

# TÁJÉKOZTATÓ ORSZÁGTANULMÁNY AZ EGYESÜLT KIRÁLYSÁG EGÉSZSÉGÜGYÉRŐL

---



**GYEMSZI**

Gyógyszerészeti és Egészségügyi  
Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet

---

Informatikai és Rendszerelemzési Főigazgatóság  
Rendszerelemzési Főosztály

2014. február

---

## Tartalom

Gazdasági-politikai háttér .....	2
Demográfia .....	2
Egészségügyi rendszer jellemzői.....	3
Finanszírozás .....	3
Egészségügyi szolgáltatások.....	4
Egészségügyi dolgozók .....	8
Minőségügy .....	9
e-egészségügy .....	9
Egészségügyi reformok .....	11
Források .....	14

## Gazdasági-politikai háttér

Az Egyesült Királyság a világ ötödik legnagyobb gazdasága. 2012-ben az egy főre jutó GDP 32 467 USD PPP volt.<sup>1</sup> A válság hatására 2009-ben a GDP csökkenése 4,4%-os volt. A recesszióból való kilábalás eredményeképpen 2010-ben 1,3%-os növekedést realizáltak. A növekedés a 2011-es 1,1%-ról 2012-re 0,3%-ra lassult, majd 2013-ban 1,9%-ot tett ki. A munkanélküliség 2012-ben 7,9% volt, az éves inflációs ráta 2013-ban 2,6%. Az államadósság GDP-hez viszonyított aránya 2012-ben 88,7%, az államháztartási hiány a GDP 6,1%-a volt.<sup>2</sup>

Az Egyesült Királyság 1972-ben csatlakozott az Európai Unióhoz, nem csatlakozott viszont a 2002-ben létrejött monetáris unióhoz.

Nagy-Britannia és Észak-Írország Egyesült Királysága 4 országból áll: Anglia, Skócia, Wales és Észak-Írország. Az Egyesült Királyság államformája alkotmányos monarchia, a hatalmat a két képviselőházból álló parlament gyakorolja (a demokratikusan megválasztott Alsóház és az örökös Lordok Háza). Az Alsóházban a szavazati többséggel bíró párt vezetője a miniszterelnök, aki kijelöli a kormány minisztereit. A 2010. májusi parlamenti választásokat követően a konzervatívok és a liberális demokraták alkottak koalíciós kormányt David Cameron miniszterelnök vezetésével. Angliában a helyi önkormányzat közvetlenül választott 39 megyei és 7 városi tanácsi képviselőből áll. Észak-Írország 26 kerületből, Wales 8 megyéből, Skócia pedig 9 régióból és 3 szigetből áll.

## Demográfia

Az Egyesült Királyság lakossága 2012-ben 63 705 ezer fő volt, itt található az egyik legmagasabb arányú városi lakosság Európában. Az ország legszembetűnőbb demográfiai jellemzője az idős lakosság egyre növekvő aránya. Amint az 1940-es évek végén születettek nagy száma közeledik a nyugdíj korhatárhoz, a 65 évnél idősebbek aránya is nő, a 2003-as 16%-ról 2030-ra 20%-ot ér el. A születési ráta valamivel magasabb az európai átlagnál (2010-ben 12,97 1000 lakosra, EU átlag 10,65).. A születéskor várható átlagos élettartam növekedőben van: 2010-ben 80,78 (férfiaknál 78,75, nőknél 82,72)<sup>3</sup>.

A vezető halálokokat a keringési rendszer betegségei képezik: cerebrovaszkuláris, ischaemiás szívbetegségek – 2010-ben 100 ezer lakosra 77,25 haláleset. Ezt a rákbetegségek által okozott halálozás követi, 100 ezer lakosra 170,44 haláleset – leggyakoribbak a tüdő-, mell-, kolorektális- és prosztaták halálesetei. Az EU országokhoz viszonyítva az Egyesült Királyságnak van az egyik legrosszabb mutatója a szívkoszorúér megbetegedései terén.

---

<sup>1</sup> OECD

<sup>2</sup> Eurostat

<sup>3</sup> WHO HFA

## **Egészségügyi rendszer jellemzői**

Az Egyesült Királyságban az egészségügyi ellátás állampolgári alapon biztosított, adóalapú ún. Beveridge rendszer működik, az ellátás döntő részét állami egészségügyi intézményrendszer nyújtja. Az egészségügy irányításában és az egészségügyi szolgáltatások koordinálásában központi szerepet tölt be az 1948-ban alakult Országos Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS). A létrejöttét kimondó törvény szerint ingyenesen és egyenlő mértékben hozzáférhető egészségügyi ellátást kell biztosítani minden állampolgár számára. Ez az elv az NHS rendszerében – az utóbbi évtizedekben végrehajtott számos reform mellett is – mindmáig érvényes. Az Egyesült Királyság négy országának egészségügyi szolgálata önállóan működik és a decentralizált kormányzatok fennhatósága alá tartozik. A továbbiakban az NHS megnevezés az angliai szolgálatra vonatkozik. Emellett működik az NHS Scotland, NHS Wales és az HSC (Health and Social Care) Northern Ireland.

Az NHS hierarchikus felépítésében 2013. április 1-ig három irányítási szint volt megkülönböztethető. Az egészségügyi ellátásért felelős központi irányító szerv az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health), élén az egészségügyi szolgálatért felelős miniszterrel (Secretary of State), aki egyben Anglia egészségügyi minisztere is. A második a Stratégiai Egészségügyi Hatóságok által irányított regionális szint, amely az ellátórendszer tervezésében játszott kulcsfontosságú szerepet (NHS Strategic Health Authorities,), és a harmadik szintet a lakosság ellátásáért közvetlenül felelős alapellátási trösztök alkották (Primary Care Trust, PCT). 2013. április 1-től megszűnt a 10 Stratégiai Egészségügyi Hatóság, és a 151 PCT feladatait a klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok vették át (Clinical Commissioning Group, CCG).

