

esély

2004/5

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

TANULMÁNYOK

- 3 Gábos András: Egy egységes családpolitika kialakulásának esélye az Európai Unióban
- 32 Tomka Béla: Az Európai Szociális Modell múltja és jelene – kelet-közép-európai perspektívák

MAGYAR VILÁG

- 54 Babusik Ferenc: Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban II.

ESSZÉ

- 83 Marosán György: Az esélyek új korszaka
- 101 Barcsi Tamás: Az emberhez méltó halál lehetősége: az eutanázia és alternatívája

CIVIL VILÁG

- 114 Szász Anna: Bent és kint

INFORMÁCIÓK

esély 2004/6

15. évfolyam 6. szám

Kiadja a Hilscher Rezső Szociálpolitikai Alapítvány.

Szerkesztőségi cím:

1094 Budapest, Liliom u. 8.

Telefon: 216-1310

E-mail: esely@freemail.hu

A folyóirat megjelenését támogatta:

a Szabad Sajtó Alapítvány,

a József Attila Alapítvány,

a Nemzeti Kulturális Alapprogram



Meg nem rendelt kéziratokat nem őrzünk meg és nem küldünk vissza.

Előfizethető a szerkesztőségénél – levélben, e-mailben és telefonon.

Megjelenik kéthavonta.

Főszerkesztő:

NYILAS MIHÁLY

Szerkesztőbizottsági elnök:

FERGE ZSUZSA

Olvasószerkesztő:

LÉVAI JÚLIA

Szerkesztőségi titkár:

FÁBIÁN JULIANNA

Szerkesztőbizottság:

Csoba Judit, Ferge Zsuzsa, Gönczöl Katalin, Gyulavári Tamás, Havasi Éva, Juhász Gábor, Kozma Judit, Krémer Balázs, Lévai Katalin (alapító főszerkesztő), Mózer Péter, Simonyi Ágnes, Tausz Katalin, Tomka Béla, Tóth István György, Georg Vobruba (NSZK)

Arculattervező-grafikus: Éles Andrea

Grafikai munkatárs: Gombos Gáspár

Szöveggyongozó: Haraszi Judit

Tördelőszerkesztő: Nyíri András

Készült a Csiszár nyomdában

Felelős vezető: Csiszár Lajos

ISSN 0865-0810

Az Esély weboldalát a Kurt Lewin Alapítvány gondozza: esely.szochalo.hu;
www.3sz.hu

GÁBOS ANDRÁS

Egy egységes családpolitika kialakulásának esélye az Európai Unióban¹

Tanulmányunkban először a családpolitika szempontjából releváns közösségi célok megfogalmazása mögötti okokat tekintjük át, így a demográfiai folyamatok alakulását és a gyermekszegénység trendjeit. Megvizsgáljuk, milyen válaszok születtek ezekre a kihívásokra a jóléti rendszerekben, majd – az uniós tagországok jóléti rendszer-tipológiájának bemutatását követően – elemezzük a családpolitikák társadalmi hatásait az uniós országokban. Végül megvizsgáljuk a közösségi célrendszernek a nemzeti családpolitikákra gyakorolt hatását és a nemzeti politikák konvergenciájának esélyeit ennek tükrében.

1. Bevezetés

Az Európai Unió gyakorlata a társadalmpolitika területén a nyílt koordináció módszerén alapul, így nem rendelkezik közösségi szintű, direkt szociálpolitikával. Ennek megfelelően a családpolitika terén sem születnek kötelező érvényű döntések. Az unió által kitűzött és időről időre újrafogalmazott célrendszer azonban hatással van a nemzeti szociálpolitika jogszabályi környezetére és gyakorlatára. Az Európai Tanács lisszaboni ülésén (2000. március) négy társadalmpolitikai célt fogalmaztak meg, melyeket Nizzában a testület még ugyanabban az évben (2000. december) el is fogadott: 1. a gazdasági aktivitás növelése, 2. a kiszámítható és fenntartható nyugdíjrendszer, 3. a minőségi és fenntartható egészségügyi szolgáltatások, és 4. a szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem.

A közösségi szintű gondolkodást több tényező hívta elő. Ezek közül a legfontosabbnak az utóbbi évtizedekben lezajlott demográfiai változásokat tekinthetjük. Az, hogy a termékenység tartósan reprodukciós szint alá csökkent, hogy megváltozott a háztartások összetétele és a generációk és a párok együttélési szokásrendje, hogy előregedtek a társadalmak –

¹ A tanulmány Gábos (2004) alapján íródott. A szerző köszönetet mond Szivós Péternek a tanulmány elkészítésében nyújtott segítségéért. A fennmaradt hibákért a felelősség kizárólag a szerzőt terheli.

ez mind érezhető hatást fejt ki a társadalmi újraelosztás korábban kialakított és elfogadott módozataira, ráadásul a jövőben e hatás fokozódására lehet számítani. A lisszaboni célrendszer összetétele jól mutatja, hogy a nem politikai-intézményi kihívások közül a demográfiai, mindenekelőtt az európai társadalmak öregekedése a legkritikusabb, s ez döntően meghatározta az első három cél megfogalmazását.

A negyedik, a szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem részben kiegészíti, részben azonban keresztbe metszi a többit. Oly módon érinti a családpolitikát, hogy – az empirikus kutatások eredményei szerint – a szegénnyé válásnak fontos meghatározója a gyermekek száma, így a gyermekek felé átcsoportosított jövedelmek csökkentik a szegénység kiterjedését és életkori meghatározottságát.

Az alábbiakban általunk használt definíció alapvetően megegyezik a statisztikai megközelítéssel. Ennek értelmében családpolitikán a kifejezetten a gyermek jogán járó, vagy a gyerek megszületéséhez, neveléséhez kötődő, pénzbeni és természetbeni ellátásokat, szolgáltatásokat, illetve jogi szabályozásokat értjük. Ez jelentős területen érintkezik a családtámogatási rendszer fogalmával.² Nem tekintjük azonban a családpolitika részének az oktatási (iskolai) és a gyermek-egészségügyi kiadásokat.

Már a bevezetőben szólnunk kell két fogalmi definícióról. A továbbiakban a *család* fogalmán olyan háztartásokat értünk, melyekben gyermekek és szülei együtt élnek. Ilyen módon a családok és a gyermekes háztartások fogalma döntő részben azonos, kivéve azokat az eseteket, melyekben az eltartott gyermekkorú tagnak az adott háztartásban senki sem a vér szerinti, nevelő- vagy örökbefogadó szülője. A tanulmányban a család és a gyermekes háztartás fogalmát szinonimaként használjuk.

A *családpolitika* legtágabb értelmében a gyermekes családok életét valamilyen módon érintő, befolyásoló szabályozásokat és ellátásokat foglalja magába. Ekképpen a családpolitika célja és eszközzrendszere igen változatos lehet, hatóköre kiterjedhet a szigorú értelemben vett szociálpolitikán kívüli területekre is, mint például az adórendszerre, az egészségpolitikára, a lakáspolitikára vagy akár a média szabályozására. Statisztikai értelemben, az ESSPROS által a család-gyermek funkció szociális juttatásainak besorolására támaszkodva, két jelentősebb kört különböztethetünk meg: (1) a háztartásoknak a gyermekek felneveléséhez nyújtott, pénzügyi segítséget, és (2) a gyermekeket segítő, védő társadalmi szolgáltatásokat. Ezen belül a rendszer megkülönböztet pénzbeni és természetbeni juttatásokat. Az előbbieik közé tartozik a gyermek születéséhez kötődő jövedelem-fenntartó támogatás, a szülési segély, a gyermekgondozási díj, a családi- vagy gyermekpótlék, az eltartott gyermekek utáni kiegészítés és egyéb pénzbeni ellátási forma. A természetbeni juttatások közé a bölcsődei-óvodai ellátás, az elhelyezés, az otthoni segítségnyújtás és egyéb juttatások tartoznak. Az ESSPROS rendszere azonban szigorúan csak szociális védelmi kiadásokat fogad be, így nem in-

² A tanulmány megírásához felhasznált és idézett munkák döntő többsége is hasonlóképpen határozza meg a családpolitika, illetve a családtámogatási rendszer fogalmát, előfordulhatnak azonban ettől eltérő definíciók is.

tegrálja például az ingyenes vagy támogatott iskolai étkeztetést, ha csak nem kizárólag az arra rászorulóknak részesülnek belőle.³

2. Kihívások az európai uniós tagországok családpolitikái számára: a demográfiai környezet változása és a gyermekek szegénysége

A fejlett világ, ezen belül az Európai Unió tagországainak az 1960-as években kialakult jóléti rendszerét az utóbbi időszakban több kihívás is érte. Ezek közül legfontosabbnak a demográfiai környezet megváltozását említhetjük. Ugyancsak folyamatos reagálásra kényszerülnek az ellátórendszerek a szegénység csökkentése érdekében. Bár a fejlett országokban az alacsony jövedelműek helyzete nem összehasonlítható a fejlődő országokban élőkével, a szegénység relatív megközelítése egyfelől, a fejlett országok alkotmányos alapelvei és jóléti ambíciói másfelől kiemelt célként emelik a jövedelemegyenlőtlenségek és különösen a szegénység csökkentését. A jóléti politika számára ebben a kontextusban az ún. veszélyeztetett csoportok, ezen belül is a gyermekek kiemelt jelentőségűek.

2.1. A demográfiai környezet változása

Az Európai Unió tagállamainak jóléti rendszereit érő legfontosabb, legmélyebben ható kihívást talán a demográfiai környezet megváltozása, illetve annak a belátható jövőben várható alakulása jelenti. Ezek közül is a legjelentősebbnek 1. a termékenység, a gyermekvállalási hajlandóság csökkenését, 2. a házassági minták változását, illetve ezek következményeként 3. a népesség öregeződését, valamint 4. a családok összetételében, a család- és háztartástípusokban bekövetkező változásokat tekinthetjük.⁴ Az itt említett demográfiai trendek között bonyolult ok-okozati kapcsolat van. Az alábbiakban nem törekszünk ezek teljes bemutatására, csupán jelezni szeretnénk azokat a fontosabb problémákat, melyekkel az európai jóléti társadalmaknak szembe kell nézniük.

2.1.1. AZ ALACSONY TERMÉKENYSÉG

A fejlett országokban a termékenység csökkenésének kezdete jellemzően a 19. század második felére tehető. A gyermekvállalási hajlandóság csökkenése azonban csak a 20. század nyolcvanas-kilencvenes éveiben kezdett komolyabb fejtörést okozni a politikai döntéshozók számára. Ekkorra ugyanis több nyugati országban is tartósan a reprodukciós szint alá süllyedtek az éves termékenységi mutatók. Ezzel párhuzamosan az ötvenes-hatvanas évek gazdasági fellendülését nagyarányú, a munkaerő-

³ Eurostat (1996).

⁴ Az európai társadalmak öregeződését az Európai Bizottság által a 2006–2010 közötti időszak szociális napirendjét meghatározó kihívások és lehetőségek feltérképezésére felkért, neves kutatók alkotta nemzetközi munkacsoport – a keleti bővítés és a globalizáció mellett – a három legfontosabb kihívás egyikének nevezte (COM, 2004).

TANULMÁNYOK

igényt kielégítő, majd inkább politikai okokra visszavezethető bevándorlási hullám kísérte, melynek hatásai nyomán az immigráció mint alternatíva vonzereje csökkent.

Az Európai Unió országaiban 1960-ban a teljes termékenységi ráta minden országban a reprodukciós szinthez szükséges 2,1–2,2-es érték felett volt (1. ábra). A legtöbb országban már a hetvenes évek közepére jelentős csökkenés következett be, harminc évvel később ezt már egyetlen tagállam esetében sem mondhatjuk el, de a 2,0-es értéket is csak Svédország és Írország érte el ekkor. 1990 és 2001 között – a svédországi termékenységcsökkenés kivételével – jelentős változást nem tapasztalunk, egyes országokban a mutatók még növekedtek is (Benelux államok, Franciaország, Dánia).

1. ábra A teljes termékenységi arányszám alakulása az Európai Unió tagországaiban, 1960–2001

Forrás: Council (2003)

Egyes hipotézisek szerint az éves termékenységi mutatók alacsony értékei nem függetleníthetők a gyermekvállalási kor kitolódásától. A gyermekvállalási hajlandóság csökkenése nem annyira drasztikus, mint amit a megfigyelt adatok mutatnak, csupán a születések időzítése miatt észleljük ilyen alacsonynak. A most, illetve a nyolcvanas-kilencvenes években propagatív korú női kohorszok esetében tehát nem találkozunk majd a befejezett termékenység nagymértékű csökkenésével. Ezért arra számíthatunk, hogy a teljes termékenységi arányszám a jövőben enyhén növekedni fog. Ez részben meg is figyelhető a kilencvenes évek második felében.⁵

⁵ Erről bővebben lásd Bongaarts–Feeney (1998). A szerzők olyan számítási módszert javasoltak, mely az időzítési hatástól megtisztított teljes termékenységi arányszámot eredményezi.

Mások azt állítják, hogy nem elsősorban időzítési problémáról van szó, hiszen a későbbre tolódó első születeket kisebb valószínűséggel követik magasabb sorszámúak. Emellett egyre gyorsabban terjed a fejlett társadalmakban a szándékos gyermektelenség is.⁶ Ezen álláspont szerint tehát összességében közép- és hosszú távon is a termékenység további csökkenésére számíthatunk.

2.1.2. HÁZASODÁS ÉS VÁLÁS

A hatvanas évektől kezdődően a fejlett országokban jelentősen átalakultak az együttélési minták, így az Európai Unió tagállamaiban is. Ennek jelzőszámai a házasságok arányának tartós csökkenése. Az 1000 lakosra jutó házasságok száma az elmúlt 40 évben 8-ról 4,9-re csökkent (2. ábra). Ezzel párhuzamosan folyamatosan nőtt az első házasságkori átlagéletkor. 1991 és 2001 között ez a mutató 1,5–2,5 évvel növekedett az unió tag-országaiban. Az együttélési minták változásának másik mutatója a válási arányszámok növekedése. Míg a hatvanas években 15 házasságra jutott egy válás, addig ma már minden harmadik házasság végződik válással.

2. ábra Házasság az Európai Unióban, 1960–2001
(1000 főre jutó házasságok száma)

Forrás: Council (2003)

Megjegyzés: Görögország esetében a 2001-esként feltüntetett adatok 2000-ből származnak

Végül meg kell említenünk a házasság nélküli együttélés gyors terjedését, illetve a házasságon kívüli születések arányának növekedését. Az együttélések a skandináv államokban, Franciaországban és Nagy-Britanniában a leginkább, a mediterrán országokban és Írországban a legke-

⁶ Az akaratlagos gyermektelenség magyarázatának elméleteiről lásd Keilman (2003: 15-18).

TANULMÁNYOK

vésbé elterjedtek. A házasságon kívüli születések aránya átlagosan mintegy a másfélszerese a kilencvenes évek fordulóján megfigyeltnek, és többszöröse a hatvanas-hetvenes években tapasztaltaknak (3. ábra). A növekedés az 1990 óta eltelt időszakban is minden tagországra jellemző, kivételt csupán Dánia jelent, ahol a kilencvenes évek folyamán mindvégig 45 százalék körül alakult a házasságon kívüli születések aránya.

3. ábra *A házasságon kívüli születések száma az Európai Unióban, 1960–2001 (100 születésre vetítve)*

Forrás: Council (2003)

Megjegyzés: Görögország esetében az első adatpont 1965-ből való. Olaszország és Spanyolország esetében a 2001-esként feltüntetett adatok 2000-ből származnak.

2.1.3. A NÉPESSÉG ÖREGEDÉSE

A népesség öregedése alapvetően két okra vezethető vissza. A termékenység csökkenése nyomán a belépő kohorszok száma egyre alacsonyabb. Másrészt a várható élettartam növekedése nyomán az emberek egyre tovább élnek. A folyamatot érintik továbbá a népesség életkor szerinti összetételének egyenetlenségei (a baby-boom generáció kiugróan magas létszáma), valamint a vándorlások is.⁷

E két demográfiai folyamat összegződéséeként az Európai Unió tagországaiban a 60 év feletti korosztályok aránya a hatvanas évek óta erőteljesen, 16 százalékról 21 százalékra növekedett a népességben belül. A legnagyobb növekedést Olaszországban, Görögországban és Németországban tapasztalhatjuk. A folyamat azonban még csak a kezdeténél tart, hatása igazán csak a következő évtizedekben fog érződni. A 60 év feletiek aránya 2050-re Európában az előreszámítások szerint 37 százalékra

⁷ COM(2002c: 3).

nő a népességen belül⁸, a 65 év felettek aránya az Európai Unióban pedig a 2000-es 16 százalékról 2050-re 29 százalékra emelkedik.⁹ A legfrissebb, 2003. január 1-jei adatok szerint a 65 éves és idősebb népesség aktív korúakhoz (15–64 év) viszonyított száma Olaszországban és Svédországban a legmagasabb (27 százalék), míg Hollandiában és Luxemburgban a legalacsonyabb (20, illetve 21 százalék).¹⁰ Az idős népesség belső szerkezete is módosul, a nagyon öregek (80 év felettek) arányának számottevő növekedése várható az előttünk álló időszakban. Az Európai Bizottság várakozásai szerint a folyamatra az unió keleti bővítése nem lesz érezhető hatással.

A folyamat egy másik mutatója a 60 év felettek aránya a 20–59 évesek számához viszonyítva, mely az 1960-ban mért 29,4 százalékról mostanra 38,6 százalékra nőtt az unió jelenlegi területén. Ha az eltartotti arányt a 15–64 éveseknek a 65 év felettekhez viszonyított arányként értelmezzük, akkor az előreszámítások szerint az 4-ről 2-re, tehát a felére csökken 2000 és 2050 között.¹¹

2.1.4. A CSALÁDÖSSZETÉTEL VÁLTOZÁSAI, CSALÁDTÍPUSOK

Az előzőekben tárgyalt demográfiai folyamatok a családok összetételének változását eredményezték.¹² Egyúttal a családtípusok összességének szerkezetében is módosulásokat figyelhettünk meg. Ilyen változásoknak tekinthetjük az átlagos családnagyság, a gyermekes családok számának és a két- vagy többgyermekes családok arányának csökkenését, továbbá az egyszemélyes, illetve az egyszülős családok arányának növekedését.¹³ A kutatások azt igazolják, hogy a termékenység csökkenésének jelentős a hatása az átlagos háztartáslétszám és a két- vagy többgyermekes családok arányának csökkenésére.¹⁴

2.2. A gyermekek szegénysége

2.2.1. FOGALMI ÉS MÓDSZERTANI KITÉRŐ

Az Európai Unió a világ legfejlettebb térségeinek egyike, lakosainak átlagos jövedelme pedig a legmagasabbak között van. A szegénységről való gondolkodás, a társadalmi probléma leírásakor alkalmazott módszertan és a leküzdéséhez választott eszközrendszer ezért lényegesen különbözik attól, amit a fejlődő vagy harmadik világbeli országok esetében adekvátnek tarthatunk. Nem véletlen, hogy ezen a téren lényeges változás történt az unió mint gazdasági társulástól a szorosabb politikai és társadalmi együttműködés, a tág értelemben vett állampolgári közösség

8 COM (2002c: 4).

9 Rodríguez-Pose (2002).

10 Council (2003).

11 COM (2002c: 6), illetve Rodríguez-Pose (2002).

12 Az alacsony termékenység hatásairól lásd Pinelli, Hoffman-Nowotny and Fux (2001) és Keilman (2003).

13 Lásd Keilman (2003).

14 Lásd Keilman (2003).

felé való elmozdulás során. Így a szegénység fogalmát a társadalmi kirekesztettség (social exclusion), a relatív jövedelmi szegénység koncepcióját a többdimenziós szegénységmegközelítés, a jövedelmi hátrányok (döntően segélyezési rendszeren keresztül végzett) kiegyenlítését pedig az a politikai gyakorlat vette át, amely alapvetően a széles értelemben vett erőforrásokhoz való hozzájutás esélyeinek kiegyenlítésén, és a foglalkoztatáson keresztül realizálódó jövedelemszerzés preferálásán alapul. A társadalmi kirekesztettség fogalmában az adott társadalom által normálisnak, elfogadhatónak tartott életminőségi sztenderdektől való megfosztottság jelenik meg alapvető problémaként, melynek csak egyik – igaz, legfontosabb – eleme az alacsony jövedelem. Emellett olyan, az európai társadalmak fejlődése során kialakult életminőség-mutatók is szerepet játszanak, mint a vagyoni helyzet, az egészségi állapot, továbbá a társas kapcsolatok megléte, vagy a munkahely megléte. Az utóbbi időben egyre több, a fogalom operacionalizálását célzó kutatás lát napvilágot, s ezzel párhuzamosan az empirikus adatgyűjtés is afelé tart, hogy megengedje a kiterjesztett szegénységfogalom mérését, nemzetközi összehasonlításban is.¹⁵

Az alábbiakban először a jövedelmi szegénység trendjeit tekintjük át, majd röviden kitérünk a többdimenziós szegénységmegközelítésből származó eredmények ismertetésére is.

A relatív jövedelmi szegénység koncepciója a háztartások, illetve azok tagjainak szegénységét úgy határozza meg, hogy jövedelmüket a társadalom többi tagjainak jövedelmével hasonlítja össze. A kijelölt szegénységi küszöbnek megfelelően szegénynek tekinthetünk valakit, ha jövedelme a társadalomban mért jövedelmek átlagának egy adott hányadánál (pl. felénél) alacsonyabb, vagy ha a legalacsonyabb jövedelmi tizedbe, esetleg ötödbe tartozik. A legelterjedtebb mérési mód azonban az – és az Európai Unió is ezt preferálja –, amely a leggyakoribb (medián)jövedelem százalékában fejezi ki a szegénységi küszöb mértékét. További kérdésként merül fel a jövedelmi szegénység meghatározásakor, hogy valakit az adott ország vagy az unió társadalmának jövedelemeloszlása alapján tekintünk-e szegénynek.¹⁶

A jövedelmi szegénység elemzését követően vizsgálhatjuk a nem-monetáris szegénységet is. Az Európai Bizottság jelentése a szegénységről és a társadalmi kirekesztettségről (COM, 2002d) jelentős teret szentel a nem jövedelmi szegénység, a depriváció mérésének és az eredmények ismertetésének.¹⁷ A szerzők öt fő dimenzióban vizsgálják a javaktól, a szolgáltatásoktól és az egyéb szükségletektől való megfosztottságot: (1) *alapdepriváció*, tehát az alapvető szükségletek hiányos kielégítése; (2) *másodlagos* vagy fogyasztási depriváció, vagyis a háztartásokban általánosan használt, s így a társadalomban többé-kevésbé elterjedt tartós fogyasztási cikkek hiánya; (3) depriváció a *lakásfelszereltség* tekintetében; (4) a *lakás problémái*; és (5) a *lakókörnyezet problémái*. A jelentés készítői az öt dimen-

15 Lásd például Eurostat (2002a), illetve Förster et al. (2002).

16 Erről bővebben lásd Förster et al. (2002).

17 Az elemzés adatforrása az Európai Háztartás Panel (ECHP) vizsgálat volt. E módszertan és azonos adatforrás alapján Förster és szerzőtársai az elemzést kiterjesztették a 15 tagország mellett három csatlakozó országra, Csehországra, Szlovéniára és Magyarországra is (Förster et al., 2002).

zió mentén, a szükségletek, javak és szolgáltatások hiányának előfordulásából számított súlyrendszert használva egy összesített deprivációs indexet képeztek, melynek országonkénti eloszlásából kiszámították a nem jövedelmi szegénység nagyságát.¹⁸ A továbbiakban erre a deprivációs rátára támaszkodva mutatjuk be a jelentésnek a gyermekek relatív helyzetére vonatkozó eredményeit.

2.2.2. A GYERMEKEK SZEGÉNYSÉGE

A gyermekeknek a népesség átlagához viszonyított szegénységi kockázata nagymértékben függ attól, hogy miként is definiáljuk a jövedelmi szegénységet, illetve hogy miként vesszük figyelembe a háztartások méretgazdaságosságát.¹⁹ Azt azonban megállapíthatjuk, hogy az Európai Unió országainak többségében a gyermekek, illetve a gyermeces családokban élők szegénységi kockázata magasabb az átlagosnál, miközben vannak olyan országok, ahol a gyermekek szegénysége alatta marad az átlagos értéknek.²⁰ Ez utóbbi csoportba a skandináv államok, Belgium, Luxemburg és Franciaország tartozik, míg az Egyesült Királyságban, Németországban, Hollandiában és Görögország kivételével a dél-európai államokban a gyermekek a szegénység és a társadalmi kirekesztettség által leginkább veszélyeztetett csoportok között vannak. A szegénységi mérőszámok érzékenységét és egyúttal a gyermekek átlagnál magasabb szegénységi kockázatát jól illusztrálja a Sutherland tanulmányában található táblázat (Sutherland, 2001: 20), mely több, a kilencvenes évek közepére vonatkozó számítást foglal össze a teljes népességben és a gyermekek körében, különböző paraméterek használatával mért szegénységi rátákról. A gyermekek körében a szegénység kiterjedése minden országban magasabbnak bizonyult a teljes népesség körében mértnél, az ún. OECD I. ekvivalencia-skála és a nemzeti szinten mért mediánjövedelem 50 százaléka mint szegénységi küszöb használata során. Ezzel szemben, amikor a nemzeti szinten mért jövedelmeket vásárlóerő-paritáson (PPS) vették figyelembe, és a 15 EU-tagországban élők átlagjövedelmének felét tekintették szegénységi küszöbnek, a gyermekek szegénysége tíz országból csupán négy esetében volt magasabb az átlagosnál.

A gyermekek szegénységét idősorosan elemezve Oxley és szerzőtársai (1999) megállapítják, hogy összességében nem beszélhetünk a helyzet általános romlásáról, tehát a jövedelmi szegénység „elgyermekesedéséről”. A gyermekszegénység növekedését lehetett megfigyelni a nyolcvanas-kilencvenes években Németországban, Hollandiában, Olaszországban és az Egyesült Királyságban.²¹ Ez a negatív irányú változás mindenekelőtt

18 A részletes módszertani leírást lásd Eurostat (2002a: 76–79. illetve 167.).

19 A relatív jövedelmi koncepción belül több szegénységdefinícióval is találkozunk az elemzésekben, aszerint hogy az egy háztartástagra jutó jövedelem számításakor milyen fogyasztási súlyokat rendelnek a személyek mellé, és hogy milyen szegénységi küszöböt használnak. Mivel az ekvivalencia-skálák konstruálása jellemzően a háztartásban élők életkora alapján történik, az egyenlőtlenségi és szegénységi mérőszámok a használt skála függvényében jelentősen eltérhetnek az életkori csoportokban vagy háztartástípusok szerint.

20 Az uniós tagországokban élő gyermekek jövedelmi szegénységét tágabb nemzetközi összehasonlításban lásd Bradbury és Jántti (1999), Oxley et al. (1999), illetve OECD (2004).

21 Oxley et al. (1999: 14).

az egykeresős családok szegénységének dinamikájára vezethető vissza a jelzett időszakban. Máshol azonban – mindenekelőtt a skandináv államokban – a gyermekek szegénysége csökkent is a nyolcvanas és a kilencvenes évtized közepének időszakát összehasonlítva. A szerzők azt is bemutatják, hogy a gyermekek szegénységi kockázata – tehát a gyermekek szegénységi rátája a teljes népességéhez viszonyítva – az uniós tagországok közül csupán Hollandiában nőtt.²²

Az OECD legfrissebb adatai arról tanúskodnak, hogy a gyermekek szegénységi kockázata a kilencvenes évek második felében sem változott jelentősen a fejlett országokban.²³ Az uniós tagországok közül a skandináv országokban, Belgiumban és Görögországban a gyermekek szegénységi kockázata átlag alatti, és a vizsgált időszakban nem is változott számottevően. Azon országok közül, ahol a szegénység előfordulásának valószínűsége magasabb a gyermekek között, mint a teljes népességben, a szegénységi kockázat jelentős növekedését figyelhettük meg a kilencvenes évek közepe és 2000 között Ausztriában, Németországban és Portugáliában.²⁴ Csökkent viszont a gyermekek szegénysége a népesség átlagához viszonyítva az Egyesült Királyságban, Olaszországban és Írországban. A kép tehát meglehetősen összetett. A gyermekek között a szegénység előfordulása és a szegénység kockázatának időbeli változása jelentős eltéréseket mutat országonként, ám ezek a változások nem egy irányba mutatnak, így nem beszélhetünk általában a gyermekek elszegényedéséről.

A gyermekek helyzetét vizsgálhatjuk oly módon is, hogy a háztartás rájuk eső jövedelmét az átlagértékéhez viszonyítjuk. Az alábbiakban mindezeket a számításokat a már idézett, az Európai Bizottság által a szegénységről és társadalmi kirekesztettségéről készített jelentés alapján tesszük, ami azt is jelenti, hogy a továbbiakban minden adat az Eurostat által használt ekvivalencia-skálával számolt, éves háztartás-jövedelem alapul, a szegénységi küszöb pedig minden esetben az ekvivalens mediánjövedelem 60 százalékát jelenti.

A relatív jövedelmi helyzet vizsgálatakor is azt tapasztaljuk, hogy a gyermekek, illetve a gyermekes családokban élők helyzete minden országban – változó mértékben, de – számottevően rosszabb a népesség átlagánál. A gyermekek relatív helyzete Görögországban a legkedvezőbb, ez az egyetlen ország, ahol jövedelmük nem különbözik az átlagostól. Viszonylag magas arányok jellemzik a skandináv államok közül Finnországot (az átlag 96 százalék) és Dániát (95 százalék). Az átlagos értéktől vett legnagyobb különbséget Németországban és az Egyesült Királyságban (17–17 százalékpont), illetve Hollandiában mérték (15 százalékpont). Ugyancsak az átlagnál alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek az unió minden országában a 18–24 éves fiatalok.²⁵

22 Oxley et al. (1999: 14–15).

23 OECD (2004: 20).

24 Ugyancsak nagymértékű növekedés jellemzett két újonnan csatlakozó országot, Csehországot és Magyarországot ebben az időszakban. A 2000-es adatok szerint a gyermekek szegénységi kockázati mutatója e két országban volt a legnagyobb az OECD által vizsgált országokban.

25 EUROSTAT (2002a: 43).

Ugyanezeket a mutatószámokat nemcsak életkor, hanem a háztartások összetétele szerint is elemezhetjük. Az eredmények részben megerősítik, részben árnyalják az előzőekben leírtakat: a gyermekek kétségkívül az átlagosnál rosszabb jövedelmi viszonyok között élnek, ám relatív helyzetüket nagyban befolyásolja a háztartásban élő gyermekek és felnőttek száma. A legrosszabb helyzetben az egyszülős családok tagjai vannak, jövedelmük az unió átlagát tekintve csupán háromnegyede a teljes népességben mért átlagnak. Az országonkénti eltérések itt is jelentősek: Görögország esetében ezúttal sem találunk különbséget, az Egyesült Királyság esetében azonban az egyszülős családok jövedelme csupán a fele az átlagosnak. Ezzel szemben a kétszülős egygyermekes háztartások relatív helyzete mindenhol kedvezőbb az átlagosnál. A legjobb helyzetben ezek a családok Görögországban (jövedelmük a nemzeti átlag 118 százaléka), Írországból (117 százalék) és Dániában (116 százalék) vannak, miközben Luxemburgban (104 százalék) és Németországban (106 százalék) jövedelmük alig különbözik a nemzeti átlagtól.

Ugyanakkor azonban a két szülő jelenléte sem garantálja a viszonylag kedvező jövedelmi pozíciót. Ha a családban három vagy több gyermek van, a családban élők jövedelme – országonként változó, 10 és 30 százalékpont közötti különbséggel – elmarad a népességben mért átlagtól. Görögország ismét kivételt képez e tekintetben, hiszen a nagycsaládosok jövedelme alig marad el az átlagtól (95 százalék). A görög esettől eltekintve a legkevésbé rossz helyzetben a spanyol, az ír és a finn többgyermekesek vannak (90–90 százalék). Ezzel szemben az Egyesült Királyságban, Ausztriában, Olaszországban, Portugáliában és Belgiumban az e csoportba tartozók az átlag háromnegyedénél is alacsonyabb jövedelemmel rendelkeznek.²⁶

A gyermekek, illetve a gyermekes családokban élők szegénységi kockázata azt is megmutatja, hogy az egyszülős és a többgyermekes családok relatív jövedelmi deficitje egyben nagyobb szegénységet is jelent, bármelyik uniós tagországra figyelünk is. A 4. ábra – az előzőekhez hasonlóan – ugyancsak három háztartástípus, az egyszülős, a kétszülős egygyermekes, valamint a kétszülős többgyermekes családok szegénységi kockázatát mutatja be. A tagországok átlagát tekintve az egyszülős családok tagjainak szegénységi kockázata éppen a kétszerese, a kétszülős többgyermekeseké pedig közel a kétszerese az átlagnak. Eközben a kétszülős egygyermekes háztartásokban élők szegénysége lényegesen az átlagos szint alatt marad. Külön-külön is vizsgálva a tagországokat, láthatjuk, hogy az egyszülős családok tagjainak helyzete különösen súlyos Hollandiában (4-szeres), Németországban (3,3) és az Egyesült Királyságban (3,1). Viszonylag alacsony kockázat jellemzi e családokat Dániában és Finnországban (1,1–1,1). A három és többgyermekes családokban élők szegénnyé válásának kockázata Németországban (3,8) és Portugáliában (2,4) a legnagyobb, míg Dániában (0,7), Finnországban (1,0), Svédországban (1,2) és Görögországban (1,2) a legkisebb. Az egygyermekeseket minden tagországban lényegesen kisebb valószínűséggel találjuk a szegények között, mint egy véletlenszerűen kiválasztott állampolgárt (4. ábra).

26 EUROSTAT (2002a: 47).

TANULMÁNYOK

Tovább árnyalhatjuk a képet, ha érdeklődésünket kiterjesztjük a szegénység dinamikájára is, melyhez a háztartások helyzetére vonatkozóan a követéses, vagyis longitudinális vizsgálatkor kapott eredményeket használhatjuk. Eszerint a tartósan szegények között számottevően magasabb a gyermekesek aránya, mint a teljes népességben.²⁷ Az elemzések azt is igazolják, hogy a gyermekes családok tagjainak körében nagyobb a valószínűsége a szegénnyé válásnak, mint a teljes népességben, miközben a szegénységből való kilépése az átlagosnál kisebb. A szegénység dinamikája jelentős eltéréseket mutat az uniós országokon belül. Az alacsony gyermekszegénységű Dániában a szegénységbe való belépés kockázata alacsony, míg az Egyesült Királyságban – európai uniós összehasonlításban is – rendkívül magas.²⁸ Az Európai Bizottság jelentésében bemutatott eredmények azt is elárulják, hogy az egyszülős és a három- vagy többgyermekes családokban élők – egy-két kivételtől eltekintve – minden országban számottevően nagyobb eséllyel kerülnek a tartósan szegények közé, mint a „pár két gyermekkel” típusú háztartásban élők.²⁹

4. ábra Egyes háztartástípusok szegénységi kockázata az Európai Unió tagországaiban, 1997 (%)

Forrás: COM (2002d)

A gyermekek, illetve a gyermekes háztartásokban élők nem jövedelmi szegénysége sok hasonlóságot, ugyanakkor több különbséget is mutat, ha a jövedelmi szegénység uniós mintáival vetjük össze. A gyermekek depriváltsága, jövedelmi szegénységükhöz hasonlóan, számottevő mértékben meghaladja a népesség átlagát. A – Svédország nélkül számított

27 Gábos és Szivós (2003: 23).

28 Gábos és Szivós (2003: 23).

29 EUROSTAT (2002a: 68–69).

– 14 uniós ország átlagát tekintve, a 18 évnél fiatalabb népesség deprivációs indexe mintegy 10 százalékkal magasabb az átlagnál, de a 18–24 évesek esetében is megfigyelhetünk egy 5 százalékos elmaradást. A első csoport esetében az átlagosnál rosszabb helyzet minden tagországra jellemző, a 18–24 éveseket vizsgálva azonban megállapíthatjuk, hogy deprivációs kockázatuk Ausztriában, Portugáliában és az Egyesült Királyságban alacsonyabb az átlagosnál. A fiatalok deprivációs hátránya ugyanakkor lényegesen kisebb, mint amit a jövedelmi helyzet esetében megfigyelhettünk.³⁰

5. ábra Egyes háztartástípusok deprivációs kockázata az Európai Unió tagországaiban, 1997 (% , átlag = 100)

Forrás: COM (2002d)

Hasonló megállapításokat tehetünk a deprivációs kockázat háztartástípusonként elvégzett vizsgálatok is. Akárcsak a jövedelmi szegénység esetében, ezúttal is az egyszülős és a kétszülős többgyermekes családok tagjainak kockázata a legmagasabb, nemcsak a gyermekes háztartások között, hanem a teljes népességben is.³¹ Míg azonban az egyszülős és a többgyermekes háztartásokban élők kétszer, vagy közel kétszer nagyobb valószínűséggel váltak szegénnyé a jövedelmi dimenzióban, mint egy átlagos személy, addig e csoportok deprivációs kockázata csupán 1,3–1,5-szörös (5. ábra). A görög (0,94) és finn (0,96) többgyermekesek az átlagosnál kevésbé depriváltak a vizsgált dimenziókban. A legmagasabb deprivációs kockázatot a brit (1,7), a portugál (1,6), a német (1,5) és a luxemburgi (1,4) nagycsaládosok esetében figyelhetjük meg. Az egyszülős családokban élők között a legalacsonyabb értékeket a görögök, a spanyolok és a portugálok esetében figyelhetjük meg (1,04 és 1,1 között). Több

30 EUROSTAT (2002a: 83).

31 EUROSTAT (2002a: 82).

mint kétszeres azonban az e háztartástípusokban élők deprivációs kockázata Hollandiában és Németországban. A longitudinális vizsgálatok szerint, a jövedelmi szegénységhez hasonlóan, a depriváció is többnyire ugyanazokat érinti, sőt, a probléma a nem jövedelmi dimenzióban még súlyosabb is.³²

3. Válaszok a jóléti rendszerben

3.1. Általános érvek a családpolitika fenntartása mellett

A családpolitika pénzügyi és természetbeni eszközei lényegében erőforrások átcsoportosítását jelentik a társadalom – adott időpontban – gyermektelen tagjaitól a gyermekesek felé. Több olyan okot sorolhatunk fel, melyek a családtámogatási rendszerek létét legitimálják.

A családokat támogató ellátások egyrészt a termékenység növelését célozhatják, mely – mint láttuk – a fejlett országok demográfiai problémái közül nem csupán az egyik, hanem több más legfontosabb gondnak is kiváltó oka. Ezen a ponton feltehetjük a kérdést: vajon számíthatunk-e az anyagi ösztönzők pozitív hatására a gyermekvállalási hajlandóság befolyásolásában? A termékenység magyarázatai közül a legtöbb elismeri az anyagi szempontok meglétét, a gyermeknevelés legtágabb értelemben vett költségeinek figyelembevételét a szülők döntései során, a közgazdasági elméletek modelljei pedig kifejezetten ezeken az előfeltevéseken alapulnak. Ebben a kontextusban a családtámogatási rendszer ellátásai, melyek jogosultsága gyermekhez kötött, csökkentik a gyermeknevelés költségeit, így – az említett közgazdasági elméletek predikciója szerint – növelik a termékenységet.³³ Ez a hatás a politikai döntéshozók akaratától független (implicit) is lehet. Az uniós tagországok közül nem mindegyik folytat népesedési célokat is követő családpolitikát, ám Franciaország vagy Svédország esetében erről minden kétséget kizáróan beszélhetünk. Az empirikus kutatások jellemzően megerősítik az elméleti hipotéziseket, miközben az eredmények a politikai beavatkozás korlátaira is figyelmeztetnek.³⁴

A gyermekesek felé irányuló újraelosztás mellett egy másfajta igazságossági érv is szól. Eszerint a modern jóléti államokban a gyermeknevelés költségei egyéni, míg annak hasznai társadalmi szinten jelentkeznek azáltal, hogy a gyermek később az adó- és járulékfizetése révén a mindenki által elérhető jóléti programok finanszírozójává válik. Igazságos tehát, ha a társadalom részt vállal a gyermeknevelés terheiből. Ez az érvelés egyszerűen visszavezet minket a demográfiai, s egyúttal hatékonysági érveléshez, amennyiben a gyermek előbbiekben leírt közjóság-

32 COM (2002d: 92).

33 Ez a hipotézis megfogalmazható a közgazdaságtan rivalizáló termékenységi magyarázatainak mindegyike, így a „tartós fogyasztási jószág” és a „befektetési jószág” megkülönböztetés alapján is.

