

RECENZÍÓK

Cikkismertetés: Az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának történeti fejlődése

Article review: The historical development of the integration of health and social care

Ismertető: [Vitrai József](#)

Doi: [10.58701/mej.19864](https://doi.org/10.58701/mej.19864)

Ismertetett cikk: Lee, K. H., & Lee, C. E. (2025). The evolving landscape of health and social care integration: In search of a unifying theory. *Frontiers in Medicine*, 12, 1464699. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1464699>

Kulcsszavak: egészségügyi ellátás; szociális ellátás; integráció; történet

Keywords: healthcare; social care; integration; history

BEVEZETÉS

Az egészségügyi és szociális ellátórendszerek integrációja a 21. század egyik legkomplexebb közpolitikai kihívása. A társadalmi problémák egyre összetettebbé válásával – különösen a népesség elöregedése, a krónikus betegségek terjedése és a társadalmi egyenlőtlenségek fokozódása következtében – egyre világosabbá vált, hogy a hagyományos, szektorális alapon működő rendszerek nem képesek hatékonyan reagálni a valós szükségletekre. A válaszként megjelenő integrációs törekvések azonban nem előzmények nélküli újítások, hanem hosszú távú történeti fejlődés eredményei. Ennek a fejlődésnek a középpontjában az a felismerés áll, hogy az egyének egészségi állapota nem választható el társadalmi, gazdasági, kulturális és környezeti közegetől.

Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja mára központi kérdéssé vált a jóléti állam működése szempontjából. Az ellátórendszerek hatékonyságának növelése, a

párhuzamosságok csökkentése és a személyre szabott, holisztikus gondozás biztosítása csak a két rendszer közötti szoros együttműködéssel képzelhető el (KPMG, 2013). Az egészségügyi és szociális ellátás integrációja nem egyszeri reform vagy adminisztratív újítás eredménye, hanem évtizedekre visszanyúló, összetett és fokozatosan kibontakozó folyamat. Jelen ismertetés célja, hogy áttekintést adjon az integráció nemzetközi és részben hazai fejlődéséről, elméleti és gyakorlati fordulópontjairól az ismertetett cikk alapján.

1. Holisztikus egészségfelfogás: a WHO-definíció hatása (1948-tól)

Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) 1948-ban megfogalmazott egészségdefiníciója – „a teljes testi, lelki és szociális jóllét állapota” – radikális szakítást jelentett a korábban uralkodó biomedikális szemlélettel, amely a test „javítható gépezetként” való értelmezésére épült. (World Health Organization, 1948). A meghatározás nem csupán orvosszakmai, hanem

morális és társadalompolitikai állásfoglalás is volt, különösen a második világháború utáni történelmi kontextusban. Az új megközelítés az egészséget társadalmi összefüggésekben értelmezte, ami hosszú távon megalapozta az egészségügyi és szociális rendszerek integrációjának igényét. Magyarországon ez a szemlélet az 1970-es évektől kezdődően jelent meg a népegészségügyi diskurzusban, de rendszerszintű implementációja csak később kezdődött el (Ferge, 2008).

2. A biopszichoszociális modell és az emberközpontú megközelítés

George Engel (1977) bio-pszicho-szociális modellje szerint az egészségi állapotot biológiai, pszichológiai és társadalmi tényezők együttesen határozzák meg. A modell szerint a betegségek nem kizárólag biológiai jelenségek, hanem pszichológiai és szociális környezetükből is fakadnak. Ez a paradigmaváltás a klinikai gondolkodásban azt jelentette, hogy a gyógyítás többé nem szűkíthető le a tünetek kezelésére: figyelembe kell venni a betegek életkörülményeit, családi viszonyait, stressz-szintjét, társas támogatottságát is. Az új, emberközpontú szemlélet hozzájárult ahhoz, hogy az orvoslásban és a szociális munkában dolgozók figyelme egyre inkább a beteg életkörülményeire, társas kapcsolataira és pszichés állapotára irányuljon – előkészítve ezzel a szolgáltatások funkcionális integrációját. Ez a modell forradalmi hatással volt az orvosi és pszichológiai szemléletre, és hozzájárult az egyén kontextusban való értelmezéséhez. Magyarországon a pszichiátriai és pszichoterápiás gyakorlatban már az 1990-es évektől terjedtek az integrált megközelítések, de a szociális ellátással való szervezeti együttműködés továbbra is esetleges maradt (Andrejkovics et al., 2013).

