

# VERSENGÉSTŐL AZ EGYÜTTMŰKÖDÉSIG: A BRIT EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER MŰKÖDÉSI ELVEINEK ÉS INTÉZMÉNYI HÁTTERÉNEK VÁLTOZÁSAI

TÓTH TIBOR<sup>1</sup>

## Absztrakt

Az egészségügyi rendszerek átalakítása folyamatos kihívást jelent a világ szinte valamennyi országában. A változások iránya napjainkban számos közös vonást is mutat, amiben meghatározó szerepet tölt be az együttműködésen alapuló integrált ellátási formák bevezetése. A reformok sorában számos tanulsággal szolgálnak a brit egészségügyi rendszerben az elmúlt évtized során bekövetkezett változások, amelyek eredményeként a szolgáltatók közötti piaci verseny gyakorlatát fokozatosan felváltja az intézmények közötti együttműködésre és integrált megközelítésre épülő szemléletmód és jogi szabályozás. A releváns szakirodalom és szakértői anyagok elemzése alapján a tanulmány azzal érvel, hogy szoros összefüggés mutatkozik a szervezeti-intézményi átalakítások ciklikus jellege és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat működési elveit meghatározó koncepcionális változások között.

**Kulcsszavak:** Nemzeti Egészségügyi Szolgálat, szolgáltatásvásárlás, belső piac, szolgáltató, integrált ellátó rendszer

## Bevezetés

Az egészségügyi rendszerek átalakítása folyamatos, állandósult és összetett kihívást jelent a világ szinte valamennyi országában. 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 számos különböző szolgáltatásra és megfelelő szakemberek tartós támogatására van szükségük (Dunn et al 2023, Kaiser 2023). A reformok magukon viselik az egyes országok fejlődésének és közpolitikai rendszereinek sajátosságait, a történetileg kialakult bismarcki vagy éppen a Beveridge-i egészségbiztosítási alapmodellek máig tartó befolyását és hatásait. Ugyanakkor a változások iránya napjainkban számos közös vonást is mutat, többek között az integrált ellátási formák bevezetése, az egyidejűleg több krónikus betegségben szenvedő személyek ellátása, a népesség egészségügyi állapotában mutatkozó különbségek kezelése, valamint az egészségügyi és szociális ellátórendszer digitalizálása terén (Németh 2007, Hunter-Bengoa 2023).

Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek átalakításában nagy szerepet játszanak belső és külső nyomáskényszerek, nemritkán sokkhatások, de szerepe van a tudományos és technológiai áttöréseknek, valamint orvosi gyakorlatok során megjelent újításoknak is. Közülük a Covid-19 járvány olyan katalizátornak bizonyult,

---

<sup>1</sup> Slachta Margit Nemzeti Szociálpolitikai Intézet főigazgatója, a Pázmány Péter Katolikus Egyetem Gondoskodáspolitikai Intézet vezetője, tibor.toth@facultas.hu

ami korábban nem látott iramban gyorsította fel a korábbi fejlesztések átvételét és a napi gyakorlatba történő beépítését.

Annak ellenére, hogy világszerte széleskörű egyetértés mutatkozik az átfogó reformok és átalakítások szükségességét illetően, a gyakorlati megvalósítás terén már számos bizonytalanság mutatkozik. A tapasztalatok szerint inkább jellemző a ciklikusság, az ellentmondásokat tükröző végrehajtás, gyakran a befejezetlenség, ebből adódóan a gyakori újrakezdés. A komplex problémákra irányuló átalakítások gyakran láncolatot alkotnak, átfogó „reformcsomagokban” vagy „kísérleti közpolitikákban” kapcsolódnak össze, ami egyaránt magában hordozza az ellentétes érdekű szereplők közötti megegyezés lehetőségét, illetve az eredeti célok felpuhításának a veszélyét is (Katikireddi et al 2014, Bayliss 2022).

Az 1948-ban létrehozott Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (National Health Service, a továbbiakban: NHS) nemcsak szak- és társadalompolitikai szempontból jelentős, de az évtizedek során a monarchiával és a Westminster parlamenttel szinte azonos súllyal szerepel a brit identitás és hétköznapi megkerülhetetlen elemei között. Annak ellenére, hogy működése társadalmi és politikai közmegegyezésen alapul, az elnevezés és a szervezet alapelveinek folytonossága bizonyos mértékig megtévesztő. Alapítása óta ugyanis az NHS szervezeti felépítése, finanszírozása és hatóköre számos változáson esett át. Ezek között különös jelentőséggel bír, hogy a brit államszervezet 1997-es reformja – az ún. devolúció – következtében az NHS különböző formákban működik az egyes országrészekben, továbbá mindig is fontos szerepe volt a magánegészségügy keretében igénybe vehető szolgáltatásoknak. Az egyöntetű politikai támogatás és a magas társadalmi presztízs ellenére az egyik legnagyobb gondot az jelenti, hogy az NHS működése az állami adókon alapul, miközben a brit államháztartás második legnagyobb költségvetésű szakpolitikai rendszerének lépést kellene tartani az egészségügyi ellátás iránti növekvő kereslet anyagi és humán erőforrás igényével. Az adóemelések azonban jelentős politikai kockázatokkal járnak a hivatalban lévő kormányok számára, a teljeskörű privatizációt pedig az egészségügyi rendszer alapelvei korlátozzák. Ennek eredményeként napjainkban az NHS-re soha nem látott nyomás nehezedik. Számos jelentős, szakértői anyag jelzi, hogy egy részben alulfinanszírozott, létszámhiányos orvos- és ápoló személyzettel, egyre hosszabb várólistákkal terhelt alrendszernek kell szembenézni azzal, hogy az elkövetkező évtizedekben jóval több ember fog magasabb kort megélni, ám ezzel egyidőben a gyógyításra, klinikai és otthoni ápolásra szoruló népesség aránya jelentős növekedést mutat. A demográfiai válság következtében pedig a korábbiakhoz képest még erőteljesebb társadalmi igényekre lehet számítani a szociális és időskori ellátás terén (Alderwick et al 2019, Dunn et al 2023). Emellett azzal is számolni kell, hogy egy társadalom egészségi állapotára még számos olyan tényező – jövedelem, foglalkoztatás, lakhatás, közszolgáltatások – gyakorol hatást, amelyek magának az egészségügyi és szociális ellátórendszernek a minőségét és elérhetőségét is meghatározzák.

Elemzésünk során a fenti, összetett problémarendszer összefüggésében az NHS működésének egy fontos dimenzióját, az 1991-ben létrehozott, a szolgáltatásvásárlás és a szolgáltatás nyújtás szétválasztására épülő, ún. belső piac működését és perspektíváit vizsgáljuk. Ennek során egyrészt a belső piac országos, területi és helyi szereplői körében bekövetkezett változások főbb szakaszait, azok hátterét, valamint a létrejött intézményi-szervezeti formák működését és szervezeti formáit vonjuk elemzés alá. Másrészt arra keresünk választ, hogy a bevezetés óta eltelt több mint három évtized múltán a szolgáltatók közötti piaci verseny gyakorlatát hogyan kezdi fokozatosan felváltani az intézmények közötti együttműködésre és

integrált megközelítésre épülő szemléletmód és jogi szabályozás. Előfeltevésünk szerint szoros összefüggés mutatkozik a szervezeti-intézményi átalakítások ciklikus jellege és az NHS működési elveit meghatározó koncepcionális változások között.

