

esély

2004/4

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

- 3 Beköszöntő

TANULMÁNYOK

- 5 **Peter Whiteford–Michael Mendelson–Jane Millar:**
Adókedvezmények és a jövedelemváltozásokra
adható válaszok
- 44 **Magyar Zsófia:** A magyarországi kórházi szociális
munka helyzete egy országos kutatás tükrében

MAGYAR VILÁG

- 71 **Babusik Ferenc:** Hozzáférési különbségek
az egészségügyi alapellátásban
- 100 **Bugarszky Zsolt:** A szociális szolgáltatások újjászületése
Magyarországon
- 111 **Cselekvési program. Kormányzati intézkedések
és kezdeményezések a társadalmi bűnmegelőzés ösztönzésére**

INTERJÚ

- 119 **Legyen valaki, aki a helyi közösségeket összefogja!**
(Szász Anna interjúja Göncz Kingával)

PETER WHITEFORD–MICHAEL MENDELSON–
JANE MILLAR

Adókedvezmények és a jövedelemváltozásokra adható válaszok¹

Az adórendszer az állampolgároknak az állam számára folyósított befizetéseit foglalja magában. A szociális biztonsági rendszer ugyanakkor az állampolgároknak fizetett állami juttatások összefoglalása. Mindegyik más szerepet tölt be a jövedelem-újraelosztásban. Bár már többször javasolták, hogy egyetlen juttatási rendszerben egységesítsék ezeket, az Egyesült Királyságban az adók és a juttatások – legalábbis napjainkig – általában megőrizték sajátos jellegüket, különböző szerepüket, külön adminisztrációjukat és eltérő jövedelemfelmérési módszereiket.

Bevezetés

Miután az 1970-es évek közepén megszüntették a gyermekek után járó adókedvezményeket, az Egyesült Királyság kizárólag a juttatási rendszerre alapozta a családoknak nyújtott pénzbeli támogatásait. A helyzet 1999-ben kezdett megváltozni, amikor a munkáspárti kormány először vezetett be viszonylag szerény, az adórendszeren keresztül érvényesülő juttatásokat (*tax based payments*). Most a munkáspárti kormány azt tervezi, hogy az adórendszer és nem a juttatási rendszer révén valósítja meg új családtámogatási programját. 2002 áprilisától az államkincstár (*Inland Revenue*) – a kormány adóügyi hivatala – feladata lett az univerzális családi pótlék folyósítása. 2003 áprilisától az államkincstár két új, a munkaképes korú lakosság által igénybe vehető, visszatérítendő adókedvezményért felel: a legtöbb gyermekes családot érintő gyermekek utáni adókedvezményért (*Child Tax Credit*), és az alacsony keresettel rendelkező, gyermekes vagy gyermektelen munkavállalóknak nyújtott munkavállalói adókedvezményéért (*Working Tax Credit*).

Az új egyesült királyságbeli adókedvezményeknek két fő célja van: a gyermekszegénység elleni küzdelem és a munkavállalás pénzügyi ösztönzőinek javítása. A gyermekek utáni adókedvezmény a meglevő különböző gyermektámogatásokat egy rendszerbe vonja össze. A kedvez-

¹ A fordítás a Joseph Rowntree Foundation engedélyével készült.

TANULMÁNYOK

mény a családi pótlékon felül jár, de helyettesíti a szociális juttatásokban (jövedelemtámogatásban és munkanélküli segélyben) részesülő családoknak adott, gyermekek utáni egyéb juttatásokat (*child additions*)², illetve az alacsony és átlagkeresetű munkavállalók családjának járó juttatásokat (a munkavállalók családi adókedvezményét, a fogyatékkal élők adókedvezményét), valamint a gyermeket nevelő adófizetőknek jelenleg biztosított kis összegű adóengedményt (gyermekek adókedvezményét). Először fordul elő, hogy ugyanabból a forrásból ugyanazt a gyermekek után járó pénzügyi támogatást kapják az eltérő jövedelmű családok, és a juttatás mértékének megállapításakor nem a szülő munkavállalói státusát, hanem a jövedelmét veszik alapul.

Ennek az adórendszeren és nem a szociális biztonsági rendszeren keresztül működtetett integrált rendszernek³ a kormány szerint fontos előnyei vannak:

„...a jövedelemadó-rendszeren belül egyszerű, nem stigmatizáló jövedelemfelmérésre nyílik mód... Az új adókedvezmények lehetőséget adnak egy új, a progresszív univerzalizmusra épülő rendszer bevezetésére. Ez az összes gyermekes család támogatását jelenti, mindemellett egy egyszerű jövedelemteszt alkalmazásával a legnagyobb segítséget nyújtja az arra leginkább rászorulóknak.” (HM Treasury, 2002., 4. o.)

Ugyanakkor azonban még egy egyszerű jövedelemteszt alkalmazása során is számos döntést kell hozni: mi számítson jövedelemnek, kinek a jövedelme számítson egy családon belül, milyen időszakra lebontva mérik a jövedelmet, a támogatást milyen hosszú időre ítélik oda, és ez alatt a rendszer milyen mértékben reagáljon a jövedelem és a körülmények változásaira. Ezek a főbb szempontok, melyeket az adórendszernek a juttatások odaítélése során figyelembe kell vennie. Az egyszerűség eléréséhez olyan rendszert kell alkotni, amely egyrészt akkor segít a családokon, amikor azoknak éppen szükségük van erre, másrészt olyat, amely mellett minimális mértékben kell beavatkozó, bonyolult, költséges és nagy adminisztratív terhekkel járó eljárásokba bonyolódni. Röviden: a rendszernek a rugalmas reagálás és az egyszerűség kritériumai között kell egyensúlyoznia.

Míg az Egyesült Királyságban újdonságnak számít, hogy a juttatásokat az adórendszeren keresztül igazgatják, addig más angol-amerikai országokban már évek óta használják az adórendszert ilyen célokra. Az adórendszeren keresztül intézik a gyermekek és/vagy az alacsony keresetű munkavállalók juttatásait Kanadában (gyermekek utáni adójóváírás) és az Egyesült Államokban (jövedelemadó-kedvezmény), s részben

² „Gyermekek utáni egyéb juttatásokon” a bármely jövedelembiztosítási rendszerben a gyermekes családoknak juttatott pótlólagos támogatásokat értjük, amelyek a családban nevelkedő gyermek vagy gyermekek után járnak.

³ A gyermekek utáni adókedvezményt eredetileg „integrált gyermekkedvezménynek” nevezték (HM Treasury, 2000.), jelezvén a fontosságát annak, hogy a dolgozó és nem dolgozó szülők támogatását vonja egybe.

Ausztráliában (családi adójóváírás).⁴ Az egyesült királyságbeli rendszer megalkotásakor a pénzügyminisztérium tanulmánya megjegyzi, hogy „a kormány mind a kanadai, mind az ausztráliai tapasztalatokból merített abból a célból, hogy a kettő közötti rendszert alkosson meg” (HM Treasury, 2002, 22. o.). Jelen tanulmány első és második fejezetében azt vizsgáljuk, hogyan válaszolt saját ellátórendszerében Ausztrália és Kanada⁵ a jövedelmek és körülmények változásaira, illetve, hogy valójában hogyan működött ez a gyakorlatban. A harmadik fejezetben leírást adunk arról, hogyan jelenik meg a reakciókészség az Egyesült Királyság hamarosan bevezetendő ellátórendszerében. A negyedik fejezetben összehasonlítjuk az egyes országok reakciókészségét – a jövedelmi változások miatt esedékes, juttatásbeli változtatások időzítését –, továbbá értékeljük a különböző kompromisszumokat az egyszerűség és reakciókészség közt a következőkkel kapcsolatban: adminisztratív terhek, átláthatóság, beavatkozó jelleg, a juttatásban részesülők együttműködésének költségei, méltányosság és munkára ösztönző hatás.

1. Ausztrália: reakciókészség és egyeztetés a gyakorlatban

Az ausztrál rendszer fejlődése

Ausztrália viszonylag gazdag tapasztalatokkal rendelkezik az olyan támogatások terén, melyeket a gyermekes munkavállalók, illetve a nem dolgozók családja számára adnak egy integrált juttatási rendszeren keresztül. Az ország nemrég kezdett el foglalkozni az adó- és a juttatási rendszer egyesítésének témájával a családi ellátások területén. 1983-ban egy szerény ellátást biztosító programot, családi jövedelempótlékot (*Family Income Supplement, FIS*) vezettek be, amely az alacsony jövedelmű családok számára nyújt jövedelemteszten alapuló segélyt, gyermekként ugyanolyan arányban, mint a jövedelemtámogatásban részesülőeknek. A rákövetkező 15 év alatt a juttatásban részesülő gyerekek aránya 1 százalékról közel 14 százalékra nőtt. A program szakaszokban bővült (Stanton and Fuery, 1995). 1987-ben a kormány arra tett ígéretet, hogy a gyermekszegénységet 1990-ig megszünteti, s ennek részeként bevezették a magasabb összegű és sokkal kevésbé szigorú jövedelemteszttel párosuló családipótlék-kiegészítést (*Family Allowance Supplement, FAS*). 1993-ban a juttatást teljes mértékben összevonták a jövedelemtámogatásban részesülő családok ellátásaival. A jövedelemtámogatások 1995-ös reformjai (új jövedelemteszt bevezetése, a jövedelemtámogatás közvetlenül az anyák részére történő kifizetése) tovább növelték a juttatásra jogosult családok számát. Ugyanakkor az „eltartott” gyermekes házastársak részére

⁴ Számos európai országban használják az adórendszert arra is, hogy gyermekes családok számára biztosítsanak forrásokat (Bradshaw és Frinch, 2002.).

⁵ Az Egyesült Államok rendszere sok, a tanulmány szempontjából fontos adminisztratív kérdésben hasonló Kanadáéhoz, pl. abban, hogy a munkajövedelem utáni adókedvezmény (*Earned Income Tax Credit*) az előző év adóbevételén alapszik. De az Egyesült Államok sohasem törekedett integrált gyermekes utáni adókedvezmények kialakítására, és így nem kellett a tanulmányban részletezett kérdéseket átgondolnia.

nyújtott fennmaradó adókedvezmények egyik formáját nagymértékben helyettesítették egy, az anyáknak közvetlenül járó készpénztámogatással. Néhány további változtatás után 1996-ra egy integrált pénzbeli támogatás alakult ki az összes alacsony- vagy átlagkeresettel rendelkező gyermekes család számára, az összeget általában közvetlenül az anyáknak juttatva.

1996 óta a támogatások terén kezdtek visszatérni az adórendszer alkalmazása felé. Az első lépés a családi adótámogatás (*Family Tax Initiative*) bevezetése volt, amely további kis összegű készpénztámogatást biztosított az alacsony jövedelmű családoknak, illetve az adórendszeren keresztül az átlagkeresetű és magasabb jövedelmű családoknak. A legutóbbi reformok 2000 júliusában léptek életbe, amikor a kormány nagyszabású változtatásokat hajtott végre az adórendszeren belül, s a szociális ellátásokban részesülők részére nyújtott széles körű kompenzációs csomaggal kiegészítve bevezette az általános forgalmi adót, valamint újból jelentősen átalakította a családtámogatásokat. E változtatások leegyszerűsítették a családi ellátásokat, és magasabb juttatásokat biztosítottak, lecsökkentve a jövedelemteszten utáni jogosulatlansági arányt. Az új struktúra három nagy kategóriába vonja össze a korábbi tizenkét támogatásfajta. Az „A” típusú családi adójóváírás (*Family Tax Benefit Part A*) a gyermeknevelés általános költségeihez járul hozzá; a „B” típusú családi adójóváírás (*Family Tax Benefit Part B*) az egykeresős és egyszülős családokat célozza; a gyermekgondozási támogatás (*Child Care Benefit*) pedig a gyermekgondozás költségeit egészíti ki.⁶

Az „A” típusú családi adójóváírás kétszintű, a legtöbb gyermekes családnak járó ellátás. 2002 júliusától maximális összege 13 év alatti gyermek után 126,70 A\$ két hétre, vagy 3303,25 A\$ egy évre; 13 és 15 év közötti gyermek után 160,72 A\$ két hétre (4190,20 A\$ egy évre). Maximális összege a jövedelemtámogatásban részesülőknél és a bruttó évi 30 807 A\$-nál kevesebb családi jövedelemmel rendelkezőknek jár.⁷ E jövedelem-szint felett a juttatásokat 30 centtel csökkentik az adózás előtti jövedelemből származó minden egyes plusz dollár után mindaddig, amíg a minimális összeget (évente 1062,15 A\$) el nem éri. A minimumösszeg 79 643 A\$-ig terjedő családi jövedelem után jár (amely a második eltartott gyermektől kezdve gyermekenként 3212 A\$-ral nő). E felett az összeg felett a juttatást minden egyes dollár után 30 centtel csökkentik, amíg a nullát el nem éri.⁸

A „B” típusú családi adójóváírás további támogatást nyújt az egykeresős családok részére, beleértve az egyedülálló szülőket, az 5 éven aluli

⁶ Van egy jövedelemteszten alapuló lakbértámogatási rendszer is. Ez a cikk a családi juttatásokra fókuszál, nem a segélyekre vagy a gyermeknevelés költségeire. Ezek működéséről további információért lásd: Whiteford (2001).

⁷ A jelenlegi árfolyam szerint 1 £ 2,71 A\$-nak felel meg, de 1 £ vásárlóértéke 2,06 A\$. Kanada esetében az árfolyam szerint 1 £ 2,27 C\$-t ér, vásárlóértékét tekintve 1 £ 1,87 C\$-nak felel meg. A vásárlóérték valószínűleg sokkal alkalmasabb jelzőszám a juttatások szintjének összehasonlítására, mivel a hazai nemzeti valuta relatív vásárlóértékét fejezi ki.

⁸ 1999–2000 során a gyermekes családok átlagos bruttó jövedelme közel 61 000 A\$ volt, a medián családi jövedelem gyermekes pároknak pedig 52 000 A\$. Egyedülálló szülők esetén az átlag 26 500 A\$, a medián 22 000 A\$ (Australian Bureau of Statistics, 2001.) Az egyedülálló szülők kb. kétharmada, és a gyermekes párok 16 százaléka lenne jogosult az „A” típusú családi adókedvezmény maximumára.

gyermeket nevelő családok részére magasabb összegekkel. Ez egyösszegű juttatás, 108,78 A\$ két hétre (2836,05 A\$ évente) egy 5 év alatti gyermekkel rendelkező családnak, és 75,88 A\$ két hétre (1978,30 A\$ évente) egy 5 éven felüli gyermeket nevelő család számára. Az első kereső jövedelmére nem alkalmaznak jövedelemtesztet, így az egyszülős családok esetében a juttatás univerzális. Párok esetén a második kereső jövedelme nem számít, ha nem éri el az évi 1752 A\$-t. E szint felett a juttatásokat 30 centtel csökkentik a második kereső jövedelméből származó minden egyes plusz dollár után.⁹

Az új rendszer a családi támogatások lehetséges juttatási formáinak szélesebb skáláját kínálja. A családok választhatnak, hogy a juttatást kéthetente kapják-e, közvetlenül a bank- vagy hitelszámlájukra, vagy az adórendszeren keresztül, átalányként, illetve részletekben, oly módon, hogy a munkáltató csökkenti az adójárulékukat. A családok az év folyamán bármikor változtathatnak a juttatás módján. Például járhat kéthetente a juttatás az első hat hónapban, majd dönthetnek úgy, hogy a fennmaradó hat hónap során átalányként igénylik az adórendszeren keresztül. Vannak kivételek. A jövedelemtámogatásban vagy lakbérsegélyben részesülők számára a családi támogatásokat kéthetente kell a bank- vagy hitelszámlájukra utalni.

A 2,6 millió gyermekes család közül Ausztráliában kb. 2 millió család részesül e jövedelemtesztelt ellátások egyikében, vagy mindkettőben, ebből 1,8 millió kap „A” típusú, 1,2 millió pedig „B” típusú családi adójóváírást. (Commonwealth of Australia, 2001., CA 394). Az 1. táblázat további adatokkal szolgál az ausztrál családok típus és juttatási szint szerinti megoszlásáról.

1. táblázat A támogatottak létszáma, Ausztrália, 2001. június 30.

„A” típusú családi adójóváírás	Családok	Gyermekek
Maximális érték (jövedelemtámogatással együtt)	509 785	962 202
Maximális érték (jövedelemtámogatás nélkül)	127 231	243 831
Egyéb értékek (az alap és a maximum között)	406 105	874 747
Alapjuttatás	725 392	1 333 047
Az alapjuttatás alatt	31 193	68 463
„B” típusú családi adójóváírás		
Maximális érték (egyedülálló szülőknek)	559 359	951 225
Maximális érték (pároknak)	289 965	622 654
Más értékek (pároknak)	331 716	702 254

Forrás: Szociális és Családügyi Minisztérium, <http://www.facs.gov.au/>.

A jövedelemváltásokra adott válaszok

Az elmúlt években többször módosították a jövedelemteszt jövedelemváltásokra adott reakcióját. 1983-as bevezetésekor a családi jövedelem-pótléokra való jogosultság a szülőknek a kérelmet megelőző négy hét alatt

⁹ További információért lásd: <http://www.familyassist.gov.au/>

TANULMÁNYOK

ti, közös adóköteles átlagjövedelmén alapult. A jogosultságot minden hatodik hónapban felülvizsgálták. Akiknek a jövedelmük csökkent, azok bármikor kérhették a támogatás összegének újraszámítását. Akiknek a jövedelme több mint 25 százalékkal nőtt a korábbi keresetükhöz (vagy a támogatás felső küszöbéhez) képest, azok kötelesek voltak a Társadalombiztosítási Főosztályt (*Department of Social Security*) értesíteni a jogosultság felülvizsgálása érdekében.

1988–89-ben, a bőkezűbb családipótlék-kiegészítés bevezetését követően ezek a rendelkezések megváltoztak, így a jogosultságot a naptári év 12 hónapjára állapították meg, a szülőknek az előző évben véget ért költségvetési évre vonatkozó, közös adóköteles jövedelme alapján (tehát a juttatás folyósítása minden évben január elsejei kezdettel december 31-ig tartott, az elmúlt év június 30-át megelőző 12 hónap adóköteles jövedelme alapján). A jogosultságot év közben felülvizsgálhatták az éppen aktuális, kétheti adóköteles családi jövedelemnek a saját, előző évi keresetük kétheti átlagához viszonyított, 25 százalékos, vagy ennél nagyobb növekedése, illetve csökkenése esetén.¹⁰ 1990 óta a juttatások összege csak akkor változott, ha a jövedelem több mint 25 százalékkal növekedett. Ha a jövedelem kevesebb, mint 25 százalékkal csökkent, a családok kérhették a támogatás újraszámítását, de az összeget már csak azok számára korrigálták, akik ily módon a maximális juttatásra váltak jogosulttá.

A rendszer 1996-ban újabb változáson ment keresztül. 1996 januárjától a családok az aktuális kétheti jövedelemnek az előző év átlagkeresetéhez viszonyított bármekkora csökkenése esetén adhatták be a kérelmet az újraszámításra. Azok a családok, melyeknek nőtt a jövedelmük, kötelesek voltak juttatásukat újraszámíttatni, ha jövedelmük 10 százalékkal vagy ennél nagyobb mértékben meghaladta a bázisévük jövedelmét, vagy pedig ha 10 százalékkal meghaladta a jövedelemküszöböt. Ha a jövedelmek ezt az összeget meghaladóan nőttek, és a juttatásokat nem számolták újra, a család adósságot termelt. E változtatás fő célja a program költségeinek csökkentése volt.

A rendszerben 2000 júliusában két jelentős változást vezettek be. Először is, a családi adójóváírást rendszeres juttatásként vagy rendszeres adócsökkentésként igénybe vevőket az előző adóév jövedelmének figyelembevétele helyett áprilisban vagy májusban arra kérik, becsüljék meg a következő költségvetési évre vonatkozó adóköteles jövedelmüket, hogy megállapíthassák kétheti jogosultsági alapjukat a következő évre. Másodszor: a költségvetési év végén minden családdal elszámolnak, ha a kapott juttatások meghatározása nem tényleges jövedelmüknek megfelelően történt. Ha a tényleges jövedelem kevesebb, mint amennyinek becsülték, kiegészítő juttatás jár, és fordítva. Például, az adónyomtatványok 2001. október 31-ig való kitöltése esetén, a 2000. július 1-jétől 2001. június 30-ig tartó adóév *tényleges* családi jövedelmét összevetették a korábban általuk becsült jövedelemmel. Ezután kiszámolták a családi támogatás összegét, amit a tényleges jövedelmük alapján kaptak volna, majd a kapott összeg és a tényleges jövedelmük alapján járó támogatás közti különbséget vagy

¹⁰ A legtöbb kereső bérét és fizetését Ausztráliában kéthetente fizetik.

kiegyenlítették, vagy túlfizetés esetén vissza kellett téríteni a plusz összeget.

Az ilyenfajta, év végi elszámolás a rendszer új vonása, amely tükröz néhány szándékot. Az elsődleges célok közé tartozik, hogy a családok akkor részesüljenek segítségben, amikor szükségük van rá, és hogy megválaszthassák a támogatás folyósításának módját, beleértve az adórendszeren keresztül való juttatást is. Mivel az éves visszatérítési mechanizmus a jövedelemadó-rendszer része, amit a túlfizetés vagy alulfizetés kiegyenlítésére használnak, ez úgy értelmezték, mint a visszatérítési elvnek az új családtámogatási rendszerre való kiterjesztését. A családi adójóváírást rendszeres kétheti juttatásként vagy rendszeres adócsökkentésként igénybe vevők előzetes bejelentése a jövedelemről még inkább alá támasztja az elszámolás szükségességét. Ha nem volna elszámolás, fennállna a veszély, hogy sokan a juttatás lehető legnagyobb mértékének elérése érdekében alábecsülnék jövedelmüket. Ráadásul az év végi átalányjuttatást választókat büntetnék azokhoz képest, akik előzetesen alábecsülték jövedelmüket. Az elszámolást tehát biztosítéknak szánták arra, hogy azonos éves jövedelemmel rendelkező családok ugyanakkora családi adójóváírásra szerezzenek jogosultságot, függetlenül attól, hogy a folyósítás mely módját választják.

Mint már említettük, az egyeztetés vagy a pótlólagos kifizetésre ad módot, amennyiben a jövedelmet előzőleg felülbecsülték, vagy alábecsülés esetén egy visszatérítendő összeget számolnak fel. Az egyeztetés során szintén lehetőség nyílik a túlfizetés kiegyenlítésére az adójóváírásán keresztül, vagy a jövedelemadó-hiány elszámolására a családi támogatásra jogosultság terhére. Mindamellet az „A” típusú juttatás jövedelemtesztjét nem alkalmazzák bármely olyan időszakban, amikor az igénylő vagy partnere jövedelemtámogatásban részesül.¹¹ Következésképpen ennél az ellátásnál a jövedelemtámogatás folyósítása alatti időszak nem számít az elszámolás során.

Vitapontok és problémák a megvalósítás során

A 2000–2001-es költségvetési év vége felé vita támadt az új rendszerrel kapcsolatban, amikor először került sor az igénylők jogosultságának ellenőrzésére. A problémát az ellenzék vetette fel a Felsőházi Költségvetési Bizottságban (*Senate Estimates Committee*), 2001 májusában (Commonwealth of Australia, 2001.). A szociális és családügyi ellenzéki szövívő sajtóközleményei, mint amilyen például a „Nulla-tolerancia a családoknak” című volt, jócskán magára vonta a média figyelmét. A főcímek így hangzottak: „Rendelet a családoknak, hogy fizessenek” (*Sydney Morning Herald*, 2001. június 28.), vagy: „Adóslevéllel sújtott családok” (*Canberra Times*, 2001. június 28.). 2001 júliusában, közvetlenül egy fontosnak tartott időközi választás előtt a kormány bejelentette, hogy az első 1000 A\$ visszatérítéséről minden túlfizetés esetén lemondanak. E döntés költsége az államkassza számára közel 357 millió A\$ volt. A kormány szűk több-

¹¹ A gyermektámogatásokra (*child support payments*) külön jövedelemteszt vonatkozik.

séggel megnyerte a korábban elvesztettnek hitt időközi választásokat, de természetesen pontosan nem lehet megállapítani, milyen szerepet játszott ebben ez a döntés.

Ugyanakkor azonban még az 1000 A\$ elengedése sem oldott meg minden problémát. A téma továbbra is napirenden maradt az ausztrál parlamentben, az illetékes miniszternek címzett interpellációk formájában és a jogsérelmi vitákban. A túlfizetések kérdését felvetették a 2001. év végi választási kampányban, és az ellenzék állítása szerint a kormány a választások utánra halasztotta a fizetési felszólításokat tartalmazó levelek kipostázását. 2001 novemberében a kormányt újraválasztották. 2002-ben folytatódtek a médiatudósítások, olyan főcímekkel, mint: „Ezreket tart fogva a jóléti csapda” (*The Australian*, 2002. február 22., 8. o.), „Levelek a családügytől – 10 000 ausztrál dollárról, amiről a családok hallani sem akarnak – vissza a pénzzel” (*Adelaide Advertiser*, 2002. január 23.). 2002 februárjában a Felsőházi Költségvetési Bizottságban újra napirendre került a téma, ahol a kérdésfelvetések közel 70 oldalnyi helyet foglaltak el a feljegyzésekben (Commonwealth of Australia, 2002.). 2002 áprilisában újra hasonló témák kerültek címlapra: „Válságban a családi támogatások” (*The Australian*, 2002. április 4.)

Vajon mekkora a kérdés jelentősége? A médiabeszámolók nyilvánvalóan nem feltétlenül megbízható források a probléma nagyságának megítélésére, de a Felsőházi Költségvetési Bizottságnak 2002 februárjában szolgáltatott adatok sokkal szilárdabb képet nyújtanak. A 2000 júliusa előtt működő rendszerben csak korlátozott számú adat állt rendelkezésre azok számáról, akik bejelentendő eseményről vagy a bázisév jövedelmének több mint 10 százalékos növekedéséről számoltak volna be. Jellemzően 140 000–150 000 körüli minimálösszeg feletti támogatásban részesülő munkavállaló család kapott támogatást a folyó évi becslés alapján (azaz jövedelmük vagy életkörülményeik év közben változtak.) A rá következő évben, az új rendszer életbe lépése után, 2001 májusáig több mint 800 000 család jelzett változást a jövedelembecslésükhöz képest (Commonwealth of Australia, 2002.). Idetartozik az összes változást jelentő család (nemcsak azok, akik többet kaptak a minimális összegnél), tehát e csoport nem hasonlítható össze az előző évvel. Mindazonáltal ez igen jelentős növekedés, ami azt jelenti, hogy a családi adójóváírásban részesülő 2 millió családnak több mint egyharmada számolt be jövedelmváltozásról az év folyamán.

Lényegesebb talán az év végére adósságot felhalmozók száma. Itt szintén jelentős növekedést tapasztalhattak, mint ahogyan az várható is volt, az előző rendszer „enyhítő” rendelkezéseiből következően. 1999–2000 folyamán körülbelül 51 800 család halmozott fel adósságot az év végén. Ezzel ellentétben az új, elszámolásról szóló rendelkezések bevezetése után 670 000-re becsülték a túlfizetett családok számát – majdnem az előző évi tizenkétszeresére. Az adósságelengedés 198 000-re csökkentette a fizetésre kötelezett családok számát.¹² A túlfizetések teljes bruttó összegét 584 millió A\$-ra becsülték, levonva az elengedett 357

¹² Ráadásul több mint 100 000 családot kb. 15 millió \$ értékben fizettek túl a gyermekgondozási juttatással (*Childcare Benefit*).

millió A\$ költségét, körülbelül 227 millió visszatérítendő ausztrál dollár maradt, amelynek a behajtása továbbra is magára vonta a média figyelmét.

Ez azt is jelenti, hogy az összes támogatásban részesülő család egyharmada „bruttó visszafizető” volt. Mi több, sok család esetében aligha valószínű, hogy jövedelmükben változás történt (akik jövedelemtámogatásban részesültek, akik jövedelme az alsó jövedelemhatár alatt maradt, és akik a családi adójóváírás minimumára voltak jogosultak). Őket leszámítva úgy tűnik, a fennmaradó családoknak több mint a fele – tehát az átlagkereset alatti jövedelemsávba tartozók – alulbecsülte a jövedelmét, így ők többet kaptak, mint ami megillette volna őket. Másrészt körülbelül 271 000 család részesült kiegészítő támogatásban, 279 millió A\$ értékben – átlagosan egy családra eső 1028 A\$-ban –, mivel előzőleg túlbecsülték a jövedelmüket. Ilyenfajta kárpótlás nem fordulhatott volna elő az előző rendszerben. De ha ezeket a családokat hozzáadjuk a túlfizetőkhöz, akkor az év végi elszámolás 940 000 család juttatását érintette.

A túlfizetés négy csoportot érintett. A leginkább érintettek az első jövedelmi sávba tartozók voltak (30 000 A\$ és 45 000 A\$ között egy kétgyermekes pár számára), nekik az „A” típusú családi adójóváírásra való jogosultságuk változott. Ezek jobbára szerény vagy közepes átlagkeresettel rendelkező családok, ahol azonban a keresetek ingadoznak, vagy pedig a második kereső növeli a munkaidejét. A második, említésre méltó csoport a „B” típusú családi adójóváírásban részesülőké, ahol a második kereső jövedelme a munkaerőpiacra való vissza-, illetve belépés miatt 1679 A\$ fölé emelkedett. A harmadik jelentős csoportot azok alkotják, akik jogosultságát az átalányként kapott tartásdíj befolyásolta (Commonwealth of Australia, 2002.). Egy újabb tényező, hogy az „A” típusú családi adójóváírásra 16 éves vagy annál idősebb gyerek után csak akkor jogosultak a családok, ha a gyerek jövedelme kevesebb, mint 8346 dollár. Így a negyedik csoportba azok sorolhatók, akik a gyerekük évközi munkaerő-piaci belépése miatt kerültek a túlfizetők közé (az egyetemi tanév körülbelül a költségvetési év felénél ér véget, adózási okokból).

Miért nőtt a túlfizetések száma ilyen szignifikánsan? A válaszhoz tartozik, hogy az előző rendszer egyszerűen figyelmen kívül hagyott olyan lényeges elemeket, amit a jelenlegi rendszer túlfizetéseként kezel. De az is valószínűsíthető, hogy a családok sokkal inkább hajlottak a jövedelmük alulbecslésére, mint a túlbecslésre, vagy a jövedelem pontos megállapítására. Mivel a családok nem tudták előre, hogy a kormány a túlfizetett összegekből az első 1000 dollárt el fogja engedni, aligha valószínű, hogy ez szándékos kalkuláció eredménye lett volna (vagy esetleg még többen becsülték volna alá jövedelmüket). Az egyik lehetőség, hogy a családok túl óvatosak várható jövedelmük becslése során, és inkább számolnak kevesebbet, mint többet. Talán az előző évi jövedelmükre alapozzák becsülésüket, anélkül, hogy az idővel bekövetkező növekedésekkel számolnának. Esetleg a családoknak most van szükségük pénzre – vagy talán szívesebben kapják meg a pénzt azonnal, a „jobb ma egy veréb...” elv alapján? A másik lehetséges válasz az, hogy a családi jövedelmek nagyobb mértékben változnak, mint ahogyan a legtöbbször gondolnánk,

és ezzel kapcsolatban megjegyzendő, hogy Ausztrália még csak most folytatja első jövedelemváltozásokat kutató longitudinális felmérését.

A rendszer második éve azt mutatta, hogy beszélhetünk ugyan némi fejlődésről, de jelentős problémák még maradtak. A Felsőházi Bizottság számára a 2002 novemberében adott előzetes becslések szerint addig az 1,8 millió támogatásban részesülő családból egy millió nyújtott be adóbevallást. Ebből 336 000 családot fizettek túl, és 265 000 család jogosult kiegészítésre. Eszerint az előző évi 39 százalék alatti arányhoz képest a családok 33,4 százaléka tartozott. Az összes családra vetítve ez körülbelül 576 000 adós családot jelent. Ennek megfelelően a kiegészítésre jogosultak aránya az összes családon belül 16 százalék körüliről 26 százalékra nő. Végeredményben ez azt sejteti, hogy a probléma valamelyest mérséklődött.

2002 szeptemberében az ausztrál kormány bejelentette, hogy tovább fogja „finomítani” a családtámogatási rendszert. A 2002 novemberében életbe lépő új intézkedések értelmében a családok előtt a támogatás formájának megválasztásában több új lehetőség is megnyílik. Az egyik szerint kérhetik, hogy év közben változó jövedelem esetén az év hátralévő részében alacsonyabb összegben kapják a juttatást, mint amire eredetileg jogosultak lettek volna. Azt is választhatják, hogy juttatásaik egy részét évközben, míg a fennmaradó részt év végén kapják. Ez valójában annyit jelent, hogy egy rendszeres juttatásra tehetnek szert, ami folyamatos támogatást biztosít, továbbá azt is valószínűsíti, hogy sokkal kisebb túlfizetést fognak felhalmozni. Ezenfelül a családok idősebb tizenéves gyerekek utáni támogatásukat fel is függeszthetik, így nem fizetik túl őket miattuk, miközben kisebb gyermekeik okán rendszeres támogatásban részesülnek. Végül a családok azt is megtehetik, hogy csak az „A” típusú családi adójóváírás alapösszegét kérik kéthetente, és a fennmaradó részt egy összegben, az év végén. Ez azt jelenti, hogy amíg a jövedelmük 80 000 A\$ alatt marad, nem keletkezik túlfizetés. A kormány úgy tekint ezekre a kezdeményezésekre, mint amelyek rugalmasságot és szabad választási lehetőséget visznek a rendszerbe, miközben csökkentik annak a valószínűségét, hogy a családokat túlfizetik.

2003 februárjában a nemzetközösségi ombudsman jelentést tett közzé egy családtámogatási rendszerről készült kutatás eredményeiről (Commonwealth Ombudsman, Ausztrália, 2003.). A jelentést 2000. július és 2002. szeptember között az ombudsmani irodába beérkező, a rendszer működésével kapcsolatos közel 1800 panaszlevél ösztönözte. Az ombudsmani jelentésben kiemelt problémás területek a következők:

- a rendszer működése nyomán elkerülhetetlenül nagy mennyiségű adósság keletkezik, és ezek közül sok igen magas;
- a rendszerben keletkező adósságok sok alacsony jövedelemmel rendelkező családot érintenek;
- az adósság keletkezése elkerülhetetlen lehet még akkor is, ha a családok minden követelménynek eleget tesznek;
- bizonyos esetekben az adósságoknak igazságtalan visszamenőleges hatása van (például a családi körülmények előre nem látható változása a költségvetési évben, ami a család felelősségi körén kívül esik, tetemes adósságot és/vagy egyéb veszteségeket okozhat);

- aggodalmak ébredhetnek az adósságok visszatérítésének módjával kapcsolatban;
- aggodalmak keletkezhetnek az adósságok más jogosultságokra való hatása miatt.

A jelentés megjegyezte, hogy a kormány által már 2002 szeptemberében bejelentett intézkedések foglalkoznak e problémák némelyikével, és néhány ajánlást tett. Mindazonáltal az ombudsman leszögezte: „... az elemzés szerint, még ha maradék nélkül is elfogadják az általam tett ajánlásokat, a rendszer működése minden valószínűség szerint továbbra is elkerülhetetlenül adósságfelhalmozáshoz vezet majd sok család esetében”. (Ausztrália, Commonwealth Ombudsman, 2003., 10. o.) Végeredményben az a javaslat született, hogy a kormánynak további változtatási lehetőségeket kell mérlegelnie.

2. A kanadai módszer: egyszerű, de nem reakciókész

A kanadai gyermekek utáni adókedvezmények szerkezete és a rendszer kialakulása

A kanadai gyermekek utáni adókedvezményeknek összetett, két részből álló szerkezete van, melynek paraméterei minden évben változnak valamelyest a fogyasztói árakhoz mért indexálás során, még akkor is, ha nem növelik őket *ad hoc* intézkedésekkel. A 2002 júliusától 2003 júniusáig tartó 12 hónapos juttatási időszakban, a kanadai gyermekek utáni adókedvezmény első komponense, az alap gyermekek utáni adókedvezmény összege 2002 júliusától 2003 júniusáig bezárólag 18 év alatti gyermekek után évente maximum 1151 C\$ volt.¹³

Maximális juttatásban részesültek a 32 960 C\$-nál kevesebb nettó jövedelemmel rendelkező családok. E szint fölött a maximális juttatást 2,5 százalékkal csökkentették egygyermekes, és 5 százalékkal a két- vagy többgyermekes családok esetében. Ezeket az arányokat egygyermekeseknél 2 százalékra, a kettő vagy többgyermekeseknél 4 százalékra csökkentik a 2004-es évtől kezdődően. A juttatásra való jogosultság viszonylag magas jövedelemhatárnál zárult – 79 000 C\$-nál az egy- és kétgyermekesek esetében. A gyermekek utáni adókedvezmény a kanadai gyermekes családok több mint 80 százalékát (kb. 2,9 millió családot) részesített valamilyen juttatásban. A kanadai bruttó családi átlagkereset 1999-ben kb. 73 000 C\$ volt a kétszülős, gyermekes családok körében, és 30 500 C\$ az egyszülős gyermekes családoknál (Statistics Canada, 2001.). Az adóbevallások tanúsága szerint a nettó jövedelem mediánja ennél kevesebb, ami azt jelzi, hogy a családok nagy százalékának jár valamilyen pótlék a gyermekek után.

¹³ Ráadásul létezett egy évi 80 C\$-os pótlék a harmadik és minden további gyermek után, és évi 228 C\$-ig felmenő extra jutás minden hét év alatti gyermekre, akik nevelési költségei után nem igényelték a levonást (adócsökkentés a családok számára az adózásnál figyelembe vett gyermeknevelési költségekre).

TANULMÁNYOK

A gyermekek utáni alap adókedvezményeken felül van egy második komponens, az állami kiegészítő gyermektámogatás (*National Child Benefit Supplement*), ami kizárólag az alacsony jövedelmű családoknak jár. Az állami kiegészítő gyermektámogatás a 2002 júliusa és 2003 júniusa közötti 12 hónapban az első gyerek után maximum 1293 C\$-t, a második gyerek után 1087 C\$-t, és minden további gyerek után 1009 C\$-t fizetett. Az állami kiegészítő gyermektámogatás 22 297 C\$ fölötti családi jövedelem esetén egy gyermek után 12,2 százalékkal, két gyermek után 22,5 százalékkal, és ennél nagyobb családoknál 32,1 százalékkal csökken. Az állami kiegészítő gyermektámogatás folyósítása megszűnik, ha a nettó családi jövedelem egy-, két- vagy háromgyermekeseknél eléri a 32 960 C\$-t (azt a szintet, ahol az alap gyermekek utáni adókedvezmény csökkenteni kezdi juttatásait). A gyermekek utáni alap adókedvezmény és az állami kiegészítő gyermektámogatás 2002 júliusától 2003 júliusáig bezárólag együttesen évi maximum 2444 C\$ gyermekek utáni adókedvezményt fizetett egy gyermek után, 2238 C\$ -t a második gyermek után, és 2239 C\$ -t minden további gyermek után.

Ausztráliához hasonlóan majdnem minden kanadai felnőtt is kitölt és benyújt egy részletes éves adóbevallást. A legtöbb kanadai munkavállaló rendszeres kétheti, havi vagy negyedéves adóelőleget fizet, vagy bérlevonás formájában, vagy (vállalkozók esetében) közvetlenül az adóhatóságnak befizetve, ezek azonban csekély mértékben igazodnak a ténylegesen fizetendő adóhoz. Így a legtöbb kanadai számára az éves adóbevallás egyeztetési eljárásként funkcionál, amely keretében a fizetendő adó pontos összegét egybevetik a már kifizetett összes előleggel, és megállapítják a visszatérítendő összeget, vagy a tartozást.

Az éves egyeztetés minden olyan ország adórendszerének sajátja, ahol nem egy szigorú, azonnal adóztató (*pay-as-you-earn*) rendszert működtetnek, mint az Egyesült Királyságban. Ez az éves eljárás jó eszközül szolgál mindenféle pótlék és kedvezmény igénybevételére. Például ha egy tartomány vezetése jónak látja csökkenteni a vagyonadót az idősek körében (ami az Egyesült Királyságban az önkormányzati adónak felel meg), nem szükséges bonyolult, közvetett intézkedésekkel pénzt átutalnia a helyhatóságoknak, ehelyett a tartomány közvetlenül beiktathat egy speciális adókedvezményt idős adófizetői számára. Bármely kormányzat számára nyilvánvaló előnyököt jelent, ha az adócsökkentéseket közvetlenül az adófizetőknek címezik, mintsem hogy közvetett módon érvényesítsék. Ez az adóeszköz még vonzóbb vált, mióta az információs technológiák a komplex tranzakciók lebonyolítását olcsóbbá tették.

S bár a kanadai adórendszerben jelenleg sokfajta kedvezmény él, ezek legfontosabb formája több mint két évtized óta a gyermekek után járó családi adókedvezmény. 1978-ban Kanadában bevezették a gyermekek utáni visszatérítendő adókedvezményt (*Refundable Child Tax Credit*). Ezt a kedvezményt azért nevezték „visszatérítendőnek”, mert a régebbi kedvezményekkel ellentétben nemcsak egyszerűen a fizetendő adóból való levonást jelentette, de „negatív adóként” azoknak is járt a teljes támogatás, akik csak csekély összegben, vagy egyáltalán nem adóztak. Ebben az esetben használták először Kanadában a jövedelemadó-rendszert arra, hogy olyan családokat is támogatáshoz juttassanak, akik túl szegények

ahhoz, hogy adóköteles jövedelmük legyen. Ugyanakkor a gyermekek utáni visszatérítendő adókedvezménnyel párhuzamosan a szövetségi kormány megőrizte az univerzális családi pótlék rendszerét, ahogyan a minden eltartott gyermek után járó adómentességet is. Ezenkívül a kanadai tartományok szintén nyújtottak gyermektámogatásokat szociális segélyezési rendszereiken keresztül, és ellenezték, hogy szociális segélyrendszerüket összehangolják az új gyermekek utáni visszatérítendő adókedvezménnyel.¹⁴

Az utóbbi másfél évtized alatt gyűltek a tapasztalatok ahhoz, hogy egy biztos juttatást az adórendszeren keresztül igazgassanak, míg nem 1993-ban egy új, gyermekek után járó adókedvezmény váltotta fel az összes korábbi nagyobb szövetségi gyermektámogatási rendszert. Ezzel egy időben bevezettek egy jövedelempótlékot (*Working Income Supplement*) a kizárólag a munkából származó, alacsony jövedelemmel rendelkező gyermekes családok számára, az amerikai munkajövedelem utáni adókedvezmény (*US Earned Income Tax Credit*) mintájára. A tartományi szociális segélyrendszer szintén továbbra is biztosított egy független, nem integrált, gyermekek után járó támogatást.

1998-ban a szövetségi kormány a gyermekek utáni adókedvezményt és a jövedelempótlékot átalakította a kanadai gyermekek után járó, ma is érvényes adókedvezménnyé, megnövelve és a munkaviszony meglétől függetlenül fizetve a juttatást. Emellett megegyezésre jutottak a tartományokkal a kanadai gyermekek utáni adókedvezmények segélyekkel való egységesítéséről, így Kanada megkezdte egy teljesen integrált gyermektámogatási rendszer kialakítását. A várakozások szerint a juttatások növelésével a kanadai gyermekek utáni adókedvezmény végül helyettesíteni fogja a tartományi segélyrendszer gyermektámogatásait.¹⁵

Reakciókészség a kanadai rendszerben

A kanadai gyermekek utáni adókedvezményt havonta fizetik, csekkben vagy banki átutalással. A jogosultak egyre növekvő hányadának, jelenleg több mint 70 százaléknak közvetlenül a bankszámlájára érkezik az összeg. A juttatást az elsődleges gondozó kapja, vagyis az anya, kivéve,

14 A tartományok alkotmányos szuverenitással rendelkeznek szociális segélyeik felett és törvényesen nem lehet őket megakadályozni abban, hogy korrigálják a gyermekek utáni szociális segélyt. Azonban azokat a tartományokat, amelyek a központi növekedésre reagálva csökkentették gyermekek után járó szociális segélyeiket, gyakran úgy ítélték meg, mint amelyek „elvették” a központi növekményt a szociális segélyben részesülőktől, és mind a szövetségi kormány, mind a szociális érdekképviseleti csoportok támadták őket.

15 A fő vita Kanada gyermekek utáni adókedvezményével kapcsolatban abból ered, hogy csak fokozatosan helyettesítették a segélyezési rendszer gyermekek után járó juttatásait. A legtöbb tartományban a központi gyermekjuttatások minden egyes növekedését egy annak megfelelő csökkenés követett a szociális segélyt élvezők tartományi gyermekjuttatásaiban. Bár a tartományok a megtakarításokat a gyermekes családok programjaiba fordították vissza, és a segélyezettettek sem jártak rosszul, a szociális segélyek ezen „csökkentéseit” az érdekképviseleti csoportok széles körben kifogásolták, és nagyon nehéznek bizonyult őket megindokolni. Ezzel szemben, ha a szociális segélyt teljesen ellensúlyozó egy szeri nagyobb emelés lett volna, mint az Egyesült Királyságban tervezik, a támogatás egyik fajtájának egy másikkal való felváltását sokkal könnyebb lett volna megmagyarázni.

ha más személyt jelölnek meg. A júliustól júniusig fizetendő összeget az áprilisi adóbevallások segítségével megállapított előző évi, nettó *családi* jövedelem alapján számítják ki (mindkét szülő összesített nettó jövedelme alapján, a különböző rendszeres levonások, mint pl. nyugdíj járulék vagy szakszervezeti hozzájárulás nélkül).¹⁶ A havi járandóság egyszerűen az egy évre megítélt összeg egytizenketted része. Így például az adóbevallást 2002. április 30-ig kell benyújtani a 2001. január–december közötti időszak éves jövedelméről, majd a 2002 júliustól 2003 júniusáig fizetendő gyermekek utáni adókedvezményt ehhez igazítják. A fizetendő gyermekek utáni adókedvezményt 2003 júliusában újraszámítják a 2002. januártól decemberig tartó adóév 2003 áprilisa végén bejelentett jövedelme alapján.

