, levezényelt és szervezett.

Az NHS Thatcher tanácsadójától, a Sainsbury's<sup>476</sup> Roy GRIFFITH-étől kapta az ellátások supermarket-típusát, a National Westminster Banktól érkezett Derek WANLESS-tól, Gordon tanácsadójától, a PPP konstrukciót<sup>477</sup>. Most Lord Darzi javaslatait magáévá tette egy professzionális marketingcsoport és megszervezte leginkább a Britain's got Talent típusú road show-val megerősített marketing-rendezvény sorozatot, egy modern honlappal<sup>478</sup>, amelyben promotálják a kormányzati elképzeléseket.

Bár a mozgalom szélesedőben van, nem tudni, mi valósul meg belőle. Lord Darzi mindenesetre 2009. július 15-dikén lemondott az egészségügyi miniszteri posztról. Vele távozott Allan JOHNSON egészségügyi államtitkár is.

## VII.4. Rövid helyzetkép (2009)

Bár az NHS 1948-as megalakulásakor az állam azt ígérte, hogy az állam térítésmentesen nyújtja majd az összes egészségügyi, fogászati és ápolási ellátást, később nyilvánvalóvá vált, hogy ezt nem tudja teljesíteni.

Jelenleg:

- 7 millió angol lakos rendelkezik *magánbiztosítással*,
- 6 millió embernek nyújt fedezetet a *magánjellegű egészségügyi készpénz biztosítás*, és
- a 6,8 millió szakszervezeti tag több mint fele, 3,5 millió szervezet dolgozó részesül *magán egészségbiztosítási juttatásokban*.
- Emellett több mint 8 millió lakos fizet készpénzzel *alternatív terápiáikért*,
- a *fogászati ellátásért pedig a lakosság harmada fordul magánellátókhoz*.

Amint azt már ismertettük, az állami szektor, így az NHS privatizációjának első lépéseire a 90-es évek elején került sor a Private Finance Initiative keretén belül. A PFI a Public-Private Partnerships megvalósításaként és a jelentősebb tőkebefektetések eszközeként szolgál. Ebben *magán konzorciumok – többnyire nagy építkezési vállalatok* – állami pénzek igénybevétele nélkül terveznek, építenek és gyakran menedzselnek különböző projekteket. A szerződések rendszerint harminc évre szólnak, ezalatt az idő alatt a létesítményt egy állami hivatal adja bérbe. Az NHS kórházakba történt legtöbb tőkebefektetés is a PFI keretén belül realizálódott. Ez esetben is a magánszektor tervezése, építése, finanszírozása és néha működtetése alatt történik az NHS szolgáltatás nyújtása.

Bár mindez a konzervatívok kormányzása alatt ment végbe, (amikor Thatcher merte nem privatizálni az egész NHS-t) de Tony BLAIR munkáspárti kormánya is folytatta a privatizációs politikát, és a Public-Private Partnerships keretében a piacorientált reformok egész sorát is kezdeményezte az NHS-ben.

2000-ben aláírták a *Concordat egyezséget* a magánellátók szövetségével (Independent Healthcare Association), miszerint lehetővé vált az NHS számára, hogy a betegeket magánkórházakba és magánklinikákra küldje.

A magánszektor és az állami egészségügy *2005-től* kezdődően került *szorosabb kapcsolatba*. A 2005-ös választásokat követően a kormány a magánszektor igénybevételének megduplázódását tervezte a várólisták megszüntetése érdekében. A terv értelmében 3 milliárd fontot meghaladó szerződéseket kötnek a független ellátó központokkal (Independent Sector Treatment Centres, ISTC) az elkövetkezendő öt évben. A szerződések segítenek a kórházi műtétre váró betegek várólistájának megszűnésében, és a kormány azon célkitűzésének megvalósításában, hogy 2008-ra maximum 18 hét legyen a várakozási idő a kórházi ellátásra.

A kormány elkötelezett a magánszektor használatának növelésére, mely az összes elektív műtét 11%-át fogja végezni.



#### VII.4.1. Az alapszintű ellátás – Lord DARZI után (2008-)

Az Egyesült Királyságban az ellátás *első állomása* a heti 7 napon át napi 24 órában működő telefonos tájékoztató szolgálat, az *NHS Direct*. Célja az egészségügyi ellátás javítása, bizonyítékokon alapuló számítógépes döntéstámogató szoftver segítségével a pácienseknek az ellátás megfelelő szintjére irányítása. A rendszernek a háziorvosi szolgálattal, megkülönböztetetten az ügyeleti szolgálattal történő integrációja azt célozza, hogy az alapellátás szolgálataihoz egyetlen gyors elérhetőséget biztosítson, az igényeket megfelelően menedzselje.

Az alapellátás általános definíciója LAKHANI<sup>479</sup>-tól: azon kapcsolat első szintje, amelyben a lépések iránya egy közösség egészségének javítása. A rendszer kapuőrzői a GP-k.

Az angol szisztéma szerint az egészségügyi alapellátásban a háziorvos, a GP, igen fontos helyet foglal el. A lakosság 99%-a regisztrált a GP-knél, akik a nap 24 órájában teszik hozzáférhetővé a megelőző, diagnosztikai és gyógyító ellátást. Az NHS-en belül a betegek orvoshoz fordulásainak kb. 90%-a a GP-kre esik. A betegek elvileg szabadon választhatnak orvost, mivel azonban a választásnak igazodnia kell a területi beosztáshoz, be kell jelentkezniük egy GP körzetébe, és minimum 6 hónapig ennél az orvosnál kell maradniuk.

A GP-k az NHS-szel szerződésben álló szabadfoglalkozásúak. Ez önálló (független) vállalkozói státuszt jelent, így tömörülnek praxisközösségekbe, vagy ritkább esetben egyéni praxisban dolgoznak. A praxis köt megállapodást az alapellátási tröszttel. A tagok nyereségadót a praxisközösségben meglévő részesedésük szerint fizetnek. Lord Darzi NHS-átalakítási javaslatai között szerepelt a házi- és a szakorvosokat egyaránt alkalmazó magán poliklinikák megvalósításának terve is. Darzi úgy véli, hogy a nagy egészségügyi központok előnyösebbek a betegek számára, mert ezekben az ellátások szélesebb spektruma nyújtható, és az orvos szakma konzultatívan döntéshozó jellege is jobban érvényesülhet. *A komplex központok* várhatóan felváltják majd az egy vagy két orvostól álló rendelőket.

*A poliklinikák* olyan egészségügyi központok, ahol akár 25 orvos is praktizálhat egyszerre. A poliklinikák nyújthatnak diagnosztikai szolgáltatásokat, végezhetnek kisebb járóbeteg műtéteket, helyet adhatnak gyógyszerár, fogász és optikus számára is.

Egy-egy healthcare hálózat, több szuperklinikát is tervez működtetni az országban 5 éven belül. A hálózatban működő GP részesül a központok nyereségéből. A háziorvosok továbbra is az NHS-nek dolgoznának és az államtól kapnák fizetésüket, azonban *a praxisuk egy kereskedelmi mágnessé válna*, amely vonzaná magához a betegeket, hogy szolgáltatásokat vásároljanak a adott 'Healthcare' orvosi vállalkozástól.

Az elképzelést végeredményben az *egészségügyi plázák rendszere* címmel foglalhatnám össze. *A praxisok egy helyen* nyújtanak majd több különféle egészségügyi ellátást. Itt lesz található gyógyszerár, akupunktúra (alternatív orvoslással foglalkozók), szemészet, fogászat, táplálkozási tanácsadás, krónikus betegség támogatása. A háziorvosok az NHS fizetésük felett *az egész poliklinika nyereségének 10%-át kapják*.

A poliklinikák gondolatát egyes GP-k ellenzik, attól tartva, hogy az ilyen rendelők veszélyeztetnék a beteg és a házi orvos GP diszkrét és egyedi kapcsolatát. A minisztérium szerint azonban a poliklinikák nem jelentik a kisebb GP rendelők végét. A házi orvosokból és szakorvosból álló egészségügyi központok *integrált ellátást és kényelmesebb szolgáltatásokat* nyújthatnak a betegeknek, ahogyan ez már történik is néhány helyen. Az új egészségügyi központokat létrehozó programot a kormány bevont magánbefektetők pénzéből finanszírozza, ami nem vezet a hagyományos házi orvosi szolgáltatások csökkentéséhez.

#### **VII.4.2. A fekvőbeteg ellátás – Lord Darzi után (2008–)**

Az angol kórházak ágyellátottsága az utóbbi években folyamatos csökkentést mutatott, és nemzetközi viszonylatban is igen alacsony (1990-ben ezer lakosra 5,9; 1995-ben 4,1 és 2002-ben 3,7 aktív ágy jutott). Emellett a betegek átlagos kórházi ápolási időtartama viszonylag hosszú. Gondot okoz, hogy az aktív kórházi ágyak egy részét a krónikus betegségben szenvedő idős betegek foglalják el. E jelenségek vezettek a várólisták folyamatos növekedéséhez. A kormányzat kiemelt egészségügyi feladatként kezeli a várólisták csökkentését.

Az ellátás döntő részét továbbra is állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja. A kórházakat az *NHS-alapok menedzselik*, amelyek közül némelyek a magasabb szintű szakellátás regionális, illetve országos központjai. A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és a alapok közötti szerződések alapján történik, amelyekben meghatározzák a fizetendő összeget, valamint az annak ellenértékéért nyújtandó ellátások fajtáját, mennyiségét és határidejét.

Az imént említett *ISTC Programot* 2002-ben jelentették be a már hivatkozott *NHS Plan* nevű reformterv részeként.

*A független ellátó központokkal 2003-tól köt szerződést az NHS.* A központok azon kapacitások betöltésére hivatottak, amelyeket a meglévő NHS ellátók nem tudnak kielégíteni, és országos szinten hiányt szenvednek (hályogműtétek, ortopéd műtétek, képalkotó eljárások, diagnosztikai eljárások stb.).

A magánellátóknak eleget kell tenniük az NHS által megkövetelt klinikai elvárásoknak, és magas színvonalú betegellátást kell nyújtaniuk elfogadható költségekkel.

Az ISTC Program főbb célkitűzései:

- Az NHS kiségitése a várakozási idők csökkentésében
- Támogatás a szakellátástól az alapellátás felé való elmozdulásban
- Az ellátás pluralitásának kiszélesítése
- Az innováció ösztönzése egészségügyi ellátás terén
- A magánszektor és az NHS közötti hosszú távú kapcsolat fejlesztése

*Az ISTC Program jövőképe* szerint a magánszektor a következőképpen segíthet a célkitűzések elérésében:

- A rendelkezésére álló *NHS kapacitások növelése*
- *Innovatív szemlélet* és megoldások nyújtása a biztonságos, minőségi szolgáltatások elérésében
- A meglévő *NHS szolgáltatások kiegészítése*
- A beteg az NHS integrált részének tekinti a magánellátót, amely hasonlóan ingyenes marad a kedvezményezett számára

Az ISTC által nyújtott többletkapacitás a különböző várakozási idők csökkentésének fontos stratégiáját képezi.

Mint korszerű intézetek, az ISTC-k képesek előjegyzés alapján ütemezni a betegeket és sok eljárást akár egy nap alatt elvégezni a kórházi beutaló nélkül (egynapos sebészet vagy rövid kórházi tartózkodás, feltörekvő mellékága a keyhole surgery).

Egy ilyen pilot-projekt központja évi 12 ezer műtétet végez, emellett nyújt még diagnosztikai vizsgálatokat, nappali sebészetet, egyéb műtéteket, köztük ortopéd műtéteket.

Az ISTC Program kiszélesíti a választási lehetőségeket. 2006 januárjától a betegek legalább négy ellátó közül, 2008-tól pedig az országban bármilyen ellátó közül választhatnak. Azaz a beutalás az NHS mellett történhet a magánszektori ellátóhoz is.

Az elvárások szerint *a páciens választási lehetőségének növekedése* ösztönzi az ellátókat a betegközpontú szolgáltatások nyújtására. Ha a betegek eldönthetik, hol részesüljenek kezelésben,

akkor a magán- és az NHS ellátók versenyezni fognak a betegekért. A verseny ugyanakkor növeli a hatékonyságot a különböző ágazatokban, mivel a monopol helyzetben levő ellátók teljesítményét senki sem kérdőjelezte meg. A versenyhelyzet arra készteti az ellátókat, hogy vizsgálják felül folyamataikat, és legalább úgy teljesítsenek, mint az új versenytárs. A verseny hatást gyakorolt az árakra is. Az új ellátók színre lépésével versenyhelyzet keletkezett a magánpiacon is, mely alacsonyabb árakat eredményezett, így az NHS betegek több műtétben részesülhetnek.

*Az ISTC szolgáltatások* minősége és a betegbiztonság az NHS standardjainak felel meg. Az ISTC szerződések kikötik, hogy a magánellátók jelentést közöljenek a teljesítmény indikátorok széles körében. Ezeket havonta vizsgálják át, és éves rendszerességgel publikálják. Az ISTC ellátók kötelesek klinikailag biztonságos, magas színvonalú ellátást nyújtani megállapodás szerinti betegutak mentén. A teljesítménynek a Healthcare Quality Commission standardjainak kell megfelelni, hasonlóan az NHS intézményekhez.

Az ISTC Program monitorozza az ellátás minőségét azonnal a központ működésbe lépése után, különböző mértékek használatával, köztük a KPI-vel (Key Performance Indicators).

*A KPI indikátor adatait havonta küldik az egészségügyi minisztériumnak, mely lehetővé teszi a teljesítmény szoros figyelemmel kísérését, és a problémák gyors kiigazítását.*

Az ISTC-knek *folymatos (tovább-)képzéssel is* kell szolgálniuk működésük során. A tevékenység kiterjed a gyakorló orvosok, az ápolók és az egészségügyi szakemberek képzésére, valamint a műtéti technikák, a sebészeti ápolás és a case-mix szerinti klinikai technikák területeire. Ezen képzések *hatása kölcsönös előnyöket biztosít* az NHS illetve a magánszféra részére. Számos, az ISTC-knél nyújtott sebészeti, érzéstelenítő és egyéb tevékenység az NHS személyzet képzési követelményeinek szerves részét képezi. Modern intézményei és új munkamódszerei révén a független magánellátók alkalmat nyújtanak az NHS személyzet számára, hogy hozzáférést nyerjen az új és innovatív munkagyakorlatokhoz.

*A privatizáció ellenzői* szerint a magánszektor bevezetése az NHS intézményekbe kórházi osztályok vagy teljes kórházak bezárásához fog vezetni. Az új piacon a kórházak valószínűleg veszíteni fognak az üzleti részesedésből, s ehhez a független szektor hozzá fog járulni. A magánszektor munkájának nagy része a hagyományos NHS létesítményekből áthelyezett, és nem igazán újonnan hozzáadott szolgáltatásé *A privatizáció védelmezői* szerint azonban nem számít, hogy a munka nagy része áthelyezésre kerül mindaddig, amíg hatékonyabban végzik el és némi versenyt visz be a standard NHS ellátásba.

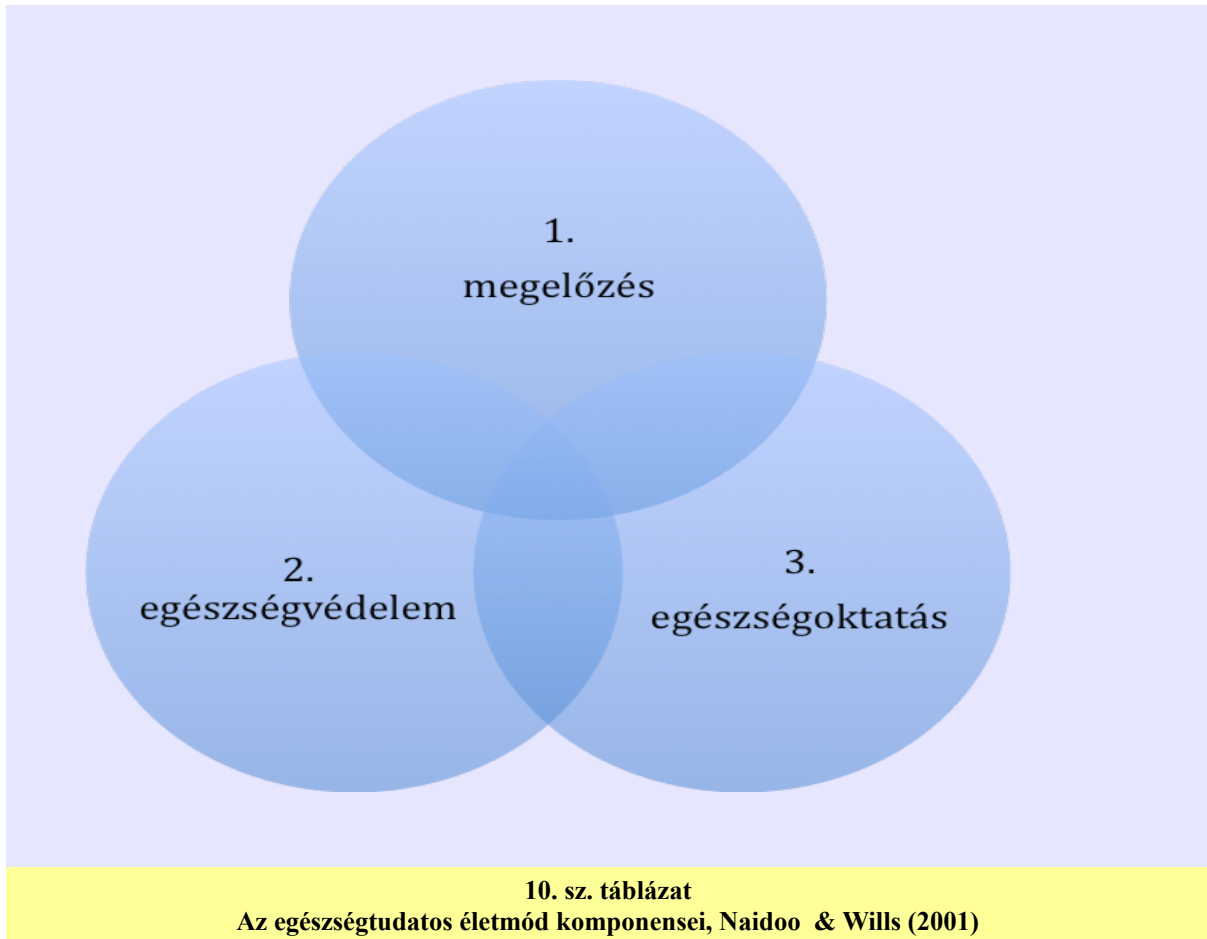
### **VII.4.3. Az egészségtudatos életmód terjesztése – TANNAHILL után (2008-)**

Az egyszerű angol „health promotion”-nak a magyarban bonyolultabb „egészségtudatos életmód terjesztése” kifejezés felel meg leginkább. Az egyszerű tény az irodalom TANNAHILL modelljével, a négy közös metszettel összesen hét elkülöníthető csoportot alkotó – három körrel ábrázolt halmazzal szemléltetik az egészségtudományok.

Az egészségtudatos életmód komponenseit a **10. sz. táblázat**ba összefoglaltnan írja le a szakirodalom.

A három fő halmaz, a három kör a megelőzésé, az egészségvédelemé és az egészség oktatásáé. A három fő halmaz közös metszetét (legközepén) a megelőző célú egészségvédelmi oktatás adja, példaként NAIDOO & WILLS (2001)<sup>480</sup> a biztonsági öv bekötését reklámozó lobbis oktatási tevékenységét mondja.

- A tisztán megelőző ellátások (1.) a védőoltások és a szűrések.
- A tisztán egészségvédő funkciók (2.) tevőlegeseek, mint pl. a munkahelyi dohányzási tilalom bevezetése.
- Kizárólagosan csak az egészségoktatás (3.) az értelmezési köre életmód-terápiás csoportok tevékenységének.



- Megelőző célú egészségoktatás (1. és 3. metszete) a dohányzási vagy életmód tanácsadás.
- A megelőző egészségvédelem (1. és 2. metszete) példaként az ivóvíz tisztítását említik.
- A pozitív egészségvédelmet megcélzó egészségoktatásra (2. és 3. metszete) példaként az egészségvédelmet szem előtt tartó legislációt hozzák.

## VII.5. Az NHS alkotmányozása (2009)

A jelenleg kidolgozás, azaz a brit jogalkotásra jellemző széles körű társadalmi vita alatt álló NHS alkotmány tervezet új jelenségeket honosít meg az NHS irányában. Egyik elemzője Alan MAYNARD<sup>481</sup> a jelenségre sajátos új szót kreált, ez a 'redisorganisation', amelyet találóan újraszétszervezésnek fordíthatunk. Lássuk, mi is ez az új alkotmánytervezet.

## VII.5.1. Preambulum (2009)

„Az NHS az emberekhez tartozik. Arra szolgál, hogy segítsen javítani az egészségüket, támogassa fizikai és lelki jólétüket, segítsen gyógyulni, ha betegek, s amikor az egészség nem helyreállítható, kezeljen, tartson a lehető legjobb állapotban. Az NHS a tudomány határain dolgozik, és az emberi tudás és gyakorlat legmagasabb fokát hozza közénk, hogy életet mentsen és gyógyítson. *A legalapvetőbb emberi szükségletek idején érinti életünket... ezért vizsgáltam meg az előző jelentésemben, hogy érdemes az NHS-nek alkotmányt adni.*”<sup>482</sup>

*A Darzi-Jelentés négy csoportban taglalja az alkotmányozás szükségességét.*

### **a) Biztosítani az NHS-t a jövő számára**

Ennek valóságával nem ért egyet POLLOCK (2005), aki szerint az NHS az alkotmányozással párhuzamosan megvalósuló feldarabolásával a szervezetben rejlő jelentős többlettudás visszavonhatatlanul elvész<sup>483</sup>.

### **b) Megerősíteni a kedvezményezetteket és a nyilvánosságot**

A kedvezményezetteknek ugyan már van számottevő joga, de ezek különböző intézményekben és szabályzatokban szétszórva lelhetőek fel. Sok közülük bizonytalan, és soknak a jogosultak nincsenek tudatában. Az alkotmány az összes létező joguk közös kodifikációjával megerősítené a kedvezményezetteket.

Pontosan ezzel a követelménnyel kezdte a 'The NHS Plan' is 2000-ben<sup>484</sup>, hogy a kedvezményezetteknek nagyobb ráhatást, a köz felé pedig nagyobb elszámoltathatóságot kell biztosítani az NHS vonatkozásában. Az NHS Pplan igyekezett erre belső szervezeti megoldásokat találni. – Darzi megoldása azt sugallja, hogy a 2000 utáni változtatások elégtelenek bizonyultak, de emellett valamennyi kritika szerint egyértelműen a globális egészségipar bejövételét előkészítő kodifikációs lépés<sup>485</sup>. A multinacionális ellátó cégek anyagi-hatalmi túlerejével a nyilvánosság ráhatás-aggregáló szerepét állítja szembe.

### **c) A személyzet erősítése és megbecsülése**

Az NHS erőforrásai közül az 1,3 millió fős humán erőforrás a legkiemelkedőbb értéket képviseli. Hogy az alkotmány egy tartós intézmény legyen: szükséges a dolgozói igényeknek is megfelelnie. Az ajánlat a dolgozóknak magas színvonalú munkát, valamint tréningeket és a szükséges támogatásokat ígéri biztosítani<sup>486</sup>. TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) több helyen elemzi a munkaerő különböző kérdéseit. Kiemeli ezek közül mind az NHS-dolgozók mind az NHS-szervezet meglévő „lifelong learning” rendszerét<sup>487</sup>, melyet két szervezet: a 2005-ben alapított NHS ILSI (Institutie for Learning Skills and Innovation) és a 2001-es alapítású NPSA (National Patient Safety Agency) és megjegyzi, hogy a intézményi szinten túl minden MHS dolgozó évenként előmeneteli jelentés tételére köteles.

Az NHS orvostovábbképzésének magas színvonalát nemzetközileg is elismerik (egyres elemait, mint pl. a továbbképzési pontok gyűjtését a hazai rendszer is átvette), az Angliában

végzett orvosnak a világ minden kórházában örvendenek, és az orvospercek aránya nemzetközi összehasonlításban az Egyesült Királyságban a legalacsonyabb<sup>488</sup>.

A nővérek képzését már 1993-ban átruházták az alapokra és az egészségügyi hatóságokra (csoportokra bontva), ami azt jelentette, hogy kiképzettek száma sokkal inkább a rentabilitási követelményeken, mint a szakrendelői igényeken múlt. Az alacsony fizetés miatti nyugtalanság a nővérek közt – egy régóta tartó jellegzetesség az NHS-nél – és a növekvő munkaterhelés többször súlyos nővérhiányhoz vezetett. A kórházak ma egyre inkább a nővérügynökségekre támaszkodnak<sup>489</sup>.

A 2005-ös Az orvosi karrierkép modernizálásáról szóló tervezet, a Modernising Medical Careers (MMC) iniciativa az orvosképzés után kétéves klinikai képzést vezetett be, amelynek célja az alapvető klinikai ismeretek elsajátítása. A life long learning gyakorlatát a szintén új Posztgraduális Orvosoktatási és -képzési Bizottság (a Post-Graduate Medical Education and Training Board PMETB) segíti és az egyéb készségfejlesztő programok színesítik. Személyes közlésből viszont az is ismeretes, hogy a praxisban dolgozó orvosoknak nagyon nehéz a képzés és készségfejlesztés legelemibb pontfeltételeinek is a teljesítése a munkavégzés szoros időbeosztása miatt<sup>490</sup>. Éppen ezért HEARD és PAICE a ritka és hosszú „pontot hozó” képzések illetve konferenciák helyett egy ’e-education’ stratégiai kifejtését javasolják fent idézett tanulmányukban<sup>491</sup>.

Értékelésem szerint Lord Darzi ajánlata minél kevesebb és minél nyitottabb alkotmányi elkötelezettséggel törekedett az NHS dolgozók népes és befolyásos körét megszerezni a javaslat támogatásának.

#### **d) Megosztható célok, alapelvek és értékek kodifikálása**

Az NHS fejlődésével párhuzamosan („As the NHS evolves”) a szolgáltatók széles köre – köztük a „harmadik” vagy „független” szektor – vele párhuzamosan ajánlja az NHS-bizománynak számító szolgáltatásokat. A kedvezményezettek elvárják, hogy akárhol is veszik igénybe a szolgáltatásokat, mindenütt ugyanazt a színvonalat kapják. Valamennyi szolgáltató egy integrált kiszolgáló rendszer része. Éppen ezért állapítsunk meg az NHS részére célokat, alapelveket és értékeket az Alkotmányban. Darzi terve szerint ez a kodifikáció kiterjesztő alkalmazást nyerhet. Tehát valamennyi, az NHS-ének megfelelő szolgáltatást nyújtó szervezetet jogszabály kötelezze az NHS Alkotmány előírásainak betartására döntéshozatalában és tevékenysége során<sup>492</sup>.

#### **e) A kedvezményezetti felelősség megerősítése a kodifikált standardok irányban – és helyi szabadság a kivitelezésben**

Eszerint az NHS-é a felelősség nemzeti szinten, míg az ellátásokat helyi szinten nyújtják. Az Alkotmány lehetőséget szolgáltatók mind a helyi mind a nemzeti szinten a felelősség határainak kijelölésére és azok megerősítésére. Egy alkotmányozás tehát lehetőséget nyújt a reform- azaz rekodifikátor erőknél újradefiniálni, hogy lakóhelyüktől függetlenül milyen ellátások biztosítását várhatják el a kedvezményezettek az NHS-től.

Lord Darzi tervezete szerint az Alkotmánynak és mellékleteinek tisztázniuk kell:

- mik a kedvezményezettek alanyi jogai, melyek teljesítése kikövetelhető az NHS-től,
- melyek azok az alap elvek, melyek mentén a döntések születnek
- ki miért visel felelősséget.

Ez utóbbiak tisztázására az alkotmánnyal együtt kiadott ún. „Felelősségi nyilatkozat”-ben kerülne sor.

Végül Darzi az Alkotmány rendszeres, legalább három évenkénti frissítését javasolja, hogy a ’Handbook to the NHS Constitution’ „up to date” maradjon.

### VII.5.2. A kontraktualizálás (2001–)<sup>493</sup>

Az alkotmányozó egy egész sor alapelvet és értéket javasolt, de a változásoknak mégis egy *expressis verbis* nem említett, de kiemelkedő jellemzőjére, a kontraktualizációra szeretném a figyelmet felhívni. Az *alkudozás és a szerződéskötés* nem újkeletű az NHS szervezetében. Christopher HAM pl. az NHS 1982-es átszervezésénél<sup>494</sup> hívja fel rá a figyelmet.

Ugyancsak értékeli a szerződések elterjedését POLLOCK (2005), aki szerint a szerződések bevezetése egy egészében más, új bürokráciát igényelt. Valamennyi kórháznak és ellátás biztosítására kötelezettnek jelentősen fel kellett fejlesztenie pénzügyi és számviteli egységét, rendelkeznie az árakról és azok feltételeiről, azaz definiálni a szerződésszerűen nyújtható ellátások körét és tartalmát. Meg kellett – jogással, közzgazdással – erősíteni a tárgyaló küldöttségeket, és meg kellett szervezni a szerződések érvényesülésének monitoringját – mindez az adminisztratív költségek duplázódását hozta<sup>495</sup>.

Az alkotmányos jogállam jellemezői között ugyanis az egyik feltűnő jelenség a szerződésesedés, a kontraktualizáció. E folyamat szorosan összefügg a globalizációs segítő nemzetközi szerződések számának és szerepének növekedésével. A szerződésesedés markáns megnyilvánulása a közjogi szerződések alakzatainak terjedése és szerepének fokozódása is<sup>496</sup>. Tipikus esete a Health Care Act 2006. már ismertetett szakasza<sup>497</sup>, amely definiálja a megállapodást, amelyben a két fél, egy egészségügyi szolgáltató szervezet (egy commissioner) egy másik egészségügyi szolgáltató szervezettel (a provider-rel) rendezi a céljaiknak megfelelő, és funkcióik ellátása során indokoltan igényelt javak vagy szolgáltatások biztosítását. Később a HCA(2006) több helyen<sup>498</sup> egyes megállapodásokat az NHS kontraktok körébe von, azaz annak megfelelően rendel kezelni.

A PCT-k és az NHS-alapok közötti együttműködés alapja az 1990. évi törvény 4. cikke értelmében az „NHS-szerződések” *rendszere*, amelyekkel kapcsolatban – bár nem kikényszeríthetők – az illetékes miniszter különleges belső vitarendezési jogosultsággal rendelkezik. Az NHS-szerződéseket általában a kért szolgáltatások mennyiségét és finanszírozását meghatározó megállapodás alapján kötik<sup>499</sup>.



A szerződésesedés okai:

- emelkedik a szerződéskötésre jogosult szervezetek száma,
- a felek egyetértését a *pacta servanda sunt* erősíti,
- a szerződés jellemzően az ésszerű kooperáció eszköze.

Az első okkal kapcsolatosan visszautalunk a tényre, hogy a HCA(2006) később<sup>500</sup> meghatározza kontraktusok alanyait, az egészségügyi szolgáltató szervezeteket.

E közjoginak minősülő szerződések *differentia specifica*-i:

- A közjogi szerződések alanyait, tárgyköreit, tartalmát, megkötésének eljárását és formáit, a felek jogait és kötelezettségeit stb. közjogi rendelkezések határozzák meg.
- Közjogi jogviszonyt létesítenek.
- Köz cél, közérdek szolgálatára, közfeladat ellátására irányulnak.
- Legalább egyik alanyuk közhatalmi szerv.
- Igénybevételük felett rendszeres törvényességi felügyelet érvényesül.

### VII.5.3. Teljesítményfinanszírozás helyett minőség-monitoring (2009–)

Az új NHS új céljai szerint nem a nyújtott teljesítményre, és annak ellenőrzésére, hanem a minőségi ellátásra, és annak felügyeletére, a szolgáltatóktól megkövetelésére összpontosít.

Az egészségügyi szolgáltatások minőségének felügyeletét *ma* egy vadonatúj *testületi szerv*, a Health and Social Care Act 2008 (c.14) 1-7.§§-ok által 2009 szeptembere óta felállított *Healthcare Quality Commission (HQC)* végzi<sup>501</sup>, amely a törvényi szabályozás szerint éves jelentéstételre köteles bizonyos témakörökben<sup>502</sup>. Jöjjön, a *Healthcare Commission (HCC)* az egészségügyi alapokról legutóbbi két alkalommal 2008 október 16-án és 2009 július 14-én, a szociális ellátásokról pedig 2009 április 20-án (harmadik illetve negyedik alkalommal) tettek közé jelentést.

A Healthcare Commission-nak és jogutódjának a HCQ-nak nem ez a pár darab éves jelentés a teljes feladata. Rengeteg – köztük sok komplex – eljárása van, melyeknek a végén ajánlásokat fogalmaz meg és dokumentumot bocsát ki. Csak az 2008/09-es évben<sup>503</sup> ezek közül negyvenhetet közzétettek, azaz ki is adtak.

Mind a kettő szerv a minisztériumi szervezetbe be nem tagozódott köztestületi jellegű intézmény, amely közvetlenül a Parlamentnek tartozik felelősséggel az angol egészségügyi szolgáltatások javítása témakörben<sup>504</sup>.

Ezek a dokumentumok többféleképpen csoportosíthatóak.

- *Időtartamukra nézve* lehetnek évesek, vagy más időtartamot átfogók, illetve időpontbeliek.
- *Kiterjedésük lehet területi vagy tematikus* (pl.: szakági). A területi a nemzetitől lefelé a régióig vagy az egyes ellátóig megfogalmazható.

- *Formájuk változatos*: a publikált analízistől az éves riporton, a jegyzőkönyvön, az összefoglalón, a tanulmányon, a vizsgálaton, és a kutatáson keresztül egészen a 'published results of intervention' -ig terjed.

Lássuk a *391 angliai NHS tröszt* 2006/07-es, 2007/08 és 2008/09-es<sup>505</sup> éves „teljesítményének” értékelését<sup>506</sup>. Az adatok összességében a alapok értékelése javulást mutat, azaz az egy évvel előbbi értékeléshez képest több tröszt kapott „kiváló” és egyre kevesebb „gyenge” osztályzatot.

A alapok egy *általános négy szintű besorolásban* (kiváló, jó, elfogadható, gyenge) részesültek. Megjegyzésre méltó, hogy a szociális ellátásokat is pontosan ilyen, négy fokozatú besorolással kvalifikálják. Az értékelés a *szolgáltatások minőségére, és a pénzügyi források felhasználására* terjed ki.

A szolgáltatások minősége terén:

- *2007/08-ban* 100 tröszt (26%) volt kiváló, 139 (36%) jó, 132 (34%) elfogadható és 20 (5%) volt gyenge.
- *2006/07-ben* a alapok 16%-a volt kiváló, 36%-a jó, 34% elfogadható és 8% volt gyenge.
- *2005/06-ban* csak 41% kapott kiváló vagy jó értékelést és 59% volt elfogadható vagy gyenge.

A pénzügyi források felhasználása terén

- *2007/08-ban* 94 tröszt (24%) volt kiváló, 145 (37%) jó, 132 (34%) elfogadható és 20 (5%) volt gyenge.
- *2006/07-ben* a alapok 14%-a volt kiváló, 23%-a jó, 36% elfogadható és 26% volt gyenge.
- *2005/06-ban* csak a alapok 16%-a volt kiváló vagy jó és 84% részesült elfogadható vagy gyenge minősítésben.

Figyelmet érdemel, hogy az utóbbi kettő felmérésen gyenge minősítést kapó alapokat a HCC *kivételesen végig látogatta* – és gyakran ajánlásokat fogalmazott meg a részükre.

2008-ban 42 tröszt bizonyult kiválónak mindkét kritérium szerint, míg a 2005/06-os első értékelésnél csak kettő. A tárgyidőszakban az NHS alapok több mint harmada (151) javította szolgáltatása minőségének besorolását, ezek közül 26 tröszt két osztályzattal lépett előre. A alapok 17%-a (66) mutatott teljesítményromlást, ezek közül szintén 26-an estek vissza két osztályzattal.

*Régiós elhelyezkedés szerint* észak-Anglia teljesített a legjobban – már harmadszor egymás után –, azonban a dél-nyugati országrész nyújtotta a legnagyobb mértékű javulást.

További általános megállapítás, hogy az *alapítványi alapok továbbra is megelőzik a nem alapítványi alapokat*. A 42 trösztből 38 minősült kiválónak mind a szolgáltatások minősége, mind a pénzügyi források felhasználása vonatkozásában.

*London* az egyetlen terület az országban, ahol a szolgáltatások minősége hanyatlást mutatott (48%-os eredménnyel a tavalyi 55%-hoz képest). Szakadék keletkezett London és az

ország többi része között, főleg a szolgáltatásokhoz hozzáférés terén. (Ezek vizsgált mutatói: a sürgősségi várakozási idők, GP-k elérhetősége, beutalástól a kezelésig eltelt idő, mellrák szűrés.) A CQC a nyilvános jelentésében cselekvést sürget a londoni probléma megoldására.

Az alapok típusai szerint elemezve a tavalyi évben elért minőségi mutatók eredményeit:

- A 169 akut és szakellátási tröszt jelentős javulást mutatott.
- Az alapellátási alapok (PCT-k) teljesítménye romlott, csak harmaduk ért el kiváló vagy jó besorolást. Ez a számos plusz célkitűzésnek tulajdonítható, amit az alapellátási alapoknak teljesíteniük kell, melyek közül több, nagy kihívást jelentő egészségügyi kimeneteli mértékkel esik latba.
- A mentési alapok javulást mutatnak a válaszadási idők célkitűzéseinek teljesítésében. Idén 2 tröszt ért el kiváló osztályzatot (első alkalom, hogy ez megeshet egy mentési trösztel), 5 minősült jónak, 1 megfelelőnek és 3 gyengének (1= cca. 9%). Forrásfelhasználásból egy mentési tröszt sem kapott kiváló értékelést.
- A mentális egészségügyi alapok jobban teljesítettek más alapokhoz képest. Az 56 trösztből 12 (21%) ért el kiváló eredményt mindkét kritérium szerint, míg egy éve csak 2 (4%), azelőtt pedig egy sem.

#### **VII.5.3.a. A jelen szervezet – minőség-monitoring (2009–)**

A jelen, 2009/2010 évi irányítási és felügyeleti szisztéma deklaráltan a piaci viszonyok felé nyitást célozza.

Kimondott célja az egészségügyben a szektorsemleges finanszírozás, az állami (központi) befolyásolás nélküli verseny és a piacra belépés elősegítésének biztosítása.

Kulcsszervét, a független minőségellenőrző és -biztosító Monitort már ismerjük. A struktúrát, melyet expressis verbis átmenetinek szántak, a **XIV.A és XIV.B ábra** mutatta be.

Az átmeneti megoldás utáni szerkezet tervezetét is ismertetem a **XVI.A és XVI.B ábrán**.

A két egymást követő közeljövőbeni lépést a brit társadalom válasza, egy civil szerveződés dokumentuma helyezi kontextusba az ábrákat követő alfejezetben.

#### **VII.5.4. A betegek nem számok, a népesség nem statisztika (2009)**

Az NHS hivatalos történetéről monográfiák szólnak. A nemhivatalos történek a legváratlanabb formákban formálódnak meg.

Például Lindsay ANDERSON filmje, a Britannia Hospital – az NHS-ről valaha forgatott legkiválóbb komédia – 1982-ben készült. A film a klasszikus szatíra a '70-'80-as évek NHS-éről. A kórház előtt anarchisták tüntetnek, az elit belső laboratóriumban tiltott kísérletek folynak. A rendszer szereplői kitűnően tisztában vannak jogaikkal – az ellátási hierarchiában a legutolsó – maga a beteg.

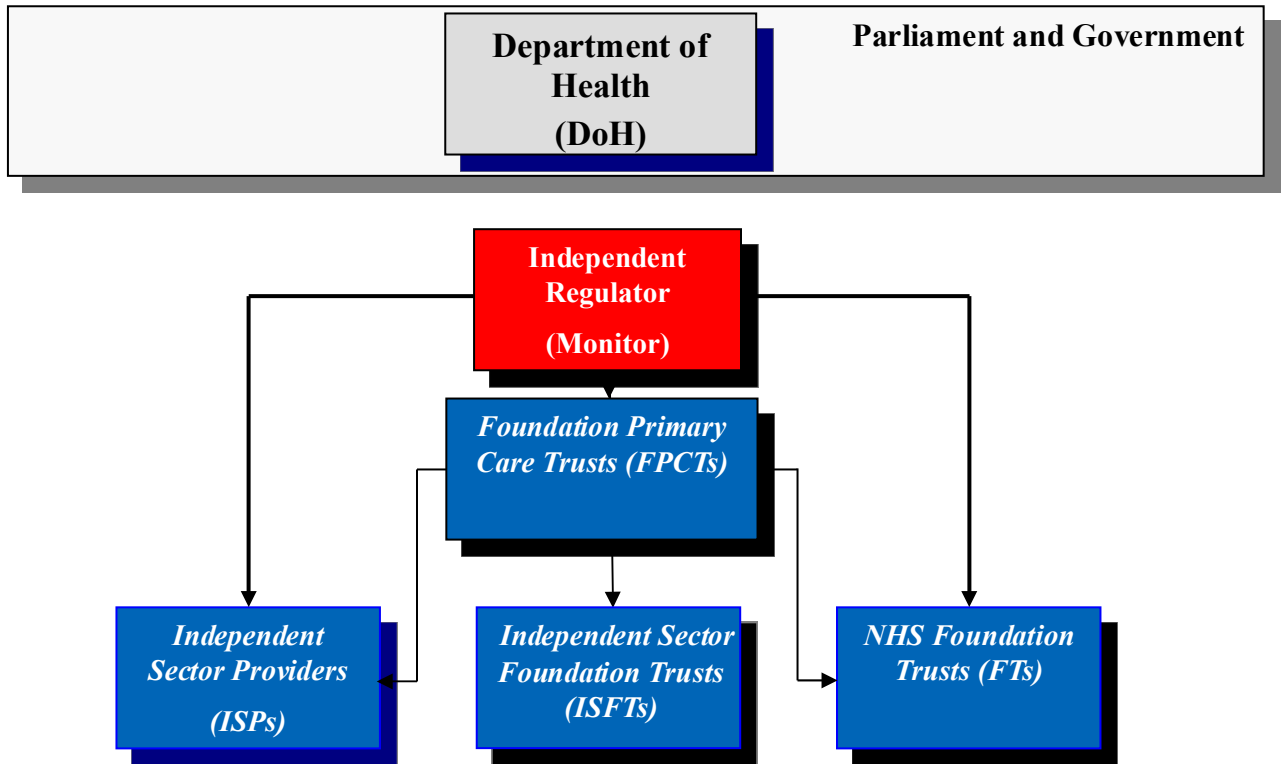
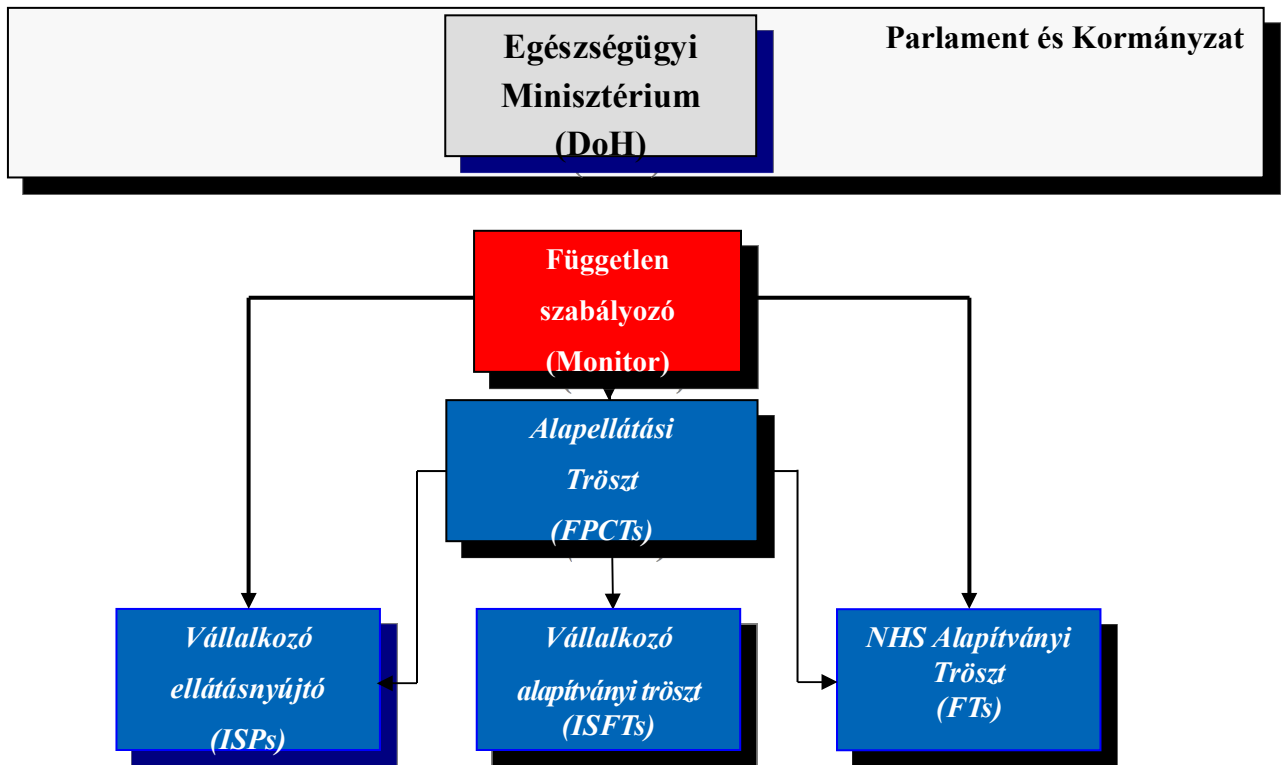


Fig. XVI.A, Transition of the NHS to a market 2<sup>nd</sup> step in England 2010-



XVI.B. ábra Az NHS piaci szemléletű átalakítása: 2. lépés, 2010-től (Anglia)

Az egész kaotikus világ legrendetlenebb szeglete az NHS kórház, s mégis: az itt titokban létrehozott mesterséges szuperagy első mondatai az ember szépségére és sokféleségére csodálkoznak rá.

2009. augusztus 15. is érdekes intermezzóját nyújtja a jelen szakosodó intézményfejlődésének. A Patients' Association megjelenteti „A betegek nem számok és a népeesség nem statisztika<sup>507</sup>” című (Patients not Numbers People not Statistics) megrázó vitairatát.

A dokumentum soha nem látott fejezetekből áll. Egy-egy fejezet címe egy-egy név: egy-egy emberélet – rendszerint halállal végződő története. Hetvenhét oldal, 16 fejezet, 16 személy, 16 élet, amiből 14 kórházi mulasztások tömegét felsorakoztató halálessettel áru.

Már az 1991-es Fehér Könyv, azaz a *'The Health of the Nation'*-nél (A nemzet egészsége) megjegyeztük, hogy a könyv pontosan rögzítette a statisztikai kilátásokat, hogy adott kórt milyen eséllyel sikerül leküzdeni. Felhívtuk rá a figyelmet, hogy statisztikai adatok ilyen felhasználása később állandó helyet kap az egészségpolitikai vitákban. A disszertáció előző alfejezetei pl. jól igazolják a tendenciát, a statisztika eluralkodását ez egészségügyben, egészen az egészségügyi tárgyú jogalkotás előkészítéséig. A civil mozgalom ennek a tendenciának a következményeire igyekezett rámutatni.

Álljon itt a harmadikként bemutatott Florence Elizabeth WESTON esete<sup>508</sup>.

#### VII.5.4.a. Florence Elizabeth WESTON

*Florence* 85 évesen viszonylag aktív életet élt egyedül. Ugyan négy éve átesett egy szívrohamon, de hála a Russels Hall Hospital intenzív osztályának, felépült, enyhe szívelégtelenségét és az időközben felfedezett cukorbetegségét gyógyszerekkel kordában tudták tartani.

2007. december 17-én délutáni szunyókálásából hirtelen ébredve elesett, és *eltört a csípője*. A mentők kiválóan végezték a dolgukat.

A Russels Hall Hospital-ba 4.49-kor érkezett, de 11.20-ig nem vették fel osztályra. A kórház azt állítja, hogy elvégezték a szükséges vizsgálatokat, de az ortopédiai orvoscsapat elé nem kerülhetett, egyéb teendőik miatt; az igénybe vehető ágyak száma pedig azon a napon kevesebb volt, mint az osztályra felveendő pácienseké.

Köztudott, hogy *amennyiben a páciens 48 órán belül megoperálják, sokkal jobbak az esélyei a teljes felépülésre, és a teljes mobilitás visszanyerésére*. Azonban, az évi 70 000, 60 év feletti combnyaktöréses áldozat 20%-ának több mint két napot kell várniuk, ami nem csak fájdalommal jár, hanem növeli a valószínűségét annak, hogy életük hátralévő részében mozgáskorlátozottak lesznek. A gyors reagálás elmulasztása drámaian növeli a páciens halálának esélyét is.

Annak ellenére, hogy nap mint nap azt mondták a hozzátartozóknak, hogy a hölgy aznapra van előjegyezve műtétre, egyéb klinikai prioritások miatt állandóan levették a

listáról. Azt soha nem sikerült megtudniuk, mik vagy kik élvezték ezeket a prioritásokat. Végül öt nap múlva került sor a műtétre.

Ezen öt nap alatt, a műtétre várva, se nem ehetett, se nem ihatott, ami sok kellemetlenséget okozott a hölgynek, annak ellenére, hogy a megfelelő infúziókon tartották.

Azt is tudomására hozták, hogy mivel ágyhoz kötött, és nem képes használni a wc-t, be fog pisilni. Ez természetesen nagyon zavaró volt számára. Egy alkalommal az éjszakás nővér le is hordta emiatt. A hölgy lánya panaszt tett az ügyeletes főnővérnek, azonban ez később nem jelent meg a páciens halála után kikért feljegyzésekben. Végül megkatéterezték.

