

[ 발표 1 ] 영 국

## 영국의 보건의료정책: 과거 · 현재 · 미래

Dr Bob Matthews  
(영국 버밍햄대)

### I. 서론

본 논문은 영국의 보건의료서비스의 발전에 관한 것이다. 본 논문은 변화하는 사회정치적 요구에 대한 NHS의 반응을 살펴볼 뿐만 아니라 NHS의 기원과 그것의 창설을 가능케 하였거나 심지어는 요구하였던 정책풍토를 검토한다. NHS의 본래의 목적을 기술하고 그것의 초기 성공이나 실패를 평가한 다음, 복지정책과 정치적 배경에서 NHS 창설 이후 60년간 이루어진 변화를 살펴본다. 마지막으로, NHS의 한계와 성과 그리고 미래에 대해 논의하고자 한다.

### II. NHS의 발전과정

일반적으로 영국의 NHS는 베버리지 보고서의 결과로서 인식되고 있지만, 그것은 사실상 16세기의 엘리자베드 구빈법에서 비롯되는 진화과정과 1834년 구빈(개정)법 이후 오랜 기간에 걸쳐 이루어진 약간의 변화나 진보의 결과이다. 이러한 입법의 중요성은 병든 사람(도움을 받을 가치가 있는)과 건강한 사람(도움을 받을 가치가 없는)을 구별하는 책무를 지닌 Parish and Workhouse Medical Officers의 임명을 통해 국가가 개인들의 건강상태와 보건보호에 관여한다는 의지의 확립과 정당화에 있었다.

NHS의 창설과 관련된 다른 요인들도 있었다. 그 당시 영국은 산업화와 도시화의 시기였고, 도시 인구는 이들을 유지하기 위하여 필요한 자원 이상으로 팽창하였다. 많은 사람들에게는 질병과 빈곤의 시기였다. 그림 1에서처럼 기대수명은 짧았고, 다수의 질병이 있었다.

그림 1: 영국의 평균수명(1842년)

1842년 영국의 사회계층별 평균수명(사망자의 평균연령)			
지역	전문직	상업	육체근로자
맨체스터	38	20	17
리버풀	35	22	15
루트랜드	52	41	38
퀸달	45	39	34

Based on Document 3B: Chadwick (1842: 422-4)

하나의 주요인은 빈민들의 상황에 관심을 가졌던 자선가들과 그들의 안락과 노동인력의 건강과 생산성에 관심을 가졌던 일부 산업주의자들의 노력이었다. 이는 궁극적으로 공공보건법(1848년)과 같은 법률제정과 깨끗한 상수도대책과 적절한 하수처리제도를 가져왔다.

그 후 보건 및 복지서비스에 대한 전쟁의 영향은 명백하였다. 잉글랜드는 남아프리카와 보어전쟁(1899-1902년)을 하면서 군대징병을 했는데, 이것은 처음으로 거대한 규모의 나쁜 건강과 열악한 인적 개발을 명백히 보여주었다. 왜냐하면 징병자의 2/3 정도가 발육부진의 성장, 결함, 약한 시력, 구루병(골격발달에 영향을 미치는 비타민 D 결핍증)과 같은 결핍증 질환 때문에 군대복역에 부적절하여서 거절당했기 때문이다. 이와 같은 연구결과에 충격을 받았던 Salisbury의 보수당 정부는 전국민의 신체적 저하에 대한 원인을 발견하기 위한 조사들을 부추겼고, 그 후 50년에 걸쳐 아동의 건강을 향상시키고 인구과잉과 오염을 해결하기 위한 많은 새로운 제도들이 시행되었다.

이러한 조사의 중요한 결과로서 비록 근로연령의 남성들만이 공적 의료보호를 제공받았지만 국민건강을 향상시키고 더 나아가 국가가 보건보호에 관여하기 위하여 국가보험법이 1911년에 실시되었다. 이러한 혜택은 1940년대 중반에 노동인구의 절반 이상까지 증가하였지만, 오로지 일반의 서비스만이 완전히 포함되었다. 나머지 사람들(또는 적어도 그렇게 할 수 있는 여유가 있었던 사람들)은 민간서비스를 이용하였다. 그 결과로서 대부분의 여성들과 아동들은 국가후원의 보건의료서비스로부터 제외되었다.

그 후에 NHS 제도는 많은 단계를 거쳐 발전하였다. 예를 들어 1919년 Dawson 보고서는 일관된 국가보건서비스제도의 확립을 권고하였다. 국가가 운영하는 보건서비스의 확립은 이러한 발전이 회원들의 소득을 감소시키고 전문적 자율성의 상실을 가져오게 될 것으로 생각하였던 영국의사협회에 의해 반대되었다. 이 때문에 병원전문의 이외 대부분의 의사들이 2005년까지 고용인보다는 오히려 독립계약자로서 NHS 밖에 남아 있었다.

그러나 또 다시 NHS 발전의 중요한 자극은 전쟁이었다. 제2차 세계대전은 전체로서 일반시민들에게 중요한 영향을 미쳤다. 폭탄투하하는 많은 부상자들을 야기하였고, 많은 군대원들이 부상을 입었다. 이것은 더 나은 서비스를 제공하고 보건보호서비스에 대한 중앙정부의 역할을 더욱 정당화하면서 전국의 보건보호를 조정하였던 응급의료서비스의 발전을 유도하였다.

마침내 NHS 제도는 국가가 병든 시민들을 보호하는 것이 적절하다는 신념에 기초하였던 1944년 백서와 1946년 국가보건서비스법의 결과로서 탄생하였다. 그것은 지불능력보다는 욕구에 근거하여 모든 사람들에게 보편적이고 무료로 제공되는 포괄적인 보건보호서비스를 도입하였다(비록 이것이 처방전 수수료가 도입되었던 1951년까지만 지속되었지만). 그러나 NHS는 중요하게 정부와 의료전문인들간의 거래와 교섭의 결과였다. NHS가 1948년에 개시되었을 때 영국의사협회가 다른 집단에 대한 보건보험의 확대를 제안하고 NHS 형태의 보건서비스를 반대하였기 때문에 의료전문인들을 위한 많은 특권들이 1946년 법에 구체화되었다.

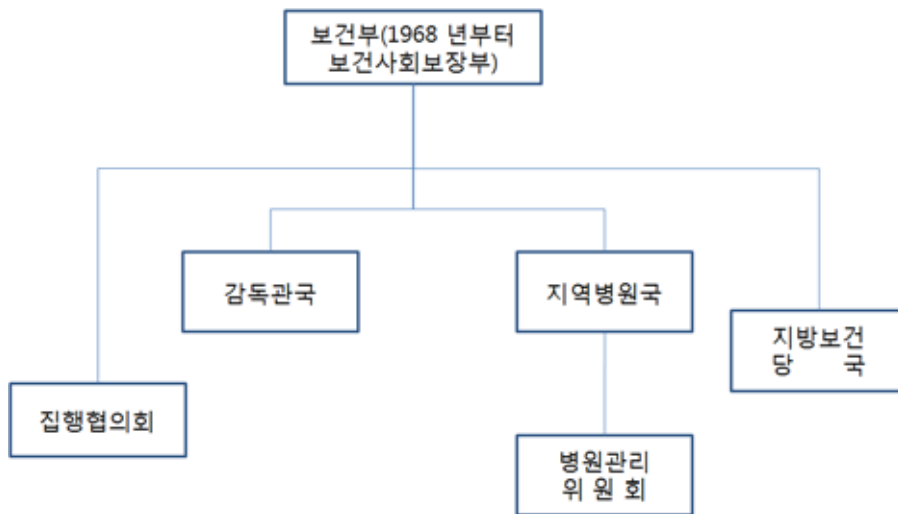
NHS의 개시는 보건보호서비스 제공 이상의 의미를 가졌고, Titmuss가 주장했던 것처럼 그것은 사회통합에 대한 소망의 표현으로 볼 수 있다.

“어떠한 사회도 병자가 돈이 없어서 의료적 도움을 받지 못하면 그 자체를 문명화되었다고 말할 수 없다...만일 시민들이 그들 자신뿐만 아니라 모든 동료들이 아플 때 의료기술이 제공할 수 있는 최선의 서비스를 이용하는 지식을 가진다는 것을 알고 있다면 그 사회는 더욱 안전하고 평온하고 영적으로 건강하게 된다.”