Az alapellátáson kívüli egészségügyi ellátást az NHS trösztök végzik Angliában. A szakellátás az NHS kórházi trösztök feladata. Ezen kívül működnek még NHS mentális egészségügyi trösztök (56) és mentési trösztök (10) is. A kórházi trösztök elnyerhetik a nagyobb önállósággal bíró NHS alapítványi tröszt státuszt. Jelenleg összesen 260 NHS tröszt létezik, ebből 160 aktív kórházi tröszt (101 alapítványi).

## **Finanszírozás**

### **Egészségügyi kiadások**

2011-ben a GDP 9,32%-át fordították az egészségügyre, amely arány elmarad az EU átlagos mutatójától.

### **Forrásgyűjtés**

Az NHS finanszírozása túlnyomó többségében az állam adóbevételeiből, valamint az adójellegű biztosítási hozzájárulásokból történik. A bevételek fennmaradó része a betegek részleges térítéséből, valamint a tulajdonnal való gazdálkodásból adódik. A brit rendszer sajátossága, hogy az összes egészségügyi kiadásokon belül Nyugat-Európában az egyik legmagasabb az állami kiadások aránya (2011-ben 82,7%).

Az állami egészségügyi ellátásban az alapellátásra és az NHS keretein belül működő kórházi ellátásra nincs önrészfizetés, kivéve, ha a beteg klinikailag nem szükséges kezelést kér, vagy különleges kényelmi szolgáltatásokat igényel. A fogorvosi kezelés esetén az NHS keretein belül önrészt kell fizetni,

ez a kezelési költség 80 százalékáig terjedhet. Nincs költség a terhes nőkre, az anyákra a szülést követő 12 hónapig, a 18 év alattiakra, a 19 év alatti tanulóakra, jövedelempótló támogatásban részesülőkre stb. Az alacsony jövedelműek szintén támogatást kérhetnek.

Az NHS alapelvei között elsőként említi, hogy mindenki számára univerzális fedezetet kíván nyújtani, mely az indokolt szükségleten és nem a fizetőképességen nyugszik. Ellentétben azokkal az országokkal, ahol a magán- vagy társadalombiztosítás által fedezett egészségügyi szolgáltatások terjedelme világosan kimondott, az Egyesült Királyságban az NHS nem ír elő határozott szolgáltatási listát.

## **Forrásallokáció**

Az alapellátást nyújtó klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok (CCG-k) a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. 3/4-ét ellenőrzik. A háziorvosok önálló vállalkozó orvosok, akik az NHS-től részesülnek díjazásban a következők szerint: praxis fenntartására nyújtott térítések, fejkvóta (regisztrált betegek száma szerint fizetett éves díj), ügyeleti szolgálat, védőoltások nyújtása, egészségfejlesztés, krónikus betegség menedzsment, anyasági szolgáltatások, sürgősségi kezelések, kisebb műtétek.

Az NHS fekvőbeteg ellátás térítése 2004-ig helyileg megállapodott fix összeg szerint történt, amit a PCT-k fizettek az NHS ellátóknak. Az aktív kórházakban bevezetett új teljesítmény szerinti fizetési rendszer (Payment by Results) olyan esetátalány alapú díjszabási rendszer, melyben a kórházaknak nyújtott térítés közvetlen kapcsolatban áll az ellátott betegek számával és összetételével. A PbR célja, hogy átláthatóvá tegye az NHS pénzügyi folyamatait, és hogy szabályozott rendszert kínáljon a trösztök fizetésére. A PbR jutalmazza a hatékonyságot, támogatja a betegek választási lehetőségét, és elősegíti a várakozási idők csökkentésére irányuló tevékenységet. A díjszabás lefedi a fekvőbeteg ellátást, az egynapos sebészetet, a járóbeteg és sürgősségi/baleseti ellátást. A szolgáltatásokon átívelő egységes árazást a HRG (Healthcare Resource Groups) teszi lehetővé, ami a klinikailag hasonló kezelések standard csoportjait képezi. A kórházi szakorvosok fix fizetésben részesülő alkalmazottak.

## **Egészségügyi szolgáltatások**

### **Népegészségügy**

Angliában a népegészségügy az Egészségügyi Minisztérium irányítása alatt áll. A minisztériumon belül működő tiszti főorvos felelős az epidemiológiáért, az egészségfejlesztésért és az egészségvédelemért, valamint a kilenc regionális népegészségügyi hivatal irányításáért.

A népegészségügy fő célkitűzései közé tartozik a lakosság egészségének és jóllétének előmozdítása, az önálló életvezetés elősegítése és az egészségben fennálló egyenlőtlenségek csökkentése. A népegészségügy hosszú távú jövőképét a 2010-ben közzétett "Healthy Lives, Healthy People" kormányzati dokumentum tartalmazza. A stratégiai dokumentum szerint a lakosoknak a lakóhelyükhöz közel, személyre szabott népegészségügyi szolgáltatásban kell részesülniük, és az önkormányzatok az Egészségügyi Minisztérium védett forrásaiból gazdálkodnak. Az Egészségügyi Minisztérium egészségvédelmi programokat (pl. védőoltás beadása, fertőző betegségek felügyelete) működtet. A népegészségügyi prioritásokat támogató szolgáltatások nagy részét a kórházakban, az alapellátásban és a közösségben dolgozó NHS személyzet nyújtja (pl. védőoltás program, szűrés).

A lakosság egészségének javítására összpontosítva 2013 áprilisában a minisztériumon belül egy új népegészségügyi szolgálat is létrejött, Public Health England néven. A szolgálat közvetlenül a miniszter felügyelete alatt áll, 4 régióban 15 központtal működik. Legutóbbi kezdeményezése a "Stoptober 2014" nevű kampány, amely egy hónapon át (október) a dohányzás megszüntetésére ösztönzi a lakosságot.

