

**Pécsi Tudományegyetem
Állam- és Jogtudományi Kar
Doktori Iskola**

**A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat
változó szerepéről és felépítéséről
Angliában 1948 és 2010 között**



PhD disszertáció tézisei

Pécs, 2010

'Social security systems, indeed, are one of the most powerful institutional expressions of social solidarity. The establishment or maintenance of a well developed social security system, based on solidarity is seen as one of the principal means of fostering social cohesion.'

Szerző:

Dr. HATVANI Zsolt Ákos

Doktori Program vezetője:

Prof. DR. KISS György

Konzulens:

DR. KISS György

Bevezetés

Az ISSA, a Nemzetközi Társadalombiztosítási Szervezet honlapján található hivatalos definíciója szerint¹ a társadalombiztosítás definiálható a törvényhozás által meghatározott vagy másképpen kötelező szociális védelmet nyújtó megállapodásként, amely az egyénnek bevétel-arányos ellátást biztosít azon esetekre, amikor öregség, baleset, munkaképtelenség, vagy -nélküliség illetve gyermekvállalás miatt különös kiadásokkal szembesül.

Az 1948 július 5-én alakult brit állami egészségbiztosítási szolgálat, a National Health Service (a továbbiakban az „NHS”) egy monopolhelyzetben levő, bürokratikus óriás, több mint egymillió dolgozóval.

Miért az NHS-t választottam disszertációm céljául? Mert a körülményekben felfedezhető hasonlóságok, a nyilvánvaló párhuzamok miatt indokolt a hazánkban alkalmazható és alkalmazandó megoldások szemszögéből az európai szisztémák tanulmányozása. Így különösen indokolt az NHS és intézményrendszerének megismertetése, hiszen a hazai egészségügyi és -biztosítási rendszer is:

- monolit,*
- állami és*
- (finanszírozási, gazdasági, politikai, stb. gyökerű) változtatási kényszerekkel szembesül.*

Az összevetést eredménnyel biztató hazai párhuzamokkal szemben hat az a nemzetközi szakirodalmi közhely, hogy a brit egészségbiztosítás átalakításának lépéssorozata a 90-es évektől nem más, mint a 80-as évek vége amerikai egészségbiztosítási elképzeléseinek teszt pályája².

Tartalmi és formai követelmények

Az egyetemi és kari előírások szerint a tézisek az alábbi négy egységnek megfelelően tagolandók:

- I. rész: A kitűzött kutatási feladat rövid összefoglalása,
- II. rész: Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszerei,
- III. rész: A tudományos eredmények rövid összefoglalása, azok hasznosítása illetve a hasznosítás lehetőségei,
- IV. rész: A munka témaköréből készült publikációk jegyzéke.

Tekintettel az Egyesült Királyság összetett területi igazgatási viszonyaira, az értekezés az NHS szerepének nem az egész Egyesült Királyság, hanem csak az Anglia területére érvényes változásait ismerteti.

I. rész: A kitűzött kutatási feladat rövid összefoglalása

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.

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 az elmúlt másfél évtized alatt egy új egyensúlyi rendszer váltja fel. A változtatások kritikusai szerint ez az egyensúly nem egyenlő jogokból és nem egyenlő lehetőségekből tevődik össze.

Ez a változó szisztéma az NHS történetében kivétel nélkül minden esetben több szakmai és a politikai vita után parlamentáris keretek között kialakított döntésen és annak hasonló körülmények közötti kivitelezésén alapszik. Az előbbiekért érdekes, ez utóbbiért javasolt az NHS elmúlt hat évtizedének tanulmányozása.

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 nőtt³.

Ennek a növekedésnek ellenére az egészségügyi rendszerek folyamatosan masszív finanszírozási igénnyel szembesülnek a bővülő elvárások, a növekvő költségek és a költséges új technológiák irányából.

Az Egyesült Királyság – és Hazánk – 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.⁴

A két országban erre utaló adatok:

Nagy Britanniában jelenleg a 60 millió brit közül:

- *7 millió rendelkezik magánbiztosítással,*
- *6 milliónak nyújt fedezetet magán egészségügyi készpénz biztosítás,*
- *a fogászati ellátásért minden harmadik magán-ellátóhoz fordul.*

A **Magyar Köztársaságban** pedig a 2009-es év első 10 hónapjában 123,6 milliárd forintra nőtt az Egészségbiztosítási Alap hiánya – jelezte 2009 november 10-én Székely Tamás miniszter, aki szerint a jelenlegi struktúrát mindenképpen módosítani kell.⁵

Az NHS legújabb kori történelme a változtatások és struktúraváltások mintapéldája, a legújabb euro-atlanti megoldások „állatorvosi lova”.

Ezért fontos tanulmányozni az NHS történetét.

II. rész: Az elvégzett vizsgálatok, elemzések rövid leírása, a feldolgozás módszerei

Az előző részben kifejtettekkel ellentétben Magyarországon elhanyagolható mennyiségű, mindössze néhány oldal angol nyelvű szakirodalom lelhető fel az NHS-ről. A hazai könyvtárak állomány lekérdezése után könyvtárközivel mindössze három eredeti munkát találtam. Ezek legfrissebbje 1998-as munka.

A kutatást – a Hazánkban fellelhető források szűkösége miatt tehát – egyértelműen:

- a primer források megismerésével,
- a szekunder beszerzésével,
- és további tercier irodalom (folyamatos) gyűjtésével

kellett kezdenem.

A téma szempontjából primer forrásoknak minősülnek a *különböző időszakok jogszabályai*.

Szekunder irodalom a tényeket és folyamatokat összefoglalóan, rendszerint egy-egy szemszögből bemutató tudományos *monográfiák*.

Tercier irodalomnak az *újságcikkeket*, a gyakran szubjektív visszaemlékezéseket és az interneten gyűjtött, nem tudományos igényű információkat nevezem. Ezek folyamatos gyűjtése a téma élő követését eredményezi. A szöveg lezárásáig folytattam a monitorozást a The Financial Times-ban és a The Economics-ben.

Az irodalom összegyűjtésében nagy segítségemre volt az 1832-ben alapított British Medical Association adatbázisai, és az 1840 óta kiadott British Medical Journal archívuma, valamint az 1753-ban megalapozott British Library szakmai és történelmi katalógusai.

A szakirodalomhoz való fizikai hozzájutás ma, az internet korában is markánsan elválik az arról való tudomásszerzéstől. A témáról szóló monográfiákat – főleg azt követően, hogy megláttam a másolást tiltó egy hetes könyvtárközi kölcsönzés számláját a British Library-től – internetes könyvkereskedőkön keresztül megvásároltam.

Nagy segítségemre voltak ezen könyvanyag hazaszállításában az Egyesült Királyságban dolgozó, és gyakran utazó magyar orvosok, köszönet a segítségükért. Ugyanitt kell kiemelnem munkáltatóm támogatását, melynek segítségével – a PTE könyvtárának állományát gyarapítva – tucatnyi könyvhöz jutottam hozzá.

Az irodalom összegyűjtését annak rendszerezése és forráskritikával illette követte. A forráskritika alkalmazására két jó példa. Egyrészt a memoárok munkáspárti vagy tory, másrészt az átalakítási koncepciók, tervezetek aktuálisan kormányzati vagy ellenzéki nézőpontok szerinti besorolása.

III. rész: A tudományos eredmények rövid összefoglalása, azok hasznosítása illetve a hasznosítás lehetőségei

A.

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

A disszertáció az HNS-t az alábbi fő lépésekben ismerteti meg:

- 1. *Az NHS elhelyezése a globális, az európai, valamint a tudományos környezetben (2009)***
- 2. *Az NHS és intézményei történeti kialakulásának bemutatása (1948-2007)***
- 3. *Az NHS-t erő kihívások és azok megoldási útjai napjainkban (2007-2010)***
- 4. *Rövid összevetés a hazai viszonyokkal.***
- 5. *Az Európai Bíróság NHS-t érintő jogesetei***

A 2.-3. alrészben a disszertáció folyamatosan mutatja be az NHS történetét. Nem használom sem Rivett dekádokra⁶, sem Macpherson⁷ kormányokra történő felosztását. Ez utóbbira viszont utalok a függelék kronológiájának szerkezetében. A disszertáció saját, a történéseket saját logikájukban talán jobban követő, rugalmasabb felosztást követ, amely leginkább Charles Webster⁸ felosztásához hasonlítható:

- 1. 1911-1948 Az NHS előzményei megalapítása**
- 2. 1948-1973 Az első negyedszázad a munkáspárti átszervezésig**
- 3. 1974-1998 A második negyedszázad: a Jóléti Állam válsága**
- 4. 1999-2007 Az NHS közelmúltja**
- 5. 2006-2009 Az NHS napjainkban**
- 6. 2009- Az NHS a közeljövőben.**

Amint itt is, az alfejezetek címének végén – ahol ez megállapítható vagy 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-)

B.

A világban a szervezett társadalmak nagyon különböző társadalom- egészség-, illetve szociális -biztosítási, -biztonsági stb. rendszereket működtetnek. Ezen – egy megszorító definícióval közös ismérvek alá hozott – rendszerekben 1997-ben 2.985 majd 2004-ben 4.100⁹ milliárd dollárt költöttek el, ami a világ GDP-jének 8%(majd 9,6%)-a. A heterogenitásra három példa¹⁰:

- A Föld lakosságának 84%-ára az egészségügyi kiadások mindössze 11%-a jut – ugyanekkor ugyanez a 84% szenved a fertőző betegségek 93%-ától.
- A Nigériával közel azonos népességű Japán 270-szer költ többet az egészségügyére¹¹.

- Míg Európában a születéskor várható medián élettartam 75 év, addig ugyanez a mediánmutató Afrika egészére nézve mindössze öt év¹².

A fenti exempláló felsorolásban egyben rámutattunk a főbb okokra, amelyek:

a kulturális különbözőséggel színezett, rendszerint történelmi tényeken alapuló, területi és vagyoni egyenlőtlenségek, azzal a megjegyzéssel kiegészítve, hogy a szegények és a gazdagok közötti egyenlőtlenség geográfiaailag 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.

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 folyó elmélyült társadalmi vita és az ehhez kapcsolódó szakirodalmi feldolgozottság indokolja¹³.