34 A családtámogatások termékenységi hatásait vizsgáló empirikus kutatások eredményeinek összefoglalását lásd Gauthier és Hatzius (1997), magyarul Gábos (2003a), a magyarországi adatokon végzett elemzések eredményéről pedig lásd Gábos (2003b).

jellege – a társadalom szempontjából – szuboptimális kínálathoz, vagyis a termékenység csökkenéséhez vezet. A családpolitikára tehát tekinthetünk úgy is, mint a jóléti intézmények negatív termékenységi hatásainak korrekciójára, magán a jóléti rendszeren belül.

Kiegészítésül azt is meg kell említenünk, hogy a modern jóléti állam intézményeinek kiadásait markáns korprofil jellemzi, tehát az ellátások számottevő hányada valójában az életpálya aktív és inaktív szakaszai között allokálja a jövedelmeket, az együtt élő generációk közötti transzferáramlás révén.³⁵ A családtámogatási rendszer ellátásai így az aktívaktól a fiatal inaktívok felé történő jövedelem-átcsoportosítást jelentik.

Végül a jövedelmek társadalmilag igazságos elosztásának kívánalma is állhat a családtámogatási rendszerek fenntartása mögött. Ezen érvelés szerint a gyermekeknek, illetve a gyermekes családok tagjainak nyújtott támogatások a szegényekkel való szolidaritás általános elve érvényesítésének hatékony eszközei, amennyiben a szegénység és a társadalmi kirekesztettség által leginkább veszélyeztetett csoportok egyikét célozzák. A vertikális újraelosztás mellett azonban nemcsak igazságossági, hanem hatékonysági érvek is szólhatnak, például az állam hosszú távú pénzügyi kötelezettségeinek csökkentése vagy egyes negatív externális hatások elhárítása.³⁶

3.2. A családpolitika súlya és annak időbeli változása az Európai Unióban

Annak ellenére, hogy az európai országokban a jóléti rendszerek kialakulása nagyjából azonos időszakokra tehető, a jövedelmek újraelosztásának elveiben és az ezekből fakadó intézményi megoldásokban jelentős eltérések tapasztalhatók. Esping-Andersen (1990) klasszikussá vált munkája három, egyértelmű karakterjegyet mutató, továbbá egy negyedik, kevésbé homogén jóléti rendszertípust ír le.³⁷ A szerző az európai országokat ezt követően e négy típusban – szociáldemokrata, konzervatív-korporatista, liberális és mediterrán modellbe – sorolja. Esping-Andersen tanulmányának hatására e területen több munka is született, melyek egyrészt az eredeti tipológiát módosították, mások viszont más szempontokat is beemltek az elemzésbe és ennek megfelelően sorolták be az országokat. A jóléti modelltipusok ilyen besorolása általánosan elfogadottá és használatossá vált, többek között az Európai Unió által kiadott publikációkban is.³⁸ A jóléti rendszer karakterjegyei a családpolitikára, a családtámogatási rendszer ellátásaira, intézményeire is jellemzőnek mondhatók. Történtek olyan próbálkozások is, melyek a családra irányuló politika jellemzői szerint kategorizálták Európa országait.³⁹ Eszerint megkülönböztethetünk:

³⁵ A magyar jóléti rendszer kiadásainak korprofilját lásd Gál-Simonovits-Szabó-Tarcali (2000), illetve Gál (2003). Ugyanitt található nemzetközi kitekintést is a témában.

³⁶ Lelkes (2003: 88).

³⁷ Esping-Andersen (1990).

³⁸ COM (2003: 137).

³⁹ Castles (1993), Pfennig és Balle (2000), idézi Frick és Kuchler (2003).

TANULMÁNYOK

- a) liberális, nem beavatkozó politikát: Egyesült Királyság és Írország,
- b) gyenge jóléti államot, de erős rokoni kapcsolatokkal: Görögország, Olaszország, Spanyolország és Portugália,
- c) gyermekorientált politikát: skandináv országok,
- d) kevésbé családorientált politikát: Németország és Ausztria,
- e) erőteljesen családorientált politikát: Franciaország, Belgium, Luxemburg.⁴⁰

A továbbiakban e fogalmi keretet is felhasználjuk elemzésünkhöz, oly módon, hogy az esping-anderseni klasszikus tipológiára támaszkodtunk, de a konzervatív-korporatista modellen belül a családpolitikák különbözőségeit is figyelembe vesszük. Az unió tagországainak e tipológia szerinti besorolását, a különböző jóléti modellek jellemzőit és az utóbbi évtizedek fontosabb, az adott típusra jellemző társadalmi-demográfiai folyamatait az 1. táblázat tartalmazza.

A családpolitikára fordított kormányzati erőfeszítések egyik, nemzetközi összehasonlításban is jól értelmezhető mutatója az egy gyermekre jutó ellátások relatív, az egy főre jutó GDP arányában kifejezett összege. Ennek nagyságrendjét vizsgálva az uniós tagországokban meglehetősen nagy szóródást tapasztalunk. Az 1999-es adatok szerint az így számított mutató értéke Dániában és Svédországban, tehát a szociáldemokrata modellbe sorolt államokban a legmagasabb (14–15 százalék), míg Olaszországban, Portugáliában (4–4 százalék) és Spanyolországban (2 százalék), tehát a mediterrán modellhez tartozó országokban a legalacsonyabb.⁴¹ Időben figyelve a mutató változásait, az országok többségében annak növekedése figyelhető meg a kilencvenes évek folyamán. Ugyancsak jelentős különbségek mutatkoznak az egyes országok között aszerint, hogy a gyermeknevelési támogatásokon belül mekkora súlya van a pénzübeni és a természetbeni ellátásoknak. Dánia és Svédország esetében a természetbeniek az összes ilyen jellegű kiadás többségét, Finnországban pedig a felét teszik ki, a többi országban azonban a pénzübeni ellátások dominálnak.⁴²

Ugyancsak a családpolitika súlyának növekedését jelzi az anyasági – tehát a szüléshez és a gyermeknevelés kezdeti időszakához kapcsolódó – ellátásokra fordított kiadások növekedése az unió legtöbb tagországában a kilencvenes évek folyamán. A születések számának csökkenése mellett az évtized első felében csupán három országban, Görögországban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban csökkent a kiadások vásárlóerőparitáson számított mértéke, így az uniós átlag növekedést mutat ebben az időszakban. A legmagasabb értékek (3 százalék feletti) Németországot, Olaszországot, Ausztriát és Portugáliát jellemezték. Az 1994 és 1999 közötti időszak is hasonló képet mutat: a születések kisebb arányú csökkenése mellett nyolc országban nőtt, négyben (Ausztria, Finnország, Svédország és az Egyesült Királyság) pedig csökkent az anyasági támo-

40 Lásd Frick és Kuchler (2003). Hollandia besorolása e tipológián belül nem egyértelmű.

41 Ezeket az arányokat ugyanakkor jelentősen befolyásolja a gyermeknevelés fogyasztási költségeit csökkentő ellátások folyósításának módja. Több országban ugyanis számottevő a gyermekek után járó adókedvezmények súlya, ami az itt közölt adatokban nem jelenik meg. (COM, 2002a: 26).

42 COM (2002a: 26–27).

gátásokra fordított kiadások mértéke, miközben Németországban változatlan maradt. A legnagyobb, 4 százalékot meghaladó növekedést Dániában, Spanyolországban, Franciaországban, Írországban, Olaszországban és Portugáliában regisztrálták. Az egy születésre jutó kiadásnak az egy főre jutó GDP-hez viszonyított aránya Finnországban (65 százalék) és Svédországban (közel 60 százalék) volt a legmagasabb, míg Portugáliában (10 százalék), Írországban és az Egyesült Királyságban (5–5 százalék körül) a legalacsonyabb az évtized végén.⁴³

A legfrissebb, 2000-es adatok alapján a családtámogatásra fordított kiadások szociális transzfereken (beleértve a nyugdíjakat is) belüli aránya a 15 EU-tagország átlagában 8,2 százalék. Az egyes országok adatai viszonylag nagy szóródást mutatnak az átlagérték körül: Luxemburgban például 17 százalék, míg Spanyolországban 3 százalék alatt van. A mutató azonban nemcsak az adott kormányzat preferenciáit tükrözi, hanem nagymértékben függ a társadalom demográfiai összetételétől is, mely befolyásolja a nyugdíj- és egészségügyi kiadások arányát. A GDP arányában kifejezve a legmagasabb családtámogatási kiadások Dániát (3,8 százalék), Svédországot (3,5 százalék) és Finnországot (3,2 százalék) jellemzik, de rendkívül magas a Németországi arány is (3,1 százalék). Ezzel szemben Spanyolországban csupán a GDP fél százalékát, Olaszországban 1 százalékát, de Portugáliában is csak az 1,2 százalékát fordítják a gyermekes családok támogatására.

1. táblázat Az Európai Unió tagországainak besorolása a jóléti rendszer jellemzői alapján

	Országok	A jóléti modellek legfontosabb jellemzői	Főbb társadalmi-demográfiai jellemzők és folyamatok
Szociál-demokrata modell	Dánia, Finnország, Svédország,	– az állampolgári jogosultság érvényesülése az ellátásokban, – jövedelem-fenntartás az alapjövédelen keresztül, – természetbeni ellátások szerepe jelentős, – újraelosztás mértéke nagy	– az átlagnál magasabb termékenység, viszonylag alacsony gyermek-szegénység
Konzervatív-korporatista modell	Erőteljesen gyermek-orientált politika Kevésbé gyermek-orientált politika Franciaország, Belgium, Hollandia, Németország, Ausztria, Luxemburg	– a társadalombiztosítási elv érvényesülése az ellátásokban, – a magánszektor szerepe korlátozott, – a természetbeni ellátások szerepe viszonylag korlátozott, – újraelosztás mértéke közepes	– átlagos vagy annál magasabb termékenység, több válás, átlagos gyermekszegénység – az átlagnál alacsonyabb termékenység, magas gyermekszegénység
Liberális modell	Egyesült Királyság, Írország	– rászorultsági elv, – jövedelem-fenntartás segélyezésen keresztül, – a magánszektor szerepe viszonylag nagy, – természetbeni ellátások szerepe csekély, – újraelosztás mértéke alacsony	– az átlagnál magasabb termékenység, magas gyerme-szegénység

43 COM (2002a: 27–28).

TANULMÁNYOK

	Országok	A jóléti modellek legfontosabb jellemzői	Főbb társadalmi-demográfiai jellemzők és folyamatok
Mediterrán modell	Olaszország, Spanyolország, Portugália, Görögország	– jellemzően a társadalombiztosítási elv érvényesülése, – erős rokoni kapcsolatok, – természetbeni ellátások szerepe csekély, – újraelosztás mértéke viszonylag alacsony	– kirívóan alacsony termékenység, nagyon magas gyermekszegénység

Megjegyzés. A besorolás Esping-Andersen (1990), Castles (1993), továbbá Pfennig és Balle (2000) alapján készült.

A készpénzes ellátások arányának vizsgálata az összes családtámogatási kiadásokon belül valamelyest képet ad az egyes országok, kormányzatok preferenciáiról a gyermekes családok támogatásának módozatait illetően. A két skandináv országban, Dániában és Svédországban a készpénzes támogatások csak kisebb hányadát, mintegy a 30 százalékát jelentik az európai összehasonlításban egyébként kiemelkedően magas családtámogatásoknak. Szintén nem domináns a készpénzes kiadások szerepe a harmadik skandináv országban, Finnországban, továbbá Spanyolországban, Portugáliában, Görögországban és Olaszországban, tehát a mediterrán államokban sem. Ezzel szemben Írországból a családtámogatásra fordított kiadások 86 százaléka, Belgiumban 85 százaléka, az Egyesült Királyságban pedig 78 százaléka volt készpénzes transzfer 2000-ben (2. táblázat).

A családpolitikai kiadások időbeli alakulását elemezve megállapíthatjuk, hogy – az előzőekben ismertetett demográfiai és jövedelem-eloszlási problémáktól nem függetlenül – a kilencvenes évek az unió tagországaiiban a szociális kiadások reálértékének növekedése jegyében teltek el, miközben a térség gazdasági versenyképessége – jelentős országok közötti eltérések mellett – visszaesett. Különösen az évtized első felében figyelhetünk meg jelentős reálérték-növekedést, főként Portugáliában, Luxemburgban és az Egyesült Királyságban, ahol a növekedés mértéke 1990 és 1994 között meghaladta a 6 százalékot. Az évtized végén, az 1996 és 1999 közötti időszakban hasonló mértékben Görögország és Portugália szociális kiadásainak szintje emelkedett. Az évtized első felében a növekedés átlagos értéke (3,9 százalék) mintegy a kétszerese volt a második öt évben tapasztaltnak (1,8 százalék). Különösen alacsony volt viszont a növekedés üteme azokban az országokban, melyeket egyébként a szociális kiadások magas szintje jellemez (skandináv államok, Belgium), ami összességében a kiegyenlítődés irányába mutat. A GDP-arányos változás már bonyolultabb képet mutat, hiszen az egyes országok gazdasági növekedésében is jelentős különbségek mutatkoztak az évtized folyamán.⁴⁴

A növekvő szociális célú kiadásokon belül a családpolitika relatív súlya nagyobb lett a kilencvenes évek folyamán. Az évtized első felében, 1990 és 1994 között, a gyermeknevelési támogatásokra fordított kiadások – egy gyermekre és vásárlóerő-paritáson számolva – évente átlagosan

44 COM (2002a: 16–17).

mintegy 2 és fél százalékkal növekedtek. A következő ötéves időszakban a növekedés mértéke e területen még nagyobb, 4 százalék körüli volt. Különösen magas, 7 százalék feletti volt ez az ütem Németországban, Spanyolországban és Írországban. Az egy gyermekre jutó kiadások emelkedése a jogosult gyermekek számának lassú, de folyamatos csökkenése mellett következett be.⁴⁵ 1995 és 2000 között a családtámogatásra fordított kiadások növekedési üteme (17,2 százalék) kétszeres volt az összes, egy főre számított szociális célú kiadásnak (8,9 százalék).⁴⁶

2. táblázat A készpénzes transzferek szerepe a családtámogatási ellátásokban az Európai Unió tagországaiban, 2000

	Családtámogatási kiadások a GDP százalékában	Készpénzes családtámogatások a GDP százalékában	Készpénzes családtámogatások az összes családtámogatási kiadás százalékában
Belgium	2,4	2,0	84,6
Dánia	3,8	1,1	30,3
Németország	3,1	2,1	70,9
Görögország	2,0	1,0	51,8
Spanyolország	0,5	0,2	34,6
Franciaország	2,9	2,0	73,0
Írország	1,8	1,5	85,9
Olaszország	1,0	0,5	52,2
Luxemburg	3,5	2,6	77,6
Hollandia	1,3	0,8	64,4
Ausztria	3,0	2,3	77,5
Portugália	1,2	0,5	48,9
Finnország	3,2	1,4	45,8
Svédország	3,5	1,0	30,0
Egyesült Királyság	1,9	1,4	78,4
EU-15	2,2	1,4	67,2

Forrás: EUROSTAT (2003) alapján.

3.4. A családtámogatási rendszerek társadalmi hatásai

3.4.1. TERMÉKENYSÉG

Az előző fejezetekben megemlítettük azokat az okokat, melyek szükségessé teszik az adókból és járulékokból finanszírozott családtámogatási rendszerek fenntartását a fejlett országokban. Felvetődik a kérdés, hogy vajon valóban befolyásolni lehet-e az említett folyamatokat a támogatási rendszerek révén. Az alábbiakban röviden, csupán jelzésszerűen megvizsgálunk néhány összefüggést arra vonatkozóan, hogy van-e kapcsolat az uniós tagországok által a családpolitika finanszírozására fordított források nagysága és a termékenység, illetve a gyermekek szegénysége között az adott országban.

45 COM (2002a: 26).

46 EUROSTAT (2003).

TANULMÁNYOK

6. ábra *Családtámogatási kiadások és termékenység az Európai Unió országaiban*

Forrás: EUROSTAT (2003) alapján saját számítás

Először a családtámogatások és a termékenység közötti kapcsolatot elemezzük. Ehhez a 2000-ben családtámogatásra fordított összes kiadást a GDP arányában kifejezve a teljes termékenységi arányszám 2001-es értékeihez hasonlítjuk (6. ábra). Az adatpontok sokaságához húzott trendvonal jól látható emelkedése a kapcsolat meglétére utal. Ennek alapján azt mondhatjuk, hogy minél többet fordít egy tagország állami forrásokból a gyermekes családok támogatására, annál nagyobb az adott társadalomban a gyermekvállalási hajlandóság. Így megfigyelhetjük, hogy a skandináv országok magas kiadásszintje relatíve magas, míg a mediterrán országok alacsony ráfordítása alacsony termékenységi szinttel párosul.

Ugyanakkor az ábra is elárulja, hogy a családpolitikai kiadások és a termékenység közötti kapcsolat nem túl szoros. Több kiadási szint mellett is találunk olyan országokat, melyek termékenységi szintje jelentősen eltér egymástól. Így például Görögország és Írország ugyanannyit, a GDP mintegy 2 százalékát fordítja a gyermekes családok támogatására, miközben Írországban a termékenység jóval magasabb. Hasonló eltérést tapasztalunk Franciaország és Németország esetében. Míg a franciák és a németek egyaránt nemzeti termelésük 3 százalékát költötték családpolitikára 1998-ban, addig Franciaországban a teljes termékenységi arányszám mértéke az egyik legmagasabb (1,89), míg Németországban az egyik legalacsonyabb (1,35) volt európai szinten 2001-ben. Mindez arra enged következtetni, hogy a gyermekes családoknak nyújtott társadalmi jövedelmek nagysága csupán az egyik és nem is a legjelentősebb tényezője a szülők gyermekvállalási döntéseinek. Ezt az állítást a makro- és

mikroszintű adatok elméleti modelleken alapuló és többváltozós statisztikai módszereket használó elemzése is megerősíti.⁴⁷

A gyermekvállalási hajlandóság magyarázatára törekvő elméletek abban egyetértenek, hogy a női munkavállalás folyamatos elterjedése a fejlett társadalmakban hozzájárult a termékenység csökkenéséhez a 20. században. A kereső anya munkajövedelmének kiesése a gyermeknevelés időtartamára számottevően növelte e gyermekvállalás költségeit, ez utóbbin belül ma már a legnagyobb tételt jelenti. A jóléti rendszerek válasza olyan jövedelempótló programokat indítottak be a családtámogatási programokon belül, melyek ezt a kieső jövedelmet próbálják pótolni, a gyermek egy meghatározott koráig. Ugyanennek a problémának a megoldására szolgál az állam, illetve a helyi önkormányzatok nagyobb szerepvállalása a gyermekek intézményes napközbeni felügyeletében. A fejlett országok gyakorlatában – mint láthattuk a 2. táblázatban – jelentős különbségek mutatkoznak abban a tekintetben, hogy mekkora súlyt helyeznek a készpénzes támogatásokra, illetve az intézményi felügyeletre. Ugyancsak elterjedőben van – összhangban a lisszaboni célokkal – az a törekvés, hogy tegyék a foglalkoztatottságot flexibilisebbé, s ez részben ugyancsak a munka és a családi élet összehangolásának könnyítését célozza.

A 7. ábra a női foglalkoztatottság és a termékenység kapcsolatát mutatja az unió tagországaiban, 2001-ben. Miközben az elméletek predikciója szerint a magasabb női aktivitásnak alacsonyabb termékenységgel kellene párosulnia aggregált szinten, amit a kormányzati beavatkozás különböző módozatai tompíthatnak, az ábrán látottak részben megerősítik a várakozásainkat, részben rációfólnak azokra. A tagországokon belül külön csoportot alkotnak a déli országok, Spanyolország, Görögország és Olaszország. Itt a rendkívül alacsony foglalkoztatottsági mutatók szintén kirívóan alacsony termékenységgel párosulnak. Ez teljesen ellentétes a várakozásainkkal, annak ellenére, hogy tudjuk: a családtámogatási rendszereken keresztül érvényesülő állami erőfeszítések alig-alig jellemzik ezeket az országokat. Amennyiben eltekintünk e három mediterrán országtól, a foglalkoztatottság és a gyermekvállalási hajlandóság között várt kapcsolat, ha gyengén is, de megfigyelhető. Kivételt jelentenek azonban a skandináv államok, melyeknek relatíve magas termékenységi mutatói az Európa-szerte legmagasabb női foglalkoztatottsági ráták mellett jelentkezők. Ez arra utal, hogy a családtámogatások magas szintje, ezen belül is a gyermekek napközbeni intézményi felügyelete hatékony eszköz a gyermekvállalási hajlandóság fenntartására a munkahelyi karrierrel párhuzamosan.

47 Lásd például Gauthier–Hatzius (1997), magyarul, illetve magyarországi adatokon pedig Gábos (2003a,b).

TANULMÁNYOK

7. ábra *Női foglalkoztatottság és termékenység az Európai Unió országaiban, 2001*

Forrás: Avramov (2002), Eurostat (2002b)
Megjegyzés. Az olasz foglalkoztatottsági adatok 2002-re vonatkoznak

3.4.2 GYERMEKSZEGÉNYSÉG

Az előzőekhez hasonlóan megvizsgálhatjuk a kiadások szintje és a gyermekszegénység mértéke közötti kapcsolatot ezekben az országokban (8. ábra). Az adatpontokhoz illesztett regressziós egyenes lejtése elárulja a kapcsolat negatív jellegét: magasabb kiadások alacsonyabb gyermekszegénységgel párosulnak. Az egyenes sokkal jobban illeszkedik, mint a termékenység esetében, amiből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy a családtámogatásra fordított közkiadások szintje a gyermekszegénységi ráták szóródásának nagyobb részét képes megmagyarázni, mint a termékenység mutatók esetében. A dán jóléti rendszer az, amely a rendelkezésre álló erőforrásokból a legtöbbet fordítja a gyermekes családok támogatására, és a szegénység szintje is itt a legalacsonyabb. A hatékonyságbeli különbségek azonban ez esetben is szembeötlők. Közel azonos kiadási szint mellett a luxemburgi mutatók lényegesen magasabb gyermekszegénységről árulkodnak, mint a finn vagy a svéd adatok. Érdekes megfigyelni, hogy míg a német és a francia kiadások közel azonos szintje mellett a termékenységi rátákban komoly különbséget találtunk a két ország között, a gyermekszegénység kiterjedtségében egyáltalán nem mutatkozik eltérés, miközben mindkét rendszer a kevésbé hatékonyak közé tartozik. A legkevésbé hatékonyak – a luxemburgi mellett – a brit családtámogatási rendszer tűnik: miközben kétszer-háromszor annyit költenek a gyermekekre, mint a mediterrán országok, az egyesült királyságbeli szegénységi ráták a gyermekek körében ugyanolyan magasak, mint a spanyol, az olasz vagy a portugál ráták.

8. ábra Családtámogatási kiadások és gyermekszegénység az Európai Unió országaiban

Forrás: Avramov (2002)

Megjegyzés: a szegénységi küszöb az ekvivalens mediánjövedelem 60 %-a

Oxley és szerzőtársai (1999) aggregált adatokon végzett vizsgálatának eredményei összhangban vannak a fentebb bemutatottakkal. Az adózás és a transzferek előtti jövedelemből számított szegénységi ráták az általuk vizsgált 12 – javarészt uniós – tagországban kétszer olyan magasak voltak a gyermekek körében, mint az adótámogatások és a transzferek figyelembevételével számítottak. A jóléti transzferek szegénységcsökkentő hatása az átlagos értéknél nagyobbak mutatkozott Finnországban, Franciaországban, Svédországban és az Egyesült Királyságban, míg átlag alattinak Németországban és Olaszországban. Azt is megállapították, hogy az adó- és támogatási rendszerek hatékonysága e tekintetben javult a nyolcvanas és a kilencvenes évek közepe között. A szerzők vizsgálták az országok közötti különbségeket meghatározó tényezőket is. Az országok közötti különbségeket a kormányzati erőfeszítések (a gyermekekre költött kiadások mértéke), az adózás és transzferek előtti szegénységi ráták nagysága, a támogatási rendszer gyermekekre irányultságának foka és a támogatások célzottsága magyarázza legnagyobb mértékben.⁴⁸

A készpénzes családtámogatások szegénységcsökkentő hatásának mikroszintű adatokon végzett vizsgálatára több kísérlet is született. Az elemzésekben az egyik leggyakrabban használt módszertani eljárás az az összevetés, amely a családtámogatásokkal együtt, illetve az azok nélküli jövedelem alapján számított szegénységi mutatókat állítja egymás mel-

48 Oxley et al. (1999: 17–21).

lé.⁴⁹ Ezek az elemzések is azt mutatják, hogy számottevő különbségek vannak az uniós tagországok összehasonlításában. Így például Frick és Kuchler (2003) megállapítja, hogy a legsikeresebbek e tekintetben a szociáldemokrata modellhez sorolható országok, Dánia és Finnország. Az elemzés szerint ugyanakkor a legkevésbé hatékony a déli országok családtámogatási rendszere, melyek jövedelemvizsgálathoz kötött ellátásokat nyújtanak a gyermekes családban élők számára. A szerzők azt is megállapítják, hogy a mikroszintű eredmények összhangban állnak a makroszintű, a kiadások és a szegénységi ráták együttes vizsgálatakor kapottakkal. A szerzők által végzett többváltozós elemzés kimutatta, hogy a családtámogatások minden vizsgált országban nagyobb valószínűséggel jutnak el olyan gyermekekhez, akik más dimenziókban is az átlagosnál magasabb szegénységi kockázatú háztartásokban élnek. Ilyen csoportok a többgyermekesek, az egyszerű háztartások vagy az alacsony iskolázottságú szülők háztartásai. A rossz egészségi állapot vagy a bevándorló háztartáshoz tartozás szintén olyan jellemzők, melyek szoros kapcsolatot mutatnak a családtámogatási ellátások igénybevételével, mindenekelőtt a szociáldemokrata és a konzervatív-korporatista modellhez tartozó országokban.⁵⁰

Hasonló módszerrel⁵¹ hasonló eredményre jutott Förster és Tarcali (COM, 2002d), amikor a családi pótlék szegénységcsökkentő hatását vizsgálták a gyermekek körében. Négy országcsoporthoz különítették el a családi pótlék nélkül és az azzal együtt számított jövedelem melletti szegénységi mutatók arányának nagyságrendje szerint. A szegénységcsökkentő hatás a skandináv országokban (Dánia és Finnország) volt a legmagasabb (75 százalék). Mintegy 50 százalékos csökkenés tapasztalható a családi pótlék beszámításakor a gyermekszegénységi rátákban Svédországban, Ausztriában és a Benelux államokban, 25 százalék körüli pedig az Egyesült Királyságban, Írországban, Németországban és Franciaországban. A legkevésbé hatékonyak ez esetben is a mediterrán országok bizonyultak.⁵²

Az eddig ismertetett kutatási eredmények megerősítik, hogy a családtámogatási rendszerek működtetése – igaz, országonként eltérő mértékben ugyan – hozzájárul a gyermekszegénység csökkentéséhez. Valamilyest árnyalja és kiegészíti azonban a képet, ha azt vizsgáljuk, miként befolyásolja a családtámogatásoknak az egyes háztartások összjövedel-

49 A módszer természetesen alkalmazható általában a jóléti transzferek, illetve azok bármely komponense szegénységcsökkentő hatásának vizsgálatára. Az összes jóléti kiadás, illetve a nyugdíjkiadások nélkül számított rész hiányában számított, a teljes népességre vonatkoztatott szegénységi ráta részét képezi az ún. laekeni indikátor-rendszernek is. A legfrissebb publikált eredményekről lásd Eurostat (2002a), illetve Dennis-Guio (2004).

50 Frick és Kuchler (2003: 22).

51 Az itt ismertetett és a hivatkozott elemzésekben használt módszertani eljárás érzékeltesen mutatja be a jóléti programok, így a családtámogatások szegénységcsökkentő hatását, és ahogyan láthattuk, a kapott eredményeket a makroadatok elemzése is alátámasztja. Az általános következtetések ezért teljesen érvényesnek tekinthetők, jóllehet – ahogyan erre a hivatkozott szerzők is figyelmeztetnek tanulmányaikban – az ellátások nélküli jövedelem egy hipotetikus szituációt modellez, szemben a teljes jövedelem használata melletti helyzettel, mely valóságos. Ha jövedelmeik között nem számolhatnának az egyes jóléti transzferekkel, a szereplők nyilván eltérően viselkednének az adafelvételben megragadottól.

52 EUROSTAT (2002a: 131).

mén belüli aránya a szegénységi kockázatot, illetve a szegénység dinamikáját a gyermeces családok esetében. A longitudinális vizsgálatok eredményei arra utalnak, hogy a jóléti rendszertől, ezen belül a családtámogatásoktól való nagyfokú függőség növeli a szegénnyé válás vagy a szegénység állapotában maradás kockázatát. Minél magasabb tehát a háztartás jövedelmein belül a családtámogatások aránya – ami egyúttal a munkaerőpiacon megszerzett jövedelmek alacsony szintjét is jelzi –, annál nagyobb valószínűséggel található az adott háztartás tagjai a tartósan szegények között.⁵³ Azt mondhatjuk tehát, hogy a családtámogatások általában csökkentik a gyermekek szegénységét, ám mindenekelőtt azokat, akik egyéb jövedelmeik révén a szegénységi küszöb környezetében élnek. Minél inkább jellemző, hogy a társadalmi jövedelmek e típusa jelenti egy család költségvetésének fő bevételét, annál inkább fenyegeti a család tagjait a szegénység, a szegénnyé válás és a tartós szegénység.

4. A családpolitika szempontjából releváns közösségi célok és várható hatásaik az Európai Unióban

Az előzőek során áttekintettük azokat a demográfiai és társadalmi kihívásokat, melyek alapját képezhetik a fejlett országok jóléti rendszerei, ezen belül is a családpolitikák közeledésének. Megvizsgáltuk a kormányzati beavatkozás melletti érveket a családok támogatása terén és bemutattuk a jóléti rendszerek tipológiáját. Megvizsgáltuk a gyermeces háztartások támogatása érdekében tett nemzeti erőfeszítések nagyságrendjét és időbeni változását. Ezt követően – a nemzetközi szakirodalom eredményeire támaszkodva – elemeztük a nemzeti családpolitikák társadalmi hatását. Lezárásként arra keressük választ, hogy a hasonló kihívások nyomán vajon várható-e egy közösségi szintű családpolitika kialakulása a gazdasági együttműködésen már túllépett, a politikai közösség irányába tartó Európai Unióban. A válaszhoz áttekintjük a családpolitikák közeledése melletti és azzal szembeni érveket és tényeket.

A közösségi célokkal összefüggésben utalnunk kell egyrészt arra, hogy azok részben ellentmondanak egymásnak, így egyidejű teljesülésük helyett előreláthatóan a prioritások szűkítésére lehet számítani. Ez akár a társadalmi befogadás elősegítésének háttérbe szorulását is jelentheti a gazdasági versenyképesség előmozdításával szemben. Ezzel párhuzamosan egyre több kritika éri a lisszaboni célok megvalósulását. Így az EU-n belüli, a vártnál alacsonyabb gazdasági növekedés kétségessé teszi a foglalkoztatási célkitűzések megvalósulását a megállapított határidőig. Ugyancsak a közösségi célok megvalósulása ellen hat a Növekedési és Stabilitási Paktum jövőjének bizonytalansága, mely más területeken is veszélyezteti a koordináció hatékonyságát. Így az együttműködés gyengébb formái kerülhetnek előtérbe, például az információ- vagy a követendő gyakorlati tapasztalatok (*good practices*) cseréje. A szakértők az együttműködés fellazulásának jeleit látják abban, hogy a tagországok nem akarják elkötelezni magukat nemzeti szintű foglalkoztatottsági célok

53 Gábos és Szivós (2003: 24).

kitűzésével a megújított európai foglalkoztatottsági stratégia keretében, hogy a nyugdíjreform esetében nincs megegyezés még a közös jelzőszámokról sem, vagy abban, hogy a legtöbb tagország nem fogalmazott meg konkrét célkitűzéseket a szegénység csökkentésére, a 2003-as nemzeti akciótervben. Részben a társadalmi befogadás programja ellen hat az unió bővítése is. A csatlakozó országok abszolút szegénysége ugyan rendkívül magas a jelenlegi uniós szinthez képest, ugyanakkor a jövedelemegyenlőtlenségek – így a relatív szegénység is – alacsonyabbak. Ez várhatóan arra ösztönzi majd a csatlakozó országokat, hogy a szegénység elleni küzdelmet másodlagosnak tekintsék a gazdasági növekedéssel szemben, s ez ugyancsak ellene hat egy közös jóléti, s az ennek nyomán épülő családpolitikai program kialakulásának.⁵⁴

A felsorolt okok nyomán az Európai Unió Tanácsának lisszaboni és nizai csúcstalálkozóján olyan közösségi célokat fogadtak el, melyek versenyképes és modern Európát hoznak létre, egyúttal megőrizve annak erőteljesen szociális jellegét, melyet a jóléti rendszerek létrejötte nyomán alakított ki. A lisszaboni célok közül a szegénység és a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem sikere érdekében minden tagország két évente ún. Kirekesztés elleni nemzeti akciótervet (National Action Plan against poverty and social exclusion, NAP/inclusion) készít, melynek első hulláma a 2001–2003-as, a második pedig a 2003–2005-ös időszakot öleli át. Az érintettek e célokra mint első lépésre tekintettek, egy közös jóléti politika kialakításához a közösségen belül. Olyannyira, hogy a 2002-es barcelonai tanácskozáson megerősítették a lisszaboni célrendszer helytállóságát, és csupán apró módosításokat tartottak szükségesnek. Mindezek a lépések a jólét és ezzel együtt a családpolitikák várható harmonizációja irányába mutatnak.

Áttérve általában a jóléti rendszerek, közelebbről pedig a családpolitikák konvergenciájával szembeni érvekre, utalnunk kell a tanulmányban eddig bemutatott eredményekre. A korábbi fejezetekben láthattuk, hogy mind a gyermekvállalás mintái, mind a gyermekek szegénységének fontosabb jellemzői, trendjei jelentős és ugyanakkor jellegzetes eltéréseket mutatnak az uniós országok összehasonlításában, s azt is, hogy a családtámogatások társadalmi és demográfiai hatásai jelentősen eltérnek a jóléti rendszertipológia mentén. Ez arra utal, hogy a hasonló kihívások nem jártak a nemzeti jóléti- és családpolitikák közeledésével. Ezt erősíti az a vizsgálat is, mely kifejezetten a fejlett országok családpolitikájának konvergenciáját elemezte az elmúlt harminc évben.⁵⁵ A vizsgálat eredményeit közreadó tanulmányban a szerző egyidejűleg két mutató mentén hasonlította össze a családtámogatási rendszereket. Az első mutató a gyermekneveléshez közvetve vagy közvetlenül adott anyagi támogatás összegét foglalta magában, az átlagkereset százalékában kifejezve, míg a második alapját a szülési szabadság hossza képezte, hetekben kifejezve. Az indikátorok időbeni és jóléti rendszertípus szerinti vizsgálata azt mutatta, hogy 1972 és 1999 között nőtt az esping-anderseni jóléti típusok közötti távolság. Míg az első időpontban a két mutató által alkotott sík-

54 EUROSTAT (2004: 15).

55 Gauthier (2002).

ban az egyes típusokba tartozó országok meglehetősen esetlegesen helyezkedtek el, addig 1999-re már jól látható a típusok elkülönülése.⁵⁶ Ezek az eredmények arra utalnak, hogy a jóléti rendszerek és ezzel összefüggésben a családpolitikák esetében is rendkívül erős a kialakulásukat meghatározó szemlélet és a létrejött intézményi környezet hatása, olyannyira, hogy a közös hatások sem eredményezték azok közeledését.

Felhasznált irodalom

- Abramovici, G. (2003): Social protection: cash family benefits in Europe, In: Statistics in focus. Theme 3 – 19/2003. Luxembourg: Eurostat. p. 4. www.eudatashop.gov.uk/statistics_in_focus/downloads/KS-NK-03-019--N-EN.pdf, 2004. július 6.
- Avramov, D. (2002): People, demography and social exclusion, Population Studies No. 37., Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Bagavos, Ch. and C. Martin (2000): Low fertility, families and public policies, synthesis report presented at the annual seminar of the European Observatory on Family Matters, Seville, 15–16 September 2000. http://europa.eu.int/comm/employment_social/eoss/publications_en.html, 2004. július 6.
- Bongaarts, J. and Feeney G. (1998): On the quantum and on the tempo of fertility, Population and Development Review, 24/2., 271–292.
- Bradbury, B. and Markus J. (1999). Child poverty across industrialized nations, LIS Working Paper No. 205. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/205.pdf>, 2004. július 6.
- Castles, F. (Ed.)(1993): Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies. Aldershot: Dartmouth.
- Commission of the European Communities (2002a): Social Protection in Europe 2001, Directorate-General for Employment and Social Affairs, May 2002. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/nov/soc_prot_rep_en.pdf, 2004. július 6.
- Commission of the European Communities (2002b): Family benefits and family policies in Europe, Directorate-General for Employment and Social Affairs, June 2002. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/nov/soc_prot_rep_en.pdf, 2004. július 6.
- Commission of the European Communities (2002c): Europe's response to world ageing. A contribution of the European Commission to the 2nd World Assembly on Ageing, Brussels, http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2002/apr/ageing_en.html, 2004. július 6.
- Commission of the European Communities (2004): Report of the High Level Group on the future of social policy in an enlarged European Union, Directorate-General for Employment and Social Affairs, May 2004. http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2004/jun/hlg_social_elarg_en.pdf, 2004. július 6.
- Council of Europe (2002): Recent demographic developments in Europe 2002, Strasbourg: Council of Europe Publishing
- Council of the European Union (2002): Fight against poverty and social exclusion: common objectives for the second round of National Action Plans, http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napsincl2001_en.html, 2004. július 6.
- Council of the European Union (én.): Common outline for the 2003/2005

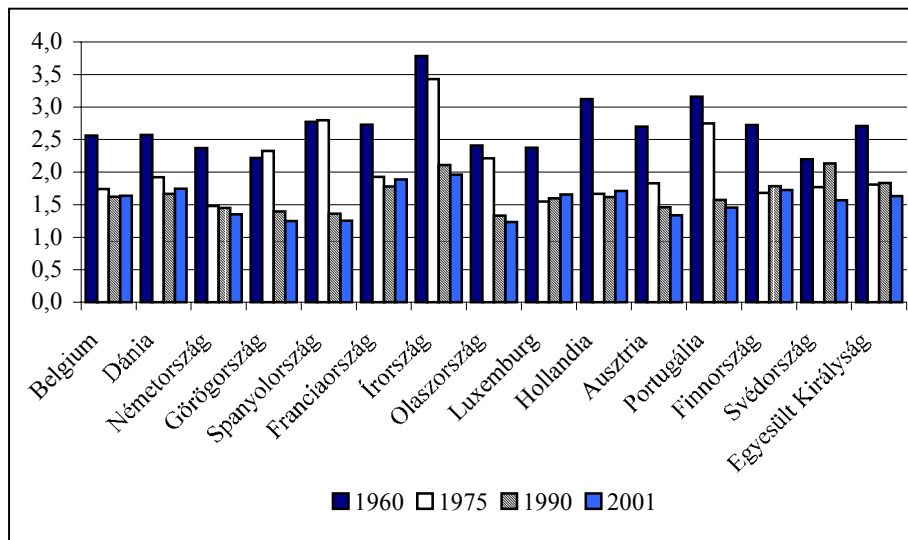
⁵⁶ Lásd Gauthier (2002).