Sajnos az operáció nem sikerült, ismét várólistára került, újabb műtétnek nézett elébe. A család már aggódott, mivel nyilvánvalóvá vált, hogy a kórháziak nem képesek gyorsan és hatékonyan kezelni a szituációt. Három napot vett igénybe, míg végül a 20 mérföldre lévő Ortopédiai Kórházba átvitték.

Rá két napra hosszú, teljes csípőcserés operációt hajtottak végre a hölgyön, aki másnap szívelégtelenségben meghalt. A családtagok már sohasem fogják megtudni, hogy vajon tovább élhetett-e volna, ha hamarabb megoperálják.

*A család úgy érezte, hogy szükségük lenne válaszokra az alaptól.* Az elmúlt 15 hónapban 7-8 levelet váltottak. A leveleket nagyon óvatosan fogalmazták meg, hogy nehogy olyan vád érhesse őket, ami perre vezetne. Azt azonban a család nem érezte ki a levelekből, hogy őszintén elfogadták volna, hogy jobban is gondját viselhették volna édesanyjuknak.

### **VII.5.5. Az NHS alkotmánya (2010)**

Az NHS hivatalos történetéről a monográfiákon kívül a jogi normák is szólnak. A hatályos jogszabályok rendje néha akár kofúzus képet is mutathat. 2009. január 21. napján közzétételre került a 'The NHS Constitution', az NHS Alkotmánya, amely valós és hosszas társadalmi vitát követően 2010. február 24. napján hatályba is lépett.

Hogy az egészségügy alapértékeit és -szabályait egységes jogtestbe foglalják, különös megoldás az angoloknál, akik a történelmi – egységes, írott jogtestbe nem foglalt – alkotmány talaján állnak ma is.

A jogszabály PR címe, a 'The NHS belongs to the people' az „NHS a népé”. Preambuluma leszögezi, hogy célja az egészség és a jólét, a jó fizikai és lelki kondíció elősegítése, a betegek körülményeinek javítása, és mikorra elfogy a segítség lehetősége, az emberi élet elkísérése az utolsó pillanatig.

Az NHS Alkotmánya – amely ismét csak Anglia területén hatályos – megállapítja a szervezet alapelveit és -értékeit. Szabályozásának alanyi köre az NHS testületek, a magán- és a civil szektor (*third sector providers*) egészségügyi ellátói. Fő szabályként előírja, hogy rendelkezései minden tíz évben felülvizsgálandóak a társadalom, a páciensek és az egészségügyi dolgozók bevonása mellett.

Az NHS Alkotmányának átfogó értékelésére a jelen disszertáció nem vállalkozik, mindössze arra kíván rámutatni, hogy az alábbi hét alkotmányos alapelv, amely az NHS-t vezeti, ismerős:

- I. Az NHS teljes körű, és mindenki számára elérhető ellátást biztosít.
- II. Az ellátásaihoz hozzáférés a klinikai indokoltságon alapszik, független a rászoruló fizetőképességétől.
- III. Az NHS a kiválóság és a szakmaiság legmagasabb szintjére törekszik.
- IV. Az NHS ellátásainak meg kell felelnie a kedvezményezettek, családtagjaik és ápolóik szükségleteinek és preferenciáinak.
- V. Az NHS a kedvezményezettek, a helyi hatóságok és a lakosság legszélesebb körének érdekeit szem előtt tartva – akár szervezeti határait is átlépve – együttműködésre köteles más szervezetekkel.
- VI. Az NHS elkötelezett arra, hogy az adófizetők pénzének legjobb hasznosulását, a véges anyagi források pontos, leghatékonyabb és fenntartható felhasználását biztosítsa.
- VII. Az NHS felelősséggel tartozik szolgálni a közt: az önkormányzatokat és a kedvezményezetteket.

A jól ismert alapelvek ezen ismételt nyomatékosítása az újra meg újra megismételt vallásfelekezeti türelmi jogszabályokból levont jogtörténeti locus communis-ra mutat rá: az az élethelyzet vagy hétköznapi tény, amely állandóan jogszabályban kerül deklarálásra: biztosan sérült. Hiszen: ha a más vallásúakat nem érte volna hátrány, aligha kellett volna ismételt a vallások egyenjogúságát normában kihirdetni. Az NHS alkotmányban megismételt alapelvei és -értékei azok gyengülésére, sérülésére, eltűnésére utalnak a jogtörténet felől közelítő számára.





## VIII.

# AZ ANGOL ÉS A HAZAI VÁLTOZÁSOK ÖSSZEVETÉSE

### VIII.1. Kapcsolatok

#### VIII.1.1. Az ellátott állásfoglalása: egészségügyi turizmus (2008 és 2009 október)

A 2008. október 22. előtti héten<sup>509</sup> több, az NHS alkalmazásában álló fogorvost pereltek be azzal a váddal, hogy a profit maximalizálása végett túlkezelték betegeiket. Az egyik 2008-as felmérés szerint jóval több, mint hétmillió brit állampolgár nem részesül állami fogorvosi ellátásban, a magánellátás költségei pedig azonnal felvetik a kérdést: megéri-e külföldre utazni az ellátásért?

„A *Treatment Abroad internetes portál* felmérése szerint az egészségügyi szolgáltatást külföldön igénybe vevők hetvenöt százaléka „tökéletesen elégedett” a Magyarországon, Lengyelországban vagy éppen Cipruson kapott ellátással és eredményekkel. Ennek ellenére brit egészségügyi testületek aggódalmuknak adnak hangot azzal kapcsolatban, hogy a vállalt kockázatból származó hátrányok nagyobbak lehetnek a pénzmegtakarításból jövő előnyöknél, illetve, hogy sok esetben semmilyen biztosítékot nem kapunk arra vonatkozóan, hogy mi lesz, ha valami balul üt ki?

Míg tíz éve az „*egészségügyi turizmus*” fogalma gyakorlatilag ismeretlen volt, manapság a britek külföldi kezelését koordináló weboldalnak (<http://www.treatmentabroad.com/>) havi ötvenezer látogatója van. A portál hatszázötven „egészségügyi turista” között végzett felmérése szerint a legtöbben fogorvosi ellátásért utaznak külföldre, mert az Egyesült Királyságban elérhető szolgáltatás túl drága (Magyarországon egy korona elkészítése fele annyiba kerül, mint Angliában). Emellett az is előfordul, hogy a beteg külföldön hamarabb megkapja a kezelést, mint otthon.

A fogorvosi ellátás mellett plasztikai sebészeti beavatkozások, megtermékenyítési eljárás és a hagyományos sebészeti beavatkozások és szervátültetés legkülönbözőbb formái vonzzák külföldre a pácienseket. A fogorvosi ellátásban *költségmegtakarítási szempontok miatt* a „turisták” körében legnépszerűbb három ország *Magyarország, Lengyelország és Törökország*. Az egyéb beavatkozások esetében az alacsony árak mellett más szempontok is befolyásolják a páciensek preferenciáit: kinek Belgium kényelmes *közelsége*, kinek Spanyolország és Ciprus híresen jó *nyaralóhelyei* a döntő szempont.

Az egészség-turisztikai üzletág a gazdasági válság közepette is virágzik, felmérések szerint a válaszadók mintegy ötöde gondolja úgy, hogy tízezer fontnál is többet takarított meg az akcióval.

2009. október 6. napján a következő hír kerül fel a világhálóra. Ami a fogorvosok iránti keresletet illeti, az előre prognosztizálható volt – írja Krisztina O'BRIEN<sup>510</sup> –, hiszen az osztrák határ mellett levő magánpraxisok már az EU-belépés előtt is nyereségesek voltak. Az osztrákok negyede járt Magyarországra fogorvoshoz, és a németek is régóta kezeltették a fogaikat balatoni nyaralásaik alatt. Az EU-csatlakozás után az osztrákokat felváltották az angolok, s *Magyarország elsődleges fogászati úticéllá vált*.

A *kozmetikai orvosi eljárások* területén is hasonló változások történtek, és bár hazánk ebben a kategóriában nem került az élvonalba, megélnékült a kereslet a különböző plasztikai műtétek iránt.

Az egészségügyi turizmus virágzott, *míg be nem robbant a gazdasági válság*. A recesszió komolyan érintette a kozmetikai sebészet piacát. Hatására a világ összes sebészetén visszaesést tapasztaltak.

A cégek úgy reagáltak, hogy különböző beavatkozásokat együtt kínáló csomagokban *csökkentették az áraikat*. Még a *fogorvosok is* tettek engedményeket, ami az Egyesült Királyságban rendhagyó dolog, hiszen a szigetországban kevesebb, mint négy NHS fogorvos jut tízezer emberre.

Magyarországon viszont még mindig hagyományos, klinikum- azaz kórházközpontú az ellátás. Ennek – többek között – az az oka, hogy a legtöbb kórház jelenleg kényszerűen abban érdekelt, hogy a betegek minél többen kórházban fekdjenek, mert az intézmény így lényegesen több finanszírozást kap<sup>511</sup>.

*Nagy Britanniában pedig 14-szer(!) annyi egynapos műtétet végeznek, mint Magyarországon*, pedig ez a betegeknek lényegesen kényelmesebb, kevesebb a kórházi fertőzés esélye, az adófizetőknek pedig sokkal olcsóbb megoldás volna<sup>512</sup>.

*Magyarországon viszont az árak nem csökkentek*. A költségek nagyon keményen növekednek a legálisan működő vállalkozások számára, adóterhek és más elvonások formájában. A felhasznált termékek, anyagok ára is folyamatosan növekszik.

Emellett a forint hektikus árfolyam-mozgása is nagyon befolyásolja az árakat.

Pedig ezek a szépsészeti műtétek ma már nem csak a felső tízezer privilégiumai, egyre *több középosztálybeli él a kozmetikai beavatkozások* lehetőségével. Talán ezért is hatott a válság ilyen kedvezőtlenül a szektorra.

Fogorvosi berkekben ugyancsak a páciensek számának visszaesésére panaszkodnak, annak ellenére, hogy a piaci résztvevők állítása szerint itt nem annyira szomorú a helyzet, mint a kozmetikai műtéteknél. A SmileSavers például az elmúlt évben több mint ötszáz angol beteget közvetített Magyarországi fogorvosokhoz, és ezen a számon nem látszik a gazdasági válság hatása.

*A piac 2009. október 6-án tehát még mindig létezik, csak az áremelkedések miatt a vevők már nem elérhetőek, visszacsábításuk érdekében szükségesnek látszik az árcsökkentés. Ez még várat magára. „Még minimum egy évig kemény árharc lesz a piacon, pár közvetítő cég be is fog dőlni, ha eddig még nem tette meg, mert aki igazán megengedheti magának a műtétet, az megcsináltatja otthon. Külföldre az megy, akinek száz euró is számít, és otthon nem is álmodhatna műtétről. Az orvosi turizmus nem az elit réteg kiszolgálója, és ezt muszáj szem előtt tartani.<sup>513</sup>”*

A 2008. október 22. napján az egészségügyi szakmai szervezetek, mint a BMA és a Brit Fogorvosok Szövetsége (British Dental Association) óvatosságra intettek: rámutattak az előzetes információ bizonytalanságára és esetenként hiányára. A nyelvismerettel kapcsolatos nehézségekre, és annak veszélyére, ha később, az Egyesült Királyságba történő visszatérés után merülnek fel a kezeléssel eredő szövődmények vagy mellékhatások. Ezért mindenképpen javasolják, hogy mielőtt valaki külföldi kezelés mellett döntene, *keresse fel otthoni orvosát.*

### **VIII.1.2. Kölcsönös ellátásra jogosultság**

Az NHS hivatalos honlapján az irányítás egyéb eszközeként az alábbi tájékoztatás olvasható a tervezett külföldi ellátások igénybevételének eljárásrendjéről<sup>514</sup>:

Az EU tagállamba utazó részére két módja van az NHS által finanszírozott szolgáltatáshoz jutni. Fel lehet használni a Newcastle-i székhelyű külföldi Ellátások Csoportja által kiállított E112-es nyomtatványt – illetve igénybe vehető az ellátás az vonatkozó Európa Tanács rendelet 49. cikkének szabályai alapján. Az illetékes helyi megbízott felvilágosítást ad arról, hogy melyik jogalapon érdemesebb az ellátáshoz jutni. A két lehetőség kissé eltérő módon működik<sup>515</sup>.

Ki az ilyen ügyek helyi megbízottja? Angliában a PCT-k, a gyakorlattal rendelkező ügyintézők és a GP-k.

### VIII.1.2.1. Az Angliában élők, a munkaviszonyban állók, munkát keresők, valamint ezek családtagjai

Az Egyesült Királyságban a munkaviszonyban állók, a munkát keresők, vagy az ott élők, valamint ezek családtagjai az NHS útján részesülhetnek ingyenes orvosi ellátásban. Az NHS nyilvántartásába a helyi körzeti orvosok (GP-k) jogosultak felvenni a huzamosabb ideig itt tartózkodó külföldieket. A GP-k és a szolgáltatások listája a [www.nhs.uk](http://www.nhs.uk) honlapon található.

Minden, *jogszerűen az Egyesült Királyság területén tartózkodó* magyar munkavállaló és egyéni vállalkozó jogosult állami egészségügyi ellátásra. Angliában a Primary Care Trust, az Egyesült Királyság egyéb részein a Health Board helyi irodái készek segítséget nyújtani a megfelelő körzeti orvos felkutatásában. *(Magánorvosi ellátásra szintén van lehetőség, de ennek költségeit az illetőnek, vagy – munkaszerződésétől függően – munkáltatójának kell fedeznie.)*

### VIII.1.2.2. Az Angliában dolgozó magyarok biztosítása, ellátása Magyarországon<sup>516</sup>

Az Európai Unió szabályozása értelmében az Egyesült Királyságban munkát vállaló magyar állampolgárra a helyi szociális biztonsági szabályok vonatkoznak, és *kizárólag az Egyesült Királyságban köteles járulékfizetésre*. A magyar jogszabályok alapján fennálló társadalombiztosítási járulékfizetési kötelezettség rá nem terjed ki, illetve annak önkéntes teljesítésére sincs lehetősége.

Annak érdekében, hogy az Egyesült Királyságban dolgozó és járulékot fizető személy Magyarországon a járulékfizetési kötelezettség alól mentesüljön, illetve annak érdekében, hogy *elkerülje a kettős járulékfizetést, célszerű bejelentést tennie*<sup>517</sup> a lakóhelye szerint illetékes regionális egészségbiztosítási pénztár, és a lakóhelye szerint illetékes APEH igazgatóság felé.

A bejelentésnek az alábbi adatokat kell tartalmaznia:

- utolsó magyarországi jogviszonya (munkaviszony, vállalkozói jogviszony stb.) befejezésének dátuma,
- külföldi biztosítási jogviszony (munkaviszony) kezdetének időpontja; illetve
- egy nyilatkozatot, amelynek értelmében adott EGT-tagállamban végzett kereső tevékenység a helyi jogszabályok értelmében biztosítási kötelezettséget alapoz meg (pl: „Nagy-Britanniában végzett kereső tevékenységem alapján az ottani jogszabályok szerint a járulékfizetési kötelezettségemnek eleget teszek.”).

Az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) honlapjáról<sup>518</sup> letölthető a „Bejelentkező lap külföldön dolgozóknak”, amellyel a regionális egészségbiztosítási pénztár felé a bejelentés megtehető.

*Az Egyesült Királyságban biztosított személy*<sup>519</sup> Magyarországon való ideiglenes tartózkodása alatt *az orvosilag szükséges egészségügyi ellátásokra jogosult*, a tartózkodás tervezett idejére és az egészségi állapotra való tekintettel. Az ellátásokat – az egyenlő elbánás

elve szerint – ugyanolyan feltételekkel veheti igénybe, mint egy magyar biztosított. A jogosultságot az angol hatóság által kiállított Európai Egészségbiztosítási Kártya (EU-kártya) (European health insurance card) igazolja.

Ha a külföldön biztosított rendelkezik magyar TAJ kártyával is, akkor azt a magyar egészségügyi ellátások igénybevételéhez nem használhatja, kizárólag a külföldi EU-kártyát. Miután az EU-kártya az ideiglenes tartózkodás alkalmával felmerült, orvosilag szükséges egészségügyi ellátás igénybevételére szolgál, használatával tervezett egészségügyi ellátás nem vehető igénybe.

### VIII.1.2.3. Az ún. „tervezett ellátás” kérdése

*Tervezett ellátást (e.g.: gyógykezelési szándékú hazautazás) a külföldi biztosító által kiállított – az előzetes engedélyt megtestesítő – E112-es nyomtatvány alapján lehet igénybe venni (vö. Európában a lakosság várható élettartama az '50-es évek óta – évtizedenként úgy 2,5 évvel – folyamatosan növekedik. A társadalomhoz hasonlóan az egészségügyi munkaerő is fogy és elöregedik<sup>610</sup>). Az E112-es nyomtatvány kiadásának feltételeiről az NHS nyújt felvilágosítást. Az E112-es nyomtatvány felhasználása érdekében a beteg és a szolgáltató közötti előzetes egyeztetés szükséges.*

Megjegyezzük, hogy amennyiben az Egyesült Királyságban dolgozó és itt biztosított személynek Magyarországon van az állandó lakóhelye, akkor az illetékes – külföldi – biztosító által kiállított E106-os nyomtatvány alapján, Magyarországon is teljes körű természetbeni egészségügyi ellátásra jogosult.

*Az E106-os nyomtatványt az angol biztosító küldi meg a magyarországi lakóhely szerint illetékes regionális egészségbiztosítási pénztárnak. Az E106-os nyomtatvány rögzítését követően a külföldi biztosított a magyar TAJ-szám alapján veheti igénybe az ellátást Magyarországon.*

A nyomtatványt az Egyesült Királyságban az adó- és vámhivatal (HMRC) honlapjáról<sup>520</sup> letöltött űrlap kitöltésével lehet kérvényezni, de fontos felhívni a figyelmet arra, hogy a lakóhely fogalmát az illetékes állam a saját jogszabályai szerint értelmezi (v.ö.: A C-385/99. SZ. MÜLLER-FAURÉ és Van RIET ügy [2003. május 13.] 583). Az OEP tapasztalatai szerint<sup>521</sup> az E106-os nyomtatvány kiállítására Nagy-Britanniában munkát vállaló magyar állampolgárok esetében éppen a lakóhely fogalomnak a magyar jogszabályoktól eltérő értelmezése miatt nem kerül sor. Az Európai Egészségbiztosítási Kártya azonban az orvosilag szükséges mértékig feljogosít az ellátások igénybevételére.

## VIII.2. Összevetés

### VIII.2.1. Definíciós gondok

Amint azt HAJDÚ (2004)<sup>522</sup> is megállapítja: az Egyesült Királyságban élöket széleskörű szociális védelmi háló védi. A – pénzbeli – juttatások egy részére csak dolgozó, tehát társadalombiztosítási járulékot és adót fizető lakosok jogosultak, más részük rászorultság, azaz jövedelemszint alapján igényelhető. A természetbeli juttatásokra jogosultság viszont nem függ munkaviszonytól, járulékfizetéstől, illetve a rászorultságtól sem. A rászorultságot – a rendszer alapelve ez – az egészségügyi ellátóhoz forduláskor – *vélelmezik*.

Az egészségügyi ellátórendszerek *hatékonyságának, eredményességének értékelése* közismerten meglehetősen *bonyolult*.

Vegyük például a korszerű vagy elavult kórházi struktúrák kérdését. Ami nem feltétlenül a korszerű vagy elavult kórházakat jelenti. Hanem azt, hogy a kórházak rendszere alkalmas-e az igényeknek és a kornak megfelelni. Mind a két ország egészségügyi rendszere – más-más mértékben ugyan, de szenved ettől e jelenségtől. Láttuk – humorral is értékelve –, hogy az érdekek megszilárdulása hogyan akadályozza meg mindkét országban a szükségesnek látszó átalakításokat, hogyan hat a hibás struktúra merevségére.

A probléma jól ismert: azokban a kórházakban, ahol bizonyos esetek csak ritkán fordulnak elő, a szakemberek nem képesek kellő gyakorlatot szerezni az ellátásban, így sokkal gyakoribbak a szövődmények<sup>523</sup>. Az előregedett, alapszakmás, korszerűtlen kis kórházakat Angliában a(z akár multinacionális cég) magánszolgáltatók bevonásával, a piaci veerseny élesztésével, míg Magyarországon központi terv alapján az Új Magyarország Fejlesztési Terv végrehajtásával, vagy egyszeri forrásbevonással korszerűsített, magas színvonalú intézményekké, vagy pedig ambulanciává, rehabilitációs intézménnyé alakítással próbálják megoldani. Mind a kettő megoldás azonos célt tűz ki: az ország minden szegletében biztosítani a zökkenőmentes betegellátást<sup>524</sup>.

A magyar összefoglaló értékelés alapadataiban borús. A 90-es évtized mérlege nemzetközi perspektívából meglehetősen kedvezőtlen: tovább fokozódott az elmaradásunk a fejlett országoktól, így Angliától is. A legdrámaibb a helyzet a középkorú férfiak esetében: a *férfiak 40 éves korban várható élettartama* 1999-ben 7,5 évvel maradt el az EU-átlagtól (1990-ben 6,3 év volt a különbség). A magyar férfiak 40 éves korban várható élettartama az ezredfordulón rövidebb, mint amekkora 1930-ban volt<sup>525</sup>.

A 90-es évek óta eltelt évtized alatt semmi nem változott: Magyarországon is átlagosan hat évvel rövidebb életet élünk, mint az európai polgárok többsége – így a 2006/7-es Zöld Könyv<sup>526</sup>. A magyar emberek rövidebb életének az egyik fő oka az, hogy az elvárhatónál sokkal kevésbé törődünk egészségünkkel. Az öngondoskodás és a jövőnkért érzett felelősség sokkal kevésbé befolyásolja mindennapjainkat, mint ahogy az szükséges lenne.

Nem arról van szó, hogy keveset költenénk az egészségügyre, hanem arról, hogy amit költünk (általában az egészségünkre), azt rosszul költjük el<sup>527</sup>. Az egészség ugyanis nem az

egészségügyben keletkezik, így az egészségügyre költés és az egészség színvonala között nincsen direkt ok-okozati összefüggés. A nyilván létező közrehatás mértékét régebben 10%-ra tették, ma a szakirodalom 25-30% közé teszi.

Az igazságtalanságok egyik legfőbb oka *az egészségügyi kapacitások torz területi eloszlása*. Megállapítható, hogy az angol változások egyik fő tanulsága, hogy annak során az egészségügyi ellátásokat már az 1975-ös Forrásfelosztó Munkacsoport munkájától számítva mérték területileg átrendezni nem kifejezetten a történelmi hagyományokhoz (értsd a párhuzam szerint a megyerendszer), hanem a tényleges igényekhez és a földrajzi határokhoz igazodóan. De lege ferenda – különösebb indoklás nélkül – az is megállapítható, hogy Magyarországon is be kell fejezni ezt a munkát, földrajztudósok, közlekedési és egészségstatisztikai szakemberek bevonásával. Hiszen Magyarországnak vannak olyan részei, ahol az egy orvosra jutó betegek aránya jobb, mint az európai átlag, de van olyan terület is, ahol lényegesen rosszabb. Az egészségügy teljesítőképessége például azokban a régiókban a legalacsonyabb, ahol a legrosszabb az egészségügyi állapot (Baranya, Hajdú-Bihar, Nógrád, Szabolcs), és ott a legmagasabb (Budapest és környéke), ahol a legjobb<sup>528</sup>. Míg a magyar fővárosban 2 villamosmegállónyira érhető el egy kórház, az ország szélén lévő megyékben egy nap megy rá arra, hogy a falvakban élők szakorvossal találkozassanak<sup>529</sup>.

Geoinformatikusok egységes elvi álláspontja szerint a gazdaságosságosabbá tétel egyik fő akadály a hagyományos közigazgatási rendszerhez való ragaszkodás. Ez a szemléletmód, amennyiben figyelmen kívül hagyja a lakosság egészségügyi összetételét, és az ellátó infrastruktúra adottságait, valamint enged az észérveket átíró helyi érdekeknek is – mindegy, hogy az „ezeréves” megyerendszer nevében, vagy kialakulóban levő régiós egységek zászlaja alatt – káros.

Más, fölöslegesen költséges gazdasági megoldás is számtalan található az ellátórendszerünkben. Csak egy példa:

A budapesti kórházakban éjjel, hétvégén több röntgenszakorvos alszik bent, mint talán egész Ausztriában. A vizsgálatok többségét otthon is leletezhetnék, a kórházaknak olcsóbb lenne, az orvosoknak pedig kényelmesebb és jobban fizető munkaforma.<sup>530</sup> - Volna.

Aláhúznám azt a szomorú tény, hogy jelenleg a székhelyén orvoskarral rendelkező Baranya megyében található a legtöbb betöltetlen háziorvosi praxis az országban<sup>531</sup>.

Hogy a kórházi létesítmények számának, földrajzi elhelyezkedésének, berendezésének, a rendelkezésükre álló felszereléseknek és az általuk nyújtott orvosi ellátások jellegének is tervezhetőnek kell lenni – ez annyira közismert, hogy Európai Bírósági ítélet evidenciaként hivatkozik rá<sup>532</sup>. E tervezés célja egyrészt az, hogy az adott tagállam területén biztosítsa a minőségi és kiegyensúlyozottan sokrétű kórházi ellátásokhoz való megfelelő és állandó hozzáférést. Másrészt a tervezés hozzájárul a költséghatékonyság biztosításához, valamint ahhoz, hogy amennyire csak lehetséges, elkerüljék az anyagi, műszaki és emberi erőforrások pazarlását<sup>533</sup>.

Az egészségügyi kapacitások torz területi eloszlása több, mint három évtizede az egyik folyamatos kérdés az NHS átszervezése kérdéskörében is.

Az NHS rendszerében – hasonlóan más létező egészségügyi ellátórendszerekhez – sem mérik egzakt formában, következetesen és szisztematikusan a betegek állapotának a változását. Ennek következtében azt sem tudják megmondani pontosan, hogy minden egy font további ráfordítás mekkora javulást eredményezhet a beteg egészségügyi állapotában. Mindazonáltal Angliában a várható élettartam folyamatosan növekszik, a csecsemőhalandóság pedig folyamatosan csökken, amióta létrehozták az NHS-t. Mindkét mutató kedvezőbben alakult más országokhoz viszonyítva. Emellett számos vizsgálat eredménye támasztja alá, hogy a páciensek döntő többsége elégedett az NHS által nyújtott szolgáltatásokkal.”<sup>534</sup>

A várható élettartam hazánkban is folyamatosan növekszik, a csecsemőhalandóság pedig folyamatosan csökken, amióta létrehozták a központosított egészségügyi ellátórendszert. Viszont a vizsgálatok eredménye nem támasztja alá, hogy a magyar páciensek elégedettek lennének a monolit egészségügyi ellátórendszer által nyújtott szolgáltatásokkal.

A magyar és a brit társadalombiztosítási rendszer különbsége történelmi adottságokban, kulturális körülményekben gyökerezik. De a két rendszer e relációkban sem áll annyira távol egymástól, hogy ne volna összevethető. A különbözőségek fő okai az alábbiakban rendszerezhetők:

- a) *Szakmai és társadalmi viták szerepe a rendszer kiépítésében és változtatása során,*
- b) *Az organikus és revolucionista átalakítások egymáshoz viszonyított aránya,*
- c) *A szociális érzékenység figyelembe vétele,*
- d) *A változtatási folyamatokba beépített rendszeres ellenőrzés működtetése és eredményeinek felhasználása.*

#### **Ad a)**

##### **A szakmai és társadalmi viták szerepéről**

Az egész időszakban Magyarországon markáns hiányt mutat az érintett személyek, formális vagy informális csoportok együttműködő bevonása. Különösen a bit példával összevetve. Jellemző, hogy az angolszász megoldási mechanizmusból a magyar jog ugyan átvette a zöld és a fehér könyvek rendszerét, de a magyar közigazgatásban egyetlen zöld könyv, és nem túl sok fehér könyv született. Ez is az előzetes érdek allokációs és – egyeztetési mechanizmus működési zavaraira utal közvetlenül. A zöld könyvek már ismertített célja a terület megoldandó kérdéseinek azonosítása, és az érdekeltek bevonása a probléma megvitatásába, míg a “fehér”-eké a kormányzati koncepció kifejtése<sup>535</sup>.

A kormányzatoknak van tehát koncepciója – ennek fölöslegességéről KORNAI-EGGLESTON (2004)<sup>536</sup> a magánkezdeményezés biztosítása című fejezete fejt ki szkeptikus nézeteket – de



az gyakorta nem az igények és a lehetőségek kellő mélységű szakmai feldolgozottságán alapszik.

HAM részletesen ismerteti, pl. a szakmai viták szerepét, kiemelve olyan kormányzati tanácsadókat, mint Professor BRIAN-ABEL Smith, Richard CROSS a '60-as évekből, vagy Barbara CASTLE és David ENNALS a '70-es évekből. Gyakran a miniszterek később tanácsadói lettek a kormányzatnak, mint az imént említett Barbara CASTLE, vagy Shirley WILLIAMS, William RODGERS<sup>537</sup>.

A szakszervezetek formálissá vált előkészítő-véleményező tevékenységén túl sem az érintett szakmák (orvosok, mentők, ápolók, egészségügyi menedzsment, gyógyszer- orvosi készülék, és gyese-gyártók, kutatók), sem a betegek civil képviselő szervezetei, sem az önkormányzatok tényleges bevonása – a jogszabályban rögzített jogokon és azok gyakorlásán túl nem valósul meg. Márpedig LOSONCZI (1998) összefoglalása szerint is egy területet sohasem lehet megerősokolni, az ellenállásnak igen bonyolult, olykor alig tetten érhető formái vannak. *Az érdekeltek, az érintettek, a hozzáértők, de az ellenfelek* álláspontjának az ismerete is elemi érdek<sup>538</sup>. Csak e *viták* során érelődhet ki *a szándékok és az elképzelések koherenciája*. A szakmai és társadalmi viták fontosságára szóló megállapítást nem egyedül a magyar szerző tette meg. Ugyanerre jutott az Európa Tanács is, amikor megállapítja, hogy a változó helyzethez való *alkalmazkodási készség* fenntartásához elengedhetetlen a szociális partnerekkel hagyományosan folytatott párbeszéd, dialógus. Ennek egyik legújabb jelensége a kormányzatnak és a *civil szervezeteknek* a szociális problémák megoldását célul tűző, erősödő együttműködése. A civil szervezetek gyakran értékes kiegészítő szerepet játszhatnak a szükségletek és azok terjedelmének feltárásban, valamint a hivatalos szervek mellett a társadalom sérülékenyebb csoportjai részére a meglévő szociális jogokhoz hozzáférés biztosításával<sup>539</sup>.

*A legújabb tendenciák* szerint már nemcsak a különböző kedvezményezetti csoportok, hanem *közvetlenül a kedvezményezett magánszemélyek közreműködése és bevonása* várható. Ennek kitűnő terepe az erősödő információs társadalom, és eszköze az internet. Lord DARZI 2007. július 14-i jelentése bárki által, 112 oldalban, szabadon letölthető, csakúgy, mint annak második javított verziója a DARZI (2008), 2008. június 30-ról, vagy John LISTER 2007 augusztus 8-i 31 oldalas válasza az első verzióra.

A világhálót böngészve pillanatok alatt kerülhetünk képbe, vagy az információtenger teljes zavarába.

Egyszerű regisztrálással részt vehetünk az NHS folyó alkotmányozásában postán, vagy E-mail-en az:

- [nhsconstitution@dh.gsi.gov.uk](mailto:nhsconstitution@dh.gsi.gov.uk)  
címen, miután a
- [www.dh.gov.uk/consultations](http://www.dh.gov.uk/consultations)

web-locuson kiokosodtunk az időszerű tendenciákból, vagy részt vettünk a témától gyakran eltérő, és legkevésbé sem szakmai comment-ezésben vagy chat-elésben.

## Ad b)

### A fejlesztés organikusságáról

Az organikus jelzőt gyors fordításban „szervesnek” értelmezhetnénk, de annál lényegesen többet, mást jelent. Az organikus fejlesztés a struktúra és annak fejlődése alapos ismeretét egyaránt feltételezi, és a szakmai és társadalmi viták lefolytatását is involválja. Az organikus szemlélet kiérlelt közös tudást, fokozatos, ’megszenvedett’ ismeretszerzést jelent, érvényesülése feltételezi a hely, az ellenálló erők és a közegek ismeretét. Az NHS átalakítási folyamatai során rendszeresen felmerül a „*Big Bang*” típusú és a „*gradual step by step*” megoldások közötti választás, ahogy erre COOPER is utal<sup>540</sup>. LOSONCZI (1998) viszont úgy értékeli, hogy itthon nincsen áttekintés az érdekmozgásokról és az érdekkapcsolatokról, a normaelőkészítők nem érzékelik a csoportösszetartozások és csoportszövetségek erejét. Azt sem, hogy kik és milyen erők fognak az akció mellett vagy azzal szemben fellépni<sup>541</sup>.

Már az ellátás minőségének javítása és az eredmények elterjesztése kérdéskörben ismertetem FRASER (2003)<sup>542</sup> gondolatmenetét, amely szerint Angliában *a szakmai büszkeség vezetheti a hivatalnokokat*. A magyar példa ennél többet mutat. A hazai egészségügy teljes egészének, vagy a diagnosztikának, vagy az egészségügyi ellátások nyújtásának, vagy a szolgáltatások szervezésének (illetve ezek bármelyikének bármekkora része) kiszervezése felmerülésekor hihetetlen gazdasági és politikai erők kerülnek képbe, és *jelzik a privatizációba belépési szándékukat*. Az egészségügy szinte annyira rugalmatlan keresletű, mint az édesvíz. Az ellátás jogának megszerzéséért vagy csupán egy szegmensének birtoklásáért izraeli, dél-afrikai, német, angol stb. ellátók és szolgáltatók kívánnak versenyezni a praxist ténylegesen ellátó helyi orvosok néha „vagyonos”, sokszor pedig anyagilag erőtlen team-jeivel.

Jelenleg az adminisztráció gördülékenyebbé tétele mellett érvényesül a tendencia a szolgáltatásokhoz való *hozzáférés visszafogása*. Ez részben egyszerű költségvetési fogásokkal – mint volumenkorlát időleges vagy határozatlan idejű bevezetése, kötelező tartalékképzés, vagy vitatott finanszírozás visszafogása – valósul meg egyelőre. A magyar minisztériumnak a budget-ből való részesedése bizonytalan és folyamatos, néha politikai színezetű alku tárgya – így borítékolható *a bürokrácia passzivitása* – közte a szakminiszteré, akit a pénzügyes kollégája tart gúzsban.

E körülmények között megérthető, hogy az OEP is olyan intézmény volt, amelyet nem éri meg letámadni. Csakhogy erre hamarosan *elfogynak az alternatívák*.

Bármilyen definíciót is alkalmazunk az ’organikus’ meghatározására, a logikusan kapcsolódó és összeilleszthető elemek, az átgondoltság annak nélkülözhetetlen elemei. Álláspontom szerint a *tudományosan értékelt kiinduló helyzet*, a logikusan kiválasztott *cél*, és a *legalább főbb irányaiban meghatározott elérési útvonal köz-kommunikációja (és elfogadtatása)* az a megoldás, amit a britek hatvan éve összehasonlíthatatlanul jobban csinálnak nálunk. (Mint láttuk: Ahol ez a briteknél sérült, pl. Bevan technikáinál, még fél évszázad múltán is felemlegeti a szakirodalom.) Ezért szükséges egy olyan egészségügyi stratégia kidolgozása, amelyben a legjobb szakértők egyetértének, és amelyhez tartják magukat a politikusok, és amelyhez igazodnak a váltózó színű kormányok<sup>543</sup>.

ESZTERGÁR (1936) óta jogtörténeti evidencia: „*a közigazgatási szabályok élettartama rövid, éppen az élethez igazodás követelménye következtében állandó változásnak vannak kitéve. Sok intézkedés kopik el, viszont újak alkalmazására kerül sor. Sok olyan intézkedést, mely a maga idejében nagy jelentőségű volt, a megváltozott életviszonyok hatálytalanítanak, és viszont: előtérbe kerülnek, nagy jelentőségűekké válnak olyan körülmények, melyek a múltban egyáltalán ismeretlenek, vagy olyan csekély kihatásúak voltak, hogy külön szabályozást nem igényeltek*”<sup>544</sup>, de hiányzik az egyre hektikusabban változó kormányzati elképzelésektől független, szakmailag alátámasztott, statikus intézményi működés, ami nem feltétlenül állandósult struktúrát jelent.

Ide, az organikus kérdésköréhez tartozik még az adoptált vagy adaptált *külföldi megoldások* kérdésköre, hiszen semmi nem azonosan működik egy eltérő társadalmi környezetben, mint az eredetiben.

Végül szintén az organikus megközelítés csoportjánál említem meg LOSONCZI (1998)-val, hogy a hazai megközelítésben *a pragmatizmus kiszorította az ethoszt*. Ez a megállapítás egyben átvezet a *c)* ponthoz: „Ahol az egészségről, a betegekről, a szegényekről, az elesettekről bármilyen döntés születik, ott nincs steril pragmatizmus, ott minden tettek és mulasztásnak társadalmi és erkölcsi következménye van. A jelenlegi politikai-társadalmi „érzéstelenítés” folyamatát a társadalmi tapasztalat és igények előbb vagy utóbb meg fogják törni.”<sup>545</sup>

## **Ad c)**

### **A szociális érzékenységről**

A szociális érzékenység azzal párhuzamosan érvényesül, hogy az orvos- és természettudomány fejlődésével a technikailag lehetséges, de gazdaságilag nagy ráfordítást igénylő kezelések száma növekedik, és az egészségügyi szolgáltatás közismerten rendkívül drága, a piaci finanszírozást csak egy rendkívül szűk réteg engedheti meg magának. Az egészséghez való jog viszont alapvető emberi jog. Az alapvető emberi jog érvényesítésének biztosítása a szolidaritási elv érvényesítése mellett meghatározóan kormányzati feladat, s nem piaci versenyszabályozás kérdése.<sup>546</sup>

Itt, a szociális érzékenységnél jegyzem meg, hogy egy friss, 2010-es felmérés<sup>547</sup> szerint hazánkban a gazdaságilag aktív lakosság jelentős többsége (69 százalék) nem érzi magát biztonságban a jelenlegi hazai egészségügyi ellátórendszerben, biztonságérzetük még romlott is az elmúlt 12 hónapban, s több mint kétharmaduk hajlandó lenne *előre kiszámítható többletköltséget is elviselni* annak érdekében, hogy időben megfelelő minőségű egészségügyi ellátáshoz jusson.

A felmérés adataival kapcsolatosan kiemelendő, hogy az egy öngondoskodás-tudatos csoport, az AXA Egészségpénztár tagjaiból választott minta megkérdezésével készült. Az aktív magyar lakosságra vonatkoztatva reprezentatív kutatás szerint a válaszadók többsége (67 százalék) úgy érzi, hogy birtokában van azoknak az információknak, amelyekkel *a kapott egészségügyi ellátás szakmai minőségét meg tudja ítélni*.

A jobb ellátás érdekében a felmérés válaszadóinak mintegy 38 százaléka fizetne havi 1-2 ezer forintot, míg további 35 százalék akár havi 3-5 ezer forintot is hajlandó lenne áldozni a színvonalas egészségügyi szolgáltatásokért.

#### **Ad d)**

#### **A változtatások ellenőrzéséről és hatásaik kontrolljáról**

A hazai egészségügy jelenlegi helyzetéből adódó ellenőrzési feladatokat abban lehetne összefoglalni, hogy az állami belső ellenőrzésből kinövő *hatékony visszacsatoló rendszer létrehozása* a feladat.

Ennek indokai a következők:

- a *változások* ma az egészségügy területén is egyre gyorsabbak (az állam fokozatos kivonulása és a finanszírozás csökkentése, stb.),
- a felhasznált *technológiák* is egyre gyorsabban váltják fel egymást,
- ezért az ún. *termékélet-görbék* egyre *rövidebbek* (a nyújtandó ellátások folyamatosan átstrukturálódnak),
- az egészségügyi ellátórendszerben – *verseny van kialakulóban*, melyben a piaci részarányok egyre kevésbé merevek, gyorsan változnak.

A hagyományos ellenőrzést felváltó modern internal audit-nak a különböző szintű vezetés számára lehetővé kell tennie, hogy a régi-új problémákat a csődöt mondott régi receptek helyett innovatív módon oldják meg.

A szofisztikált szervezeti egységek kifinomult munkája viszont – egy teljes szociális biztonsági rendszer szempontjából – MÉGSEM HELYETTESÍTHETI sem az ideológiai útírány kiválasztását, sem az annak irányában tovább ható politikai döntések meghozatalát.

Figyelembe véve a magyar polgárok masszív elvárásait, valamint azt, hogy az elterjedt vélekedés alternatíváját senki nem választotta ki, és nem kommunikálta eredményesen feléjük: a monolitikus, központi egészségbiztosítási szervezet, az OEP, mint állami felügyeletű, központi egészségbiztosítási szerv, ma is kézenfekvő megoldásnak tűnik.

A magyar Egészségbiztosítási Alap hinyát a 2009-es év első tíz hónapjában a **11. sz. táblázat** mutatja be, forrása a HVG.

A 2009-es év első 10 hónapjában 123.6 milliárd forintra nőtt az Egészségbiztosítási Alap hiánya - jelezte 2009 november 10-én SZÉKELY Tamás miniszter a Napi Gazdaság "Ki fizet a végén" című egészségügyi konferenciáján. Az egészségügyi miniszter szerint a jelenlegi struktúrát mindenképpen módosítani kell<sup>548</sup>.

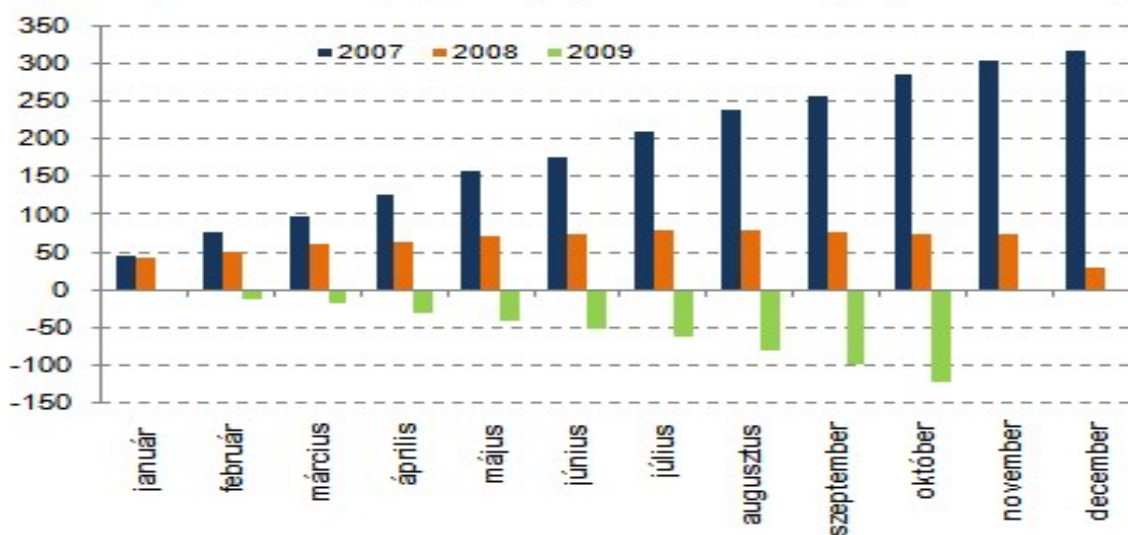
Míndez azt jelenti, hogy önmagában októberben óriási deficitet termelt az E-Alap, az első kilenc hónapban ugyanis még "csak" 100 milliárd forintos lyuk tátongott. Az októberi 23 milliárd forintos deficit az előző hónapok eredményéhez viszonyítva is kiemelkedik.

A magyar egészségügyi miniszter a konferencián azt is elmondta, hogy ez a hiány csak látszólagos, hiszen a kormány valamilyen módon mindenképpen kompenzálni fogja (miközben az államháztartás idei évi hiánycélját tartania kell). Hangsúlyozta továbbá, hogy a gazdasági válság hatása alól az egészségügy sem vonhatta ki magát (csökkenő

foglalkoztatottság, emelkedő munkanélküliség, július elsejétől életbe lépő járulékcsökkenés és a foglalkoztatást élénkíteni célzó egyedi járulék-csökkenések kumulálódó hatása).

11. sz. táblázat  
Az Egészségbiztosítási Alap hiánya, HVG 2009.

Az Egészségbiztosítási alap egyenlege (kumulált összegek, milliárd forint)



Forrás: OEP, Portfolio.hu

Az első 10 hónapban 103 milliárd forinttal kevesebb járulékbévitel folyt be az időarányosan várhatónál - fejtette ki a tárcavezető.

Székely Tamás miniszter – aki fontos feladatnak nevezte az ellátórendszer jelenlegi struktúrájának módosítását – beszélt a minisztérium és a szakmai szervezetek között 2009 októberében létrejött megállapodásról is. Ennek lényege három pontban foglalható össze:

- teljesítményvolumen-korlát visszaállítása 2009 november elsejétől
- többletforrás biztosítása,
- a jelenlegi 3 havi finanszírozási csúszás 2 hónapra történő csökkentése.

A miniszter "Válaszok válságos problémákra" című előadásában azt is elmondta, hogy a 2009. őszi törvénymódosítás során 13 törvényt módosítanak egy salátatörvényben.

## VIII.2.2. A normaszövegek aktualizálása

A jogszabálysövegek átfogalmazása – ami 2006 óta folyik – normakarbantartás, nem reform. Pedig a reform kényszere Magyarországon is már legalább egy évtizede világos. A politika ennek ellenére nehezen vállalja be a változtatás ódiúját.

Az egészségügyet 2006-tól 2009-ig vezető liberális párt szakpolitikusa szerint érthetetlen, hogy egykori koalíciós partnere, „egy nagy párt húsz év alatt nem tudott egyetlen új egészségpolitikust sem kinevelni. Ma is ugyanazoknak a kezében van a szocialista egészségpolitika, mint húsz (vagy több) éve.<sup>549</sup>” Ez aztán a liberális reformelképzelések megvalósítása során sok problémát okozott.

Pedig egyrészt *a reformok elindultak*. Hogy megtorpantak, nem magyar unikum, nem egyedülálló jelenség. OROSZ (2003) általánosságban jelenti ki, hogy a reformok kényszere generált viták nem minden országban vezettek rendszer- és jogszabály változtatáshoz<sup>550</sup>.

Ki kell emelni a 2004-es angol Monitor mintájára 2007. január 1-től létrehozott hazai Egészségbiztosítási Felügyeletet (2006: CXVI.)<sup>551</sup>. Beterjesztője 3 évvel későbbi érvelelése szerint<sup>552</sup> „törvény született az egészségbiztosítási felügyeletről, ami alkalmassá tette a biztosított jogainak védelmét bármilyen rendszerben. Szerencsés döntés volt, változatlanul működhet ma is, a biztosítási rendszer reformja nélkül.”

Nem szabad figyelmen kívül hagyni a kamarai törvényt (2006: XCVII.)<sup>553</sup>, vagy a megszületett gyógyszer-gazdaságossági törvényt (2006: XCVIII.)<sup>554</sup>.

A gyógyszer-gazdaságossági törvény hatására egy év alatt 959 gyógyszer ára csökkent átlag 23, következő évben 786 készítményé 14 százalékkal. A betegek terhei az első év végére 16 milliárd, az OEP kiadásai 30 milliárd forinttal csökkentek<sup>555</sup>.

A kórház-fejlesztésinek titulált törvény (2006: CXXXII.)<sup>556</sup> mellett külön említésre méltó a megkérdőjelezhető referendummal megkérdőjelezhetetlenül eltörölt – jegyezzük meg, indokolt szükséges és jó – *tiszavirágéletű vizitdíj* – és amit nem teszünk hozzá: kórházi napidíj – bevezetése (2006: CXV.). A vizitdíj elképzelése az első nagy vonalakban lekommunikált és indokolt, a közzel elfogadtatni próbált co-payment megoldás a hazai társadalombiztosításban.

A gyógyszerárban 2003 óta a számlán feltüntetik a támogatás nélküli árat, és a járó illetve fekvőbeteg ellátásban a vizitdíjjal együtt bevezetett tájékoztató számla kibocsátását. Nemcsak egyre többet fizetünk egyre több szolgáltatásért, de lépten-nyomon eszünkbe vésik, hogy a társadalombiztosítás milyen mértékben támogat bennünket.

2007. április elsejétől aktív informatikai program szűri az ellátórendszer potyautasait. Ennek hatására több mint hétszáz ezer ember (vagy a munkaadója) – aki addig nem fizetett – kezdett járulékot fizetni<sup>557</sup>. Az ellenőrzés bevezetése előtt mindössze húsz ezer volt az egyéni járulékfizetők száma, ma háromszáz ezren fizetik be a havi 5400 forintot.

Másrészt most nemcsak a kényszere adott a reformnak, hanem a lehetősége is<sup>558</sup>. A 2007 és 2013 között Magyarország számára elérhetővé tett uniós források ugyanis soha nem látott

mértékű fejlesztéseket tesznek lehetővé a számunkra *az élet (és az ország) minden területén*<sup>559</sup>.

Ami a vitában nem lehet alku tárgya: A társadalombiztosítás szolidaritás elvű és nemzeti kockázatközösségen alapul, azaz a biztosítók nem a hozzájuk bejelentkezett biztosítottak befizetéseiből gazdálkodnak, hanem a közös befizetések szükségletarányos részéből<sup>560</sup>.

Az egészségügyi rendszerek teljesítményének összehasonlítása bonyolult feladat. Az emberek különböző értéket tulajdonítanak az olyan alapvető jellemzőknek, mint a fedezet, választás, méltányosság, vagy a klinikai ellátás minősége. Másrésről *a lakosság egészségi állapotában az életmód is visszatükröződik*, amivel az egészségügyi ellátás keveset tud kezdeni.