비록 NHS는 환영받았지만, 그 후 수년간 그것의 발전을 방해하는 근원적인 문제가 있었다. 그 문제는 사회가 적시에 근절하게 될 유한의 나쁜 건강을 가지므로 NHS 지출수준이 줄어들 것이라는 가정이었다. 그러나 지출은 1949년에 GDP의 3.75%에서 2003년에는 GDP의 7.7%로 지속적으로 상승하였다. 이러한 증가는 계속되고 있다.

그러나 비록 NHS의 조직구조에 지속적인 소규모의 변화가 있었다더라도, 그것은 장기간에 걸쳐 정치적 합의가 있는 동안 그럭저럭 잘 운영되고 있다.

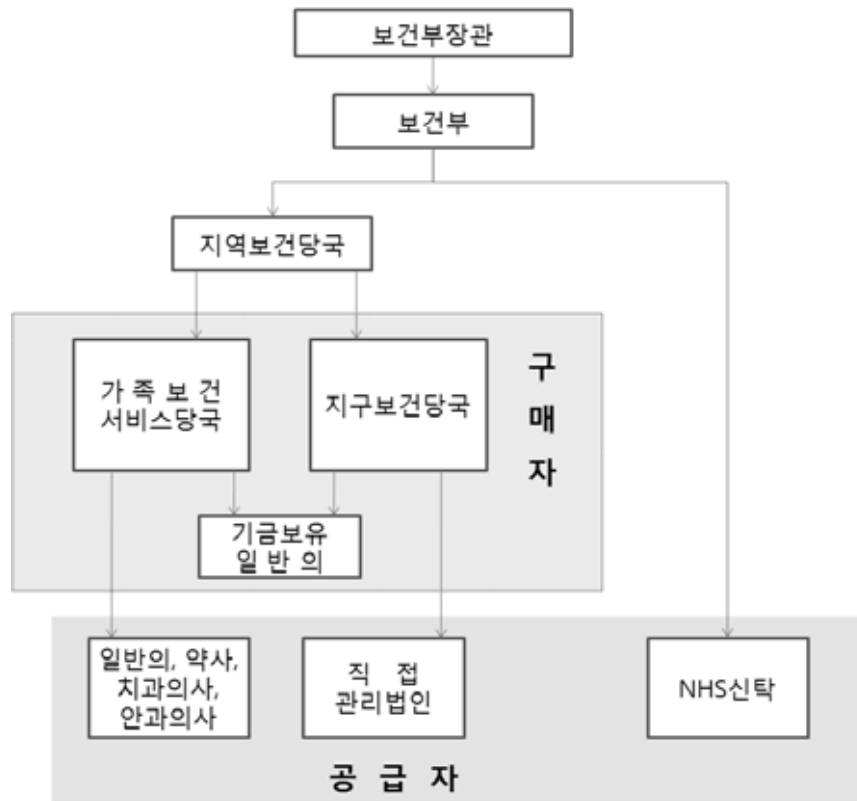
그림 2: NHS 구조(1948-1974년)



이러한 기본모형의 장수는 이 시기를 통해 지속되었던 정치적·사회적 합의의 영향을 보여준다.

1979년은 영국의 정치, 사회정책 개혁의 중대한 시기이었다. 마가렛 대처의 첫 번째 보수당 정부의 집권은(비록 보수주의라기보다는 오히려 신자유주의 이념의 정부이지만) 경제적 곤궁시기와 공공서비스의 재원조달의 어려움과 함께 동시에 이루어졌다. 신자유주의 정부는 국가 후퇴의 의지에 의해 지배되었는데, 이것은 다수의 국영산업의 민영화에 의해 입증되고 있다(예를 들어 전기 및 가스 공급, 철도망, 통신, 상수도 등). 비록 대처는 NHS를 민영화하지 않았지만, 그녀의 신보수주의 혹은 신자유주의 정부들은 소극적 사회정책의 개념을 도입하였고, 효율성과 효과성에 대한 열망과 '사업과 같은' NHS에 대한 소망을 가지고 있었다. 이를 달성하기 위하여 '내부시장' 제도(구매자/공급자 분리로 언급되는)는 창설되었다(그림 3 참고).

그림 3: NHS 내부시장



이러한 극적인 개혁의 공공연한 의도는 경쟁을 통해서 비용효과성을 증가시키는 것이었지만, 그것이 달성되었다는 증거는 없고, 사실상 주로 이러한 복잡한 제도의 행정과 관련된 비용 증가가 있었던 것 같다. 더욱이 내부시장은 일반대중에게 인기가 없었다. 그러나 중요한 결과는 환자들이 소비자로 간주되고 자신을 소비자로 생각하기 시작했다는 것이다: 태도에서의 중대한 변화. 또 다른 목표와 결과는 환자들의 선택을 하나의 과정으로 증가시키기 위한 것이었고, 이것은 오늘날 여전히 강조되고 발전해오고 있다.

1992년에 정부는 백서(Health of the Nation)를 발행하여 국민들의 건강을 향상시키기 위한 전략을 수립하였고, 처음으로 암, 심장병 및 뇌졸중, 정신질환, 사고, HIV/AIDS와 성건강에 중점을 둔 구체적인 목표들을 설정하였다. 이러한 목표들은 세계보건기구의 표적 2000에서 선택되었고 최소 비용으로 쉽게 달성할 수 있을 것으로 생각되었다. 그러나 그것들은 달성되지 않았다.

신노동당은 당선되기 오래 전에 NHS에 대한 약속을 해왔다. Ham은 그 당시 야당 보건부장관인 Chris Smith가 1996년 초에 공평한 자원할당, 케어의 질 향상, 관리 및 행정비용의 감소, 서비스 우선순위의 설정, 일차보건보호전문가의 아젠다 형성 시 발언의 필요성을 포함한 지침들을 제안하였다고 보고하고 있다. 게다가 기금보유 일반의들을 지방 위탁과 대체하려는 계획을 포함하였다. 이는 현재 결실을 맺고 있다.

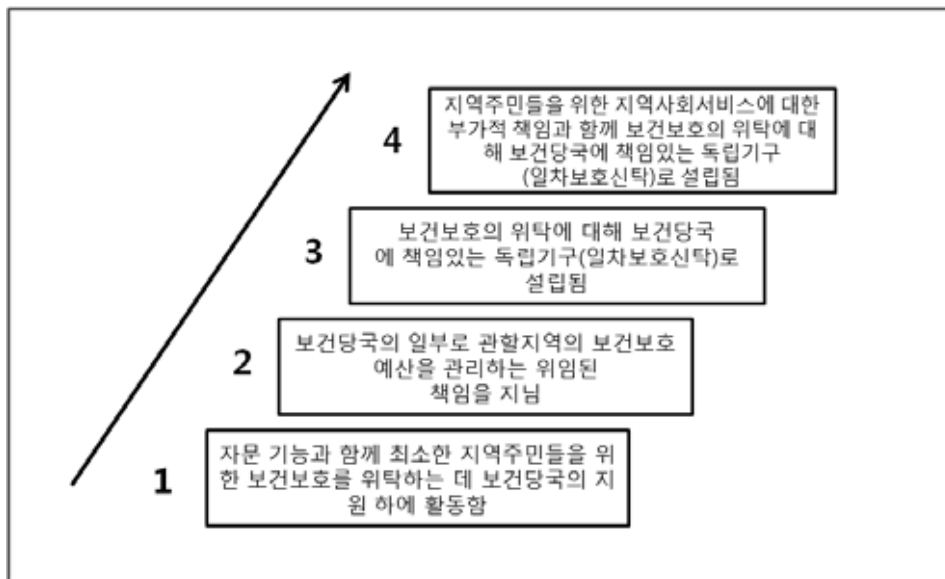
신노동당은 집권 직후 1997년 7월에 NHS의 상황 평가에 착수하였고, Donald Acheson은 보건의 불평등을 조사하는 독립 조사의 의장직을 맡도록 요청되었다. 이 조사는 1998년 11월에 부자와 빈민간의 보건격차가 여전히 남아 있다는 중요한 연구결과를 보고하였다. 1997년 12월에 보건보호

공급자와 지방당국간의 파트너십에 대한 특별한 강조와 함께 ‘제 3의 길’ 개념을 도입한 백서(The New NHS: Modern, Dependable)가 발행되었다. 이 백서는 회복된 국민의 신임을 촉진하고 우수성을 보장하기 위하여 NHS를 하나의 국가서비스로 만들면서 서비스를 새롭게 하려는 신노동당의 계획 이면의 원리들을 공표하였다. 이것은 NHS가 다른 기관들과 협력하여 일하도록 요구하고 케어의 전달을 지방 책임화하면서 달성하기로 되어 있다. 이를 달성하기 위하여 신노동당은 관료주의의 뚜렷한 감소와 효율성의 증가를 제안하였다.