TANULMÁNYOK

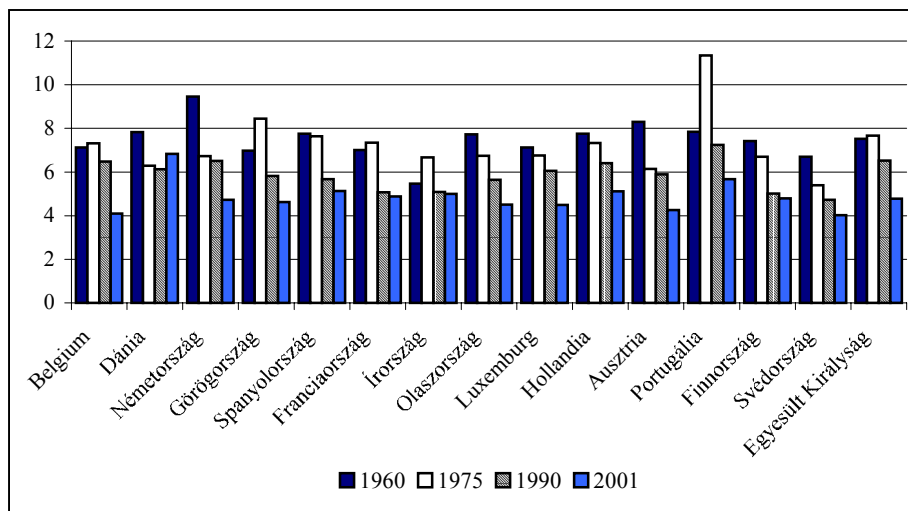
- NAPs/inclusion, http://europa.eu.int/comm/employment_social/news/2001/jun/napsincl2001_en.html, 2004. július 6.
- Dennis, I. – A-C. Guio (2004): Poverty and social exclusion in the EU, *Statistics in focus* 16/2004. Luxembourg: Eurostat, p. 12.,
- Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton University Press, Princeton, New Jersey.
- European Observatory on National Family Policies (1996): *A synthesis of national family policies 1995*, published by Social policy research unit, University of York.
- European Observatory on National Family Policies (1996): *Developments in national family policies in 1995*, published by Social policy research unit, University of York.
- EUROSTAT (1996): *ESSPROS Manual 1996*. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities, p. 114.
- EUROSTAT (2002a): *European social statistics: Income, poverty and social exclusion, 2nd report*. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities.
- EUROSTAT (2002b): *European social statistics: Labour force survey results 2001*. Luxembourg: Office for official publications of the European Communities. <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&product=KS-BP-02-003—N-EN&mode=download>, 2004. július 6.
- EUROSTAT (2003): *Social protection in Europe in 2000*, Luxembourg: Eurostat Press Office. <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&product=3-13022003-EN-AP-EN&mode=download>, 2004. július 6.
- EUROSTAT (2004): *Social protection statistics, 23rd CEIES seminar, Lisbon, 2-3 October 2003*. <http://europa.eu.int/comm/eurostat/Public/datashop/print-product/EN?catalogue=Eurostat&product=KS-BP-02-008—N-EN&mode=download>, 2004. július 6.
- Förster, M., G. Tarcali and M. Till (2002): *Income and non-income poverty in Europe: What is the minimum acceptable standard in an enlarged European Union?* Paper prepared for the 27th General conference of the International Association for Research and Wealth, Djurhamn, Sweden, 18–24 August 2002, www.iariw.org
- Frick, J.R. and B. Kuchler (2003): *Family related transfers and children's economic well-being in Europe*, CHER Working Paper 4, CEPS/INSTEAD, Differdange, G-D. Luxembourg.
- Gábos A. (2003a): *A családtámogatási rendszer termékenységi hatásai – vizsgálati módszerek és nemzetközi kutatási eredmények*, In: Gál (2003: 51–65).
- Gábos A. (2003b): *A családtámogatási rendszer termékenységi hatásai – kutatási eredmények magyar adatokon*, In: Gál (2003: 66–86).
- Gábos, A. and P. Szivós (2003): *Poverty dynamics among families with children in Europe*, CHER Working Paper 10, CEPS/INSTEAD, Differdange, G-D. Luxembourg, <http://www.ceps.lu/pdf/8/art958.pdf>, 2004. augusztus 26.
- Gábos A. (2004): *A családpolitika és a kirekesztődés elleni politika társadalmi hatásai az uniós országokban*, Nemzeti Fejlesztési Terv, Integrációs és Fejlesztési Munkacsoport, Humán Erőforrás Fejlesztés Tématanács. Kézirat.
- Gál R. I. (szerk.) (2003): *Apák és fiúk és unokák*, Budapest: Osiris.
- Gauthier, A.H. (2002): *Les politiques familiales dans les pays industrialisés: y a-t-il convergence?*, *Population* vol. 57., No. 3., 457–484.
- Gauthier, A.H. and J. Hatzius (1997): *Family benefits and fertility: an econometric analysis*, *Population Studies* 51., 295–306.
- Jeandidier, B. and E. Albiser (2001): *To what extent do family policy and social assistance transfers equitably reduce the intensity of child poverty? A comparison*

- between the US, France, Great Britain and Luxembourg, LIS Working Paper No. 255. <http://www.lisproject.org/publications/liswps/255.pdf>, 2004. július 6.
- Keilman, N. (2003): Demographic and social implications of low fertility for family structures in Europe, Population studies, No. 43., Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Lelkes O. (2003): „Kinn is vagyok, benn is vagyok...” A társadalmi kirekesztettség mérése az Európai Unióban és Magyarországon, Szociológiai Szemle, 13. évf. 4. szám, 88–106.
- OECD (1999): Trends in income distribution and poverty in the OECD area, Paris: Directorate for education, employment, labour and social affairs.
- OECD (2004): Income distribution and poverty in OECD countries in the second half of the 1990s, Paris: OECD. (forthcoming)
- Oxley, H., T.-T. Dang, M. Förster and M. Pelizzari (2001): Income inequalities and poverty among children and households with children in selected OECD countries: trends and determinants, In: Vleminckx, K. and T.M.Smeeding (ed.): Child well-being, child poverty and child policy in modern nations, Bristol: The Policy Press, 371–406.
- Pfennig, A. and T. Bahle (eds.) (2001): Families and Family Policies in Europe. Comparative Perspective. Peter Lang. Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Pinnelli, A., H.J. Hoffmann-Nowotny and B. Fux (2001): Fertility and new types of household and family formation in Europe, Population studies, No. 35., Strasbourg: Council of Europe Publishing.
- Rodríguez-Pose, A. (2002): The European Union: Economy, society, and polity. Oxford: Oxford University Press, 218 p.
- <http://www.oup.co.uk/best.textbooks/geography/rodriguez/presentations/>, 2004. július 6.
- Sutherland, H. (2001): Reducing Child Poverty in Europe: what can static microsimulation models tell us? EUROMOD Working Paper No. EM5/01.

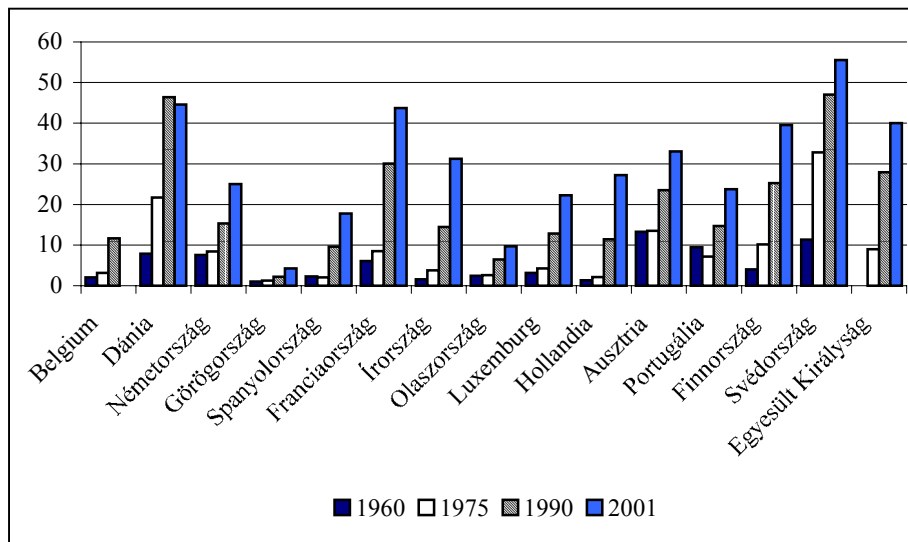
1. ábra



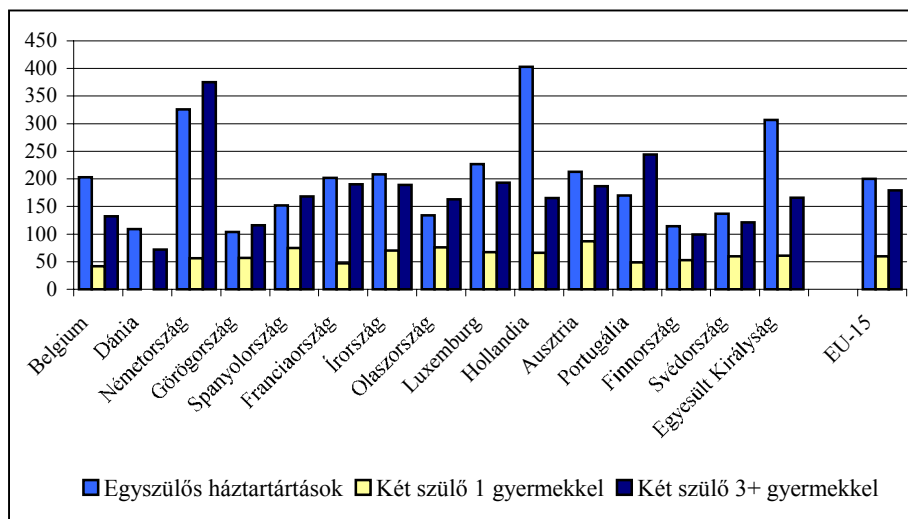
2. ábra



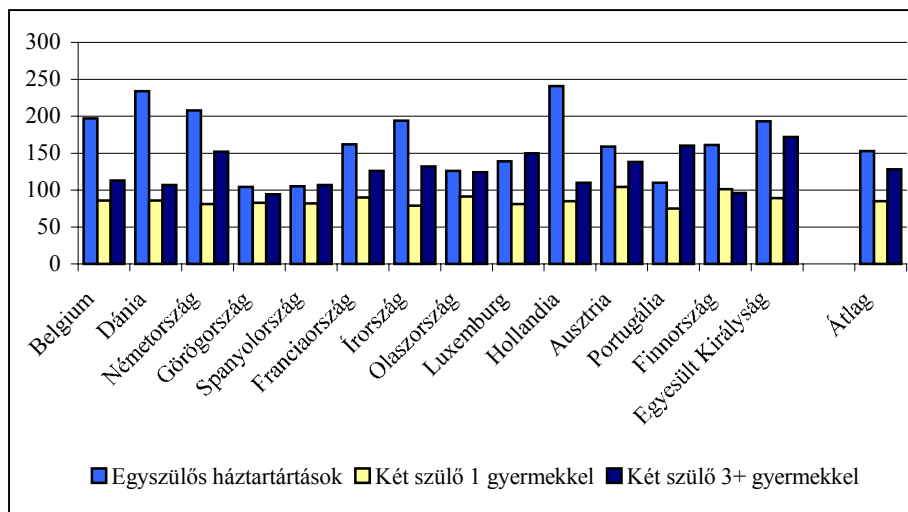
3. ábra



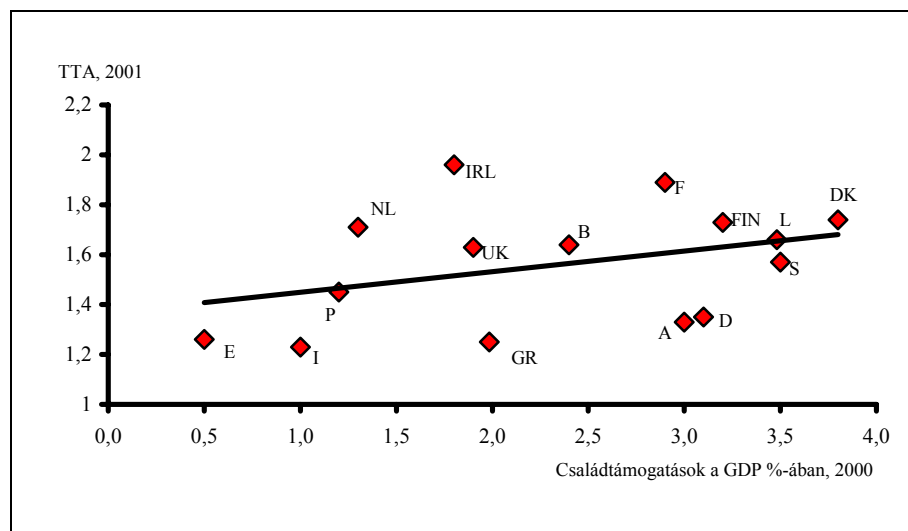
4. ábra



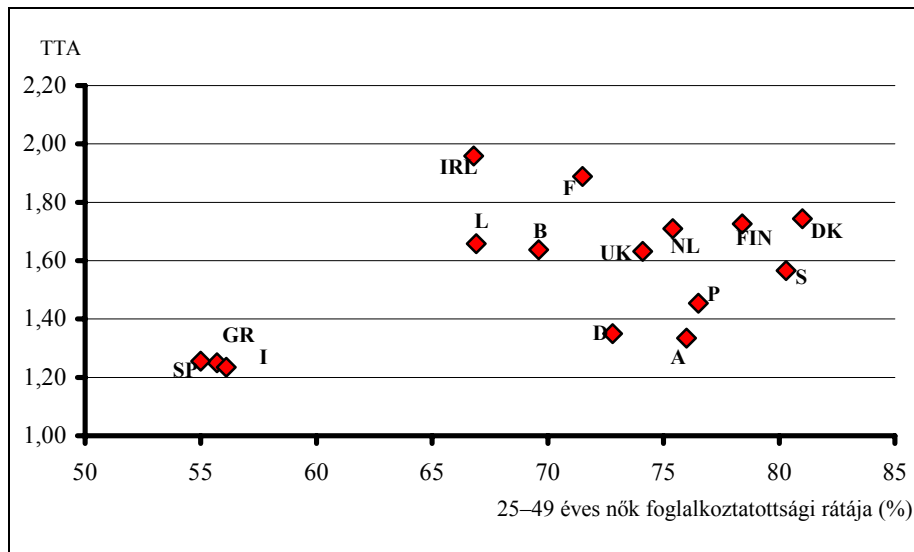
5. ábra



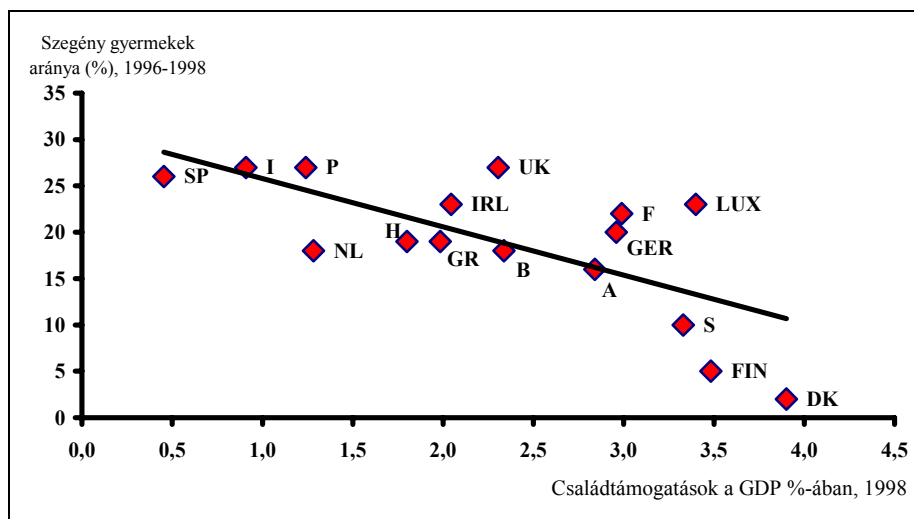
6. ábra



7. ábra



8. ábra



TOMKA BÉLA

Az Európai Szociális Modell múltja és jelene – kelet-közép-európai perspektívák

Az Európai Szociális Modell fogalmának széles körű használata az 1980-as évek közepétől figyelhető meg, vagyis viszonylag rövid múltra tekint vissza. A fogalom e fiatal kora hozzájárulhat értelmezésének sokszínűségéhez, hiszen a tisztázó viták lefolytatásához még nem állt rendelkezésre megfelelő hosszúságú idő. Ám valószínűbb, hogy a fogalom által jelölt problémák nagy jelentősége és aktualitása, valamint az elemzésükkel összefüggő bonyolult tudományos-módszertani problémák eredményezik a hozzá kapcsolódó vélemények gyakran jelentős különbségeit. Mindenesetre tény, hogy az Európai Szociális Modell fejlődése és fenntarthatósága napjainkban az európai – s különösen az Európai Unióhoz kapcsolódó – politikai diskurzus egyik fontos tárgyává vált, s ettől nyilván nem függetlenül a társadalomtudományokban is jelentős és az utóbbi években növekvő érdeklődés tapasztalható iránta.

Az Európai Szociális Modell fogalmával leíró és normatív értelemben egyaránt találkozhatunk. Az Európai Unió politikusai gyakran leíró igénnyel használják, s az Európai Unió és más fejlett ipari társadalmak – elsősorban az Egyesült Államok és Japán – közötti eltéréseket jelölik vele, mint tette ezt Jacques Delors is az 1980-as években. A tudományos diskurzusban szintén Nyugat-Európa második világháború utáni szociális fejlődésének leírása során alkalmazzák e fogalmat (Therborn 1995; Grahl-Teague 1997; Gough 1998; Crouch 1999; Kaelble 2000). Másfelől a fogalom EU-n belüli karrierjét végigkíséri egy normatív hangsúly is, mely szerint az uniónak törekednie kell jóléti és más szociális sajátosságainak megőrzésére – sőt, jövőbeli erősítésére. Ez az értelmezés már az említett Delors-féle fogalomhasználatban is nyilvánvaló volt, az utóbbi években pedig jól kirajzolódott az EU (nemrég leköszönt) foglalkoztatási és szociális főbiztosának megnyilvánulásaiban (Diamantopoulou 2000).

Nem mondhatjuk azonban azt, hogy az Európai Szociális Modell egyértelmű és általánosan elfogadott definícióval rendelkezne. A legáltalánosabb megfogalmazás szerint a modell kialakulását az eredményezte, hogy a nyugat-európai társadalmak második világháború utáni fejlődé-

sük során sikeresen kombinálták a gyors gazdasági növekedést és a szociális haladást. A kutatás e tekintetben mindenekelőtt a jóléti állam nyugat-európai fejlettségét hangsúlyozza, de gyakran a munka világának sajátosságait – így a nagymértékben intézményesült és átpolitizálódott „labour relations”-t – is a modell jellemzői közé sorolják (Grahl–Teague 1997; Gough 1998). Az az álláspont is megjelent, hogy a fogalom analitikai kibővítésére van szükség, s annak magában kell foglalnia a „társadalmi sokszínűség intézményesítését” (koordináció, korporatizmus, demokratikus eljárások, szubszidiaritás), és a „társadalmi egyenlősítést” (univerzalizmus, piacszabályozás, redisztribúció, szolidaritás) (Aust–Leitner–Lessenich 2002: 274–282).

Eltérő véleményekkel találkozhatunk a modell térbeli és időbeli érvényességével kapcsolatban is. Számos elemző szerint a Nyugat-Európán belüli társadalmi eltérések a múltban és a jelenben egyaránt olyan jelentősek, hogy bármiféle modell létezésének feltételezése indokolatlan. Sokkal inkább több modellről (Ebbinghaus 1999: 249), vagy „nemzetek családjairól” („Families of Nations”) beszélhetünk (Castles–Mitchell 1993). Mindazonáltal fontos érvek szólnak amellett, hogy a nyugat-európai társadalmaknak – vagy azok nagyobbik részének – voltak illetve vannak olyan jelentős közös vonásai, s mindenekelőtt éppen a fent említett jóléti téren, melyek létjogosultságot kölcsönöznek az Európai Szociális Modell fogalmának (Kaelble 2000). Ezt elfogadva sem nyilvánvaló azonban, hogy időben meddig terjedhet annak érvényessége.

Az Európai Szociális Modell kutatását tehát Nyugat-Európát illetően viták övezik. Más jellegű problémákkal szembesül azonban a kutatás Kelet-Közép-Európa vonatkozásában, hiszen Kelet-Közép-Európa és az Európai Szociális Modell viszonya eddig lényegesen kevesebb figyelmet kapott. Sőt, az Európai Szociális Modell problémája iránti érdeklődés például Magyarországon a legszűkebb szakmai nyilvánosságra korlátozódik, s napjainkban maga az Európai Unió szociális dimenziója is leginkább egyfajta teherként jelenik meg, az erről róla folytatott hazai diskurzusban. Olyan ballasztként, amitől nehéz megszabadulni, de ezt a gazdasági versenyképesség érdekében mielőbb meg kellene tenni. A nemzetközi szakirodalomban és politikai diskurzusban természetesen nem láthatjuk ezt az egyoldalúságot, de a problémát érintő munkák szinte kizárólag az Európai Unió keleti bővítésének az EU illetve a tagállamok szociálpolitikájára gyakorolt várható hatásával foglalkoznak (Vobruba 2003). Különösen elhanyagolt az a kérdés, hogy Kelet-Közép-Európa kommunista és posztkommunista múltja milyen következményekkel járt, miként hat a térség perspektíváira ebben a tekintetben.

A következőkben a fentiekben felvetett kérdések tisztázásához szeretnénk hozzájárulni. A tanulmány fő célja a kelet-közép-európai társadalmak második világháború utáni fejlődésének elemzése nyugat-európai összehasonlításban, az Európai Szociális Modell kialakulásának és fejlődésének kontextusában. Az analízis a jóléti fejlődésre korlátozódik, ami a modell fő – bár nem egyedüli – alkotórésze. Tanulmányunk korábbi, a jóléti konvergenciákra és divergenciákra vonatkozó kutatásaink továbbfejlesztési kísérlete, így bőven merít azok eredményeiből.

Az Európai Szociális Modell analízise jelentősen nyerhet a történeti

perspektíva alkalmazása révén. A történeti analízis, amely az európai társadalmak konvergenciáit és divergenciáit vizsgálja, ellensúlyozhatja a koncepció egy jelentős hátrányát, mégpedig azt, hogy az statikus (Hay–Watson–Wincott 1999: 16). Ezért kutatási érdeklődésünk nem elsősorban arra irányul, hogy létezett-e az Európai Szociális Modell (vagy Szociálpolitikai Modell), abban az értelemben, amely más fejlett ipari országoktól illetve jóléti államoktól megkülönbözteti Nyugat-Európát. Az Európai Szociális Modell és Kelet-Közép-Európa viszonyának analízise nagyobb figyelmet fordít az Európán belüli folyamatok vizsgálatának, s kevesebbet az európai és a világ más részein kialakult szociális modellek közötti különbségek feltárásának.

A vizsgálat során ennek megfelelően a következő fő kérdésekre keressük a választ:

– Hasonló volt-e a jóléti fejlődés iránya Kelet-Közép-Európában a második világháború utáni nyugat-európaihoz, s ennek következtében Kelet-Közép-Európa úton volt-e ahhoz, hogy az Európai Szociális Modell részévé váljon? Vagy ellenkezőleg: a kelet-közép-európai jóléti fejlődés divergált Nyugat-Európától és az Európai Szociális Modelltől?

– Mi volt a dinamikája a kelet-közép-európai országok jóléti fejlődésének a nyugat-európai társadalmak jóléti fejlődéséhez képest? Konkrétan: a jóléti fejlődés melyik területén, s melyik időszakban dominált a konvergencia illetve divergencia?

– Az 1990-es éveket illetően jelentős probléma az, hogy ekkor a kelet-közép-európai országok jóléti rendszere inkább egy amerikai típusú reziduális jóléti rendszer irányába haladtak, vagy a Nyugat-Európában inkább jellemző jóléti rezsimek felé?

A jóléti fejlődésre vonatkozó kutatás operacionalizálása céljából néhány sajátos elemzési aspektus kiválasztása szükséges. Ezeknek tükrözniük kell az európai jóléti fejlődésnek a kutatás által feltárt fő aspektusait, ugyanakkor azonban lehetővé kell tenniük a hosszú távú történeti összehasonlítást, valamint a fejlődés relatív dinamikájának nyomon követését is. A fentiek figyelembevételével a legfontosabb elemzési szempontok a következők lehetnek: 1. a szociális kiadások alakulása; 2. a jóléti intézmények alapvető szerkezeti jellemzői; 3. a szociális jogok jellemzői; 4. a jóléti szolgáltatásokra jogosultak ellenőrzési jogai a szociális intézményrendszer felett, valamint a társadalombiztosítási rendszerek szervezeti formái (Tomka 2003a).

Két fontos tematikai korlátozással is élünk. Ezek közül az egyik az, hogy a jóléti államok fejlődését elsősorban – de nem kizárólag – a társadalombiztosítási rendszerek fejlődésén keresztül hasonlítjuk össze. Ezt elsősorban a társadalombiztosítási programok jelentősége indokolja, hiszen a társadalombiztosítás kezdetektől más jóléti intézményekkel párosult – mint a segélyezés vagy a lakáspolitikai intézményrendszereivel –, ugyanakkor alapvető intézményi áttörést jelentett a jóléti állam kialakulása során. (Heidenheimer–Hecló–Adams 1990: 229). Hely hiányában a nyugat-európai fejlődési trendek részletes, adatokkal alátámasztott bemutatására itt nincs lehetőségünk, e tekintetben egy másik tanulmányunkra utalunk (Tomka 2003b). Ezenkívül a kelet-közép-európai orszá-

gok közül a fő figyelem Magyarországra irányul, s a többi ország (Cseh-szlovákia, Lengyelország) viszonyát ehhez képest tárgyaljuk. A korlátozások ellenére úgy véljük, hogy a vizsgált területek jelzik a kelet-közép-európai jóléti fejlődés és az Európai Szociális Modell viszonyának legfontosabb tendenciáit. Így megközelítésünk legalábbis kiindulópontjául szolgálhat a további, átfogóbb összehasonlító kutatások számára.

A következőkben először a második világháború utáni nyugat-európai jóléti államok fontosabb sajátosságait tekintjük át az Európai Szociális Modell kialakulása és dinamikája szempontjából. Ugyanez a szempont érvényesül a következő fejezetben, mely a kelet-közép-európai jóléti fejlődést vizsgálja – Magyarországra koncentrálva –, az 1990 előtti időszakban. Egy másik, kitekintés-jellegű rész a közelmúlt fejleményeivel foglalkozik, végül a befejező részben az eredményeink összefoglalása kerül sorra.

A jóléti fejlődés Nyugat-Európában és az Európai Szociális Modell

Mint korábban jeleztük, e tanulmány fő célja a második világháború utáni kelet-közép-európai jóléti fejlődés vizsgálata az Európai Szociális Modell kontextusában. Ez előtt azonban a nyugat-európai jóléti fejlődés dinamikájának áttekintése is szükséges – még ha csak rendkívül vázlatosan is –, mivel ez bizonyíthatja az egész kérdésfeltevés, az Európai Szociális Modell és Kelet-Közép-Európa viszonyának vizsgálata létjogosultságát. Így az alábbiakban – korábbi analízisünkre építve (Tomka 2003a, 2003b) – először azzal foglalkozunk, hogy a nyugat-európai jóléti rendszerek közötti különbségek csökkentek-e a második világháborút követő évtizedekben, utat nyitva egy egységesülő szociális modell kialakulásának. (Idézett tanulmányunkban a nyugat-európai minta kialakítása során arra törekedtünk, hogy hasonló társadalmi-gazdasági jellemzőkkel bíró országokat válasszunk ki. Így a vizsgált országok közé Svájc és Norvégia mellett a jelenlegi Európai Unió tagállamok kerültek be, Spanyolország, Portugália, Görögország és Luxemburg kivételével. Az utóbbi esetében a források hiánya indokolta döntésünket.) A problémát a fentiekben jelzett négy fő területen vizsgáljuk: jóléti kiadások; a társadalombiztosítási rendszer fő strukturális jellemzői; szociális jogok; a jóléti rendszer igénybevevőinek ellenőrzési joga a rendszer felett, valamint a társadalombiztosítási rendszerek szervezeti formái.

A jóléti kiadások különböző mutatóinak vizsgálata azt tanúsítja, hogy a jóléti ráfordítások gazdasági kibocsátáshoz viszonyított aránya terén a nyugat-európai társadalmak közötti különbségek jelentősek voltak a század első felében, de az eltérések 1950-re lényegesen mérséklődtek, s ez az egységesülési folyamat tovább haladt előre a következő két évtizedben is. A szórás együttható ezt követően – nagyjából a hetvenes évek elejétől-közepétől – eltérően viselkedett a különböző kiadástípusoknál. A szűken vett társadalombiztosítási kiadások esetében megfordult a trend, s jelentősen nőtt a szórás egészen a vizsgált korszak végéig (Alber 1982: 161; Schmidt 1988: 137). Ezzel szemben az eleve kisebb kiinduló eltéré-

sekkel jellemezhető – ILO-definíció szerinti – szociális biztonságra (social security) fordított kiadások esetében a szórás együttható korszakunk végén látható emelkedése csak kismérvű volt. A legtágabb – az OECD által alkalmazott – definíció alapján számított szociális kiadások esetében pedig az előző két mutatótól eltérően az 1970-es és 80-as években is tovább folytatódott az egységesülési tendencia, így az egyes országok közötti eltérések nagyságát jelző szórás együttható 1990-ben már csak a négy évtizeddel korábbi fele volt (Tomka 2003b).

A jóléti intézmények szerkezeti fejlődése számos olyan vonást mutat fel a 20. századi Nyugat-Európában, mely konvergenciaként értelmezhető. Ez a konvergencia kisebb mértékben már a két világháború között is felfedezhető, de igazán a második világháború utáni időszakban látható (Alber 1982; Ritter 1989; Kaelble 1990: 123–128; Williamson–Fleming 1996: 351; Kaelble 2000: 41–46). Megfigyelhető, hogy az egyes programok egymáshoz viszonyított arányai egyre inkább hasonlóakká válnak, vagyis hogy növekszik a szerkezeti hasonlóság. A társadalombiztosítási szolgáltatások egyre hasonlóbb szerkezetét a kiadások összetételének alakulása is bizonyítja (Coughlin–Armour 1983: 175–199; Hage–Hannemann–Gargan 1989: 95–96; Tomka 2003b: 259–260).

A szociális jogok fejlődésének vizsgálata a következő fő szempontok alapján történhet: a lefedettség mértéke, vagyis annak ténye, hogy a lakosság milyen hányada jogosult a társadalombiztosításra; a jogosultság feltételei, azaz annak kérdése, hogy milyen feltételeket kell teljesíteni a szolgáltatásokhoz való hozzáféréshez; és a juttatások relatív színvonala, vagyis annak kifejeződése, hogy a juttatások milyen nagyságúak a korábbi jövedelmekhez vagy az átlagos jövedelmekhez viszonyítva (Palme 1990: 26–28).

Eredményeink azt mutatják, hogy a társadalombiztosításhoz tartozó *lakosság arányában* folyamatos volt a különbségek csökkenése a nyugat-európai országok között a 20. század során (Tomka 2003b: 259–260). A második világháború után a nyugat-európai társadalombiztosítási rendszerek a lefedettek arányát tekintve mindinkább elérték vagy megközelítették az univerzalitást. Az 1970-es évek közepén már a keresők túlnyomó része a társadalombiztosítási rendszerekhez tartozott, majd minden nyugat-európai országban. Ez önmagában is elősegítette a további konvergenciát a társadalombiztosításhoz tartozó lakosság arányában (Palme 1990: 67).

A szociális *jogosultságok feltételei* terén a második világháború után túlsúlyba kerültek az egységesülés irányába ható erők. Egyrészt a rászorultsági alapú ellátások fokozatosan visszaszorultak, s helyüket mindenütt a biztosított vagy állampolgári jogon folyósított juttatások vették át (U.S. Department of Health and Human Services 1982: 12–261; Palme 1990: 52). Emellett a különböző jogosultsági rendszerek között egyfajta közeledés is megfigyelhető. Azokban az országokban, ahol általános és egységes biztosítások léteztek, a juttatásokat kissé differenciálták a jövedelmek, vagyis a befizetett járulékok arányában módosították. Ezzel szemben azokban az országokban, ahol jövedelemarányos nyugdíjrendszer volt érvényben, bevezettek egységes elemeket is a nyugdíjrendszerbe (Alber–Flora 1981: 53; Wilensky 1975: 39). Később, az 1980-as években

a konvergencia folytatódott, de a „welfare state” helyett a „workfare state” alapján, vagyis a jóléti juttatások jogosultságai mind nagyobb mértékben kapcsolódtak a munkaerőpiacon elfoglalt helyzethez, az állampolgári elv helyett (Kosonen 1995: 100).

A kezdeti társadalombiztosítási programok *juttatásai* meglehetősen alacsony színvonalúak voltak, s emellett statikusnak is mondhatók, mivel az árak, a bérek illetve a gazdasági teljesítmények növekedése nem hatott a színvonalukra (Conrad 1991: 191). A társadalombiztosítás egyik fontos fejlődési tendenciájaként azonban – kis mértékben már a két világháború között is, de különösen a második világháború utáni időszakban – a juttatások mértéke mindinkább közeledett a munkajövedelmek szintjéhez (Alber 1982: 55; Hockerts 1983: 157–158; Ritter 1989: 160). Ezenkívül – legalábbis a hetvenes évekig tart, ezt követően nem állapítható meg egyértelmű trend – az egyes országokban egyre hasonlóbb szintű szolgáltatásokat nyújtottak a biztosítások. Ezt a kiadások, illetve azok szerkezetének korábban jelzett alakulása mellett több társadalombiztosítási terület fejlődése is bizonyítja. J. Palme az OECD-országok esetében lát a nyugdíjak szintje terén konvergenciát, 1930 után. Kivételt az 1950-es évtized jelentett, amikor átmenetileg nőtt a relatív szórás, s az 1975–85 közötti időszak, amikor nem volt lényeges elmozdulás ezen a téren (Palme 1990: 49–68).

A társadalombiztosítások *szervezeti formái* hasonlóbbakká váltak Nyugat-Európában a 20. század során. A századelőn és a két világháború között államilag támogatott önkéntes, kötelező és általános (staatliche) biztosítások egyaránt működtek. A konvergencia a két világháború között kezdődött, s a második világháborút követően gyorsult fel. E folyamat során egyre több országban alakították át az önkéntes biztosításokat kötelező biztosításokká, s létrejöttek állami ellátási rendszerek is. Így az 1970-es évekre az önkéntes biztosítások teljesen visszaszorultak, ugyanakkor az állami programok terjedési dinamikája megtorpant. Ezután már a bismarcki mintát követő társadalombiztosítási programok és a Beveridge-típusú állami rendszerek között inkább a kiegyenlítődés látható a működés elveiben, éspedig az előbbi talaján (Gordon 1988: 203).

Az állam jóléti szerepének növekedése nem zárta ki a biztosítottak *kontrolljának* érvényesítését, sőt, az állami szabályozás már kezdetektől gyakran maga is az átláthatóság megteremtését és a járulékfizetők jogainak érvényesülését célozta. Bár ezen a téren empirikus kutatásokra nem támaszkodhatunk, több jel arra mutat, hogy a század során a biztosítottak illetve a járulékfizetők közvetlen ellenőrzési jogai végig jelentős eltérésekkel intézményesültek és érvényesültek az egyes nyugat-európai országokban. A társadalombiztosítási rendszerek expanziójával és komplexitásának növekedésével azonban a második világháború után a közvetlen ellenőrzés intézményei veszítettek jelentőségükből, s a politikai demokrácia – a korábbi évtizedekhez képest kétségkívül konvergáló – intézményein keresztül gyakorolt, közvetett kontroll vált egyre nagyobb jelentőségűvé.

Összefoglalóan azt mondhatjuk tehát, hogy a 20. század első felében jelentős eltérések voltak a nyugat-európai jóléti rendszerek között, de az eltérések számottevően csökkentek az 1950-es évekre, s a konvergencia

az ezt követő két évtizedben is látható. Az 1970-es évektől a különbségek változásának iránya kevésbé egyértelmű, de a konvergencia több területen folytatódott. Ennek eredményeként 1990-re jóléti téren csökkentek az eltérések a nyugat-európai társadalmak között a század közepéhez, s különösen pedig a 20. század elejéhez viszonyítva (Tomka 2003b: 259–260).

Az 1980-as évektől a konvergencia a skandináviai és több kontinentális európai ország között volt a legnagyobb mértékű. Ezek az országok a szociáldemokrata illetve a konzervatív jóléti modelleket képviselték (Castles 2002: 312–313); a konvergenciaelmélet nyelvén „konvergencia-klubot” alkottak. Úgy tűnik, közeledésük úgy megy végbe, hogy kialakuló rendszereik egyaránt magukban foglalják a szociáldemokrata és a konzervatív modell egyes elemeit, az univerzális jogokat és a munkateljesítményen alapuló juttatásokat is. Bár a Nyugat-Európán belüli jóléti konvergencia léte önmagában nem elegendő az Európai Szociális Modell létezésének bizonyítására, de nyilvánvalóan növeli a koncepció hitelességét, s ezáltal jó alapot jelent a kelet-közép-európai jóléti fejlődés s az Európai Szociális Modell viszonyának vizsgálatához is.

A kelet-közép-európai jóléti fejlődés a második világháború után nyugat-európai összehasonlításban

Nyilvánvalónak tűnik, hogy Kelet-Közép-Európa politikai fejlődése a második világháború utáni időszakban (1945–1990) erősen eltért a Nyugat-Európa által követett úttól. Számos, a „kommunista” Kelet-Közép-Európa fejlődését elemző tanulmány azonban amellet érvel – esetenként implicit módon –, hogy a régió gazdasági-társadalmi fejlődése párhuzamos volt a nyugat-európaival (Therborn 1995), sőt, bizonyos periódusokban konvergált azzal (Hobsbawm 1993; Berend 1996). Ez a feltételezés nyilvánvalóan nagy jelentőségű a vizsgálatunk fókuszában lévő probléma, az Európai Szociális Modell története szempontjából is.

A következőkben a fenti problémakörnek egy vetületét vizsgáljuk: a jóléti fejlődést a kelet-közép-európai országokban a nyugat-európai trendekhez, illetve az Európai Szociális Modellhez való viszonyukban. Vajon az egységesülő, s az Európai Szociális Modellt formáló, nyugat-európai jóléti rendszerekéhez volt-e hasonló a térség fejlődése, vagy inkább a különbségek növekedését látjuk? A kelet-közép-európai országok közül Magyarországgal részletesebben, esettanulmány jelleggel foglalkozunk, míg a térség többi országának fejlődését inkább ehhez az esethez viszonyítjuk. A Nyugat-Európával való összehasonlítás érdekében ugyanazokat a tényezőket vizsgáljuk kiemelten, mint az előző fejezetben.

A jóléti kiadások összehasonlítását Magyarország és Nyugat-Európa vonatkozásában egyaránt jelentős adathiányok és módszertani problémák nehezítik. Ennek ellenére megállapítható, hogy amennyiben a nemzetközi szervezetek (ILO, OECD) által, illetve a nemzetközi vizsgálatokban leggyakrabban alkalmazott definíciókat vesszük alapul, akkor ugyan Magyarország a 20. század során a GDP-arányos jóléti kiadásokat tekint-

ve mindvégig elmaradt Nyugat-Európától, a különbség a két világháború között kisebb (a század második felében nagyobb), mint azt az erre vonatkozó, szórványos irodalomban eddig feltételezték. Sőt, ha a közszolgálatban állók juttatásait is figyelembe vesszük, a két világháború között nyugat-európai viszonylatban is magas kiadási arányokat láthatunk (Tomka 2003a).

A jóléti kiadások terén a berendezkedő „kommunista”-szocialista rendszer csekély jóléti erőfeszítése több vonatkozásban is feltűnő mind a két világháború közötti Magyarországhoz viszonyítva, mind pedig nemzetközi összehasonlításban. A GDP-arányos társadalombiztosítási kiadások, a szociális biztonságra (ILO) fordított kiadások és a szociális kiadások (OECD) alakulása terén a század közepétől az 1970-es évek elejéig távolodott Magyarország Nyugat-Európától. Sőt, például a társadalombiztosítási kiadások terén még 1980-ban is lényegesen távolabb volt Magyarország a kontinens nyugati felétől, mint 1930-ban (Magyar Statisztikai Évkönyv 1982: 387; Tomka 2003a).