A költségeket is figyelembe kell venni. A WHO 2000-ben hasonlította össze az egészségügyi rendszerek teljesítményét, ekkor Nagy-Britannia a 191 ország közül a 18., az USA a 37. Magyarország a 66. helyen végzett<sup>561</sup>. (Ugyanakkor a WHO módszereit számos kritika is érte. Elég legyen itt utalni Ellen NOLTE és Martin MCKEE a British Medical Journal 2003. november 15-i számában megjelent cikkének konklúzióira, melyek szerint a vizsgálati módszerek pontosításával a 19 vizsgált ország sorrendi helyéből 12 esetben volt kettőnél nagyobb sorrendbeli változás.<sup>562</sup>)

Már a bevezetésben igyekeztem rámutatni, hogy a brit egészségbiztosítás rendszerének és az NHS és szervei jogállása változtatásainak története *nem tanulság nélküli* a hazai viszonyok szemszögéből sem. Habár az ILO 2001-es nemzetközi régiós felosztás-csoportosítása Kelet-Európát nem Nyugat-Európával, hanem Közép-Ázsiával helyezi egy régióba<sup>563</sup>, a vizsgált időszak bőven nyújt lehetőséget az összehasonlításra.

MELLÁR (2009) hívja fel a figyelmet rá, hogy figyelmen kívül nem hagyható *szocialista örökség jelentős következménye* az volt, hogy az állam leépítése olyan evidenciának tűnt, hogy fel sem merült mik azok a funkciók, amiket az államnak egyenesen célszerű volna vállalnia (a közjavak, externáliák, technikai monopóliumok, stb. – v.ö. I.4. és I.5. alfejezetek), s mi az, amiket a magánszférára kell bízni. Ez sohasem került megvitatásra, tisztázásra.

A problémák viszont nem a vizsgált földrajzi terület és/vagy időszak sajátjai. Ma már mindenki előtt világos, írta összefoglalóan *hetven éve (!) ESZTERGÁR* Lajos professzorunk, hogy *a szociális problémák nem átmeneti jelenségek, hanem országhatárokon túl terjedő* és a társas életet léteben fenyegető veszedelmekké nőttek, melyekkel szemben minden lehetőséget, minden erőtartalékot sorompóba kell állítani<sup>564</sup>.

Ezen „nem átmeneti jelenségek” *napi megoldásai az idő szava szerint, a földrajzi határok ellenére érvényesülnek*. A legutóbbi egészségügyi reform hazánkban és az Egyesült Királyságban egyaránt több, mint egy évtizede tart. Ez utóbbiban viszont NOVOSZÁTH 2009-es értékelése szerint következetesen halad, lépésről lépésre a széles körű társadalmi, politikai és szakmai konszenzussal meghatározott céljainak, feladatainak megvalósítása érdekében. Az Egyesült Királyságban az egészségügyi rendszer átalakítása még átmenetileg sem vezethet a nyújtott szolgáltatások színvonalának romlásához. Sem emberi életek

veszélyeztetéséhez, az egészségügyi ellátások biztonságosságának akár átmeneti ideig tartó csökkentéséhez, netalán megszüntetéséhez. *Ez utóbbiak ugyanis bűncselekménynek számítanak, és ennek megfelelően járnának el az elkövetőkkel szemben rangra, és beosztásra való tekintet nélkül*<sup>565</sup>.

Szintén ESZTERGÁR (1937) megállapítja a tudósok/kutatók feladatait a témával kapcsolatosan, amikor megállapítja, hogy a munkából ki kell vennie a részét a közigazgatás, a társadalom és az egyházak mellett a tudománynak is, melynek megállapításait, következtetéseit a káros hatások csökkentése érdekében az államhatalom eredménnyel alkalmazhatja<sup>566</sup>.

Ugyancsak évtizedes lemaradást mutat a politikai kultúrában és konszenzus-készségben való hazai gyakorlatunk. A – reményeink szerint – első magyar zöld könyv nevét ma még nagy kezdőbetűkkel és jelzők nélkül írják. Megrendelője szerint hazánkban

*„soha ilyen méretű valóban társadalmi vita nem folyt... számtalan húsz-harminc fős, éjszakába nyúló szakmai és politikai egyeztetés után elkészült a Zöld Könyv, a kormány július 26-án elfogadta. Ezzel jelent meg a nyilvánosság előtt a minisztérium kommunikációs csapata. Jellemző, hogy 2002-től a közérdeklődés középpontjában álló egészségügy minisztériumában ilyen még nem volt, ... Magyarországon addig ismeretlen nyilvános vitaformát választunk. A koncepcióinkat a tényekkel, a számokkal, a nemzetközi példákkal, az eldöntendő kérdésekkel együtt egy vitairatban közreadjuk, a döntések előtt nyilvánosságra hozzuk.*<sup>567</sup>”

A soha nem látott méretű társadalmi vita a hazai interpretációban tehát számtalan húsz-harminc fős politikai egyeztetést takar. Vessük össze ezt az egyetlen, soványka Zöld Könyvet a történelmi kronológiai függelékben fellelhető számtalan, jobbító szándékú, állapotfelmérő, alternatívákat javasoló, reformer vitairattal. Hol van a mi egyetlen Zöld Könyvünk csupán csak Norman Fowler csak 1986-ban napvilágot látott négy zöld könyvéhez képest?

Szintén utaltam már a bevezetésben arra, hogy a XX. század folyamán Nyugat-Európa államai arra a belátásra jutottak, hogy meg kell az egyensúlyt teremteni a gazdasági növekedés és a szociális igazságosság között. Annak ellenére, hogy – nekünk – országról országra számos variánsa ismeretes, *az európai felfogás markánsan elkülönül, mihelyt egy másik világrész modelljeivel vetjük azt össze.* Ezért gyakran egyszerűsítve „*az Európai szociális modell*”-ként említik. Akárhogyan is, ez az európai megközelítés egy sor kérdéssel és megterheléssel szembesül napjainkban. A XXI. század Európájának kihívása: anélkül találni megoldásokat a szociális rendszerek átalakításához a megváltozott szükségletek és körülmények közepette, hogy közben elvesztenék eredeti karakterüket.<sup>568</sup>

### VIII.2.3. Párhuzamok – és paradigmaváltás

A párhuzamok a vizsgált időszak egészére nézve figyelemre méltók. Mindent összevetve a történéseket egy állandó probléma időnként visszatérő megoldásaival találkozhatunk, amely



az egészségügy gondjainak *magán- vagy közszektori dominanciájú* megoldásairól szól. A közszektor terjeszkedése redukálja a magán ügynökségek szerepét<sup>569</sup> – és fordítva. Mindez amellet, hogy a defenzióban álló szektorok vagy egyéb szereplők (pl. a bürokrácia) igyekeznek megőrizni a régi, kedvezőbb szerepet, privilégiumokat.

A hazai irodalomban OROSZ (2003) foglalja össze ezen paradigmaváltások XX. század végi hullámzásainak történetét<sup>570</sup>, amely a magánbiztosítás a 80-as évekbeli térnyerését követően (amely jellemzően Angliában a Darzi-mozgalomhoz köthető, és Magyarországon 2010 után, most várható) az ezredfordulóra amolyan újraállamosítási, visszarendeződési tendenciákat mutat.

A következő gondolatokat nem az Egyesült Királyság egészségügyi minisztere írta Magyarországról, hanem egy lemondott magyar orvosminiszter írta az NHS-ről<sup>571</sup>:

„Rosszul szervezett az egészségügyi rendszere ... Hosszú várólisták, elérhetetlen ügyelet, telefon-előjegyzés nem a beteg kényelméért, hanem a bejutásért, háziorvoshoz, szakorvoshoz is csak hetekre, hónapokra előre. Rengeteg betegpanasz, minden kampányban minden párt ígéri a változást a programjában. A bajt a tehetősek drága kiegészítő biztosítási rendszerrel és magán-intézményhálózattal kerülik el. ”

Ugyan Griffith-t szatócsnak gúnyolták, de azt az elvet Nagy-Britanniában már 1988-ban alkalmazták, hogy terméket kereskedők tudnak eladni. Magyarországon még mindig sokan azt hiszik, aki jó professzor a tudományban, az automatikusan jó intézményvezető is. Ám a kórházaink helyzete ékes bizonyítéka annak, hogy azok a vezetői képességek, amelyek egy főorvosi karból kikerülő vezetőt alkalmassá tesznek a saját osztálya felvirágoztatására, nem feltétlenül elegendők egy kórház sikeres menedzseléséhez is<sup>572</sup>.

Bár – mint az ex-szakminiszter bemutatta – az Egyesült Királyság rendszere sem hatékonyságában és olcsóságában kiemelkedő – Magyarországon a gondok még nagyobbak<sup>573</sup>. A gazdaságot és a társadalombiztosítás történelmileg kialakult rendszerét 1950-ben szétzilálta az államosítás. A társadalmi és gazdasági rendszerváltás a 90-es években végbement, azonban nem követte az egészségügy reformja. Az elmúlt évtizedekben keveset tettünk azért, hogy a méltánytalan, igazságtalan, nem hatékony rendszer megváltozzon.

Mert a rendszer igazságtalan. Miközben indulatos viták dúlnak vizitdíjról, évtizedek óta hallgatunk a különböző formájú hálapénzről, és e hallgatás aktív generálói a nagy befolyású orvosi érdekérvényesítő szervezetek, vagy a gazdag innovatív gyógyszergyártók. Egyik részről A magyar egészségügy orvoscentrikus, és azon belül is szinte kizárólag az orvoselitnek volt- van meg a döntésbefolyásoló ereje. KOVÁCSY (2008) írja<sup>574</sup>, hogy

„Több olyan egészségügyi jogszabály előkészítésében volt alkalmam részt venni, amelynek kapcsán az utolsó pillanatban merült fel a döntéshozóban, hogy az orvosokon kívül mások is tevékenykednek a gyógyításban, sőt, ad absurdum, más diplomások, egyetemet végzettek is léteznek...”

Másik részről a zsebről van szó, közvetlen feketegazdasági, pénzügyi érdekekről, melyeket érintve a nagy számú résztvevő rugalmassága nulla.

A legtöbb európai országban az aktív kórházi ellátásokat az úgynevezett „súlyponti” (központi, regionális) kórházakban biztosítják. A kisebb kórházak funkciója átalakul: egy térség rutinellátásainak központjai lesznek, a biztonságos ellátást nyújtani nem képes ágyak pedig rehabilitációs, ápolási, vagy akár szociális részleggé alakulnak<sup>575</sup>.

Hazánkban is a kórházi ágyakon nyújtott ellátás kb. 30 %-a szociális indíttatású, azaz az ellátott személynek nem kórházban, hanem például bentlakásos szociális otthonban lenne a helye, mert ápolásra, felügyeletre szorulna<sup>576</sup>.

Az angol egészségügy tanulmányozása éppen annak fejlettsége és piacorientált átszervezésének jelenleg is tartó folyamata miatt kiemelkedően értékes. A különböző egészségügyi szisztémák összeomlását ma mindenütt hasonló recepttel próbálják kezelni, melynek összetevői az alábbiak:

- A szabályozatlan, „szabad” piaci mechanizmusok beengedése az egészségügybe,
- Az ellátást nyújtóknál a köz- és a magánszektor vegyes gazdasága (ez első lépésben a közalkalmazott szakorvosok ügyeletének engedélyezését, a klinikai ügyeletek kiszervezését jelenti)<sup>577</sup>,
- az ellátások független, kívülálló szervezet általi szabályozását.

Az utolsó pontban – a felsorolás eredeti forrása a WHO(2000) – a forrás megjegyzi, hogy ez pl. lehet egy biztosító társaság, ebben nyilvánvalóan felismerhető a hazai Zöld Könyv egyik javaslata (2007. június 15.).

Bár nem expressis verbis az egészségbiztosításról, hanem az intézményi és közigazgatási reform-programokról írja MELLÁR (2009), de az angol rendszerrel összevetve az általános megállapítás különösen alkalmazható az egészségügyre is:

„A modernizációs programnak ki kell terjedni a közigazgatási és intézményi rendszer átalakítására is, amely immáron két évtizede aktuális feladat, az uniós csatlakozás után pedig akuttá vált.

- a.) a helyi önkormányzatok fokozott gazdasági szerepvállalása, közjavak termelése, közfunkciók ellátása, helyi foglalkoztatás bővítése
- b.) regionális fejlesztési központok kialakítása a komplex területi és térségfejlesztés érdekében.

Ezekre a kutatásokra alapozva lehet kialakítani modernizációs programokat és lehet összeállítani fejlesztési javaslatokat. Az így kialakított javaslatok újszerűségük miatt nyilván komoly kockázatokat hordoznak, ezért célszerű a megvalósításukat fokozatosan, kísérleti jelleggel végigvinni. Az egyes programokat elsőként csak néhány kijelölt területen bevezetni, ott kipróbálni, és ha szükséges korrigálni a rendszert. S csak akkor bevezetni országosan, ha megfelelő határfokkal működik, és komoly eredményeket ígér.”

Hazánkban a helyi, kistérségi megoldások – lásd Hódmezővásárhely intakt helyi egészségügyi rendszerét: csak kísérleti, pilot projekteken valósulnak meg<sup>578</sup>. Ezt is

tanulhatnánk az Egyesült Királyságban: a helyi egészségügyi hatóságok és a lokális önkormányzatok együttműködése az egész NHS szervezet-történetén töretlenül végigvonul.

A párhuzamok és a várható trend után a különbségek között a legelső helyre az elfogadottságbeli különbözőséget tenném. Az angolok számára az NHS majdnem olyan, mint egy nemzeti vallás, mondta egyszer Nigel LAWSON pénzügyminiszter. Ritkán aktuálisabb ez a megállapítás, mint napjainkban, amikor az NHS-t ért amerikai kritikára – „orwell-i egészségügy” – egyaránt ugrott a rendszer védelmére Gordon BROWN miniszterelnök és David CAMERON egészségügyi államtitkár. A vádak egy része abszurd, értékeli a *The Economist* 2009. augusztus 20-i cikke<sup>579</sup>, de – teszi fel egyben a kérdést – vajon megérdemli-e ezt a rajongást az adóból finanszírozott NHS?

A párhuzam adott: vajon megérdemli a hazai elutasító és elítélő attitűdöt az OEP illetve a magyar egészségügyi ellátó rendszer?

A válasz egyértelműen igen. Az egykori koalíciós partner kemény bírálata – és találó története – szerint „a szocialistáknak az egészségüggyel kapcsolatban semmilyen terük, előkészített anyaguk nem volt, csak több évtizedes, idejétmúlt nézeteik (inkább előítéleteik). Jellemző epizód: amikor sokadszor tárgyalunk a biztosítási törvényjavaslatunkról, konkrét szakmai ellenérveket, kritikát kértünk írásban. Rácz ekkor egy vastag dossziéra mutatott, hogy itt van, de kérésre sem adta át... kinyitottam a dossziéját, amiben csak üres géppapír volt. A kérdésünkre („Hogy mered ezt tenni?”) nevetve válaszolt: *mindenki azzal harcol, amije van.*<sup>580</sup>”

Végül csak utalok arra, hogy a hazai közélet pontosan ismeri azokat az elveket, amelyeknek a reform során való feltétlen szem előtt tartását javasolja KORNAI–EGGLESTON (2004). Ezek:

- *Az egyén szuverenitása*<sup>581</sup>: Olyan átalakítást kell előmozdítani, amely megnöveli az egyén, és leszűkíti az állam döntési jogkörét a jóléti szolgáltatások szférájában.
- *A szolidaritási elv*<sup>582</sup>: Segíteni kell a szenvedőket, a bajban lévőket, a hátrányos helyzetűeket.
- *A verseny biztosítása*<sup>583</sup>: Az állami tulajdonnak és szabályozásnak ne legyen monopóliuma. Legyen verseny különböző tulajdonformák és koordinációs mechanizmusok között.
- *A hatékonyságra ösztönzés*<sup>584</sup>: Olyan tulajdon- és szabályozási formák jöjjenek létre, melyek hatékonyságra ösztönöznek.
- *Az állam megváltozó szerepköre*<sup>585</sup>: Az állam fő funkciói a jóléti szektorban legyenek a következők: törvényes keretek előírása, a nem állami intézmények felügyelete, valamint „végső” biztosítás és segítségnyújtás. Az állam felelősséget vállal azért, hogy minden állampolgár hozzájusson az alapvető oktatáshoz és egészségügyi ellátáshoz.
- *Az átláthatóság*, azaz divatosabb szóval a transzparencia<sup>586</sup>: Válgják világossá az állampolgár szemében a kapcsolat az állami jóléti szolgáltatás és annak adóterhe között. A reform gyakorlati intézkedéseit előzze meg nyílt és jól informált vita. A

politikusok és a politikai pártok valljanak színt, hogy milyen politikát kívánnak folytatni a jóléti szektor ügyében, és azt milyen forrásból kívánják finanszírozni.

- *A fontolva haladás*, azaz a program időigényének elismerése<sup>587</sup>: Időt kell engedni a jóléti szektor új intézményeinek evolúciójára és az állampolgárok adaptációjára.
- *A harmonikus növekedés* elve<sup>588</sup>: Legyenek harmonikus arányok a gyors növekedést közvetlenül szolgáló beruházásokra és a jóléti szektor működtetésére és fejlesztésére felhasznált erőforrások között.
- *A fenntartható finanszírozás*<sup>589</sup>: Az állami költségvetés legyen képes folyamatosan finanszírozni az állami kötelezettségvállalások teljesítését.

KORNAIÉK elveit ismétli meg BOSANQUET&HALDENBY illetve HANNAN &KEVAN<sup>590</sup> is. A két szerzőpáros cikkeiben: Cél: reformálni, A verseny fokozása elengedhetetlen, Pluralista munkavégzés, A betegek választása (az egyén szuverenitásáról), Változatos szolgáltatások, Transparency azaz Átláthatóság, transzparencia, A helyi hatalom előtérbe helyezése, A szakmaiság megbecsülése.

Ez a jelenség egyértelmű indikátora annak, hogy KORNAIÉK a vonatkozó irodalom élmezőnyében álltak munkájukkal, és a hazai dogmatika új elemei a nemzetközi irodalom hatására szivárognak be a jogirodalmon keresztül remélhetőleg a legisláció felé. Az elvégzendő teendőkkel kapcsolatosan kiemelném az elfogadtatás, a negatív konnotációt öltött kommunikáció, a semleges töltésű sajtó szerepét. A propagandából lassan fejlődő médiának volna feladata az egészségügy átstrukturálásában. Például, hogy segítse a változások befogadót abban, hogy *tények alapján dönthessenek* az üzleti megvezetésen, a politikai megtevesztésen vagy a pusztán tekintélyen alapuló elfogadás helyett.

Hiszen minden riporter a néző/olvasó helyett, elvárhatóan az ő érdekében kérdez. A magyar sajtó egészségügyi szakújságíróiról, szaklapjairól ez nem igaz, mert az egészségügyi iparból élnek. A szaklapok a hirdetéseikből tartják fenn magukat – közismert, hogy reklámra a gyógyszeripar költ a legtöbbet. A szakújságírók jó részét pedig közvetlenül vagy áttételesen alkalmazza az egészségipar.

A feladat tehát – pápai szóhasználattal éve – nem kevés. Meg kell változtatni a szocializmus 50-es években kialakított, hamis elveire épülő, gyakorlatát őrző társadalombiztosítást. Enélkül nincs, nem lesz egészségügyi rendszerváltás<sup>591</sup>.

Az utolsó egészségügyi rendszerváltoztatási kísérlet a több biztosítós modell bevezetésének előzetesen elkészített SWOT analízise ma is megtalálható az Egészségügyi Minisztérium honlapján.

Pillantsunk bele. Lásd: „A több biztosítós modell SWOT analízise aszolgáltató szemszögéből“ című **12. sz. táblázat**ot, illetve azt követően „A több biztosítós modell SWOT analízise az ellátott szemszögéből“ című **13. sz. táblázat**ot.

**12. sz. táblázat**  
**A több biztosítós modell SWOT analízise<sup>1</sup> a szolgáltató szemszögéből**

<p><b>Erősségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Minőségre és hatékony működésre ösztönöz.</li> <li>• A minőségi szolgáltatást nyújtó jó alkupozícióba kerül.</li> <li>• A magántőke bevonása az egészségbiztosítási piacra.</li> <li>• Az egészségügyi intézmények kisebb kiszolgáltatottsága.</li> <li>• Gyakorlatok összevethetősége, a „legjobb gyakorlatok” továbbélése.</li> <li>• Munkalehetőség biztosítási szakembereknek.</li> <li>• Az egészségügyi dolgozók szerződéses ajánlatokhoz juthatnak – a hálapénz alternatívájaként.</li> <li>• Egy szereplő meggyengülése nem vezet a rendszer kudarcahoz.</li> </ul>	<p><b>Gyengeségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Több nyilvántartási kötelezettség, nőnek az adminisztrációs és tranzakciós költségek.</li> <li>• A többféle szerződés szerinti szolgáltatás bonyolítja a működést.</li> <li>• Az eredmény nem feltétlenül az egészségügyben hasznosul.</li> <li>• A biztosítók és a szolgáltatók közötti pozíció-egyensúly esetenként nehezen teremthető meg.</li> <li>• A forráshiányos helyzetre nem kínál megoldást.</li> <li>• A biztosítók a minőséget az induláskor mi alapján fogják elbírálni?</li> </ul>
<p><b>Lehetőségek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelen van az általános biztosítási piac.</li> <li>• Új szolgáltatók kapcsolódhatnak be a rendszerbe.</li> <li>• A szolgáltatások sokszínűségét gyarapíthatja.</li> <li>• A színvonalat emelő többlet kereshet.</li> <li>• Partnert találhatok a szolgáltatás fejlesztéséhez és összehangolásához.</li> </ul>	<p><b>Veszélyek</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nagy ellenállás a jelenlegi status quo fenntartásában érdekeltel részéről.</li> <li>• Lehet, hogy senki nem kínál szerződést.</li> <li>• Bevételekényszer miatt gyenge alkupozíció.</li> <li>• Orvos-szakmai szempontok alárendeltsége</li> <li>• Jelentős az átállás azonnali ára a szereplők számára, s</li> <li>• a hatékonyságjavulás csak hónapok, évek múlva várható.</li> <li>• Instabil szabályozási környezet megkérdőjelezheti az életképességét.</li> </ul>

<sup>1</sup> Forrás az EüM honlapja, [www.eum.hu/download.php?docID=2437](http://www.eum.hu/download.php?docID=2437)

**13. sz. táblázat**  
**A több biztosítós modell SWOT analízise<sup>2</sup> az ellátott szemszögéből**

<b>Erősségek</b>	<b>Gyengeségek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Választási lehetőség.</li> <li>• Különböző igényeknek megfelelő biztosítói kínálatok.</li> <li>• Az egyenként kisebb biztosított kör nagyobb biztosítói odafigyelésben részesülhet.</li> <li>• Enyhülhet az információs aszimmetria.</li> <li>• Jobban képviselik az érdekeimet.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Az eredmény egy része nem feltétlenül az egészségügyben hasznosul.</li> <li>• Nem oldja meg a szolgáltatók pénzügyi gondjait.</li> <li>• Nincs garancia, hogy a jelenlegi járulék mértékért legalább a jelenlegivel azonos egészségügy szolgáltatásra lesznek jogosultak a biztosítottak.</li> <li>• Ha az összes járulékot nem a biztosított fizeti, a munkáltatói befizetés elmaradása esetén hogy alakul a biztosított helyzete?</li> <li>• Garancia a járulékemelés eseteire, mértékére.</li> <li>• A profit-orientáció nem egészség-nyereség orientáltság.</li> </ul>
<b>Lehetőségek</b>	<b>Veszélyek</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Évente módosíthatom a döntésem.</li> <li>• Versenyhelyzetben javulhat az ellátás és a szolgáltatási minőség.</li> <li>• A transzparencia kalkulálhatóvá teszi a kiadásokat.</li> <li>• Egészségtudatosan élve olcsóbban is megúszható.</li> <li>• Bővülő szolgáltatási skála.</li> <li>• Nagy a lakossági várakozás az egészségügy színvonalának javítása irányában.</li> <li>• A gazdaság és az életszínvonal növekedése, hosszabb távon az öngondoskodást támogathatja.</li> <li>• Differenciált lakossági igények jelennek meg.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nincs hagyománya az egészségtudatos választásnak, ez gyengítheti a biztosítói fejlesztések eredményességét.</li> <li>• A hálapénz rendszer koncentráltabb és elterjedtebb lehetőséget kínál a választásra, mint a biztosítók ajánlata.</li> <li>• Többe kerül, de kevesebb jut az ellátásra.</li> <li>• A szabad intézet- és orvosválasztás vége.</li> <li>• Területi felosztás és elláskötelezettség nélkül a biztosítók nem fogják vállalni a krónikus és költséges betegek, ill. a nyugdíjasok biztosítását.</li> <li>• Garanciális szabály hiányában az aktív korosztályt érintően is kétséges lesz a magas költség igényű ellátások vállalása.</li> <li>• Nem átlátható biztosítási ajánlatok, megtévesztés.</li> <li>• Nincs minőségi verseny.</li> <li>• Rejtett lefőlözés.</li> </ul>

<sup>2</sup> Forrás az EüM honlapja, [www.eum.hu/download.php?docID=2437](http://www.eum.hu/download.php?docID=2437)

## VIII.2.4. De lege ferenda javaslatok

Az itt következő de lege ferenda javaslatok egyrészt az előző fejezetek tanulságaiként vonhatók le, másrészt konkrétan a több biztosítós modell SWOT-analíziséhez kapcsolódó hivatalos minisztériumi ábra kijelentéseivel kapcsolódóan kerültek összerendezésre.

**I.** Mivel egyrészt az átállás azonnali ára jelentős a szereplők számára, s a hatékonyságjavulás csak hónapok, évek múlva várható, másrészt az egészségtudatos választás hagyományai gyengék, az angol tanulságoknak megfelelően kiemelt szerepet kell biztosítani a változás-kommunikációnak, a már többször nyomatékosan említett, széles körű szakmai és társadalmi viták lefolytatásának.

Ezek során biztosítani – és szükség esetén a kedvezményezettek érdekében egymás ellen kijátszani – az egyes egészségbiztosítási szakmákat, ideértve nemcsak az orvosokat és kórházigazgatókat, hanem a mentőket és a betegszállítókat, a belépő biztosítási szakembereket, az ápolási személyzetet, az ellátást-fenntartást stb.

Ezek a viták, az azok során megtörtént érdek-konfrontációk egyben segítenek a jelenlegi status quo fenntartásában érdekelttek részéről várható ellenállás leküzdésében.

**II.** A kevésbé átlátható biztosítási ajánlatok, a kedvezményezettek megtévesztése ellen erős, a Monitorhoz hasonlóan akár határozott időtartamra az egészségbiztosítás vezetésére rendelt állami Egészségbiztosítási Felügyelet fenntartása és a civil kedvezményezetti képviseleti formák támogatása. Orvosszakmai szempontok alárendelődésének kiküszöbölésében szintén az EBF-nek jut jelentős szerep.

**III.** A bevételkényszer miatti gyenge alkupozíció tény. A pozíció gyengesége kizárólag az alapos szakmai felkészültségű, kitűnő tárgyalásvezető, és nyereség-azaz eredmény-érdekeltté tett állami tárgyaló küldöttséggel biztosítható.

**IV.** A hálapénz rendszer, amely koncentráltabb és elterjedtebb lehetőséget kínál a választásra, mint a biztosítók ajánlata, elleni küzdelem közös feladat, melynek vezetése a központi kormánzatnak fel kell vállalnia. A paraszolvencia adójellege emelendő ki a témakörben, és ennek megfelelően üldözendő. Az APEH-en belül külön az orvosi hálapénz-rendszer elleni közdelemre szakosodott szervezeti egységek hozandók létre.

**V.** Ugyan bármely átalakítás – mint pl. a több biztosítós modell – átmenetileg többbe kerül, és kevesebb juthat ebből az ellátásra, annak bevezetése első sorban hazai szaktudást használ fel és hazai egészség- és öntudatosodás a várható hozadéka, valamint hazai munkahelyeket teremt. Az angolok vagy éppen a szlovák modell

után az északi szomszédaink – tudományosan is rengeteget profitáltak a rendszerváltoztatási kísérleteikből. Sem elveszni, sem erodálódni hagyni nem szabad a központi egészségirányításban felhalmozott tudást és információt, sőt erősíteni és a közcélok szolgálatába állítva felhasználni kell azt, gondolok itt az ESKI, az EüM, az OEP a GYÓGYINFOK, az EBF stb. információs bázisaira. Meghagyva ezeket valamennyit, az adatok központi kezelése – szintén az angol példa (a Monitor-é) támasztja alá – az EBF-nél látszik legcélszerűbbnek, három okból is: ez az előzők közül a legújabb, legkisebb és legfüggetlenebb.

**VI.** A szabad intézet- és orvosválasztást megszüntetve kell megtartani. Pontosítani, alkalmazni, és számonkérni kell az ökonomikus, és egyben elő is írt betegutaktól eltérő igénybevétel szabályait. Mindezt vagy területi felosztás és eszerinti területi ellátáskötelezettséggel, vagy államilag meghatározott kötelezően ellátandó és biztosítandó betegség-összetételi előírásokat kell a biztosító(k) részére meghatározni. Sem az ellátók ne kerülhessék meg a krónikus és költséges betegek, ill. a nyugdíjasok ellátását, sem a finanszírozók a biztosításukat. Ide tartozik a garanciális szabályok meghozatala, melyek hiányában az aktív korosztályt érintően is kétséges lehet a magas költségigényű ellátások vállalása. Személyes véleményem szerint a kedvező egészségű biztosítottak nyílt vagy rejtett lefölezése természetes piaci törekvés. A folyamat nem támogatandó, de csak az egészségügy transzparens nyitásával csökkenthető.

**VII.** Az Angliában már működésbe hozott minőségi és „komfort”-verseny egyik záloga az átláthatóság biztosítása, az irányadó adatok összehasonlíthatóságig egyszerűsítése mellett, valamint nyilvánosság biztosítása. Mindegyik kérdéskörben példamutatók lehetnek az angol tapasztalatok, és irányadók lehetnek a honlapok.

Összefoglalva de lege ferenda Magyarországon feltétlenül megfontolandó az egészségügyi finanszírozás *három lábra állításának* igénye. Ezek közül:

- csak az egyik a hagyományos társadalombiztosítás,
- a másik a kötelezően de szabadon megválasztható üzleti biztosítás, amely az így elnyert egészségbiztosítási ellátás hotelszolgáltatásának színvonalát határozza meg,
- és harmadikként a különböző fizetési szintekhez különböző minőségű és technikai színvonalú ellátást biztosító önkéntes magánbiztosítás közreműködése.

Fontos végül MELLÁR (2009) Tamással ismételt hangsúlyozni, hogy „a sikeres modernizáció lényege nem a régi struktúrák lerombolása és helyébe a külső minták alapján újak létrehozása és a társadalom tagjainak abba való belekényszerítése, hanem az, hogy olyan átalakulások történjenek, amelyek *az adott kor igényeinek és a társadalmi elvárásoknak megfelelő*, eredményes működést hoznak.

Az eredményes modernizáció elengedhetetlen és első számú feltétele a *társadalmi konszenzus kialakítása*. Egyezséget kell kötni a különböző társadalmi csoportokkal, hogy a közösen vállalt célok érdekében lehessen türelmüket és együttműködésüket kérni.”



Mindehhez, végigegyeztetett szakmai, politikai és társadalmi konszenzus alapján Magyarországnak is szüksége van egy egészségügyi alkotmányra, amolyan új nemzetegészség stratégiai kiegyezésre, a közös célok definiálására. Meg kell alkotnunk azt az alaptörvényt, amely az követendő reformlépéseket keretbe foglalja, amely újraszabályozza az egészségügy két legfontosabb szereplőjének, az államnak és a polgárnak a viszonyát, magatartását. De, hogy hogyan tegyük mindezt: ez közeljövők talán legfontosabb kérdése.

### **VIII.3. Projekció – Diskusszió helyett: egy kísértet visszatér**

Mivel az értekezés PhD fokozat megszerzésére irányul, mely a jelölről „a filozófia doktora” predikátumot teszi, lezárásként álljon itt egy teológusi és egy filozófiai jellegű értékelés.

1999-ben Julia NEUBERGER rabbi<sup>592</sup> a következő blair-i gondolatokkal, amolyan credo-val vezeti be “The NHS as a theological institution” című cikkét a British Medical Journal-ben

“Tökéletes hittel hiszek az NHS-ben. Abban, hogy valamennyi egészségügyi ellátást annak nyújtásakor ingyenesen képes biztosítani mindannyiunknak, abban, hogy mindezt egyenlően és igazságosan, sőt, könyörületesen teszi, hogy kapacitásait gyakorlatiasan és hatékonyan használja fel, és mindenek előtt a kedvezményezettnek és hozzá fordulóknak az elérhető legszélesebb skálán kínálja ellátásait.<sup>593</sup>”

Rudolf KLEIN 1993-as összefoglalása szerint<sup>594</sup> az NHS közelebb hozta egymáshoz az embereket, akik rábízták az NHS-re a testük-lelkük gondozását, a biztonságos világrajöveteltől, a lehető legfájdalommentesebb meghalásig.

2009-ben a The Economist<sup>595</sup> címlapon teszi fel a kérdést: mi romlott el a modern gazdaság elméletében? A cikk állítása szerint a közgazdaságtudomány valamennyi, később nyomtalanul eltűnt szappanbuboréka közül kevés pukkant ki olyan látványosan, mint maga a *modern közgazdaság elmélete*. Pár éve a komoly tudomány minden emberi viselkedést a drogkereskedelemtől a szumózásig ezen a teoretikai alapon magyarázott. Paul KRUGMAN, a 2008-as közgazdasági Nobel-díjas egy 2009-es előadásában egyenesen azt állította, hogy az elmúlt 30 év makroökonómiája összefoglaló értékeléssel „a legjobb indulattal is a különösen haszontalan, a legnegatívabb megközelítéssel viszont a kifejezetten káros” kategóriába sorolható.

A közben, 2008 végén eszkalálódott világgazdasági krízissel kapcsolatban a prominens amerikai, Barry EICHENGREEN gazdaságtörténész vonta le a tanulságot: „a válság sok mindent kétségbe vont arról, amit tudunk a közgazdaságról”. Egyes negatív vélemények a közgazdaságtan egészének létjogosultságát vonják kétségbe, míg a főbb kritikák három tény köré csoportosíthatók. A pénzügyes közgazdászok tevékenysége robbantotta ki a

hitelválságot. A makróökonómusok nem voltak képesek a válságot előre jelezni<sup>596</sup>. S végül egyiküknek sincsen komplex megoldása arra, miképpen kellene legyőzni azt.

Hogy az egészségügyben nem működnek a divatos, neokonzervatív modellek, jól mutatja be SEDDON<sup>597</sup>. Párhuzamos példája szerint amíg az autók piacán a verseny az árak letöréséhez és a költségek csökkenéséhez, az innováció a legújabb technikák gyors elterjedéséhez vezetett, addig az egészségügyben a verseny elbukott. A versenyhelyzet az egészségügyben nem teremtett értéket a kedvezményezettek számára, viszont aláásta a minőséget, elterjesztette a szakszerűtlenséget, és jelentősen megnövelte az adminisztratív költségeket. A kudarc-jelenséget, amely a legrégebbi politikai gazdaságtan felé forduló nosztalgia egyik megalapozója, harvardi leírói, PORTER & TEISBERG sommásan így értékelték: „a valódi egészségügyi reformhoz vezető egyetlen út a verseny természetének megreformálása maga<sup>598</sup>”.

Hat évvel NEUBERGER rabbi után – és hárommal a hitel-világválság előtt – az NHS változásai elemzésének metodikáit ismertette LISTER (2005)<sup>599</sup> nem habozik a marxista értékeléssel kezdeni. Maga is elismeri, hogy megközelítése nem esik egybe változtatásokat elemző tanulmányok többségének álláspontjával. Munkájában John LISTER a globálisan ható „egészségügyi reform iparág” kritikai ismertetését adja. A gazdasági, a történelmi és a politikai előzmények összefoglalása után megállapítja, hogy a változtatásokat szupranacionális ügynökségek terjesztik és iniciálják, mint a Világbank, a különböző „Fejlesztési” Bankok, a WTO és – végül – a WHO. Értékelése szerint ezek a nagytőkés ügynökségek rossz kérdésekre rossz válaszokat adnak, a különböző országok reformjai végül is a neoliberális részideológiák által meghatározottak, s csak akkor érvényesek és értelmezhetőek, ha a tőkés világrendet és a szabad versenyes világpiacot vesszük azok alapjául.<sup>600</sup>

A marxista megközelítések különböző mélységűek és nem homogének. Viszont széles szakmai körben is elterjedtek. Gyakran hivatkoznak elemeikre nem kifejezetten marxista tudósok is. Így például ESPING-ANDERSEN marxi és polányista hagyományokra támaszkodva egészen addig megy, hogy a munka „árutlanításaként” értelmezi a szociáldemokrata állam végső célját<sup>601</sup>.

HAM (1999) szerint<sup>602</sup> általános érvük, hogy az egészségügyi ellátás az Egyesült Királysághoz hasonló társadalmi-gazdasági berendezkedésű országokban a kapitalista termelés része. A marxisták azt állítják, hogy a releváns különbség azok között van akik a termelő erőforrásokat tulajdonlók (az uralkodó osztály vagy burzsoázia) és a bérért vagy fizetésért dolgozók (az elnyomott osztály vagy proletariátus) között ismerhető fel.

A kapitalista termelési mód fokozza az osztályviszonyok ellentéteit a termelés során. A marxizmus újabb iskolái szerint is a gazdasági uralkodó osztály a politikai uralkodó osztállyal egyet jelent. Az állam tehát a burzsoázia hosszú távú érdekeinek kifejeződése, ezeknek megfelelően működik a legisláció és a törvénykezés, s emellett az állam ellát több egyéb funkciót is. O’CONNOR terminológiájával<sup>603</sup> az állam asszisztál a tőkefelhalmozáshoz, és ennek legitimációs funkcióját is ellátja. Az állami kiadások – amelyek szociális tőke

képzésére szociális kiadásokat tesznek – is kifejezetten erre mutatnak, ezt eredményezik. Az állami egészségügyi kiadások is részben szociális tőkebefektetéseket tartalmaznak, hiszen végeredményben az egészséges munkaerő újratermelését hivatottak elősegíteni, s részben szociális költségként is értelmezhetőek, amennyiben a szociális ellátások segítenek fenntartani a társadalmi harmóniát. Az állami beavatkozás az egészségügy támogatására és megszervezésére blokkol két problémaforrást: közvetlen akciónak számít a burzsoázia munkaerő-költségeinek csökkentésére, és segít megelőzni a társadalom szociális nyugtalanságait.

NAIDOO & WILLIS (2001) a marxista politikai gazdaságtanra utalva<sup>604</sup> irányítja figyelmünket az egészségügyi szakmák hatalmára, azaz érdekérvényesítő képességének felfokozódására. Teóriájuk ismerős: a társaságok nem az emberek, hanem a tőke szükségletei köré szerveződnek. A kapitalista társaságok célja a profit, amely a munkaerő kizsákmányolásából származik.

Álláspontjuk az, hogy

- a betegségek nagy részét közvetlenül az ipari kapitalizmus okozza, mint pl. a foglalkozási megbetegedéseket,
- A betegségek a hátrányos helyzetű társadalmi csoportokat aránytalanul mélyebben sújtják,
- s a társadalom nem tesz eleget ezen problémák megelőzésére, illetve az egészség támogatására, mert a céljai megváltoztak: s ezek közt a termelés fenntartása és fejlesztése megelőzi az társadalom tagjainak egészségét.

A marxista álláspont szerint az egészségügy a kapitalizmus eszköze a gazdaság növekedéséhez. Ez a megközelítés fokozza a társadalmi feszültséget, és az eltérő érdekeket különböző osztályokban karakterizálja, jeleníti meg.

Norma DAYKIN végül megjegyzi<sup>605</sup>, hogy habár a marxista kritikusokat a szakma hevesen támadja, mert túlzottan nagy hatást tulajdonítanak szociális változásokban az osztálykülönbségeknek, a társadalmi és teoretikus hatásuk mégis állandónak mondható. Magyarországon persze a marxizmus emlegetése – részben érthetően – kellemetlen képzettársításokkal jár. Ezek – bár gyakorta értékítéletet tartalmaznak –, tartalmuk szerint, valójában politikai ideológiai deklarációk.

KORNAI Jánostól, a külföldön legtöbbet idézett magyar közgazdász-teoretikustól (aki 1959-ben öt pontban határozta meg követendő céljait, és ebből az 1. pont a kommunista párttal szakítás, és a 4. pont a szakítás a marxizmussal) származik az alábbi idézet:

“The socialist system is not the empire of the evil, and the capitalist system is not the social incarnation of harmony, justice and liberty. We are speaking of the general model of two real, historic formations.”<sup>606</sup> KORNAI (2005)<sup>607</sup>

Azaz: „A szocialista rendszer sem a gonosz birodalma és a kapitalista sem a harmónia, igazságosság és a szabadság társadalmi inkarnációja. Két valós, történelmi berendezkedés általános modelljéről beszélünk most.”



## IX.

# AZ NHS-HEZ KAPCSOLÓDÓ EURÓPAI BÍRÓSÁGI JOGESETEK

### IX.1. Összeütközések kollízió-mentes környezetben

Jogsabályi háttérként a 2008/C 115/01, azaz az Európai Unióról szóló szerződés és az Európai Unió működéséről szóló szerződés egységes szerkezetbe foglalt változata (2008. május 9.) – a továbbiakban: az EUM Szerződés – 168. cikke (az EKSZ korábbi 152. cikke) kimondja, hogy „a Közösség népegészségügyi téren végrehajtott akcióinak teljes mértékben tiszteletben kell tartania a tagállamok felelősségét az egészségügyi ellátás megszervezése terén”. Ugyanakkor ugyanez a cikk azt is kiemeli, hogy a Közösségnek ösztönöznie kell a kooperációt a tagállamok között, és elő kell segítenie a tagországok politikáinak és programjainak koordinációját.

Ennek a komplex rendelkezésnek az értelmezése szerint a közösségi akciónak tehát az a célja, hogy kiegészítse a nemzeti politikákat, valamint fontos szerepet játszik a tagállamok támogatásában és a jó gyakorlat megosztásában.

A munkavállalók szabad mozgását a EUM Szerződés 45. cikk (az EKSZ korábbi 39. cikke) fekteti le, és az 1612/68-as szabályozás fejleszti tovább: jogot biztosít az uniós polgároknak arra, hogy egy másik tagállamban dolgozzanak, mint alkalmazottak vagy közalkalmazottak.

Az EUM Szerződés 49. cikk (az EKSZ korábbi 43. cikke) a letelepedési jog deklarálása alatt a – külön nem jelölt második bekezdésében – lehetővé teszi, hogy az uniós polgárok egy másik tagállamban önfoglalkoztatottként tevékenykedjenek.

Az EUM Szerződés 56. cikk (az EKSZ korábbi 49. cikke) biztosítja a szolgáltatások szabadságát.

Az 1408/71-es és 574/72-es szabályozások koordinálják a különböző társadalombiztosítási rendszereket, hogy megkönnyítsék a szabad mozgást.

A 2005/36/EC irányelv biztosítja a szakmai minősítések elismerését a cégalapítás, valamint a határon átnyúló ellátás vonatkozásában.

Az Európai Bizottság közzétette a COM(2008) 414. sz. irányelv-tervezetet (2008 július 2) a határokon átívelő egészségügy egyes kérdéseiről<sup>608</sup>.

Az érintett jogforrások szövege:

## **I.**

### **EK 56. cikk (az EK Sz. korábbi 49. cikke) – kivonat**

*Az alábbiakban megállapított rendelkezéseknek megfelelően tilos az Unión belüli szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó minden korlátozás a tagállamok olyan állampolgárai tekintetében, akik nem abban a tagállamban letelepedettek, mint a szolgáltatást igénybe vevő személy.*

### **EK 57. cikk (az EK Sz. korábbi 50. cikke) – kivonat**

*A Szerződések alkalmazásában „szolgáltatás” a rendszerint díjazás ellenében nyújtott szolgáltatás, ha nem tartozik az áruk, a tőke és a személyek szabad mozgására vonatkozó rendelkezések hatálya alá. Szolgáltatásnak minősülnek különösen:*  
*d) a szabadfoglalkozásuként végzett tevékenységek.*

## **II.**

### **168. cikk (az EK Sz. korábbi 152. cikke) – kivonat**

*(1) [...] Az Unió fellépése, amely kiegészíti a nemzeti politikákat, [...] az emberi megbetegedések és betegségek, valamint az emberek testi és szellemi egészségét fenyegető veszélyek okainak megelőzésére irányul. Az ilyen fellépés magában foglalja a széles körben terjedő súlyos betegségek elleni küzdelmet az azok okaira, terjedésére és megelőzésére vonatkozó kutatások, valamint az egészségügyi tájékoztatás és oktatás által, továbbá a határokon át terjedő súlyos egészségügyi veszélyek figyelemmel kísérését, az ilyen veszélyek korai előrejelzését és az ezek elleni küzdelmet.*  
*(2) A tagállamok a Bizottsággal együttműködve összehangolják politikáikat és programjaikat az (1) bekezdésben említett területeken. A Bizottság a tagállamokkal szorosan együttműködve megteheti minden hasznos kezdeményezést az összehangolás előmozdítására.*  
*(7) Az Unió tevékenységének tiszteletben kell tartania a tagállamoknak az egészségügyi politikájuk meghatározására, valamint az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás megszervezésére és biztosítására*

*vonatkozó hatáskörét. A tagállamok hatásköre kiterjed az egészségügyi szolgáltatások és az orvosi ellátás működtetésére, és a hozzájuk rendelt erőforrások elosztására.*

### **III.**

#### **Az 1408/71 rendelet 22. cikk:**

*(1) Az a munkavállaló vagy önálló vállalkozó, aki az ellátásra való jogosultság tekintetében kielégíti az illetékes állam jogszabályaiban előírt feltételeket, szükség esetén a 18. cikk rendelkezéseinek figyelembevételével, és:*

*a) akinek az állapota természetbeni ellátást igényel, amely orvosi okokból válik szükségessé, mialatt egy másik tagállam területén tartózkodik, figyelembe véve az ellátások jellegét és a tartózkodás várható időtartamát; vagy*

*b) akit, miután jogosulttá vált az illetékes intézményt terhelő ellátásra, az illetékes intézmény feljogosított arra, hogy visszatérjen a lakóhelye szerinti tagállam területére, vagy lakóhelyét áthelyezze egy másik tagállam területére; vagy*

*c) akit az illetékes intézmény feljogosított arra, hogy egy másik tagállamba utazzon az állapotának megfelelő ellátás igénybevétele céljából, jogosult:*

*i. természetbeni ellátásra, amelyet az illetékes intézmény nevében a tartózkodási hely vagy lakóhely szerinti tagállam intézménye nyújt az általa alkalmazott jogszabályoknak megfelelően, mintha a munkavállaló vagy önálló vállalkozó ott lenne biztosított; ugyanakkor az ellátás nyújtásának időtartamát az illetékes állam jogszabályai határozzák meg;*

*ii. pénzübeli ellátásra, amelyet az illetékes intézmény nyújt az általa alkalmazott jogszabályoknak megfelelően. Ugyanakkor az illetékes intézmény és a tartózkodási hely vagy a lakóhely szerinti intézmény közötti megállapodás alapján az ellátást a tartózkodási hely vagy lakóhely szerinti intézmény is nyújthatja az illetékes intézmény nevében, az illetékes állam jogszabályainak megfelelően.*

*(1a) Az igazgatási bizottság meghatározza azon természetbeni ellátások jegyzékét, amelyekhez gyakorlati okokból az érintett személy és az ellátást nyújtó intézmény előzetes megállapodása szükséges, azért, hogy egy másik tagállamban való tartózkodás során azokat biztosítani lehessen.*

*(2) Az (1) bekezdés b) pontja szerinti engedély megadását csak abban az esetben lehet megtagadni, ha megállapítható, hogy a helyváltoztatás károsan befolyásolhatja az érintett személy egészségi állapotát vagy az egészségügyi ellátás igénybevételét.*

*Az (1) bekezdés c) pontjában előírt engedély megadását nem lehet*

*megtagadni, ha az adott ellátás szerepel annak a tagállamnak a jogszabályaiban meghatározott ellátások között, amely tagállam területén az érintett személy lakóhellyel rendelkezett, és ha nem részesülhet ilyen ellátásban az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges időn belül a lakóhely szerinti tagállamban, jelenlegi egészségi állapotának és a betegség valószínű lefolyásának figyelembevételével.*

*(3) Az (1), (1a) és (2) bekezdést hasonlóan kell alkalmazni a munkavállaló vagy önálló vállalkozó családtagjaira is. Azonban az (1) bekezdés a) pontjának és c) pontja i. alpontjának a 19. cikk (2) bekezdésében említett olyan családtagokra történő alkalmazásában, akik a munkavállaló vagy önálló vállalkozó lakóhelyén kívüli tagállam területén rendelkeznek lakóhellyel:*

*a) a természetbeni ellátásokat a családtagok lakóhelye szerinti tagállam intézménye nevében a tartózkodási hely szerinti intézmény nyújtja az általa alkalmazott jogszabályok rendelkezéseinek megfelelően, mintha a munkavállaló vagy önálló vállalkozó ott lenne biztosított. Az ellátások nyújtásának időtartamát azonban annak a tagállamnak a jogszabályaival összhangban határozzák meg, amelynek területén a családtagok lakóhellyel rendelkeznek;*

### **IX.1.1. A határon átívelő egészségügy potenciális hatása az NHS-re<sup>609</sup> (2009. július)**

Európában a lakosság várható élettartama az '50-es évek óta – évtizedenként úgy 2,5 évvel – folyamatosan növekedik. A társadalomhoz hasonlóan az egészségügyi munkaerő is fogy és elöregedik<sup>610</sup>.

Először házi orvosok képzés kibocsátása 21%-al csökkent 1986 és 1996 között, de a házi orvosok száma 9%-al nőtt közel 29.000-re, 14%-uk félidőben dolgozik, kétharmaduk férfi. Átlagosan minden egyes orvosnak 8%-kal kevesebb betege volt 1996-ban, mint 1986-ban<sup>611</sup>.