A tanulmányban egy évtized történéseit vizsgáljuk a 2012-ben elfogadott egészségügyi és szociális ellátásról szóló Törvény (Health and Social Care Act, a továbbiakban HSCA), illetve a helyébe lépő 2022-es egészségügyről és ellátásról szóló törvény (Health and Care Act, a továbbiakban: HCA) kontextusában, különös tekintettel azokra a folyamatokra, tartalmi és szervezeti változásokra, amelyek eredményeként a szolgáltatói piacon a versengés logikáját az együttműködés gyakorlata kezdi felváltani. Az elemzés a témában megjelent releváns szakirodalom feldolgozása mellett elsősorban a brit kormány, illetve a parlament által kiadott dokumentumokra, valamint független elemzők, think tankek (mindenekelőtt a King's Fund és a Health Foundation) szakanyagaira támaszkodik. Bár az évtizedes időhorizont leszűkíti az elemzés határait, a két törvény alkalmas átfogóbb, a brit egészségügy világán túlmutató következtetések levonására. A tanulmány az alábbi fő részekre tagolódik. Először az NHS működését mutatjuk be a Beveridge-i modell alapján, különös tekintettel a szolgáltatásvásárlás koncepciójának és gyakorlatának kiépülésére. Ezt követően az 1990-es évek elején kialakult „belső piac” összefüggésében mutatjuk be az NHS szolgáltatásvásárlási gyakorlatának főbb szakaszait, majd a versengéstől az együttműködés irányába tartó szemléletváltás jogi és intézményi hátterét elemezzük. Végül néhány átfogó következtetést fogalmazunk meg a brit egészségügyi rendszer változásainak összefüggésében.

## **A Beveridge-i modell és az NHS szolgáltatás vásárláson alapuló működése**

Égészen a második világháború kitöréséig a vagyoni és jövedelmi különbségek alapján már-már kasztszerű tagozódásokat mutató brit társadalomban („két nemzet”) a szociális kérdések viszonylag marginális problémakört jelentettek a belpolitika számára (Németh 2007, 56. o.). A háború sikeres megvívásához azonban nemzeti egységre volt szükség, amelynek megerősítése céljából az ismert szociálpolitikai szakember és liberális parlamenti képviselő, William Beveridge 1942-ben elkészített jelentése lerakta egy új, máig ható egészségbiztosítási modell alapjait. Az azonos hozzáférés társadalmopolitikai célkitűzésének jegyében a Beveridge-i modell állampolgári jogon – illetve azok számára, akik tartós munkavállalási engedéllyel rendelkeznek –, a „bölcsőtől a sírig” biztosítja az ingyenes és egyenlő igénybevételt biztosító egészségügyi ellátást<sup>2</sup>. A német eredetű bismarcki modellel szemben itt nincs járulékfizetési kötelezettség, az egészségügyi kiadásokat az állam az adóbevételekből fedezi. A működés szempontjából ez azt jelenti, hogy az állam az adóbevételek egy részéből, a költségvetésben meghatározott mértékben egészségügyi szolgáltatásokat vásárol (commissioning) polgárai számára az erre alkalmas, megfelelő kompetenciákkal rendelkező szereplőktől. A Beveridge- jelentés alapján a Clement Attlee vezette munkáspárti kormány 1946-ban benyújtotta az NHS megalapításáról szóló törvényt, amely – főként a házi orvosok jogállásával és

---

<sup>2</sup> A brit egészségügyi ellátásban viszonylag csekély szerepe van az önrésznek (ilyen a receptfelírási díj, a dobozdíj, vagy a fogorvosi kezelésért fizetendő átalány), ezért gyakran – jöllehet tévesen – ingyenesnek nevezik, holott adóbevételekből működik, és mindenkinek jogában áll igénybe venni a fizetős magánegészségügy szolgáltatásait. A felsorolt térítési kötelezettségeket pedig a mentességek hosszú sora ellensúlyozza.

díjazásával, valamint a kórházak államosításával kapcsolatos viták elhúzódása miatt – végül 1948. július elsején lépett hatályba.

Az NHS működése három alapelven nyugszik: minden releváns társadalmi igényt megpróbál kielégíteni; az ellátást a teljesítés helyszínén térítésmentesen biztosítják; a betegellátást nem a fizetőképesség, hanem a gyógyítás szempontjai határozzák meg. Az NHS által biztosított ellátás azonban így sem tekinthető univerzálisnak. Először is, az optikai kezelések a magánellátás körébe tartoznak, a fogászati beavatkozásokért pedig az NHS által tételesen meghatározott térítési díjat kell fizetni. Másodszor, meglehetősen vitatott az egészségügyi és szociális ellátás közötti viszonyrendszer alakulása, amit újabban – az előregedő társadalmak jelenségével összhangban – különösen kritikusan érint az egyedülálló, gondozásra szoruló, a korábbiakhoz képest magasabb átlagéletkorú és egyre nagyobb számú idős ember kórházi ellátásának társadalmi igénye. A harmadik „szürke zóna” pedig a palliatív ellátás, amelynek keretében működnek ugyan NHS hospice kórházak, de számukat meghaladják a magánkézben lévő, illetve jótékonyági formában működő intézmények. Végül pedig hangsúlyozni kell, hogy az Egyesült Királyságban is működik a magánegészségügyi és magánbiztosítási rendszer, amelynek keretében az ellátást a magánbiztosító és a biztosított közösen fizeti.

Az évtizedek során – részben a növekvő társadalmi igények miatt, részben az orvostudomány és műszaki-technikai fejlődésének köszönhetően – az NHS által ellátott feladatok köre folyamatosan bővült<sup>3</sup>. Ennek egyenes következményeként a kiadások jelentősen megnöttek, amelyek fedezésére az egymást követő kormányok igyekeztek is reagálni, többek között adóemelések, a hatékonyságot erősítő teljesítménycélok és monitoring rendszerek, továbbá a részleges privatizáció és a strukturális-intézményi reformok formájában<sup>4</sup>.

Az NHS megreformálását a brit politikai közbeszédben gyakran a népesség egészségi állapotának javítására irányuló törekvésekkel azonosítják. Míg a várható élettartam 2000 és 2011 között folyamatosan nőtt – nők esetében átlagosan 2,6, férfiaknál 3,5 évvel –, ez a folyamat 2011 és 2019 között már jelentősen lelassult (0,6 év a férfiak, 0,2 a nők esetében<sup>5</sup>).