A nyugat-európai és a magyarországi jóléti kiadások egymáshoz való viszonyában az 1970-es évek, de még inkább az 1980-as évek jelenthetnek korszakhatárt. A társadalombiztosításra és a szociális biztonságra fordított kiadások relatív aránya terén ugyanis az 1970-es évektől ismét a különbségek mérsékelt csökkenését látjuk. E csökkenés az 1980-as évek végén gyorsult fel, mindenekelőtt a fokozódó magyarországi gazdasági nehézségek nyomán, de a nyugat-európai kiadások stagnálásának következményeként is. Ugyanez a tendencia és dinamika azonban már nem volt érvényes az összes szociális kiadásra vonatkozóan, ahol mindenekelőtt a Nyugat-Európán belüli fokozódó egységesülés következtében az 1970-es években és – az évtized utolsó néhány éve kivételével – az 1980-as években is divergenciát láthatunk Magyarország és Nyugat-Európa között (Tomka 2004: 167–168).

A jóléti intézmények strukturális jellemzői terén a század közepétől szintén nőttek a Nyugat-Európa és Magyarország közötti eltérések. A „kommunista” (pártállami) Magyarországon a szociális jogok sajátos szerkezete jött létre: A Nyugat-Európával szemben létrejött legfontosabb különbség kifejezését Magyarországon a szociális biztonság alapintézménye a teljes foglalkoztatottság – sőt munkakényszer – jelentette, még akkor is, ha ez nem mindig és mindenhol érvényesült, s ha alacsony jövedelmekkel párosult. Szintén fontos – bár időben ugyancsak változó jelentőségű – volt egyes termékek és szolgáltatások ártámogatása, s a munkahelyekhez kapcsolódó szociálpolitika rendszere. Emellett sajátos ellentmondásokon keresztül alakultak a társadalombiztosítás funkciói: egyfelől a hagyományos szegénypolitika szinte teljes megszüntetése növelte a társadalombiztosítás jelentőségét, ugyanakkor a szociálpolitika szempontjainak érvényesülése más, a nyugat-európai társadalmakban viszonylagos autonómiával rendelkező területeken – mint pl. az említett árképzés vagy munkaerőpiac területén – csökkentette a társadalombiztosítás jelentőségét az egész jóléti rendszeren belül. A társadalombiztosítási programok differenciálása folytatódott Magyarországon, de a nyugat-európaiktól eltérő prioritásokkal, mindenekelőtt az ipari termelés, s különösen a munkaerő mobilizációjának szempontjait szem előtt tartva.

A jóléti intézmények relatív jelentőségének különbségeit jelzi a kiadási szerkezet is. A második világháború utáni első két évtizedben nyugat-európai összehasonlításban a legjelentősebb sajátosság a nyugdíjakra fordított kiadások alacsony, s az egészségügyi kiadások relatíve magas aránya volt. Az 1960 és 1980 között megfigyelt elmozdulások csak a nyugdíjak kiadási arányának növekedése tekintetében jelentettek közeledést Nyugat-Európához. A többi kiadási tételnél inkább ezzel ellentétes folyamat látható. Különösen erős volt a divergencia a Nyugat-Európától eltérő módon, arányaiban csökkenő egészségügyi kiadások és az ezzel éppen ellentétes tendenciákat felmutató családtámogatások esetében. Fontos különbségként szintén megemlítendő a munkanélküli-ellátásokra fordított kiadások teljes hiánya Magyarországon (Andorka-Tóth 1992: 413).

A második világháború után igen jelentős ütemben nőtt a társadalombiztosítási ellátásokra *jogosultak aránya* Magyarországon, s ez a lefedettségi arányokat már az első évtizedekben is közelítette a nyugat-európai színvonalhoz. Ugyanakkor az 1950-es években egyes társadalmi csoportok, mindenekelőtt a parasztság politikai szempontok által vezérelt diszkriminációja a jogosultságok feltételeit illetően inkább távolodást jelentett Nyugat-Európától, bár az 1950-es években a jogosultsági feltételek kétségtelenül ott is messze álltak attól, hogy a minden csoport számára egységesek legyenek. A *juttatások színvonalának* meghatározása terén látható erőteljes nivelláció: a rendszer korábban már megszerzett jogosultságokat is elvett, vagyis egyes csoportokat szintén diszkriminált, s ez ugyancsak a korai kommunista jóléti rendszer olyan vonásának tekinthető, melynek nem volt párhuzama Nyugat-Európában. A juttatások bérekhez viszonyított színvonala is alacsony volt, ebben az összehasonlításban (Minkoff-Turgeon 1977: 178–180). A diszkrimináció legdurvább megnyilvánulásai azonban az 1950-es évek második felében megszűntek Magyarországon. Az 1960-as és 1970-es években a jogosultságok feltételeinek szabályozása terén kibontakozó, egységesítési tendencia – párosulva a lefedettség gyors növekedésével – olyan elmozdulásnak tekinthető az univerzalitás terén, amely már megegyezett a Nyugat-Európában látható folyamatokkal. Sőt, Magyarországon a társadalombiztosítás előbb terjedt ki a lakosság egészére, mint a legtöbb nyugat-európai országban. Ez az 1960-as évek eleje és az 1970-es évek vége között átmenetileg ismét – immár ellenkező előjelű – divergenciával járt. A juttatások relatív szintje nyugat-európai összehasonlításban nem alakult ilyen kedvezően, bár a nyugdíjak átlagkeresethez viszonyított aránya az 1980-as években megfelelt a nyugat-európai átlagnak. Eközben Magyarországon a 80-as évek-re mind több juttatást állampolgári jogon folyósítottak, s a 70-es évek közepétől – a brit vagy a svéd rendszerekhez hasonlóan – az egészségügyi ellátás összes természetbeni juttatása e körbe tartozott. Ugyanakkor más fontos társadalombiztosítási szolgáltatások – mint pl. a nyugdíjak vagy a táppénz – a jogosultságok feltételei és a színvonaluk terén egyaránt továbbra is erősen kapcsolódtak a járulékfizetéshez, ami inkább a korporatívnak vagy konzervatívnak nevezett nyugat-európai jóléti típusra emlékeztetett (Sik-Svetlik 1990: 276). E nyugat-európai hasonlóságok egyben azt tükrözik, hogy az 1980-as évek-re a magyarországi társada-

lombbiztosítási rendszer a jogosultságok szabályozása terén többnyire a kontinens nyugati felén megszokott megoldások keverékét alkalmazta. Ez a két világháború közötti időszakhoz képest ugyan nem jelentett változást, de az 1950-es évekhez viszonyítva ismét közeledést mutatott Nyugat-Európához.

Ugyanakkor a második világháború után erőteljes divergencia kezdődött Magyarország és Nyugat-Európa között a társadalombiztosítás *szervezeti megoldásai* terén, s az itt tapasztalható különbségek a pártállami időkben lényegében mindvégig fennmaradtak. A legtöbb nyugat-európai országban a második világháború utáni évtizedekben nőtt az állam szerepe a társadalombiztosítás működtetésében. Magyarországon azonban a társadalombiztosítás teljes államosítása az államnak lényegesen nagyobb befolyást biztosított ezen a téren, mint bárhol Nyugat-Európában, s egy Nyugat-Európában ismeretlen szervezeti konstrukciót eredményezett: a társadalombiztosítás működtetése a pártállam hatalmi apparátusának részeként tevékenykedő szakszervezetek feladatkörébe került, egészen a nyolcvanas évek közepéig (Laczkó 1968: 156–176). Emellett a társadalombiztosítás működésének semmiféle demokratikus kontrollja nem érvényesült (Ferge 1986: 162–167; Deacon 1983: 155). Választott önkormányzatok nem léteztek, s az államapparátus demokratikus kontrolljának hiánya a közvetett ellenőrzést is lehetetlenné tette. Ezzel a biztosítottak ellenőrzési jogainak érvényesülését a jólétnek Nyugat-Európától egyik legerőteljesebben divergáló területévé tette Magyarországot.

A második világháború utáni évtizedekben egyértelműen nőtt a kelet-közép-európai régió egysége a jóléti politika területén. Mindazonáltal az egység illetve az egységesülés dinamikája a vizsgált időszakon belül nem mindig volt azonos mértékű. A világháborút közvetlenül követő években a térségben gyorsult az egységesülés, majd az 1950-es és 1960-as években ez a folyamat megállt, de a „kommunista” rendszerek fennállásának két utolsó évtizedében ismét az erőteljes egységesülés látható. Ez egyben azt jelenti, hogy a Magyarországnál látott fejlődési minta – az 1945–1990 közötti korszak középső része kivételével – érvényesült a régióban is (Zimmermann 2001).

A többi kelet-közép-európai ország esetében nincs lehetőségünk a Nyugat-Európához viszonyított konvergenciák és divergenciák olyan jellegű mérésére, mint azt Magyarország esetében egy másik tanulmányban tettük (Tomka 2003b: 259–260). Mindazonáltal a régió belső egységesülése jól látható a szociális biztonságra fordított kiadások (social security) terén. Míg a korszak első szakaszában Csehszlovákia kivételesen magas kiadási aránnyal rendelkezett (1965-ben közel kétszer olyan magas nemzeti jövedelemhez viszonyított aránnyal, mint az e célokra már ekkor is nagyon hasonlóan költő Lengyelország és Magyarország), addig a három ország között 1980-ra nagyfokú kiegyenlítődés zajlott le (Castles 1986: 217). Ez egyben azt is jelentette, hogy míg a pártállami időszak első felében Csehszlovákia tartotta a lépést a nyugat-európai országok társadalombiztosítási kiadásaival, addig az 1970-es és 1980-as években a másik két országhoz hasonlóan jelentősen lemaradt azoktól.

Megerősíti ezt a megállapítást a társadalombiztosítás illetve a jóléti intézmények szerkezetének fejlődése. A kommunista hatalomátvétel nyo-

mán Magyarország mellett a másik két országban is olyan, a termelési folyamatba integrált szociális rendszer jött létre, melyben a teljes foglalkoztatás illetve a munkahely biztonsága vált a rendszer központi elemévé. Ezt olyan, szintén specifikus vonások egészítették ki, mint az üzemi szociálpolitika, s a kiterjedt árszubszenciók. A társadalombiztosítás is ennek a rendszernek vált a részévé, s jelentősége összességében inkább csökkent, mint nőtt. Ez a szerkezet alapvető eltérést jelentett a jóléti állam Nyugat-Európában ekkoriban kialakuló modelljeihez képest. A rendszer az idők során módosulásokon ment keresztül, de alapvető jellemzői egészen az 1980-as évek gazdasági válságáig mindhárom országban fennmaradtak. Ugyanakkor a rendszer koherenciája a késői pártállamiság idején kétségkívül sokkal gyorsabban csökkent Lengyelországban és Magyarországon, mint Csehszlovákiában.

A második világháború utáni évek – részben még a nem kommunista erők által kezdeményezett – törvényhozása a szociális jogok kiterjesztését célozta a régióban. Ezt a törvényhozást azonban hamarosan felváltotta az „érdemeken” alapuló politika, amely az univerzalitás helyett inkább a partikularizáció és a privilégiumok biztosításának irányába mutatott. Az 1950-es években minden kelet-közép-európai országban a társadalombiztosítás hozzáférhetőségének differenciálódása zajlott le, egyaránt privilegizálva az ipari munkásokat, a fegyveres erőket és a párt- és állami bürokráciát (De Deken 1994: 137). Emellett a pénzbeni juttatások (nyugdíj, táppénz) nem egyszerűen a munkavállaláshoz, hanem a kereset nagyságához is nagyban kötődtek. Ez a jellemző idővel erősödött. E közös vonások mellett a lefedettségben, a juttatásokra jogosultak aránya terén azonban jelentős eltérések is voltak a három ország között: elsősorban Lengyelország különbözött a másik két országtól a magánparasztság jelentős száma miatt, s ez a réteg sokáig nem részesedett a nyugdíjbiztosításban (Zukowski 1994). Az 1980-as évekre az univerzalitás mindhárom országban teret nyert, s ezzel a régió belüli eltérések is csökkentek. Magyarországhoz hasonlóan a szociális jogok terén Csehszlovákiában is az 1970-es évek jelentették a fordulópontot, amikor itt is megvalósult az univerzalitás a nyugdíjbiztosításban (1975). Lengyelországban ez valamivel később, a hetvenes évek végén következett be (Okrasa 1987: 14).

A szervezeti megoldások terén is léteztek eltérések, de ezek a társadalombiztosítási rendszerek működési logikáját alig érintették. Magyarországon korábban (1951) végrehajtották a társadalombiztosítás szervezeti és pénzügyi egységesítését, míg Lengyelország nagyobb mértékben megtartotta a társadalombiztosítás korábbi szervezeti kereteit. Csehszlovákiában és Lengyelországban nem a szakszervezetek irányítása alá került a társadalombiztosítás, hanem közvetlenül az államigazgatás alá tartozott. A demokratikus kontroll azonban egyaránt hiányzott ezekben az országokban.

Ez a fejlődés azt jelentette, hogy a társadalombiztosítás terén mindhárom országban egyaránt hatottak a kommunista-pártállami, a szociáldemokrata és a bismarcki hagyományok is. Az 1980-as években például a legnagyobb szociális kiadásokat jelentő nyugdíjrendszer esetében a kommunista-pártállami jegyek közé sorolhatjuk a társadalombiztosítási nyugdíjak viszonylag alárendelt jelentőségét a szociális ellátórendszer-

ben, hiszen az említett ártámogatások a nyugdíjasokat is érintették. A szociáldemokrata jóléti rezsimekhez hasonlóan a lefedettség magas szintű, s az adminisztráció centralizált volt, az állam központi szerepével. A konzervatív jóléti rendszerekhez hasonlóan a különböző társadalmi csoportok különböző jogokkal rendelkeztek, s a nyugdíjak erősen jövedelemfüggőek voltak. Ugyanakkor tény az is, hogy az egészségügyi ellátások terén az 1970-es és 1980-as években már a szociáldemokrata rendszerben is érvényesülő elvek kerültek előtérbe, mint pl. az állampolgári jogon járó ingyenes orvosi ellátás. A három kelet-közép-európai ország jóléti rendszerének hasonló vonásai egyben ahhoz hasonló viszonyt jelentettek számukra az Európai Szociális Modellhez is, mint amit Magyarország esetében korábban megfigyelhettünk.

Ha nemcsak a kommunista-pártállami országoknak társadalombiztosítási rendszereit, hanem egész jóléti rendszerét vizsgáljuk a nyugat-európai jóléti államokkal összehasonlítva, az sajátos kettős hatással jár az eredményekre nézve. Egyrészt a kommunista-pártállami jóléti rendszerek szerkezeti sajátosságai tovább növelik a Nyugat-Európával szembeni különbségeket. Mint erre korábban utaltunk: míg Nyugat-Európában a társadalombiztosítás kulcsszerepet foglalt el, addig a pártállami jóléti rendszerek egyik sajátosságaként Kelet-Közép-Európában eltérő – több tekintetben alárendelt – szerepet töltött be. Másrészt az ártámogatások és az egyéb jóléti juttatások figyelembe vételével a jóléti „erőfeszítések”, azaz a kiadások területén csökkenhetnek a különbségek Nyugat-Európa és a pártállami Kelet-Közép-Európa között.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a második világháború után a nyugat-európai és a kelet-közép-európai jóléti rendszerek közötti eltérések növekedni kezdtek, először minden vizsgált területen. Később a korábban jelzett, a pártállami rendszerekre jellemző sajátosságok mellett (pl. a társadalombiztosítási kiadások relatíve alacsony szintje, a kiadások eltérő szerkezete, a jogosultságok eltérő feltételei, a demokratikus kontroll hiánya) a térség országainak jóléti – mindenekelőtt társadalombiztosítási – rendszerei egyaránt rendelkeztek a skandináv országok szociáldemokrata és a kontinentális nyugat-európai konzervatív jóléti rendszereinek egye jegyeivel is.

Érdekes kérdés, hogy a bemutatott jóléti fejlődés milyen adottságokat, örökséget jelentett Kelet-Közép-Európa számára az 1990-es évek politikai-társadalmi-gazdasági transzformációja során, az Európai Szociális Modellhez való közeledésben. Ebből a szempontból az örökség előnyös vonásának tekinthetjük, hogy a „jóléti erőfeszítések” („welfare efforts”) az ártámogatásokat és egyéb kiadásokat beleszámítva hasonló mértéket öltöttek, mint Nyugat-Európában. Emellett – mint láttuk – számos más egyezés is megfigyelhető a Nyugat-Európában domináns szociáldemokrata és konzervatív jóléti rendszerekkel. A különbségek nagy része az eltérő politikai rendszer következményeként jött létre, s a rendszerek egyikének demokratizálódása a legnagyobb eltéréseket eleve megszüntethette. Hátrányos vonásnak számított azonban az Európai Szociális Modell átvételének lehetősége szempontjából az, hogy a jóléti jellegű kiadások jelentős része kötődött a pártállami gazdasági rendszerhez (szubvenciók, üzemi juttatások, teljes foglalkoztatottság költségei), így annak át-

alakulása veszélyeztethette ezek fennmaradását. Az Európai Szociális Modell átvételének kelet-közép-európai perspektívái szempontjából tehát fontos kérdés volt az 1990-es évek elején, hogy sikerül-e egy új, a piacgazdasággal összeegyeztethető jóléti rendszerbe csatornázni a korábban jóléti célokra fordított erőforrásokat.

Kelet-Közép-Európa 1989 után

A kelet-közép-európai transzformációs folyamat kezdetén a megfigyelők eltérő várakozásokat fogalmaztak meg a régió jóléti rendszereinek várható jövőjével kapcsolatban. Bob Deacon például – aki a régió szociálpolitikájának egyik legkiválóbb nyugati ismerője – úgy vélte, hogy divergens jóléti fejlődés prognosztizálható, vagyis Lengyelország, Magyarország és Csehszlovákia különböző fejlődési utakat fog követni. Deacon ezenkívül azt jósolta, hogy a kialakuló jóléti rendszerek többé-kevésbé megfelelnek majd az Esping-Andersen tipológiájában szereplő rezsimeknek: Magyarország a liberális-kapitalista utat járja, míg Lengyelországban „posztkommunista konzervatív-korporatista”, Csehszlovákiában pedig „szociáldemokrata” jóléti rendszer alakul ki (Deacon 1993: 196). A legtöbb szakértő azonban – beleértve az említett Esping-Andersent is – a liberális rezsím dominanciáját várta Kelet-Közép-Európában (Esping-Andersen 1996: 20; Ferge 1992: 220). Ezeket a várakozásokat mindenekelőtt két tényezőre alapozták. Egyfelől arra, hogy a nemzetközi pénzügyi szervezetek (IMF, Világbank) a liberális politikát preferálják, s ennek fontos hatása lehet a transzformációs folyamatra, különösen a nagy külföldi eladottsággal rendelkező országokban. Azok a nemzetközi tényezők ellenben – mindenekelőtt az ILO és az EU –, melyektől a jóléti juttatások kiteljesítésének ösztönzése lett volna várható, meglehetősen passzívak voltak. Különösen feltűnő volt az EU tétlensége ezen a téren, jóllehet az – eltérően a már említett ILO-tól – hatékony politikai és gazdasági eszközökkel is rendelkezett a régió államainak befolyásolására (Deacon-Hulse 1997: 60). Másrészt azzal a politikai megfontolásokon nyugvó érveléssel is találkozhatunk, hogy a térségben a „lehangosabb (most articulate) és politikailag leginkább szervezett társadalmi erők” a liberális modellt részesítik előnyben (Ferge 1992: 219). Az alábbiakban röviden azt mutatjuk be, hogy ezek a várakozások minként teljesültek. Részletesebben ezúttal is Magyarország fejlődésével foglalkozunk, míg a másik két országot inkább csak ehhez az országhoz való viszonyukban tárgyaljuk.

A gazdasági átalakulás a magyarországi jóléti rendszert is mélyen érintette az 1990-es évek elején. Mindenekelőtt jelentősen csökkent a társadalombiztosítási járulékot fizetők száma, a tömeges munkanélküliség, a növekvő feketegazdaság és a könnyen elérhető kordedvezményes és rokkantnyugdíjazás következtében. A gazdasági recesszió – és a fentiekben bemutatott liberális scenáriók – ellenére a gazdasági átmenet első éveiben nem következett be a szociális – mindenekelőtt a társadalombiztosítási – kiadások jelentős csökkenése. A kiadások relatív – a GDP-hez viszonyított – aránya még inkább emelkedett, mivel a kormány költséges programokat vezetett be a tömeges munkanélküliség és a szegénység

növekedése miatt keletkezett igények kielégítésére. A már létező jogosultságokhoz emellett éveken keresztül nem nyúltak hozzá, bár a juttatások reálértéke csökkent (Ferge–Tausz 2002: 178–195).

1995 fordulópontot jelentett a magyarországi szociális rendszer közel-múltbeli történetében, mivel ekkor a szociális jogok és juttatások jelentős megnyirbálása következett be, s ezt további hasonló lépések követték a következő években. Az új politika két első évében (1995 és 1996) a jóléti kiadások csökkenése a GDP 5 százalékát tette ki – ez a 29,5 százalékról 24,3 százalékra való csökkenést jelentette. A jóléti kiadások visszaszorításának legfontosabb módszere a juttatások indexálásának elmulasztása volt, az ismét meglóduló, s jóval az évi 20 százalék fölé kerülő infláció közepette, de fontos szociális jogosultságokat is megszüntettek (Lelkes 2000: 94).

A két, legnagyobb volumenű pénzbeli juttatást, a nyugdíjat és a családi pótlékot a reformok egyaránt érintették. Ami a nyugdíjrendszert illeti, az új szocialista-szabaddemokrata kormány 1995-ben nyirbálta meg a jogosultságokat, pl. a nyugdíjjogosultsági kort férfiak és nők számára egységesen 62 évre emelte az addigi 55 illetve 60 évről, melyet fokozatosan 2009-ig érnek el. A „pay-as-you-go” típusú nyugdíjrendszer alapelvei azonban 1997-ig változatlanok maradtak, amikor további átfogó reformokat indítottak, egy évvel későbbi bevezetéssel. Az új rendszert latin-amerikai előképek nyomán (Chile, Argentína) alakították ki. Ezeket a nemzetközi pénzügyi szervezetek, mint az IMF és a Világbank favorizálták. A rendszer három pilléren nyugszik: az állami alapnyugdíjon, a kötelező magánnyugdíjon és az önkéntes nyugdíjpénztári ellátáson. Az új rendszerhez való csatlakozás a pályakezdők számára kötelező lett, míg a 47 év alattiak számára választható maradt. A munkavállalók és a munkaadók által fizetett járulékok egynegyede volt előirányozva a második pillér, vagyis a magánnyugdíjpénztárak számára (Janky 2000). 1995–1997-ben a családi pótlék univerzális jogosultságát is megszüntették (ezt csak néhány évvel korábban, 1990-ben vezették be). Először az egy- és kétgyermekes családok, majd hamarosan az összes család számára bevezették a rászorultság vizsgálatát (Förster–Tóth 1999: 26; Gábos 2000: 107–112).

A reformok irányát illetően azonban nem volt konszenzus a politikai erők között. Az 1998-as választások után az új kormány, melyet többnyire konzervatívnak szoktak nevezni, a liberális jóléti reformok legtöbbjét törölte, és visszaállította a programok szolidarisztikus elveit és az univerzális jogosultságokat. Átalakította a nyugdíjtörvényt, és a magánnyugdíjpénztárakhoz irányított járulékok szintjét alacsonyabban határozta meg, hogy biztosítsa az állami nyugdíjalap nagyobb bevételeit. Ez a lépés mindazonáltal csak részben ellensúlyozta a magánnyugdíj-biztosítás bevezetését. A magánnyugdíjak „beérésével” ez a pillér a jövőben várhatóan jelentős szerepet fog játszani a magyar nyugdíjrendszerben. Mindent összevetve azonban a nyugdíjrendszer megtartotta döntően állami jellegét, a közel univerzális lefedettséggel. A nyugdíjak a járulékokon alapulnak, azaz a munkavállaláshoz és a teljesítményhez kötődnek. Érvényre jut a szolidaritás elve is, mivel a járulékfizetők között enyhe vertikális újraelosztás zajlik le. Az állami nyugdíjak ezen jellemzője a

rendszerátalakítás évei alatt erősödött is, mivel a nyugdíjak indexálását gyakran nem-lineáris módon hajtották végre, s az alacsonyabb juttatásban részesülő nyugdíjasoknak kedveztek. A magánnyugdíjak aránya az összes nyugdíjfizetésben elhanyagolható volt Magyarországon az 1990-es években. Az új kormány ismét bevezette az állampolgárságon alapuló univerzális jogokat a családi pótlék és az anyasági juttatások terén is. Ez az állampolgárság elvének mint a jóléti juttatásokra való jogosultság forrásának a rehabilitációját jelentette, s a rászorultsági elv – legalábbis egy időre – defenzívába került (Gábos 2000: 112–113). Heves kritikát váltott ki, hogy az új kormány a családi pótlék összegét nem növelte tovább, hanem viszonylag nagy összegű adókedvezményt vezetett be a gyermekek után, melyet azonban teljes egészében nem minden szülő tudott igénybe venni.

A jóléti szféra egyéb fontos területein sem láthatjuk az egyértelmű liberális átalakulást. A jóléti ellátások más formái is univerzálisak maradtak, melyek közül a legfontosabb az egészségügyi ellátás, még ha itt a jogosultságok érvényesítését a megelőző évtizedekben intézményesült korrupció („hálapénz”) jelentősen akadályozza is. A rászorultsági elvű segélyezés – melyet gyakran a liberális jóléti rendszer fontos indikátorának tartanak – alárendelt jelentőségű maradt Magyarországon. A segélyezés aránya az összes jóléti kiadáson belül jóval a liberális rezsimek Esping-Andersen tanulmányában szereplő arányai alatt maradt – csak 3,3 százalékot tettek ki, szemben például az USA 18 százalékos és Kanada 16 százalékos arányával 1980-ban (Lelkes 2000: 101–102). A magyar jóléti rendszer tehát ebben a tekintetben sem minősült liberálisnak.

Összességében azt mondhatjuk, hogy a magyarországi jóléti rendszer egy évtizedes reformfolyamat után sem igazolta a liberális scenáriót, melynek megvalósulását az 1990-es évek elején több szakértő jósolta, s ugyanakkor nem felelt és felel meg Esping-Andersen egyik másik rezsimtípusának sem. Kétségtelenül léteztek és léteznek „liberális” tendenciák ebben az időszakban, különösen 1995 és 1998 között, a szocialista-szabaddemokrata kormány idején: a szociális kiadások csökkentek, s több juttatás univerzális jogosultságát a rászorultsági elvvel váltották fel, valamint állami programokat privatizáltak vagy részlegesen privatizáltak ekkor. Ugyanakkor azonban az 1990-es években a legtöbb szociális jogosultság megmaradt, sőt újakat is bevezettek (munkanélküli-segély, szociális segélyek). Az univerzalizáció továbbra is a meghatározó működési elv maradt a magyarországi jóléti rendszerben. Ezenkívül a részleges liberális reformoknak sem mindegyike bizonyult visszafordíthatatlan folyamatnak. 1998-tól az új kormány több jóléti területen helyreállította a szolidarisztikus és univerzalisztikus működési elveket.

A másik két – illetve Csehszlovákia 1992-es kettéválása után három – kelet-közép-európai ország jóléti rendszere Magyarorszáéhoz hasonlóan fejlődött az Európai Szociális Modellhez való viszony szempontjából. Ez nem jelenti azt, hogy jóléti téren ne lettek volna sajátosságaik az egyes kelet-közép-európai országok átmenetének. Lengyelország a gazdasági sokkterápiát a jóléti rendszer lassú átalakításával párosította, melyben a mélyrehatóbb nyugdíjreformnak – Magyarországtól eltérően – sikerült viszonylag széles körű támogatottságot szereznie a politikai

elitben (Inglot 2003: 243). Csehországban az 1990-es évek első felében uralkodó liberális gazdasági frazeológia a társadalombiztosítás meglepően stabil dotációjával párosult, s a reformok legmesszebbre az egészségügyi ellátás terén jutottak, ahol egymással versenyző egészségbiztosítók rendszerét hozták létre, de az állampolgári jogú ellátások és az universalitás megőrzésével (Deacon 2000: 151). Szlovákia az 1990-es évek nagy részében az ennél is lassúbb változásokkal tűnt ki. Eltérések nemcsak az országok között voltak, hanem az egyes jóléti területeken is, ahol nem egyformán zajlottak a változások Kelet-Közép-Európában: a legkevesebb változás az egészségügyi ellátás terén történt, a legnagyobb átalakulás pedig a munkanélküli segélyezés és az egyéb segélyezés terén következett be, míg a nyugdíjrendszer és a családi támogatások a kettő közé estek.

Ennek nyomán valamelyest nőttek az eltérések a kelet-közép-európai országok jóléti rendszerei között az 1980-as évekhez viszonyítva (Müller 2002: 159). Minden változás és eltérés ellenére azonban a külső politikai erők és megfigyelők ideáljaiktól függően csalódva (IMF, Világbank) vagy inkább meglepődéssel (EU) vették tudomásul, hogy a jóléti rendszer gyors, az Egyesült Államokat példaképnek tekintő, liberális átalakítása nem ment végbe a térségben. Sőt, EU-kiadványok egyenesen azt állapíthatták meg pl. a régió egészségügyi rendszereinek átalakítása vonatkozásában, hogy „all health care financing reforms are in the mainstream of Western European tradition” (Consensus Programme 1998). Ez utóbbi tény egyébként annál is inkább meglepő, mert a Világbanktól és az IMF-től eltérően az EU lényeges befolyást nem gyakorolt a térségre szociális téren, s erre láthatóan nem is törekedett. A kutatás többnyire szintén a liberális átalakulás elmaradását hangsúlyozza, és nemcsak a korai időszak tekintetében (Götting 1998: 261–284), hanem az 1990-es évek végét illetően is (Deacon 2000: 151). Következésképpen, ami az Európai Szociális Modellhez való viszonyt illeti, a kelet-közép-európai országok jóléti fejlődése hasonlóképpen alakult, mint Magyarorszáé.

A kelet-közép-európai jóléti rendszerek további perspektíváival kapcsolatban a vélemények széles skálája megtalálható az irodalomban, a liberális átalakulást jövendőöltől (Ferge 2001: 151) a várakozó álláspontra helyezkedőn keresztül (Deacon 2000: 152), a változások lassúságát hangsúlyozóig (Consensus Programme 1998). Mindenesetre a térség országai túl vannak azon az időszakon, amikor a nagy költségvetési krízisek igényelték, a nemzetközi pénzügyi követelték a jóléti rendszerek gyors rezidualizációját, a magas infláció és a kevésbé áttekinthető politikai viszonyok pedig lehetővé tették volna ezt. Közvéleménykutatások sora szerint „the majority of Central and Eastern European citizens are indeed very much in favour of the fully-fledged ‘European Model’” (Ferge 2001: 151), melynek alapján feltételezhetjük, hogy a jóléti rendszerek liberális átalakítása választói akaratba ütközik. Annál is inkább várható ez, mert a demokratikus intézményrendszer az átmenet kezdeti periódusánál kiszámíthatóbban, a választói akaratot jobban leképezve működik, s a kelet-közép-európai országokban erősen kompetitív politikai környezet alakult ki. A térség országainak EU-csatlakozása szintén az EU-ban domináns konzervatív és szociáldemokrata jóléti rendszerek intézményeinek

átvételét illetve fennmaradását ösztönözheti Kelet-Közép-Európában is. Ugyanakkor a kiterjedt jóléti programok fenntartásában érdekelt társadalmi csoportoknak alacsony a kooperációs képessége, s jellemző a „szervezeti gyengesége” (Offe 1993), melynek következtében a jóléti rendszerek reziduálását kívánó csoportok is folyamatosan a siker reményében kérdőjelezhetik meg a jóléti status quót.

A különböző jóléti programoknak sajátos és gyakran eltérő dinamikájuk volt a posztkommunista átalakulás első évtizedeiben, nemcsak Magyarországon, hanem más kelet-közép-európai országokban is. Némelyiket megreformálták, míg más programokat kevésbé érintettek a változások, megint más programokat újonnan hoztak létre. Az 1990-es években Magyarországon és más, kelet-közép-európai országokban a kialakuló jóléti rendszerek nem felelnek meg az Esping-Andersen-i tipológia egyik típusának sem. Az új jóléti rendszerek sokkal inkább több rendszer keverékei, vagyis – miként egy kutató a magyar rendszert nevezte – „arcatlan”-nak nevezhetők (Lelkes 2000: 102). Ennek eredményeként nem látható egyértelmű és markáns közeledés a reziduális amerikai jóléti modellhez, de az 1990-es évek kelet-közép-európai jóléti rendszerei nem tekinthetők más nyugat-európai jóléti rendszerek közeli rokonának sem. Mivel azonban jelek mutatnak arra, hogy a jövőben az Európai Szociális Modell a szociáldemokrata és a konzervatív jóléti rendszerek konvergenciáján alapul, az 1990-es évek kelet-közép-európai fejlődése alapján annak lehetősége is nyitott, hogy e térség jóléti államai az ilyen módon kialakuló illetve újjáformálódó Európai Szociális Modell részeivé váljanak.

Összefoglalás

A tanulmányban a jóléti rendszerek fejlődését vizsgáltuk Kelet-Közép-Európában és Nyugat-Európában a második világháború után, az Európai Szociális Modell kialakulásának és fejlődésének kontextusában. Törekedtünk arra, hogy a szakirodalomban a jóléti rendszerek jellemzésére leggyakrabban elemzett kiadások mellett más fontos jellemzőket is bemutassunk, s olyan tényezőkkel-vonásokkal foglalkozzunk, melyek lehetővé teszik a változások hosszú távú vizsgálatát, s a változások dinamikájának mérését. Ennek megfelelően a vizsgálatba bevont legfontosabb területek magukban foglalták a jóléti kiadások relatív nagyságát, a társadalombiztosítási rendszer fő strukturális jellemzőit, a szociális jogok jellemzőit, s a jóléti rendszer igénybevevőinek ellenőrzési jogát a rendszer felett, valamint a társadalombiztosítási rendszerek szervezeti formáit.

Az Európai Szociális Modell koncepciójával szemben számos kritika fogalmazódott meg. A fogalom használatának valóban vannak nyilvánvaló veszélyei – ilyen pl. az, hogy figyelmen kívül hagyják Nyugat-Európa belső sokszínűségét, s hogy statikusan közelítenek a társadalmi és jóléti fejlődéshez. Kellő körültekintéssel használva azonban a fogalom előnyökkel is rendelkezik, mint egy heurisztikus elemzési eszköz. Az Európai Szociális Modell fogalma a nyugat-európai társadalmak második világháború utáni fejlődésének strukturális hasonlóságait hangsúlyozza, melyek az európai politikai és gazdasági integráció előfeltételeit

is jelentik. Fontos bizonyítékok szólnak amellett, hogy léteztek ezek a közös jellemzők a világháború utáni Nyugat-Európa társadalmi fejlődésében – nem utolsósorban az itt vizsgált jóléti téren –, és ez jogosulttá teszi a fogalom használatát.

A korábbi tanulmányaink eredményeit is felhasználó vizsgálatunk azt mutatja, hogy a 20. század első felében jelentős eltérések voltak a nyugat-európai jóléti rendszerek között, de az eltérések számottevően csökkentek az 1950-es évekre, s a konvergencia az ezt követő két évtizedben is látható. Az 1970-es évektől a különbségek változásának iránya kevésbé egyértelmű, de a konvergencia több területen folytatódott. Ennek eredményeként 1990-re csökkentek az eltérések ezen a téren a nyugat-európai társadalmak között a század közepéhez, s különösen pedig a 20. század elejéhez viszonyítva.

Az 1980-as évektől a skandináviai és több kontinentális európai ország között volt a konvergencia a legnagyobb mértékű, melyek a szociáldemokrata illetve a konzervatív jóléti modellekhez tartoztak. Úgy tűnik, hogy ezek az országok úgynevezett „konvergencia-klubot” alkotnak – melybe a liberális jóléti rendszerű nyugat-európai országok nem tartoznak bele –, s közeledésük úgy megy végbe, hogy kialakuló rendszereik egyaránt magukban foglalják a szociáldemokrata s a konzervatív modell elemeit, valamint az univerzális jogokat és a munkateljesítményen alapuló juttatásokat. A Nyugat-Európán belüli jóléti konvergencia léte önmagában nem elegendő ugyan az Európai Szociális Modell létezésének bizonyítására, de nyilvánvalóan növeli a koncepció hitelességét. Ezáltal jó alapot jelent a kelet-közép-európai jóléti fejlődés s az Európai Szociális Modell viszonyának vizsgálatához is.

A második világháború után a nyugat-európai és a kelet-közép-európai jóléti rendszerek közötti eltérések növekedni kezdtek, először minden vizsgált területen. Később a korábban jelzett sajátosságok mellett (ilyenek pl. a társadalombiztosítási kiadások alacsonyabb szintje, a kiadások eltérő szerkezete, a jogosultságok különböző feltételei, a demokratikus kontroll hiánya) a térség országainak jóléti – ezen belül elsősorban társadalombiztosítási – rendszerei egyaránt rendelkeztek a skandináv országok szociáldemokrata és a kontinentális nyugat-európai konzervatív jóléti rendszereinek egyes jegyeivel.

Ami a rendszerváltás utáni időszakot illeti, a magyar jóléti rendszer egy évtizedes reformfolyamat után sem igazolta a liberális scenáriót, melynek megvalósulását az 1990-es évek elején több szakértő jósolta, s ugyanakkor nem felelt és felel meg Esping-Andersen másik két rezsim-típusának sem. Kétségtelenül léteznek „liberális” tendenciák ebben az időszakban, különösen 1995 és 1998 között: a szociális kiadások csökkentek, s több juttatás univerzális jogosultságát a rászorultsági elvvel váltották fel, valamint állami programok magánosítására is sor került. Ugyanakkor azonban az 1990-es években a legtöbb jóléti jogosultság megmaradt, s emellett újakat is bevezettek (munkanélküli-segély, szociális segélyek). Az univerzalitás továbbra is a meghatározó működési elv a magyarországi jóléti rendszerben. Ezenkívül a részleges liberális reformok közül sem bizonyult mindegyik visszafordíthatatlan folyamatnak.

1998-tól az új kormány több jóléti területen helyreállította a szolidarisztikus és univerzalisztikus működési elveket.

Minden nemzeti sajátosság ellenére a többi vizsgált kelet-közép-európai ország jóléti rendszerének fejlődése Magyarországhoz hasonlóan alakult az 1990-es években az Európai Szociális Modellhez való viszony szempontjából. A kutatás többnyire a liberális átalakulás elmaradását hangsúlyozza, és nemcsak a korai időszak tekintetében, hanem az 1990-es évek végét illetően is. Ezt több külső politikai erő és megfigyelő (IMF, Világbank, EU) is megállapította.

Az 1990-es években a Magyarországon és más, kelet-közép-európai országokban kialakult jóléti rendszerek nem felelnek meg az Esping-Andersen-i tipológia egyik típusának sem. Az új jóléti rendszerek sokkal inkább több rendszer keverékei, vagyis – miként egy kutató (Lelkes 2000.) a magyar rendszert jellemezte – „arctalan”-nak nevezhetők. Nem látható egyértelmű és markáns közeledés a reziduális amerikai jóléti modellhez, de az 1990-es évek magyar és a többi kelet-közép-európai jóléti rendszerei nem tekinthetők más nyugat-európai jóléti rendszerek közeli rokonának sem. Mivel jelek mutatnak arra, hogy a jövőben az Európai Szociális Modell a szociáldemokrata és a konzervatív jóléti rendszerek konvergenciáján alapul, az 1990-es évek kelet-közép-európai fejlődése alapján annak lehetősége is nyitott, hogy e régió jóléti államai az ilyen módon újjáformálódó Európai Szociális Modellhez közelednek majd, illetve annak részeivé válnak.

Irodalom

- Alber, Jens (1982): Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa. Frankfurt/M. und New York: Campus.
- Alber, Jens–Flora, Peter (1981): Modernization, Democratization, and the Development of Welfare States in Western Europe. In: Flora–Heidenheimer, eds., The Development of Welfare States in Europe and America. New Brunswick and London: Transaction. 37–80.
- Andorka, Rudolf–Tóth, István György (1992): A szociális kiadások és a szociálpolitika Magyarországon. In Rudolf Andorka und Tamás Kolosi und György Vukovich, szerk., Társadalmi Riport, 1992. Budapest: Társk. 396–507.
- Aust, Andreas–Leitner, Sigrid–Lessenich, Stephan (2002): Konjunktur und Krise des Europäischen Sozialmodells. Ein Beitrag zur politischen Praeexplanationsdiagnostik. Politische Vierteljahresschrift, vol. 43, no. 2, 272–301.
- Berend, T. Iván (1996): Central and Eastern Europe, 1944–1993. Detour from the Periphery to the Periphery. Cambridge: Cambridge University Press.
- Castles, Francis G. (1986): Whatever Happened to the Communist Welfare State? Studies in Comparative Communism, vol. XIX, no. 3–4, 213–226.
- Castles, Francis G. (2002): The European Social Policy Model: Progress since the Early 1980s. European Journal of Social Security, vol. 3–4, 299–313.
- Castles, Francis G.–Mitchell, Deborah (1993): Worlds of Welfare and Families of Nations. In Francis G. Castles, ed., Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies. Aldershot: Dartmouth. 93–128.
- Conrad, Christoph (1991): The Emergence of Modern Retirement: Germany in an International Comparison (1850–1960). Population. An English Selection, vol. 3, 171–200.

