

*Dr. Kaiser Tamás**

A komplex problémák” gyakorlata: az egészségügyi és szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban

Kulcsszavak: egészségügy és szociálpolitika, komplex problémák, integrált megközelítés, integrált ellátási rendszer

Összefoglaló

A fizikai és mentális egészség, átfogóbban a jóllét feltételeinek kialakítása komplex problémaként és egyben megoldandó kihívások, komplex problémák rendszereként jelentkezik a társadalmak, egyének és közösségek számára. Az együttműködés és a szorosabbra vont koordináció és igénye napjainkban szinte valamennyi szakpolitika területén megmutatkozik, de az egészségügyi és szociális ellátási rendszerek integrált megközelítése körül kialakult viták, reformok és gyakorlatok e tekintetben úttörő jelentőségűnek és mintaadónak tekinthetők. Az Egyesült Királyság egészségügyi-és szociálpolitikáját az elmúlt évtizedek során meghatározó változások egyértelműen az integrált és egyben inkrementális megközelítés irányába mutatnak, amelyek bemutatása egyúttal a komplex problémákra adható intézményi válaszok lehetőségeit, illetve a megvalósítás során jelentkező problémákat is megmutatja.

Bevezetés

Az egészség, mint napjaink egyik legfontosabb világtrendje, egyúttal az életminőség és a jóllét (well-being) egyik legfontosabb összetevője és egyúttal megkerülhetetlen előfeltétele. Az Egészségügyi Világszervezet meghatározása szerint az életminőség „Szélesen értelmezett fogalom, amely bonyolult módon magába foglalja az egyén fizikai egészségét, pszichés állapotát, függetlenségének fokát, társadalmi kapcsol-

latait, személyes hitét, valamint a környezet lényeges jelenségeihez való viszonyát (WHO 1993).

Az egészséggel és a jólléttel összefüggő életminőség alakulása, mértéke és változása összetett, sokszor egymásnak ellentmondó tényezők hatásrendszerében fejeződik ki. Egyrészt az átlagos emberi életkor felső határa a 20. század második felében kibontakozó fejlődési pályák és a viszonylagos békeidőszak következtében kitolódott ugyan, de mindez nem járt együtt magától értetődő módon az egészségben eltöltött évek számának gyarapodásával. Másrészt a demográfiai tényezők kedvezőtlen alakulása, a világ számos országában tényként kezelhető „előregedő társadalmak” egyre kevésbé képesek fenntartani a korábbi évtizedek során kialakult törékeny egyensúlyt a gazdasági növekedés és a társadalmi jóllét között, amelyben meghatározó szerepe van az egészségügyi és szociális ellátórendszer szolgáltatásainak. A problémát tovább árnyalja, hogy a különféle ellátásokhoz való hozzáférés lehetőségeiben és a szolgáltatások minőségében már eddig is jelentős területi különbségek mutatkoznak mind az egyes országok, hanem azon belül, az egyes térségek és településformák között. Miközben az ismert betegségek és egészség-kockázati tényezők mellett újonnan és tömegesen megjelenő, világjárványokat okozó vírusokkal, valamint nehezen és gyakran már későn diagnosztizálható civilizációs ártalmak, mentális betegségek jelennek meg, az igények növekedése – többek között éppen a munkaképes emberek számának csökkenése és egészségi állapotának romlása miatt

* Tanszékvezető egyetemi docens, Nemzeti Közszolgálati Egyetem, Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar, Kormányzástani és Közpolitikai Tanszék, kaiser.ta-

– nem jár feltétlenül együtt az egészségügyi és szociális kiadások növekedésével. Az emberek számára már aktív korokban is hosszabb időn keresztül, többféle kezelés és ellátás válhat szükségessé, ráadásul életkoruk előrehaladtával egyre inkább rászorulnak a szociális ellátás különböző formáira, miközben a demográfiai változások és a globalizációs környezetben jelentős mértékben felgyorsult mobilitás miatt kevésbé számíthatnak gyermekeik közvetlen támogatására. Az ellátás intézményrendszere azonban gyakran funkcionális és területi értelemben is széttagolt a kórházak, az alapellátás, a közösségi szolgáltatások és a szociális gondozás között, továbbá változó mennyiségben és minőségben áll rendelkezésre. Mindez jelentős anyagi és időbeli költségeket és további komoly egészségi kockázatokat jelent a gyógyítás és megelőzés különböző formáit igénylő állampolgárok számára. Az egyén és a közösségek részéről meg tapasztalható egészség, életminőség és jóllét azonban nemcsak az ellátórendszer szolgáltatásainak igénybevételén, elérhetőségén, megfizethetőségén, illetve az intézmények szakmai és infrastrukturális ellátottságán múlik. Mindezek mellett komoly hatást gyakorol rá a környezet, a társadalmi és kulturális kapcsolatok minősége, a lakhatás, oktatás, munkaerő-piac, jövedelemszerzés, a társadalmi mobilitás, az egyén életmódja és annak tudatossága, a rekreációs lehetőségek, és még sok más, látszólag az egészségügy és a szociálpolitika világán kívül elhelyezkedő, de valójában azzal szorosan összekapcsolódó társadalmi alrendszer és szakpolitika.

A fentiek alapján a jelen tanulmány abból indul ki, hogy a fizikai és mentális egészség, átfogóbban a jóllét feltételeinek kialakítása komplex problémaként és egyben megoldandó kihívások, feladatok rendszereként jelentkezik a társadalmak, egyének és közösségek számára. A komplex problémák megoldásának egyik legfőbb akadályát a szervezetrendszer töredezettsége jelenti, így kiemelt szerepet kapnak azok az integrált megközelítésen alapuló koordinációs mechanizmusok, amelyek egyrészt a szervezeten belüli integrációra, másrészt a társadalom különféle értin-

tett csoportjaival való partnerségi együttműködésre törekuszenek. A tanulmány előfeltevése, hogy a komplex problémák kezelésének az integrált megközelítés az egyik legfontosabb, de önmagában nem elégséges eszköze, mivel a komplex problémák megoldásának környezete, szereplői és feltételei folyamatosan változnak. Ebből következően a szereplők rendre „újra csomagolják” a problémákat, ami újabb és újabb intézményi változásokat, koordinációs struktúrákat és eljárásokat hív elő, miközben gyakran nem egyértelmű sem a megoldani kívánt probléma lényege, sem az elvárt eredmények kritériumainak meghatározása, továbbá nem állnak rendelkezésre bevált, standard megoldások.

Az együttműködés és a szorosabbra vont koordináció és igénye napjainkban szinte valamennyi szakpolitika területén megmutatkozik, de az egészségügyi és szociális ellátási rendszerek integrált megközelítése körül kialakult viták, reformok és gyakorlatok e tekintetben úttörő jelentőségűnek és mintaadónak tekinthetők (Head and Alford 2015, Pett and Bliss 2022).

