

Kaiser Tamás

EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEK ÉS TERÜLETI KORMÁNYZÁS ANGLIÁBAN

A DEVOLÚCIÓ KORLÁTAI ÉS AZ INTEGRÁLT MEGKÖZELÍTÉS LEHETŐSÉGEI

Health Inequalities and Territorial Governance in England

The Limits of Devolution and the Potential of an Integrated Approach

Dr. Kaiser Tamás tanszékvezető egyetemi tanár, Nemzeti Köszolgálati Egyetem
Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar Kormányzástani és Közpolitikai
Tanszék, kaiser.tamas@uni-nke.hu

A tanulmány az egészségegyenlőtlenségek és a területi fejlettségi különbségek kapcsolatát vizsgálja az Egyesült Királyságban, különös tekintettel a 2010 után elindult angol devolúció reformjaira és az egészségügyi rendszer átalakítására. A folyamatok tartalmi elemei azt mutatják, hogy az angol devolúció elsősorban a területi kormányzás új, az önkormányzatok társulásaira alapozott struktúráinak kiépítésére és gazdaságfejlesztési célok megvalósítására irányult, ennél fogva csak kisebb mértékben tudta befolyásolni az egészségegyenlőtlenségek determinánsait. A releváns szakirodalom, szakértői anyagok és jogszabályok elemzésére támaszkodva a tanulmány azzal érvel, hogy az egészségegyenlőtlenségek csökkentésének egyik legfontosabb eszközét a területi felzárkóztatás, a gazdaságfejlesztés, valamint az egészségügy szakpolitikáinak összehangolása jelenti. Az angol devolúció és az egészségügyi reformok tapasztalatai átfogóbb értelemben is alátámasztják a területalapú és területérzékeny fejlesztési stratégiák jelentőségét és a megvalósítást szolgáló többszintű intézményi koordináció kialakításának szükségességét.

KULCSSZAVAK:

devolúció, egészségegyenlőtlenség, integrált megközelítés, társadalmi egészségdetermináns, területi kormányzás

The study examines the relationship between health inequalities and regional development disparities in the United Kingdom, with a particular focus on the devolution reforms in England launched after 2010 and the processes of healthcare system transformation. The substantive elements of these processes indicate that English devolution was primarily aimed at establishing new structures of regional governance based on associations of local governments and at achieving economic development goals; consequently, it had only a limited impact on the determinants of health inequalities. Relying on the relevant literature, working papers and regulations the study argues that one of the most important tools for reducing health inequalities is the coordination of regional catch-up initiatives, economic development, and health policies. The experiences of devolution in England and healthcare reforms also underscore, in a broader sense, the importance of place-based and place-sensitive development strategies, as well as the need to establish multi-level institutional coordination to facilitate their implementation.

KEYWORDS:

devolution, integrated approach, health inequality, social determinants of health, territorial governance

BEVEZETÉS

A második világháborút követő évtizedekben az 1980-as évek elejéig számos fejlett országban lassan, de fokozatosan csökkentek a területi fejlettségben mutatkozó egyenlőtlenségek. Ez a folyamat azonban az elmúlt több mint négy évtized során megfordult, és – habár országonként eltérő időben és térszerkezeti megoszlásban – egyre mélyülő szakadék mutatkozik a fejlődésben élen járó, sikeres, valamint a lemaradó térségek között. E komplex problémahalmaz megoldása érdekében számos, egymással versengő fejlesztéspolitikai paradigma látott napvilágot, összekapcsolódva a közigazgatási határokat átlépő funkcionális térségi modellek és változatos területi kormányzási struktúrák kialakításával.¹

A területi fejlettségi különbségek kialakulásában és fokozatos növekedésében meghatározó szerepet töltenek be az egészség egyenlőtlenségek, illetve azok kontextusa és determinánsai. Ide sorolható a népesség elöregedése, a világjárványok és krónikus betegségek terjedése, az egészségügyben tapasztalható munkaerőhiány, az adatalapú működés és technológiai innováció kihívásai, valamint az egészség egyenlőtlenségek kezelése.² Az egészség egyenlőtlenségek olyan elkerülhető, igazságtalan és rendszerszintű különbségeket jelentenek az emberek között, amelyek az egyes személyek egészségi állapotában mutatkozó differenciák mellett az ellátáshoz való hozzáférésre, az ellátás minőségét meghatározó feltételekre, valamint az egészségmagatartási és környezeti kockázatok különbözőségeire, egymással való érintkezésére és kölcsönhatásaira vezethetők vissza.³

¹ MARKS–HOOGHE 2004; CONZELMANN–RANDALL 2008; KAISER 2024a.

² TENBENSEL 2023; CASE–KRAFTMAN 2024; OECD – European Commission 2024; Fási 2025.

³ Office for Health Improvement & Disparities 2022.

Az egészségügyi rendszerek határai azonban messze túlmutatnak a szűkebb értelemben vett egészségügyi ellátórendszer működésén. Egy ország lakosságának egészségi állapotát döntően a társadalmi és gazdasági környezetet meghatározó foglalkoztatási, jövedelmi, oktatási, lakhatási, és más, az egészségügy hatókörén kívül eső politikák és szolgáltatások determinálják.⁴ E strukturális tényezők országokon belül és országok között is súlyos egészségügyenlőtlenségeket szülnek, amelyek létrejöttek és kezelésének lehetőségeit nagymértékben meghatározzák az egyes államokban kialakult területi fejlettségi különbségek.

Az egyenlőtlenségek problémája már hosszabb ideje az egyik legfontosabb kihívásnak számít az egészségügy kulcsfontosságú prioritásai – az ellátás növekvő erőforrásigényének biztosítása, a környezeti és az éghajlatváltozásból eredő hatások kezelése, valamint a járványok elleni védekezés – között.⁵ Az egészségi állapot és az egészségügyenlőtlenség vizsgálata az 1980-as évek elejéig nyúlik vissza, ugyanakkor mindeddig kevesebb figyelem fordítódott az egészségügyenlőtlenségek területi dimenziójára és intézményi hátterének működésére.

A jelen tanulmány az egészségügyenlőtlenség és az eltérő területi fejlettség kapcsolatrendszerét az Egyesült Királyságban – azon belül különösen az angliai országrészben – az elmúlt másfél évtized (2011–2026) során lezajlott egészségügyi, területpolitikai és önkormányzati reformok tükrében vizsgálja. Kiindulópontja szerint a területi egyenlőtlenség gazdasági mértéke a fejlett országok között az Egyesült Királyságban az egyik legmagasabb, ami a lakosság egészségi állapotának mutatóiban is visszatükröződik. A területi különbségek alapvetően a Királyság specifikus földrajzi adottságaira, a modern globalizáció aszimmetrikus hatásaira, valamint a kirívóan centralizált kormányzati rendszer működésére vezethetők vissza.⁶ A közelmúltban lezajlott decentralizációs – specifikus brit kontextusban: devolúciós – folyamatok elsősorban a gazdasági értelemben vett felzárkóztatásra irányultak, de a nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy mindez önmagában nem vezet az egészségügyenlőtlenségek csökkenéséhez.

Mindezek alapján a tanulmány azt vizsgálja, hogy az angol devolúciós reformok milyen mértékben segítették elő az egészségi állapot minőségét meghatározó tényezők és azok feltételeinek javítását, illetve a jelenlegi, többnyire széttagoltan működő intézményi struktúrákkal szemben milyen perspektívák nyílhatnak meg egy integrált területi kormányzási modell létrehozása felé, amelyben az egészségügy, a gazdaságfejlesztés és a területi-önkormányzati kormányzás szorosan összekapcsolódik egymással.

Az elemzés a témában megjelent releváns szakirodalom feldolgozása mellett elsősorban a brit kormány, illetve a parlament által kiadott dokumentumokra, közhiteles statisztikai adatokra, valamint nemzetközi szervezetek és *think tanke*k szakanyagaira támaszkodik.