- Consensus Programme (1998): Recent Reforms in Organisation, Financing and Delivery of Health Care in Central and Eastern Europe in Light of Accession to the European Union. Conference May 1998. European Commission. Brussels.
- Coughlin, Richard M.–Armour, Philip K. (1983): Sectoral Differentiation in Social Security Spending in the OECD Nations. *Comparative Social Research*, vol. 6, 175–199.
- Crouch, Colin (1999): *Social Change in Western Europe*. Oxford: Oxford University Press.
- Deacon, Bob (1983): *Social policy and socialism*. London: Pluto Press.
- Deacon, Bob (1993): Developments in East European Social Policy. In Catherine Jones, ed., *New Perspectives on the Welfare State in Europe*. London–New York: Routledge, 1993. 177–197.
- Deacon, Bob (2000): Eastern European welfare states: the impact of the politics of globalization. *Journal of European Social Policy*, vol. 10, no. 2, 146–161.
- Deacon, Bob–Hulse, Michelle (1997): The Making of Post-communist Social Policy: The Role of International Agencies. *Journal of Social Policy*, vol. 26, no. 1, 43–62.
- De Deken, Johan Jeroen (1994): *Social Policy in Postwar Czechoslovakia*. EUI Working Paper SPS No. 94/13. Florence: EUI.
- Diamantopoulou, Anna (2000): *The European Social Model: Past its Sell-by Date?* Institute for European Affairs. Dublin, 20 July 2000.
- Ebbinghaus, Bernhard (1999): Does a European Social Model Exist and Can it Survive? In Gerhard Huemer, Michael Mesch, and Franz Traxler, eds., *The Role of Employer Associations and Labour Unions in the EMU. Institutional Requirements for European Economic Policies*. Aldershot: Ashgate. 1–26.
- Esping-Andersen, Gosta (1996): After the Golden Age? Welfare State Dilemmas in a Global Economy. In Gosta Esping-Andersen, ed., *Welfare States in Transition*. London: Sage, 1996. 1–31.
- Ferge, Zsuzsa (1986): *Fejezetek a magyarországi szegénypolitika történetéből*. Budapest: Magvető.
- Ferge, Zsuzsa (1992): Social Policy Regimes and Social Structure. In Zsuzsa Ferge and J. E. Kolberg, eds., *Social Policy in a Changing Europe*. Frankfurt/M. and Boulder, Co.: Campus. 201–222.
- Ferge, Zsuzsa (2001): Welfare and 'Ill-Fare' Systems in Central-Eastern Europe. In Sykes, Robert–Palier, Bruno–Prior, Pauline M. (2001): *Globalization and European Welfare States. Challenges and Change*. Houndmills-Basingstoke: Palgrave. 127–152.
- Ferge, Zsuzsa–Tausz, Katalin (2002): Social Security in Hungary: A Balance Sheet after Twelve Years. *Social Policy and Administration*, vol. 36, no. 2, 176–199.
- Förster, Michael F.–Tóth, István György (1999): *Családi támogatások és gyermekszegénység a kilencvenes években Csehországban, Magyarországon és Lengyelországban*. TÁRKI Társadalompolitikai Tanulmányok 16. Budapest: Társ. Társ.
- Gábos, András (2000): *Családok helyzete és családtámogatások a kilencvenes években*. In: Kolosi, Tamás–Tóth, István György–Vukovich, György, Hrsg. (2000): *Társadalmi Riport 2000*. Budapest: Társ. Társ. 99–122.
- Gordon, Margaret S. (1988): *Social Security Policies in Industrial Countries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Gough, Ian (1998): Social aspects of the European model and its economic consequences. In Wolfgang Beck–Laurent van der Maesen–Alan Walker, eds., *The Social Quality of Europe*. Bristol: Policy Press. 89–108.
- Götting, Ulrike (1998): *Transformation der Wohlfahrtsstaaten in Mittel- und Osteuropa. Eine Zwischenbilanz*. Opladen: Leske und Budrich.
- Grahl, John–Teague, Paul (1997): Is the European Social Model Fragmenting? *New Political Economy*, vol. 2, no. 3, 405–426.

TANULMÁNYOK

- Hage, Jerald–Hannemann, Robert–Gargan, Edward T. (1989): *State Responsiveness and State Activism*. London: Unwin Hyman.
- Hay, Colin–Watson, Matthew–Wincott, Daniel, *Globalisation (1999): European Integration and the Persistence of European Social Models*. POLSIS, University of Birmingham. Working Paper 3/1999.
- Heidenheimer, Arnold J.–Hecló, Hugh–Adams, Carolyn Teich (1990): *Comparative Public Policy. The Politics of Social Choice in America, Europe, and Japan*. New York: St. Martin's Press.
- Hobsbawm, Eric (1993): *The Age of Extremes*. London.
- Hockerts, Hans Günter (1983): *Die Entwicklung vom Zweiten Weltkrieg bis zur Gegenwart*. In Peter A. Köhler–Hans F. Zacher (Hrsg.), *Beiträge zur Geschichte und aktueller Situation der Sozialversicherung*. Berlin: Duncker and Humblot.
- Inglot, Tomasz (2003): *Historical Legacies, Institutions, and the Politics of Social Policy in Hungary and Poland, 1989–1999*. In Ekiert, Grzegorz–Hanson, Stephen E., eds. (2003): *Capitalism and Democracy in Central and Eastern Europe. Assessing the Legacy of Communist Rule*. Cambridge: Cambridge University Press. 210–247.
- Janky, Béla (2000): *A magánnyugdíj-pénztárak tagsága. Társadalmi-politikai Tanulmányok*. 18. Budapest: TÁRKI.
- Kaelble, Hartmut (1990): *A Social History of Western Europe, 1880–1980*. Dublin.
- Kaelble, Hartmut (2000): *Wie kam es zum Europäischen Sozialmodell? Jahrbuch für Europa- und Nordamerika-Studien*, vol. 4, 39–53.
- Kosonen, Pekka (1995): *European Welfare State Models: Converging Trends*. *International Journal of Sociology*, vol. 4, 81–110.
- Laczkó, István (1968): *A magyar munkás- és balesetbiztosítás története*. Budapest: KJK.
- Lelkes, Orsolya (2000): *A great leap towards liberalism? The Hungarian Welfare State*. *International Journal of Social Welfare*, vol. 9, 92–102.
- Magyar Statisztikai Évkönyv (1982): *Magyar Statisztikai Évkönyv 1981*. Budapest: KSH.
- Minkoff, Jack–Turgeon, Lynn (1977): *Income Maintenance in the Soviet Union in Eastern and Western Perspective*. In Irving Louis Horowitz, ed., *Equity, Income and Policy*. New York–London: Praeger. 176–211.
- Müller, Katharina (2002): *From the State to the Market? Pension Reform Paths in Central-Eastern Europe and the Former Soviet Union*. *Social Policy and Administration*, vol. 36, no. 2, 156–175.
- Offe, Claus (1993): *The politics of social policy in Eastern European transitions: antecedents, agents, and agenda of reform*. *Social Research*, vol. 60, no. 4, 649–685.
- Okrasa, Włodzimierz (1987): *Social Welfare in Poland*. In Le Grand, Julian–Włodzimierz, eds. (1987): *Social Welfare in Britain and Poland*. London: STICERD. 14–23.
- Palme, Joakim (1990): *Pension Rights in Welfare Capitalism*. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Ritter, Gerhard A. (1989): *Der Sozialstaat*. München: Oldenbourg.
- Schmidt, Manfred G. (1988): *Sozialpolitik*. Opladen: Leske und Budrich.
- Sik, Endre–Svetlik, Ivan (1990): *Similarities and Differences*. In Adalbert Evens–H. Wintersberger, eds., *Shifts in the Welfare-Mix*. Frankfurt/M.: Campus. 273–279.
- Therborn, Göran (1995): *European Modernity and Beyond. The Trajectory of European Societies, 1945–2000*. London: Sage.
- Tomka, Béla (2003a): *Szociálpolitika a 20. századi Magyarországon európai perspektívában*. Budapest: Századvég Kiadó.
- Tomka, Béla (2003b): *Western European Welfare States in the 20th Century*:

- Convergences and Divergences in a Long-Run Perspective. *International Journal of Social Welfare*, vol. 12, no. 4, 249–260.
- Tomka, Béla (2004): *Welfare in East and West: Hungarian Social Security in an International Comparison, 1918–1990*. Berlin: Akademie Verlag.
- U.S. Department of Health and Human Services, ed. (1982): *Social Security Throughout the World*. 1981. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vobruba, Georg (2003): The enlargement crisis of the European Union: limits of the dialectics of integration and expansion. *Journal of European Social Policy*, vol. 13, no.1, 35–62.
- Wilensky, Harold L. (1975): *The Welfare State and Equality*. Berkeley: University of California Press.
- Williamson, John B.–Fleming, Jeanne J. (1996): Convergence Theory and the Social Welfare Sector: A Cross-National Analysis. In Alex Inkeles–Masamichi Sasaki, eds., *Comparing Nations and Cultures*. Englewood Cliffs. 348–355.
- Zimmermann, Susan (2001): Wohlfahrtspolitik und die staatssozialistische Entwicklungsstrategie in der „anderen“ Hälfte Europas im 20. Jahrhundert. In Johannes Jäger–Gerhard Melinz–Susan Zimmermann (Hrsg.), *Sozialpolitik in der Peripherie*. Frankfurt/M. and Wien, 2001. 211–237.
- Zukowski, Maciej (1994): Pensions Policy in Poland after 1945. In John Hills–John Ditch–Howard Glennerster, eds., *Beveridge and Social Security. An International Retrospective*. Oxford: Clarendon Press. 154–170.

BABUSIK FERENC*

Hozzáférési különbségek az egészségügyi alapellátásban

II. Orvosi attitűdök 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.
(A cikk az előző számban megjelent tanulmány második része)

Rövid összefoglaló

Az orvosok attitűdjeinek elemzése során az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférés biztosításának kérdéseit a diszkriminációnál szélesebb és mélyebb kérdésként kezeltük az egyes eltérő társadalmi státusú betegek esetében. Kutatásunk során a diszkriminációra utaló attitűdöket az egyenlőtlenségeket előidéző mechanizmusok között alrendszernek tekintettük. Az előző számban közölt tanulmány elemzéseiből ugyanis világosan látszik, hogy az egyenlőtlenségek egyik legjelentősebb alapja strukturális természetű.

Adataink szerint a nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb az egyes tár-

* A szerző a Delphoi Consulting társadalomtudományi kutatóműhely vezetője.

sadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nem mutat-
ható ki feltétlenül előítéletesség.

A házi orvosok egy része a szociálisan periferiális helyzetű, szegény,
munkanélküli vagy cigány betegeknek kisebb költségű vizsgálati palettát
nyújt, mint másoknak, egyúttal az e betegekkel létrejött kommunikáció-
juk átlag alatti, a konfliktusok pedig átlag feletti számban tapasztalhatók.
Mindebben *e betegek szociális deprivációja oki tényező*.

A házi orvosok a betegeket szociális-gazdasági, illetve a szociálpszi-
chológiai státusuk mentén érzékelik, egyúttal a házi orvosi gyakorlat
egy-egy lényeges dimenzióit is e státuskülönbségek határozzák meg, és
nem maga az embertől mint társadalmi lénytől független betegség a per-
döntő.

Az orvosok által választott terápia intézményi szintjének¹ elrendelése
terén szintén differenciálnak a házi orvosok és pedig a betegek szociális
státusa szerint, másrészt – és ebből következően – a terápia intézményi
szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státusok szabják meg,
és nem pl. a kiválasztott protokoll.

A házi orvosok egy része a szociálisan periferiális helyzetű betegek
esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben *e be-
tegek szociális deprivációja* – a vizsgálati költségszint esetében látottak-
kal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben szintén jelentős sze-
repet játszik az, hogy *e betegek rizikófaktor csökkentő potenciálját* ala-
csonynak értékeli.

A házi orvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembevételében meg-
nyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió,
és önállóan befolyásolja azt, hogy a szociálisan hátrányos helyzetű bete-
gek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé
néznek. A házi orvosok egy része esetében kimutatható e szolidaritás hiá-
nya.

A házi orvosok jelentős hányada nem ismeri, vagy nem ismeri eléggé
azt a tényt, hogy a romák között jelentősen magasabb bizonyos betegsé-
gek aránya, és nem tudatosította az ebből adódó veszélyeztetettséget.
Ebből következően nem gondolják úgy, hogy a roma közösség tagjai közt
fokozottabb mértékben kellene prevenció és szűrőmunkákat végezni, s
hogy itt olyan beavatkozásokra van szükség, melyek csökkenthetik a be-
tegségek előfordulási arányát körükben.

Az elmondottak lezárásaképpen álljon itt egy megjegyzés: Nem bizo-
nyítható, hogy a kimutatható egyenlőtlenség a társadalmi elit és a lesza-
kadók közötti ellátás szintjében közvetlen és nyílt diszkrimináció lenne.
Azt pedig egy, az ellátást biztosító orvosok körében végzett vizsgálattal
nem lehet kimutatni, hogy a szociálisan deprivált helyzetű betegek
gyógyulási vagy rehabilitációs esélyei valójában milyenek. Kizárólag
csak gyanítható, hogy amennyiben a vizsgálatok költségszintje és az el-
látás intézményi szintje – mint esetükben is – alacsonyabb, ha kisebb

¹ Annak a kérdése, hogy az orvos helyben, saját rendelőjében biztosítja a terápiát, vagy
a saját hatáskörben végzett terápia után magasabb intézményi és kompetencia szintre utal-
ja a beteget, avagy a diagnózis felállítása után egyből magasabb intézményi szintre utalja.
Mindezt a betegség, a kor stb. hatásáról leválasztva, kizárólag a betegek társadalmi státusa
szerint mértük.

arányban végeznek utánkövetést, és kevésbé veszik figyelembe a gyógy-szerköltéseket, akkor mindez negatív irányban befolyásolja a páciensek egészségmegtartó vagy gyógyulási, rehabilitációs esélyeit.

A kutatás azonban kimutatta, hogy sérül az az alapelv, amely szerint minden állampolgár számára azonos mértékű, a lehetőségekhez képest a legoptimálisabb ellátást kell nyújtani – függetlenül az állampolgár szociális státusától vagy etnikai hovatartozásától.

Koncepcionális kérdések

A bevezetőben említettük, hogy a diszkriminációnál, hátrányos megkülönböztetésnél sokkal szélesebb és mélyebb kérdésnek tekintjük az egyenlő vagy egyenlőtlen hozzáférés kérdését.

A strukturális okokra visszavezethető, egyenlőtlen hozzáférésnek van olyan aspektusa, amit kizárólag a kliensek oldaláról lehet vizsgálni, ez pedig a szegénység. Több eddigi, hazai és nemzetközi kutatásból tudjuk², hogy a szegénység önmagában olyan tényező, amely előidéz a kirekesztődést bizonyos szolgáltatásokból, illetve lehetetlenné teszi olyan javak megvételét, amelyek egyébként a szolgáltatások részei³ (pl. a szükséges gyógyszerek megvétele nélkül az orvosi beavatkozás sok esetben egyszerűen hatástalan).

A strukturális okokon túlmutató, ugyanakkor a strukturális hátrányokat megerősítő, hozzáférési egyenlőtlenséget előidéző tényező lehet az egészségügy szereplőinek magatartása. Kutatásunk során ezt a kérdést is tágabban kezeltük, mint pusztán a lehetséges diszkriminatív „hajlandóságok” feltárását, ugyanis koncepciónk szerint az egyenlőtlenséget előidéző magatartásoknak csak egyik szélső értéke a nyílt megkülönböztetés. A nyílt megkülönböztetésnél gyakoribb lehet az egyes társadalmi csoportok rejtett megkülönböztetése, amely mögött nincs feltétlenül szubjektív rosszindulat vagy előítéletesség. A kutatás előkészítése során készített, orvosokkal végzett interjúk tapasztalatai azt mutatták, hogy a szakmai látásmód sok esetben – és akár tudattalanul – összemosódhat a „társadalmi látásmóddal”. Itt érdemes egy példát felidézni. Egyik interjúalanyunk beszámolója szerint az elrendelhető vizsgálatok során figyelembe veszi a paciens rizikófaktor-csökkentő potenciálját; amennyiben azt alacsonynak véli, kisebb eszközigenyű vizsgálatot rendel el, ugyanis némiképp felesleges, egyúttal alacsony szinten megtérülő befektetésnek tekinti pl. a szív-ultrahangvizsgálatot egy hajléktalan esetében. Az idézett interjúban mindezt racionális érvek támasztották alá, amelyek szerint a vizsgálat magas költségszintje nincs arányban a várható haszonnal, figyelembe véve a paciens várható élettartamát, a társadalmi reprodukci-

² Erről lásd: Ferge, Tausz, Darvas: Küzdelem a szegénység és társadalmi kirekesztés ellen. I. kötet. ILO, Bp. 2002.

³ Arra a kérdéskörre, hogy a romák esetében a szegénység milyen kirekesztődési mechanizmusokat jelent, a párhuzamosan végzett reprezentatív roma kutatásunk ad választ. (Babusik Ferenc: Állapot-, mód- és okhatározók. A romák egészségi állapota és az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférése I–II. Megjelent a Beszélő 2004. október–novemberi számában.)

óban betöltött szerepét stb. Az idézett esettel – amennyiben egyetlen esetről van szó és nem bevett gyakorlatról – talán nincs is semmi baj; az orvosi szakértelem, odafigyelés, az alkalmazott egyéb eszközök által kapott eredmények minden bizonnyal elegendők a helyes diagnózishoz és a későbbi megfelelő terápiához. A kérdés csak az, hogy az idézett, vagy azzal analóg attitűdök milyen mértékben elszigeteltek – vagy éppen milyen mértékben tartoznak a napi gyakorlathoz. Ugyancsak kérdés, hogy mely csoportokra vonatkozóan jelenhet meg ilyen típusú attitűd a háziorvosok napi gyakorlatában, illetve hogy mely csoportok esetében találkozhatunk az ellenkezőjével, vagyis a pozitív megkülönböztetéssel.

A kutatásban tehát arra kerestük a választ, hogy tevékenységük során az orvosok hogyan viszonyulnak az egyes csoportokhoz. Mivel az egyes betegek szükségképpen nemcsak társadalmi státusukban különböznek egymástól, de karakterükben, betegségük típusában, annak súlyosságában is stb., ezért az orvosi tevékenységet úgy kellett tipologizálni, hogy az a lehető legfüggetlenebb legyen a konkrét beteggel kapcsolatos konkrét tennivalóktól.

Ennek megfelelően az orvosi gyakorlatot alapvető részfolyamatokra bontottuk. A részfolyamatokat illetően pedig arra kerestük a választ, hogy az egyes, jól elkülöníthető betegcsoportokkal kapcsolatban vajon eltérő-e az orvosok magatartása, illetve hogy milyen mértékben eltér az adott részfolyamattal és betegcsoporttal kapcsolatos attitűdjük.

Az orvosi munka vizsgált részfolyamatait:

- a vizsgálatok során alkalmazott eszközök értékszintje (helyben rendelkezésre álló, alapvető eszközök, helyben rendelkezésre álló, magas költségű eszközök, illetve helyben rendelkezésre nem álló és magas költségű eszközök),
- a vizsgálatot követő terápia (a terápiát helyben, saját hatáskörben végzik, avagy egy helyi ellátás után magasabb szintre küldik a beteget, illetve diagnózis után egyből magasabb szintre küldik a beteget),
- a közel azonos terápiás hatású gyógyszerek választása esetén milyen mértékben veszik figyelembe a beteg várható költségeit,
- milyen a terápiát követő szakaszban a betegek utánkövetésének gyakorisága.

A betegek esélyegyenlősége abban az esetben érvényesül teljes körűen, ha a felsorolt részfolyamatok minemősége bizonyos esetekben független a betegek szociális státusától (pl. az alkalmazott vizsgálati eljárások költsége, vagy a terápia intézményi szintje független a betegcsoport érdekérvényesítő potenciáljától); más esetekben pedig ettől függhet, pl. az elrendelt gyógyszerek ára figyelembe veszi a beteg gazdasági helyzetét.

A betegcsoportokat nem kizárólag társadalmi státusuk szerint határoztuk meg, ugyanis – mint azt az előzetes interjúk megerősítették – a szociális-gazdasági helyzeten túl az is lényeges, hogy páciensi minőségében hogyan viselkedik valaki. Vannak szokványos, illetve a szokásostól eltérő (esetleg nehezen tolerálható) viselkedésű betegek, tehát a betegek *compliance* tekintetében komoly eltéréseket mutathatnak. Ezekre az orvosi gyakorlatban előforduló típusokra vonatkozóan éppúgy megvizs-

gáltuk, hogy a felsorolt folyamatok esetében található-e csoportközi különbség.

A vizsgálatok eszközsintje

A bevezetőben említett szempontokat figyelembe véve elsőként arra akartunk választ kapni, hogy az egyes betegcsoportoknak milyen szintű, milyen értékű vizsgálati kínálat jut osztályrészül. Ahhoz, hogy ezt a kérdést megvizsgálhassuk, megkérdeztük a háziorvosokat, hogy milyen vizsgálati palettát *vesznek igénybe* az egyes betegcsoportok, a betegségek jellemzőitől függetlenül.

Az olyan helyzet, melyben a beteg egyoldalúan döntené el, hogy a saját rendelőjében milyen költségű eszközzel végezzen el egy vizsgálatot ott helyben az orvos – ez természetesen fikció. Az alkalmazott eszközök, eljárások igénybevétele (amellett, hogy a megfelelő eszközök meghatározott készlete van jelen az adott rendelőben) elsősorban az orvos szakmai kompetenciáján, megközelítésmódján múlik, és nem a beteg kívánásain. Úgyanúgy az, *hogy az orvos továbbküldi-e betegét olyan vizsgálatra, amelynek eszköze helyben nem áll rendelkezésre (pl. szívultrahang, CT stb.), alapvetően a beteg állapotán, a panaszt okozó, valós okok feltárhatóságának mértékén múlik, pl. azon, hogy milyen mélységű vizsgálatot tesz szükségessé a tünet, a panasz, a betegség – és nem maga a beteg dönt, mint szociális lény, mint bizonyos társadalmi meghatározottságú ember.* Egyszerűbben fogalmazva mindez annyit jelent, hogy pl. egy belső elváltozás felderítésére elrendelhető CT-vizsgálatot nem szabad annak alapján elvégezni vagy mellőzni, hogy milyen a beteg társadalmi státusa, hanem hogy milyen a betegsége. Mindez – legalább is elméletben, avagy alapvető orvosetikai szempontból – így van rendjén. Az orvosok attitűdjeiből következtethető gyakorlat azonban nem ezt tükrözi. De lássuk az alkalmazott eljárást és az eredményeket.

Elsőként azt vizsgáltuk, hogy milyen rejtett változók mentén rendeződnek el a felsorolt csoportok. A faktorelemzés eredményeként négy markáns csoport különül el⁴: „jó érdekérvényesítő” a, „szociálisan deprivált”, a „korspecifikus” és a „magas rizikófaktorú (rosszul kooperáló)”

Az első csoportba tartoznak az „élősködő”, illetve a teátrális viselkedésű páciensek, a magas iskolázottságúak, a nagyon jómódúak, illetve a kvalifikált közepes jövedelműek. A második csoportba a szegények, a periférián élők, a cigányok, az alacsony iskolázottságúak és a munkanélküliek kerültek. A harmadik csoportot a nagyon idősek, a fiatalok, illetve a nagyon elfoglalt betegek jelentik. A negyedik csoportot azok alkotják, akik rosszul kooperálnak az orvossal, illetve „fegyelmezetlen” betegek, tehát akiknek alacsony a compliance fokuk.

Már a faktorstruktúrán látszik, hogy a betegcsoportok az alkalmazott

⁴ Elsőként összesen tizenhét betegcsoporttal kapcsolatba adott válaszok adatait faktorizáltuk. Az alacsony faktorsúlyú csoportok elhagyása után végül is tizennégy csoportból alakult ki a négy faktor. A faktorsúlyok magas értéket mutatnak, az összes megmagyarázott variancia 65 százalék. (Lásd 1. melléklet.)

diagnosztikus eszközök költségszintje tekintetében két szempontból válnak el egymástól: egyrészt megjelenik a szakmai szempontból indokolható különbségtétel (a kor illetve a compliance hatása), másrészt a szociális kategóriák közti különbség.

A következő lépésben a faktoregyütthatók segítségével clusterelemzést végzetünk, ugyanis végső soron arra akartunk választ kapni, hogy az orvosok látásmódjában felfedhető különbségek csoportonként milyen differenciákat okoznak a vizsgálatok eszközsztijében. A clusterezés eredményeként (lásd 2. melléklet) a háziorvosoknak négy olyan markáns clustercsoportja különül el, amely az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban eltérő vizsgálati eszközszintről számol be.

1. Érdekérvényesítő képesség a döntő (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,4	37,7	53,9
szociálisan deprivált	86,3	11,8	2,6
korspecifikus	63,7	29,3	10,6
magas rizikófaktorú	63,5	26,5	10,1

Az első clusterbe tartozó orvosok esetében a betegek érdekérvényesítő képessége lényeges tényező. E betegek igen nagy arányban kapnak magas költségszintű, helyben nem megoldható vizsgálatot. Az alapvető probléma azonban inkább az, hogy azok a betegek, akiknek alacsony a társadalmi státusa, és akik szociálisan depriváltak, elsősorban a legkisebb költségszintű, helyben elvégezhető vizsgálatokban részesülnek. A korspecifikus, illetve a magas rizikófaktorú csoportok közel hasonló arányban, és ugyancsak inkább helyben végezhető kis költségszintű vizsgálatokban részesülnek.

Kézenfekvő lenne az a feltételezés, hogy a vizsgálatok eszközsztijét, illetve azt, hogy az orvos továbbküldi-e a beteget magasabb szintre, alapvetően befolyásolhatja, hogy milyen a rendelő felszereltsége, s hogy rendelkezésre állnak-e magas költségszintet képviselő eszközök, vagy sem. Noha ezt a kérdést a későbbiekben elemezzük, már most érdemes megjegyezni, hogy a várakozásokkal ellentétben a felszereltség nem azt befolyásolja, hogy egyáltalán továbbküldik-e a beteget magasabb eszközsztintű vizsgálatra, hanem azt, hogy milyen státusú beteggel történik ez.

Mielőtt a további clustercsoportok ismertetését folytatnánk, lényeges felhívni a figyelmet a következőkre: Az adatok alapján nem feltételezhetjük, hogy az egyes faktorokba rendezett betegcsoportok közül legalább három különbözhetne a tájékozottság szempontjából. A jó érdekérvényesítő potenciállal rendelkező csoportban a magas iskolázottságúak mellett jómódúakat is találunk, illetve olyanokat, akiket az orvosi zsargon „élősködő” páciensnek nevez; a korspecifikus csoportba a fiatalok, idősek kerültek, illetve azok, akik nagyon elfoglaltak; a magas rizikófaktorú csoportban pedig az alacsony együttműködési potenciállal rendelkezők találhatók, valamint azok, akik magas rizikófaktorú környezetbe térnek vissza egy terápia után. Látjuk, hogy ez a három csoport

szociális és gazdasági szempontból roppant heterogén, de tagjai a képzettségük stb. mentén nem különböznek egymástól. A lehető legkevésbé valószínű tehát, hogy a fiatalok, vagy a nagyon elfoglaltak kevésbé tudhatnának egy magas értékű vizsgálati eszköz létezéséről, mint pl. a nagyon jómódú betegek; itt nem a tudás az elválasztó tényező, hanem az érdekérvényesítő potenciál (és vice versa: a szociálisan depriváltak esetén annak hiánya). Az tehát, hogy az orvos milyen vizsgálati eszközpalettát alkalmaz, végső soron egyaránt múlhat azon, hogy milyennek látja a betegek érdekérvényesítő és szociális potenciálját, illetve azon, hogy az adott csoportok mit „verekszenek ki maguknak”.

2. A beteg kora, rizikófaktora fontos (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	22,4	32,9	53,7
szociálisan deprivált	43,6	46,8	9,6
korspecifikus	7,1	58,0	34,9
magas rizikófaktorú	25,9	54,0	20,3

A második clusterbe tartozó házi orvosok esetében a magas érdekérvényesítő képességűek ugyancsak a legmagasabb arányban részesülnek a legköltségesebb vizsgálatokban, illetve a szociálisan depriváltak azok, akik a legnagyobb arányban részesülnek alapvető, helyben rendelkezésre álló eszközökkel végzett vizsgálatokban.

Ebben az orvoscsoportban azonban a szociálisan depriváltak kivételével voltaképp mindegyik betegcsoport viszonylag nagy arányban részesül magas költségű vizsgálatokban. A nagyon idősek, fiatalok, illetve az elfoglalt betegek esetében pedig dominálnak a helyben vagy máshol, de a magas költségű eszközökkel végzett vizsgálatok.

A házi orvosok harmadik csoportját azok alkotják, akik lényegében szinte mindenkit helyi, alapvető eszközökkel vizsgálnak.

3. Alapvetően helyben (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	81,1	13,2	9,7
szociálisan deprivált	98,6	1,4	
korspecifikus	91,2	8,8	
magas rizikófaktorú	86,2	10,2	3,6

Látnivaló ugyanakkor, hogy e csoport esetében is a jó érdekérvényesítő potenciált képviselők azok, akiket viszonylag a legmagasabb arányban részesítenek magas költségű vizsgálatokban, illetve hogy a szociálisan depriváltak részesülnek a legkisebb arányban ilyenben.

4. A depriváció fontos (eloszlás %)

	helyben, alapvető eszközökkel	helyben, magas költségű eszközökkel	máshol, magas költségű eszközökkel
jó érdekérvényesítő	8,6	25,7	65,7
szociálisan deprivált	18,5	54,3	27,2
korspecifikus	64,0	28,8	7,2
magas rizikófaktorú	34,8	48,0	17,3

A negyedik orvoscsoport preferencia-variációi igen érdekesen alakulnak. Egyrészt az ő esetükben a jó érdekérvényesítéssel jellemzett betegcsoport jut el a legnagyobb arányban a legmagasabb költségszintet jelentő vizsgálatokhoz, a szociálisan deprivált betegcsoport azonban ugyancsak kiemelkedő arányban jut ilyen vizsgálati eszközökhöz.

	eloszlás %
érdekérvényesítő képesség a döntő	42,8
kora, rizikófaktor a döntő	17,6
alapvetően helyben	21,5
elsősorban depriváció a döntő	18,1

Legmagasabb arányban tehát a jó érdekérvényesítő képességű betegeket részesíti előnyben mindegyik orvoscsoport. Természetesen azonnal adódik a kérdés, hogy a jelentős eltérések milyen okokra vezethetők vissza. Elsőként a rendelő ellátottsága jöhet szóba, ugyanis nyilvánvaló, hogy az az orvos, akinek rendelőjében nem áll rendelkezésre egy szükséges, egyúttal magas költségszintű vizsgálati eszköz, ilyen esetben az ellátás magasabb szintjére továbbítja a beteget (vagy egy olyan laborba, ahol a megfelelő eszköz rendelkezésre áll).

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a rendelő felszereltségi szintje szerint (%)

	alacsony	közepes	jó v. nagyon jó	átlag
érdekérvényesítő képesség a döntő	60,9	51,0	24,8	42,8
kora, rizikófaktor fontos	5,8	17,3	25,0	17,6
alapvetően helyben	27,8	8,1	29,3	21,5
a depriváció fontos	5,6	23,6	20,9	18,1

A betegek státusa és a rendelők felszereltsége közti viszonyok alapján kijelenthetjük: a felszereltség önmagában nem határozza meg azt, hogy a betegeknek összesen mekkora aránya részesül helyben magas költségű, vagy máshol, magas szinten végzett vizsgálatból. Ugyanis az alacsony szinten felszerelt rendelőkben kizárólag a magas érdekérvényesítő potenciálú betegek jutnak hozzá az átlag feletti módon magasabb költségszintű vizsgálatokhoz. Azon háziorvosok között viszont, akik az alapvetően helyben végzett vizsgálatokat preferálják, egyaránt megtaláljuk az alacsony, illetve a magas szinten felszerelt rendelők birtokosait.

A rendelő alacsony felszereltségi szintje, illetve az, hogy a háziorvos

az érdekérvényesítő betegcsoport számára magasabb költségszintű vizsgálatot biztosít, nem oksági, hanem korrelatív kapcsolatban állnak,⁵ amiből arra lehet következtetni, hogy ebben az esetben a jó érdekérvényesítő betegek legfőljebb „kiverekszik” maguknak az értékesebb vizsgálatokat (már amennyiben tudják, hogy mit kell „kiverekedni”).

A rendelő magas szintű felszereltsége önmagában még nem előidézője annak, hogy a szociálisan deprivált betegek magasabb költségszintű vizsgálatokban részesüljenek (akár helyben).

Mivel a praxis települési elhelyezkedése meghatározhatja, hogy egy beteg milyen könnyen vagy nehezen jut el a nem helyben végezhető vizsgálatra, megnéztük a települések rangjával és méretével kapcsolatos összefüggéseket. Az adatok szerint a budapesti háziorvosok valamivel nagyobb arányban preferálják a helyben végzett vizsgálatokat, illetve a községiek az átlag felett két betegcsoport esetében preferálják a magasabb szintű vizsgálati kínálatot: az érdekérvényesítő, illetve a szociálisan deprivált csoport esetén. Ezek az összefüggések ugyan szignifikánsak, de kis százalékos eltéréseket jelentenek.

Kézenfekvő, ha az orvosok leterheltségi nívóját is összehasonlítsuk azzal, hogy pl. továbbküldik-e a beteget egy értékesebb vizsgálatra, ahelyett, hogy helyben végeznék el az analóg funkciójú vizsgálatot.

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költségszintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása leterheltség szerint (%)

Az orvosok leterheltsége	érdekérvényesítő képesség a döntő	kora, deprivációja fontos	alapvetően helyben	a depriváció fontos
kis betegforgalom, alacsony terhek	35,0	6,5	42,5	16,0
átlagos terhek	43,6	16,0	22,2	18,3
magas ellátási, alacsony ügyeleti idő	33,2	39,8	18,7	8,2
több településen átlag felett ügyel, kis ellátási idő mellett	47,6	24,8	8,0	19,6
több településen átlag felett ügyel, magas ellátási idő mellett	32,1	15,0	16,2	36,7
egy településen, de minden teher magas	61,5	13,1	6,3	19,1
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

A magas leterheltség indukálná azt, hogy a háziorvos az ellátás más szintjére küldjön beteget vizsgálatra, méghozzá a beteg státusától függetlenül, az adatok azonban nem ezt tükrözik. Ugyanis pl. azok az orvosok, akik a leginkább leterheltek, több települést látnak el magas ellátási és ügyeleti idő mellett, az átlaghoz képest kétszer nagyobb valószínűséggel a szociálisan deprivált betegeket részesítik magas eszközsintű vizsgálatban, és nem az erős érdekérvényesítő potenciállal rendelkezőket. A táblázat adataiból ugyancsak az előzőekben felismert összefüggés olvasható ki: a vizsgálati paletta betegstátus szerinti preferenciáját nem

⁵ A lineáris regresszióval végzett elemzés a két változó között mindkét irányban azonos mérték összefüggést mutat ki (béta 0,2).

strukturális tényezők indokolják, hanem valami más, olyasmi, amit az orvosoknak a betegek státusával kapcsolatos szemlélete indokolhat.

Tovább elemezve az adatokat azt találjuk, hogy nincs kapcsolat az orvosok által az egyes betegcsoportoknak ajánlott vizsgálati lehetőségek és aközött, hogy milyen a házi orvosok kora és a képzettsége, valamint hogy mennyi a betegekre fordított fajlagos idő.

Erdemes tehát figyelmünket az olyan összefüggések felé fordítani, amelyek a vizsgálati paletta csoport szerinti preferenciája és a betegek iránti szemlélet között teremt kapcsolatot. Az elemzett kérdéssel függ össze a fejezet bevezetőjében idézett interjú példája, amely arra hívta fel a figyelmet, hogy a beteg szociális státusa, érdekérvényesítő potenciálja, az orvos által észlelt compliance erősen összefügg. Mindezzel összefügg az is, hogy az adott szociális státusú betegnek az orvos milyen költség-szintű vizsgálatot (és, mint látjuk majd: terápiát) ajánl fel, vagy más-képp fogalmazva: milyen mértékű befektetést eszközöl, milyen költség-szintű az az eszközállomány, amelyet még célszerűnek lát egy-egy beteg gyógyításába investálni. Noha ez a megállapítás sokakban akár mély megdöbbenést is okozhat, az adatok azt mutatják, hogy igen erős az összefüggés a betegek szociális, illetve szociálpszichológiai státusa, az ebből következő érdekérvényesítő potenciál, valamint a felhasznált eszközök költség-szintje között.

Megvizsgáltuk, hogy az orvosok által észlelt rizikófaktor-csökkentési potenciál, illetve együttműködési szint milyen rokonságban áll az alkalmazott eljárások költségével. Ehhez a próbához a felsorolt betegcsoportok mindegyikével kapcsolatban arra kértük az orvosokat, hogy ötfokú skálán értékeljék azok rizikófaktor-csökkentési szintjét (pl. hogy az orvos tanácsára mennyire hajlandók módosítani káros szenvedélyeiken stb.). Az eredményeket faktorizáltuk, s ennek során három markáns betegcsoport különült el: a magas szociális státust képviselők, az ún. veszélyeztetettek (ebbe a csoportba az alacsony szociális státusúak mellett helyet kapnak a szenvedélybetegek is), valamint az alacsony együttműködési szintet képviselők (a teátrális, illetve fegyelmetlen betegek, a nagyon elfoglaltak).

A rizikófaktor-csökkentési szempontból elkülönülő, három, fő betegcsoport faktorsúlyainak átlaga az egyes vizsgálati költség-szintet preferáló orvosok esetében jelentősen eltér egymástól (lásd 3. melléklet). *Azok az orvosok, akik számára az érdekérvényesítő képesség jelentős szerepet játszik a vizsgálati paletta eldöntése során, a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját lényegesen alacsonyabbnak látják. Velük szemben azok, akiknek a szociálisan deprivált betegek is nagy arányban jutnak magas értékű vizsgálatokhoz, a deprivált csoport rizikófaktor-csökkentő potenciálját magasnak látják.*

A négy orvosi preferencia-cluster között lényegében abban van nagy különbség, hogy a szociálisan deprivált páciensek milyen arányban jutnak magas költség-szintű vizsgálatokhoz (ugyanis a magas érdekérvényesítő potenciálú páciensek mindegyik csoportban nagy súlyt képviselnek). Éppen ezért a szociálisan deprivált csoport esetében vizsgáltuk meg mélyebben azt, hogy az orvosok által érzékelt rizikófaktor-csökkentési hajlandóság hogyan viszonyul a vizsgálati palettához. Ennek érdekében a

faktoregyütthatókon végzett rétegeképzési eljárással a szociálisan deprivált, veszélyeztetett csoportnak az orvosok által feltételezett rizikófaktor csökkentő potenciálját három egyenletes rétegbe soroltuk. A következő táblázat azt mutatja, hogy a három réteg hogyan oszlik el az egyes vizsgálati paletta-költséget képviselő orvoscsoportok között.

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költség szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált páciensek vélt rizikófaktor csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	vélt rizikófaktor csökkentő potenciál		
	alacsony	közepes	magas
érdekérvényesítő			
képeség a döntő	42,1	36,0	21,9
kora, rizikófaktora			
fontos	29,0	47,2	23,8
alapvetően helyben	24,0	26,6	49,4
a depriváció fontos	30,2	23,7	46,1
átlag	34,0	33,8	32,2

Azok az orvosok, akik alapvetően az alapeszközökkel végzett, helybeli vizsgálatokat preferálják, illetve azok, akik a szociálisan deprivált betegek számára magas költség szintű vizsgálatokat biztosítanak, kétszer akkora arányban látják úgy, hogy szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálja magas, mint azok, akik e betegeknek elsősorban csak alapvető, helyben rendelkezésre álló vizsgálatokat ajánlanak fel (az érdekérvényesítőket preferálók). Ezzel párhuzamosan ez utóbbi orvoscsoport a szociálisan deprivált páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciálját átlag felett látja alacsonynak.