Az Egyesült Királyságban az egészségügyi és szociális ellátást végző szervezetek közötti együttműködés kialakítása csaknem fél évszázados múltra tekint vissza a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat és a helyi önkormányzatok, a házi orvosi praxisok, valamint az önkéntes, hitéleti és közösségi szektor képviselői között (Upham 2017, Miller, Glasby and Dickinson 2021). Megítélésünk szerint az 2022-ben elfogadott, az egészségügyről és ellátásról szóló törvény a többszintű és sokszereplős, terület- és partnerség alapú integrált ellátási rendszerek bevezetésével magában hordozza egy folyamatos változásokkal és intézményi reformokkal tarkított, több évtizedes folyamat konszolidálásának a lehetőségét, ami még a jelenleg tapasztalható problémák és szűk keresztmetszetek ellenére is követendő, vagy akár megvitatása alkalmas modellként szolgálhat az egyre gyakoribbá váló komplex problémák kezelése érdekében.

A fentiek alapján a tanulmány három fő részre tagolódik. Először brit egészségügyi és szociális rendszer elmúlt évtizedeinek reformjait tekintjük át a komplex

problémák nézőpontjából, majd a 2022-es törvény alapján áttekintjük a reform által létrehozott intézményi és működési változásokat. Ezt követően a törvény bevezetését követő egy év tanulságait, problémáit és megoldásra váró feladatait tekintjük át. Végül néhány következtetést fogalmazunk meg a brit (ezen belül az angol) modell perspektíváival és a tapasztalatok hasznosíthatóságával kapcsolatban.

1. Komplex kérdések és brit reformok: az integrált megközelítés fokozatos intézményesülése

Az államok, társadalmak és gazdaságok napjainkban számos kihívással és egyre összetettebb problémákkal kerülnek szembe. A legerőteljesebb változások a globalizációhoz, a biztonsághoz, a klímaváltozáshoz, a demográfiai változásokhoz, a migrációhoz, valamint a digitalizáció és a mesterséges intelligencia által kiváltott összetett hatásokhoz kapcsolódnak. A többdimenziós, horizontális problémák kezelése széleskörű, a társadalmi alrendszereket és intézményi határokat átlépő, integrált válaszokat igényel, miközben gyakran még a megoldani kívánt probléma lényege sem egyértelmű. Ennek következtében az alapvetően készen kapott megoldások végrehajtására szocializálódott hagyományos közigazgatás és a közszolgáltatás-ellátás számára komoly kihívást jelent a fenti kritériumokkal jellemezhető, ún. *komplex, vagy roszszindulatú problémák* („wicked issues”) megoldása (Head 2008, Rittel-Webber 1973). Az ügyek nehezen megragadható, „cseppfolyós” természetéből fakadóan a komplex problémák megoldására irányuló erőfeszítések gyakran előre nem látható következményekkel járnak. A döntések kialakítását az is bonyolítja, hogy a kiválasztott megoldási alternatíva gyakran csak egy másik elvetésével valósulhat meg. E közzismert átváltási vagy trade-off dilemmák – többek között az érintettek bevonásán alapuló, konszenzus-orientált, vagy a centralizált, eredmény-és hatékonyság orientált döntéshozatal, a generalista vagy specialista tudásalkalmazás, a versenyképességet vagy a felzárkózást célzó fejlesztéspolitika, vagy éppen a jelen

tanulmány középpontjában álló egészség- és szociálpolitika esetében a megelőzés vagy az ellátás prioritása – valójában nem dönthető el egyértelműen, így a megvalósítás folyamatában újabb problémákat és megoldásokat hívhatnak elő.

A fentiek alapján a komplex problémákra nem adható egyértelmű, definitív válaszok, de a közpolitikai gyakorlatban meghonosodott „integrált megközelítés” jó kiindulópont lehet a „kielégítő” vagy „elég jó” válaszok kialakítására. Ez azonban nem egyetlen döntés vagy reformprogram, hanem a lépésről lépésre haladó, az értékek és hatások folyamatos összevetésén alapuló inkrementális folyamatok eredménye. Az Egyesült Királyság (a továbbiakban: Királyság) egészségügyi-és szociálpolitikáját az elmúlt évtizedek során meghatározó változások egyértelműen az integrált és egyben inkrementális megközelítés irányába mutatnak, amelyek bemutatása egyúttal a komplex problémákra adható intézményi válaszok lehetőségeit, illetve a megvalósítás során jelentkező problémákat is megmutatja. Az egészségügy és a szociálpolitika önmagában is komplex szakpolitikának számít, amit egyszerre mutat egy belső, funkcionális differenciálódás és a működést meghatározó más szakpolitikákkal (oktatás, foglalkoztatás, közbiztonság, lakhatás, közszolgáltatásokhoz való hozzáférés) való kölcsönhatás intenzitása és eredményessége. Mindezt a Királyság esetében tovább bonyolítja két további adottság: az ország aszimmetrikus közjogi berendezkedése, valamint a nemzetközi összehasonlításban is számottevő területi fejlettségi különbségek.

A közjogi aszimmetria alapját az 1998-ban elfogadott és népszavazás útján is megerősített ún. devolúciós törvények jelentik, amelyek révén a három kelta országrész (Skócia, Wales, Észak-Írország) jelentős, bár egymástól is eltérő mértékű autonómiában részesült, amely többek között kiterjedt az egészségügy szervezetrendszerének irányítására és finanszírozására is. Angliában viszont nem került sor a politikai devolúció bevezetésére, így a legnagyobb területtel és lakosságszámmal rendelkező országrészben változatlanul a kormányzás centralizált formája érvényesül (Kaiser 2012).

A Királyságon belül mutatkozó területi fejlettségi különbségek mértéke az elmúlt négy évtized során folyamatosan nőtt, ráadásul a területi egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban is számottevőek (McCann 2018, Kaiser 2023). Mértékadó számítások szerint a területi fejlettségben mutatkozó különbségek terén a harminc OECD ország közül a Királyság rendelkezik a negyedik legrosszabb mutatókkal (Davenport-Zaranko 2020). A termelékenységi és a jövedelmi különbségek már a 2007-2008-as válság előtt is komoly problémát jelentettek, de azóta még tovább nyílt az olló London és a délkeleti ország-rész, valamint Észak- és Közép-Anglia között (Office for National Statistics 2020). Elmaradt térségek a „gazdag” Délkelet-Angliában is előfordulnak, ami a térségi fejlettségi mutatók és szempontok sokféleségét jelzik a Királyságban (Trust for London 2020). A koronavírus okozta válság azt is egyértelművé tette, hogy a gyengébb gazdasági mutatókkal rendelkező régiók jóval kevesebb rugalmassággal tudnak reagálni a gazdasági és egészségügyi sokkhatásokra (Dunn et. al. 2022). Fontos kiemelni, hogy a területi egyenlőtlenségek korántsem redukálhatók a nagyvárosok és a kis-és középvárosok, valamint vidéki térségek közötti különbségekre. A problémát – ami egyben a brit lassulásának, illetve stagnálásának egyik fő elem – éppenséggel az okozza, hogy az észak- és közép-angliai nagyvárosok nem tudják betölteni a valós térségi gazdasági központ szerepét, amelynek pozitív szinergiáira a leszakadó, egykor jobb napokat látott, de azóta gazdasági és kulturális biztonságukat fenyegetve érző, magukra maradt („left behind”) térségek rácsatlakozhatnának (Rodríguez-Pose 2018).