백서에 의하면 “새로운 NHS를 가능하도록 하기 위하여 정부는 잘 되었던 것을 수립하지만, 실패했던 것을 버리는 것에 전념하게 될 것이다. 1970년대의 중앙집권화된 명령과 통제체제로의 복귀는 아닐 것이다...그러나 1990년대의 내부시장제도의 지속도 아닐 것이다...그 대신 NHS 운영의 ‘제 3의 길’, 즉 파트너십에 기초하고 성과에 의해 추진되는 체제가 될 것이다.”

다른 변화가 NHS가 조직화되었던 방식에 있었다. 일차보호집단(그림 4 참고)은 커미셔너로서 창설되었으나, 즉시 일차보호신탁으로 대체되었다.

그림 4: 일차보호집단



다른 변화는 신노동당에 의해 애용된 ‘합동작업’에 완전히 참여하도록 의도되었던 NHS신탁(구매자/공급자 분리의 산물)과 관련이 있었다. 이러한 목적을 달성하기 위하여 신탁들은 보건당국 뿐만 아니라 지방당국과 협력하여 매우 긴밀하게 일하도록 기대되고 있다.

계획수립과 전달구조에의 지방당국의 포함은 중대한 변화였다. Ham은 이와 같은 새로운 시도가 “기관들간의 장벽을 없애고 NHS 내에서 뿐만 아니라 더욱 광범위하게 파트너십을 장려하려는” 정부의 목적을 예시한다고 주장하고 있다. 1997년 백서에 제안된 급격한 개혁들이 비록 1세기에 걸쳐 점진적으로 이행하기로 되어 있었지만, 대처정부들에 의해 시작된 지속적인 개혁의 시대를 연장하였다는 것은 분명하다. 따라서 신노동당이 기꺼이 통합시기를 받아들였다는 증거는 없다. 지속적인 변화의 시기는 NHS 조직이 발전하기보다는 오히려 그 과정에 익숙해지는 결과를 가져왔고, 1997년 백서는 상세한 계획보다는 개요를 제공했기 때문에 그 계획이 시행과정에서 일선 관료

들에 의해 수정될 가능성이 많았다. 따라서 특히 일차보호집단의 구성은 정부의 본래의 의도로부터 변경되었고 현재 의료인들의 권력행사를 강화하는 데 공헌하고 있다.

1998년 발행된 녹색서(Our Healthier: A Contract for Health)에서 정부는 “사회적·경제적 이슈도 빈곤, 실업과 사회적 배제의 일부를 담당한다”고 언급하면서 처음으로 박탈과 나쁜 건강이 관련 있음을 인정하였다. 자문보고서는 두 가지의 주요 목표들을 제안하고 있다. 첫 번째는 평균수명을 증가시키고 사망률을 감소시킴으로써 전 국민의 건강을 향상시키는 것이다. 두 번째는 사회에서 가장 어려운 사람들의 건강을 향상시킴으로써 부자와 빈민간의 ‘보건격차’를 줄이는 것이다. 놀랍게도 적어도 사회주의 합의를 가진 ‘노동’이라는 명칭을 사용한 정부에 대해 녹색서는 향상된 건강이 직업에 주는 이점을 강조하고 보건의 정부, 지방당국과 개인간의 계약을 통해 달성되어야 한다고 시사하고 있다. 또한 녹색서는 보수주의자들의 Health and Nation과 같이 심장질환 및 뇌졸중, 사고, 암, 정신건강에 중점을 둔 목표들을 제안하고 있다.

녹색서(Our Healthier Nation)는 사회적 박탈이 좋지 못한 건강의 주된 원인이라는 Black 보고서(1980년)와 Health Divide의 조사결과를 확인한 Acheson의 보고서에 근거하였다. 이 보고서가 정부에 의해 거의 전적으로 받아들여졌다는 것은 주목할 만하다. 이는 1980년 Black 보고서에 대한 추정된 억압이 있었던 상황과는 매우 다르다. 그러나 Acheson의 39 가지의 단계를 실행하는 데 필요한 정책전환이 이루어질 가능성은 거의 없다. 그 당시 보건부장관은 이러한 이슈들을 해결하기 위하여 특별자금을 이용할 수 없을 것이라고 말하였다. 이는 신노동당이 “선거공약 중의 하나인 대기자 명단을 보건정책의 모든 것이 아니고 목적 전부도 아니다”라고 결정하였음을 시사하고 있다.

서비스의 할당은 수년간 NHS의 논쟁적 특징이었다: 일부 사람들은 그것이 서비스 개시 이후 발생했다고 주장할 것이다. 그러나 할당은 최근에 더욱 명백해졌다고 할 수 있다. 실제로 일부 환자들이 경제적 이유로 인하여 가족의 명단에 그대로 남아있고, 노인들은 가끔 아주 심하게 아플 때까지 병원입원을 거절당한다고 주장되었다. 게다가 치료의 가용성에 있어서 지역적 격차가 크다는 충분한 증거가 있다.

특정한 서비스의 할당을 정당화하는 주장은 자주 비용효과성의 견해에 초점을 두고 있다. 그러나 다른 기준들이 여러 지역에서 서비스 전달의 수준 차이를 야기하면서 사용되고 있다는 약간의 증거가 있다. 이것은 특히 Boseley에 의해 ‘혼돈’으로 묘사된 원조된 임신(흔히 ‘불임치료’라고 언급되는)의 경우이다. Hull은 17%의 부부들이 임신의 어려움을 경험하고, 치료의 효과성은 매우 다양하지만 평균적으로 각각의 보건당국에서 230쌍의 부부들이 매년 치료를 요구한다고 보고하고 있다.

### III. NHS의 현황

신노동당 하에서 새로운 계획과 개혁은 지속되고 있다. 이중에는 New NHS(1997년), Our Healthier Nation(1998년)과 NHS 창설의 핵심 가치를 재진술한 NHS Plan(2000년)을 포함하는 몇 개의 백서들이 있다. 보건부장관은 NHS Plan을 안내하게 될 네 가지의 기본 원리들을 설명하였다.

1. 보건보호는 그것을 필요로 하는 사람들에게 평등하게 제공되고 필요 시 무료로 제공되어야 한다.
2. NHS는 환자들의 욕구에 의해 규정된다.
3. NHS는 환자들의 선택과 다양성을 증가시킬 뿐만 아니라 그것의 포괄적인 능력을 강화하여야 한다.

4. 형평(공평)성, 특히 접근의 평등은 NHS의 초석이 된다.

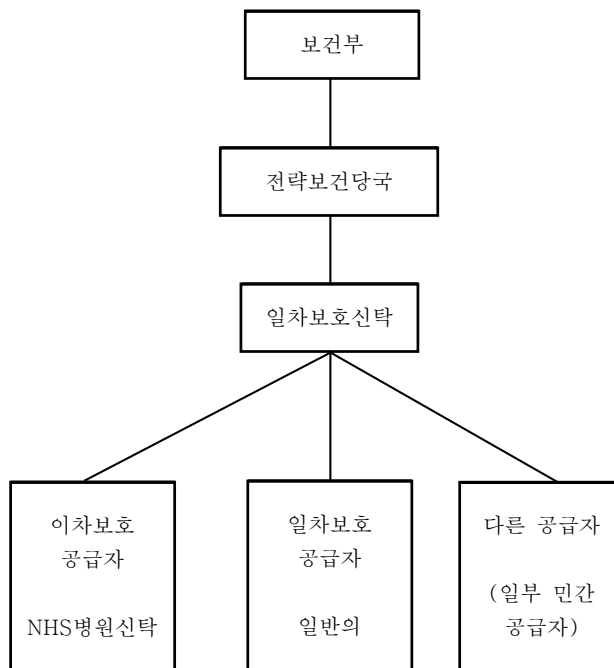
이 문서들은 현 정치가들의 사고와 이상과 일치하여 NHS의 구조를 재편성하고 있지만, 우편번호복권추첨(postcode lotteries)이 지역 주민들을 위한 일반의 업무 위탁 보건보호로 발전하도록 할 수 있는 내제된 모순을 줄이기 위해서는 거의 한 바가 없다.

2002년에 신노동당은 Delivering on the NHS Plan을 발행하여 일차보호신탁의 역할을 강화하였다. 일차보호신탁은 현재 NHS 총예산의 80% 이상을 받고 있다.