Az összegeket év közben nem igazítják automatikusan a jövedelemváltozásokhoz; viszont a családi jövedelmet természetesen befolyásoló családszerkezeti változások nyomán – mint pl. a házasságkötés, élettársi kapcsolat létesítése, válás vagy különköltözés – végeznek évközi korrekciót. Az egyéb változások, melyeket azonnal figyelembe vesznek, például a szülés, az örökbefogadás, vagy a gyermek halála.¹⁷ A megközelítőleg 2,9 millió, gyermekek utáni adókedvezményben részesülő család közül kb. 80 000 esetben végeznek újraszámítást év közben a családi állapot változása miatt, és kb. 600 000 évközi változtatást végeznek a gyerekszám növekedése vagy csökkenése következtében.¹⁸ A családoknak csak egyszer kell kitölteniük egy külön adatlapot, ha a családban van igényjogosult gyerek (általában a születéskor), vagy a családszerkezet változásakor, de ezután minden évben kötelesek adóbevallást benyújtani ahhoz, hogy folyamatosan kapják a gyermekek utáni adókedvezményt.

Abban az esetben, ha a család jövedelme év közben drasztikusan csökken, jogosultak a tartománytól szociális segílyt igényelni, amely a kapott támogatást a tartomány gyermeksegélyeivel azonos összegűre egészíti ki. Amely család nem részesült teljes összegű gyermekek utáni adóked-

16 Az adóbevallást április 30-ig kell benyújtani, de a kanadaiakat arra ösztönzik, tegyék meg előbb, ha minden szükséges információnak birtokában vannak.

17 A kedvezményezetteket arra kérik, hogy az alább felsorolt változások esetén minél előbb forduljanak a Kanadai Vám- és Pénzügyi Hivatalhoz, amint megtörténtek, vagy ha a jövőben várhatóak. Ha a kedvezményezett elmulasztja jelenteni a változások bármelyikét, a juttatását utólag fogják korrigálni onnantól fogva, amikor a juttatás csökkenni kezdett volna, vagy 11 hónapig visszamenőleg, ha a juttatás nőtt volna (néhány körülmény okot adhat a 11 hónapon túli visszamenőleges korrekcióra). A jövedelemadó-rendszer bünteti, ha nem jelentenek valamit pontosan, de azt nem, ha az adórendszeren kívül eső változásokról nem értesítik az adóhatóságot. A változások:

i, ha a gyermek, aki után a juttatás jár, kikerül a gondozásából, nem lakik többé nála, vagy elhalálozik
ii, gyermek születése, örökbefogadása, vagy ha más úton kerül gyermek valaki gondozásába

iii, elköltözés az állandó lakhelyről

iv, családi állapot változása

v, ha a KGYAK igénylője (pl. a gyermek édesanyja) meghal

vi, ha a házastárs vagy az élettárs bevándorló vagy letelepedési státusa változik

vii, ha a kanadai gyermekek utáni adókedvezmény értesítőjén szereplő bármely személyes információ, mint pl. a családi állapot, vagy a gyermekekről szóló adatok helytelenek.
18 A becsléseket a Kanadai Vám- és Pénzügyi Hivatal beleegyezésével, a szerzővel való személyes levelezésből merítve közöljük (2002.).

vezményben, és a család összetétele nem változott, jövedelme pedig nem elég nagy mértékben csökkent ahhoz, hogy szociális segélyre jogosítson, *nem* jogosult évközi korrekcióra. Erre várniuk kell a következő év júliusáig. Hasonlóképpen: a jövedelemnövekedést nem jelentik be az adóbevallásig, és juttatásaikat nem korrigálják lefelé a következő júliusig. Mindent összevetve, az aktuális jövedelemváltozásra adható egyetlen beépített válasz egy biztonsági háló – a szociális segély – kizárólag végszükség esetére.

A gyermekek utáni adókedvezmény visszafizetésére nincs kötelezettség (kivéve család, nem bejelentett haláleset, vagy családösszetétel változása esetén, illetve a nettó családi jövedelem visszamenőleges felmérésekor, pl. egy adóellenőrzést követően), mivel a juttatásokat szigorúan az előző évben bejelentett jövedelem után fizetik.¹⁹ Eszerint a jövedelem, melynek alapján a gyermekek utáni adókedvezmény értékét megállapítják, lehet, hogy akár két éve nem releváns, néhány esetben – pl. ha a család 2000 júniusában elveszíti minden jövedelmét, a 2000-es adóévre 2001 áprilisában, a következő adóbevalláskor a korábbi éves jövedelmének felét fogja bejelenteni, és ez csak a 2001-es adóévre vonatkozóan, a 2002 áprilisában kitöltött adóbevallásban fog jövedelem nélküli időszakot jelenteni. A gyermekek utáni adókedvezmény pontos korrekciójára tehát csak 2002 júliusában kerül sor, egy két évvel korábbi, 2000 júniusában bekövetkezett jövedelemcsökkenés okán.

A nagyon kései korrekciók ellenére a kanadai gyermekek utáni adókedvezmény rendszeréből hiányzó reakciókészség sosem vált politikai kérdéssé vagy közviták tárgyává, és az érdekképviseelő csoportok sem nevesítették mint problémát. De az adókedvezményt és szövetségi, illetve tartományi előzményeit tervező hivatalnokok az előkészítési fázis során mélyrehatóan foglalkoztak a reakciókészség problémájával. Legalábbis a tartományok szintjén a reakciókészség különös figyelmet kapott a tervezés során, amikor egységes gyermektámogatás létrehozásáról döntöttek, amely szinten ez a támogatás egyben az egyetlen gyermekek után járó juttatás is lett volna a szociális segélyben részesülők számára (lásd pl. Naylor és társai, 1994.). Míg úgy látták, hogy a nem sokkal az átlagkereset alatti jövedelemmel rendelkező családokat megvárakoztathatják a jövedelemkorrekcióval körülbelül egy évig, ugyanez nem volt lehetséges a szociális segélyezették körében, akiknek minden lehetséges fillérre azonnal szükségük volt. Ha minden jövedelemcsökkenést elszenvedő családot kiegészítő támogatásokhoz juttatnak, de nem csökkentik azok juttatásait, akiknek jövedelme nőtt, a program összes költsége az Ontarióban végzett számítások szerint durván 10 százalékkal nőhet. Ezáltal, ha csak nem akarnak súlyos ráadást fizetni, a kormánynak nem egyszerűen a „könnyebbik utat” kellene választania, hogy mialatt a jövedelemcsökkenésre reagál, a jövedelemnövekedéseket figyelmen kívül hagyja,

¹⁹ Előzetes becslésen alapuló jövedelemkiegészítő programot egyetlen kanadai tartományban (Saskatchewan) vezettek be az 1970-es évek közepén. Az ausztrálhoz hasonlóan a saskatchewan kormány is a mélyvízben találta magát, amikor az alacsony jövedelmű családoktól próbált pénzt behajtani év végén. Ez a tapasztalat talán árnyalta a döntéshozást a központi adókedvezmények megalkotásakor, különösen, mivel sok saskatchewan hivatalnok került befolyásos pozícióba a szövetségi kormányban a későbbi évek során.

hanem a jövedelmeknek mind a lefelé, mind a felfelé való mozgása esetén is egyaránt cselekednie kellene.

Végül is a problémát pragmatikusan megoldották, hagyván, hogy a védőhálót nyújtó szociális segélyezési rendszerek játsszanak ideiglenesen tűzoltószerpet. Az adatok szerint ez csak kis számban érinti a segélyezettet, kb. az esetek 6 százalékában.²⁰ E megoldás szerint azoknak a segélyre nem jogosult családoknak, akiknek évközben csökken a jövedelmük, várniuk kell, de mint már említettük, Kanadában ezt nem tűnt problémának.²¹ Kis részben szintén növeli a teljes költséget, hogy nem azonosak a feltételek a jövedelemskála felső végén, de nagyon sok család, amely nem elég szegény ahhoz, hogy teljes összegű gyermekek utáni adókedvezményt kapjon, jogosultsága alapján csak egy évig tud szociális segélyből élni. Más szóval, ha valaki többet keres, mint a teljes juttatásra jogosító jövedelemhatár, és nem változik családjának összetétele sem, valószínűleg nem lesz jogosult szociális segélyre a következő évben, vagy éppen két éven belül.

3. Az Egyesült Királyság tervezete

Az Egyesült Királyság új adókedvezményei

Az Egyesült Királyságban két új adókedvezmény vár arra, hogy bevezessék: a gyermekek utáni adókedvezmény (*Child Tax Credit*) és a munkavállalói adókedvezmény (*Working Tax Credit*).²² A gyermekek utáni adókedvezmény a gyermektámogatás (*Child Benefit*) mellett jár majd, helyettesítve a szociális biztonsági rendszer gyermekjuttatásait, a gyermekek utáni adójóváírást (*tax allowance for children*), és a munkavállalók családjának, illetve a fogyatékkal élőknek szóló adókedvezmények gyermekek után járó részét. A gyermekek utáni adókedvezmény a kormány két kulcsfontosságú politikai célkitűzését hivatott szolgálni. Egyrészt hogy további pénzügyi támogatásban részesítse a családokat, másrészt pedig hogy hozzájáruljon a gyermekszegénység leküzdéséhez. Éppen ezért a családok nagy részének jární fog (kb. az összes család 90 százaléka lesz jogosult), a legszegényebbeknek azonban magasabb összegben. A fizetendő összeget a párok együttes évi jövedelme alapján állapítják majd

²⁰ Az adat a Saskatchewan-i gyermekjuttatásokat korrigáló programból való, a forrása magánlevelezés.

²¹ A családtagok jogosultak lehetnek munkanélküli juttatásokra, dolgozói pótléokra (*worker's compensation*), vagy köz-, illetve magán fogyatékosági juttatásokra. Az ilyen juttatásokban részesülő legtöbb család meglehetősen csökkenést fog tapasztalni jövedelmében, habár a jövedelem nem lesz olyan alacsony, mint a szociális segélyen. A munkanélküli juttatások nyújtanak némi pótlékot a gyermekek után, és ez részben ellensúlyozhat a kanadai gyermekek utáni adókedvezmények azonnali korrekciójára vonatkozó némely igényt, de a munkanélküli juttatások messze nem univerzálisak, és ez relatíve csak kevés kedvezményezettet érint majd. Jelenleg nem áll rendelkezésre adat ezeknek a programoknak az átfedéséről.

²² Ezeknek az új adókedvezményeknek a kialakulását ismerteti számos pénzügyminisztériumi jelentés (HM Treasury, 2000., 2002.), illetve az Inland Revenue (2001.), House of Commons Social Security Committee (2001.), Bennett és Hirsch (2000.), Hirsch (2000.) és Brewer és társai (2001.).

meg (lásd később), de közösen rendelkeznek vele, jöllehet az „elsődleges gondozó” részére fogják utalni, hetente vagy havonta.²³

A munkavállalói adókedvezmény a munkavállalók családja, illetve a fogyatékkal élők adókedvezményének felnőtt komponensét helyettesíti, keresetkiegészítést nyújtva az alacsony jövedelmű dolgozóknak, szándéka szerint fejlesztve a munkára ösztönző pénzügyi eszközöket. Vonatkozni fog a gyermektelen párokra és a 25 éves kor feletti egyedülállókra, de hosszabb munkaidővel (heti 30 órával, a gyermekesekre és a fogyatékkal élőkire irányadó 16 órával szemben). A munkavállalói adókedvezménynek lesz egy olyan eleme, amely a foglalkoztatásban álló szülők gyermekgondozási költségeit hivatott részben fedezni, de a párok esetében ez csak akkor jár, ha mindkét szülő legalább heti 16 órában dolgozik. A gyermekek utáni adókedvezményhez hasonlóan az összeget az együttes éves jövedelem alapján állapítják meg. A munkáltatók a bérekkel együtt fogják fizetni a munkavállalói adókedvezményt.²⁴ Ezzel szemben a gyermekgondozási komponens a gyermekek utáni adókedvezménnyel együtt a gondozást végző szülőknek utalják. Duncan (2002., 25. o.) szerint:

„A cél a jelenlegi rendszer korszerűsítése és egyszerűsítése. Például az integrált gyermekkedvezmények rendszere (a mai gyermekek utáni adókedvezmény) három, gyermekes családoknak nyújtott támogatásforrást von össze egyetlen juttatássá, amit közvetlenül a gondozást ellátó szülőknek címeznek. Az alkalmazottak adókedvezménye (ma munkavállalói adókedvezmény) pedig nemcsak a gyermekes családok, hanem az összes alacsony jövedelmű munkavállalói háztartás számára elérhető lesz. Ez érthetőbbé teszi a rendszer logikáját: a gyermektámogatást közvetlenül a gondozó szülőknek juttatják, míg az alkalmazotti kedvezményt a bérrrel együtt a munkáltató fizeti. Így az Egyesült Királyság kormányának három, kinyilvánított politikai célkitűzése (a családok támogatása, a szegénység enyhítése, a foglalkoztatás elősegítése) könnyebben megvalósítható az elkülönülő politikai intézkedések révén.”

Mindazonáltal meglehet, hogy ezeket az adókedvezményeket a formális meghatározás szerint külön eszközöknek tekinthetjük, mégis ugyanabban a rendszerben, ugyanolyan módon alkalmazzák ezeket, ugyanazokkal az összeghatárokkal. Az adókedvezmény jogosultsági alapjának kiszámítása a különböző elemek összeadása révén egy maximumösszeg megállapításával kezdődik (lásd a Függelékben). Ezt utána a bruttó jövedelemhez viszonyítják, hogy a megítélendő adókedvezmény összegét megkapják. Jövedelemnek számít vagy a megelőző adóév éves családi jövedelme, vagy a folyó adóév várható éves családi jövedelme.²⁵ A párok közös jövedelmét az egyéni jövedelmük összeadásával kapjuk. Ha a közös éves jövedelem az első küszöb, vagyis évi 5060 £ alá esik, a

23 A párokat arra kérik majd, jelöljék meg a „fő gondozót”. Ahogy Bennett (2002.) rámutat, a „közös tulajdonlás új terület” és problémákat okozhat, pl. ha a párok különválnak, de közös felelősség terheli őket a túlfizetésekért.

24 Ha egy pár mindkét tagja foglalkoztatott, választhatnak, ki kapja a juttatást. A juttatás azonban a fizetésen keresztül jár – nem dönthetnek úgy, hogy közvetlenül kapják (néhány különleges körülménytől eltekintve).

25 Az Egyesült Királyságban az adóév áprilistól májusig tart.

maximális összeg jár. Akik közös évi jövedelme az első küszöb, vagyis évi 5060 £ fölé esik, azok esetében a maximum összeget minden egyes jövedelemből származó font után 37 pennyvel csökkentik. Ezt a fajta csökkentést elsőként a munkavállalói adókedvezmény esetén vezetik be, a gyermekgondozási pótlék mellett, majd végül a gyermekek utáni adókedvezményénél.²⁶ Így 13 230 £ az a legalacsonyabb jövedelemhatár, ahonnan kezdve a gyermekek utáni adókedvezményből levonnak (noha a munkavállalói adókedvezmény 5060 £-tól csökken) és a gyermekek utáni adókedvezmény családi (és gyermek) komponense teljes összegű marad, amíg a jövedelem el nem éri a következő, 50 000 £-os küszöböt. E jövedelemszint után a gyermekek utáni adókedvezményt a küszöb fölé eső rész 6,67 százalékával csökkentik (minden 15 £ után 1 £-tal), 58 000 £-nál megszüntetve a juttatást; illetve az egy éves korig járó csecsemő-pótlékban részesülők számára pedig 66 000 £-nál.

Reakciókészség az Egyesült Királyság új rendszerében

Az Egyesült Királyság rendszere kombinálni kívánja „a folyamatos támogatást azok számára, akiknek jövedelmében vagy körülményeiben nem történik jelentős változás a gyors igazodással azok esetében, akik nagyobb változásokkal szembesülnek”. (HM Treasury, 2002., 19. o.) E „rugalmas rendszer” összes adókedvezményre vonatkozó főbb vonásai a következők:

- A fizetendő adókedvezmény összegét a megelőző adóév bruttó éves jövedelméből kiindulva számítják, és a juttatás a következő 12 hónap végéig jár.

Évente, az adóév végeztével adatkiegészítő nyomtatványokat küldenek ki. Az adatlapok az államkincstár által tárolt, a jövedelemről és az életkörülményekről szóló adatokat tartalmazzák, amelyeket az igénylőnek jóvá kell hagynia vagy módosítania kell. Ez lesz a kifizetett és a ténylegesen járó kedvezmények bármely egyeztetésének alapja, ha év közben bejelentetlen jövedelemváltozás történt; és ez egyben a következő évre vonatkozó adókedvezmények alapja is.

- A felnőttek számának változása a családban az adókedvezmény megszüntét jelenti. Ugyanaz a helyzet, ha egy felnőtt kiválik a családból, vagy ha egy újabb csatlakozik. Az igénylőknek a változást 3 hónapon belül kell bejelenteniük. A jogosultságot a szokott módon (tehát a megelőző év jövedelme alapján) újra felméri, friss élettársak esetében az együttélés előtti egyéni jövedelmük összegéből számított közös jövedelem alapján.

- A gyermekgondozási támogatásban (*support for childcare costs*) részesülő családoknak értesíteniük kell az államkincstárt, ha a jogosultság

²⁶ Tehát a párok részére a fizetésen keresztüli juttatások előbb lecsökkennek, mint a fő gondozó juttatásai. A fő gondozó kapni fogja a gyermekgondozási ellátást, csakúgy, mint a gyermekek utáni adókedvezményt, és így elvesztené a juttatásai egy részét, ha a munkavállalói adókedvezmény gyermek-komponensét visszavonják. De a munkavállalói adókedvezmény fő komponensét a gyermek-komponens előtt vonják meg.

alapjaként már nem gondolnak gyermeket, vagy ha erre szánt kiadásai-
ikban jelentős csökkenés történt.

- A családok jelenthetnek más körülménybeli változást is, ami hatás-
sal lenne a kapott kedvezmény nagyságára (pl. az otthonról elköltöző
gyerekek), de év végéig nem kötelesek erre. A juttatások utókalkulálása
azonban csak maximum három hónapra lehetséges. Így minden válto-
zást, amely növelheti a kedvezmény nagyságát, három hónapon belül
kell jelenteni, hogy a család megkaphassa a teljes összeget.

- Azok a családok, melyekben az év során változnak a jövedelmek,
vagy azonnal értesíthetik az államkincstárt, vagy várhatnak az éves új-
rabeclésig. Minden család útmutatást kap (az éves jogosultság felméré-
sével együtt) arról, hogy éves jövedelmük mekkora változása nyomán
módosulna a juttatásuk, így segítve a döntést a változás bejelentését il-
letően. Az adókedvezményre való éves jogosultságra nincs hatással, hogy
a változást azonnal vagy az év végén jelentik-e be.

- A folyó évben az előző évihez képest mért 2500 £ alatti jövedelem-
növekedést a folyó évre vonatkozóan figyelmen kívül hagyják. Eszerint
a jövedelem 2500 £ alatti növekedése nem okoz változást a megítélt
összegben. Ha a jövedelem több mint 2500 £-tal nő, az újraszámítást a
folyó év 2500 £-tal csökkentett éves jövedelme alapján végzik. A nem
beszámított jövedelem (*disregard*) csak arra az adóévre érvényes, amely-
ben a növekedés történt.

- A folyó év jövedelmének az előző évihez viszonyított bármekkora
csökkenését teljes mértékben figyelembe veszik a folyó év során. Ha a
folyó év jövedelme kevesebb, mint az előző évben volt, a döntést a folyó
év jövedelme alapján hozzák.

- Az olyan családok, melyek számára jövedelemtámogatást vagy
munkanélküli segélyt kezdenek folyósítani, automatikusan kapják a
gyermek utáni adókedvezményt az igényjogosultság időtartama alatt.

- Az éves bevallás során akkor kerül sor korrekcióra, ha az eltelt évre
vonatkozó jogosultsági alapot az éves aktuális jövedelem és más körü-
lmények alapján véglegesítik. Ha kevesebbet fizettek, a hiányt egyösszegű
juttatással kompenzálják. Túlfizetés esetén a következő adókedvezmé-
nyekből vonják le a különbséget, vagy (ha adókedvezmények már nem
járnak többé), a PAYE adóködökhöz igazítás során, illetve, ha ezeken a
módokon nem lehetséges, közvetlen visszatérítések útján.

A pénzügyminisztériumi jelentés két példát említ annak illusztrálásá-
ra, hogy mi történik akkor, ha a jövedelem csökken vagy nő a folyósítás
ideje alatt. (HM Treasury, 2002. 24, 26. o.) Az elsőben egy kétgyermekes
házaspár részére, az elmúlt adóévben együttes bruttó 18 000 £ jövedel-
lemmel, 2270 £ adókedvezményt ítélnék meg. Folyó évben a bruttó jö-
vedelmük 14 000 £-ra csökken, és a kedvezményt új, éves összjövedel-
mük alapján újraszámítják, 3750 £ kedvezményt állapítva meg.²⁷ A má-
sodikban egy egyedülálló apa egy gyermekkel az elmúlt adóévre vonat-

²⁷ Megjegyzendő, hogy ha ez a jövedelemváltozás pl. a 12. héten történik, a folyó év
éves jövedelmét 12 hétre a 18 000 £-tal, 40 hétre pedig 14 000 £-tal arányosan ítélnék meg,
éves szinten az eredmény kb. 14 900 £.

TANULMÁNYOK

kozóan 8000 £ jövedelemmel rendelkezik, és 4527 £ adókedvezményt kap. A folyó adóévben jövedelme 11 500 £-ra nő. A növekményből 2500 £-ot nem számítanak be, így az odaítélt adókedvezmény 9000 £ jövedelemen alapul (11 500 £-ból levonnak 2500 £-ot), és az új kedvezmény 4157 £ lesz. A következő évben azonban az előző év teljes, 11 500 £-os jövedelmével számolnak (a nem beszámított jövedelem csak a jövedelemnövekedés évében érvényes), így a számára juttatott kedvezmény csökken, kb. 3224 £-ra.

A rendszer tehát először az előző év jövedelme alapján számol, de ezt bizonyos körülmények közt újrakalkulálják, úgy, hogy hozzáigazítsák a juttatásokat az éppen befejeződő év kifizetéseihez. Bármely adott év alapján fizetett végső összeg következőképpen ugyanazon év jövedelmén fog alapulni. Mivel a folyó év jövedelmét nem ismerjük pontosan az év befejezte előtt, egyeztetésre van szükség. Tehát, szemléltetésképpen, a 2-es évben fizetendő juttatásokat az előző 1-es év jövedelme alapján számítják, de a 2-es év végén a kiutalt összeget újraszámítják a 2-es év jövedelme alapján, és a 2-es évben kifizetett összeget egybevetik azzal az összeggel, amit fizetni kellett volna, jövedelemnövekedés esetén figyelmen kívül hagyva a 2500 £-ot.

Akiknek a jövedelme a 2-es év során változik, kérhetik az adókedvezmények évközi módosítását. Ekkor a 2-es év jövedelmét újra felméri, és az újonnan kiszámított juttatást folyósítják az év hátralévő részében. Ez az új juttatási szint egy visszamenőlegesen megállapított kedvezményt jelent egész évre; vagyis a kedvezményt az összes elmúlt hónapra vonatkozóan újraszámítják az új, éves jövedelem fényében. Az év hátralévő juttatásaiban ez meg fog jelenni, ami azt biztosítja, hogy a fizetett kedvezmény rendszerint kiegyenlíti azt az összeget, amit a folyó jövedelem alapján fizettek, ahelyett, hogy csak az új éves átlagjövedelem alapján számolnának. Ezenfelül, függetlenül attól, hogy kéri-e az összegmódosítást a 2-es év közben, vagy sem, végül mindenképpen kiegyenlítik az év végi egyeztetés során. A 2-es évben felhalmozott alulfizetést egy összegben kompenzálják, a feltárt túlfizetést a 3-as évben rendezik, vagy adókedvezmény-csökkentés, vagy adónövelés formájában. Tehát az adókedvezmények rendszerét úgy tervezték, hogy reagáljon a körülményeknek a kedvezmény folyósítása közben történő változásaira, de bizonyos mértékig döntési lehetőséget is adjon az embereknek azt illetően, hogy a jövedelemváltozásra való azonnali választ, vagy az éves egyeztetést választják-e.

Mindent összevetve úgy tűnik, a bejelentéssel kapcsolatos kötelezettségek lazák, igen kevés előírást tartalmaznak az életkörülménybeli változások jelzését illetően, a jövedelemváltozásokat pedig egyáltalán nem kell bejelenteni. A rendszer elegáns, a kérdés azonban az, hogy miként fog működni a gyakorlatban. Ennek értékelésére először is számba kell vennünk, hogy egy év alatt valószínűsíthetően hány család körülményei változnak; másodsor hogy hányan jelentik ezeket a változásokat azonnal, és hányan az év végén; s végül, hogy milyen lesz az igénybevételi arány.

Hány esetben várható jövedelemváltozás?

Ahogy a fentiek során már említettük, a családok a változások két fő típusát kötelesek bejelenteni. Az első a családba tartozó felnőttek számának módosulása – ha egyszülősből kétszülő családdá válik, és fordítva. A pénzügyminisztérium tanulmánya nem tartalmaz ezzel kapcsolatos becsléseket. A *családokról és gyermekekről szóló kutatás (Families and Children Survey)* adatai szerint 1999–2000 folyamán az egyedülálló szülők 8 százaléka lépett párkapcsolatba, és az alacsony és mérsékelt jövedelmű pároknak kb. 6 százalékból lett egyedülálló szülő (Marsh and Rowlingson, 2002.).²⁸ Ez azt jelenti, hogy az összes gyermekek utáni adókedvezményben részesülők kb. 7 százalékanak változhat úgy a családi állapota egy 12 hónapos időszak alatt, ami miatt új kérvényt kell benyújtaniuk. A másik kötelezően jelentendő változás, ha a gyermeknevelés költségei megszűnnek, vagy ha legalább négy hétig jelentősen, több mint heti 10 £-tal csökkennek. A pénzügyminisztériumi jelentésben arra vonatkozóan sincs becslés, hogy vajon ez hány családot érinthet.

Arról viszont tartalmaz számításokat, hogy egy év alatt feltehetően hány család jövedelme változik. A következtetés szerint:

„...normál helyzetben évente kb. 750 000 olyan egyedülálló személy és pár nyújt be az adott éven alapuló jogosultsági kérelmet, akik kedvezménye a jövedelmük növekedése miatt változik. Számukra tanácsos a kedvezmény évközi korrekciójáért folyamodni, hogy csökkentsék a túlfizetés kockázatát. Ezzel szemben körülbelül 1 millió esetben várható a kedvezmény módosításához vezető jövedelemcsökkenés, amely során az érintettek szintén kérhetik az év közben a korrekciót.” (HM Treasury, 2002., 28. o.)

Körülbelül 5,75 millió családra terjed majd ki a gyermekek utáni adókedvezmény. A jövedelemváltozás által érintett 1,75 millió háztartás az összes háztartásra, nem pedig kizárólag a gyermekesekre vonatkozik. Mindenesetre ebből mégiscsak az következik, hogy a megváltozott jövedelmű családok az összes család tetemes hányadát képezhetik.

A pénzügyminisztériumi tanulmány nem nyújt előrejelzést a családokat érhető, másfajta változásokat illetően. A munkaidő megváltozása például nemcsak az odaítélt kedvezmény szintjét, hanem a jogosultságot is befolyásolhatja. Kisebb kivételektől eltekintve, mint pl. a táppénz vagy az anyasági segély ideje, a foglalkoztatottság állandó feltétel, ami azt jelenti, hogy a munkaórákkal kapcsolatos elvárásoknak a munkavállalói adókedvezmény és a gyermekgondozási ellátás folyósítása alatt mindig meg kell felelni. A 30 órás bónuszban részesülőknek is egész idő alatt eleget kell tenniük a 30 órás munkakövetelménynek. Hasonlóképpen, a pároknak járó gyermekgondozási ellátás mindkét szülőt általában heti 16 óra vagy annál hosszabb munkaidő teljesítésére kötelezi, így ha

²⁸ Ez egy 1999-ben kezdődött, gyermekes családokat érintő longitudinális vizsgálat (Marsh és társai, 2001.). Minden egyedülálló szülőt tekintve reprezentatív, de párok esetében eredetileg csak az alacsony és mérsékelt jövedelműekre. 2001 óta kiterjesztették az összes gyermekes családra, a jövedelemtől függetlenül.

TANULMÁNYOK

az egyik szülő nem dolgozik többé, vagy átlagos munkaidejében csökkenés áll be, a család elveszti a jogosultságot a gyermeknevelési költségek után járó támogatásra. Tulajdonképpen ezek a munkaidőbeli feltételek, amelyeket a pénzügyminisztériumi jelentés egyáltalán nem tárgyal, az adminisztráció szempontjából elég bonyolultnak bizonyulhatnak, mivel a szabályok *heti* munkaidőről, de *éves* jövedelemről beszélnek.

Kevés információ áll rendelkezésre arról, hogy elsősorban milyen családtípusokra terjedhet ki a jövedelemváltozás vagy a körülmények módosulása. A kizárólag a gyermekek utáni adókedvezményre jogosult, közepes jövedelmű családok számára viszonylag egyszerű a rendszer. Nem úgy az alacsony jövedelmű családok esetében, akik munkavállalói és gyermeknevelési adókedvezményre, valamint egyéb juttatásokra, pl. lakásfenntartási támogatásra is jogosultak. A Pénzügyminisztérium becslése szerint a 750 000 olyan háztartásból, ahol a jövedelemnövekedés befolyásolja a juttatást, várhatóan 100 000 lesz jogosult a maximális összegre, és 500 000 háztartás jövedelme kerül majd az első jövedelmi sáv alá. Az első jövedelmi sávhoz tartozó pontos jövedelemszint olyan tényezőktől függ, mint a családnagyság vagy a jogosultságra alapot adó gyermeknevelési költségek. De az első jövedelmi sáv alattiak közül sokan alacsony keresetűek, és főleg az alacsony jövedelmű háztartások azok, melyekben dönteni kell majd abban, hogy a jövedelemváltozást év közben jelentik-e vagy sem.

Az új adókedvezmények életbelépésének első évében (2003 áprilisától kezdve) minden kedvezmény megállapítása a 2002 áprilisában véget érő adóév jövedelme alapján történik. Ennélfogva a folyó jövedelem és az adókedvezmény alapjául vett jövedelem közötti időtartam nagyobb az első évben, mint amilyen majd akkor lesz, ha a rendszer már bejáratott módon működik. Ezért valószínű, hogy az első évben különösen nagy számban fognak újraszámításért folyamodni.

Mikor fogják a változásokat jelenteni?

Általában véve tehát nehéz megbecsülni azoknak a változásoknak a számát, melyeket a családok tapasztalhatnak az év során. Azt is nehéz megjósolni, hogy ezeket rögtön a megtörténtükkor (vagy kevéssel utána) bejelentik-e, vagy pedig év végéig nem jutnak nyilvánosságra. Egyes változások valószínűleg hamarabb kerülnek nyilvántartásba, mint mások. Ez vonatkozik azokra a változásokra, amelyeket a családok kötelesek bejelenteni, és azokra is, amelyeket nem kell azonnal közölni. Például azok a nők, akik egyedülálló szülővé válnak, gyakran folyamodnak jövedelempótlékért (*Income Support*), így ezen családok közül sokan ily módon kerülnek be a rendszerbe. De az új párkapcsolatot létesítő, korábban egyedülállók talán kevesebb valószínűséggel jelentik be ezt változásként, sokféle okból, de nem feltétlenül a család szándékával. A jövedelemtámogatási rendszer előrejelzései pl. arról számolnak be, hogy a partner bejelentésének elmulasztása az egyedülálló szülők juttatási rendszerében a csalásból és hibákból fakadó pénzvesztés 42 százalékát teszi ki. (DWP, 2000.) A jogosultságot befolyásoló körülménybeli változások

(mint például gyermekszülés, vagy ha a gyermek betölti a 16. életévét, változik a háztartásban élő felnőttek száma, módosul a munkaidő) meglehetősen jól látható változások, amelyekről a családok valószínűleg nem feledkeznek meg. De sok múlik a szabályok ismeretén és megértésén. Ez pedig nagymértékben függ az államkincstár tájékoztatási kampányának hatékonyságától.

A jövedelemváltozásokat illetően a pénzügyminisztériumi tanulmány megjegyzi, hogy „ha a változás megnöveli a fizetendő összeget, az nagy valószínűséggel megfelelő ösztönzést jelentene, hogy bejelentsek az adóhatóságnak a plusz támogatás fejében”. (HM Treasury, 2002., 20. o.) Eszerint várhatóan az (alulfizetéshez vezető) csökkenő jövedelmet jelenteni fogják, míg a (túlkompenzációt eredményező) jövedelemnövekedést talán kevésbé. Másrészt a juttatások igénybevételeéről szerzett több évtizedes tapasztalatok szerint az emberek valójában gyakran nem igényelnek olyan juttatásokat, amelyekre jogosultak lennének. A gyakorlatban, mint ahogyan a kutatások is egyértelműen kimutatták, sokszor már valamivel az igénybenyújtás előtt jogosultak lennének, de nem reagálnak azonnal. A párhuzam nem teljesen pontos, mivel az adókedvezményben részesülők már tagjai a rendszernek, míg az igénybejelentést elmulasztó juttatásra jogosult személyek nem. Mindazonáltal, ha az emberek hasonló magatartást tanúsítanak, mint a rászorultsági alapú juttatások esetében, akkor valószínűleg sok változás bejelentése elmarad, így minden bizonnyal az év végi elszámolás válik döntővé, amikor az államkincstár számba veszi ezeket. Ahogyan ez Ausztráliában is történt: az év végi elszámolás a családok jelentős számát érintheti.

Így, mint Thurley megjegyzi (2002., 7. o.), „a túlfizetések elkerüléséhez különösen fontos lesz a keresetek, a munkaidő és a gyermeknevelési költségek alakulásának időbeni nyomon követése és a jelentősebb változások regisztrálása”. A családoknak nem szükségszerűen kell részletes feljegyzéseket vezetni, de tudatában kell lenniük, mi az, amit jelenteni kell, és mi az, amit nem. A pénzügyminisztériumi jelentés nagyon bizakodó e tekintetben, s felhívja a figyelmet arra, hogy ezek a családok már ismerik az államkincstárt, és hogy ez kevesebb terhet jelent, mint a munkavállaló családok adókedvezményének bejelentési kötelezettsége²⁹, mivel egy újabb kérelem benyújtása minden 6. hónapban nem egyenlő azzal, hogy az ember bizonyos változásokat – és nem is mindegyiket – azonnal bejelent. Ez elég nagy kihívást jelentő feladat, és ha a családok hibáznak, és figyelmetlenségük miatt túl sokat kapnak, a jövőben esetleg kisebb adókedvezményekkel kell szembenéznük, vagy elesnek bizonyos összegektől, mert egyes juttatásokat (a változásokat követően) nem lehet visszadatálni három hónavnál korábbra. Mivel ezeket a kedvezményeket a szegény családok gyermekei fő támogatási formájának szánják, bármelyik hiba jelentős következményekkel járna a jövedelmükre és az életkörülményeikre nézve. Ha pedig elmulasztják jelezni a kötelező bejelentéshez kötött változásokat, akkor azt kockáztatják, hogy csalással fogják vá-

²⁹ „Az ilyen kedvezményezettnek általában lesz tapasztalatuk az államkincstárral való rendszeres kapcsolattartásról, és jelenleg minden évben kétszer kell igénylést benyújtaniuk.” (HM Treasury, 2002., 28. o.)

dolni őket. A Munkaügyi és Nyugdíjfolyósítási Minisztérium (*Department for Work and Pensions*) egyre inkább felismeri, hogy a csalások és tévedések elleni egyik legjobb módszer „a biztonsági szűrő”, az olyan rendszerek felállítása, amely inkább a szabályok nem értéséből fakadó túlfizetések kockázatát csökkenti, mintsem annak a veszélyét, hogy az emberek szándékosan próbáljanak csalni (DSS, 1999.). Ebből a szemszögből az adókedvezmények rendszerének gyenge pontja lehet a „gondatlanságból elkövetett csalás”, abban az esetben, ha az embereknek nem sikerül megérteniük a szabályokat.

Hogyan fog alakulni az igénybevételi arány?

A jövedelemhez kötött juttatások esetében mindig is nehéz volt magas igénybevételi arányt elérni. Az igénybevételi arányt két fő módon mérik: esetszám (a juttatásban részesülő jogosultak aránya) és a ráfordított kiadás (az igényelt pénzmenyiség aránya). Az utóbbi általában magasabb, mint az előbbi, mivel a magasabb összegre jogosultak sokkal nagyobb valószínűséggel veszik igénybe a juttatásokat. A munkavállaló családok adókedvezményének (*Working Families Tax Credit*) első évében (2000–2001) az igénybevételi arány az esetszám alapján 62–65 százalék között volt, és a kiadás tekintetében pedig 73–78 százalék (IR, 2002.).³⁰

Mindazonáltal nehéz ezekből a számokból az új adókedvezményt igénybe vevők számára következtetni, mivel a rendszerek igen eltérőek. Például: mivel semmilyen időszakosra sincs fix jogosultság, hanem ez a jövedelemmel és a körülményekkel párhuzamosan változik, az igénybevétel mérésének új eszközeire lesz szükség. Mindaddig, míg a jogosultságot szerzett családok valamilyen juttatásban részesülnek, adókedvezményt igénybe vevőknek minősülnek, még akkor is, ha nem az aktuális helyzetnek megfelelő pontos összeget kapják. Így fontos lesz majd a lehető legtöbb családot bevonni a rendszerbe. Van azonban e téren néhány bonyolult üzenet, amelyet az államkincstárnak meg kell értetnie. A potenciális igénylőknek fel kell tudniuk ismerni a lehetséges jogosultságukat, ezért fontos annak megértése, hogy a juttatást először az elmúlt adóév családi jövedelme alapján állapítsák meg. De azt is tudniuk kell, hogy ha a jövedelmükben és életkörülményeikben változás áll be, onnantól kezdve az aktuális jövedelmük alapján is megállapítható az összeg. Szintén meg kell érteniük, hogy néhány fajta változást jelenteni kell, míg másokat nem.

Az is fontos, hogy a juttatást megérje igényelni. Van némi alapja annak, hogy ebből a szempontból a közepes, illetve magasabb jövedelmű családok bevonása a rendszerbe különös kihívást jelenthet. Azok, akik csak a „családi komponensre” jogosultak, úgy érezhetik, hogy az összeg, amit kapnának, nem éri meg azt a fáradságot, amivel maga a kérvénye-

³⁰ Viszonyításként, működésének utolsó évében (1998–99) a családi kedvezmény (*Family Credit*) igénybevétele 66–70 százalékos körül volt az esetszámot, és 73–79 százalékos a kiadást tekintve. (IR, 2002.) Közvéleménykutatási adatok 2001-re enyhén magasabb igénybevételi arányt – 67 százalékot – mutatnak a munkavállaló családok adókedvezménye esetében. (Mc Kay, 2003.)

zés jár (mint már volt szó róla, az igénybevétel alacsonyabb a kisebb összegek esetében). Becslések szerint a gyermekek utáni adókedvezményt (ami nagyjából a családi komponensnek felel meg) 2000–2001 során a jogosultak 72 százaléka kapta meg. (IFS, 2002., 82. o.)

Az alacsonyabb jövedelmű családok körében a gyermekek utáni adókedvezmény igénybevétele magasabb lehet, mivel a szóban forgó összegek is magasabbak. Azon családok számára, akik jövedelempótlékban vagy munkanélküli ellátásban részesülnek, automatikusan a gyermekek utáni adókedvezmény maximuma jár. Ennek viszonylag egyszerűen kell működnie, mivel a két érintett adminisztratív szerv – a *Jobcentre Plus* és az államkincstár – rendelkezik a megfelelő (számítógépes) kommunikációs rendszerekkel.

De az alacsonyan fizetett munkát vállaló családok számára a helyzetet bonyolítja a többi kedvezmény és juttatás, amire jogosultak lehetnek. A munkavállalással kapcsolatos pénzügyminisztériumi érvelés szerint:

„a munkába állás biztonságosabb lesz – a családok továbbra is kapják a gyermekek utáni adókedvezményt, ha visszamennek dolgozni, anélkül, hogy újra kellene azt igényelniük. A gyermekek utáni adókedvezmény mindaddig maximális összegben jár minden család számára, amíg az éves jövedelmük el nem éri az évi 13 000 £-ot, biztos jövedelmet garantálva azoknak, akik a jóléti ellátásuktól a foglalkoztatás felé mozdulnak el.” (HM Treasury, 2002., 8. o.)

A maximális összeg viszont csak a gyermekek utáni adókedvezmény-nél jár, a munkavállalói adókedvezmény, vagy a gyermekgondozási ellátás esetében nem – ilyenkor valószínűleg mindkettőt igényelni kell majd. Az sem világos, hogyan kaphatják majd a gyermekek utáni adókedvezményt „az újrakérelmezés kötelezettsége nélkül”, mivel ezen a ponton szükségszerűen újra fel kell majd mérni a jogosultságot. De továbbra is a rendszeren belül lesznek, és változatlanul kapják a gyermekek utáni adókedvezményt, mialatt ez folyamatban van (a jelen rendszerrel ellentétben). Lehet, hogy ebben az értelemben a gyermekek utáni adókedvezmény megszakítás nélküli, de a rendszer egésze nem, és ez az, aminek hiányát a szegény családok majd érzékelik. Általában véve az egyes adókedvezmények közötti, illetve az adókedvezmények és más, foglalkoztatáshoz kötött támogatások (különösen a lakásfenntartási támogatás) közötti kapcsolattal nem elég részletesen foglalkozik a pénzügyminisztériumi beszámoló. De éppen ez a különböző juttatások közötti kölcsönös kapcsolat az, ami a világos megértést akadályozva átláthatatlanná teheti – ezáltal befolyásolva az igénybevételt – az adókedvezményeket az igénylők szemében, különösen az alacsony jövedelműek körében.

És a tanulságok?

A pénzügyminisztériumi jelentés említést tesz arról, hogy tanultak Ausztrália és Kanada példájából, és kiemeli, hogy az egyesült királyságbeli tervezet el fogja kerülni az Ausztráliában kialakult problémákat. Mi-

lyen mértékben sikerült ez? Mint korábban említettük, a majdani jövedelem alábecslésének általános tendenciájától eltekintve négy fő tényező volt, ami túlfizetést okozott az ausztrál rendszerben: a jövedelemváltozás a mérsékelt és átlagos jövedelmű munkavállalók körében; a második keresők megnőtt jövedelme (különösen a munkaerőpiacra visszalépő nők körében); az átalányösszegű gyermektámogatásban részesülés; és a tanulmányaikat befejező, évközben munkába álló gyerekek. Az Egyesült Királyságban a nappali tanulmányok abbahagyása miatt a jogosultsági körből kieső gyerekek ügyében ugyanolyan adminisztratív eljárásokat kellene alkalmazni, mint ami a családi pótlék (*Child Benefit*) esetében van érvényben.³¹ A gyermektámogatás problémája nem merült fel az Egyesült Királyságban, mivel ezeket a támogatásokat egyáltalán nem veszik figyelembe. Az Egyesült Királyságban nincs külön küszöb a második kereső jövedelmére vonatkozóan, mint Ausztráliában, úgyhogy ez a tényező is kevésbé fontos. De a teljes keresetek változása, tekintet nélkül arra, hogy az első vagy a második keresőé, valószínűleg ugyanolyan fontos momentum az Egyesült Királyságban, mint Ausztráliában.

Az évközi korrekcióval és évi végi egyeztetéssel kapcsolatos, egyesült királyságbeli javaslatokat azzal a céllal tervezték, hogy minimálisra csökkentsék az Ausztráliában felmerült problémák kockázatát. Ha az évközi változásokat bejelentik, a juttatásokat kumulatíván ezekhez fogják igazítani, hasonló módon ahhoz, ahogyan a PAYE hozzáigazítást végzik a jövedelemadónál. Nem így van ugyanez Ausztráliában, így még azok a családok is, akik bejelentették a változásokat, év végén azt tapasztalhatták, hogy még mindig rendelkeztek adóssággal. Az év végi egyeztetéskor az Egyesült Királyságban az alulfizetett családoknál egyösszegű a kifizetés – ilyenre az Egyesült Királyság juttatási rendszerében korábban nemigen volt példa, és ez a családi költségvetésben különös értéket képviselhet majd. Ellenkező esetben a 2500 £ figyelmen kívül hagyása „minimalizálni fogja a jelentős túlfizetés lehetőségét” (HM Treasury, 2002., 29. o.), ezáltal nagymértékben lecsökkentve azon családok számát, melyek az egyeztetési eljárás során egyébként adósságba keverednének, így alacsonyabb kedvezményhez jutnak a következő évben. Továbbá, mivel ez nem beszámított összeg, mindenkit egyformán érint, akinek jövedelme nő az év során, beleértve azokat is, akiknél a növekedés meghaladja a 2500 £-ot. Ez nagyban redukálja a túlkompensáció átlagos értékét is.³² A túlfizetett összegek megtérítésére javasolt mód (a következő megítélt juttatáson keresztül) az egyetlen, nagy összegű befizetés helyett, ami annyira népszerűtlennek bizonyult Ausztráliában, szét fogja teríteni az adósságok visszafizetését. Másrészt viszont ez ahhoz vezethet, hogy ha a családok juttatásaiból a korábbi túlfizetések miatt levonnak, olyan juttatá-

31 A családi pótlék 16 éven aluli gyermek vagy 19 év alatti nappali tagozatos tanuló gyermek után jár. Minden kedvezményezettnek értesítést küldenek, ha gyermekeik 16 éves kor felé közelednek, hogy ellenőrizzék, még mindig tanulnak, és így jogosultak-e.

32 Ez a nem beszámított összeg csökkenti a túlóra vagy a jól fizetett munka ellenőszönzőit is, illetve a második keresőkre ható ellenőszönzőket, mivel mindezen esetekben a család profitál a nem beszámított összegből. De ez a csökkentett ellenőszönző talán még mindig nem elég a második keresők biztatására. Az őszönzők témájáról további információért lásd: Bennett (2002.) és Brewer és társai (2002.).

sokat kapnak majd kézhez, melyek kevésbé kapcsolódnak az aktuális jövedelmükhöz, legalábbis amíg a túlfizetést ki nem egyenlítik.