A brit egészségügy legismertebb intézménye az 1948-ban alapított, a devolúciót követően esernyőfogalommal vált *Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, NHS)*, amely a négy országrész önállóan működő egészségügyi intézmény-és szol-

gáltatási rendszerét foglalja magába¹. A jelen tanulmány szempontjából releváns angol egészségügy az *Egészségügyi és Szociális Ellátás Minisztérium (Department of Health and Social Care, a továbbiakban: Minisztérium)* feladat-és hatáskörébe tartozik. A minisztérium a napi működés és az infrastrukturális ellátottság finanszírozása mellett számos végrehajtó szervezet (executive agency) fenntartója. Utóbbiak között a legnagyobb az NHS hét régióra (London, Kelet-Anglia, Közép-Anglia, Észak-Kelet és Yorkshire, Észak-Nyugat, Dél-Kelet, Dél-Nyugat) tagolódo intézményre angliai szervezete (a továbbiakban: NHS England)². A regionális és helyi NHS testületek jelentős mértékű autonómiával rendelkeznek, de közvetlenül a minisztériumnak, átfogóan pedig a brit kormánynak tartoznak felelőséggel. Az *NHS England* költségvetéséből működnek az alapellátás és a népegészségügy mellett speciális (többek között a fegyveres testületekre és az igazságszolgáltatás intézményeire) kiterjedő szolgáltatások és egészségügyi programok (például a mentális egészségügyi szolgáltatások). Ugyanakkor egyes szolgáltatásokat (gyógyszertárak, fogorvos, szemészet) delegálás útján helyi szervezetek látnak el. Általánosságban jellemző, hogy az egészségügyi ellátást az NHS England keretében működő szolgáltatók helyi szinten készült tervek alapján biztosítják.

A komplex problémák nézőpontjából különösen fontos kiemelni, hogy szociális ellátás működtetése és nagyobb részben finanszírozása Angliában a helyi önkormányzatok hatáskörébe tartozik, amelyek ugyan a kormányzati döntések és prioritások alapján működnek, de még az NHS England szervezeteinél is nagyobb önállósággal rendelkeznek a végrehajtás és a rendelkezésre álló források felhasználása terén³.

Az NHS – különösen Angliában – talán az egyik legtöbb strukturális átszervezésen átesett intézmény Európában, mivel az egymást követő kormányok eltérő ideológiák és szakpolitikai elképzelések men-

¹ Az NHS által felhasználható források egyenlőtlenül oszlanak meg a négy országrész között, amit az is mutat, hogy míg Angliában az egészségügy működését az adók és a betegek által fizetett vénydíjak és egyéb szolgáltatások, addig a kelta országrészek esetében az ún. Barnett-formula alapján kiszámított átalánydíjas állami juttatások finanszírozzák. Egy főre vetítve Észak-Írország rendelkezik a legtöbb, az angol országrész a legkevesebb forrás felett. További különbség, hogy Anglia és Észak-Írország az ún. szolgáltatásvásárló/szolgáltató rendszerben működik, a két szereplő közötti szerződéses jogviszony formájában valósul meg. Skócia és Wales 2004-ben, illetve 2009-ben eltörölte ezt a modellt, inentől az érintett egészségügyi és szociális szervezetek közvetlenül biztosítják a szolgáltatásokat.

² Ezen a ponton meg kell jegyezni, hogy a brit (de ezen belül különösen az angol) közigazgatási és önkormányzati struktúra rendkívül töredezett, egymással területi illetékességük tekintetében gyakran átfedő igazgatási és funkcionális egységek alkotják. Ennek révén a brit közjogi aszimmetria az angol országrészben területi és helyi szinten egyaránt megmutatkozik (Kaiser 2017).

³ A szociális ellátást az önkormányzatok alapvetően az ún. *tanácsai adóból (council tax)* finanszírozza, amelynek megállapítása a helyi lakos által birtokolt ingatlan értékén alapul. Az utóbbi években azonban a kormány is több forrást biztosít a szociális ellátásra, egyrészt a *Felzárkóztatási, Lakástügyi és Közösségi Minisztérium (Department of Levelling Up, Housing and Community)* költségvetéséből, másrészt a Jobb Ellátásért Alap (Better Care Fund) kiadásaiból.

tén képzelték el az egészségügy finanszírozását és működtetését (Hunter and Bengoa 2023, 7). A legjelentősebb változás 1990-ben történt, amikor az NHS szolgáltatás-ellátására egy „belső piacot” hoztak létre, amelynek két legfontosabb csoportját a szolgáltatás-vásárlók és a szolgáltatók alkották (Upham 2017, 274)⁴. Miközben a struktúra és a terminológia több változáson esett keresztül az elmúlt több, mint három évtized során, a „belső piac” működési logikája a 2020-es éve elejéig változatlan maradt.

Az egészségügyi és más szervezetek közötti közös munka és együttműködés gondolata csaknem fél évszázados múltra tekint vissza. Az 1970-es évek közepétől az 1990-es évek végéig számos konzultatív és tervezési bizottságot hoztak létre az egészségügyi szervezetek és a helyi önkormányzatok tevékenységének összehangolása érdekében. Ezek a kezdeményezések a munkáspárti kormányok (1997-2010) alatt intenzívebbé váltak ugyan, de nem öltöttek kötelező, jogszabályban előírt működési formákat. A kormányzat a partnerség strukturális-intézményi elemeinek kiépítését tartotta kezelte prioritásként, ugyanakkor kevesebb figyelmet fordított a mindennapi együttműködés során felmerülő jogi, módszertani és humán erőforrásokat érintő problémákra, valamint a szakmák, hivatások között nélkülözhetetlen kölcsönös bizalom feltételeinek kialakítására.

A 2010-es választásokat követően hatalomra került konzervatív-liberális demokrata kormánykoalíció kezdetben alapvetően a költségvetés rendbetételét szolgáló megszorításokra, ezen belül közkiadások jelentős mértékű visszafogására helyezte a hangsúlyt. Ennek logikus következményeként a 2012-es *Egészségügyi és szociális ellátásról szóló törvény (Health and Social Care Act, 2012*, a továbbiakban: 2012-es törvény) alapján létrehozott *klinikai szolgáltatás vásárló csoportok (Clinical Commissioning Groups, CCG)* és az NHS England és működését változatlanul az „egészségügyi belső piac” logikája jellemezte. A koalíciós kormány emellett a partnerség elvét az „integrált ellátás” koncepciójával váltotta fel, amin a kórházak és a helyi közösségek vertikális, valamint az egészség-

ügyi és szociális szolgáltatások között kialakuló horizontális kapcsolatok rendszerét értették (Miller, Glasby, Dickinson 2021, 3.). Az „integrált ellátás” fogalma azonban – paradox módon – egyes hatáskörök és felelőségek szétválasztását is magával hozta, így például a népegészségügy körébe tartozó feladatok részben a helyi önkormányzatokhoz, részben egy újonnan felállított országos szervezethez (Public Health England) kerültek. Ezzel szemben a *Jobb Ellátásért Alap (Better Care Fund)* és a helyi *egészségügyi és jólléti bizottságok (Health and Wellbeing Boards)* létrehozása már valóban a koordináció és az együttműködés irányába mutattak. A felsorolt intézkedések jól mutatják a komplex kérdések dilemmáit, különösen a közkiadások visszafogása, a piaci verseny, és az érintett szakmai és önkormányzati szereplőkkel való együttműködés egymással gyakran szembekerülő, „trade-off” hatásait.