NHS는 지난 3년간 심각한 재정적 위기를 경험하였는데, 이에 대한 다수의 원인들이 있었다. 예를 들어 Agenda for Change에 의해 야기된 증가된 임금뿐만 아니라 NHS 서비스에 대한 다른 증가된 비용과 요구를 포함한다. 영국의 일반의들은 과거에는 유럽에서 가장 낮은 보수를 받았으나, 이젠 가장 높은 보수를 받고 있다. 정부가 이러한 임금비용의 증가에 대한 놀라움을 공언했다는 것은 흥미롭다. 그러나 이러한 증가는 사실상 영국 보건보호의 전달과 다른 복지서비스의 전달의 근본적인 철학의 변화를 보여준다.

NHS는 - 적어도 일부는 - 시장지향적 입장으로 되돌아가고 있는 것 같다. 신노동당의 집권 이후 많은 것들이 달성되었으나, 이것은 보건보호의 질 향상, 예를 들어 국가적 기준들과 관련이 있었다. 그 결과는 계층적으로 조직화된 구조에서 보다 직접적으로 정부 규제된 구조로의 변경이다 (일차보호신탁으로의 예산과 권한 위임에서 볼 수 있는 것처럼).

그림 5: NHS 조직(2007년)



#### IV. 논의 및 결론

위에서 살펴본 바와 같이 영국의 보건보호서비스는 변화하고 있다. 이러한 변화는 상이한 자극에 의해 발생하였지만, 일반적으로 사회정책의 현실과 '문제'에 대한 정부의 반응이라고 볼 수 있다. 영국의 보건보호 서비스의 기초를 형성하는 이론과 철학은 복합적이다. 그러나 본 논문은 그것들이 세월에 걸쳐 서로 다른 정부들의 정책들과 일치하여 점진적으로 변화하였으므로 정치정당들의 이데올로기가 사회정책의 발전과 실행에 영향을 주었다는 것을 보여주고 있다.

19세기 중반에서 후반까지 보수당 정부와 자유당 정부가 보건보호 서비스를 주로 가족의 책임으로 간주하고 국가는 그것을 받을 만한 가치가 있지만 보호와 지원을 제공할 사람이 없는 이들에게만 책임을 진다고 생각하면서 보건보호 욕구에 반응했다는 것은 그리 놀랍지가 않다. 이러한 이데올로기적 입장에서부터의 전환은 다만 실용주의적 이유 때문이었다. 따라서 19세기 말과 20세기 초에 보수당 정부들은 군대와 노동인력(대부분의 노동이 육체적이고 거의 모든 유급노동이 남성에게 의해 수행되었던 때)을 강화시킬 필요성을 인식하였을 때, 국가가 보건보호를 필요로 하는 사람들(노동자)에게 개입하고 이를 제공하는 것이 적절하고 바람직하며 이념적으로 건전한 것으로 보았다. 이와 동시에 확대가족과 사회 내에서 그들의 역할을 알고 있는 사람들에게 대한 근본적인 보수주의적 철학은 지속되었다. 그러나 보건보호 서비스정책이 오로지 산업의 이득과 영역의 방어를 위한 것이었다고 제의하는 것은 옳지 않을 것이다. 이에 대한 다른 차원이 고려되어야 하고, 이것은 사회통제 이슈와 관련이 있다. 영국은 17세기 시민전쟁 이후 비교적 안정되고 평화로운 사회이었는데, 이는 어느 정도 사회정책에 기인한다. 이러한 주장은 만일 국가가 시민들의 욕구충족을 위한 서비스를 만들고 '사회문제'에 관여하면 지위유지와 불만족은 덜 할 것이고, 따라서 조직화된 개혁이 일어날 가능성이 거의 없을 것이라는 견해에 의해 지지된다.

이러한 실용주의적 반응은 비록 보수주의 정책에 대한 끊임없는 정치적 전환이 있었지만, 20세기 초반 40년간 지속되었다(1924년에 단기 집권한 자유당정부는 약간의 효과적인 변화를 가져왔다). 따라서 보건보호는 증가하였으나, 그들의 의존자들에게 보건보호를 제공하기 위하여 소득을 사용하도록 기대되었던 노동자들에게 초점을 두었다는 것을 알 수 있다.

그 당시 전쟁은 개혁의 기폭제이었다. 제2차 세계대전은 정치적 조화를 가져왔다: 거국 내각과 연립정부가 있었다. 그러나 가장 커다란 변화는 사람들의 태도와 철학에 있었다. 여성들은 남성들이 전쟁터에 나갔기 때문에 '남성의 일'을 할 수 있는 권한이 부여되었고, 그 결과 노동자로서의 약간의 혜택을 획득하였다. 또한 남성들의 태도도 계층제도의 부분적 붕괴를 포함한 복합적인 이유 때문에 바뀌었는데, 이는 피할 수 없게 정부와 사회정책의 이념적 변화를 야기하였다. 제2차 세계대전의 영향 없이 영국의 NHS는 실행될 수 없었을 것 같다. 정부 교체(아마도 1945년 선거에서 노동당의 압도적 승리가 가장 중요하다)와 전쟁으로 붕괴된 영국을 노동인구뿐만 아니라 모든 사회 구성원들을 위한 새로운 예루살렘을 재건하려는 사람들의 소망에 의해 촉진되었던 위에서 논의된 복합적인 요인들이 복지국가, 특히 NHS의 개시를 요구하였다. 이것은 사회주의자의 이데올로기 이론과 사회문제에 대한 실용주의적 반응이 가져온 가장 커다란 성과 중의 하나로서 생각되어야 한다.

NHS는 제한적 성공을 거두었다고 할 수 있다. 그것은 영국의 보건상태를 향상시키는 데 도움을 주었으나, 부자와 빈민간의 보건의 불평등은 지속되고 있다. 비록 모든 사람들의 건강이 향상되고 있지만, 부유한 사람과 가난한 사람간의 격차는 계속해서 넓어지고 있다.



물론 보건을 측정하는 것은 매우 어렵다. 중요한 변화를 보여주는 하나의 지표인 평균수명에 국가에 의한 보건보호서비스가 실질적인 영향을 주었다고 주장될 수 있다. 그림 1은 1842년의 끔찍한 상황을 보여주었다; 아래 그림 6은 좀 더 나은 최신의 통계치를 보여주고 있다. 그러나 이러한 변화들이 오로지 보건의료정책과 NHS의 개시와 발전의 덕택이라고 판단하는 것은 옳지 않을 것이다. 그것들은 사실상 선진 서구 국가의 특징적인 매우 복잡한 정책과 경제적 조화의 최고점에 나타낸다.

그림 6: 평균수명

출생년도	평균수명(년)	
	남성	여성
1901	45.5	49
1996	74	80
2002	76	81

Based on data from Office for National Statistics

NHS의 성과는 컸고, 그것에 대한 유권자들의 지속적인 인기는 중요하였다. 그러나 NHS의 성공에 대한 가장 심각한 한계는 두 가지의 측면을 가진다. 첫째, NHS는 자원부족 상태에 있다: 이에 대한 논의는 본 논문의 영역 밖이다. (그러나 이것은 다른 문헌으로 충분히 입증되고 있다). 둘째, 거의 모든 지속적인 변화가 서로 다른 정부들과 이들의 정치적 이념에 의해 강요되었다는 것이다. 따라서 1948년부터 1974년까지는 비교적 안정기 혹은 적어도 점진적 변화의 시기였다. 그 후의 시기는 보건보호 실행과 전달뿐만 아니라 차기 정부들이 강요하였던 철학의 커다란 변화가 특징을 이루었다. '환자'에서 '소비자'로의 전환과 함께 내부시장은 위에서 논의되었고, 다른 개혁들이 요약되었다.

여전히 해결할 문제는 남아 있다: NHS의 미래는 무엇인가? 대처정부 하에서 그것의 민영화에 대한 움직임은 저항되었으나, 어떤 측면은 서비스에 포함되었고 민간서비스와 NHS간의 관계는 결코 더 긴밀하게 되지 않았다. 일부 사람들은 NHS가 보험기반의 제도 하에 기여할 능력이 없는 사람들을 위한 잔여적 서비스가 될 것이라고 생각한다.

# Health Policy in the UK: Past: Present: Future

Dr Bob Matthews  
(University Of Birmingham, UK)

## INTRODUCTION

This paper is about the development of the health service of the UK. It discusses the origins of the NHS and the nature of the policy climate that permitted, or even demanded, its creation as well as looking at its responses to changing socio-political demands.