4. Értékelés

A tanulmányban vizsgált, mindhárom rendszer ugyanazokra az alapokra épül – jövedelemfüggő pénzbeli támogatást nyújtanak az adórendszeren keresztül –, de mindegyik különböző kompromisszumokig jutott az egymással versengő célokat illetően. Hogyan értékeljük e rendszereket? Ebben a fejezetben elsőként összehasonlítjuk, hogyan kezelték az egyes országok a reakciókészséget (a juttatások megváltoztatásának a jövedelemváltásokra adott időzítését), majd elemezzük a három rendszert az adminisztratív terhek, az áttekinthetőség, a beavatkozó jelleg és az igénylő oldalán megjelenő együttműködési költségek, a méltányosság és a munkára ösztönzés szempontjából.

Az egyes rendszerek összehasonlító elemzése a reakciókészség szempontjából

Kanadától eltérően mind Ausztrália, mind az Egyesült Királyság rendszerét úgy tervezték, hogy az odaítélt adókedvezményeket hozzá lehessen igazítani az aktuális jövedelemhez. Kanadában a juttatások az előző adóév jövedelmén alapulnak, és komoly mértékben elavultak lehetnek. A kanadai rendszer nem próbál az aktuális jövedelemhez igazodni, így a gyermekek utáni juttatásokat gyakran nem növelik, ha a család jövedelme csökken (és fordítva, a kanadai juttatások akkor is járnak, ha a család jövedelme nőtt). Ha a jövedelempótló rendszer fő célja az, hogy olyankor nyújtson jövedelmet a családoknak, mikor szükségük van arra, akkor a kanadai rendszer sok család esetében nem tudja teljesíteni ezt a központi célt.

Ha a jövedelemfüggő gyermektámogató rendszer célja, hogy a gyermekes családok jövedelmét a jövedelemmel fordított arányban egészítse ki, akkor a jövedelemváltásra adott kései válasz aggodalomra ad okot. Elfogadható lenne-e, ha a gyermekjuttatásokat négy vagy öt évvel később fizetnék? Nyilvánvaló, hogy egy jövedelemteszten alapuló rendszerben a gyors reagálás hiánya egy bizonyos ponton túl megkérdőjelezi a rendszer alkalmazásának ésszerűségét. Ennek ellenére mind ez ideig az ausztrál és a tervezett egyesült királyságbeli rendszertől eltérően a kanadaiak egy rendkívül egyszerű rendszer létrehozása érdekében elfogadták a nagy kompromisszumot a hosszú átfutási idő javára.

A kanadai rendszernek viszonylag alacsonyabbak a juttatásai, mint az ausztrálnak és a tervezett egyesült királyságbelinek. (Battle és Mendelson, 2001.) Lehet, hogy a reakciókészség és egyszerűség közötti egyensúly a juttatások növekedésekor a reakciókészség irányába mozdul el? Talán az igény, hogy az aktuális jövedelemnövekedésre fokozottan reagáljanak, megnöveli a juttatások relatív arányát. Ebben az esetben a kanadai gyermekek utáni adókedvezmény elavult jövedelmeken alapuló,

többé-kevésbé problémamentes működése talán kevésbé lenne elfogadható, ha a kifizetett összegek az ausztrál vagy a tervezett egyesült királyságbeli szintűek lennének.³³ E vélekedésnek ellentmond a tényleges kanadai tapasztalat, ami ennek éppen az ellenkezője: az egyszerű és egyértelmű adókedvezmények kialakítása az elmúlt pár évben egybeesett egy stabil juttatásnövekedéssel. Nincs bizonyíték erre az időszakokra vonatkozóan az elégedetlenségre a kanadai rendszer reakcióképességének hiánya miatt. Sőt, sok kanadai szerint a rendszer egyszerűsége tette lehetővé a juttatások növelését.

Ugyanakkor bármely rendszerben belső korlátjai lehetnek a reakcióképességnek. Minden rendszer egy változó fizetéseket tartalmazó időszak átlagjövedelmével operál, hacsak nem esik pontosan egybe a számítás időszaka (ti. a jogosultság megszerzésének alapjául szolgáló időszak) és a kifizetési periódus (ti. a juttatások folyósításának időszaka), ilyen mértékben tehát nem lehet maximálisan reakcióképes. Mivel az ausztrál és az egyesült királyságbeli rendszereknek éves számítási időszakuk van, sokkal rövidebb folyósítási időszakokkal (heti-havi az Egyesült Királyságban, kétheti Ausztráliában), a reakcióképességnek ez a korlátja szükségszerűen felmerül ezekben az országokban.

Ráadásul mind Ausztrália, mind az Egyesült Királyság rendszerében az éves egyeztetést össze kell hangolni a reakcióképességgel, egy másfajta számítási és fizetési időszak bevezetésével. Ha például nem informálják a családok a kormányt azonnal bármely jövedelemváltozásról (és más fontos körülményváltozásról, mint a család összetételének módosulása), és ha nem történik meg rögtön a juttatások korrigálása, a felülvizsgált juttatások nem fognak igazodni az aktuális jövedelemhez. Ennek oka, hogy a juttatások korrekciójának kikerülhetetlen időbeli elhúzódása miatt a családokat egy bizonyos ideig túlfizetik, így az éves egyensúly érdekében később alul kell őket fizetni. Ez valóban látható az Ausztráliában legutóbb, 2002 szeptemberében bevezetett változtatások nyomán. Ha a jövedelem vagy a körülmények egy évben egynél többször változnak, a helyzet még bonyolultabbá válik, és a tényleges kifizetések soha nem fogják pontosan tükrözni a család aktuális jövedelmét, ehelyett egyfajta mozgó átlagot fognak megjeleníteni. Az Egyesült Királyságban előfordulhat a juttatások csökkentése a korábbi túlfizetések kiegyensúlyozására, ami egyben azt is jelenti, hogy a folyó jövedelem és juttatások nem fedik egymást.

A fenti megfontolásokat figyelembe véve megkérdőjelezhető, hogy a maximális reakcióképesség tulajdonképpen reális célkitűzés-e, mivel egy teljesen reakciókész rendszer valószínűleg erősen beavatkozó jellegű is lenne. Egy teljes mértéken reakciókész rendszer a kétheti vagy heti kifizetési periódusokkal párhuzamosan alkalmazott, kétheti vagy heti jövedelemfelmérést jelent. S bár gyakran rövidített számítási és fizetési időszakok képezik a szociális segélyek alapját, kevés kormány szeretne

33 A kanadaiak kaphatnak egy lehetőséget: a 2003. februári kanadai költségvetés bejelentette, hogy a maximális összegű kanadai gyermekek utáni adókedvezmény egy gyermekre a 2003. júliusi 2632 C\$-ról előreláthatóan 3243 C\$-ra fog nőni 2007 júliusáig. A második gyerek után járó, 2003-ban maximum 2432 C\$-os juttatás 2007-ig 3016 C\$-ra fog nőni, illetve a harmadik és minden további gyerek után járó 2427 C\$ ez idő alatt 3020 C\$-ra.

ilyen rendszert bevezetni a gyermekes családok többsége számára. A Egyesült Királyság kormánya számára egy ilyen rendszertől való elmozdulás a gyermekek támogatása terén az egyike a gyermekek utáni adókedvezmény felismert előnyeinek. Másrészt, az információs technika költségeinek folyamatos csökkenése és kapacitásának növekedése, továbbá az elektronikus átutalásoknak a készpénzfizetés gyors visszaszorulását okozó térhódítása folytán talán már nincs messze az az idő, amikor a juttatásokat kéthetente, igénylőlap benyújtása nélkül, automatikusan korrigálják. Természetesen a haladás ára a magánélet terén elszenvedett jelentős veszteség lenne.

Adminisztratív terhek

Mind az egyesült királyságbeli, mind az ausztrál rendszer sok család esetében túlkompenzációt eredményez, amit valamilyen formában vissza kell téríteni. A reakciókészség csökkentésén túl ez adminisztratív terhet is jelent a kormány és az igénylők számára is.

Ausztráliában felmerült, hogy a halmozódó túlfizetéseket inkább a kormánytól kapott kamatmentes kölcsönnek és nem egy enyhítendő problémának kellene tekinteni. A munkáspárti ellenzék a 2001-es választások során javasolta, hogy a családok 1000 A\$ értékig kölcsönt vehessenek fel jövőbeli családi ellátásaik terhére. Csakhogy mást jelent, ha az ember tudatosan vesz fel kölcsönt a majdani jogosultsága jogán, vagy ha visszamenőleg jön rá, hogy kölcsönt vett fel. Az első esetben feltételezhetően a családi juttatásokat csökkentenék az év során, hogy fokozatosan visszafizetődjön a kölcsön, és nem lenne probléma az év végén. Az éppen nem tervezett „kölcsönök” miatt az elszámolás valószínűen nem várt meglepetéssel szolgálna az érintetteknek, kivéve abban a valószínűtlen esetben, ha a családok családi juttatásaikat külön számlára helyezik, és profitálnak a túlfizetésekből. Annak közlése sem tűnik kívánatosnak a családoknak, hogy a rendszert kamatmentes kölcsön forrásaként kezeljék, készen a havi visszafizetésekre, kivéve, ha ez egy szándékos politikai döntés. Sőt, végül, akár figyelmeztették őket előre, akár nem, a családok nehezményeznék a kormánynak való visszatérítést, aminek egyértelműen és zajosan hangot is adnának a média és a politikusok előtt.

Nyilvánvaló, hogy az eredeti ausztrál rendszerben számos inhereus probléma volt. Politikai szempontból aligha mondható szerencsésnek az a tény, hogy egy új rendszer bevezetése közel 12 hónapos médiabeli ellenkampányhoz és politikai csatározásokhoz vezethet. Az első túlfizetett 1000 A\$ elengedése kb. 319 millió A\$ közvetlen, nem várt plusz költséget jelentett. Ez kevesebb, mint a családi adókedvezmény teljes kiadásainak 3 százaléka, de még így is jelentős összeget képvisel. A költség nem tartalmazza a kormány túlfizetésekre hozott megoldásának reklámozását, vagy az egyeztetési eljárások lebonyolításához szükséges, pótlólagos munkaerő felvételét sem, bár ezek messze nem olyan jelentősek, mint magának az engedménynek a költsége.

Az ausztrál politikusok egyik célja az előzetes jövedelemteszteléssel az volt, hogy széles választási lehetőséget adjanak a családoknak a jut-

tatások megszerzésében, mind a kifizetés módja, mind gyakorisága tekintetében.³⁴ Ausztráliában az előző rendszerben nem volt lehetőség arra, hogy a családok pótlólagos támogatásban részesüljenek, ha előzőleg túlbecsülték a jövedelmüket, így a folyó jövedelem előzetes megbecslésére tett kísérleteket nem tudták egyenlő módon kezelni. Az új ausztrál rendszerben az év végén van elszámolás, függetlenül attól, hogyan folyósították a pénzt – az adórendszeren keresztül egy összegben, vagy rendszeres levonások útján –, a végeredmény ugyanaz (feltéve, hogy nincs engedmény az adósságot illetően, és figyelmen kívül hagyják a szociális segély folyósítási idejét).

Mint ahogyan Ausztrália, Kanada és az Egyesült Királyság is bevezetett egy elszámolási időszakot. Mivel mindhárom rendszerben van elszámolás, mindegyikük a fizetési módok különböző változatait kínálhatja. Kérdés, értékeli-e különösképpen az igénylők, hogy választhatnak a fizetés módját és rendszerességét illetően. Idáig, a korai tapasztalatok szerint kevés család döntött az egyösszegű juttatás mellett Ausztráliában. Érdekes módon ez épp az ellenkezője az egyesült államokbeli helyzetnek, ahol a munkajövedelem utáni adókedvezményhez vagy egy összegben, vagy rendszeres csekk útján lehet hozzájutni, de az igénylők 99 százaléka az egyösszegű kifizetést választja. (Meyer, 2001.)

Átláthatóság, beavatkozó jelleg és az igénylő együttműködésének költségei

Egyszerűségének köszönhetően a kanadai rendszert könnyű megérteni, és minden juttatott könnyen kiszámolhatja a gyermekjuttatása alapját. Bár az ausztrál rendszer idővel kétségtelenül fejlődik és folyamatosan letisztul majd, mégis nehezen érthető marad. Ausztráliában kétfajta számítást kell figyelembe venni: a várható jövedelem alapján járó juttatás megállapítását, és az előző év jövedelme alapján végzett elszámolást. Az Egyesült Királyság rendszerében szintén lesz elszámolás, közvetlenül az elmúlt év jövedelmére vonatkozóan, az előző év jövedelme alapján járó kezdő juttatásokkal. Az Egyesült Királyságban is lehet korrigálni a juttatás összegét a túlfizetésre válaszul, és az egyeztetés során lehetséges 2500 £ elengedése. Ez minden adott időpontra vonatkozóan bonyolítja a juttatás összegének megértését.

Mind Ausztráliában, mind az Egyesült Királyságban nagy adminisztratív teher hárul a családokra, akiknek feljegyzést kell vezetniük a jövedelmi és körülménybeli adatokról és ezek változásairól, és tisztában lenniük a változások bejelentésére vonatkozó, gyakran eléggé komplikált szabályokkal. Az együttműködés ebből fakadó költségei magasak lehetnek. Például az ausztrál rendszer a kormánynak szolgáltatandó információ mennyiségét illetően sokkal inkább beavatkozó a családok szemszögéből (és ily módon pótlólagos adminisztratív költségekkel jár a kormány

³⁴ A támogatás szintje szintén jóval magasabb, mint 2000 júliusa előtt, és a megvonás arányai alacsonyabbak, de ez nem annak az eredménye, ahogyan az új rendszer kezeli a jövedelemváltozásokat.

számára). Ebből következően lehetséges, hogy a pótlólagos jelentési teher és a túlfizetés eshetősége csökkenti a program elfogadottságát, mind az igénylők, mind más szereplők részéről.

Egyes ausztrál vélemények szerint a túlkompenzáció problémája átmeneti, és néhány év múltán a családok képesek lesznek sokkal pontosabban megbecsülni a jövedelmüket. Valóban, a Szociális és Családügyi Minisztérium teljes erejével azon volt, hogy felhívja a családok figyelmét a jövedelembecslések frissítésére, és hogy segítséget nyújtson a túlfizetések elkerülése érdekében. Folyamatos gyakorlat az igénylők figyelmeztetése a becslések frissítésére, minden ügyfélfogadás alkalmával, illetve a médián keresztül. A túlfizetett igénylőknek tájékoztató leveleket küldenek ki a jövedelembecslést segítő tudnivalókkal, és a Családsegítő Hivatal (*Family Assistance Office*) a túlfizetés kockázatának csökkentésére segítséget nyújt a becslések módosításában. A másik lehetőség azon családok számára, akiknek különös nehézséget okoz előrejelezni a jövedelmüket, hogy a költségvetési év végén, amikor aktuális jövedelmük már tisztázott, egy összegben igényeljék a családi támogatást. A kockázatot úgy is csökkenthetik az igénylők, hogy a várható jövedelem keretei között a lehető legmagasabbra becslik a jövedelmet, azzal a biztosítékkal, hogy év végén kiegészítésben részesülhetnek.

Ez a megközelítés megfelel annak a nézetnek, hogy teljes mérvű összeegyeztetés szükséges, de bizonyos mértékben azon a reményen alapszik, hogy a családok pontosan képesek előrejelezni a jövedelmüket. Ráadásul mindig lesznek a rendszerbe újonnan belépők. Ez is tartósan magasabb adminisztratív terhet jelent a kormány és a családok számára, mint az előző rendszerben. Végül túl optimista az emberi természetet illetően. Hiszen miért ne becsülnék alá a jövedelmet a magasabb juttatások érdekében, abban reménykedve, hogy a kormány a kijelentései ellenére még egyszer elenged valamennyit a ráfizetett összegekből?

Alternatíva lehet az egyeztetéssel összekötött előzetes jövedelembevallás alapelveinek megtartása, de biztosítva, hogy kezdetben mindenkit alulfizetnek. Ezt úgy lehetne kivitelezni, hogy minden becsléshez egy „pufferösszeget” rendelnek hozzá. E megoldással az a gond, hogy ellentmond az aktuális jövedelemváltozásokra való reagálás céljának. A választási lehetőségeket is leszűkíti, és talán azokat sújtó büntetésnek tűnhet, akiknek becslése pontos, nem is beszélve azokról, akiknek jövedelme csökken az év folyamán. Továbbá a családok úgy reagálhatnak gyorsan, hogy becsléseikbe saját „ellenpuffereket” építenek be. Ezt állítván az is megjegyzendő, hogy a családok részére a jövedelembecslésük korrekciójára vonatkozó intenzív tanácsadás talán nem egyéb, mint az ugyanahhoz a célhoz vezető, sokkal bonyolultabb és göröngyösebb út.

Az Egyesült Királyság tervezett rendszerében szintén előfordulnak majd túlfizetések, de az ország tanult az ausztrál tapasztalatokból: a nem beszámított összegetől és a túlfizetéseknek a jövőbeli juttatásból való fokozatos levonásától a hátrányok minimalizálását reméli. A sors iróniája, hogy ez a reakciókészség feláldozásával jár, és ez az oka annak, hogy a rendszerben megengedték a túlfizetést. Vajon az a rendszer-e a reakciókészebb, amely visszamenőleg hajítja be az előző adóév jövedelméből következő túlfizetéseket, vagy az, amely a kezdetektől rögtön az előző év

jövedelme alapján fizet? A válasz nem magától értetődő, csak az idő, a tapasztalat és a körültekintő elemzés adhatja meg a választ.

A kanadai rendszerben nincsenek túlfizetések, és az együttműködési költségek is alacsonyak az igénylők számára. Az év folyamán fizetendő összeg ismert, és könnyen érthető. A már bevezetett havi csekkek rendszere biztos, és nem változik gyakran, amit úgy is fel lehet fogni, mint egy hónapról hónapra előre nem látható módszert. Az adminisztratív költségek alacsonyak a kormány és különösen a családok számára, akiknek nem kell semmilyen speciális igénylőlapot kitölteni, csupán egyszer a gyermek élete során (és a család összetételének változásakor). Az együttműködési procedúrának ez a hiánya valószínűleg megfelel az igénylők elvárásainak. Kanadában a gyermekek utáni adókedvezményben részesülők egy célcsoportját megkérdezték, hogy jobb lenne-e számukra egy nem beavatkozó, havi bejelentéseken alapuló rendszer, melynek révén a juttatás szintje a jövedelemváltozással párhuzamosan változna. A válasz egyértelműen és egyhangúan tagadó volt. Úgy vélték, hogy egy sokkal gyorsabban reagáló, de nagyobb beavatkozással járó rendszer egyértelműen előnytelenebb megoldást jelentene. Amennyiben ez a célcsoport reprezentatívnak tekinthető, a vizsgálat tanulsága szerint a munkavállaló családok inkább vállalnák annak kockázatát, hogy egy éven át nem kapnak teljes gyermekjuttatást, mint hogy beavatkozóbb legyen a rendszer. (Battle és Mendelson, 1997.) Ez a vélekedés persze függhet a juttatás nagyságától is – és más lehet az emberek reakciója, ha nagyobb összegekről lenne szó.

Méltányosság

Az ausztrál egyeztetési rendszert úgy alkották meg, hogy éves szinten egyenlő jogosultsági alapot teremtsen, függetlenül a folyósítás módjától és a jövedelmek év közbeni változásától. Ennek célja az volt, hogy biztosítsák a hasonló körülmények közt élő családok egyenlő bánásmódját.³⁵ A várható jövedelmekkel kapcsolatos bejelentések első évében azonban Ausztrália kénytelen volt a túlfizetésekből elengedni az első 1000 A\$-t. Ennek eredményeként a jövedelmüket alacsonyabbra becsülő családok végül valamennyivel magasabb juttatásokat kaptak, mint a pontosan ugyanennyi jövedelemmel rendelkező és azt pontosan felbecsülő családok. Az ausztrál kormány a rendszer második évében nem adott 1000 A\$ engedményt, így azonban sok kisebb összegű túlfizetéssel kellett számolnia. Az eredmény: növekvő méltányosság nagyobb adminisztrációs költségekkel és az átláthatóság rovására.

Az Egyesült Királyságban 2500 £ értékű állandó nem beszámított összeget építettek be a rendszerbe a túlfizetések csökkentésének eszközeként. Így az Egyesült Királyság rendszere kissé méltánytalan lesz, mivel az év közben jövedelmüket növelők jobban járnak majd, mint azok, akik-

35 Meg kell azonban említeni, hogy e rendszerek egyike sem szigorúan méltányos, mivel mindegyikben van egy egyenletes sáv, amelyen belül a különböző jövedelmekkel rendelkező családok ugyanolyan összegű pénzt kapnak kézhez.

nek sikerült jövedelmüket pontosabban megbecsülni az év elején. Például a múlt évben évi 10 000 £-ot kereső, majd az adott évben jövedelmét évi 15 000 £-ra növelő család juttatását csak 12 500 £ után fogják odaítélni, míg egy olyan család, amely 15 000 £ éves átlagjövedelemmel kezdi és zárja az évet, nem kapja meg a 2500 £ levonást. Sok család számára a nem beszámított jövedelem 925 £ értékű, ami nem egy jelentéktelen összeg. Egy 15 000 £ jövedelmű család számára ez az adózás előtti jövedelem kb. 6 százalékát jelenti.

A kanadai rendszer egyenlő bánásmódban részesíti az ugyanakkora jövedelemből, hasonló körülmények közt élőket, de inkább az elmúlt adóév, mintsem a folyó jövedelem alapján. A kanadai módszer „visszamenőleg méltányos”.

Reakciókészség és munkára ösztönző hatás

Nagyon kevés információ áll rendelkezésre ahhoz, hogy a különböző reakciókészségű rendszereket a munkára ösztönző hatás szempontjából közvetlenül elemezzük. Kanadában az ellenösztönzőket csökkentették, mivel a juttatások nem követik azonnal a jövedelemnövekedést (mint ahogy ez korábban az Egyesült Királyságban történt, a családi adókedvezmény, illetve a munkavállaló családok adókedvezménye esetében). Ausztráliában vegyesek az érvek. A rendszer reakciókészebbnek tűnik, így a munkával szembeni ellenösztönzőknek nagyobbak kellene lenniük, és be kellene következnie az ismerős „szegénységi csapdának” (lásd Barr, 1998). De az a tény, hogy az igénylőknek értesíteniük kell a hivatalt, mielőtt a juttatásokat korrigálják (azaz a jogosultságok változnak, nem a juttatások), és hogy a korrekciót nem feltétlenül végzik el a költségvetési év végéig, annyit jelent, hogy a juttatásveszteség a jövőben jelenik meg, ezáltal nem számolnak vele, és bizonytalan (például lehet, hogy a jövedelemnövekedést a költségvetési év végén megint csökkenthetik). A magas szintű túlfizetések azt mutatják, hogy az elmúlt két év alatt a tényleges magatartásra a potenciális munka-ellenösztönzők nem hatottak – az emberek igen jelentős számban egyszerűen tovább növelték a jövedelmüket. Az ellentétes helyzet viszont nem mérhető – milyen mértékben vállalnának munkát, ha a rendszer kevésbé volna reakciókész? Talán az ausztrál rendszer legfontosabb lehetséges hatása az, hogy csökkentette a rendszerrel kapcsolatos közmegelegedést. Az Egyesült Királyság esetében egyszerűen nehéz előrejelezni a munkára ösztönző hatást. Pozitív lehet, hogy a nem beszámított jövedelem révén egy bizonyos szintig a jövedelemnövekedés nem vezet az adókedvezmény csökkentéséhez. Másrészt a rendszer nem igazán átlátható, és ha az emberek nem tudják megérteni, esetleg vonakodnak majd kockára tenni a juttatást a jövedelmük növelésével.

5. Összegzés

A 2-es számú táblázat átfogó értékelést tartalmaz a három ország gyermekellátásainak erősségeiről és gyengéiről, a következő kulcsszempon-
tok szerint: időben adott reagálás a jövedelemváltozásokra, adminisztratív terhek, a rendszer átláthatósága és az igénylők járulékos költségei, továbbá méltányosság és munkára ösztönző hatás.

Az Egyesült Királyságban született tervezet egyik célja, hogy elmozduljanak egy teljesen reakciókész rendszertől, mint amilyen a jövedelem-
pótló-támogatás megítélése, ahol a heti kifizetések a heti aktuális jöve-
delemhez és viszonyokhoz kapcsolódnak, tehát minden ezekben történt
változást azonnal jelenteni kell. Egy ilyen rendszer méltányos lehet abból
a szempontból, hogy a juttatások minden igénylő esetében ugyanolyan
módon kötődnek a jövedelemhez. Többé-kevésbé áttekinthető is lehet, a
bejelentés módjával kapcsolatos kötelezettségek bonyolultságától függő-
en. De nagymértékben beavatkozó az igénylők számára, és jelentős ad-
minisztrációs költségekkel is jár. Sokkal közvetlenebb negatív hatása le-
het a munkavállalásra is, mivel a juttatásokat hamarabb csökkentik a
keresett jövedelemmel arányban, bár ez ellensúlyozható magas nem be-
számított jövedelem alkalmazásával.

Az Egyesült Királyság új tervezete elveti a kanadai modellt is – ami
hasonló a családi adókedvezmény és a munkavállaló családok adóked-
vezménye rendszeréhez –, amelyben a jövedelmet egy bizonyos időszak-
ra nézve mérik és a juttatásokat egy másik után fizetik, tekintet nélkül
a jövedelmi vagy körülménybeli változásokra. Egy ilyen rendszert na-
gyon könnyű adminisztrálni, nem beavatkozó az igénylők számára, és
nem okoz számukra az együttműködés során számottevő járulékos költsé-
geket. Méltányos abból a szempontból, hogy az azonos jövedelmű és
azonos körülmények közt élő családokat egyformán kezeli, jóllehet in-
kább az elmúlt adóév jövedelme, mintsem az aktuális jövedelem az, ami
számít. A munkát ösztönző hatása csekély, mert a juttatásokban nem
jelenik meg rögtön a jövedelemnövekedés.

Az Egyesült Királyság és Ausztrália rendszerének sok közös pontja
van, de eltérő, hogy Ausztrália az előzetes, az Egyesült Királyság pedig
a visszamenőleges jövedelmet veszi kiindulópontnak. Ezután bizonyos
változásokra mindkettő a történet időpontjában próbál reagálni, másokra
pedig az éves egyeztetés során. Ennek folytán ezek az igénylők szem-
szögéből eléggé összetett rendszerek, mind az adminisztrációt, mind az
együttműködési költségeket és a beavatkozó jelleget tekintve. Különösen
vonatkozik ez az Egyesült Királyságra, ahol számos adókedvezmény és
munkaviszonyhoz kötött ellátás (*in work benefits*) van. A méltányosságot
az Egyesült Királyságban gyengíti a nem beszámított összeg. Ebben az
országban nehéz előrelátni a munkára ösztönző hatást. Pozitív lehet,
hogy a nem beszámított összeg eredményeként a jövedelemnövekmény
egy részét nem terhelik adókedvezményből eszközölt levonások. Más-
részt a rendszer nem igazán átlátható, ami csökkentheti az igénybevé-
telt.

Az éves egyeztetés rendkívül újnak számít az Egyesült Királyság jut-
tatási rendszerében és a legtöbb adófizető számára is, akik jelenleg a

PAYE-rendszeren keresztül fizetik személyi jövedelemadójukat, és nem nyújtanak be éves adóbevallást (ellentétben a kanadaiakkal és az ausztrálokkal). Az ausztrál tapasztalatok néhány lehetséges problémára hívják fel a figyelmet. A fő tanulság az államkincstár számára, hogy döntő kérdés: biztosítják-e, hogy minden potenciális igénylő kellő időben megkapja a megfelelő információt és tanácsadást.

Úgy tűnik, az Egyesült Királyság átvett valamennyit a kanadai és az ausztrál rendszerből is. De megtalálta-e a helyes egyensúlyt? A jövedelemfelmérés a gyakorlatban sosem lehet egy időben egyszerű és reakciókészs. Mindig egyensúlyozni kell egy egyszerű, de az igénylő aktuális körülményeit nem pontosan tükröző rendszer és egy sokkal összetettebb, de az igénylő szükségleteihez részletesen igazodó rendszer között. A kihívás annak eldöntésében rejlik, hogy mikor éri meg a kompromisszum. Vagy talán inkább a kanadai rendszer egyszerűsége és hatékonysága mellett kellett volna döntenie az Egyesült Királyságnak, annak árán, hogy nem reagál az aktuális szükségletekre? Talán kisebb mértékben kell szembesülnie az ausztrál nehézségekkel, ha a kormánynak való visszafizetésre kötelezi az embereket? Vagy megtalálta-e az Egyesült Királyság a helyes utat a kettő között? A kérdés az Egyesült Királyság számára abban rejlik, hogy egy ilyen kompromisszumban egy mindenki számára ésszerű, elfogadható rendszert alkot, vagy pedig ellenkezőleg, teljes kudarcot vall egy senki számára sem kielégítő megoldással.

2. táblázat *A jövedelem- és körülményváltozások kezelési alternatíváinak értékelése*

	Ausztrália	Kanada	Egyesült Királyság
Reakciókészség	Magas	Igen alacsony	Magas
Adminisztratív terhek	Magas	Igen alacsony	Magas
Átláthatóság	Alacsony–mérsékelt	Magas	Alacsony–mérsékelt
Az igénybevevők költségei	Magas	Igen alacsony	Magas
Méltányosság	Magas (az engedményt leszámítva)	Magas	Mérsékelt
Munkára ösztönző hatás	Pozitív?	Pozitív	Pozitív?

Függelék

Az Egyesült Királyság adókedvezményei: a jövedelemteszt alkalmazásának módja

Az adókedvezmény jogosultsági alapjának kiszámítására használt jövedelem az éves bruttó jövedelem, bármilyen adó- vagy társadalombiztosítási levonás előtt. Párok számára ez a közös jövedelem, és az igénylőlap szerint mindkét tagnak információt kell szolgáltatnia és alá kell írnia az űrlapot. A tőke nem számít a jövedelembe, de a tőkéből származó jövedelem (az első 300 £-ot leszámítva) igen. Az adóköteles szociális juttatá-

TANULMÁNYOK

sok szintén beleszámítandók a jövedelembe (pl. özvegy anyák ellátása, rokkantgondozási ellátás, a járulékfizetésen alapuló munkanélküli segély, a munkaképtelenek juttatása, özvegyi nyugdíj) (*Widowed Mothers Allowance, Invalid Care Allowance, contributory Jobseeker's Allowance, Incapacity Benefit, Widow's Pension*), de néhány elemet részben nem számítanak be (pl. heti 100 £-ot az anyasági ellátásból) (*Statutory Maternity Pay*). A munkából vagy önfoglalkoztatásból származó jövedelmek mind beszámítandók.

Az adókedvezmények számos elemből állnak (lásd az A1-es táblázatban), amelyeket összeadnak annak érdekében, hogy a maximális jogosultságot állapítsák meg a családnak. Így pl. egy heti 30 órát dolgozó, egygyermekes, egyedülálló szülő maximális jogosultsága a következő lenne:

1525 £ (munkavállalói adókedvezmény alap), plusz 1500 £ (munkavállalói adókedvezmény egyedülálló szülőknek), plusz 620 £ (munkavállalói adókedvezmény 30 órás munkaidő után), plusz 545 £ (gyermekek utáni adókedvezmény családi komponense), plusz 1455 £ (gyermekek utáni adókedvezmény gyermekkomponense) – összesen 5640 £. Ezenkívül 819 £ értékben járna családi pótlék (*Child Benefit*).

A számítás több lépésben történik, a következőképpen (National Council for One-Parent Families, 2002; Thurley, 2002.):

- 1. lépés: az adókedvezmény maximális összegének kiszámítása a család különböző jogosultságainak figyelembevételével; a napi összeg kiszámítása, megszorozva a releváns időszak napjainak számával. A különböző elemek összeadása a „releváns időszakra” vonatkozóan. A releváns időszak akkor ér véget, ha olyan változás áll be, amely befolyásolja azon összetevők maximális összegét, amikre az igénylő jogosult (pl. 30 óra munkaidő fölé emelkedés, újabb gyermek a családban, csökkenés a gyermeknevelési költségekben, változás a család felnőtt tagjai számában).

- 2. lépés: a releváns időszak bruttó jövedelmének kiszámítása: az előző adóév jövedelme, kivéve, ha a jelenlegi jövedelem több mint 2500 £-tal alacsonyabb (a jelen jövedelem figyelembevétele), vagy 2500 £-tal magasabb (a jelen jövedelem mínusz 2500 £ figyelembevétele).

- 3. lépés: az első jövedelemküszöb kijelölése (5060 £ a munkavállalói adókedvezménynél és 13 230 £ csak a gyermekek utáni adókedvezménynél) és az összeg kiszámítása a releváns időszakra.

- 4. lépés: a jövedelem összehasonlítása a küszöbértékekkel.

- 5. lépés: a jogosultság kiszámítása a releváns időszakra: ha a jövedelem a küszöb alatt van, a család a maximális összeget kapja. Ha a jövedelem a küszöbértéknél magasabb, a maximális összeget a különbözet 37 százalékával csökkentik. A csökkentés először a munkavállalói adókedvezménynél, majd a gyermekgondozási ellátásnál, végül a gyermekek utáni adókedvezmény gyermekkomponensénél lép életbe. A családi komponens a második küszöb (50 000 £) átlépéséig jár, majd 6,67 százalékos csökkentés (15£ után 1£) lép életbe.

Az Egyesült Királyság gyermekek utáni és munkavállalói adókedvezményei 2003–2004*

	Összeg (£)
Munkavállalói adókedvezmény (foglalkoztatottak számára)**	
Alap (személyenként)	1525
Pároknek és egyedülálló szülőknek (páronként/egyedülálló szülőként)	1500
30 óra után (párok esetén lehet közösen 30)	620
Fogyatékkal élő munkavállalók után	2040
Fogyatékkal élő munkavállalók után, emelt szinten	865
Gyermekgondozási ellátás (párok esetén mindkét szülőnek legalább heti 16 órát kell dolgoznia)	
Jogosultságot eredményező maximális költség egy gyermek után	heti 135***
Jogosultságot eredményező maximális költség két vagy több gyermek után	heti 200
A juttatásra jogosító fedezett költségek százaléka	70%
Gyermekek utáni adókedvezmény (családok eltartott gyermekkel)	
Családi komponens (családonként)	545
Családi komponens, csecsemőpótlékkal (az első életévben)	545
Gyermekkomponens (gyermekenként)	1445
Fogyatékkal élő gyermek után (gyermekenként)	2155
Fogyatékkal élő gyermek után, emelt szinten (gyermekenként)	865
Jövedelmi küszöbök	
Első jövedelmi küszöb	5 060
Első csökkentési arány	37%
Második jövedelmi küszöb	50 000
Második csökkentési arány	6,67 %
Első jövedelmi küszöb azok számára, akik csak GYAK-ra jogosultak	13 230

*Minden számadat £/évben értendő, ha nincs más megjelölés.

** Fogyatékkal élők és a gyermekek számára a munkaidő-követelmény legalább heti 16 óra. 25 év fölötti egyedülállók részére (25 év alatt nem jogosultak) és gyermektelen párok részére a munkaidő-követelmény legalább heti 30 óra.

*** A gyermeknevelési pótlék heti és nem éves bontásban jelenik meg, mivel a négy-heti gyermekgondozási juttatás határozza meg a jogosultságot.

Forrás: HM Treasury, 2002. A1-es táblázat

Fordította Taller Ágnes

Irodalomjegyzék

- Australian Bureau of Statistics (2001): *Income Distribution, 1999–2000*. Catalogue No. 6523.0. Canberra: Australian Bureau of Statistics
- Australia, Commonwealth Ombudsman (2003): *Own Motion Investigation into Family Assistance Administration and Impacts on Family Assistance Office Customers*. Report under section 15 of the Ombudsman Act 1976, Canberra, http://www.ombudsman.gov.au/publications/information/Special_Reports/family_assistance_2003feb.html

TANULMÁNYOK

- Barr, N. (1998) *The Economics of the Welfare State* (3rd edn). Oxford: Oxford University Press
- Battle, K. and Mendelson, M. (eds) (2001): *Benefits for Children: A Four Country Study*. Caledon Institute of Social Policy, supported by Joseph Rowntree Foundation. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy
- Battle, K. and Mendelson, M. (eds) (1997): *Child Benefit Reform in Canada: An Evaluative Framework and Future Directions*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy
- Bennett, F. and Hirsh, D. (2000): *The Employment Tax Credit*. York: York Publishing Services for the Joseph Rowntree Foundation
- Bennett, F. (2002): 'Gender implications of current social security reforms', *Fiscal Studies*, Vol. 23, No. 4, pp. 559–84.
- Bradshaw, J. and Frinch, N. (2002): *A Comparison of Child Benefit Packages in 22 Countries*. Research Report No. 174. London: DWP
- Brewer, M., Myck, M. and Reed, H. (2001): *Financial Support for Families with Children: Options for the New Integrated Child Credit*. Commentary No, 92. London: Institute for Fiscal Studies
- Brewer, M., Clark, T. and Wakefield, M. (2002): 'Social security in the UK under New Labour: What did the third way mean for welfare reform?' *Fiscal Studies*, Vol. 23, No. 4, pp. 505–37
- Commonwealth of Australia (2001): *Consideration of Additional Estimates*. Committee Hansard, Senate, Community Affairs Legislation Committee, Wednesday 30 May 2001, Canberra
- Commonwealth of Australia (2002): *Consideration of Additional Estimates*. Committee Hansard, Senate, Community Affairs Legislation Committee, Thursday 21 February 2002, Canberra
- DSS (Department of Social Security) (1999): *A New Contract for Welfare: Safeguarding Social Security*. Cm 4276. London: The Stationery Office
- DWP (Department of Work and Pensions) (2002): *Fraud and Error in Claims for Income Support and Jobseeker's Allowance*. London: National Statistics
- Duncan, A. (2002): 'Promoting employment through welfare reform: lessons from the past, prospects for the future' the 2002 R I Downing Lecture, 10th September 2002. Melbourne: Faculty of Economics and Commerce, University of Melbourne
- Hirsch, D. (2000): *A Credit to Children: the UK's Radical Reform of Children's Benefits in International Perspective*. York: York Publishing Services for the Joseph Rowntree Foundation
- House of Commons, Social Security Committee (2001): *Integrated Child Credit, Second Report, Session 2000–2001, HC 72*. London: The Stationery Office
- HM Treasury, (2000): *Tackling Poverty and Making Work Pay – Tax Credits for the 21st Century*. The Modernisation of Britain's Tax and Benefit System, Paper No. 6. London: The Treasury
- HM Treasury, (2002): *The Child and Working Tax Credits*. The Modernisation of Britain's Tax and Benefit System, Paper No. 10. London: The Treasury
- Inland Revenue (IR) (2001): 'New Tax Credits; supporting families, making work pay and tackling poverty', a consultative document. London: Inland Revenue
- Inland Revenue (IR) (2002): *Working Families Tax Credit: Estimates of Take-up Rates in 2000–2001*. London: Inland Revenue
- Institute of Fiscal Studies (IFS) (2002): *Green Budget*. London: IFS
- Marsh, A., McKay, S., Smith, A. and Stephenson, A. (2001): *Low-Income Families in Britain: Work, Welfare and Social Security in 1999*. Department of Social Security Research Report No. 138. Leeds: Corporate Document Services
- Mars, A. and Rowlingson, K. (2002): *Low/Moderate Income Families in Britain: Changes in 1999 and 2000*. DSS Research Report No. 165. Leeds: Corporate Document Services

- McKay, S. (2002): *Low-Income Families in Britain: Work, Working Families Tax Credit and Childcare in 2000*. DWP Research Report No. 161. Leeds: Corporate Document Services
- McKay, S. (2003): *Working Families Tax Credit in 2001*. DWP Research Report No. 181. Leeds: Corporate Document Services
- Meyer, D. (2001): 'Benefits for children: the US', in K. Battle and M. Mendelson (eds) *Benefits for Children: A Four Country Study*. Caledon Institute of Social Policy, supported by Joseph Rowntree Foundation. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy
- National Council for One-Parent Families (2002): *Tax Credits and One-Parent Families*. London: The National Council for One-Parent Families
- Naylor, N., Abbott, R. and Hewner, E. (1994): *The Design of the Ontario Child Income Programme*. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy
- Stanton, D. and Fuery, M. (1995): 'Developments in Family Payments since 1983', *Social Security Journal* (Department of Social Security, Canberra), December, pp. 120–54
- Statistics Canada (2001): *Income in Canada 1999*. Catalogue No. 75-202-XIE. Ottawa: Minister of Industry
- Thurley, D. (2002): 'Tax Credits', *Welfare Rights*, August
- Whiteford, P. (2001): 'Benefits for children, Australia', in K. Battle and M. Mendelson, (eds) *Benefits for Children: A Four Country Study*. Caledon Institute of Social Policy, supported by Joseph Rowntree Foundation. Ottawa: Caledon Institute of Social Policy

MAGYAR ZSÓFIA

A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében¹

Kutatásommal arra vállalkozom, hogy a már meglévő szolgáltatások eddigi helyzetét egy egységes szempont szerint bemutassam, hogy milyen szervezeti egységben, milyen végzettséggel, milyen feladatkörrel, milyen feltételekkel működnek. Kutatásom célja, hogy tényként beszélhessünk a magyar kórházi szociális munkások működési módjáról.

A klasszikus szociális intézmények tárgyi feltételeiről és dolgozóik helyzetéről folyamatos felmérések készülnek a módszertani intézményeknek köszönhetően, viszont az integrált intézményekben dolgozó szociális munkásoknak nincs semmiféle koordináló intézményük, szervezetük, amelyek figyelemmel kísérik az ő helyzetüket. Különböző felméréseket olvashatunk a szociális munkások (Pék, 2000) és külön az egészségügyi dolgozók (Pikó–Piczil, 2000) helyzetéről, de tudomásom szerint a kórházakban dolgozó szociális szakemberek körülményeiről nem készült átfogó felmérés.

Elsődleges célom, hogy átfogó képet kapjunk arról, jelenleg hány kórházban működik kórházi szociális munkás, illetve szociális feladatokat ellátó szakember.

További cél a hazai kórházi szociális munka helyzetének megismerése a kórházakban működő szociális munkások, illetve szociális szakemberek közvetlen megkérdezése révén.

Bevezető

A WHO (World Health Organization) egészség-fogalmát alapul véve – amely szerint az egészség a teljes testi, szellemi és társadalmi jólét állapota, és nem pusztán a betegség vagy fogyatékoság hiánya – a magyar egészségügynek is egyre inkább el kell fogadnia, hogy a medicinális ke-

¹ A szerző köszönetet mond Dombi Gábornak a kérdőívek módszertani feldolgozásában nyújtott segítségért.

zelések mellett a szociális problémákkal is foglalkoznia kell. A legtöbb jóléti országban ez már nem is kérdéses. A kórházi szociális munkások egyenrangú és elengedhetetlen munkatársai az egészségügyi szakembereknek mind a betegek kezelésénél, mind a népegészségügyi programok kialakításánál, megvalósításánál.

A szociális munkások egészségügyi intézményekben való alkalmazását törvény nem írja elő, csak az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről szóló 60/2003. (X. 20) ESZCSM rendelet mellékletében jelölik meg, mint „szükséges” szolgáltatást.

Az egészségügyi szolgáltatást nyújtó intézmények a rendelet teljesítésére mindig újabb és újabb haladékokat kapnak. Az alacsonyabb szintű szabályozásnak és a rendeletek teljesítésének hazai gyakorlatát ismerve megengedhető az a kijelentés, hogy az országban még mindig vannak olyan kórházak, amelyek nem rendelkeznek kórházi szociális munkás státussal. Továbbá a törvényi rendelkezés hiányában nem tisztázott a szolgáltatás létrehozásának mikéntje sem.

Mindezek ellenére bizonyos szakmai kapcsolatok és gyakorlatok révén tudni lehet, hogy a szakmában dolgozók megjelentek a hazai kórházakban, változatos felállásban, eltérő feltételekkel és különböző szintű munkavégzéssel. Ugyanakkor a szociális munka e területe sem engedheti meg, hogy bizonyos idő elmúltával szakmai protokollok, koncepciók nélkül működjön, ha résztvevői egyenrangú tagjaivá akarnak válni a gyógyító teamnek, ha valóban professzionális szintű munkavégzést akarnak garantálni. A hazai koncepció kialakításához már tények, tapasztalatok kellene, hogy ez valóban alkalmazható legyen, és valós kérdések, dilemmák megvitatását tárgyalja.

Kutatásommal arra vállalkozom, hogy a már meglévő szolgáltatások eddigi helyzetét egy egységes szempont szerint bemutassam, hogy milyen szervezeti egységben, milyen végzettséggel, milyen feladatkörrel, milyen feltételekkel működnek. Kutatásom célja, hogy tényként beszélhessünk a magyar kórházi szociális munkások működési módjáról.

A klasszikus szociális intézmények tárgyi feltételeiről és dolgozók helyzetéről folyamatos felmérések készülnek a módszertani intézményeknek köszönhetően, viszont az integrált intézményekben dolgozó szociális munkásoknak nincs semmiféle koordináló intézményük, szervezetük, amelyek figyelemmel kísérenék az ő helyzetüket. Különböző felméréseket olvashatunk a szociális munkások (Pék, 2000) és külön az egészségügyi dolgozók (Pikó–Piczil, 2000) helyzetéről, de tudomásom szerint a kórházakban dolgozó szociális szakemberek körülményeiről nem készült átfogó felmérés.

Elsődleges célom, hogy átfogó képet kapjunk arról: jelenleg hány kórházban működik kórházi szociális munkás, illetve szociális feladatokat ellátó szakember.

További cél a hazai kórházi szociális munka helyzetének megismerése a kórházakban működő szociális munkások, illetve szociális szakemberek közvetlen megkérdezése révén.

Hipotézisek

Az előzmények ismeretében az alábbi feltételezésekből indultam ki:

1. A kórházakban különböző végzettségű szakemberek látják el a szociális feladatokat.

2. Még mindig vannak olyan, fekvőbeteg-ellátást nyújtó intézmények, amelyek nem rendelkeznek kórházi szociális munkás státussal.