Az elmondottakat alátámasztja a lineáris regresszióval végzett oksági elemzés: az, ahogyan az orvosok észlelik betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, oksági viszonyban áll azzal, hogy milyen költség szintű palettát kapnak a szociálisan deprivált státuscsoportba tartozó betegek (lásd 4. melléklet).

Igazolt az a feltételezés, hogy létezik olyan orvosi szemlélet, mely szerint a magasabb érdekérvényesítésre képes, illetve magas státusú páciensekkel kapcsolatban „jobb befektetés” a magasabb költségű, értékes vizsgálat, mint az alacsonyabb státusú betegekkel kapcsolatban – és mindez összefügg azzal, ahogyan a rossz szociális helyzetben élő betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, végső soron jövőjét látják. Az orvosok által észlelt rizikófaktor-csökkentési potenciál nem objektív mutató, vagyis nem azt jelzi, hogy milyen valójában a betegek ilyen potenciálja, hanem azt, hogy miként szemlélik az orvosok a betegeiket, és azt mi sem bizonyítja jobban, mint az a tény, hogy a betegek társadalmi státus szerint kategorizálódnak a szemléletükben. Ehhez szorosan hozzátartozik, hogy az orvosok az egyes szociális kategóriába tartozó betegcsoportok rizikófaktor-csökkentő potenciálját önmagában más értékűnek látják, ezen belül pedig a jó érdekérvényesítő képességű, szociálisan jól pozícionált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját átlagosan rosszabbnak ítélik, mint a deprivált betegeké!

A vizsgálatok során az egyes betegcsoportok vizsgálati költség szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a magas szociális státusú páciensek vélt rizikófaktor-csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepes
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	32,6	67,4
alapvetően helyben	19,3	80,7
a depriváció fontos	36,2	63,8
átlag	44,8	55,2
	33,2	66,8

Mindebből az következik, hogy az alacsonynak észlelt rizikófaktor-csökkentő potenciál akkor vezet kisebb értékű eszközökkel végzett vizsgálatokhoz, ha a beteg szociálisan deprivált, vagyis a betegek szociális státusa alacsony.

A következő kérdés az, hogy min múlik a rizikófaktor-csökkentő potenciál észlelése. Egyrészt nyilván tagadhatatlan, hogy léteznek objektív különbségek a rizikófaktor-csökkentést illetően, másrészt láttuk, hogy az orvosok szubjektív szemüvegen át, a társadalmi státus mentén differenciálva látják azt.

Mivel az orvos-beteg viszony kommunikációs interakciók során át valósul meg, kézenfekvő, hogy az orvos és betegek közötti bizalom szintje – az, hogy milyen mértékben képesek megérteni egymást – befolyásolhatja e látásmódot. Az orvos-beteg viszony bizalmi szintjét közvetlenül roppant nehéz megbízhatóan mérni, arra viszont van mód, hogy becslést végezzünk magáról a kommunikációról. Megkértük az orvosokat, hogy skálát használva válaszoljanak arra a kérdésre: az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban mennyire érzik nehéznek vagy éppen könnyűnek a kommunikációt, annak feladatát, hogy megértsék a beteg problémáit, az pedig értse az ő tanácsait. A válaszok adatait faktorelemelve kommunikációs szempontból három betegcsoport alakul ki: talán nem meglepő módon azon betegek csoportja, akiknek együttműködési szintje alacsony, illetve a magas és az alacsony társadalmi státusú betegek csoportja válik el egymástól.

A következő táblázat adatai alapján azt tekintjük át, hogy azok az orvosok, akik eltérően látják a szociálisan deprivált, veszélyeztetett betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, milyen mértékben élik át könnyű vagy nehéz kommunikációt.

A kommunikációs mérték faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek vélt rizikófaktor-csökkentési potenciáljának három rétege szerint

rizikófaktor-csökkentő potenciál

alacsony	-0,3045
közepes	0,0748
magas	0,1463

Azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik, egyúttal e betegekkel kapcsolatban alacsony színvonalú, kölcsönösen gátolt kommunikációról számolnak be. Velük ellentétben azok, akik e betegek rizikófaktor-csökkentő

potenciálját magasnak látják, egyúttal a kommunikációt is könnyűnek értékelik.

A kommunikáció könnyűsége vagy nehézsége éppúgy generálhat konfliktusokat, mint a tényleges érdekellentétek. Éppen ezért megvizsgáltuk, hogy az orvosok mely betegcsoportokkal kapcsolatban számoltak be konfliktusról (hangos veszekedésről, vitáról, esetleg tettegességről). A kutatás során már ismertté vált módszerrel az adatokat faktorizáltuk, melynek során rejtett változóként három markáns betegcsoport alakult ki: az alacsony compliance-t képviselők, a nehéz betegek (nagyon idősek, nehezen megközelíthető helyen élők, munkanélküliek, elfoglalt betegek), illetve a szociálisan deprivált betegek csoportja (cigányok, szociális szempontból periférián élők, alacsony iskolázottságúak).

A következő táblázat azt mutatja, hogy azok az orvosok, akik a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak, közepesnek, illetve nagyra érzékelik, milyen valószínűséggel számoltak be konfliktusokról az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban.

Konfliktus csoportok faktoregyütthatóinak átlaga a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentési potenciáljának három rétege szerint

konfliktusszint	kivel van konfliktusa? – csoportok		
	alacsony compliance	nehéz betegek	szoc. depriváltak
alacsony	0,0830	0,0201	0,2088
közepes	0,1009	0,0545	0,0084
magas	-0,0866	-0,0608	-0,1954

Azok az orvosok, akik konfliktus szempontjából az alacsony együttműködési nívót képviselő, illetve a nehéz betegeket különítették el, a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban nem számoltak be különösebb konfliktusról.

Azon orvosok viszont, akik a szociálisan deprivált betegekkel kapcsolatban számolnak be konfliktusról, s akik e betegek rizikófaktor-csökkentési potenciálját alacsonynak látják, egyúttal az átlagnál több konfliktust éltek át. Ezzel szemben azok, akik magasnak látják e betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját, átlag alatt számoltak be a velük való konfliktusról.

Kérdés persze, hogy mi generál micsodát; azért számolnak-e be több konfliktusról, mert eleve rosszabb a szociálisan deprivált betegekkel való kommunikációjuk, s egyúttal e betegeknek alacsonyabb költségű szolgáltatást nyújtanak, tehát konfliktust idéznek elő, vagy mert eleve több e betegekkel a konfliktusuk, tehát romlik a kommunikáció, s ennek következtében törődnek kevesebbet a betegekkel. A kérdés azért tűnik tyúktojás problémának, mert a konfliktusok, a kommunikáció, illetve az, hogy valaki egy adott társadalmi csoport tagjaival milyen viszonyban van, nemcsak összefügg, de a mindennapi interakció során ezek a tényezők jól képesek egymás hatását felerősíteni. Mindenesetre az vizsgálható, hogy az orvosok szemléletében milyen a szociálisan depriváltak rizikófaktor-csökkentő potenciálja, illetve hogy mekkora a konfliktusok gyakorisága és milyen a kommunikáció, tehát milyen szoros kapcsolat van

e tényezők között. Variancia elemzést alkalmazva látjuk, hogy a konfliktusok és a kommunikáció közötti kapcsolat roppant szoros: abban az esetben, ha az orvos a szociálisan deprivált beteg rizikófaktor-csökkentő potenciálját jónak tekinti, a konfliktusok hiánya és a kommunikáció minősége közötti kapcsolat szorossága kb. 8 százalék. Ezzel ellentétben, ha az orvos a deprivált beteg rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak látja, a konfliktusok gyakorisága és a kommunikáció alacsony nívója közötti kapcsolat szorossága már 23 százalék.

A terápia intézményi szintjei

A vizsgálatok során megjelenő eszközök értékbeli különbségei már elővételezték azt a kérdést, hogy vajon a felajánlott terápia szintjei hogyan viszonyulhatnak a betegek státusához. A már ismert betegcsoportokkal kapcsolatban azt tudakoltuk, hogy a felajánlott terápia során az orvosok mit preferálnak inkább:

- a helyben, saját hatáskörben végzett gyógyító munkát,
- avagy a helyben, saját hatáskörben végzett ellátás után magasabb szintre küldik-e a beteget,⁶ illetve
- a diagnózis felállítása után egyből magasabb ellátási szintre utalják-e őket.⁷

Ez a kérdés tehát teljes közvetlenséggel arra irányult, hogy az orvosok mit preferálnak. Úgy véljük, nem meglepő módon, az elrendelt terápia intézményi szintjei esetén az egyes betegcsoportoknak a szociális helyzet mentén való kialakulása, illetve az orvosok attitűdjeiben felfedezhető mintázatok roppant nagy hasonlóságot mutatnak az előbbieken elemzettekkel. Ezek az erős analógiák azt bizonyítják, hogy helytálló, amit a vizsgálatokról szóló fejezetben írtunk, vagyis az orvosok a betegeket a szociális-gazdasági, illetve a szociálpszichológiai státus mentén érzékelik, egyúttal az orvosi gyakorlat egyes lényeges dimenzióit e státuskülönbségek határozzák meg, és nem az embertől mint társadalmi lénytől független betegség. De ismét csak kezdjük az elemzett adatokkal.

Elsőként szükséges volt tisztázni, hogy a háziorvosok milyen rejtett dimenziók mentén látják pácienseiket a felajánlott terápia tekintetében. A felsorolt betegcsoportok vonatkozásában az orvosok terápia-szint preferenciáira adott válaszokat faktorizáltuk (lásd 5. melléklet), ennek eredményeként három betegcsoport alakult ki: a szociálisan alacsony státusú, a szociálisan jól pozicionált, illetve az alacsony együttműködési nívót képviselő betegeké.

A következő lépésben clusterelemzéssel megállapítottuk, hogy a háziorvosok milyen csoportokba rendeződnek aszerint, hogy az egyes fő

⁶ Ilyen eset pl. az, ha valakin egy égési sérülést helyben ellát az orvos, ezek után pedig egy magasabb szintre küldi plasztikára (ahelyett, hogy helyben próbálná a teljes rehabilitációt elérni).

⁷ Ebben az esetben úgy látja az orvos, hogy a beteg gyógyulási esélyei a magasabb ellátási szinten eleve jobbak, és ezért eleve ezzel a megfontolással küldi oda a beteget.

betegcsoportoknak milyen intézményi szinten ajánlanak terápiát. Az elemzés eredményeként négy stabil cluster alakult ki (lásd 6. melléklet).

1. Magas szintű ellátás mindenkinek (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyéből magasabb szintre utalja
depriváltak	10,9	81,5	7,7
magas státusú	3,7	91,3	5,0
alacsony compliance	8,8	82,1	9,1

Az első csoportba tartozó háziorvosok a legmagasabb arányban mindenkit helyben látnak el, ezek után pedig magasabb ellátási szintre utalják őket. Ez a csoport alkotja a háziorvosok legnagyobb tömegét, összesen 32,9 százalékot. E magatartást nevezhetjük akár (és az egyéb csoportokhoz képest is) kiemelkedően lelkiismeretesnek; ebben a magatartásban az a lényeges, hogy helyben, tehát a lehető leghamarabb látják el a beteget, ezek után viszont magasabb kompetencia-szintre küldik.

Meg kell azonban jegyezni, hogy még ebben a leginkább hivatáshűen eljáró csoportban is a szociálisan deprivált betegek mintegy tíz százalékponttal kisebb arányban kerülnek át a magasabb ellátási szintre, mint a magas társadalmi státusú betegek.

2. Nehéz betegnek helyben ellátást (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

n	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyéből magasabb szintre utalja
depriváltak	59,4	32,0	8,6
magas státusú	16,8	51,4	31,9
alacsony compliance	53,5	40,2	6,3

A háziorvosok 21,6 százalékát kitevő csoport erősen differenciál a betegek között: a szociálisan deprivált, illetve az alacsony együttműködési színvonalú betegek többségét helyben látja el és nem küldi magasabb szintre. Az ellátás utáni magasabb ellátási (és/vagy kompetencia-) szintre utalás legkevésbé a szociálisan deprivált betegek esetében érvényesül. Velük ellentétben a magas státusú betegeket helyi ellátás után magasabb szintre utalja az ebbe a csoportba tartozó háziorvosoknak több mint a fele, egyúttal ennek az orvoscsoportnak a harmada a magas státusú betegeket el sem látja helyben, hanem egyből a magasabb ellátási szintet ajánlja fel. Mivel az első clusterbe tartozó orvosokkal szemben ez a csoport a magas társadalmi státusú betegeket nagy arányban utalja egyből magasabb ellátási szintre, felmerül a gyanú, hogy esetükben egyszerre érvényesül a kedvezési vágy a magas státus felé, illetve a felelősségátvétel. Ezt erősíti meg az, hogy ebben az orvoscsoportban a magas társadalmi státusú betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját szignifikánsan többen látják jobbnak, mint a többi orvoscsoport esetében. Ugyancsak erre rímel az a tény, hogy ebben a csoportban az orvosok az átlag felett rendelkeznek magas szinten felszerelt rendelővel. *Ez a háziorvosi csoport az (a többi clusterbe tartozókhoz képest), amely a legjobban differenciál tár-*

sadalmi státus szerint, komoly különbséget teremtve a szociálisan hátrányos, illetve az előnyös helyzetben lévő betegek ellátási szintje között.

3. Alapvetően mindenkit helyben ellátást (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

n	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyből magasabb szintre utalja
depriváltak	70,1	19,5	10,5
magas státusúak	76,6	18,8	4,7
alacsony compliance	85,5	11,6	2,9

A háziorvosok következő csoportja (arányuk a teljes populációban 23,6 %) alapvetően a helyben alkalmazott ellátást preferálja. Ezen belül azonban némi különbséget látunk az egyes betegcsoportok szerinti preferenciákban – méghozzá inkább az alacsony együttműködési nivójú betegek és nem feltétlenül a szociálisan depriváltak hátrányára. Alacsony compliance esetén a betegek magasabb arányban kapnak csak helyi ellátást, mint a másik két csoport. Ugyanakkor a szociálisan deprivált betegek közel azonos arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, mint a magas státusúak. Ezzel együtt ebben a csoportban a háziorvosok tíz százaléka a szociálisan hátrányos helyzetű betegeket egyből a magasabb szintre küldi. Esetükben vélhetően azért nem beszélhetünk pl. felelősségáthárításról, mert ezek az orvosok szociálisan hátrányos helyzetű betegeik rizikófaktor-csökkentő magatartását szignifikánsan rosszabbnak látják, mint a többiek, illetve jelentős mértékben jobb a kommunikációs szintjük ezekkel a betegekkel, mint a többi clustercsoport tagjainak.

4. Alacsony compliance-t hárít (eloszlás % az ellátás szintje szerint)

	helyben ellátja	ellátja és magasabb szintre utalja	egyből magasabb szintre utalja
depriváltak	78,6	16,6	5,6
magas státusúak	61,2	33,5	5,3
alacsony compliance	19,2	63,0	17,8

A negyedik clusterbe tartozó orvosok (22 %) szociális státus és compliance szerint egyaránt differenciálják betegeiket. Esetükben a legnagyobb arányban a szociálisan deprivált betegek kapnak csak helybeni ellátást – velük szemben viszont az alacsony compliance-fokkal jellemezhető betegek karrierje érdekes: nagy arányban kapnak helyi, majd magasabb szintű ellátást, azonban az ebbe a clusterbe tartozó orvosok közel egyötöde őket azonnal a magasabb szintre küldi. Mivel azt látjuk, hogy ebben az orvoscsoportban a betegek rossz együttműködési potenciálja az, amely lényegében kis arányban tartja őket a csak helyi ellátásban, így indokoltnak tűnik a cluster elnevezése. Tegyük hozzá azonban, hogy ez az orvoscsoport az, amely a szociálisan deprivált betegek esetében a legnagyobb arányban választja a csak helyi kezelést. Kérdés, hogy a terápia intézményi szintjében megjelenő effajta hátrány mivel függ össze. Az

elemzések azt mutatják, hogy ennek az orvos csoportnak az átlaghoz képest semmivel sincs több konfliktusa a betegeivel, függetlenül azok státusától, illetve a kommunikáció minősége is átlagos mindegyik csoporttal kapcsolatban. Ezek az orvosok azonban jóval nagyobb arányban dolgoznak kisközsegekben, mint az előbb tárgyalt, többi orvoscsoport.

Az eddigiek azt mutatják, hogy a házi orvosok egyrészt a terápia szintjének elrendelése vonatkozásában is differenciálnak a betegek szociális, illetve szociálpszichológia státusa szerint, másrészt – és ebből következően – azt látjuk, a terápia intézményi szintjének kiválasztását éppen ezek a differenciált státusok szabják meg – és nem más (pl. valamilyen eljárási protokoll).

Az orvosok kora, képzettségi szintje, az egy betegre számítható fajlagos idő maximuma éppúgy nem befolyásolja a terápia szintjének preferenciáját, ahogyan a vizsgálat költségszintjét sem. Természetesen adódik a kérdés, hogy az orvosok leterheltségi szintje, azok variációi hogyan befolyásolják azt, hogy milyen intézményi szinten kerül sor a terápiára. Az adatok azt mutatják, hogy nincs teljesen egyértelmű kölcsönösség a leterheltség és aközött, hogy az orvos helyben gyógyít-e, vagy éppen elküldi páciensét magasabb szintre. Az átlagos terhek mellett dolgozók éppúgy nagyobb arányban nyújtanak magas szintű ellátást mindenkinek, mint azok, akik egy településen magas terhek mellett dolgoznak. Azok az orvosok pedig, akik több településen, átlag feletti ellátási időben látják el feladataikat, az átlaghoz képest éppen hogy nagyobb arányban preferálják egyúttal az alapvetően helyben végzett gyógyító munkát.

Mivel azt látjuk, hogy a „kemény” adatok mentén nehezen magyarázhatók az orvosok preferenciában mutatkozó különbségek, viszont a vizsgálatok költségszintjének elemzésekor láttuk, hogy pl. a páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciáljának értékelése erős magyarázó tényező, most érdemes figyelmünket erre irányítani.

Azok az orvosok, akik magas szintű intézményi ellátásban részesítenek minden beteget, egyúttal az átlagnál nagyobb arányban látják úgy, hogy magas a szociálisan deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő képessége. Ez a látásmód azt, hogy ezek az orvosok éppen ebbe a clusterbe tartoznak, 23 százalékban, tehát erősen magyarázza.⁸

Azok a házi orvosok viszont, akik vagy alapvetően minden beteget helyi szinten kezelnek, illetve azok, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják” (és a szociálisan depriváltakat részesítik a legnagyobb arányban helyi ellátásban), egyúttal a deprivált betegek rizikófaktor-csökkentő képességét átlag alattinak értékelik. (Ez a látásmód 13 százalékos magyarázó erőt képvisel.)

⁸ A lineáris regresszió béta értéke 0,23.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a szociálisan deprivált páciensek vélt rizikófaktor-csökkentő potenciáljának rétegei szerint (%)

	alacsony	közepes	magas
magas szintű ellátás mindenkinek	21,7	37,8	40,5
nehéz betegek helyben ellátást	32,0	44,1	23,9
alapvetően mindenkit helyben	48,1	21,4	30,5
alacsony compliance-t hárít	47,7	27,9	24,4
átlag	35,2	33,6	31,2

Kézenfekvő, hogy ezek után összehasonlítsuk a vizsgálati költség-szint, illetve a terápia intézményi szintje szerinti preferencia-csoportokat.

A terápia intézményi szintjét eltérően preferáló orvosok eloszlása a vizsgálati költség-szint preferenciái szerint (%)

	érdekérvé- nyesítő képesség a döntő	kora, rizikó- faktora fontos	alapvetően helyben	a depriváció fontos
magas szintű ellátás mindenkinek	29,2	15,7	29,3	25,8
nehéz betegek helyben ellátást	45,1	38,3	2,3	14,3
alapvetően mindenkit helyben	32,3	10,7	42,9	14,1
alacsony compliance-t hárít	70,8	7,0	10,9	11,3
átlag	42,8	17,6	21,5	18,1

Az adatok azt mutatják, hogy a két attitűd összefügg, megerősíti egymást. Azok az orvosok, akik magas szintű ellátást biztosítanak mindenkinek, egyúttal átlag felett látják úgy, hogy a vizsgálatok költség-szintjének meghatározása során a szociális depriváció fontos szempont.

Azok a háziorvosok, akik alapvetően mindenkit helyben kezelnek, egyúttal a vizsgálatokat is inkább helyben végzik.

Igen kiugró, amit azoknál az orvosoknál látunk, akik az alacsony együttműködési szintű betegeket „elhárítják”, illetve a szociálisan depriváltakat részesítik a legmagasabb arányban helyi ellátásban: ez az orvoscsoport egyúttal kiemelkedő arányban a jó érdekérvényesítő képességű pácienseit részesíti magas költség-szintű vizsgálatokban is.

Megvizsgálva a két attitűd egymásra gyakorolt, kauzális hatását, azt látjuk, hogy elsősorban együttjárásról és nem oksági viszonyokról van szó, azaz e két attitűd együttesen és egymást erősítve befolyásolja a betegekkel való viszonyt.

Összefoglalva: a háziorvosok egy része a szociálisan perifériális helyzetű betegek esetében alacsonyabb intézményi szinten nyújt terápiát. Mindebben e betegek szociális deprivációja – a vizsgálati költség-szint esetében látottakkal analóg módon – oki tényező. Ebben az esetben is jelentős szerepet játszik az, hogy e betegek rizikófaktor-csökkentő potenciálját alacsonynak értékelik.

Az elrendelt gyógyszerek költsége

A vizsgálat során igyekeztünk megállapítani, hogy a házi orvosok az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban figyelembe veszik-e a felírt gyógyszerek költségeit. Ez a kérdés egyrészt nyilvánvalóan kihat magának az elrendelt terápiának a sikerére (ha a beteg azért nem gyógyul, mert nem tudja megvenni a gyógyszert, vagy nem minden gyógyszert tud minden esetben megvenni, akkor értelmetlen a terápia elrendelése), másrészt pedig társadalmi szolidaritási kérdés. Ezt azért érdemes külön is hangsúlyozni (amellett, hogy némi naivitással azt is gondoljuk: az orvosok akár elemi érdeküknek is tekinthetnék a betegek mihamarabbi eredményes – és anyagi képességeiktől független – gyógyulását), mert az orvosszakma segítő foglalkozás, és ilyen minőségében etikai vetülete is van. Amellett, hogy az orvos vegye figyelembe a beteg anyagi helyzetét a gyógyszer felírásakor, egyszerre szólhatnak racionális, illetve morális érvek.

Megkértük az orvosokat, hogy skálázott módon adjanak választ arra a kérdésre: a felsorolt betegcsoportok esetében milyen gyakran veszik vagy nem veszik figyelembe a gyógyszerek költségeit. A kapott adatokat faktorizáltuk, s az eljárás során a már ismert három betegcsoport alakult ki: a magas társadalmi státust képviselő, a szociálisan deprivált, illetve az alacsony compliance-t képviselő betegeké (lásd 7. melléklet). Következő lépésként a faktorsúlyokon végzett clusterelemzés az orvosok négy markáns csoportját különítette el (lásd 8. melléklet), e négy csoport az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban más és más attitűdöt képvisel.

A gyógyszerköltségek figyelembevétele szerint elkülönülő négy orvoscsoport, betegcsoportonként – a „gyakran vagy mindig figyelembe veszi a költségeket” válaszok százalékában

	magas státusú	depriváltak	alacsony compliance
szoc. érzékeny	24,0	86,0	15,1
szoc., pszich. érzékeny	12,3	91,2	68,7
nem szolidáris	22,3	31,6	34,6
mindenkinél figyelembe veszi	92,4	94,9	94,5

Az első, szociálisan érzékenynek nevezett clusterbe tartozó házi orvosok a szociálisan hátrányos helyzetben élő betegek esetében igen nagy gyakorisággal figyelembe veszik a költségeket. Ők a vizsgált házi orvosok 26,1 százalékát alkotják.

A szociálisan és szociálpszichológiailag érzékenynek nevezett clusterbe tartozó orvosok azok, akik egyrészt a szociálisan deprivált betegek esetében a legnagyobb arányban veszik figyelembe a gyógyszerköltségeket, másrészt az alacsony együttműködési szintet képviselő betegek esetében is nagy arányban ezt teszik. Egyúttal ők azok, akik a magas státusú betegek esetében a legkisebb gyakorisággal veszik figyelembe e költségeket – ez jelentheti azt is, hogy e betegeikről feltételezik: képesek a gyógyszereket megfizetni. Ez a legnagyobb létszámú csoport a házi orvosok között (29,9%), egyúttal ők tekinthetők a minden szempontból leginkább

szolidáris, egyúttal a betegek gazdasági teljesítőképessége iránt etikus magatartást tanúsító csoportnak.

A harmadik, nem szolidárisnak nevezett csoport (16,6%) az, amely a szociálisan deprivált betegek esetén a legkisebb arányban veszi figyelembe a gyógyszerek költségeit. A másik két betegcsoport esetén tapasztalható, ugyancsak alacsony arányok azt mutatják, hogy az e clusterbe tartozó orvosok „abstart” nem érzékenyek betegek gazdasági helyzete iránt.

A negyedik, összesen 27,4 százalékot kitevő csoport a betegek státusától függetlenül, alapvetően figyelembe veszi a gyógyszerek felírásakor azok költségeit.

Az eddigiekben kialakult várokozások szerint a gyógyszerköltség és a betegek státusa közötti kapcsolatot legalább néhány változónak magyarázni kellene. Az elemzések azonban azt mutatták, hogy a gyógyszerköltség-attitűd független tényező, éppúgy nem magyarázza az orvosok kora, képzettsége vagy praxisban töltött ideje, mint ahogy a betegek rizikófaktor-csökkentő magatartásával kapcsolatos látásmód sem.

Ezek után azt kell megállapítanunk, hogy *a házi orvosoknak a gyógyszerköltségek figyelembe vételében megnyilvánuló szolidaritása, vagy e szolidaritás hiánya független dimenzió, és önállóan befolyásolja azt, hogy pl. a szociálisan hátrányos helyzetű betegek milyen kifizethető vagy megfizethetetlen gyógyszerköltségek elé néznek.*

Terápia utáni nyomonkövetés

A vizsgálat során abból indultunk ki, hogy noha a házi orvosi gyakorlatnak nem feltétlenül része a betegek terápia utáni szakaszának követése, az, hogy mégis milyen esetben végeznek ilyen munkát, sokat elárulhat az orvosok szemléletmódjáról – és ezzel közvetve az egyes társadalmi csoportokkal kapcsolatos viszonyukról.

Az egyes betegcsoportokkal kapcsolatban azt a kérdést tettük fel a házi orvosoknak, hogy milyen mértékben látják szükségét az utánkövetésnek, milyen gyakran követik nyomon a beteg terápia utáni sorsát. A válaszok adatait faktorizálva *ebben a kérdésben már nem társadalmi státus szerint rendeződnek el a betegcsoportok, hanem orvosszakmainak nevezhető szempontok szerint.*

A faktoranalízis eredményeként először is három rejtett dimenzió szerint rendeződnek el a betegek: az elsőt, erős heterogenitása okán széles spektrumúnak neveztük. A második csoport a már ismert alacsony együttműködési potenciállal rendelkezőké, a harmadik pedig a kisebb életesélyű betegeké (nagyon idősek, illetve azok, akik a terápia után magas rizikófaktort jelentő környezetbe térnek vissza).

A faktorsúlyok szerint végzett clusterezés eredményeként a házi orvosok négy jól elkülönülő csoportja alakult ki.

Az utánkövetés szempontjából kialakult clusterek – az utánkövetés kérdésére adott válaszokban a „nem, vagy kevéssé”, illetve a „gyakran vagy mindig” válaszok százaléka

	minden esetben nem, gyakran, kevésé mindig		esetfüggő nem, gyakran, kevésé mindig		nehéz betegeket nem, gyakran, kevésé mindig		csoportszelektív nem, gyakran, kevésé mindig	
széles spektrum	98,8	8,6	5,4	21,0	18,4	4,9	57,3	
alacsony compliance	98,7	12,8	15,7	13,4	49,6	33,3	21,6	
kisebb életesélyű	94,1	9,4	17,3	0,3	89,6		88,8	

Az első csoportot (ők a teljes vizsgált kör 23,5 százaléka) mindhárom betegcsoportot gyakran vagy mindig utánkövetik.

A második orvoscsoport (25,5%) ún. esetfüggő elnevezést kapott: mindhárom betegcsoport esetén leggyakoribb válaszuk az „esettől függ” volt, azaz nem betegcsoportok szerint döntenek el, hogy végeznek-e utánkövetést, hanem az adott konkrét beteg a választás fókuszja.

A harmadik, egyben a legnagyobb arányt képviselő orvoscsoport (40,9%) alapvetően a nehéz betegeket, ezen belül is a nagyon időseket, illetve a magas rizikófaktort képviselő környezetbe visszatérőket követi nyomon; a széles spektrumot képviselő betegek nyomonkövetése elsősorban esetfüggő.

Végül a negyedik, egyben legkisebb arányú csoport (10 %) elnevezése csoportszelektív lett, mivel ők egyrészt a csökkent életesélyű betegeiket igen nagy arányban követik nyomon, az alacsony compliance-t képviselő betegek esetében egyharmaduk nem végez nyomonkövetést, illetve egyötödük gyakran, ugyanakkor a széles spektrumban helyet foglaló betegek több mint felét gyakran, a maradékot esettől függően nyomonkövetik. Ez a csoport tehát erősen szelektál a betegek életesélyei valamint szociálpszichológiai státusa szerint.

Megvizsgálva az orvosok leterheltségi szintjeit, azt találtuk, hogy noha az egyes terhelésvariációt képviselő csoportokban az orvosok utánkövetés iránti attitűdje eltérő, alapvetően ezt az attitűdöt nem a terhelés befolyásolja.

Elmondható tehát, hogy az utánkövetés, mint opcionális háziorsvosi tevékenység során az orvosok alapvetően nem szociális státus szerint döntenek el, hogy mely csoport betegeit kövessék nyomon, hanem elsősorban szakmai, illetve személyes szubjektív preferenciáik érvényesülnek.

A romák betegségarányairól való ismeret

Az adatfelvétel során a házi orvosoknak olyan belgyógyászati betegségcsoportokat soroltunk fel, amelyben ismerjük a romák betegségarányait (lásd 9. melléklet). Megkértük a válaszolókat, hogy betegségcsoportonként döntsék el: az adott betegség a romáknál ritkábban fordul-e elő, az előfordulási gyakoriság azonos-e a nem romákéval, avagy gyakoribb a romáknál.

Az adatok elemzése során a következő eljárást alkalmaztuk. Mivel

nem egyszerűen arra voltunk kíváncsiak, hogy az orvosok általában véve hogyan látják a romák betegségarányait, hanem arra, hogy mi befolyásolja az ezzel kapcsolatos nézetüket, milyen összefüggések fedezhetők fel a vélemények háttérében, nem elégedhettünk meg azzal, hogy betegségcsoportonként hasonlítsuk össze a véleményeket a mérvadó országos roma felvételünk adataival. Ennek megfelelően az eddigi attitűdelemzéshez hasonló eljárást alkalmaztunk, azaz első körben megnéztük, hogy a betegségcsoportok gyakoriságára adott válaszok milyen rejtett változóba rendezik magukat a betegségcsoportokat, vagyis milyen belső csoportosítás alakul ki az egyes betegségcsoportok között.

Az adatokat tehát faktorelemzésnek vetettük alá. Ennek eredményeként a roma és nem roma betegek betegséggyakoriságainak differenciáit illetően öt nagy csoportba rendeződtek a betegségek.

Az első faktorba kerülnek az átmeneti agyi keringészavarok, a magasvérnyomás betegségek, az ischaemiás szívbetegségek, illetve a cerebrovascularis betegségek. E betegségek között a nemzetközi standardok jelentős összefüggést találnak, különösen a hipertonia, a cerebrovascularis megbetegedések, a stroke-ok, illetve az ischaemiás szívbetegségek között. Összefoglalóan a szív- és érrendszeri megbetegedések elnevezést kapta a faktor.

A második faktorba meglehetősen nagyszámú betegség sorolódott: tbc és gümőkór, daganatos megbetegedések, az idült alsó légúti megbetegedések, asztma, gyomor- és bélrendszeri megbetegedések, valamint a máj megbetegedései. A faktorban elfoglalt közös helyet az indokolja, hogy változó erősséggel, de mindegyik erősen összefügg a magas rizikót jelentő életmód, a dohányzás és alkoholfogyasztás, az alacsony minőségű táplálkozás, a rossz lakó- és életkörülmények valamelyikével, vagy egyszerre többel is. Ennek okán ezt a faktort az életmóddal és életkörülményekkel összefüggő betegségek faktorának nevezzük.

A harmadik faktorba kizárólag a vázrendszert érintő betegségek kerültek (deformáló hátgerinc elváltozások, spondylopathiak, csontritkulás).

A negyedik faktort a vér- és a vérképzőrendszer megbetegedései, valamint a vashiányos vérszegénység alkotják. E megbetegedéseket, különösen a romáknál is kiemelkedő szerepet játszó vashiányos vérszegénységet a nemzetközi szakirodalom a fejlődő országok tipikus megbetegedésének tartja.

Végül az ötödik faktorba a nem organikus eredetű a mentális- és viselkedészavarok, valamint a pszichoaktív szerek okozta megbetegedések kerültek; mindkettő erősen összefügg a stressztűrési alacsony fokával, a depresszióval stb., tehát azokkal a tényezőkkel, amelyek erősen együtt járnak a kilátástalan élethelyzetekkel.

A következő lépésben clusterelemzést végeztünk a betegségfaktorok együtthatóival. Mivel a roma népesség egészségére vonatkozó felvételből a nem organikus eredetű mentális és viselkedészavarokra vonatkozó roma arányokat nem ismerjük,⁹ a háziorvosok gyakorisággal kapcsolatos

⁹ Noha más, kisebb mintán végzett felvételek valószínűsítik, hogy a romák körében pl. a depresszió igen magas arányokat ölt, erről jelen elemzésünkben, konkrét és megbízható számadatok híján nem adhatunk számot.

nézeteit nem tudjuk összehasonlítani mérvadó adatokkal, ezért az ötödik faktor score-jait kihagytuk a clusterezési eljárásból (lásd 10. melléklet). Az elemzés nyomán az orvosok négy stabil clusterbe rendeződtek el.

Ahhoz, hogy az egyes clusterekben elhelyezkedőknek a romák betegséggyakoriságairól mondott ítéleteit értelmezhessek, érdemes a borsodi elemzés adatait ehelyütt felidézni. Az adatokat a házi orvosok gyakorisági ítéleteiből kialakult betegségcsoport faktorok átlagai szerint mutatjuk be (a szorzó azt mutatja, a romák betegségarányai mennyivel nagyobbak faktoronként).

	szorzó
szív- és érrendszeri	1,3
életmódból és körülményekből adódó	4,8
vázrendszeri betegségek	2,3
vér, vérképzőrendszeri	14,7

1. Relatív tisztánlátó – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	–	25,3	74,7
életmódból és körülményekből adódó	–	46,2	52,2
vázrendszeri betegségek	–	67,8	32,2
vér, vérképzőrendszeri	–	66,7	30,4

Az első clusterbe tartozó házi orvosokat relatív tisztánlátóknak nevezzük, mert – legalább is a többi clusterbe tartozókhoz képest – a legtöbb esetben úgy ítélik, hogy a romák betegségarányai az egyes faktorokba tartozó betegségek esetében magasabbak. Ez a csoport a teljes populáció 13,9 százalékát alkotja. Noha a romák mindegyik betegségfaktor esetében nagyobb arányban betegek, mint a teljes társadalom, ezen belül pedig a harmadik világ betegségeként is aposztrofált vashiányos vérszegénység mutatója kiugró, az orvosoknak még e relatív tisztánlátó csoportjában is kevesebben gondolják úgy, hogy a romák gyakrabban betegek ebben a betegségcsoportban. Ugyanakkor ez az egyetlen orvoscsoport, amely tisztán látja, hogy a romák között a szív- és érrendszert érintő megbetegedések aránya magasabb, mint a nem romák között. Elnevezésükben a „relatív” jelző továbbá azért is indokolt, mert a rossz életkörülményekből, illetve a szegényekre jellemző életmódból fakadó betegségek romák közti magas gyakoriságát alig több mint ötven százalékuk tudatosította vagy vette észre. Másrészt ez az egyetlen orvoscsoport, amely egyetlen betegségfaktor esetén sem gondolja úgy, hogy a romák ritkábban betegek, mint a nem romák.

2. Nem érzékeny – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	6,1	89,0	4,9
életmódból és körülményekből adódó	6,5	79,9	13,6
vázrendszeri betegségek	14,1	83,5	2,3
vér, vérképzőrendszeri	3,8	89,8	6,5

A második clusterbe tartozó orvosok (arányuk a legmagasabb, 46,4%!) alapvetően úgy látja, hogy romák és nem romák az egyes betegségfaktorokban közel azonos arányban betegek. Ebből fakadóan elnevezésük azt tartalmazza, hogy *nem érzékenyek a romák fokozott problémáira*.

3. Életmód és környezet problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	39,5	59,0	1,6
életmódból és körülményekből adódó	5,2	32,7	63,8
vázrendszeri betegségek	50,4	46,3	3,3
vér, vérképzőrendszeri	2,9	37,4	61,2

A harmadik orvoscsoport két betegségfaktor esetében gondolja azt, hogy a romák betegségaránya magasabb, ezek a rossz életkörülményekkel és táplálkozással, a szegény életmóddal kapcsolatosak. Ugyanakkor ez a csoport (amely a teljes populáció 12,3 százaléka) azt is gondolja, hogy a szív- és érrendszeri megbetegedések a romák között azonosak, vagy éppen ritkábbak, hasonlóan a csonvázrendszeret érintő megbetegedésekhez.

4. Életmód problémák – „a cigány populációban az adott betegségek gyakorisága” kérdésre adott válaszok százaléka

	ritkább	azonos	gyakoribb
szív- és érrendszeri	14,8	81,7	3,6
életmódból és körülményekből adódó	5,0	33,0	62,0
vázrendszeri betegségek	23,3	61,8	15,0
vér, vérképzőrendszeri	31,0	67,0	4,1

A negyedik clusterbe tartozó házi orvosok annyiban hasonlítanak az előző clusterbe tartozókra, hogy jelentősebb hányaduk látja úgy: a szegény életkörülményekkel és életmóddal kapcsolatos betegségek aránya a romák körében magasabb. Ugyanakkor, és az előző cluster csoporttal ellentétben, a vér és vérképzőrendszeri megbetegedések magasabb arányait már nem realizálják. Ők alkotják egyébként a vizsgált házi orvosi populáció 27,4 százalékát.

Összefoglalva: a két utóbbi orvoscsoport azon betegségfaktorok magasabb arányát veszi észre a romák között, amelyek specifikusan és látványosan a romák szegénységéhez kapcsolódnak, miközben a hasonlóan gyakori, ámde a szegénységhez látványosan nem kapcsolható betegségfaktorok kiugrását nem realizálják.

Az adatok összesítéséből látható, hogy a házi orvosoknak összesen a 86,1 százaléka, tehát a többsége két vagy több betegségfaktor esetében nem látja, vagy nem látja eléggé a romák jelentősen magasabb arányú veszélyeztetettségét. Ez annyit is jelent, hogy ebből következően nem látják szükségét annak, hogy a roma közösség tagjai fokozottabban vegyenek részt prevenciók és szűrővizsgálatokon, s hogy általában velük kapcsolatban fontosabbak az olyan beavatkozások, melyek csökkenthetik köztük azon kiemelt betegségek előfordulási arányát.

A következő lépés az okok felderítése, vagyis annak tisztázása, hogy a romák betegségarányaival kapcsolatosan mi mindennel függ össze a házi orvosok látásmódja, illetve hogy milyen oksági tényezők fedhetők fel ezen a téren.