1995 és 2000 között az a 45 év alatti orvosok száma 20%-kal csökkent, miközben a 45 év fölöttieké több mint 50%-kal nőtt. A nővérek esetében is nő az átlagéletkor: 5 tagállamban az ápolók közel fele 45 év fölötti. Sokan vannak közel a nyugdíjkorhatárhoz is: fiatal munkaerőre van szükség az utánpótláshoz. Az egyesült európai térségben szükség, kereslet van az egészségügyi munkaerőre (s ez alól nem képez kivételt az Egyesült Királyság sem).

A nyilvánvaló gondokra az EU a legmagasabb szinteken keresi a közös megoldást: az Európai Bizottság 2008. július 2-án tett közzé a *COM(2008) 414. sz. irányelv-tervezetet a határokon átívelő egészségügy kérdéseiről*<sup>612</sup>.



A tervezet célja, hogy segítse a betegeket a szükséges egészségügyi ellátás igénybevételében, és támogassa a tagállamokat egészségügyi rendszerük elérhetőségének, minőségének és pénzügyi fenntarthatóságának biztosításában. *Az irányelv tervezet az Európai Bíróság számos esete után fogalmazódott meg, ahol az egyének térítést követeltek egy másik EU-s országban nyújtott egészségügyi ellátásért.*

Ezek az esetek rámutattak arra, hogy a betegek bizonyos jogokkal rendelkeznek a határon átnyúló egészségügy vonatkozásában. Pl. alapvető jog a más tagállamban felírt orvosi rendelvények elismerése illetve az e-egészségügy<sup>613</sup>.

Egyrészt a fenti jogesetek egyik közös jogalapja, az *1408/71/EGK tanácsi rendelet 22. cikke*, másrészt viszont az irányelv 6., 7., 8., és 9. cikkei belépnek a jogesetek értelmezésébe. Az irányelvi szabályokat az irányelv 3. cikk (2) szerint a tanácsi rendelet 22. cikkével *rendszerint alternatívan* kell alkalmazni.

*Az NHS 2007. szeptemberében felállított Európai Hivatala<sup>614</sup> elindított egy konzultációs folyamatot<sup>615</sup>, hogy felmérje az irányelv-tervezetben foglalt javaslatok potenciális hatását az NHS-re. Bár lehetetlen előrevetíteni a határon átvélő egészségügy jövőbeni alakulását, a legtöbb NHS szervezet nem számít nagy volumenre sem az országból, sem az országba irányuló betegforgalom terén. Általánosságban az NHS úgy véli, hogy a határon átvélő betegáradat nem lesz jelentős hatással az NHS azon képességére, hogy egészségügyi szolgáltatásokat nyújtson a lakosságnak.*

*Ez azonban nem jelenti azt, hogy a javaslatok nem gyakorolnak semmilyen hatást az NHS-re. A konzultáció több területet is azonosított, ahol zavar vagy konfliktus léphet fel a direktíva tervezet és a jelenlegi NHS politika között.*

*A tervezet két területen nem áll összhangban az NHS rendszerével:*

- a jogosultságok kérdése és
- a betegek választási lehetősége.

## **IX.1.2. A jogosultságok kérdéséhez**

Az irányelv-tervezet célja annak biztosítása, hogy a betegek ugyanazokra az ellátásokra legyenek jogosultak bármely másik EU-s országban, mint a sajátjukban. Az elv egyszerűnek látszik, de a valóság ennél bonyolultabb, különösen olyan rendszerekben mint *az NHS, amely nem rendelkezik meghatározott jogosultsági listákkal.*

Az NHS szakellátáshoz a GP beutalása szükséges, a beteg ellátását érintő kérdésekről az NHS klinikus hoz döntéseket. Ennek kapcsán az NHS szervezetek megjegyezték, hogy ha egy beteg külföldön keresne kezelést a helyi NHS által végzett igényfelmérés nélkül, igen nehéz lenne visszamenőleg meghatározni rendelkezésre állt volna-e kezelés az NHS keretében, és a beteg jogosult-e térítésre.

További bonyodalmak merülnek fel azzal kapcsolatban, hogy nehéz meghatározni, *mi képezi ugyanazt a kezelést egy másik egészségügyi rendszerben*, mivel a klinikai gyakorlatban

létezhetnek különbségek. A javaslat *a térítéshez való jog* meghatározásával próbálja ezt a kérdést megoldani azon költség vonatkozásában, amelyet kifizettek volna, ha „ugyanaz vagy hasonló” ellátást nyújtottak volna a beteg saját országának egészségügyi rendszerében.

Az NHS szerint ez a szemlélet ellentmond annak az elvnek, hogy a jogosultság az otthon kapott ellátásra korlátozódjon. *Egy beteg kereshet olyan kezelést külföldön*, ami saját országában nem áll rendelkezésre, majd térítésért folyamodik azzal az érveléssel, hogy „hasonló” az otthon nyújtott kezeléshez. Egy ilyen rendszer számos vitát eredményezhet a határon átvélő ellátást kereső betegek és saját egészségügyi rendszerük között.

Ezek a problémák elkerülhetők lennének, ha tisztáznák a jogosultság határát a javaslat-tervezetben, és elismernék a jogosultság meghatározásának különböző mechanizmusait. Az NHS szervezeteknek biztosítaniuk kell, hogy a betegek könnyen hozzáférjenek a jogosultságot érintő információkhoz, és hogy a jogosultságról hozott döntéseket világosan és kellő időben kommunikálják számukra. *Angliában jelenleg jelentős különbségek léteznek* a helyi NHS szervezetek döntéshozatali gyakorlatában a jogosultság tekintetében. Az NHS alapvető értékeinek és a betegek jogainak/kötelességeinek meghatározását célzó munkában elmozdulás történt a helyi döntéshozásban megnyilvánuló jobb standardok és nagyobb átláthatóság irányába, mely jelentőséggel bír majd a határon átvélő egészségügy terén is.

## **IX. 2. A C-385/99. sz. MÜLLER-FAURÉ és van RIET ügy (2003. május 13.)<sup>616</sup>**

MÜLLER-FAURÉ és Van RIET ügy eredetileg kettő külön eset, melyeket a Bíróság – hasonlóságuk és azonos elvek mentén történt megoldásuk miatt vont össze. A kérdések, melyek közös tárgya a másik EU-s tagállamban felmerült orvosi költségek megtérítése<sup>617</sup>, a V. G. Müller-Fauré és a kölcsönös egészségbiztosítási pénztára, valamint az E. E. M. Van Riet és pénztára közötti két külön jogvitában merültek fel.

V. G. MÜLLER-FAURÉ szabadsága alatt fogászati kezelést vett igénybe Németországban. Nyaralásából hazatérve a *zwijndrecht*<sup>618</sup> pénztártól kérte a kezelés költségeinek megtérítését. A pénztár – fogorvos szakértő véleménye alapján – elutasította a kérelmet. Az indok, hogy a biztosítottak fő szabályként magukra az ellátásokra, nem pedig az azokhoz kapcsolódó költségek megtérítésére jogosultak. Müller-Fauré esetében nem állt fenn kivételes körülmény, amely a költségek megtérítését igazolná, tekintettel különösen a kezelés nagyságrendjére és arra, hogy az több héten át tartott.

E. E. M. Van RIET évek óta szenvedett a csuklójában jelentkező fájdalomtól. Ezért a kezelőorvosa a pénztár orvosszakértőjétől engedélyt kért Van Riet számára, hogy artroszkópiás vizsgálatot hajtsanak végre egy belga kórházban, ahol e vizsgálatra sokkal rövidebb várakozással kerülhet sor, mint Hollandiában. A pénztár elutasította a kérelmet, azzal az indokkal, hogy a beavatkozást Hollandiában is el lehet végezni. Ezalatt E. E. M Van Riet elvégeztette az invazív beavatkozást. A pénztár azzal az indokkal tagadta meg a

beavatkozások költségének megtérítését, hogy a belgiumi kezelést sem a sürgősség, sem az orvosi szempontú szükségesség nem indokolta.

A Müller-Fauré és van Riet ügyben a nemzeti bíróság az EK 234. cikk alapján, az EK-Szerződés 59. cikkének (jelenleg, módosítást követően, EK 49. cikk) és az EK-Szerződés 60. cikkének (jelenleg EK 50. cikk) értelmezésére vonatkozóan három kérdést terjesztett a Bíróság elé, előzetes döntéshozatal céljából. Az ügyhöz tizenegy kormány<sup>619</sup>, valamint az Európai Közösségek Bizottsága terjesztett elő kiegészítő írásbeli észrevételeket. Témánk szempontjából nyilvánvalóan kiemelkedik a brit kormány perbeni tevékenysége, és felhívjuk a figyelmet a közvetítő tartalmú spanyol véleményekre.

A Bíróság egy régebbi ügyben hozott ítéletben következőket már megállapította<sup>620</sup>:

- a kezelés szükségességére vonatkozó feltétel lehetővé teheti a nemzeti területen az elegendő, kiegyensúlyozott és állandó minőségi kórházi ellátás kínálatának fenntartását, valamint az egészségbiztosítási rendszer pénzügyi stabilitásának biztosítását;
- ha számos biztosított venne igénybe más tagállamokban ellátást annak ellenére, hogy a pénztárakkal szerződött egészségügyi intézmények megfelelő kezeléseket biztosítanak, a betegek áramlása megkérdőjelezné magát az egészségbiztosítási pénztárral való szerződéskötésre vonatkozó elvet, illetve a logisztikai és pénzügyi pazarlással kapcsolatos problémák elkerülése érdekében tett tervezési erőfeszítést is, és a kórházi egészségügyi ellátás kínálatában való egyensúly felborulásával fenyeget.

### 3. FEJEZET SZOLGÁLTATÁSOK

#### **EK 56. cikk (az EK Sz. korábbi 49. cikke) – kivonat**

*Az alábbiakban megállapított rendelkezéseknek megfelelően tilos az Unión belüli szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó minden korlátozás a tagállamok olyan állampolgárai tekintetében, akik nem abban a tagállamban letelepedettek, mint a szolgáltatást igénybe vevő személy.*

#### **EK 57. cikk (az EK Sz. korábbi 50. cikke) – kivonat**

*A Szerződések alkalmazásában „szolgáltatás” a rendszerint díjazás ellenében nyújtott szolgáltatás, ha nem tartozik az áruk, a tőke és a személyek szabad mozgására vonatkozó rendelkezések hatálya alá. Szolgáltatásnak minősülnek különösen:*

*d) a szabadfoglalkozásuként végzett tevékenységek.*

Hollandiában az egészségbiztosítási rendszer elsősorban az egészségbiztosítási pénztárakról szóló törvény, azaz a ZFW<sup>621</sup>, valamint a különleges egészségügyi költségekről

szóló általános törvény a WBZ<sup>622</sup> szabályain alapul. A két jogszabály együttesen egy olyan természetbeni ellátási rendszert hoz létre, amelyben a biztosítottak ingyenes természetbeni ellátásra jogosultak. Mindkét törvény a kedvezményezettek, az egészségbiztosítási pénztárak és az ellátást nyújtók közötti szerződéses rendszeren alapul.

A kedvezményezett által kötelezően választott egészségbiztosítási pénztár engedélyezheti a biztosítottnak, hogy kezelése érdekében, az ellátáshoz való jogosultságának érvényesítése céljából valamely Hollandián kívüli egészségügyi ellátóhoz forduljon.<sup>623</sup>

Ha az engedélyt megkapja, az ellátások teljes költségét az az egészségbiztosítási pénztár fedezi, amelynek a biztosított a tagja. Ehhez azonban – még az orvosi kezelése előtt – a kezelés engedélyezése iránti kérelmet kell benyújtani az egészségbiztosítási pénztárhoz, azaz annak az ellátások nyújtását megelőzően engedélyeztetnie kell a kezelés igénybevételét. Ellenkező esetben az ellátásnak költségeit nem térítik meg.

Az Európai Bíróság egyes ügyekben viszont már megállapította, hogy a hasonló szabályozás elriasztja, sőt megakadályozza a biztosítottakat abban, hogy másik tagállambeli egészségügyi szolgáltatókhoz forduljanak, és a szolgáltatásnyújtás szabadságának akadályát képezi (Pl.: a Smits és Peerbooms ítélet<sup>624</sup>).

A kérdést előterjesztő nemzeti bíróság úgy ítélte meg, hogy a jelen esetekben nem álltak fenn azok a körülmények, amelyek indokolnák volna az 1408/71/EGK tanácsi rendelet 22. cikk (1) bekezdése a) alpontjának alkalmazását, mivel sem V. G. Müller-Fauré, sem E. E. M. Van Riet egészségi állapota nem indokolt sürgősségi vagy azonnali ellátást.

A kérdést előterjesztő bíróság felhívta az eljáró Európai Bíróság figyelmét a holland rendszer azon jellemzőjére, hogy a „megtérítéses” rendszerekkel szemben, de a brit rendszerrel megegyező módon: természetbeni ellátásokat biztosít. Az alapügy alperesei, a biztosító társaságok szerint a rendszer pénzügyi egyensúlyát veszélyeztetné az, ha az előzetes engedély nélkül is meg lehetne téríteni a biztosítottaknak a más tagállamokban igénybe vett ellátások költségeit<sup>625</sup>.

A kérdést előterjesztő bíróság arra is választ várt, hogy a „kellő időn belül” fordulat jogalkalmazói értelmezést nyerjen. A megfogalmazás a gyakorlatban csak akkor teljesül, amikor az egészségügyi ellátó nem képes kellő időben megfelelő kezelést biztosítani<sup>626</sup>. A Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 103. pontjában megfogalmazott, „azonos vagy a betegre nézve ugyanolyan eredményességű kezelés megfelelő időben biztosítható” kifejezéssel kapcsolatban a zwijsdrechti pénztár úgy véli, pusztán az a tény, hogy várólistán van valaki, még nem jelenti azt, hogy az ilyen kezelés nem áll „kellő időn belül” a rendelkezésre.

A kérdést előterjesztő bíróság együtt vizsgálendő második és harmadik kérdésével azt kérdezte, hogy a szolgáltatásnyújtás szabadságát korlátozó hatások igazolhatók-e a nemzeti egészségbiztosítási rendszer jellegzetességeivel, ha pl. az a rendszer főszabályként nem a felmerült költségek megtérítését nyújtja, hanem főszabály szerint természetbeni ellátásokat biztosít.

A Bírósághoz benyújtott észrevételek között a holland kormányé szerint az előírt engedély a holland egészségbiztosítási rendszer szerves részét képezi, és fontos az igények tervezése és a költségek kézben tartása, valamint a biztosítottak egyforma kezelése szempontjából. Megkérőjelezése ad absurdum veszélyeztetheti a tagállamok szuverenitásának azon elemét, hogy maguk alakíthatják ki a társadalombiztosítási rendszerüket.

A spanyol kormány már jelzett érvelése szerint<sup>627</sup> főleg a különbségtétel az ellátások között a kizárólag természetbeni ellátásokat biztosító egészségbiztosítási rendszer esetén. Másrészt viszont hozzáteszi, hogy az eltérő tagállamban ellátás esetén a szolgáltatók adói nem a biztosított jogállás szerinti tagállam költségvetésébe folynak be, ami veszélyezteti a finanszírozás forrását.

Megállapítható, hogy az Egyesült Királyság Kormánya már 2003-ban aktív volt a kérdéskörben. Álláspontja szerint<sup>628</sup>, ha a biztosítottaknak lehetőségük lenne arra, hogy másik tagállamban részesüljenek ellátásban, az hátrányosan érintené az egészségbiztosítás megszervezésének [...] fontos elemeit. E tekintetben – ismertette dióhéjban a nemzeti megoldást – az NHS-nél a kezelések orvosilag meghatározott fontossági sorrendje alapján időbeosztásokat hoznak létre. A betegeknek nincs joguk azt kérni, hogy kórházi kezelésükre bizonyos határidőn belül kerüljön sor. Ugyanis, *ha a betegek várakozási idejüket lerövidíthetnék azzal, hogy előzetes engedély nélkül más tagállamokban nyújtott orvosi kezeléseket vesznek igénybe úgy, hogy az illetékes pénztárnak ezek költségeit meg kellene térítenie, akkor a rendszer pénzügyi egyensúlyát veszély fenyegetné.* Az Egyesült Királyság Kormánya ebben jövőbelátónak bizonyult. Öfelsége Kormánya hozzátette, hogy a kórházi ellátások liberalizálása esetén saját kórházai képtelenek lennének előre tervezni egyrészt azt a keresletcsökkenést, amely a más tagállamokban igénybe vett kórházi kezelések folytán következne be, másrészt pedig azt a keresletnövekedést, amely amiatt keletkezne, hogy e más tagállamok biztosítottjai az Egyesült Királyságban szeretnének kórházi kezelésben részesülni. A liberalizáció ezen hatásai nem szükségszerűen egyenlítődnének ki, és az Egyesült Királyság minden egyes kórházában más hatást váltanának ki.

Az ügyben a szintén fő szabályként természetbeni ellátást biztosító Egyesült Királyság kiemelkedő aktivitást mutatott, mintha érezte volna az Yvonne WATTS ügy közeledtét. Hangsúlyozta is<sup>629</sup>, hogy az Egyesült Királyságban a gyakorlatban általában akkor engedélyezik a valamely más tagállam területén biztosított ellátások igénybe vételét, ha az adott kezelésre megállapított határidő meghaladja a maximális várakozási időt. [...] s egyben jelezte, hogy a listák változhatnak, vagyis ha valamely beteg egészségi állapota váratlanul romlik, előrébb kerülhet a várólistán.

Az illetékes hatóságok arra való kötelezése, hogy az NHS költségén külföldi ellátásokat engedélyezzenek – ide nem értve a szokásos várakozási idő meghaladásának esetét –, negatív hatással járna az NHS igazgatására és pénzügyi egyensúlyára. Felhívva a figyelmet az NHS sajátosságaira, felkéri a Bíróságot annak az elvnek a fenntartására, hogy az ilyen nemzeti

rendszer keretében biztosított egészségügyi ellátások ne tartozzanak a Szerződés 60. cikkének hatálya alá, illetve az NHS, nonprofit volta miatt ne minősüljön szolgáltatásnyújtónak.

A társadalombiztosítási rendszer pénzügyi egyensúlyának veszélyeztetésére való hivatkozással kapcsolatosan emlékeztetni kell arra, hogy a Bíróság ítélkezési gyakorlata értelmében a kizárólag gazdasági természetű célkitűzések nem igazolhatják alapvető elv korlátozását<sup>630</sup>.

Másrészt ésszerű igény, hogy biztosítsák a költségek ellenőrzését, és lehetőség szerint kerüljék az erőforrások pazarlását. Így azon előírások, hogy a más tagállamban nyújtott kórházi ellátások költségeinek a nemzeti társadalombiztosítási rendszer általi viselése előzetes engedélyhez van kötve, egyszerre szükséges és ésszerű intézkedésnek tűnik<sup>631</sup>.

Érdekes érvet ismertet az ítélet 96. pontja. Eszerint az ilyen orvosi ellátásokat általában a beteg lakóhelye közelében, az általa megszokott környezetben nyújtják, ami lehetővé teszi számára, hogy a kezelőorvosával bizalmi viszonyt tudjon kialakítani, és a sürgősségi eseteket kivéve, főként a határmenti régiók betegei, valamint a speciális betegségek kezelésére szorulók mennek külföldre.

A jelen esetben, ha nem lenne szükség előzetes engedélyre, a biztosítottak szabadon fordulhatnának megállapodást nem kötő szolgáltatókhoz, így a természetbeni ellátások holland rendszere – amelynek működése lényegében a megállapodások rendszerén alapul – létében lenne fenyegetve. A holland hatóságok emellett arra kényszerülnének, hogy az egészségügyi ellátásokhoz való hozzájutás megszervezési módjai közé a megtérítést is bevezessék. Így a tagállamok – ne feledjük: kizárólag a tagállamok feladata annak meghatározása, hogy a biztosítottak milyen mértékű egészségbiztosításra jogosultak<sup>632</sup> – kénytelenek lennének lemondani az egészségbiztosítási rendszerükben alkalmazott elvekről és módszerekről.

Végül a Szerződés által biztosított alapvető szabadságok kapcsán megállapítást nyer, hogy azok megvalósítása mindenképp a saját nemzeti társadalombiztosítási rendszerük kiigazítására kötelezi a tagállamokat, anélkül hogy ez a nemzeti szuverenitásukat sértené<sup>633</sup>.

Azt sem tiltja semmi sem, hogy a természetbeni ellátási rendszert működtető illetékes tagállam meghatározza a megtérítés összegét, amelyre a más tagállamban ellátást igénybe vevő betegek igényt tarthatnak, ha ezen összegeket objektív, hátrányos megkülönböztetéstől mentes és átlátható szempontok alapján határozzák meg.

Összefoglalva:

- a Szerződés 59. és 60. cikkét úgy kell értelmezni, hogy azokkal nem ellentétes az alapeljárásban szereplőhöz hasonló tagállami szabályozás, amely egyrészt a biztosított egészségbiztosítási pénztára által megadott előzetes engedélyhez köti a pénztár államától eltérő tagállamban, a biztosított egészségbiztosítási pénztárával megállapodást nem kötő intézmény által nyújtott kórházi ellátások költségeinek megtérítését, másrészt az engedély megadását ahhoz a feltételhez köti, hogy az a biztosított orvosi kezeléséhez szükséges.

- az EK-Szerződés 59. és 60. cikke úgy értelmezendő, hogy azokkal nem ellentétes az a szabályozás, amely egyrészt a biztosított egészségbiztosítási pénztára által megadott

előzetes engedélyhez köti a pénztár államától eltérő tagállamban, a biztosított egészségbiztosítási pénztárával megállapodást nem kötő intézmény által nyújtott kórházi ellátások költségeinek megtérítését, másrészt az engedély megadását ahhoz a feltételhez köti, hogy az a biztosított orvosi kezeléséhez szükséges. Ugyanakkor erre hivatkozva az engedély megadását csak akkor lehet megtagadni, ha a beteg kellő időn belül ugyanolyan vagy azonos eredményességű kezelést kaphat olyan intézményben is, amellyel az említett egészségbiztosítási pénztár megállapodást kötött;

- ezzel szemben a Szerződés 59. és 60. cikkével ellentétes ugyanezen szabályozás annyiban, amennyiben a biztosított egészségbiztosítási pénztára által kiadott előzetes engedélyhez köti a más tagállamban, a biztosított egészségbiztosítási pénztárával megállapodást nem kötő intézmény által nyújtott nem kórházi ellátás költségeinek megtérítését, még akkor is, ha a szóban forgó nemzeti szabályozás olyan természetbeni ellátási rendszert hoz létre, amelyben a biztosítottak nem az egészségügyi ellátások költségeinek megtérítésére, hanem magukra az ellátásokra jogosultak, amelyeket ingyenesen nyújtanak.

### **IX.3. A C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.)**

Az Európai Bíróság az EK 234. cikk alapján benyújtott előzetes döntéshozatal iránti kérelem tárgyában, Yvonne WATTS<sup>634</sup> keresete valamint a beavatkozó SoH kérelme alapján járt el. A jogvita alapja, hogy a felperes ellátására területi illetékes PCT megtagadta a nagy-britanniai lakóhellyel rendelkező, tehát ingyenes ellátásra jogosult Yvonne WATTS franciaországi kórházi gyógykezelési költségeinek megtérítését.

A kérelem előzetes döntések meghozatalára irányult, tárgya egyes jogforrási rendelkezések – olykor komplementer – értelmezésére irányult. Kiemelném ezek közül az 1996. december 2-i 118/97/EK rendelettel<sup>635</sup> módosított és naprakésszé tett, a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló, 1971. június 14-i 1408/71/EGK tanácsi rendelet (a továbbiakban: 1408/71 rendelet<sup>636</sup>) egyes szabályait. A nemzeti szabályozás jogalkalmazásának tükrében az alábbi közösségi normák látszanak összeütközőknek, amelyek a következők:

- az EK 48 – EK 50. cikk<sup>637</sup>,
- az EK 152. cikk (5) bekezdés,
- az 1408/71 rendelet 22. cikk.

Figyelemre méltó, hogy az eljárás során sokan terjesztettek elő észrevételeket<sup>638</sup>, ami arra utal, hogy az ügy kapcsán feltett kérdések több nemzeti jog relációjában is felmerültek vagy felmerülhettek.

## Az alaptényállás és a nemzeti eljárás

A csípőízületi gyulladásban szenvedő Yvonne WATTS brit rezidens – de kitűnő francia információkkal és kapcsolatokkal rendelkezett. Fájdalmai miatt először 2002-ben egy otthoni (brit) szakorvost keresett fel, aki megállapította, hogy Mrs. WATTS esete – bár mozgásképessége súlyosan korlátozott, és állandó fájdalmai vannak – a „szokványos eset” kategóriába tartozik. Ez egy éves várólistára kerülést jelentett – /megjegyzés: az eset még Gordon BROWN 2008. január 7. (V.1.1., „második lépcsőfok”) előtt volt./

A tervezett külföldi ellátás igénybe vételéhez *engedély, azaz az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) c) i.) alpontjának alkalmazásához az E 112-es nyomtatvány kiállítása szükséges.* Az ellátására illetékes Bedford PCT azonban megtagadta Mrs. WATTS-tól az E 112-es nyomtatvány kiállítását, arra hivatkozva, hogy a 22. cikk (2) 2. albek. második feltétele nem teljesül. Tehát azért, mert a helyi kórházban „a kormány társadalombiztosítási tervében foglalt céloknak megfelelő határidőn belül”, vagyis „indokolatlan késedelem nélkül” lehet a betegnek ellátást nyújtani<sup>639</sup>. A kormányzat céljai és a beteg fájdalmai, melyek a késedelmet indokolatlanná teszik, nem feltételenük esnek egybe.

Mrs. WATTS keresetet nyújtott be az engedélyt megtagadó határozat megsemmisítése céljából<sup>640</sup>.

A kereset elfogadhatóságának tárgyalása során Mrs. WATTS szakorvosi konzultációra Franciaországba utazott, és egy ottani szakorvos úgy vélte, hogy a beteg egészségi állapotának romlása miatt sürgősebbé vált a műtét. Ezt követően a brit jogszolgáltatás is azt javasolta a felperesnek, hogy otthon is vizsgálta ismét meg magát, hogy az eredeti határozatot felülvizsgálhassák<sup>641</sup>.

Így a felperest ismét megvizsgálta az a brit szakorvos, aki először is vizsgálta<sup>642</sup>, és a „hamarosan műtendő” azaz a legsürgősebb és a szokványos esetek közötti kategóriába sorolta be. A műtetre így már három-négy hónapon belül került volna sor. Ennek alapján ismét megtagadták az E 112-es nyomtatvány kiállítását, mivel Mrs. WATTS-ot indokolatlan késedelem nélkül látják majd el<sup>643</sup>.

Mrs. WATTS nem várt tovább: elvégeztette a műtétet Franciaországban, kifizette annak költségeit<sup>644</sup>, majd eljárást indított és ebben kérte a franciaországi orvosi kiadásainak megtérítését is<sup>645</sup>.

A brit fellebbviteli bíróság – amely először a Bíróságnak a C-385/99. sz., Müller-Fauré és van Riet ügyben 2003. május 13-án hozott ítéletének (EBHT 2003., I-4509. o.) kihirdetéséig felfüggesztette az eljárást – kimondta, hogy a Mrs. WATTS által Franciaországban kapott orvosi ellátások annak ellenére az EK 49. cikk hatálya alá tartoznak, hogy a kapott ellátással kapcsolatos költségek megtérítését az NHS keretében kérte<sup>646</sup>.

A bíróság - megvárva a SMITS & PEERBOOMS valamint a MÜLLER-FAURÉ & VAN RIET ügyben hozott ítéleteket – az azokban foglaltakra hivatkozva Mrs. WATTS keresetét elutasította. Álláspontja szerint a felperes az újbóli vizsgálatát követően immár nem volt kitéve indokolatlan késedelemnek. Azaz a bíróság szerint a megismételt vizsgálatkor megállapított



párhónapos várakozási idő nem jogosította fel a felperest arra, hogy az ellátást külföldön vegye igénybe, s az NHS-től ezért nem követelheti az említett ellátás költségeinek megtérítését.

Mrs. WATTS is, és a SoH is fellebbezett. A felperesi fellebbezést megtérítési kérelmének elutasítása és az elsőfokú ítéletben foglalt észrevételek indokolták. A Secretary of State for Health lényegében arra az érvelésre alapította fellebbezését, hogy az NHS-hez tartozó betegeknek nincs joga az EK 49. cikkre hivatkozni, az esetet kizárólag az 1408/71 rendelet 22. cikkének alkalmazása alapján kell elbírálni.

## **Többszörös norma-kollízió**

A tényállás jogi értékelését jelentősen színezi, és kifejezetten EU-s norma kérdéssé teszi, hogy az 1408/71 rendeletre vonatkozóan – mivel az a tagállamokban közvetlenül hatályos – a brit jogban semmilyen végrehajtási intézkedést nem hoztak<sup>647</sup>.

Tekintettel az NHS keretében nyújtott ellátások ingyenességére, a beteg részére történő megtérítés kérdése nem merül fel, és e kérdés nincs is szabályozva. Következésképpen a brit szabályozásban megtérítési díjtáblázat sem létezik<sup>648</sup>. Az Egyesült Királyságban szokásos tartózkodási hellyel nem rendelkező betegek az NHS keretében főszabály szerint térítés ellenében vehetnek igénybe orvosi ellátást. Az általuk fizetendő díjakat egy 1989. évi rendelet<sup>649</sup> határozza meg. (A rendeletben olyan kivételeket sorolnak fel, mint a baleseti ellátás, vagy sürgősségi kórházi kezelés keretében nyújtott ellátások.)

A bíróság álláspontja szerint mivel az orvosi tevékenységek az EK 49. cikk szerint szolgáltatásnyújtásnak minősülnek<sup>650</sup>, a finanszírozásért felelős nemzeti hatóságok főszabály szerint csak akkor akadályozhatják meg a lakóhellyel rendelkezőket abban, hogy másik tagállamban részesüljenek ellátásban, ha e korlátozást annak szükségessége igazolja, hogy fenntartsák a mindenki számára kiegyensúlyozott orvosi és kórházi ellátás biztosítását (...).

Az NHS részéről a kérdés kényes: felveti annak lehetőségét, hogy az Egyesült Királyságban szokásos tartózkodási hellyel rendelkező személyek a közösségi jog alapján főszabály szerint más tagállamokban is igénybe vehetnek kórházi ellátást az NHS költségére. Mindez pl. annak ellenére, hogy az NHS sem nem rendelkezik semmi olyan pénztárral, amelyből kifizetéseket lehetne teljesíteni, sem az ilyen ellátást nem köteles engedélyezni és kifizetni, amennyiben azt valamely, hazai magánszolgáltatónál veszik igénybe.

Összeütközés látszott az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdése c) pontjában „az adott ellátásban való részesüléshez általában szükséges idő” és az EK 49. cikk céljából a „megfelelő idő”-vel.

Az ítélet jelentősége, hogy a norma-ellentmondást feloldva kijelenti, hogy 1408/71 rendelet 22. cikkének jelen ügyre való alkalmazhatósága ugyanakkor nem zárja ki annak lehetőségét, hogy az ügy egyúttal az EK 49. cikkének hatálya alá is tartozzék.

Ezzel kapcsolatban meg kell állapítani, hogy *a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló*<sup>651</sup> *európai parlamenti és tanácsi rendelet*<sup>652</sup> 20. cikke, amely az 1408/71

rendelet 22. cikkének helyébe lépett, kimondja, hogy a szóban forgó engedélyt különösen akkor kell megadni, ha a kezelést „az orvosilag indokolt határidőn belül nem tudják biztosítani, figyelembe véve a személy aktuális egészségi állapotát és betegségének várható lefolyását<sup>653</sup>”.

Abban az összefüggésben, hogy a kórházi ellátások iránti kérelmek száma – a költségvetési források szükségszerűen korlátozott jellege miatt – folyamatosan növekszik, nem vitatható, hogy az ellátásokat biztosító nemzeti hatóságnak joga van ahhoz, hogy a prioritások tervezése céljából várólistát hozzon létre<sup>654</sup>. Az Európai Bíróság ítéletének hivatalos szövege kifejezi *reményét*, hogy az értelmezés nem vezet a betegek tömeges vándorlásához sem.

E tekintetben emlékeztetni kell arra, hogy az állandó ítélkezési gyakorlat értelmében a díjazás ellenében nyújtott orvosi ellátások a szolgáltatásnyújtás szabadságára vonatkozó rendelkezések hatálya alá tartoznak<sup>655</sup>.

A bíróság szerint a szolgáltatásnyújtás szabadságába beletartozik a szolgáltatás címzettjeinek, vagyis az orvosi ellátásra szorulóknak azon szabadsága, hogy e szolgáltatások igénybevétele céljából más tagállamba utazzanak<sup>656</sup>. A Bíróság már kimondta, hogy az orvosi ellátás nem veszi el az EK 49. cikk értelmében vett szolgáltatásnyújtási jellegét azért, mert a beteg – miután kifizette a külföldi szolgáltatónak a kapott ellátást – végső soron ezen ellátások költségeinek megtérítését kéri a nemzeti egészségügyi szolgáltatótól.

A kereset benyújtásakor tény volt – s erre az észrevételt tevők többsége rámutat –, hogy az NHS-hez tartozó beteg nem választhatta meg, hogy az NHS létesítményeiben mely időpontban és hol részesüljön az egészségi állapota által megkívánt kórházi ellátásban. Ugyanakkor nem vitatott, hogy az NHS Act disszertációban már hivatkozott 1. és 3. cikke értelmében az egészségügyi miniszter kötelessége gondoskodni az NHS-hez tartozó létesítményekben a rendelkezésre álló ellátások ingyenes igénybevételéről, és az igénybevétel nem köthető előzetes engedélyhez. Mivel a szolgáltatásnyújtás szabadságának korlátozása már megállapítást nyert<sup>657</sup> annak vizsgálata előtt, hogy az NHS-hez tartozó betegnek az EK 49. cikk alapján van-e joga e korlátozástól függetlenül az adott nemzeti szolgáltatás terhére másik tagállamban is igénybe venni kórházban nyújtott orvosi ellátást, azt kell megvizsgálni, hogy e korlátozás objektív módon igazolható-e.

A fenti megállapításokra tekintettel nem ellentétes a közösségi joggal, hogy a betegnek a kórházi ellátások más tagállamban, a rá vonatkozó rendszer terhére történő igénybevételéhez való joga előzetes engedélyhez legyen kötve<sup>658</sup>. Az előzetes engedélyezés rendszere nem legitimálhatja a nemzeti hatóságok önkényes eljárását, amely a közösségi rendelkezéseket megfosztja hatékony érvényesülésüktől.

De az előzetes engedélyt nem lehet anélkül, csupán az előzetesen általános jelleggel meghatározott klinikai prioritások alapján végzett tervezési és igazgatási célokat szolgáló várólistákra hivatkozva megtagadni, hogy az engedély iránti kérelem benyújtásának vagy megújításának időpontjában minden egyes esetben ne értékelnék a beteg élettani állapotát,

kórelőzményeit, a betegség valószínű lefolyását, a beteg fájdalmainak intenzitását, illetve a beteg kedvezőtlen egészségi állapotát.

Ha az említett várólistákból eredő határidő meghaladja *az adott beteg egyéni állapotára és kórházi kezelési szükségleteire vonatkozó valamennyi körülmény objektív orvosi értékelése alapján indokolt* időtartamot, az illetékes intézmény – e várólistákra, a kezelésre szoruló eset sürgősségéhez kapcsolódó prioritások szokásos sorrendiségében esetlegesen okozott kárra, a szóban forgó nemzeti rendszer keretében nyújtott kórházi ellátások ingyenességére, a más tagállamban igénybe veendő ellátás költségeinek megtérítésére vonatkozó különleges pénzügyi előírások meghatározására vonatkozó kötelezettségre, illetve az említett ellátás és az illetékes tagállamban ennek megfelelő ellátás költségére hivatkozva – nem tagadhatja meg a kért engedély megadását.

A bíróságnak az Európai Bírósághoz felterjesztett kérdései között az is szerepel, hogy a tartózkodási hely szerinti tagállamban nyújtott ellátás költségei megtérítésének kötelezettsége kiterjed-e az utazási és szállásköltségekre.

Az 1408/71 rendelet 22. és 36. cikke alapján az illetékes intézményre vonatkozó kötelezettség tehát kizárólag *a beteg által a tartózkodás szerinti tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátásokkal* kapcsolatos kiadásokra, valamint az érdekeltnek a kórházi létesítményben való, az ellátáshoz szükséges tartózkodása miatt ezen ellátáshoz elválaszthatatlanul kapcsolódó kiadásokra terjed ki.<sup>659</sup>

Az EK 49. cikk alapján a tagállam nem köteles előírni illetékes intézményeinek, hogy térítsék meg az orvosi célból engedélyezett külföldi utazással kapcsolatos járulékos költségeket.

Az 1408/71/EGK<sup>660</sup> rendelet 22. cikke (2) bekezdésének második albekezdését úgy kell értelmezni, hogy az ugyanezen cikk (1) bekezdése c) pontjának i. alpontjában foglalt engedélyt a kórházi ellátásra való várakozási idő alapján az illetékes intézmény akkor tagadhatja meg: ha megállapítja, hogy a várakozási idő az engedély iránti kérelem, illetve adott esetben az újból benyújtott kérelem benyújtásának időpontjában nem haladja meg az érdekelt élettani állapotának figyelembevételével megállapított kórházi kezelési szükségletek objektív orvosi értékelése alapján indokolt időtartamot.

Az EK 49. cikkel nem ellentétes, hogy a betegnek a kórházi ellátás más tagállamban, a rá vonatkozó rendszer terhére történő igénybeviteléhez való joga az illetékes intézmény előzetes engedélyéhez legyen kötve.

E rendelkezés ugyanakkor nem zárja ki azt, hogy a Szerződés egyéb rendelkezései<sup>661</sup> alapján a tagállamok kötelesek változtatásokat végrehajtani a nemzeti társadalombiztosítási rendszerükben, anélkül azonban, hogy ez sértene az e területre vonatkozó önálló hatáskörüket<sup>662</sup>.

*Az előzetes engedélyt* nem lehet csupán az előzetesen általános jelleggel meghatározott klinikai prioritások alapján végzett tervezési és igazgatási célokat szolgáló várólistákra hivatkozva megtagadni. Az engedély iránti kérelem benyújtásának vagy megújításának

időpontjában minden egyes esetben személyre szabottan értékelni kell a beteg élettani állapotát, kórelőzményeit, a betegség valószínű lefolyását, a beteg fájdalmainak intenzitását, illetve a beteg kedvezőtlen egészségi állapotát.

Az EK 49. cikket úgy kell értelmezni, hogy amennyiben az illetékes tagállam szabályozása a nemzeti egészségügyi szolgáltatás keretében nyújtott kórházi ellátások ingyenességét írja elő, és azon tagállam szabályozása, amelyben az e szolgáltatás hatály alá tartozó betegnek engedélyezték, vagy engedélyezni kellett volna a kórházi kezelés e szolgáltatás terhére történő igénybevételét, nem írja elő az említett kezelés teljes költségének megtérítését, az illetékes intézmény köteles a betegnek megtéríteni az azonos szintű ellátás objektíve számszerűsített költsége, valamint az azon összeg közötti különbözetet, amelynek erejéig a tartózkodás szerinti tagállami intézmény az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdése c) pontjának i. alpontja értelmében az illetékes intézmény nevében a tartózkodás szerinti tagállam szabályozása alapján köteles ellátást nyújtani.

*Az 1408/71 rendelet 22. cikke (1) bekezdése c) pontjának i. alpontját* úgy kell értelmezni, hogy az érintett beteget e cikk alapján megillető jog kizárólag az általa a tartózkodás szerinti tagállamban igénybe vett egészségügyi ellátásokkal kapcsolatos kiadásokra terjed ki.

## **IX.4. A kedvezményezett választhat**

### **IX.4.1. A határon átívelő egészségügy támogatását célzó rendszerek**

Ezen kockázat csökkentése érdekében *fontos lenne, hogy a betegek egyértelmű információkat kapjanak a külföldön igénybe vett kezelés feltételeiről*<sup>663</sup>. Mivel ennek személyre szabott információkat kell tartalmaznia a beteg szükségleteiről és jogosultságairól, az NHS szerint egy olyan folyamatot kellene a betegek rendelkezésére bocsátani, ahol konzultálhatnak a helyi NHS szervezetükkel a határon átívelő ellátás előtt.

Ennek logikus *módja az előzetes engedélyezési rendszerek beiktatása* lenne. Az ilyen rendszerekre nem a határon átívelő egészségügy akadályaként kell tekinteni, mivel általában megadnák az engedélyt és csak kivételes esetekben tagadnák meg az ellátást. Az engedélyezési rendszerek a betegek érdekeinek védelmét szolgálnák és olyan dolgokat tisztáznának, mint:

- A javasolt kezelés,
- A térítésre való jogosultság,
- Az esetleges saját költségek,
- A szükséges utógondozás megszervezése,
- Az egyéb eshetőségek.

*Az NHS szerint az irányelv-tervezet rövidlátó volt, mivel nem ismerte fel az előzetes engedélyezési rendszerek potenciális előnyeit és azokat csak kivételes körülményekre korlátozta.*

Az NHS szervezetek úgy vélték, az előzetes engedélyezési rendszerek legtisztább megközelítése az lenne, *ha valamennyi ország kidolgozná saját listáját azon egészségügyi ellátásokra, amelyekre kötelezővé tennék az előzetes engedélyezést.* Emellett biztosítani kell, hogy az előzetes engedélyezési rendszerek átlátható és felhasználóbarát tulajdonsággal bírjanak.

Mivel eddig viszonylag alacsony volt az országba tartó és az országból kiáramló határon átívelő egészségügy igénybevétele, kevés NHS szervezet van azon tudás és szakértelem birtokában, hogy képes legyen tanáccsal szolgálni a külföldi kezelésben érdekelt betegek számára.

*(Aktualitás: az EU miniszteri tanácsán – svéd elnökség – alatt 2009 decemberében blokkoló kisebbség alakult ki az irányelv-tervezettel kapcsolatban.)*

A határon átívelő egészségügy támogatását célzó *rendszerek kialakítása forrástöbbletet fog maga után vonni.* Az NHS szerint az előzetes engedélyezési és információs rendszer szükségszerű befektetésként lép fel. Az új egészségügyi technológiák igazgatására vonatkozó nemzetközi együttműködést illetve a statisztikai és ellenőrzési célú adatgyűjtést, mindez összhangban a statisztikai adatok előállítására és a személyes adatok védelmére vonatkozó nemzeti és közösségi jogszabályokkal szintén említi a tervezet.

A leglényegesebb cél az, hogy a betegeket felvértezzék az informált döntéshozásra.

Fontos még, hogy elkerüljék azt a helyzetet, hogy a külföldi ellátást igénybe vevő betegek több információra és nagyobb támogatásra legyenek jogosultak, mint a belföldi ellátást kereső betegek.

A határon átívelő egészségügy javaslatainak az NHS-re és a betegekre gyakorolt hatása az irányelv végső állapotától függ és attól, hogyan valósítják meg a nemzeti szinten. Az NHS Európai Hivatala továbbra<sup>664</sup> is együttműködik az NHS szervezetekkel a irányelv-javaslat felmérésére – miközben a törvényalkotó eljárás folyamatban van – és tájékoztatja az EU-s döntéshozókat az országos egészségügyi rendszereket érintő potenciális kihatásokról.

#### **IX.4.2. Az egészségügyi munkaerő EU-n belüli mobilitásának irányítása**

A személyek szabad mozgása a közösségi jog által garantált szabadságok egyike<sup>665</sup>. Itt említendő meg az egészségügyi dolgozók EU-s migrációja is<sup>666</sup>. Mint már utaltunk rá, mára az egészségügyi humán erőforrás hiánya globális méretű.

*Az EU 2005 decemberében elfogadott stratégiája a fejlődő országok egészségügyi humán erőforrás-krízisére vonatkozóan, valamint az 1 évvel később elfogadott Akcióprogram (2007-2013), amely az egészségügyi munkaerőhiány fejlődő országokban való leküzdésére koncentrál, azt a felismerést mutatja, hogy az EU-nak felelősnek érzi magát, hogy lépéseket*

tegyen az elegendő számú, jól képzett egészségügyi személyzet biztosítása érdekében anélkül, hogy annak negatív hatása lenne az EU-n kívüli országokra.

Az EU jelenleg közös bevándorlási politikát kíván kidolgozni, amely magában foglalja a magasan képzett migránsok EU-ba való befogadásának megkönnyítését és az irányelven belül egy olyan záradékot is terveznek, amely speciálisan igényli az etikus toborzást olyan ágazatokban, mint az egészségügy, ahol munkaerőhiány tapasztalható.

Az Egyesült Királyság rendelkezik Gyakorlati Kódex-szel a nemzetközi toborzásra. EU-szinten az Európai Társadalmi Párbeszéd Bizottság 2008-ban fogadott el egy közös Magatartási Kódexet a Határon Átnyúló Etikus Toborzásról. Ennek célja, hogy elősegítse az etikus viselkedést, és leállítsa az etikátlan gyakorlatot az egészségügyi dolgozók határon átnyúló toborzása terén.

# X.

## FELHASZNÁLT CIKKEK ÉS IRODALOM

### X.1. Könyvek, tudományos közlemények

A gyakran hivatkozott monográfiák vagy cikkek esetében a lábjegyzeteknél a könyvek és egyéb irodalom lent megadott rövidítése (itt: aláhúzással) szolgál hivatkozássul.

ÁDÁM Antal: A közjogi szerződésekről, In: JURA, Pécs, 2004. 10. évfolyam 1. szám 5-17. o.

BAGGOTT (2004): BAGGOTT, Rob: **Health and Health Care in Britain**, New York, 2004 /1<sup>st</sup> published 1994, (3<sup>rd</sup> Edition), N.Y., Palgrave- Macmillan /ISBN-13: 978-0-333-96159-9

BAGGOTT (2007): BAGGOTT, Rob: **Understanding Health Policy**. Bristol, 2007, The Policy Press /ISBN: 978-1-86134-630-8

BAKAN (2004): BAKAN, Joel: **The Corporation**, The Pathological Pursuit of Profit and Power, London, 2004, Constable&Robinson Ltd.

BAKAN (2005): BAKAN, Joel: **The Corporation, Beteges hajsza a profit és a hatalom után**. Budapest, 2005, Független Média Kiadó

BALOGH (1999): BALOGH Gábor: **Bevezetés a társadalombiztosítás gazdaságtanába**. Budapest, 1999, OSIRIS /ISBN 963 379 569 6

BALOGH-SZÚCS (1998): BALOGH Gábor-SZÚCS László: **Alkalmazott társadalombiztosítás-tan**. Budapest, 1998, OSIRIS /ISBN 963 379 380 7, ISSN 1218-9855

BARNETT, Correlli: **The Audit of War**. London, 1986, Macmillan /ISBN 0 3333 53 765, ISBN13: 978 033 3353 769)

BONDÁR Éva: **Beteg ügy**, ismertetés a KORNAI-EGGLESTON(2004) könyvről. Budapest, 2006, BUKSZ XVIII. évf. (Budapest Könyvszemle), 122-129 old. Online at: <http://www.c3.hu/scripta/buksz/honlap/0602/04bir.bondar.p>

BORBÁS Ilona – KINCSES Gyula (szerk.): **Egészségügyi rendszerek Nyugat-Európában**, ESKI füzetek, Budapest, 2006

CSABA Iván: **A magyar egészségügy Zöld könyve, Áttekintés és kommentár**. Budapest, 2007,

Kormányzás, közpénzügyek, szabályozás II. évf. (2007) 3-36. oldal

CSABA & TÓTH (szerk.): CSABA Iván – TÓTH István György (szerk.): **A jóléti állam gazdaságtana**. Budapest, 1999, Osiris Kiadó és Láthatatlan Kollégium / ISBN 963 379 351 3

DARZI (2008): Lord DARZI of Denham KBE: **High quality care for all: NHS Next Stage Review final report**. Command paper , London, 30 June 2008 , Crown. ( Cm7432)/ ISBN 978-0-10-174322-8

DIXON, Jennifer & DEWAR, Steve: **The NHS plan. As good as it gets—make the most of it Health Care Policy Programme**. King’s Fund, London, BMJ. 2000 August 5; 321(7257): pp. 315–316. / PMID: PMC1118315

DOCTEUR, Elizabeth & OXLEY, Howard: **Health Care Systems: Lessons from the reform experience**. 2003, accessed 2006 Sept 30, OECD Health Working Papers, DELSA/ELSA/WD/HEA (2003)

D’SOUZA, Michael Francis: **The multifund and outcome research, Kingston Richmond multifund** In: INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, 1995, VOL. 24, SUP1 (118 p.) (3 ref.), pp. S113-S118, Oxford, 1995, Oxford University Press

ELCOCK, Howard & HAYWOOD, Stuart Collingwood: **’The Centre Cannot Hold’**. Public Administration Bulletin, 1980, 36

ESPING-ANDERSEN, Gøsta: **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Cambridge, 1990, Polity Press

ESZTERGÁR (1936): ESZTERGÁR Lajos: **A szociálpolitika tételes jogi alapja**. Pécs, 1936, a szerző magánkiadása

ESZTERGÁR (1939): ESZTERGÁR Lajos: **A szociális munka útján**. Pécs, 1939, Kultúra Könyvnyomdai Müintézet, Mayer A. Géza és Tsai

EU Zöld Könyv(2008): Európai Bizottság: **Zöld Könyv az egészségügyi munkaerőről**, Összefoglaló: **ESKI**: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1929> Forrás: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf)[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf)

FABÓK-PUGBERGER (2005): FABÓK András - PUGBERGER Tamás: **Társadalombiztosítási jog**, egyetemi jegyzet, Budapest, 2005, Szent István Társulat

FLYNN, Normann: **Public Sector Management** (Fourth edition). London, 2002, FT Prentice Hall

FRASER (2003): FRASER, Derek: **The Evolution of the British Welfare State**. Palgrave-Macmillan, New York, 1973 /1<sup>st</sup> published 2003, (3<sup>rd</sup> Edition), N.Y. /ISBN: 0-333-94659-6

FREEMAN, Richard: **Competition in context: the politics of health care reform in Europe**. in: International Journal of Quality in Health Care, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401

GLATZ (szerk,1998): GLATZ Ferenc (szerk.): **Egészségügy és piacgazdaság** (Magyarország az ezredfordulón – stratégiai kutatások a MTA-n. Budapest, 1998, MTA /ISBN 963 508 022 5 ISSN 1418-6292

GLENNESTER, Howard: **British Social Policy since 1945**. London, 2000, Blackwell (2<sup>nd</sup> Edition) /ISBN 0 631 22021 6 & 22022 4

HAJDÚ (2004): HAJDÚ József : **A szociális segélyezés pénzügyi ellátásai az EU tagállamaiban a SZOLID Projekt megbízásából**, 2004.11.15. 28-32 oldalak



HAM (1999): HAM, Christopher: **Health Policy in Britain, The Politics and Organisation of NHS**. Palgrave, formerly Macmillan 1<sup>st</sup> published 1982, London (4<sup>th</sup> Edition, rev. upd.) / ISBN 0-333-76407-2

HAYWOOD, Stuart Collingwood & ALASZEWSKY, Andy: **Crisis in the Health Service, The Politics of Management**. London, 1980, Croom Helm / ISBN 0709900139

JONES, Robert & JENKINS, Fiona: **Managing and Leading in the Allied Health Professions**. Abingdon, 2006, Radcliffe Publishing Ltd. / ISBN 10 1 85775 706 8

KINCSES Gyula: **Prevenció: Állami felelősség - piaci lehetőség**. In: NÉPEGÉSZSÉGÜGY, 2009. 87. évf. 2. sz. p. 124-126.