A 2015-ös választásokat követően a Konzervatív Párt immár egyedül alakított kormányt, és ezt a 2017-es és 2019-es megmérettetéseket követően is meg tudta ismételni. A brit belpolitika elmúlt, meglehetősen turbulens évtizedében – a Brexit és hatásai, előrehozott választások és kormányfő váltások, a pandémiás időszakot övező botrányok, gazdasági visszaesés, a tömeges bevándorlás okozta társadalmi és kulturális problémák – az egészségügy és a szociálpolitika azon kevés szakpolitikák közé tartozott, ahol a korábban elindított reformok viszonylag következetesen folytatódtak. Ezek közül kiemelkedő jelentőségű a *Fenntarthatósági és Átalakítási Tervek (Sustainability and Transformation Plans, STP)* létrehozása Anglia 44 területén. Ezek az NHS keretében létrehozott, változatos formában működő szervezetek, habár jogi státusszal nem rendelkeztek, és nem volt egyértelműen tisztázva az sem, hogy kinek tartoznak felelőséggel, mégis visszatérést jelentettek a partnerség alapú működés felé. A szorosabb és mélyebb együttműködés iránti kormányzati igények jegyében az STP-k idővel beolvadtak a későbbiek során kiemelkedő jelentőségűvé lett *Integrált Ellátási Rendszerekbe (Integrated Care Systems, ICS)*. Az ICS-ek ekkor még nem rendelkeztek jogszabályi háttérrel, de együttműködésük

⁴ Az egymással szoros együttműködési formákat kialakító egészségügyi szolgáltatókat a brit terminológiában trösztöknek (trusts) nevezik.

és közös feladat-és felelősségvállalásuk jóval szorosabbá vált. Az ICS-ek létrehozásával párhuzamosan méretgazdaságossági szempontok alapján számos térségi integráció indult el a helyi kórházak, a közösségi szervezetek, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatók részvételével. Hasonló módon, az optimális működési lépték megtalálásának a szándéka hívta életre a házi orvosok részvételével működő *alapellátási hálózatokat (Primary Care Networks, PCN)*. Mindent összevéve, az elmúlt évtized során a brit kormány számos kezdeményezést indított annak érdekében, hogy az az integrált ellátás minél nagyobb teret kapjon az NHS England működésében (1. táblázat)

A 2012 és 2022 közötti időszak tapasztalatai azt mutatják, hogy az integrált megközelítés felemás eredményeket hozott. Jelentős különbségek alakultak ki az integrált ellátási formák működésében, ami magyarázható a brit közgazdasági és önkormányzati rendszer széttagolódásával és a területi fejlettségi különbségekkel, valamint a költségvetési megszorításokkal, a bonyolult és gyakran változó jogszabályi környezettel. Habár helyi szinten számos előremutató együttműködés alakult ki, az STP-k és ICS-ek önkormányzatokkal és a szolgáltatókkal való együttműködését nehezkesé tette az előbbieket jogi státusának hiánya. Ebből fakadóan nem alakultak ki együttműködések az egészség és jóllét minőségére hatással bíró közpolitikkal (lakásügy, oktatás, közlekedés). A szektorok közötti humán erőforrás áramlás elé pedig – mindenekelőtt a szociális szektorban dolgozók kárára – a szektorok közötti eltérő fizetések és társadalombiztosítási szabályok gördítettek akadályokat.

Év	Elnevezés	Leírás
2012	Az egészségügyi ellátásról és szociális gondozásról szóló törvény	Helyi egészségügyi és jólléti bizottságok és klinikai szolgáltatásvásárlási csoportok felállítása a szükséges szolgáltatások vásárlásának elősegítése, a minőség javítása és az egyenlőtlenségek csökkentése érdekében
2013	Integrált ellátás: közös elkötelezettségünk	Az Egészségügyi Minisztérium és tizenkét partner szervezet kötelezettséget vállalt olyan működési módok kialakítására, amelyek 2018-ra kialakítják a koordinált egészségügyi és szociális ellátás normarendszerét.
2013	Jobb Ellátásért Alap	A klinikai szolgáltatásvásárlási csoportok és a helyi önkormányzatok egy 3,8 milliárd font értékű alapot hoztak létre az integrált feladatellátás érdekében a helyi egészségügyi és jólléti bizottságok felügyelete alatt.
2014	Az ellátásról szóló törvény	A törvény értelmében a helyi önkormányzatok kötelesek ösztönözni az integrációt azokban az esetekben, ahol az elősegíti a jóllét növekedését és a szolgáltatások minőségének javulását.
2015	A költségvetési kiadások felülvizsgálatáról szóló őszi beszámoló	A kormány kötelezettséget vállal arra, hogy Angliában 2020-ig integrálja az egészségügyi és szociális ellátás szolgáltatásait, továbbá a helyi térségek számára 2017 áprilisi határidővel megvalósítási tervek elkészítését írta elő.
2015	Fenntarthatósági és átalakítási tervek	A helyi egészségügyi bizottságok kötelesek 2021 márciusáig terjedő, partnerségi szemléletű és meghatározott hatáértékeken alapuló öt éves fejlesztési és finanszírozási terveket készíteni.
2018	Integrált ellátási rendszerek	A Fenntarthatósági és átalakítási tervek továbbfejlesztett formája, amelynek keretében a helyi NHS szervezetek nagyobb önállóságot kapnak a rendelkezésre álló források felhasználásában és egészségügyi szolgáltatások minőségirányításában.
2019	NHS Stratégiai Terv	Kimondja, hogy 2021-ig Anglia valamennyi térségében létre kell hozni az integrált ellátási rendszereket.
2019	Alapellátási hálózatok	A házi orvosi szolgáltatások vagy önállóan vagy közösen hozzák létre 30-tól 50 ezerig terjedő lakosságot magába foglaló körzetekben azzal a céllal, hogy a helyi közösségek mentén integrálják az alapellátási szolgáltatásokat és együttműködések alakítsanak ki már, releváns, többek között a szociális ellátásban illetékes szervezetekkel.
2022	Az egészségügyről és az ellátásról szóló törvény	Az integrált ellátási rendszerek létrehozásának és működésének jogszabályi keretbe foglalása, a klinikai szolgáltatásvásárló csoportok megszüntetése.

1. táblázat - Az integrált egészségügyi és szociális ellátás kiépítésének fő lépései Angliában (2012-2022) Forrás: saját szerkesztés

2. Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja: a 2022-es törvény által bevezetett változások

Az 2022-ben elfogadott, az egészségügyről és ellátásról szóló törvény (*Health and Care Act, 2022*, a továbbiakban: a 2022-es törvény), ami a terület- és partnerség alapú integrált ellátási rendszerek (ICS) bevezetésével egyúttal paradigmaváltásként is értelmezhető az egészségügy és szociális ellátás működésében. Ennek legfontosabb eleme, hogy összekapcsolja az NHS intézményeit, a helyi önkormányzatokat és a közszférától részben vagy egészben független szereplőket az egészségügyi és szociális szolgáltatások közös tervezése, az ország jólléti mutatóinak javítása, valamint területi különbségeinek mérséklése érdekében⁵.