### **Alapellátás, járóbeteg-szakellátás**

Az Egyesült Királyságban az alapellátás – a nyugat-európai rendszerekhez viszonyítva is – kiemelkedő szervezettséggel és hatékonysággal rendelkezik, amit a területi alapú szervezetnek, valamint az egészségügyi hatósággal szembeni éves szintű pontos tervezési és elszámolási kötelezettségnek köszönhető.

Az ellátás első állomása a 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 egészségügyi alapellátásban a háziorvos igen fontos helyt foglal el. Minden alapellátásban praktizáló orvosnak GP szakvizsgával kell rendelkeznie. A lakosság 99%-a regisztrált a háziorvosoknál, 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 háziorvosokra esik. 2010-től a kormány eltörölte a háziorvosi ellátásban fennálló határokat, így a betegek szabadon regisztrálhatnak bármelyik háziorvosnál. A háziorvosok szerepét erősíti, hogy kapuőr funkciót töltenek be, csak az ő beutalójukkal vehető igénybe a kórházi, illetve a szakorvosi ellátás. Így megsűrűsítik a költséges vagy korlátozottan hozzáférhető ellátásokat.

A háziorvosi rendszer történeti fejlődésében a fundholding (alapkezelő) rendszer 1991-ben történt bevezetése volt az első jelentős reform elem. Ebben a rendszerben a háziorvos a szorosan vett alapellátáson kívül egyéb szolgáltatások végzésére is kapott anyagi támogatást, az összegeket a háziorvos kezelte. Így lehetőség nyílt arra, hogy a kórházakkal történő szerződéskötés alapján különböző vizsgálatokra küldje betegét, járóbeteg-szakellátást kérjen, kezelje a ráeső gyógyszerár támogatási keret egy részét. Az elért megtakarításokat a praxis fejlesztésére használhatta fel. Ez a rendszer a háziorvosok tevékenységének, betegirányító funkciójának erősítését jelentette.

Az ellátásszervezés új formájaként 1999 áprilisától kezdte meg működését a primary care groups (PCG) rendszer. Ezek az alapellátási csoportok az egy területhez tartozó háziorvosokat fogták össze, akiknek kötelező volt a részvétel. Az ellátásszervezők a szolgáltatások teljes körét megvásárolhatták betegeik számára. A korábbi szerveződésekhez képest jóval nagyobb, 50-250 ezer fő közötti lakosságszám tartozott egy szervezőhöz. Egy szervező átlagosan 20 praxis kb. 100 ezer lakosát fogta össze. A forrásallokáció általános fejkvóta alapján történt.

A PCG-k következő fejlődési stádiumát az alapellátási trösztök alkották (primary care trust, PCT). A PCT-kben a háziorvosok pénzügyi alapokban részesülnek, hogy együttműködjenek a helyi közösségek egészségügyi szolgáltatásainak szervezésében és nyújtásában. Ezt a szerepet korábban az egészségügyi hatóságok (Health Authority) látták el. Így a helyi szolgáltatásokat érintő döntéseket a helyi szinten azok hozzák, akik a legmegfelelőbb helyzetben vannak mindehhez. A PCT-knek gondoskodniuk kell arról, hogy elég háziorvos álljon rendelkezésre a lakosság ellátásához, biztosítania

kell más egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférést (kórház, járóbeteg ellátás, szűrés, sürgősségi ellátás stb.).

A PCT-k a minisztériumtól származó egészségügyi költségvetés kb. 80%-át ellenőrizték, amely lehetőséget adott a minőség javítására, a szolgáltatások integrációjára, az egyenlőtlenségek csökkentésére, az egészség javítására. A PCT-k maguk határozták meg prioritásaikat a Stratégiai Egészségügyi Hatóságok és az Egészségügyi Minisztérium általános célkitűzésein belül. A PCT-k finanszírozzák a házi orvosokat és vásároltak kórházi és mentális egészségügyi szolgáltatásokat.

A 2012-ben elfogadott egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvény értelmében 2013. április 1-től az egészségügyi szolgáltatások vásárlását az alapellátási trösztöket felváltó 211 klinikai szolgáltatás-vásárló csoport (CCG) végzi. GP praxisok csak CCG kereten belül működhetnek. A CCG-k földrajzi területei együttesen egész Angliát lefedik. Egy átlagos csoport 35 GP praxist tartalmaz és kb. 239 ezer lakos tartozik hozzá. A CCG-k többek közt a következő szolgáltatásokért felelősek helyi szinten: sürgősségi és baleseti ellátás, alapellátási ügyelet, elektív kórházi ellátás, közösségi szolgáltatások (pl. rehabilitáció, beszédterápia, kerekesszék szolgálat), anyasági és újszülött szolgáltatások, gyermekegészségügy, mentális egészségügyi szolgáltatások, meddőség kezelése.

A házi orvosok egyéni és csoportpraxisokban tevékenykednek.

A házi orvosi praxisban is szerepet kap a szakellátás, pl. diagnosztikai szolgáltatások, kisebb műtétek, akut és krónikus betegek ellátása, terhesség gondozás, perinatális ellátás. Ezzel együtt a járóbeteg szakellátást főképpen a kórházak szakrendelőiben nyújtják házi orvosi beutalót követően.

## **Fekvőbeteg-ellátás**

Az NHS kórházai három csoportba sorolhatók: általános kórházak, szakkórházak és helyi, illetve közösségi kórházak. Az NHS fontos alappillérei a körzeti általános kórházak (District General Hospital, DGH) hálózata.

Minden körzeti egészségügyi hatóság felügyelete alá tartozik legalább egy körzeti általános kórház, amely a vonzáskörzetébe tartozó (átlagosan (150-200 ezer főnyi) lakosság számára a regionálisan kialakított költségvetési és ellátási tervek alapján biztosít ellátást. Az orvosok és az ápolószemélyzet az NHS alkalmazottai. Egyes kijelölt kórházak oktatókórházként is működnek, néhány közülük a regionális és szupraregionális szakellátás központjai, magasabb technikai, infrastrukturális háttérrel.