3. A társadalmi egészségmeghatározók térnyerése

A 2000-es évektől kezdődően a népegészségügy egyre inkább elismerte a társadalmi-gazdasági tényezők (jövedelmi helyzet, iskolázottság, lakhatási körülmények, etnikai háttér, stb.) egészséget befolyásoló szerepét (Marmot & Wilkinson, 2005). Az ezekre reflektáló közpolitikák az egészségügyi és szociális szektor közötti koordináció igényét már nemcsak szakmai, hanem strukturális és jogi kérdésként is megfogalmazták. A WHO 2008-as zárójelentése (Commission on Social Determinants of Health, 2008) az egészség egyenlőtlenségeinek felszámolására irányuló globális stratégia sarokköve lett. A „társadalmi meghatározók” (*social determinants of health*, SDOH) fogalma bekerült a közpolitikai gondolkodásba, és ez ösztönözte az első olyan modell-kísérleteket is, amelyekben az egészségügyi ellátók aktívan együttműködtek szociális szolgálatokkal, lakhatási programokkal, oktatási vagy civil szervezetekkel. Magyarországon Az első Országos Lakossági Felmérés adatainak elemzésekor vizsgálták az egészség társadalmi meghatározóinak szerepét (Nemzeti Népegészségügyi Központ, 2001), de az ellátásokban tényleges rendszerösszehangolás csak részlegesen valósult meg.

4. Strukturális integrációs kísérletek és új modellalkotás

A krónikus betegségek terjedése, az előregedő népesség és az ellátórendszerek széttagoaltsága a fejlett országokban sürgetővé tette új, integrált ellátási modellek kialakítását. A gyakorlatban az integrált ellátási modellek (pl. *Chronic Care Model*, *Patient-Centered Medical Home*) célja az volt, hogy összehangolják a különböző ellátási szinteken – háziorvosi, szakorvosi, szociális – dolgozó szakem-

berek munkáját (Wagner et al., 1996). Ezek a modellek sokszor informatikai rendszerekre, közös adatkezelésre és multidiszciplináris csoportokra építettek, de bevezették az ún. „ellátáskoordinátor” (*care coordinator*) szerepkörét is – a két szektor közötti kapocsként. Magyarországon ennek egyes elemei – például az ún. praxisközösségek – a 2010-es évektől indultak el kísérleti jelleggel (Cseh et al., 2021). A szociális szféra bevonása azonban ezekben az esetekben sem volt teljes körű, gyakran projektszerű maradt.

5. Közösségalapú és erőforrás-orientált megközelítések

A közösségi egészségfejlesztésben megjelent az erőforrás-alapú közösségfejlesztés (*Asset-Based Community Development, ABCD*), amely az egyének és közösségek belső erőforrásait helyezte fókuszba a hiányok és problémák helyett, válaszként a deficit-orientált, paternalista szociálpolitikákra (Kretzmann & McKnight, 1993). Az új modell nem a hiányokra, hanem a meglévő közösségi erőforrásokra (helyi tudás, kapcsolatok, szervezetek, önkéntesség) épít. Ez a megközelítés túllépett az ellátás „fogyasztói” logikáján, és aktív részvételre hívta a lakosságot. A szociális ellátás és az egészségfejlesztés ebben a modellben szorosan összefonódik – például az idősök klubja egyszerre lehet egészségmegőrző, társas kapcsolódási és szociális segítségnyújtási tér. A modell célja a helyi közösségek aktivizálása, meglévő erőforrásaik – tudás, hálózatok, közösségi terek – feltérképezésével. A szemléletváltás a szociális és egészségügyi területeken dolgozók közötti együttműködést is elősegítette: nemcsak a szolgáltatások lettek integráltabbak, hanem maga a közösség is szereplővé vált a megoldásban. A lakosság aktív bevonása, a civil szervezetekkel való partneri kapcsolat újraértelmezte az „ellátás”

fogalmát. Magyar példaként említhetők az ún. Biztos Kezdet Gyerekházak (pl. Tarnabod, Ózd), amelyek nemcsak egészségfejlesztési, hanem szociális, oktatási és közösségépítő funkciókat is betöltenek (Balás et al., 2016).

6. A kapcsolatorientált, személyre szabott integráció

A 21. század második évtizedére az integráció szemléleti és gyakorlati szinten is új szakaszba lépett. Az integráció legújabb szakaszában a hangsúly a személyre szabott, értékalapú és kapcsolatorientált megközelítésekre helyeződik. Az ún. *social prescribing* (szociális receptírás) például lehetővé teszi, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok a háziorvos nemcsak gyógyszert, hanem például közösségi kerthez, táncklubhoz vagy önkéntes programhoz való csatlakozást „ír fel” a betegnek. A hangsúly a személyre szabott, kapcsolatorientált, a helyi társadalmi életbe való integrálást elősegítő ellátáson van. (Polley et al., 2017). Ezzel az egészségügyi szolgáltatás kilép a rendelő falai közül, és aktívan kapcsolódik a szociális és kulturális erőtérhez. Ez a megközelítés figyelembe veszi az egyén értékeit, céljait és döntési autonómiáját is, így egyfajta új humanizmust vezet be az ellátásba. Az integráció így nem kizárólag rendszerszintű koordinációt jelent, hanem egy újfajta gondolkodásmódot: az egészséget, mint az egyén és közösség együttműködésének eredményét értelmezi. Magyarországon ilyen jellegű kezdeményezések egyelőre csak szórványosan jelentek meg (pl. néhány háziorvosi praxisban civil együttműködés keretében). Az ágazatközi, értékalapú szemlélet további erősítésére lenne szükség.