E sokszereplős rendszerben a 2012-es törvény szerint meghatározó szerepet töltött be a 106 CCG, amelyek felelőssége kiterjedt a szolgáltatásvásárlások teljeskörű koordinálására, a közösségi egészségügyre, a sürgősségi ellátásra, valamint a mentális egészségügyi szolgáltatásokra⁶. Ezekben helyet kaptak a szolgáltatásvásárlást irányító igazgatóságok, a klinikai vezetők, az irányító testület és a végrehajtásért felelős munkacsoportok. A CCG-k legfontosabb szolgáltatói partnereit a háziorvosi rendszer, az NHS trösztök, az *önkéntes, közösségi és szociális vállalkozói partnerek (voluntary, community and social enterprise partners, VCSE)*, valamint a közszeaktortól független szervezetek alkották.

A 2022-es törvény jelentős változásokat hozott a szolgáltatás vásárlás- és ellátás rendszerében. A partnerek informális, „puha” eszközöket alkalmazó formái már 2016 óta kialakultak az STP-k keretében, de inentől fogva új időszámítás vette kezdetét. A 106, klinikai bázison működő CCG 2022 júliusától megszűnt, helyettük 42, térségi alapon működő ICS jött létre. Az immár jogi személyként és jogszabályban rögzített hatáskörökkel működő új szervezetek változó nagyságú, 500 ezertől 3 millióig terjedő lakossággal bíró tér-

ségek számára biztosítják az egészségügyi és szociális ellátás szolgáltatásainak integrált ellátását. Az ICS-ek létrehozásában hosszú távú egészségpolitikai célok is megjelentek, különösen a lakosságot széles körben érintő egészségkárosodás okainak feltárása és a megelőző intézkedések kidolgozása. A Minisztérium és az NHS England a korábbi reformokhoz képest jóval hosszabb ideig tartó előkészítés, a lehetséges szervezeti modellek tesztelését követően nyújtotta be a törvényjavaslatot.

Az ICS-ek működésének két fő pillérét az integrált ellátási testületek (Integrated Care Boards, ICB) és az integrált ellátási partnerek (Integrated Care Partnerships, ICP) alkotják.

Minden ICS alá egy-egy ICB tartozik, amelyek átvették a CCG-k tervezési és forráselosztási feladatait. Működésük során közvetlen szakmai és pénzügyi felelősséggel tartoznak az NHS England felé, így lényegében az NHS egyik speciális szervezetének tekinthetők, amelyek az NHS szolgáltatásait biztosítják az ICS-k területén. A testület dönthet úgy, hogy feladatainak ellátását térségi bizottságokra ruhazza át, de felelősége ebben az esetben sem változik. Az ICB testületként működik, a jogszabály kötelezően írja elő az elnöki és ügyvezetői pozíciók létrehozását és betöltését, továbbá legalább három-három főt delegálnak az NHS szervezetei, valamint az ICS területén működő háziorvosok és helyi önkormányzatok. Előírás, hogy a tagok közül legalább egyvalaki megfelelő képzettséggel és tapasztalattal rendelkezzen a mentális egészségügyi szolgáltatások terén. Az ICB saját belátása szerint dönthet további helyi szereplők bevonásáról, továbbá biztosítania kell a betegjogi szervezetek és a helyi közösségek bevonását a tervezés és a szolgáltatás ellátásról szóló döntéshozatal folyamatába. A tervezési feladatai közül kiemelkedik annak az ICB teljes területére és lakosságára érvényes öt évre szóló rendszertervnek az elkészítése, amelynek során figyelembe kell venni a partner ICP-k integrált ellátási stratégiáját, valamint a területükhöz tartozó egész-

⁵ A jelen alfejezet nagymértékben támaszkodik az NHS England (<https://www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care/> és a King's Fund (<https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>) által közölt, a törvényben foglalt változásokat részletező szakanyagokra.

⁶ A szolgáltatásvásárlás (a brit szakirodalom ebben az értelemben egyaránt elfogadja a „purchasing of service” és a „commissioning” terminológiákat, de a szakszargonban az utóbbi sokkal elterjedtebb) összetett folyamat, ami magában foglalja a lakossági igények felmérését, az ennek megfelelő prioritásokon alapuló szolgáltatások tervezését, a szolgáltatások korlátozott költségek alapján történő megvásárlását, valamint az ellátás folyamatának nyomon követését.

ségügyi és jólléti testületek által kiadott közös egészségügyi és jólléti stratégiákat. Emellett az ICB-nek és a partner NHS szervezeteinek közös, az épületekre, az infrastruktúrára és az eszközökre kiterjedő tőkekiadási tervet kell készíteni szolgáltatásokat nyújtó szereplők számára.

Ezen a ponton ki kell emelni, hogy a szociális gondozás változatlanul a helyi önkormányzatok felelősségi- és feladatkörében marad.

Az ICP-k olyan bizottságok, amelyek rendszer szintű partnerek széles körét foglalják magukba (beleértve az ICB képviselőit, az önkormányzatokat, az NHS szervezeteit, valamint az egészségügyi, szociális, és egyéb, például a lakásügy és az oktatás területén működő szolgáltatókat) azzal a céllal, hogy kidolgozzák az adott térségekre vonatkozó integrált egészségügyi és ellátási stratégiákat. A stratégiáknak a helyi igények felmérésére és a már létező egészségügyi és jólléti fejlesztési dokumentumokra kell épülnie.

Az ICP-k jelentős mértékű rugalmassággal rendelkeznek a saját belső működésük, tagságuk és munkamódszereik kialakításában. A tagok közül egy-egy főt delegál és valamennyi érintett önkormányzat. A tagok sora bővíthető a szociális ellátás szolgáltató szervezeteivel, valamint a népegészségügy, az Egészségügyi Felügyelet (Healthwatch), a VCSE, valamint a helyi lakásügyi és oktatási szervezetek képviselőivel.

A szolgáltatók köre (házi orvosok, NHS trösztök, a VCSE, valamint a közszektortól független szervezetek) a 2012-es törvényhez képest nem változott, ugyanakkor a partnerség jegyében az ICB és az ICP szavazati jogú tagjaivá váltak. A házi orvosi praxisok alapellátási hálózatokat alkothatnak az adott ICS-en belüli speciális körzetekben. A 2022 előtti időszakhoz képest új elem, hogy a kettő vagy annál több NHS tröszt részvételével *szolgáltatói együttműködések (provider collaboratives)* alakulhatnak.

Az ICS-k belső struktúrái jelentős mértékben különböznek egymástól térbeli kiterjedésük és az általuk lefedett lakosság száma alapján. Minden ICS meghatározza a hozzá tartozó terület-alapú partnerségi együttműködések, a kisebb ICS-ek azonban egyet-

len, közös területi alapú partnerséget alkot.