3. A kórházi szociális szakember a legtöbb esetben szervezetileg az ápolási igazgató felügyelete alatt áll.

4. Ha egy intézményben több kórházi szociális szakember van, akkor a legtöbb esetben együtt dolgoznak, és más szakmák képviselőivel is folyamatos munkakapcsolatot alakítanak ki.

5. A mai kórházi szociális szakemberek feladatköre a szociális ügyintézésnél és a közvetlen problémamegoldást igénylő feladatoknál már szélesebb kínálatot mutat.

6. A kórházi szociális szakemberek hatékony munkavégzéséhez szükséges feltételek többnyire nem adóttak.

7. Az integrált intézményekben dolgozó szociális munkások igénylik a másoddiplomás képzés létrehozását, illetve feltételezem, hogy a törvényi szabályozás hiányossága miatt többen nem vesznek részt a kötelezően előírt továbbképzési rendszerben.

A kutatás módszere

A vizsgált személyek a hazai egészségügyben foglalkoztatott kórházi szociális munkások, illetve szociális szakemberek. A vizsgálni kívánt alanyokról hivatalos adatbázis még nem áll rendelkezésünkre, így egyedül a munkahelyek alapján lehet őket elérni.² Ebből következően az előzetes mintavételi keret az összes hazai fekvőbeteg ellátást nyújtó kórház. Pontos számokról és címükről az *Orvosi Információs és Oktató Rendszer*³ egészségügyi adatbázisából nyertem képet, némi kiegészítéssel és aktualizálással. A különböző kórházi egyesítések és időközbeni megszüntetések következtében az intézmények száma 157.

Először telefonon mértem fel, hogy mely kórházak alkalmaznak kórházi szociális munkásokat, illetve szociális szakembereket. Úgy véltem, hogy az ápolási igazgatóktól, illetve – saját tapasztalatom alapján – a humánpolitikai igazgatóktól, humánpolitikai osztályvezetőktől ismerhetem meg ezeket az adatokat. E kiindulási ponttal viszont azt kockáztattam, hogy kihagyom a felmérésből azokat a szociális szakembereket, akik az osztályvezető főorvosok, illetve más vezetők alá tartoznak. Ezt a kockázatot a megjelölt vezetőkkel való, a telefonos beszélgetéssel és az engedélykérő levélben lévő hivatkozással próbáltam csökkenteni, így tehát kis fenntartással kell kezelni azt az adatot, hogy a 157 kórházból 99 kór-

² A kézzelfogható adatbázis hiánya miatt kicsit részletesebben ismertettem a mintavétel módját.

³ Interneten a <http://www.medlist.com> alatt található.

ház jelezte: alkalmaz kórházi szociális munkást, illetve szociális szakembert.

Elsődlegesen a szociális szakemberek nevét, kórházon belüli pontos elérhetőségét akartam megkapni, de a fent említett személyektől (egy-egy esetben az ápolási igazgatók helyetteseitől) több esetben nem tudtam meg a szükséges információkat. A név megtagadásakor a felettesek adatvédelmi előírásokra hivatkoztak, illetve közölték, hogy bármilyen felmérés csakis rajtuk keresztül történhet. Így többnyire azt tudtam meg, hogy egy kórház hány szociális szakembert alkalmaz.

A vezetőkkel való beszélgetéskor rögtön beleütköztem abba a nehézségbe, hogy ki is számít kórházi szociális munkásnak. A magyarországi szociális munka előzményeinek ismeretében számításba vettem azon dolgozókat is, akiknek nincsen szakirányú felsőfokú végzettségük, de szociális feladatokat látnak el. Így az előzetes felmérés alapján a vizsgált populációba kerültek azok a lelkeszek, lelkipogondozók (összesen 3 fő) is, akik a lelkipogondozói munkájuk mellett a szociális feladatokat is magukra vállalják, illetve a szociális asszisztensek, akiket szociális munkásként alkalmaznak. A vizsgált populáció 216 fő lett.

Az adatgyűjtést az adatvédelem szabályainak megfelelően 2003 szeptemberében egy, 31 kérdésből álló – többnyire zárt kérdéseket tartalmazó – önkitöltő kérdőívvel végeztem el. A kérdőívek az érintettekhez postai úton, a legtöbb esetben az ápolási igazgatókon keresztül jutottak el. A kérdőívvel együtt küldtem el a feletteseknek és a főigazgató-főorvosoknak címzett, engedélykérő leveleket is. A határidőre 52 kérdőív érkezett vissza. A sürgető levél lehetőségével nem éltem, de a feldolgozás lezárásának idejét két héttel meghosszabbítottam, így összesen 146 db kérdőív jött vissza, vagyis 68 százalékos a visszaérkezési arány, amely az elemzés szempontjából – a szakirodalom alapján – jó eredménynek mondható.⁴

Elemzés

A kérdésekre adott válaszok elemzése előtt, az előzetes felmérés alapján megállapíthatjuk, hogy Magyarországon a kórházak 63 százalékában alkalmaznak kórházi szociális munkást, illetve szociális szakembert. Az Orvosi Információs és Oktató Rendszer egészségügyi adatbázisa alapján készített kategóriák szerint a következő megoszlást láthatjuk az 1. ábrán. Mindegyik megyében minimum egy kórház alkalmaz szociális szakembert. Mind a négy egyetem alkalmaz szociális munkást, de nem mindegyik klinikáján. A kórházak létszáma alapján 100 százalékos a lefedettsége Győr-Moson-Sopron, Békés, Hajdu-Bihar, Bács-Kiskun, Pest megyéknek. A legkevesebb szociális státussal rendelkező kórház az országos (40%), állami fenntartású intézményeknél (36%) és Veszprém megyében (33%) található.

⁴ Az adatfeldolgozás az SPSS for Windows 10.0 programmal történt. Az adatelemzésnél elsősorban az egyváltozós szerinti megoszlást veszem alapul, bizonyos kérdéseknél pedig a két-, illetve többváltozós elemzés lehetőségével élek a statisztikai szignifikancia-próbák figyelembevételével. Az adatváltozókon belül a legtöbb esetben az értékelhetetlen, hiányos válaszokat kizártam, így bizonyos kérdéseknél az elemzési egység változó.

TANULMÁNYOK

1. ábra *Magyarország szociális státusokkal rendelkező kórházai – fenntartó, illetve megyei bontásban – N = 157*

Forrás: Az előzetes felmérés eredményei

Adatok a kórházi szociális szakemberekről

A szociális szférára jellemző tendencia itt is felfedezhető, miszerint az egészségügy területén működő segítő szakemberek között a női nem képviselteti magát nagyobb százalékban. *(Lásd 2. ábra)*

2. ábra *A válaszadók nemek szerinti megoszlása N = 146 fő*

A válaszadók életkori megoszlását nézve azt látjuk, hogy többnyire (61%) a fiatalabb korosztály (18–40 évesek) alkotja a szociális szakemberek táborát. A 18–25 évesek között találjuk a tanulmányi szerződéssel dolgozókat és frissen diplomázottakat.

3. ábra A válaszadók életkori megoszlása N = 146 fő

Az előzetes várakozásokhoz képest meglepő a válaszadók szakmai végzettségének az aránya. (Lásd 4. ábra) A válaszadók majdnem háromnegyede (69%) a szakiránynak megfelelő szociális diplomával rendelkezik, így összességében a szociális végzettséggel rendelkezők aránya 84 százalék. Viszont még mindig magas a nem szakirányú képzettséggel rendelkezők száma (23 fő). A végzettség szerinti megoszlás nem mutat összefüggést az életkorral, de az megállapítható, hogy a 41 év felettek körében is magasabb a szociális diplomával rendelkezők aránya, és a 18–25 év között találunk (5 fő) nem szociális végzettségűt is.

4. ábra A válaszadók szakmai végzettsége N = 144 fő

A további adatok értelmezése szempontjából jó látnunk, hogy az adatközlők mely megyékben dolgoznak, milyen fenntartású és hány ágyas intézmények keretei közt végzik a munkájukat.

A következtetések szempontjából mindenképpen pozitív, hogy az összes megyéből érkezett vissza kérdőív, és a telefonos felmérés alapján végzett kutatásnak az eredményéhez közelít a válaszadók megoszlási aránya. (Lásd 5. ábra)

TANULMÁNYOK

5. ábra Az adatközlők megyekódja N = 146 fő

A fenntartók szerinti megoszlást nézve elsősorban a megyei, illetve a városi önkormányzat intézményeiből kaptam adatokat.

1. táblázat Az adatközlők intézményeinek fenntartói

Fenntartó	Esetszám	%
Megyei önkormányzat	61	41,8
Városi önkormányzat	39	26,7
Fővárosi önkormányzat	19	13,0
Egyház	5	3,4
Állam /Egyetem	8	5,5
Állam / Országos intézet	9	6,2
Megyei és Városi önkormányzat közösen	1	0,7
Közhasznú Társaság	1	0,7
Gazdasági és Közlekedési Minisztérium	1	0,7
Honvédelmi Minisztérium	1	0,7
Alapítvány	1	0,7
Összesen	146	100

Legfőképpen a 400–1200 ágyas kórházak dolgozói válaszoltak.

2. táblázat Az adatközlők kórházainak ágyszáma

Ágyszám	esetszám	%
200 alatt	17	11,6
201–400	20	13,7
401–800	40	27,4
801–1200	31	21,2
1201–2000	22	15,1
2001–2500	2	1,4
2500 felett	14	9,6
Össz	146	100,0

Adatok a kórházi szociális munkás státusok kialakulásáról

Mivel törvény nem írja elő a kórházi szociális munkások alkalmazását, így fontos megnéznünk, hogy elsősorban kik szorgalmazták a szociális munkás státusok létrehozását az egészségügyi intézményekben. A 6. ábrán jól látható, hogy a legtöbb esetben az ápolási igazgatóknak tulajdonítják a státusok létrehozásának kezdeményezését. Az osztályhoz rendelt státusoknál pedig feltehetően az osztályvezető főorvosok voltak a kezdeményezők. Kettő a területi Gyermekjóléti Szolgálat vezetőjére hivatkoztak, amely azt mutatja, hogy a Gyermekjóléti Központok számára kötelezően előírt kórházi szociális munkások alkalmazását bizonyos helyeken már megvalósították. A minőségbiztosítási tanácsadókat senki nem jelölte meg. Az egyéb kategóriában kettő hivatkoztak a minimumfeltételre, kettő pedig – tévesen – a törvényi előírásra. Megemlézték még közbenjáróként az ápolási osztály főnővérét, a pszichiátriai gondozó vezetőjét, és egy esetben a pszichológust is.

6. ábra. A kórházi szociális munkás státusok létrehozásának szorgalmazói
N = 143 fő

A „Mióta van az Önök intézményében kórházi szociális munkás státus?” kérdést többen a saját működésük kezdetére vonatkoztatták, illetve nem tudtak rá válaszolni, így kissé fenntartással kell kezelni a kapott eredményeket. A válaszok alapján két tendenciát rajzolódik ki: az egyik az össz-számot mutatja, hogy hány státus jött létre adott évben, a másik pedig külön a pszichiátriai státusok megalakulásának az idejét. (Lásd 7. ábra) Egyes helyeken már rögtön a rendszerváltás után létrehoztak szociális munkás státusokat, amelyeket valószínűleg szociális szervezők vagy egyéb végzettségű szakemberek töltöttek be. Igazából az 1990-es évek közepétől jött létre a legtöbb státus, ami összefügg azzal a ténnyel, hogy ebben az időszakban kerültek ki a legelső diplomások is a képzésekből. 1994 előtt Borsod-Abaúj-Zemplén, Győr-Moson-Sopron, Jász-Nagykun-Szolnok, Somogy, Tolna, Vas és Békés megyében alakították ki státusokat. A státusok létrehozása mind a mai napig aktuális kérdés, mivel körülbelül még 58 kórházból (37%) hiányzik a szociális munkás. A telefonos felmérés során több ápolási igazgató is jelezte, hogy szeretnének alkalmazni szociális munkást, de pénzügyi kereteik jelenleg ezt nem

TANULMÁNYOK

teszik lehetővé. Egy-két helyen viszont nem tartják fontosnak a szociális munkás alkalmazását, mivel úgy gondolják, hogy a nővérek a saját munkájuk mellett a szociális feladatokat is el tudják látni.

7. ábra A kórházi szociális munkás státusok kezdetének az éve az adatközlők szerint $N = 101$ fő

A státusok minőségét jelzi, hogy milyen formában hozták létre. A válaszadók 85,6 százaléka főállásban végzi a munkáját, tizennégyen (9,6%) más munkakör ellátása mellett, öten (3,4%) félállásban, akik közül két fő nyugdíjasként (egyikük havi 60 órában) és ezen kívül egy fő pedig vállalkozási megbízással.

Az adott kórházban a szociális szakemberek megnevezése, megszólítása is sokat elárulhat arról, hogy mennyire ismerik a szociális munkást, hogyan értékelik, mennyire sikerült az elődök szerepéből kilépni. A válaszadók legnagyobb részét a „kórházi szociális munkás” névvel illetik, de használják a „szociális munkatárs” megnevezést is (15,1%), ami azt sejteti, hogy őket egyenrangú partnerként kezelik az egészségügyi dolgozókkal. (Lásd 8. ábra) A „szociális nővér” egyértelműen elutasítandó megszólítás, a szociális szakemberek egy részének mégis azzal kell szembesülnie, hogy sokan még mindig nem tudnak különbséget tenni a két munkakör között. Sőt, a „kórházi szociális munkás” megnevezést megjelölők 22,2 százaléka is panaszkodott arról, hogy olykor őket is szociális nővérnek hívják, a betegek és a dolgozók egyaránt. Néhányan azt is jelezték, hogy ilyenkor helyesbíteni szoktak. Az egyéb megnevezésekben 13-an jelezték, hogy egyszerűen csak szociális munkásnak hívják őket. Vannak, akit szociális tanácsadónak, szociális ügyintézőnek, szociális előadónak, szocioterapeutának neveznek. Ebben a kategóriában szerepel a „lelkész” és két „lelkigondozó” megjelölés, amely indokolt a fő munkakörüket nézve.

8. ábra Az adatközlők megnevezése, megszólítása az intézményükben N = 146 fő

A kórházi szociális munka szervezeti elhelyezkedése

A szociális munkás státusok szervezeti elhelyezkedése fontos tényező a szakma elfogadottsága, besorolása, és nem utolsó sorban az önállóság gyakorlása szempontjából. Három tényezőt érdemes megvizsgálni, az előbb említettek fényében. Az egyik, hogy ki gyakorolja a munkáltatói jogkört a szociális szakember felett, a másik, hogy ki a közvetlen szakmai vezetője, és a harmadik, hogy mekkora ellátandó egységet bíznak rá.

A legtöbb esetben (89%) a kórházi igazgatóság vezetői (elsősorban az ápolási igazgatók) közül kerülnek ki a szociális munkások munkaadói. (Lásd 9. ábra) Az osztályvezető főorvosokhoz elsősorban a pszichiátriai osztályon dolgozó szociális munkások tartoznak. Az „egyéb” kategóriában a klinikákon dolgozó szociális munkások a kari, illetve az egyetemi főnövéreket jelölték meg munkaadóként, egy fő pedig a területi Gyermekjóléti Szolgálat vezetőjét, az ápolási igazgatóval közösen. Ez utóbbi esetben a szociális munkás bérét pályázati pénzből finanszírozzák.

9. ábra A válaszadók munkáltatói N = 146 fő

A szociális munkások szakmai felettesei szempontjából már nagyobb a szóródás. (Lásd 10. ábra) A főigazgatók már kevésbé jelennek meg a felettesi körben, ezt a jogkört leosztják az ápolási igazgatóknak, az osztályvezető főorvosoknak, illetve amennyiben lehetséges, a szociális cso-

TANULMÁNYOK

portok vezetőinek. Az adatok alapján az ápolási igazgatók egy része szintén továbbadja a szakmai irányítás jogát, jobb esetben az intézményben működő szociális csoport vagy részleg vezetőjének, aki feltehetően nagyobb szakmai hozzáértéssel rendelkezik. Az „egyéb” kategóriában a kari főnövérek mellett a pszichiátriai gondozó, a kórházhoz kapcsolódó drogambulancia, lelkipogozói és gyermekjóléti szolgálat (plusz az ápolási igazgató) vezetőjét jelölték meg szakmai felettesüknek.

10. ábra A válaszadók szakmai felettesei

A szociális munkások közel felének (44%) a tevékenysége a kórház valamennyi osztályára kiterjed, bizonyos helyeken leszámítva a pszichiátriát vagy egy másik osztályt. Az egyéb kategóriában tízen jelezték, hogy több különböző osztályt is ellátnak (kettőtől tízig terjedve). A válaszadók jelentős százaléka (25%) dolgozik csak pszichiátrián. (Lásd 11. ábra) Többen vannak, akiknek munkája a belgyógyászatra (7 fő), egy-egy személynek pedig csak a traumatológiára, rehabilitációs osztályra, ortopédiára, onkoradiológiára, neurológiára, szemészetre, fül-orr-gégészetre terjed ki. Többen jelölték meg a pszichiátriai gondozót, illetve a járóbeteg-ellátást (4 fő) az ellátandó területük között.

A mutatók alapján a szociális munkások munkájának hatóköre összefüggésben áll a kórházi ágyszámokkal. A 800 ágy alatti kórházakra jellemzőbb inkább az összes osztály ellátása, de van egy olyan válaszadó, akire 1200 feletti ágy jut. A 2500 feletti ágyszámmal rendelkező intézményeknél pedig több, vagy egy-egy osztály jut egy szociális munkásra.

11. ábra A válaszadók munkájának hatóköre N = 144 fő

A kórházi szociális szakemberek munkakapcsolatai

Az ellátandó feladatok előtt érdemes megnézni, hogy milyen felállásban dolgoznak a kórházi szociális szakemberek. Egyedül vagy más szociális szakemberekkel együtt, és ha többen, akkor vajon szociális csoportot alkotnak-e. Az együttműködésnél fontos tényező a munkakapcsolatok milyensége is, mind a szakmabeliekkel, mind az egészségügyi, illetve más szakemberekkel.

Az alábbi ábrán azt láthatjuk, hogy a válaszadók egyötöde egyedül dolgozik az intézményében. (Az előzetes felmérés szerint is a kórházak 52 százalékban egy szociális szakember tevékenykedik, azaz a teljes létszámot nézve a kórházi szociális munkások körülbelül 24 százaléka egyedül látja el a szociális feladatokat.) Ahol pedig több szociális szakember van, ott általában valamilyen kontaktus megvalósul, de csak kis százalék (6,2%) jelezte, hogy minden esetben együtt dolgoznak. Leginkább az eseti munkakapcsolat jellemző.

12. ábra A válaszadók munkakapcsolatai az intézményükben lévő kórházi szociális munkásokkal N = 144 fő

TANULMÁNYOK

A több szociális szakembert foglalkoztató intézményekben kérdés, hogy a munkatársak szociális csoportot alkotnak-e. A 13. ábra alapján azt láthatjuk, hogy az összes válaszadóknak kicsit több mint az egyharmada szociális csoporttagként működik. A fenti eredményekkel összevetve az is észrevehető, hogy a szociális csoport nem féltetlenül jelenti azt, hogy a tagok minden esetben együtt dolgoznak.

Az együttdolgozáson túl kérdés, hogy a szociális csoportban dolgozóknál vajon működik-e a végzettség szerinti munkamegosztás. A kapott eredményt némi fenntartással kell kezelni, mivel ennél a kérdésnél már 14-gyel többen tartották magukat szociális csoporttagnak. Az alábbi ábra alapján az látható, hogy a végzettség szerinti munkamegosztás nem jellemző. Ennek hátterében valószínűleg az is ott állhat, hogy az egyes helyeken azonos végzettségű munkatársak dolgoznak együtt.

13. ábra *Tagja-e szociális csoportnak? N = 146 fő*

14. ábra *Szociális csoport esetén milyen munkamegosztás van? N = 69 fő*

Egy beteg szociális problémájának komplex megoldását a legtöbb esetben egy interdiszciplináris szociális csoport tudja biztosítani, melyben a hatékonyság egyik kulcsát az adja, hogy a különböző végzettségű szakemberek folyamatosan együtt dolgoznak, egymás számára könnyen elérhetőek, a kliensek minél gyorsabb ellátása érdekében. A kérdésre adott összetett válaszokból kiderült, hogy a kérdőívben említett szakemberek az intézményen belül elérhetőek, de nagyon kevés esetben tagjai a szociális csoportnak. (Lásd 15. ábra) A legjellemzőbb, hogy csak eset kapcsán keresik meg őket a szociális szakemberek. Leginkább a pszichológussal, a jogással és a kórházi lelkészekkel van kapcsolatuk. Az önkéntesek bevonása és a szociális asszisztensek alkalmazása még nem gyakori a hazai intézményekben. Az egyéb szakemberek között említették meg a területi szociális intézmények munkatársait, a (gyógy-) foglalkoztatókat, a karitatív szervezetek vezetőit, az orvosokat, főnövéreket, akikkel szintén folyamatos kapcsolatot tartanak fenn. Ezenkívül a betegjogi képviselőt, védőnőt, gyógytornászt és ketten egy szociálpolitikust is megje-

löltek, akivel folyamatos kapcsolatot tartanak. Itt kérdés lehetne, hogy a legutóbb említett személy milyen pozícióban dolgozhat.

15. ábra *A válaszadók munkakapcsolatai az egyéb szakemberekkel*

16. ábra *A szociális szakemberek véleménye az egészségügyi szakemberekkel való munkakapcsolatukról N = 146 fő*

A szociális szakembereknek az egészségügyi szakemberekkel való kapcsolattartása a munka jellegéből adódóan elkerülhetetlen, így igazából az a kérdés, hogy milyennek ítélik meg az előbb említett dolgozókkal a viszonyukat. A válaszok alapján elég egyoldalú kép tárul elénk. (Lásd 16. ábra.) A válaszadók egyértelműen megfelelőnek tartják az adott munkakapcsolataikat. Különösen a főnővérekkel és az ápoló személyzettel való viszonyukat tartják teljes mértékben kielégítőnek, akikkel együtt a

leginkább érintettek a betegek ellátásában. Talán az osztályvezető főorvosok azok, akikkel kicsit kevesebben jönnek ki. Két személy egyáltalán nem tartja megfelelőnek a kapcsolatát a főorvosokkal, hatan pedig a kórház vezetőségével állnak hadilábon.

A kórházi szociális szakemberek által ellátott feladatok

A szakma gyakorlati megvalósulását és egyben a megítélését is mutatja, hogy a kórházi szociális szakemberek mely feladatok elvégzését vállalják fel. A Kórházi Szociális Munkások Vezetőinek Társasága által megállapított 19 feladatkört (Hobschman, 1983) sorra véve láthatjuk, hogy a hazai kórházi szociális szakemberek tevékenységköre még mindig igen szűk. (Lásd 3. táblázat)

A többség munkájának (76,5 %) nagy részét a közvetlen segítségnyújtás teszi ki, az elbocsátás előkészítésével és az anyagi, szervezési feladatok ellátásával együtt. A közvetlen segítségnyújtás a szociális munka módszereinek alkalmazását jelenti, ami az egyszerű szociális ügyintézésnél több, kiterjedtebb. Ez összhangban áll azzal, hogy a válaszadók jelentős százaléka felsőfokú képesítéssel rendelkezik, vagyis mélyebb szakértelmet adó ismeretekkel bír. Az előbbi feladatokhoz szorosan kapcsolódik az információnyújtás a különböző szolgáltatásokról, és a közvetítő szerep vállalása a területi intézmények felé. A kórházon belüli érdekvédelmi feladatok ellátását viszont már kevesen (13,8%) vállalják, ez valószínűleg összefügg azzal, hogy elvileg már mindegyik kórházban alkalmaznak betegjogi képviselőt. A nemzetközi gyakorlatban igen magasra értékelt pszichoszociális feladatok ellátása (Szabó, 1994) a hazai gyakorlatban még valóban kisebb mértékű. A betegfelvétel előkészítése is kevésbé jellemző. Bizonyos osztályokon, érthető módon, ezt a feladatot nem is lehet megvalósítani, például a baleseti sebészeti osztályon, de vannak olyan helyek, ahol jobban elő lehetne segíteni a betegek adaptációját, ahol a szociális problémák időben való megismerésével hatékonyabb és teljesebb körű munkát lehetne végezni, például a belgyógyászati osztályokon.

A válaszadók 28,3 százalék mondta, hogy a munkájuk nagy részét a szociális rizikótényezők szűrése teszi ki. A pszichoszociális értékelést már többen végzik (54,5%). Ez utóbbi feladatok ellátása a pszichiátrián dolgozóknál még gyakoribb arány (10%). Jelentős azoknak a száma (82,1%), akiknek a feladataik között kisebb vagy nagyobb mértékben szerepel a felvilágosító munka jogi ügyekben. Az önszorgató csoportok szervezése nagyon kevés helyen (11,7%) jelenik meg egyértelmű feladatként.

A szociális szakember véleményének, megállapításainak az elismerését jelenti, ha a kórházi teamben is lehetősége nyílik konzultálni, jelentést adni. Ez az út a válaszadók egynegyede számára még nem járható. A területi intézményekkel való esetkonzultáció szintén nem egyértelmű.

Az egészségvédelmi, prevenció munkában való tevékenykedés a kórházi keretek között igen korlátozott, így nem meglepő, hogy kevesen (8,3%) jelölték meg egyértelmű feladatukként. Az oktatásban való részvételt nagyban meghatározzák a területi és intézményi adottságok, mivel

csak ott tud oktatni a szociális munkás, ahol egészségügyi, illetve szociális képzés folyik. A lehetőségekhez mérten viszonylag magas azoknak a száma (45%), akik valamilyen szinten az oktatásban tevékenykednek vagy továbbképzéseket szerveznek. A válaszadók elenyésző száma jelezte, hogy kutatási területen, illetve magasabb szinteken munkálkodik. Az egyéb tevékenységek kategóriáján belül a mentálhigiénés feladatokat, az önkéntes segítők koordinálását, az egészségügyi dolgozók számára nyújtott szociális munkát jelölték meg.

3. táblázat A válaszadók által ellátott feladatok nagyságrendben kifejezve
N = 145 fő

	Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét %-ban	Teljes mértékben	Össz.
Informálás a kórházi, illetve szociális szolgáltatásokról	6,9	54,5	32,2	6,2	100
Kapcsolatfelvétel területi szociális intézményekkel	3,4	19,3	55,9	21,4	100
Betegfelvétel előkészítése	64,1	24,1	9,0	2,8	100
Szociális rizikótényezők szűrése	31,7	40,0	22,1	6,2	100
Pszichoszociális értékelés, pl. szoc. anamnézis felvétele, dokumentálása, referálása az egészségügyi teamben	21,4	24,1	27,6	26,9	100
Közvetlen segítő tevékenység (esetmenedzselés), pl. segítő beszélgetés, betegvezetési feladatok, krízisintervenciók eljárások, kapcsolatépítés a családdal	4,8	17,9	37,2	40,0	100
Anyagi és szervezési segítség (ügyintézési feladatok, pl. rokkantsági nyugdíj, segély stb.)	4,1	20,0	48,3	27,6	100
Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	17,9	57,9	15,9	8,3	100
Felvilágosító tevékenység a betegséggel, gyógyítással kapcsolatosan (a kezelő személlyel közösen)	42,8	36,6	13,1	7,6	100
Életmódalakító és támogató (önsegítő) csoportok szervezése	54,5	33,8	6,2	5,5	100
Érdekvédelmi feladatok ellátása, pl. kórházon belül felmerülő problémák, viták esetén	49,7	36,6	6,9	6,9	100
Elbocsátás előkészítése (pl. házi gondozói szolgálat, szociális otthoni elhelyezés stb.)	5,5	17,9	37,9	8,6	100
Esetkonzultáció és esetreferálás a kórházi team-ben	23,4	39,3	23,4	13,8	100
Esetkonzultáció és esetreferálás a területi intézmények felé	28,3	42,1	23,4	6,2	100
Részvétel a kórház működésének tervezésében és kialakításában	79,3	17,9	0,7	2,1	100

TANULMÁNYOK

	Egyáltalán nem	Kisebb részét	Nagyobb részét %-ban	Teljes mértékben	Össz.
Közösségi egészségvédelmi és preventív munkában való részvétel	52,4	39,3	6,2	2,1	100
Oktatás és továbbképzések szervezése, pl. egészségügyi és szociális szakemberképzésben való részvétel	55,2	35,2	7,6	2,1	100
Kutatás a kórházi szociális munka területén	77,2	18,6	2,1	2,1	100
Egészségügyi-szociálpolitikai koncepciók formálása	81,4	15,2	2,1	1,4	100
Egyéb	35,7	42,9	21,4	0,0	100

Az, hogy ki milyen feladatot lát el, nagy mértékben függ attól is, hogy az intézmény mit vár el a szociális dolgozótól, illetve hogy a potenciális klienseknek mekkora körét bízta rá. A válaszadók háromnegyede nyilatkozta azt, hogy a szociális feladatok mellett egyéb tevékenységek ellátására is rákényszerül. (Lásd 17. ábra)

17. ábra *Megbízák-e egyéb, nem szociális feladattal? N = 145 fő*

A kórházi szociális szakemberek eseti leterhelése változatos képet mutat. (Lásd 18. ábra) A válaszadók jelentős százaléka (41,7%) igen magas esetszámmal dolgozik (200 felett/év), amely a szakmailag elfogadható határokon túl van. Sajnos a válaszokból nem derül ki, hogy ezek közül hány az esetmenedzseléssel és hány az információnyújtással kapcsolatos eset. Az esetszámok nem mutatnak összefüggést azzal, hogy mekkora a szociális szakemberek hatóköre. Az ágyszámmal sincsen összefüggés, de az ágyszámok növekedésével relatíve magasabb az esetszám.

18. ábra *A válaszadók – beclés alapján számított – éves esetszámai N = 144 fő*

A kórházi szociális szakemberek munkakörülményei

Személyi feltételek

A professzionális szociális munka megvalósítása egy nagyobb intézményben már több szociális szakember meglétét feltételezi. Az ellátandó feladatok között vannak olyanok, amelyek átadhatóak lennének középfokú ismeretekkel rendelkező szakembereknek is, a hatékonyabb munkamegosztás érdekében. A válaszadók nagyobbik része (60,4%) viszont nem igényelné az utóbb említett munkaerőt, inkább képzett szociális munkásokkal bővítenék (41,7%) a szolgáltatásukat, illetve kis százalékuk (14,6%) a meglévő szociális szakemberekkel módosítaná a munkakapcsolatát. (Lásd 19. ábra) A szociális munkást igénylőknek több mint a fele (58,3%) nem jelezte, hogy hány fővel bővítené a keretet, a másik fele pedig döntően 1 főre (25,7%), de volt, aki 14 főre tartana igényt. Az igények megléte, illetve hiánya nem mutat összefüggést azzal, hogy hány ágyas kórházban dolgozik a válaszadó.

19. ábra A válaszadók igényelnének-e még szociális szakembert maguk mellé?
N = 144 fő

A kórházi közegben az esetvezetés különösen időponthoz kötött, gyors döntést igénylő segítő munka, amelyben nem ritka, hogy a kliensek életébe radikálisan kell beleavatkozni, egy alapvető változást kell segíteni – például idős beteget kell kiemelni a megszokott családi közegéből, és egy zsúfolt idősök otthonába kell elhelyezni. Az egyéb szociális területekkel összehasonlítva itt jellemzőbb, hogy a klienseket végérvényesen elveszítik. Sok esetben a kórházi szociális munkásoknak nincs szakmailag kompetens vezetőjük, szakmabeli munkatársuk, akikkel megoszthatnák a problémás vagy lelkileg megterhelő eseteiket, így számukra a szupervízió létfontosságú kérdés. A válaszok számából azonban jól látható, hogy ezen a területen is kevésbé megoldott ez a szolgáltatás. (Lásd 20. ábra)

TANULMÁNYOK

20. ábra *Megoldott-e a szakmai szupervízió? N = 145 fő*

A szakmai megbecsüléshez tartozik az a tényező is, hogy a szociális munkások munkáját szakmailag értékelik-e. A válaszadók 62 százaléka (a 141 főből) azt vallja, hogy ez az ő esetükben megtörténik.

21. ábra *A válaszadók bérükkel és juttatásaikkal való elégedettsége N = 145 fő*

A munkahelyi feltételekhez tartozik a fizetésekkel és juttatásokkal való elégedettség kérdése is. A válaszadóknak kicsit több mint a fele nem elégedett a bérével, közülük kevesebb azoknak a száma, akik egyáltalán nincsenek kibékülve a fizetésükkel. (Lásd 21. ábra) Ezzel szemben elég magas azoknak a száma is, akik már elégedettek a fizetésükkel. Az elégedettség mértéke nem mutat összefüggést a szakmai végzettséggel.

Tárgyi feltételek

A hatékony munkavégzés érdekében bizonyos tárgyi feltételek megléte elengedhetetlen. A segítő szakma sajátossága a közvetlen klienskapcsolat, amelynek alapvető kiindulópontja a bizalom megszerzése, a kapott adatok titoktartási kötelezettséggel való kezelése. Ezek alapvető feltétele, hogy a szociális szakember rendelkezzen önálló irodahelyiséggel, széleskörű ellátást biztosítani tudó infrastruktúrával és ideális esetben bizonyos pénzügyi kerettel. (Lüssi, 1997)

A szociális szakemberek legnagyobb része (69,4%) az irodahelyiségét másokkal – a legtöbb esetben (68,5%) nem szakmabeliekkel – kényszerül megosztani, például a kórház könyvtárossal, pénztárossal, fényképészével, de találunk olyat is, aki a textilraktárossal, gondnokkal osztozik. Öten a pszichológussal, főnövérrrel, hárman a gyógytornással, ket-

ten az ápolásoktatóval vannak egy szobában. (Lásd 22. ábra) Egyesek pedig orvos, logopédus, szakszervezeti ügyintéző, jogász, betegjogi képviselő, dietetikus mellé kerültek. Két dolgozó egyáltalán nem rendelkezik irodával.

22. ábra Az irodahelyiségét másokkal megosztja-e? N = 144 fő

A válaszadóknak mindössze 6 százaléka elégedett az infrastrukturális felszereltséggel. A megjelölt tárgyi feltételek közül a válaszadóknak majdnem a fele elsősorban a fogadóhelyiséget, a számítógépet és a nyomtatót hiányolja, amelyek pedig ma már a mindennapi ügyintézés elengedhetetlen kellékei. (Lásd 4. táblázat) Többen szeretnének (39,7%) pénzügyi keretet tájékoztatókra. Jelentős azoknak a helyeknek a száma (36,3%), ahol a közvetlen telefonvonal sem adott. Az adatvédelem szempontjából jó, ha a szociális szakemberek maguk tudják a fénymásolási, faxolási ügyeiket intézni. A válaszadók több mint egynegyede igényelné is ehhez a megfelelő eszközöket. A megkérdezettek egynegyede az üzenetrögzítőre is igényt tartana. A válaszadók egyötöde közvetlen telefonszámot és zárható szekrényt is szeretne. Az egyéb eszközök között egészségnevelési célok elérésére alkalmas eszközöket, szakmai folyóiratokat, újságokat jelöltek meg, és többen jelezték, hogy bizonyos pénzügyi keretet szeretnének önszolgáltató csoportok működtetéséhez, hajléktalanok gyors megsegítéséhez.

4. táblázat A válaszadók hatékony munkavégzéséhez igényelt eszközök N=146 fő

	fő	%
1. Fogadóhelyiség	72	49,3
2. Számítógép	68	46,6
3. Nyomtató	60	41,1
4. Pénzügyi keret tájékoztató füzetekre, szórólapokra	58	39,7
5. Közvetlen telefonvonal	53	36,3
6. Fénymásológép	48	32,9
7. Fax	35	24,0
8. Üzenetrögzítő	34	23,3
9. Zárható szekrény	28	19,2
10. Közvetlen telefonszám	22	15,1
11. Egyéb	6	4,1

Maga az irodahelyiség megléte még nem vonja maga után, hogy azt megfelelőnek is tartják a szociális szakemberek a kliensekkel való foglalkozáshoz. A válaszadóknak kicsit több mint a fele érzi úgy, hogy a munkájához elégséges a meglévő iroda. (Lásd 23. ábra) Az irodahelyiséget

TANULMÁNYOK

nem megfelelőnek tartók nagyobb része a megosztott irodával rendelkezők köréből kerül ki.

23. ábra *Megfelelőnek tartja-e az irodáját a kliensekkel való foglalkozáshoz?*
N = 146 fő

A hiányzó tárgyi feltételek között többen jelezték, hogy pénzügyi keretet szeretnének a kliensek támogatására és bizonyos feladatok ellátásához. A felmérés alapján valóban az derült ki, hogy elenyésző azoknak a száma (5,5%), akik pénzügyi eszközökkel rendelkeznek. A pénzzel gazdálkodók elsősorban pályázatból és egyesületi támogatásból nyerik anyagi forrásukat. Csupán egy személy jelezte, hogy közfinanszírozási szervtől kap támogatást.

24. ábra *Működtetnek-e valamilyen alapítványt, egyesületet szociális céllal?*
N = 145 fő

A válaszadók egyhatoda működtet alapítványt vagy egyesületet szociális feladatok ellátására, vagyis egyesek maguk teremtik meg a pénzügyi feltételeiket.

A kórházi szociális szakemberek képzési lehetőségei

A képesítési követelmények szerint az általános szociális munkás képzésben 5% az egészségügyi ismeretek aránya. Az egyes képzési intézményekben lehetséges a kórházi szociális munkára való előszakosodás, de a többségük számára nem, és a legjobb esetben is csak egy féléves kurzusként biztosítják e tantárgyat. (Török, 1998) A gyakorlatot nyújtó terephelyeken a kórházi szociális munkás státusban dolgozó tereptanárok a legtöbb helyen hiányoztak, vagy ma sincsenek ott. Ilyen előzmények ismeretében kérdés lehet, hogy a kórházi szociális munkás státusban dolgozók mire alapozták a munkamódszerük kidolgozásakor.

A megkérdezettek legnagyobb része a saját elképzeléseire, az életből vett tapasztalataira támaszkodott munkamódszere kialakítása során, míg a válaszadók 53 százalékának volt segítségére a képzésben tanult anyag és a szakirodalom. (Lásd 25. ábra) A más szociális munkások példájából való tanulás és módszereik átvétele is segítette a válaszadók egy-egy harmadát. Az „egyéb” kategóriában egyesek a szociális igazgatásban szerzett tapasztalataikra, mások emberi kapcsolataikra, egy előkészítő team javaslataira, illetve tömegkommunikációs eszközökre hivatkoztak.

25. ábra *Mire támaszkodott a munkamódszere kialakítása során? N = 146 fő*

A megkérdezettek több választ is megjelölhettek.

A szociális szakemberek hosszú távú működése szempontjából kérdés, hogy megoldott-e a kötelező szakmai továbbképzésben való részvételük. Az egyes válaszokból kiderül, hogy ezen a területen nincsen tisztázva, hogy a kórházi szociális szakemberek hová tartoznak a továbbképzési rendszerben. (Lásd 26. ábra) A válaszadóknak több mint a fele azt nyilatkozta, hogy továbbképzésben részt tud venni, és pedig a legtöbbször munkahelyi támogatással tudja megtenni ezt. Itt azonban kérdés, hogy ők mit értettek a támogatott és kötelező továbbképzésen. A válaszadók másik felénél már problémás a megfelelő továbbképzési programban való részvétel. Többen jelezték, hogy azért nem vesznek részt továbbképzési programokon, mert nem regisztrálták őket. Van, aki azt fejezte ki az „egyéb” kategóriában, hogy jó lenne, ha meghívnák őt szakmai tanácskozásokra. Van, aki szociálpedagógusként tapasztalja, hogy egyáltalán nem tartják nyilván a pontszerzés szempontjából.

TANULMÁNYOK

26. ábra A támogatott és kötelező továbbképzési rendszerben részt tud-e venni?
N = 143 fő

A nemzetközi gyakorlatban a kórházi, illetve a pszichiátriai szociális munka külön képzési formában is megszerezhető. Magyarországon szintén felmerült a posztgraduális képzés megszervezésének, elindításának a gondolata, és ma már ha jól tudom a szakképzési program is körvonalazódni látszik, egy PhD munka keretén belül⁵. Kérdés, hogy a megkérdezettek is szükségesnek tartanák-e a képzés elindítását, elvégzését. Végzettségre és életkorra való tekintet nélkül a válaszadók legnagyobb többsége szükségesnek tartaná a képzés elindítását, illetve az elvégzését (78,8%). Elenyésző azoknak a száma (3,4%), akik csak a pszichiátriai szociális munkában látnák értelmét a képzésnek. A válaszadók egytizede egyáltalán nem igényelné a képzést, és tizenegy fő nem tudta megítélni a kérdést.

Összegzés

A kétlépcsős felmérésből kirajzolódott, hogy az ország minden megyéjében alkalmaznak kórházi szociális szakembereket, és elsősorban az ország keleti részének igényeit elégítik ki a szociális munkás státusok. Ezt az arányt valószínűleg a térség jellemzője, a szociális problémák erőteljesebb jelenléte is indokolta.

Az első hipotézisem csak részben igazolódott be, mivel igaz, hogy a kórházi szociális munkás posztokon különböző végzettségű szakembereket találunk, de a szakirányú végzettséggel rendelkezők száma jóval magasabb (84%), így homogénebb a végzettség szerinti megoszlás. Kiemelendő, hogy magas a szociális diplomával rendelkezők aránya (69%).

A szociális munkás státussal nem rendelkező kórházak száma (37%) még mindig igen jelentős, különösképpen annak az adatnak a fényében, hogy a státussal rendelkező kórházak 52 százalékában csak egy szociális szakembert alkalmaznak, ami nem igen teszi lehetővé a professzionális munkavégzést. A státusok 10 százaléka egyéb munkakörhöz rendelt, illetve félállásban biztosított (3,4%), ami azt jelenti, hogy – a létrehozott státusok ellenére is – egyes helyeken még mindig nem ismerik el a komp-

5 Aranyosi Alida, DEO EC Magatartástudományi Intézet munkatársa.

lex ellátást nyújtani tudó szociális munkát. A szociális szakemberek megnevezésénél felszínre került, hogy a kórházi szociális munkások nagy része küszködik még a szociális nővéri múlt legyőzésével és azzal, hogy egyenrangú félként fogadják el őket. Az egyéb észrevételek között egyesek konkrétan meg is fogalmazták, hogy „az egészségügy kemény hierarchiája nem nagyon akarja befogadni, partnerként kezelni a szociális munkást”, „hiányzik az osztályvezetőkkel egyenrangú szociális team”.

A harmadik hipotézisem részben beigazolódott, miszerint a szociális szakemberek legnagyobb része (64%) munkáltatói szempontból az ápolási igazgatók alá tartozik, de a szakmai vezetőség szerint már változatosabb felállások valósulnak meg. A szakmai felettesre, illetve a szociális csoporttagságra vonatkozó kérdéseket alapul véve két szervezeti megoldást találunk. Vannak az egyedül dolgozók (ez nem jelenti feltétlenül azt, hogy egyedül vannak szociális munkásként az intézményükben), illetve a szociális csoportot alkotók. Az első esetben többnyire az ápolási igazgatók (48%), az osztályvezető főorvosok (34%) a szakmai felettesek, míg a második esetben szakmai felettesként megjelennek a szociális csoportvezetők (33%), de összességében nézve mégis jellemzőbb (67%), hogy ezt a pozíciót is egészségügyi szakemberek töltik be.

A szociális szakemberek mellett a felettesek – elsősorban az ápolási igazgatók – is élhettek az írásos véleményadás lehetőségével. A megkérdezettek 25 százaléka ezt meg is tette. Többen jelezték, hogy ahol több szociális munkás dolgozik együtt, ott azt tapasztalják, hogy a szociális munkások megtalálták a helyüket a hierarchiában. Ennek ellenére a kórházi szociális szakemberek nagyon kevés helyen alkotnak önálló részleget megfelelő szakmai vezetővel.

A negyedik feltételezésem csak részben nyert igazolást. A szakmabeliek között jellemző (62%) a munkakapcsolat kialakítása és az együttműködés mind eseti szinten, mind az egyéb feladatok ellátásakor. Más szakemberekkel leginkább csak egy adott kliens ügyében kerülnek kapcsolatba, vagyis nemigen valósul meg az interdiszciplináris együttműködés, ami pedig a professzionális szociális munka egyik fontos eleme. A kórházi szociális szakemberek egészségügyi dolgozókkal való munkakapcsolatának értékelésében nem jelent meg az oly sokszor hangoztatott el nem fogadás ténye.

A szociális szakemberek által ellátott feladatok köre bővül, de még mindig inkább a „tűzoltó munka” kényszeréről tesznek tanúságot. Ahhoz, hogy a szociális munka a prevencióban és a magasabb szinteken is megjelenjen, erőteljes szemléletváltásnak kell létrejönnie mind az egészségügy, mind a társadalom szintjén. A szociális munkásoknak pedig tudatosabban, bátrabban kell vállalniuk a társadalmi tervezésben való részvételüket, hiszen ehhez megkapták az alapokat képzésük során. A fentiekre nézve az ötödik hipotézis csak részben igazolódott.

A hatodik hipotézisem beigazolódott. A szociális szakemberek munkakörülményeikkel kapcsolatos válaszai és igényei arról tanúskodnak, hogy több helyen nem fordítottak kellő figyelmet a szolgáltatások kialakítására. A személyi feltételeknél a legégetőbb, hogy többen teljesen egyedül kénytelenek ellátni az intézmény szociális feladatait, nem megoldott a szupervíziójuk, és a bérük sem áll arányban a végzettségükkel. Nagyon

jelentős azoknak a száma (76%), akiket egyéb tevékenységgel is megbíz-
nak a saját feladatuk ellátása mellett. A kérdőív kérdéséből nem derül
ki, hogy ezek milyen munkák, de feltételezhető, hogy a megbízás ténye
arra is utal, hogy a szociális munkát nem ismerik el teljes értékű foglal-
kozásként. A tárgyi feltételeknél az alapvető működési hely nem kellően
biztosított, hiszen a válaszadók legnagyobb része nem rendelkezik foga-
dóhelyiséggel, önálló irodával, sőt, többeknek tőlük idegen szakmák kép-
viselőivel kell osztozkodniuk. A gördülékeny ügyintézéshez szükséges
alapvető eszközök – például számítógép, nyomtató, közvetlen telefonvo-
nal – több helyen is hiányoznak. A váratlan esetek és bizonyos progra-
mok megvalósítása, fenntartása olykor megkívánná, hogy a szociális
munkások pénzügyi kerettel is rendelkezzenek. A válaszok alapján egy-
értelmű, hogy a kórházi szociális munkásoknál ez nem megoldott. Na-
gyon kevés helyen használják ki az egyesületi, illetve az alapítványi for-
ma nyújtotta lehetőségeket.