A fentiek értelmében a tanulmány négy fő részre tagolódik. Először az egészségügyenlőtlenségeket befolyásoló tényezőket mutatjuk be, különös tekintettel azok egymással való érintkezésére és modelljeire. Ezt követően az angol országrész régiói között húzódo gazdasági fejlettség és egészségi állapot különbségeit vizsgáljuk, majd a széttagoltságból az integrált működés felé

⁴ MORAVCSIK-KORNYICKI – R. FEDOR 2021: 32; GARDNER 2023.

⁵ SCHOLZ 2020: 1; FEJES 2025.

⁶ AYRES et al. 2023; KAISER 2024a.

tartó önkormányzati és egészségügyi intézményi változásokat elemezzük. Végül néhány átfogó következtetést fogalmazunk meg az integrált területi kormányzás nézőpontjából.

AZ EGÉSZSÉGEGYENLŐTLENSÉGEKET BEFOLYÁSOLÓ TÉNYEZŐK ÁTFOGÓ KERETE ÉS MODELLEZÉSE

Az egyének és közösségek egészségi állapotát számos tényező befolyásolja és alakítja. A genetikai adottságok és az életmód sajátosságai mellett az egészség minőségét további személyes, szociális, gazdasági és környezeti tényezők (a továbbiakban: determinánsok) határozzák meg.⁷ Ennek egy specifikus részét alkotják az úgynevezett *társadalmi egészségdeterminánsok*, amelyek az átfogó társadalmi és gazdasági (a továbbiakban: szocioökonómiai) tényezőket foglalják magukba, ezen belül részben az egyes személyek társadalmi – oktatáshoz, foglalkozáshoz, jövedelemhez kötődő – pozíciójához, részben a gazdasági, pénzügyi, hatalmi, szociálpolitikai erőforrások eloszlásához kapcsolódva.⁸ A felsorolt tényezők, illetve ezek különböző variációi eredményezik az egészségegyenlőtlenségeket, amelyek egyaránt leírhatók a különböző társadalmi csoportok egészségi állapotával és a szocioökonómiai determinánsok eloszlásában mutatkozó különbségekkel is. Jelentőségüket az is mutatja, hogy akkor is befolyásolják az egészség állapotát, ha az arra ártalmas tényezők, illetve azok elkerülési módja idővel megváltozik. Ebből az is következik, hogy az egészségegyenlőtlenséget a társadalmi tényezők összetett hatásrendszere hozza létre, más szóval nem természetes vagy elkerülhetetlen jelenség.⁹

Az egészségegyenlőtlenségek számos területen érzékelhetők, így például az egészség állapotában (például a várható élettartam hosszában), az ellátáshoz való hozzáférésben (például az adott szolgáltatások elérhetőségének biztosításában), az ellátás minőségében és meg tapasztalásában (például a betegek elégedettségében), az egészségmagatartási kockázatokban (például a dohányzás, alkohol- és drogfüggőség mértékében), valamint az egészséget meghatározó strukturális tényezőkben (például a lakhatás lehetőségében és minőségében). Az egyenlőtlenség egyik sajátos kiváltó oka az úgynevezett *szociális gradiens*, amely szerint az alacsonyabb iskolázottságú, alacsonyabb státuszú foglalkozási kategóriába tartozó vagy alacsonyabb jövedelmű emberek általában hamarabb halnak meg, és náluk az egészségügyi problémák is gyakrabban fordulnak elő.¹⁰ Ez azt is mutatja, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásában kulcsszerepet játszanak a kockázati tényezők, különösen azok az egészség-magatartási minták, amelyek a társadalmi hátrányokkal szoros összefüggésben jelennek meg. A dohányzás, a fizikai inaktivitás és az egészségtelen táplálkozás a krónikus betegségek legfontosabb előidézői közé tartoznak, és aránytalanul nagy mértékben fordulnak elő a leszakadó, magukra hagyott térségekben.

⁷ A kulcsfontosságú determinánsok: jövedelem és társadalmi státusz; foglalkozás és munkakörülmények; oktatás; a gyermekkori tapasztalatok; életmód; fizikai és társadalmi környezet; szociális kapcsolatok; személyes magatartási és megküzdési képességek; az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés; biológia és genetika; kulturális kompetenciák. LALONDE 1981; SCHOLZ 2020: 1.

⁸ WHO 2025.

⁹ WHITEHEAD 2007.

¹⁰ WHO 2025.

Ennek oka, hogy az egyéni választások valójában strukturális korlátok között formálódnak: a szegénység, a rossz lakhatási körülmények, az oktatási és foglalkoztatási hátrányok, valamint az egészséges élelmiszerekhez való korlátozott hozzáférés egyaránt szűkítik az egészségtudatos életmód lehetőségeit.¹¹

Az egyenlőtlenségek különféle társadalmi csoportokat érintenek, amelyeket alapvetően négy fő dimenzió mentén lehet megkülönböztetni. Az első a gazdasági-társadalmi státusz, amelyet a jövedelmi helyzet, a foglalkoztatás, a lakhatás, az oktatás, a közszolgáltatások minősége, illetve a tágabb környezet adottságai határoznak meg. A második a jogilag védett tulajdonságok: ide sorolható például a nem, az etnikai hovatartozás vagy a fogyatékkal élés. A harmadik a társadalmi kirekesztettség, amely például a hajléktalanságban élőket vagy a marginalizálódott kisebbségek csoportjait foglalja magában. A negyedik dimenziót pedig a területi tényezők alkotják, például a régiók közötti, valamint a régiókon belüli kisebb területi egységek, különösen a városi és vidéki települések között kialakult fejlettségi különbségek.¹²

A különféle tényezők egymással való érintkezése és kölcsönhatása szintén befolyásolja az egyenlőtlenségek természetét. Ez a gyakorlatban azt jelenti, hogy akár egy-egy kategórián belül – például a fogyatékossgal élők vagy a vidéki periférikus térségek lakossága körében – is az egészségügyi egyenlőtlenségek különböző mértékben és formában, ugyanakkor egymással kölcsönhatásban jelentkeznek.¹³ Az egyenlőtlenségek ilyen típusú halmozódása és kölcsönhatása azt eredményezi, hogy az egészségügyi különbségek nemcsak fennmaradnak, hanem gyakran újra is termelődnek. Mindez arra utal, hogy az egészségügyi egyenlőtlenségek nem értelmezhetők pusztán egyéni szinten, hanem a társadalmi erőforrások eloszlásának és az intézményi működésnek a következményei.

Az egészségegyenlőtlenségek változatos megjelenési formái és társadalmi-területi eloszlása tehát komplex, többszintű strukturális jelenségként értelmezhető, amelynek kontextusa túlmutat az egyéni adottságok és az egészségügyi ellátórendszer keretein. Az egészségegyenlőtlenségek hatékony csökkentésére irányuló szakpolitikák hosszú múltra tekintenek vissza, ami a reformokon és intézkedéseken alapulva lehetővé tette az okokat és lehetőségeket feltáró modellek és koncepciók kialakítását. Az elemzési eszközként is alkalmazható egészségmodellek az egészség fogalmának többdimenziós értelmezésére, az egészségdeterminánsok körére, valamint a közöttük lévő kapcsolatrendszer jellegének és erősségének bemutatására épülnek.¹⁴

A determinánsok és az egészségi állapot közötti kapcsolat bemutatására az egyik leggyakrabban alkalmazott elemzési eszköz a Dahlgren–Whitehead-modell, amely az egészségi állapotot meghatározó tényezőket koncentrikus körök mentén szervezi, a modell középpontjába az egyént helyezve.¹⁵ A modellel ezzel az egyéni egészségi állapot és a társadalmi–gazdasági–kulturális

¹¹ EVEREST et al. 2022.

¹² Office for Health Improvement & Disparities 2022.

¹³ Egy alacsony jövedelmű, etnikai kisebbséghez tartozó, fogyatékossgal élő személy nem pusztán e tényezők összegeként tapasztal hátrányokat, hanem azok egymást erősítő hatása révén egy sajátos, komplex kockázati helyzetben él.