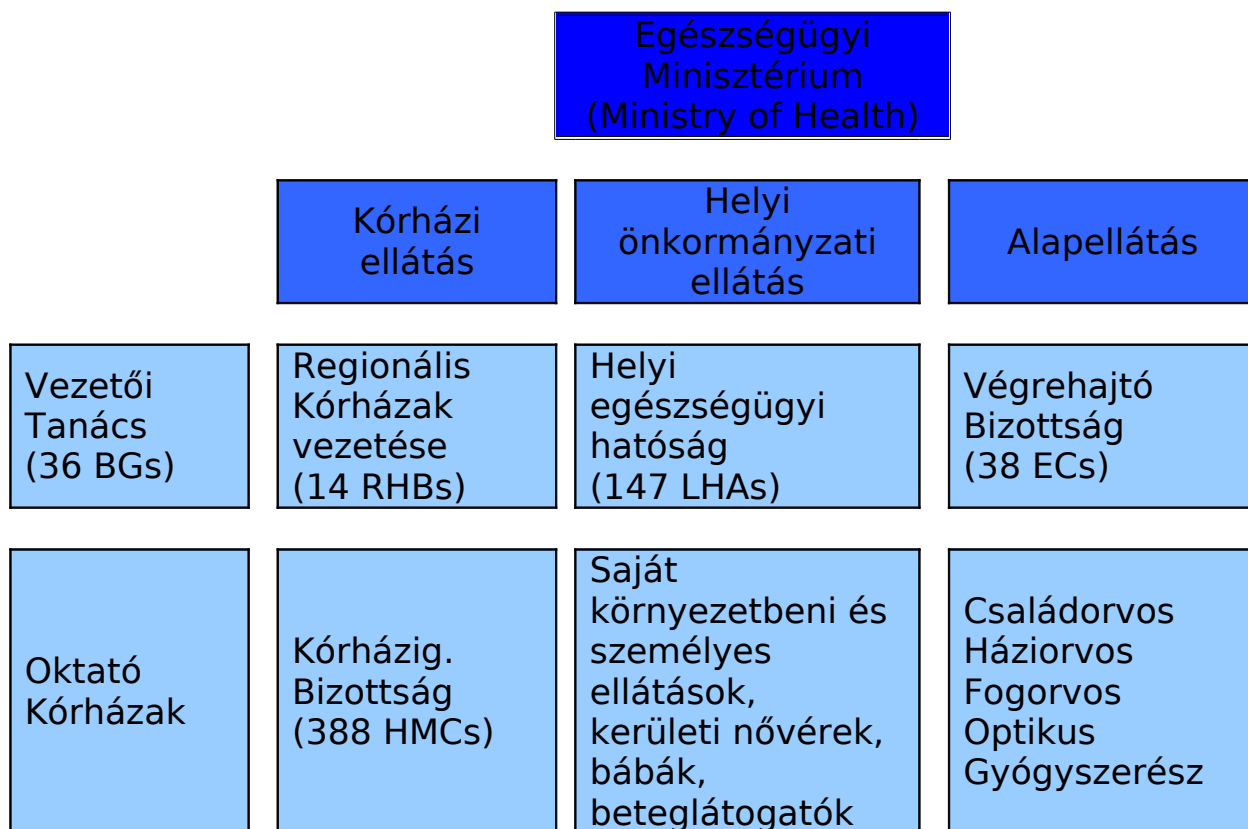
Az európai egészségügyi rendszereknek számos kihívással kell szembenéznük: mindenképp az elöregedő lakosság igényeihez kell alakítani azokat. 2008 és 2060 között a 65 éven felüliek száma az EU-27 tagországokban várhatóan 66,9 millióval fog növekedni, ennek leggyorsabban növekedő szegmensét a 80 év fölöttiek fogják képezni¹⁴.

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 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 előirányzott pénzügyi keret 321,5 millió euró¹⁵.

A disszertációban ismertetésre kerül a „Bismarck-i” , „Beveridge-féle” és a „Magánbiztosítási modell” (öngondoskodás alapú) Ranade (1974)¹⁶ kiegészítése, a „Semashko-féle modell”, a „Vegyes modell” a Harvard-i Hsiao (2000)¹⁷ a Medical Saving Accounts-on alapuló Szingapúr-i modellje¹⁸.

Az NHS alakuláskori szervezete Rivett szerint (1948)¹⁹

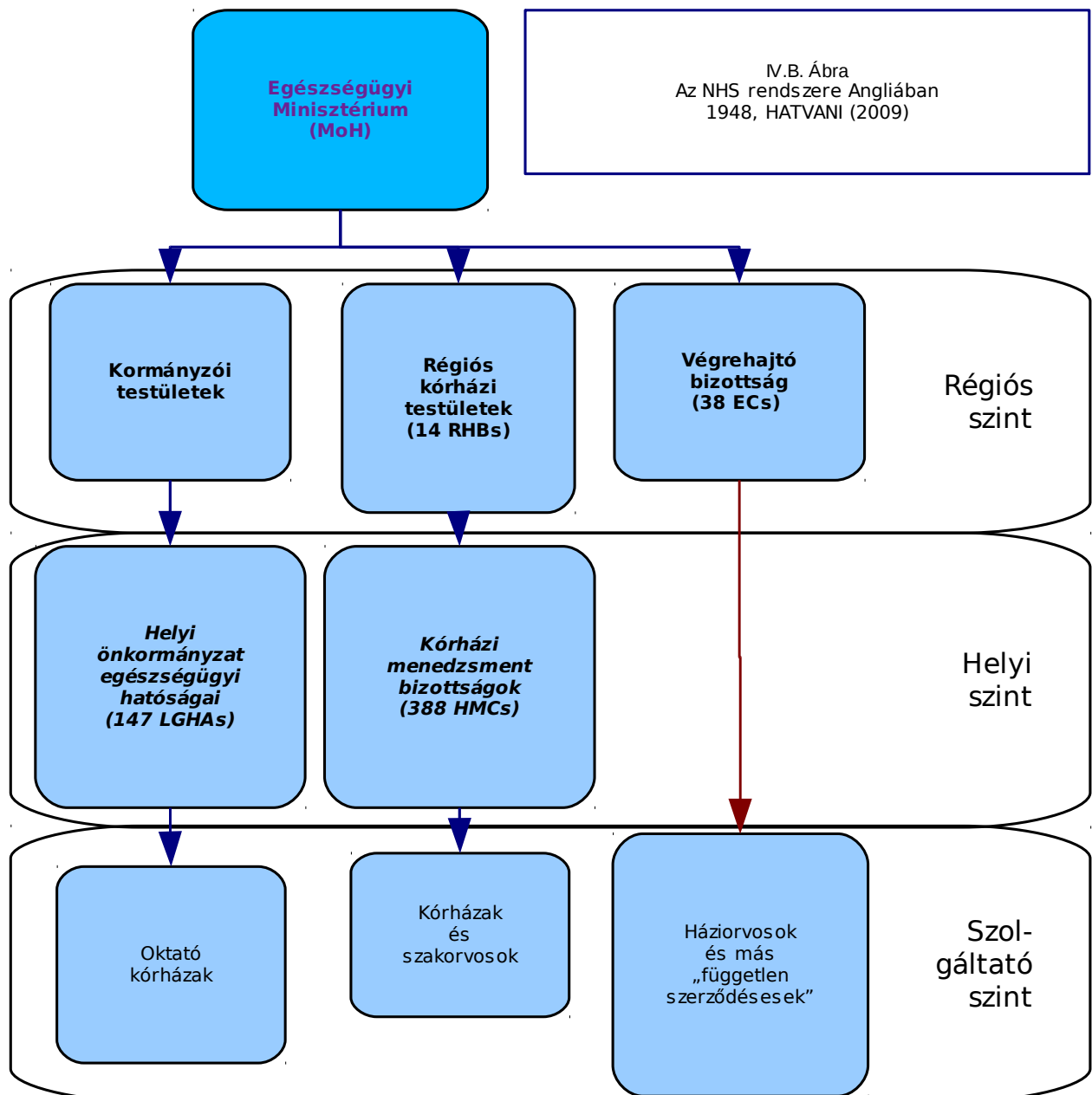


A létrehozott rendszer titka nemcsak a társadalmi összefogás, nemcsak az ötlet kiválósága, hanem a mindezek mögött meghúzódó egyszerű matematika²⁰:

Források (Millió £-ban)	1938/9	1944	1945
Társadalombiztosítási járulék	11,2	35,7	35,7
Központi adók bevételei	3,0	48,3	103
Helyi adók bevételei	40,3	48,0	6,0
Önkéntes források	11,5	-	-
Összesen	66,0	132,0	145

A táblázat az egészségügyre fordítható források növekedését mutatja az adományok teljes kiesése, és a helyi hozzájárulások mértékének jelentős csökkenése mellett²¹.

A disszertáció Rivett ábrája mellett ismerteti Ham es Baggott felépítési/szerkezeti ábráját az alakuláskori NHS-ről, valamint – ezek összefoglalásaként az alábbi saját ábrát közli:



C

Az alapítás után azonban hamarosan hasadékok jelentek meg a rendszeren. Az először manifesztálódott problémák mind a minisztérium (azaz az 1959-es Cranbrook Report és az 1963-as Gillie Report)²², mind a kutató Allsop²³ szerint a három, vertikálisan elkülönült alrendszer közötti átfedésekre, fölösleges kettőződésekre és a köztük szükséges koordináció hiányra voltak visszavezethetők. A hasonló okokat és érveket felsorakoztató rendszerkritikára a brit orvos kamarától sem kellett sokat várni, 1962-ben megjelent a Porritt Report²⁴.

A Forrásfelosztó Munkacsoport, az RAWP (Resource Allocation Working Party, formula: 1975) létrehozása 1977-től²⁵ már sikeresen szűkítette az ellátási színvonalbeli szakadékot Dél-Kelet-Anglia és az ország többi része között.

A munkáspárti kormányzásról a konzervatívra átállás időszaka a változtatás-előkészítés, és az új egyensúlykeresés jegyében telt el, s a bizottsági jelentések és javaslatok első zuhatagát 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

A GP-k szerepe és a fundholding-ok (1982-1989-2006)

A piaci megoldások állami környezetbe bevezetése Angliában több lépésben történt. Az új, piac-orientált megoldások bevezetési terepe rendszerint a GP-k heterogén, népes csapata lett.

A legelső megoldás a GP-k vállalkozásba segítésére és egyben az ellátást nyújtók csoportos tevékenységre szorítására a fundholdingok alapításának engedélyezése. A fundholding amolyan szövetkezet-nek írható le, amelyben a GP-k önkéntes csoportjai szabadon szerveződnek egy-egy területen az ellátások nyújtására.

A következő lépésben létrejött „NHS-trösztök” 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 létre²⁶.

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 hangsúly-váltás Frank Field nevéhez fűződik.

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 jellemző szervezeti megoldása az új Care Quality Commission, másik jellemző intézkedés az egyes előre meghatározott gazdasági mutatókat el NEM érő kórházi menedzsmentek visszahívása.

D.

A harmadik lépésre 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.

Az új struktúra kiépítése párhuzamosan zajlott a működési szabályok permanens átfogalmazásával, és jószerével egy évtizeden keresztül, 1996-tól 2006-ig²⁷ tartott.