A kórházi szociális szakemberek képzési lehetősége az egyik legmeg-
oldatlanabb kérdés. Az általános szociális munkás-képzés mellett egyre
inkább megfogalmazódott, hogy bizonyos területeken speciális, mélyebb
tudásra van szükség a hatékonyabb munkavégzés érdekében. A mentál-
higiéné, gyermekvédelem, családgondozás, addiktológia területén mű-
ködnek a diploma megszerzése után elvégezhető másodképzések, de az
egészségügyi szociális munka kimaradt e körből. A kórházi szociális
szakemberek a kérdőív kapcsán egyértelműen kifejezték, hogy igényel-
nék a posztgraduális képzés elindítását, és ha lehetőségük lenne rá, el is
végeznék. A legvisszásabb helyzetet a kötelező továbbképzési rendszer
mutatja, amelyben egyértelművé vált, hogy az integrált intézményekben
dolgozó szociális szakemberekről teljesen megfeleltek a törvényho-
zók. A válaszadók a kutatással kapcsolatos észrevételeik között erre kü-
lön felhívták a figyelmet, és az érdekképviseleti szervezet létrehozását is
többen megemlítették. Viszont a válaszadók nagy többsége (67%) – a
visszás helyzet ellenére is – részt vesz továbbképzéseken, sőt, közülük
legtöbben munkahelyi támogatással tehetik ezt. A hetedik hipotézisem
így csak részben igazolódott be.

Egy új kutatás keretén belül érdemes lenne a kórházi szociális munkások
feladatvégzése során felmerülő kérdéseket, dilemmákat feltérképezni.

Befejezés

A jóléti szolgáltatás létrehozása összetett folyamat eredménye. Egy jóléti
szolgáltatásnak van története, kialakulása, amelyben érvényesül a foko-
zatosság elve. A szolgáltatás megszervezéséhez először az egyéni szük-
ségleteknek, problémáknak kell a felszínre kerülniük, hogy láthatóvá vál-
janak, és beszélni lehessen róluk. A felfedések után érzékelhető, hogy az
adott szükséglet, probléma többeket is érint, és a kielégítésük akkor gaz-
daságos, ha ösztársadalmi szinten kezelik. A kezelésnek az egyik for-
mája az adott szervezeti struktúra átalakítása, az igényekhez való igazí-
tása, illetve egy teljesen új szervezeti keret létrehozása, amely a szolgál-
tatások alapját jelentheti.

Magyarországon a rendszerváltással vált lehetővé, hogy felszínre kerüljenek a valós szükségletek, állapotok, és a róluk való gondolkodás. A magyar lakosság rossz egészségi állapota már korábban keletkezett, de a mutatói csak az utóbbi évtizedben kerülhettek nyilvánosságra, amikor is az átmeneti időszak kihívásai még jobban rontották az amúgy is rossz tendenciát. A helyzet kezelése halaszthatatlanná vált, így az egészségpolitika fő célkitűzései egyikének tekintette a népegészségügyi szemlélet megváltoztatását. Az egészségügy területén megindult reformfolyamat elsősorban a gazdasági szerkezet szintjén ért el változásokat, és úgy tűnik, csak lassan veszi át az új, népegészségügyet szolgáló szemléletmódot.

A kórházi szociális munka mint jóléti szolgáltatás létrehozása az egyik olyan mozzanata az egészségügy átalakulásának, amely arról tesz tanúságot, hogy az egészségügy – elsősorban a kórház – elismeri a társadalmi rehabilitációban való részvételének kötelességét.

Felmérésem eredményeinek tükrében azt látom, hogy a kórházak többsége kezdi felismerni ezt a feladatát, de még nem fektet rá kellő hangsúlyt. A kórházak beengedték a falaik közé a szociális szaktudással rendelkezőket, de nem minden esetben látják bennük a teljes értékű munkatársat, akár ha a feltételek biztosítását, akár az ellátandó feladatköröket nézzük.

A kapott eredményeket viszont nézhetjük arról az oldalról is, hogy egy új szolgáltatás létrejöttének vannak kezdeti nehézségei és különböző szakaszai, amelyeken át kell eljutnia a kiteljesedéshez. Ezeket a lépcsőfokokat a fejlett ország képviselői sem tudták kihagyni. Innen nézve a hazai kórházi szociális munka helyzete nem reménytelen, hiszen törvényi előírás nélkül, a minimumfeltételek megalkotása előtt már létrehoztak kórházi szociális munkás státusokat, és a legtöbb esetben a nagyobb hatókörrel rendelkező vezetőkhoz rendelték, amely lehetőséget biztosíthat a jövőben önálló részleg megalkotására, ha az egyedül dolgozóknak sikerül az elismertségüket növelni és létszámukat bővíteni. Nagyon sok függ a már most dolgozó kórházi szociális munkásoktól, s attól, hogy ők hogyan képviselik a szakmát. A visszaküldött kérdőívek arányát (a feldolgozás után is még érkeztek kérdőívek) és az egyéb rovatban tett megjegyzéseiket nézve látható, hogy a kórházi szociális munkások nem közömbösek a munkájuk helyzete iránt, így a kórházi szociális munka továbbfejlesztése ügyében érdemes velük is számolni.

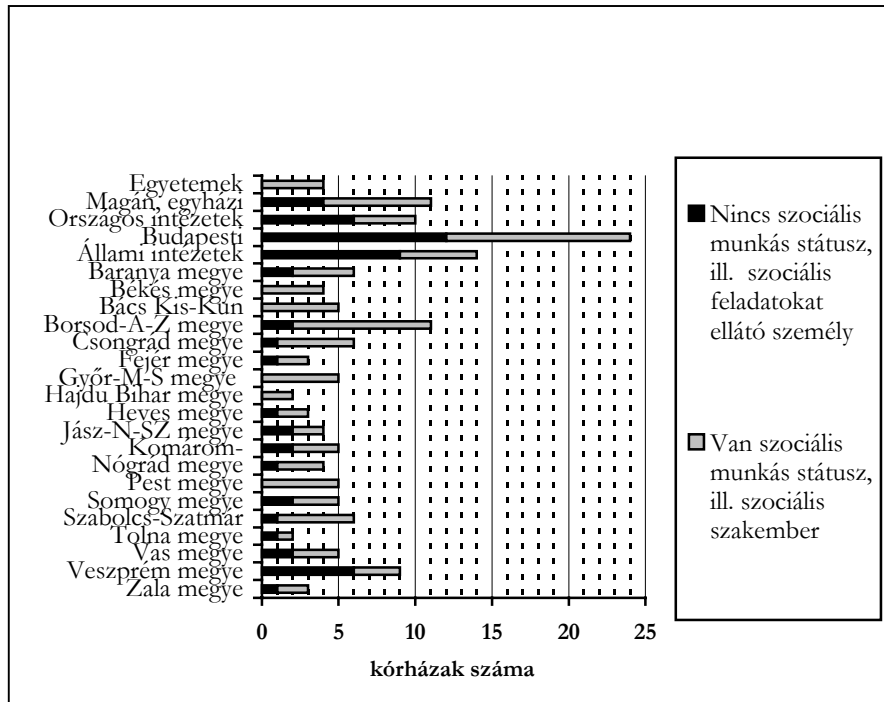
Felhasznált irodalom

- 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.
- 60/2003. (X. 20.) ESZCSM rendelet az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimumfeltételeiről. CompLex Cd Jogtár, 2003.
- Lüssi, Peter (1997): A rendszerszemléletű szociális munka gyakorlati tankönyve. Magyar Testnevelési Egyetem – HÍD Alapítvány–Párbeszéd Alapítvány, Budapest, 119–162.
- Pék István (2000): Merre tovább, szociális munkások? Szociális Munka, XII. évf. 2. sz.
- Pikó Bettina-Piczil Márta (2000): „És rajtunk ki segít...?”, Esély 1. sz.

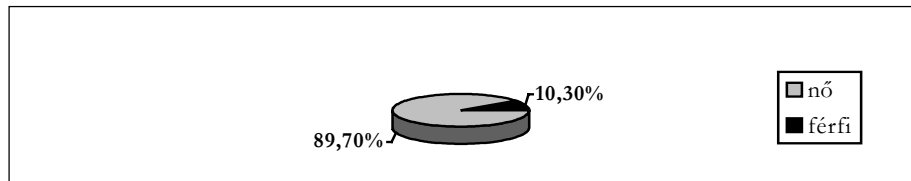
TANULMÁNYOK

- Szabó Lajos (1993): Szociális szakember a kórházban. In: Bóda Józsefné és Váradi Józsefné: A kórházi szociális munka alapjai.
- Szabó Lajos (1994): Szociális munka a kórházban. In: Csató Zsuzsa (szerk.): Szociális munka és egészségügy. SZMME, Bp. 88. old.
- Török Judit (1998): A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: Kozma Judit (szerk.): Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához. Szakmai Szövetség, Budapest, 146.

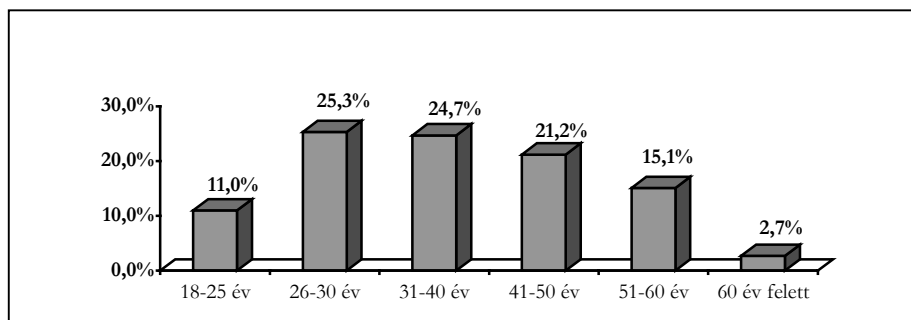
1. ábra



2. ábra



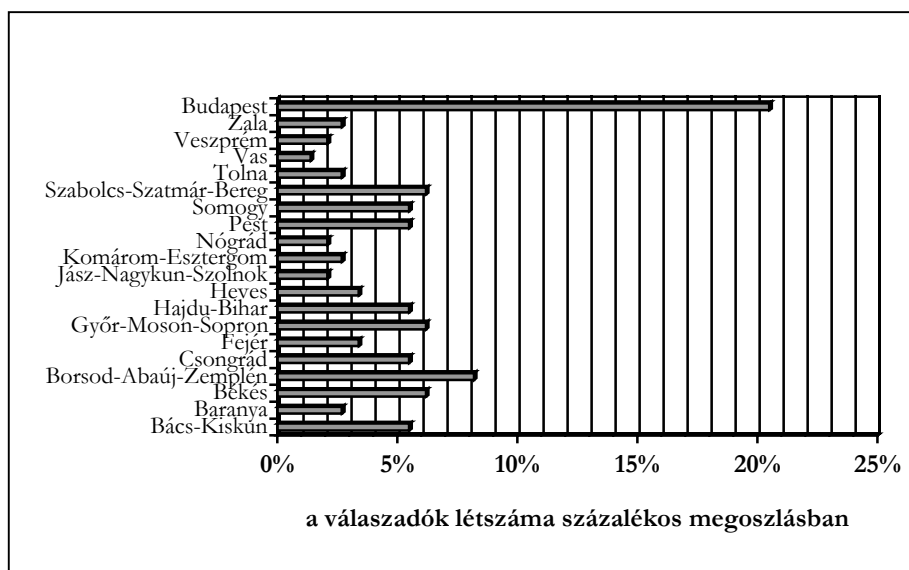
3. ábra



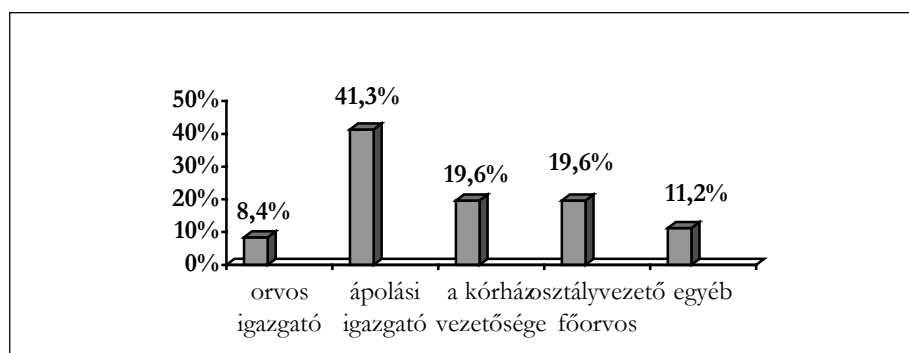
4. ábra



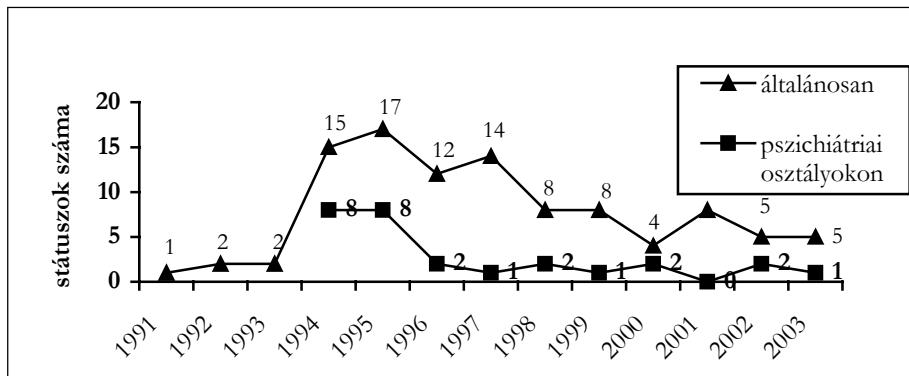
5. ábra



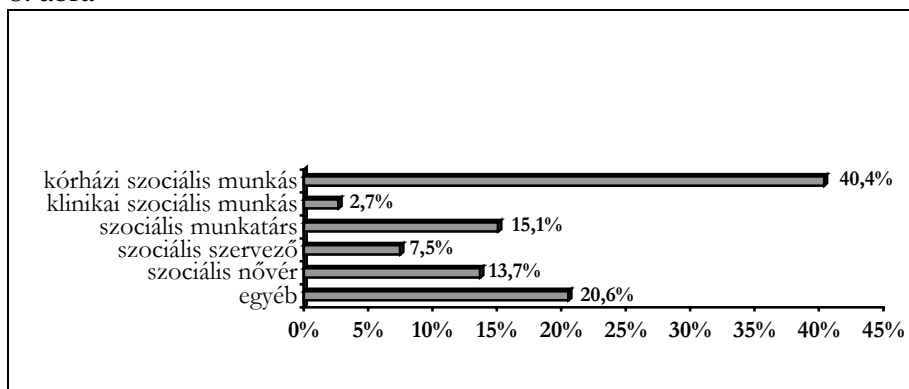
6. ábra



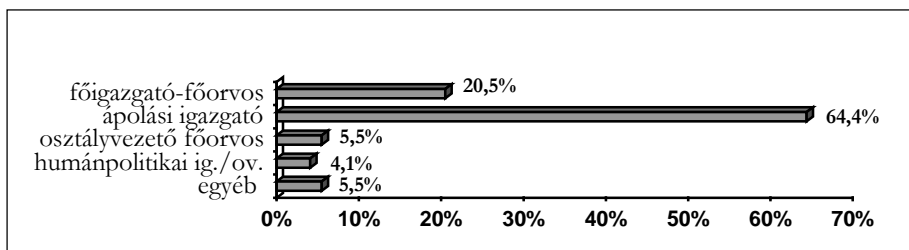
7. ábra



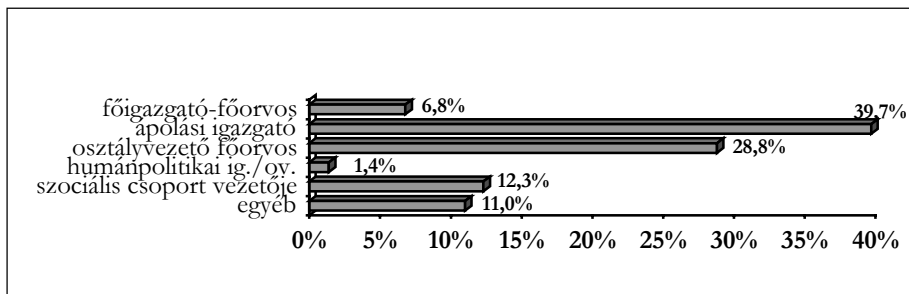
8. ábra



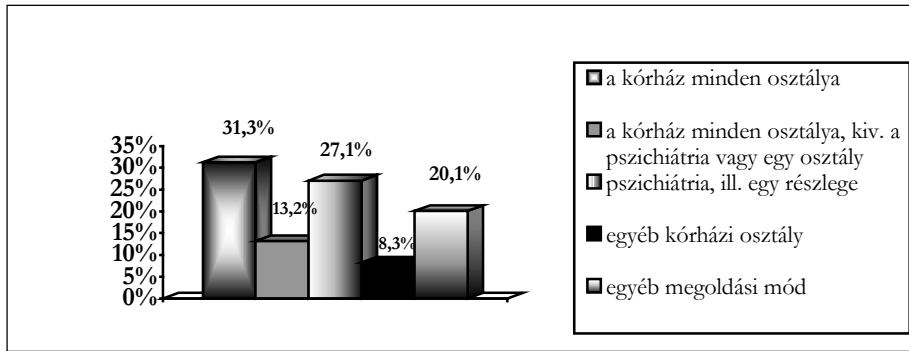
9. ábra



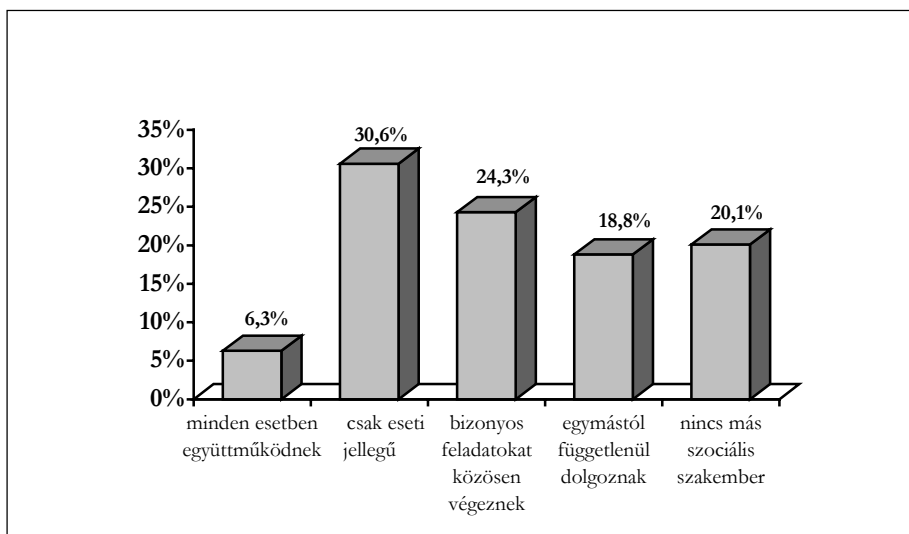
10. ábra



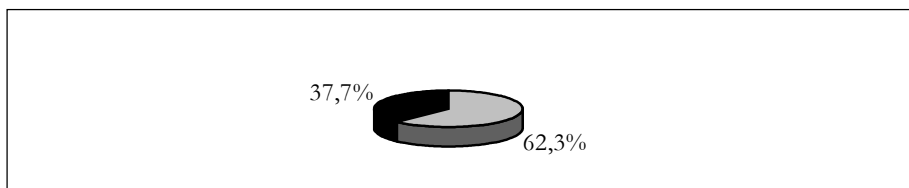
11. ábra



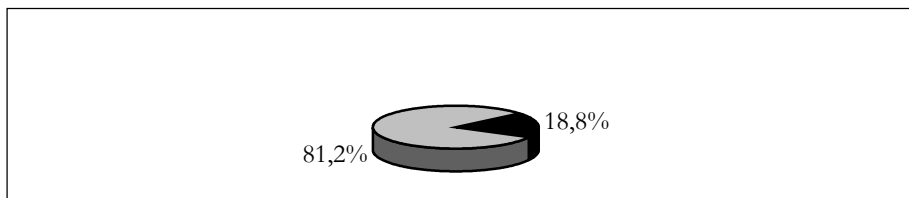
12. ábra



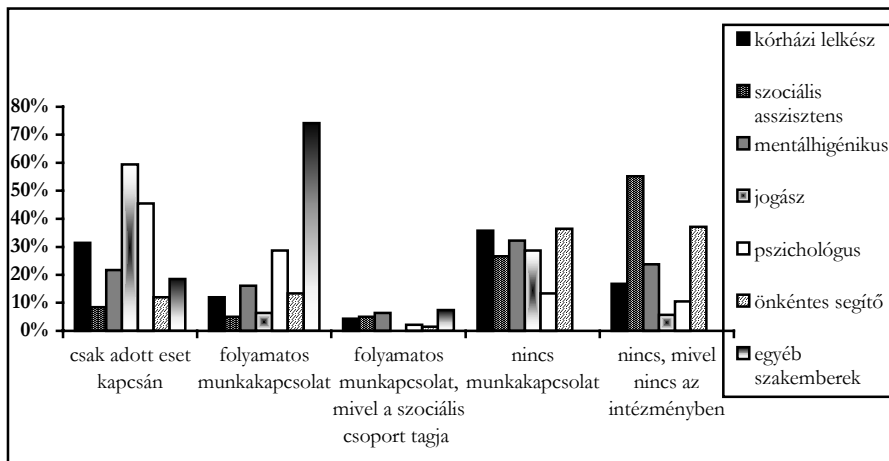
13. ábra



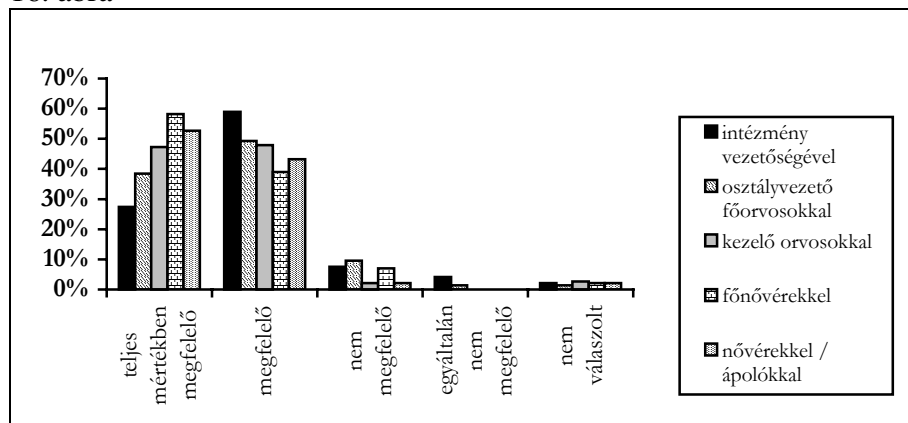
14. ábra



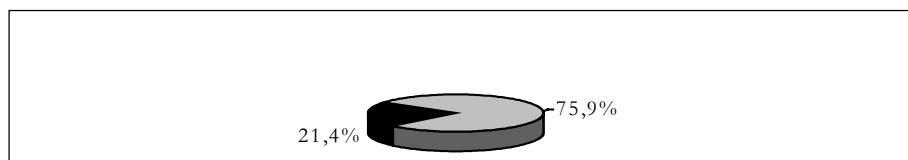
15. ábra



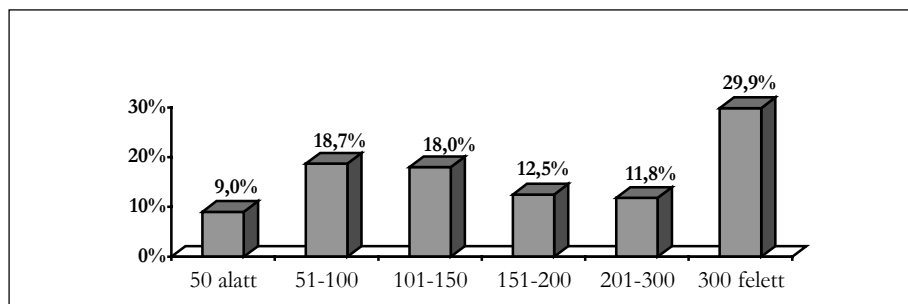
16. ábra



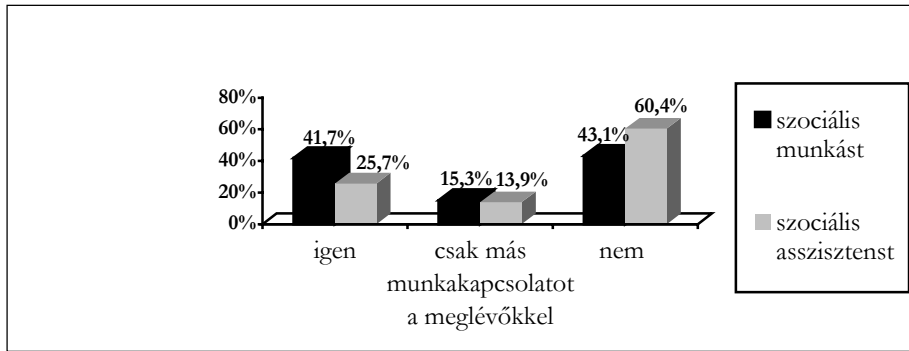
17. ábra



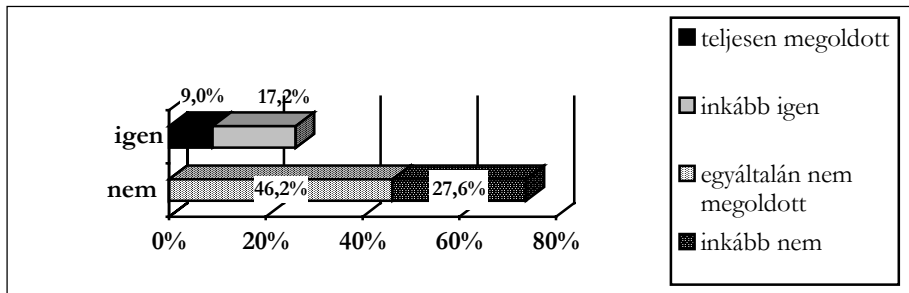
18. ábra



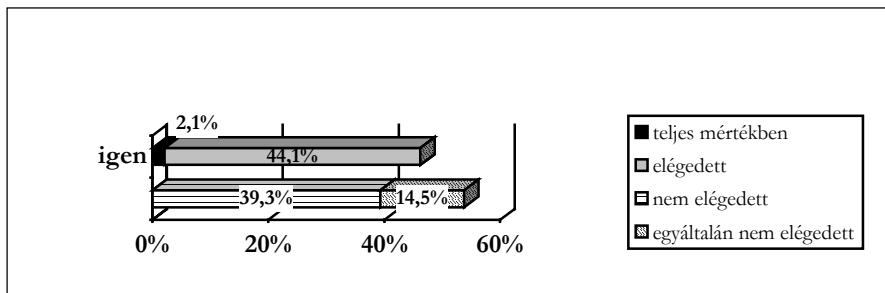
19. ábra



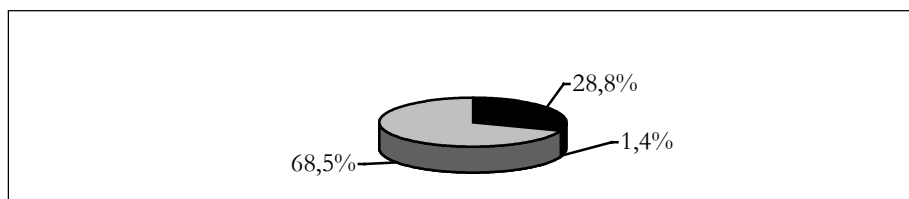
20. ábra



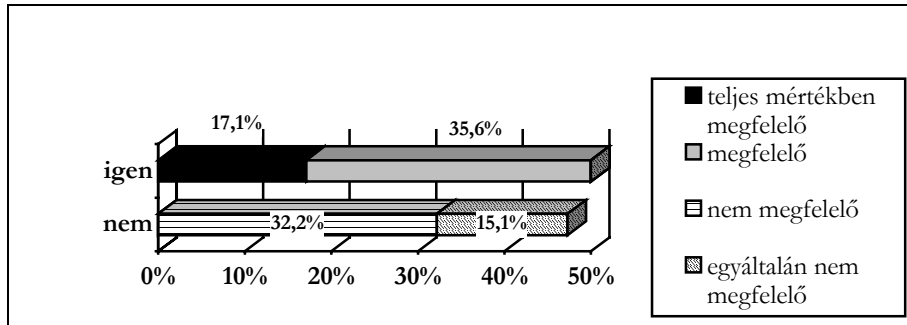
21. ábra



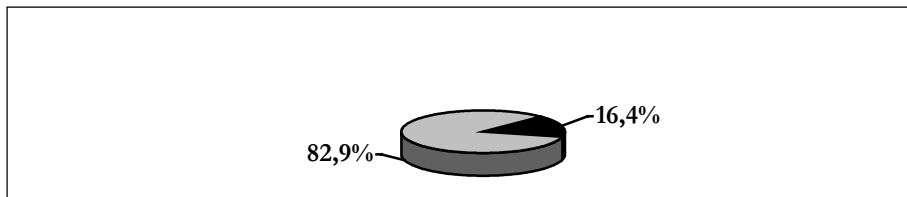
22. ábra



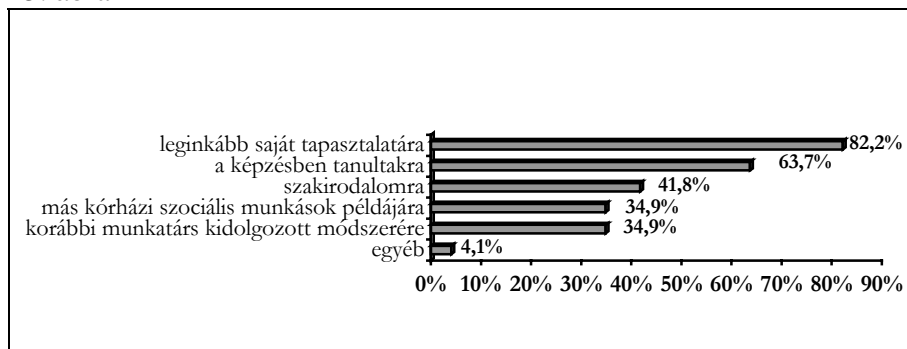
23. ábra



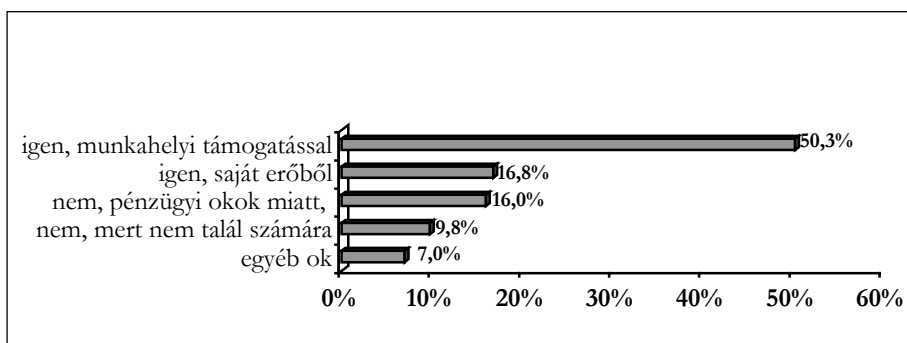
24. ábra



25. ábra



26. ábra



BABUSIK FERENC*

Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban

I. Struktúra és esélyegyenlőség

Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium megbízásából 2003 végén két empirikus kutatást végeztünk párhuzamosan; egyet házi orvosok és védőnők körében, illetve egy roma háztartási mintán. Mindkét kutatás egyik célja, egyúttal alapkérdése annak tisztázása volt, hogy az egészségügyi alapellátásban az egyes társadalmi csoportok, köztük a szociális és gazdasági szempontból halmozottan hátrányos helyzetűek, illetve romák hozzáférése a szolgáltatásokhoz teljes mértékben egyenlő-e. Amennyiben az alapellátásban felfedezhető az egyenlőtlen hozzáférés, úgy annak milyen kiváltó okai vannak, illetve az egyes társadalmi csoportok esetében a szolgáltatásokhoz való hozzáférésben milyen különbségek mutathatók ki. Az egészségügyi ellátás szereplői és a hátrányos helyzetű kliensek egy csoportja körében hasonló céllal végzett munka alkalmat ad a kétféle forrásból származó információk összehasonlítására, illetve egy jól verifikált kép kialakítására az egészségügyben tetten érhető esélyegyenlőtlenséget illetően.

Tanulmányunk most közölt első részében első lépésként áttekintjük azokat az országos adatokat, amelyek arra vonatkoznak, hogy a települések rangjától, lakosságától, az ott élők korszerkezetétől, illetve a munkanélküliek, valamint a romák arányától függően találunk-e a településen betöltött házi orvosi praxist, vagy sem. A tanulmány további részében a házi orvosok körében végzett adatfelvétel alapján elemezzük a hozzáférés strukturális kérdéseit. A következő lapszámokban pedig a házi orvosoknak a különböző státusú társadalmi csoportokkal kapcsolatos egyes attitűdjeit elemezzük, illetve azt a kérdést, hogy ezek az attitűdök hogyan befolyásolják az orvosi szolgáltatások színvonalát, illetve a különböző minőségi szintet képviselő szolgáltatásokhoz való hozzáférést.

Az országos adatokból az következik, hogy azok a települések maradnak ki közvetlenül a helyben dolgozó házi orvosok szolgáltatásaiból, amelyek egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések többségében – a település idős korszerkezetéből és a helyi

* A szerző a Delphoi Consulting társadalomtudományi kutatóműhely vezetője.

források hiányából fakadóan – az egyéb intézményi alapszolgáltatások is hiányoznak.

Az ország egészét tekintve azt látjuk, hogy noha a háziorvossal nem rendelkező településeken átlagosan magasabb a nyugdíjasok aránya, összességében a helyi ellátás hiánya a magas egészségügyi kockázat mellett élő, betegebb idős réteget alig magasabb arányban érinti, mint az összlakosság egészét. Ez az arány azonban az érintett nyugdíjasok lélekszámát tekintve már magasnak mondható: az összesen több mint kétmillió nyugdíjasból közel százhuszonnyolcezer emberről van szó.

A roma népesség arányaiban azonban drámai különbséget találunk. Budapestet kivéve, az ország teljes roma népességének 18,6 százaléka él olyan településen, ahol nincs helyben háziorvos.

A közvetlen ellátást nélkülöző településeken élők közül a romák és a nyugdíjasok szociális és anyagi helyzete az átlagnál lényegesen rosszabb, különösen, hogy e kistelepülések szociális és gazdasági helyzete amúgy is a legrosszabbak közé tartozik. A települési és a szociális hátrány összeadódhat a közvetlen, helyben adott háziorvosi ellátás hiányával.

Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegségarányai közvetlenül szegénységfaktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakosságának – mely *a teljes roma lakosságból több mint százezer ember* – különösen súlyos a helyzete; egyszerre sújtja a szegénység, terhelik a gyakori betegségek, illetve megnehezíti az életét az, hogy közvetlenül lakóhelyén nem fér bármikor azonnali orvosi ellátáshoz.

A települési adottságok, a települések rangjának és méretének adatai alapvetően nemcsak azt határozzák meg, hogy milyen a lakosok hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz, de befolyásolják a háziorvosok terhelését is. A háziorvosok terhelésében – tehát abban, hogy hány települést látnak el, mekkora az általuk közvetlenül ellátott betegek lélekszáma, milyen mértékű az ellátási és ügyeleti idejük – ugyanolyan komoly különbségek vannak, mint a lakosok hozzáféréseiben.

Az orvosok kor szerinti eloszlása az egyes, jelentősen eltérő terhet jelentő praxisok között korántsem egyenletes. A legidősebb háziorvosok „már megtehetik”, hogy elkerüljék a legnagyobb terhekkel járó praxisban végzett munkát, a legfiatalabbak viszont nem választják a legnagyobb terhelést jelentő praxisokat, hanem ott tudnak elhelyezkedni.

A strukturális egyenlőtlenségek része az a kérdés is, hogy egy paciensre mennyi időt (és ezzel figyelmet, munkát) fordíthat háziorvosa. Komoly eltéréseket tapasztalunk, és ezek az eltérések a strukturális különbségekből fakadnak.

A háziorvosi rendelők gyógyászati eszközökkel való felszereltségi nívója nem egyenletes, jelentős különbségeket találunk közöttük. A felszereltségből adódó különbségek okai azonban nem strukturális természetűek. A legfiatalabb korcsoportba tartozó háziorvosok praxisa lényegesen jobban felszerelt, a középgenerációt képviselő háziorvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, s az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatta, hogy az életkor oki tényező, az orvosok képzettsége azonban nem az. A fiatalabb orvosok alacsonyabb képzettségük ellenére szerelik fel jobban a rendelőt. Mindezzel együtt a struktúrából

adódó hátrányok vagy előnyök lényegesebbnek és erősebbnek bizonyulnak, mint pl. a rendelő korszerűsége.

Területi ellátottság és egyenlőtlenség – országos adatok

A területi ellátottságból következő, egyenlőtlen hozzáférés problémáit két nagy csoportra oszthatjuk: azon települések problémáira, amelyeken van házi orvos (egyúttal az e házi orvosok által ellátottak száma roppant eltérő), másrészt azon települések problémáira, amelyeken nem dolgozik házi orvos (tehát más településekről járnak át).

Mivel elemzésünk egyik fő kérdése a roma népesség ellátottságának kérdése, ezért a területi egyenlőtlenségek kérdéseit azokon a településeken vizsgáljuk, amelyekben a roma népesség aránya a becslések szerint¹ meghaladja az 1 százalékot (összesen 1834 ilyen település van az országban). E települések közül tehát 982-ben dolgozik házi orvos, míg találunk 852 olyan települést, ahol a romák aránya 1 százalék feletti, egyúttal nincs házi orvos a településen.

A következőkben elsősorban azokat az adatokat elemezzük, amelyek az országos alapstatisztikákból állnak rendelkezésre, és ezt követi a kutatás során felvett adatok elemzése. Mivel a házi orvosok települési elhelyezkedése, a települések orvosi lefedettsége roppant egyenetlen, egy olyan index használatát vezetjük be, amely egyszerre képes kifejezni azt, hogy egy házi orvosra hány potenciális kliens jut, illetve hogy mekkora a lakosság házi orvosi ellátottsága. Ez az index az a szám, amely kifejezi, hogy egy adott településen egy házi orvosra hány lakos jut. Az index (orvos/lakosok száma) független attól, hogy az adott település adott házi orvosára hány regisztrált potenciális klienssel rendelkezik (mekkora a „kártyaszáma”), illetve független a betegforgalom tényleges nagyságától. A „*orvos / lakosok száma*” index egyszerűen azt fejezi ki, hogy a területi elhelyezkedéstől, az urbanizációs foktól és a településmérettől függően milyen az orvosi lefedettség, illetve mekkora az egy házi orvosra jutó potenciális kliensszám.

Az ország azon 982 települését, amelyen dolgozik házi orvos, illetve a romák becsült aránya meghaladja az 1 százalékot, öt egyenletes rétegbe soroltuk a fenti index nagysága alapján.

A lefedettségi index alakulása rétegenként (%)

Fő	%	átlag orvos / lakosok száma
250-986	19,9	731
987-1360	19,9	1179
1361-1694	20,1	1525
1695-2044	20,2	1863
2045-5370	20,0	2601

¹ Kertesi Gábor – Kézdi Gábor: A cigány népesség Magyarországon (dokumentáció és adattár, Socio-typo, Bp., 1998), valamint Hablicsek László: A roma népesség demográfiai jellemzői, kísérleti előreszámítás 2050-ig. KSH Népeségtudományi Intézet, 1999. alapján.

A lefedettségi index mértékében igen jelentős különbségek vannak, a legmagasabb sáv átlaga a legalacsonyabb sáv átlagának közel három és félszerese.

A lefedettségi index alakulása települési rang szerint (%)

Fő	Bp.	megyei jogú város	város	község
250–986			1,6	23,1
987–1360		5,6	11,1	21,5
1361–1694	100,0	55,6	27,8	18,1
1695–2044		33,3	35,7	17,6
2045–5370		5,6	23,8	19,7

Az egyes eltérő rangú települések között a lefedettségi index alakulásában komoly eltérések vannak. Míg Budapesten egy háziorvosra átlagosan 1361 – 1694 fő jut, addig a községek mindegyik sávjában megtalálhatók.

A lefedettségi index alakulása települési méretrétegenként (%)

Fő	1058 fő alatti	1059–1754 fő közötti	1755–2730 fő közötti	2731–6058 fő közötti	6059 fő feletti
250–986	86,2	4,5	5,6	3,6	
987–1360	13,8	49,5	17,4	11,7	6,6
1361–1694		35,9	1,0	32,1	31,0
1695–2044		10,1	36,9	18,9	35,0
2045–5370			39,0	33,7	27,4

A települések mérete és a lefedettségi index „átlós” elrendezésű: a legkisebb településeken az egy orvosra jutó lélekszám jóval 1000 fő alatti, ezzel szemben a legnagyobb községekben ez a szám a legtöbb esetben 1300 fő, és e feletti.

Ezek az adatok (amelyek még nem tartalmazzák azt, hogy a kistelepülések háziorvosai hány települést látnak el²) látszólag arra utalnak, hogy a kisebb települések háziorvosi ellátottsága jobb: egy háziorvosnak kevesebb beteggel kell foglalkoznia.

Tudjuk azonban, hogy a kistelepülések helyzete egyéb szempontból nem éppen rózsás; a kistelepülések jelentős hányada a gazdaságilag fejletlenebb megyékben található, egyúttal ezekben a lakosság korösszetétele idősebb, illetve magasabb bennük a munkanélküliek, valamint a romák aránya. Éppen ezért célszerű a lefedettségi index alakulását e felsorolt tényezők mentén is vizsgálni, milyen összefüggés tárható fel a há-

2 Központi adatok híján ezt csak adatfelvételünk eredményeként lehet becslni.

ziorvosi ellátottság és a települések szociális-gazdasági potenciálját jelző adatok³ között.

A lefedettségi index alakulása a nyugdíjasok arányrétege szerint (%)

Fő	22% alatt	22–24%	24–26%	26–28%	28% felett
250–986	19,0	16,9	11,8	22,1	30,3
987–1360	22,1	18,5	19,0	17,9	22,6
1361–1694	13,7	21,8	24,9	21,3	18,3
1695–2044	18,2	20,7	23,7	23,7	13,6
2045–5370	28,1	21,9	20,4	14,8	14,8

A lefedettségi index alakulása a munkanélküliek arányrétege szerint (%)

Fő	2,6% -ig	2,6–3,9%	3,9–5,6%	5,6–8%	8% felett
250–986	14,4	15,9	16,9	22,6	30,3
987–1360	16,9	20,5	16,9	24,1	21,5
1361–1694	15,7	23,4	24,9	18,3	17,8
1695–2044	25,8	24,7	17,7	16,2	15,7
2045–5370	27,0	15,8	23,5	18,9	14,8

A lefedettségi index alakulása a roma lakosok arányrétege szerint (%)

Fő	2,4%-ig	2,4–5,2%	5,2–10,3%	10,3–23,2%	23,2% felett
250–986	13,3	15,4	19,0	22,1	30,3
987–1360	19,0	15,9	19,5	20,5	25,1
1361–1694	18,3	24,4	21,3	21,8	14,2
1695–2044	22,7	22,7	22,2	16,2	16,2
2045–5370	26,5	21,4	18,4	19,4	14,3

Az adatokból tehát kitűnik, hogy minél rosszabb a lakosok helyzete, létszámarányosan annál jobban ellátottak háziiorvossal: minél magasabb a nyugdíjasok, illetve a munkanélküliek aránya egy településen, annál kisebb az egy háziiorvosra az adott településen jutó potenciális ellátottak száma. Ugyanez vonatkozik a települések roma aránya és a lefedettségi index alakulására is. Az összefüggés fordítva is igaz: minél alacsonyabb a településeken a munkanélküliek stb. aránya, annál magasabb az egy háziiorvosra jutó potenciális kliensek száma.

Noha elméletileg a fentieket csak megerősíti, érdemes áttekinteni, hogyan alakul azon települések aránya, amelyek forráshiányuknak köszönhetően önhibájukon kívül hátrányos helyzetűnek minősülnek.

³ A nyugdíjasok arányának forrása: BM Központi Adatfeldolgozó Hivatal, 2003; a munkanélküli ráta forrása: KSH, Foglalkoztatási Hivatal, 2003.

lefedettségi index (fő)	önhiki (%)
250–986	50,8
987–1360	45,1
1361–1694	36,0
1695–2044	31,8
2045–5370	30,1
roma réteg (%)	önhiki (%)
2,4-ig	24,5
2,4–5,2	33,7
5,2–10,3	39,1
10,3–23,2	48,5
23,2 felett	48,0

Azon települések fele hátrányos helyzetű, amelyekben az egy háziorvosra jutó lakosságszám a legkisebb. „Természetesen” azok a települések, amelyekben a romák aránya a legmagasabb, egyúttal a legnagyobb arányban minősülnek forráshiányosnak is.

lefedettségi index (fő)	fő/önhiki támogatás (Ft)
250–986	13642
987–1360	9048
1361–1694	7135
1695–2044	7167
2045–5370	5575

Azoknak a településeknek a kiszolgáltatott helyzetét – amelyekben egyébként a háziorvosokra jutó lakosságszám a legkisebb – mutatja az, hogy az egy lakosra eső, a központi költségvetésből pótoltt, helyben hiányzó forrás forintösszege a legmagasabb (és fordítva: ahol a legmagasabb az egy háziorvosra jutó lakosságszám, ott a legkisebb az egy főre vetített támogatás összege).