KINCSES Gyula-VARGA Eszter-BORBÁS Ilona: **A határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló direktíva várható hatása a beteg mobilitásra**. In: HÁZI JOGORVOS, 2009. 2. évf. 2. sz. p. 20-24.

KOMAROMY, Carol (Edit.): **Dilemmas in UK Health Care (Health and Disease)**. London, 2001, Open University Press

KORTEN (1995): David C. KORTEN: **When Corporations Rule the World** (1995), magyarul: A tőkés társaságok világhuralma, Magyar KAPU Alapítvány, Budapest, 1996 / ISBN 963 7706 05 4

KOVÁCSY (szerk, 2009): KOVÁCSY Zsombor (szerk.): **Az egészségügyi jog nagy kézikönyve**, Budapest, 2009 Wolters Kluwer Complex Kiadó. / ISBN 978 963 224 960 5

LISTER (2005): LISTER, John: **Health Policy Reform, Driving the Wrong Way? A Critical Guide to the Global 'Health Reform' Industry**, Middlesex University Press, 1<sup>st</sup> published in 2005, mail: [info@healthemergency.org.uk](mailto:info@healthemergency.org.uk) / ISBN 1 904750 45 1, [www.healthemergency.org.uk](http://www.healthemergency.org.uk)

LOSONCZI (szerk, 1998): LOSONCZI Ágnes (szerk.): **Utak és korlátok az egészségügyben** (Magyarország az ezredfordulón – stratégiai kutatások a MTA-n) MTA, Budapest, 1998 / ISBN 963, ISSN 1417-6467

MACPHERSON (Edit 1998): MACPHERSON, Gordon, Edit (1998): **Our NHS: A Celebration of 50 Years**, BMJ Books, 1<sup>st</sup> published 1998, London, 1998 / ISBN 0-7279-1289-5

MANDELSTAM (2007): MANDELSTAM, Michael: **Betraying the NHS, Health Abandoned**, Jessica Kingsley Publishers, London and Philadelphia 2007 / ISBN-13: 978 184310 482 7, [www.jkp.com](http://www.jkp.com)

McKEE, Martin & MacLEHOSE, Laura & NOLTE, Ellen: **Health policy and European Union enlargement**, 2004, Buckingham, Open University Press.

MELLÁR Tamás: **Felemás magyar modernizáció**, 2009, Pécs, in: MŰHELYTANULÁNYOK Közgazdasági- és Regionális Tudományok Intézete Pécsi Tudományegyetem, Közgazdaságtudományi Kar

MOLNÁR Angéla [2002]: **Az egészségügyi rendszerek finanszírozási és jogi aspektusai** Egészségügyi Gazdasági Szemle, 40. évfolyam 5. szám

MOLNÁR (2010): MOLNÁR Lajos: **Miért lettem antipatikus? Egy egészségügyi miniszter feljegyzései**, Athenaeum, 2010 ISBN 978-963-293-047-3

NAIDOO&WILLS (Edit 2001): NAIDOO, Jennie & WILLS Jane: **Health Studies, An Introduction**. Palgrave, formerly Macmillan, 1<sup>st</sup> published by Palgrave, New York, 2001 / ISBN 9 780333 760086 90101

NOLTE, Ellen & McKEE, Martin: **Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care, 2003**, In: BMJ 2003; 327:1129 (15th November), doi:10.1136/bmj.327.7424.1129

NOVOSZÁTH Péter: **A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek**, in: POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3.

OROSZ (2003): OROSZ Éva (2002): **Félúton vagy tévúton?**, Budapest, é.n. Egészséges Magyarországért Egyesület

OROSZ (1992): OROSZ Éva: **Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések. Kitekintés és program**, Budapest, 1992, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány / ISBN 963 0420 456

POLLOCK&others (2005): POLLOCK, Allison M. w others: **NHS PLC, The Privatisation of Our Health Care**. Verso, N.Y. and London, 2005 /ISBN 978-1-84467-539.5, www.versobooks.com

PILZER (2005): PILZER, Paul Zane: **The New Health Insurance Solution, How to Get Cheaper Better Coverage without a Traditional Employer Plan**. John Wiley and Sons Inc, NJ and Canada, 2005 /ISBN-13 978-0-471-74715-4, www.wiley.com

PORTER&TEISBERG (2006): PORTER, Michael E. & TEISBERG, Elizabeth Olmsted: **Redefining Health Care, Creating Value-Based Competition on Results**. Boston, MA, 2006, Harvard Business School Press. /ISBN 1.59139-778-2 ANSPPP DLA Z39.48-1992

RINTALA(2007): RINTALA, [Marvin](#): **Creating the National Health Service: Aneurin Bevan and the Medical Lords**. 2003, Routledge, 2007 Kindle (e-book) / ISBN-10: 0714655066 & ISBN-13: 978-0714655062

RIVETT (1998): RIVETT, Geoffrey: **From Cradle to Grave, Fifty Years of the NHS**. King's Fund Publishing, with Tony Blair's Preface, London, 1998 / ISBN 1 85717 148 9

SEDDON (2007): SEDDON, Nick: **Quite Like a Heaven? Options for the NHS in a Consumer Age**. Civitas, Institut for the Study of Civil Society, London Registered Charity No. 1085494, 2007 / ISBN 978-1903386-63-7, email: [book@civitas.org.uk](mailto:book@civitas.org.uk)

SIAS (1942): BEVERIDGE: **Social Insurance and Allied Services**. 1942 London & New York

SMITH, Peter & HARRIS, Jeremy: **What is a Consortium?** In: FUNDHOLDING, A PRACTICE GUIDE Edit: PIRIE, Antoinette & KELLY-MADDEN, Mercedes. Oxford, 1994, Radcliffe Press

STIGLITZ, Joseph E.: **Economics of the Public Sector**, New York, London, 1986, W.W. Norton & Company Ltd. /ISBN 0 393 95683 0

STIGLITZ, Joseph E.: **A kormányzati szektor gazdaságtana**. Budapest, 2000, KJK Kerszöv Jogi és Üzleti Kiadó Kft. /ISBN 963 224 560 1

TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007): TALBOT-SMITH, Alison and POLLOCK, Allyson M & LEYS, Collin and McNALLY, Nick: **The New NHS: A Guide**. Published 2006, 2007 /ISBN13: 978-0-415-32841-1

TEMPEST (2006): TEMPEST, Michelle, Dr., Edit: **The Future of the NHS**. London, 2006, The Authors and XPL Publishing /ISBN 1 85811 369 5, www.xplpublishing.com

TIMMINS, Nicholas: **The Five Giants, A Biography of the Welfare State**. London, 1995, Harper & Collins Publishers Ltd; Revised edition edition (2009) /ISBN-10: 000733513X & ISBN-13: 978-0007335138

TIMMINS (2005): TIMMINS, Nicholas: **The NHS revolution: health care in the market place, Challenges of private provision in the NHS**.

BMJ 2005; 331:1193-1195 (19 November), doi:10.1136/bmj.331.7526.1193

Financial Times, London SE1 9HL Nick.Timmins@FT.com

TOWNSEND, Peter & DAVIDSON, Nick & WHITEHEAD, Margaret: **Inequalities in Health:**

Black Report. London, 1990, Penguin /1990 ISBN-13: [9780140134995](#) ISBN: [0140134999](#)

WEBSTER (2002): WEBSTER, Charles: **The National Health Service, A Political History**. Oxford University Press, 1<sup>st</sup> published in 1998, London, 2<sup>nd</sup> 2002 /ISBN 0-19-925110-x, [www.oup.com](http://www.oup.com)

Zöld Könyv (2007): Egészségügyi Minisztérium: **Zöld könyv az egészségügyről**. Budapest, 2007. június 15. Eü.M. On line: <http://www.eum.hu/archivum/egeszsegugyi-reform/zold-konyv>

## X.2. Felhasznált jogforrások és adatbázisok

1408/71 rendelet: Az 1996. december 2-i 118/97/EK rendelettel (HL 1997. L 28., 1. o.; magyar nyelvű különkiadás 5. fejezet, 3. kötet, 3. o.) módosított és naprakésszé tett, a szociális biztonsági rendszereknek a **Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló, 1971. június 14-i 1408/71/EGK tanácsi rendelet** (HL 1971. L 149., 2. o.)

1350/2007/EK hat.: **Az Európai Parlament és a Tanács 1350/2007/EK határozata** (2007. október 23.) az egészségügyre vonatkozó második közösségi cselekvési program (2008–2013) létrehozásáról in: Európai Unió Hivatalos Lapja 2007.11.20. HU, L 301/3-13

Department of Health: **An implementation framework for reconfiguring the Department of Health arm's length bodies**, London, 2004, Stationery Office

Department of Health: **Departmental Report. 2004**, London, Stationery Office

Department of Health: **National Standards Local Action, Health and Social Standards and Planning Framework, 2005/6 – 2007/8**, London, 2004, Stationery Office

Department of Health: **Reconfiguring the Department of Health Arm's Length Bodies**, London, 2004, Stationery Office

Healthcare Commission: **Annual report and accounts 2008/09 'Our work to improve healthcare' for patients and the public**. Ordered by the House of Commons to be printed on 14 July 2009. – *Presented to Parliament by the Secretary of State in pursuance of paragraph 10(3) and paragraph 11(2) of Schedule 3 of the Health and Social Care Act 2008*

**Social Health Protection, An ILO Strategy** towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, ILO Social Security Dept. (Social Security Policy Briefings) /ISBN978-92-2-121162-4 web.pdf

WHR2000(2000): World Health Organization: **The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance**, Geneva, 2000 /ISBN 92 4 156198 X vagy ISSN 1020 3311, at <http://www.who.int/whr/2000/en/>

**Towards high-performing health systems**, 2004, OECD. Summary Report.

[www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/7/58/31785551.pdf)

Európa Tanács Parlamenti Közgyűlése: **Az egészségügyi ellátó rendszerek reformja Európában: az egyenlőség, a minőség és a hatékonyság összeegyeztetése**, (jelentés, Szociális, egészségügyi és családgügyi Bizottság) 9903. sz. dok. 2003. szept. 11.

[http://www.eski.hu/new3/politika/politika\\_adatok/eg\\_rsz\\_reformja\\_europaban.doc](http://www.eski.hu/new3/politika/politika_adatok/eg_rsz_reformja_europaban.doc)

WHO-HFA Database online

### X.3. Könyvek az NHS szerepéről

*A megjelenés sorrendjében*

HMSO BOOKS: **Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services, 'The Dawson Report'**, London, (Nov 1920)

HMSO BOOKS: **Report of the Royal Commission on National Health Insurance**, London (1926)

MHSO Books: **Health Services Since the War**, Volume I.: Problems of Health Care. The National Health Service before 1957, London, (1988)

HMSO BOOKS: **NHS Estate Management & Property Maintenance** (Dec 1991)

HMSO BOOKS: **An Analysis of the Pathology Services** (NHS Report) (May 1993)

HMSO BOOKS: **Community revolution (1994)**(NHS Report) (Oct 1994)

BAILEY, D. (1994): **NHS Budget Holder's Survival Guide Presenter's Book** (Oct 17, 1994)

DAN, A. (1994): **Fortress NHS: A Philosophical Review of the National Health Service** (Kindle Edition) (April 15, 1994)

GORMAN, Paul (1998): **Managing Multi-disciplinary Teams in the NHS** (Health Care Management) (Nov 1, 1998)

MALEK, M. and Vacani P., Rasquinaj J.... Davey (1993): **Managerial Issues in the Reformed NHS**

WOOD, Dr. Neil (2001): **Health Projects Book: A Handbook for New Researchers in the Field of Health** (Jan 24, 2001)

### X.4. Egyéb monográfiák, cikkek az elméleti alapvetéshez

**CHOMSKY, Noam Avram (1998):** Profit over People, Neoliberalism and Global Order

**HUNTINGTON, Samuel (2002):** Who Are We? The Changes of American Identity

KORNAI–EGGLESTON(2004): KORNAI János –EGGLESTON, Karen: Egyéni választás és szolidaritás. Budapest 2004, Nemzeti Tankönyvkiadó /ISBN: 9631954641

**KORTEN, David C, (2000):** The Post-Corporate World: Life After Capitalism

**A new strategy for Social Cohesion (2004)** – Revised Strategy for Social Cohesion – approved by the Committee of Ministers of the Council of Europe on 31 March 2004

**Social Health Protection (2008)** – An ILO strategy towards universal access to health care, ILO, Geneva, 2008, ISBN 978-92-2-121161-7 & 978-92-2-121161-4 web .pdf

The ECONOMIST: **What went wrong with economics**, The Economist, displaystory in 16th of Jul 2009, (also: [http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story\\_id=14031376](http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story_id=14031376))

The ECONOMIST: **Healthier than thou, Transatlantic Rift over the NHS.** Economist, 8/22/2009, Vol. 392 Issue 8645, p. 51-51 (also: <http://www.economist.com/world>)

## **X.5. OECD publikációk**

**Achieving Better Value for Money in Health Care OECD** (Health Policy Studies)

Publication date: 02 Nov 2009 ISBN: 9789264074231 / E-book (PDF Format)

**Health Technologies and Decision Making** (The OECD Health Project)

Publication date: 01 Nov 2005 ISBN: 9789264016200

**Private Health Insurance in OECD Countries** (The OECD Health Project)

Publication date: 25 Nov 2004 ISBN: 9789264006683

**Towards High-Performing Health Systems** (The OECD Health Project)

Publication date: 13 Sep 2004 ISBN: 9789264015593

**Towards High-Performing Health Systems** (The OECD Health Project)

Publication date: 14 May 2004 ISBN: 9789264015555



## ***FÜGGELÉK I. A BRIT EGÉSZSÉGÜGY XX. SZÁZADI VÁLOGATOTT KRONOLÓGIÁJA***

### **Az évszázad első fele**

- 1907** - A School Medical Service megalakulása.
- 1911** - A National Insurance Act megszületése. Benne – egy Royal Commission javaslata alapján – a háziorvosi [GP] és gyógyszerészi ellátások rendszere a dolgozók részére.
- 1913** - Egészségügyi Minisztérium [MoH] felállítása.
- 1920** - Egészségcentrumok hálózatán alapuló, átfogó és egységes orvosi ellátást javasol a Lord Dawson of PEN vezette kormányzati Council of Medical and Allied Services jelentése.
- 1929** - A Poor Law tervezet vége, a szegényjogon ellátottak egészségügyi gondozása – a kórház és néhány egyéb ellátás biztosítása mellett – a helyi önkormányzatok hatáskörébe kerül át.
- 1939** - A kormányzat a brit kórházi rendszerbe integrált Emergency Medical Service létrehozásával egyelőre megfelel a háborús kihívásoknak.
- 1942 december 1** - A Beveridge-jelentés megjelenik (egyidejűleg az USA-ban is).
- 1944** - A koalíciós kormány nyilvánosságra hozza a White Paper-t, mely vitaindítóul szolgál az érintett pártoknak és az orvos szakmának.
- 1945** - Befejeződik a második világháború. Júliusban nagy többséggel munkáspárti kormányzat kerül hatalomra. A kijelölt egészség- és lakásügyi miniszter Aneurin BEVAN.
- 1946** - Az új kormányzat törvényjavaslatot hoz a NHS-ről, amely novemberben királyi szentesítést nyer el. A törvény háromszintű (háziorvosi és kórházi ellátást, valamint helyi önkormányzati alapú közegészségügyet, iskolaorvosi szolgálattal) ellátást ajánl.
- 1947** - Az orvosszakma ellenzi az NHS törvényt. A BMA beavatkozik a tarifaszervezők megkötésébe és a Royal College-ok elnökei a miniszternél vitatják az NHS javaslatokat.
- 1948** - A BMA és a kormányzat közti tárgyalások holtpontra jutnak. Februárban az orvosok szavazásán nyilvánvalóvá vált, hogy az orvosszakma háromnegyede ellenzi az NHS kormányzat által ajánlott formájában a részvételt. BEVAN – hogy elnyerje az orvosok támogatását – az 1946-os NHS törvény kijavítását ígéri a klinikum függetlensége, a díjazási rendszer és a magánpraxis vonatkozásában. Májusra a BMA javasolja a tagjainak az együttműködést az új szolgáltatási rendszerrel.
- 1948. július 5.** – **Az NHS megalakulása:** a biztosítottak szinte megrohamozzák<sup>667</sup> az intézményeket.
- 1949** - Az alapításkori problémák a felszínre kerülnek. A kedvezményezett igények – a bekerülési költségeket aggasztó szintre emelve – messze meghaladják az ellátások előre becsült mennyiségét.
- A BMA kebelén belül önálló csoportként a GP-k 1948 előtti érdekeit képviselő Biztosítási Törvénykezési Bizottságot (IA Committee) felváltja az Általános Orvosi Szolgáltatások Bizottsága (GMS Committee). A BMA ezen felül tanácsadó testületet hív életre a gyógyításpolitikai érdekeinek képviselőjére. A Royal Colleges a szakorvosi rendszerrel marad.

## Az 50-es évek

**1950** - A Munkáspárti kormányzatot minimális, hat fős többséggel választják újra. A kincstárat továbbra is fenyegetik az NHS emelkedő költségei, ezért kiadási korlátot léptetnek életbe.

Joseph COLLINS új-zélandi orvos jelentése, amely 55 orvosi ellátási körzet összehasonlító elemzését tartalmazza, jelentős minőségi különbségekre mutat rá. A munka széles körű vitát és jónéhány kapcsolódó elemzést generál.

Bizottságot állítanak fel a házi orvosok tevékenységeinek megvizsgálására Sir Henry COHEN vezetésével. A Bizottság 1954-re napvilágot látó jelentése arra a következtetésre jut, hogy a házi orvosi szolgálat különleges ismereteket követel meg, melyek elsajátítására három éves továbbképzést javasol.

**1951** - januárban BEVAN a munkaügyi miniszteri székletet kapja meg, majd áprilisban kiválik a kormányból a fogászati kezelés és a szemüveg költség hozzájárulásának bevezetése miatt. Ezzel a mindenre kiterjedő és teljesen ingyenes egészségügyi ellátásnak vége Nagy-Britanniában.

Az új miniszter, Hilary MARQUAND sincs tovább hivatalban, és BEVAN távozásával hanyatlak a minisztérium befolyása.

Az októberi parlamenti választásokat a konzervatívok nyerik, akik, bár elvben támogatják az NHS-t, érdekeltek az emelkedő költségek – különösen a gyógyszerkassza hiányainak – visszafogásában. Az egészségügyi miniszter Harry CROOKSHANK.

**1952** - A kormányzat – DANKWERTS legfelsőbb bírósági bíró vezette – kezdeményezése a házi orvosok fizetésének felülvizsgálatára jelentős többletkiadásokat eredményez. 40 M£ visszamenőlegesen (ez az NHS éves kiadásainak 10%-a) és 10 M£ egyszeri térítésként. A kabinet a javaslatot vonakodva teljesíti.

Ian MACLEOD lesz az egészségügyi miniszter.

Házi orvosi Kollégium (CGP) alakul egyes Royal College-ek tartózkodása ellenére. 1 shilling (5 penni) vényfelírási díjat vezetnek be.

**1953** - Claude GUILLEBAUD közigazdász vezetésével vizsgálóbizottságot állítanak fel az NHS növekvő költségeinek kivizsgálására. (jelentés 1955, publikálása 1956)

**1954** - A BMA – orvos-túlképzéstől tartva – kéri a kormányzatot az egészségügyi munkaerőpiac felülvizsgálatára.

A kórházi adminisztrációt vizsgáló BRADBEER Bizottság a kórházakba orvosi vezető testületet javasol egy adminisztratív (nem orvos) taggal.

**1955** - A konzervatívok visszatérése a hatalomba. Az egészségügyi miniszter Robert TURTON.

**1956** - A GUILLEBAUD vezette vizsgálóbizottság jelentése megvédi az NHS szervezetét és kiadásait, rámutatva, hogy az NHS növekvő kiadásai a GDP-hez viszonyítva már csökkenő tendenciát mutatnak.

Elfogadásra kerül a Clean Air Act.

**1957** - Az egymást követő kormányzatok és az orvostársadalom közt az utó-finanszírozásról megújuló viták oda vezetnek, hogy Sir Harry PILKINGTON gyáros vezetésével királyi bizottságot jelölnek ki az orvosok és fogorvosok fizetésének felülvizsgálatára.

Januárban Dennis VOSPER lesz az egészségügyi miniszter, akit a székben Derek WALKER-SMITH vált fel szeptemberben.

Az elmebetegségekkel foglalkozó királyi bizottság jelentése felhívja a figyelmet egy új jogszabály szükségességére, amely egységesen szabályozza valamennyi elme-rendellenességet, eltörli a megkülönböztetéseket a fizikai betegségek és pszichikai megbetegedések között, valamint javasolja, hogy a beteg pszichéjüket lehetőleg közösségen belül igyekezzenek gyógyítani.

Az orvosi munkaerőről szóló WILLINK jelentés, melyet a kormányzat publikált, a végzős orvosok számának 10%-kal való csökkentését javasolja.



**1958** - A BMA, Sir Atrhur PORRITT vezetésével, szakmai alapú vizsgálatot kezdeményez a köz által nyújtott orvosi ellátások egész területére.  
Ian McLEOD, korábbi tory egészségügyi miniszter, megállapítja, hogy „az NHS, eltekintve a költségviták visszatérő rohamaitól, kívül esik a pártpolitikai érdekeken.”  
A nővérek számára bevezetik a 44 órás munkahetet.  
**1959** - Az új Mental Health Act az elmebetegek ellátását – a szakintézmények után – ismét az helyi önkormányzatokra alapozva kívánja megoldani.  
A konzervatív kormányzatot 100 fős alsóházi többséggel újraválasztják.  
A HINCHLIFFE és DOUGLAS Bizottság az emelkedő gyógyszerköltségek felülvizsgálata során ellenzi mind a támogatott gyógyszerek listájának megkurtítását, mind a már korábban elutasított vényírási díjat.  
Az Anyasági Ellátások Bizottsága szervezettebb együttműködést és fokozott koordinációt javasol az anyasági és gyermek-ellátások terén, elérendő a kórházban születés 70%-os arányát.

## A 60-as évek

**1960** - Az Orvosok és Fogorvosok Díjazását Vizsgáló Királyi Bizottság – egyben fizetésemelést javasolva – mindkét szakmában független fizetés-felülvizsgáló rendszer bevezetését iniciálja.  
**1961** - A kormányzat – Sir Robert PLATT vezette bizottsága – a kórházi ellátásokat nyújtó egészségügyi személyzet szervezetét felmérve kezdeményezi a szakorvosi tevékenység fejlesztését és bevezeti az segéd-szakorvosi fokozatot.  
**1962** - A PORRITT jelentés az NHS trichotómikus struktúrájának integrálását javasolja – területi intézmények felállítása mellett.  
Enoch POWELL közlése a Hospital Plan for England and Wales-t, egy félmilliárd £-os tervezett tőke-befektetési programot, kezdeményezni az általános kórházak körzetesítését. Az intézkedés célja a meglévő 2000 helyi kórház munkáját 750 körzeti kórházban látni el.  
A Royal College of Physicians mérföldkönek számító jelentést ad közre a dohányzás és egyes megbetegedések kapcsolatáról.  
A Drogbiztonsági Bizottságot állítanak fel kimunkálni az új hatóanyagok bevezetésének eljárását. A lépésre a terhességük alatt az 1956-ban bevezetett Thalidomid altatót szedő kismamák végtag-rendellenességekkel született gyermekei miatt kerül sor.  
**1963** - Az ellátások értékének térítését áttekintő szakmai testület első jelentése 14%-os emelést javasol. A házi orvosok elégedetlenek a „pool” szisztémás díjazással, mert az a költségek igazságtalan elosztását eredményezi.  
Az alapellátással foglalkozó GILLIE jelentés a posztgraduális oktatás jelentőségét hangsúlyozza és a csoportos praxis mellett foglal állást.  
Antony BARBERT nevezik ki egészségügyi miniszternek, aki közös szakmai-szakigazgatási munkacsoportot hoz létre az alapellátás megvizsgálására.  
**1964** - A nővéreknek a személyzeti struktúrabeli helyét vizsgáló SALMON Bizottság háromfokozatú (közvetlen ellátó, középvezető és felsővezető) előmenetelt javasol. A javaslatot 1966-tól valósítják meg.  
A Munkáspárt októberben kis többséggel nyer választást. Kenneth ROBINSON az egészségügyi miniszter.  
**1965** - A házi orvosoknak a díjazás miatti elégedetlenségi mozgalma az NHS szolgáltatásairól lemondással fenyeget. ROBINSON miniszter „A család orvosi szolgáltatás oklevele” című szakmai ajánlásokban foglaltaknak megfelelően köti a szerződéseket.  
Királyi Bizottságot hívnak életre az orvosképzés helyzetének megvitatására.

A kormányzat eltörli a vényfelírási díjat.  
 Decemberben feláll a SEEBOHM Bizottság a személyes szociális ellátások rendszerének felülvizsgálatára.

**1966** - A Munkáspárt a választásokon megnöveli parlamenti többségét. Kenneth ROBINSON a bársonyszékben marad.

A kormányzat és a BMA új háziorvosi szerződési feltételekben egyeznek meg: nő az alapellátásba befektetés, és a jobb anyagi elismertség mintegy a házi orvoslás reneszánszát hozza.

**1967** - A BMA memorandumot intéz a kormányzathoz a kórházi orvosi személyzet problémáiról. A röpirat hamar „A kórházi orvosok oklevele”-ként híresül el.

Az orvos utánpótlás kérdései növekvő aggodalmat szülnek, részben az elvándorló itthon képzett orvosok és a NHS-nek a külföldi – főleg indiai – orvosoktól való egyre növekvő függése miatt.

Minisztériumi-szakmai vegyes csoport által készített COGWELL-jelentés az kórházi gyógyító munka szervezetéről. A javaslat kisméretű, ún. reprezentatív orvos team vezette végrehajtó csoportokat tanácsol.

David STEEL egyéni képviselői indítványa alapján a Parlament elfogadja az abortusz törvényt, amely objektív kritériumok beteljesítése mellett engedélyezi a magzatelhajtást.

Az öregekkel törődés jegyében közzétett „Sans everything” jelentés lesújtó véleményt fogalmaz meg az öregek hosszú távú ellátásáról. A riport nyomán megjelent kritikai észrevételek végül cselekvésre sarkallják a kormányzatot.

Megalakul az Egészségügyi Oktatási Tanács.

**1968** - Összevonnák az Egészségügyi és a Társadalombiztosítási Minisztériumot egy, a Kormányban helyet kapott új államtitkár (Richard CROSSMAN) alatt.

A kormányzatnak az NHS szervezeti rendszerének megváltoztatásáról szóló Zöld Könyve a kórházi és az önkormányzatok biztosította egészségügyi ellátások egységesítését javasolja a szaktárca vezetése alatt.

A SEEBOHM Bizottság radikális változtatásokat javasol a szociális ellátások képzési és szervezeti területén, feltétlen ideértve az orvosi ellátást is.

TODD jelentés: királyi bizottság az orvosképzés helyzetéről. A jelentés az orvosi beiskolázás fokozatos növelését célozza meg, 1975-re évi 3.500 főre, majd 1985-89-re évi 5.000 főre. A kormányzat az orvos-kibocsátás évi 3.500 főre növelését támogatja.

Az új gyógyszer-törvény egységesíti és kiterjeszti a szabályozást a gyógyszerbiztonságra, a hatékonyságra és a minőségre, valamint a gyógyszer-kereskedelemre és -reklámra. Jogszabály Gyógyszerügyi Bizottságot állít fel és meghatározza az engedélyezési eljárás szabályait.

Újra bevezetik a vényírási díjat.

**1969** - Richard CROSSMAN figyelmeztet a Jóléti Állam egyre emelkedő költségeinek „igazán elborzasztó” kilátásaira. A DHSS – a technológiák hatását megállapítani az NHS kiadásaira – a két legkiemelkedőbb közzéadását jelöli ki a kérdés kivizsgálására.

Elismerve a kórházi munkát vállaló fiatal orvosok túlóráit, rendkívüli adókedvezményt vezetnek be a részükre.

Júniusban egy – a helyi önkormányzatok szerepét feltáró – Királyi Küldöttség 58 egységesített helyi önkormányzatot, valamint azt javasolja, hogy e helyi önkormányzatok vállaljanak felelősséget az NHS-ért. Mindkét javaslat elutasításra került.

Észak-Írországból Zöld Könyvet adnak ki az egészségügyi és a szociális szolgáltatások rendszerének átszervezéséről.

Napvilágot lát a BONHAM-CARTER jelentés a kerületi általános kórházak szerepéről.

A Geoffrey HOWE QC által vezetett, a Cardiff-i Ely Hospital hosszan kezelt értelmi és fizikai fogyatékos betegek körülményeit elemző hivatalos vizsgálat közkinccsé lett

eredményei általános nyugtalansághoz vezetnek. A kórház elleni elsöprő erejű vádirat az előfutára volt az évtizedet jellemző elfekvő intézeti botrányoknak. Végeredményben a HOWE jelentés vezetett a független Hospital Advisory Service-ek sürgős megalakításához, melyek vizsgáló és tanácsadó csoportokat küldtek a hosszú távú szolgáltatásokat nyújtó gyógyintézetekbe – és közzétették az ottani tapasztalataikat.

## A 70-es évek

**1970** - Az NHS átszervezéséről újabb Zöld Könyv jelenik meg.

A munkáspárti kormányzat elutasítja az Ellenőrző Testület által javasolt a (fog-) orvosoknak nyújtandó illetmény-kiegészítés maradéktalan végrehajtását. A BMA szankciókat helyez kilátásba. A „Review Body”-t visszahívják.

A Local Authority Social Services Act – mely a helyi önkormányzatokat egységesen szociális ellátási osztályok létrehozására kötelezi 1971 áprilisáig – hatályba lépése, egyben új képzési szerkezetet vázolnak fel.

Júniusban konzervatív törvényhozást hoznak a választások: Richard CROSSMAN-t Sir Keith JOSEPH követi az NHSS államtitkári székében. Az új kormányzat újra felállítja a független Ellenőrző Testületet és végre is hajítja fizetési javaslatait.

Novemberben a nővérek fizetésemelést és munkaidő csökkentést követelnek, ez – az április 20%-oson felül további – 27%-os bérnövekedést jelent.

**1971** - Angliában vitairatot hoznak nyilvánosságra az NHS újraszervezéséről.

A BMA-t, különleges státus-megjelöléssel, mint szakmai szakszervezetet veszik nyilvántartásba a kormányzat gazdasági kapcsolatainak szabályozása során.

Az elmebetegek és mozgássérültek ellátásainak javítását célozza a Fehér Könyv.

**1972** - Sir Keith JOSEPH egy másik Fehér Könyvet hoz nyilvánosságra, melyben az NHS átszervezése körében javasolja a kórházi és a helyi önkormányzati egészségügyi ellátások egységesítését. Az év során – először a szolgálat történetében – az NHS közel 100 ezer főnyi segédszemélyzete sztrájkol béremelésért.

**A BRIGGS jelentés az ápolókról.** A belépési korhatár leszállítását és a karrier-lehetőségek átalakítását javasolja.

**1973** - Az NHS Reorganisation Act területi és a körzeti egészségügyi tanácsokat hoz létre. A tanácsok feladata a kórházak és a helyi egészségügyi szolgáltatások igazgatása. E „konszenzus menedzsment” szabályait a „Management Arrangement for the reorganised NHS” című, a kórházvezetők és a minisztérium megegyezésével szerkesztett „Szürke Könyv” fekteti le.

Egészségügyi ombudsmant jelölnek ki.

A nővérek és a kórházi segédszemélyzet elégedetlensége végül egyes nagyobb kórházakban elszigetelt sztrájkokhoz vezet. A kormányzat végül mérsékelt engedményekkel szereli le a szakszervezeteket.

A BRIGGS jelentés megvalósításának elodázása is feszültebbé teszi a viszonyt nővérek részéről.

**1974** - A konzervatív kormányzat bérpolitikája nem csak az NHS, de a bérből élők – beleértve a bányászokat is – széles tömegeit sérti. Az összetűzés az utóbbiak szakszervezeteivel a Kormány februári bukásához vezet. Általános választások útján munkáspárti kormány kerül hivatalba, amely parlamenti kisebbségben kormányoz.

A következő, októberi választásokon a Munkáspárt háromfőnyi többséget szerez.

**Április 1.** - Az NHS háromszintű adminisztratív felépítésének átalakítása. A helyi hatóság részvételét a környezeti ellátásokra szűkítik, minden egyéb ellátást az NHS vesz át. Angliában 14 régiós, 90 területi és 200 körzeti menedzsment team váltja fel a régi

struktúrát. A háziorvosi hálózat változatlanul hagyása mellett a rendszer a „Szürke Könyv” konszenzusos menedzsment rendszerén alapul.

A helyi önkormányzati rendszer átalakítása: a korábbi 1700 helyébe mindössze 400 önkormányzat lép, bár a kísérelt: ezeket közös nevezőre hozni a 200 egészségügyi körzettel – kudarcot vallott. Ugyanakkor a kormányzat Lord HALSBURY elnökletével vizsgálóbizottságot delegál a nővérek és a segédszemélyzet fizetésének és munkakörülményeinek felülvizsgálatára.

**Júliusban** - a BMA, a British Dental Association, a Royal College of Nurses küldöttsége figyelmezteti a kormányt az NHS küszöbön álló összeomlásának veszélyére. A szakmai vezetők magasabb finanszírozást követelnek a miniszterelnöktől, aki kérésüket elutasítja.

**1975** - A fizetős ágyakról szóló, 1974 óta tartó vita, úgy tűnik, végére ér: végül Harold WILSON miniszterelnök Lord GOODMANt kéri fel a meditációra. A felek 1976 elején kompromisszumra jutnak, de csak az után, hogy a szakorvosok megújítják a szankciókat. E szankciók egybeesnek a rezidens orvosok által javasoltakkal, akik összevesztek a kormányzattal a „closed end” szerződések miatt, melyeket a BMA kötött és „grass roots” fiatal orvosok kritizáltak elégtelensége miatt.

**Júliusban** Barbara CASTLE az egészségügyi szakmák azon küldöttjeivel találkozik, akiket továbbra is aggaszt az NHS állapota. A feszültség októberre sem oldódván a miniszterelnök vizsgálóbizottság kiküldését ígéri az NHS-hez. A Bizottság, melynek Sir Alex MERRISON lesz az elnöke, 1976-ben kezdi meg a munkát.

Az Egészségügyi Minisztérium (RAWP<sup>668</sup>) formulát szerkeszt az NHS forrásainak újraelosztására egyes túlf finanszírozott régióktól – pl. a négy Temze-parti régió<sup>669</sup> – az alacsony színvonalon ellátottak irányába. A formula használatát ajánlják az NHS-nek.

A General Medical Council munkáját áttekintő MERRISON Bizottság az orvos szakma végzése szabályozásának széles körű reformjait javasolja.

**1976** - A rezidens orvosok érdekérvényesítő akciókkal nyomatékossított vitája a kormányzattal a túlóra időkorlátairól és megfizetéséről – egész szeptemberig elhúzódik.

Az érdekegyeztetők – elfogadva GOODMAN javaslatait a magán praxis gyakorlásáról az NHS-en belül – a szankciókat felfüggesztik. Az 1976-os „Health Services Act” a javaslatokat törvénybe iktatja. Független bizottság vizsgálja felül (csökkenti) az NHS-en belüli privát ágyak számát.

COURT jelentés a gyermek-egészségügy jövőjéről.

A „Hospital Advisory Service”-t átalakul „Health Advisory Service”-é a szükséges széles átutalással

Áprilisban Barbara CASTLE „Secretary of State for Social Services” posztját David ENNALS veszi át.

Az Egészségügyi minisztérium kiadja a „Priorities of Health and Personal Social Services in England” tervezetét, amely figyelmeztet arra, hogy a gazdasági határok ügyében a változásokat az egészségügyben meg kell hozni. A legtöbb NHS költségkerete ki lett bővítve.

Nagy Britanniában a súlyos gazdasági válság miatt több helyen megszorítják az általános kiadásokat, mivel kölcsön vesznek fel az IMF-től. Megnyirbálják az NHS költségtervezetét.

Decemberben kiadja a White Paper a „Prevention and Health”-et, jelezve a kormány nagyobb elkötelezettségét, hogy megelőzze a gyengélkedést, mégis a Health Education Council pénzügyi támogatása elmarad.

**1977** - Kedvezőtlen hírvetések az NHS létesítmények bezárásáról arra ösztökélik Ennals államtitkárt, hogy kampányoljon a Whitehall-ban 30 M £-os azonnali támogatásért és az NHS büdzséjének évi 3%-os célzott növekedési arányáért. Kisebb fejlődéseket érnek el az 1977-79-es költségvetésben.

A kormány kiadja a „The Way Forward”-ot, eredményeként az 1976-os az elsőbbségekről szóló tanácsadói dokumentumnak.

Felállítják a London Health Planning Consortium-ot a főváros komplex egészségügyi szolgáltatásainak ésszerűsítésére.

A nyugtalanság, hogy a megosztott régiók nem kapják meg a forrásokból a részüket arra sürgeti Ennals-t, hogy állítson fel munkacsoportot Sir Douglas Black, az Egészségügyi Minisztériumbeli felelős tudós vezetésével az egyenlőtlenségek kivizsgálására.

Összefoglaló jelentés arról, hogy a közösségi egészségügyi tanácsok a hibák, kielégítetlenségek és „kicsiny források” ellenére folytatják gyarapodásukat és képesek „még nagyobb nagyra törő feladatokra”.

**1978** - Az 1978-as Medical Act újra létrehozza a General Medical Council-t, egyben felhatalmazza az alkalmatlan orvosok regisztrációjának felülvizsgálatára.

Az NHS megalakításának 30. évfordulójára a Kormány ünnepi könyvecskét ad ki, miközben a beavatkozási várólisták rekord hosszúságúra nőnek.

A Kormány „Munkaerő az egészségügyben – a következő két évtized” címmel vitairatot tesz közzé.

A kormányzati adópolitika bevételi oldalára egyre nagyobb nyomás nehezedik: az ipari ellenkezések az állami dolgozók – köztük az NHS dolgozói - között növekszik. Az Orvosok és Fogorvosok Bíráló Testülete magas emeléseket és két lépésben 18%-os juttatást javasol. Ősszel más egészségügyi dolgozók is fizetésemelést követelnek az év eleji 10%-os jutalom ellenére.

## **A hosszú 80-as évek**

### **A korai thatcherizmus (1979-1985)**

**1979** – Az „elégedetlenség tele”. A munkanélküliség eléri a politikailag káros szintet. Kilenc százalékkal emelik a nem orvosi NHS dolgozók bérét és ígéretet kapnak a fizetések felülvizsgálatára (CLEGG). A kormányzati költségmegtakarításokat az NHS szinte sértetlenül ússza meg. Bár a RAWP hatásai kezdenek érvénybe lépni, az egészségügyi szolgáltatások 1976 óta tartó válsága folytatódik.

A BMA Általános Orvosi Szolgáltatások Bizottsága (General Medical Services Committee) kiad egy új okiratot, mely több orvost hív általános praxisra, több befektetést javasol sürgősségi ellátásra, jobb szakképzésre, orvosi vizsgálatra, a praxisok bővítésére (GPs' services) és több munkafüggő szerződésre, nagyobb juttatásokkal.

Májusban a kisebbségben kormányzó J. CALLAGHAN Munkáspárti kormánya elveszíti a választásokat. A Tory kormányban Margaret THATCHER lesz a miniszterelnök.

A Királyi Bizottság júliusi jelentése – túlnyomórészt helyeslő kicsengéssel – az NHS-ről. A jelentés kritizálja a rengeteg pénzt felemésztő, túlméretes adminisztrációt, és 117 javaslata közt szerepelt a regionális egészségügyi hatóságok megerősítése, a házi orvosi bizottságok eltörlése, és az általános orvosok beemelése az NHS fősodrába. Az új kormány visszafogottan reagál.

A tanácsadók elutasítják a Bíráló Testület szerződésárát a BMA és a Munkáspárti David ENNALS között. Egy új, átvizsgált szerződést tárgyalnak át Patrick JENKINnel, az új államtitkárral, amely engedi a teljes munkaidős szakorvosokat magánpraktizálni és módosítja a már létező

- részmunkaidős szerződéseket. A kormány is eltörli a Health Service Board-ot és támogatja az új fizetős beteggyakokat az NHS kórházakon belül.
- Decemberre az új kormányzat a „Patients First” címmel vitaindító iratot tesz közzé, amely az NHS szervezetének egyszerűsítését tűzi célul. (Lásd 1974 április 1-jei átszervezés) Eszerint a csomóponti szerepben a területi egészségügyi hatóságokat a körzeti egészségügyi hatóságok váltják fel – a régiós szint megtartása mellett. A kormányzat a lehető legközelebb kívánja tartani a döntéshozatal helyét a döntések címzettjeihez.
- 1980** - Roy GRIFFITHS a Sainsbury's Fűszerkereskedő cég ügyvezető igazgatója vezeti át az NHS-t az államigazgatásból a probléma-menedzselés útjára. Az 1974-es merész, de befejezetlen kísérlet elbukott az NHS szívós rendszerének ellenállásán. „Ha Florence NIGHTINGALE ma sétálna végig lámpáskájával az NHS folyosóin, aligha találna egyetlen illetékes személyt is.”<sup>670</sup>
- A Health Services Act 1980-at használják fel a törvényhozásban arra, hogy előterjessék az NHS újjászervezését, ahogy azt az 1979-es tanácsadói tanulmányban megírták. A változásokat 1982-ben léptetik hatályba.
- Az Egészségügyi Minisztérium a jövőbeli NHS kórházi ellátásoknak a kerületi, általános kórházak koncepcióját elutasítja, rendelettel maximalizálja az ágyak számát 600-ra, és dicséri a kis kórházak értékét.
- Az egészségügyi magánbiztosítókhoz átállt emberek száma 26%-kal nő, ez a növekedési arány visszaesik 13%-ra 1981-ben. Dr. Gerard VAUGHAN egészségügyi miniszter megjósolja, hogy a britek 20%-a 1985-re magánbiztosítást választ. Megjegyzés több amerikai egészségügyi szervezetet arra készíti, hogy belépjen a brit egészségügyi piacra.
- Kiadják a The Black Book, avagy az Egészségi Egyenlőtlenségek-et (Inequalities in Health) ENNALS megbízásából (lásd feljebb). Ez megmutatta, hogy több betegségnél a halálozási arány magasabb az alacsony társadalmi és foglalkoztatottsági körökben, mint az I. és II. osztályúakban. A jóléti programok és az NHS ellenére a szakadék szélesedett a szegények és a jómódúak egészségi mutatói között. Nagyobb juttatásokat javasolnak és hangsúly áthelyezését az egészség gyengülésének megelőzésére. Az esetleges költségek arra sarkallják Patrick Jenkin-t, hogy elutasítsa a BLACK Book javaslatait, ennek ellenére befolyásos irat lett.
- 1981** – Szeptemberben Norman FOWLER veszi át Patrick JENKIN államtitkár helyét. Leállítja a minisztériumi kivizsgálást, hogy hogyan lehetne egy másik egészségügyi rendszert finanszírozni, mivel szerinte bármiféle adórendszer alatt tudni kell támogatni az egészségügyi szolgáltatást.
- A kormány kiadja a „Care in Action”-t az NHS-sel előtérben: mint elődeinél, e a dokumentumnál is az idősök ellátása az lényegi pont, fő témája a szellemileg visszamaradott és egyéb hátrányos helyzetűek csoportja. A kormány támogatja a köz- és magánszektorok együttműködést, hangsúlyozva a szolgáltatások egyszerűsítésének és decentralizálásának célját.
- A BMA meghátrál a kivizsgálástól, melyet orvosok szerveznek és folytatnak le. A nyilvános jelentést Londonban az elsődleges ellátásról Professor Donald ACHENSON készíti elő (később, mint tisztifőorvos).
- 1982** – Az orvosokon kívüli NHS dolgozók 1981-ben kelletlenül fogadják el a 6%-os fizetésemelést és az ápolónők munkaidejének csökkentését. 1982-re a Royal College of Nursing és a TUC-val kapcsolatos egészségügyi egyesületek 12%-os emelést követelnek. Az egyesületek egynapos sztrájkot szerveznek, hogy érvényesítsék követelésüket, míg az RCN egy magas szintű kampányt folytat. Ez egy erős politikai kihívásnak bizonyult a kormány számára.
- Elhanyagolható fejlesztések javaslatával, viszont – lényeges – független fizetés-felülvizsgáló testülettel az ápolónők, bábák és más egészségügyi szakemberek számára a miniszterek végül meggyőzik a dolgozókat, hogy függeszték fel a nyolc hónapja tartó széthúzást, mely eredményeképp 100.000-ről 720.000-re nőtt a kórházi várólistások száma.

Az NHS áprilisban átesik a második főbb átszervezésén, a durva 1974-es szerkezetet lefaragják a helyi egészségügyi hatóságok megszüntetésével. A változások nagyrészt követik az 1979 tanácsadói okirat kezdeményezéseit.

Az NHS költségmetszabásának politikáját követve az Egészségügyi Minisztérium felkéri a Binder HAMLYN-t, a könyvelő céget, hogy vizsgálja ki a háziorvosok költségeinek korlátozását, mert 1948 óta ezen szolgáltatások költségigényei csak nőttek. A jelentést sosem közölték le.

**1982-re** kifut a Tory kormány ígéretéből, hogy beváltsa elődjének 1979-es terveit az NHS költségvetésében. A terv az eddigi gyakorlat, a készpénz a lekötés helyett a hatóságokon való számonkérés, s hogy emeljék az évi megtakarításukat 1%-al a költségkeretük fölé. A megoldás szorosabb gazdálkodási fegyelmet jelent az NHS-nek.

Az adózás marad az elsődleges NHS finanszírozási forma Norman FOWLER szerint, a Tory éves konferencián a miniszterelnök így fogalmaz: „Hadd tisztázzak valamit: Gondját viseljük az NHS-nek.”

Megjelenik az első hat hivatalos Körner jelentés az egészségügyi szolgáltatások kivizsgálásáról. Ezek befolyásolnák az információtechnológia fejlődését.

Kötelező szakmai képzést vezetnek be a jövőbeli praktizálók számára.

Újra konzervatív kormányt választanak.

**1983** – A kormány kezdeményezi az NHS vezetésének kivizsgálását. Roy GRIFFITHSék jelentést tettek, hogyan lehetne az egészségügyi szolgáltatások vezetését megreformálni. A vezetők funkcionális megerősítése és jobb vezetői tréning – különösképp orvosok és nővérek számára. A vezetők teljesítményük alapján számonkérhetők lennének. A dolgozók fenntartásai ellenére a kormány készségesen fogadja GRIFFITHS javaslatait és megvalósítja azokat az elkövetkező két évben.

A BMA háziorvosi bizottsága (general practitioner committee) kiadja a „General Practice: a British success” kiadványt, ami szervezettséget és integrációt ígér az NHS-en belül, és az általános praxis bővítését kéri.

Decemberben Kenneth CLARKE Egészségügyi miniszter bejelenti az általános praxisbeli szolgáltatásokra vonatkozó megszorításokat, anélkül, hogy előbb konzultálna a szakmával, ami az elvárások szerint megelőzne egy ilyen bejelentést. A BMA reakciói után kisebb változtatásokkal, de elfogadják az új szabályokat 1984-re.

„Health Care and Its Costs” címmel jelenik meg a kormány irata – a választások előtt .

**1984** - A hatékony spórolás nyomására 1981 és 1983 között 50 M £-ot takarít meg a Konzervatív kormány. Az Egészségügyi Minisztérium 1984-ben egy még szigorúbb megtakarításokat eredményező költséghatékony programot (CIP) vezet be.

Az 1984-es Egészségügyi és Társadalombiztosítási Paktum (Health and Social Security Act) szigorítja a lokális és egészségügyi hatóságok felelősségét a magánszektor irányításában, ami fokozatosan biztosította az intézményes ellátást az egyre növekvő számú idős emberek számára. Ez a szociális, egészségi és ellátási kérdés lesz a kormány és a közösség fő gondja.

A kormány elindítja a WARNOCK vizsgálatot, hogy elemezze a környező emberi reprodukciós változtatások menetének technológiáját.

CLARKE egészségügyi miniszter nyilvánosságra hozza a gyógyszerek limitált listáját (=ez nem tartalmazza a túl drágának illetve kevésbé hatékony márkás gyógyszereket, amiket az NHS biztosítana). Az előtte elmaradt egyeztetés, konfliktushoz vezet a BMA, a háziorvosok és a minisztérium között. Miután módosítják a megállapodást, a tervet 1985-ben közösen mutatják be, és általában sikeresnek ítélik. Ez a fejezet vízvonalzó a szakma és a kormány közt, amittől kezdve egyre inkább csökkennek a szakmai tanácsok a kormány politikájában az NHS-ről.