¹⁴ MORAVCSIK-KORNYICKI – R. FEDOR 2021: 35.

¹⁵ A modellel gyakran „egészségi szívárványmodellként” (*rainbow model*) is emlegetik, mivel színes gyűrűkkel illusztrálja az egészségre ható tényezők fokozatait.

környezete közötti kapcsolatok jelentőségére és sokféleségére hívja fel a figyelmet. A legbelső körben helyezkednek el az egyéni jellemzők (nem, életkor, genetikai adottságok), körülöttük pedig az egészséget meghatározó befolyásrétegek találhatók: egyéni életmód és viselkedés faktorok; társadalmi és közösségi hálózatok; élet- és munkakörülmények; tágabb társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti feltételek.¹⁶ A modell erőssége abban rejlik, hogy nem különálló tényezőket vizsgál, hanem azok rendszerszerű összefonódását. Más szóval az ember egyaránt képes befolyást gyakorolni saját életére és környezetére, ugyanakkor a szűkebb és tágabb környezete is hatással van életvitelére és egészségi állapotára.

A Labonte-modell egy viszonylag egyszerű, de hatékony megértési és elemzési struktúrát kínál.¹⁷ Összefoglalja azokat a tényezőket, amelyek befolyással bírnak az egészségünkre, továbbá azt, honnan származnak, milyen egymást követő vagy egy időben zajló, egymást erősítő szinergiák és kölcsönhatások lehetségesek közöttük. A modell hangsúlyozza a széles körű egészségdeterminánsok (*wider determinants of health*) és a pszichoszociális tényezők kölcsönös egymásra hatását, amely jelentős mértékben befolyásolja az egészség-magatartást (*health behaviour*) és a pszichés állapotot, mindezek révén pedig hatással van az egészségi állapotra és az átfogó értelemben vett jóllétre (*well-being*).

A Labonte-modellből az a következtetés vonható le, hogy az egészségügyi ellátórendszer intézményrendszerének működtetése és fejlesztése mellett legalább ennyire fontos az egyén egészségi állapotát és cselekvési lehetőségeit meghatározó strukturális tényezők minősége és alakulása. Mindez a területalapú (*place-based*), integrált megközelítésre épülő fejlesztés- és egészségpolitika szükségességét mutatja.¹⁸ Egyrészt a széles körű egészségdeterminánsok (foglalkoztatás, jövedelem, lakhatás, oktatás, szakképzés, természetes és épített környezet, közlekedés, közszolgáltatásokhoz való hozzáférés) minősége nem függetleníthető a helyi vagy területi önkormányzatok, szakpolitikai szereplők működésétől. Másrészt a fenti modell is megerősíti, hogy az egészségyenlőtlenséget kiváltó komplex problémák rendszerét nem lehet csupán egy-egy problémára koncentrálni, elszigetelt, ágazati logikán és érdekeken alapuló beavatkozásokkal kezelni. A pusztán egyénekre vagy kisebb csoportokra irányuló intervenciók nemcsak hatástalanok lehetnek, de az egészségdeterminánsok kontextusában megragadható kiváltó okok feltárása nélkül akár tovább is mélyíthetik a már meglévő különbségeket. A forrásokat ennek megfelelően arányosan kell elosztani, figyelembe véve a különböző társadalmi csoportok eltérő szükségleteit.

A fenti elméleti keretek alapján a továbbiakban az egészségdeterminánsok és egészségyenlőtlenségek kapcsolatát az Egyesült Királyság, szűkebben az angol országrész területi, intézményi és politikai dimenziójában vizsgáljuk.

¹⁶ DAHLGEN-WHITEHEAD 1991: 11.

¹⁷ LABONTE 1994.

¹⁸ OECD 2025.

A GAZDASÁGI FEJLETTSÉG ÉS AZ EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT KÜLÖNBSEGEI AZ ANGOL ORSZÁGRÉSZ RÉGIÓIBAN

Az egymást követő kormányoknak a gazdaság kiegyensúlyozására és a fejlettségi különbségek mérséklésére irányuló kísérletei ellenére az Egyesült Királyság még mindig a fejlett világ egyik legegyenlőtlenebb területi fejlettséget mutató országa. A megosztottság nem új keletű, amit az is mutat, hogy az egy főre jutó regionális GDP különbsége lényegében változatlan maradt a 20. század eleje és vége között. Ebben a folyamatban kivételt jelentettek az 1930-as és 1970-es évek között megvalósult állami iparági fejlesztések, amelyek során a regionális fejlettségi különbségek csökkentek. A piacosításon, privatizáción, dereguláción és fogyasztásorientált növekedésen alapuló neoliberális paradigma térnyerése következtében azonban az irány megfordult, így az 1980-as évek második felétől egyre szélesebbre nyílt a fejlettségi olló a centrum és a periféria között, mind egy főre jutó GDP, mind a termelékenység mutatói alapján, ami jelentős mértékben felgyorsult az 1990-es évek elejétől (1. táblázat).

1. táblázat: Az országos átlaghoz viszonyított regionális fejlettségi különbségek alakulása

GDP/fő UK = 100%	1951	1971	1991	2001	2011	2018
London	138,6	153,3	165,4	169,6	172,9	177,4
Dél-Kelet	84,8	105,2	107,1	113,8	110,7	106,6
Kelet-Anglia	89,0	103,8	97,4	97,2	90,2	93,2
Dél-Nyugat	89,3	90,9	92,0	91,9	90,2	87,4
Kelet-Közép-Anglia	95,8	80,7	84,7	85,1	82,3	79,6
Nyugat-Közép-Anglia	104,4	96,4	90,0	86,7	81,8	84,1
Yorkshire-Humberside	97,5	80,7	84,7	82,9	81,6	79,2
Észak-Nyugat	104,0	93,9	85,0	87,2	87,4	88,2
Észak-Kelet	88,6	75,3	75,8	72,9	71,7	72,1
Wales	84,9	78,5	75,3	73,3	73,7	72,8
Skócia	89,3	92,2	96,1	90,3	94,2	91,7
Észak-Írország	–	80,1	77,8	82,3	77,0	78,7

Forrás: a szerző szerkesztése MARTIN et al. 2021: 33 alapján

A régiók és városok közötti területi fejlettségben mutatkozó különbségek mértéke nemzetközi összehasonlításban is rendkívül magas, 34-ből a 28. a fejlett OECD-országok között, a különbségek ráadásul az elmúlt négy évtized során folyamatosan emelkedtek. Mindez a társadalmi mobilitás, az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés, az életminőség és a születéskor várható életkor területi dimenziójának mutatóiban is visszatükröződik.¹⁹

A területi fejlettségi különbségek korántsem szűkíthetők le „szegény Észak” és „gazdag Dél” dichotómiára. A Királyság térszerkezete meglehetősen mozaikos képet rajzol a gazdasági fejlettség és a produktivitás mutatói alapján. Ahogy Londontól délre is vannak szegényebb, úgy

¹⁹ MCCANN – ORTEGA-ARGILÉS 2021.