Mivel a CCG-k felelősek a helyi lakosságnak nyújtott egészségügyi szolgáltatások vásárlásáért, a fekvőbeteg szolgáltatásokat is ők vásárolják az NHS (akut) kórházi trösztöktől. Az NHS kórházi trösztök közül némelyek a magasabb szintű szakellátás regionális, illetve országos központjai (NHS Special Health Authorities), egyesek pedig az egyetemi kórházakhoz kapcsolódva segítik az egészségügyi szakemberek képzését. A kórházak finanszírozása az egészségügyi hatóságok és a trösztök közötti szerződések alapján történik, amelyekben meghatározzák a fizetendő összeget, valamint az annak ellenértékéért nyújtandó ellátások fajtáját és mennyiségét, határidejét. A CCG-k hagyományosan az állami tulajdonú kórházaktól vásároltak fekvőbeteg szolgáltatásokat, azonban jelenleg ezt már független non-profit kórházaktól (NHS alapítványi trösztök) vagy magánellátóktól is tehetik.

Eredeti tervek szerint valamennyi NHS ellátó trösztnek a központi irányítástól független alapítványi trösztté kellett volna válnia 2014/15-re, ami jelenleg lehetetlennek látszik. Az alapítványi státusz jóváhagyásáról döntő szervezet, a Monitor megköveteli a trösztöktől, hogy pénzügyi életképességükről

tegyenek tanúbizonyságot, mindezt az adózás előtti 5 százalékos profit teljesítésével (az amortizáció figyelembe vételével). A nem alapítványi trösztök 42 százaléka nem éri el ezt a szintet, és a helyzet rosszabbodni látszik. Több alapítványi tröszt is – főleg a kisebb kórházak – a megkívánt szint alatt teljesít, és összességében elmondható, hogy az alapítványi trösztök bevételei évről évre csökkennek. Ha ez a tendencia folytatódik, akkor számos kórházi trösztöt érintenek pénzügyi nehézségek. 2013-ban 101 kórház rendelkezett alapítványi státusszal. Az alapítványi státusszal még nem rendelkező 60 aktív kórház pénzügyileg egyre rosszabb helyzetbe kerül, ezek közel fele hiánnyal zárt 2013-ban.

A kórházak ágyellátottsága az utóbbi években folyamatos csökkentést mutatott, és nemzetközi viszonylatban is igen alacsony (1990-ben ezer lakosra 5,9; 1995-ben 4,1, 2007-ben 2,6 és 2011-ben 2,4 aktív ágy jutott). Emellett a betegek átlagos kórházi ápolási tartama viszonylag hosszú. Gondot okoz, hogy az aktív kórházi ágyak egy részét a krónikus betegségben szenvedő idős betegek foglalják el. Ezek a jelenségek vezettek a folyamatosan növekvő várólistákhoz. A kormányzat kiemelt egészségügyi feladatként kezeli a várólistáknak a csökkentését, amelyet 18 hétben maximalizáltak. Az angol kórházak másik jelentős problémája a kórházi fertőzések (MRSA, C.difficile) viszonylag magas aránya.

## Rehabilitáció és hosszú távú ellátás

Angliában a hosszú távú ellátást idős, rokkant, tanulási rendellenességgel élő, mentális betegségben szenvedő és kábítószerfüggő emberek számára nyújtják. A hosszú távú ellátás szervezésében elmozdulás figyelhető meg a bentlakásos (intézményi) ellátástól a közösségben nyújtott ellátás felé, az állami szektortól a magán vagy önkéntes szektor felé. Az ellátás finanszírozása vegyes állami (önkormányzati) és magán (közvetlen vagy magánbiztosítás) fizetésekből áll. Az intézményi ellátást bentlakásos otthonokban, ápolási otthonokban vagy a mindkettőt tartalmazó duális otthonokban nyújtják. A bentlakásos ellátás egészét és az ápolási otthoni ellátás nagy részét a független szektor nyújtja (önkéntes vagy magán szervezetek), az egyéb ellátási formákat pedig az önkormányzatok által működtetett otthonokban nyújtják. A bentlakásos és ápolási otthonokban tartózkodók legtöbbször pénzügyi támogatásban is részesül az önkormányzatok részéről. Az intézményi ellátáshoz képest jóval több szociális ellátás történik közösségi környezetben, pl. kórházakban vagy nappali központokban nyújtott ellátás, otthoni ellátás, ápolási szolgálat és foglalkozásterápia.

A hosszú távú ellátáshoz köthető átmeneti ellátás számos integrált ellátási formát foglal magába, amelyek a páciensek gyors felépülésének támogatására, a sürgősségi kórházi felvételek és a bentlakásos intézményekbe való túl korai felvételek elkerülésére, a kórházból való, időben történő elbocsátás támogatására, és a páciens független életvitelének előmozdítására irányulnak. Az átmeneti ellátáshoz tartozó szolgáltatások elsődleges célcsoportját azok az (általában időskorú) páciensek képezik, akik egyébként sürgősségi kórházi tartózkodásra vagy aktív fekvőbeteg intézménybe való beutalásra, hosszú távú bentlakásos ellátásra vagy folyamatos NHS fekvőbeteg ellátásra kényszerülnének. Az átmeneti ellátás körébe tartozó szolgáltatásokat a beteg átfogó értékelése, majd az ennek alapján kidolgozott, strukturált egyéni kezelési terve alapján biztosítják. Az átmeneti ellátás célkitűzése, hogy lehetővé tegye, hogy a páciens saját otthonában önállóan tudjon élni. Az átmeneti ellátások általában legfeljebb hat hétig tartanak, de gyakran csak egy-két hetet vesznek igénybe. Az ellátást az NHS és a helyi önkormányzatok közötti együttműködés biztosítja. Az átmeneti ellátás különféle szolgáltatásokat foglal magába, és számos intézményben biztosíthatják, így pl. rehabilitációs osztályokon, akut ellátást követő, nővérek által vezetett osztályokon, rövid távú ápolási



otthonokban vagy bentlakásos otthonokban, nappali ellátó intézményekben, közösségi kórházakban. Az ellátásra a páciens otthonában is sor kerülhet.