Az új struktúra kiépítésének lépéseit az alábbi táblázatban szemléltethetjük²⁸:

1996 előtt	1996	1999	2002	2006
14 Régiós egészségügyi hatóság	8 Régiós NHS végrehajtó iroda	8 Régiós NHS végrehajtó iroda	28 Stratégiai egészségügyi hatóság	10 Stratégiai egészségügyi hatóság
100+ Kerületi egészségügyi hatóság	100 egészségügyi hatóság	100 egészségügyi hatóság		
Család-egészségügyi szolgálatok				
GP-k szövetségei	GP-k szövetségei	481 Alapellátási csoport	303 Alapellátási Trust	152 Alapellátó Trust
Helyi (GP) megbízotti csoportok	Helyi (GP) megbízotti csoportok			
	Teljes beszerzési programok			
	GP szakszervezetek			

A teljes időszakban az Egyesült Királyságban az egészségügyi összkiadások több, mint négyötöde²⁹ közkiadásnak minősül, azaz állami finanszírozású.

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 végrehajthatónak³⁰ értékelte. A terv egy 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.

Az 'The NHS Plan 2000' programot később többször továbbfejlesztették és aktualizálták³¹:

- 2004-ben 'The NHS Improvement Plan', DH 2004a, és a szintén
- 2004-es „Choosing Health White Paper', DH 2004b,
- 2005-ben a 'Health Reform in England: Update and Next Steps', DH 2005,
- 2006-ban az 'Our Health, Our Care, Our Say White Paper', DH 2006
- 2007- a DARZI Report / Our NHS, Our Future (2007.X.4.)
- 2008 - Végleges DARZI Jelentés / High Quality Healty for All (2008.VI.30.).

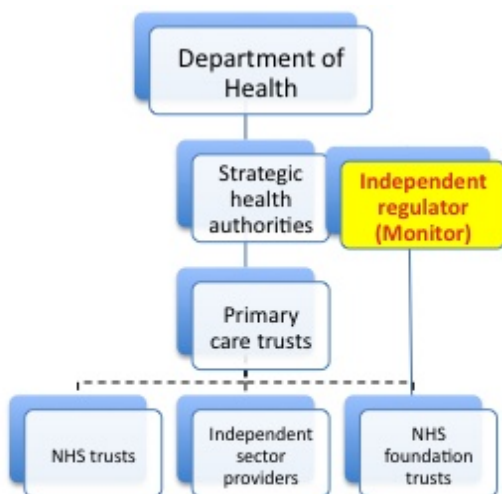
A hazai példa ellentételezéseként ismét felhívom a figyelmet arra, hogy az egyes dokumentumok, intézkedési tervek elfogadása széles körű konszenzus eredményeként történt meg.

POLLOCK(2005) szerint a tendencia az, hogy azt NHS-t „szétszedik és privatizálni fogják”³².



Az NHS szolgáltatások szervezésének jelenlegi struktúrája (1991-2009)³³ kitűnő példa a relációk kontraktualizációjára:

Az NHS ellátások biztosításának jelenlegi szervezeti struktúrája.



A PCT-k a nemzeti egészségügyi ellátás reformjáról és az egészségügyi szakmákról szóló 2002. évi törvény³⁴ által módosított 1999. évi egészségügyi törvény³⁵ 2. cikke által az NHS-be beillesztett 16A. cikk alapján létrehozott közintézmények. Összetételüket jogszabály rögzíti. A nemzeti egészségügyi ellátásról szóló 2006. évi 41. sz. törvény (National Health Service Act 2006)

értelmében Angliában az egészségügyi államtitkár köteles gondoskodni egy átfogó, a fejlődést biztosítani tervezett egészségügyi ellátásról³⁶. Ebbe egyaránt beleértendő

- a) Anglia népének fizikai és mentális egészsége
- b) a megelőzés, a diagnosztika és a betegellátás.

A szociális és az egészségügyi ellátásról szóló 2008. évi 14. sz. törvény (Social and Health Care Act), melyet 2009 január 1 napjával tettek közzé és 2009. április 1 napjától lépett hatályba.

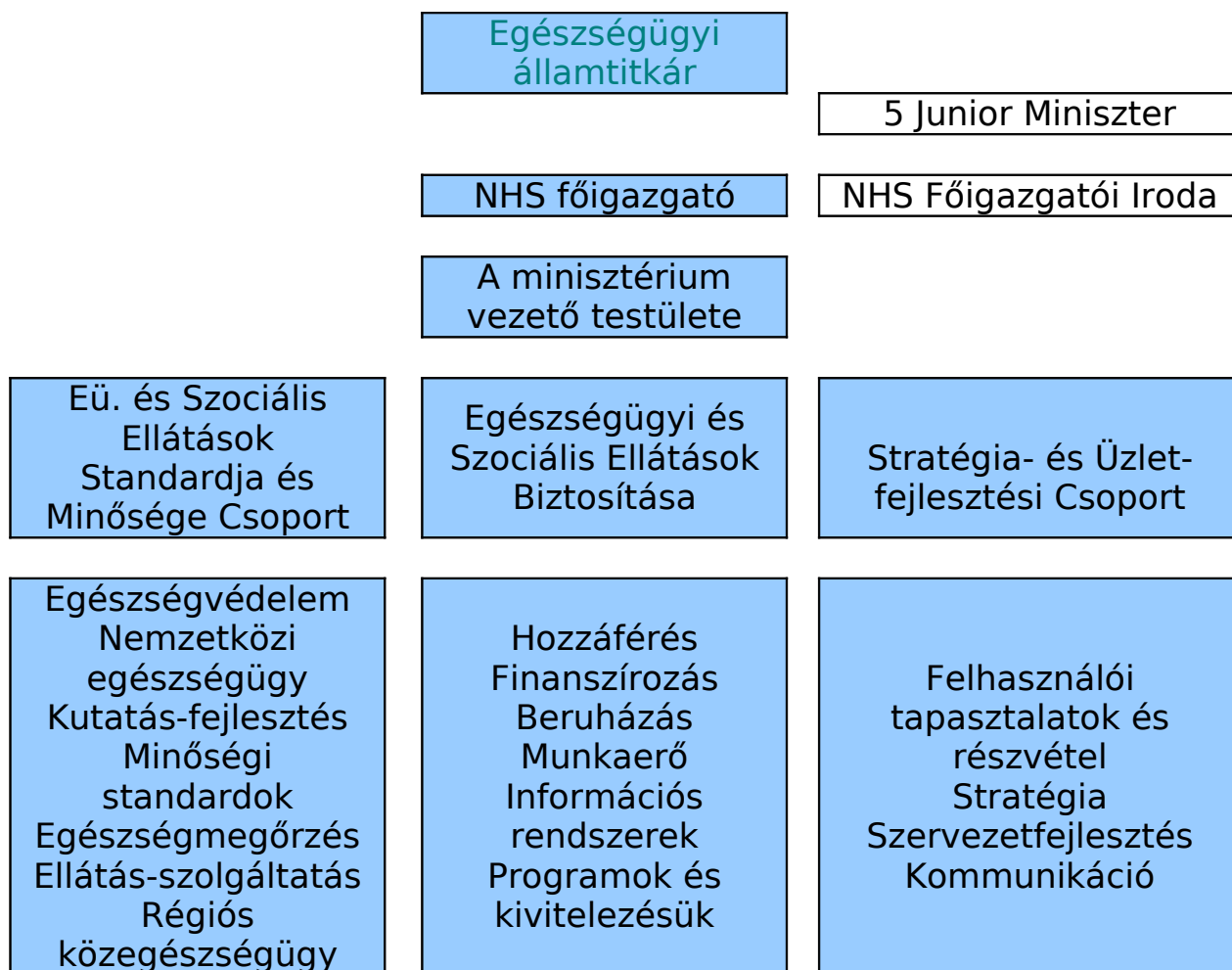
E.

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 tűzvonálának. Ez az első pont, ahol a legtöbb ember találkozik a szolgálattal, és gyakran csoportosan ellátott parxisok – széles köre nyújtja ezeket a szolgáltatásokat.

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 szakspecialistái és sebészek végzik.

A SoH jelenlegi struktúrája (2009)³⁷

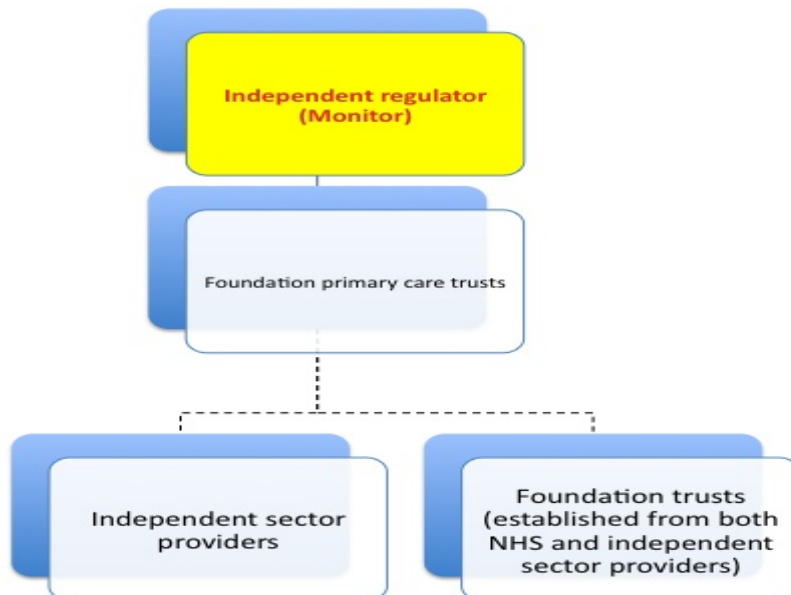


A jelenleg ható „mixed economics of health” paradigmáját LIZ LLOYD ábrája szemlélteti markánsan:



A témakör politikai összefoglalóját Gordon BROWN-nak 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 jövőnek³⁸ – találhatjuk meg.