Közép- és Észak-Angliában is találhatók átlagon felüli fejlettséget mutató térségek. A képet tovább árnyalja, hogy a lemaradó régiókban a nagyvárosok, közepes városok és falusi térségek között a különbségek minimálisak, sőt a vidéki és kisvárosi térségek produktivitás terén gyakran felülmúlják a nagyvárosokat; ezzel szemben a fejlett térségekben, ahol valamennyi térség- és településtípus jól teljesít, a nagyvárosok vezető szerepe elvitathatatlan. Ennek megfelelően a területi egyenlőtlenség régiók, régiókon belüli térségek, illetve várostípusok között egyaránt értelmezhető.²⁰

Az egészség olyan kulcsterület, ahol az alapvető egyenlőtlenségek a területi fejlettségi különbségekhez kapcsolódnak. Angliában különösen nagy és egyre növekvő különbségek mutatkoznak a születéskor várható élettartam terén a régiók között és az egyes régiókon belül.²¹ A születéskor várható élettartam a legszegényebb térségek esetében a férfiaknál 9,7, a nőknél pedig 7,9 évvel alacsonyabb, mint a fejlettebb régiókban. A várható egészséges élettartamban mutatókozó egyenlőtlenségek még nagyobbak: a leghátrányosabb helyzetű térségekben élők esetében az egészségben eltöltött évek száma akár 20 évvel is kevesebb lehet.²²

Az egészséggyenlőtlenségek különösen élesen jelennek meg Észak-Angliában, ahol a lakosság egészségi mutatói rosszabbak az angol átlagnál, a krónikus betegségek előfordulása pedig gyakoribb, mint az országrész fejlettebb, déli régióiban. A hátrányos helyzetű északi térségekben – csakúgy, mint a tengerparti településeken és egyes közép-angliai területeken – az alacsonyabb jövedelmi szint, a gyengébb munkaerőpiaci pozíciók és a kedvezőtlen lakhatási körülmények együttesen járulnak hozzá az egészségi állapot romlásához. A társadalmi-gazdasági depriváció és az egészségügyi kimenetek közötti kapcsolat itt különösen erős: például a legszegényebb közösségekben élő nők közel 8 évvel rövidebb ideig élnek jó egészségben, mint a leggazdagabb térségek lakói.²³

A csecsemőhalandóság szintén kedvezőtlenebb az északi régiókban: 1000 élve születésre 4 haláleset jut, szemben London és Délkelet-Anglia 3-as értékével, ami 2021-ben 144 több-lethalálesetet eredményezett.²⁴ Ezek a különbségek nem elszigetelt egészségügyi problémák, hanem a gazdasági és társadalmi leszakadás, valamint az egyenlőtlen erőforrás-elosztás rendszerszintű következményei.

A depriváció nem függetleníthető a nem fertőző (civilizációs) betegségek (aszma, mentális betegségek, elhízás, daganatos betegségek) előfordulásának mértékétől, amelyek az elhalálozások mintegy 89%-át okozzák Angliában.²⁵ Ezek az adatok szintén erős területi megoszlást mutatnak. Azokban a régiókban, ahol a legalacsonyabb az egészségesen várható élettartam, a 25 és 64 év közötti lakosság több mint egyharmada inaktív tartós betegséggel vagy fogyatékkal él.²⁶ Az egészségügyi egyenlőtlenségek jelentős gazdasági következményekkel járnak. A munkaképes korú lakosság rossz egészségi állapotának gazdasági értelemben vett költségei

²⁰ KAISER 2024a.

²¹ MARMOT et al. 2020; BAMBRA 2022.

²² DUNN–EWBANK–ALDERWICK 2023; Office for National Statistics 2024.

²³ Department of Health and Social Care 2025.

²⁴ MUNFORD et al. 2023: 4.

²⁵ British Medical Association 2018.

²⁶ Office for National Statistics 2024.

évi 150 milliárd fontra tehetők.²⁷ Ez az összeg nemcsak a közvetlen egészségügyi kiadásokat foglalja magában, hanem az elmaradt termelékenységet, a kieső adóbevételeket és a megnövekedett szociális juttatásokat is. Mindez jelentős hatással van az egészségügyi és szociális ellátórendszerek fenntarthatóságára, különös tekintettel a növekvő kereslet és a korlátozott erőforrások közötti feszültségre.²⁸

A helyzet komolyságát a brit egészségügyi rendszer, az 1948-ban alapított Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (*National Health Service*, a továbbiakban: NHS) várólistáira vonatkozó adatok is mutatják: 2025 decemberében mintegy 7,4 millió beteg várt tervezett (elektív) egészségügyi beavatkozásra, 62% várározott 18 hónapnál rövidebb ideje, a medián várakozási idő 13,3 hét volt.²⁹ Ez a felhalmozódott ellátási igény nemcsak az egészségügyi rendszer kapacitásainak korlátait jelzi, hanem azt is, hogy a késleltetett ellátás további egészségromlást idéz elő, ami hosszabb távon magasabb gazdasági és társadalmi költségek formájában jelentkezik.

A TERÜLETPOLITIKAI, ÖNKORMÁNYZATI ÉS EGÉSZSÉGÜGYI INTÉZMÉNYEK KAPCSOLATRENDSZERE: A SZÉTTAGOLTSÁGBÓL AZ INTEGRÁCIÓ FELÉ?

Az Egyesült Királyságban időről időre felerősödő decentralizációs törekvéseket a brit szakirodalom, és általában a politikai-közéleti diskurzusok gördülő, aszimmetrikus vagy újabban egyesével zajló (*piecemeal*) devolúciónak nevezik.³⁰ A politikai devolúció a „kelta perifériák” (Skócia, Wales, Észak-Írország) részleges, de az egyes országrészeket tekintve aszimmetrikus területi autonómiáját teszi lehetővé, míg az adminisztratív devolúció keretében a kormányzat határozza meg a politikaformálás kereteit, ugyanakkor a közös vagy megosztott hatáskörök egyes közpolitikai területeken lehetővé teszik a helyi érdekek megfogalmazását és érvényesítését.³¹ Miután Angliában, a legnagyobb és legnépesebb országrészben nem került sor a politikai devolúció bevezetésére – ezért ott változatlanul a kormányzás centralizált formája érvényesül –, a brit politikai közbeszédben folyamatosan jelen van az úgynevezett *angolkérdés* komplex problémahalmaza, amelynek mérsékelt, adminisztratív megoldását az angol devolúció (*English devolution*) jelenti.³² Ennek egyik legfontosabb mozgatórugóját a tér „újraszabására” (*rescaling*) irányuló közszolgáltatás-szervezési, önkormányzati és fejlesztéspolitikai reformok jelentik, amelyeket az egyre súlyosabb területi fejlettségi különbségek mérséklése érdekében hajtanak végre. A változások központi elemét az egyes térségi központok köré szerveződő

²⁷ EATON–HUNT–BLACK 2023.

²⁸ Északon magasabb a gazdasági inaktivitás aránya egészségügyi okok vagy fogyatékoság miatt: Északkelet 5,7%; Északnyugat 5,3%; Yorkshire és Humber 4,7% – szemben az angliai 4,1%-os átlaggal. MUNFORD et al. 2023: 5.

²⁹ The King's Fund 2025.

³⁰ KAISER 2024b: 122.

³¹ KAISER 2024b: 123.

³² Az adminisztratív devolúció az Egyesült Királyság alkotmányos kereteinek sajátos kontextusában a hatáskörök, programok és finanszírozási források Westminsterből a helyi önkormányzatokhoz történő átruházását jelenti.

funkcionális városrégiók, illetve a helyi adottságok és igények iránti érzékenységet hangsúlyozó új területpolitikai paradigma (*place-based and place-sensitive approaches*) alkotják.³³

A funkcionális városrégiók eredetileg a városokra alapozott növekedés (*city-growth*), majd a London-központú gazdasági fejlődést kiegyensúlyozni kívánó (*rebalancing*) narratívák mentén kezdtek kiépülni. A folyamat ténylegesen 2015-től indult el, amikor a Konzervatív Párt vezette kormány elindította a városi önkormányzatokkal külön-külön megkötött megállapodásainak (*deals*) sorozatát, amelyek – jóllehet mai napig nem fedik le az ország egész területét – feladatokat és hatásköröket ruháznak rá az érintett önkormányzatokra.