The original purposes of the NHS are described and its initial success or failure evaluated. The paper then continues to discuss change over the first 60 years of the NHS in the context of welfare and political policy arenas. Finally, there is a discussion of limitations and achievements and the future of the service.

## HOW THE NATIONAL HEALTH SERVICE DEVELOPED

Though generally perceived as the outcome of Beveridge's Report (Cm. 6404, 1942), the UK's NHS is really the result of an evolutionary-like process originating in the 16<sup>th</sup> Century Elizabethan Poor Laws and a subsequent lengthy period of little change or progress, followed by the Poor Law (Amendment) Act of 1834. The significance of this legislation was the establishment and legitimation of the notion of state involvement in the individual's health status and health care through the appointment of Parish and Workhouse Medical Officers whose duty was to differentiate between those who were ill (and, therefore, deserving) or the healthy (and, therefore, undeserving).

There were other factors too. This was a time of industrialisation and urbanisation in the UK and the cities' populations were expanding beyond the resources needed to maintain them. For many, this was a time of illness and poverty. Life expectancy was short (Fig. 1) and there was much illness.

Fig. 1:

Life Expectancy in England, by Social Class - 1842 (Average Age of Deceased)			
Location	Professional	Trade	Labourer
Manchester	38	20	17
Liverpool	35	22	15
Rutland	52	41	38
Kendal	45	39	34

Based on Document 3B: Chadwick (1842: 422-4)

A major factor was the work of philanthropists, who cared about the condition of the poor, and some industrialists, who cared for their own comfort and the health and productivity of their workforce. This combination of interests ultimately led to such legislation as the Public Health Act (1848) and the provision of clean water supplies and proper sewerage disposal systems.

Following this, the stimulus of war on health and welfare provision becomes apparent. England was at war in South Africa which resulted in conscription to the army. It was this Boer war (1899 - 1902) that plainly showed for the first time the vast scale of ill-health and poor human development in Britain since around two-thirds of all conscripts were rejected as unfit for army service on because of such things as stunted growth, deformities, poor eyesight and deficiency diseases such as Rickets (a vitamin D deficiency affecting skeletal development). Salisbury's Conservative government was shocked at these findings and instigated a series of Inquiries intended to discover the reasons for this physical degradation of the population including a Report (Cm. 2175, 1904) and a number of initiatives to improve the health of children (Ham, 2004: 8-9), and to address overcrowding and pollution were implemented over the next 50 years.

One important outcome of these investigations was that the National Insurance Act was implemented in the UK in 1911 in to improve national health and further involve the state in healthcare though, for the most part, only men of working age received medical care provided by the state. Though this rose to more than half the working population by the mid-1940s, only GP services were fully covered. The remainder - or at least those that could afford to do so - utilised private services. As a result, most women and children were excluded from state sponsored health services (Ham, 2004; 10; Leathard, 2000: 2-4).

Though the next major event in the narrative of healthcare in the United Kingdom is the development of the NHS, there were many steps along the way, for example the Dawson Report of 1919 recommended the establishment of a coherent national health service. This was a pattern throughout the following decades (Ham, 2004: 13). It is interesting that the notion of establishing a state run health service was opposed by the British Medical Association (The professional governing and regulating body for medical doctors) who thought that such a development would both reduce their members' earnings and lead to the loss of professional autonomy. Because of this, most doctors (other than hospital doctors) remained outside the

NHS as independent contactors rather than employees until 2005.

But again, an important stimulus was war: this time WW2. This was the first time (in modern times, at least) that war had a significant impact on the civilian population as a whole. Aerial bombing caused many injuries and, of course, many members of the armed forces were injured. This led to the development of the Emergency Medical Service which coordinated health care across the country, both providing a better service and further legitimating the role of central government in healthcare provision.

The NHS finally came about as a result of a 1944 White Paper and the The National Health Service Act (1946), predicated on the belief that it was proper for the state to care for sick citizens. It introduced universal, free at the point of delivery comprehensive healthcare provision for all based upon need, rather than the ability to pay (though in fact this lasted only until 1951, when prescription charges were introduced). However, the NHS was, in significant part, the outcome of the bargaining and negotiations between the government and medical profession. When the NHS began in 1948, many concessions for the medical profession were embodied in the Act, because the British Medical Association proposed the extension of health insurance to other groups in the population and opposed the NHS type health service (Ham, 2005: 13-16; Leathard, 2000: 21).

The inception of the NHS was far more than just the provision of healthcare and can be seen as the manifestation of a desire for social integration, such as that described by Titmuss when he claimed that:

*Social policy ... manifests society's will to survive as an organic whole ... and is centred on [on] those institutions which encourage integration and discourage alienation. (Titmuss, 1963: 39).*

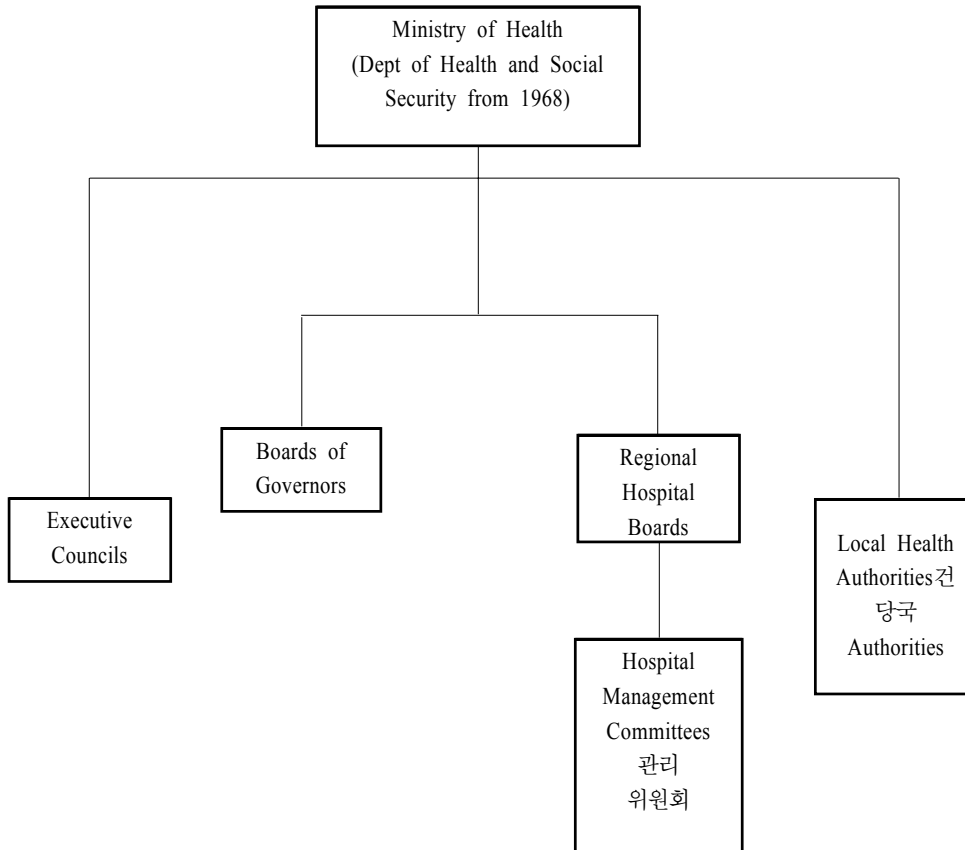
In the same way, Bevan (the 'father' of the NHS) saw the NHS as a civilising and unifying force in society that was about the duty of a society to its members:

*No society can call itself civilised if a sick person is denied medical aid because of a lack of means ... Society becomes more wholesome, more serene and spiritually healthier, if it knows that its citizens have at the back of their consciousness the knowledge that not only themselves, but all their fellows, have access, when ill, to the best that medical skill can provide. (Bevan, 1961: 98-100).*

Though the NHS was welcomed there was an underlying problem which would plague its development in subsequent years. This problem was the assumption that society contained a finite quantity of 'ill-health' which would, in time, be eradicated (Bevan, 1958: xxiii) and, thus, the level of NHS expenditure would reduce. However, this has not proved to be the case and expenditure has continued to rise from 3.75% of GDP in 1949 to 7.7% of GDP in 2003 (Ham, 2004: 16; OECD, 2005). The increase continues.

However, the NHS *muddled along, not unsuccessfully* (Matthews, 2001: 161) during the long period of political consensus, though there was continuous small-scale changes made to the organisational structure.