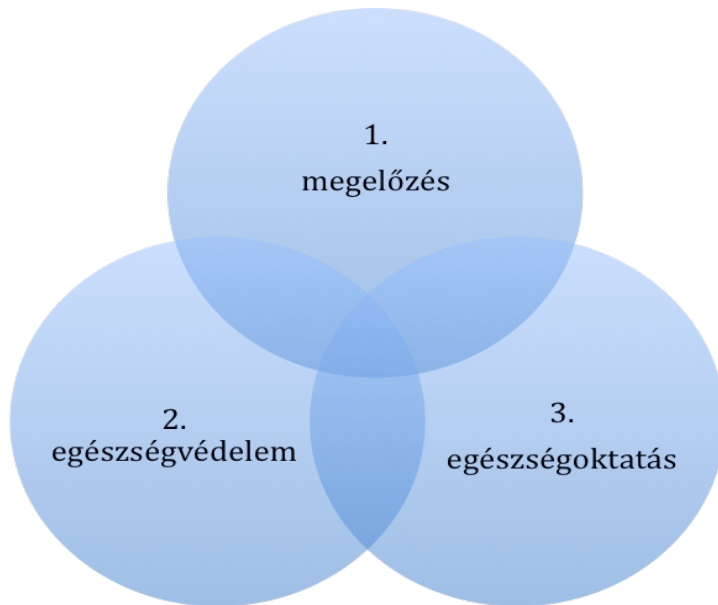
A szolgáltatások szervezésének 2006-ban elképzelt struktúrája (2010-)³⁹



A független ellátásszervező MONITOR megvalósítani látszik az Európa Tanács „A new strategy for Social Cohesion” 9. és 23. cikkeiben foglalt ajánlást⁴⁰.

Az egészség védelmének új stratégiája Tannahill szerint három fő halmazból áll. 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)⁴¹ a biztonsági öv bekötését reklámozó lobbis oktatási tevékenységét mondja.



A DARZI Jelentés négy csoportban taglalja az alkotmányozás szükségességét:

1. Biztosítani az NHS-t a jövő számára
2. Erősíteni a kedvezményezett jogokat és a nyilvánosságot
3. Az NHS személyzet és megbecsülésének megerősítése
4. A közös célok, alapelvek és értékek kodifikálása

F.

A disszertáció végül az Európai Bíróság egyes jogesetein keresztül mutatja be az NHS együttélését és konfliktusait a kialakulóban levő európai joggyakorlattal.

A disszertáció de lege ferenda javaslatai

Az itt következő de lege ferenda javaslatok egyrészt az előző fejezetek tanulságaiként vonhatók le, másrészt konkrétan a több biztosítás modell SWOT-analíziséhez kapcsolódó hivatalos minisztériumi ábra kijelentéseihez 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 széles körű szakmai és társadalmi viták lefolytatásának.

Ezek során biztosítani kell 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.

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 képviselői formák támogatása.

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 kormányzatnak 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 biztosító modell – átmenetileg többet 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.

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.

IV. rész: A munka témaköréből készült publikációk jegyzéke

Társadalombiztosítási jog (oktatási segédlet) PTE FEEK Kiadó 1999 BERKE Gyulával /A Jogi Kar „Év publikációja” díj 2.hely/ (182 oldal)

Társadalombiztosítási jog (jegyzet) PTE FEEK Kiadó Humán szervező (munkaügyi menedzser) sorozat 2001 BERKE Gyulával (202 oldal)

A gyógyfürdőellátások igénybevételeinek társadalombiztosítási finanszírozásáról (fejezet) In: Aubert A.- Csapó J. (szerk.) Egészségturizmus PTE TTK Kiadó, 2004. (145-165 oldalak)

Magyar társadalombiztosítási jog 2006 (monográfia) 2007. (324 oldal)

- ¹ <http://www.issa.int/aiss/Topics/About-social-security>: 'Social security may be defined as any programme of social protection established by legislation...
- ² ENTHOVEN, Alain C: Reflections on the Management of the NHS, London, 1985, Nuffield Provincial Hospitals Trust, in: FREEMAN(1998) p. 398
- ³ WHR2000(2000) p. 95
- ⁴ BAGGOTT(2004) Ch. 6, p. 127
- ⁵ <http://www.portfolio.hu/cikkek.tdp?feed=1&k=3&i=124029> 2009.11.10 12:47
- ⁶ RIVETT, Geoffrey: National Health Service History, on the web: <http://www.nhshistory.net/>
- ⁷ MACHPERSON(Edt. 1998) Appendix, Chronology
- ⁸ WEBSTER(2002)
- ⁹ Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care, 2008 Sept, p. 8, Source WHO National Health Accounts (2007)
- ¹⁰ A külön végjegyzettel nem hivatkozott példánál itt a forrás WHR2000, Statistical Annex
- ¹¹ LISTER(2005) p. 2
- ¹² 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.
- ¹³ ENTHOVEN, Alain C: The History and Principles of the Managed Competition, London, 1993, Health Affairs, supplement 24-48, in: FREEMAN(1998) p. 398
- ¹⁴ 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
- ¹⁵ ibid 3. cikk, in: Európai Unió Hivatalos Lapja 2007.11.20. HU, L 301/ 7. o.
- ¹⁶ RANADE Wendy (ed 1998): Markets and health care. London/New York: Longman, ISBN: 0582289858 DDC: 338.433621 LCC: RA411
- ¹⁷ HSIAO, William (2000) Background paper on healthcare financing, Flagship course on Health Sector Reform, World Bank, Washington DC
- ¹⁸ Online at:<http://www.american.com/archive/2008/may-june-magazine-contents/the-singapore-model>
- ¹⁹ RIVETT(1998) p. 49. & Online at: <http://nhshistory.net/Chapter%201.htm>
- ²⁰ WEBSTER(2002) p. 23, Table 1.1
- ²¹ HAM(2004) p. 16
- ²² 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
- ²³ ALLSOP, J: Health Policy and the NHS, 1984, London, Harlow, Longman, p. 50-52
- ²⁴ Report of the Medical Services Committee, London, 1962, BMA
- ²⁵ 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 /
- ²⁶ HAM(1999) p. 158.
- ²⁷ RIVETT, Geoffrey: NHS History, Ch. 6, p. 15. Online at: http://www.nhshistory.net/chapter_6.html
- ²⁸ 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>
- ²⁹ 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
- ³⁰ The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform. London: Stationery Office, London; 2000. Chapter 6, p. 59
- ³¹ Részletek: SEDDON(2007) pp. 58-9
- ³² POLLOCK(2005) p. 224
- ³³ BAGGOTT(2004) p. 108, Figure 5.2 & Chapter 11 Health and Social Care, p. 284 nyomán
- ³⁴ National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002
- ³⁵ Health Act 1999
- ³⁶ Ibid Part 1, 1 'Secretary of State's duty to promote health service'
- ³⁷ BAGGOTT(2004) p. 161, Figure 7.2 nyomán
- ³⁹ TALBOT-SMITH&POLLOCK(2007) p. 105, Figure 6.1 Right nyomán

⁴¹ NAIDOO&WILLS(2001) p. 293

⁴⁰ A New Strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004, CDCS p. 9, 23rd pt.

³⁸ Gordon BROWN: Speech on the National Health Service, Monday 7 January 2008, online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>

**Law School University of Pécs
Doctoral School**

**About the changing role and structure
of the National Health Service
in England between 1948 and 2010**



Theses of a PhD dissertation
Pécs, Hungary 2010

'Social security systems, indeed, are one of the most powerful institutional expressions of social solidarity. The establishment or maintenance of a well developed social security system, based on solidarity is seen as one of the principal means of fostering social cohesion.'

Author:
Dr. Zsolt Ákos HATVANI

Head of program:
Prof. DR. György KISS, University of Pécs

Consultant:
DR. György KISS

INTRODUCTION

According to the common definition you can find at the official website of ISSA:¹ ‘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 programs, 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.’

However the British government provides free medical care to all individuals and has done so since shortly after the World War II, yet there do not seem to have been marked reductions in class differences in infant mortality, maternal mortality or overall life expectancy². So not all economists agree about whether medical services should be treated differently than other commodities³.

The British National Health Service (in the following I will use its well-known abbreviation: ‘NHS’) was established on 5th of July in 1948, and today is a bureaucratic giant in monopole situation with more than a million workers.

If observed closely we could find similarities and several obvious parallels in the circumstances of NHS and the Hungarian system. That is exactly why the NHS was chosen as the target of my study. So the investigation of European solutions for social security systems is reasonable from the aspect of the Hungarian possibilities of successful solutions. It is true especially towards the NHS and its system of institutions, because the Hungarian social security system:

is also monolithic,

is state financed too, and

meets need of (financial, economical, political) changes permanently.

There is a ‘locus communis’ in the international literature, which affects against these parallels: Policy reform in the UK drew on the work of American health economists, e.g. Alan ENTHOVEN⁴. The idea of managed competition appealed to the then ascendant neo-liberal wing of British conservatism, and was promoted by its research institutes and think tanks. It was functionally useful just when it was vitally important for the government ‘to change the terms of debate from one about levels of funding to levels of technical efficiency’.

This idea then became incorporated into an international – and the Hungarian – discourse of health policy and planning.

FORMAL PRESCRIPTIONS AND CONTENT

According to the university and doctoral school policies the theses must be partition in the following four units:

- 1st Part: The short summary of the research project,
- 2nd Part: The short description of investigations and analyses, methods of the elaboration,
- 3rd Part: The short summary, utilization and exploitation possibilities of the scientific results,
- 4th Part: List of publications in the field of the dissertation.

Here I have 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 at all, and it touches the flavours of the provider systems just casually, on the level of rare cross-references towards Scotland and Wales.

TABLE OF CONTENT

Introduction.....	0
Formal prescriptions and Content.....	1
Table of content	1
1 st Part - The short summary of the research project	2
2 nd Part - Methods of the elaboration	3
3 rd Part - The short summary of the scientific results	4
4 th Part - List of publications.....	17
ENDNOTES	18

1st Part - The short summary of the research project

The NHS, this originally centralised governmental structure was founded along *three main principles*.

Firstly it was planned to be universal, that is, to provide health care of the same standard to everyone across the UK. Secondly it would have become comprehensive, covering all health needs. Finally it was to be free at the point of delivery, available to all citizens on the basis of need, not ability to pay.

This equality of foundation ages has been replaced by a new balanced system in the last decade. According to the critics of the latest mutations this equity does not provide equal rights and possibilities for all.

This changing system – without exception in the history of NHS – is based on decisions formed via a series of political debates followed by parliamentary process, and their enforcement amongst similar circumstances. For these reasons it is interesting and well worth to study the history of the NHS in the past six decades.

These facts are affirmed by the „Health Systems 2000” WHO Report, from which I cite a single datum here: between 1948 and 1997 the proportion of the healthcare expenses in the World's GDP rose from 3 percents to 8⁵. Despite this health care systems continued to face substantial financial pressures from rising public expectations, increasing demand, and financial pressures associated with new technologies.

In the context of the United Kingdom and Hungary, it has been argued that the pressures will widen the gap between the demand and supply, the implication being that state-funded system would become unsustainable.⁶

The data are public in both countries. In the UK, from the 61.4 million British people:

- 7 million have several kinds of private insurances,
- 6 million have private health insurance for cash benefits,
- more than 3.5 million of organized workers have benefits via trade unions.
- Beside these: more than 8 million pay cash for alternative therapies,
- and every third British visits a private dentist.