ÖSSZEGZÉS

Ez a történeti ív jól mutatja, hogy az egészségügyi és szociális ellátás integrációja nem pusztán menedzsmentkérdés, hanem kulturális, társadalompolitikai és etikai kihívás is. Az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának fejlődése jól illusztrálja azt a hosszú távú elmozdulást, amely a betegségek kezeléséről az egészség, jólét és társadalmi részvétel támogatása felé mutat. A folyamat jelenlegi szakaszában már nemcsak intézményi és pénzügyi szempontokról van szó, hanem emberi kapcsolatokról, közösségi részvételről és értékalapú döntéshozatalról. A folyamat multidiszciplináris, nemlineáris, és egyaránt megkívánja az intézményi, szakmai, jogi és kulturális szintek összehangolását. A jövő egyik legnagyobb kérdése, hogy ez az integráció képes lesz-e a valós szükségletekhez illeszkedő, fenntartható és méltányos megoldásokat nyújtani – különösen a legkiszolgáltatottabb társadalmi csoportok számára.

AJÁNLÁS

Ez az ismertetés átfogó, ugyanakkor közérthető módon mutatja be az egészségügyi és szociális ellátás integrációjának történeti fejlődését a holisztikus egészségfelfogástól a személyre és közösségre szabott modern megközelítésekig. Az eredeti cikk szerzői több tudományterület – orvostudomány, szociálpolitika, közgazdaságtan és pszichológia – metszéspontjából vizsgálják az integráció elméleti alapjait és gyakorlati megvalósulását. A történeti ív jól érzékelteti, hogy az integráció nemcsak szakmai, hanem társadalmi és etikai kérdés is. Remélem, hogy az ismertetésbe illesztett hazai példák segítik a magyar olvasók reflexióját és rendszerszintű gondolkodását. Hasznos olvasmány mindenki számára, aki az egészség és jólét összekapcsolt dimenzióit komplexen kívánja megérteni.

HIVATKOZÁSOK

- Andrejkovics, M., Gasparik, É., Bokor, P., & Frecska, E. (2013) Az orvoslás és a pszichoterápia új paradigmája: A bio-pszicho-szocio- spirituális (BPSS) modell. *Pszichoterápia*, 22(2), 93–99.
- Commission on Social Determinants of Health. (2008) Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health (Final report). World Health Organization.
<https://iris.who.int/handle/10665/69832>
- Engel, G. L. (1977) The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129–136.
<https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Ferge, Zs. (2008) Miért szokatlanul nagyok a magyarországi egyenlőtlenségek? *Esély*, 2008/2, 3–14.
- Balás, G., Baranyai, Z., Herczeg, B., & Jakab, G. (2016) Biztos Kezdet program hatásvizsgálata. HÉTFÁ Kutatóintézet.
- KPMG. (2013) The integration imperative: reshaping the delivery of human and social services.
<https://kpmg.com/hss>
- Cseh, B., Dózsa, Cs., Dózsa, K. (2021) Praxisközösségi modellprogramok tapasztalatai és aktualitása.
https://medicalonline.hu/cikk_print/praxiskozossegi_modellprogramok_tapasztalatai_es_aktualitasa
(Elérve: 2025. 08. 04.)
- Kretzmann, J. P., & McKnight, J. L. (1993) *Building communities from the inside out: A path toward finding and mobilizing a community's assets*. ACTA Publications.
- Lee, K. H., & Lee, C. E. (2025) The evolving landscape of health and social care integration: In search of a unifying theory. *Frontiers in Medicine*, 12, 1464699. <https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1464699>
- Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2005) *Social determinants of health*. Oxford University Press.
- Nemzeti Népegészségügyi Központ. (2001) Országos Lakossági Egészségfelmérés 2000 (OLEF) kutatási jelentés. Nemzeti Népegészségügyi Központ.
https://www.nnk.gov.hu/attachments/article/846/Kutatasi_jelentes2000.pdf (Elérve: 2025. 08. 04.)
- Polley, M. J., Fleming, J., Anfilogoff, T., & Carpenter, A. (2017) *Making sense of social prescribing*. London: University of Westminster.
- Wagner, E. H., Austin, B. T., & Von Korff, M. (1996) *Organizing care for patients with chronic illness*. The Milbank Quarterly, 74(4), 511–544. <https://doi.org/10.2307/3350391>
- World Health Organization. (1948) *Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference*. New York.

INFORMÁCIÓK A SZERZŐRŐL

Vitrai József
Széchenyi István Egyetem Egészség- és Sporttudományi Kar, Pszichológia és Egészségügyi Menedzsment Tanszék, Győr
vitrai.jozsef@gmail.com

CIKKINFORMÁCIÓK

Beküldve: 2025. 08. 05.
Elfogadva: 2025. 08. 06.
Megjelentetve: 2025. 12. 05.

Copyright © 2025 Vitrai József. Kiadó: Magyar Népegészségügy Megújításáért Egyesület. Ez egy nyílt hozzáférésű cikk a CC-BY-SA-4.0 licenszszerződés alapján.