Az eddigi adatokból tehát úgy tűnik, hogy noha a legkisebb települések szociális és gazdasági helyzete egyértelműen rosszabb az országos átlagnál, egyúttal a háziorvosi ellátást tekintve helyzetük – legalábbis ami az egy háziorvosra jutó potenciális ellátottak számát illeti – jónak mondható.

Ezzel szemben a városok és nagyközségek ötödében az egy háziorvosra jutó lakosok száma már kifejezetten magas, átlagosan 2000 és 5000 fő közötti.

Ezekhez az adatokhoz azonban közvetlenül hozzá kell tenni azoknak a településeknek a problematikáját, amelyekben nem dolgozik háziorvos (vagyis betöltetlen a praxis)⁴. A következő adatokat áttekintve látjuk,

4 Arról a 852 településről van szó, amelyekben a romák aránya 1 százalék feletti.

hogy e települések helyzete lényegesen rosszabb, mint azon településeké, ahol ugyancsak 1 százalék feletti a romák aránya, de van működő házi-orvosi praxis.

A házi-orvosi praxissal nem rendelkező települések méretkategóriáinak eloszlása megyénként

	214 fő alatt	215–338 fő	339–485 fő	486–791 fő	791 fő felett
Baranya	33,7	32,0	19,1	8,4	6,7
Bács-Kiskun	14,3				85,7
Békés			25,0	25,0	50,0
Borsod-Abaúj-Zemplén	23,8	16,4	23,0	16,4	20,5
Csongrád					100,0
Fejér		12,5			87,5
Győr-Sopron	35,7	7,1	21,4	14,3	21,4
Hajdú-Bihar	9,1	9,1	9,1	27,3	45,5
Heves	4,2	4,2	8,3	33,3	50,0
Komárom			16,7	16,7	66,7
Nógrád	2,4	9,8	14,6	39,0	34,1
Pest				50,0	50,0
Somogy	15,3	22,9	19,8	28,2	13,7
Szabolcs-Szatmár	8,8	13,2	14,7	30,9	32,4
Szolnok			16,7	16,7	66,7
Tolna	3,1	18,8	34,4	18,8	25,0
Vas	9,4	18,8	28,1	34,4	9,4
Veszprém	19,6	21,4	32,1	16,1	10,7
Zala	31,1	21,4	18,4	16,5	12,6
átlag	20	20	20	20	20

A házi-orvossal nem rendelkező településeket a lakosságszám alapján öt egyenletes méretkategóriába soroltuk – látható, hogy e települések zöme aprófalú, illetve zárványtelepülés. E települések megyei eloszlása nem egyenletes, viszont tükrözi a megyék településszerkezetét, így pl. Baranyában, Zalában találjuk a legtöbb helyben ellátatlan aprófalut, míg pl. Csongrád, Fejér, Komárom megyében inkább a nagyobb (bár így is apró), 791 fő felettiek vannak többségben.

E települések alkotják az ország leginkább szegény, illetve előregedő falvait. A következő táblázatban összehasonlítjuk a házi-orvosi praxissal rendelkező és a nem rendelkező települések két lényeges adatát: a nyugdíjasok, illetve a munkanélküliek arányait (megyénként). A különbségek országos viszonylatban is szembetűnőek: a házi-orvossal nem rendelkező települések összességében az idősebbek, illetve a munkanélküliek aránya jellemzően magasabb.

Nyugdíjasok és munkanélküliek aránya a háziiorvossal helyben rendelkező és nem rendelkező, 1 százalék feletti roma arányú településeken, megyénként (%)

	van háziiorvos		nincs háziiorvos		különbség	
	nyd. %	mnélk. %	nyd. %	mnélk. %	nyd. %	mnélk. %
Baranya	24,4	6,6	23,1	10,4	-1,3	3,9
Bács-Kiskun	27,0	4,2	31,1	5,2	4,0	1,0
Békés	27,5	5,6	30,9	11,3	3,4	5,8
Borsod-Abaúj- Zemplén	23,5	9,3	28,5	11,1	5,0	1,8
Csongrád	28,1	3,7	26,7	4,8	-1,4	1,1
Fejér	23,2	3,6	23,4	4,6	0,2	1,1
Győr-Sopron	25,7	1,9	31,7	2,1	6,0	0,3
Hajdú-Bihar	24,8	7,5	29,0	8,1	4,2	0,6
Heves	29,0	5,1	28,7	6,9	-0,3	1,8
Komárom	24,3	3,1	28,3	4,2	4,0	1,1
Nógrád	26,7	6,1	30,8	6,2	4,1	0,2
Pest	24,4	1,8	24,5	1,9	0,1	0,2
Somogy	25,5	5,9	26,9	7,4	1,3	1,5
Szabolcs-Szatmár	22,1	7,6	24,3	9,3	2,2	1,7
Szolnok	26,4	4,9	28,9	6,6	2,5	1,7
Tolna	26,7	4,6	26,0	7,3	-0,7	2,6
Vas	24,8	2,5	30,8	3,3	6,0	0,9
Veszprém	25,7	3,4	29,3	4,3	3,6	0,8
Zala	26,6	3,3	32,4	4,2	5,8	0,8
átlag	25,6	4,8	28,2	6,3	2,6	1,5

Az egyes megyék esetünkben is különböznek egymástól, pl. Győr-Sopron, Komárom, Nógrád, Vas vagy Zala megyében a háziiorvossal helyben ellátatlan települések lakossága jóval idősebb a háziiorvossal ellátott településeknél. A munkanélküliség alakulása szempontjából viszont elsősorban Baranya, Békés és Tolna megye ugrik ki: e megyékben az ellátatlan településeken a munkanélküliség magasabb arányú, mint az ellátott településeken.

Az adatokból együttesen az következik, hogy azok a települések maradnak ki közvetlenül, a helyben dolgozó háziiorvosok szolgáltatásaiból, amelyek egyéb szempontból is a leghátrányosabbak közé tartoznak. E települések azok, amelyek többségéből – a település idős korszerkezetéből és a helyi források hiányából fakadóan – az egyéb intézményi alap-szolgáltatások is hiányoznak.

A következő táblázatban a helyben háziiorvossal nem rendelkező települések adatait országos adatokkal hasonlítjuk össze, három szempont mentén: a helyben ellátatlan települések lélekszáma hogyan aránylik az adott megye teljes lakosságához, illetve a helyben ellátatlan települések nyugdíjas korú és roma lakosainak száma hogyan aránylik az adott megye teljes nyugdíjas korú illetve roma lakosságához.

Babusik: Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban

– Budapestet kivéve, az ország lakosságának 5,9 százaléka él olyan településen, ahol nincs helyben házi orvos. Ez az arány a nyugdíjas korúak esetében 6,1 százalék. Az ország egészségét tekintve tehát azt látjuk, hogy noha a házi orvossal nem rendelkező településeken átlagosan magasabb a nyugdíjasok aránya, összességében a helyben való ellátatlanság (az tehát, hogy vagy utazniuk kell, vagy más településről jár át a házi orvos) a magas egészségügyi kockázat mellett élő, betegebb idős réteget csak kis arányban érinti (alig magasabb arányban, mint az összlakosság egészségét). Ez a kis arány azonban az érintett nyugdíjasok lélekszámát tekintve már magasnak mondható: az összesen több mint kétmillió⁵ nyugdíjasból közel százhuszonnyolcezer emberről van szó.

– A nyugdíjasok ilyen arányait tekintve az egyes megyék ismét csak különböznek: a helyben való ellátatlanság Baranya, Borsod, Heves, Nógrád, Somogy, Szabolcs, valamint Zala megyében magasabb az országos átlagnál. E magasabb megyei arányok egyúttal a nyugdíjaskorúak abszolút számában is megmutatkoznak, példának említve Borsod megyét, ahol az ilyen településeken élő nyugdíjaskorúak száma megközelíti a tizennyolcezer főt. (A teljes lakosságra vetítve ez a szám persze jóval magasabb: valamivel több mint hetvenezer ember él ebben a megyében ilyen faluban.)

– *A roma népesség arányaiban azonban drámai különbséget találunk.* Budapestet kivéve, az ország teljes roma népességének 18,6 százaléka él olyan településen, ahol nincs helyben házi orvos! Ez az arány a Budapest nélkül számolt megyei roma népességen belül igen magas lélekszámot tükröz: összesen több mint százezer romát érint. Mindez természetesen következik egyrészt a romák alapvetően kistelepülési elhelyezkedéséből, ezen belül abból, hogy olyan apró falvakban is nagy arányban élnek, amelyek eleve elhaló vagy zárványfalvak, „elcigányosodó” települések, tehát olyanok, ahol már nem találunk alapintézményeket, a lakosság nem roma hányada elköltözött, a szegényebb romák pedig beköltöztek.

– A megyei különbségek a romák esetében igen pregnánsan tükrözik a megyék településszerkezetéből adódó hátrányokat. Baranyában és Somogyban a romák közel negyven százaléka él olyan faluban, ahol nincs helyben házi orvos, Borsodban és Hevesben ez az arány húsz százalék körüli, Nógrádban 26,4 százalék, Zalában pedig 33,1 százalék. E megyékkel szemben pl. Bács-Kiskunban az ott élő romáknak csak 1,6 százaléka él ilyen szempontból deprivált helyzetben.

A roma népességnek a területi elhelyezkedésből adódó, az egészségügyi alapellátásban való közvetlen, helyben való részvételt érintő deprivációja igen súlyos kérdés, amely független attól, hogy amikor végül is orvoshoz kerülnek, milyen ellátásban részesülnek. Ugyanakkor nem szabad arról sem elfeledkezni, hogy lélekszámukat tekintve a nyugdíjasok éppúgy érintettek ebben a kérdésben, mint a romák.

Egy előző kutatásunkból⁶ tudjuk, hogy a romák egyes betegségcso-

⁵ Budapest nélkül számolva.

⁶ Babusik Ferenc – dr. Papp Géza: A cigányság egészségügyi állapota. (Szociális, gazdasági és egészségügyi helyzet Borsod-Abaúj-Zemplén megyében.) Esély, 2002/6.

portokban mért betegségarányai jóval magasabbak, mint a teljes népességé. A nyugdíjasok között pedig korukból adódóan magasabbak ezek az arányok. A közvetlenül ellátatlan településeken élők közül a romák és a nyugdíjasok szociális és anyagi helyzete az átlagnál lényegesen rosszabb, különös tekintettel arra, hogy e kistelepülések szociális és gazdasági helyzete amúgy is a legrosszabbak közé tartozik. A települési és a szociális hátrány összeadódhat azzal, hogy hiányzik a helyben adott háziiorvosi ellátás.

Mivel tudjuk, hogy a romák magas betegségarányai közvetlenül szegénység-faktoroknak köszönhetőek, e legszegényebb aprófalvak roma lakossága – mely a teljes roma lakosságból több mint százezer ember – különösen súlyos helyzetben van, hiszen egyszerre sújtja a szegénység és a gyakrabban jelentkező betegségek, illetve az, hogy közvetlenül a lakóhelyén nem jut hozzá bármikor azonnali orvosi ellátáshoz.

Ugyanez a súlyos helyzet vonatkozik e települések nyugdíjaskorú lakosságára is, az ő szempontjukból a halmozott depriváció éppúgy érvényes tény.

Az országos statisztikák adatai alapján elemzett területi hozzáférési egyenlőtlenségeket összefoglalva látjuk, hogy a községek, különösen az apróbb települések lakossága szempontjából az ország szinte „kettészakadt”. Azokon a kistelepüléseken, ahol működik betöltött háziiorvosi praxis, a lakosság – legalábbis az egy orvosra jutó lakosok arányát tekintve – jó ellátott. Így van ez annak ellenére, hogy az apróbb falvak lakossága idősebb, ezekben magasabb a munkanélküliek aránya, illetve e falvak jelentős hányada forráshiányos, szegény település.

Azokon a településeken viszont, ahol nincs háziiorvos vagy betöltött praxis, a romák aránya messze magasabb, a nyugdíjas időséké ugyancsak magas. E települések lakói halmozottan szenvedik el a hátrányokat: egyszerre éri őket a települési hátrány (minden következményével együtt), illetve az, hogy hiányzik a helyi, közvetlenül és azonnal hozzáférhető egészségügyi ellátás.

Ugyanakkor kérdés, hogy miért épp e kistelepülések nélkülözik a háziiorvost. Ez a kutatásunkon túlnyúló kérdés, amelyben nyilván megjelenik egyrészt e kistelepülések méretéből és szegénységéből következő általános intézményhiány, illetve az, hogy ha egy ilyen településen van praxis, csak éppen betöltetlen, akkor milyen feltételek teljesülése esetén lehetne betölteni.

Ez utóbbi kérdés azonban nyilván nem független attól, hogy ha egy háziiorvos vállalna ilyen településen praxist, akkor egyúttal azt is vállalnia kell, hogy egyszerre több és egyúttal szegény kisközséget kell ellátnia, olyan lakosokat kell kezelnie, akik között minimális a fizetőképes beteg, s egyúttal sok az idős, illetve a halmozottan hátrányos helyzetű vagy roma származású ember.

A kistelepüléseken hiányzó háziiorvosi ellátottság, illetve az ilyen településeken való betöltetlen praxisok kérdése tehát átvezet az orvosi és ezen belül a háziiorvosi társadalom sokat vitatott anyagi és egyéb helyzetének kérdéséhez.

Területi ellátottság és egyenlőtlenség – a kutatás adatai

A vizsgált sokaság

Az Országos Alapellátási Intézet nyilvántartásában összesen 5797 házi-
orvos szerepel. E számosság 1576 településen rendelkezik praxissal (a
házi-
orvosok jelentős hányada nagyobb településeken dolgozik, míg
ugyancsak jelentős csoportot alkotnak azok, akiknek praxisába több kis-
település is tartozik). Az 1576 település közül 1514-ben ismerjük a roma
népesség arányát. A mintát úgy állítottuk be, hogy azon 1 százalék feletti
ismert roma arányú települések kerültek be, amelyekben ismerjük a házi-
orvos nevét, címét (982 település). A települések mintavételi pontjain a
házi-
orvosok elemszámát aránytalan mintavétellel kellett megállapítani:
Budapest és néhány megyei jogú város a tényleges súlyánál kisebb
elemszámmal került a végső mintába, így összesen 3111 házi-
orvos kapott
kérdőívet. A megadott határidőig 376 házi-
orvostól kaptunk értékelhető
választ. A torzítások helyreigazítása végett az adatokat megye, települési
rang, illetve települési méretkategória, valamint a becsült roma arány-ré-
teg szerint súlyoztuk. Ezek után azok az adatok 95 százalékos megbíz-
hatósági szint mellett átlagosan $\pm 4,2$ százalékos hibahatárral érvényesek.

A praxisok terhei

A házi-
orvosi kutatás során olyan adatokat vettünk fel a házi-
orvosok se-
gítségével, amelyek elemzése elmélyítheti, egyúttal kitérít a területi
ellátottságról, annak egyenlenségeiről alkotott képet. Ezek az adatok
egyúttal rávilágítanak arra, hogy a házi-
orvosoknak – attól függően, hogy
milyen településen vagy régióban dolgoznak – milyen terheléssel kell
szembesülniük a munkájuk során. Az országos adatok elemzéséből kö-
vetkezik, hogy a lakosságot érintő jelentős területi hozzáférési egyenlőt-
lenség a házi-
orvosok terheiben is jelentkezik. Nyilvánvaló ugyanis, hogy
radikálisan más annak a házi-
orvosnak a munkája, napi rutinja, betegek-
szánható ideje és figyelme, aki egy települést lát el, s akinél egyúttal
viszonylag alacsony a rá jutó potenciális kliensek száma, mint azé a há-
zi-
orvosé, aki egyszerre több település lakosait látja el, s ráadásul magas
a rá jutó betegszám.

Mivel a házi-
orvosok címeit a szerződés szerint részünkre átadó Or-
szágos Alapellátási Intézetben nem álltak rendelkezésre olyan adatok,
amelyek regionalitás vagy településméret stb. szerint az egy házi-
orvosra
jutó ellátott települések számáról adtak volna számot, az adatfelvételt
úgy terveztük meg, hogy a házi-
orvosoktól maximum tíz ellátott telepü-
lésig, településenként kértünk adatokat a település méretkategóriájáról,
a hozzájuk bejelentettek számáról, az ellátott romák becsült arányáról,
az átlagos heti ellátási időről stb. Ezekkel az adatokból össze lehetett
állítani az eltérő viszonyok mellett dolgozó házi-
orvosok munkaterhelés
szerinti tipológiáját.

A házi-
orvosok 84,4 százaléka dolgozik egy településen, közel tíz szá-
zaléka kettőn, de az egy orvos által ellátott települések maximális száma adat-

felvételünk szerint nyolc település. Az ellátott települések szerint két kategóriába soroltuk az orvosokat: 84,4 százalék egy településen dolgozik, 15,6 százalék pedig két vagy több településen. A sok települést ellátó, kevés számú orvost azért vonhattuk egyetlen kategóriába, mert a munkaterhelés meglehetősen sok dimenziójáról volt adatunk, és az ellátott települések száma csak egy ezek közül.

Az egy héten át ellátásra fordított összes idő az összes ellátott településen jelentős különbségeket mutat: az orvosok valamivel több mint harmada hetente húsz órában látja el feladatát (ügyeleti idő nélkül), közel hatvan százalék heti ellátási ideje 20–40 óra közé esik, a maradék heti negyven óra felett dolgozik, ügyelet nélkül.⁷ (1. melléklet)

Az összes, egy háziorvos által ellátott településen töltött ügyeleti idő szerint közel egyenletes öt rétegbe soroltuk a háziorvosokat. Az ügyeleti idő szerinti alsó ötödben a háziorvosok egyáltalán nem látnak el ügyeletet, míg a felső ötödben a heti ügyeleti idő 24 óra feletti.

Ugyancsak a munkaterheket meghatározó kérdés az, hogy mennyit kell utazással töltenie, amikor beteget látogatja meg az orvos. Az oda- és visszautazási időt egyenletes öt rétegbe sorolva ugyancsak markáns különbség mutatkozik: az alsó ötödben az orvosok maximum 40 percet töltenek utazással, míg a felső ötödben ez az idő két óra feletti.

Végül az egyik legfontosabb terhelésmutató a havi átlagos betegforgalom száma (a megjelenésszám) az egy orvos által ellátott összes településen. Ez a mutató adja meg hogy havonta hány beteggel foglalkozik a háziorvos (függetlenül attól, hogy érdemi vizsgálati vagy gyógyító munkát végez egy beteggel, vagy éppen csak szokásos receptjét írja fel). Öt egyenletes rétegbe sorolva az orvosokat, ismét komoly eltéréseket látunk: az alsó ötödben a háziorvosok által havonta ellátottak száma 40 és 450 fő között mozog, míg a felső ötödben meghaladja az 1100 főt.

A háziorvosok terhelését a felsorolt öt, rétegzett terhelésmutatóból együttesen számoltuk ki, a következő eljárással: az egyes munkaterheléskategóriák értékeit standardizáltuk, a standardizált értékekkel pedig clusterelemzést végeztünk⁸. A clusterelemzés eredményeként (2. melléklet) hat, a terhelés szerint eltérő markáns csoportot találunk.

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása (%) (és 3. melléklet)

	%
kis betegforgalom, alacsony terhek	24,4
átlagos terhek	24,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	16,5
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	6,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	8,8
egy településen, de minden teher magas	19,3

7 A táblázatos adatokat a következőkkel együtt lásd a Mellékletben.

8 Ezzel a módszerrel megoldható volt az a probléma, amely abból adódik, hogy az egyes terhelés-kategóriák nem teljesen azonos értékűek, a nyers adatok alapján nem lehet egy szinten lévőnek tekinteni a betegforgalmat és az utazással töltött időt. A standard értékekkel végzett clusterezés viszont az egy szintre hozott távolságokkal dolgozik.

– *Kis betegforgalom, alacsony terhek:* a házi orvosok közel negyedét alkotó csoport tagjai egy településen dolgoznak, zömük esetében a havi betegforgalom 450 fő alatti. Heti ellátási idejük általában 20 óra alatti, és csak harmaduk esetében 20–40 óra közötti (egyúttal nincs közöttük olyan, aki 40 óra felett látja elé feladatát). Valamivel több, mint negyven százalékuk egyáltalán nem ügyel, a maradék hányad heti ügyeleti ideje 24 óra alatti.

– *Átlagos terhek:* e csoport tagjai ugyancsak egy településen látják el feladataikat, a betegforgalom-rétegek egyes ötödeiben eloszlásuk közel egyenletes (azaz éppúgy van közöttük alacsony, közepes és magas betegforgalom mellett dolgozó). Heti ellátási idejük átlagos, zömük esetében 20–40 óra közötti. E házi orvosok mindegyike lát el ügyeletet, többségük 10 és 24 óra/hét közötti időben.

– *Magas ellátási, alacsony ügyeleti idő:* e házi orvosok ugyancsak egy településen dolgoznak, zömük betegforgalma a két felső ötödbe esik, tehát 775 és 1100 fő közötti, viszont heti ellátási idejük jellemzően magas; nincs közöttük olyan, akinek heti 20 óra alatti lenne, és több mint ötödüknek heti 40 óra feletti. Ügyeleti idejük ezzel szemben jellemzően alacsony, többségük (65,5%) egyáltalán nem ügyel, a többiek ügyeleti ideje pedig általában heti 9 óra alatt marad.

– *Több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett:* a házi orvosoknak ez a legkisebb arányú csoportja. Ők (és a következő csoport tagjai) azok, akik kettő vagy több települést látnak el. Betegforgalmuk viszonylag egyenletesen oszlik el az egyes ötödök között, azaz közel azonos arányban találni közöttük alacsony, közepes és magas betegforgalom mellett dolgozókat. Ellátási idejük alacsony, 64,6 százalék közülük heti 20 óra alatti időben látja el munkáját, ezzel szemben átlag felett ügyelnek: közülük 35,1 százalék 15–24 óra/hét között, 41 százalék viszont heti 24 óra feletti időben.

– *Több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett:* a házi orvosok e csoportja (arányuk 8,8%) dolgozik a legnagyobb terhelés mellett. Egyszerre több települést látnak el, betegforgalmuk is magas (kizárólag a felső három ötödbe esik), ugyanakkor átlag feletti időben látják el feladataikat, illetve ügyelnek. Zömük heti 20–40 órában látja el feladatát, de közel negyedük heti 40 óra felett. Közülük 42,6 százalék ügyeleti ideje heti 15–24 óra közötti, és 36,7 százaléka pedig heti 24 óra feletti.

– *Egy településen, de minden teher magas:* a házi orvosok közel ötödét kitevő csoport tagjai ismét csak egy településen dolgoznak, azonban betegforgalmuk jellemzően igen magas (56,3 százalék betegforgalma 1100 fő feletti), zömük ellátási ideje 20–40 óra/hét, egyúttal magas óraszámban ügyelnek.

Az országos adatok elemzéséből nagy valószínűséggel következik, hogy a házi orvosok terheinek egyes variációit alapvetően meghatározhatja az a település, ahol dolgoznak. (Mivel a több településen is dolgozó orvosok a bázisnak nevezett településen kapták meg a kérdőívet, ezért az egyes települési kategóriák szerint összehasonlítást e bázis települések szerint végezzük.)

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása a bázistelepülés rangja szerint (%)

	Bp.	megyei jogú város	város	község
kis betegforgalom, alacsony terhek	49,7	29,1	17,8	3,4
átlagos terhek	7,6	16,6	56,2	19,6
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	57,8	26,7	14,6	1,0
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	3,0	2,9	39,4	54,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	1,7	2,5	33,6	62,2
egy településen, de minden teher magas	10,0	9,4	49,1	31,5
<i>átlag</i>	25,3	17,6	35,8	21,3

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása bázistelepülés méretkategóriája szerint (%)

	1058 fő alatti	1059–1754 fő közötti	1755–2730 fő közötti	2731–6058 fő közötti	6059 fő feletti
kis betegforgalom, alacsony terhek	5,3	4,1	2,9	4,2	83,6
átlagos terhek	3,7	10,7	4,4	12,6	68,7
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	6,2	19,2	3,4	2,3	68,9
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	27,4	6,5	7,9	23,9	34,3
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	22,4	10,2	16,3	24,9	26,2
egy településen, de minden teher magas	1,9	9,2	20,7	11,4	56,7
<i>átlag</i>	7,5	9,9	8,6	10,9	63,1

A két táblázat adatainak áttekintése nyomán meglehetősen egyértelmű kép bontakozik ki. A Budapesten, megyei jogú városokban, illetve a nagyobb méretű településen dolgozó háziorvosok között azok, akik kis betegforgalom és alacsonyabb terhelés mellett dolgoznak, felülreprezentáltak. A budapesti orvosok között ugyancsak felülreprezentáltak azok, akik magas ellátási és alacsony ügyeleti idő mellett dolgoznak.

Velük ellentétben a községekben, illetve a községek közül is a kisebb falvakban dolgozó háziorvosok között azok, akik több településen dolgoznak, illetve átlag feletti időben ügyelnek, felülreprezentáltak. A magas terhek nyilván azokon a településeken érvényesülnek, melyekről az ellátatlan településekre járnak át az orvosok. A közepes méretű községek azok, amelyekben a háziorvosok inkább egy településen dolgoznak, viszont magas terhelés mellett.

Mivel a települések mérete és az ebből következő települési adottságok, valamint a háziorvosok terhelése között oksági összefüggést sejtthe-

tünk, ezért elvégeztük az oksági összefüggéseket feltáró regressziós elemzést is. Az adatok azt mutatják, hogy valóban masszív oksági viszony van a település típusa és aközött, milyen a házi orvosok terhelése (4. melléklet).

Az, hogy egy házi orvos Budapesten dolgozik, 35 százalékban oka annak, hogy kis betegforgalom mellett alacsony a terhelése. Ugyanez a megyei városok esetében 24 százalékos mértékben jelent okozati összefüggést.

A községi lét 21–32 százalékos mértékben oka annak, hogy egy házi orvos több települést lát el, egyúttal átlag felett ügyel. A községeken belül a legkisebb falvak esetében ez az oksági összefüggés hasonlóan erős.

A települési adottságok tehát alapvetően nemcsak azt határozzák meg, hogy milyen a lakosok hozzáférése az egészségügyi szolgáltatásokhoz, de a házi orvosok terhelését is, amelyekben ugyanolyan komoly különbségek vannak, mint a hozzáférésben.

Joggal felmerülhet a kérdés, hogy vajon mitől függhet az, hogy egy házi orvos milyen településen praktizál, következésképp, hogy milyen várható terhelést választ. Feltételezzük, hogy az adott praxis választását több dolog határozhatja meg: a hagyomány, idősebb orvosok esetén akár az is, hogy már a rendszerváltás előtt is az adott községben dolgoztak; az új praxis megvásárlásakor nyilvánvalóan mérlegelhet az orvos, hogy milyen terheket választ vagy utasít el, stb. A praxissal járó terhek egyébként akár azt is befolyásolhatják, hogy milyen könnyen értékesíthető a praxis⁹.

A házi orvosok teherviselése mögött felfedhető választás kérdését több szempontból közelítettük meg: megvizsgáltuk, milyen az összefüggés az orvosok kora, az adott praxisban töltött évek száma, illetve képzettségük mértéke és aközött, hogy milyen kondíciók mellett dolgoznak.

A házi orvosokat életkor szerint egyenletes öt rétegbe sorolva feltűnik, hogy az egyes tehervariációkat képviselő praxisok közötti eloszlásuk nem egyenletes.

Az egyes terhelésvariációkba tartozók eloszlása korcsoport szerint (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78
kis betegforgalom, alacsony terhek	15,6	24,1	19,9	40,4
átlagos terhek	30,6	26,0	16,1	27,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	30,1	27,8	34,9	7,2
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	42,0	25,9	26,0	6,1
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	34,7	31,0	25,4	8,9
egy településen, de minden teher magas	21,0	37,1	21,1	20,8
átlag	26,1	28,4	22,5	23,0

⁹ Ez utóbbit adataink alapján nehéz ellenőrizni, ugyanis a házi orvosok a praxis értékét, a bevételeket és kiadásokat, illetve a paraszolvencia mértékét firtató kérdésekre nem válaszoltak az elemzéshez elegendő számban.

A kis betegforgalmat, illetve átlagos terhet jelentő praxisokban a legidősebb korcsoport tagjai saját átlaguk kétszeresével szerepelnek. A valamivel fiatalabb, 53–58 év közöttiek csoportja a magas ellátási és alacsony ügyeleti idővel jellemezhető praxisokban felülreprezentált, a 46–52 év közöttiek csoportja átlag felett dolgozik egy településen, de magas terhelés mellett, illetve a legfiatalabbak jelentősen felülreprezentáltak azon praxisokban, amelyek több települést látnak el, magas óraszámban.

Ha a nyers százalékos összefüggések mögött oksági viszonyokat keresünk, azt látjuk, hogy az életkor és a terhelés kizárólag a legidősebb korcsoport esetében áll kauzális viszonyban; a legidősebb kor közel 24 százalékosan magyarázza azt, hogy egy háziorvos kis betegforgalom és alacsony terhek mellett dolgozik (5. melléklet). Ez az életkor ellenben negatív, kontraindikáló oksági viszonyban áll a magas ellátási idejű, illetve a több települést ellátó praxisba való tartozással. A legidősebb háziorvosok tehát már megtehetik, hogy elkerüljék a legnagyobb terhekkel járó praxisban való munkát, velük szemben viszont a legfiatalabbak a legnagyobb terhelést jelentő praxisokat nem választják, hanem ott tudnak elhelyezkedni.

Mivel feltételeztük, hogy a praxisok választása nem feltétlenül és teljesen szabad döntés kérdése (a praxis választását számtalan tényező segítheti, illetve akadályozhatja), ezért az iménti megállapítást azzal kontrolláltuk, hogy megvizsgáltuk a háziorvosok kor szerinti mobilitását. A kor szerinti mobilitáson azt az összefüggést értjük, amely megmutatja, hogy az orvos kora és az adott praxisban eltöltött idő milyen viszonyban áll egymással, s hogy milyen jellegzetes csoportok alakíthatók ki e két szempont szerint.

A kor szerinti mobilitás csoportjait egy csoportképző eljárással¹⁰ alakítottuk ki; a következő fő háziorvoscsoportokat azonosítottuk:

A kor szerinti mobilitási csoportok százalékos eloszlása (lásd még 7. melléklet)

mobilitási csoportok	eloszlás %
idős mobil	13,8
idős immobil	9,9
középkorú átlagmobil	34,0
középkorú immobil	19,6
fiatal mobil	22,7

– Idős mobilnak azokat nevezzük, akiknek kora zömmel 59 év felett van, egyúttal az adott praxisban többségük legfeljebb 12 éve vagy kevesebb ideje dolgozik.

– Idős immobilnak azokat nevezzük, akik kora hasonló, azonban az adott praxisban 23–50 éve dolgoznak.

– Középkorú átlagmobilnak azokat nevezzük, akik kora 58 év alatti,

10 Az eljárás során a korcsoport és az adott praxisban töltött évek rétegeinek indexeit standardizáltuk, majd clusterezéssel állapítottuk meg a kor szerinti mobilitási csoportokat. (6. melléklet)

többségük 46–52 éves, egyúttal a zömük 13–15 éve dolgozik praxisában, a többiek vagy kevesebb ideje, vagy valamivel régebb óta.

– Középkorú immobilnak azokat nevezzük, akik életkora 46–58 év közé esik, ugyanakkor a jelen praxisukban legalább 16 éve dolgoznak, de sokan közülük legalább 23 éve.

– Végül fiatal mobilnak azokat nevezzük, akik életkora főként a 27–45 év közötti sávba esik, egyúttal a jelen praxisukban zömmel 8 éve vagy kevesebb ideje dolgoznak.

Az adatok azt mutatják, hogy a kor szerint elhelyezkedés a kis betegforgalmú, alacsony terhelést jelentő, illetve az átlagos terhelést jelentő praxisok között valóban szétválak mobilitás szerint: a kis forgalmú, alacsony terhelést jelentő praxisokban inkább az idősebb, egyúttal mobilabb háziorvosok dolgoznak, míg az idős immobil háziorvosok inkább az átlagos terhelést jelentő praxisokban, illetve ott, ahol egy települést kell ellátni, viszont a terhelés egyenletesen nagy.

A középkorosztályt képviselő háziorvosok ugyancsak szétválak: azok, akik inkább mobilak, nagyobb arányban dolgoznak olyan praxisban, ahol egy vagy több települést kell ellátni, magas terhek mellett, míg azok, akik inkább immobilak, magasabb arányban vannak jelen olyan praxisban, ahol alacsony az ügyeleti idő és magas az ellátási idő.

A fiatal mobil háziorvosok magasabb arányban két eltérő praxistípusban dolgoznak: vagy az átlagos terhelést jelentőkben, vagy ott, ahol több települést kell ellátni, magas óraszámban.

Az egyes terhelésvariációkba tartozók eloszlása mobilitási csoportok szerint (%)

	idős mobil	idős immobil	középkorú átlagmobil	középkorú immobil	fiatal mobil	átlag
kis betegforgalom,						
alacsony terhek	53,5	24,6	16,3	23,9	22,1	24,4
átlagos terhek	24,1	32,7	22,9	14,4	31,4	24,3
magas ellátási,						
alacsony ügyeleti idő	9,3	5,4	26,7	21,7	5,0	16,5
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	3,6	4,6	5,9	2,4	11,9	6,7
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	3,1	4,6	8,0	12,5	13,3	8,8
egy településen, de minden teher magas	6,4	28,1	20,1	25,1	16,3	19,3

A mobilitás, illetve a praxisok terhelésvariációi között látjuk, hogy felfedhető néhány markáns összefüggés, egyértelmű oksági viszonyokról

azonban nem beszélhetünk; az egyes terhelésvariációkat, illetve mobilitási csoportokat inkább korrelatív összefüggések kapcsolják össze.

Mindez annyit jelent, hogy nem találunk túl nagy, tehertől függő, praxisközi mobilitást, a legnehezebb praxisokat a fiatalabbak nem választják, hanem inkább ezekben van hely. A kis betegforgalmú, alacsony terhelést jelentő praxisokban pedig – mint tudjuk, ezek elsősorban Budapesten és megyei jogú városokban léteznek – nagyobb arányban találunk idős háziorvosokat, ők azonban e helyeken nem dolgoznak túl régóta; tehát valószínű, hogy e helyeket inkább választották. Azok az idős háziorvosok, akik régóta dolgoznak azonos praxisban, egy települést látnak el, és elsősorban városokban; átlagos vagy magas terhek mellett.

Mindehhez több dolgot érdemes még hozzáfűzni. A terhelés – tehát, hogy milyen kondíciók mellett dolgoznak a háziorvosok – független a képzettségüktől, attól, hogy hány szakvizsgájuk van, vagy mennyi az utolsó öt évben továbbképzéseken szerzett pontjaik száma. Amennyiben találunk némi halvány összefüggést, kimutatható, hogy abban a kor hatása érvényesül (kettő vagy három szakvizsgával csak bizonyos kor után rendelkezhet valaki), ráadásul a továbbképzés mértéke szinte mindentől független az adatok fényében.

Az egyes terhelésvariációt jelentő praxisok függetlenek attól, hogy mekkora az adott praxisban az ellátott romák aránya (ez csak a település méretétől és elhelyezkedésétől függő tényező) – ami közvetetten annyit is jelent, hogy *a halmozottan hátrányos helyzetű lakosok aránya nem befolyásolja az orvosokra nehezedő, strukturális tényezőktől függő terheket* (a szubjektív terhelésérzetet persze befolyásolhatja).

Mivel az orvosi munka lényege többek között a megelőzés, a meglévő betegségek feltárása és hatásos gyógyítása, a feltárt strukturális egyenlőtlenségek önmagukban erről a munkáról nem árulnak el semmit. Nyugodtan feltételezhetjük, hogy a jelentős mértékben eltérő terhek mellett az orvosok ugyanolyan intenzív és lelkiismeretes munkát végeznek. Ezzel együtt azonban nyilvánvalóan más az egy betegre lehetséges időráfordítás mértéke az egyes terhelések esetén. Nem gondolhatjuk, hogy az az orvos, aki több településen magas óraszámokban látja el feladatát, egyúttal ügyel, azonos mértékű figyelmet tud minden egyes pacienseire fordítani, mint az, aki egyetlen településen, kis terhek mellett dolgozik.

Ebből a megfontolásból adódóan kiszámoltuk az egy betegre eső időráfordítás elméleti maximumát. Mivel ismerjük a heti betegforgalom adatait, illetve az egy hétre eső ellátási és ügyeleti időket, kiszámoltuk az egy ellátott betegre jutó, fajlagos időket. Ez a fajlagos idő elméleti maximum, hiszen tartalmazza a két ellátott paciens között átmeneti időket, a csak adminisztrációval eltöltött időt stb.

Egy ellátottra jutó elméleti maximális idők – terhelésvariációként (percben)

	betegforgalom /ellátási idő	betegforgalom /ügyeleti idő	betegforgalom /összes idő
kis betegforgalom, alacsony terhek	22	5	26
átlagos terhek	15	11	26
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	17	1	18
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	8	10	19
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	9	7	16
egy településen, de minden teher magas	7	7	14

Az adatokból jól követhető, hogy igen komoly eltéréseket tapasztalunk az egy paciensre fordítható maximális időben: azokban a praxisokban, ahol átlagos vagy kicsiny a betegforgalom és alacsonyak a terhek, ez az idő közel a duplája az egy településen magas terhelés mellettieknek.

Ugyanakkor figyelemre méltó, hogy ezek az adatok némiképp függetlenek a település jellegétől, egyedül a városok azok, ahol valamivel magasabb a fajlagos ráfordítási idő elméleti maximuma. Ezek az értékek ugyancsak függetlenek attól, hogy mekkora az ellátott romák aránya.

Egy ellátottra jutó elméleti maximális idők – mobilitási csoportonként (percben)

	betegforgalom /ellátási idő	betegforgalom /ügyeleti idő	betegforgalom /összes idő
idős mobil	18	4	22
idős immobil	24	9	33
középkorú átlagmobil	14	8	21
középkorú immobil	15	6	20
fiatal mobil	9	6	16

Az időbeni mobilitás azonban lényeges tényező: a legidősebb, régóta egy helyben dolgozó házi orvosok fordíthatják a legtöbb időt a betegeikre, közel kétszer annyit, mint a fiatal, mobilis orvosok csoportja. Mivel az idősebb orvosok eleve a kisebb terhelést jelentő praxisokban dolgoznak, egyúttal fiatalabb kollegáik a magas terhelésűekben, ezért az mondhatjuk, hogy az egy paciensre számható idő alapvetően nem szubjektív kérdésektől függ, hanem strukturális adottság.

Adatainkkal alátámasztható véleményünk szerint *a strukturális egyenlőtlenségek része az a kérdés is, hogy egy paciensre mennyi időt fordíthat házi-orsvosa. Komoly eltéréseket tapasztalunk, ezek az eltérések a már eddig elemzett strukturális különbségekből fakadnak.*

Az orvosi munka strukturális kérdéseinek része az is, hogy milyen felszereléssel dolgozhatnak az egyes praxisokban. A felszerelés szintje, korszerűsége egyrészt nyilvánvalóan hozzájárulhat az orvosi munka hatékonyságához, az egy paciensre fordítható időhöz, ugyanakkor azt is

meghatározhatja, hogy egy házi orvos saját maga végez-e el bizonyos vizsgálatokat, mert rendelkezésére áll a megfelelő eszköz, vagy továbbküldi a beteget a szakrendelésre, a szükséges vizsgálatok végett. A következőkben áttekintjük a felszereltség kérdéseit, egyúttal röviden visszatérünk a fajlagos ráfordítási időhöz is: mennyiben befolyásolja érdemben a házi orvosi rendelő felszereltsége azt.

A praxisok ellátottsága

Összesen tizennégy eszközzel kapcsolatban kérdeztünk rá, hogy rendelkezésre áll-e a praxisban (lásd. 8. melléklet). Az eszközök között felsoroltunk a mindennapi alapfelszereltséghez tartozókat, illetve olyanokat, amelyekről feltételezni lehetett, hogy drága, ritka eszközökként csak nagyon jól felszerelt rendelőkben találhatók.

Számítógéppel voltaképpen mindegyik praxis rendelkezik. Azon kevés számú praxis, ahol nem találunk gépkocsit, jellemzően a legidősebb házi orvosoknál van, valószínű, hogy ők vagy egészségügyi okokból nem vezetnek, vagy egyszerűen nincs jogosítványuk.

Ellenőrizendő a felsorolt eszközök konzisztenciáját (azaz azt, hogy elvileg egyaránt előfordulhatnak-e a házi orvosi rendelőkben), faktorelemzést végeztünk az adatokkal. Kiderült, hogy az otoscop és a szemfenéktükör kivételével egyetlen főkomponensbe rendeződnek. Noha az otoscop a praxisok zömében megtalálható, a szemfenéktükörrel együtt kihagytuk a további elemzésből, mert a külön faktorba tartozás azt mutatja, hogy szakmai szempontból dönt egy házi orvos úgy, hogy tartja-e vagy sem (tehát a felszereltségi rangot nem tükrözi híven megléte vagy hiánya). Az elterjedtség okán ugyancsak kihagytuk a számítógépet és a gépkocsit. Ezt követően, figyelembe véve az egyes eszközök eltérő súlyát, súlyozott itemekkel egy csoportosítási eljárás keretében három fő felszereltségi típusra osztottuk a praxisokat.

Az egyes felszereltségi típusokban az eszközök előfordulási százaléka

	alacsony	felszereltség közepes	magas
kislabor	9,0	29,9	70,3
fizioterápiás eszközök	4,6	22,0	51,1
vizelet stix	80,2	94,0	98,5
hordozható EKG	49,9	89,8	98,4
telefonos online EKG	1,2	0,6	21,3
automata vérnyomásmérő monitor	21,3	37,5	79,0
oscillometer	5,0	56,9	78,5
doppler	8,0	47,5	77,0
félautomata defibrillátor	0,0	2,6	23,9
inhalátor	24,6	17,8	39,3

– Alacsony felszereltségi szintűnek neveztük azt a praxist, amelyben a legtöbb eszköz ritkán fordul elő, még a legnagyobb átlagos gyakoriságú (81,9%) hordozható EKG is az átlag gyakoriság felével szerepel. Ugyan- ebben a praxiskategóriában az online EKG és az inhalátor gyakorisága meghaladja az átlagosan ellátott praxisokat, az egyébek viszont alapve- tően hiányoznak.

– Magas felszereltségűnek azokat a praxisokat neveztük, amelyekben még az egyébként ritkán előforduló eszközök is magas gyakorisággal találhatók, míg közepesnek azokat a praxisokat, melyek felszereltsége e két szélső kategória között található.

A praxisok ellátottsági szintje – százalékos eloszlás %

alacsony	28,0
közepes	34,3
jó vagy nagyon jó	37,8

A három ellátottsági kategóriába eső praxisok közül legkisebb mér- tékben alacsonyan felszereltek találunk – noha ezek aránya azért ön- magában meglehetősen magas. Meglepő ugyanakkor, hogy a legjobban felszerelt rendelők aránya meglehetősen magas.

Rögtön adódik a kérdés, hogy vajon mitől függ az ellátottsági szín- vonal? Elsőként megyei bontásban az egyes megyék gazdasági fejlettség- ét jellemző indexekkel¹¹ végeztük el az összehasonlítást: kiderült, hogy a megye gazdasági fejlettsége nem jár együtt az ott elhelyezkedő praxisok ellátottsági szintjével, nincs közöttük érdemben kimutatható kapcsolat.

A praxisok felszereltségi szintjét nem magyarázza az orvosok képzett- ségi szintje (szakvizsgák száma, továbbképzések pontszáma) sem. Noha a települések rangja és mérete szerint jelentős különbségeket találunk – Budapest, valamint érdekes módon a kisebb települések javára – a méret és rang nem oki tényező, ezt az oksági elemzések mutatták ki.

Alapvető magyarázó tényező viszont a házi orvosok életkora! (A kor szerinti mobilitás ugyancsak nem magyarázó tényező.)

A praxisok felszereltségi szintje – életkori csoportok eloszlása (%)

	27–45	46–52	53–58	59–78	átlag
alacsony	19,1	15,0	38,7	42,9	28,0
közepes	29,1	47,4	27,7	29,2	34,3
jó vagy nagyon jó	51,7	37,6	33,6	27,9	37,8

11 A statikus és a dinamikus fejlettségi indexekről lásd: Dr. Lengyel Imre: A magyar régiók és megyék versenyképességéről. SZTE GTK Regionális Alkalmazott Gazdaságtani Tanszék. 2002.

A legfiatalabb korcsoport praxisai lényegesen jobban felszereltek, a középgenerációt képviselő házi orvosok rendelői átlag felett rendelkeznek a közepes kategóriára jellemző felszereltséggel, illetve az idősebb korosztályok rendelőinek felszereltsége átlagon felül alacsony. Az elemzés kimutatja, hogy *a kor oki tényező*. Összehasonlítva a képzettségi szint, a kor és a felszereltség tényezőit, kiderül, hogy döntően a fiatalabb orvosok – alacsonyabb képzettségük ellenére – szerelik fel jobban a rendelőt.

Említettük már, hogy noha a rendelők felszereltsége Budapesten és a kisebb településeken némileg magasabb, a regionális fejlettség nem befolyásolja azt. Kézenfekvő a kérdés, hogy a magasabb roma arányú települések rendelői milyen szinten rendelkeznek eszközökkel.

Roppant érdekes az alábbi táblázatban megfigyelhető összefüggés: minél magasabb egy településen az ellátott romák aránya, a rendelők felszereltségi szintje annál magasabb.

A praxisok felszereltségi szintje – roma arány szerint (%)

	1% -ig	1–4,7%	4,7–9%	9–19,5%	19% felett	átlag
alacsony	36,4	41,6	22,2	17,3	23,4	28,0
közepes	32,7	26,5	45,8	39,5	25,5	34,3
jó vagy nagyon jó	30,9	31,9	32,0	43,1	51,0	37,8

Az előzőekből tudjuk, hogy a romákat inkább a fiatalabb korosztályt képviselő házi orvosok látják el, éppen azért, mert a községekben több fiatal dolgozik. Mivel a fiatalabb korosztály jobban felszereli a rendelőt, ebből adódik, hogy *a roma paciensek relatíve jobban felszerelt házi orvosokhoz tartoznak*. Ez az összefüggés rendkívül érdekes példája annak, hogy az önmagában jelentős települési hátrány – amely egyébként a fiatalabb orvosokat is sújtja – paradox módon a visszájára fordulhat.