A jogi háttérret a helyi önkormányzatokról szóló törvény (The Localism Act 2011) és a 2016-ban elfogadott devolúciós törvény (Cities and Local Government Devolution Act) biztosította, amelyek alapján 2015 és 2025 között 20 devolúciós egyezmény (*devolution deal*) megkötésére került sor a központi kormány és az önkormányzati társulások (*combined authority*) között.³⁴ Az egyezmények „legfejlettebb” változatában az érintett ágazati minisztériumoktól hatáskörök és költségvetési források kerültek a társulásokhoz, amelyeket a közvetlenül választott nagyvárosi polgármester (*metro-mayor*) közösen vezet a társulást alkotó önkormányzatok vezetőivel (*mayoral combined authority*). A „polgármesteri devolúció” (*mayoral devolution*) valójában kettős szerepet tölt be: egyfelől a kormányzat strukturális, elszámoltatási és finanszírozási eszközökkel biztosítja a központi befolyást és ellenőrzést, másfelől a társult önkormányzatok a kormányzat által átadott feladatok ellátására és a különböző alapokból nyert pénzügyi források menedzselésére építkezve egyre inkább kezdenek valós hatalmi tényezőként megjelenni a helyi és országos nyilvánosságban.

Az egészségügy szervezet- és intézményrendszere – erős területi és helyi beágyazottsága ellenére – mindeddig ettől eltérő pályát írt le. A terület 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, regionális és helyi szinten működő, jelentős önállósággal rendelkező ügynökségtípusú végrehajtó szerv (*executive agency*) fenntartója. Utóbbiak között a legnagyobb az NHS England, az NHS hét régióra (London, Kelet-Anglia, Közép-Anglia, Északkelet és Yorkshire, Északnyugat, Délkelet, Délnyugat) tagolódó intézménye. 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). A központi irányítás mellett a rendszer lényeges elemét alkotják az NHS intézményei, a helyi önkormányzatok, a háziorvosi praxisok, valamint az önkéntes, jótékonyági, közösségi és a magánszektor képviselői között kialakuló változatos együttműködési formák.³⁵

Annak ellenére, hogy az NHS a monarchia, a parlament, a BBC mellett a brit politikai rendszer egyik legstabilabb pillére, mégis számos strukturális átalakításon ment keresztül, mivel a különböző kormányok eltérő elvek és szakpolitikai paradigmák alapján képzelték el az egészségügy

³³ BENTLEY–PUGALIS 2014; OECD 2025.

³⁴ Local Government Association 2025.

³⁵ KAISER 2023: 64.

finanszírozását és működtetését.³⁶ A legjelentősebb változás 1990-ben következett be, amikor az NHS szolgáltatásainak ellátása érdekében egy saját, a szolgáltatásvásárlók és az egymással versengő szolgáltatók (az úgynevezett trösztök) alkotta „belső piacot” hoztak létre; működési logikája ezután a 2020-as évek elejéig változatlan maradt.³⁷

Miközben a struktúra és a terminológia több változáson esett keresztül az elmúlt több mint három évtized során, a „belső piac” működése – legalábbis Angliában és Észak-Írországon – változatlan maradt.

A 2022-ben elfogadott, az egészségügyről és ellátásról szóló törvény (Health and Care Act 2022, a továbbiakban: a 2022-es törvény) a terület- és partnerségalapú integrált ellátási rendszerek (ICS) bevezetésével azonban egyfajta paradigmaváltásként is értelmezhető az egészségügyi és szociális ellátás működésében.³⁸ Ennek legfontosabb eleme, hogy a „belső piac” kötelező versenyeztetésen és szerződésmenedzsmenten alapuló logikáját az együttműködés és az integrált megközelítés váltotta fel.³⁹

Az angol országrész teljes területét lefedő, 500 ezertől 3 millióig terjedő lakosságot magukba foglaló, jogi személyként működő ICS-ek (szám szerint 42) feladata, hogy közös tervek és integrált szolgáltatások kidolgozása érdekében összekapcsolják az egészségügyi és szociális ellátás szervezeteit. Ez egyben azt is jelenti, hogy az ICS-ek belső struktúrái jelentős mértékben különböznek egymástól térbeli kiterjedésük és az általuk lefedett lakosság száma, valamint a kórházi és háziiorvosi ellátottság alapján.

Az ICS-ek működésének két fő pillérét az integrált ellátási testületek (*Integrated Care Boards*, ICB) és az integrált ellátási partnerségek (*Integrated Care Partnerships*, ICP) alkotják. Az egyes ICS-eken belül felállított integrált ellátásért felelős testületek feladata a helyi szintű tervezés és a forráselosztást megalapozó döntések meghozatala. Az NHS England a források 70-80%-át allokalja az ICB-khez, 20-25% pedig közvetlenül jut el a szolgáltatókhoz. A testületbe 3-3 főt delegálnak az NHS szervezetei, a háziorvosok és a helyi önkormányzatok, emellett biztosítani kell az érintett helyi szereplők, a szolgáltatók és a betegjogi szervezetek részvételét is. Az ICP-k egyfajta bizottságként működnek az NHS-szervezetek, a helyi önkormányzatok, az egészségügyi felügyelet, valamint az egészségügyi, szociális és egyéb (például lakásügy, oktatás) területen működő szolgáltatók részvételével. Legfontosabb feladatuk az adott ICS területén élő népesség sajátosságaihoz és igényeihez illeszkedő „integrált ellátási stratégia” kialakítása.

A háziorvosok alapellátási hálózatokba (*Primary Care Network*) tömörülnek, feladatukat az egyes ICS-ek területén belül látják el. Fontos megemlíteni, hogy az integrált megközelítés csak az egészségügyi ellátórendszer keretein belül valósul meg, a szociális gondozás feladatait változatlanul a helyi önkormányzatok látják el.⁴⁰

³⁶ HUNTER-BENGOA 2023: 7.

³⁷ Skócia 2004-ben, Wales pedig 2009-ben törölte el a szolgáltatásvásárló és a szolgáltató szerződéses jogviszonyán alapuló modellt, innentől az érintett egészségügyi és szociális szervezetek közvetlenül biztosítják a szolgáltatásokat.

³⁸ UK Public General Acts 2022.

³⁹ A jelen alfejezet nagymértékben támaszkodik az NHS England [é. n.] és a The King's Fund (2022) által közzétett, a törvényben foglalt változásokat részletező szakanyagokra. Magyar nyelven részletesen lásd KAISER 2023; TÓTH 2025.

⁴⁰ TÓTH 2024: 93.

A 2022-es törvény valójában törvényi szintre emelte és egyúttal „finomra hangolta” a többszintű, területi alapú partnerségi együttműködések formáit és működési mechanizmusait, ami magában hordozta egy folyamatos változásokkal és intézményi reformokkal tarkított, több évtizedes folyamat konszolidálásának a lehetőségét. A helyi önkormányzatok nézőpontjából a területalapú partnerség számos előnnyel jár, kezdve azzal, hogy a törvény biztosította közvetlen részvételüket az ICB-k és ICP-k munkájában. Az integrált szolgáltatások révén csökken a szolgáltatások hagyományos széttagozottsága, mérséklődnek az elérhetőség és a színvonal terén mutatkozó területi egyenlőtlenségek, magasabb színvonalú, jóval kevésbé tagozott 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 lakáspolitikát, az oktatást és a helyi infrastruktúra szempontjai is hangsúlyosabban érvényesüljenek.⁴¹

Az önkormányzati és egészségügyi rendszer fenti áttekintéséből azonban az is kiderül, hogy a brit (de ezen belül különösen az angol) közigazgatási, szolgáltatásellátási és önkormányzati struktúra rendkívül töredezett: egymással területi illetékességük tekintetében gyakran átfedésben lévő statisztikai igazgatási és funkcionális egységek alkotják. Ennek révén az „egyesével történő megközelítés” alapelve az angol országrészben területi és helyi szinten egyaránt érvényesül a hét NHS egészségügyi statisztikai régió, a kilenc tradicionális földrajzi-statisztikai régió, valamint a 20 városrégió formájában.