A finanszírozást változatlanul a Minisztérium és az NHS England biztosítja, de a támogatások címzettjei immár az ICS-ek. A 2022 előtti elosztási rendszer logikája és arányai nem változtak, így a források 70-80%-át az ICB kapja, 20-25% pedig közvetlenül jut el a szolgáltatókhoz, valamint a Jobb Ellátásért Alap is működik. Az ICB és a szolgáltatók közötti szerződések kezelését a terület-alapú partnerségek vagy a szolgáltatói együttműködések végzik.

Azt még korai megítélni, hogyan, milyen hatékonysággal működik mindez a gyakorlatban, hogy fog a két testület egymáshoz kapcsolódni, milyen viszonyrendszer alakul ki közöttük. Elképzelhető, hogy az ICP-k számára nem lesz könnyű komoly befolyással bírni, az ICS stratégiai prioritásait megvalósító szervezetté válni, miközben a források és a formális felelősségformák felett az ICB-k rendelkeznek.

Az ICS-ek működésének egyik legfontosabb ígérete, hogy az integrált működés egy többszintű, terület-alapú szervezeti struktúrában fog megvalósulni, ami három különböző léptékű, egymásra épülő területi egységre támaszkodik. A *körzetek (neighbourhoods)* 30-tól 50 ezerig terjedő lakosságszámot fednek le, ahol a házi orvosok az alapellátás hálózatokon keresztül együtt dolgoznak az NHS közösségi szolgáltatásaival, a szociális ellátás szereplőivel és más szolgáltatókkal (gyógyszertárak, fogorvosi praxisok és látszerészek)

A 250-500 ezer fős *térségek (places)* a helyi önkormányzatok közigazgatási határainak bázisán működnek, egyrészt *terület-alapú partnerségek (place-based partnerships)*, másrészt a már létező egészségügyi és jólléti testületek formájában. A legnagyobb területi egység az 500 ezertől 3 millióig terjedő lakosságot magába foglaló *rendszer szint (systems)*.

A fentiekben bemutatott intézményi struktúra semmiképpen sem tekinthető uniformizáltnak. A 2022-es törvény eleve nem szabályozta a feladatok és felelőségek megosztását a három szint között, mivel azok nagyfokú változatosságot mutatnak mind méretük, mind pedig az együttműködésekben résztvevők ösz-

szetésele szerint. Ezzel szemben a jelentős szabadságot kaptak annak érdekében, hogy helyi szinten a szubszidiaritás jegyében szerveződjenek. A várakozások szerint az ICS-ek jelentős mértékben fognak hatáskörüket és erőforrásokat átruházni a területi alapú partnerségekre.

3. Az integrált megközelítés várható hatásai és nehézségei

Mint láttuk, a 2022-es törvény által bevezetett változások előzményei már a korábbi években kialakultak. Megszűnésük előtt számos CCG kezdeményezte a szorosabb, intézményesített együttműködési formák kialakítását részben egymás között, részben a helyi önkormányzatokkal. A 2022-es törvény valójában törvényi szintre emelte és egyúttal „finomra hangolta” a többszintű, területi alapú partnerségi együttműködések formáit és működési mechanizmusait.

A paradigmaváltás a szolgáltatók kiválasztásában is tenne érhető. A korábbi, kötelező versenyeztetést 2024. január 1-jétől egy jóval rugalmasabb, az arányosság elvén alapuló *szolgáltató kiválasztási rendszer (Provider Selection Regime, PSR)* fogja felváltani. A releváns szolgáltatás vásárlók (NHS England, ICB-k, NHA trösztök, egyéni és társult önkormányzatok) számára a PSR mérlegelési jogkört biztosít a közvetlen odaítélés és a legalkalmasabb szolgáltató kiválasztásának formájában, meghagyva ugyanakkor a versenyeztetés lehetőségét is. Mindez jól kifejezi a szolgáltatásvásárlásban megmutatkozó, stratégiai irányú szemléletváltás irányát, amely a kötelező versenyeztetés és a szerződésmenedzsment helyett a partnerek (ideértve a szolgáltatókat is) közötti együttműködésre, a helyi igények felmérésén alapuló közös tervezésre, a szolgáltatások fejlesztésére és az erőforrások optimális elosztására helyezi a hangsúlyt.

Az NHS England szolgáltatói számára sem jelent újdonságot, hogy a feladatellátás során a szervezeti prioritások mellett rendszer szintű célok jelennek meg. A 2022-es törvény rendelkezései ugyan nem érintették az NHS trösztök feladatkörét, de erős elvárásként

fogalmazódott meg irányukban a különböző partnerségi formákban történő részvétel, különös tekintettel az ICB-k működésére, valamint a többi szolgáltatóval és helyi szereplőkkel való együttműködések kialakítására.

A fentiek mögött nyilvánvalóan a szolgáltatásvásárlók és a szolgáltatók közötti kapcsolatok szorosabbra fűzésének a szándéka húzódik meg. A két érintett csoport ugyan formálisan és szervezetenként elkülönül egymástól, de a gyakorlatban ez a megosztottság egyre inkább elhalványul, amit a szolgáltatók ICB-ben való képviselete is mutat. A reform egyik legfontosabb iránya pontosan az, hogy a szolgáltatók minél jobban integrálódjanak az ICS-ek különböző intézményeibe, vállaljanak nagyobb felelősséget a rendszer egészének működtetésében.

A helyi önkormányzatok nézőpontjából a terület-alapú partnerség számos előnnyel jár. Átfogó értelemben az egészségügyi és szociális ellátás valamennyi szinten elérhető integrált formái révén csökken a szolgáltatások hagyományos széttöredezettsége, mérséklődnek az elérhetőség és a színvonal terén mutatkozó területi egyenlőtlenségek, magasabb színvonalú, jóval kevésbé töredezett szolgáltatásokat biztosítanak a betegek és a felhasználók számára. A közös tervezés és döntéshozatal pedig lehetőséget teremt az érintettek számára, hogy a tisztán közegészségügyi és szociális problémák kezelése során a lakáspolitikai, az oktatási és a helyi infrastruktúra szempontjai is hangsúlyosabban érvényesüljenek.

A 2022-es törvény formálissá tette a helyi önkormányzatok részvételét az ICB-k és ICP-k működésében való közvetlen részvétel formájában. Fontos az is, hogy a törvény nem szüntette meg a helyi egészségügyi és jóléti testületeket, sőt, az általuk készített stratégiákat az adott térségben működő ICS-nek figyelembe kell venni a saját, öt évre szóló integrált stratégiai fejlesztési tervének kidolgozása során. Az más kérdés, hogy a törvény nem szabályozza a helyi egészségügyi és jóléti testületek és az ICP-k közötti viszonyrendszert, ami potenciális konfliktushelyzeteket eredményezhet a gyakorlatban.

A VCSE szervezetek szolgáltatóként és a helyi közös-

ség igényeinek képviselőjeként egyaránt meghatározó szerepet játszanak a helyi egészségügyi és szociális ellátási rendszer működésében. A formális ICS struktúrákba – különösen az ICP-be – történő bevonásuk a helyi önkormányzatokon múlik. Habár a kormányzat elvárásai között hangsúlyosan szerepel a VCSE szervezetek mobilizálása, a források szűkössége és a szektor sokfélesége sok esetben korlátozta erőteljesebb részvételük lehetőségét.