**1985** – NSH előírt limitált gyógyszerlistájának bevezetése.

A Háziorvosok Szövetsége (Royal College of General Practitioners) bemutatja a növekvő minőségű sürgősségi ellátást – a „Towards quality in general practice” – és elemzi a jó praxis jellemzőit a Milyen orvost? –ban (What sort of doctor?).

A Nuffieldi Területi Kórház Érdekszövetkezete (Nuffield Provincial Hospital Trust) kiadja a Az NHS vezetésének tükré tanulmányát (Reflections on the Management of the NHS). Az írója Professor Alain ENTHOVEN, amerikai egészségügyi szakértő, aki ezzel ugyan kevés figyelmet hív fel magára, de ez később befolyásolta a konzervatív kormány NHS-en belüli piac reformjait.

Az Egészségügyi Szolgáltatások Vezetőségének Testülete (Institute of Health Services Management), az RCN és a BMA együttműködve ír jelentést az NHS-nek a pénzügyi kilátásokról. 2%-os évi növekedést, az egészségügyi hivatalok nagyobb pénzügyi tervezet rugalmasságát helyeznek kilátásba, és figyelmeztetnek az NHS alul-támogatottságára.

A háziorvosi bizottságok független státuszt szereznek.

CUMBERLEDGE vizsgálat kezdete a nővérek közösségében.

### **A késői thatcherizmus (1986-1990)**

**1986** – Április 21.: A konzervatív kormányzat első kezdeményezése a sürgősségi ellátás területén. A „Primary Health Care: An Agenda for Discussion” hat feladatot ölel fel. Ezek: a több kedvezményezetthez eljutó szolgáltatások, az ellátások magasabb színvonala, az egészségtámogatás és betegségmegelőzés, az ellátások nagyobb választéka, a szolgáltatások kedvezőbb ár-érték aránya, az egyértelműbb prioritások a háziorvosi praxisban. A kormányzat a célok megvalósítására vitatott változtatásokat kezdeményez, pl.: változtatja a háziorvosok javadalmazási rendszerét, a minőségi praxisok pótlékozását is beleszöve – mindez a fizetős ellátások növekvő részaránya mellett. Keresve a költségcsökkentés lehetőségeit, elutasítják a kiadási korlátok beépítését.

A vitairat a fogorvosi szerződéses változtatását is ajánlja – fixáras ellátások bevezetésével. A gyógyszerészek NHS munkáját – amely már áttekintés alatt állt – szintén alakították, támogatva szerepük átalakítását, bevezetve az egyszerűbb tüneteseken a tanácsadást.

A sürgősségi ellátás Zöld Könyvével egyszerre megjelenő CUMBERLEDGE jelentés a helyi ápolásról forrásokat igényel a helyi ápolásnak a kórházaktól az önkormányzatokhoz telepítéséhez, a gyakorló nővérek képzéséhez, és az önkormányzati nővérek magasabb szintű képzéséhez egészen a nővérek korlátozott receptírási szabadságáig.

Gúnyos elemzés jelenik meg az Audit Commission-től a közösségi ellátásról, a „Making a reality of community care”, mely kiemeli a mentális egészségügyi szolgáltatások fejlesztésének hiányait.

Az Audit Commission jelentése decemberben, a miniszterelnök meghívja Sir Roy GRIFFITH-t – most mint különleges egészségügyi tanácsadót – „hogy keressen egy megoldást a közösségi ellátások problémáira”.

Az Egészségügyi Minisztérium elindítja a forráskezelési javaslatot, mely klinikai pénzügyi megoldásokat mutat be kórházaknak, az első körben hatnak.

**1987** – Közös minisztériumi, orvosi jelentés: „Hospital Medical Staffing: Achieving a Balance”. Az évek óta tartó vita azzal tetőzik, hogy képzési helyek idomuljanak a szakosodó munkahelyekhez, csökkenjen a kezdő orvosok munkaideje. A vitatott fogadtatás ellenére a reformokat bevezetik – csak a konzervatív kormány okoz bonyodalmat a későbbi belső piac 1991-es bevezetésével és az 1993-as specializálódó képzésről szóló CALMAN jelentéssel.

A White Paper „Promoting Better Health” kiadványa – míg sok indítványt módosítanak az elsődleges ellátásról az - 1986-os „Green Paper”-ben lévő elméletekkel egyezik meg nagyrészt. Nehéz tárgyalások kezdődnek az elsődleges ellátás jövőjéről.

Egy közvélemény-kutatás igen magas elégedetlenségi szintet állapít meg a nővérek közt, ez arra kényszeríti a kormányt, hogy 800 M £-ot jegyezzen elő klinikai újraképző gyakorlatokra. Alulbecsülve a költségeket, egy valóságtól elrugaszkodott időrenddel, az egészségügyi hatóságokkal való megbeszélés hiányával és a kevés versenyképes



felügyelővel elkésnek: a menedzserek csalódottak, a nővérek dühösek lesznek. Végül, teljesítve a kormány követeléseit 1992ben, megduplázódik az NHS nővéreinek képzési ideje.

Júniusban a konzervatív kormányzatot kisebb többséggel, de újra megválasztják.

Norman FOWLER, az NHS-ben legrégebb óta dolgozó egészségügyi minisztert váltja John MOORE, mint a Szociális Ellátások államtitkára (Secretary of State for Social Services). Egyre rosszabbodó pénzügyi válság, az öt évnnyi támogatásmérséklés következményei, a szigorított eredményességi megtakarítások, CIP (lásd 1984) és a közbeszerzések (lásd 1983).

A BMA, az Institute of Health Service Management és az RCN újból kinevez egy független akadémiai vizsgálóbizottságot az NHS pénzügyi posztjára. Az eredmény egy javaslat lett, amely úgy becsülte, hogy 3 évnnyi munkára és plusz 1.7 Mrd £-ra lesz szükség.

A régiós általános menedzserek (regional general managers) és vezetők csatlakoztak pénzügyi krízisre figyelmeztetőkhöz. Szokatlan módon a három senior Royal College elnöke személyesen találkozott a miniszterelnökkel, hogy felhívják a figyelmét a válság súlyára.

**1988** – Januárban a miniszterelnök a televízió interjúban jelenti be, hogy egy vizsgálat az NHS-ről folyamatban van – ez olyan újdonság, ami meglepi mind a minisztereket, mind a dolgozókat. A vizsgálatot ő maga és egy társaság vezeti 5 miniszterrel és Sir Roy GRIFFITHS-szel.

Sir Roy Griffiths „Community Care: Agenda for Action” vizsgálata a közösségi ellátásról eljut a kormányhoz az év elején, de javaslatai a miniszterelnök számára rossz szájját hagynak, a publikációt addig halogatják, míg LAWSON kancellár előáll az 1988-as büdzsével. Úgy bántak vele, mint egy tanácsadói tanulmánnyal. GRIFFITHS azt javasolta, hogy a helyi hatóságoknak úgy kelljen viselkedni, mint beszerző ügynököknek, a közösségi ellátást el kell juttatni az emberek házaikig.

A miniszterelnök magas szintű NHS vizsgálata továbbra is titokban zajlik, külső bizonyítékok nélkül és a miniszterek körében széles körben terjedő mendemondák közepette. John MOORE posztját egészségi állapota miatt Kenneth CLARKE veszi át az egészségügyi államtitkári posztot júniusban.

A kormány „Public Health in England” kiadványa: rámutat a megfelelő egészségügyi ellátás becsülésének szükségességére, az AIDS járvány felhívja a figyelmet a politikai és a közélet figyelmét a „közegészségügy” értékére.

A nemzeti mellrákszűrés program kezdete. A kormány az 1986-os FORREST javaslat alapján vezeti be az 50 és 65 év közötti nők számára.

**1989** – Január 31-én a kormány kiadja a „Working for Patients”-t, a White Paper-t tartalmazó javaslatokat az NHS megreformálására. A White Paper bejelenti egy belső piac bevezetését az NHS-en belül, ahol a vásárlók (egészségügyi hatóságok és házi orvosok) szerződhetnek a szolgáltatókkal (kórházak és közösségi egészségügyi szolgáltatók működne helyi független érdekvédelemként), hogy biztosítsák a betegeknek szükséges ellátást. A radikális javaslat engedi, hogy a házi orvosok, - akik régóta szerettek volna – tőketulajdonosokká váljanak.

A kormány 1991 áprilisáig szeretné megvalósítani a változásokat, ami egy igen becsvágyó terv ilyen léptékű újításoknak.

A White Paper erős ellenkezést vált ki, különösen a Munkáspártnál és a BMA-nál, melyek attól féltek, hogy a belső piac lerombolja az NHS átfogó és integrált jellegét A BMA kampányt indít a White Paper ellen.

Folytatódnak a kormány és a BMA közti tárgyalások a házi orvosok új szerződéséről. Miután májusban Kenneth CLARKE és a házi orvosok vezetői egyezsége jutnak egy 10 órás ülés után, a házi orvosok elsőprő többséggel utasítják el egy országos titkos szavazásban. Az államtitkár ennek ellenére foganatosítja a szerződést.

„Caring for People: community care for the next decade and beyond”-ot júliusban mutatja be a White Paper, melyben a kormány reagál GRIFFITHS közösségi ellátás ajánlataira (1988). A javaslatok egyé válnak az NHS reformjainak kivitelezése során. A General Practice Finance Corporation - a sikeres kezdeményezés az 1966-os okirat tárgyalások óta engedi a házi orvosoknak, hogy vegyenek fel kölcsönt helyek bérlésére vagy felújítására – vállalkozássá (Kft.) alakul, elmozdítva ezzel az országos költségvetésből.

## **A rövid 90-es évek – az ancien régime végjátéka**

### **A Major-időszak (1990-1997)**

**1990** – A National Health Service and Community Act 1990 az NHS belső piac indítását 1991 április 1-re teszi.

Bemutatják az új házi orvosi szerződést. Sok még az ellenző, de – nem úgy mint 1965-ben – a megmozdulások elmaradtak. A General Medical Services Committee, aki a legtöbb NHS házi orvost képviselte, úgy döntött, hogy inkább a gyakorlatban figyelje meg, hogy működik a szerződés.

Margaret THATCHER nem vállalja, hogy az NHS reformjai széles körű nemtetszést váltsanak ki, és meginog a Trafalgar téri felvonulások miatt. Üzletemberek kisebb csoportját kéri fel, hogy térképezzék fel, működnek-e az NHS reformok.

Margaret THATCHER-t John MAJOR váltja miniszterelnökként, William WALDEGRAWE-t pedig Kenneth CLARK egészségügyi államtitkárként.

Kinevezik az NHS első kutatási és fejlesztési igazgatóját – ez a kezdeményezés megkönnyíti egy regionális kutatási stratégia és hálózat felállítását, forrásokat biztosít kutatási előirányzatokra.

A '70-es években néhány elkötelezett házi orvos számítógépet kezdett használni a munkája során. A '80-as években számuk lassan növekedett. 1990-re a praxisok 80%-a komputerezett. Az 1990-es szerződés tartalmazza, hogy a házi orvosoknak hatékony információs rendszert kell használniuk.

**1991** – Az NHS belső piaca megnyit áprilisban, az önkéntes tőkés házi orvosok első hulláma megkezdte működését. Felállítják az NHS első érdekvédelmi szerveit. A reform jelentette volna a kezdetet, hogy a másodlagos elsődleges ellátássá váljon az NHS-nél, ebből következően a szakmai erő szakorvosból praktizálóvá válik.

Az orvosok aggódnak a belső piac klinikai normákra tett hatása miatt. Válaszképpen felállítják a Clinical Standards Advisory Group-ot, hogy figyeljék az NHS normáit.

A kormányzat „Citizen's Charter”-ének terve, hogy lefedje a privát- és köz szektort. Az okirat később a kórházi ligák jegyzékéhez vezet, egy vitatott kórházi teljesítménymérőhöz. Ugyanez a dokumentum rögzíti, hogy a polgároknak „jogunk van az orvosi ellátáshoz, állapotuktól függetlenül, függetlenül attól, hogy tudnak-e fizetni”.

William WALDEGRAVE bejelenti London egészségügyi ellátásának stratégiai átvizsgálását, melyet Sir Bernard TOMLINSON, a Northern Regional Health Authority elnöke vezet.

A „New Deal”-t elfogadja az Egészségügyi Minisztérium és az orvosi szakma, hogy csökkentsék a fiatal kórházi dolgozók munkaterheltségét. Program az egy heti 72 órás behívásokat próbálja megállítani. Ez elüti a szakorvosok szolgálati óráit és az időt a fiatal orvosok képzéséhez. (A szakorvosi helyek számának növelése nem tartja az iramot az előírások szerint szükségessé, mondja az 1986-os jelentés, az „Achieving a Balance”).

Green Paper „Health of the Nation” azzal a céllal, hogy széleskörű egészségpolitikát hozzanak létre, amely a minisztériumi hivatalok határain túllép, és áttesz a hangsúlyt a betegről a fogyasztóra. A Green Paper felismeri, hogy az egészség több tényező eredménye a környezetitől az egyéni életstílusig.

**1992** – A White Paper „The Health of the Nation”-je megerősíti az elméletet az 1991-es Green Paperben. Elismerné, hogy a kormányzat az egészségügyért szélesebb körben felel, mint az ellátórendszerek, a White Paper 25 különböző irányelvet fektet le. Ezek között szerepel a szívrohamból és szív koszorúér elzáródásból eredő halálozási ráta csökkentése a századfordulóra a 65 év alattiaknál 40%-al. Valahogy mégsem esik szó az embereket érintő munkanélküliségről és nyomorról.

Áprilisában a John MAJOR vezette konzervatív párt negyedik választási győzelme. Virginia BOTTOMLEY lesz az egészségügyi államtitkár.

Két vizsgálati jelentés London egészségügyi ellátásáról. Az első, amit a King’s Fund indított, sürgeti a sürgősségi ellátások megszorítását és az primer ellátások fejlesztését. A második -, a kormány indította Tomlinson vizsgálat – úgyszintén jobb primer ellátást és egyedien biztosított londoni indítózónákat (London Initiative Zones) javasol. A minisztérium 1993-ra a Tomlinson jelentést fogadja el.

Angliában beszámítva a 300.000 fős NHS személyzeti gárdát, továbbra is a nővéreké a legmagasabb számú csoport. A nővéri megközelítést felváltja a fegyelmezettebb, betegcentrikus megközelítés, amit a Fülemlé hagyomány (Nightingale tradition) foglal magába.

1992/93-ban a házi orvosok 13%-a választja a praxisvitelében a tulajdonosi státuszt.

Az újból összehívott Medical Manpower Standing Advisory Committee előrejelzi az állandósuló orvoshiányt Nagy Britanniában. A növekvő számú fiatal személyzetet az európai közösségből kell toborozni.

A House of Commons Health Select Committee a szülészeti hagyományokban változást helyez kilátásba, hogy minden szülés a kórházban történjen. Ez vezet ahhoz, hogy szakemberek és fogyasztók egy csoportja megalkotja a „Changing Childbirth”-t, egy jelentést, ami javasolja, hogy a nőknek nagyobb választási lehetőséget kell biztosítani, hogy kik és hova szállítsák őket.

**1993** – A praktizálni akaró előjegyzett orvosok száma visszaesik 25%-kal.

A TOMLISON jelentésre - a londoni egészségügyi ellátásról – reagál a kormány kiadványában.

Megalakítja a „London Implementation Group”-ot és hat felügyelő bizottságot.

A kormány bizottságot állít fel a egészségügyi hatóságok jövőbeli szerkezetének meghatározására.

A CALMAN jelentés – amit Sir Kenneth CALMAN, tisztifőorvos vezetett – célja, hogy házasítsa az európai közösség (EU Community) különleges gyakorlati követeléseit és Nagy Britannia előkészületeit, mivel a kezdő orvosok tovább vannak képzőposztokon, mint európai kollégáik.

**1994** – A „Doctors and their Careers”-t (Isobal ALLAN-tól) rávilágít, milyen problémákkal néznek szembe a női orvosok. Szükségük van rugalmas képzésre és részmunkaidős munkalehetőségekre. A kezdő orvosok mindkét nemből bírálták a túlórákat, a karrier-tanácsadás hiányát és a nem kielégítő oktatási módszereket.

A King’s Fund jelentése, az „Evaluating the NHS Reforms” megmutatta, hogy mennyire nehéz volt előre megbecsülni a belső piac következményeinek hatékonyságát.

A kormány kiadja a „Health Authorities Bill”-t, ami eltörölné a régiós egészségügyi hatóságokat, felváltva őket régiós NHS közigazgatási kihelyezettekkel (NHS Executive), és egyesítené a kerületi és családi egészségügyi ellátó hatóságokat, hogy alakítsanak 100 egyéni egészségügyi hatóságot Angliában. Ez utóbbi bevinné a családorvosok ellátását az NHS vezetés főáramába. A változásokat 1996-ra tervezték.

Az Egészségügyi Minisztérium közzéteszi a BANKS Jelentést, amely elválasztja az minisztérium és az NHS Executive felelősségeit.

A kormány rendelte CULYER jelentés az NHS kutatás finanszírozásáról javasolta, hogy a támogatási berendezést váltsa fel egy önálló NHS büdzsé.

**1995** – Nő a házi orvosok elégedetlensége a súlyosbodó munkaterhelés miatt. A BMA és a kormány végül 1996-ban fogadja el a szerződéses változásokat és hogy a házi orvosok mérlegeljék, hogy mikor és hol akarnak beteget fogadni a munkaidőn túl.

Az NHS személyzete 1990 és 1995 között 30.000-el csökken. 1995-ben a 764.000 fős személyzet 93%-a nem orvos, két harmaduk közvetlenül lát el a betegeket.

Márciusban bemutatják a „The Medical (Professional Performance) Bill”-t. Ez egy kezdeményezésből ered amit a General Medical Council indított, hogy egy olyan folyamatot állítson fel, amivel elszámol az olyan kifogásolható szakmai teljesítményű orvosokkal, akik nem képeznek komoly szakmai vezetést.

A BMA szakorvosi bizottsága kiadja a „The Consultant Charter”-t leírva, milyennek látja az NHS szakorvosok felelősségeit és jogait.

A kormány szigorítja az egyének munkaleszázalékolással szerezhető jutattások procedúráját. „The Doctors’ Tale”, az Audit Commission közleménye a kórházi orvosok tevékenységéről; Angliában és Wales-ben kb. 55.000 kórházi orvos munkáját elemezték. Ez összefoglalta, hogy az egészségügyi ellátás és az NHS szerkezeti változásainak ellenére az orvosok munkagyakorlata „nagyban ugyanaz maradt, és most nem felel meg annak a környezetnek, amiben dolgoznak”. A bizottság jobb képzőstratégiát, az orvosok szerepének tisztázását, szakorvosoknak évente átvizsgált és figyelt munkatervet és orvosok és vezetőik közötti jobb kapcsolatot követelt.

London jövőbeli egészségügyi ellátásáról folytatódnak a nézeteltérések. Határozott fellépést követelnek a kormánytól, egy korábban londoni orvosi iskolákat érintő vizsgálat vezetője írta a The Times-ban: „Az elmúlt húsz évben... minden kísérlet, hogy megreformáljuk London orvosi ellátását meghiúsult az erős utókor tettein, mikor bármely kórházat vagy orvosi iskolát hátrányosan érintette.”. A belső piac kiemelte London sebezhetőségét és Virginia BOTTOMLEY államtitkárnak nehéz döntéseket kellett hoznia bezárásokról és egyesítésekről.

Júliusban Stephen DORELL veszi át Virginia BOTTOMLEY egészségügyi államtitkár posztját. 1995 végére kézben voltak a 2 Mrd £-os kiadás tervezetei, több mint 50 fővárosi sémáról világszerte, hogy hasznára legyenek a kormány Privat Finance Initiative NHS-be vezetésében, de a tervek túl lassúak voltak, hogy alkalmazzák őket az egészségügy valós helyzetében.

Az NHS bemutat egy sablont, - ezt 1992-ben jelentettek be – ami minden beteghez egy számot rendel: ez előmozdítaná az ügyintézését és a klinikai információkat a szolgáltatáson belül. A nemzeti rendszer bevezetését 1998-ra tervezték.

Az Egészségügyi Minisztérium kiadja a „Patients not Paper”-t, hogy felvegye a harcot az NHS bürokráciával.

Az 1995-ös „The Medical (Professional Performance) Act kiegészítette az 1993-as Act-et azzal, hogy az új szakmai teljesítmény eljárásokkal (GMC felügyeletével) megbirkózzon a gyengén teljesítő orvosokkal. Ezzel párhuzamosan a kormány megjelenteti útmutatóját „Maintaining Medical Excellence” címmel.

**1996** – A Pharmaceutical Price Regulation Scheme egy parlamenti jelentésben állítja, hogy 1995-ben 90 M £-ot takarított meg az NHS 1994-es gyógyszer számlájához képest.

Egy vitairatban az NHS Executive radikális javítást javasol az helyi költségvetésre épülő orvosi képzésrendszerekben.

**1997** – Hivatalos jelentés januárban rámutat, hogy még legalább 8.000 fiatal kórházi orvos dolgozik többet hetente 72 óránál.

Ugyanekkor, januárban a BMA követeli, hogy több NHS érdekvédelmi bizottság kezdje a támogatási évet lényeges deficittel. A National Association of Health Authorities and Trusts korábban figyelmeztetett, hogy az NHS további 200 M £-ot igényel majd 1996-7-ben.

Az NHS (Primary Care) Act továbbjut márciusban, - érvénybe lép 1998 áprilisában – engedélyezi az NHS érdekvédelmeknek és a házi orvosoknak, hogy részt vegyenek ellenőrző tervezetben, hogy biztosítsák a személyes orvosi ellátásokat fizetős alapon, vagy más pénzügyi vezetéssel. Az Act egyéb intézkedéseket is tartalmazott (lásd 1996-os „White Paper”-ek).

Májusban a Munkáspárt földrengető többséggel nyeri meg az általános választásokat, az NHS egy fontos vitapont a kampányban. Frank DOBSON lesz az egészségügyi államtitkár, és egy új poszton Tessa JOWELL nyilvános egészségügyi miniszter.

Júliusban az új kormány további 1,26 Mrd £-ot ígér az NHS-nek 1998 áprilisától, és októberben további 300 M£ extra kiadást jelentenek be – 30 M£-ot a hatékony megtakarításból -, hogy javítsák a betegellátást a közeledő télen (Ezek a számokat kellene látni a megbecsült bruttó NHS költségvetésben az 1997/98-as Nagy Britanniában, a 44 Mrd £ felett – a hazai bruttó össztermelés 5,6%-a). Később az évben az egészségügyi miniszterek vészhelyzeti lépéseket jelentenek be és hogy enyhítsék a téli nyomást, az érdekvédelmeknek nagyobb rugalmasságot biztosítanak a pénzügyi folyamatokban.

Gordon Brown bejelenti, hogy új NHS finanszírozási forma után fog nézni.

Az Audit Commission javasolja a szakorvosok közreműködésének csökkentését az újszülött rutinvizsgálatokban (routine antenatal care). Jelentése, a „First Class Delivery: improving maternity services in England and Wales” rámutat a terhesség és szülés közbeni orvosi beavatkozások számában a szórásra, sürgeti, hogy kerüljék el a felesleges közbelépéseket.

Az egészségügyi hatóságok megkezdik egy új módszer megalapozását, ami növelné a nyilvánosságot és az NHS döntéseiben közrehatást.

A munkáspárti kormány első nagyobb kiadványa az egészségügyi irányelvekről decemberben: „The New NHS White Paper”-ben. A cél, hogy megújítsák az NHS-t, szorosan integrálva a szociális ellátáshoz.

A kormány javasolja a Commission for Health Improvement-et, egy National Institute of Clinical Excellence-t, egy új módszert az érdekvédelmek hatékonyságának mérésére, valamint elsődleges ellátási csoportok felállítását, hogy a házi orvosok és nővérek jobb visszajelzést kapjanak a betegektől.

A kormány egy átvizsgált „Patients’ Charter” ígért, kiemelve a betegek felelősségét.

Az NHS Executive megjelenteti a „Clinical Guidelines: using clinical guidelines to improve patient care within the NHS”-t.

Az év közepén a National Audit Office jelenti, hogy 36 a 100 egészségügyi hatóságból 1 M £-nyi deficitet jósol 1996-7 végére, ami kétszerese az előző éveknek;

A kormány bejelenti a londoni egészségügyi ellátások független vizsgálatának megkezdését. A Bizottság elnöke Sir Leslie TURNBERG, a Royal College of Physicians elnöke

Új egészségügyi stratégiát mutat be a kormány, hogy számot adjon a nyomorról és egészségről és hogy bátorítsa az egyesített megközelítést. Sir Donald ACHESON-t (az egykori tisztifőorvost) kéri fel a független vizsgálat elvégzésére.

„LAING’s Review of Private Health Care 1997” jelenti, hogy magánorvosi biztosításra 10%-al többet költöttek, 1996-ban, ez 1.8 Mrd £. NHS lehetőségek a magánbetegek 15%-át vonzották. A doktoroknak fizetett megközelítőleg 650 M£ azt jelentette, hogy a 17.500 NHS szakorvos, aki magán-praktizált, éves átlagban bruttó 37.500 £ bevételt szerzett ebből a forrásból.

A „The Coming of Age”-ben az Audit Commission sürgeti együttműködésre az NHS-t és a szociális ellátókat, hogy fejlesszék az idősek ellátását, áthelyezve a hangsúlyt az emberek otthoni ellátására.

A kormányzat törli az egyedi kikötéseket az NHS munkaszerződéseiben, így a dolgozók elmondhatják aggodalmaikat az NHS-ről és a betegellátásról, anélkül, hogy ezért represszió érné őket.

**1998** – Ahogy a Nagy-Britannia belépett hat hónapos elnökségébe az Európai Unióban, a kormány körvonalazta egészségpolitikai céljait az EU-nak. Ez tartalmazta a dohányzás reklámozásának tilalmát, a nyitott felügyeleti hálózatot, és a hatékony EU fellépést a közegészségügy fejlesztésére.

A kormány bejelenti a White Paper „The Food Standards Agency: a formula for change”-ben, hogy az egészségügyi hivatalok átveszik az élelmiszer iránti felelősséget a Mezőgazdasági és Halászati Minisztériumtól. A javasolt Food Standards Agency 1999-ben indulna, ez védené a

vásárlók érdekeit. Az közegészségügy jelentősége nő a kergemarhakór járványnak, az egyre növekvő ételmérgezés baleseteknek köszönhetően.

Egy 1997-es jelentés megmutatta, hogy az NHS előjegyzési csalásai 100 M£ kárt okoznak évente. A kormány bejelentette hat aktív egészségügyi zóna indítását, ami központba helyezné az NHS testületek és a helyi hatóságok közös erőfeszítését az egészségügyi hiányok visszaszorítására.

A Nuffield Trust megjelenteti az „Improving the Health of the NHS Workforce”-t, egy jelentést, ami arra szólítja fel a minisztereket, hogy indítsanak egy tíz pontos tervet, hogy megbirkózzon fokozott megbetegedésekkel az NHS dolgozói közt. A jelentés rámutatott, hogy az egészségügyi dolgozók 27%-ánál magas szintű pszichológiai zavart jelentettek. (Ez az adat 18% volt az általános dolgozó népességnél).

Kiadják a „New Ambitions for our country: A New Contract for Welfare”-t. A Green Paper körvonalazza a kormány széles terjedelmű terveit, hogy megreformálja a brit jóléti államot, ami a „segítsünk a függést lebontani” elvén alapult és célja, hogy az ellátottakat visszavezessék a munka világába. Ha beválik, csökkenti a társadalmon belüli egyenlőtlenségeket, és így visszafogja a költségnövekedést az NHS-ben.

A kórházi várólisták 1.420.000-n állnak – 100.000-es emelkedés csak Angliában 1997 májusa óta. Frank DOBSON államtitkár bejelenti, hogy plusz 300 M £-ot különítenek el az NHS-nek, hogy a várólistásokat 100.000 fővel csökkentse 1999 márciusára.

## Új évezred reformkihívásai: A Munkáspárt évtizede (1998-2007)

### A korai Blair-kormányzat (1997 május–2002)

- 1998** - Zöld Könyv "Egy első osztályú szolgáltatás címmel". Botrány a Bristol-i szívklubban. Információ az egészségért stratégia meghirdetése. Első lépés: Az NHS Direct bevezetése.  
Független vizsgálóbizottság vizsgálja az egyenlőtlenségeket az egészségügy területén.
- 1999** - NICE megalapítása  
Az öregségi ellátások körét felülvizsgálni hivatott királyi bizottság Fehér Könyvet ad ki.
- Ments életet: az egészségesebb nemzetért.  
A fundholdingok azaz a GP-k szövetkezeteinek eltörlése . Elsősegély Szakmai Csoportok létesítése.  
Alan MILBURN lesz az egészségügyi államtitkár.
- 2000** - PHILLIPS Report az NHS teendőiről a kergemarhakór elleni küzdelemben White Paper.  
The NHS Plan 2000 meghirdeti az NHS Walk-in Centres programot.  
Az NHS Executive, a főigazgató lemond.
- Concordat egyezés* a magánellátók szövetségével (Independent Healthcare Association). Ezzel lehetővé válik az NHS számára, hogy a betegeket magánkórházakba és magánklinikákra küldje.
- Újabb Fehér Könyv - a Mental Health Act reformját eredményezi. Az NHS/ és a privát szektor megegyezik, felállítják a Commission for Health Improvement-et
- 2001** - Organ Retention Report  
Health and Social Care Act (2001)

KENNEDY jelentés a Bristol-i szívklinika botrányról (lásd: 1998)  
White Paper - Shifting the Balance of Power Hospital "star" system of league tables  
WANLESS előzetes jelentés az NHS finanszírozásáról.  
**2002** - megszületik a NHS Reform és az Egészségügyi hivatások gyakorlásáról szóló törvény.  
Ápolási és Szülészeti Tanács életre hívása.  
A Devolúció (a szerkezetátalakítás) Napja: négy regionális egészségügyi és szociális ellátási igazgatóság jön létre. Ezzel egy időben 28 SHA veszi át az egészségügyi hatóságok és PCT-k helyét.  
Áprilisban a kormányzat fokozott költségvetési ellenőrzést hirdet meg & WANLESS Vizsgálat NHS foundation alapok indítványozása.

### **A késői Blair kormányzat (2003–2007 június)**

**2003** - John REID lesz az egészségügyi államtitkár. Megtiltják a dohánytermékek reklámozását.  
A házi orvosok és a szakorvosok szerződését megváltoztatják.  
A Health and Social Care Act meghatározza a helyi önkormányzatok egészségügyi ellátási kötelezettségeit.  
Building on the Best, az ügyfeleket választási szabadsággal kecsegtető kormányzati vitairat bevezeti a 'patient choice' fogalmát.  
**2004** - Az első foundation alapok megalakulása.  
Megjelenik az „Az egészséget választani” - köz-egészségügyi „Fehér Könyv”  
Egészségügyi Bizottság az orvosi életpálya modernizálására (Az SHO fokozat reformja)  
**2005** - Beteg- azaz páciens-központú NHS meghirdetése  
Patricia HEWITT az egészségügyi államtitkár. A nővérek és a gyógyszerészek vényírási jogosultságának további kiterjesztése.  
**2006 január 30.** - Our Health, Our Care, Our Say - Community Care Report az ún. kormányzati Fehér Könyv megjelenése  
**2006. július 5.** – Az NHS megalakításának hatvanadik évfordulóját ünnepli az Egyesült Királyság  
**2006 november 8.** – Az (új) NHS Act életbe lépése. A jogszabály a különböző egészségügyi szereplők: szolgáltatás beszerzők és -nyújtók közötti közjogi szerződések rendszerét vezeti be.  
**2006 december 11.** - Better Research for Better Health, újabb kormányzati vitairat  
Az SHA-k számát tízre csökkentik, a PCT-k számát 152-re.  
A miniszterelnök az öngondoskodó személyes felelősségről beszél  
**2007 március 31.** – 'Better Research for Better Health' oxfordi Radcliffe Hospitals jelentése az egészségügy és kutatás viszonylatának ártértékeléséről.

### **Napjaink vitái (2007 július-2009)**

**2007 június 27.** - Tony BLAIR átadja helyét Gordon BROWNNak. A kormányzati berkekben széles körű személycserék. Az új egészségügyi miniszter Ara Warkes DARZI, az egészségügyi államtitkár Alan JONHSON lesz.  
**2007 július** - Megtiltják a dohányzást a nyilvános helyeken  
Framework for Action (Lord Darzi- részletesen a disszertációban)  
**2007** - Az NHS alapok éves növekedése 7,2%-ról 4%-ra esik vissza.

- 2008 január 7.** - Gordon BROWN miniszterelnök a londoni Kings' College és a Florence Nightingale School of Nursing előtt kifejti a reform lényegét: dicséri a privatizáció előnyeit.
- 2009 június 30** - High Care Quality for All, a kormányzati Darzi Bizottság végeleges jelentése az egészségügy szisztémája teljes átalakításának céljairól
- 2009 július 15** - Az egészségügyi miniszter Lord (Ara) DARZI lemondása, a miniszterrel együtt távozik az egészségügyi államtitkár. DARZI a továbbiakban 'Az Egyesült Királyság nagykövete lesz az élet- és egészségtudományok terén. Utóda a mai napig Andy BURNHAM.
- 2009 augusztus 15** – A Patients' Association megjelenteti „A betegek nem számok és a népesség nem statisztika” című megrázó dokumentumát.



## ***FÜGGELÉK II.: VÁLASZTÁSOK, MINISZTERELNÖKÖK ÉS EGÉSZSÉGÜGYI MINISZTEREK ÉS ÁLLAMTITKÁROK***

**1945 július 26** - Általános választások a Brit Munkáspárt győzelmével, az alsóházban 200 fős többség. Miniszterelnök Clement ATTLEE, egészségügyi miniszter Aneurin BEVAN.

### **Az 50-es évek**

**1950 február 23** - Általános választások a Munkáspárt ismételt győzelme, az alsóházban mindössze 6 fős többség. Miniszterelnök továbbra is Clement ATTLEE, egészségügyi miniszter szintén Aneurin BEVAN.

**1951 január** - BEVANT Hilary MARQUAND váltja az egészségügyi miniszteri székben. Aneurin BEVAN a munkaügy tárcát veszi át.

**1951 október 25** - Időközi általános választások eredményeképpen a Konzervatív párt az alsóházban 17 fős többséget szerez. A miniszterelnök Winston CHURCHILL, egészségügyi minisztere Harry CROOKSHANK.

**1952 május** - Harry CROOKSHANK egészségügyi minisztert Iain MACLEOD váltja.

**1955 május 26** - Általános választások. Ismételt konzervatív győzelem, az alsóházban 58 fős többséggel. A miniszterelnök Sir Anthony EDEN, míg az egészségügyi miniszter Iain MACLEOD marad.

**1955 december** - MACLEODOT Robert TURTON váltja az egészségügyi miniszter székében.

**1957 január 10** - A szuezi válság következményeképpen Anthony EDEN lemond, utána Harold MACMILLAN lesz miniszterelnök és Dennis VOSPER egészségügyi miniszter.

**1957 szeptember** - VOSPER után Derek WALKER-SCHMITH kapja az egészségügyi tárcát.

**1959 október 8** - Általános választások. 100 fős alsóházi többségű konzervatív győzelem. A miniszterelnök Harold MACMILLAN, míg az egészségügyi miniszter Derek WALKER-SCHMITH marad.

### **A 60-as évek**

**1960 július** - Derek WALKER-SCHMITH egészségügyi minisztert Enoch POWELL váltja.

**1963 október** - Harold MACMILLAN betegsége miatt lemond a miniszterelnökségről. A új kormányfő Sir Alec DOUGLAS-HOME, az egészségügy feje Athony BARBER.

**1964 október 15** - Általános választások eredményeképpen mindössze 5 fős munkáspárti többség az alsóházban. A miniszterelnökként Harold WILSON alakíthatott kormányt, egészségügyi minisztere Kenneth ROBINSON.

**1966 március 31** - Általános választások után az alsóházi munkáspárti többség 95 fősré nő. A miniszterelnök és egészségügyi minisztere (Harold WILSON és Kenneth ROBINSON) hivatalban maradnak.

**1968 november** - ROBINSON lemondása. Utódja Richard CROSSMAN, a szociális ellátások államtitkára az összevont Egészségügyi és Szociális Főosztályról.

#### A 70-es évek

**1970 június 18** - Általános választások, konzervatív győzelemmel. A konzervatívok 33 fős alsóházi többséghez jutnak. A miniszterelnök Edward HEATH, a szociális ellátások államtitkára Sir Keith JOSEPH.

**1974 február 28** - Általános választásokat követően kisebbségi (301:334) kormányt alakít a Munkáspárt. A miniszterelnök Harold WILSON, a szociális ellátások államtitkára Barbara CASTLE.

**1976 április** - Harold WILSON lemond. A miniszterelnök James CALLAGHAN, a szociális ellátások államtitkára David ENNALS.

**1979 május 3** - Általános választások. 43 fős alsóházi többségű konzervatív győzelem. A miniszterelnök az Iron Lady, Margaret THATCHER, a szociális ellátások államtitkára Patrick JENKIN.

#### A 80-as évek

**1981 szeptember** - Patrick JENKINT Norman FOWLER váltja az szociális államtitkár bársonyszékében.

**1983 június 9** - Általános választások. 144 fősre nőtt a konzervatív alsóházi többség. A miniszterelnök továbbra is az Iron Lady, szociális ellátások államtitkára marad: Norman FOWLER.

**1987 június 11** - Általános választások. Továbbra is stabil, 102 fős konzervatív alsóházi többség. A miniszterelnök újra Margaret THATCHER, a szociális ellátások államtitkára John MOORE.

**1988 július** - Kettéválik az egészségügyi és a szociális biztonsági hivatal. Az egészségügyi államtitkári posztot Kenneth CLARKE kapja.

#### A 90-es évek

**1990. november 28** - Margaret THATCHER John MAJOR, Kenneth CLARKE-ot William WALDEGRADE követi.

**1992. április 9** - Általános választások után 21 fős konzervatív alsóházi többség. A miniszterelnök John MAJOR, az egészségügyi államtitkár Virginia BOTTOMLEY.

**1995 július** - BOTTOMLEYT Stephen DORREL váltja.

**1997. május 1** - Általános választások. Elsőprő, 179 fős alsóházi munkáspárti többség. A miniszterelnök Anthony (Tony) BLAIR, az egészségügyi államtitkár Frank DOBSON.

**1999. október** - Az egészségügyi államtitkár Frank DOBSON helyett Alan MILBURN lesz.

## **2000 után**

- 2001. június 7** - Általános választások után 167 fős munkáspárti többség az alsóházban. A miniszterelnök továbbra is Tony BLAIR, és az egészségügyi államtitkár Alan MILBURN marad.
- 2003. június 13** - Az egészségügyi államtitkár Alan MILBURN lemondása. John REID váltja.
- 2005. május 5** - Harmadszor is általános választásokat nyer a Munkáspárt Tony BLAIR vezetésével, bár az alsóházi többség – jelentős részben az iraki háborúban részvétel miatt – 33 főre apadt. Az átalakított kormányban John REID egészségügyi államtitkári megbízását Patricia HEWITT kapja.
- 2007. június 27** - Tony BLAIR – egyébként az egészség- és szociális ügyi társadalmi vita kellős közepén – átadja a Prime Minister bársonyszékét a szintén munkáspárti Gordon BROWN-nak. A miniszterelnökkel együtt távozik az egészségügyi miniszter, és az egészségügyi államtitkár, Patricia HEWITT. Az új miniszter Ara WARKES DARZI (pár napon belül Baron DARZI of Derham) és az új egészségügyi államtitkár Alan JOHNSON lesz.
- 2009. június 5** - Távozik a posztjáról Alan JOHNSON egészségügyi államtitkár. Utóda a mai napig Andy BURNHAM.
- 2009. július 15** - Lord DARZI lemond az egészségügyi miniszteri posztról, ehelyett a továbbiakban 'Britain's Ambassador for Health and Life Sciences' lesz. Utóda a mai napig Andy BURNHAM.



### ***FÜGGELÉK III. BIZOTTSÁGOK ÉS JELENTÉSEK 1942-2009***

**1942 december 1.** A Beveridge-jelentés

**1944** A koalíciós kormány White Paper-je

**1950** Joseph COLLINS új-zélandi orvos jelentése

Sir Henry COHEN vezetésével bizottság a háziorvosi tevékenységek vizsgálására

**1953** Claude GUILLEBAUD vizsgálóbizottság az NHS növekvő költségeinek kivizsgálására. (jelentés 1955, publikálása 1956)

**1954** A kórházi adminisztrációt vizsgáló BRADBEER Bizottság

**1957** Sir Harry PILKINGTON királyi bizottság az orvosok fizetésének felülvizsgálatára

Az elmebetegségekkel foglalkozó királyi bizottság jelentése

AZ ORVOSI MUNKAERŐRŐL SZÓLÓ WILLINK jelentés

**1958** A BMA, Sir Atrhur PORRIT vezetésével, szakmai vizsgálatot kezdeményez

**1959** HICHLIFFE és DOUGLAS Bizottság gyógyszerköltségek felülvizsgálata

Anyasági Ellátások Bizottság javaslata

**1960** Orvosok és Fogorvosok Díjazását Vizsgáló Királyi Bizottság

**1961** A kormányzat – Sir Robert PLATT vezette bizottsága

**1962** A PORRIT jelentés

A Royal College of Physicans jelentése

Drogbiztonsági Bizottság

**1963** Az ellátások értékének térítését áttekintő szakmai testület első jelentése

Az alapellátással foglalkozó GILLIE jelentés

**1964** A nővéreknek helyzetét vizsgáló SALMON Bizottság

**1965** Királyi Bizottság az orvosképzés helyzetének megvitatására.

SEEBOHM Bizottság a személyes szociális ellátások rendszerének felülvizsgálatára.

**1967** A BMA memorandum: „A kórházi orvosok oklevele”

Minisztériumi-szakmai vegyes csoport által készített COGWELL-jelentés

Az öregekkel törődés jegyében közzétett „Sans everything” jelentés

**1968** Az NHS szervezeti rendszerének megváltoztatásáról szóló Zöld Könyv

A SEEBOHM Bizottság

TODD jelentés: királyi bizottság az orvosképzés helyzetéről

**1969** Richard CROSSMAN az emelkedő költségek kivizsgálására

BONHAM-CARTER jelentés a kerületi általános kórházak szerepéről

A Geoffrey HOWE QC vizsgálat eredményei

**1970** Az NHS átszervezéséről újabb Zöld Könyv jelenik meg

**1971** Angliában vitairat az NHS újraszervezéséről

Az elmebetegek és mozgássérültek ellátásainak javítását célozza a Fehér Könyv

**1972** Sir Keith JOSEPH egy másik Fehér Könyvet hoz nyilvánosságra

A BRIGGS jelentés az ápolókról

**1973** „Management Arrangement for the reorganised NHS” „Szürke Könyv”

**1974** Lord HALSBURY vizsgálóbizottság a segédszemélyzet fizetésének és munkakörülményeinek felülvizsgálata

**1975** Fizetős ágyak vita: Harold WILSON miniszterelnök Lord GOODMANt kéri fel a meditációra.  
Bizottság: Sir Alex MERRISON

**1976** Független bizottság vizsgálja felül (csökkenti) az NHS-en belüli privát ágyak számát

COURT jelentés a gyermek-egészségügy jövőjéről

Egészségügyi minisztérium: „Priorities of Health and Personal Social Services in England”

White Paper: „Prevention and Health”

**1977** A kormány kiadja a „The Way Forward”-ot

**1978** „Munkaerő az egészségügyben – a következő két évtized” Green Paper

**1979** Királyi Bizottság az NHS-ről

Az új kormányzat a „Patients First” című vitaindító irata

Kiadják a The Black Book, avagy az Egészségi Egyenlőtlenségek-et (Inequalities in Health)

**1981** A kormány kiadja a „Care in Action”-t

**1982** Binder HAMLYN jelentés (sosem közzétették le)

Az első hat hivatalos Körner jelentés

**1983** GRIFFITHS jelentés

„Health Care and its Costs” a kormány irata

**1984** A kormányzati WARNOCK vizsgálat

**1985** Nuffield Provincial Hospital Trust: Reflections on the Management of the NHS (ENTHOVEN)

CUMBERLEDGE vizsgálat kezdete a nővérek között

**1986** „Primary Health Care: An Agenda for Discussion”

A sürgősségi ellátás Zöld Könyvével egyszerre megjelenő CUMBERLEDGE jelentés

**1987** Közös minisztériumi, orvosi jelentés: „Hospital Medical Staffing: Achieving a Balance” CALMAN-jelentés

A White Paper „Promoting Better Health” kiadványa

**1988** Sir Roy GRIFFITHS „Community Care: Agenda for Action” vizsgálata

„Public Health in England”

**1989** A kormányzati „Working for Patients” White Paper

„Caring for People: community care for the next decade and beyond”

**1990** A kormányzat „Citizen’s Charter”-ének terve

London egészségügyi ellátásának stratégiai átvizsgálása: Sir Bernard TOMLINSON

Green Paper „Health of the Nation”

**1992** White Paper „The Health of the Nation”

Két vizsgálati jelentés London egészségügyi ellátásáról. Az első a TOMLINSON jelentés

**1993** CALMAN jelentés

**1994** „Doctors and their Careers”-t (Isobal ALLAN)

A King’s Fund jelentése, az „Evaluating the NHS Reforms”

Az Egészségügyi Minisztérium BANKS Jelentése

A kormány rendelte CULYER jelentés az NHS kutatás finanszírozásáról

„Core Values for the Medical Profession in the 21st Century”

**1995** „The Medical (Professional Performance) Bill”

A BMA szakorvosi bizottsága kiadja a „The Consultant Charter”-t

„The Doctors’ Tale”, az Audit Commission közleménye a kórházi orvosok tevékenységéről

Az Egészségügyi Minisztérium kiadja a „Patients not Paper”-t

**1996** Audit Commission jelentése, a „First Class Delivery: improving maternity services in England...”

„The New NHS White Paper”

„Clinical Guidelines: using clinical guidelines to improve patient care within the NHS”-t.

Új egészségügyi stratégia - Sir Donald ACHESON

**1997** „Laing’s Review of Private Health Care 1997” jelentés

A „The Coming of Age”-ben az Audit Commission sürgeti együttműködésre az NHS-t

White Paper „The Food Standards Agency: a formula for change”

A Nuffield Trust megjelenteti az „Improving the Health of the NHS Workforce” jelentést

„New Ambitions for our country: A New Contract for Welfare” Zöld Könyv

**1998** Green Paper "Egy első osztályú szolgáltatás címmel"

Független vizsgálóbizottság vizsgálja az egyenlőtlenségeket az egészségügy területén.

**1999** Az öregségi ellátások körét felülvizsgáló királyi bizottság Fehér Könyve

**2000** PHILLIPS Report: az NHS teendői a kergemarhakór ellen - White Paper.  
The NHS Plan 2000 meghirdeti az NHS Walk-in Centres programot.  
Újabb Fehér Könyv - a Mental Health Act reformját eredményezi

**2001** Organ retention report  
KENEDDY jelentés a Bristol-i szívklinika botrányról  
Fehér Könyv - Shifting the Balance of Power

**2002** WANLESS Vizsgálat

**2003** Building on the Best, bevezeti a 'patient choice' fogalmát

**2004** „Az egészséget választani” - közegészségügyi Fehér Könyv

**2006** Our Health, Our Care, Our Say - Community Care Report - Fehér Könyv  
Better Research for Better Health, kormányzati vitairat Oxford Radcliffe Hospitals

**2007** Framework for Action Lord DARZI

**2009** High Care Quality for All, a kormányzati DARZI Darzi Bizottság végleges jelentése  
Patients' Association: „A betegek nem számok és a népesség nem statisztika”

# FÜGGELÉK IV. ÁBRÁK ÉS TÁBLÁZATOK JEGYZÉKE, KÉPEK

Ordinary people doing extraordinary things

2009.06.16. 21:30



## extraORDINARY

Ordinary people doing extraordinary things

Search

- Home
- Extraordinary people
  - Gallery
  - Upload
- NHS celebrations
  - Gallery
  - Upload
- Postcard gallery
  - General postcards
  - Celeb & MP postcards
- Trust of the week
- About the campaign
- Contact us

### Proud to celebrate 60 years

The 60th year of the NHS is a chance to celebrate NHS staff and the extraordinary difference they make. Say why you're proud, add your photo and find out about celebrations going on around the country.

### Extraordinary people

The NHS is full of ordinary people doing extraordinary things. Browse the gallery and add a photo yourself.

[View the gallery](#)

[Add your photos](#)



### Extraordinary: campaign book

Our book celebrating NHS staff and what makes them proud.



[Find out more](#)



[About the campaign](#)

### NHS celebrations

See how trusts across the country are celebrating 60 years of the NHS and add photos of your own celebrations.