Boris Johnson konzervatív kormánya 2022 februárjában fontos lépést tett a területi egyenlőtlenségek mérséklése irányába a Levelling Up („szintlépés”) programjának meghirdetésével. A fejlesztések prioritásai között szerepelt többek között a foglalkoztatás, a termelékenység, a befektetésösztönzés, az oktatás, a megélhetés – ezeknek közös vonása, hogy az egészséget meghatározó tényezők széles köréhez kapcsolódnak. A program ígéretet tett arra is, hogy 2030-ig öt évvel csökkentik a különbséget azon térségek között, ahol a legmagasabb, illetve a legkisebb az egészségben eltöltött évek száma, 2035-ig pedig minden régióban emelkedni fog az egészségben eltöltött évek száma, és érzékelhetően javulni fognak a jóllét (*well-being*) mutatói.⁴² A megvalósítást azonban jelentős mértékben akadályozta a program centralizált működése, a versengésen alapuló, így az eleve jobb feltételekkel rendelkező térségeknek és önkormányzatoknak kedvező finanszírozási mechanizmusok, valamint az egészségügyi fejlesztésekre fordítható források szűkös keretei. Ennek következtében a megvalósult projektek alapvetően az egészségügyi ellátás fejlesztésére irányultak, és csupán kismértékben segítettek elő az egyenlőtlenségeket kiváltó tényezők (lakáshelyzet, közlekedés, egészséges környezet, oktatás, közszolgáltatásokhoz való hozzáférés), illetve azok feltételeinek javítását.⁴³

A 2024-es parlamenti választásokat követően kormánya kerülő, a konzervatívokat felváltó Munkáspárt programjában kiemelt szerepet tölt be az egészségügy, a területpolitika és az önkormányzatok működésének szorosabb integrációja. A 2025. július 3-án, illetve 10-én közzétett Anglia 10 éves egészségügyi terve (*The 10 Year Health Plan for England*, a továbbiakban:

⁴¹ KAISER 2023: 69.

⁴² HM Government 2022: xviii.

⁴³ NIGHTINGALE–MERRIFIELD 2023.

10 éves terv)⁴⁴ és az Angol devolúciós és közösségi felhatalmazási törvénytervezet (*The English Devolution and Community Empowerment Bill*, a továbbiakban: devolúciós törvénytervezet)⁴⁵ egymást kiegészítve határozza meg az erre vonatkozó intézményi, irányítási és szakpolitikai kereteket. A továbbiakban e két dokumentum legfontosabb elemeit, azok metszéspontjait, valamint a várható szakpolitikai következményeket vizsgáljuk.

A devolúciós törvénytervezet egyik legfontosabb újdonsága, hogy a különböző területi egységek – alapvetően a társult önkormányzatok – eltérő fejlettségi szintjéhez és kormányzási struktúrájához igazodva létrehozza a „stratégiai hatóság” (*strategic authority*) intézményi kategóriáit. Az önkormányzati feladatellátás új egészségügyi kötelezettséggel (*new health duty*) bővül, amelynek megvalósítása során figyelembe kell venniük a népesség egészségi állapotának javítását és az egészségügyi egyenlőtlenségek mérséklését. A már létrejött polgármesteri stratégiai hatóságok (azaz a közvetlenül választott polgármester vezetésével működő társult önkormányzatok) „kezdemenyezési jogot” (*right to request*) kapnak, amely lehetővé teszi számukra a jelenleg rendelkezésükre álló hatáskörök, források és partnerségi együttműködések kiterjesztését. Az ebbe a körbe tartozó polgármesterek emellett „kompetenciaalapú polgármesteri jogköröket” (*the mayoral powers of competence*) kapnak, amelyek további eszközöket biztosítanak számukra a gazdasági növekedés, az együttműködés és a területalapú fejlesztések előmozdításához. Végül a törvény előírja minden helyi hatóság számára a hatékony szomszéd-sági kormányzási struktúrák (*neighbourhood governance*) kialakítását.

A 10 éves terv átfogó rendszerszintű átalakítást irányoz elő, amely három fő paradigmaváltásra épül: a kórházközpontú ellátás közösségi alapúvá alakítására, az analóg működés digitalizálására, valamint a betegségek kezeléséről a megelőzésükre való átállásra. Az angliai 10 éves egészségügyi terv több ponton is hangsúlyozza a polgármesterekkel és a stratégiai hatóságokkal való együttműködés szükségességét, és a hosszú távú egészségpolitikai vízió megvalósításának kulcsfontosságú partnereiként azonosítja őket. A dokumentum kifejezetten rögzíti, hogy a kormányzat vállalkozásokkal, munkáltatókkal, befektetőkkel, helyi önkormányzatokkal és polgármesterekkel együttműködésben kívánja előmozdítani egy egészségesebb társadalom létrejöttét.

Ennek megvalósítása érdekében jelentős, a devolúciós törvénytervezethez több ponton kapcsolódó intézményi átalakításokat tervez a 2022-es törvényben kialakított, az ICS, az ICB és az ICP alkotta hárompillérű szerkezet működésében.

Az ICS-ek szerepe az új rendszerben egyre inkább a stratégiai megrendelői (*strategic commissioning*) funkciók irányába tolódik el. E változtatás célja a stratégiai tervezési lehetőségek szorosabb összehangolása az NHS és a helyi kormányzás megújított, a stratégiai hatóságokat a gazdasági növekedés és jólét kulcsszereplőiként kezelő megközelítése között. Ennek érdekében a stratégiai hatóságok polgármesterei – vagy delegált képviselőik – az integrált ellátási testületek (ICB-k) tagjaivá válnak, illetve ahol lehetséges, az ICB-k határai a stratégiai hatóságokhoz igazodnak. Ez a lépés nem csupán intézményi reform, hanem a stratégiai tervezés

⁴⁴ UK Government 2025.

⁴⁵ UK Parliament 2025.

horizontjának kiterjesztése is, amely az egészségügyi rendszer és a helyi gazdaságfejlesztési célok közötti szorosabb összekapcsolást szolgálja.

Ezzel összefüggésben a kormányzat csökkenteni kívánja az ICS-ek számát, és több területen az egyes ICB-k összevonása vagy „klaszterbe” szervezése várható. Ez a folyamat részben az irányítás egyszerűsítését és a működési költségek csökkentését szolgálja, de egyben nagyobb földrajzi egységeket eredményez, ami a helyi szükségletek pontosabb megértését és a partnerségi együttműködéseket is nehezítheti. A reformcsomag részeként az ICB-k működési költségvetését jelentősen csökkentik, ami a vezetői kapacitások és az adminisztratív struktúrák átalakulását vonja maga után. A kormány célja, hogy az ICB-k kevesebb operatív feladatot lássanak el, és inkább a hosszú távú stratégiai tervezésre, valamint a szolgáltatások finanszírozására és teljesítményének értékelésére koncentráljanak.

A partnerségi struktúrák – különösen az ICP-k – szerepe ugyanakkor gyengül, illetve intézményi szinten átalakul, miközben a helyi önkormányzatokkal való együttműködés új formái jelennek meg. Sok ICS például azt tervezi, hogy az ICP-k feladatait részben az egészség- és jóléti tanácsokba (*health and wellbeing boards*) integrálja, vagy informális együttműködési struktúrák révén tartja fenn a partnerséget. A kormány együtt fog működni a Helyi Önkormányzatok Szövetségével (*Local Government Association*), hogy megvizsgálja a demokratikus felügyelet és elszámoltathatóság kérdését az NHS új működési modelljének, a polgármesterek szerepének és a helyi önkormányzati reformoknak fényében.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmány arra a kérdésre kereste a választ, hogy az angol devolúció keretében elindított változások milyen mértékben járultak hozzá az egészségügyenlétlenségek mérsékléséhez, továbbá az integrált, területalapú kormányzási modell milyen szerepet játszhat az egészségi állapotot meghatározó tényezők javításában. Kiindulópontunk szerint az egészségügyenlétlenség komplex, többszintű jelenségként értelmezhető, amely szorosan összekapcsolódik a területi fejlettségi különbségekkel és a szocioökonómiai erőforrások egyenlőtlen eloszlásával.