E komplex reform megvalósítása azon is múlik, hogy van-e mögötte egy olyan világos, konkrét üzenetekre lefordítható narratíva, ami megvilágítja, hogy miként fog mindez a betegek, a szolgáltatók és a közösségek javára válni. A narratíva további lényeges eleme, hogy meggyőzően érzékeltesse, hogy miben és milyen célok érdekében különbözik az integrált szolgáltatás ellátás a megszokott módszerektől, és milyen előnyöket jelent mindez a különféle lakossági és ellátási csoportokban. Több mint egy év elteltével még nehéz megalapozott véleményt alkotni a reform előrehaladásáról, de a 2023 első felében megjelent parlamenti jelentés számos, jelenleg még megoldatlan problémára hívja fel a figyelmet:

- nem világos, nincs előzetes értékelésekkel, felmérésekkel alátámasztva, mekkora időtávon belül és milyen kézzelfogható előnyökkel jár az átalakítás;
- annak ellenére, hogy az ICS-ek hosszú távú, az egészségkárosodás okainak feltárását és kialakulásának megelőzését szolgáló célok megvalósítását tűzték ki maguk elé, ezek könnyen háttérbe szorulhatnak a mindennapi problémák (a nem sürgősségi jellegű ellátások elmaradása, hosszú várólisták) megoldását szorgalmazó társadalmi és politikai nyomás következtében;
- nem tűnik teljes mértékben megnyugtatónak, hogy az ICS-ek a még el nem készült, öt éves stratégia tervek keretében kívánják válasszokat kidolgozni adni hosszú-és rövid távú problémák megoldására;
- a jól megalapozott kölcsönös függés ellenére kérdéses az NHS szervezetek (jelen esetben az ICB) és a helyi önkormányzatok együttműködése. Az egészségügy és a szociális ellátás két külön szektor, külön intézményi irányítással (előbbi az NHS, utóbbi a helyi önkormányzat kompetenciája) és költségvetéssel, és ezen a 2022-es törvény sem változtatott;
- kérdéses, hogy a közös döntéshozatalra kialakított fórumok mennyire tudják kezelni a költségvetési dualizmust, amennyiben szolgálja mindez az integrált megközelítés tényleges megvalósulását;
- jelenleg még megoldatlan az NHS és a helyi partnerek közötti esetleges konfliktusok rendezése, mivel a program *minőségbiztosításáért felelős testület (Care Quality Commission)* szerepe a monitoringra és az értékelésre irányul, nem rendelkezik kikényszerítő jogkörökkel az ICS körébe tartozó intézmények felett;
- jelentős munkaerőhiány mutatkozik mind az NHS, mind a szociális ellátás terén, amit az is mutat, hogy előbbinél 100 ezer, utóbbinál 165 ezer betöltetlen álláshelyet tartottak nyilván 2022 végén (House of Commons 2023).

Az integrált ellátás bevezetésének korábbi tapasztalatai azt mutatják, hogy hosszú időbe telik, amíg a változások kézzelfogható eredményeket hoznak. Ahogy a területi fejlettségi különbségek alapján ez várható is volt, jelentős különbségek alakultak ki az egyes ICS-ek méretében, erőforrásaiban, belső működésében, valamint az és az együttműködések intenzitásában.

Befejezés

Napjaink egyik meghatározó jelensége a nehezen megragadható, komplex problémák egyelőre megállíthatatlannak tűnő terjedése, amelyek kezelésére a stratégiai gondolkodást, valamint az érintett szak-

politikák és szereplők azonosítását és közös célok mentén történő együttműködését igénylő integrált megközelítés tűnik a legalkalmasabb eszköznek. Egyértelmű megoldások hiányában és a megvalósítás gyakorlatában jelentkező trade-off hatások miatt fennáll azonban a veszély, hogy a komplex problémák a előbb-utóbb – még ha megváltozott formában is – visszatérnek. E dilemmák számos szakpolitika esetében megmutatkoznak, de az egészségügyi és szociális ellátás integrált működtetésére irányuló törekvések tapasztalatai mintaértékűnek tekinthetők.

A brit – ezen belül az angol – reformok több évtizedes történetének egyik fontos tanulsága, hogy az integrált szolgáltatás-ellátás lényeges változásokat igényel mind az intézményi struktúrák működésének összehangolásában, mind pedig az érintett szereplők közötti kapcsolatrendszer belső normáinak és tartalmi elemeinek kiépítésében. Ahogy az élet számos más területén, úgy az egészségügyi és szociális ellátásokra irányuló igények is jelentős változásokon mentek keresztül az elmúlt évtizedek során. Az emberek átlagosan hosszabb ideig élnek változatos, összetett és hosszabb távon érvényesülő feltételek mellett, ennek következtében pedig egyre hosszabb ideig tartó, számos különböző szolgáltatás és szakember támogatására van szükségük. Ezzel szemben gyakran még egy meglehetősen töredezett, a lakosság egészségi állapotában és mutatózó demográfiai és területi egyenlőtlenségekre kevésbé érzékeny, a „testre szabott” ellátási igényekre kevésbé reagáló szolgáltatási rendszer áll rendelkezésre.

A 2022-ben elfogadott törvénnyel elindított legújabb reform központi eleme a paradigmaváltásként beharangozott integrált megközelítés. Szemben azzal a több évtizedes gyakorlattal, amely a szervezeti autonómiát, a piaci versenyt, valamint a megbízók és a szolgáltatók elkülönülését helyezte előtérbe, az integrált ellátási rendszer működése az együttműködések alapul, a fejlesztések hajtóerőit pedig a térségi lehetőségek és a lakossági igények jelentik. A korábbi, szorosabban szabályozott működési keretekkel szemben az új törvény megközelítése inkább megengedő,

ami meghatározott keretek között lehetőséget ad a mérlegelésre, a különböző lehetőségek és alternatívák közötti választásra. Az NHS keretein belül működő egészségügyi és szociális ellátás integrált megközelítése az angol modellben egyrészt a területi alapú partnerségre, a helyi közösségek és önkormányzatok bevonására, másrészt a brit politikai tradícióból fakadó közigazgatási sokszínűségekre és egyedi sajátosságok egyedi módon történő intézményes elismerésére épül. Ez a törvényi alapokra helyezett „felülről integrált, alulról építkező” struktúra jelentős mértékű rugalmasságot biztosít az érintettek számára saját belső működésük kialakítása során, ami lehetővé teszi a helyi adottságok, igények és feltételek becsatornázását. Több, mint egy évvel a 2022-es törvény elfogadását követően már lehetséges és érdemes levonni néhány, szélesebb körben is hasznosítható következtetést. Pozitívumként értékelhető, hogy az angol rendszerben a egészségügyi- és szociális ellátással foglalkozó szervezetek különböző működési szinteken, jogszabályok által pontosan definiált feladatmegosztás szerint látják el feladataikat. A rendszer működésére jellemző az erős szakmai kontroll, valamint a szubszidiaritás elve. A napi működés részévé váltak a szakmai alapon szerveződő hálózatok és a különböző szektorok között kialakult együttműködések. Ugyanakkor ma még kétséges, hogy az új, integrált rendszer mennyire lesz képes meghaladni a korábbi évtizedekben megszokott nagy, átfogó, strukturális reformok intézményelvű megközelítését, milyen mértékben lesz képes keresztülvinni azokat a „finomra hangolásokat”, amelyek nélkülözhetetlenek a többszintű integrált ellátási rendszerek működésében, a közvetlen tapasztalatokban és a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben mutatkozó különbségek kezelése érdekében. Ráadásul a külső – belpolitikai és gazdasági – feltételek sem kedvezőek. A brit közvéleménykutatások szinte egybehangzóan mutatják, hogy a megélhetési válság és a tömeges bevándorlás mellett a harmadik legnagyobb problémát a hagyományosan magas presztízsű egészségügyi és szociális rendszer működésével való elégedetlenség jelenti. Az alulfinanszírozottság, a növekvő