At the same time in Hungary the deficit of the Health Security Found has increased to 123,6 billion Forints in the first ten months of 2009, so the current

Hungarian health system should be changed immediately according to the government.⁷

The recent history of the NHS is an etalon (good direction or deadlock, it is arguable) for changes and structural reforms, a collection of the latest and more pragmatic Euro-Atlantic solutions.

This is why it is well worth to become familiar with the history of the NHS.

2nd Part - Methods of the elaboration

Despite the facts explained above, you can find only some pages about the NHS in the Hungarian literature.

With the web-check on the stocks of the Hungarian libraries, I found only three pieces of source-literature about the NHS. The most recent one was from 1998.

So I had to begin my survey with the following tasks:

to become familiar with the primary sources;

to purchase the secondary sources;

to monitor permanently the ‘tercier’ literature (press releases)

From the aspect of my theses the texts of acts in force qualify as primary sources.

The secondary literature comprises the scientific articles on the theme and the summarised monographs that show a field from a special point of view.

I label as ‘tercier’ literature the mixed class of various pieces of information: the media releases from the press or World Wide Web, including the subjective reminiscences and memoirs or quotidian releases in the electronic media and on the Internet. The permanent collection of the above sources results in up to date knowledge of the area. I have been monitoring the NHS related articles in The Financial Times and The Economics till I finished writing.

In the collection of literature a huge help was provided by the databases of British Medical Association (founded in 1832), the archives of British Medical Journal (issued from 1840) and the professional and historical catalogues of the British Library (founded in 1753).

Even these days, in the age of Internet obtaining the literature (touching the book) separates markedly from being informed about the existence of a book.

When I saw an invoice of a week's rental fee from the British Library with strict prohibition to xerox or photocopy it – I decided to buy the literature via amazon.com.uk and other web booksellers. Here I have to return thanks for the help (to forward and carry) of Hungarian doctors who practice in the United Kingdom. Also I have to highlight the sponsorship of my employer, which helped me to purchase dozens of books to increase the stocks of University Libraries with it.

Gathering of literature was followed by arrangement and the criticism of the sources. There are two simple examples on applying source criticism. For the one hand evaluation of the memoirs after political trends (Tory or Labour) and for the other hand the classification of concepts, plans and schemes according to the current governmental or opposite aspects.

E.g. see the following book titles:

NHS Plc. The Privatisation of Our Health Care (Allyson POLLOCK),

Driving the Wrong Way? A Critical Guide to the Global 'Health Reform' Industry (John LISTER), or

Quite like Heaven? Options for the NHS in a consumer age (Nick SEDDON),

The Future of the NHS. Join in the Debate (Michelle TEMPEST, Edit).

3rd Part - The short summary of the scientific results

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 – Localisation. Or: Let us put the NHS on the map of the Global, the European and the scientific environment (2009)

II. Historical foundations – Where is She from? Or: Introduction of the historical development of the NHS and its institutions (1948-2007)

III. Today's challenges – 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 – Parallel motorways. Or: comparison of methods of British and Hungarian solutions (1997-2009)

V. Briefings from the EU – 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 did not apply RIVETT's decades, or Macpherson's partition corresponding to the current government of the period. However, I made 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 were 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–)

The structure of the dissertation uses a flexible division which is similar to Charles WEBSTER's decades:⁸

1911-1948 The antecedents and foundation of the NHS;

1948-1973 The first 25 years to the first reorganization;

1974-1998 The second 25: the crises of the welfare state;

1999-2007 The recent past of the NHS;

2006-2009 The NHS nowadays;

2009- The near future of the NHS.

All around the world *the organised societies* operate indeed deeply different systems to provide their population with health care or social security, private or social or ageing, disability, care, and health and so on insurance schemes. In these systems 2.985 billion dollars were spent in 1997, then 4.100⁹ billion dollars in 2004. It means 8% (then 9,6%) of the World's GDP.

Just three examples for this heterogeneity:¹⁰

- 84% of the World's population shared just 11% of health care pending, but suffered 93% of the World infections diseases.
- Japan, with almost the same size population as Nigeria, spends 270 times more than Nigeria for health care^{ix}.
- While in Europe the median age at death is seventy-five, the same median in Africa is just five.¹¹

The above examples point out the main reasons that can be defined as:

'Wealth and territorial inequalities usually based on historical facts and coloured by cultural differences, to amend with an observation that the widespread disparity between the poor and rich population mirrored right also geographically between poor and rich regions, states, areas, towns or suburbs. All of these differences are varied richly according to gender and ages, or often based on ethnicity or sexual orientation.'

Although the extent of the NHS is not unremarkable, in accordance with the processes above it is negligible. Its importance exceeds its size and history. If you study the position of NHS it will be obvious: its splendid position based on deep social debates of six decades, and the literature elaboration deeply rooted in the debate.¹²

As I have declared already, the policy reform in the UK drew on the work of an American health economist. The nowadays well-known idea of managed competition appealed to the neo-liberal wing of British conservatism, and also to the Hungarian liberals, and was heavily promoted by both of them. It was functionally useful in Britain, when it was vitally important for the conservative government to change the terms of debate from one about levels of funding to levels of technical efficiency. Although the idea became incorporated into Hungarian discourse of health policy and planning – the waited positive effect has never arrived.

The European health systems have to face several challenges: first of all those have to be changed to meet the requirements of the fast increasing segment of ultra-ageing population. Between 2008 and 2060 the population of the EU-27 aged 65 and over is projected to increase by 66.9 million and the 'very old' (80+) will be the fastest growing segment of the population.¹³

There was the *Decision No 1786/2002/EC of the European Parliament* and

of the Council of 23rd September, 2002 adopting a programme of Community action in the field of public health (2003-2008). It was the first integrated community action program, which effected several results and improvements.

Then the Decision No 1350/2007/EC of the European Parliament and of the Council of 23 October 2007 established the second programme of Community action in the field of health for the period between 2008/01/01 and 2013/12/31. *In Article 3* you can find, that the financial envelope for the implementation of the Programme for the period EUR 321 500 000.

The objectives to be pursued through the actions have set out: to improve citizens' health security, to promote health, including the reduction of health inequalities, to generate and disseminate health information and knowledge.¹⁴

In its theoretic and statistical elaboration, the dissertation presents:

the 'BISMARCK-model' and

'BEVERIDGE-model' and

the 'Self-insurance model' (based on self-providing)

with RANADE's (1974)¹⁵ completion, then

the 'SEMASHKO-system',

a 'Mixed model',

Singapore-model¹⁶ based on Medical Saving Accounts, and

a model by HSIAO at the Harvard (2000).¹⁷

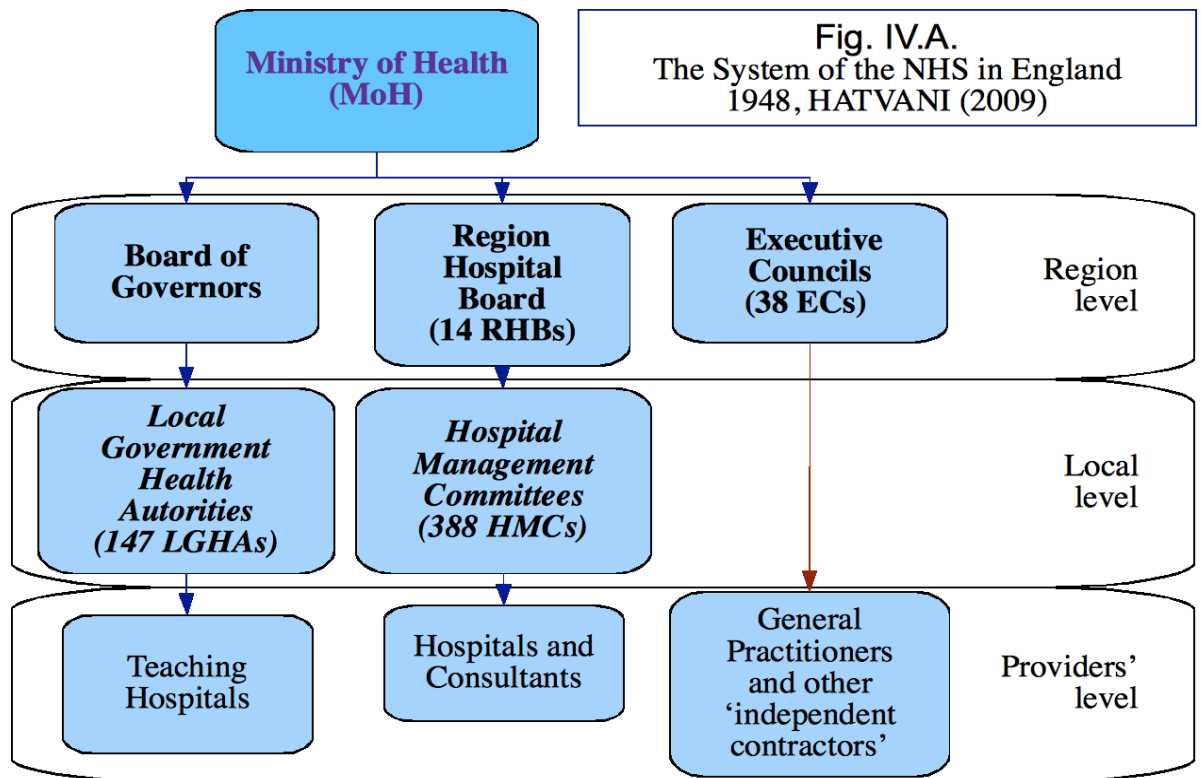
In the dissertation you can found three kinds of figures from

Christopher HAM,

Rob BAGGOTT and

Geoffrey RIVETT

about the system at the NHS's foundation in 1948 in England, and a fourth one by the candidate – to summarise those from the aspect of continental European approach – which one you can see here:



The system of the NHS in 1948 in England, according to HATVANI (2009)¹⁸

The ‘secret’ of the freshly created model was not only the uncommon expression of social cohesion or the excellence of the idea but the simple mathematics hidden all of those. Let us see the data of RIVETT’s following table:¹⁹

Sources (Million £)	1938	1944	1945
Social security incomes	11,2	35,7	35,7
Incomes of local authorities	40,3	48,0	6,0
Voluntary sources	11,5	-	-
All in all	66,0	132	145

The table shows the increasing of the sources appropriated for the healthcare parallel with the complete dropout of voluntary sources and significant fall of local contribution.²⁰

Cracks appeared on the building of NHS soon. The firstly manifested problems rooted in (according to the Ministry: CRANBROOK Report /1959/²¹ and GILLIE Report /1963/²² or a researcher ALLSOP²³) overlaps and unavailable

duplicates and the failures of needed coordination amongst the three vertically differenced sub-system.