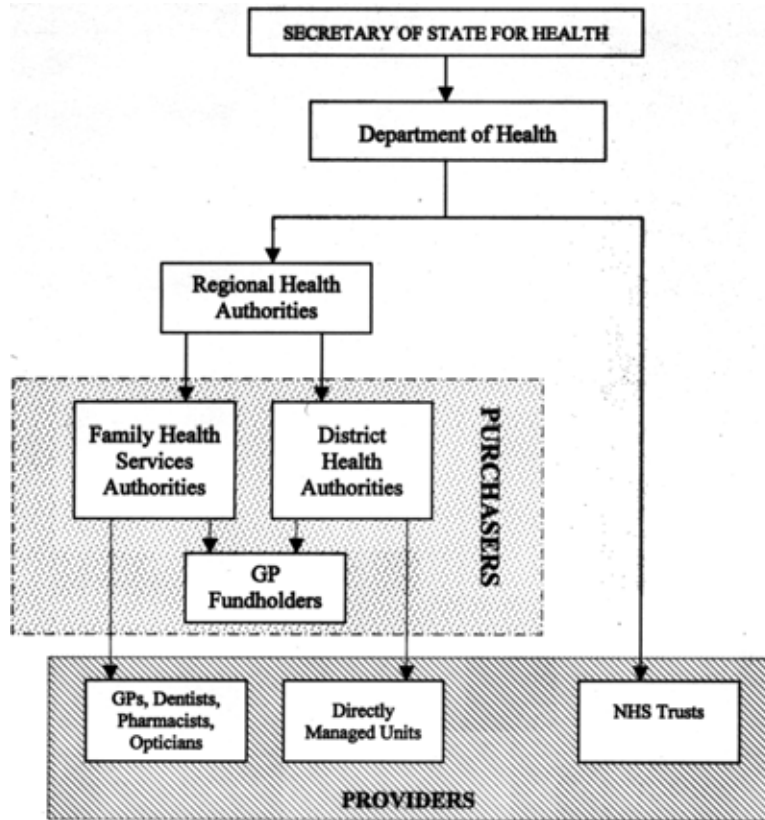
Fig. 2: NHS STRUCTURE 1948 - 1974



The longevity of this basic model shows the influence of the stable political and social consensus that pertained throughout this period.

In the UK, 1979 was a time of significant political and social policy change. The election of Margaret Thatcher's first Conservative government (though, in fact, a government ideologically of the New Right rather than conservative) coincided with a time of economic hardship and significant difficulties with the funding of public services. This New Right government was dominated by an intention to roll back the state, evidenced by the privatisation of many nationalised industries (for example, Electricity and Gas supply, the Rail Network, Telecommunications, Water supply, etc). Though Thatcher did not privatise the NHS, her New Right or Neo-Liberal governments introduced the concept of negative social policy and there was a demonstrable keenness to see efficiency and effectiveness and a desire to see the NHS become 'businesslike'. To achieve this, an 'internal market' (also referred to as the purchaser/provider split) was created: (Fig 3) (see, for example, LeGrand and Bartlett, 1993).

Fig 3: NHS Internal Market



Based on Ham (1999) and Holliday (1992)

Though the declared intention of this dramatic change was to engender competition and thus increase cost-effectiveness, there is no proof that this was achieved and it seems that, in fact, there was an increase in costs, largely associated with the administration of such a complex system. In addition, the internal market was unpopular with the population in general (see for example, British Medical Journal 1990). However, one important outcome was that the patient was seen (and began to see him/herself) as the consumer: a significant change in attitude. Another objective and outcome to increase patient choice a process that is still being emphasised and developed today.

In 1992 the Health of the Nation White Paper (Cm. 1986) was published, setting a strategy to improve the health of the population and, for the first time, setting specific targets concentrating on cancer, heart disease and stroke, mental illness, accidents and HIV/AIDS and sexual health. The targets were selected from the World Health Organisation's Target 2000 and were believed to be readily attainable at minimum cost. In the event, the targets were not achieved.

New Labour was making promises about the NHS long before they were elected on 1 May,

1997. Ham (1999: 53) reports that Chris Smith, the then shadow Secretary of State for health, proposed a series of guidelines as early as 1996 which included: the equitable allocation of resources, the need to improve quality of care and to reduce management and administration costs, the need to set service priorities and the need to let primary health care professionals have a say in shaping the agenda. Additionally, there was also a proposal to replace GP fundholders with local commissioning, a process now coming to fruition.

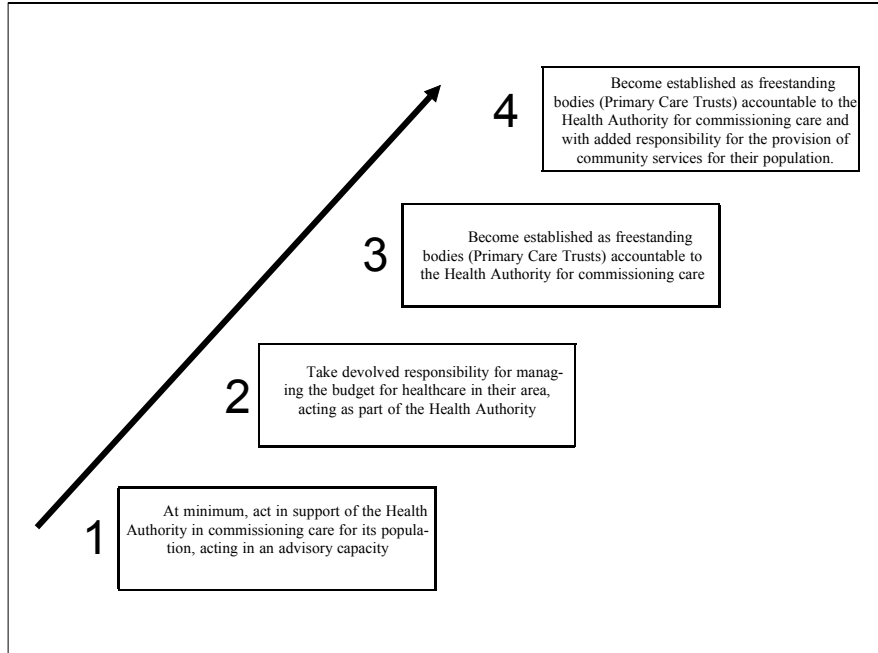
Immediately after their election, New Labour set out to assess the situation in the NHS. In July 1997, Sir Donald Acheson was asked to chair an independent inquiry to investigate inequalities in health. When the inquiry reported in November 1998, among its significant findings was that the concept of the health gap between rich and poor remains present. In December 1997, a White Paper was published, *The New NHS: Modern, Dependable* (Cm 3807), which introduced the idea of the 'third way', and 'joined-up working', with an emphasis on partnerships, especially between health care providers and local authorities. The White Paper set-out the principles behind New Labour's plans for the NHS which were to renew the service, making it a genuinely national service, to encourage renewed public confidence and to guarantee excellence. This is to be achieved by requiring the NHS to work in partnership with other agencies and making the delivery of care a matter for local responsibility. New Labour proposed that, in order to achieve this there would be a significant reduction in bureaucracy and an increase in efficiency.

**The New NHS: Modern Dependable said:**

*In paving the way for the new NHS, the Government is committed to building on what has worked but discarding what has failed. There will be no return to the old centralised command and control system of the 1970s. ... But nor will there be a continuation of the divisive internal market system of the 1990s ... Instead there will be a 'third way' of running the NHS - a system based on partnership and driven by performance. (Cm. 3807, 1997: 10)*

Other changes were made in the way in which the NHS was organised. Primary Care Groups (see Fig. 4) were established as commissioners, but soon replaced with Primary Care Trusts

Fig 4: Primary Care Groups



Other changes concerned NHS trusts (a product of the purchaser/provider split), who were intended to participate fully in the 'joined-up working' beloved by New Labour. To accomplish this they are expected to work more closely in partnership with local authorities as well as Health Authorities (HAs).

In policy terms, the inclusion of local authorities in the planning and delivery structure was an important change; Ham (1999: 60) argues that this initiative indicates the government's aim to,

*... break down barriers between agencies and to encourage partnerships not only within the NHS but more widely.*

It is instantly apparent that the radical changes proposed in the 1997 White Paper protracted the era of continuous change initiated by Mrs Thatcher's governments, even though they were to be implemented incrementally over a decade: thus, there is no evidence that New Labour was willing to accept a period of consolidation. An epoch of unremitting change has resulted in NHS organisations becoming rather adept at the process and, because the 1997 White Paper offered an outline rather than detailed proposals, there has been much opportunity for the plan to be amended by street-level bureaucrats during the implementation process. It is in this way that the composition of PCGs in particular changed from the government's original intention and now serves to bolster medical professions exercise of power (see for example, Illich, 1990: 49-52, Webster, 1998: 5, Wainwright, 1999: 6-8).