várólisták és a rendszerből hiányzó munkaerő hiánya könnyen előidézheti a komplex, rosszindulatú problémák elemeinek megjelenését, az először időben és költségekben jelentkező inkrementális tanulási folyamat helyett a megszokott sémák „újra csomagolását”, a valós igényekre reagáló megoldások helyett tűzoltásra alkalmas, de szimptomatikus intézkedések bevezetését.

Mindezek ellenére a brit reformok jövője a pozitív forgatókönyv ígérését is magában hordozza. Ebben az esetben fontos tanulság lehet az is, hogy nem minden komplex probléma rosszindulatú is egyben. Más-ként szólva, a komplex kérdések egyes elemeikben lehetnek ugyan „rosszindulatúak”, de sok esetben inkább bonyolult, több oldalról megragadható „nehéz ügyek”, amelyek bizonyos feltételek kialakítása mellett hosszabb vagy rövidebb időre szólnak kezelhető.

Köszönetnyilvánítás:

„A TKP2021-NKTA-51 számú projekt a Kulturális és Innovációs Minisztérium Nemzeti Kutatási Fejlesztési és Innovációs Alapból nyújtott támogatásával, a TKP2021-NKTA pályázati program finanszírozásában valósult meg.”

Hivatkozások

- Davenport, Alex-Zaranko, Ben: *Levelling up: where and how?* Institute for Fiscal Studies. Green Budget 2020: Chapter 7. 2020, [CH7-IFS-Green-Budget-2020-Levelling-up.pdf](#)
- Dunn, Phoebe, Ewbank, Leo, Alderwick, Hugh: *Nine major challenges facing health and care in England*. 3 November 2023, https://www.health.org.uk/publications/long-reads/nine-major-challenges-facing-health-and-care-in-england?gclid=CjwKCAiA9ourBhAVEiwA3L5RFjFpj_3A9fCepzxvXY0FJuE3J6x0Q8YnjMpieqWDjN4jnSXCb-TZNhoCqNUQAvD_BwE
- Dunn, Phoebe, Fraser, Caroline, Williamson, Skeena, Alderwick, Hugh: *Integrated care systems: what do they look like?* Health Foundation long read (PDF version), 15 June 2022 https://www.health.org.uk/sites/default/files/pdf/2022-07/2022%20-%20ICS%20characteristics_v3.pdf
- House of Commons, Committee of Public Accounts: *Introducing Integrated Care Systems. Thirty-Fifth Report of Session 2022-23*. Ordered by the House Commons to be printed 23 January 2023, Comptroller and Auditor General's Report: Introducing Integrated Care Systems: joining up local services to improve health outcomes. Session 2022-23, HC 655, 14 October 2022
- Head, Brian W. and Alford, John: *Wicked Problems: Implications for Public Policy and Management*. *Administration & Society* 2015, Vol. 47 (6), 711-739. p.
- Hunter, David J. and Bengoa, Rafael: *Meeting the challenge of health system transformation in European countries*. *Policy and Society*, 2023, 42 (1), 14-27. p.
- Kaiser Tamás: *Gördülő devolúció az Egyesült Királyságban*. Megválaszolatlan kérdések, új kihívások. Gondolat Kiadó, Budapest, 2012
- Kaiser Tamás: *Városrégiók Angliában: újabb fejezet az aszimmetrikus devolúció folyamatában*. In Laki Ildikó – Szabó Tamás (szerk.): *Agglomerációs várostérségi tanulmányok. Nagyvárosi, városi és települési dilemmák a 21. században*. Települési Önkormányzatok Országos Szövetsége – Homo Oecologicus Alapítvány. Budapest, 2017. 105-133.p.
- Kaiser, Tamás: *Understanding Narratives in Governance: Naming and Framing Regional Inequality in the United*

- Kingdom. *Social Sciences*, 12. (2023), 4:246. 10. <https://doi.org/10.3390/socsci12040246>
- Head, Brian (2008): Wicked Problems in Public Policy. *Public Policy*, Vol. 3. No. 2. 101-118.p.
- McCann, Philip: *Perceptions of Regional Inequality and the Geography of Discontent: Insights from the UK*. Discussion Paper, Productivity Insights Network, 2018, [Discussion-Paper_Perceptions-of-Regional-Inequality-and-the-Geography-of-Discontent.pdf \(productivityinsightsnetwork.co.uk\)](https://productivityinsightsnetwork.co.uk/Discussion-Paper_Perceptions-of-Regional-Inequality-and-the-Geography-of-Discontent.pdf)
- Miller, Robin, Glasby, John, Dickinson, Helen: Integrated Health and Social Care in England: Ten Years On. *International Journal of Integrated Care*. 2021:21 (4): 6, 1-9.
- Office for National Statistics: *Analysing regional economic and well-being trends. How UK regions and countries vary in performance on economy and wellbeing indicators and how its trend has changed over time*. 25 February 2020 [Analysing regional economic and well-being trends - Office for National Statistics \(ons.gov.uk\)](https://www.ons.gov.uk/Analysing-regional-economic-and-well-being-trends)
- Pett, William, Bliss, Annie: *The state of integrated care systems 2021/22*. NHS Confederation; 2022 <https://www.nhsconfed.org/system/files/2022-02/State-of-integrated-care-systems.pdf>
- Rittel, Horst W, Webber, Melvin M. (1973): Dilemma in a general theory of planning. *Policy Sciences*, Vol. 4, No. 2. 155-169.p.
- Trust for London: *Tackling poverty and inequality*. WPI Economics, London's Poverty Profile: 2020, April 2020 [Londons Poverty Profile 2020.pdf \(fra1.cdn.digitaloceanspaces.com\)](https://www.trustforlondon.org.uk/Londons_Poverty_Profile_2020.pdf)
- Rodríguez-Pose, Andrés: The revenge of the places that don't matter (and what to do about it). *Cambridge Journal of Regions. Economy and Society*, 11. (2018), 1.189-209.
- Upham, Martin (2017): *Britain Explained. Understanding British Identity*. John Harper Publishing
- World Health Organization: *WHOQOL study protocol*. World Health Organization, Geneva, 1993. (MNH/PSF/93.9).