Az egészségügyben, illetve a lakosság egészségügyi állapotában mutatkozó problémák a COVID-19 alatt is láthatóvá váltak, mivel a halálozási ráta magasabb volt az Egyesült Királyságban, mint Olaszország és Spanyolország kivételével a többi nyugat-európai országban. Az is tény, hogy 2021-ben és 2022-ben a várható élettartam ismét enyhe emelkedésnek indult, ugyanakkor tovább nőtt a különbség a szegényebb és gazdagabb térségek egészségügyi mutatói között (Raleigh 2024).

Az NHS körüli viták jobb megértése érdekében érdemes felidézni, hogy a napi működést tekintve az NHS valóságos „nagyüzem”, ami 36 óra alatt átlagosan 1 millió beteget lát el. A maga mintegy 1.6 millió alkalmazottjával a világ ötödik legnagyobb munkaadója (Upham 2017, 274. o.). Ugyanakkor az NHS semmiképpen sem

<sup>3</sup> A teljesség igénye nélkül: gyermekbénulás és diftéria elleni tömeges oltások bevezetése 15 éven aluliak számára (1958), szívátültetés és meddőségi kezelés (1968), AIDS elleni egészségügyi kampány (1986), génterápia (2002), HPV oltások tizenéves lányok számára (2008), az első kézátültetés (2012).

<sup>4</sup> A brit modellben vannak költséghatékony elemek – például a relatíve kis létszámú központi adminisztráció, vagy a többletigények el nem ismerése –, ezzel szemben a teljesítmény, a finanszírozás és a hatékonyság kritériumai nehezen kapcsolhatók össze (Forman 2023, 43. o.).

<sup>5</sup> Az elemzők körében konszenzus alakult ki abban, hogy mindez nagymértékben a „megszorítások évtizedének” köszönhető, amelynek során a kormányok a 2008-as pénzügyi és gazdasági válság kezelése érdekében nemcsak az egészségügyi kiadásokat csökkentették jelentősen, hanem azon területek költségvetését is, amelyek hatással vannak a lakosság egészségügyi állapotára, beleértve a helyi önkormányzatok működését is.

tekinthető monolitikus szervezetnek, mivel az Egyesült Királyság sajátos, „devolúciós” államszerkezetéből adódóan mind a négy országrész (Anglia, Skócia, Wales, Észak-Írország) saját egészségügyi szolgálattal rendelkezik, amelyek ráadásul sajátos módon belülről is számos intézményi forma szerint differenciálódnak (szövetkezetek/fund, konzorciumok/multifund, alapok/trust). Az NHS intézményrendszere ennek következtében egyszerre mutatja a centralizáció és a decentralizáció jegyeit, ugyanakkor az egyenletes országos lefedettséget biztosító ellátó hálózat fenntartása és működtetése egyértelműen a kötelező állami feladatok közé tartozik (Forman 2023, 42. o.).

A különböző reformok, illetve reformkísérletek valójában arra a dilemmára próbálnak választ találni, hogy miként lehet piaci elemeket beépíteni egy közszolgálati elveken működő szakpolitikai rendszerbe. Ez úgy is megfogalmazható, hogy a lakosság növekvő elvárásait összhangba kellene hozni a költségvetési korlátokkal. A megoldás érdekében hozott kormányzati intézkedések közül a leginkább időtállóknak az 1990-es évek elején bevezetett reformsorozat bizonyult, amelynek során John Major konzervatívok alkotta kormánya a szolgáltatást vásárlók (purchaser) és az ellátók (provider) szétválasztásával 1991-ben létrehozta az NHS ún. „belső piacát”.

Ahogy korábban említettük, a beveridge-i modell egyik alappillére, hogy az állam a befizetett adókból egészségügyi szolgáltatásokat vásárol a lakosság számára. A szolgáltatásvásárlás (beszerzés) magában foglalja a helyi lakosság igényeinek feltérképezését, a hozzá kapcsolódó szolgáltatások tervezését, a szolgáltatókkal való szerződések megkötését, a szolgáltatásellátás nyomon követését, valamint az érintett szereplők döntéshozatalba történő bevonását (Robertson-Ewbank 2020, 12-13. o.). A „belső piac” működésében kiemelt szerepet kaptak a szolgáltatásvásárlás helyi szinten működő független intézményei, amelyek önálló költségvetés, jogi felhatalmazás és felelősség birtokában szerződhetek a tőlük funkcionálisan és jogi szempontból is elkülönülő egészségügyi szolgáltatókkal.

A beszerzések alá vont szolgáltatások köre az 1980-as évek eleje óta fokozatosan emelkedett az Egyesült Királyságban. Az 1980-as években, Margaret Thatcher és John Major kormányzása alatt elindult, majd az 1997 és 2010 között hatalmon lévő Új Munkáspárt (New Labour) idején, a „harmadik út” koncepciója mentén folytatódott az Egyesült Királyság egészségügyi és szociális rendszerének piaci alapokra helyezése, amelynek az Új Közmenedzsment (New Public Management) közigazgatási és szolgáltatásszervezési gyakorlata adott keretet.

E reformok a neoliberais felfogás jegyeit mutatták, a magánszektor és a piaci megoldások bevált gyakorlatait ajánlva a közszektor problémáinak orvoslására, többek között a két szféra közötti partnerségi együttműködések formájában (public-private partnership). A „thatcherizmus” csaknem két évtizedes korszakát követően azonban óvatos változtatások kezdődtek. Az Új Munkáspárt az ellátás minőségi és hatékonysági elemeire helyezte a hangsúlyt, a 2010-ben hatalomra került konzervatív-liberális demokrata kormánykoalíció pedig – habár változatlanul a piaci versenyt tekintette az egészségügyi és szociális rendszer legfontosabb szervező elvének – nyitottnak mutatkozott meghatározott együttműködési formák bevezetésére.

## **A „belső piac” működése: az NHS szolgáltatásvásárlási gyakorlatának főbb szakaszai és intézményi változásai**

A szolgáltatásvásárlás gyakorlatát az ellátásszervezők és a szolgáltatást nyújtók 1991-ben bekövetkezett szétválasztása óta szinte állandósult változások jellemzik (Aunger et al 2022, 12. o.). A tapasztalatok viszont azt mutatják, hogy a szolgáltatásvásárlás modellje önmagában nem gyakorolt jelentős hatást sem a beteggondozásra, sem annak minőségére. Ez azonban korántsem egyedi, brit jelenség, mivel a stratégiai szolgáltatásvásárlás gyakorlata – többek között az információk egyenetlen áramlása, a piaci és politikai erőviszonyok, és ezzel összefüggésben az erőforrások aszimmetriái következtében – más országokban sem igazolta maradéktalanul a döntéshozók várakozásait.

A szolgáltatásvásárlás logikájának megértése érdekében érdemes áttekinteni az 1990-es évek elejétől bekövetkezett változások főbb szakaszait.