Elsőként érdemes mindazt összefoglalni, ami nem függ össze ezzel a látásmóddal, mégpedig azért, mert a kutatás során feltárt tényezők többsége független ettől! Tehát az, hogy a házi orvosok látják-e a romák magasabb betegségarányait, független:

- a képzettségtől (szakvizsgák száma, továbbképzéseken szerzett összpontszám),
- az életkortól és a kor szerinti mobilitástól (tehát a tapasztalatoktól),
- az ellátott romák arányától (ugyancsak tapasztalati tényező),
- az ellátott települések rangjától és méretétől.

A romák betegségarányairól való ismeret tehát alapvetően független a „kemény” változóktól, ezek nem magyarázzák e tudás mértékét az egyes csoportok esetében. Ugyanakkor találunk néhányat a vizsgált attitűdök közül, amelyek viszont komoly mértékben összefüggnek e tudással.

A romák betegségarányairól alkotott ismeret szerint elkülönülő, egyes házi orvosi csoportok kommunikációs minősége, egyúttal konfliktusainak gyakorisága a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel meglehetősen eltérő.

A romák betegséggyakorisága iránti látásmód – a kommunikációs minőség, illetve a konfliktusgyakoriság faktoregyütthatóinak átlagai

	depriváltakkal való kommunikáció	depriváltakkal való konfliktusok
relatív tisztánlátó	0,4280	-0,1215
nem érzékeny	0,0399	-0,0795
életmódbeli és környezet problémák	-0,1765	0,0147
életmódbeli problémák	-0,1942	0,2979

Azok az orvosok, akik relatíve tisztán látják a romák magas betegségarányait, egyúttal az átlag feletti szinten képesek a hátrányos helyzetű emberekkel kommunikálni, illetve átlag alatt fordulnak elő a velük való konfliktusok.

Azok az orvosok, akik nem érzékenyek a romák magasabb betegségarányaira, mindenben az átlagot képviselik. Azok viszont, akik kizárólag a szegény életmódból adódó betegségek gyakoriságát látják, egyúttal át-

lag alatti szinten kommunikálnak hátrányos helyzetű betegekkel, s egyúttal átlag felett számolnak be velük való konfliktusokról.

Azon orvosok, akik a szegény életmód és a hátrányokat jelentő környezet együttes hatásával is magyarázható betegségek gyakoriságát tekintik magasnak, nem számolnak be átlag felett konfliktusokról, viszont a szociálisan depriváltakkal való kommunikációjuk szintje átlag alatti.

A látásmód tisztasága, illetve a kommunikáció és az ezzel szorosan együtt járó konfliktusszint összefügg. Mivel az orvos–beteg viszony kommunikatív térben megnyilvánuló interakció, ezért feltételezzük (és ezt az elemzés meg is erősíti), hogy a tisztánlátás és a kommunikáció között nem oksági viszony van, hanem együttjárás. Végtére is e két tényező egymásra hat, egymást rontja vagy javítja: *ha megfelelő bizalmi viszony van az orvos és hátrányos helyzetű betegek között, valószínű, hogy az orvosnak egyszerűen „jobb a szeme” e csoport sajátos helyzetére és problémáira. Vice versa: ha pl. az orvos nem veszi tudomásul roma betegeinek a problémáit, egyúttal ezzel rontja is a bizalmi viszonyt, tehát rontja a kommunikáció minőségét, és valószínűbbek a konfliktusok.*

A kutatás előkészítéskor végzett interjúk során visszatérő tapasztalat volt egy olyan orvosi érvrendszer, amely azt sugallja, hogy a romák „etnikai sajátosságai” a konfliktusok, illetve a rossz kommunikáció, a rossz viszony forrása. Az interjúkban nyilatkozó orvosok azonban rendszerint az utalásos beszéd fordulataival éltek, nem nevezték meg ezeket a fránya „etnikai sajátosságokat”, ellenben utaltak arra, hogy „mindenki tudja”, hogy milyenek is azok. Az eddigi elemzésekben láttuk, hogy a házi-orvosi társadalom egyes részei alapvetően, és az etnikai hovatartozástól függetlenül nem tudnak eléggé kommunikálni a szociálisan deprivált, hátrányos helyzetű emberekkel, vannak konfliktusaik, illetve ezeket a betegeket részesítik alacsonyabb szintű (bár orvosi szempontból lehet, hogy helytálló) szolgáltatásokban. Az orvosi közbeszéd azonban nem a szegénységet teszi felelőssé a rosszabb viszonyért, hanem az etnicitást. Mondhatjuk tehát, hogy a kognitív disszonancia redukció remek példáját látjuk: a konfliktus akkor racionalizálható egy olyan hivatás képviselője számára, akinek hivatásából és elveiből következően nem lehetnének konfliktusai betegeivel, ha képes racionalizálni e konfliktus okát – mégpedig a páciens valamilyen sajátossága mentén. Az ilyen racionalizációnak pedig az etnicizálás, az etnocentrikus előítéletesség meglehetősen gyakori módja.

Melléklet

1. melléklet

	fact1	fact2	fact3	fact4
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	-0,1088	0,1505	0,0952	0,8078
Szociálisan periférián élők, szegények	0,1015	0,7610	-0,0599	-0,0208
„Élősködő” páciensek	0,5929	0,1231	-0,0932	0,5107
Cigányok	0,1873	0,7023	0,0703	0,0989
Alacsony iskolázottságúak	0,0719	0,7418	0,0944	0,2347
Nagyon idősök	-0,1567	0,4400	0,5950	0,0082
Fegyelmetlen betegek	0,3421	0,0068	0,1314	0,6718
Teátrális viselkedésű betegek	0,6590	0,2242	-0,0424	0,4205
Munkanélküliek	0,1838	0,7148	0,2261	0,0153
Magas iskolázottságúak	0,8073	0,1824	0,2632	-0,0622
Nagyon jómódú betegek	0,8033	0,1358	0,3297	0,0704
Kvalifikált közepes keresetűek	0,5577	0,1517	0,6249	-0,0301
Fiatalok	0,1879	0,1137	0,7700	0,1147
Nagyon elfoglalt betegek	0,1873	-0,0693	0,7725	0,0853

2. melléklet Vizsgálat eszközök költség szintjét befolyásoló tényezők – clusterek a betegcsoportok faktoregyütthatóinak átlagain

	jó érdek- érvényesítő	deprivált	korspecifikus
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, deprivációja döntő	0,692	-0,654	-0,139
alapvetően helyben	-0,254	0,446	1,709
elsősorban depriváció a döntő	-1,523	-0,403	-0,664
	0,421	1,599	-0,544

3. melléklet A rizikófaktor csökkentési szempontból elkülönülő három fő csoport átlagos faktorsúlyai az egyes vizsgálati költség szintet képviselő clustereken

	magas státusúak	veszélyez- tetettek	alacsony compliance
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	0,02363	-0,30028	0,09503
alapvetően helyben	0,26822	-0,10832	0,25609
a depriváció fontos	-0,07368	0,55838	-0,31590
	-0,28186	0,17611	0,11385

4. melléklet A szociálisan deprivált páciensek rizikófaktor-csökkentő potenciáljának oksági összefüggése az orvosi preferencia clusterekkel (lépésenként végzett lineáris regresszió, béta együtthatók)

	alacsony	közepes	magas
érdekérvényesítő képesség a döntő kora, rizikófaktor fontos	0,1516	0,0000	-0,1950
alapvetően helyben	0,0000	0,1310	0,0000
a depriváció fontos	-0,1047	-0,0763	0,1834
	0,0000	-0,1019	0,1416

5. melléklet *Faktorcsoportok a felajánlott terápia esetén. Összes magyarázott variancia 63 %*

	fact1	fact2	fact3
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	0,36252	-0,1221	0,63769
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,61205	0,13612	0,26872
Szociálisan periférián élők, szegények	0,77036	0,26970	0,09263
„Élősködő” páciensek	0,03162	0,13446	0,67197
Cigányok	0,64172	0,29007	0,26888
Szakmai kihívást nem jelentő betegek	0,61901	0,19579	0,20200
Alacsony iskolázottságúak	0,78234	0,31162	0,21242
Nagyon idősek	0,68685	-0,03056	0,00329
Fegyelmetlenül betegek	0,19885	0,09778	0,79777
Teátrális viselkedésű betegek	0,09100	0,33247	0,69473
Munkanélküliek	0,65933	0,44580	0,09322
Magas iskolázottságúak	0,18374	0,87092	0,15864
Nagyon jómódú betegek	0,04666	0,84493	0,21069
Kvalifikált közepes keresetűek	0,26979	0,87027	0,15526
Fiatalok	0,45296	0,69722	0,08754
Nagyon elfoglalt betegek	0,45471	0,56738	-0,07004

6. melléklet *Az egyes terápiás szintet preferáló orvosok clusterei a betegcsoportok faktorsúlyain*

	depriváltak	magas státusúak	alacsony compliance	%
magas szintű ellátás mindenkinek	1,1149	0,1815	0,4129	32,9
nehéz betegnek helyben ellátást	-0,6793	1,2940	-0,4624	21,6
alapvetően mindenkit helyben	-0,0707	-0,9228	-1,1518	23,6
alacsony compliance-t hárít	-0,9272	-0,5510	1,0731	22,0

7. melléklet *A gyógyszerköltségek figyelembevételének gyakoriságára adott válaszok alapján a betegek faktorcsoportjai. Megmagyarázott variancia értéke 74 százalék*

	fact1	fact2	fact3
Nem vagy rosszul kooperáló betegek	0,2677	0,1965	0,8280
Alacsony rizikófaktor-csökkentő viselkedésűek	0,3731	0,2319	0,8031
Szociálisan periférián élők, szegények	0,0176	0,8235	0,2360
Biztosítással nem rendelkezők	-0,0130	0,6410	0,3857
„Élősködő” páciensek	0,4036	0,1127	0,7142
Cigányok	0,2001	0,7226	0,2979
Hajléktalanok	0,0257	0,8655	0,0516
Nagyon idősek	0,3865	0,4620	0,3552
Munkanélküliek	0,1782	0,8316	-0,1162
Magas iskolázottságúak	0,8691	0,1164	0,2729
Nagyon jómódú betegek	0,8779	-0,0659	0,1360
Kvalifikált közepes keresetűek	0,8861	0,0828	0,2214
Fiatalok	0,7734	0,2620	0,2500
Nagyon elfoglalt betegek	0,8604	0,1335	0,2799

8. melléklet A gyógyszerköltségek figyelembevételének clusterei – a három betegcsoport faktoregyütthatóin

Cluster	magas státusú	depriváltak	alacsony compliance
szociálisan érzékeny	-0,1972	0,4435	-1,2561
szociálisan, pszichikailag érzékeny	-0,9329	0,3062	0,6515
nem szolidáris	0,0449	-1,9031	-0,0738
mindenkinél figyelembe veszi	1,1785	0,3924	0,5312

9. melléklet A romák betegségarányai. Az adatok azt a szorzót mutatják, hogy az adott betegcsoportban a romák hányszor gyakrabban betegek, mint a környező népesség egésze

	Szorzó
Átmeneti agyi keringészavarok	1,6
Magasvérnyomás betegségek	1,0
Ischaemiás szívbetegségek	1,9
Cerebrovasculáris betegségek	0,6
Tbc, gümőkór	12,9
Rosszindulatú daganatok	1,8
Idült alsó légúti betegségek	1,2
Asztma	6,6
Gyomor-, nyombél-, gastrojejunális fekély	5,7
A máj betegségei	0,7
Deformáló hátgerinc-eltérések	4,1
Spondylopathiák	1,5
A csontsűrűség és csontszerkezet rendellenességei	1,4
Vashiányos anémia	14,7
Pszichoaktív szer használata által okozott mentális- és viselkedészavarok	1,1

10. melléklet Clusterek a betegcsoport faktorok együtthatóinak átlagain

Cluster	szív- és érrendszeri	életmód és körülményekből adódó	csontbetegségek	vér, vértképzőrendszeri
relatív tisztánlátó	1,6911	0,4722	0,2513	0,3731
nem érzékeny	-0,0384	-0,7851	0,0256	0,0209
életmódbeli és környezet				
problémák	-0,9890	0,6394	-0,7407	1,3467
életmódbeli problémák	-0,3487	0,8024	0,1618	-0,8294

MAROSÁN GYÖRGY

Az esélyek új korszaka(A szükségszerűség társadalmából a szabadság birodalmába)¹

A társadalmi újratermelés elért szintje az egyéni és a közösségi túlélés érdekében kulturálisan beprogramozza az embert: mit kell tennie fennmaradása érdekében. Az egyéni életutat elválaszthatatlanul összefonódva szabja meg két, eltérő típusú programozottsága: genetikai öröksége és a szociálisan „letöltött” életcélok és szerepek együttese. Az egyén persze saját érdekeit és vágyait követve tűzi ki rövidebb és hosszabb távú céljait, ám e célok alapvető keretét eleve megformálja anyagi és szellemi környezete.

Ez a kettős meghatározottság a történelem hajnalán az agrártársadalmakban szinte a hangyaboly áthághatatlan biológiai determináltságával határolta be az egyén lehetséges életútját. Sorsa, miként elődeié és utódaié, számtalan generációkra szigorúan behatárolt. „Szép öcsém, be nagy kár” – mondja Laczfi nádor egyik katonája Arany Toldijában, egyébként félreértve a helyzetet – „Hogy apád paraszt volt s te is az maradtál”.

Alan Turing brit matematikus a 20. század egyik legjelentősebb személyisége volt. A számítógépek elméletének egyik megalkotója a zseniális matematikusokban bővelkedő század tudósainak élvonalából is kiemelkedett. Nem túlzás azt állítani, hogy a második világháború egyik – konkrét értelemben is – meghatározó jelentőségű, bár sokak előtt ismeretlen hőse. Rejtjelfejtői munkája nyomán sikerült feltörni a németek rejtjelezett üzeneteit, és ezzel jelentős mértékben segítette a szövetségesek győzelmét. Angol katonák tízezreinek életét mentették meg azok az információk, melyeket a részvételével dolgozó kódfejtő csoport szerzett meg. Később, 1950-ben betörték a házába, és az ügy körülményeit tisztázó rendőrségi kihallgatáson véletlenül kiderült, hogy homoszexuális. Anglia ekkor a világ egyik legliberálisabb országa, a polgári demokrácia példája volt. A tudóst bíróság elé idézték, majd egy létező, de a régi korok szellemét idéző törvény alapján meghurcolták, elítélték, és hormonkezelésre kötelezték. A „kezelés” következtében Turing betegesen elhízott, egészsége megrendült, mély depresszióba süllyedt, és 1954-ben önkézével ve-

¹ A cikk a szerző – jelenleg publikálás előtt álló – új könyve, *Gének, mémek, és a társadalmi evolúció (Lehet-e evolúciósan stabil stratégiai a kommunizmus?)* 17. fejezetének átdolgozott változata.

tett véget életének.² Öngyilkosságba hajszolta az a társadalom, amelynek csodálnia kellett volna őt, és amelynek háláját joggal várhatta volna el. Nem vállalhatta tehetségétől független, ahhoz mértén lényegtelen, öröklött, vagy szocializációja által véletlenszerűen kialakuló különös, abban a korban kétségkívül nehezen elfogadható szexuális preferenciáját.

Alig néhány évtizeddel később a szexuális irányultság fokozatosan elveszítette társadalmi jelentőségét. Ma egy ilyen történet a világ túlnyomó részén inkább amiatt keltene megütközést, hogy a társadalom megpróbál beleavatkozni az egyének magánéletébe. A törvény ma már alapvetően az egyén oldalán áll. Ott pedig, ahol elfelejtkeztek az idők múlásáról, és érvényben maradtak a múltat idéző törvények, az egyén számon kéri közösségén a szabadság szellemét. Ez történt 1999 márciusában, Texasban. Egy évvel korábban a rendőrség szomszédjuk feljelentése alapján rátört két felnőtt férfira – John Lawrence-re és Tyron Garnerre –, akik Lawrence otthonában szeretkeztek. A két férfit a Texasban még érvényben levő, ún. sodómia-törvény alapján letartóztatták. Ám az elítéltek a magánélet alkotmányos jogára és az egyenlő elbánás jogára hivatkozva megtámadták a törvényt. Texas elutasította a keresetet, mire a két férfi az Amerikai Legfelső Bírósághoz folyamodott, az pedig, szokatlanul gyorsan, alig fél éven belül hatályon kívül helyezte az idejét múlt törvényt.

Életmodell-programok

A társadalmi újratermelés elért szintje az egyéni és a közösségi túlélés érdekében kulturálisan beprogramozza az embert: mit kell tennie fennmaradása érdekében. Az egyéni életutat elválaszthatatlanul összefonódva szabja meg két, eltérő típusú programozottsága: genetikai öröksége és a szociálisan „letöltött” életcélok és szerepek együttese. Az egyén persze saját érdekeit és vágyait követve tűzi ki rövidebb és hosszabb távú céljait, ám e célok alapvető keretét eleve megformálja anyagi és szellemi környezete. Ez a kettős meghatározottság a történelem hajnalán az agrártársadalmakban szinte a hangyaboly áthághatatlan biológiai determináltságával határolta be az egyén lehetséges életútját. Sorsa, miként elődeié és utódaié, számtalan generációkra szigorúan behatárolt. „Szép öcsém, be nagy kár” – mondja Laczfi nádor egyik katonája Arany Toldijában, egyébként félreértve a helyzetet – „Hogy apád paraszt volt s te is az maradtál”.

A polgári társadalomban azonban jelentősen bővült a mozgástér. Az életutat a korábbiaknál nagyobb mértékben az egyéni akarat és tehetség határozza meg. Már nem örökre változtathatatlan társadalmi kényszerek írják elő, hogy ki vagy és ki lehetsz. A sorsot egyre áttételesebb piaci, politikai és szocializációs kényszerek terelik. Bár az életút megválasztásának szabadságát még évszázadokig korlátozták a túlélés kényszerei és a hagyományok előírásai, a kapitalizmus fejlődése egyre többek számára tette lehetővé a korábban mereven kijelölt életutak „elhagyását”. Szabad-

² Simon Singh: A nagy Fermat sejtés. Park Kiadó. 1997, 167. oldal.

ságot keresve vándoroltak el – előbb csak a városokba, majd más országba, végül az újonnan felfedezett kontinensekre. Új szakmát, új foglalkozást, új vállalkozást, új életet kezdhettek. Az életút egyre inkább az egyéni teljesítményhez illeszkedett, mind inkább befolyásolhatták azt a személyes szándékok. Ám az egyéni kiemelkedés gyarapodó példái ellenére, a 20. század a többség számára – még a fejlődés élvonalában haladó társadalmakban is – úgy köszöntött be, hogy életük a születéstől egészen a halálig „programszerűen” haladt. Az adott életútnak legfeljebb változatai lehettek: ha a szülők parasztok voltak, a gyerek már lehetett munkás, ha az apa bányász, a fia lehetett lakatos, ha az anya háziasszony, a lánya tanítónő. Az útról, melynek irányait társadalmi konvenciók és a gazdasági fejlettség határozzák meg, az útról az átlagpolgár csak igen kis lépésekkel térhetett le.

A szükségszerűség birodalmából a szabadságéba

A szűkösség társadalmában a hagyományos szerepek visszautasítót katasztrofálják a közösségből. A Biblia üzenete – „orcád veritékével egyed a te kenyeredet” – az, hogy a munka: büntetés. La Fontaine története a hangyáról és a tücsökről pedig azt példázza: ha nem dolgozol éjt nappallá téve, elpusztulsz. Már a gyerekmesék is ezt sulykolták naponta a társadalom kicsiny és felnőtt tagjainak.³ Aki megkísérelte kivonni magát ennek hatálya alól, azt az éhen pusztulás réme ébresztette a szomorú valóságra. A szűkösségben a túlélés feltételei szabták meg a teendőket, előírva, ki, mikor, mit és hogyan tegyen. „Anyám készített minden ruhát” – írta Alice Walker amerikai író az 1900-as évekre visszatekintve –, „amit én és testvéreim hordtunk. Ő varrta a lepedőket és a törülközőket. Nyáron zöldséget és gyümölcsöt tett el, télen az ágyterítőket horgolta. A munkanap során apám mögött haladt, és segítette a munkáját a mezőn. Számára a munka a napfelkelte előtt kezdődött, és éjszaka ért véget. Nem volt életében egyetlen pillanat sem, amikor megpihenhetett volna. Nem volt olyan idő, amelyet szabad – mások által nem zavart – időnek tekinthetett.”⁴

A termelékenység folyamatos emelkedésével azonban a társadalmi és az egyéni gazdagság jelentősen nőtt, az élet újratermeléséhez szükséges munkaidő pedig fokozatosan csökkent. A 18. század „fejlett” országaiban a 19. század elejére az átlagos munkaidő a napi 13 órától 11 órára, közepére pedig 9 órára csökkent. A 20. század beköszöntével a munkaidő heti hat nap és napi 8 óra lett, az 1950-es években pedig hat munkanap napi 7 órájára esett, és mindenki a tendencia folytatódását várta. S valóban, a múlt század utolsó harmadában a heti munkaidő – elsősorban Nyugat-Európában – a korábbi 6 napról 5, majd egyes területeken 4 napra csökkent. Számottevő rétegek szabadideje évi több hónap, havi több hét, hetente 3 nap. Mintha kezdett volna valóra válni Keynesnek az 1929-

³ Lásd D. Riesman: A magányos tömeg. A Tool kismozdony meséje. Közgazd. és Jogi K., 1968

⁴ Idézi: R. Reich: The future of success. Vintage, 2002, 114. oldal.

es világválság legnehezebb napjaiban megfogalmazott jövendölése: 2030-ban Angliában az emberek átlag 15 órát dolgoznak majd egy héten.⁵

A valóság azonban ellentmondásosabban alakult. Bár a szükséges munkaidő folyamatosan csökkent, sok ember dolgozik egyre többet. Az USA-ban az 1970-es években megfordult a munkaidő mérséklődésének tendenciája. 2002-ben az amerikai „átlagmunkás” 199 órával többet dolgozott egy évben, mint 1973-ban.⁶ Jelentősen megszorodott azok száma, akik azt állították, hogy „szinte minden időmben dolgoznom kell”, és „rendszeresen késő estig bent vagyok a munkahelyemen”.⁷ A fejlett országok munkavállalóinak fele „szabadidő deficitől” szenved. Egyrészt nőtt a látszólag „szabadon választottan”, a valóságban társadalmi nyomásra ledolgozott munkaórák száma, másrészt egyre több időt igényel a magánélet, a család és a társadalmi kapcsolatok „menedzsmentje”. Egészen azonban a termelékenység növekedésével a gazdaság hagyományos problémája – „az élethez szükséges dolgok megtermelése” – veszít a súlyából. „A gazdaságnak az a kérdésselvetése” – írta M. Keynes egy másik elemzésében⁸ –, „hogyan miként biztosíthatja az alapvető emberi szükségletek kielégítését, ha a jövőbe tekintünk – kikerül az emberi faj állandó problémái közül.” A külső feltételek már nem programozzák kényszerszerűen az egyének és a közösségek életét.

Ezzel párhuzamosan elképzelhetetlen mértékben demokratizálódtak a „boldogság-javak” – az a tárgyi környezet, amelyben életünket leéljük. A demokratizálódás kifejezést ebben az összefüggésben nem véletlenül választottuk. A 19. és 20. század fordulójának neves feltalálói-vállalkozói – Singertől, a varrógép megalkotójától H. Fordon, a „népautó” kifejlesztőjén, vagy a telefon nagyhatalom AT&T vezetőjén, A. Vailen át, egészen a rádió és a tv „tábornokáig”, D. Sarnoff-ig – maguk is használták a demokratizálás fogalmát. Számukra – és az átlagpolgár számára is – a demokratizálás alapvetően azt jelentette, hogy a társadalom széles rétegei hozzájuthattak a korábban kizárólag az elit számára elérhető „luxus-javakhoz”.

Az új évezred küszöbéről visszapillantva megdöbbenő, hogy a logisztikus görbét követve milyen ütemben terjednek el az új termékek az egész társadalomban, jelezve, hogy a középosztályosodás egységesíti a fogyasztást és az életmódot is.⁹ Az „amerikai álm” kezdetben Nyugat-Európában és Japánban, majd Dél- és Kelet-Európában, Dél-Amerikában, végül Ázsia egyre több országában válik valósággá. A választás lehetősége először – természetes módon – a fogyasztásban alakult ki. Az egyszerű tömegtermékek korszakát felváltotta a fogyasztói szegmensekre pozícionált termékek kora. A General Motors sikerre vitte a fogyasztói szegmensek számára gyártott, és évenként megújított formájú gépkocsikat. A termékvilág „színesedése” sokáig elfedte, hogy az emberek alapjában véve egyforma házakban laknak, egyforma autókban járnak, s hogy egyforma bútorok veszik őket körül. A moziban ugyanazokat a filmeket

5 Idézi R. Reich. In: *The future of success*, Vintage 2002, 130. oldal.

6 U.S. News and World Report. 2003. nov. 10. 58. oldal.

7 Robert Reich: *The future of success*, Vintage, 2002, 118. oldal.

8 Neva R. Goodwin: *The consumer society*. Island Press. 1997, 344. oldal.

9 Marosán György: *A siker receptje*. Kossuth Kiadó 2003, 14. oldal.

vetítették, a tv egyforma műsorokat sugárzott. Mindenki egyforma szépségideált követett, és hasonló karrierre vágyott. Még az álmok is egyformák voltak. J. Naisbitt *Megatrendek* című bestsellere a következőképpen ecseteli az 1950-es évek Amerikájának választási lehetőségeit: „a fürdőkádak fehérek voltak, a telefonok feketék, a csekkek pedig zöldek... Az apa elment dolgozni, az anya pedig háztartást vezetett, és statisztikai átlagban 2,4 gyermeket nevelt”. Valódi döntés kevés volt, és ezek is akörül forogtak, hogyan illeszkedhetünk be egy vagylagos világba:

- „vagy megházasodtunk, vagy nem (és persze majdnem mindannyian igen),
- vagy kilenctől ötig dolgoztunk (vagy más szabályos, teljes munkaidőben), vagy nem dolgoztunk,
- Fordunk volt vagy Chevroletünk,
- csokoládét ettünk vagy vaníliát.”¹⁰

A 20. század utolsó évtizedeiben azután az áttekinthetlenségig megnőtt a termékváltozatok száma. A bevásárlóközpontban 95 féle chips, 61 féle napolaj, 230 féle levesfajta, 174 típusú zacskós tea, 110 féle tv, 19 különböző fajtájú női T-shirt, 8 színben, ingből 30 alaptípus és 500 változata, müzliből 250, izzólámpából 2500 típus vár arra, hogy kiválassza a fogyasztó. De hihetetlenül megnőtt a választható telefon-csomagok, az egészségügyi biztosítások, a egyetemi és főiskolai kurzusok, a tv-csatornák száma is.¹¹ Sokáig úgy tűnt, hogy a választási lehetőségek növekedése elégedettebbé teszi a fogyasztót. Ám a legújabb kísérletek meghökentető eredményekre vezettek: a túl nagy választék inkább elbátortalanítja a vásárlót.

Az életprogram-alternatívák

Az 1970-es évektől azonban az egyéni szabadságok „búvópatakjai” egyre több ponton törtek felszínre. Miközben a legtöbb elemző – nem indokolatlanul – az elképzelhetetlen borzalmak korának mutatja az elmúlt századot¹², egyre több területre és egyre kitapinthatóbban terjedt ki a választási szabadsága: lassan túlnőtt a tárgyakon és elérte az életprogramok és a közösségtípusok szintjét. A genetikusan és kulturálisan „előreprogramozott” egyén lehetőséget kapott életének „újraprogramozására”. Az életprogram – ami nemrég még a szülők, a család és a kisközösség szinte minden lépést előíró számítógépes utasítássor módján „töltődött le” – a múlt század utolsó évtizedeiben „menet közben” változtatható életmodell-változatokkal gazdagodott. Az életmodellt futtató programot „megszakíthatjuk”, pillanatnyi igényünknek megfelelő program-változatot „tölthetünk le”, és kedvünk szerint indíthatjuk újra a nekünk tetsző változatot. A fejlődés egyre szélesebb lehetőséget nyit, egyre több esélyt teremt mind többek számára, hogy maguk alkossák meg a jövőjüket. A

10 John Naisbitt: *Megatrendek*. OMIKK. 1985, 215. oldal.

11 Barry Schwartz: *The paradox of choice*. HarperCollins Publ. 2004, 1. fejezet.

12 Eric Hobsbawm: *A szélsőségek százada*. Gondolat, 2000.

szó szoros értelmében azok lehetnek, akik lenni akarnak. Nemcsak életük tárgyi feltételeit és szokásaikat választhatják meg – persze pénztárcájuktól függően –, de testük sokáig megváltoztathatatlan formáit és jellegzetességeit – akár a nemüket is – olyanná alakíthatják, amilyenné akarják.

Közben persze a „rejtett rábeszélők” hada sem tétlenkedik. A hirdetések egyre agresszívebbek és tovakodóbbak. „Belk és Pollay” – idézi könyvében Kocsis Tamás¹³ – „a múlt század első nyolcvan évében megjelent Egyesült Államok-beli újsághirdetéseket vizsgálta, és megállapította, hogy a luxussal és az élvezetekkel folytatott, materialista jellegű csábítás folyamatosan növekedett a vizsgált időszakokban.” Ez mutatja, hogy nem enyhül az emberekre ható társadalmi nyomás, amely arra buzdít: a korábbi évszázadokban belénk nevelt takarékossgot és mértékletességet váltsuk a gondtalan fogyasztás modelljére. A fogyasztás előbb csak lehetőség volt, aminek minden esélyét meg kellett ragadni. Később az élet velejárója és az átlagember természetes életmódjának része lett, majd társadalmi kötelességgé vált. Fogyasztanod kell, ha akarsz, ha nem, mert egyre bővülő fogyasztásodtól függ a társadalom jóléte. A többség hajlamos volt társadalomellenes tevékenységnek tekinteni¹⁴, ha valaki nem fogyaszt teljes intenzitással és lelkesedéssel.

Közben azonban lassan bővül azok tábora, akik önként és gyökeresen változtatni akarnak a fogyasztói életmódon. Ők azok, akik „kiszállnak” a hedonista mókuskerékből. Ez a lépés – első pillantásra – nem tűnik forradalmi tettnek. Sokan éppen önfeladásnak minősítenék. Érzékletesen írja le a két szemben álló nézetet S. Maugham angol író az Edward Bernard bukása című novellájában. Hősei tipikus alakok a múlt század első felének Amerikájából. Olyan fiatalok, akik az ipari társadalom paradigmáján keresztül szemlélik a világot, keresik a boldogulást és a boldogságot: a gazdagságot, a vagyont, a társadalmi pozíciót és persze a szerelmet. A novella fiatal főszereplőjének édesapja meghal, és ő – nem lévén vagyona – nem veheti el a szerelmét. Ezért elhatározza, hogy elmegy „szerencsét próbálni”. Megfogadja, hogy vagyont gyűjt, mert azt ő és menyasszonya is a siker és a boldogság nélkülözhetetlen tartozékának tekinti, szerelme pedig megígéri, hogy hűen vár rá, amíg vissza nem tér. Telnek-múlnak az évek, és Edwardról nem jön hír. Legjobb barátja – menyasszonyának titkos szerelme – utána megy Hawaiiira, hogy megnézzze, mi történt vele. A találkozás a barát számára megrázó igazságra derít fényt: Edward „életcélét váltott”. Nem akar visszatérni a rohanó, tülekedő, hivalkodó Amerikába. Nem csábítja a gazdagság, az elfogyasztható dolgok tömege, a sok-sok megvásárolható emberi viszony. Barátja nem titkolja csalódottságát. Úgy érzi, Edward siralmas módon elpazarolja tehetségét, fiatalságát és lehetőségeit. Legnagyobb meghökkenésére Edward még csak nem is védekezik, egyszerűen csak elmeséli, milyen lelkesedéssel tekint az életére, amit gazdagnak és jelentősnek érez. „Házát építék a korallszirten, és ott élek majd, gondozom fáimat, mindenfélét termeszték a kertemben és halászok. Elég dolgom lesz, hogy ne legyek

13 Idézi Kocsis Tamás: Gyökereink. Kairosz Kiaó 2002, 39. oldal.

14 D. Riesmann: A magányos tömeg, Vance Packard: Feltörekvés, reklám és szexualitás Amerikában. És érdekes módon ugyanez jelenik meg Huxley „Szép új világ”-ában is.

tétlen, és nem lesz annyi, hogy elhülyítsen. Ott lesznek könyveim, Éva, remélem, a gyermekek, és mindenekfelett a tenger és az ég végtelen változatossága, a hajnal üdesége, a napnyugta szépsége, az éjszaka gazdag fensége. Kertet teremtek ott, ahol még nemrégén vadon volt. Valami alkotok tehát. Az évek észrevétlenül múlnak, s ha megöregszem, remélem, boldog, egyszerű, békés életre nézhetek vissza.”¹⁵

Az író nem kíván igazságot tenni, és most, fél évszázaddal később sem kell ítélkeznünk. Ám az akkor kivételnek számító választás ma sokak előtt nyitva áll. Mindenki magának teszi fel a kérdést (ha felteszi egyáltalán), és mindenkinek magának kell azt megválaszolnia.

„Az 1990-es években, Angliában, a Humberside Egyetemre menet utam minden reggel egy baptista templom mellett vitt el. Szemem újra és újra megakadt a templom előtti táblára felírt, figyelmeztető jelmondaton: »Kemény munkával felküzdheted magad a létra legtetejére, ám meglehet, csak ott jössz rá, hogy a létrát rossz falhoz támasztották«. Az új évezredben ez az intés egy korábban nem létező veszélyre figyelmeztet. Arra, hogy – ellentétben szüleink nemzedékével – nem egyetlen lehetséges életprogram nyílik meg előttünk. Sokféleképpen élhetjük életünket, sokféle cél vezérelhet, sokszor válthatunk életprogramot. Megállhatunk a *boldogságfüggvény* valamelyik lépcsőjén, de eljuthatunk a legtetejére. Ám a lehetőség szélesülésével az egyén felelőssége is megnő. Nem mások döntenek el jövődet: magad alkotod, magadnak.”

Napjainkban a nyugdíjba kerülő, idősebb nemzedékeknek egyre több tagja ébred rá, – többnyire túl későn – az intés értelmére. Előbb-utóbb fontosságukat veszítik a fiatalabb korban oly meghatározó, eszköz jellegű célok – a vagyon, a luxuslakás, a kocsi –, és elhalványul az elismerés, a hatalom és a tekintély jelentősége is. Egész nemzedék találja szemben magát a problémával: éppen azt mulasztották el, ami az életben a legfontosabb, azzal és azokkal töltseik idejüket, amit, és akiket a legjobban szeretnek. Mondhatjuk persze, hogy ez mindig így volt, és így is lesz. Ez azonban csak részben igaz. Ma az életmodellek különbségeinek oka nem pusztán az életszakaszok, hanem a valóságos alternatívák különbözősége. A helyzetet az teszi érdekessé, hogy a most induló nemzedékek választhatnak. Ebben az értelemben használja J. Naisbitt a már említett *Megatrendek* című könyvében¹⁶ a kifejezést, hogy a korábbi korok „vagy-vagy” társadalma átalakul „akár-akár” társadalommá. Az egyetlen, „számunkra rendelt” jövő helyett sokféle, pillanatnyi igényeinktől, vágyainktól függő jövő: lehetőségek egész sora áll előttünk. Az alternatívák egy része nem lép túl a „bőség társadalmában” kínált lehetőségeken. Egyre többen választják a „lassítás” alternatíváját: még fiatalon, miután sok pénzt kerestek, világ körüli útra indulnak¹⁷. A cél: legalább önmagukat. Ám alapjában véve ez is az élményfogyasztás egy formája. Ha visszajönnek, többnyire ott folytatják, ahol abbahagyták. Kiszállni a

15 S. W. Maugham, idézett mű, 111. oldal.

16 John Naisbitt: *Megatrendek*. OMIKK. 1985.

17 *Felvilágosító*, 2003. július 31. aug. 5. Felértékelődő szabadidő.

mókuserékből, egy kicsit élvezni, amit megszereztünk – okos életmodell, de nem forradalmi. Pedig választható a „forradalmi” út is.

A 20. század végén a fejlett országokban élők egyre nagy része előtt nyílik meg az életmodell megválasztásának szabadsága. Kérdés: van-e egyáltalán olyan ember, akit lelkesítene egy ilyen lehetőség? „Ne álld el előlem a Napot” – válaszolta Diogenész Nagy Sándornak, aki az anekdota szerint megkérdezte a filozófust: mit kér tőle, mint a világ legnagyobb hatalmú emberétől. A meghökkent hadvezér a válaszra csak ennyit mondott: „Ha nem volnék Nagy Sándor, akkor Diogenész szeretnék lenni.” A világhódító ezzel tulajdonképpen elismerte a válasz bölcsességét. Elfogadta, hogy a filozófus jogosan választja a felajánlható vagyont, kincs, dicsőség – vagy éppen hatalom – helyett a szemlélődést, a kívülállóságot. Ez a döntés azonban még évezredekig ritka kivétel maradt. Csodálatot kiváltó tett, megmosolyogtató kuriozitás, viszolyogtató extrémítás, esetleg „savanyú a szőlő” típusú lemondás – attól függően, milyen szemszögből közelítjük. Több mint 2000 évvel később egy amerikai újságíró arról faggatta M. Duchampot, az Amerikában élő, a 20. század modern művészetét megújító francia festőt, hogy miért nem követte azt az utat, amit oly sokan Amerikában, és miért nem „csinált” vagyont hírnevéből és tehetségéből. Miért „vesztegette” életének utolsó évtizedeit szinte kizárólag a sakkjátékra? M. Duchamp meghökkentő válasza ez volt: „Az én igazi tőkém a szabadidőm.” Választása egy külön művész egyedi hóbortjának tűnhetett, mígnem a 20. század végén egyre többeket átfogó mozgalommá szerveződött az egyéni és közösségi életmodell-keresés.

Az önkéntes egyszerűség mozgalma

1977-ben jelent meg két amerikai szerző – Duane Elgin és Arnold Michael Voluntary Simplicity című cikke, a Co-evolution Quarterly című szaklapban. Bár írásuk nem állt előzmények nélkül, fordulópontot jelentett egy különös amerikai mozgalom életében. A cikk összefoglalva az amerikai lakosság többsége életmódjának, ezen belül az anyagi fogyasztás szinte kizárólagos preferenciájának tapasztalatait, egy meghökkentő alternatívát vetett fel: az önkéntes egyszerűségét. Az önkéntes egyszerűség a társadalom nagy részét fogva tartó fogyasztási kultúrára adott, ellenkultúra jellegű válasz volt. Három, részben eltérő jellegű irányzatot foglal magában: (1) a „lassítókat”, akik egyszerűen csak élvezni szeretnék az életet, ha már megdolgoztak érte, (2) az „egyszerűsítőket”, akik, feladva magas fizetésű státusukat, több szabadidőre cserélik fogyasztásukat, (3) az „új puritánokat”, akik radikálisan visszafogják fogyasztásukat.¹⁸ A kényszerű, bár látszólag szabadon választott pazarlással szemben az arról való lemondást hirdette – önkéntes alapon. Egyik képviselője, Ram Dass, amikor „1968-ban visszatért első indiai útjáról az Egyesült Államokba, egy erdei kunyhóba költözött, az apja háza mögé, s nem volt

¹⁸ Amitai Etzioni: Voluntary Simplicity. In: Daniel Miller. Consumption. Routledge. 2000, 358. oldal.

hajlandó igénybe venni semmilyen kényelmi szolgáltatást (elektromosság, melegvíz, televízió, rendszeres meleg étel stb.)”¹⁹.