Elemzésünk során megállapítottuk, hogy a 2010 és 2024 között a konzervatívok vezette kormányok által bevezetett területi és önkormányzati reformok, különösen a funkcionális városrégiókra alapozva szerveződő „polgármesteri devolúció” fontos lépésnek bizonyult mind az önkormányzatok új feladatokkal, hatáskörökkel és erőforrásokkal való felruházása, mind annak a területalapú fejlesztéspolitikának a megvalósítása felé, amely a lemaradó térségek felzárkóztatását hivatott szolgálni. Ugyanakkor a helyi önkormányzatok változatlanul erősen függenek a centralizált kormányzati működéstől, más szóval nem rendelkeznek elegendő saját forrással a közszolgáltatás-ellátás működtetéséhez és a szükséges integrált fejlesztések megvalósításához. A Levelling Up program prioritásai között szerepel ugyan az egészségügy és a jólét, de a fejlesztések a gyakorlatban főként gazdasági célokat szolgáltak, és csak közvetetten hatottak az egészségi állapotot meghatározó strukturális tényezőkre. Ennek megfelelően az egészségügyenlétlenségek érdemi csökkenése nem következett be. Ezzel párhuzamosan az egészségügyi rendszerben megindult integráció – különösen az integrált ellátási

rendszerek (ICS) létrehozása – előrelépést jelentett az intézményi széttagoltság mérséklésében, azonban hatása jellemzően az ellátórendszeren belül maradt, és korlátozottan érintette a társadalmi egészségdeterminánsok szélesebb körét.

Mindezek ellenére a vizsgált reformok hatása az egészségügyenlőtlenségek mérséklésére korlátozottnak bizonyult, mivel a széttagolt intézményi struktúrák, a centralizált irányítás, a területi és hatásköri átfedések, valamint az ágazati szempontok túlsúlya együttesen korlátozzák a komplex problémahalmaz hatékony kezelését. Következtetésünk szerint az egészségügyenlőtlenségek csökkentése nem érhető el pusztán decentralizációs vagy egészségügyi reformokkal, hanem integrált, területalapú kormányzási megközelítést igényel, amely összehangolja az egészségügy, a gazdaságfejlesztés és a helyi kormányzás eszközeit.

A 2024-ben hatalomra került munkáspárti kormány tervezetei ebből a szempontból részben valóban egy új területi kormányzási modell kialakításának irányába mutatnak. Az egymást kiegészítő devolúciós törvénytervezet és a tíz évre szóló egészségügyi program egy olyan területi kormányzási modell kiépítését vetíti előre, amely az egészséget a helyi fejlesztéspolitika és közszolgáltatás-szervezés metszéspontjába helyezi. Az integrált modell alkalmazása jelentős lehetőségeket kínál, mivel képes kezelni az egyenlőtlenségek strukturális okait, elősegíti a források helyi igényekhez igazodó elosztását, valamint erősíti a helyi szereplők közötti koordinációt. A Királyság esetében a „területérzékeny” fejlesztéspolitikai paradigma következetes alkalmazása lehet életképes megoldás, ahol a fejlesztéspolitika stratégiai kereteinek kialakítása és működtetése „felülről”, a központi kormányzat irányításával történik, ugyanakkor a helyi és területi szintek is rendelkeznek bizonyos fokú autonómiával a tervezés és megvalósítás terén. A kérdés a következő években az lesz, hogy e normatív és intézményi fordulat mögé társul-e elegendő finanszírozási autonómia, stabil kapacitás és demokratikus elszámoltathatóság.

Az angol reformfolyamat azonban nem elszigetelt jelenség, hanem egy szélesebb nemzetközi trendbe illeszkedik. Az OECD és a WHO elemzései rámutatnak, hogy az egészségügyenlőtlenségek kezelése csak a társadalmi és területi egyenlőtlenségek szélesebb kontextusában lehet eredményes, és hogy az integrált kormányzás nem pusztán intézményi reformot jelent, hanem komplex politikai és erőforrás-allokációs átalakulást igényel. Ennek megfelelően az integrált, területalapú megközelítés nem univerzális modellként, hanem adaptálható, az országspecifikus sajátosságokra építő megközelítésként értelmezhető.

FELHASZNÁLT IRODALOM

- AYRES, Sarah et al. (2023): What Needs to Happen to 'Level Up' Public Health? *Contemporary Social Science*, 18(3–4), 500–526. Online: <https://doi.org/10.1080/21582041.2023.2232765>
- BAMBRA, Claire (2022): Levelling up: Global Examples of Reducing Health Inequalities. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(7), 908–913. Online: <https://doi.org/10.1177/14034948211022428>
- BENTLEY, Gill – PUGALIS, Lee (2014): Shifting Paradigms, People-Centred Models, Active Regional Development, Space-Blind Policies and Place-Based Approaches. *Local Economy*, 29(4–5), 283–294. Online: <https://doi.org/10.1177/0269094214541355>

- British Medical Association (2018): *Prevention Before Cure: Securing the Sustainability of the NHS*. London: BMA. Online: www.bma.org.uk/media/2107/bma-securing-the-long-term-sustainability-of-the-nhs.pdf
- CASE, Anne – KRAFTMAN, Lucy (2024): Health Inequalities. *Oxford Open Economics*, 3(Sup1), i499–i528. Online: <https://doi.org/10.1093/ooec/odad060>
- CONZELMANN, Thomas – SMITH, Randall szerk. (2008): *Multi-Level Governance in the European Union: Taking Stock and Looking Ahead*. Baden-Baden: Nomos.
- DAHLGREN, Göran – WHITEHEAD, Margaret (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health: Background Document to WHO – Strategy Paper for Europe*. Stockholm: Institute for Futures Studies. Online: www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmZ8U-VQv2wQFShMRF6cuT.pdf
- Department of Health and Social Care (2025): Landmark Plan to Rebuild NHS in Working-Class Communities. *UK Government*, 2025. június 25. Online: www.gov.uk/government/news/landmark-plan-to-rebuild-nhs-in-working-class-communities
- DUNN, Phoebe – EWBANK, Leo – ALDERWICK, Hugo (2023): Nine Major Challenges Facing Health and Care in England. *The Health Foundation*, 2023. november. Online: www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/nine-major-challenges-facing-health-and-care-in-england
- EATON, Eleanor – HUNT, Alistair – BLACK, Daniel (2023): Developing and Testing an Environmental Economics Approach to the Valuation and Application of Urban Health Externalities. *Frontiers in Public Health*, 11. Online: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1070200>
- EVEREST, Grace et al. (2022): *Addressing the Leading Risk Factors for Ill Health: A Review of Government Policies Tackling Smoking, Poor Diet, Physical Inactivity and Harmful Alcohol Use in England*. London: The Health Foundation. Online: <https://doi.org/10.37829/HF-2022-P10>
- FÁSI Csaba (2025): Emberközpontú gondolkodás napjaink városfejlesztésében – kihívások és válaszok. *Pro Publico Bono – Magyar Közigazgatás*, 13(1), 35–72. Online: <https://doi.org/10.32575/ppb.2025.1.2>
- FEJES, Zsuzsanna (2025): The Impact of the Covid-19 Pandemic on Municipal Self-Governments and Its Post-Covid-19 Recovery: Evidences from Hungary. In GLINKA, Kamil et al. (szerk.): *Urban Responses to the Covid-19 Pandemic: Perspectives of the Visegrad Group Countries*. London – New York: Routledge, 80–90. Online: <https://doi.org/10.4324/9781003634003-10>
- GARDNER, Tim (2023): The Complexities of Using International Comparisons to Guide NHS Reform. *The Health Foundation*, 2023. szeptember. Online: www.health.org.uk/reports-and-analysis/briefings/the-complexities-of-using-international-comparisons-to-guide-nhs
- HM Government (2022): *Levelling Up the United Kingdom: Presented to Parliament by the Secretary of State for Levelling Up, Housing and Communities by Command of Her Majesty*, 2 February 22. London: Her Majesty's Stationery Office. Online: https://assets.publishing.service.gov.uk/media/620b780be90e0710bdc09964/Levelling_Up_the_United_Kingdom_accessible_version_.pdf