In 1998, a Green Paper *Our Healthier Nation: A Contract for Health* (Cm 3582: 1998) was published. In this document it is, for the first time, acknowledged by a government that there



is a link between deprivation and ill health, saying:

*Social and economic issues play a part too – poverty, unemployment and social exclusion. (Cm 3582, 1999: Summary.)*

The consultation document proposes two key aims: the first is to improve the health of the entire population by increasing life expectancy and reducing morbidity. The second proposal is to reduce the 'health gap' between rich and poor by improving the health of the 'worst off in society' (Cm 3582, 1999, Summary). Perhaps surprisingly, for a government with 'Labour' in its title with at least the implication of socialism, the green paper also emphasises the advantages to business from improved health and suggests that health should be achieved through a contract between government, local authorities and individuals. The paper also suggests targets which, like the Conservatives' Health of the Nation (Cm. 1986: 1992) concentrate on heart disease and stroke, accidents, cancer and mental health.

The Green Paper *Our Healthier Nation* was based on Acheson's report (1998: Part 2) confirmed the findings of the Black Report (1980) and the Health Divide (Whitehead, 1990) that social deprivation was a major cause of poor health. It is noteworthy that this report has been accepted, almost without comment, by the government, a situation far different from the alleged suppression of the Black Report in 1980. However, there is little indication of the instigation of policy changes which will be necessary to implement Acheson's thirty-nine steps. Significantly, the then Secretary Of State for Health has said that no extra money will be available to address such issues and there are suggestions that New Labour have decided that,

*... waiting list [length] – one of its five key pledges at the last election – are not the "be all and end all" of health policy ... (Ward, 1999: 1).*

Rationing of services has been a controversial feature of the NHS for many years; some would argue that it has occurred since the service started. However, there can be little doubt that rationing has become more overt in recent years (see for example Klein, 1995: 244-245 Ranade, 1997: 216-7, Alsopp, 1995: Ch. 5 or Malone and Rycroft-Malone, 1998: 325-332). Indeed, there have recently (Boseley, 1999: 1) been allegations that some patients are 'struck-off' family doctor lists for economic reasons and that older people are sometimes denied hospital admission until they are very seriously ill (Bright, 1999). In addition, there is ample evidence (see for example Greengross *et al*, 1999 or Chalmers, 1999: 2) that there are huge regional differences in the availability of treatment.

Arguments to justify rationing specific services are often focussed around the notion of cost-effectiveness. There is some evidence, however, that other criteria are in use resulting in disparate levels of service delivery in different parts of the country. This is notably the situation in the case of assisted conception (commonly referred to as 'infertility treatment') described by Boseley (1999: 1) as 'chaotic'. Hull (1992: 7) reports that 17% of couples experience difficulty in conception and, on average, 230 couples in each HA seek treatment each year (National Infertility Awareness Campaign, 1998: 1), though effectiveness of treatment varies dramatically.

## THE CURRENT SITUATION

Under New Labour there continue to be new plans and reforms. Among these are several White Papers including *The New NHS* (Cm. 3807, 1997), *Our Healthier Nation* (Cm. 3852, 1988) and *The NHS Plan* (Cm. 4818-I, 2000) which restates the core values of the NHS foundation. The Secretary of State for Health explained the four basic tenets that will guide the Plan itself:

1. Healthcare should be provided equally to those who need it, free at the point of need.
  2. The NHS is defined around the needs of patients.
  3. The NHS must increase its comprehensive capacity as well as increase the choice and diversity it offers to patients.
  4. Equity - fairness - is the cornerstone of the NHS, particularly equality of access.
- (Davies, 2004: 4)

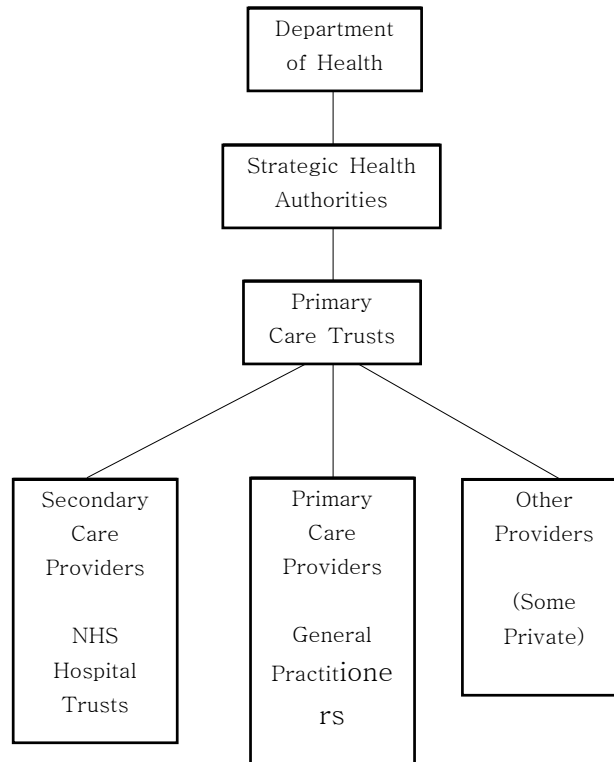
Crucially, these documents reorganise the structures of the NHS in line with current politicians' thinking and ideals, but do little to reduce the inbuilt contradictions that may lead to further postcode lotteries as GP practices commission healthcare for their (relatively small) populations.

New Labour published *Delivering on the NHS Plan* in 2002. The role of PCTs has been strengthened and they now receive more than 80% of the total NHS budget (Thompson, 2007: 4).

The NHS has gone through a serious financial crisis over the past 3 years. There have been many causes for this, including for example increased wage bills caused by Agenda for Change (a single-spine pay framework) but also because of other increased costs and demands on its services, UK General Practitioners have moved from being the lowest paid in Europe to the highest (Andalo, 2005). It is interesting to note that the Government have professed surprise at these increases in wage costs, but in fact, they indicate an underlying philosophical change in the delivery of healthcare in the UK and, by inference, the delivery of other welfare services.

In many ways, it seems that the NHS is returning - in part at least - to a market oriented position. Much has been achieved since the election of New Labour in 1997, but this has been associated with improvements in the quality of healthcare, for example a framework of national standards (Ham, 2004: 68). The result is a change from an hierarchically organised management structure to something that is more directly government regulated (as can be seen from the budget and power devolvement to PCTs).

Fig 5: NHS Organisation 2007



(Based on Thompson, 2007)

## DISCUSSION AND CONCLUSION

As can be seen from the above, the narrative of healthcare provision in the UK is one of change. These changes have been instigated by different stimuli, but overall can be seen as a government response to the realities and ‘problems’ of social policy.

The theories and philosophies that underpin healthcare provision in the UK, and elsewhere, are complex, but this paper demonstrates that they have evolved over time in line with the policies of different governments, so that political parties’ ideologies have influenced the development and implementation of social policies.

It is unsurprising then that the Conservative and Liberal Governments of the mid to late 19<sup>th</sup> Century responded to healthcare needs as they did; that is, that they saw the provision of healthcare primarily as the responsibility of the family and could only be seen as a state duty for those who were *deserving*, but who had no-one to care for or provide for them. The only real departure from this ideological position was for pragmatic reasons. Thus, when the Conservative governments of the late 19<sup>th</sup> and early 20<sup>th</sup> Centuries saw the need to strengthen both the army and the workforce (at a time when most labour was manual and almost all paid work carried out by men) it was seen as appropriate, desirable and ideologically sound for the state to intervene and to provide healthcare for those (workers) who needed it. At the same time, the underlying conservative philosophy of the caring extended family and of people

*knowing their place* in society continued. However, it would be wrong to suggest that this policy of healthcare provision was solely for the advantage of industry and the defence of the realm: there is another dimension that is worthy of consideration and that is the issue of social control. The UK has been a relatively stable and peaceful society since the civil war of the 17<sup>th</sup> Century and, in part, this is due to the provision of social policy. This statement is supported by the notion that, if the state makes provision for the 'needs' of its citizens and engages with 'social problems' then there will be less dissatisfaction with the *status quo* and, therefore, little chance of organised revolution.

This pattern of pragmatic response continued throughout the first 4 decades of the 20<sup>th</sup> Century (the short-lived Labour Government of 1924 made little effective change), though there was a steady political shift towards conservative policies. Thus we see that healthcare provision increased, but was focused on the workers who were expected to use their earnings to provide healthcare for their dependants.