There was no need for a long wait for the criticism of the British Medical Association with the same reasons and arguments: the PORRITT Report was published in 1962.²⁴

The establishment of the Resource Allocation Working Party (RAWP formula, 1975) narrowed the gap between the standards of care in SE England and the other parts of the UK past 1977.²⁵

The period of switch from the Labour to Tory government passed away with the elaboration of changes and search for the new balance, when the first flow of commission reports and suggestions were born. The remarkable ones are the following:

- Douglas BLACK Report – 1979 September
- The MERRISON Royal Commission Report, 1979 September
- Patients First White Paper – 1979 December
- Future Pattern of Hospital Provision in England – 1980 May
- Care in Action – 1981 May
- DAVIES Review – 1982
- GRIFFITHS Report – 1983 October

The assimilation of market solutions into the public sector has been implemented via several steps in England. The field of introduction of new, market-oriented solutions is usually the GPs' heterogenic and populous group.

The first step was to permit the foundation of fundholdings. This temporary arrangement pressured GPs with ensuring advantages and helped them to clog and work together. The Hungarian approach describes the legal institution of fundholding as a transient legal possibility especially for GPs to incorporate freely to provide attendances in a determined area.

The 'Trusts' (as Primary Care Trusts or NHS Trusts) came into existence in the following step and have acquired legal status, too. Their system was based on directions of articles of National Health Service and Community Care Act 1990.²⁶

Although the Labour Party was still engaged with the idea of the welfare state, finally the course has shown another welfare. The welfare of state was taken

over by the welfare of the market – this shift of emphasis was carried out mainly by Frank FIELD between 1992 and 1997. At the end of the process DOBSON made all 30,000 GPs into fundholders or members of 480 Primary Care Groups later Primary Care Trusts.

According to the Prime Minister’s summary, in 1997 people questioned whether the British NHS could survive – then the reforms have been materialised in the following three steps between 1997 and 2010.

The first step of reform was to configure minimum standards of care. Ensuring improved access to key treatments and renewing the physical infrastructure through hospital building also belongs to this.

Stage two was to widen diversity of supply to create new incentives for better local performance and more choice for patients. To achieve shorter waiting times, and improve the management of NHS resources through foundation hospitals and the use of the private sector.

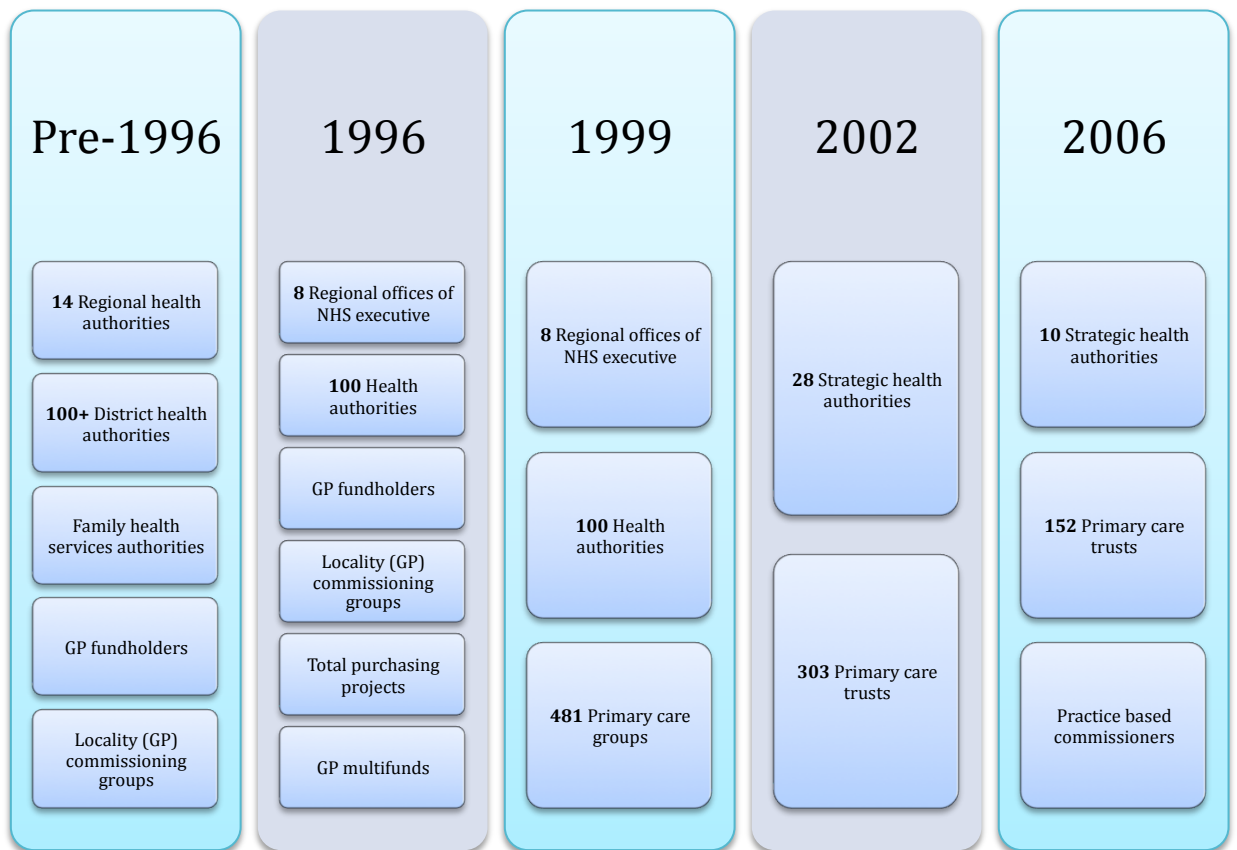
The third step will continue the work of stage two and match increased diversity of supply with an ability to respond to the new diversity of demand in preventive and curative medicine.

The significant systematic solution of the third step is the newly founded Care Quality Commission, with tougher powers to impose fines and close down wards in the case of poor standards. Another significant possibility is that weak GP or community healthcare services can be improved or replaced and underperforming hospital management will be removed.

But the third step has been done already within the frame of a newly built structure. One of the highlighted targets of ‘redisorganisation’ was to bring into shape ‘the 60 year old lady’ – to reduce the huge number of NHS employees.

The creation of the new system ran parallel with the permanent recodification of policies, and lasted across a decade, from 1996 to 2007.²⁷

The ‘redisorganisation’ steps of the decade are illustrated below:²⁸



In the whole period more than four fifths of the total health care expenditure qualifies as public sector expenditure, so is state financed.²⁹

In July 2000 the first national modernisation program of health and social care known as 'The NHS Plan, DH 2000' was defined. The Plan suggested a limited number of ambitious but achievable national targets. They will include shorter waiting times, the quality of care and facilities for people while they are in hospital, new services to help people remain independent, and efficiency.³⁰ The Plan was based on a public service agreement worked out by NHS strategic organs. Sixty-one national targets were drawn for a three years period of 2003/4 – 2005/6.

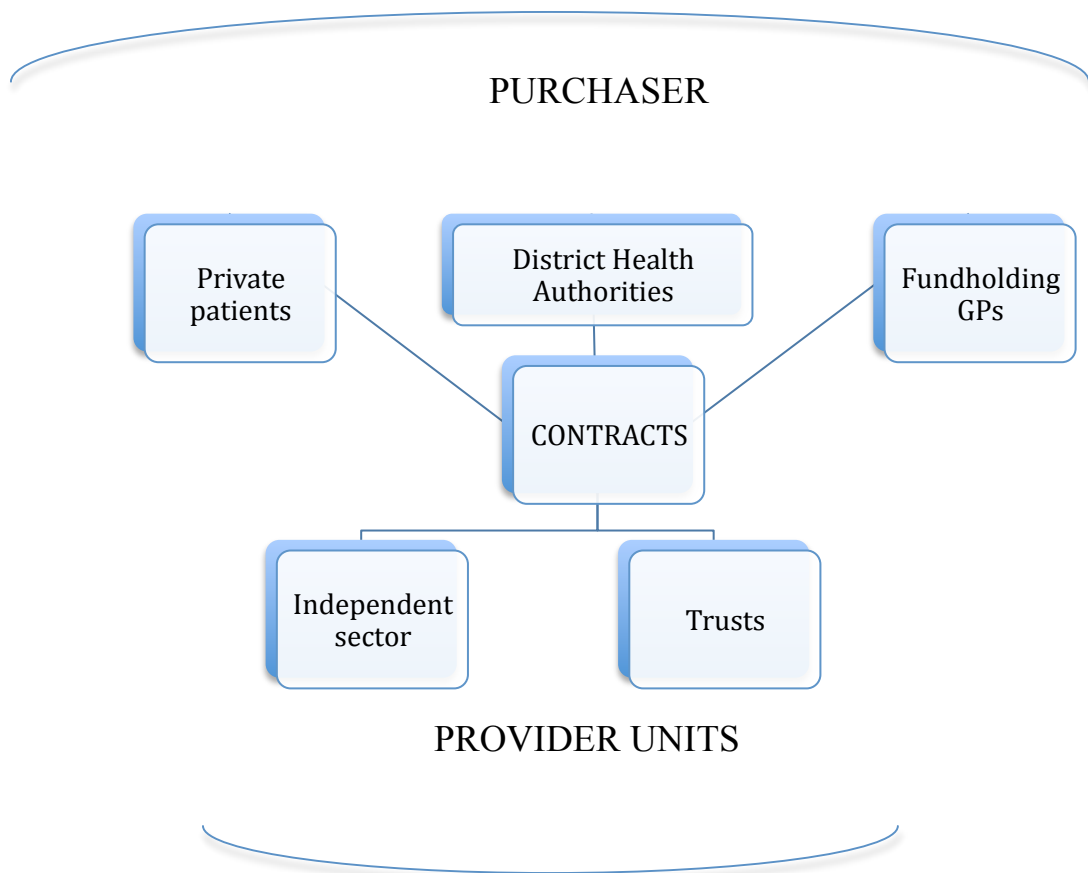
Tempora mutantur. The 'NHS Plan 2000' program was improved and actualised several times:³¹