Az első szakasz az 1990-es évek elején, az NHS belső piacának létrehozásával kezdődött, amelyben egyrészt szétválasztották az ellátásszervezők és az ellátók tevékenységét, másrészt – ezzel összefüggésben – a szolgáltatásvásárlás két modelljét alakították ki (Robertson-Ewbank 2020, 10. o.). Az első modellben a kerületi szinten létrehozott egészségügyi hatóságok (Health authority) töltötték be központi szerepet. Feladatuk kiterjedt a sürgősségi vagy közösségi egészségügyi szolgáltatásoknak a helyi lakosság számára történő beszerzésére, valamint az egészségügyi szolgáltatásokkal szemben felmerült igények felmérésére és becslésére. Az egészségügyi hatóságok illetékességi területe többször változott, összevonásokra is sor került, ugyanakkor új feladatok is kerültek a hatóságokhoz, amelyek közül kiemelkedik az alapellátást biztosító szerződések megkötése. A modell létrehozásától a szolgáltatók közötti versengést, ezen keresztül pedig az ellátások hatékonyságának és minőségének javulását várták.

A második modell a háziorvosi praxisokra és praxisközösségekre (GP Fundholding) épült, amelyek felhatalmazást kaptak arra, hogy költségvetésükből a kötelezően ellátandó szolgáltatások beszerzésén felül megmaradó összeget megtakarításként könyveljék el. Élve a lehetőséggel, számos GP szövetségi tag sokszereplős, a források közös felhasználására épülő hálózatokat hozott létre. A modell célja az volt, hogy a kórházi és közösségi ellátás terén alternatívát állítson a betegek számára, ösztönözze a háziorvosokat a források hatékony felhasználására, összességében pedig biztosítsa érdekeltségüket, tapasztalataikat és a kórházakkal való kapcsolatrendszerüket az NHS belső piac kialakítása érdekében.

A szolgáltatásvásárlás következő szakaszát az Új Munkáspárt kormányzása alatt bekövetkezett változások fémjelezték. Megmaradt az ellátásszervezés szétválasztása az ellátást nyújtó szervezetektől, azonban megszüntették a háziorvosi szervezeteket (praxisközösségeket), az egészségügyi hatóságok pedig – néhány speciális szakterületet érintő szolgáltatás kivételével – elveszítették a beszerzéshez kapcsolódó jogosultságukat. Helyette országos lefedettségű alapellátási csoportok (Primary Care Groups, PCG) vették kézbe a kórházak, a közösségi- és alapellátás szolgáltatásainak beszerzését. A verseny alapú működés mellett megjelent az együttműködés lehetősége, emellett egy új teljesítménymérési keretrendszert vezettek be. Néhány év elteltével, 2002-ben a PCG-ket alapellátási trösztök (Primary Care Trust, PCT) váltották fel, amelyek a minőségi sztenderdek elérésének biztosítása érdekében egyesítették az egészségügyi hatóságok és a PCG-k feladatait. A legfontosabb helyi szolgáltatásszervező intézménynek tekinthető PCT-k felelősségi

körébe tartozott a közösségi és más szolgáltatások szervezése, valamint a többi, érintett partner szervezettel – főként az önkormányzatokkal és más PCT-kkel – való együttműködés a szolgáltatások tervezése és vásárlása érdekében. A változások legfőbb célja az volt, hogy a háziiorvosi szövetkezetek feladatkörének megszüntetésével mérsékeljék a működési és adminisztratív költségeket. A helyi szintű szolgáltatásvásárlás megerősítésével pedig mérsékelhetők a helyi közösségek igényeivel szemben esetlegesen megjelenő kockázatok. Ebben a szakaszban a következő változás 2005-ben történt, amikor a kormányzat bevezette az önként választható praxis-alapú beszerzés (Practice-based commissioning, PBC) lehetőségét, ami a háziorvosok, ápolók, és még sok más, az alapellátásban dolgozó szakember számára lehetővé tette, hogy a rendelkezésükre bocsátott (delegált) költségvetés birtokában maguk dönthessenek a körzetük igényeinek megfelelő közösségi és kórházi szolgáltatások beszerzéséről.

A harmadik szakasz a konzervatív-liberális demokrata koalícióhoz (2010-2015) kötődik. A David Cameron vezette kormány a 2008-as pénzügyi válság következtében felhalmozódott költségvetési hiány lefaragása érdekében a közszektor kiadásainak drasztikus visszafogására és a meglévő erőforrások hatékonyabb felhasználására kényszerült, ami ugyan az NHS-t nem érintette közvetlenül, de finanszírozásának mértéke így sem tudott lépést tartani a növekvő igényekkel. Az önkormányzatok feladatkörébe tartozó szociális gondozás és mentális egészségügy területét még súlyosabb megszorítások érték, mivel a felnőtt szociális gondozásra fordított költségvetésükben 26% megtakarítást kellett elérniük 2010 és 2014 között (Kendrick-Mackenzie 2023, 2. o.). Az államháztartás konszolidációjához szervesen illeszkedett az egészségügy és a szociálpolitika újraszabályozása, amely egy átfogó törvény – a bevezetőben említett HSCA – keretében történt meg 2012-ben.

Azzal, hogy a HSCA megszüntette a szolgáltatásvásárlás legfontosabb intézményeit, az alapellátási trösztöket, valamint a felügyeletükért felelős, az Egészségügyi Minisztérium (Department of Health) alá tartozó tíz, regionálisan működő stratégiai egészségügyi hatóságot (Strategic Health Authorities), a rendszer elmozdult a decentralizáció irányába. Ez a költségvetés „szétterítésében” is megmutatkozott, amelynek kedvezményezettjei helyi szinten a klinikai szolgáltatásvásárlási csoportok (Clinical Commissioning Groups, CCG) által irányított háziorvosok lettek. A CCG-k feladatai alapvetően a helyi, illetve a térségükhöz tartozó egészségügyi szolgáltatások tervezésére és beszerzésére irányultak.

Emellett felállították a független NHS Beszerzési Testületet (NHS Commissioning Board, amelyet 2013. április 1-jétől NHS Englandnek neveznek, a tanulmány további részében is ezt az elnevezést használjuk), amelynek feladatkörébe egyes alapellátási és speciális területet érintő szolgáltatások (közösségi gyógyszerár és fogorvosi ellátás) beszerzése tartozott. Az NHS England a saját hatásköreinek nagy részét fokozatosan a CCG-kre ruházta át – 2013 áprilisától összesen 211 CCG szerveződött meg –, amelynek következtében jelentősen csökkentek a közvetlen beszerzési feladatai. A háziiorvosi szövetkezeteknek be kellett tagolódniuk a területileg illetékes CCG-be, amelyek irányító testületének elnöki tisztségét a klinikák által megnevezett személy töltötte be. A helyi önkormányzatok feladatkörébe alapvetően a teljes szociális ellátás, valamint néhány közegészségügyi szolgáltatás (például szexuális egészségügyi és addiktológiai rendelések) tartozott.