War, then, was the great stimulus for change. WW2 caused political harmony - there were National and Coalition Governments - but the greatest change was in the attitudes and philosophies of the people. Because men were away fighting, women were empowered to do 'men's work' and therefore earned some of the benefits of being workers. Men's attitudes changed too, for complex reasons but involving a partial breakdown of the class system, and this inevitably led to ideological changes in government and, therefore, in social policy provision. Without the stimulus of WW2, it seems unlikely that the UK's NHS could ever have been implemented. The complex series of factors discussed above, aided by the changes in government (the Labour election landslide of 1945 being, perhaps, most significant) and the desires of the people to put the past behind them and to rebuild a war-torn UK into a *New Jerusalem* (Marsden *et al*, 1992: 87) that would provide for all members of society, not just the workforce, required the inception of a welfare state and, in particular, the NHS. This must be seen as one of the greatest achievements of both Socialist ideological theory and a pragmatic response to social problems.

There can be no doubt that the NHS is a success, but it is, inevitably, a limited success. It has been instrumental in improving health status in the UK, but the inequalities in health between rich and poor persist (Townsend & Davidson, 1982, Whitehead, 1987), and even though all the population's health is improved, the gap between the rich and the poor continues to widen (Acheson, 1998).

Health is, of course, notoriously difficult to measure. One indicator that shows significant change is life expectancy and it can be argued that the provision of healthcare by the state has had a real impact on this. Fig 1 showed the horrific situation in 1842; fig 6 below presents some more up to date statistics. However, it would be wrong to attribute these changes simply to the provision of health policies and the inception and development of the NHS. In fact, they represent the culmination of very complex policy and economic interfaces, typical of a developed western country.

Fig 6: Life Expectancy

LIFE EXPECTANCY (years)		
Born	Men	Women
1901	45.5	49
1996	74	80
2002	76	81
Based on data from Office for National Statistics		

The achievements of the NHS are many and its continued popularity with voters has been important. However, perhaps the most serious limitations on its success are twofold. First, the NHS is under resourced; a discussion of this is beyond the scope of this paper, but is well documented in the literature (see for example Klein, 1995; Baggott, 2004; Ham, 2004). Second it is the almost continuous change that has been imposed by different governments and their political ideologies. Thus there was a period of comparative stability, or at least incremental change, from 1948 to 1974. The period since then has been characterised by big changes, not just in healthcare implementation and delivery but also in the philosophy that successive governments have imposed. The *internal market* is discussed above, with the concomitant change from 'patient' to 'consumer' and other changes have been outlined.

The question remains: what is the future of the NHS? Moves towards its privatisation under the Thatcher governments were resisted, but some aspects have been included in provision and links between private provision and the NHS have never been closer. Some believe that the NHS will become residual provision for those who cannot afford an insurance-based system (Matthews & Jung, 2006).

## REFERENCES

- Acheson D, (1998), *Independent Inquiry into Inequalities in Health*, The Stationery Office, London.
- Allsop, J (1995), *Health Policy and the NHS: Towards 2000*, (2<sup>nd</sup> Ed.), London, Longman.
- Andalo, D (2005), *GPs Pay can reach £250000*, Wednesday May 11, 2005, Society Guardian.co.uk
- Baggott R, (2004), *Health and Healthcare in Britain*, (3rd Ed), Palgrave Macmillan, London.
- Bevan, A (1958), 'House of Commons, 30 July, 1958) in Webster, C (Ed.), *Aneurin Bevan on the National Health Service*, Wellcome Unit for the History of Medicine, Oxford.
- Bevan, A (1961), *In Place of Fear*, E P Publishing, London.
- Boseley, S (1999a), 'Patients 'struck off by GPs for being uneconomic'', *Guardian Unlimited Archive*, 13 September, <http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article/0,4273,3901129,00.html>.
- Bright, M (1999), 'Hospitals challenged on 'death's door' rule for the old', *Guardian Unlimited Archive*, <http://www.guardianunlimited.co.uk/Archive/Article/0,4273,3808991,00.html>.
- British Medical Journal (1990), 'Poll shows 77% of people against NHS reforms', *BMJ*, Vol. 300, 21, April: 1081.

- Chadwick, E (1842), *Report on the Sanitary Conditions of the Labouring Population of Great Britain* (1965 ed).
- Chalmers, F (1999), 'NHS operates age discrimination', *Health Matters*, 36, Spring: 6.
- Cm. 2175, (1904), *Report of the Interdepartmental Committee on Physical Deterioration*, HMSO, London
- Cm. 6404, (1942), *Social Insurance and Allied Services*, HMSO, London.
- Cm. 1986, (1992), *The Health of the Nation*, the Stationery Office, London.
- Cm. 3807, (1997), *The New NHS: Modern, Dependable*, The Stationery Office, London.
- Cm. 3852, (1998), *Our Healthier Nation*, The Stationery Office, London.
- Cm. 4818-I, (2000), *The NHS Plan: a Plan for Investment, a Plan for Reform*, The Stationery Office, London.
- Cm. 6079, (2003), *Building on the best: Choice, responsiveness and equity in the NHS*, Stationery Office, London.
- Cm. 5503, (2002), *Delivering the NHS Plan: next steps on investment, next steps on reform*, The Stationery Office, London.
- Davies P, (2004), *The NHS in England 2004/05*, NHS Confederation, London.
- Friend, B (1998), 'The cost of living', *Health Service Journal*, Vol. 108, No. 5674, 23 July 1998: 22-26.
- Greengross, S, Hancock, C, Rayner, C and Sutherland, S (1999), 'Concern at treatment of old', *Guardian Unlimited Archive*, April 22, <http://www.guardianunlimited.co.uk /Archive/Article/0,4273,3856873,00.html>.
- Ham C, (2004), *Health Policy In Britain*, (5th Ed.), Palgrave Macmillan, London.
- Holliday, I (1992), *The NHS Transformed*, Baseline Books, Chorlton.
- Hull, M (1992), 'Infertility Treatment: Needs and Effectiveness', *Journal of Human Reproduction*, 7.
- Illich, I (1990), *Limits To Medicine: Medical Nemesis: The Expropriation of Health* (first published 1976), London, Penguin Books Ltd.
- Klein R, (1995), *The New Politics of the NHS*, (3rd Ed) Longman, London
- Le Grand J and Bartlett, W (1993) *Quasi-markets and social policy*. London, Macmillan.
- Leathard A, (2000), *Health Care Provision; Past, present and into the 21st century*, (2nd Ed), Nelson Thornes, Cheltenham.
- Malone, N and Rycroft-Malone, J (1998), 'Equity and rationing in the NHS: past to present', *Journal of Nursing Management*, Vol. 6: 325-332.
- Marsden, V, O'Hagan, J and Pirt, G (1991) *Picking Sooty Blackberries*, Alden Press, Oxford.
- Matthews, B & Jung, Y (2006), 'The Future of Healthcare in South Korea and the UK', *Social Policy and Society*, Vol. 5 (3), pp. 375-385.
- Matthews R N, (2001), 'Current Themes and Issues in Britain's National Health Service', in Finer C J, *Comparing the Social Policy Experiences of Britain and Taiwan*, Ashgate, Oxford.
- National Infertility Awareness Campaign, (1998), *Facts and Figures on Infertility and its Treatments*, London, NIAC, [www.ein.org/niac.htm](http://www.ein.org/niac.htm).
- OECD (2005), *Health data 2005, October 2005*, OECD, Paris.
- OECD (2004), *Towards High-Performing Health Systems* (Summary Report), OECD, Paris.w
- Ranade W (1997), *A Future for the NHS? Health Care in the Millennium*, (2<sup>nd</sup> Ed), Harlow, Addison

Wesley Longman.

Thompson, J (2007), *Methods of Financing Healthcare: Some Experiences from UK and Mexico*, Fifteenth International Conference of Social Security Actuaries and Statisticians, Helsinki.

Titmuss, R (1963), *Essays on the Welfare State*, (2<sup>nd</sup> Ed), Allen & Urwen, London

Townsend P and Davidson N, (1982), *Inequalities in Health: The Black Report*, Penguin, Harmondsworth.

Ward, L (1999), 'Labour rethinks NHS pledge', *Guardian* 18 October: 1.

Wainwright, D (1999), 'All Talk: No Action?', *Health Matters*, 36: 608.

Webster C (1998), 'The very long history of the PCG', *Health Matters*, 35: 5.

Whitehead M, (1987), *The Health Divide: Inequalities in Health in the 1980's*, Health Education Council, London.