## Gyógyszerek

A gyógyszerek esetében az NHS juttatásainak terjedelme már explicitebb, mint más területeken. Az 1992-es NHS szabályozás negatív listát bocsátott ki, amely azokat a gyógyszereket tartalmazza, amelyeket az NHS orvosok nem írhatnak fel, vagy amelyeket bizonyos típusú betegeknek vagy betegségekre nem írhatnak fel. Emellett az Egészségügyi Minisztérium úgy próbálja még befolyásolni a vényfelírás tevékenységét, hogy periodikusan összehasonlító ártáblázatokkal ellátott pamfletet bocsát ki. Az NHS keretében a gyógyszerár meghatározó hatóság (Prescription Pricing Authority) készíti el a gyógyszerár díjszabást (Drug Tariff), ami a felírások irányelveit és a támogatással kapcsolatos információkat tartalmazza.

2013-tól a betegek 7,85 GBP receptdíjat fizetnek minden eladott készítmény után. Mentességet élveznek a 18 éven aluliak és 60 év felettiak, a terhes anyák, az egy évesnél fiatalabb gyermeket nevelő kismamák, az alacsony jövedelműek csoportjai és a krónikus betegek.

Az Egyesült Királyság Egészségügyi Minisztériuma 2007 novemberében jelentette be az új gyógyszerár szabályozási megállapodást (Pharmaceutical Price Regulation Scheme), amelyhez a gyógyszergyártók önkéntesen csatlakozhatnak. A kormányzat és a gyógyszeripar közötti megállapodás értelmében a betegek az innovatív gyógyszerkezelés szélesebb körét vehetik igénybe, az NHS számára kedvezőbb áron.

Az önkéntes gyógyszerár szabályozási rendszerhez nem csatlakozó vállalatok számára is történtek törvényi változások, pl. az originál gyógyszerárakat 15%-kal szükséges csökkenteniük. Jelenleg az Egyesült Királyságban használt originál gyógyszerek kb. 10%-át forgalmazzák olyan vállalatok, amelyek nem vesznek részt az önkéntes rendszerben. A gyógyszeripar szerint az árcsökkentés nem indokolt, mivel Európában a brit gyógyszerek árai a legalacsonyabbak.

Az NHS 2011/12-ben kb. 12 milliárd fontot költött originál gyógyszerekre, a gyógyszerárak minden évben 5%-kal növekedtek.

2013 decemberében az NHS öt évre szóló megállapodást kötött a brit gyógyszeriparral a gyógyszerárak szabályozására. Az angol egészségügyi szolgálat originál gyógyszereinek (branded medicines) kiadásai két évig szinten maradnak, az azt követő három évben pedig 2%-nál kisebb mértékben emelkednek. A gyógyszeriparral kötött megállapodás 2014. január 1-től lépett

## Egészségügyi dolgozók

Az Egyesült Királyság munkaerő adatait nem különítik el országok szerint, így nincsenek külön adatok Angliára vonatkozóan. Az orvosok és ápolók fő munkáltatója az NHS. A 100 ezer lakosra jutó orvosok száma az Egyesült Királyságon belül a legalacsonyabb az EU-15 országaiban, ez 2012-ben 279 volt. A 100 ezer lakosra jutó ápolók száma 2012-ben 882 volt. A brit egészségügyi rendszerben az ápolók aránya ugyan növekedett az 1980-as és '90-es években, még mindig az EU átlag alatt van. 2012-ben 1 358 295 ember dolgozott az NHS-ben. Ez a létszám 2011 óta egy 3238 fős csökkenést jelent, 2002 óta pedig 196 812 fős növekedést. A szakmai képesítéssel rendelkező klinikai személyzet száma 2012-ben a következőképpen alakul az NHS-ben: 40 265 háziorvos, 40 394 szakorvos, 369 868 szakápoló,

szülész és egészségügyi látogató személyzet, 153 472 tudományos, terápiás és műszaki személyzet, és 18 645 mentő dolgozó<sup>4</sup>.

életbe. Az Egészségügyi Minisztérium az új megállapodástól stabilitást és kiszámíthatóságot remél.

## Minőségügy

Angliában az ellátás minőségét a Care Quality Commission (CQC) nevű hatóság felügyeli. A CQC az ellátók teljesítményét országosan meghatározott, standardokon alapuló minőségi indikátorok alapján értékeli. A CQC felelős az egészségügyi és a szociális ellátás szabályozásáért, függetlenül attól, hogy ki nyújtja, legyen az NHS, helyhatóság, magánszektor vagy önkéntes szektor. A szabályozást nyilvántartásokon, engedélyek kibocsátásán, évenkénti ellenőrzésen, panaszok kivizsgálásán keresztül végzi. Ha egy ellátó nem felel meg bizonyos minőségi követelményeknek, a CQC-nek jogában áll pénzbüntetést kiróni, működést felfüggeszteni, nyilvántartásból törölni vagy vádemelést indítványozni.

A CQC rendszeresen vizsgálja a szolgáltatásokat, betegutakat és minden olyan területet, amely a minőséggel kapcsolatos. Aktuálisan a kórházi ellenőrzési rendszer átalakítását tervezik. Jól nagyobb számú ellenőrt – köztük betegeket – terveznek alkalmazni az egy hétnél tovább tartó, részletekbe menő vizsgálatok végzésére. Az új rendszerben az ellenőrző csapatok 20-30 főből állnak majd, köztük 5-6 orvossal és ugyanolyan számú ápolóval, menedzserrel, egészségügyi szakdolgozóval és beteggel. A csapatokat a CQC fogja kiképezni. A CQC azért kényszerült az átalakítás végrehajtására, mert a korábbi, szerényebb követelményekkel működő rendszer nem volt képes feltárni az elvárt színvonal alatti ellátást több kórház esetében.