Szintén a HSCA rendelkezett helyi egészségügyi és jólléti testületek (Local Health and Wellbeing Boards) megalakulásáról, és lehetővé tette, hogy 2016-tól – egyelőre törvényi felhatalmazás nélkül – területi alapon szerveződő integrált ellátórendszerek (Integrated Care Systems, ICS) alakuljanak. Az új intézmények

feladata az volt, hogy összehangolják a házi orvosok és a helyi önkormányzatok működését, továbbá megfelelő fórumot biztosítsanak a beszerzések tervezésére. A szolgáltatások integrálása felé tett lépések ellenére a HSCA jelenléte mégis abban ragadható meg, hogy immár jogi eszközökkel is becsatornázták a szolgáltatói piac működését az NHS rendszerébe. A stratégiai célkitűzés pedig az volt, hogy a decentralizáció keretében, a helyi szereplők helyzetbe hozásával kiterjesszék az NHS-en belüli verseny kereteit, és növeljék a kórházak szerepvállalását a beszerzések lebonyolítása során.

A törvény tehát egyfelől megerősítette az NHS belső piacának működését, másfelől viszont a helyi és területi alapon létrehozott partnerségi szervezetek révén megteremtette a lehetőséget annak, hogy hosszabb távon egyensúly alakuljon ki a szolgáltatók közötti versengés és a szolgáltatások integrált megvalósítása között.

### **Szemléletváltás az NHS belső piacán: versengéstől az együttműködésig**

A HSCA fogadtatása és tapasztalatai meglehetősen vegyes képet mutattak. Egyfelől a kórházak beszerzésekbe történő bevonását az érintettek alapvetően sikeres és innovatív újításként értékelték. Másfelől viszont kritikaként fogalmazódott meg, hogy nehezen igazolható, hogy a törvény szolgáltatásvásárlást érintő intézkedései pozitív hatást gyakoroltak volna az egészségügyi ellátás költséghatékony működtetésére és a szolgáltatások minőségére (Alderwick et al 2021, 3. o.). A pozitív hatások mindenekelőtt a betegek oldalán jelennek meg, de ezek értékelésénél fontos figyelembe venni a beszerzések, valamint az adott szolgáltatás működtetése során keletkezett humán- és pénzügyi költségeket. A reális értékeléshez az is hozzátartozik, hogy a nemzetközi tapasztalatok szerint az egészségügyi rendszerek számára világszerte nehézséget jelent a hatékony beszerzési rendszerek kiépítése (Klasa et al 2018). Visszatérő kihívást jelent a beszerzéssel foglalkozó intézmények optimális területi léptékének és népességszámának meghatározása. E tekintetben számos változat született, amelyek közül egyesek a helyi szereplők és lakossági igények közvetlen becsatornázására, mások a méretgazdaságossági szempontokra helyezték a hangsúlyt. Végül, de nem utolsósorban az újjászervezések gyakorisága és a külső – gazdasági, politikai – környezet változása nem kedvez sem a rendszer „beüzemelésének”, sem pedig a hatások nyomon követésének.

A közvetlen brit tapasztalatokat és az átfogó nemzetközi trendeket érzékelve, a már kizárólag a konzervatívok alkotta kormány (2015-2019) 2019 januárjában kiadta az NHS átalakításáról szóló hosszú távú fejlesztési tervet (NHS 2019). A reform arra az előfeltevésre épült, hogy az egészségügyi rendszer különböző részei – kórházak, házi orvosok, szociális gondozás – közötti együttműködés jobb minőségű szolgáltatásokat eredményez, ami hozzájárul a népesség egészségi állapotának javulásához (Ham et al 2015, 6. o.). Az anyag ennek megfelelően az integrált szolgáltatások bővítését állította középpontba, egyrészt az NHS keretein belül, másrészt az egészségügyi és szociális ellátás alrendszerei között, kiemelt célként kezelve a betegségmegelőzést, valamint a rák elleni és a mentális betegségeket érintő kezelések és más szolgáltatások fejlesztését. A megvalósítás érdekében számos további intézkedéstervezet látott napvilágot, így például a házi orvosokkal kötött szerződések megújításával, a minőségbiztosítás felülvizsgálatával, valamint a digitális technológiák alkalmazásának kiterjesztésével kapcsolatban. A legfontosabb javaslat mégis úgy hangzott, hogy a 2016-tól már informális keretek között működő ICS-k



működését 2021 áprilisáig Anglia egész területére ki kell terjeszteni oly módon, hogy minden ICS által lefedett térséghez egy-egy CCG tartozik<sup>6</sup>.

A fentiek figyelembevételével az NHS England új törvényjavaslatot terjesztett elő (NHS England 2019). Az alapvető cél az volt, hogy az NHS működési szabályait a gyakorlatban már létező és ténylegesen működő folyamatokhoz igazítsák. A törvényjavaslat több NHS szolgáltatás esetében kezdeményezte a versenypályázati eljárások megszüntetését, valamint olyan partnerségi bizottságok felállítását, amelyek megfelelő felhatalmazással bírnak a helyi prioritásokat és költségvetési kérdéseket érintő döntések meghozatalára. A javaslat a 42, területi alapon működő ICS működését formális-jogi alapokra helyezte, amelyek – amennyiben a javaslat törvény formáját ölti – egyúttal a megszüntetendő CCG-k helyébe lépnek. Összességében az NHS England működésében egyszerre jelentek meg szervezeti és szemléleti változások, ami a decentralizációt összekapcsolta a versenyeztetést felváltó együttműködés intézményesítésével.

A 2022 júniusában elfogadott, egészségügyről és szociális gondozásról szóló törvény (HCA) az előzetes javaslatok fényében jelentős változásokat eredményezett a szolgáltatásvásárlás intézményi struktúrájában<sup>7</sup>. Az egyes ICS-ken belül felállított integrált ellátásért felelős testületek (Integrated Care Board, ICB) feladata lett a helyi szintű tervezés és a forráselosztást megalapozó döntések meghozatala. Az ICB lényegében az NHS egyik speciális szervezetének tekinthető, amelybe egyenlő számban delegálnak tagokat az NHS szervezetei, a háziorvosok és a helyi önkormányzatok, de bevonhat más, helyi szereplőket, továbbá biztosítania kell a betegjogi szervezetek részvételét is. Mellettük integrált gondozásért felelős partnerségi együttműködések (Integrated Care Partnership, ICP) szerveződtek az NHS, a helyi önkormányzatok, és a szolgáltatók részvételével, legfontosabb feladatuk az adott ICS területén élő népesség sajátosságaihoz és igényeihez illeszkedő „integrált ellátási stratégia” kialakítása<sup>8</sup>. A szolgáltatók szintén állandó képvisellel rendelkeznek az ICB és az ICP testületeiben. A háziorvosok alapellátási hálózatokba (Primary Care Network) tömörülnek, feladatukat az egyes ICS-ek meghatározott körzeteiben végzik. Emellett konkrét partnerségi együttműködések keretében kettő vagy annál több NHS tröszt részvételével szolgáltatói együttműködések szerveződnek. Egy-egy ICS területén változatlanul a helyi önkormányzatok felelősségi körében maradt a szociális gondozáshoz kapcsolódó szolgáltatások biztosítása.