[View the gallery](#)

[Add your photos](#)



### Trust of the week

Heatherwood and Wexham Park Hospitals NHS Foundation Trust



[Trust gallery page](#)

As part of the NHS Confederation working on behalf of the NHS  The NHS Confederation (Employers) Company Ltd. Registered in England. Company limited by guarantee: no. 5252407

Accessibility : [Terms and conditions](#)



<b>14. táblázat</b>			
<b>Az ábrák és a táblázatok jegyzéke</b>			
<b>Oldal</b>	<b>Elnevezés</b>	<b>Forrás</b>	<b>Cím</b>
23. oldal	<b>1. sz. táblázat</b>	WHO (1998)	Halálozási okok
45. oldal	<b>2. sz. táblázat</b>	ISSA (2009)	Az angol szociális rendszer leíró adatai
62. oldal	<b>I.A. és I.B. ábra</b>	Baggott (2004)	Az NHS szervezete Angliában, 1948
64. oldal	<b>II.A. és II.B. ábra</b>	Ham (1999)	Az NHS szervezete Angliában, 1948
66. oldal	<b>III.A. és III. B. ábra</b>	Rivett (1998)	Az NHS szervezete Angliában, 1948
67. oldal	<b>3. sz. táblázat</b>	Webster (2002)	Az egészségügy formái Angliában 1938-1943 között
69. oldal	<b>IV.A. és IV.B. ábra</b>	Hatvani (2009)	Az NHS szervezete Angliában 1948
74. oldal	<b>4. sz. táblázat</b>	Webster (2002)	Az NHS kiadásai Angliában 1948-1951 között
80. oldal	<b>V.A. és V.B. ábra</b>	Rivett (1998) Webster (2002)	Az NHS 1974-es struktúrája
82. oldal	<b>VI.A. és VI.B. ábra</b>	Ham (1999)	AZ NHS 1974-es struktúrája
93. oldal	<b>VII.A. és VII. B. ábra</b>	Baggott (2002)	Az NHS felépítése Angliában 1982
99. oldal	<b>5. sz. táblázat</b>	DOH (2000)	A szövetkezeti csoportpraxisba tömörülő háziorvosok %-os aránya
102. és 103. oldal	<b>VIII.A. és VIII. B. ábra</b>	Webster (2002)	Az NHS új ellátási rendszere 1982 után
107. oldal	<b>6. sz. táblázat</b>	Pollock (2007)	A népességszám és a PCT-k számának összehasonlítása 2002-ben
109. oldal	<b>IX.A. és IX.B. ábra</b>	Baggott (2002)	Az NHS szervezete Angliában 2007
119. oldal	<b>7. sz. táblázat</b>	Ham (1999)	Az NHS kiadásai 1949 és 1966 között
128. oldal	<b>8. sz. táblázat</b>	NHS honlap	AZ NHS alkalmazottak száma 1997 és 2006 között
130. oldal	<b>X.A. és X.B. ábra</b>	A.A. NHS (2008)	Az NHS és az ellátó szervek átalakításai Angliában 1996 és 2006 között
140/141. oldal	<b>XI.A. és XI.B. ábra</b>	Talbot-Smith & Pollock (2006)	Az ellátások forrásai 2006
145. oldal	<b>XII.A. és XII.B. ábra</b>	Talbot-Smith & Pollock (2006)	AZ NHS szervezete Angliában 2005 után
148. oldal	<b>XIII.A. és XIII.B. ábra</b>	Talbot-Smith & Pollock (2006)	Az egészségügyi szolgáltatások jelenlegi struktúrája Angliában
152. oldal	<b>XIV.A. és XIV.B. ábra</b>	DoH, (2004)	Az Egészségügyi Minisztérium felépítése, szervezete Angliában 2006 után
161. oldal	<b>XV.A és XV.B ábra</b>	POLLOCK (2009)	Az NHS piaci szemléletű átalakítása 1. lépés 2009-
172. oldal	<b>9. sz. táblázat</b>	NAIDOO-WILLS (2001)	Az egészség vegyes gazdaságtana TITMUSS 1972
189. oldal	<b>10. sz. táblázat</b>	Tannahill	Az egészségtudatos életmód komponensei
197. oldal	<b>XVI.A. és XVI.B. ábra</b>	POLLOCK (2009)	Az NHS piaci szemléletű átalakítása 2. lépés 2010-
213. oldal	<b>11. sz. táblázat</b>	HVG 2009	Az Egészségbiztosítási Alap hiánya 2009
221. oldal	<b>12. sz. táblázat</b>	EüM www.eum.hu	A több biztosítós modell SWOT analízise a szolgáltató szemszögéből
222. oldal	<b>13. sz. táblázat</b>	EüM www.eum.hu	A több biztosítós modell SWOT analízise az ellátott szemszögéből
282. oldal	<b>14. sz. táblázat</b>	disszertáció	Az ábrák és a táblázatok jegyzéke

## VÉGJEGYZETEK<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> – olykor személyes véleményemmel

<sup>1</sup> Egyes jegyzeteknél (remélem, hogy nem nehezítve a magyar olvasó munkáját, de feltétlen könnyítendő az idegen nyelvű betekintő részére annak a visszakeresését, hogy az idézet honnan származik), ott ahol a hivatkozott irodalom angol nyelvű, szándékosan írtam a hivatkozásokat angolul. A magyar nyelvű szakirodalomra való hivatkozásokat, és az egyéb magyarázó megjegyzéseket viszont magyarul írtam (pl. ha az nem hivatkozás, hanem a törzsszöveg magyarázata, bővebb kifejtése).

<sup>2</sup> A téma bevezetése során meg kell jegyezni: a britek méltán és tényleg büszkék az NHS-re. Az arról összeírt irodalom tengernyi: a feldolgozót fojtogatja a bőség. Igazi élvezet a brittől amúgy sem idegen választékos stílus valóságos gyakorló pályáiként szolgáló ünnepélyes bevezetőket ízeletetni. „*The UK National Health Service is unique. It is unique historically, having been conceived during the long night of bitter global conflict by a coalition government uniting faith in a pacific future with the vision bright of a land fit for heroes and it first saw the light of day in the bathetic aftermath of an exhausting victory. It is unique economically, ... ethically... It was tailored to a national need and a national creed.*”

<sup>3</sup> 1948. július 5. napján

<sup>4</sup> A hatvanadik évforduló honlapja: <http://www.nhs60th.org.uk/index.asp> (2009 július 27)

<sup>5</sup> Azért a hatvanadik évforduló inkább volt civil (Add photos) és üzleti (Our book celebrating NHS staff vagy: What makes them proud), mint a félévszázados. Vessünk csak egy pillantást a privatizált és szisztemmatizált szlogenre: „*Ordinary people doing extraordinary things*”. A félévszázados NHS-t egy állam építette fel, a hatvanévesben már annak működő rendszerét ünnepelek. A honlap képe a jegyzetek előtt. (<http://www.nhs60th.org.uk/index.asp>)

<sup>6</sup> KLEIN, Rudolf: Our NHS, in: MACPHERSON(Edt.1998) *As a symbol of national pride and solidarity, it has replaced even the monarchy*

<sup>7</sup> „A britek számára az NHS olyan, mint a nemzeti vallás” Nigel LAWSON pénzügyminiszter (1979-81), NEUBERGER, Julia, Rabbi: The NHS as a theological institution, in: British Medical Journal 1999 December 18; 3197225: 1588–1589. King's Fund, London W1M 0AN

<sup>8</sup> 'The creation of the National Health Service was a key event in the history of our country and one which changed – and will continue to change – the lives of generations of men, women and children. The NHS touches every one of us...'

<sup>9</sup> SEDDON (2007) p. 9 ...the present government has tried to modernise the system, making it operate as a market does, so that competition drives efficiency gains and promotes choice and better quality for the patient, this has had only the most marginal of impacts.

<sup>10</sup> A new strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004, CDCS p. 4, 5th pt.: „*Despite the considerable variations from country to country, the European approach is sufficiently distinctive when compared with other world regions that it has often been to as the „European social modell”*”

<sup>11</sup> The admiration of the world ... comes at once, perhaps, in a generation... if it is not done now it will not be done in our time. That opportunity has come around again in Britain. The required challenges we can summarize in the following questions. Is the system going to be protectionist or progressive, will it stay in the past or find a way into the future?

<sup>12</sup> LISTER (2005) p. 50 Itt az equity-t az equality-inequality hármasságában a 'jogos', 'méltányos' jelentés helyett az angol szójátékot átvéve „*egyensúlyi*”-nak fordítottam (v.ö.: egyenlő)

<sup>13</sup> The foundation upon which all their happiness and all their powers as a state depend - Cited in SEDDON (2007) p. 6 & TEMPEST (Edit, 2006) p. XV, ibidem: „*It is health that is real wealth and not pieces of gold and silver*“ (Mohandas GANDHI)

<sup>14</sup> TROWELL, Joan & BUCKLEY, Peter: From Self-regulation to Professionally-led regulation in Partnership with the Public. In: TEMPEST (Edit, 2006) Ch. 27, p. 249

<sup>15</sup> HEWITT, Patricia MP, SSH: The Labour Vision for the NHS. In: TEMPEST(Edit, 2006) p. 7

<sup>16</sup> WHR2000 (2000) p. 95

<sup>17</sup> BAGGOTT (2004) Ch. 6, p. 127

<sup>18</sup> RIVETT (1998) Preface, p. 6 'I am sure readers will be fascinated to learn about the dramatic changes achieved through the efforts of so many people working together over the last fifty years

and they will be encouraged by the opportunities this presents for the future of OUR National Health Service'.

<sup>19</sup> RIVETT, Geoffrey: National Health Service History, on the web: <http://www.nhshistory.net/>

<sup>20</sup> MACHPERSON (Edt. 1998) Appendix, Chronology

<sup>21</sup> Az ír rendszer kitűnő ismertetése az Európai Bíróság T-289/03. sz. ügy BUPA és társai kontra az Európai Közösségek Bizottsága 13-23 pontok

<sup>22</sup> Az Egyesült Királyság Anglián kívüli részeinek egészségbiztosítási rendszeréről bővebben: BAGGOTT(2007) Nine, Health Policy in other Parts of the UK, pp. 177-197

<sup>23</sup> Földrajzi világtatlasz, Cartographia Kft., Budapest 2007, ISBN 963 352 360 5 CM, 240. o.

<sup>24</sup> Elections to the new authorities took place on 1 May 2008 for some of the new authorities, which took up their powers on 1 April 2009. The other new authorities retained the existing county council as the “continuing authority” as of 1 April 2009 with elections taking place two months later on 4 June 2009. See: Local Government Act 1992, Local Government Commission, and finally Local Government and Public Involvement in Health Act 2007. On line:

[http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/pdf/ukpga\\_20070028\\_en.pdf](http://www.opsi.gov.uk/acts/acts2007/pdf/ukpga_20070028_en.pdf)

<sup>25</sup> ESZTERGÁR(1936) 478. old.

<sup>26</sup> Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948. december 10., 22. cikk.

<sup>27</sup> Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, p. 8, Source WHO National Health Accounts (2007)

<sup>28</sup> KORTEN (1995) 36. o.

<sup>29</sup> A külön végjegyzettel nem hivatkozott példánál itt a forrás WHR2000, Statistical Annex

<sup>30</sup> GHOSE, Ajit K – MAJID, Nomaan – ERNST, Christoph: The global employment challenge, in: Executive summary, ILO, 2008 with no pages /ISBN: 978-92-2-120305

<sup>31</sup> LISTER(2005) p. 2

<sup>32</sup> LABONTE, Ronald (CAN) et al 2004, cited in: LISTER(2005) azzal a megjegyzéssel, hogy a helyzet azóta romlott, mert egy a 49-ből 23 afrikai országra kiterjedő felmérés szerint 1990 és 1999 között tovább romlottak az élettartam-kilátások.

<sup>33</sup> [SCHUFTAN, Claudio](#): Poverty and Inequity in the Era of Globalization: Our Need to Change and to Re-conceptualize (2003) [BioMed Central \(United Kingdom\)](#)

– <http://www.equityhealthj.com/content/2/1/4>

<sup>34</sup> EU Zöld Könyv (2008)

<sup>35</sup> 1350/2007/EK hat. Preambulum [23]: in: Európai Unió Hivatalos Lapja 2007.11.20. HU, L 301/5 o.

<sup>36</sup> az Egyesült Királyság, Észtország, Németország, Litvánia, és Lengyelország

<sup>37</sup> NAIDOO&WILLS (2001) Table 4.1 p. 105

<sup>38</sup> Cited in: BALOGH (1998) 173. o., lábjegyzet és forrás ott: in MAYDELL

<sup>39</sup> *Egyetért-e Ön azzal, hogy az egészségügyi közszolgáltató intézmények, kórházak maradjanak állami, önkormányzati tulajdonban, ezért az Országgyűlés semmisítse meg az ezzel ellentétes törvényt?* – szavazott 37,49%, ezek közül egyetértett 65,01%

<sup>40</sup> LISTER (2005), Chapter 3, In the Driving Seat, pp. 43-77

<sup>41</sup> What went wrong with economics, The Economist, displaystory in 16th of Jul 2009, [http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story\\_id=14031376](http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story_id=14031376)

<sup>42</sup> ENTHOVEN, Alain C: The History and Principles of the Managed Competition, London, 1993, Health Affairs, supplement 24-48, in: FREEMAN(1998) p. 398

<sup>43</sup> OROSZ (1992) 87. o.

<sup>44</sup> EU Zöld Könyv(2008): Forrás:

[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf)  
[http://ec.europa.eu/health/ph\\_systems/docs/workforce\\_gp\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf)

<sup>45</sup> A Bizottság 2007. október 4.-én kiadott nyilatkozata „Kis- és középvállalatok – a növekedés és munkahelyteremtés kulcs tényezői”.

<sup>46</sup> ESPING-ANDERSEN, Gøsta: The Three Worlds of Welfare Capitalism, Cambridge, 1990 Polity Press

- <sup>47</sup> BALDWIN-EDWARDS, Martin: Third Country Nationals and Welfare Systems in the European Union, p. 2, in: <http://www.fscpo.unict.it/EuroMed/jmwp12.htm>
- <sup>48</sup> LISTER (2005) p. 142-3
- <sup>49</sup> *ibid*: p. 141
- <sup>50</sup> FREEMAN, Richard: Competition in context: the politics of health care reform in Europe, in: *International Journal of Quality in Health Care*, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401, p 397
- <sup>51</sup> 1350/2007/EK hat. Preambulum [1]-[3]: in: *Európai Unió Hivatalos Lapja* 2007.11.20. HU, L 301/3 o.
- <sup>52</sup> *ibid* Preambulum [11], in: *Európai Unió Hivatalos Lapja* 2007.11.20. HU, L 301/ 4. o.
- <sup>53</sup> *ibid* 3. cikk – 6. cikk, in: *Európai Unió Hivatalos Lapja* 2007.11.20. HU, L 301/ 7-8. o.
- <sup>54</sup> *ibid* 3. cikk, in: *Európai Unió Hivatalos Lapja* 2007.11.20. HU, L 301/ 7. o.
- <sup>55</sup> Csak a költségek 60%-ával számítva 536 millió eurót, a kivételesen hasznos fellépések ezt az összeget csökkentik, mert ezekben 20%-ig csökkenhet a tagállami hozzájárulás.
- <sup>56</sup> KOVÁCSY(szerk., 2009) 659. o.
- <sup>57</sup> FREEMAN, Richard: Competition in context: the politics of health care reform in Europe, in: *International Journal of Quality in Health Care*, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401, p 397
- <sup>58</sup> KOVÁCSY(szerk.,2009) 1023. o.
- <sup>59</sup> *Ibid* 1026. o.
- <sup>60</sup> *Ibid* 1028. o.
- <sup>61</sup> *Ibid* 1029. o.
- <sup>62</sup> A brit szakirodalomban ennek felismerését Richard TITMUSznak tulajdonítják, így utal rá POLLOCK (2004) is, Preface X.
- <sup>63</sup> KORNAI-EGGLESTON(2004) 62.oldal
- <sup>64</sup> <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/463163/Planning-Programming-and-Budgeting-System>
- <sup>65</sup> ENTHOVEN, Alain C: The History and Principles of the Managed Competition, London, 1993, *Health Affairs*, supplement 24-48, in: FREEMAN (1998) p. 398
- <sup>66</sup> ENTHOVEN, Alain C: Reflections on the Management of the NHS, London, 1985, Nuffield Provincial Hospitals Trust, in: FREEMAN (1998) p. 398
- <sup>67</sup> GIAIMO, Susan & MANOW Peter: Institutions and Ideas into Politics: Health Care Reforms in Britain and Germany, in: ALTENSTETTER C & BJÖRKMAN J W (Eds) *Health Policy Reforms, National Variations and Globalizations*, London, 1997, Macmillan, in: FREEMAN(1998) p. 398
- <sup>68</sup> PATON C: The Politics and Economics of Health Care Reform: Britain in comparative context, in: ALTENSTETTER C & BJÖRKMAN J W (Eds) *Health Policy Reforms, National Variations and Globalizations*, London, 1997, Macmillan, in: FREEMAN (1998) p. 398
- <sup>69</sup> ENTHOVEN, Alain C: The History and Principles of the Managed Competition, London, 1993, *Health Affairs*, supplement 24-48, in: FREEMAN (1998) p. 398
- <sup>70</sup> OECD: *OECD Factbook*, Paris, 2007, p. 220. In: SEDDON (2007) p. 183
- <sup>71</sup> Dr. BONCZ Imre: Doktori (Ph.D.) értekezés tézisei, In: NÉPEGÉSZSÉGÜGYI PROGRAMOK EGÉSZSÉG-GAZDASÁGTANI ELEMZÉSE, PTE ETK Egészségtudományi Doktori Iskola
- <sup>72</sup> BALOGH-SZŰCS (1998), 223. o.
- <sup>73</sup> BALOGH-SZŰCS (1998) 5. Fej., A társadalombiztosítás főbb szervezeti és funkcionális sajátosságai
- <sup>74</sup> <http://www.issa.int/aiss/Topics/About-social-security>: ‘Social security may be defined as any programme of social protection established by legislation, or any other mandatory arrangement, that provides individuals with a degree of income security when faced with the contingencies of old age, survivorship, incapacity, disability, unemployment or rearing children. It may also offer access to curative or preventive medical care. As defined by the International Social Security Association, social security can include social insurance programmes, social assistance programmes, universal programmes, mutual benefit schemes, national provident funds, and other arrangements including market-oriented approaches that, in accordance with national law or practice, form part of a country's social security system.’

- <sup>75</sup> LISTER (2005) p. 142-143
- <sup>76</sup> ATKINSON, A.B.: Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv. (Poverty and Social Security. London, Harvester Wheatsheaf, 1989 7. fejezet) In: CSABA-TÓTH (1999), 254-257 old.
- <sup>77</sup> TITMUSS, Richard Morris (postumus 1974): Social Policy, (ed: ABEL\_SMITH, Brian and TITMUSS, Kay)
- <sup>78</sup> RANADE Wendy (ed 1998): Markets and health care. London/New York: Longman, ISBN: 0582289858 DDC: 338.433621 LCC: RA411
- <sup>79</sup> WILLIAMS, Sean (April 2002) Alternative prescriptions, A Survey of International Healthcare Systems, Conservative Policy Unit
- <sup>80</sup> HSIAO, William (2000) Background paper on healthcare financing, Flagship course on Health Sector Reform, World Bank, Washington DC
- <sup>81</sup> Online at:<http://www.american.com/archive/2008/may-june-magazine-contents/the-singapore-model>
- <sup>82</sup> LISTER (2005) p. 143
- <sup>83</sup> ESZTERGÁR (1939) 10. o.
- <sup>84</sup> Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, Sources of funds for social health protection, Table 2.1, p. 5,
- <sup>85</sup> A meritrikus javak fogalma eredetileg a pénzügygazdaságból származik... olyan javakhoz kapcsolódik, amelyek esetében nem érvényesülhetnek tisztán piaci elvek, ugyanakkor a társadalmi béke, a társadalom integrációja és kohéziójának fenntartása és növelése érdekében alapvető javaknak tekintendők. Az ilyen típusú javakat meritrikus javaknak (*merit wants*) nevezzük. /BALOGH (1998) 80. o./
- <sup>86</sup> Franciaországban a betegség segélyezést lebonyolító, azaz a betegbiztosítási hozzájárulásokat begyűjtő és a biztosítási szolgáltatásokat rendező ún. „elsődleges pénztárak” (primerkassa) és az azok felügyeletét ellátó Nemzeti Kassza saját önkormányzattal működő olyan közjogi testület, ahol valamennyi pénztár felügyelő tanácsában 3:2-ed arányban kapnak választás útján képviseletet a biztosítottak és a munkáltatók. /FABÓK-PRUGBERGER: Társadalombiztosítási jog, 2005, 91. o./
- <sup>87</sup> FABÓK-PUGBERGER (2005) p. 91
- <sup>88</sup> POLLOCK (2004) Preface VIII-IX.
- <sup>89</sup> HAWE, Emma: Compendium of Health Statistics 2007, 18th edn, Oxford: Office of Health Economics 2007, p. 70. Cited SEDDON (2007) p. 9
- <sup>90</sup> 'Since 1997 ... there was a torrent of new initiatives'
- <sup>91</sup> MOLNÁR (2010) 272. oldal
- <sup>92</sup> A szövegben itt következő könyvcímek az irodalomjegyzékben megtalálhatók
- <sup>93</sup> TEMPEST (Edit, 2006) 'Join in the debate' on the cover (Online at: [www.thefutureofthenhs.com](http://www.thefutureofthenhs.com))
- <sup>94</sup> MIHELICS Vid: A szociális kérdés és a szocializmus, Budapest, 1935, Ifj. KELLNER Ernő Könyvtáryomdájá, V. ker. Csáky utca 10. 81707, 112. o.
- <sup>95</sup> POLLOCK (2004) Preface X.
- <sup>96</sup> CHOMSKY, Noam Avram: Profit over People, Neoliberalism and Global Order, 1998
- <sup>97</sup> BAKAN, Joel: The Corporation, The Pathological Pursuit of Profit and Power, 2004
- <sup>98</sup> KORTEN, David C.: The Post-Corporate World: Life After Capitalism, 2000
- <sup>99</sup> HUNTINGTON, Samuel: Who Are We? The Changes of American Identity, 2002
- <sup>100</sup> WILSON, Robert Charles: Bioszféra c. könyve. A cikk róla a web-en: <http://index.hu/kultur/klassz/2009/05/16/bioszfera/>
- <sup>101</sup> BAKAN (2005) 176. o.
- <sup>102</sup> KORTEN (1995) A tőkés társaságok világalma, 13. o.
- <sup>103</sup> BAKAN (2005) 176-180. old. / BAKAN(2004) Ch. 6, p. 161, 162, 163, 164
- <sup>104</sup> BAKAN (2005) (Hungarian edn.) Független Média Kiadó 177., 179., 180. o.
- <sup>105</sup> Az idézet 1993/4-es, az elmúlt három évtized tehát az 1960-as, 70-es és 80-as évek.
- <sup>106</sup> Cited BAGGOTT (2004) p. 358
- <sup>107</sup> BAGGOTT (2004) p. 127

- <sup>108</sup> BAGGOTT (2004) p. 275
- <sup>109</sup> e.g. HAM (1999) p. 25
- <sup>110</sup> 1988, Introduction, p. 3, also cited by BAGGOTT(2004) p. 336
- <sup>111</sup> LOSOCZI (1998) 214. o. „Olyan történelmi-politikai szerepcseré történt Magyarországon, amely a jobb- és baloldal hagyományait, tartalmát értelmetlenné teszi.
- <sup>112</sup> WHR2000 (2000) Table 9, p. 196, Hungary is a 43th in a gradation (Overall healthy system attainment in all /191/ Member States, between Dominica and the United Arab Emirates.
- <sup>113</sup> BAGGOTT (2004) p.2 „Some countries such as (Hungary and) Britain have been successful in improving health and reducing disease. But some countries, particularly those in developing world, are still fighting battles, which developed world won long ago.“
- <sup>114</sup> FREEMAN, Richard: Competition in context: the politics of health care reform in Europe, The UK NHS, in: International Journal of Quality in Health Care, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401, p 399
- <sup>115</sup> BAGGOTT (2004) p. 128
- <sup>116</sup> WAGSTAFF, Adam & Van DOORSLAER, Eddy K A et al: Equity in the Finance of Health Care: some international comparisons, in J. Health Economy 1992, 11. pp. 361-387 – cited: FREEMAN (1998) p. 396
- <sup>117</sup> BAGGOTT (2004) p. 128
- <sup>118</sup> REDWOOD, Heinz: Why Ration Health Care? An International Study of the United Kingdom, France, Germany, and Public Sector Health Care in the USA, London, 2000, Institute for Civil Society
- <sup>119</sup> BAGGOTT (2004) p. 128
- <sup>120</sup> REDWOOD, Heinz: Why Ration Health Care? An International Study of teh United Kingdom, France, Germany, and Public Sector Health Care in the USA, London, 2000, Institute for Civil Society
- <sup>121</sup> SEDDON (2007) p. 159
- <sup>122</sup> e.g. HAM (1999) p. 27, Chapter 2
- <sup>123</sup> WEBSTER (2002)
- <sup>124</sup> Creatig Patient-led NHS (2005 March 17) és Our Health, Our Care, Our Say – Community Care White Paper (2006 January 30)
- <sup>125</sup> A brit jóléti állam 1801 és 1940 közötti fejlődésének történetével az 1973 és 2003 között kilenc kiadást – ebből két átdolgozást is – megért FRASER(2003) foglalkozik részletesen. Különösen 1.-8. Fejezet a 226. oldalig.
- <sup>126</sup> Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, 1922-ben és 1925-ben egyaránt 35%, 1970-ben, 1980-ban és 2000-ben egyaránt 100% - Table 4.1. p. 20, Sources: ILO, *Compulsory Sickness Insurance, Geneva 1927 (for years 1920 and 1925) OECD Health Data 2005 (for years 1970 to 2000)*
- <sup>127</sup> Lord Walton of DETCHANT , in: MACPHERSON(Edt.1998) 1 p.
- <sup>128</sup> WEBSTER, Charles: Health Services Since the War, Volume I.: Problems of Health Care. The National Health Service before 1957, London, 1988, HMSO Books p. 100
- <sup>129</sup> WEBSTER (2002) p. 4 W. A. ROBSON panaszkodását idézi a The Development of Local Government, 1931, London, Allen & Unwin p. 296 & 333
- <sup>130</sup> PEP (Political and Economic Planning) Planning, No. 177, 16 Sept. 1941 p. 1, in: WEBSTER (2002) p. 5
- <sup>131</sup> ABEL-SMITH, Brian: The Hospials 1800-1948, London, 1964, Heinemann, p. 27
- <sup>132</sup> RUE, Dame Rosemary in: MACPHERSON(Edt.1998) 146-153, p. 147. p. *Let us pay attention: she uses ,he‘ and ,his‘ everywhere.*
- <sup>133</sup> HONIGSBAUM, Frank: The Evolution of NHS, British Medical Journal, 1990, 301, pp. 694-699
- <sup>134</sup> CRONIN, A J, a mű eredeti címe: The Citadel (1965), Alexandra (é.n.)
- <sup>135</sup> FRASER (2003) p. 259
- <sup>136</sup> WEBSTER, Charles: Health Services Since the War, Volume I.: Problems of Health Care, London, 1988, p. 2

- <sup>137</sup> FRASER (2003) p. 257
- <sup>138</sup> RUE, Dame Rosemary in: MACPHERSON (Edt.1998) 146-153, p. 147. p. *Let us pay attention: she uses ,he‘ and ,his‘ everywhere.*
- <sup>139</sup> BAGGOTT (2004) p. 82
- <sup>140</sup> Political and Economic Planning, Report on the British Health Services, London, 1937, Political and Economic Planning
- <sup>141</sup> POWELL, Martin: A Tale of Two Cities: A Critical Evaluation of teh Geographical Provision of Health Care before the NHS, 1992, Public Administration, 70 (1) pp 67-80
- <sup>142</sup> Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Seviles (‘The Dawson Report’) London, 1920, HMSO Books
- <sup>143</sup> Report of the Royal Commission on National Health Insurance, London, 1926
- <sup>144</sup> A General Medical Service for the Nation, London, 1929, BMA
- <sup>145</sup> HONIGSBAUM, Frank: Health, Happiness and Security, The Creation of the NHS, London, 1989, Routledge & Chapman & Hall
- <sup>146</sup> HARRIS, Bernard: The Origins of the British Welfare State: Society, State and Social Welfare in England and Wales, 1800-1945 London, 2004, p. 197
- <sup>147</sup> KLEIN, Rudolf: The Politics of the National Health Service, London, 1983, Longman, Ch. 1.
- <sup>148</sup> BAGGOTT (2004) p. 84
- <sup>149</sup> Churchill Museum & Cabinet War Rooms [www.iwm.org.uk](http://www.iwm.org.uk), Clive Steps, King Charles St, London, SW1A, United Kingdom +44 20 7930 6961
- <sup>150</sup> ABEL-SMITH, Brian: The Hospials 1800-1948, London, 1964, Heinemann, p. 440
- <sup>151</sup> WEBSTER (2002) p. 6
- <sup>152</sup> PEP (Political and Economic Planning) Planning, No. 177, 16 Sept. 1941, p. 13 in: WEBSTER (2002) p. 7
- <sup>153</sup> In: NAIDOO&WILLS(2001) Ch. 4, p. 169
- <sup>154</sup> Public Affairs Pamphlets, Nr 79, The Beveridge Plan by Maxwell Stuart, NY, 1943
- <sup>155</sup> SIAS, Part I.40. The report is made by the Chairman alone.
- <sup>156</sup> „Társadalombiztosítás és a hozzá kapcsolódó szolgáltatások“
- <sup>157</sup> W. A. ROBSON-nál ’from womb to grave’ később absztrahálódott „from the cradle to grave”-re
- <sup>158</sup> ESZTERGÁR(1939) 15. o.
- <sup>159</sup> IRVINE, Sir Donald in: MACPHERSON(Edt.1998) 95-100, p. 96
- <sup>160</sup> HMSO Books: A National Health Service, London, 1944
- <sup>161</sup> JEFFREYS, Margot: General Practicioners and the Other Caring Professions in: LOUDON, I & HORDER, J & WEBSTER G (edit): General Practice under the National Health Service 1948-97 The First Fifty Years, Oxford, 1998, Clarendon
- <sup>162</sup> BAGGOTT (2004) p. 85
- <sup>163</sup> WEBSTER (2002) p. 10 ’The government’s proposals were heavily critized, especially by medical organizations and the voluntary hospital lobby.’
- <sup>164</sup> CSABA Iván: A magyar egészségügy Zöld könyve, Budapest, 2007, Kormányzás, közpénzügyek, szabályozás II. évf. (2007) 3-36. oldal
- <sup>165</sup> A new strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004, CDCS p. 9, 22nd pt.
- <sup>166</sup> BALOG-SZÚCS (1998) 5. Fej., A társadalombiztosítás főbb szervezeti és funkcionális sajátosságai
- <sup>167</sup> A new strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004, CDCS p. 9, 22nd pt., következő bekezdés ugyaninnen.
- <sup>168</sup> KORTEN (1995) 11. o.
- <sup>169</sup> WEBSTER (2002) p. 2
- <sup>170</sup> RINTALA, Marvin: Creating the National Health Service: Aneurin Bevan and the Medical Lords, 2003, Routledge, 2007 Kindle (electronic book)
- <sup>171</sup> HONIGSBAUM, Frank: Health, Happiness and Security, The Creation of the NHS, London, 1989, Routledge & Chapman & Hall, p. 95



- <sup>172</sup> TIMMINS, Nicholas: *The Five Giants, A Biography of the Welfare State*, London, 1995, Harper Collins, p. 116-118
- <sup>173</sup> Lord OWEN: *Politics and the NHS*, in: MACPHERSON(Edt.1998) 26-31, p. 27
- <sup>174</sup> FRASER(2003) p. 257
- <sup>175</sup> KOVÁCSY (Szerk., 2009) 1092. o. (3437)
- <sup>176</sup> FRASER (2003) p. 261-262
- <sup>177</sup> BAGGOTT (2004) p. 87, Figure 4.1 nyomán
- <sup>178</sup> WEBSTER (2002) p. 21, Figure 1.1
- <sup>179</sup> HAM (1999) p. 13, Figure 1.1
- <sup>180</sup> BROOKE, Stephen: *Labour's War*, Oxford, 1992, p. 110
- <sup>181</sup> FRANCIS, Martin: *Ideas and Politics under Labour 1945-51*, Manchester, 1997, p. 126 & JEFFREYS, Kevin: *The Churchill Coalition and Wartime Politics*, Manchester, 1991 p. 213
- <sup>182</sup> RIVETT (1998) p. 49. & Online at: <http://nhshistory.net/Chapter%201.htm>
- <sup>183</sup> WEBSTER, Charles: *Health Services Since the War, Volume I.: Problems of Health Care. The National Health Service before 1957*, London, 1988, HMSO Books, p. 116
- <sup>184</sup> HONIGSBAUM, Frank: *Health, Happiness and Security, The Creation of the NHS*, London, 1989, Routledge & Chapman & Hall, p. 217 *'Bevan had the good fortune to sparehead a movement that already had force'*
- <sup>185</sup> KORNAI-EGGLESTON (2004) 22. o.
- <sup>186</sup> FRASER (2003) p. 262
- <sup>187</sup> BEVAN, Aneurin: *In Place of Fear*, p. 100
- <sup>188</sup> KOVÁCSY (szerk., 2009) 1092. o. (3437)
- <sup>189</sup> WEBSTER (2002) p. 23, Table 1.1
- <sup>190</sup> HAM (2004) p. 16
- <sup>191</sup> WEBSTER, Charles: *Health Services Since the War, Volume I.: Problems of Health Care. The National Health Service before 1957*, London, 1988, HMSO Books & *Health Services Since the War, Volume II.: Governments and Health Care. The British National Health Service 1958-79*, London, 1996, HMSO Books, & *The National Health Service, A Political History*, Oxford University Press, 1<sup>st</sup> published in 1998
- <sup>192</sup> HAYWOOD, S & ALASZEWSKY, A: *Crisis in the Health Service*, London, 1980, Croom Helm
- <sup>193</sup> CSABA-TÓTH(1999) 8. o.
- <sup>194</sup> TIMMINS, Nicholas: *The Five Giants, A Biography of the Welfare State*, London, 1995, Harper Collins, p. 170
- <sup>195</sup> FRASER(2003) p. 266
- <sup>196</sup> A munkáspárti Child Poverty Action Group és a konzervatív 'Selsdon Man'
- <sup>197</sup> NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 178
- <sup>198</sup> BENZEVAL, M: *Health Care for All? How to Take Equity Seriously?* London, 1995. In: HARRISON, A & BRUSCINI, S (Edit): *Healthcare UK 1994/5, An Annual Review on Health Policy*, London, King's Fund, pp. 66-71
- <sup>199</sup> HAYEK, F A: *Knowledge, Evolution and Society*. London, 1983, Adam Smith Institute
- <sup>200</sup> TAYLOR-GOOPY, P: *Postmodernism: a Great Leap Backwards?* *Journal of Social Policy* 1996:23 (3), pp. 385-404 & THOMPSON, S & HOGGET, P: *Universalism, Selectivism and Particularism towards a Postmodern Social Policy. Critical Social Policy*, 1996 16(1) pp. 21-43 In: NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 179.
- <sup>201</sup> WEBSTER, Charles: *Health Services Since the War, Volume II.: Problems of Health Care. The National Health Service 1958-77*, London, 1996, HMSO Books p. 28
- <sup>202</sup> WEBSTER (2002) p. 31, Table 1.2
- <sup>203</sup> FRASER (2003) p. 268-269
- <sup>204</sup> Ezt a disztinkciót a hazai politikai közbeszélbe egy fülész, Dr. Kincses Gyula, az Egészségügyi Stratégiai Kutató Intézet főigazgatója vezette be, az Egészségügyi Minisztérium államtitkáraként (2007. IX. 27.-2008. IV. 30.)

- <sup>205</sup> PARKINSON, Cyril Northcore: Parkinson's Law, pamflet. Eredetileg a The Economist-ben cikként jelent meg, majd 1958-ban Londonban John MURRAY adta ki. - He explains this growth by two forces: (1) "An official wants to multiply subordinates, not rivals" and (2) "Officials make work for each other." He notes that the *bureaucracy* rose by 5-7% per year "irrespective of any variation in the amount of work (if any) to be done." magyarul: Parkinson törvénye, vagy Az érvényesülés iskolája, Budapest, 1983, Minerva.
- <sup>206</sup> Ministry of Health, Report of the Committee on increased expenditures of the NHS, (GUILLEBAUD Committee's Report), 1956, London, HMSO Books
- <sup>207</sup> HEWITT, Patricia, MP, SSoH: The Labour Vision for the NHS, In: TEMPEST(Edit, 2006) p. 10
- <sup>208</sup> HAM (1999) p. 14
- <sup>209</sup> HAM (1999) p. 88
- <sup>210</sup> HAM, Christopher & SMITH, J. & TEMPLE, J.: Hubs, Spokes and Policy Cycles, London, 1998, King's Found
- <sup>211</sup> FRASER (2003) p. 264
- <sup>212</sup> BAGGOTT (2004) p. 93
- <sup>213</sup> WEBSTER, Charles: Health Services Since the War, Volume II.: Problems of Health Care. The National Health Service 1958-77, London, 1996, HMSO Books pp. 188-89
- <sup>214</sup> MACPHERSON (Edt.1998) p. 191, nyomán saját ábra
- <sup>215</sup> BAGGOTT (2004) p. 338
- <sup>216</sup> LLOYD, Liz In: NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 172
- <sup>217</sup> NORMAND, Cecil: Economics, Health and Economics of Health, In: BRITISH MEDICAL JOURNAL, 1991, 303, pp.1572-7
- <sup>218</sup> GRIFFITHS, David: Inequalities and Management in the NHS, In: THE HOSPITAL, July, 1971 pp. 229-33
- <sup>219</sup> WEBSTER (2002) pp. 102 & 103
- <sup>220</sup> GLENNESTER, Howard: British Social Policy since 1945 , London, 2000, Blackwell p.120
- <sup>221</sup> RIVETT (1998) és WEBSTER (2002) p. 108
- <sup>222</sup> HAM (1999) p. 20, Figure 1.2
- <sup>223</sup> MAYS, N & BEVAN, G: Resource Allocation in the Health service, London, 1987, Bedford Square Press – 1975-ben alkották meg a formulát, 1976-tól alkalmazták, és 1977-re hozta meg első eredményeit /
- <sup>224</sup> WEBSTER (2002) p. 59
- <sup>225</sup> BAGGOTT (2004) p. 94
- <sup>226</sup> GOLDACRE, Michael, J. & HARRIS, Richard I.: Mortality, Morbidity, Resource of Allocation and Planning? A Consideration of Disease Classification, In: BRITISH MEDICAL JOURNAL 1980, 281, 1515-19, & <http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/281/6254/1515>
- <sup>227</sup> FRASER (2003) 10th Chapter I. Welfare consensus 1951-1979
- <sup>228</sup> FRASER (2003) p. 265 – az elhíresült mondás eredetije: 'one below and one above the salt'
- <sup>229</sup> SALTMAN, Richard B & von OTTER Casten: Planned Markets and Public Competition. Strategic Reform in Northern European Health Systems, Buckingham, Open University Press, 1992 (Otter a svéd 1995-ös reform atjya)
- <sup>230</sup> MORAN Michael: Explaining the Rise of the Market in Health Care. in: RANADE W (Edit) MARKETS AND HEALTH CARE. A COMPARATIVE ANALYSIS, Harlow, 1998, Longman
- <sup>231</sup> FREEMAN(1998) p. 398
- <sup>232</sup> Ministry of Health, Report of the Committee on Maternity Services (CRANBROOK), 1959, London, HMSO Books & Ministry of Health, The Field Work of the Family Doctor (GILLIE), 1963, London, HMSO Books
- <sup>233</sup> ALLSOP, J: Health Policy and the NHS, 1984, London, Harlow, Longman, p. 50-52
- <sup>234</sup> Report of the Medical Services Committee, London, 1962, BMA
- <sup>235</sup> HAM (1999) p. 19
- <sup>236</sup> Ministry of Health, The NHS, The Administriv Structure of the Medical and Related Services in England and Wales, 1968, London, HMSO Books

- <sup>237</sup> Dept. of Health and Social Security: NHS Reorganisation, A Consultative Document, London, 1971 DHSS & Cmnd 5055, NHS Reorganisation, 1972, London, HMSO Books
- <sup>238</sup> HAYWOOD, Stuart Collingwood & ALASEWSKI, Andy: Crisis in the Health Service, The Politics og Management, London, 1980, Croom Helm p. 56
- <sup>239</sup> ELCOCK, Howard & HAYWOOD, Stuart Collingwood: 'The Centre Cannot Hold', Public Administration Bulletin, 1980, 36, p. 53-62
- <sup>240</sup> EDWARDS, Brian, From administration to management, in MACPHERSON (Edit1998) p. 37
- <sup>241</sup> BAGGOTT (2004) p. 89
- <sup>242</sup> LISTER (2005) p. 150
- <sup>243</sup> FRASER (2003) p. 279
- <sup>244</sup> MOHAN, John: A national health service? The restructuring of health care in Britain since 1979 (1995), St. Martin's, London. Online at: <http://eprints.soton.ac.uk/34900/>
- <sup>245</sup> CALDWELL K, FRANCOME C & LISTER John (1998) The Envy of the World, NHS Supprt Federation, London, in. LISTER (2005) p. 150
- <sup>246</sup> A „Szürke Könyv” valódi címe: „Management Arrangement for the Reorganised NHS”
- <sup>247</sup> FRASER (2003) p. 280
- <sup>248</sup> TIMMINS, Nicholas: The Five Giants, A Biography of the Wellfare State, London, 1995, Harper Collins, p. 355
- <sup>249</sup> CALLAGHAN 1979: 'I suspect that there is now such a sea change – and it is for Mrs. Thatcher.'
- <sup>250</sup> „Labour isn't woking' – a Saatsi & Saatsi election poster, 1979
- <sup>251</sup> Online at: <http://www.backspace.com/notes/2002/09/the-poster-that-won-the-election.php>
- <sup>252</sup> TIMMINS, Nicholas: The Five Giants, A Biography of the Wellfare State, London, 1995, Harper Collins, p. 178
- <sup>253</sup> YOUNG, Hugo: One of Us, The life of Margaret Thatcher. London, 1990, Pan Books, p. 272
- <sup>254</sup> HAM (1999) p. 23
- <sup>255</sup> WEBSTER (2002) pp. 160-162
- <sup>256</sup> WILLMAN, J: A Better State of Health, London, 1998. Profile Books, p. 59.
- <sup>257</sup> The Economist, 1980 26 July, p. 57
- <sup>258</sup> Ibid: p. 161 'The 1982 reorganization was rightly seen as a piece of fine-tuning rather than as a major shake up.'
- <sup>259</sup> FRASER (2003) p. 281
- <sup>260</sup> BARNETT, Correlli: The Audit of War, (1986) p. 304, In: FRASER(2003) p. 281
- <sup>261</sup> THATCHER, Margaret: The Downing Street Days, London, 1993, p. 8
- <sup>262</sup> Report of the Working Group on Inequalities in Health, London (The Black Report), 1980, DHSS
- <sup>263</sup> WEBSTER (2002) p. 159 „from his Regents Park citadel Sir Douglas Black, as President of Royal College of Physicians
- <sup>264</sup> BERRIDGE, V. & BLUME, S. (eds.): Social Inequality Before and After Black Report, London, 2003, Frank Cass
- <sup>265</sup> Egy a Szocialista Egészségügyi Szervezet (SHA) tulajdonában, digitalizálva. Online at: <http://www.sochealth.co.uk/history/blackintro.htm>
- <sup>266</sup> méltatlan mellőzését WEBSTER (2002) is kiemeli pp. 158-9
- <sup>267</sup> BAGGOTT(2004) p. 94
- <sup>268</sup> Joseph ROWNTREE Foundation: Inquiry into Meeting the Cost of Continuing Care, York, 1996, York Publishing Services
- <sup>269</sup> TOWNSEND, Peter & DAVIDSON, Nick & WHITEHEAD, Margaret: Inequalities in Health, London 1990, Penguin
- <sup>270</sup> DONNISON, David (as the chairman of Supplementary Benefits Commission): The Politics of Powerty, London, 1982, pp. 206-7
- <sup>271</sup> A „kísérlet” elnevezés egyben értékelést is rejt, illetve befejezetlenséget sugall. A munkáspárti felfogást többnyire magukévá tevő brit források *annak ellenére* „kísérlet”-nek nevezik az

átstrukturizálást is tartalmazó intézkedés-csomagot, hogy *sikeresen visszafogta* a kiadásokat és *be is fejezték* azt.

<sup>272</sup> FREEMAN (1998) p. 396

<sup>273</sup> BAGGOTT (2004) p. 101, Figure 5.1 nyomán

<sup>274</sup> FRASER (2003) p. 284

<sup>275</sup> GLENNESTER, Howard: British Social Policy since 1945 , London, 2000, Blackwell p. 170

<sup>276</sup> FRASER (2003) p. 284

<sup>277</sup> FRASER (2003) p. 285

<sup>278</sup> EDWARDS, Brian: From administration to management, in MACPHERSON (Edit1998) p. 37-43

<sup>279</sup> FRASER (2003) p. 284

<sup>280</sup> EDWARDS, Brian, in MACPHERSON (Edit1998) p. 39

<sup>281</sup> v.ö.: BEVAN híres kijelentése: „*I stuffed their mouths with gold.*”

<sup>282</sup> NEUBERGER, Julia, Rabbi, chief executive. The NHS as a theological institution: The ideal remains strong, but the practice too has to measure up, in: British Medical Journal, 1999 December 18; 3197225: 1588–1589

<sup>283</sup> OROSZ (1992) 90. o.

<sup>284</sup> WEBSTER (2002) p. 166

<sup>285</sup> D'SOUZA, Michael Francis: The multifund and outcome research, Kingston Richmond multifund In: INTERNATIONAL JOURNAL OF EPIDEMIOLOGY, 1995, VOL. 24, SUP1 (118 p.) (3 ref.), pp. S113-S118

<sup>286</sup> In: NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 173

<sup>287</sup> OROSZ (1992) 90. o.

<sup>288</sup> SMITH, P & HARRIS, J: What is a consortium? In: Fundholding, A practice Guide, Oxford, 1994, Radcliffe Press, pp. 103-112

<sup>289</sup> Dr. SALAMON Csaba, 6 éve az NHS alatt GP-ként ügyeleti szolgálatot vállaló baranyai háziorvos magánközlése

<sup>290</sup> D'SOUZA, Michael Francis: The multifund and outcome research, Kingston, 1995, Richmond multifund p. S117

<sup>291</sup> 1991 'NHS and Community Care Act'

<sup>292</sup> POLLOCK(2007) p. 19, pl. a WH Smith kávézóláncrea utal

<sup>293</sup> D'SOUZA, Michael Francis: The multifund and outcome research, Kingston, 1995, Richmond multifund p. S117

<sup>294</sup> POLLOCK&others (2005): a kötet címe: NHS PLC, The Privatisation of Our Health Care.

<sup>295</sup> HAM (1999) p. 88

<sup>296</sup> 'The trusts are not trusts *in the legal sense* but are in effect public sector corporations. Each trust is headed by a board consisting of executive and [non-executive directors](#), and is chaired by a non-executive director. Non-executive directors are recruited by open advertisement.'

<sup>297</sup> kitűnő példa CHARLES Wales-i Herceg által alapított, a komplementer medicinát előtérbe helyező magánalap-tulajdonos alapítványa

<sup>298</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy, Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 19. pont

<sup>299</sup> HAM(1999) p. 158.

<sup>300</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK(2007) p. 37 Table 3.1.