Ennél a pontnál érdemes visszatérni ahhoz a kérdéshez, hogy az egy betegre fordítható fajlagos ráfordítási időt hogyan befolyásolja a praxis felszereltsége. Elméletben legalábbis minél jobban felszerelt a rendelő, annál kisebb fajlagos idő elegendő lehet a vizsgálatokhoz, a helyben végzett terápiás beavatkozásokhoz; tehát a felszereltség nívója némiképp kompenzálhatja az alacsonyabb fajlagos időből adódó hátrányt. A következő táblázat adatai azt mutatják, hogy a fajlagos ráfordítási idő a felszereltség mértékével együtt csökken. Látszólag tehát az egyébként a körülményekből adódóan maximálisan leterhelt praxisokban a magasabb szintű műszerezettség segíthet ledolgozni az időkorlátot.

A fajlagos ráfordítási idő elméleti maximuma – felszereltségi szintenként

	betegforgalom /ellátási idő
alacsony	21
közepes	11
jó vagy nagyon jó	12

Ugyanakkor ha két szempontból tekintjük át a fajlagos idő alakulását, úgymint a terhelésvariációk és a felszereltség oldaláról, kiderül, hogy a terhelés lényegesebb tényező, mint a felszereltség, tehát a strukturális okok – a korszerű eszközök ellenére – döntőbbnek bizonyulhatnak.

Fajlagos ráfordítási idő (perc) – felszereltségi szintenként és terhelésvariációnként

	alacsony	közepes	jó vagy nagyon jó
kis betegforgalom, alacsony terhek	32	12	23
átlagos terhek	43	25	17
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	13	22	16
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	22	17	17
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	9	17	16
egy településen, de minden teher magas	13	13	17

Azok a háziorvosok, akik több települést látnak el, illetve akiknek magas az ellátási és ügyeleti óraszámuk, továbbá azok, akik egy településen dolgoznak, magas terhek mellett, nem fordíthatnak a rendelő felszereltségétől függően lényegesen eltérő időt betegeikre. Ez utóbbi kategóriában pl. a fajlagos idő eltérése mindössze 4 perc a legjobban és a legkevésbé felszerelt praxis között. Jelentős eltérést csupán a legkisebb és az átlagos terhelés mellett dolgozó háziorvosok praxisaiban látunk.

Mindez annyit jelent, hogy a betegek számából, a település méretéből stb. adódó terhelési különbségek – tehát a struktúrából adódó hátrányok vagy előnyök – lényegesebbnek és erősebbnek bizonyulnak, legalábbis az egy betegre fordítható idő esetében, mint a rendelő korszerűsége.

Melléklet

1. melléklet

<i>összes heti ellátási idő réteg</i>	<i>%</i>
20 óráig	34,4
20–40 óra	57,0
40 óra felett	8,6
<i>heti ügyeleti idő az összes településen</i>	<i>%</i>
nem ügyel	21,0
1–9 óra	14,5
10–14 óra	20,2
15–24 óra	27,7
24 óra felett	16,6

Babusik: Hozzáférségi különbségek az egészségügyi alapellátásban

összes átlagos odautazási idő %

0–40 perc	10,0
40–60 perc	35,8
60–90 perc	13,0
90–120 perc	21,3
120 perc felett	20,0

havi átlagos betegforgalom az összes településen %

40–450	20,1
450–775	19,8
775–890	20,0
900–1100	21,6
1100 felett	18,4

2. melléklet Az orvosokra nehezedő terhelések clusterai – a rétegzett terhelésmutatók standardizált értékeinek átlagain

	település- szám	ellátási idő	útidő	ügyeleti idő	beteg- forgalom
kis betegforg., alacsony terhek	-0,42861	-0,72751	0,5037	-0,76857	-1,04755
átlagos terhek	-0,42861	-0,13489	-0,86144	0,55099	0,07668
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	-0,42861	0,80178	-0,10863	-1,18978	0,07061
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	2,32695	-0,64214	-0,26366	0,75339	-0,20903
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	2,32695	0,86019	-0,48747	0,77468	0,76354
egy településen, de minden teher magas	-0,42861	0,23621	0,85408	0,67862	0,89279

3. melléklet Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása betegforgalom fő szerint (%)

	40–450	450–775	775–890	900–1100	1100 felett
kis betegforg., alacsony terhek	62,6	24,3	11,9	1,2	
átlagos terhek	10,4	25,8	20,3	31,3	12,2
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	6,7	19,7	33,9	38,1	1,6
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	15,1	43,4	13,5	13,6	14,5
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	2,3		25,4	34,7	37,6
egy településen, de minden teher magas		7,6	17,8	18,2	56,3

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása ellátási idő/hét szerint (%)

	20 óráig	20–40 óra	40 óra felett
kis betegforg., alacsony terhek	69,7	30,3	0,0
átlagos terhek	34,6	64,7	0,7
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,0	77,4	22,6
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	64,6	35,4	0,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett		73,9	26,1
egy településen, de minden teher magas	24,0	63,5	12,4

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása ügyeleti idő/hét szerint (%)

	nem ügyel	1–9 óra	10–14 óra	15–24 óra	24 óra felett
kis betegforg., alacsony terhek	41,1	26,8	26,2	5,2	0,7
átlagos terhek		5,5	26,6	49,4	18,6
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	65,6	29,6	4,8		
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	2,7	2,8	18,4	35,1	41,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett		3,9	16,8	42,6	36,7
egy településen, de minden teher magas		6,2	19,7	43,3	30,8

Terhelésvariációk csoportjainak eloszlása utazási idő szerint (%)

	0–40 perc	40–60 perc	60–90 perc	90–120 perc	120 perc felett
kis betegforg., alacsony terhek		29,6	5,0	28,6	36,9
átlagos terhek	21,1	66,9	12		
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	4,1	43,7	23,3	14,9	14,1
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	18,6	40,5	10,8	12,2	18,0
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	33,4	25,7	17,6	13,7	9,7
egy településen, de minden teher magas		0,5	14	50,9	34,5

4. melléklet Településrang hatása a terhelésvariációkra – lépésenként végzett lineáris regresszió, béta értékek

	Bp.	megyei jogú város	város	község
kis betegforg, alacsony terhek	0,3506	0,2423	--0,2065	-0,2403
átlagos terhek	-0,3201	-0,1378	0,2467	-0,1545
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,3642	0,1884	-0,3343	-0,3515
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	-0,1374	-0,1036	0,0000	0,2186
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	-0,1734	-0,1260	0,0000	0,3186
egy településen, de minden teher magas	-0,1704	-0,1042	0,1341	0,1206

Településméret hatása a terhelésvariációkra – lépésenként végzett lineáris regresszió, béta értékek

	1058 fő alatti	1059–1754 fő közötti	1755–2730 fő közötti	2731–6058 fő közötti	6059 fő feletti
kis betegforg, alacsony terhek		-0,1034	-0,1065	-0,1139	0,2234
átlagos terhek					
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő		0,1324		-0,1175	
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	0,2072			0,1142	-0,1640
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	0,1833		0,0895	0,1451	-0,2476
egy településen, de minden teher magas	-0,1056		0,2174		

5. melléklet Az egyes terhelésvariációkat jelentő csoportokba tartozás oka, életkorcsoport szerint – lineáris regresszió, béta együtthatók

	27–45	46–52	53–58	59–78
kis betegforg, alacsony terhek	-0,1374	0,0000	0,0000	0,2383
átlagos terhek	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	0,0000	0,0000	0,1300	--0,1653
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	0,0000	0,0000	0,0000	-0,1069
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	0,0000	0,0000	0,0000	-0,1055
egy településen, de minden teher magas	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000

6. melléklet A kor szerinti mobilitási csoportok átlagos kor és praxis szerinti évei, ezek standard átlagai, illetve százalékos eloszlás

mobilitási csoportok	korátlag	praxisév- átlag	zkor	zpraxe	eloszlás %
idős mobil	64	10	1,3357	-0,5653	13,8
idős immobil	63	33	1,2429	2,0422	9,9
középkorú átlagmobil	50	14	-0,2444	-0,1855	34,0
középkorú immobil	54	22	0,2938	0,7931	19,6
fiatal mobil	41	6	-1,2161	-1,0298	22,7

7. melléklet A kor szerinti mobilitási csoportok eloszlása korévek között (%)

	27-45	46-52	53-58	59-78
idős mobil			11,1	88,9
idős immobil			10,9	89,1
középkorú átlagmobil	18,8	56,7	24,5	
középkorú immobil		31,8	57,7	10,4
fiatal mobil	86,4	13,6		

A kor szerinti mobilitási csoportok eloszlása a praxisban töltött évek rétegei szerint (%)

	1-8 éve	9-12 éve	13-15 éve	16-22 éve	23-50 éve
idős mobil	21,9	62,7	12,4	3,0	
idős immobil					100,0
középkorú átlagmobil	3,3	29,2	46,4	21,1	
középkorú immobil				60,4	39,6
fiatal mobil	68,7	26,2	5,1		

8. melléklet Egyes eszközök rendelkezésre állása a praxisok százalékban

	van %
gépkocsi	96,1
számítógép	99,7
kislabor	39,3
fizioterápiás eszközök	28,1
vizelet stix	91,8
hordozható EKG	81,9
telefonos online EKG	8,6
otoscop	89,2
szemfenéktükör	42,3
ABPM (automata vérnyomásmérő monitor)	48,6
oscillometer	50,5
doppler	47,6
félautomata defibrillátor	9,9
inhalátor	27,8

Babusik: Hozzáférségi különbségek az egészségügyi alapellátásban

**9. melléklet A praxisok felszereltségi szintje – az életkori csoportok hatása
(lineáris regresszió, béta értékek)**

	27–45	46–52	53–58	59–78
alacsony	-0,1155	-0,1800	0,1303	0,1839
közepes	0,0000	0,1781	0,0000	0,0000
jó vagy nagyon jó	0,1660	0,0000	0,0000	-0,1153

Lakosság, nyugdíjasok és romák lélekszáma a teljes megyei népességben és a helyben ellátatlan településeken

	helyben ellátatlan települések (fő)	megyei lakosság- szám	helyben ellátatlan lakos %	helyben ellátatlan roma fő	megyei összes roma fő	helyben ellátatlan roma %	helyben ellátatlan nyugdíjas fő	megyei összes nyugdíjas fő	helyben ellátatlan nyugdíjas %
Baranya	62433	404 845	15,4	14199	35552	39,9	14529	104 721	13,9
Bács-Kiskun	11989	549 260	2,2	360	21992	1,6	3312	142 934	2,3
Békés	3800	401 459	0,9	797	14174	5,6	1165	109 734	1,1
Borsod-Abaúj- Zemplén	70367	747 894	9,4	22362	114405	19,5	17866	182 897	9,8
Csongrád	5056	424 212	1,2	419	9645	4,3	1360	113 884	1,2
Fejér	11880	429 967	2,8	960	11391	8,4	2750	102 510	2,7
Győr-Sopron	7512	425 270	1,8	579	6133	9,4	2040	107 872	1,9
Hajdú-Bihar	11061	534 880	2,1	1676	33524	5,0	2925	126 669	2,3
Heves	29247	329 768	8,9	6722	31122	21,6	7851	90 515	8,7
Komárom	7959	309 483	2,6	293	6122	4,8	2216	76 718	2,9
Nógrád	29206	219 819	13,3	7004	26487	26,4	8471	59 346	14,3
Pest	6220	1 074 993	0,6	1056	30597	3,5	1530	256 858	0,6
Somogy	63598	327 145	19,4	16042	40300	39,8	16651	84 853	19,6
Szabolcs-Szatmár	56976	591 904	9,6	16909	94683	17,9	12975	126 409	10,3
Szolnok	10910	422 500	2,6	1813	32877	5,5	3081	110 180	2,8
Tolna	21320	252 391	8,4	3143	16575	19,0	5482	64 335	8,5
Vas	15722	265 758	5,9	1332	8002	16,6	4506	68 831	6,5
Veszprém	24555	380 499	6,5	2369	9286	25,5	6887	95 073	7,2
Zala	44496	298 430	14,9	6297	19002	33,1	12851	78 410	16,4
Összes (fő és %)	494307	8390477	5,9	104332	561869	18,6	128448	2102749	6,1

BUGARSZKY ZSOLT

A szociális szolgáltatások újjászületése Magyarországon

Amikor szociális szolgáltatásokról beszélünk, akkor általában a rendszerváltást követően tartjuk számon azok megjelenését, újjászületését. Szociális szolgáltatások azonban léteztek már a rendszerváltás előtt is. Habár az akkori hivatalos ideológia elutasította a szociális munka szükségességét, szociális problémák akkor is léteztek, és ezeket igyekeztek valamilyen módon orvosolni. Néhány területen – mint például az idősgondozás – valóságos rendszerek épültek ki, miközben a szociális munka kifejezést következetesen kerülni kellett.

A rendszerváltás pillanatában tehát nem az alapoktól induló építkezésre került sor, hanem sok tekintetben a már meglévő rendszer kapott új kereteket.

A régi képek új keretben

Ha a szociális szolgáltatásokat tekintjük, akkor az 1993-ban elfogadott első szociális törvény néhány kivételtől eltekintve a korábban már létező szolgáltatásokat nevesíti. Ilyenek:

1. táblázat Az 1993-ban nevesített szociális szolgáltatások

- A gyermekek napközbeni ellátása
- Házi segítségnyújtás, étkeztetés
- Családsegítés
- Ápolást-gondozást nyújtó intézmény:
 - Idősek otthona
 - Pszichiátriai betegek otthona
 - Fogyatékosok otthona
- Rehabilitációs intézmények
 - Pszichiátriai betegek rehabilitációs intézménye
 - Szenvedélybetegek rehabilitációs intézménye
 - Fogyatékosok rehabilitációs intézménye
- Nappali ellátást nyújtó intézmények
 - Idősek klubja
 - Fogyatékosok nappali intézménye
 - Nappali melegedő

- Szenvedélybetegek nappali intézménye
- Átmeneti elhelyezést nyújtó intézmények
- Gyermekek átmeneti otthona
- Időskorúak gondozóháza
- Fogyatékosok gondozóháza
- Hajléktalanok átmeneti menhelye és átmeneti szállása

Forrás: 1993. évi III. tv.

A fent megnevezett összesen 17 szociális szolgáltatás közül mindössze 2-3 számít valóban újnak, a többi korábban is létezett de átfogó, egységes szabályozás nélkül és nem lehetett nyíltan szociális ellátórendszerrel beszélni. Amikor a szociális szolgáltatások újjászületéséről beszélünk, akkor tehát észre kell vennünk, hogy az első szociális törvény megjelenésekor zömében nem nagyarányú fejlesztésekről és szolgáltatási struktúrák létrejöttéről volt szó, hanem az ellátási formák többségénél logikailag kerültek új keretbe a már létező szolgáltatás típusok.

Anélkül, hogy csökkenteni akarnám az 1993-as törvény jelentőségét, meg kell jegyezni, hogy a létező szolgáltatások „gépies” nevesítése nem minden szempontból tekinthető progresszívnek. Miközben az új jogszabály a felületes szemlélő számára azt a látszatot keltette, hogy a magyar szociális ellátások egész sora áll rendelkezésre, valójában egyes esetekben olyan szolgáltatásokat, ellátási formákat nevesített, melyek már 10 évvel ezelőtt is korszerűtlennek számítottak. Ezek között a szolgáltatási formák között számos olyat találunk melyeket hazai és nemzetközi viszonyok között is komoly kritikák értek. Ilyenek az általában nagy létszámú, zárt, az érintettek eredeti lakóhelyétől távol elhelyezett tartós bentlakást nyújtó intézmények vagy rehabilitációs otthonok. A jogalkotó célja elsősorban egy kiszámítható, számon kérhető rendszer létrehozása volt, a törvény érdemben nem foglalkozott az egyes szolgáltatások minőségi kritériumaival.

Mindezek ismeretében külön figyelemre méltó, hogy még az 1993-ban immár egységes keretek között nevesített – korábban is létező – szolgáltatások sem álltak össze egy országos lefedettséget biztosító ellátórendszerrel.

Az 1993-as szociális törvény pontosan meghatározza, mely ellátási formákat mikorra kell létrehozni. A jogszabály első változata 1997. december 31-ét jelölte meg a személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatások létrehozásának határidejeként. Miután világossá vált, hogy a határidőre nem jönnek létre a szolgáltatások, 1995-ben egy módosítás során a jogszabályalkotó kitolta a határidőt 1999. december 31-re.

Az új határidő lejártá előtt az Állami Számvevőszék megvizsgálta a települési önkormányzatok szociális szolgáltatásainak helyzetét. A vizsgálatról készült jelentésben megállapították, hogy az első szociális jogszabály létrejötte után 5, a rendszerváltás után 9 évvel (1998-ban) nemhogy új szolgáltatások nem jöttek létre elegendő számban, hanem az örökölt struktúra sem egészült ki országos lefedettségű, valóban elérhető hálózattá. A gyakorlatilag évtizedek óta létező idősellátás néhány jellem-

ző intézményeinek kiépültségéről például a következőket állapítja meg a vizsgálat:

2. táblázat Az idősellátás néhány jellemző intézményének kiépítettsége 1998-ban

Szolgáltatás	Kiépültség (%)
Étkeztetés	70,0
Házi segítségnyújtás	48,2
Idősek Klubja	68,0

Forrás: az ÁSZ 0015 számú jelentése

Ezek az arányok az 500 fő alatti települések esetében rendre alacsonyabbak. Például az étkeztetés ebben a körben a települések 47,8 százalékánál biztosított, a házi segítségnyújtás pedig mindössze a kistelepülések 20 százalékánál volt elérhető 1998-ban.

Figyelmeztető, hogy több szolgáltatás esetében a kapacitások növekedése helyett azok visszaépülését tapasztalhatjuk. A házi segítségnyújtás esetében 1992-ben a megszervezésre kötelezett önkormányzatoknak még 60,8 százalékánál megtalálhattuk ezt a szolgáltatást, s mint a fenti táblázatból kiderül ez az arány 1998-ra 48,2 százalékra csökken. Az idősek klubja esetében 6 év alatt 2 százalékos csökkenést tapasztalunk a kiépítettségben, és drasztikusan csökkent (majd 50 százalékkal) a bölcsődei férőhelyek száma is.

Természetesen vannak területek, ahol egyértelmű fejlődést figyelhetünk meg. Kétségtelenül növekedett a hajléktalan-ellátás intézményrendszere. Az éjjeli menedékhelyek és átmeneti szállások férőhelyeinek száma 1993 és 1998 között 60 százalékkal nőtt. Az így létrejött, összesen 5917 férőhely azonban semmi esetre sem tekinthető egy olyan számnak, ami megnyugtatóan rendezzi a becslések szerint kb. 20–30 000 magyarországi hajléktalan helyzetét. Hasonló tendencia figyelhető meg a nappali melegedők esetében. 1993-ban mindössze 14 ilyen intézményt találunk, 1998-ban már 60 melegedő van, de ezek is összesen mindössze 2816 férőhelyet biztosítanak.

A gyermekvédelmi szolgáltatások megjelenése

Az egyetlen szolgáltatás, ahol igazán dinamikus fejlődést figyelhetünk meg 1998–99-re, az a gyermekjóléti szolgálat. 1997-ben új jogszabály jelenik meg (1997. évi XXXI. tv.), amely külön keretbe foglalja a gyermekekkel kapcsolatos szociális szolgáltatásokat. A szociális törvényből az új jogszabály „kiemeli” a gyermekeket ellátó szolgáltatásokat, mint például a gyermekek napközbeni ellátása, vagy a gyermekek átmeneti otthona, és emellett számos új személyes gondoskodást nyújtó szolgáltatási formát nevesít. Ugyanebben az évben lép hatályba a szociális törvény egy újabb módosítása, mely szintén új szolgáltatásokat vezet be.

3. táblázat Az 1997-ben nevesített új szociális szolgáltatások

Alapellátás:

- Gyermekjóléti szolgálatok

Átmeneti gondozás:

- Helyettes szülő
- Gyermek átmeneti otthona
- Családok átmeneti otthona

Napközbeni ellátás:

- Házi gyermekfelügyelet
- Családi napközi
- Bölcsőde

Otthont nyújtó ellátás:

- Nevelőszülői hálózat
- Gyermekotthonok

Területi gyermekvédelmi szakszolgáltatás

Szociális törvényben:

- Pszichiátriai és szenvedélybetegek átmeneti otthona

Forrás: 1997. évi XXXI. tv. és az 1996. évi CXXVIII. tv.

Ezzel 1997-re a korábbi 17-ről 24-re emelkedik a szociális jogszabályokban (Szt. Gyt.) nevesített szociális szolgáltatások száma. Ismerve a korábbi szolgáltatások történetét igazi meglepetésként könyvelhetjük el, hogy a gyermekjóléti szolgálatok 1999-ben – a nevesítés után 2 évvel – a kötelezett települések 89,4 százalékban létrejöttek. A fejlődés olyannyira dinamikus, hogy az „magával húzza” a családsegítő szolgálatok fejlődését is. Míg 1996-ban 141 családsegítőt találunk az országban, ez a szám 1999-re a korábbi érték 3,5-szörösére, 436-ra emelkedik.

Sajnos nem lehetünk elégedettek, ha a kiépült szolgáltatásokat vizsgáljuk meg közelebbről. Azokban az intézményekben, amelyek léteztek, a tárgyi és személyi feltételek elégtelensége okoz gondot. A már idézett ÁSZ jelentés többek között megállapítja, hogy *a szigorú szakmai előírásoknak az átmeneti ellátásokat nyújtó intézmények 90 százaléka nem felel meg*. Itt arról van szó, hogy a szolgáltatások a szakmai célkitűzésekhez képest nem megfelelő helyen, nem megfelelő szakembergárdával, nem megfelelő körülmények között működnek. A probléma orvoslására a jogalkotó ekkor ismét a korábbi módszerhez nyúlt, a pótlások 1999-es határidejét tolták ki további három évvel. És nem csak a korábbról örökölt intézmények körülményei elégtelenek. Az ÁSZ által vizsgált 66 önkormányzatnál a *„jogszabályban előírt számban (2500–3000 fő lakosonkénti) szakképzett, kellő tapasztalattal rendelkező családsegítő, a szakmai tevékenységet elősegítő egyéb dolgozó (pszichológus, jogász) sehol sem biztosított.”* (ÁSZ 0015 sz. jelentés, 1999)

Összességében megállapíthatjuk, hogy a rendszerváltást követő első 10 évben számos szociális szolgáltatást (összesen mintegy 24) nevesített-

tek a két alapvető szociális jogszabályban (szociális törvény és gyermekjóléti törvény). Az előírások részletesen rendelkeznek arról, hogy ezeket mely szerveknek, mikorra, milyen tárgyi és szakmai minimumfeltételekkel kell létrehozni. Tehát egy jól felépített, logikusan szervezett, részletes szabályozás jön létre. A gyermekjóléti törvényt nemzetközi szinten is elismeréssel szokták említeni annak korszerűsége és haladó szelleme miatt.

A gondok akkor kezdődnek, amikor ezeket a szolgáltatásokat a valóságban is szeretnénk tetten érni. Annak ellenére, hogy számos szociális szolgáltatás tulajdonképpen nem új, hanem már korábban is létezett, nem sikerült ezeket 1999-re sem országosan kiépíteni, sőt több esetben inkább visszaépülésről beszélhetünk. Igazán dinamikus fejlődés egyetlen szolgáltatásnál, a gyermekjóléti szolgáltatásnál figyelhető meg, amelyek egyedülálló módon a nevesítéstől számított 2 éven belül majd 90 százalékos kiépítettséget értek el.

Ezeknek a tényeknek az ismeretében a jogalkotó azt a megoldást választja, hogy kitolja a jogszabályban megállapított – mind a létrehozás időpontjára, mind pedig a tárgyi és személyi feltételekre vonatkozó – eredeti határidőket.

A szociális szolgáltatások hiányosságainak okai

Érdemes elidőznünk azon, vajon mi lehet az oka annak, hogy a progresszív és jól felépített jogi szabályozás, illetve az abban egyértelműen szereplő kötelezettségek ellenére igencsak foghíjasan, elégtelen feltételekkel épül ki a rendszerváltás utáni magyar szociális szolgáltatások rendszere.

Az indokok között elsősorban olyan érvek jelennek meg, melyek az államadóság csökkentésének és a gazdasági stabilitás megteremtésének prioritásait hangsúlyozták. A rendszerváltás ugyan meghozta azt az ideológiai fordulatot, mely a szociális szakmát és annak szolgáltatásait felszabadította a tiltás, és rejtegetés béklyója alól, azonban érdemi politikai akaratot és forrásokat – melyekkel valóban egy korszerű, a szükségleteknek megfelelő ellátást lehetett volna kialakítani – nem sikerült a szféra felé fordítani a kilencvenes évek elején Magyarországon.

Ahhoz, hogy a pénzügyi érveket megértsük, meg kell értenünk a központi kormányzat és az önkormányzatok viszonyát. A fent ismertetett intézményrendszer kereteit központilag határozták meg. Tényszerűen: a szakminisztérium nyújtja be az ellátórendszert szabályozó törvény tervezetét a parlamentnek. Ha a jogszabály elfogadásra kerül, az leginkább az önkormányzatok számára ír elő feladatokat.

Az önkormányzatok ugyanakkor rendkívüli önállósággal bírnak Magyarországon. A központi kormányzatnak, a parlamentnek, vagy a területért felelős minisztériumnak elvileg nincs közvetlen befolyása arra, milyen gazdálkodást és intézményi politikát folytatnak az önkormányzatok.

Ráadásul rendkívül nehéz tisztán látni a szociális szolgáltatások pénzügyi kérdéseiben. Nehezíti az átláthatóságot, hogy a szociális és gyermekvédelmi ellátások finanszírozása intézménytípusonként és éven-

ként nagy eltéréseket mutatott. Az Állami Számvevőszék vizsgálata a következőket állapítja meg erről:

„A feladatellátáshoz az állam a forrásszabályozáson keresztül járul hozzá, melynek rendszere bonyolult, nehezen áttekinthető. Az egyes önkormányzati feladatokat a központi költségvetés nem azonos elvek szerint támogatja (lakosságszám, feladatmutatóhoz kötött normatív állami hozzájárulás, pályázati úton elosztott támogatás). Az évek közötti összehasonlíthatóságot nehezíti, hogy a támogatások tartalma, forráshelye is változó.” (ÁSZ 1999)

Egy másik helyen a jelentés arról számol be, hogy:

„A forrásszabályozás jelenlegi rendszerében az állami pénzeszközök lebontása meghatározó részben nem kapcsolódik konkrét feladatellátáshoz. Így a kiadásokhoz rendelhető központi források nagyságrendje és összetétele egzakt módon nem állapítható meg.

(...)

Míg a feladatmutatóhoz kötött normatív hozzájárulások igénybevételeiről utólag az éves beszámoló keretében az önkormányzatoknak el kell számolniuk, a szociális és gyermekjóléti alapszolgáltatási feladatok normatívája a lakosság száma után garantáltan megilleti a települési önkormányzatokat, igénybevételehez nem fűződik elszámolási kötelezettség. (ÁSZ 1999)

Ezt tetézi, hogy a megkövetelt statisztikai nyilvántartások legfeljebb a főbb tendenciák jelzésére voltak alkalmasak, „az adatlapok nem informálnak a önkormányzatok feladatellátási kötelezettségének teljesítéséről.

(...)

A Gyvt-ben nevesített újszerű ellátásokra (gyermekjóléti szolgálatok, családi napközi, helyettes szülő) csak 1999-től szervezték meg a statisztikai adatgyűjtést.” (ÁSZ 1999)

Magyarán szólva 1999-ben nem létezett egy olyan adatszolgáltatási rendszer, melyből egyértelműen megmondható lenne, hogy mely önkormányzatok, mely ellátási kötelezettségeiknek tettek eleget, és azt gyakorlatilag senki sem ellenőrizte, hogy pl. az alapfeladatokra átadott normatívák valóban ezekre fordítottak-e. Ez a „jótékony” homály tökéletesen alkalmas arra, hogy ne lehessen megmondani vajon az átadott állami források elegendőek-e a szolgáltatások finanszírozására vagy sem. Korrekt elszámolás hiányában minden résztvevő fél elmondhatja a maga érveit, magyarázatait, de a fent ismertetett okokból komoly erőfeszítéseket kell tennie annak, aki tisztán akar látni.

Miközben a tények egyértelműek (a szociális szolgáltatások a rendszerváltás után 10 évvel sem épültek ki teljes mértékben), magyarázat általában minden fél részéről akad. A központi kormányzat milliárdokban kifejezve el tudja mondani, hogy mekkora összegeket adtak át az önkormányzatoknak szociális célokra. 1998-tól már összesen 9-féle jogcímen jelenik meg ezekre a célokra bevétel az önkormányzati oldalon.

Ennek ellenére az önkormányzatok folyamatosan arról számolnak be, hogy összességében növekvő feladataikhoz csökkenő helyben maradó források (pl. az SZJA esetében) és támogatások párosulnak. Így kénytelenek az eredetileg a szociális szolgáltatásokra érkezett, de gyakorlatilag szabadon felhasználható forrásaikat más célokra fordítani.

A jogszabályok más módon is „lehetőséget adnak” a szolgáltatások negligálására. Például a gyermekvédelmi törvényben nevesített gyermekek napközbeni ellátása gyakorlatilag egy szolgáltatásként is értelmezhető, miközben világos, hogy a bölcsőde, óvoda, az általános iskolai napközi és a házi gyermekfelügyelet egymással nem helyettesíthető szolgáltatások. Csak egyiket megszervezve papírforma szerint az önkormányzat már teljesítette feladatát.

Szintén az ÁSZ vizsgálat állapította meg, hogy „az egyes ellátási formákhoz rendelt személyi és tárgyi feltételek eltérőek. A törvényi szabályozás alapján az önkormányzatok úgy is dönthetnek, kizárólag gazdaságossági szempontok alapján, hogy költséges saját intézmények fenntartása helyett minőségileg hátrányosabb feltételekkel szervezik meg az ellátást.” (ÁSZ 1999)

Gondot okoz egy-egy szociális szolgáltatás létrehozásánál az is, hogy rendszerint késnek a végrehajtási rendeletek, a szakmai munkát segítő módszertani ajánlások, segédletek. A helyi döntéshozóknak és szakembereknek esetenként fogalmuk sincs, mit kell pontosan létrehozniuk.

A szomorú az, hogy ebben a rendszerben nagyon hiányzik egy egyébként jelentős dimenzió. Szinte sehol sem úgy épülnek ki a szociális szolgáltatások, hogy a helyi önkormányzat felméri a lakossági szükségleteket és annak mentén ilyen vagy olyan ellátási forma megszervezését határozza el. A Magyarországon létező szociális szolgáltatások rendszerint vagy azért léteznek, mert megörökölte őket az önkormányzat, vagy mert létrehozásukat jogszabály írta elő.

Hogy valóban mennyire az anyagi természetű okok motiválják egy-egy szolgáltatás létrejöttét, arra éppen a rekordsebességgel kiépült gyermekjóléti szolgálatok jelentik az élő példát. A jogszabály 1997-ben nevesítette ezt a szolgáltatási formát. Azonban semmi sem tiltotta, hogy akár más néven, vagy kicsit eltérő szakmai tartalommal már korábban létrehozzák őket az önkormányzatok. A magam részéről egyetlen hasonló jellegű önkormányzati szolgáltatásról nem tudok 1997 előtt. Két évre rá mégis több százat találunk. Mi változott? Mindössze annyi, hogy a programot nevesítsék, és a minisztérium jelentős forrásokat fordított a kiépítés támogatására. Jelentékeny forrásokat lehetett pályázaton szerezni, miközben sok helyen a családsegítő létezésével már egy meglévő struktúra fejlesztésére kerülhetett sor.

És hogyan tovább?

Az 1999-es évet követően sok szempontból új helyzet állt elő. A gazdaság egyértelműen fejlődésnek indult. Többé már nem egy válságban lévő országról volt szó, ami a rendszerváltás utáni sokk jelentette túlélésre ren-

dezkedett be. Az ország növekedésnek indult és ezt az azóta eltelt 4 évben már a lakosság is megérezhette.

Azt gondolnánk, mindez kihatott a szociális szolgáltatások fejlődésére is. Több forrás birtokában talán sikerült kiegészíteni a rendszer hiányosságait, és megoldani, hogy a már létező szolgáltatások szakmai célkitűzéseiknek megfelelő tárgyi és személyi körülmények között tevékenykedjenek. Nem ez történt.

Sajátos módon jelentős fejlődés ment végbe, de valahogy úgy, hogy a rendszer hiányosságai inkább növekedtek, mintsem csökkentek volna.

Egy újabb módosítás során a már nevesített szolgáltatások hiányosságai ellenére a szociális törvény újabb szolgáltatásokkal bővült. Az 1999. évi LXXIII. tv. a következő új ellátási formákat nevesítik:

4. táblázat Az 1999-ben nevesített új szociális szolgáltatások

- szenvedélybetegek otthona
- hajléktalanok otthona
- hajléktalanok rehabilitációs intézménye
- pszichiátriai betegek nappali intézménye
- fogyatékosok lakóotthona
- pszichiátriai betegek lakóotthona

Forrás: 1999. évi LXXIII. tv.

A jogalkotó tehát előre „menekül”. Tovább folytatódik a hajléktalan-ellátó rendszer építése (legalábbis papíron). A pszichiátriai betegek nappali intézményén, illetve a fogyatékosok és pszichiátriai betegek lakóotthonán keresztül olyan szolgáltatási formák kerülnek nevesítésre, amelyek már nyilvánvalóan a korszerű közösségi alapú szociális szolgáltatások táborába tartoznak, és többek között az a céljuk, hogy több korábbi intézményi ellátást fokozatosan kiváltsanak.

Az új szolgáltatások határidejeként külön időpontokat állapít meg a jogszabály. A hajléktalanok rehabilitációs intézménye esetén a határidő 2004. december 31. Ugyanakkor a lakóotthonok esetében ez az időpont 2009. december 31. A pszichiátriai betegek nappali intézménye és a hajléktalanok otthona esetében maradt a többi szolgáltatásra is érvényes 1999. december 31-ei határidő.

Talán mondanom sem kell, hogy az év végére elenyésző számban jöttek létre hajléktalan otthonok vagy pszichiátriai betegek nappali intézményei. S nem volt ez másképp a következő két évben sem. 2001-re az önkormányzatok többsége mulasztásos törvénysértést követett el egy vagy több szociális szolgáltatás létrehozásának elmulasztásával. Ebben az évben az önkormányzatok mindössze 28,6 százalékánál találjuk meg a jogszabályban nevesített összes alapellátási szolgáltatást. A szakosított ellátásoknál még ennél is rosszabb a helyzet.

Ennek ellenére az új szolgáltatások nevesítésének még nem volt vége. 2001-ben újabb módosításra került sor, és a 2001. évi LXXIX. tv. a következő új szolgáltatásokat nevesíti:

5. táblázat *Közösségi pszichiátriai ellátás*

- támogató szolgálat
- utcai szociális munka
- jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- fogyatékos személyek részére nyújtott jelzőrendszeres házi segítségnyújtás
- családsegítő szolgáltatásokon belüli speciális szolgáltatások
- szenvedélybetegek lakóotthona

Forrás: 2001. évi LXXIX. tv.

Az egyetlen, teljesen önálló program a szenvedélybetegek lakóotthona. Az új szolgáltatások többségében már létező ellátási formák kiegészítői azon szakmai szempontból rendkívül fontosak. Ennél a pontnál ha lehet még inkább nyilvánvalóvá vált az ellátórendszer virtualitása. Az új jogszabály olyan ellátásokra épít új, kötelező szolgáltatásokat, melyek sok helyen létre sem jöttek.

A 2001. évi módosítás során a korábban meghosszabbított határidők mintegy két éve lejártak, és ennek ellenére sem a korábbi szolgáltatások, sem pedig az 1996-tól nevesített ellátási formák kiépültsége nem változott érdemben.

6. táblázat *A települések megoszlása a Szociális törvényben előírt kötelezettségek teljesítése szerint, 2001 (forrás: OSAP 1207, 1202, 1686)*

Szolgáltatás	Az ellátási kötelezettségüket nem teljesítő települések aránya (%)
Étkeztetés	28,35
Házi segítségnyújtás	51,76
Családsegítés	41,75
Nappali melegedő	41,18
Idősek klubja	31,80
Fogyatékosok nappali intézménye	32,94
Szenvedélybetegek nappali intézménye	88,24
Pszichiátriai betegek nappali intézménye	92,94
Időskorúak gondozóháza	69,51
Fogyatékos személyek gondozóháza	89,66
Pszichiátriai és szenvedélybetegek átmeneti otthona	34,48
Hajléktalanok éjjeli menedékhelye és átmeneti szállása	1,72

Ha megvizsgáljuk, hogy hány olyan település van, amelyen az összes, számukra előírt Szociális és Gyermekjóléti törvényben nevesített szolgáltatás megtalálható, akkor azt találjuk, hogy 2002-ben összességében a települések 9,72 százaléka ilyen. (Forrás: OSAP 1832/02)

Ezért a jogalkotó úgy döntött, ismét eltolja a határidőket, felmentve ezzel az önkormányzatokat a mulasztásos törvénysértés terhe alól. A szakellátások esetén – leszámítva a lakóotthonokat – egységesen 2008. december 31-e lett a létrehozás legkésőbbi időpontja. Az alapellátások

esetében (és ebbe beletartoznak az új alapellátási formák, illetve a meg-lévők kiegészítő szolgáltatásai is) azonban 2003. január 1-jét jelölték meg.

2003-ra 30 fölé emelkedett a nevesített, és kötelezően létrehozandó szociális szolgáltatások száma. Ezek között már többségben vannak az új, korszerű, egymásra épülő szolgáltatási formák, melyek alkalmasak arra is, hogy fokozatosan felváltsák a rendszerváltás előttről örökölt korszerűtlen intézményi struktúrát.

Komoly gondot okoz azonban, hogy a szabályozás jóval nagyobb ütemben „hozza létre” az új szolgáltatásokat, mint ahogyan azok a va-lóságban létrejönnek. Ez már nem csak egyszerűen szemet szúr, hanem komoly működési gondokat is okoz.

Ugyanis mindeddig elsősorban a szolgáltatások létrejöttének vagy ép-pen hiányának a tényéről volt szó. Észre kell vennünk azonban, hogy a foghíjas intézményrendszer alapvetően ellehetetleníti a már létező szol-gáltatások minőségét. Lehet, hogy a gyermekjóléti szolgálatok vagy a családsegítők (legalábbis a nagyobb településeken) rendre létrejöttek, de rettenetesen nehéz ezekben az intézményekben minőségi segítő munkát végezni úgy, hogy a körülölelő szolgáltatások hiányoznak. Külön vizsgá-lódást érne meg, hogy a szolgáltatások számbéli elégtelenségei, illetve a már létrejött ellátások hiányosságai milyen módon befolyásolják az azokban végzett szociális munka minőségét.

Összefoglalás

Tagadhatatlan, hogy a rendszerváltás óta komoly változások zajlottak a szociális ellátások területén. A leginkább kézenfekvő változás magának a szociális szférának az explicit megjelenése volt. Kiépült a szociális igaz-gatás rendszere, megjelent és fokozatosan fejlődött a jogi szabályozás, és létrejöttek új szociális szolgáltatások.

Ugyanakkor – ha őszinték vagyunk magunkhoz – kiépült, működő szociális szolgáltatási struktúráról 14 évvel a rendszerváltás után sem beszélhetünk. Miközben van egy rendkívül részletes, sok tekintetben kor-szerűnek tekinthető, logikusan felépített jogi szabályozás Magyarorszá-gon, ennek máig nem sikerült maradéktalanul érvényt szerezni.

A magyar közigazgatás sajátos struktúrája miatt megítélésem szerint a szociális szféra, és azon belül a szociális szolgáltatások a központi kor-mányszint és az önkormányzatok sajátos konfliktusának áldozatává vált. A forráselosztások jelenlegi rendszere „megfelelően” átláthatatlan, és ho-mályos ahhoz, hogy pontosan ne lehessen tisztán látni finanszírozási kér-désekben. Még nehezebben működik az egyes kötelezettségek számon kérhetősége, nem teljesen függetlenül a finanszírozási rendszer átlátha-tatlanságától.

Mindez azonban csak látszólag a problémák igazi oka. Az átláthatat-lan viszonyokhoz – véleményem szerint – valóságos érdekek fűződnek, hiszen egy ilyen helyzetben minden érintett fél sikerrel kommunikálhatja saját erőfeszítéseit anélkül, hogy egy világosan átlátható rendszerben pontosan számon lehetne kérni.

Azt nem gondolom, hogy nincs fejlődés. A szociális szolgáltatások

MAGYAR VILÁG

köre évről évre bővül, és közülük számos igen korszerű ellátási formát képvisel. Ugyanakkor a kiépülés tempója kétségbeejtően lassú. 14 év alatt egy intézményrendszer első reformját kellene megélnünk, mi még a létrehozásért küzdünk. Attól tartok, hogy valódi politikai akarat és hazai ráfordítások nélkül az ellátórendszer kiépülése újabb 14 év múltán sem fejeződik be, még az EU-csatlakozással járó közösségi forrásokkal sem.

Cselekvési program

Kormányzati intézkedések és kezdeményezések
a társadalmi bűnmegelőzés ösztönzésére

A kormány 2002-ben kinyilvánította, hogy a közrend és a közbiztonság javítása érdekében az eddiginél differenciáltabb válaszokat kíván adni a bűnözés szerkezetében bekövetkezett változásokra. A bűnüldözés és a büntető igazságszolgáltatás hatékonyságának növelése mellett a jövőben nagyobb hangsúlyt helyez a bűnmegelőzésre, az igazságszolgáltatás tehermentesítésére, a büntetés-végrehajtási költségek csökkentésére, a bűncselekmények sértettjeinek kártalanítására és a megsértett közösség kiengesztelésére.

Előzmények

A büntetőpolitika átfogó reformjának része a pártfogó felügyelői szolgálat átalakítása, amelyről a kormány 2002. október 11-ei ülésén, 1183/2002. (X. 31.) sz. határozatával döntött. A határozatnak megfelelően 2003. július 1-jén az Igazságügyi Minisztérium felügyelete alatt megalakult az egységes szakmai követelmények alapján működő központi irányítású szervezet, az Országos Pártfogó Felügyelői Szolgálat. (www.im.hu/partfogo-felugyelet)

2002 őszén – ugyancsak az Igazságügyi Minisztériumban – megkezdődött a közösségi bűnmegelőzés koncepciójának és stratégiájának kidolgozása. Gönczöl Katalin miniszteri biztos irányításával és széles körű szakmai egyeztetéssel formálódott *A társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiája*, amelyet az Országgyűlés 2003. október 20-án fogadott el. [A 115/2003. (X. 28.) sz. országgyűlési határozat a Magyar Közlöny 123. számában jelent meg, a stratégia teljes szövege hozzáférhető a BMK Füzetek 2003. novemberi különszámában, továbbá az Igazságügyi Minisztérium honlapján: www.im.hu] Az országgyűlési határozat értelmében a Kormánynak cselekvési programot kell készítenie, amelyben körvonalazza a szükséges jogszabályi, szakmai és szervezeti megoldásokat, meghatározza az irányítása alá tartozó szervezetek feladatait.

A *Cselekvési program* is elkészült, s a kormány 2004. február 18-án elfogadta. (Az 1009/2004. (II.26.) sz. kormányhatározatot a Magyar Közlöny 2004/20. számában hirdették ki.) Az intézkedési terv a minisztériumok, a hatóságok és a büntető igazságszolgáltatás intézményei számára jelöl ki rövid és közép távú feladatokat. A stratégiában megfogalmazott

prioritások (a gyermek- és fiatalkori bűnözés megelőzése, a városi bűnözés visszaszorítása, a családon belüli erőszak, az áldozattá válás és a bűnisméltés megelőzése) mentén nevez meg konkrét teendőket, felelősöket és határidőket.

A Cselekvési program koncepciója és tartalma

A dokumentum hűen követi a stratégia elveit és célkitűzéseit. Eszerint az állam kezdeményező és ösztönző szerepet vállal a társadalom önvédelmi képességének fokozása és a bűnözést kiváltó társadalmi jelenségek visszaszorítása érdekében. Az intézkedések azon a felismerésen alapulnak, hogy a növekvő mértékű bűnözéssel szemben társadalompolitikai eszközökkel is fel kell lépni. A jövőben a szociálpolitika, az egészségügy, az oktatás, a gyermek- és családvédelem, a foglalkozás- és településpolitikában is érvényesülniük kell a bűnmegelőzési szempontoknak.

A magyar társadalom mostanáig elsősorban rendőrségi feladatnak tekintette a bűnmegelőzést. Biztonságérzetének romlásáért mindenképp előtérbe kell hozni a bűnüldöző hatóságokat tette felelőssé. Szemléletváltásra van szükség. Bizonyos területeken a felelősségben osztozni kell. A bűncselekmények túlnyomó többségét a személyek és a vagyon elleni, valamint a közterületen elkövetett erőszakos bűncselekmények alkotják. Összefogással ezen a téren kell és lehet eredményeket elérni. Helyre kell állítani a hatóságok iránti bizalmat és mozgósítani kell a helyi közösségeket, hogy szorosan együttműködjenek a biztonságosabb élet feltételeinek kialakításában.

A tulajdonviszonyok gyors átalakulása nem járt együtt a felelős tulajdonosi magatartás elsajátításával. A jövedelmi viszonyok és az életkörülmények drámai változásai szétzilálták a korábbi közösségeket. A szolidaritás hiánya bátorítja a bűnelkövetőket, az elzárkózás és az elhagyatottság csökkenti a bűncselekmények elkövetésének kockázatát.

Az embereknek meg kell érteniük, hogy a bűncselekmények jelentős része elkerülhető, ha jobban vigyáznak magukra és egymásra. Meg kell ismerniük a társadalmi bűnmegelőzés eszközeit és módszereit ahhoz, hogy tevékenyen részt vállaljanak személyes biztonságuk megteremtésében. A Kormány cselekvési programja szakmai, szervezeti és pénzügyi lehetőségeket kínál a helyi közösségek számára. Nem kampányról, hanem egy hosszú távú folyamat kezdetéről van szó, amelynek célja a valós veszélyek feltárása és az indokolatlan félelmek eloszlátása.