Az ICS-ek belső intézményi elrendeződése, a partnerségi együttműködések sűrűsége nagymértékben függ az adott térség nagyságától, a lakosság számától, anyagi helyzetétől, a kórházi és háziorvosi ellátottság szintjétől (Dunn et al 2022, 3. o.). Ami azonban közös, hogy minden ICS maga alakítja ki a saját, területi alapon szerveződő partnerségi együttműködéseit. A finanszírozás központi szereplője az NHS England, amely a költségvetésének 70-80 %-át bocsátja az ICS-ek (azon belül is

---

<sup>6</sup> Ezen a ponton érdemes kiemelni, hogy a CCG-k kórházak által vezetett NHS szervezetek, ezzel szemben az ICS-ek területi alapon szerveződő partnerségek formájában működtek. A három évvel később elfogadott, egészségügyről és szociális ellátásról szóló törvény fényében különösen érdekes, hogy a tervezet készítői mindkét, egymástól lényegesen különböző szervezet magmaradásában, sőt együttműködésében gondolkodtak.

<sup>7</sup> A 2022-es törvény által bevezetett intézményi változások részletes bemutatásáról magyar nyelven lásd Kaiser 2023, 66-68. o. Jelen tanulmányban az átfogó reformok közül kizárólag a szolgáltatásvásárlásra vonatkozó elemek elemző bemutatására vállalkozunk.

<sup>8</sup> A tagok sora ebben az esetben is bővíthető a szociális ellátás szolgáltatóival, az egészségügyi felügyelet (Healthwach), valamint a helyi oktatásügyi és lakásügyi szervezetek képviselőivel.

az ICB-k) rendelkezésére szolgáltatásvásárlás céljából, míg a fennmaradó 20-25% terhére az NHS England közvetlenül biztosítja egyes speciális ellátások (oltások, ritka daganatos megbetegedések) szolgáltatásait (Gongora-Salazar et al 2022, 4. o.). Az ICB-k még arról is dönthetnek, hogy maguk indítanak beszerzéseket, vagy azokat a helyi önkormányzatokkal közösen valósítják meg. Ez minden bizonnyal megnyitja a lehetőséget a személyi és anyagi erőforrások közös, integrált formában történő felhasználása felé.

A törvény elfogadása óta eltelt két év tapasztalatai alapján megfogalmazható, hogy a HCA keretében bevezetett területi alapú partnerségi együttműködések és integrált ellátási formák nemcsak hangsúly-, hanem egyenesen paradigmaváltást eredményeztek a brit egészségügyi és szociális rendszer működésében. Ebben a meglehetősen összetett, többszintű rendszerben azonban még nem minden alkotóelem találta meg a helyét, ami a brit egészségügyi rendszer folyamatos korrekciójának, megújításának szükségességét vetíti elő.

A legfontosabb változást a regionális szint létrehozása jelenti az NHS szervezeti keretei között az ICS-ek létrehozásával, ami szervesen illeszkedik az NHS történeti fejlődéséhez, mivel feladatköreik és összetételük sok hasonlóságot mutatnak az 1974-es reform során létrehozott területi egészségügyi hatóságokkal és a kétezres évek elején felállított stratégiai egészségügyi hatóságokkal (Alderwick et al 2021, 2. o.). Ugyanakkor még mindig kérdéses, hogy miként alakul majd az együttműködés és a közös munka az NHS England, az ICS-ek, a helyi önkormányzatok és a szolgáltatásellátásban érintett többi szereplő között. Példaként említhető, hogy az NHS körébe tartozó szolgáltatók helyet kaptak az ICS testületeiben. Nem világos azonban, hogy az ICS milyen jogosítványokkal rendelkezik a tagjai felett, hogyan fognak érvényt szerezni az új szolgáltatói együttműködések beszámoltatási kötelezettségének, hogyan fognak az NHS szolgáltatók, mint önálló, autonóm szervezetek (általában az alapítványi trösztök) együttműködni a helyi önkormányzatokkal? Az sem tisztázott, hogy mely intézmény fog majd és milyen jogi felhatalmazás alapján beavatkozni, ha működési zavarok lépnek fel az NHS, a helyi önkormányzatok és más partnerszervezetek között. Az első értékelésekből az tükröződik, hogy sem az ICS-ek, sem a helyi szinten történő ellátás felügyelete nincs kellőképpen kidolgozva, ami megnehezíti a betegek egyenlő hozzáférését az igényeiknek megfelelő szolgáltatásokhoz (House of Commons 2023, 3. o.).

Az ICG-k meghatározó szerepe mellett szóló érvek között kiemelt helyet foglalt el a szolgáltatásellátás területi alapokra helyezése nagyobb (rendszerszintű) és kisebb (térsegek, körzetek) egységek formájában. A törvény alapján ebben a többszintű modellben a településekhez legközelebb eső, 30-50 ezer fős lakosságot lefedő körzetekben az alapellátási hálózatok (primary care networks, PCN) szerepe emelkedik ki, ahol a háziorvosok együtt dolgoznak az NHS körébe tartozó szolgáltatókkal, a szociális ellátás szereplőivel, valamint más szolgáltatókkal (gyógyszertárak, fogorvosok, optikusok). Ám ezek a kisebb területi léptékű hálózatok még nem állandósultak, működésük számos, tőlük részben független hatótényezőtől függ – finanszírozás mértéke, a szakképzett munkaerő rendelkezésre állása – így eredményességük is nehezen lesz mérhető és értékelhető.

A nehézségek ellenére az 1991-ben létrehozott „belső piac”, illetve a HSCA által bevezetett szolgáltatószervezés már csak nyomokban létezik. A CCG-k eltűntek vagy működésük kiüresedett, a kötelező versenypályáztatást pedig eltörölték. A beveridge-i alapellátási modellből következő szolgáltatásvásárlás természetesen nem szűnt meg, azonban a meghatározó szerepkörbe került ICS-ek lesznek a „stratégiai szolgáltatásvásárlás” felelősei. Az új alapelv az egészségügy működésével

szemben megfogalmazódó igények értékelését, a tervezéshez kapcsolódó szolgáltatások szervezését és az újonnan bevezetett fizetési modellekre épülő forráselosztást foglalja magában. Ennek ellenére nem tartalmaz mérhető célkitűzéseket: a partnerség alapú integrált feladatellátás domináns szerepe a közpolitikai diskurzusokban, a szakirodalomban, közpolitikai elemző cégek jelentéseiben, a szakma részéről megfogalmazódó visszajelzésekben azt a benyomást kelti, hogy a szükséges korrekciók beépítésével megfelelő gyógymód lehet az egészségügyi szolgáltatások problémáira.