<sup>301</sup> '[NHS primary care trusts](#) (PCTs), NHS hospital trusts and NHS foundation trusts, NHS ambulance services trusts, NHS care trusts, providing both health and social care services, NHS mental health services trusts'

<sup>302</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 21. pont

<sup>303</sup> Az állami vállalatokról szóló1977. évi VI. törvény, VIII. fejezet, 47-52.§§

<sup>304</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 111 Efficiency and Standards: Accountability: Who is Responsible

<sup>305</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 111

<sup>306</sup> Department of Health: Departmental Report 2004, Chapter 7, p. 105

- <sup>307</sup> Department of Health: Departmental Report 2004, Chapter 7, p. 119, In: TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 101
- <sup>308</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 111
- <sup>309</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 100, Capital charges
- <sup>310</sup> Health and Social Care (Community Health and Standards) Act, 2003
- <sup>311</sup> HEWITT, Patricia MP, SSoH: The Labour Vision for the NHS, In: TEMPEST(Edit, 2006) Chapter 2, p. 15
- <sup>312</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 65 & 112
- <sup>313</sup> Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus
- <sup>314</sup> Ken ANDERSEN's Memorandum, 2005 In: SEDDON (2007) p. 117
- <sup>315</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 13 pont
- <sup>316</sup> Mint tudjuk, a HCC-t 2009 áprilisától felváltotta a HQC, itt tehát a honlap nem egészen up to date.
- <sup>317</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 13 pont
- <sup>318</sup> Online at: [http://www.careuk.com/content/our\\_history](http://www.careuk.com/content/our_history)
- <sup>319</sup> Online at: <http://www.angliasecurehomes.com/>
- <sup>320</sup> Online at: <http://www.hotfroguk.co.uk/Companies/Haven-Management-Services>
- <sup>321</sup> Online at: <http://www.newhavencarehome.com/about.htm> & <http://www.havencarecentre.co.za/> - Dél-Arika-i cég
- <sup>322</sup> Online at: <http://www.careuk.com/>
- <sup>323</sup> Online at: <http://www.servicecare.org.uk/>
- <sup>324</sup> Online at: <http://www.sedoparking.com/afroxhealth.co.za>
- <sup>325</sup> Online at: <http://www.creditgate.com/companysearch/CORVEDALE+HOLDINGS+LIMITED.aspx>
- <sup>326</sup> POLLOCK (2005) p. 242 Treatment Centres (In Epilogue)
- <sup>327</sup> Az elemzést egy a Freedom of Information Act hatálya alatt készült jelentés tartalmazza: MULHOLLAND, Heléne: 'Call for More Private Providers' Online at: <http://www.SocietyGuardian.co.uk/>, 4 February 2005
- <sup>328</sup> House of Commons, Health Committee Minutes, session 2004-2005, 8 December 2004
- <sup>329</sup> POLLOCK (2005) p. 242, tehát kb. időben 2004/5 fordulójáról lehet szó
- <sup>330</sup> In: The Guardian, 13 May, 2005
- <sup>331</sup> POLLOCK (2005) p. 243
- <sup>332</sup> HM Treasury, Spending Review 2004, p. 100
- <sup>333</sup> O'ROURKE, N & EDWARDS, R: 'Lung Cancer Waiting Times and Tumor Growth' Clinical Oncology, 12, 2000 pp. 141-144
- <sup>334</sup> SEDDON (2007) p. 57
- <sup>335</sup> MANDELSTAM (2007) p. 15
- <sup>336</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 14 & 15 pont. Az idézet folytatása: Az NHS szerveinek döntésével szemben megsemmisítés iránti keresetet lehet indítani, ezeket azonban legtöbb esetben elutasítják.
- <sup>337</sup> POLLOCK (2005) p. 23
- <sup>338</sup> Ebtv. 5/B. § j) és k) pont
- <sup>339</sup> KOVÁCSY (szerk., 2009) 1212. o.
- <sup>340</sup> HAM (1999) p. 73. Table 4.1. NHS expenditure UK, 1949-96
- <sup>341</sup> FREEMAN (1998) in: INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITY IN HEALTH CARE, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401, p. 396
- <sup>342</sup> OROSZ (1992) 90. o.
- <sup>343</sup> MACPHERSON (Edit1998) pp. 209-210
- <sup>344</sup> FRASER (2003) p. 287
- <sup>345</sup> LISTER (2005) p. 150
- <sup>346</sup> BAGGOTT (2004) p. 340
- <sup>347</sup> MACPHERSON (Edit1998) p. 212

- <sup>348</sup> V.ö: MANDELSTAM (2007): Author's Note p. 9
- <sup>349</sup> New Contract for Welfare
- <sup>350</sup> LISTER (2005) p. 149
- <sup>351</sup> FRASER (2003) p. 288
- <sup>352</sup> FIELD, Frank, MP (1979 óta), ma is aktív közéleti személyiség, honlapot tart fenn, blogot ír, stb: legutóbbi jelentése online at: <http://www.frankfield.com/blog/q/date/2009/08/27/nursing-report/>
- <sup>353</sup> Report of the Commission on Social Justice (1994)
- <sup>354</sup> Report of the Commission on Social Justice (1994) p. 223-4. In: FRASER(2003) p. 288 'to offer a hand up rather than a hand out'
- <sup>355</sup> FRASER (2003) p. 289
- <sup>356</sup> COOPER, Glenda: Welfare Green Paper: 'A new contract that will lift people out of dependence and into dignity', In: THE INDEPENDENT, 27 March 1998
- <sup>357</sup> NAIDOO&WILLS (Edit 2001) Ch. 4. Sociology, Example 4.1 pp. 109-10
- <sup>358</sup> MIHELICS, Vid: A szociális kérdés és a szocializmus, Budapest, 1935, Ifj. KELLNER Ernő Könyvtárnyomdája, V. ker. Csáky utca 10. 81707, 113. o.
- <sup>359</sup> Gordon BROWN: Speech on the National Health Service, Monday 7 January 2008. Online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>
- <sup>360</sup> RIVETT, Geoffrey: NHS History, Ch. 6, p. 15. Online at: [http://www.nhshistory.net/chapter\\_6.html](http://www.nhshistory.net/chapter_6.html)
- <sup>361</sup> Audit Commission 2008 – Is the Treatment Working? In: NHS SYSTEM REFORM ANNUAL UPDATE : OCTOBER 2008, ALTERNATIVE PROVIDERS, Online at: <http://kingsfundlibrary.co.uk/commissioning/AEU/Alternative%20Providers%20Annual%20Update%20October%202008.pdf>
- <sup>362</sup> LISTER (2005) p. 150
- <sup>363</sup> 1990-ben 83,6%, 2000-ben 80,9%, és 2005-ben 87,1%. in: Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, Figure 3.10., Public expenditure on health as a percentage of total health expenditure p. 13, Source: OECD Health Data 2007
- <sup>364</sup> BALDWIN-EDWARDS, Martin: Third Country Nationals and Welfare Systems in the European Union, p. 2, in: <http://www.fscpo.unict.it/EuroMed/jmwp12.htm>
- <sup>365</sup> MANDELSTAM (2007) p. 17
- <sup>366</sup> NOVOSZÁTH Péter: A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek, in: POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3. sz.
- <sup>367</sup> Bureau of Labor Statistics, 1993, in: MEASURING PRODUCTIVITY, MEASUREMENT OF AGGREGATE AND INDUSTRY-LEVEL PRODUCTIVITY GROWTH, OECD Manual, 2001, 85 pt, p. 45
- <sup>368</sup> HIRST, John: Shock and Awe, Public Finance (leader) 2005 March 11-17:2 & TIMMINS, Nicholas: NHS Trusts hit financial trouble despite cash injection, Financial Times, 2005 January 5, & LISTER, John: Beds and jobs axed as Trusts cut back, In: HEALTH EMERGENCY NR. 60, 2004 December, Cited: LISTER (2005) p. 150
- <sup>369</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) pp. 17 & 109
- <sup>370</sup> NOVOSZÁTH Péter: A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek, in: POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3. sz.
- <sup>371</sup> Az egészségügy 24 órás szolgálat, de a 24 órás igény nem teremt magától 24 órás munkavállalókat: HEARD, Shelley & PAICE, Elisabeth: Training for a New NHS. In: TEMPEST (Edit, 2006) Ch. 23, p. 221
- <sup>372</sup> The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform. London: Stationery Office, London; 2000. Chapter 6, p. 59
- <sup>373</sup> Department of Health: National Standards Local Action, Health and Social Standards and Planning Framework, 2005/6 – 2007/8, London, 2004, Stationary Office, Annex B
- <sup>374</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK(2007) p. 109
- <sup>375</sup> Az utolsó 3 év „London-i” jelentései: The Case for Change (2006), Saws and Scalpels on the Clinical Change (2007) A Framework in Action (2007 július), A Local Hospital Model for London (2008 november), Stroke and Trauma Consultation (2009 február)

- <sup>376</sup> Részletek: SEDDON (2007) pp. 58-9
- <sup>377</sup> POLLOCK (2005) p. 3
- <sup>378</sup> POLLOCK (2005) p. 224
- <sup>379</sup> Kable Ltd: 'Health ICT market profile to 2008' London, 2003
- <sup>380</sup> The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform. London: Stationery Office, London; 2000. In: [www.nhs.uk/nhsplan](http://www.nhs.uk/nhsplan)
- <sup>381</sup> MANDELSTAM (2007) p. 28
- <sup>382</sup> Budget: March 2000. [www.hm-treasury.gov.uk/budget2000](http://www.hm-treasury.gov.uk/budget2000)
- <sup>383</sup> DIXON, Jennifer & DEWAR, Steve: The NHS plan. As good as it gets—make the most of it, Health Care Policy Programme, King's Fund, London, BMJ. 2000 August 5; 321(7257): pp. 315–316.
- <sup>384</sup> MACPHERSON (Edit1998) p. 216
- <sup>385</sup> Royal Commission on Long Term Care: With respect to old age. London, 1999, Stationery Office.
- <sup>386</sup> EDWARDS, R. T.: Points for pain: waiting list priority scoring systems. *BMJ*. 1999;318:412–414. [[PubMed](#)]
- <sup>387</sup> MANDELSTAM (2007) p. 29
- <sup>388</sup> Az NHS tervezett támogatását Tony BLAIR a népszerű vasárnap reggeli tv-show-ban, a Breakfast with Frost-ban jelentette be 2000. január 16-án.
- <sup>389</sup> TEMPEST (Edit, 2006) p. 61.
- <sup>390</sup> 'And during the course of 2008 the Secretary for Health, Alan Johnson, will set out the steps we can take to begin to make this transformation a reality' In: GORDON BROWN: SPEECH ON THE NATIONAL HEALTH SERVICE, Monday 7 January 2008, Online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>
- <sup>391</sup> HEWITT, Patricia MP, SSoH: The Labour Vision for the NHS, In: TEMPEST(Edit, 2006) Chapter 2, p. 9
- <sup>392</sup> BAGGOTT (2004) p. 108, Figure 5.2 & Chapter 11 Health and Social Care, p. 284 nyomán
- <sup>393</sup> Krankenhauspharmazie, 2004, 25,6, p. 269-283. alapján, a cikk kivonata
- <sup>394</sup> Németországban 10%-kal, Franciaországban 48%-kal és az USA-ban 319%-kal (2002-es adatok)
- <sup>395</sup> természetesen ezek különböző mennyiségi és erősségi kiszerezésekben
- <sup>396</sup> Az utóbbi öt évben bevezetett gyógyszerek piaci aránya 2001-ben az Egyesült Királyságban csak 16% volt, Németországban 24,9%, az USA-ban 32%.
- <sup>397</sup> HAJDÚ (2004): A szociális segélyezés pénzbeli ellátásai az EU tagállamaiban a SZOLID Projekt megbízásából, 2004.11.15. 28-32 oldalak
- <sup>398</sup> Orvosok a reformért: politikai délibáb az ingyenes egészségügy Nagy-Britanniában, FORRÁS: DRINFO.HU – MK, 2007. július 25, <http://drinfo.hu/egeszseggpolitika/egeszseggpolitika/orvosok-a-reformert-politikai-delibab-az-ingyenes-egeszsegguy-nagy-britanniaban>
- <sup>399</sup> MTI Eco, Online at: [http://www.mcd.hu/hirek/eu\\_politika/07\\_04/070423ingyenes\\_eu.html](http://www.mcd.hu/hirek/eu_politika/07_04/070423ingyenes_eu.html)
- <sup>400</sup> Online at: <http://society.guardian.co.uk/health/story/0,,2152992,00.html>, 2007-08-28 13:37:48
- <sup>401</sup> FREEMAN (1998) in: INTERNATIONAL JOURNAL OF QUALITY IN HEALTH CARE, 1998. Volume 10. Number 5: pp. 395-401, p 399
- <sup>402</sup> In: NAIDOO&WILLS (Edit 2001) Ch. 2. Epidemiology, pp. 60-66
- <sup>403</sup> ALFORD, R R: Health Care Politics, Ideological and Interest Group Barriers to Reform, Chicago, University of Chicago Press, 1975 & FREIDSON E: Professional Dominance, The Social Structure of Medical Care, New York, Atherton, 1970 in: FREEMAN(1998) p 399
- <sup>404</sup> Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, p. 25, Source: ILO CALCULATIONS BASED ON WHO PROFESSIONALS AND UN POPULATIONS DATA (2007)
- <sup>405</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK(2007) p. 105, Figure 6.1 Left, & Chapter 6 Efficiency and Standards, p. 104 nyomán
- <sup>406</sup> National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002

- <sup>407</sup> Health Act 1999
- <sup>408</sup> Az Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy, Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 18. pont
- <sup>409</sup> Online at: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=914> Time: 2006-12-21 09:23:40
- <sup>410</sup> Online at: <http://society.guardian.co.uk/health/story/0,,1969152,00.html>
- <sup>411</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 20. pont
- <sup>412</sup> POLLOCK (2005) p
- <sup>413</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 20. pont
- <sup>414</sup> NHS Act (2006) National Health Service Act, 2006 (Chapter 44) - Controller of Her Majesty's Stationery Office and Queen's Printer of Acts of Parliament, 8/11/2006 353386 19585
- <sup>415</sup> Ibid Part 1, 1 'Secretary of State's duty to promote health service'
- <sup>416</sup> NHS Act (2006) National Health Service Act, 2006 (Chapter 44) - Controller of Her Majesty's Stationery Office and Queen's Printer of Acts of Parliament, 8/11/2006 353386 19585
- <sup>417</sup> BAGGOTT (2004) p. 158, Figure 7.1 nyomán
- <sup>418</sup> NOVOSZÁTH Péter: A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek, in: POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3. sz. 2. o.
- <sup>419</sup> ESZTERGÁR (1939) 44. o.
- <sup>420</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 8, Figure 1.1 „*The structure of the new NHS in England*” nyomán
- <sup>421</sup> ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Iroda: Az egészségügy irányítása, közegészségügyi, járványügyi feladatokkal foglalkozó intézetek, szervezetek az EU tagállamokban, Budapest, 2009. augusztus, 32-39 old.
- <sup>422</sup> Department of Health: An implementation framework for reconfiguring the DH arm's length bodies, London, 2004
- <sup>423</sup> BAGGOTT (2004) p. 161, Figure 7.2 nyomán
- <sup>424</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 22
- <sup>425</sup> Department of Health: Reconfiguring the Department of Health Arm's Length Bodies, London, 2004, Stationery Office, p. 35
- <sup>426</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 21
- <sup>427</sup> Department of Health: An implementation framework for reconfiguring the DH arm's length bodies, London, 2004, p. 39
- <sup>428</sup> Ibid: p. 39
- <sup>429</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 23
- <sup>430</sup> Kable Ltd: 'Health ICT market profile to 2008' London, 2003
- <sup>431</sup> Department of Health: Reconfiguring the Department of Health Arm's Length Bodies, London, 2004, Stationery Office, p. 35.
- <sup>432</sup> NHS Litigation Authority: About the NHS Litigation Authority, Online at: <<http://nhsla.com/home.htm>> (accessed 9 March 2005)
- <sup>433</sup> Department of Health: „An Organisation with a Memory”
- <sup>434</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 126
- <sup>435</sup> Based on: TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 30 & 60, pp. 112-3
- <sup>436</sup> Department of Health: Reconfiguring the Department of Health Arm's Length Bodies, London, 2004, Stationery Office, p. 35.
- <sup>437</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 112.
- <sup>438</sup> DENTON, Sylvia & NAISH, Jane: The Future of Nursing. In: TEMPEST (Edit, 2006) Ch. 20, p. 186
- <sup>439</sup> Royal College of Nursing: Survey of RCN Members in Advanced and Specialist Roles, London, 2005.  
Online at: [www.rcn.org.uk/resources/publicationsmaxinursesadvancedspecialistnursingroles](http://www.rcn.org.uk/resources/publicationsmaxinursesadvancedspecialistnursingroles)
- <sup>440</sup> Royal College of Nursing: Stepping Stones: Results from the RCN Members Survey 2003, London, 2004.
- <sup>441</sup> DENTON, Sylvia & NAISH, Jane: The Future of Nursing. In: TEMPEST(Edit, 2006) Ch. 20, pp. 192-3



- <sup>442</sup> POLLOCK (2007): The New Business Modell and What it Means p. 225
- <sup>443</sup> NAIDOO&WILLS (Edit 2001) pp. 166-7
- <sup>444</sup> Az Igazságügyi Orvostani Intézetbe (?) sorolt Komplementer Medicina Tanszék nyitó előadása 2009. október 12-én volt.
- <sup>445</sup> From [February 21](#) to [February 28, 1972](#), [U.S. President Richard Nixon](#) traveled to [Beijing](#), [Hangzhou](#) (=Peking és Kanton) and [Shanghai](#).
- <sup>446</sup> The Telegraph: The Prince of Wales wants greater integration of complementary medicine into UK healthcare in a bid to combat growing health problems. London, The Telegraphs, 11th Dec 2003, Also at: <http://www.telegraph.co.uk/news/uknews/1448552/Lone-parent-question-puts-prince-on-the-spot.html> (2009.10.03.)
- <sup>447</sup> The Prince's Foundation for Integrated Health was founded in 1993 by [HRH The Prince of Wales](#) to promote [integrated healthcare](#) for all.
- <sup>448</sup> A PTE-n a Komplementer Medicina Tanszék nem foglalkozik a hazánkban nagy hagyományú fitoterápiával, arra külön intézetünk van.
- <sup>449</sup> MOSARAF, Ali: Integrating Alternative Health. In: TEMPEST(Edit, 2006) Ch. 21, pp. 197-200
- <sup>450</sup> Nagy-Britannia: A kórházak reklámozhatnak a betegekért, 2009. augusztus 26. [OrientPress] Online at: <http://www.diagnozis.eu/hirek/nagy-britannia-a-korhazak-reklamozhatnak-a-betegekert.html>
- <sup>451</sup> MANDELSTAM (2007) p. 13
- <sup>452</sup> Gordon BROWN: Speech on the National Health Service, Monday 7 January 2008, online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>
- <sup>453</sup> A C-169/07. sz. ügy, Hartlauer Handelsgesellschaft mbH (Ítélet: 2009. március 10.) 52. pont
- <sup>454</sup> Ibid. 53. pont
- <sup>455</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 105, Figure 6.1 Right nyomán
- <sup>456</sup> A New Strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004, CDCS p. 9, 23rd pt.
- <sup>457</sup> KORTEN (1995): 81-82. o., a forrás kritikai feldolgozásához itt utalok a fejezet és alfejezet címekre is: ezek – sorrendben: Harc a korlátlan uralomért, A tőkés libertariánusok rohama, A pénzsóvárság szentesítése
- <sup>458</sup> FREEMAN (1998) p. 400
- <sup>459</sup> WINTER, Robert: The Future of Medicine. In: TEMPEST(Edit, 2006) Ch. 5, pp. 37-44
- <sup>460</sup> Akinek a BMI-ja (body mass index) nagyobb 30-nál, ezt az egységes mérőszámot használva.
- <sup>461</sup> TEMPEST(Edit, 2006) p. 41
- <sup>462</sup> Ellen NOLTE & Martin McKEE: Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care, BMJ 2003, 327:1129 (15 November), doi:10.1136/bmj.327.7424.1129 & European Centre on Health of Societies in Transition, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London WC1E 7HT
- <sup>463</sup> On the web: <http://www.eski.hu/hol/cikkh.cgi?id=1419>
- <sup>464</sup> The ECONOMIST: Keep it honest. Economist, 00130613, 8/22/2009
- <sup>465</sup> The ECONOMIST: Healthier than thou. Economist, 8/22/2009, Volé 392 Issue 8645, p51-51
- <sup>466</sup> További szavazatok: ENRON, aki megerősítette a bizalmat a 'trust' típusú szolgáltatókban, vagy a TELETUBBIES, akik inspirálták a menedzsmenetet a Primary Care megszervezése során. On line at: <http://www.hsj.co.uk/your-humble-servants-nhs-diamond-60-suggestions/607488.article>
- <sup>467</sup> Gordon BROWN: Speech on the National Health Service, Monday 7 January 2008, Online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>
- <sup>468</sup> HEWITT, Patricia MP, SSH: The Labour Vision for the NHS, in: TEMPEST(Edit, 2006) p. 16 'Money Follows the Patients'
- <sup>469</sup> FREEMAN (1998) p. 399

<sup>470</sup> LISTER, John: The Darzi Report: The Critical Gaps. A critical review of Prof Sir Ara DARZI's Report on London's Health services: A framework for action, London, 2007 augusztus, pp. 2-3

<sup>471</sup> HEARD, Shelley & PAICE Elisabeth: TRAINING for a NEW NHS, Ch. 23. In: TEMPEST (Edit,2006) p. 217

<sup>472</sup> DARZI (2008) p. 8

<sup>473</sup> Ibid: p. 12

<sup>474</sup> Ibid: pp. 24-31

<sup>475</sup> POLLOCK (2005) p. 225

<sup>476</sup> főleg internetes kereskedelemmel foglalkozó cég menedzsere volt – Online at: <http://www.sainsburys.co.uk/sol/index.jsp>

<sup>477</sup> POLLOCK (2005) p. 226

<sup>478</sup> Online at: [http://www.ournhs.nhs.uk/wp-content/uploads/2009/06/next-stage-review\\_low-res.pdf](http://www.ournhs.nhs.uk/wp-content/uploads/2009/06/next-stage-review_low-res.pdf)

<sup>479</sup> LAKHANI, Mayur: The Future of general Practice and Primary Care, Ch. 7, In: TEMPEST(Edit, 2006) pp. 57-66

<sup>480</sup> NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 293

<sup>481</sup> MAYNARD, Alan: Keeping up with the Joneses. In: APPELBY, J (Edit 2006) Funding Health Care, 2008 and beyond, London, 2006, King's Fund p. 19

<sup>482</sup> DARZI (2008) Ch. 7, 2 & 3, p. 77

<sup>483</sup> POLLOCK (2005) p. 225

<sup>484</sup> Department of Health: The NHS Plan. A Plan for Investment, a Plan for Reform, Ch. 10, pp. 88-95, London, 2000, DoH, In: TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 127

<sup>485</sup> POLLOCK (2005) p. 10 The incoming global health industry & p. 17 The drive to recomodification

<sup>486</sup> DARZI (2008) Ch. 7, p.77

<sup>487</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 124

<sup>488</sup> HEARD, Shelley & PAICE, Elisabeth: Training for a New NHS. In: TEMPEST (Edit, 2006) Ch. 23, p. 217

<sup>489</sup> MACPHERSON(Edt.1998) p. 212

<sup>490</sup> according to Dr. TÓTH Ferenc's (Nottingham) personal communication

<sup>491</sup> HEARD, Shelley & PAICE, Elisabeth: Training for a New NHS. In: TEMPEST (Edit, 2006) Ch. 23, p. 221

<sup>492</sup> DARZI (2008) Ch. 7, p.78

<sup>493</sup> ÁDÁM Antal: A közjogi szerződésekről, In: JURA 2004. 1. 5-17. o.

<sup>494</sup> HAM (1999) p. 25, később külön fejezetet szentel a jelenségnek: Chaper 6th.

<sup>495</sup> POLLOCK (2005) p. 23

<sup>496</sup> HARMATHY Attila: Szerződés-közigazgatás-gazdaságirányítás. Jogtudományi Közlöny 1981. 6. sz. IN: ÁDÁM Antal: A KÖZJOGI SZERZŐDÉSEKRŐL, In: JURA 2004. 1. 5. o.

<sup>497</sup> Health Care Act 2006, 9§(1)

<sup>498</sup> Ibid 11 & 12§§, 75§, 84-90§§, 100§, 103-105§§, 117 & 118§§, 120-122§§, 139§ etc. a (közjoginak minősülő) szerződésekről és a (szerződésnek minősülő) megállapodásokról.

<sup>499</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 20. pont

<sup>500</sup> Ibid 9§(4)

<sup>501</sup> 2009. szeptember 30 napjáig a a HCC, a Healthcare Commission végezte

<sup>502</sup> az NHS üzleti éve eltér a naptári évtől, ezért az éves jelentések 2007/8, 2008/9 formában kerülnek fogalomba

<sup>503</sup> A brit egészségügyben a gazdasági év nem esik egybe a naptárral, hanem április elsejétől március 31-ig tart.

<sup>504</sup> TALBOT-SMITH&POLLOCK (2007) p. 116

<sup>505</sup> Healthcare Commission: Annual Report and Accounts 2008/09 'Our Work to Improve Healthcare for Patients and the Public, 14 July 2009

<sup>506</sup> Online at: [http://www.healthcarecommission.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?cit\\_id=1425&FAArea1=customWidgets.content\\_view\\_1&usecache=false](http://www.healthcarecommission.org.uk/newsandevents/newsstories.cfm?cit_id=1425&FAArea1=customWidgets.content_view_1&usecache=false)

<sup>507</sup> Online at: <http://www.cardi.ie/publications/patientsnotnumberspeoplenotstatistics>

<sup>508</sup> Thomas George Daziel – a „8-as számú eset” A Patients not Numbers...-ből: „2001-ben kolonoszkópiát (vastagbéltükrözés) hajtottak végre rajta a Stafford Hospital-ban, és eltávolítottak néhány polipot a vastagbéléből. 2002-ben újabb kolonoszkópián esett át. Tudatták vele, hogy 3 éven belül újból meg kell vizsgálni, az időpontról majd értesítik. Három év múlva nem kaptak értesítést, arra gondoltak, talán rosszul értették, és 5 év múlva esedékes az újabb vizsgálat.

Azonban 2007-ig még mindig nem történt semmi. George felesége egy héten át hívogatta a kórházat, 10-szer sikerült is kapcsolni, de mindannyiszor csak visszahívást ígértek. Eleinte azt mondták, hamarosan megérkezik postán a beutaló. Ez után elismerték, hogy nem is küldték ki. Végül két héttel későbbre, 2007. júniusára kaptak időpontot. A kórház azóta elnézést kért. Az is kiderült, hogy valójában évenkénti ellenőrzésekre lett volna szükség, mivel Mr. Daziel magas kockázati csoportba tartozott, hiszen két családtagja halt meg vastagbélrákban.

A vizsgálat eredményeit egy hónap múlva kapták meg. A konzultáción az orvos azt mondta, hogy egy éven belül újabb vizsgálatra lesz szükség, mivel olyan magas a kockázat. Amikor már menni készültek, az orvos hirtelen elmondta, hogy valójában George rákos és operációra lesz szüksége. 2007. július 7-én vették fel, jó állapotban, a Stafford kórházba. Másnap sikeres operációt hajtottak végre rajta. Utána infúzióra tették, oxigént kapott és epidurális érzéstelenítést. Ő azonban igen erős fájdalmakra panaszkodott. George és felesége is számtalan alkalommal említette ezt a személyzetnek, de ők csak annyit mondtak, lehetetlen, hogy fájdalmai legyenek, hiszen epidurális fájdalomcsillapítást kap. Végül abba beleegyeztek, hogy folyékony paracetamolt kapjon.

Három napon keresztül kellett kiállnia a fájdalmakat, majd a lábai érzéketlenek lettek. Végül megvizsgálta egy orvos, és kiderült, hogy rosszul lett bekötve az epidurális fájdalomcsillapító! Ezután morfint írtak fel neki, de később kiderült, hogy ezt is csak ritkán adták be.

George büszke ember volt, amit egyáltalán nem vettek figyelembe. Az operáció (8-dika) után adtak rá pizsamát, de napokig nem segítettek neki lecserélni tisztára. Már mindenütt vérfoltos volt, amikor 22-én nagy nehézségek árán saját maga megmosdott és tiszta pizsamát vett.

Továbbra sem javult, 25-én még mindig oxigénes volt. A személyzet azt mondta, vizsgálatokat végeznek, hogy kiderítsék, mi gátolja a felépülését – de nekik semmi magyarázatot nem adtak. Másnap levették az infúzióról, enni adtak neki, de hányni kezdett. Felpuffadt hasáról az orvos elismerte, hogy nem normális, de „szemmel tartják”. A lába is nagyon meg volt dagadva. Az orrán keresztül egy csövet vezettek le, hogy csökkentse a haspuffadást. Azt mondták, elvégeznek egy ultrahangot, de erre soha nem került sor. Azt is mondták, hogy a kálium-szintje alacsony, pótolni kell, de erre sem került sor.

A lábai még mindig meg voltak dagadva, hasa még mindig puffadt volt, de a csövet eltávolították a gyomrából. A családtagok számára nyilvánvaló volt, hogy rengeteget fogyott, de úgy tűnt, a személyzet nem tulajdonít ennek jelentőséget. Nagy nehézséget jelentett számára a nyelés.

Mivel senki nem sietett időben a segítségére, hogy elkísérje a wc-re, „balesetei” voltak, amelyek megrémítették és megalázták. Valószínűleg ezek az esetek is hozzájárultak a felfekvések rosszabbodásához. A „balesetek” miatt nem is ivott annyi folyadékot, amennyit kellett volna. Úgy tűnt, hogy nem volt elegendő **commodes** és járókeret, ami lehetlenné tette, hogy akkor menjen wc-re, amikor akar, ahelyett, hogy várnia kelljen az asszisztenciára. Egy alkalommal amikor megnyomták a hívógombot, bejött egy segédápoló, de kiderült, hogy máshoz jött. Végül felesége segítségével küzdötte ki magát, mert senki más nem jött. Ugyanebből az okból hosszú órákat volt kénytelen a székében tölteni, ami bizonyára nem tett jót megdagadt lábainak.

Július 31-én haza akarták küldeni, annak ellenére, hogy még mindig nem igazán tudott enni és inni, hasa még mindig puffadt volt, és nem tudták, mi miatt.

Előző nap erős fájdalmai voltak, 10-15 percig nyomta a hívógombot, de senki nem jött. A nővérpultnál kiderült, hogy bár nem villogott a jelzés, hallani azért lehetett. Hamarosan megvizsgálta egy orvos. Utána erősen hányni kezdett. Ismét vissza akarták helyezni a csövet a gyomrába, George azonban nem akarta, mert nagyon kellemetlen volt, és már így is fájdalmai voltak. Később azonban a felesége rábeszélte, hogy hagyja betetetni a csövet, és George bele is egyezett. De ekkor már hiába közölte ezt felesége a nővérekkel, már nem voltak hajlandóak

megváltoztatni a feljegyzést, miszerint „visszautasította a kezelést”. Végül a cső levezetése helyett morfiumot kapott – senki nem magyarázta meg, miért.

Július 31-én az orvosok még mindig nem tudták, mi a gond, és továbbra sem foglalkoztak nagymértékű fogyásával. Látogatóba érkező lánya kirohant, amikor meglátta, egy hét alatt mennyit romlott apja állapota. Később a feljegyzésekben azt olvasták, hogy „visszautasította a felajánlott ételt” – de nem részletezték. George nem tudott szilárd ételt enni és segítség nélkül nyelni!

Számtalan napnak kellett eltelni, mire végre adtak neki gyógytápot.

Másnap reggel George elhunyt. Mikor családja megérkezett, a nővér kért néhány percet, mielőtt bemennének hozzá. Azonban nem készítették fel őket a borzalmas látványra: hozzátartozójuk tágra nyílt szemmel, újraélesztő csővel a torkában feküdt az ágyon. Arra hivatkoztak, a csövet jogi okokból nem lehet eltávolítani. Legalább figyelmeztetni kellett volna a hozzátartozókat, hogy a tájékoztatás alapján dönthessék el, kívánják-e látni a halottat.”

<sup>509</sup> MARX Anna: Nagy-Britannia és az egészségügyi turizmus, Megéri-e a kockázat a megtakarítás? [Forrás: Kitekintő] 2008. október 22., szerda, Online at:

[http://kitekinto.hu/nonpolitik/2008/10/22/nagy-britannia\\_es\\_az\\_egeszsegugyi\\_turizmus](http://kitekinto.hu/nonpolitik/2008/10/22/nagy-britannia_es_az_egeszsegugyi_turizmus)

<sup>510</sup> O'BRIEN, Krisztina : Külföldi orvoshoz az megy, akinek száz euró is számít" HVG, 2009. okt. 06., 05:54,

<sup>511</sup> Zöld Könyv (2007) 20. oldal

<sup>512</sup> Zöld Könyv (2007) 20. oldal

<sup>513</sup> Online at:

[http://hvg.hu/panorama/20091005\\_orvosi\\_turizmus\\_fogorvos\\_plasztika.aspx?s=2009106nl](http://hvg.hu/panorama/20091005_orvosi_turizmus_fogorvos_plasztika.aspx?s=2009106nl)  
alapján

<sup>514</sup> 'If going to an EEA country, there are two routes for obtaining NHS funding. You can use the E112 form issued by the Overseas Healthcare Team (Newcastle) or, alternatively, you can go under Article 49 of the EC treaty. Your local commissioner can advise you on which option is better for the type of treatment you require. Each option works in a slightly different way'. *What is a local health commissioner? In England: primary care Trusts, practice –based commissioners and GP's* Last reviewed: 30/04/2009 Next review due: 29/04/2011

<sup>515</sup> Online at: <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcareabroad/Pages/Plannedtreatment.aspx>

<sup>516</sup> Egyesült Királyság Department for Work and Pensions, The Pension Service, Medical Benefits, Tyneview Park, Newcastle-upon-Tyne England NE 98 1 BA & <http://www.dwp.gov.uk>

<sup>517</sup> a letölthető nyomtatvány a tájékoztatóban már Regionális ..., a nyomtatványon még a 2008. december 31. napjával megszűnt Megyei Egészségbiztosítási Pénztárt írja. Online at:

[http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK\\_NYOMTATVANY/ENYOMTATVANY/TAJEKOZTATO%20ES%20BEJELENTOLAP%20KULFOLDON%20BIZTOSITOTTAKNAK%202009.V04.PDF](http://www.oep.hu/pls/portal/docs/PAGE/LAKOSSAG/OEPHULAK_NYOMTATVANY/ENYOMTATVANY/TAJEKOZTATO%20ES%20BEJELENTOLAP%20KULFOLDON%20BIZTOSITOTTAKNAK%202009.V04.PDF) – további megjegyzés, hogy a nyomtatvány kizárólag magyar nyelvű

<sup>518</sup> Online at: [http://www.oep.hu/portal/page?\\_pageid=34,1&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://www.oep.hu/portal/page?_pageid=34,1&_dad=portal&_schema=PORTAL)

<sup>519</sup> Az Egyesült Királyságban dolgozóknak az „EGT-tagállamban folytatott keresőtevékenység...” című adatlap változatot kell kitölteniük.

<sup>520</sup> Online at: [http://www.hmrc.gov.uk/efiling/temp\\_down.htm](http://www.hmrc.gov.uk/efiling/temp_down.htm)

<sup>521</sup> Kapcsolat: Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) Nemzetközi és EU Integrációs Főosztály 1139 Budapest Váci út 73/a Tel: 0036 1 350 1618 E-mail: [sajto@oep.hu](mailto:sajto@oep.hu) vagy [nemzetk@oep.hu](mailto:nemzetk@oep.hu) [www.oep.hu](http://www.oep.hu) – ld. az „Ellátások az EU-ban” menüpontot

<sup>522</sup> HAJDÚ (2004) 28. oldal

<sup>523</sup> Zöld Könyv(2007) 20. oldal

<sup>524</sup> Zöld Könyv(2007) 47. oldal

<sup>525</sup> OROSZ Éva: Lehetséges-e egészségpolitikai paradigmaváltás? Budapest, 2002 Eszmélet (folyóirat) On line: <file:///Documents/TB/PHDM/Orosz%20Éva:%20Lehetséges-e%20egészségpolitikai%20paradigmaváltás%3F>.

<sup>526</sup> Zöld könyv az egészségügyről (2007) 4. oldal. On line: <http://www.magyarorszag.hu/zoldkonyv/10.html>

- <sup>527</sup> Zöld Könyv (2007) 6. oldal
- <sup>528</sup> Zöld Könyv(2007) 18. oldal
- <sup>529</sup> Zöld Könyv(2007) 17. oldal
- <sup>530</sup> MOLNÁR (2010) 113. oldal
- <sup>531</sup> Magánközlés, Dr. Honfi Mária háziorvos.
- <sup>532</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 108. pont
- <sup>533</sup> Ibid. 109. pont
- <sup>534</sup> NOVOSZÁTH Péter: A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek, in: POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3. sz.
- <sup>535</sup> CSABA Iván: A magyar egészségügy Zöld könyve, Budapest, 2007, Kormányzás, közpénzügyek, szabályozás II. évf. (2007) 3-36. oldal
- <sup>536</sup> KORNAI-EGGLESTON (2004) 179. o.
- <sup>537</sup> HAM (1999) p. 111
- <sup>538</sup> LOSONCZI (1998): 212. o.
- <sup>539</sup> Council of Europe: The new Strategy of Social Cohesion, on 31 March 2004, CDCS p. 9, 21st pt.
- <sup>540</sup> COOPER, Glenda: Welfare Green Paper: 'A new contract that will lift people out of dependence and into dignity', In: THE INDEPENDENT, 27 March 1998
- <sup>541</sup> LOSONCZI (1998): 212. o.
- <sup>542</sup> FRASER (2003) p. 269
- <sup>543</sup> LOSONCZI (1998): 213. o.
- <sup>544</sup> ESZTERGÁR (1936) 10. o.
- <sup>545</sup> LOSONCZI (1998) 214. o. jóslata dodonai. Hogy a társadalmi tapasztalat és igények *milyen irányban* – a biztosítási vagy a szolidaritási elv rovására – fogják megtörni a status quo-t, az a tétel leírása óta változott.
- <sup>546</sup> GIDAI Erzsébet: A piac szerepe az egészségügyben, in: GLATZ(szerk,1998)
- <sup>547</sup> HVG Felmérés: a magyarok többsége már fizetne a jobb egészségügyi ellátásért (Survey\_Axa100311.doc) 2010. március 11., csütörtök, 07:17 • Utolsó frissítés: 5 órája Szerző: MTI
- <sup>548</sup> <http://www.portfolio.hu/cikkek.tdp?feed=1&k=3&i=124029> 2009.11.10 12:47
- <sup>549</sup> MOLNÁR (2010) 39. oldal
- <sup>550</sup> OROSZ (2003) 48. oldal
- <sup>551</sup> Az egészségbiztosítás hatósági felügyeletéről szóló 1996. évi CXVI. tv., hatályos 2007. január 1. napjától, az EBF alapító okiratának legutolsó módosítása 2009. június 26.
- <sup>552</sup> MOLNÁR (2010) 272. oldal
- <sup>553</sup> Az egészségügyben működő szakmai kamarákról szóló 2006. évi XCVII. törvény
- <sup>554</sup> a biztonságos és gazdaságos gyógyszer- és gyógyászatisegédeszköz-ellátás, valamint a gyógyszerforgalmazás általános szabályairól szóló 2006. évi XCVIII. törvény
- <sup>555</sup> Ibid 142. oldal
- <sup>556</sup> Az egészségügyi ellátórendszer fejlesztéséről szóló 1996. évi CXXXII. törvény
- <sup>557</sup> MOLNÁR 2010 173. oldal
- <sup>558</sup> Zöld Könyv (2007) 47. oldal
- <sup>559</sup> ibid 47. oldal
- <sup>560</sup> ibid 44. oldal
- <sup>561</sup> WHR (2000) Statistical Annex pp. 153 156
- <sup>562</sup> NOLTE, Ellen & McKEE, Martin: Measuring the health of nations: analysis of mortality amenable to health care, 2003, In: BMJ 2003; 327:1129 (15th November), Conclusion and comparative tables
- <sup>563</sup> Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, p. 11, Figure 3.7
- <sup>564</sup> ESZTERGÁR(1936) 4. oldal
- <sup>565</sup> Az utolsó mondatban jól érezni a politikai retorikát: NOVOSZÁTH Péter: A brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) működését és korszerűsítését meghatározó legfőbb irányelvek, in:

POLGÁRI SZEMLE 2009. június – 5. évf., 3. sz.

<sup>566</sup> *ibid* 4. old.

<sup>567</sup> MOLNÁR (2010) 95. és 96. oldal

<sup>568</sup> Council of Europe: The new Strategy of Social Cohesion, on 31 March 2004, CDCS p. 4, 5th pt.

<sup>569</sup> WEBSTER (2002) p. 3 & p. 9 , Voluntary Hospitals constituted the only stumbling block to complete integration.<sup>6</sup>

<sup>570</sup> OROSZ (2003) 46-50 illetve 51-102. oldalak

<sup>571</sup> MOLNÁR (2010) 265-266. old.

<sup>572</sup> Zöld Könyv (2007) 21. oldal

<sup>573</sup> MOLNÁR (2010) 283. oldal

<sup>574</sup> KOVÁCSY (2008) 10. oldal

<sup>575</sup> Zöld Könyv (2007) 21. oldal

<sup>576</sup> Zöld Könyv (2007) 33. oldal In: CSABA Iván: A magyar egészségügy Zöld könyve, 2006

(Áttekintés és kommentár) 3-36. o.

<sup>577</sup> NAIDOO&WILLS (Edit 2001) p. 208 Example 7.3 'moonlighting by doctors, who work in both the private and public sector'

<sup>578</sup> Lásd: Egészséges Vásárhely Program, [www.evp.hu](http://www.evp.hu)

<sup>579</sup> The ECONOMIST: Healthier than thou, Transatlantic Rift over the NHS. *Economist*, 8/22/2009, Vol. 392 Issue 8645, p. 51-51 (Online at:

[http://www.economist.com/world/britain/displaystory.cfm?story\\_id=14259044](http://www.economist.com/world/britain/displaystory.cfm?story_id=14259044))

<sup>580</sup> MOLNÁR (2010) 37. oldal

<sup>581</sup> Zöld Könyv (2007) 23. oldal

<sup>582</sup> *Ibid.* 24. oldal

<sup>583</sup> *Ibid.* 28. oldal

<sup>584</sup> *Ibid.* 31. oldal

<sup>585</sup> *Ibid.* 32. oldal

<sup>586</sup> *Ibid.* 34. oldal

<sup>587</sup> *Ibid.* 36. oldal

<sup>588</sup> *Ibid.* 37. oldal

<sup>589</sup> *Ibid.* 39. oldal

<sup>590</sup> BOSANQUET, Nick&HALDENBY, Andrew: The Case for Pluralism, than HANNAN, Daniel&KEVAN, Tim: Localism in the NHS: Reducing the Demcratic Deficit. Articles In: TEMPEST (Edit, 2006) pp. 307-320

<sup>591</sup> E két bekezdés gondolatai jelentős részben megegyeznek MOLNÁR (2010) 283. és 285. oldalakban vázolt feladatokkal

<sup>592</sup> NEUBERGER, Julia: The NHS as a theological institution, in: *British Medical Journal* 1999 December 18; 3197225: p 1588–1589. The ideal remains strong, but the practice too has to measure up, King's Fund, London W1M 0AN "I believe with perfect faith in the NHS, in its ability to provide all health care for all people free at the point of use, in its ability to be equitable, fair, and compassionate, in its capacity to be efficient and effective, and, above all, in its capacity to give patients and users choices about the sorts of services they should receive"

<sup>593</sup> KLEIN, Rudolf: The goals of health policy: church or garage? in: NEUBERGER, Julia: The NHS as a theological institution, in: *British Medical Journal* 1999 December 18; 3197225: p 1588–1589.

<sup>594</sup> KLEIN, Rudolf: The goals of health policy: church or garage? King's Fund, editors. *Health care UK 1992/3*. London, King's Fund, 1993.

<sup>595</sup> What went wrong with economics, *The Economist*, displaystory in 16th of Jul 2009, Online at:

[http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story\\_id=14031376](http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story_id=14031376) & The other-worldly philosophers, also 16th of July issue of *The Economist* in 2009, Online at:

[http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story\\_id=14030288](http://www.economist.com/opinion/displaystory.cfm?story_id=14030288)

<sup>596</sup> A Yale-i Robert SHILLER és a New York University-ről Nouriel ROUBINI, valamint a Bank for International Settlements csapata Kasszandraként lettek híresek (negatív tartalmú, de pontos)

előrejelzésükről.

<sup>597</sup> SEDDON (2007) pp. 183-4

<sup>598</sup> PORTER, M.E. & TEISBERG, E.O.: Redefining Health Care. Boston, MA, 2006, Harvard Business School Press p. 4

<sup>599</sup> LISTER (2005) p. 20

<sup>600</sup> Ide kell idézzem megállapítását: „A Marxist approach offers the possibility of a consistent and critical analysis of the context, the content, the motivation, and the material (class) interests served by particular policies and 'reforms'”

<sup>601</sup> CSABA-T (1999) 10. o.

<sup>602</sup> HAM (1999) p. 111

<sup>603</sup> O'CONNOR, J.: The Fiscal Crisis of the State. London, 1979, St. Martin's Press, also MacMillan 1981, p. 23. In: HAM (1999) p. 203

<sup>604</sup> NAIDOO&WILLS (2001) p. 118

<sup>605</sup> In: NAIDOO&WILLS (2001) Ch. 4, Sociology, p. 119

<sup>606</sup> KORNAI János önéletrajzáról szóló angol nyelvű közlemény: Online at: [http://www.colbud.hu/fellows/kornai\\_publ/acta\\_oeconomica.pdf](http://www.colbud.hu/fellows/kornai_publ/acta_oeconomica.pdf)

<sup>607</sup> János KORNAI A gondolat erejével: Rendhagyó önéletrajz (By Force of Thought: Irregular Memoirs). Budapest, 2005, Osiris, p. 389

<sup>608</sup> COM (2008) 414. „Javaslat az Európai Parlament irányelve a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről”

<sup>609</sup> In: BOWDEN, Helena: EU cross-border health care proposals: implications for the NHS Eurohealth, Volume 15 Number 1, 2009-07-20 11:18:37

<sup>610</sup> EU Zöld Könyv (2008)

<sup>611</sup> MACPHERSON (Edit1998) p. 215

<sup>612</sup> COM (2008) 414. „Javaslat az Európai Parlament irányelve a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről”

<sup>613</sup> Ibid 14. cikk és 16. cikk.

<sup>614</sup> Online at: <http://www.nhsconfed.org/NationalAndInternational/NHSEuropeanOffice/>

<sup>615</sup> Online at: [ibid: OurWork/Pages/CrossBorderHealthcare.aspx](http://www.nhsconfed.org/OurWork/Pages/CrossBorderHealthcare.aspx)

<sup>616</sup> A peres felek pontosan: V. G. Müller-Fauré vs. Onderlinge Waarborgmaatschappij OZ Zorgverzekeringen UA, valamint E. E. M. van Riet vs. Onderlinge Waarborgmaatschappij ZAO Zorgverzekeringen

<sup>617</sup> A C-385/99. sz. Müller-Fauré és van Riet ügy 3. pont

<sup>618</sup> Zwijndrecht nevű település van Hollandiában és Belgiumban is

<sup>619</sup> a holland, a belga, a dán, a német, a spanyol, az ír, az olasz, a svéd kormány, az Egyesült Királyság Kormány, az izlandi, és a norvég kormány

<sup>620</sup> Smits és Peerbooms ítélet 105–106. pontjában

<sup>621</sup> az egészségbiztosítási pénztákról szóló törvény, az 1964. október 15-i Ziekenfondsweten, Staatsblad, 1964., 392. szám, a továbbiakban: ZFW

<sup>622</sup> a különleges egészségügyi költségekről szóló általános törvény, az 1967. december 14-i

Algemene Wet Bijzondere Ziektekostenen, Staatsblad, 1967., 617. szám, a továbbiakban: a WBZ

<sup>623</sup> ZFW 9. (4) In: A C-385/99. sz. Müller-Fauré és van Riet ügy 15. pont

<sup>624</sup> az ítélet 69. pontja

<sup>625</sup> a C-385/99. sz. Müller-Fauré és van Riet ügy ítélet 34. pontja

<sup>626</sup> V.ö. Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 64. pontja

<sup>627</sup> a C-385/99. sz. Müller-Fauré és van Riet ügy ítélet 54. pont

<sup>628</sup> Ibid 55. pont

<sup>629</sup> Ibid 58. pont

<sup>630</sup> Lásd e tekintetben a C-398/95 sz. SETTG-ügyben 1997. június 5-én hozott ítélet [EBHT 1997. I-3091. o.] 23. pontját és a fent hivatkozott Kohll-ügyben hozott ítélet 41. pontját

<sup>631</sup> a C-385/99. sz. Müller-Fauré és van Riet ügy ítélet 80. és 81. pont

<sup>632</sup> Ibid. 98. pont

<sup>633</sup> Ibid. 102. pont

<sup>634</sup> And The Queen kontra Bedford Primary Care Trust és Secretary of State for Health

<sup>635</sup> HL 1997. L 28., 1. o.; magyar nyelvű különkiadás 5. fejezet, 3. kötet, 3. o.

<sup>636</sup> HL 1971. L 149., 2. o.; magyar nyelvű különkiadás 5. fejezet, 1. kötet, 35. o.

<sup>637</sup> Az ügy kapcsán felmerülő kérdések megválaszolásához elsőként azt kell meghatározni, hogy az alapügyben szereplő tényállás az EK 49. cikk hatálya alá tartozik-e.

<sup>638</sup> A következők terjesztettek elő észrevételeket: az Egyesült Királyság Kormánya, a belga, a spanyol, a francia kormány, Írország, a máltai, a lengyel, a finn és a svéd kormány, valamint az Európai Közösségek Bizottsága. Jelzéseikre válasz: Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 96. pont

<sup>639</sup> Ibid. 26. pont

<sup>640</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 27. pont

<sup>641</sup> Ibid. 28. pont

<sup>642</sup> Ibid. 29. pont

<sup>643</sup> Ibid. 30. pont

<sup>644</sup> Ibid. 31. pont

<sup>645</sup> Ibid. 32. pont

<sup>646</sup> Ibid. 33. pont

<sup>647</sup> Ibid. 23. pont

<sup>648</sup> Ibid. 22. pont

<sup>649</sup> NHS [Charges to Overseas Visitors] Regulations 1989

<sup>650</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 37. pont

<sup>651</sup> 883/2004/EK, 2004. április 29.

<sup>652</sup> EGT és Svájc vonatkozású szöveg, HL L 166., 1. o.; magyar nyelvű különkiadás 5. fejezet, 5. kötet, 72. o

<sup>653</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 65. pont

<sup>654</sup> Ibid. 67. pont

<sup>655</sup> Lásd különösen: C-159/90. sz., Society for the Protection of Unborn Children Ireland ügyben 1991. október 4-én hozott ítélet [EBHT 1991., I-4685. o.] 18. pontját, valamint a fent hivatkozott Kohll-ügyben hozott ítélet 29. pontját), a Vanbraekel és társai ügyben hozott ítélet 41. pontja, a Smits és Peerbooms ügyben hozott ítélet 53. pontja, a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 38. pontja, valamint az Inizan-ügyben hozott ítélet 16. pontja

<sup>656</sup> Európai Bíróság: C-372/04. sz. ügy Yvonne WATTS (Ítélet: 2006. május 16.) 87. pont. Itt: Lásd a 286/82. és 26/83. sz., Luisi és Carbone ügyben 1984. január 31-én hozott ítélet [EBHT 1984., 377. o.] 16. pont

<sup>657</sup> Ibid. 101. pont

<sup>658</sup> Ibid. 113. pont

<sup>659</sup> Ibid. 136. pont

<sup>660</sup> Teljes elnevezése: 1996. december 2-i 118/97/EK rendelettel módosított és naprakésszé tett, a szociális biztonsági rendszereknek a Közösségen belül mozgó munkavállalókra, önálló vállalkozókra és családtagjaikra történő alkalmazásáról szóló, 1971. június 14-i 1408/71/EGK tanácsi rendelet.

<sup>661</sup> Pl.: az EK 49. cikk vagy a Szerződés egyéb rendelkezései alapján elfogadott közösségi intézkedések, így az 1408/71 rendelet 22. cikk

<sup>662</sup> E tekintetben lásd a Müller-Fauré és van Riet ügyben hozott ítélet 102. pontját, valamint értelemszerűen a C-376/98. sz., Németország kontra Parlament és Tanács ügyben 2000. október 5-én hozott ítélet [EBHT 2000., I-8419. o.] 78. pont

<sup>663</sup> COM (2008) 13. cikk: „A tagállamok szükség esetén kölcsönös segítségnyújtást biztosítanak az együttműködési kötelezettség irányelv végrehajtásához”.

<sup>664</sup>

<sup>665</sup> EUM Szerződés 49. cikk (az EKSZ korábbi 43. cikke) a letelepedési jog



<sup>666</sup> EUM Szerződés 45. cikk (az EKSZ korábbi 39. cikke) jogot biztosít az uniós polgároknak arra, hogy egy másik tagállamban dolgozzanak, mint alkalmazottak vagy közalkalmazottak.

<sup>667</sup> „Patients flocked to use its services”

<sup>668</sup> Department of Health 'Resource Allocation Working Party'

<sup>669</sup> „the four Thames RHAs, in which the London teaching hospitals are situated” – in: the National Health Service: The trials and tribulations of resource allocation, Authors: HAYWOOD, Stuart & YATES, John & HARLEY, Mike. In: JOURNAL OF MANAGEMENT IN MEDICINE, Year: 1986, Page: 268 - 274 ISSN: 0268-9235 Publisher: MCB UP Ltd.

<sup>670</sup> EDWARDS in: MACPHERSON (Edit,1998), p. 37-43