A CQC legutóbb 2013. októberben végzett átfogó vizsgálatot, aminek eredményeként a 161 akut kórházi trösztből 44 (27,3%) teljesítménye adott aggodalomra okot (Care Quality Commission, 2013). Az ellátás minőségét és biztonságát egy új értékelési rendszer szerint végezték (intelligens monitorozás), amely 150 országos, az egész NHS-re kiterjedő minőség és biztonság mutatót tartalmaz. Az új intelligens monitorozási eszköz lehetővé teszi az ellenőrök számára, hogy világos képet nyerjenek egy NHS ellátó problémás területeiről. A rendszerben használt indikátorok foglalkoznak pl. a betegek tapasztalataival, a személyzet tapasztalataival és a teljesítménnyel. Öt fontos kérdésre keresik a választ: a szolgáltatás mennyire biztonságos, eredményes, gondoskodó, válaszadó és jól vezetett. Az adatok forrásai között található kórházi statisztikák, esemény jelentések, országos fekvőbeteg felmérések, betegek tapasztalatainak jelentései, NHS dolgozói felmérések, rezidens felmérések, elektronikus személyzeti nyilvántartás, dolgozók által jelentett problémák.

## e-egészségügy

A 2004-ben létrehozott „NHS Connecting for Health” az Egyesült Királyság egészségügyi minisztériumának része, feladata az országos informatikai program megvalósítása (NHS Connecting for Health, 2012). Az NHS Connecting for Health fontos része a Spine nevű infrastruktúra, amelyben az összefoglaló betegnyilvántartás (SCR), elektronikus előjegyzés (CAB), elektronikus receptfelírás (EPS),

---

<sup>4</sup> NHS Workforce: Summary of staff in the NHS, 2012

betegadatok háziorvosok közötti továbbítása (GP2GP), minőség menedzsment és elemző rendszer (QMAS), másodlagos felhasználási szolgálat (SUS) szerepelnek.

A Spine több mint 70 millió beteg információit tartalmazó elektronikus tárház. Létrehozására igen nagy hányad jutott az NHS 12 milliárd fontos IT fejlesztési alapjából. A különböző NHS szervezetek a HL7 (Health Level Seven) interoperabilitási standardokat alkalmazzák a számítógépes rendszereik közötti kommunikációban. A Spine a következő jellemzőkkel rendelkezik:

- Személyes adatokat tartalmaz, pl. demográfiai információk
- A betegek azonosítására egyedi NHS számot használ, így lehetővé válik az információk biztonságos és hiteles megosztása az NHS szervezetein belül
- Az NHS szervezeteinek és felhasználóinak tárháza
- Összefoglaló klinikai információkat tárol, pl. allergiák, aktuálisan szedett gyógyszerek, nemkívánatos gyógyszerhatások
- Biztonságot nyújt más rendszerekhez való korlátozott hozzáférés követelménye esetén
- Másodlagos adatszolgáltatásra képes, névtelen adatokat használ különböző jelentésekben és statisztikákban
- Képes érintkezni a helyi IT rendszerekkel

A Spine szolgáltatásai között szerepel egy egységes és központosított elektronikus betegnyilvántartás (Summary Care Records, SCR), amely 30 000 háziorvost több száz kórházzal kapcsol össze és biztonságos hozzáférést teremt a nyilvántartáshoz a jogosult egészségügyi szakemberek számára. Az SCR összefoglaló betegadatokat tartalmaz az ellátás támogatására, főképpen sürgősségi esetekben. Az SCR az ország minden betegéről (a gyermekekről is) automatikusan tárol meghatározott adatokat, kivéve azon betegeket, akik nem kívánnak részt venni (ezt egy „opt-out” nyomtatvány kitöltésével tehetik meg háziorvosuknál). Az összefoglaló betegnyilvántartás a háziorvosi klinikai rendszerben tárolt információkból tevődik össze, és segít a különböző környezetben nyújtott betegellátás folyamatosságának biztosításában. Az SCR az ország valamennyi NHS ellátó szervezetéről elérhető.

Az NHS Elektronikus Receptfelírási Szolgálat (EPS) az NHS Országos IT Program részét képezi. A szolgálat lehetővé teszi az alapellátásban dolgozó orvosok vagy más vényfelírási engedéllyel rendelkező egészségügyi szakemberek számára a receptek elektronikus úton történő továbbítását a gyógyszertárak és a gyógyszerértékesítésért felelős hatóság (NHS Prescription Services) felé. Az Elektronikus Receptfelírási Szolgálat megvalósítása két fázisban történik. Az első fázisban az NHS vonalkódokat helyezett a papír alapú vényekre, amely révén a gyógyszerész láthatja a recepten levő adatokat. A második fázisban lehetővé válik a háziorvos vagy a vényfelíró személy számára a recept beteg által megjelölt helyre történő elektronikus továbbítása. Mint az NHS valamennyi IT rendszerében, az EPS esetén is a hozzáférést intelligens kártyával kontrollálják, különböző felhasználási szintekkel. 2014 februárjában a GP praxisok 19%-a, a gyógyszertárak 93%-a volt kapcsolódva.

## Egészségügyi reformok

### Munkáspárt 2005-2010

A 2005-ös választásokat követően a kormányzati célkitűzések sorában elsőbbséget élvezett a várólisták csökkentése. A Planning and Priorities Framework tervezete szerint 2008 végére a háziorvosi beutaló és a kórházi kezelés között senki sem várhat 18 hétnél hosszabb ideig. Ezt a célkitűzést 2008 augusztusára teljesítették, amikor a várakozási idők a legalacsonyabb szintre kerültek az NHS történetében. A várólisták megszüntetése érdekében az új egészségügyi miniszter magánszektor igénybevételének megduplázódását tűzte ki célul. A következő öt évben három milliárd fontot meghaladó nagyságrendben kötöttek a magán ellátó központokkal (Independent Sector Treatment Centre, ISTC) szerződéseket. A szerződések segíteni kívántak a kórházi műtetre váró két millió beteg várólistájának megszüntetésében.