## **Következtetések**

Az élet számos más területéhez hasonlóan az egészségügyi és szociális ellátásokra irányuló igények is jelentős változásokon mentek keresztül az elmúlt évtizedek során. Az emberek átlagosan hosszabb ideig élnek a korábbiakhoz képest jóval kevésbé kiszámítható feltételek mellett, ennek következtében pedig egyre hosszabb ideig van szükségük többféle egészségügyi és szociális szolgáltatásra, ellátási formára, ápolásra és szakemberek sokaságára.

Ennek érdekében a szakpolitikák, intézmények és szolgáltatások működésének erősebb, a valós igényekhez jobban igazodó koordinációjára lenne szükség. Mindez a lakosság egészségügyi és jóléti állapotának javítását célzó megelőző, proaktív és integrált ellátási formák kialakításának az igényét hívja elő, ami részben felváltaná, vagy legalábbis ellensúlyozná a kórházi ellátásra épülő rendszerek túlsúlyát.

Az angol NHS létrehozásától kezdve folyamatos viták zajlanak az egyre összetettebbé váló feladatok megoldási lehetőségeiről, a szolgáltatások megszervezéséről, a különböző ellátási formák pénzügyi, intézményi és humán erőforrás feltételeiről. Mindez máig ható, folyamatos, több szakaszra osztható átalakítások, reformok és reformkényszerek formájában ölt testet. Ebben a gyakori változásokkal terhelt folyamatban különösen vitatott kérdésnek számít, hogy a versengés vagy az együttműködés lehet a legmegfelelőbb eszköze az egészségügyi rendszer teljesítményének javításának. Annak ellenére, hogy az elmúlt másfél évtized során világszerte az utóbbi vált a szakmai diskurzusok és tényleges reformok meghatározó elemévé, az integrált ellátás előnyeit a döntéshozók és a szakértők egyaránt hajlamosak túlbecsülni. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy az integrált ellátás magasabb elégedettséget eredményez a betegek körében, könnyebbé válik a szolgáltatásokhoz való hozzáférés, emelkedik a szolgáltatások minősége. Korántsem egyértelmű azonban, hogy a változások révén hatékonyabb forrásfelhasználás érhető el, és csak hosszabb idő elteltével válnak mérhetővé az integrált ellátás működése révén bekövetkezett egészségügyi hatások. Ez nem vonja kétségbe az integrált megközelítés előnyeit, de figyelembe kell venni, hogy a törvényi háttér az együttműködések szükséges, de nem elégséges feltételét jelenti csupán. Működőképességüket és sikerességük mértékét nagymértékben meghatározzák kulturális tényezők, a humán, adminisztratív és anyagi erőforrások, valamint előre nem látható külső kockázatok.

Az elmúlt évtizedben e két működési forma alkalmazása között önmagában is komoly versengés alakult ki a brit egészségügyben. A 2012-ben elfogadott HSCA a versengés elvének megerősítésével, a kötelező versenyeztetés bevezetésével, továbbá az NHS England hatalmi jogosítványainak bővítésével komoly akadályokat állított az együttműködésre alapozott működés elé. Ennek ellenére ebben az

időszakban sem szűnt meg az együttműködésen alapuló működés, de az inga kétségtelenül a versenyztetés irányába mozdult el.

Az ellenkező irányú változást a 2022-ben bevezetett HCA hozta el, amelynek fő üzenete, némileg leegyszerűsítve, így hangzott: „az integráció az új versenyztetés”. A területi alapon és több szinten újjászerveződő, a partnerség elvét a gyakorlati működésbe átültető brit egészségügyi és szociális rendszer kulcsfontosságú szereplői minden kétséget kizáróan az integrált ellátási rendszerek lettek. A törvény egyrészt széleskörű partnerséget hozott létre az NHS szervezetek, helyi önkormányzatok, valamint az önkéntes és közösségi szektor között, ugyanakkor az HHS Englanddel szemben megerősítette az egészségügyi és szociális ügyekért felelős miniszter hatásköreit.

Az egyik legfontosabb kérdés, hogy miként alakulnak a kötelező versenyztetés feloldását követően az együttműködésre alapozott szolgáltatásvásárlás jövőbeni kilátásai. A versenyztetéssel szemben leggyakrabban megfogalmazódó kritikák az érintettek rövid távú, önérdekkövető magatartását emelték ki, ami éppen az együttműködéshez szükséges bizalom alapjait kezdte ki a beszerzők és az szolgáltatók között, amit 2022-től egy meglehetősen turbulens belpolitikai környezetben kellett volna újjáépíteni.

A törvény bevezetése óta eltelt két esztendő még nem elegendő ahhoz, hogy mérleget lehessen vonni az együttműködésre és integrációra épülő egészségügyi rendszer működéséről. Az időzítés kétségtelenül nem volt a legszerencsésebb, mivel a pandémiát követő kilábalás útját belpolitikai botrányok, gyakori kormányváltások, energia-, megélhetési és mindenekfelett a bevándorlási válság szegélyezték. Ebben a kiélezett helyzetben az NHS-re a szokásosnál is nagyobb nyomás nehezedett, amit tovább súlyosbított a várólisták folyamatos hosszabbodása, és ettől nem függetlenül a szakképzett munkaerő immár állandósult hiánya, valamint a lakosság egészségügyi állapotában mutatkozó egyenlőtlenségek. Végül, de nem utolsósorban jelenleg nem áll rendelkezésre elegendő tényadat ahhoz, hogy egyértelművé váljon a kitűzött cél helyessége, azaz hogy a szervezetek közötti együttműködés elvezet az egészségügyi rendszer teljesítményének jobbá válásához. Az NHS az elmúlt három évtized során szinte folyamatos átszervezéseken esett át, amelyek eredménye nem, vagy csak kis mértékben igazolta a várakozásokat. Elemzésünk azonban igazolta azt az előfeltevést, miszerint az NHS működési elvei mögött meghúzódó koncepcionális változások törvényszerűen szervezeti-intézményi változásokat vonnak maguk után.

A brit egészségügyi rendszer elmúlt évtizedének történései alkalmasak több, átfogóbb nézőpontból is hasznosítható tanulság levonására. Az egészségügy jellegzetesen nehezen mozdítható, összetett rendszer, ahol a radikális változtatásokkal szemben sokkal célravezetőbb a meglévő struktúrák kis lépésekben történő („inkrementális”) korrekciója, különösen azokon a területeken, ahol a bevált, informális gyakorlatok megteremtik a változások formális-jogi kereteinek szükséges előfeltételeit. A ténylegesen megvalósuló átalakítás azonban még számos tényező függvénye, ami lehet külső sokkhatás (mint a COVID-19), belpolitikai indíttatású reformkényszer, illetve – ami nélkül az imént felsoroltak sem valósulnak meg – a rendszerszintű átalakításának pénzügyi és humán erőforrásai. De még ha minden „hardver” jellegű feltétel rendelkezésre is áll, nem szabad megfeledkezni a szervezetek és szakmák közötti együttműködések „szoftver” oldaláról, ami elsősorban a közös munkához és felelősségvállaláshoz szükséges attitűdök és kompetenciák formájában értelmezhető. Ezt mindenekelőtt egy támogató környezet tudja biztosítani, ami egyaránt magában foglalja a kölcsönös előnyök felismerésére támaszkodó partnerségi kapcsolatok feltérképezését, az adatok szervezetek közötti

megosztásához szükséges feltételek, valamint a működésbe épített ellenőrző mechanizmusok kiépítését.