- HUNTER, David J. – BENGGA, Rafael (2023): Meeting the Challenge of Health System Transformation in European Countries. *Policy and Society*, 42(1), 14–27. Online: <https://doi.org/10.1093/polsoc/puac022>
- KAISER Tamás (2023): A „komplex problémák” gyakorlata: az egészségügyi és szociális ellátás integrációja az Egyesült Királyságban. *Gondoskodás*, 2(4), 60–72.
- KAISER Tamás (2024a): A tér újraszabásának arculatai: paradigmák, narratívák, kísérletek. *City.hu Várostudományi Szemle*, 4(1), 27–47.
- KAISER Tamás (2024b): Az „angolkérdéstől” a „polgármesteri devolúcióig”: a brit politikai tradíció továbbélése. In HALÁSZ Iván – KAISER Tamás (szerk.): *Állam – Civilizáció – Eszme: Ünnepi tanulmányok a 70 éves Egedy Gergely tiszteletére*. Budapest: Ludovika, 121–132. Online: https://doi.org/10.36250/01183_08
- LABONTE, Ronald (1994): Health Promotion and Empowerment: Reflections on Professional Practice. *Health Education & Behavior*, 21(2), 253–268. Online: <https://doi.org/10.1177/109019819402100209>
- LALONDE, Marc (1981): *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document*. Ottawa: Ministry of Supply and Services. Online: https://publications.gc.ca/collections/collection_2009/sc-hc/H31-1374E.pdf
- Local Government Association (2025): *Devolution Deals*. Online: www.local.gov.uk/topics/devolution/devolution-hub/devolution-deals
- MARKS, Gary – HOOGHE, Liesbet (2004): Contrasting Visions of Multi-Level Governance. In BACHE, Ian – FLINDERS, Matthew (szerk.): *Multi-Level Governance*. Oxford: Oxford University Press, 15–30. Online: <https://doi.org/10.1093/0199259259.003.0002>
- MARTIN, Ron et al. (2021): *Levelling Up Left Behind Places: The Scale and Nature of the Economic and Policy Challenge*. London: Routledge. Online: <https://doi.org/10.1080/2578711X.2021.1992172>
- MARMOT, Michael et al. (2020): *Health Equity in England: The Marmot Review 10 Years On*. London: Institute of Health Equity. Online: www.instituteofhealthequity.org/resources-reports/marmot-review-10-years-on/the-marmot-review-10-years-on-full-report.pdf
- MCCANN, Philip – ORTEGA-ARGILÉS, Raquel (2021): The UK ‘Geography of Discontent’: Narratives, Brexit and Inter-Regional ‘Levelling Up’. *Cambridge Journal of Regions, Economy and Society*, 14(3), 545–564. Online: <https://doi.org/10.1093/cjres/rsab017>
- MORAVCSIK-KORNYICKI Ágota – R. FEDOR Anita (2021): Az egészség komplex megközelítése, mint az egészség-szociológiai vizsgálatok elméleti kerete. *Acta Medicinæ et Sociologica*, 12(32), 24–49. Online: <https://doi.org/10.19055/ams.2021.05/31/2>
- MUNFORD, Luke et al. (2023): *Health Equity North: 2023*. Newcastle: Health Equity North. Online: www.healthequitynorth.co.uk/app/uploads/2023/04/HEN-REPORT.pdf
- NHS England [é. n.]: *What is Integrated Care?* Online: www.england.nhs.uk/integratedcare/what-is-integrated-care
- NIGHTINGALE, Gwen – MERRIFIELD, Katherine (2023): The Health Disparities White Paper Disappearing Shows a Dangerous Pattern for Action on Health. *The Health Foundation*, 2023. január 27. Online: www.health.org.uk/features-and-opinion/blogs/the-health-disparities-white-paper-disappearing-shows-a-dangerous

- OECD – European Commission (2024): *Health at a Glance: Europe 2024: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing. Online: <https://doi.org/10.1787/b3704e14-en>
- OECD (2025): *Place-Based Policies for the Future*. Paris: OECD Publishing. Online: <https://doi.org/10.1787/e5ff6716-en>
- Office for Health Improvement & Disparities (2022): *Health Disparities and Health Inequalities: Applying All Our Health*. UK Government, 2022. október 11. Online: www.gov.uk/government/publications/health-disparities-and-health-inequalities-applying-all-our-health/health-disparities-and-health-inequalities-applying-all-our-health
- Office for National Statistics (2024): *Healthy Life Expectancy in England and Wales: Between 2011 to 2013 and 2021 to 2023*. Office for National Statistics, 2024. december 12. Online: www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthandlife-expectancies/bulletins/healthstatelifeexpectanciesuk/between2011to2013and2021to2023
- SCHOLZ, Nicole (2020): *Addressing Health Inequalities in the European Union: Concepts, Action, State of Play*. Brussels: European Union. Online: <https://doi.org/10.2861/567478>
- TENBENSEL, Tim (2023): *Health Reforms Across the World: Are They Heading in the Same Direction, and How Much Change Can We Expect?* *Research in Health Services & Regions*, 2. Online: <https://doi.org/10.1007/s43999-023-00024-8>
- The King's Fund (2022): *Integrated Care Systems: How Will They Work Under the Health and Care Act?* *The King's Fund*, 2022. május 23. Online: www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/integrated-care-systems-health-and-care-act
- The King's Fund (2025): *Waiting Times for Elective (Non-Urgent) Treatment: Referral to Treatment (RTT)*. *The King's Fund*, 2025. december 15. Online: www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/data-and-charts/waiting-times-non-urgent-treatment
- TÓTH Tibor (2024): Versengéstől az együttműködésig: a brit egészségügyi rendszer működési elveinek és intézményi hátterének változásai. *Humán Innovációs Szemle*, 15(2), 85–99. Online: <https://doi.org/10.61177/HISZ.2024.15.2.6>
- UK Government (2025): *Fit for the Future: 10 Year Health Plan for England: Presented to Parliament by the Secretary of State for Health and Social Care, July 2025*. London: His Majesty's Stationery Office. Online: <https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6888a0b1a1f859994409147/fit-for-the-future-10-year-health-plan-for-england.pdf>
- UK Parliament (2025): *English Devolution and Community Empowerment Act 2026: Government Bill. Originated in the House of Commons, Session 2024-26*. Online: <https://bills.parliament.uk/bills/4002/publications>
- UK Public General Acts (2022): *Health and Care Act*. Online: www.legislation.gov.uk/ukpga/2022/31/contents
- WHITEHEAD, Margaret (2007): A Typology of Actions to Tackle Social Inequalities in Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 61(6), 473–478. Online: <https://doi.org/10.1136/jech.2005.037242>
- WHO (2025): *Social Determinants of Health*. *World Health Organization*, 2025. május 6. Online: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Dr. Kaiser Tamás politológus, egyetemi tanár. 1998-tól a Veszprémi (utóbb: Pannon) Egyetem oktatója, 2010 és 2013 között intézetigazgató. Politikatudományokból szerzett tudományos fokozatot (PhD, 2004) és közigazgatás-tudományból habilitált (2019). 2013 óta a Nemzeti Községi Egyetem tanszékvezetője, 2018 és 2023 között az Államtudományi és Nemzetközi Tanulmányok Kar tudományos dékánhelyettese. Kutatási területe a kormányzás modelljei, intézményei és folyamata, valamint a fejlesztéspolitika és a közigazgatás területi aspektusai. Számos tanulmány, monográfia, egyetemi tankönyv szerzője és szerkesztője, a *COMITATUS Önkormányzati Szemle*, a *Pro Publico Bono – Magyar Közigazgatás*, a *Smart Cities and Regional Development*, valamint a *Public Administration and Society* folyóiratok szerkesztőbizottságainak tagja. 2022-től az International Institute of Administrative Sciences (IIAS-IISA) tudományos világszervezet kelet-európai alelnöke.