Az NHS Alkotmányt 2009. január 21-én tették közzé. Az alkotmány először határozza meg a betegek, az NHS személyzet és az ellátó szervezetek jogait és kötelességeit. A betegeknek jogukban áll megválasztani a legmegfelelőbb ellátás típusát. Az alkotmányt által biztosított jogok között szerepel még az EU-s országokban való ellátás, az orvosválasztás szabadsága, az orvos által ajánlott gyógyszerek, kezelések és védőoltások elérhetősége.

A munkáspárti kormány a háziorvos és szakorvosi rendelőkkel álló poliklinikák létrehozását is előtérbe helyezte. A szuperklinikák megvalósításának terve Lord Darzi egészségügyi miniszter NHS átalakítási javaslatai között szerepelt. Elképzelése szerint a nagy egészségügyi központok előnyösebbek a betegek számára, és felváltják majd az egy vagy két orvostól álló rendelőket. A háziorvosokból és szakorvosból álló egészségügyi központok integrált ellátást és kényelmesebb szolgáltatásokat nyújtanak a betegeknek. A poliklinikák 2008-10-ig jelentősen fejlődtek és gyarapodtak, azonban a 2010-es kormányváltás után az új egészségügyi miniszter leállította továbbterjedésüket.

### Konzervatív- liberális demokrata koalíció 2010-

A 2010. májusi parlamenti választásokat követően az Egyesült Királyságban a konzervatívok és a liberális demokraták alkottak koalíciós kormányt David Cameron miniszterelnök vezetésével. Az új kormány egészségügyi minisztere a tory Andrew Lansley lett. A kormány programja (The Coalition: our programme for government) tartalmazta az NHS programját, a szociális ellátás programját és a népegészségügyi programot. A kormány szerint az NHS az ország nemzeti értékeinek fontos kifejezője, ingyenes, mindenki számára szükséglet (és nem fizetőképesség) szerint elérhető szolgálat.

A kormányprogramra alapozva az Egészségügyi Minisztérium 2010. július 12-én fehérvényvet tett közzé, amely az angliai NHS jövőképét és hosszú távú céljait vázolta (Equity and excellence: liberating the NHS). A dokumentum az egészségügyi szolgálat eddigi legnagyobb átszervezését vetítette előre, amelyben nagy szerepet játszott a decentralizáció, a túlzott bürokratikus és politikai ellenőrzés csökkentése.

Az Andrew Lansley egészségügyi miniszter vezetésével a fehérvényv alapján kidolgozott egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvényjavaslatot a brit parlament 2012 márciusában fogadta el (Health and Social Care Act, 2012). A reform középpontjában az angliai egészségügyi szolgálat jelentős átalakítása állt, amely a háziorvosok irányítása alá helyezi az NHS 106 milliárd éves költségvetésének jelentős hányadát. Lansley reformintézkedései nagy ellenállásba ütköztek, sokan követelték lemondását és az

egészségügyi törvény visszavonását. Bár David Cameron miniszterelnök kiállt Lansley szakpolitikája mellett, a minisztert leváltotta. 2012 szeptemberében kormányátalakítás történt, és Lansley helyét az addig művelődésügyi miniszterként működő Jeremy Hunt vette át. Bár az NHS költségvetése 2010 óta reál értéken kevéssé növekedett, az igények és a költségek emelkedése következtében az NHS-nek az elvárt szolgáltatások és a rendelkezésre álló források közötti szakadékkal kell megküzdenie. Ezt a szakadékot 20 milliárd fontra becsülték a 2010-2015 közötti időszakra, ami azt jelenti, hogy az NHS költségvetésének 4 százalékát kell megtakarítani minden évben. Jelenleg Hunt feladata a 2012-ben elfogadott egészségügyi törvényben foglaltak megvalósítása és a 20 milliárd font összeget kitevő hatékonysági megtakarítások felügyelete, amelyet 2015-ig kell teljesítenie az NHS-nek.

## A 2013-as változások

Az egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvény értelmében 2013. áprilistól többek közt a következő változások jellemzik az angliai egészségügyi rendszert:

- Megszűntek az egészségügyi minisztérium regionális hivatalai, a Stratégiai Egészségügyi Hatóságok és létrejött a szolgáltatás-vásárlást felügyelő új országos testület, az NHS England (a szervezet tényleges alakulása 2012-ben történt, akkor a neve NHS Commissioning Board – NHSCB volt, 2013-ban névváltozás történt). Az új testület felelős a források allokálásáért és az alapellátás szolgáltatásainak közvetlen vásárlásáért.
- Megszűntek az alapellátási trösztök (151 PCT), és működésbe léptek a klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok (CCG-k), átvették a PCT-k feladatait, köztük a szakellátás (kórházi járó, fekvőbeteg ellátás) szolgáltatásai jelentős részének vásárlását.
- Az NHS által finanszírozott egészségügyi szektor szabályozója a Monitor lett. A Monitor szabályozza az árakat, fellép a versenyellenes tevékenység ellen, a Care Quality Commission felügyeleti hatósággal közösen engedélyeket bocsát ki az állami egészségügyi szolgálat ellátói számára.
- Az összes NHS ellátó tröszt végső soron alapítványi trösztté válik, ami a központi irányítástól való függetlenséget jelenti az új gazdasági irányítási rendszer szabályainak betartásával.
- Az NHS trösztök teljesítményét az NHS Trust Development Authority nevű hatóság ellenőrzi.
- A helyi népegészségügy irányítója a helyi önkormányzat (népegészségügyi részlege), amely népegészségügyi szolgáltatásokat vásárol, és ágazatközi stratégiákat dolgoz ki.
- Létrejött a Public Health England a lakosság egészségének fejlesztésére és védelmére, az egyenlőtlenségek csökkentésére.
- Létrejött a Health Education England a szakmai képzés irányítására és a munkaerő fejlesztésére.
- Működésbe lépett a HealthWatch nevű független szervezet a betegek jogainak védelmére.
- Megváltozott a NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) neve: National Institute for Health and Care Excellence. (A NICE standardok meghatározásával foglalkozik az egészségügy, a népegészségügy és a szociális ellátás terén.)