Az együttműködés semmiképpen nem tekinthető az egészségügyi rendszer problémáit egy csapásra megoldani képes csodaszernek, de képes lehet kialakítani egy számos nehézséggel küszködő, ám ennek ellenére mégis nagy tekintélyű, több ország számára ma is mintának tekinthető patinás szervezet megújulásának feltételeit.

## Hivatkozások

Alderwick, Hugh, Tallack, Charles, Watt, Toby (2019): *What should be done to fix the crises in social care?* The Health Foundation. <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/what-should-be-done-to-fix-the-crisis-in-social-care>. Letöltés ideje: 2024. december 1.

Alderwick, Hugh, Dunn, Phoebe, Gardner, Tim, Mays, Nicholas, Dixon, Jennifer (2021): Will a new NHS structure in England help recovery from the pandemic? *BMJ*, 372, 248. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.n248>

Aunger, Avery J. Millar, Ross, Rafferty, Anne M., Mannion, Russel (2022): Collaboration over competition? Regulatory reform and inter-organisational relations in the NHS amidst COVID-19 pandemic: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22, 640, <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08059-2>

Bayliss, Kate (2022): Can England's National Health System Reforms Overcome the Neoliberal Legacy? *International Journal of Health Services*, 52(4):480-491. o. <https://doi.org/10.1177/00207314221115945>

Dunn, Phoebe, Fraser, Caroline, Williamson, Skeena, Alderwick, Hugh (2022): *Integrated care systems: what do they look like?* The Health Foundation, 15 June, <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/integrated-care-systems-what-do-they-look-like> Letöltés ideje: 2024. december 1.

Dunn, Phoebe, Ewbank, Leo, Alderwick, Hugh (2023): Nine major challenges facing health and care in England. *The Health Foundation*, November, <https://www.health.org.uk/publications/long-reads/nine-major-challenges-facing-health-and-care-in-england> Letöltés ideje: 2024. december 1.

Forman Balázs (2023): *Globalizáció és modernizáció. 2. kötet. Nagy-Britannia, Németország, USA, Japán, Kína.* Budapest: Neumann Lapkiadó és Kommunikációs Kft.

Gongora-Salazar, Pamela, Glogowska, Margaret, Fitzpatrick, Ray, Perera, Rafael, Tsiachristas, Apostolos (2022): Commissioning [Integrated] Care in England: An Analysis of the Current Decision Context. *International Journal of Integrated Care*, 22(4), 3, <https://doi.org/10.5334/ijic.6693>

Ham, Chris, Baird, Beccy, Gregory, Sarah, Jabbal, Joni, Alderwick, Hugh (2015): The NHS under the coalition government. Part one: NHS reform. *The King's Fund. Ideas that change health care.* February [https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/203dace751/nhs\\_under\\_coalition\\_government\\_february\\_2015.pdf](https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/203dace751/nhs_under_coalition_government_february_2015.pdf) Letöltés ideje: 2024. december 1.

House of Commons Committee of Public Accounts (2023): *Introducing Integrated Care Systems. Thirty-Fifth Report of Session 2022-23*. Ordered by the House Commons to be printed 23 January 2023. <https://committees.parliament.uk/publications/33872/documents/185310/default/> Letöltés ideje: 2024. december 1.

Hunter, David J. and Bengoa, Rafael (2023): Meeting the challenge of health system transformation in European countries. *Policy and Society*, 42(1), 14-27. o. <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac022>

Kaiser Tamás (2023): A „komplex problémák” gyakorlata: az egészségügyi és szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban. *Gondoskodás-szakértelem és emberség*. 2(4), 60-72. o.

Katikireddi, Srinivasa Vittal, McKee, Martin, Craig, Peter, Stuckler, David (2014): The NHS reforms in England: four challenges to evaluating success and failure. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 107(10), 387-92. o. <https://doi.org/10.1177/0141076814550358>

Kendrick, Hannah, Mackenzie, Ewan (2023): Austerity and the shaping of the ‘waste watching’ health professional: A governmentality perspective on integrated care policy. *SSM-Qualitative Research in Health*, 3, 100255. <https://doi.org/10.1016/j.ssmqr.2023.100255>

Klasa, Katarzyna, Scott, Greer L., van Ginneken, Ewout (2018): Strategic Purchasing in Practice: Comparing Ten European Countries. *Health Policy*, 122(5), 457-472. o. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2018.01.014>

Németh György (2007): Egészségbiztosítási alapmodellek. Bismarck és Beveridge. *Esély*, 18(5), 43-65. o.

NHS (2019): *The NHS Long Term Plan*. <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf> Letöltés ideje: 2024. december 1.

NHS England (2019): *The NHS's recommendations to Government and Parliament for an NHS Bill*. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/09/BM1917-NHS-recommendations-Government-Parliament-for-an-NHS-Bill.pdf> Letöltés ideje: 2024. december 1.

Raleigh, Veena (2024): What is happening to life expectancy in England? *The King's Fund*, <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/long-reads/whats-happening-life-expectancy-england> Letöltés ideje: 2024. december 1.

Robertson, Ruth, Ewbank, Leo (2020): Thinking differently about commissioning. Learning from new approach to local planning. *The King's Fund*. Ideas that change health and care. [https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/29bfde505a/thinking\\_differently\\_commissioning\\_2020.pdf](https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/29bfde505a/thinking_differently_commissioning_2020.pdf) Letöltés ideje: 2024. december 1.

Upham, Martin (2017): *Britain Explained. Understanding British Identity*. London: John Harper Publishing Ltd.

## **FROM COMPETITION TO COLLABORATION: CHANGES IN THE PRINCIPLES AND INSTITUTIONAL BACKGROUND OF THE BRITISH HEALTHCARE SYSTEM**

TIBOR TÓTH

Transforming health systems is an ongoing challenge in almost every country in the world. Today, the direction of change also has many common features, with the introduction of collaborative, integrated forms of care playing a key role. Among the reforms, the changes in the UK health system over the last decade provide many lessons learned, which have resulted in an increasing replacement of market competition between providers by an approach and legislation based on inter-institutional cooperation and integration. Based on the relevant literature and other analyses in this topic, the study argues that the cyclical nature of organisational-institutional transformations shows a strong correlation with the fundamental concepts that determine the operation of the National Health Service.

**Keywords:** National Health Service, commissioning, inner market, provider, integrated care system