Az intézkedési terv figyelembe veszi és hasznosítani kívánja a hazai bűnmegelőzés terén eddig szerzett tudást és tapasztalatokat. Arra törekszik, hogy összehangolja és ezzel megsokszorozza a bűnmegelőzési célú vagy hatású tevékenységeket. A minisztériumok, a közintézmények, a hatóságok és a civil szféra ésszerű együttműködésére ösztönöz. Olyan programok elindítását kezdeményezi, amelyek eredménye követhető, értékelhető és beválás esetén széles körben alkalmazható. 2004-et kísérleti évnak tekintti és a 2005-re tervezett programokban már hasznosítani kívánja az idejébe tapasztalatokat.

Kutatás, képzés, adatszolgáltatás

A civil társadalom mozgósítása és részvétele a bűnmegelőzésben felelőségteljes feladat. Az együttműködés egyik alapfeltétele, hogy hiteles információk álljanak rendelkezésre a tényleges bűnözési helyzetről. A bűnözés mérésének reformja régóta napirenden van, de mielőbb ki kell teljesednie. Létre kell jönnie az egységes, korszerű bűnügyi statisztikának. Az országos és különösen a helyi sajátosságokra vonatkozó információt mindenki számára elérhetővé kell tenni. Az adatszolgáltatást folyamatosan frissíteni kell, hogy az érdeklődők valós és aktuális tájékoztatást kapjanak.

Folytatni és fokozni kell a bűnügyi helyzetre vonatkozó kutatásokat. Részletes elemzéseket kell készíteni a bűncselekmények elkövetőiről és áldozatairól, a bűnelkövetővé válás társadalmi hátteréről, a lehetséges beavatkozási pontokról. A hiteles bűnügyi statisztika és a társadalomtudományi kutatások eredményei együtt alapozhatják meg a jó programokat.

A közösségi bűnmegelőzés nemcsak aktivitást, hanem szakértelmet is kíván. Az érintett foglalkozási ágakban tevékenykedőket (önkormányzati dolgozók, orvosok, pedagógusok, szociális munkások, civil szervezetek önkéntesei stb.) fel kell készíteni, illetve tovább kell képezni ahhoz, hogy felismerjék és segíteni tudják a veszélyhelyzetben lévőket. Meg kell tanulniuk együtt dolgozni azoknak, akik eddig egymás mellett (rosszabb esetben akaratlanul is egymás ellenében) tették a dolgukat. A gyors és hatékony beavatkozás érdekében ki kell terjeszteni a minisztériumok, az intézmények és a hatóságok közötti jelzési kötelezettséget. A településeken tovább kell fejleszteni a már működő jelzőrendszereket (gyermekjóléti szolgálatok, gyámhivatalok, családgyógyógyozók, rendőrség, polgárőrség, oktatási és egészségügyi intézmények stb.).

Prioritások

- A gyermek- és fiatalkori bűnözés megelőzése, csökkentése
- a városok biztonságának fokozása
- a családon belüli erőszak megelőzése
- az áldozattá válás megelőzése, áldozat segítés, az áldozat kompenzációja
- a bűnisméltés megelőzése

Újra és újra felvetődik a kérdés, hogy a stratégia miért éppen ezeket a területeket veszi célba. Aki figyelmesen átgondolja a prioritásokban megnevezett beavatkozási területeket, hamar rájön, hogy a stratégiai célok áttekinthetősége érdekében történő csoportosításról van szó. A kategóriák felállítása természetesen kiemelés, súlypontot is jelez, de a prioritások összességének tartalma a megelőzni kívánt bűncselekmények teljes körét felöleli.

A Cselekvési programban kijelölt feladatok és a pályázati célkitűzések is a prioritások mentén fogalmazódtak meg. Az öt kategóriában összesen

63 intézkedésről rendelkezik a kormány. A feladatok egy részét rövid távon, 2004 végéig kell elvégezni és értékelni. A programok másik része idén kezdődik, de áthúzódik 2005-re és szerepelnek a tervben a 2005-re kitűzött feladatok, amelyekhez szintén pályázatok társulnak majd.

A kísérleti és felkészülési évnak tekintett 2004-es program olyan képzéseket, átképzéseket, együttműködések generál, amelyek a résztvevők ismeretszerzését, a helyi közösségek tájékoztatását és mozgósítását célozzák. Súlyt helyez a tapasztalatcserére és a szakmai körökben kívánatos felkészítésre. Támogatást kínál kísérleti modell-programok megvalósítására annak érdekében, hogy a bevált gyakorlatot 2005-ben már szélesebb körben lehessen ajánlani.

Néhány kiragadott példa a prioritások sorrendjében:

A GYERMEK- ÉS FIATALKORI BŰNÖZÉS MEGELŐZÉSE, CSÖKKENTÉSE

A kedvezőtlen gazdasági adottságú térségekben élő, az iskolából kimaradt és a munkanélküli fiatalok számára pályázattal kell biztosítani az integrált

- a) képzési, átképzési programokat, valamint
- b) szabadidő eltöltési programokat, különösen sportolási lehetőségeket.

Pályázattal kell biztosítani

- a) az iskolai szabadidő-szervezők felkészítését,
- b) a gyermek- és ifjúságvédelmi felelősök, az egészségnevelő pedagógusok és a kollégiumi felügyelők képzését.

Pályázatokkal kell támogatni a kortárs-segítő programokat. Ösztönözni kell a diák önkormányzatokat arra, hogy a fiatalok vegyenek részt társaik integrációs gondjainak megoldásában. Terjeszteni kell a legeredményesebb gyakorlatot.

Pályázati forrásokat kell biztosítani olyan speciális, tanfolyam jellegű továbbképzési programokra, amelyek a veszélyeztető és a veszélyeztetett helyzetben lévő gyermekek felismerését és helyzetének javítását szolgálják a gyermekjóléti szolgálatok, a gyermekotthonok és a kollégiumok munkatársai, a pedagógusok, a nevelési tanácsadók valamint a gyermek- és ifjúságvédelmi koordinátorok számára.

A kormány fontosnak tartja azt is, hogy a pártfogó felügyelők munkáját civil szervezetek, egyházak és magánszemélyek segítsék.

A VÁROSOK BIZTONSÁGÁNAK FOKOZÁSA

A város és vonzáskörzete együttműködését ösztönözni kell arra, hogy az terjedjen ki a helyi biztonságérzet növelésére, a zavaró tényezők jelzésének fogadására (drogfogyasztás, zajos szórakozóhelyek, egyéb antiszociális magatartások), valamint a megoldásra alkalmas módszerek kialakítására. Szorgalmazni kell a bűnmegelőzési önkormányzati társulások megalakítását, és a meglévőket pályázatokkal támogatni kell.

A közérdekű munka büntetés jóvátételi jellegének erősítése érdekében

a városi környezet szépítését, helyreállítását, a közösség, illetve a sértett kiengesztelését szolgáló speciális programokat kell szervezni a közérdekű munkára ítélték számára.

A kormány sürgető feladatnak tartja a lakosság közbiztonsági közérzetének javítását. Ezért fokozott figyelmet kíván fordítani a közterületek biztonságára.

Ennek érdekében

a) a közterületeken, a tömegközlekedési eszközökön elkövetett bűncselekményekről, szabálysértésekről (zsebtolvajlás, gépjárműlopás, rablás, garázdaság, rongálás) és egyéb rendzavarásokról elemzéseket kell készíteni, és ki kell dolgozni az azok elleni speciális megelőzési lehetőségeket;

b) ösztönözni kell a civil bűnmegelőzési szervezeteket a speciális bűnmegelőzési módszerek kidolgozásában való részvételre, lehetőséget kell biztosítani arra, hogy a bűnmegelőzési programokban tevékenyen részt vegyenek;

c) az összegyűjtött tapasztalatokról rendszeresen tájékoztatni kell a lakosságot, ismertetni kell a közterületeken elkövetett bűncselekmények és szabálysértések körülményeit, okait és a védelmi, valamint az önvédelmi lehetőségeket.

Az a) és a b) pont megvalósítása érdekében pályázatot kell kiírni.

A CSALÁDON BELÜLI ERŐSZAK MEGELŐZÉSE

A védőnői hálózat, az egészségügyi alap- és szakellátás, a szociális alapellátás, a gyermekvédelem és a közoktatás szereplőit pályázattal támogatott kísérleti modellek tapasztalatainak felhasználásával fel kell készíteni a családon belüli erőszak észlelésére és más intézményekkel együttműködésben történő kezelésére.

A családon belüli erőszak gyermek- és fiatalkori potenciális áldozatainak körében pályázati forrásokkal erősíteni kell a proaktív programokat. Meg kell szervezni a családon belüli erőszak környezetében nevelkedő és/vagy alkoholistá, kábítószerfüggő életmód által veszélyeztetett gyermekek preventív védelmét.

Biztosítani kell a már működő lelki segélyvonal szolgáltatások folyamatos működését. Fejleszteni kell a krízisintervenciós központokat.

AZ ÁLDOZATTÁ VÁLÁS MEGELŐZÉSE, ÁLDOZAT SEGÍTÉS, AZ ÁLDOZAT KOMPENZÁCIÓJA

Ki kell alakítani, és támogatni kell a helyi bűnözéssel és a helyi biztonsággal kapcsolatos információk és megelőzési eszközök internetes elérhetőségét.

Pályázatot kell kiírni komplex megelőzési és áldozatvédelmi programok kidolgozására, illetve a már meglévők továbbfejlesztésére a depri-vált/szegregált városi övezetekben és a tanyákon élő veszélyeztetett emberek számára.

A sértett orientált rendőri szolgáltatásban – a konkrét nyomozati tapasztalatok alapján – meg kell szervezni az áldozattá válás kockázatának

jelzését a veszélyeztetett intézmények (idősek otthonai, állami nevelőintézetek, iskolák, egészségügyi szolgáltatók), a civil szervezetek, a lakosság veszélyeztetett csoportjai számára.

A BŰNISMÉTLÉS MEGELŐZÉSE

A büntetés-végrehajtási intézetekben lévők társadalmi integrációjának elősegítése érdekében a szabadságvesztés tartama alatt meg kell szervezni az oktatási, a szakképző, az OKJ-s képesítést adó, köztük informatikai szakirányú képzési programokat és a kapcsolódó felnőttképzési szolgáltatásokat. Meg kell szervezni az álláskereső tréninget, az önismereti csoportot, a konfliktus-kezelő tréninget, mint szolgáltatást. A célok elérését pályázati forrásokkal is támogatni kell.

A kormány megerősítette azt, hogy

a) a bűnöző utánpótlás kialakulásának megelőzése érdekében elő kell segíteni a fogva tartottak rászoruló családtagjai számára a munkaerő-piaci esélyek növelését,

b) a büntetés-végrehajtási intézetben lévők gyermekei se maradjanak ki a szabadidős programokból, a nyári táborozásokból,

c) segíteni kell a javítóintézetből szabadulók integrációját, erősíteni kell a még meglévő családi kapcsolataikat.

A b) és a c) pont megvalósítása érdekében pályázatot kell kiírni.

Ezek a szemelvények is érzékeltetik, hogy a Cselekvési programban kijelölt intézkedések mindegyike tárcaközi és szakmaközi együttműködést kíván. Az állam kezdeményező szerepe azonban mit sem ér helyi partnerek nélkül. Mivel az állam nem írhat elő kötelezettséget az önkormányzatok, a szakmai kamarák és a civil szervezetek számára, ezért a szervezeti keretek megteremtésével és a lehetséges mértékű anyagi támogatással buzdítja partnerségre a helyi erőket. Azokat, akik felismerik és belátják, hogy „együtt többre megyünk, mint külön-külön”.

Jogalkotási feladatok

A Cselekvési program számba veszi a módosítandó és a megalkotandó jogszabályok sokaságát is. A Kormány eltökélt abban, hogy a parlamenti ciklus végéig meg kell születnie az áldozatvédelmi és a komplex bűnmegelőzési törvénynek. A miniszterek kötelessége, hogy a tárcák feladat-és hatáskörébe tartozó területeken társadalmi bűnmegelőzési szempontból áttekintsék a jogszabályokat és megoldják a jogharmonizációs feladatokat. A rendészeti reform folyamatában sem hagyhatók immár figyelmen kívül a stratégia célkitűzései és a cselekvési programban kijelölt feladatok.

A Cselekvési program koordinációja

A kormányhatározat értelmében minden minisztérium statutumában meg fog jelenni a társadalmi bűnmegelőzés fogalma és az ezzel kapcsolatos felelősség. Ez a feladat szélesebb körben a tárcák irányítása alá tartozó összes szervezet hatáskörében, továbbá a szakmai szervezetekkel, a tudományos intézményekkel és a civil szervezetekkel való kapcsolataikban is meg kell jelenjen.

A minisztériumok egymás közti együttműködésének fóruma – a szakmák szuverenitásának tisztelete mellett – az Országos Bűnmegelőzési Bizottság.

A kormány az 1002/2003. (I. 8.) sz. határozatában hirdette ki, hogy átalakítja az Országos Bűnmegelőzési Tanácsot (OBmT) és létrehozza az Országos Bűnmegelőzési Bizottságot (OBmB), amely a társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájában megfogalmazott célok elérésében segíti a kormány és a társadalom közös erőfeszítéseit. Az OBmB kibővített tárcaközi szervezet, amelynek vezető elnöke Gönczöl Katalin kriminológus, egyetemi tanár, miniszteri biztos, társelnöke Lamperth Mónika belügyminiszter és Bárándy Péter igazságügy-miniszter. A testület állandó tagjai a minisztériumok, az igazságszolgáltatás, az önkormányzati szövetségek, az egyházak és egyes szakmai kamarák vezetői illetve az általuk megbízott személyek, valamint civil szervezetek képviselői.

Az OBmB évente legalább négy nyilvános ülést tart. Feladatait egyébként munkacsoportokban látja el. Ez az a fórum, amely első helyen felelős a stratégia és a cselekvési program végrehajtásáért. A testület vezető elnöke rendszeresen tájékoztatja a Kormányt és évente beszámol az Országgyűlésnek.

Pályázatok

Az OBmB működésének egyik fő területe a pályáztatás. A bizottság állandó tagjaiból és külső szakértőkből kialakított munkacsoportok őrködnek a pályázatok szakszerűsége és hatékonysága fölött. Az első pályázatok megjelenése 2004 tavaszán esedékes.

Várható eredmények

A társadalmi bűnmegelőzés kormányzati cselekvési programja akkor eredményes, ha hozzájárul a közbiztonság érzékelhető javulásához, a gazdaság fejlődéséhez, a piac biztonságos működéséhez, a bűnözés okozta erkölcsi és anyagi károk csökkentéséhez.

Nagy súlyt kell fektetni arra, hogy a társadalom legszélesebb rétegeihez eljussanak a bűnözési helyzetre vonatkozó hiteles információk, az önvédelmi és a megelőzési lehetőségek és tudomást szerezzenek a már sikeres közösségi programok eredményeiről.

Paradoxon, hogy a társadalmi bűnmegelőzés sikerét várhatóan a regisztrált bűncselekmények számának átmeneti emelkedése fogja jelezni.

Várhatóan több bűncselekmény és több áldozat fog megjelenni a statisztikában. Ez a lakosság együttműködési készségének és a bűnüldöző hatóságba vetett bizalmának a kifejezése lesz. A számoktól azonban nem kell félni. Sokkal fontosabb a növekvő biztonságérzet, amit az összefogás és a közösség ereje nyújt.

Az első visszhang külföldön

A Társadalmi bűnmegelőzés nemzeti stratégiájának nemzetközi bemutatására 2004. február 25-én Bécsben került sor. A prezentációt az ENSZ Állandó Magyar Misszió szervezte. A rendezvényen a Bécsbe delegált ENSZ Állandó Misszió nagykövetei közül negyven ország képviselői vettek részt. A szakmai fórumot az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatala képviselőjében Eduardo Vetere főtisztár-helyettes nyitotta meg. Gönczöl Katalin és Kerecsi Klára előadását élénk vita követte. Jan van Dijk, az ENSZ Kábítószer-ellenőrzési és Bűnmegelőzési Hivatalának bűnmegelőzési kérdésekben illetékes főosztályvezetője elismerését fejezte ki a dokumentum készítőinek. Véleménye szerint a közösségi bűnmegelőzési mozgalom reneszánszát jelenti a magyar szakemberek rendkívül értékes munkája.

OBmB Titkársága

Készült: Budapest, 2004. március

Készítette: Kóthy Judit, az OBmB Titkárságának megbízásából

Legyen valaki, aki a helyi közösségeket összefogja!

Szász Anna interjúja *dr. Göncz Kingával*, az Esélyegyenlőségi Kormányhivatal munkáját felügyelő, újonnan kinevezett esélyegyenlőségi miniszterrel a hivatalban történő változásokról, néhány fontos programról, a szociális hálóról, s végül, de nem utolsósorban, a civil szféráról

Sz. A.: *A beszélgetésre napra pontosan négy héttel a beiktatása után került sor. Mennyire volt elég ez az idő arra, hogy megismerje a hivatal működését, a hivatal meglehetősen szerteágazó feladatait?*

G. K.: Nem volt ismeretlen számomra a hivatal működése, mivel sok közös pont volt az ESzCsM és a Kormányhivatal munkájában: a hivatalnak elég sokat kellett foglalkoznia szociális természetű ügyekkel, a társadalmi kirekesztés problémájával, a családon belüli erőszak, az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés, a tolerancia kérdésével, tehát már eddig is számos közös programunk volt. A mostanáig eltelt idő persze nem volt elég ahhoz, hogy teljes részleteiben megismerjem a hivatal minden munkatársának a tevékenységét, de kialakult bennem egy bizonyos kép arról, hogy eddig mi történt, és a „hogyan tovább”-ről is van elképzelésem. Néhány új terület a korábbi munkahelyemről, az ESzCsM-ből átkerül ide, a hivatalba, ezeknek az integrációja még megoldásra vár. Például a fogyatékosügyben a Kormányhivatalon belül működött egy igazgatóság, de mivel most áthozzuk ide azt a főosztályt, amely az ESzCsM-ben a fogyatékosügyekkel foglalkozott, ezért minden olyan egység, melynek tevékenysége összefügg a fogyatékosügyi programmal, a Tanács működésével, átkerül a hivatalhoz. Kialakítunk továbbá egy főosztályt, mely az Európa Tervben, a következő Nemzeti Fejlesztési Terv tervezési időszakában a társadalmi kohézió programrész kidolgozásáért felelős. Miután ennek a tevékenysége szintén összefügg az esélyegyenlőségi témákkal, és mindegyik itteni igazgatóság munkájához kapcsolódik, ezért valamivel integráltabb működésre van szükség. Azaz lesznek bizonyos átalakítások, munkaszervezésbeli különbségek, de a hivatal működése alapvetően nem változik.

– *Lehet-e tudni, hogy a hivatal programjai közül melyek azok, amelyek már elindultak?*

– Rendkívül sok program elindult; épp ez okoz némi nehézséget, hiszen az esélyegyenlőség kérdéskörei óriási területet ölelnek fel, ahhoz pedig, hogy valóban eredményeket lehessen elérni, bizonyos ügyekre fókuszálnunk kell.

Elkészült a roma integrációs program, melynek több eleme az összes

tárcára nézve kötelezettséget jelent. Egyébként is nagyon sok az együttműködést, koordinációt igénylő ügy. Ide tartozik például a családon belüli erőszakkal kapcsolatos munka, melyben több tárcának van feladata. A fogyatékosügy ugyanilyen, tehát egy adott helyről koordinálják, de sok tárcának van tennivalója annak eléréséért, hogy legyen integrált oktatás, munkahely, hogy megtörténjen az akadálymentesítés. Sokféle program elindult, nekünk most azt kell megnéznünk, hogy melyek azok a prioritások, amelyeket a következő néhány évben kiemelten tudunk kezelni. Egyrészt hosszú távra kell terveznünk, másrészt azt kell megvizsgálnunk, mi az, ami a következő években eredményeket hozhat.

– *Amikor arról olvashatunk az újságokban, hogy a romák helyzete egy valamiben javult a rendszerváltozás óta, nevezetesen az iskolázottságukban, minden egyébben csak rosszabb lett, akkor erre elkötelezett és hivatásos szociálpolitikusként mit válaszol? A fogyatékosokkal kapcsolatban is újabb és újabb súlyos sérelmekre derül fény. Nem akartam a dolgok elébe vágni, mert ezekre vonatkozóan később szerettem volna föltenni kérdéseket, de nem hagyható szó nélkül, ha az ember azt olvassa egy frissen készült vizsgálatban, hogy a fogyatékosokat gyakrabban éri erőszak, a családtagok, az intézmények dolgozói részéről, mint bármely más csoport tagjait.*

Vagy lehetséges, hogy a fent említett csoportok helyzete objektíven nem romlott, de kialakult egy fajta társadalmi érzékenység, annak következményeként, hogy ezeket a problémákat legalább szavakban, programszinten meg lehet fogalmazni?

– Azt javaslom, válasszuk külön a két dolgot. Az az állítás, mely szerint minden téren rosszabb a helyzet, úgy gondolom, hogy általánosságban nem érvényes. Említette egyrészt a romákat. Magyarországon a roma emberek helyzete valóban romlott, de ez nem az utóbbi évek, hanem a szocializmusból kifelé vezető úton történtek következménye. Jól tudjuk, hogy a rendszerváltozásig adott volt a teljes foglalkoztatottság, és az azal összefüggő integrációs lehetőségek sora. Tehát ha valaki dolgozott, akinek volt biztos havi jövedelme, annak lehetősége nyílt arra, hogy házat építsen. Létezett egy minta a családban arra, hogy a szülők dolgoznak, a gyerekek pedig iskolába járnak. A rendszerváltás utáni időszak szétforgácsolta a társadalmat, és tudjuk, hogy az egyik vesztes csoport egyértelműen a romáké, akik közül sokan – alacsony iskolai végzettségük, valamint a társadalmi előítéletek és a diszkrimináció miatt – nagyon rossz helyzetbe kerültek.

Azt is tudjuk, hogy a szegények között a romák nagyobb arányban képviseltetik magukat a nem roma származásúaknál. Az ő helyzetük egyértelműen rosszabb lett. Ezzel együtt azt gondolom, hogy számos kezdeményezés elindult, sokféle ellátási, támogatási forma született a rendszerváltás óta, ami mégiscsak egy szociális háló kifizetését jelenti. Ha azt mondjuk, hogy ez nem elegendő, akkor igazat mondunk. Ám soha nem beszélünk arról, hogy mi lenne, ha egyáltalán nem épült volna ki ez a szociális háló; mi lett volna a munkanélküliekkel, ha nem lett volna egy munkanélküli ellátó-rendszer, egy segélyrendszer; mi lett volna a gyerekekkel, ha nem érvényesültek volna a gyermekvédelmi törvény intézkedései, a gyermekjóléti szolgálatokkal, a rendszeres gyermekvédelmi támogatással...

Bizonyos szempontból egészségesnek érzem a kérdéssel kapcsolatos elégedetlenséget, mely főként az EU-csatlakozással összefüggésben erősödött fel. Azok, akik szociálisan érzékenyek, a mi viszonyainkat a fejlett nyugati országokéihoz hasonlítják. Hivatásos szociálpolitikusokként mi sem Görögországot vagy Portugáliát szoktuk emlegetni, ahol nem sokkal jobb a helyzet, mint nálunk, hanem azt szoktuk mondani, hogy bezzeg a svédeknel, a dánoknál, a németeknél, meg az osztrákoknál milyen eredményeket tudnak felmutatni. Velük pedig – tudjuk jól – nem állunk azonos szinten. Ha a dél-európaiakhoz hasonlítjuk magunkat, akkor már nem állunk olyan rosszul, sőt, bizonyos szempontokból akár még jobb is nálunk a helyzet. Mindezek ismeretében az elégedetlenség egészségesnek mondható akkor, ha ez előre visz. Ám ha csak arról van szó, hogy mindenkiért az állam vállaljon felelősséget, és oldja meg a problémákat, akkor ez bizony kevés.

A román esetében a rendszerváltás után valóban drámaian romlott a helyzet, és miközben a szociális ellátórendszer képes valamennyi védelmet biztosítani, a szegénységből csak a foglalkoztatás jelenti a kivezető utat. A szegénység problémáját soha nem fogja egy segélyrendszer megoldani.

A foglalkoztatás hihetetlenül alacsony Magyarországon, tehát a többi európai uniós országhoz hasonlóan mi is azon dolgozunk, hogy kitaláljuk, miként lehet a foglalkoztatási arányszámokat emelni. Ennek egyik lehetséges módja a fekete munka „kifehérítése”. De a mi útkereső törekvéseinknek része az is, hogy elérjük: épüljön ki egy olyan szolgáltató rendszer, amely például jobban segíti a nők munkavállalását, elérhetővé teszi a bölcsőde, a családi napközi rugalmas igénybe vételét, s a fogyatékosok és az idősek számára biztosítja a nappali ellátás rendszerét.

Kétségteljesen egy sereg teendőnk van, de azt nem mondanám, hogy a helyzet egyre rosszabb. Kialakult egy szociális ellátórendszer, mely talán a legrosszabb helyzetek következményeit képes kivédeni. Körülbelül ennyi az, amit az ország most, jelenlegi teherbíró képessége alapján teljesíteni tud. Nem tud sokkal magasabb segélyeket adni, már csak azért sem, mert meggyőződésem, hogy alacsonyabbnak kell lennie a segélyek összegének a minimálbéréknél, mert egyébként nem éri meg dolgozni. Az EU egyik fő jelmondata pedig az, hogy *Érje meg dolgozni!* Máskülönből valamennyi ország ezzel a gonddal küszködik az EU-ban.

A fogyatékosok esetében más a helyzet. Az ő körülményeik nem hogy nem romlottak, de – mint ahogy ezt ön is említette – korábban soha nem tapasztalt figyelem nyilvánul meg irántuk. A fogyatékos emberekről korábban semmit nem tudtunk, a társadalom teljesen rejtett csoportját alkották, nem volt akadálymentesítés, sokan közülük ki sem tudtak jutni az utcára, nagy intézményekben, magas kerítések mögött éltek. Sok esetben csak azt lehetett tudni, hogy a falu végén van egy intézmény, de nem láttuk, hogy kik élnek ott.

Mára a fogyatékos emberek ellátása több vonatkozásban is javult. Jó szívvel tudom mondani: elképesztően távolról indultunk, és rengeteg tennivaló van még. Ugyanígy érzékelhető az ő helyzetüket illetően is a türelmetlenség, amit én teljes mértékben elfogadok, de úgy vélem, hogy

ami eddig történt a fogyatékosok érdekében, azt nem lehet megkérdőjelezni.

Amikor a fogyatékosügyi törvényhez kapcsolódva megszületett a program, senki nem tudta, hogy az akadálymentesítés pontosan mekkora költséget jelent. Elindult tehát az összes közintézmény felmérése, annak megvizsgálása, hány intézmény akadálymentes és hány nem, valamint hogy mennyibe kerülne a hiányzó intézmények akadálymentesítése. Akkor még nem is beszéltünk arról, hogy az akadálymentesítés nemcsak fizikai, hanem kommunikációs természetű is, tehát például jeltolmácsolásra van szükség, ami egyébként mára kiépült. Ismeretlen volt előttünk, mi az a „vakbarát honlap”, amikor először elkezdtünk e témáról beszélni. Ma már egyre növekvő követelmény, hogy egy közintézményben úgy készüljön honlap, hogy az vakbarát legyen, hogy azt el tudják olvasni – egy speciális olvasóprogrammal – azok, akik látássérülteként használják az internetet. Nagyon sok új fogalom meghonosodott, több új törekvés megvalósult, melyekről korábban azt sem tudtuk, hogy léteznek. Megszületett a fogyatékosági támogatás, ami az érintettek számára egy biztos támogatási forma, valamint megszületett a fogyatékosoknak az az osztályozása, ami különbözik a régi, klasszikus, merev, egy-egy kategóriát alkalmazó módszertől. Ez a modern módszer a funkcióképesség-csökkenés alapján osztályozza a fogyatékosokkal élőket, ami különösen a rehabilitáció szempontjából lesz majd előnyös.

Az eddig történetekhez sorolhatjuk, hogy elindult a támogató szolgálatok kiépítése. Erre persze megint lehet azt mondani, hogy még nincsenek jelen mindenütt az országban, de a számuk ma már hatvan körüli lehet. Normatív támogatásban részesülnek, tehát garantáltan hozzájutnak egy adott összeghez a központi költségvetésből.

A szociális ellátás sokféle módon és formában működik. Az egyik fő európai uniós program, amelyre most pályázni lehet, fogyatékos emberek számára biztosít támogatást nappali intézmények létesítésére, azért, hogy a családban maradhassanak. Azt tapasztaljuk, hogy ma már kevésbé szívesen küldik bentlakó intézményekbe a fogyatékos családtagot, ami nagyon pozitív változás, ám természetes módon ezzel együtt megjelenik az az igény is, hogy a család ehhez segítséget kapjon. Ezért szükségesek a nappali intézmények, melyek eddig alig léteztek. Most lehetőségünk van ezek kiépítésére, adottak hozzá az uniós források is, melyeket hatékonyan kell tudnunk felhasználni.

Mindezekhez tegyük hozzá, hogy kezdjük meghallani és hasznosítani az információkat és a visszajelzéseket, miközben újabb felmérések, kutatások indultak el. Például azt sem tudtuk ez ideig, hány halmozottan fogyatékos ember él az országban.

– És ma tudjuk?

– A Kézenfogva Alapítvány készített egy életkörülmény-vizsgálatot a halmozottan sérültekről, melynek alapján mintegy tizenkétezer emberről beszélünk. Európában a fogyatékos emberek száma körülbelül tíz százalék körül van, nálunk mintegy öt-hatszáz ezer ember él fogyatékossgal.

Tehát egyrészt teljesen jogos az a követelés, miszerint sokkal több, és a fogyatékos emberek számára kézzelfoghatóbb intézkedés történjen, másrészt nem szabad elfelejtenünk, hogy idehaza nagy késéssel kezdtünk

foglalkozni a kérdéssel. A fogyatékosok emberi jogainak érvényesítésében is sokkal előbbre járnak Nyugat-Európában, hiszen ott például múzeumot is úgy építettek, hogy kerekesszékkal is megközelíthető legyen. Amíg a romákra vonatkozóan igaz, hogy sokkal rosszabb helyzetbe kerültek a rendszerváltás után, s így ez az elhúzódó szegénység valóban érinti a következő nemzedéket, addig a fogyatékosokkal élő emberekkel összefüggésben nem mondhatjuk, hogy egyre rosszabb a helyzetük. Egyre láthatóbbá válnak a problémák, és bár a problémák megélt súlyánál lassúbb az előrehaladás, de, hogy van haladás, van fejlődés, az egyértelmű.

– *Egy korábbi nyilatkozatában olvastam, hogy az Idősügyi Tanácsot is, a programjával együtt, úgyszintén magával viszi, áttemeli a hivatalba. Mit tartalmaz a program? Mi a célja?*

– Ebben a kérdésben szintén szerepet játszik a társadalmi szemléletváltás. Itthon is be kellene vezetni, el kellene fogadtatni az aktív idősor fogalmát – talán ez most már lassan elindul. Magyarországon a társadalmi közgondolkodás szerint az idős emberek számára két dolgot kell biztosítani: a nyugdíjat és a szociális ellátást. Ugyanakkor az EU egyik fő célkitűzése az aktív idősor megteremtése, mivel tudomásul vették, hogy az uniós országok népességnek egyre nagyobb részét az idősek adják. Ennek megteremtéséhez sok mindenre van szükség. Az egyik legfontosabb például a munkavégzési lehetőség: ne következzen be az, hogy 45 év felett gyakorlatilag kikopnak a munkaerőpiacról az emberek. Vagyis legyen mód a rugalmas nyugdíjba vonulásra, és számos más aktivitási lehetőség is kínálkozzon.

Másrészt az aktív idősorra vonatkozó program tartalmazza a társadalmi részvételt, abban az értelemben, hogy az idősek továbbra is vállaljanak szerepet a társadalomban, a civil szervezetekben, a döntéshozásban. Mindez az információhoz, például az informatikai fejlesztésekhez való hozzájutás lehetőségét is érinti.

Találkoztam olyan újságírói véleményekkel is, hogy micsoda elrugaszkodott ötlet informatikai programot készíteni időseknek. Ezzel szemben én azt gondolom, hogy ugyanolyan fontos az időseknek, mint bármely más korosztályhoz tartozóknak, hogy használni tudják az internetet, hogy hozzájussanak az információkhoz, a programokhoz. Mindehhez számítógépekre, oktatási programokra, tanfolyamokra van szükség.

A cél az, hogy az idősek a nyugdíjkorhatár után ne csupán passzív tagjai legyenek a társadalomnak, akiknek nincsen már dolguk, hanem minden lehetséges módon kapcsolódni tudjanak a társadalom főáramához, és részesei legyenek mindannak, ami történik, hozzáférjenek a kultúrához, sporthoz, az önképzéshez. Ennek érdekében készül egy idősügyi nemzeti cselekvési program, mely azért születik meg lassan, mert az összes tárcát be kell vonnunk a munkába, hogy mindegyikben gondolják végig, mi az, amit a saját területükön tenni tudnak. Az Oktatási Minisztérium például foglalkozhat az élethosszig tartó tanulással, ami egy szintén fontos uniós irányelv. A Foglalkoztatáspolitikai és Munkaügyi Minisztérium feladata programot kidolgozni az idősek munkában tartására, az Informatikai Minisztériumnak pedig abban van szerepe, hogy az idősek informatikához való hozzáféréseinek lehetőségeit megteremtse. Az

INTERJÚ

egészségügyben meg kell szervezni a geriátriai képzést, a geriátriai osztályok kialakítását, mert azt látjuk, hogy a kórházi osztályok egy részét ilyen ellátást biztosító egységekké kell átalakítani. Ápoló-gondozó otthonokra, otthoni ellátásra van szükség, és arra, hogy mindezekre biztosítottak legyenek a pénzügyi források.

Azt szeretnénk, hogy minden tárca dolgozza ki javaslatait, majd ebből álljon össze a közös program. Ezzel párhuzamosan szeretnénk továbblépni, és az idősök érdekeit szolgáló néhány további eszközt felhasználni. Egyrészt idén indul az „Idősbarát önkormányzat díj” odaítélése, melyet a belügyminiszter és az egészségügyi, szociális és családügyi miniszter közösen alapított. Ebben nem maga a díj és az egymillió forintos pénzjutalom az érdekes, hanem az az igazán fontos, hogy az EU-nak a *legjobb gyakorlat elterjesztésére* vonatkozó alapelvét használnánk föl. Tehát ha valahol jó példa van arra, miként gondoskodik az idősekről egy önkormányzat, vagy hogyan vonja be a helyi közéletbe saját idős polgárait, ezzel lehessen pályázni, és a jó példákat közzétegyük, minél szélesebb körben megismertessük. A díj másik célja, hogy az önkormányzatok figyeljenek az időseikre.

Továbbá szeretnénk az eddigiektől eltérően szervezni az Idősügyi Világnapot. Minden évben tartanak egy nagy központi ünnepséget, melyre meghívják az idős emberek egy körét. Mi szeretnénk ezt a kört úgy kibővíteni, hogy a helyi civil szervezetek, a helyi vállalkozók úgy készülhessenek erre a napra, mint például a Gyereknapra, amikor az egész ország megmozdul. Az a nap a gyerekekről szól, számukra készülnek a programok, nekik szólnak a kedvezmények. Ennek analógiájára szerveződne az idősök napja, hogy az évnek legyen egy olyan napja, ami valóban az övék.

– *Bevallom, én ezekről a kiemelt napokról – Nőnap, Gyereknap, Pedagógusnap – azt gondolom, hogy nagyon konvencionálisak és formálisak. A legtöbb frissnyugdíjas, aki még teli van energiával, aki még szeretne és tudna is valami hasznos tevékenységet folytatni, ott áll, hogy nincs hova mennie, nincsenek kapcsolódási pontok, nem talál a maga számára feladatot. Tulajdonképpen azt kellene megszervezni, hogy legyenek értelmes feladataik, céljaik, és akkor a nyugdíjasok maguk szervezhetnék meg a saját testiükre szabott életformájukat.*

– Nagyon sok helyen ezt meg is szervezik. Ebben áll az önkormányzatok és a helyi civil szervezetek felelőssége. Épp arról van szó, hogy ezt nem lehet kormányzati szinten megszervezni. A kormányzat csupán annyit tud tenni, hogy felhívja erre a figyelmet, ugyanis nem lehet olyan kormányrendeletet hozni, hogy tessék a szomszédban körülnézni, és bevásárolni a szomszéd néninek, ha megbetegszik. A kormányzatnak az a feladata, hogy a közgondolkodás részévé tegye az idős emberek bevonását a közéletbe és a mindennapi életbe egyaránt.

Készülőben van egy önkéntes törvény, ez alighanem keretet adhat annak, hogy a friss nyugdíjasok – akár önkéntesként – részt vehessenek a különböző társadalmi feladatok megoldásában. Az természetesen fontos, hogy az embernek legyen egy tisztességes nyugdíja, az is sokat jelent, ha fizetett állást tud vállalni. De ha ilyen lehetőség nincs, vagy ha a friss nyugdíjas éppenséggel nem szándékozik már aktív munkaerőként dolgozni, akkor az önkéntes törvény keretet teremthet a feladatvégzéshez.

Több nyugdíjas szívesen elvállal gondozási munkát, akár térítés nélkül is. Ez ugyan most is működik, de jóval hatékonyabb lenne, ha a gondozási központok szerveznék meg az önkéntesek munkáját. Egyebek között ehhez kíván segítséget nyújtani az önkéntes törvény, az általunk kidolgozott jogi szabályozással, mivel ebben a formában is mindenki igényt tart a garanciára. Az önkéntesnek azért kell a garancia, hogy ha olyan problémával találkozik, melyet nem tud megoldani, akkor segítséget kapjon, az intézményeknek pedig azért, hogy amit az önkéntes elvállal, azt valóban teljesítse is. Ezt szerződéses viszonyban lehet rögzíteni még akkor is, ha egy szolgáltatás nem pénzért történik.

Ez az, amit a kormányzat ezen a területen tenni tud. Kidolgozzuk az alapelveket, megalkotjuk a működés kereteit, biztosítjuk a minisztériumok együttműködését. A többi már a helyi szervezeteken, a településeken élő embereken múlik.

Ami pedig az Idősügyi Világnap létjogosultságát illeti, még ha van is némi igazság abban, hogy formális aktus egy ilyen napot megünnepelni, azt azért tudnunk kell, hogy mindig azoknak a társadalmi csoportoknak van egy-egy ilyen kiemelt napjuk, amelyekre valóban fel kell hívni a figyelmet.

– Eddigi tevékenysége alapján tudható, hogy Önnek szívügye a civil szféra. Hogy látja ma a civil társadalom helyzetét? Civil oldalról az embernek az a benyomása, hogy bár nagyon sok non-profit szervezet működik Magyarországon, a szálak mégsem szövik át a társadalmat, az önszerveződés-önsegítés még mindig nem vált spontán gyakorlattá, az emberek többsége még mindig minden problémájának megoldását fölülről, a mindenhatónak képzelt államtól várja.

– Úgy látom, hogy gyakran ott is az államtól várjuk a megoldást, ahol annak nincsenek meg ehhez az eszközei. Most megélem a másik oldalról, hogy az állam szempontjából mennyire nehéz elérni az egyes emberig. Az állam jogszabályokat tud alkotni, költségvetési forrásokat tud biztosítani, de nem tud helyi szolidaritást teremteni, nem tud közösségi folyamatokat generálni. Ami nem is baj, mert eleve elfogadhatatlan, ha az állam beavatkozik a civil szféra életébe.

Létezik viszont az úgynevezett közösségfejlesztés, és úgy tapasztalom, hogy ez sok helyen működik, ha akad olyan valaki, aki a helyi szálakat összeköti. Nagyon sok helyet ismerek, ahol van például egy fantasztikus polgármester, aki személyesen tartja a kapcsolatot a civil szervezetek képviselőivel, maga köré gyűjti a helybéli értelmiségieket, civileket, vállalkozókat, akár a településről elvándoroltakat is, ilyen módon az egész települést összefogja.

Arra is van példa, hogy egy civil szervezet kezdeményezése köré szerveződik egy egész város. Erre jó példa Kecskemét, ahol idén már nyolcadik alkalommal szerveztek egy gyerektalálkozót, melyen több mint háromezer gyerek vett részt a világ különböző részeiből. Az Európa Jövője Egyesület szervezi ezeket a találkozókat, amelynek az volt az elképzelése, hogy a tolerancia növelésére az a legjobb módszer, ha a világ minden részéből meghívunk gyerekeket, akik egy héten át együtt vannak. A kezdeményezés ma már olyan komoly mozgalommá nőtt, hogy Japántól egészen Afrikáig mindenholnan érkeztek gyerekek. Családoknál laknak,

INTERJÚ

és a következő évben azok a gyerekek utazhatnak különböző országokba, akik ezen a találkozón részt vettek.

Minden gyerekcsoport bemutat valamilyen, a saját országára, vidékére jellemző kulturális produkciót. Egy hétig zajlik a város főterén az országok gyerekcsoportjainak bemutatója, melyhez még egy sor esemény kapcsolódik. Távolabbi hatásként a Gyerektalálkozó olyannyira összekovácsolja a helyi társadalmat, hogy például az egyetemisták visszajárnak, hogy segítsenek fordítani, tolmácsolni, és valamennyi pedagógus részt vesz a programokban, hiszen a gyerekek iskolánként szerveződnek. Működik a városban egy SOS Gyermekfalu, melynek lakói ugyanúgy részt vettek a találkozón, mint a város összes többi iskolása; a nevelőszülők befogadják a vendégyerekeket, és aztán az ő gyerekeik utaznak külföldre. A polgármester magáénak érzi ezt a rendezvényt, és támogatja, hiszen a városnak ez egyrészt rendkívül hasznos, másrészt kiváló példaként is szolgál.

Meggyőződésem, hogy a helyi közösségeket össze kell fogni, meg kell mozdítani, és majdnem mindegy, hogy ezt ki teszi, vagy milyen értelmes és hasznos ügy köré szerveződik az összefogás.

– *Őn a képzettségét tekintve pszichiáter és pszichoterapeuta. Ez a kvalifikáció mennyiben határozta meg az Ön gondolkodásmódját, és pályafutását?*

– Nagyon sok mindennel foglalkoztam életemben, de valóban ez a meghatározó indítatásom. Nem is annyira az orvosi pálya, bár ott megtanul az ember egyfajta fegyelméletet és felelősségvállalást. Valamikor a kezdeti időkben részt vettem, és kollégáimmal együtt kiépítettem egy terápiás közösséget, ahonnan a közösségi élményem és demokracielfogásom származik. Egy olyan osztályt hoztunk létre, ahol a nagycsoport köré szerveződött az egész pszichiátriai osztály, ahol a betegek, a nővérek, az orvosok naponta leültek, hogy együtt beszéljék meg a közös problémáikat.

– *Hol volt ez?*

– Szolnok megyében, Újszászon. A nagycsoport műfaját nem mi kezdtük el Magyarországon, de az elsők között voltunk a hetvenes évek második felében. Gyakorlatilag kialakult egy terápiás közösség, amely egy igazi demokracia-műhely volt, egy akkor még egészen más természetű világban.

Ebben az értelemben kilógtam a klasszikus pszichiátriából, hiszen mindig csoportokkal, közösségekkel dolgoztam, ráadásul demokratikus formákban. Innen már csak egy lépés volt, hogy amikor már nemcsak egy elmeosztályt lehetett demokratikus formában működtetni, hanem kissé nagyobb távlatokban is lehetett gondolkodni, akkor bekerültem a szociális képzések területére is. Azért, hogy megkíséreljem megtalálni a választ arra, hogy mi is a pszichológiai és a társadalmi jelenségek összefüggése, hogyan befolyásolhatják ezek egymást.

– *Tehát tulajdonképpen ez van mögötte? Mert ez lett volna a következő kérdés, hogy a szakmai képesítései birtokában milyen indítékok vitték arra, hogy éppen a szociális szférában tevékenykedjék?*

– Ez valószínűleg fordítva igaz. Valószínűleg azért lettem pszichiáter, mert szerettem volna érteni azt a világot, amibe belecsöppentem. A szüleim sorsa alapján pedig bőven volt mit „megérteni”.

Legyen valaki, aki a helyi közösségeket összefogja!

– Természetesen, de én nem akartam ebbe az interjúba belekeverni az édesapját, Göncz Árpádot, hiszen Ön felnőtt, független ember...

– Ez így van, de abban, hogy pszichiáter lettem, biztosan része volt annak, hogy az ember egy olyan világban élt, amilyenben, és ahhoz, hogy kontrollálni tudja, hogy ne érezze kiszolgáltatottnak magát, annak az volt az egyetlen módja, hogy megértse, hogyan is működik a világ, és benne az egyén. Szakmaválasztásom időben közel volt apám szabadulásához, és akkor a tabuk még erősen jelen voltak a társadalomban. Vagyis azt hiszem, hogy ez a fajta érdeklődésem a szakmai választásomban eleve benne volt. És tulajdonképpen valamennyi tevékenységemben mindig is jelen volt, hogy a középpontban nemcsak az egyéni pszichoterápia áll, hanem a csoportok, a közösségek működésének a megértése. Ebből elég logikusan következett, hogy amikor a lehetőségek már meghaladták egy kórházi osztály kereteit, amikor a demokrácia már nagyobb léptékben megvalósult, akkor elkezdtem szervezetfejlesztési ügyekkel foglalkozni, a szociális képzésekben tanítani, ismét csak a mentálhigiéné vonalán, és elkezdtem konfliktuskezelési ügyekkel foglalkozni a Partner's Hungary-ban. Ott is rengeteget dolgoztam intézményekkel, intézményi, közösségi konfliktusokkal, strukturális ügyekkel. Azzal a kérdéssel foglalkoztam, hogy a konfliktusok, az intézményi dinamika, az egyéni pszichológiai problémák hogyan is függnek össze. Mindig az efféle határterületek érdekelték. Ez szórakoztat. Mindig valami újat kezdtem, mint ahogy most is. Ennyiben a pályafutásom, úgy gondolom, elég logikus és következetes.

Szász Anna