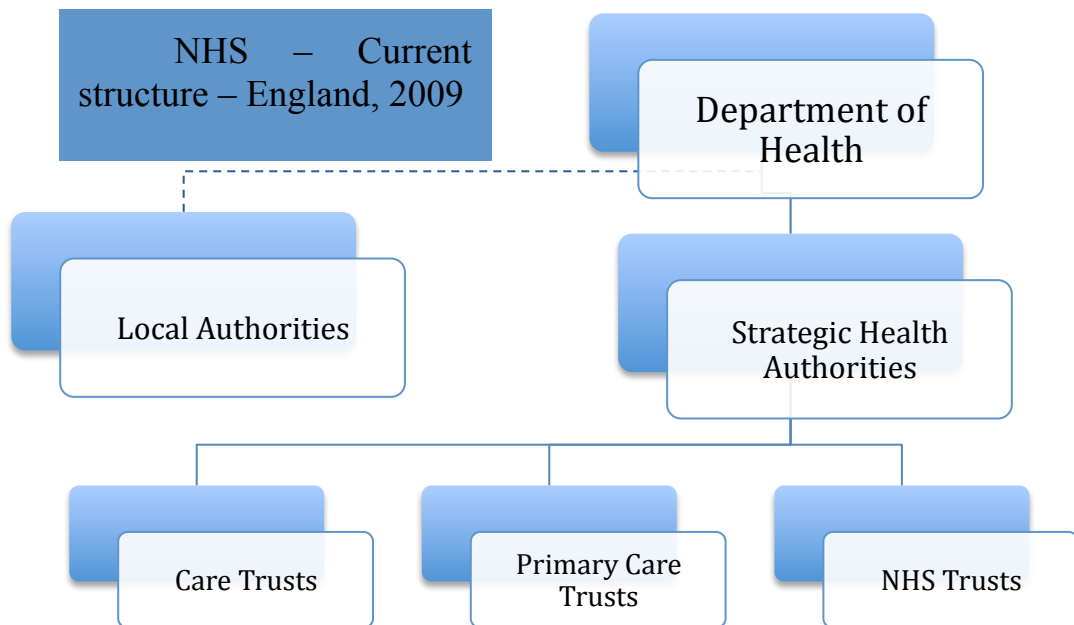
- 'The NHS Improvement Plan', DH 2004a,
- 'Choosing Health White Paper', DH 2004b,

- 'Health Reform in England: Update and Next Steps', DH 2005,
- 'Our Health, Our Care, Our Say White Paper', DH 2006
- DARZI Report / Our NHS, Our Future (2007.X.4.)
- Final DARZI Report / High Quality Health for All (2008.VI.30.).

In contrast with the Hungarian routine, it is worth considering the fact that all pieces of reports, documents and action plans based on investigations, surveys and inductions, and their acceptance were a result of wide range social consensus.

According to the professors anxious for the future of NHS and British health care system, e.g. A. POLLOCK, the permanent tendency is that NHS will be 'dismantled and privatised'.³²





The legal institution of Primary Care Trusts has been established by an act on reform of national health services in 2002³³. It was inserted as the 2nd article of Health Act 1999³⁴ in the system of NHS. Article 16A described the phenomenon as a public institution for the first time. Their constitution was determined also by act. According to the expressed definition of National Health Service Act 2006 Ch 41: Secretary of State's duty is to promote health service. He/She must continue the promotion in England of a comprehensive health service designed to secure improvement³⁵

- (a) in the physical and mental health of the people of England, and
- (b) in the prevention, diagnosis and treatment of illness.

This act declared that an NHS contract is an arrangement under which one health service body ("the commissioner") arranges for the provision of goods or services which it reasonably requires for the purposes of its functions by another health service body ("the provider").

The 14th Act about social and health care in 2008 (Social and Health Care Act 2008), which was published on January 1st 2009, and got force on April 1st

2009, contains 6 chapters and 173 pieces of long articles.

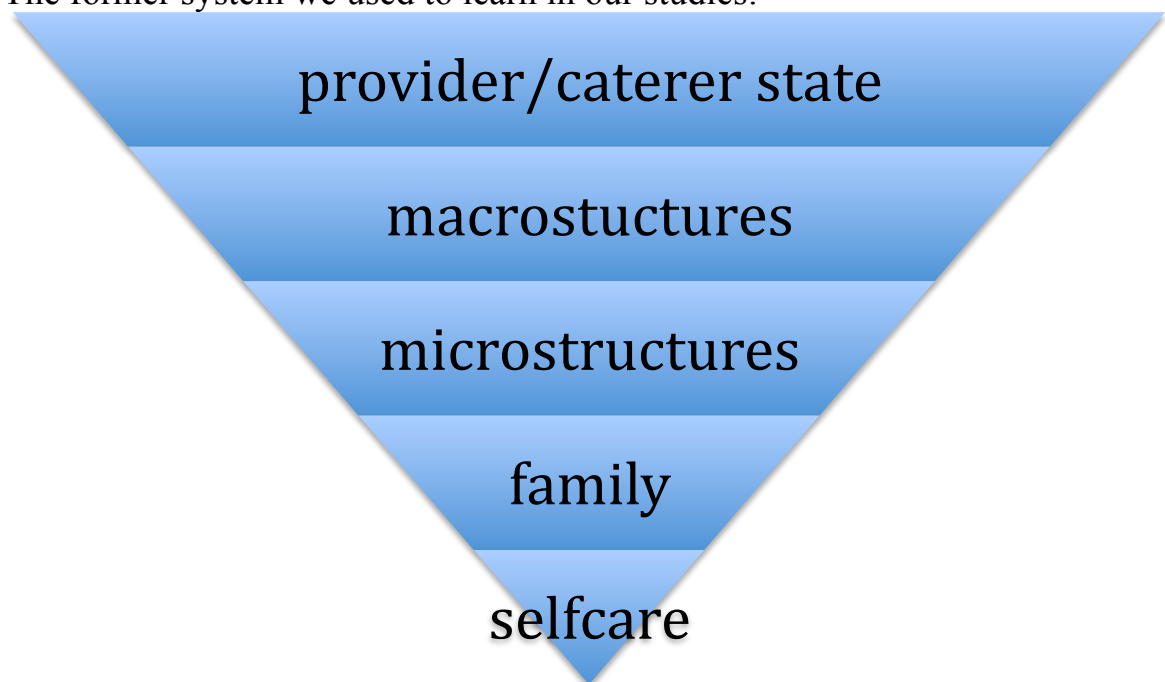
The NHS provides services and care in two main areas: the primary and secondary care.

Treatments are funded directly by the State, essentially from general taxation revenue, which is apportioned by the central government between the various Primary Care Trusts ('PCTs') according to the relative needs of the populations of the geographical area covered by them.

Primary Care is kept as a line of fire of health cares. This is a first point where the most people meet with the service which is usually drawn by independent contractors, grouped provider units. Most people's everyday experience of the NHS is at their GP's surgery.

Secondary Care (according to the Hungarian terminology: 'acute' care) also includes free choice and emergency care. These are provided by specialists and surgeons. Most of the media attention focuses on the daily drama of hospitals.

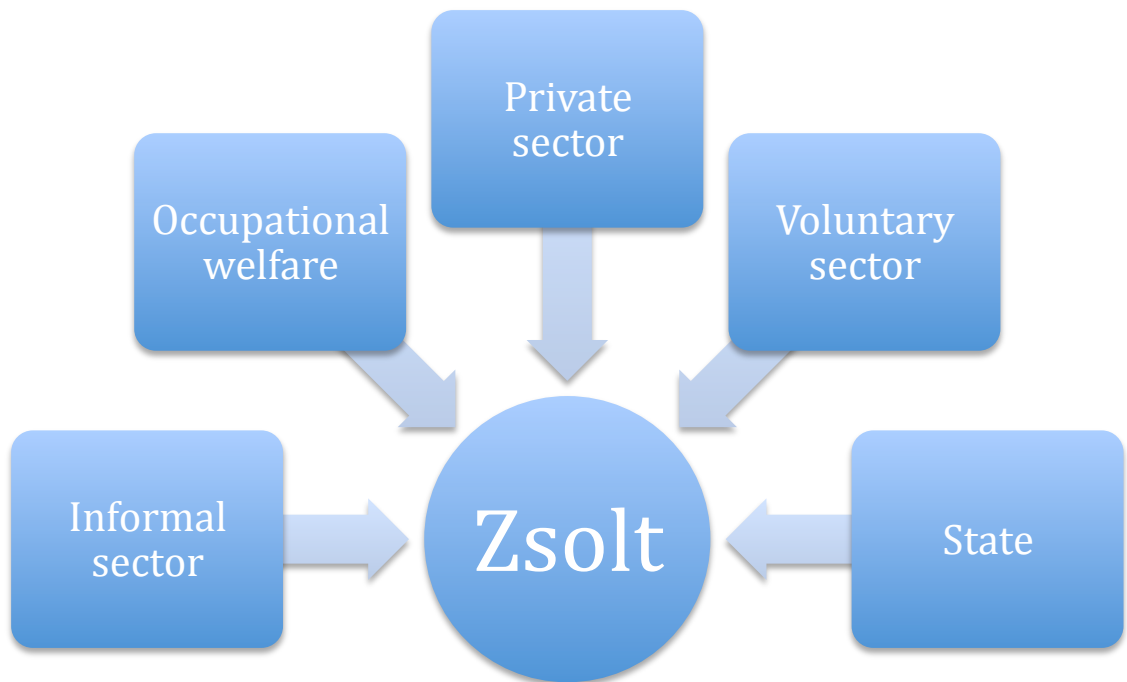
The former system we used to learn in our studies:



According to the SEMASHKO-based (means: socio-communist) conception the line above expresses not only historic and chronologic sequence but also a strict order of development. Naturally the cares by a provider /caterer state were the highest level.