- Megszűnt néhány független, de a minisztérium alá tartozó szervezet (arms length bodies), pl. a National Patient Safety Agency és az NHS Institute for Innovation and Improvement.
- Helyén maradtak a Care Quality Commission, a Health Service Ombudsman és a standardokért felelős szakmai szabályozók. (NHS England, 2013)

## **Az egészségügy új szereplői**

### ***NHS England***

2013. április 1-én a 2012-ben létrehozott NHS Commissioning Board neve megváltozott és a továbbiakban NHS England néven látja el feladatait. Ez a hatóság számoltatja el a klinikai szolgáltatás-vásárló csoportokat, szabja meg a betartandó standardokat és valósítja meg a kormány által meghatározott szakpolitikai prioritásokat. Bizonyos szolgáltatások vásárlását közvetlenül az NHS England végzi: alapellátás, gyógyszerészeti és gyógyszerügyi szolgáltatások, szemészeti ellátás, fogászati ellátás, speciális szolgáltatások (ritka betegségben szenvedők számára). Az alapellátás szervezése és vásárlása az érdekellentétek elkerülése érdekében kerül az NHS England hatáskörébe.

Az NHS England a betegek, az ellátó személyzet és az ellátó szervezetek jogait és kötelességeit meghatározó NHS Alkotmány értékeire épül, fő célja, hogy javítsa Anglia lakosságának egészségét. Törekvéseinek középpontjában a betegek állnak. Az NHS England 4 regionális szolgáltatás-vásárló hivatalból, 19 szolgáltatás-vásárlást támogató egységből és 27 területi csoportból áll.

### ***Klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok***

A reform legfontosabb részét a klinikai szolgáltatás-vásárló csoportok megalakulása képezte. Az eredetileg GP konzorciumnak nevezett háziorvosi csoportosulás ötlete először a 2010 júliusában közzétett fehérkönyvben jelent meg az akkor újonnan alakult brit kormány reformjavaslataként (White Paper, 2010). A csoportok 2013. áprilistól vették át az alapellátási trösztök szolgáltatás-vásárló feladatait. A háziorvosi csoportok felelősségi körébe tartozik a kb. 80 milliárd font értékű egészségügyi szolgáltatás többnyire a kórházaktól történő vásárlása.

### ***Public Health England***

A 2010 novemberében kibocsátott „Healthy Lives, Healthy People” fehérkönyv Anglia népegészségügyének stratégiáját és hosszú távú jövőképét vázolja. A tervezet célja Anglia népegészségügyének átalakítása, ennek megvalósítására egy új népegészségügyi szolgálatot hoztak létre Public Health England néven. A népegészségügyi stratégia szerint az egészség fejlesztését helyi szinten valósítják majd meg, ahol az önkormányzatok az egészségügyi minisztérium védett forrásaiból gazdálkodhatnak a közösség egészségének javítására. A helyi önkormányzatok népegészségügyi részlegei felelősek a népegészségügyi szolgáltatások vásárlásaiért. Az emberek lakóhelyükhöz közel, személyre szabott szolgáltatásban részesülnek. Az önkormányzatok vezetésével megvalósuló tevékenységtől jelentős javulást várnak a lakosság egészségében. A leküzdésre szoruló népegészségügyi kihívások széleskörűek: a brit lakosok a leginkább túlsúlyosak Európában, évente több mint 80 ezren halnak meg dohányzás következtében és 1,6 millió ember alkoholfüggő. 2012-ben több mint egy millió szexuális úton terjedő fertőzést diagnosztizáltak, és a mentális betegségek az összes betegségteher csaknem negyedéért felelősek.

## Források

- Care Quality Commission: Hospital Intelligent Monitoring, 2013  
<http://www.cqc.org.uk/public/hospital-intelligent-monitoring>
- Department of Health  
<https://www.gov.uk/government/organisations/department-of-health>
- Equity and excellence: liberating the NHS  
[http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh\\_117352.pdf](http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_117352.pdf)
- Health and Social Care Act, 2012  
<http://www.legislation.gov.uk/ukpga/2012/7/enacted>
- Health for All Data Base, WHO Regional Office for Europe  
<http://data.euro.who.int/hfadb>
- Healthy lives, healthy people  
[https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/216096/dh\\_127424.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/216096/dh_127424.pdf)
- <http://www.statistics.gov.uk/hub/health-social-care/index.html>
- IT Systems – Spine  
<http://systems.hscic.gov.uk/spine>
- Key statistics on the NHS  
<http://www.nhsconfed.org/priorities/political-engagement/Pages/NHS-statistics.aspx>
- NHS England: Quality in the new health system – maintaining and improving quality from April 2013 (2013)  
<http://www.england.nhs.uk/2013/01/24/nqb/>
- NHS Workforce: Summary of staff in the NHS, 2012  
<http://www.hscic.gov.uk/catalogue/PUB09536/nhs-staf-2002-2012-over-rep.pdf>
- Office for National Statistics - Health and Social Care
- The NHS Constitution:  
<http://www.nhs.uk/choiceintheNHS/Rightsandpledges/NHSConstitution/Documents/2013/the-nhs-constitution-for-england-2013.pdf>
- WHO Health Systems in Transition, England 2011  
[http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0004/135148/e94836.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/135148/e94836.pdf)

Budapest, 2014. február