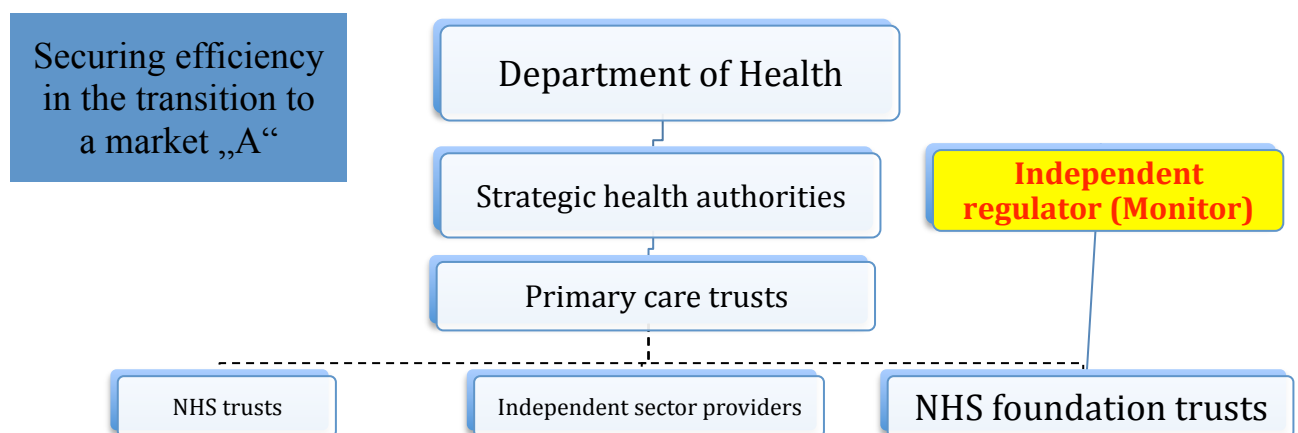
The 'new' paradigm of „mixed economics of health” was explained

markedly by TITMUSS's figure below³⁶:

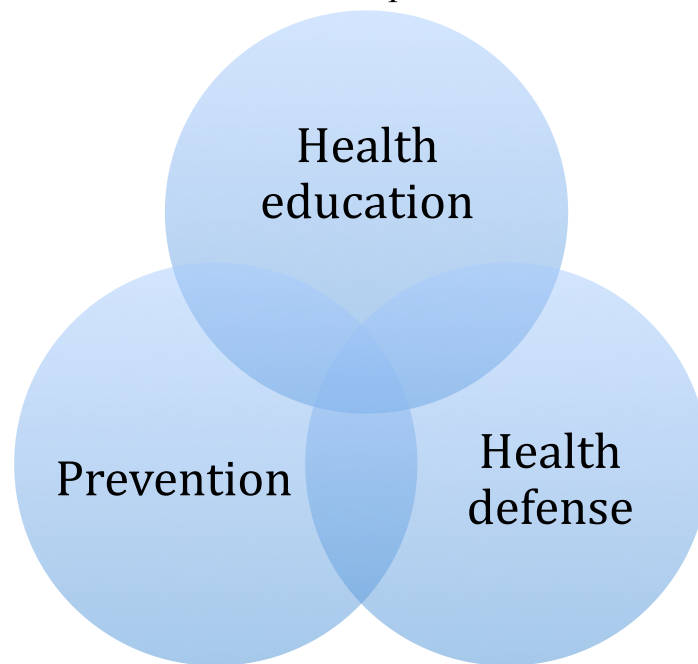


The political comprehension of the topic can be found in Gordon BROWN's speech on the NHS, that was held at Kings' College and the Florence Nightingale School of Nursing on 7th January, 2008.³⁷

The figure below shows the present temporary structure for the transition to a market in 2009³⁸. The independent regulator MONITOR seems to realised the recommendations of 9th and 23rd articles of the European Council „A new strategy for Social Cohesion”.³⁹



TANNAHILL's model describes health promotion as three intersecting circles of health education, prevention and health protection. Within these intersecting circles lie seven possible dimensions of health promotion.



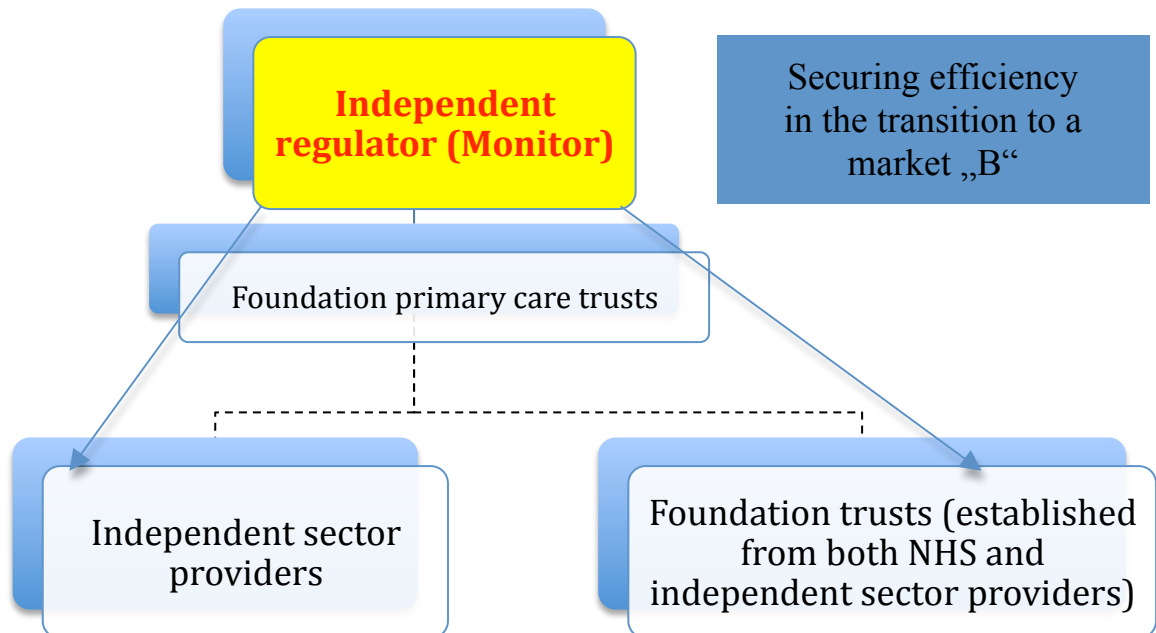
These are the following according to NAIDOO&WILLS (2001). In the middle of intersecting circles is the health education for preventive health protection, for example seat belt lobbying:⁴⁰

- Preventive services, for example immunisation;
- Preventive health education, for example smoking advice;
- Preventive health protection, for example fluoridation of water, and so on...

The keyhole surgeon Robot-professor, Ara DARZI's Report summarises the needs of the NHS constitution in the following five groups:

- Provide the NHS for the future
- Strengthen the rights of the patients and publicity
- Strengthen and appreciate NHS staff
- Codify the common targets, principles and values
- Strengthen the Patients' liability towards the codified standards – and carry out the free choice at the local level.

Finally according to Lord DARZI and his neo-liberal ‘marketing’ school there is only one royal way to achieve it: the figure shows the second step – the current transition was planned for 2010.⁴¹



4th Part - List of publications

Social Security Law, handout to lectures. Published by: FEEK, University of Pécs, 1999 – co-author: Gyula BERKE /'The publication of the Year' 2nd place/ (182 pages)

Social Security Law, textbook. Published by PTE FEEK in Series for Human Managers (HR) 2001 – co-author: Gyula BERKE (202 pages)

About the financial mechanisms of requisition of balneologic services via social security system in Hungary. Article. In: Aubert A.- Csapó J. (Edit) Health and Tourism, Published by PTE TTK, 2004. (pp 145-165)

The Hungarian Social Security Law 2006, monograph, 2007 (324 pages)

ENDNOTES

-
- ¹ <http://www.issa.int/aiss/Topics/About-social-security>
- ² Stieglitz, Joseph E: *Economics of the Public Sector*, 2nd ed, 1988 London, WW Norton. Ch. 11th, p. 288
- ³ For an articulation of this view, see V R Fuchs, „From Bismarck to Woodcock. The irrational pursuit of NHS”. Ch. 13, pp. 257-71
- ⁴ ENTHOVEN, Alain C: *Reflections on the Management of the NHS*, London, 1985, Nuffield Provincial Hospitals Trust, in: FREEMAN (1998) p. 398
- ⁵ WHR2000 (2000) p. 95
- ⁶ BAGGOTT (2004) Ch. 6, p. 127
- ⁷ Hungarian Minister of Health, 10th November 2009, in a conference on healthcare in Budapest.
- ⁸ WEBSTER (2002)
- ⁹ *Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care*, 2008 Sept, p. 8, Source WHO National Health Accounts (2007)
- ¹⁰ WHR2000, Statistical Annex
- ¹¹ LABONTE, Ronald (CAN) et al 2004, cited in: LISTER (2005)
- ¹² ENTHOVEN, Alain C: *The History and Principles of the Managed Competition*, London, 1993, *Health Affairs*, supplement 24-48, in: FREEMAN (1998) p. 398
- ¹³ *Green Paper on the European Workforce for Health*, Brussels, 10.12.2008 COM(2008) 725
- ¹⁴ http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf
http://ec.europa.eu/health/ph_systems/docs/workforce_gp_en.pdf
- ¹⁵ RANADE Wendy (ed 1998): *Markets and health care*. London/New York: Longman, ISBN: 0582289858 DDC: 338.433621 LCC: RA411
- ¹⁶ Online at: <http://www.american.com/archive/2008/may-june-magazine-contents/the-singapore-model>
- ¹⁷ HSIAO, William (2000) *Background paper on healthcare financing, Flagship course on Health Sector Reform*, World Bank, Washington DC
- ¹⁸ See the correspondances: WEBSTER (2002) p. 23, Table 1.1
- ¹⁹ RIVETT (1998) p. 49. & Online at: <http://nhshistory.net/Chapter%201.htm>
- ²⁰ HAM (2004) p. 16
- ²¹ Ministry of Health, *Report of the Committee on Maternity Services (CRANBROOK)*, 1959, London, HMSO Books
- ²² Ministry of Health, *The Field Work of the Family Doctor (GILLIE)*, 1963, London, HMSO Books
- ²³ ALLSOP, J: *Health Policy and the NHS*, 1984, London, Harlow, Longman, p. 50-52
- ²⁴ *Report of the Medical Services Committee*, London, 1962, BMA
- ²⁵ MAYS, N & BEVAN, G: *Resource Allocation in the Health service*, London, 1987, Bedford Square Press

-
- ²⁶ HAM (1999) p. 158
- ²⁷ RIVETT, Geoffrey: NHS History, Ch. 6, p. 15. Online at: http://www.nhshistory.net/chapter_6.html
- ²⁸ 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>
- ²⁹ 1990: 83,6%, 2000: 80,9%, and 2005: 87,1%. in: *Social Health Protection, An ILO Strategy towards Universal Access to Health Care*, 2008 Sept, Figure 3.10., p. 13, Source: OECD Health Data 2007
- ³⁰ *The NHS Plan. A Plan for Investment. A Plan for Reform.* London: Stationery Office, London; 2000. Chapter 6, p. 59
- ³¹ SEDDON (2007) pp. 58-9
- ³² POLLOCK (2005) p. 224
- ³³ *National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002*
- ³⁴ *Health Act 1999*
- ³⁵ *Ibid Part 1, 1 'Secretary of State's duty to promote health service'*
- ³⁶ LLOYD, Liz, in: NAIDOO & WILLS (2001), Ch. 6, p. 167
- ³⁷ Gordon BROWN: *Speech on the National Health Service*, Monday 7 January 2008, online at: <http://www.number10.gov.uk/Page14171>
- ³⁸ TALBOT-SMITH & POLLOCK (2007) p. 105, Figure 6.1 Right
- ³⁹ *A New Strategy for Social Cohesion – appr. Council of Europe on 31 March 2004*, CDCS p. 9, 23rd pt.
- ⁴⁰ NAIDOO & WILLS (2001) p. 293
- ⁴¹ BAGGOTT (2004) p. 108, Figure 5.2 & Chapter 11 *Health and Social Care*, p. 284