A mozgalom „ideológusainak” és legismertebb személyiségeinek ilyenfajta túlzó viselkedése hozzájárult ahhoz, hogy az önkéntes egyszerűség fogalmához téves képzeteket is kapcsoljanak. Az idézett viselkedésből nem volt nehéz kiolvasni valamiféle általános elvágyódást az ipari társadalmakból. Sokan – nem alap nélkül – kritizálták a mozgalmat, mondván, hogy az a természetbe való visszavonulást hirdeti. Ez azonban csupán a régi korok remetéire volt jellemző, és a modern embert könnyen elriaszthatja. A mozgalom szószólói ezért is ragadnak meg minden alkalmat arra, hogy hangsúlyozzák: az egyszerű életmód nem valamiféle kényszerűen vállalt szegénység. Amit hirdetnek: „kevesebb munka, kevesebb rohanás, kevesebb adóság – és több idő a családra, a barátokra, a közösségre és a természetre”²⁰. Az önkéntes egyszerűség mozgalma nem követel aszkézist, és nem hirdet technikaellenességet. Nem növekedésellenes – a szó elmarasztaló értelmében –, inkább a fenntartható növekedés álláspontjához áll közel. Bár mindig hangsúlyozza, hogy harmonikus kapcsolatot kell teremteni a természettel, és preferálja az ilyen életmódot, nem tekinti kötelező példának a vidéki, paraszti életformát. Viszont nagyon tudatosan irányítja a figyelmet az önkéntes egyszerűség megvalósításának sokféle módszerére²¹. Aki egyszerű életet él:

- Vásárlás helyett maga készíti az ajándékokat.
- Edzéseként, kikapcsolódásként kerékpározik, és így is szállít.
- Újrahasznosítja az otthoni újságpapírt.
- Felhasználja vagy szelektív hulladékgyűjtőbe viszi az üvegpalackokat és befőttesüvegeket.
- Újrahasznosítja az otthoni fémdobozokat.
- A családi autóban családtag vagy barát cseréli az olajat.
- Ismereteket (pl. ácsmunka, autó- és vízvezetékszerelés) sajátít el a nagyobb önállóság érdekében.
- Tudatosan húsmentes főételt fogyaszt.
- Használt ruhát vásárol.
- Jelentősebb értékben (15 USD felett) vásárol bútort vagy ruhát a kirakodóvásárokon.
- Bútort vagy ruhát készít a család számára.
- Javakat és szolgáltatásokat nyújt pénzmozgás nélküli ügyletekben (árucsere).
- Komposztot termel házilag.
- Ökológiai beállítottságú szervezeteket támogat.
- Nyáron maga termeszti a zöldséget a családnak.
- Biciklin jár munkába.
- A két mérföldnél közelebbi intéznivalókat biciklivel végzi.

19 Kocsis Tamás: Gyökereink. Kairosz Kiadó. 2002, 71. oldal

20 Cecil Andrew: The circle of simplicity: return of the good life. New York Harper Collins. 1997, borítója.

21 Leonard-Barton. 250–251. oldal, idézi: Kocsis Tamás: Gyökereink. Kairosz Kiadó 2002, 74. oldal.

Az önkéntes egyszerűség mozgalma²² az 1970-es években bontakozott ki az USA-ban. Alulról építkezik, hálózat-szerűen szerveződik és a résztvevők saját elképzelésüket követik – a mozgalom ennyiben a társadalmi evolúció tipikus megnyilvánulása. Még a nyolcvanas években sem alakultak ki az önkéntes egyszerűség általános szabályai, a kilencvenes évekre azonban egyre több könyv jelent meg, részletesen leírva az életmód javasolt elemeit.²³ A javaslatok háttere annak igénye, hogy tudatosan kérdezzünk rá életmódunkra. Tedd fel magadnak a kérdést – ösztönöznek –, hogy az, ahogyan élsz, összhangban van-e azzal, amit igazán szeretnél? Mennyi pénzre van valóban szükséged? Mennyire fontos számodra a szervezeti hatalom és a társadalmi tekintély, amiért „feláldozod” a családi nyugalmat? Kell-e valóban a nagyobb ház, a több autó, a drágább ruha, a gazdagságot tükröző bútorok és festmények, amelyek megszerzése elviszi minden szabadidődet? Terhedre vagy örömdre szolgál-e a sok elfoglaltság, kötelezettség? Boldogabbá tesz-e az előkelő éttermek drága és nagy traktája, amire végül is rámegegy az egészséged? Az önkéntes egyszerűség javaslata csupán arra figyelmeztet: keresd a lényedhez jobban illeszkedő egyensúlyt aközött, amire vágysz, és aközött, ami valójában boldoggá tesz.

A „kommunitarianizmus” mozgalma²⁴

Am e kényes egyensúly megtalálása nemcsak az egyén hajlamaitól függ, hanem attól a közösségtől is, amelyben él. A 20. század utolsó harmadában – éppen az egyéni szabadság kiteljesedésével – vált szembeütővé, hogy a közösség, amelybe akaratunktól függetlenül beleszületünk, elviselhetetlen béklyójává is válhat életünknek. A történelem során korábban nemcsak az „életprogramot”, a közösséget is készen kapta az emberek túlnyomó többsége. Ez éppen úgy megváltoztathatatlan adottság volt számukra. A társadalom gazdagodásával azonban a közösség is választható életfeltétellé vált.²⁵ Ez a tendencia az amerikai társadalomban rajzolódik ki a legvilágosabban. Egyrészt itt volt a legvilágosabban kitapintható a társadalom atomizálódása, és a régi közösségek megtartó szerepének gyengülése. A szociológusok rámutatnak, hogy az amerikai társadalomban a közösségi kapcsolatok szerepe és szorossága fokozatosan csökkent.²⁶ A társadalmi tőke véstesen fogyatkozni kezd, és nőnek a társadalmi beilleszkedéssel összefüggő zavarok.²⁷ Másrészt – az amerikai hagyományokból következően – itt indultak fejlődésnek a változatos formájú és tudatosan tervezett közösségek. Az alulról építkező közösségek

22 Thomas Princen stb.: *Confronting Consumption*. MTI Press. 2002.

23 R. Reich: *The future of success*. Vintage. 2002, 229. oldal.

24 Amitai Entzióni: *The Spirit of Community*. Simon and Schuster. 1993, és A. Entzióni: *The New Golden Rule*. Basic Books. 1996.

25 Robert B. Reich: *The Future of Success*. Vintage. 2002, 195. oldal.

26 Putnam, Robert D.: *Bowling Alone. The Collapse and Revival of American Community*. Simon & Schuster, 2000.

27 Fukuyama: *A nagy szétbomlás*. Európa Könyvkiadó, 2000

érezhető megújulásának tendenciát nevezte Amitai Etzioni – a mozgalom atyja – kommunitarizmusnak.²⁸

Az elmúlt 20 év markáns tendenciája, hogy egyre változatosabb formákban, sokféle indítékból, és igen eltérő funkciójú közösségek jönnek létre az állampolgárok egyéni választása alapján.²⁹ Meghökkenően sokféle – egymástól szándékaikat, értékeiket és kultúrájukat tekintve számottevően eltérő – közösség jön létre folyamatosan. A témakör egyik legnevesebb szakértője öt közösségtípust különböztet meg: az egyéni autonómiát háttérbe szorító, nagy elkötelezettségre építő (1), az egyházakhoz kötődő (2), a tudatosan tervezett (3), az etnikai alapon szerveződő (4) és végül a területileg nem lokalizálható, virtuális (5) közösségeket.³⁰ Különösen érdekes a tudatosan tervezett közösségek felvirágzása az elmúlt évtizedekben. Ezek a közösségek – összevetve a vallási vagy etnikai alapon szerveződőkkel – nem követelnek személyes elkötelezettséget, és nem hangsúlyozzák az utópikus értékeket. Ennek ellenére – miközben gazdaságilag is hatékony befektetési stratégiát nyújtanak – mégis képesek a környező társadalomhoz viszonyítva magas szintű közösségi viszonyokat teremteni.

A 21. század első éveire a közösségtípusok szinte áttekinthetetlen változatossága és az azt szervező mozgalom virágzása válik feltűnővé. A mozgalom – az amerikai hagyományokból fakadóan – alapvetően pragmatista és alulról építkező. Résztvevői nem valamilyen elméleti modell megvalósítására törekszenek, hanem a gyakorlatban is működőképes megoldások alkalmazását tűzik ki célul. Az egyik legfontosabb mozgatóerő éppen a közösségiség hiányának érzése. Ez a hiány ösztönzi az egyéneket, hogy megkeressék a hasonlóképpen gondolkodókat, majd közösen megteremtsenek egy, a sokféle igényeiket szolgáló képes közösséget, amely csak az általuk elfogadható mértékig korlátozza egyéniségüket. A másik, az előbbivel gyakran szemben álló mozgatóerő egyszerűen a gazdasági mércével mért előnyök – magasabb megtérülést jelentő ingatlan befektetés, jobb iskola, magasabb biztonság, rendezettebb környezet – keresése.

A közösségek spektrumának egyik szélső pontját a folyamatosan keletkező és megszűnő kommunák alkotják. Ezek többsége alapvetően vallási indíttatású, és gyakran nehezen teljesíthető elkötelezettséget igényel a csatlakozóktól. A tapasztalatok azt igazolják, hogy a vallás komoly közösséget integráló erőt jelent, és alapvetően járul hozzá a közösségek fennmaradásához. A vita ma arról folyik, hogy vajon a hit nélkülözhetetlen-e a kommunák létrejöttéhez és fennmaradásához. A tapasztalatok arra utalnak, hogy a fejlődés jelenlegi szintjén a valláshoz kapcsolódó ideológiai, rituális és morális eszközök, ha nem is kizárólagos, de nehezen pótolható közösségfenntartó szabályozó erőt képeznek. A kutatók 1974 és 1999 között 120 falusi és városi kommunát azonosítottak. Ezek

28 A. Etzioni: *The Spirit of Community*. Simon and Schuster. 1993, és A. Etzioni: *The New Golden Rule*. Basic Books. 1996.

29 *Autonomy and Order*. (A Communitarian Anthology) Edited by Edward W. Lehman. Rowman and Littlefield Publishers 2003.

30 Uo. Benjamin D. Zablocki: *What can the study of Communities Teach us about Community?* 79. oldal.

nagy része két-három évet élt csak meg. Egy negyed század elteltével már csak tíz működött közülük, és ezek mindegyike vallási jellegű volt, vagy karizmatikus vezető irányítása alatt állt.³¹

A közösségek másik jelentős, és legdinamikusabban fejlődő csoportját az ún. tervezett (planned) vagy zárt (gated) közösségek alkotják. Megítélésük ellentmondásos, mondván, hogy ezek többnyire olyan üzleti vállalkozások, amelyek gazdagságukat, exkluzivitásukat védendő igyekeznek falakkal elválasztani magukat a környező társadalomtól. Ezek, az eredetileg gazdagok által választott lehetőségek folyamatosan hozzáférhetőkké váltak a középosztály számára is. Az eredmény: az elmúlt évtizedben meghökkentő – 1000 közösség/év – gyorsasággal terjednek. Az ezredfordulón mintegy 3 millió ilyen lakóegység létezett az USA-ban. Ebbe a csoportba tartozik egy kevésbé lendületesen fejlődő közösség-típus, az együttélési (cohousing) mozgalom. Ezt többnyire olyan egyének és párok választják, akik a gyermeknevelés és az élethez szükséges támogatást igyekeznek az együtt élők kölcsönös segítségére – vagyis nem piaci alapú szolgáltatásaira – támaszkodva biztosítani. Gyakran a komunitarianizmus mozgalmába tartozónak tekintik az internetre és a globális kommunikáció eszközeire alapozódó ún. virtuális közösségeket is. Ezek azonban inkább katalizátor-tényezőknek tekinthetők, melyek összekötik a térben távoli, de gondolkodásmódban, értékekben és szokásokban közeli embereket. Ez elősegítheti találkozásukat, és esetleges együttélésüket. Ám a tapasztalatok szerint nem pótolják a face-to-face kapcsolatot. Az evolúció logikájában ezek az életmodell- és közösségi alternatívák nem egymást kizáró változatok. Egymás mellett léteznek és egyaránt választhatóak – a mögöttük rejlő életfelfogás és társadalomszervezési modell azonban alapvetően eltérő.

A nagy átalakulás

A 20. század kezdete nem kérdőjelezte meg az elmúlt 500 év meghatározó vezérelveit: „a fogyasztás a legfőbb jó”, és a „minél több, annál jobb”. Az igények kielégítetlensége, a növekedési minta és a fogyasztási lehetőségek bővülése a korábbi nyomvonalon tartotta az embereket. A fejlődés azonban – mint elemeztük – fokozatosan új mérlegelési szempontokat hívott életre. Az alábbi táblázatban röviden áttekintjük a 21. század alternatíváinak jellemzőit:

31 Autonomy and Order. Edited by Edward W. Lehman. Rowman and Littlefield Publ. 2001. Benjamin D. Zablocki, 80. oldal.

A múlt vezérlő elvei

Hatékony
Közgazdasági optimalitás
Vetélkedésközpontú aktivitás
Növekedés
Anyagi gazdagság
Luxus-fogyasztás

A jövő alternatív vezérlő elvei

A kockázat minimalizálása
Gazdasági szuboptimalitás
Együttműködés-központú aktivitás
Fenntarthatóság
Életminőség
„Flow-orientáció”

A *hatékony* – minél kisebb ráfordítással minél nagyobb eredményt elérni – vezette és vezeti a mai napig nemcsak a gazdasági vállalkozásokat, de az egyének, a családok és a közösségek döntéseit is. Azok a közösségek fejlődtek gyorsabban, amelyek hatékonyabban hasznosították erőforrásaikat. A hatékonysági versenyben elől végző szervezetek és közösségek evolúciósan is sikeresebbek voltak. Sokáig úgy tűnt, a hatékonyság-központúság tendenciája korlátozás nélkül érvényesül a jövőben is. Az ezredforduló felé közeledve azonban egyre több területen vált világossá, hogy a nagyobb hatékonyság gyakran magasabb kockázattal jár. A jobb pénzügyi megtérülést ígérő befektetések kockázata nagyobb, a nagyobb hatékonyságot megcélzó, sokszor nagyobb méretű termelőegység bizonytalanabb és labilisabb. Egy 1000 MW-os atomerőmű működése hatékonyabb, mint több kisebb szénmű. Emiatt az ebben előállított áram olcsóbb. Ám sok példa igazolja, hogy milyen – nem szükségképpen nukleáris – kockázattal jár egy egyébként valóban hatékonyan termelő egység kimaradása. Egyre gyakrabban válik világossá, hogy célszerű mérlegelni a kevésbé hatékony, de a kockázatokat jobban tűrő technológiák alkalmazását.

Az *optimalitás* igénye: a gazdaság összetett értékrendszerét leginkább kielégítő változat keresése. Optimális az a folyamat vagy rendszer, amely a sokféle ráfordítás arányában a legmegfelelőbb eredményeket hozza. Hosszú idők tapasztalatai tették világossá: az optimális eredményhez többnyire növekvő méretek, az erőforrások különleges összetétele, és bonyolult belső struktúra szükséges. Ha ezt nem biztosítjuk, az adott rendszer nem működhet optimálisan. Az elmúlt évtized azonban azt mutatta, hogy az egyedül az optimalitásra törekvő szemléletnek kedvezőtlen mellékhatásai vannak. Egyes területeken felértékelődött a szuboptimalitás, és bizonyos körülmények között még az üzleti szervezetekben is³² versenyképes megoldást nyújtott.

A szűken értelmezett gazdasági optimalizálás erőltetésének hátrányait tükrözi a 20. század városfejlődésének tendenciája. 1900-ban az emberiség négyötöde, 1950-ben még mindig a kétharmada élt vidéken, falvakban. 2000-ben már az emberiség többsége városokban él, de a fejlődő világ „megavárosában” a lakosság 80 százaléka slumokban tengődik.³³ A városi életmód látszólag több lehetőséget, szélesebb mozgási teret nyit az emberek előtt, és a ráfordítások optimális felhasználásával kecsegtet. A nagy méretek elvileg az erőforrások – logisztikai, ellátási, szolgáltatási

32 Th. L. Wheelen–J. D. Hunger: Strategic management and business policies. Addison Wesley 1995, 299. oldal.

33 Guardian Weekly. 2003. okt. 9. 7. oldal.

rendszerek – jobb kihasználását ígérik. A nagyobb iskola és kórház, a kiterjedt közlekedési hálózat, a közösen szervezett szemét- és áruszállítás, vagy akár a bűnüldözés összességében gazdaságosabbnak tűnik. A valóságban azonban az élet feltételei sok esetben kedvezőtlenebbek, mint a kisebb közösségekben. Kevesebb a munkaalkalom, nagyobb a járványok és a bűnözés veszélye, rendezetlenebbek és áttekinthetlenebbek a viszonyok, szennyezettebb a környezet. A nagy méret és a „túlszabványosítás” rugalmatlanná tesz, és akadályozza a minőségi szolgáltatást, az egyénre szabott működés érvényesülését. Így a falu szuboptimalitása valójában komoly előnyököt hordozhat, a város többnyire ki nem használható optimalitásával szemben. Sok egyéb példa is igazolja, hogy az optimálisnál kisebb méretek, a kevésbé szabványosított belső struktúra az óriásira nőtt – puffadt, hízott – versenytársakénál gyorsabb válaszokat, rugalmasabb és innovatívabb viselkedést tesz lehetővé.

Az elmúlt 500 év gazdasági és társadalmi fejlődése a *versengő társadalmak*, a versengő szervezetek és a versengő személyiségek sikereit hozta. A piac eleve beépítette az emberek és közösségek értékrendjébe, hogy törekedjenek tökéletesen megfelelni a verseny követelményeinek. Aki lemarad, az kimarad – hirdeti körülöttünk minden. A verseny azonban érthető módon szembe is állította a nemzeteket, a szervezeteket és az egyéneket. A versenyben nem a részvétel a fontos. A vetélkedés inkább élethalálharc. Emlékezzünk csak A lovakat lelövik, ugye? című film táncversenyének megrázó képsoraira! A véletlenszerűen összekevert párok a végkimerülésig versengenek az elsőségért. Érezzük, hogy aki itt lemarad, a túlélés esélyét veszíti el. Mindez igazolja a mindent feláldozó versengést, és érthetővé teszi a vesztesek lemondó reakcióját. Az egyik főszereplő, akit Jane Fonda játszik, belefárad a küzdelembe, nem is hadakozik sorsa ellen, beletörődik abba. Már arra sincs ereje, hogy megölje magát. Társát kéri, hogy lője le – hiszen a megsántult lovakat is lelövik. A tárgyokban és igényekben hihetetlenül gazdag világot teremtető gazdasági vetélkedés elszegényíti, sőt kifejezetten rombolhatja is az emberi kapcsolatokat.

Az elmúlt évszázadokban vitathatatlanul a *növekedés* volt az emberiség problémáinak ésszerű megoldása. A növekedés ösztönzése és feltételeinek megteremtése jobban hozzájárult a fejlődéshez, mint az elosztás igazságosabb rendszerének megteremtésére irányuló próbálkozások sora. A gazdasági növekedést azután előbb szerves fejlődéssé finomították, majd az 1980-as évtizedben előtérbe került a fenntarthatóság koncepciója. Az „erős” fenntarthatóság fogalmának térnyerése arra utalt, hogy a társadalom növekedés-szemlélete lassan megváltozott. A növekedést mint az emberi problémák megoldásának fontos eszközét persze továbbra is ösztönzik. Ám immár nem végcél, és már nem is kizárólagos eszköz. A fenntarthatóság a globális rendszerben egyre inkább „felülírja” a növekedést. Csupán az olyan növekedés valószínűleg meg, amely nem zavarja meg a globális rendszer érzékeny egyensúlyát – amin belül egyaránt figyelniünk kell a pénzügyi, a gazdasági, az ökológiai, a társadalmi és a kulturális egyensúlyokra.

A 16. századi nekilendülését követő évszázadok teret nyitottak az anyagi gazdagság korábban nem látott növekedésének. Ez a növekedés

persze nem azonnal, és nem minden réteg számára hozott kedvező változást. A kapitalizmus kialakulása a borzalmas ellenmondások kora volt. Ám fokozatosan, és különösen a 20. században egyre többen érthettek el jelentős anyagi gazdagságot. Eközben az anyagi fogyasztás vált a „legfőbb jó” szinonimájává. Mindenki az anyagi gazdagságát igyekezett növelni. Az értelmiség egy része azonban gyanakodva figyelte az anyagi gazdagodást. Emlékezzünk csak az 1960-as évek hazai vitáiban negatív felhanggal megjelenő „frizsider-szocializmus” kifejezésre. Ám az átlagpolgár ezekkel nem törődött: az elmúlt évszázad hihetetlen anyagi gyarapodása közepette a haladás szinte kizárólagos mércéje a statisztikailag mérhető életszínvonal lett. Miközben azonban mindenki a gazdagodást tekintette cselekvése „célfüggvényeként”, fokozatosan napvilágra kerültek annak ellenmondásai is. Egyre több területen vált világossá, hogy az életszínvonal növekedése nem szükségképpen javítja az élet minőségét. Az egészségügyi kiadások növelése nem feltétlenül eredményez magas emberi mércével leélt éveket. Az, hogy többet és drágább ételeket eszünk, még nem jelenti azt, hogy nagyobb élvezettel és egészségesebben étkezzünk. Az egy főre jutó személygépkocsik száma és a típusváltás gyakorisága sem feltétlenül jelent kényelmesebb és gyorsabb közlekedést. Attól, hogy többet járunk moziba, több CD-t veszünk, nem leszünk szükségképpen kulturáltabbak. Az életszínvonal és az életminőség, sőt a jólét és a jóllét is ellentmondani látszanak egymásnak.³⁴

A fogyasztás „demokratizálódása” az egyforma tömegtermékektől a fogyasztói csoportok képére formált márkatermékeken keresztül elvezetett egészen az egyénre szabott tömegtermékek létrehozásáig.³⁵ A piaci rendszer működtetésében egyre fontosabb lett a fogyasztás, majd a luxusfogyasztás ösztönzése. A vállalatok kétségbeesett erőfeszítéssel igyekeznek megtartani a fogyasztót a Maslow-hierarchia harmadik, majd főként negyedik szintjén. Egyre többeket vesznek rá arra, hogy akár több száz dollárt fizessenek egy olyan pólóért, amelyhez megtevesztésig hasonlót 10 dollárért megvehetnek a bevásárlóközpontok boltjaiban.³⁶ Olyan terméket és szolgáltatásokat kínálnak fel neki, amelyekkel megpróbálják „élményfogyasztóvá” formálni a vásárlókat. Maga a vásárlás – gondoljunk a divatbemutatóra – színelőadáshoz válik hasonlóvá. A vásárlás színhelye áruházból élményközponttá, folyamata pedig kiszolgálásból performance-szá válik.³⁷ Erőfeszítéseiket az elmúlt negyedik században siker koronázta: a Merrill-Linch Luxury-Goods Large Index – a luxus javakat előállító vállalatok növekedését jellemző index – 1977-es 100-ról, 2003-ra 10 000-re emelkedett.³⁸ Ám a korlátokat nem ismerő fogyasztás és az élményvásárlás korában mégis egyre több fogyasztó érzi magát bizonytalanának, depressziósnak, kielégítetlennek – egyszerűen, boldogtalanának.³⁹ Egyre többen ébrednek rá saját életükben a „flow” sze-

34 A világ helyzete 2004. Föld Napja Alapítvány. 8. fejezet. (A jó élet átértékelése.)

35 Szabó Kati: Egyéni tömegtermék, és Marosán György A siker receptje. Kossuth 2003.

36 Economist. 2004 márc. 6. Rags and riches. (A survey of fashion.)

37 Harvard Business Review. The Experience economy. 2000. febr.

38 Economist. 2004. márc. 6. A survey of fashion. 4. oldal

39 Barry Schwartz: The Paradox of choice: Why more is Less. Ecco/HarperCollins 2004.

repére.⁴⁰ Az emberi törekvéseket végső soron irányító boldogságfüggvény negyedik szintjére érve felismerik a kérdést: maradjanak-e a negyedik szinten, vagy lépjenek feljebb az ötödikre: az önmegvalósítás szintjére, hogy minél teljesebben kibontakoztassák a bennük rejlő lehetőségeket? Egyre több ember számára válik valóságos kérdéssé, hogy milyen életprogramot kövessen: fogyasztásorientáltat-e, vagy az ún. „flow-orientált” boldogság-modellt?⁴¹

Az életmódváltás korlátjai

A 20. század – a hihetetlen fejlődés ellenére – csak keveseknek adta meg, hogy anyagi korlátoktól mentesen, saját elveik szerint rendezhessék be életüket. Az 1960-as évek közepén – fizikus hallgatóként – az akkor tervezett új gazdasági mechanizmusról vitáztunk a „tudományos szocializmus” szemináriumon. A legélesebb nézeteltérést kiváltó kérdés az volt: szükséges-e az embereknek a bimbamcsengő. Akkor ez volt számunkra a fogyasztói társadalom non plus ultrája. A kérdést eldöntendő szavazáson a – különféle háttérű – hallgatók többsége vélte úgy, hogy ez túl van az emberi racionalitás határán. Nem kellett hozzá két évtized, és a szocializmusban is megjelenhettek (végre!) azok a vállalkozások, amelyek nem a filozófiai kérdés eldöntésével, hanem a bimbamcsengő iránti, valóságos szükségletek kielégítésével foglalkoztak. Ez a tapasztalatom alapvetően kétkedővé tett a szükségletek „felső határának” előrejelezhetőségével kapcsolatban. Sőt, kételkedem abban is, van-e joga egyáltalán bárkinek dönteni arról, hogy „értelmesek-e” mások igényei. Ma úgy látom, hogy nem. Bízunk ezt a kérdést az érintettekkel!

Az érintettek pedig többnyire nem a széplelkű gondolkodók elvárásait, hanem a saját vágyaikat követik. Az eredmény a szinte kaotikusan egybefonódó tendenciák kuszasága. Egy amerikai elemzés 1967 és 1987 között követte nyomon a végzős joghallgatók életcéljának alakulását. Az életcélt firtató kérdésre a „megtalálni az értelmes élet filozófiáját” választ adók aránya 70 százalékról 30 százalékra esett, míg a „lehető legjobb anyagi feltételeket elérni” válaszolók aránya 30 százalékról 70 százalékra nőtt.⁴² Egy másik felmérés szerint arra a kérdésre, hogy „Mennyi pénzre volna szüksége Önnek ahhoz, hogy ne érdekelje többé a pénz?”, minél magasabb jövedelmű volt valaki, annál nagyobb összeget nevezett meg. Ezek a felmérések ellentmondani látszanak a kommunizmus választásán gondolkodó társadalom képének. Ugyanakkor a több évtizeden keresztül végzett szociológiai elemzésekből kitapintható az értékrendszer fokozatos és alapvető átalakulása. 65 különböző társadalom értékváltozási tendenciáját kutatva azonosították a kutatók, hogy az egy főre jutó életszínvonal növekedésével a társadalmak eltolódnak a túlélésértékről az önkifejezés érték felé. Minthogy idővel a legtöbb társadalomban nő az egy

40 Csíkszentmihályi Mihály: Flow. (Az áramlat) Akadémiai Kiadó 2001.

41 Csíkszentmihályi Mihály: The evolving shelf. 1996.

42 F. Herbert Bormann Stephan-R. Kellert: Ecology, economics, ethics. Yale University Press. 1991, 150. oldal. Ne feledjük azonban, hogy a vizsgálat kezdőpontja a szülők értékrendjét tagadó hippy-mozgalom születésével esik egybe.

főre jutó GDP, így az emberek egyre feljebb lépnek a Maslow-hierarchia lépcsőin.⁴³ A jövő fejlődését – mint gyakran hangsúlyoztuk – az evolúció jelöli ki, amelynek mechanizmusa az egyéni döntés. Ennek keretében mindenki mérlegeli életprogram-választásának következményeit, a fogyasztás minden határon túli növelésének kockázatait és mellékhatásait.

A gyökeres életmódváltáson alapuló közösségalkotásnak két, többnyire homályban maradó, de a közösségek létrejötte során szükségképpen fellépő, alapvető korlátja van. Egyrészt az alapvetően eltérő kulturális mintájú közösség együttélése gyakran vált ki a létező törvények érvényesülésével kapcsolatos konfliktusokat. A témakörrel összefüggő legérdekesebb eset az amerikai *amish*-kommuna, és az amerikai társadalombiztosítási rendszer kiterjesztése kapcsán bekövetkezett konfliktus volt.⁴⁴ Az *amish*-kommuna tagjai szigorú vallási tradícióikra támaszkodva, több évszázadon keresztül tartották fenn a külvilág csábításaitól elszigetelt közösségüket. Az önként vállalt kölcsönös segítségnyújtást alkalmazták, és tudatosan kikerülték a biztosítási rendszereket. A közösség akkor került szembe az állammal, amikor 1955-ben Eisenhower elnök – egyébként fontos szociális intézkedésként – az önálló farmerekre is kiterjesztette a társadalombiztosítást. Ezt a lépést az *amish*-közösségek az életüket szabályozó Bibliára hivatkozva elutasították. A későbbi elemzés azonban feltárta: inkább attól féltek, hogy a rendszer mögött álló, személytelen biztosítási ügylet gyengíteni fogja a közösségi egymásrataltságot, és a közösségek bensőséges kapcsolatainak lazulásához fog vezetni.⁴⁵ Amikor egyre több esetben került sor bírósági intézkedésre, minthogy a kommunák tagjai megtagadták befizetési kötelezettségüket, valamiképpen megoldást kellett találni az ügyre. Végül egy hosszabb idejű és sok embert megmozgató kongresszusi meghallgatást követően sikerült elérniük, hogy a közösség tagjai felmentést kaphattak, mindaddig, amíg „önfoglalkoztató farmerek, és a vallási közösség bizonyítja részvételüket a közösségben”⁴⁶. Az *amish*-közösség példája arra utal: a kommuna és a környező társadalom között létezhetnek komoly konfliktusok, ám ezek a demokrácia játékszabályai szerint feloldhatók.

Az életmódváltás másik, szigorúbb korlátját a jólét társadalmában a szokások hatalma alkotja. J. Davidov szovjet filozófus a Munka és szabadság című könyvében egy régi üzbég mesével világítja meg az emberekre „rátört” szabadság problémáját.⁴⁷ A tanmese egy olyan emberről szól, akinek hasába bemászott egy kígyó, amíg ő egy fa alatt aludt. Ettől kezdve ez az ember nem azt tette, amit szeretett volna, hanem azt, amit a kígyó parancsolt neki. Szabadsága megszűnt, szinte nem is volt már önmaga. Fokozatosan le is szokott arról, hogy akarjon valamit, hiszen mindig megkapta a parancsot, hogy mit tegyen. Azután egyszer csak a kígyó – épp olyan váratlanul, ahogyan jött – eltávozott. A mi emberünk

43 The persistence of traditional values. *American Sociological Review*. 2002, Vol 67. 30. oldal.

44 Brian J. Glenn: *Collective Precommitment from Temptation. Rationality and Society*. Vol. 13. 2001, 185–204.

45 Carol Weisbrod: *The Boundries of Utopia*. New York. 1980. Pantheon Books.

46 Brian J. Glenn, im. 194. oldal.

47 J. Davidov: *Munka és szabadság*. Studium. 1968, Budapest, 21. oldal.

ESSZÉ

pedig ott maradt, és várta a parancsot, hogy mit is tegyen. Ám a parancs csak nem jött, és emberünk csak tengett-lengett: nem tudott már élni a váratlanul reaköszöntött szabadsággal. A 21. század igazi kérdése: akar-e, és képes-e szabadulni az átlagpolgár a kényelem börtönéből, hogy ki-lépjen a valódi szabadság birodalmába.

BARCSI TAMÁS

Az emberhez méltó halál lehetősége: az eutanázia és alternatívája¹

Az eutanázia problémája kapcsán számos nehezen megválaszolható filozófiai–etikai–jogi kérdés merül fel. Ebben az írásban az emberhez méltó halál fogalmát értelmezem, megvizsgálva az eutanáziát és annak alternatíváját. Röviden érintem a napjainkra jellemző halál-képet, kitérek az eutanázia-probléma egyes morális kérdéseire, illetve bemutatom a témával kapcsolatos hazai szabályozást, az Alkotmánybíróság 2003. április 28-án kihirdetett eutanázia-határozatának főbb érveit is ismertetve. Végül az eutanázia egyetlen valódi alternatívájának elméleti alapját képező RAHME-koncepció néhány főbb gondolatát emelem ki.

I. A méltó halál, azaz a „saját” halál lehetőségének értelmezése

A halálról való gondolkodás koronként, kultúránként, világnézeti (vallási–filozófiai) alapállástól függően változik. Ahogyan erre Kolakowski is felhívja a figyelmet, fontos annak felismerése, hogy a halál nemcsak természeti, hanem társadalmi, vallási és kozmikus esemény is.² A halálhoz, a meghaláshoz való viszony sokat változott a nyugati kultúrában az idők folyamán. Philippe Ariés rámutat: a középkorban az európai ember félt a haláltól, ugyanakkor elkeseredés nélkül tudomásul vette annak tényét, a halállal szembeni attitűd ekkor félúton volt valahol a passzív belenyugvás és a misztikus bizalom között. A halálban a Sors mutatkozik meg, a haldokló elfogadja a halált egy szokásszerű, nyilvános rítus keretében.³ A 18. századig az „ars moriendi” szétválaszthatatlanul összefüggött az „ars vivendi”-vel: a meghalás művészete a saját halállal való aktív szembenézést jelentette, amely által arra kap esélyt az ember, hogy az élet lényeges dolgaira összpontosítsa figyelmét. A 18. század elejétől azonban az embereket elfogta az a kísértés, hogy kitolják haláluk

¹ Az írás részben a Pécsi Tudományegyetemen 2003. október 16-án megrendezett „Jog és jogászok a 21. század küszöbén” című konferencián elhangzott előadásom anyagára épül.

² Ld. Leszek Kolakowski: Legújabb kis előadásaim nagy kérdésekről (Európa, Bp. 2002.) 72. o.

³ Philippe Ariés: Gyermek, család, halál (Gondolat, Bp. 1987.) 411. o.

időpontját, törődni kezdtek egészségükkel: az orvostudományhoz fordultak. Az orvosokat a tevékenységük iránt megnövekedett érdeklődés és bizalom új kutatásokra készítette. A 19. században a halál rítusa még semmit sem változott, de elkezdtek megfosztani drámaiságától, és a haldoklót a környezete egyre inkább „megkímélte”, megpróbálta leplezni állapota súlyosságát, megtéve az első lépéseket a halál „eltüntetése” felé. A 20. század harmincas éveitől teljesen megváltozik a halállal szembeni attitűd. Korábban a haldoklás és a halál családi és baráti körben zajlott, társadalmi esemény volt, ettől az időszaktól kezdve a halál szinte teljesen klinikai eseménnyé vált. Ma a legtöbb nyugati ember a hosszú szenvedésekkel járó halált szeretné elkerülni, ennek ellenére a nyugati országokban általában magas életkort érnek meg az emberek, és legtöbbször kórházi körülmények között halnak meg (70–80 %), többnyire hosszú lefolyású, hónapokig vagy évekig tartó szenvedéssel járó betegségben. Az újkorban megkezdődő szekularizáció, naturalizálódás és individualizálódás a 20. század végére oda vezetett, hogy a haldoklás és a halál de-metafizikálódott, egyre inkább mindennapi és privát eseménnyé, egy magányos és néma eseménnyé, pusztán biológiai tényné vált. Napjainkban már nem is beszélhetünk a halál kultúrájáról. A halál eltüntetésével együtt jár, hogy az emberek többsége már nem tudja értelmezni a haldoklást és a halált, sőt nem is gondol rá, amíg megteheti. Erre utal Martin Heidegger *Lét és idő* című művében: „A halál elől való elfedő kísértés oly makacsul uralja a mindennapiságot, hogy az egymással szembe fordítottan a ‘közeliállók’ gyakran még a ‘haldoklóval’ is elhitetik, hogy meg fog menekülni a haláltól, és hamarosan vissza fog térni gondoskodása tárgyát alkotó világának nyugodt mindennapiságába.” „Az akárki nem engedi, hogy bátran vállaljuk a haláltól való szorongást”.⁴ Az emberek nem az élet részeként fogják fel a halált, hanem mint „kellemetlen eseményt”, amely többnyire kórházhoz köthető. A halál bizonyosságának elfojtásával párhuzamosan technicizálódott és medikalizálódott a haldoklás folyamata. Az orvosok mindent megtesznek a beteg életben tartása érdekében (sokszor akarata ellenére is): a túlterápia az életet minden áron meghosszabbítani akaró orvosi hozzáállás negatív következménye lett. Izolált és idegen környezetben végbemenő értelem és vigasz nélküli, technicizált és magányos esemény – az esetek többségében – a kórházi halál, amely a túlterápia által megfosztja a betegeket a saját halál lehetőségétől.

Mindebből következik, hogy az emberhez méltó halál lehetőségét a „saját” halál lehetősége jelenti. Mit jelent ez? Egzisztenciális értelemben természetesen mindenki a saját halálát halja, ebben az összefüggésben a „saját” halál lehetőségének biztosítása az élet részeként (az élet beteljesedéseként) értelmezett meghalással és halállal egyéni felfogásnak megfelelő módon és környezetben való szembenézés lehetőségét jelenti. Egyesek szerint az eutanázia segíthet hozzá a „saját” halálhoz. Az eutanázia – bár a későbbiekben kifejtettek szerint érvényesülése az emberi méltóságból következik – csak korlátozó tényezők betartásával megengedhető végső eszköz, ezért nem jelenthet megoldást a problémára. Min-

4 Martin Heidegger: *Lét és idő* (Osiris, Bp. 2001.) 294–295. o.

denekelőtt új szemlélet kialakítására van szükség, amely az élet részeként fogadja el a halált, mert ahogy Jung írja: „A halál a lélek számára ugyanolyan fontos, mint a születés, s ugyanúgy, mint a születés, integráns része az életnek.”⁵ A „saját” halál lehetőségének biztosításához szükséges továbbá, hogy a meghalás eseménye kerüljön át a kórházakból a szenvedők meghitt környezetébe. Fontos lenne, hogy az orvosok ne a mindenáron való életmehosszabbításon, hanem a szenvedés multidimenzionális fogalmának elfogadásán alapuló terápiát alkalmazzanak, mert fel kell ismerni, hogy az organikus eredetű fájdalomhoz, a betegség során további pszichikai, spirituális és társadalmi tényezők járulhatnak. Ennek a szemléletnek a megalapozását jelenti, a IV. fejezetben kifejtendő RAHME, azaz a halálba kísérés koncepciója.⁶

II. Az eutanázia fogalma, felosztása, morális és jogi problémák az eutanáziával kapcsolatban

1. Az eutanázia fogalma, felosztása

Nézzük meg először, hogyan határozhatjuk meg az eutanázia fogalmát. Az eutanázia szó etimológiailag az eu = jó, illetve a thanatosz = halál kifejezésekből eredeztethető, a kegyes, a jó halált jelenti. Az eutanázia lényegében egy gyógyíthatatlan, súlyos szenvedéseket átélő beteg ember szándékos halálba segítése vagy halni hagyása egy másik ember által a beteg érdekében.⁷

A definíció fő elemei:

a) Az eutanázia egy másik ember életének szándékos kioltása, amely megvalósulhat „aktív” (direkt halálba segítés) és „passzív” (halni hagyás) módon is. Aktív eutanázia esetén az eutanázia végrehajtója tesz valamit azért, hogy a beteg életét megrövidítse (pl. halálos mennyiségű altató befecskendezése), passzív eutanázia esetén pedig elmulaszt megtenni valamilyen beavatkozást (amelynek alkalmazása egyébként kötelessége lenne) a beteg életének megmentése érdekében, de ide tartozik az életet meghosszabbító intézkedések aktív befejezése is (pl. lélegeztetőgép kikapcsolása). Az eutanáziát általában orvos hajtja végre, de ismerünk nem orvos által végrehajtott halált okozó beavatkozást is.

⁵ Ld. C. G. Jung: Gondolatok az életről és a halálról (Kossuth, Bp. 1997.) 76. o.

⁶ A mai halál, illetve meghalás értelmezéséről ld. Fuat S. Oduncu – Wolfgang Eisenmenger: Euthanasie – Stebehilfe – Sterbebegleitung (Medizinrecht. 20/7. 2002.) 335–336. o. illetve Csejtei Dezső: Filozófiai metszetek a halálról (Pallas Stúdió – Attraktor, Bp. 2002.) 470–504. o., Ariés: i. m. 398–413. o.

⁷ Az eutanázia fogalmának értelmezésében, felosztásában vannak különbségek az egyes szerzők között, de abban általában egyetértenek, hogy a halálba segítés az aktív eutanáziát, a halni hagyás a passzív eutanáziát jelöli. Gaizler Gyula a passzív eutanázia és az ún. „halálg kísérés” közé tesz egyenlőségjelet. (Vö. Gaizler Gyula: Bioetika, Pázmány könyvek, Budapest, 1999., 149–150. o.) A halálba kísérés fogalmát ebben a tanulmányban más összefüggésben használjuk követve például a német szakirodalomban is elfogadott jelentést. Ld. pl. Fuat S. Oduncu – Wolfgang Eisenmenger: i. m. 330–331. o. Lásd továbbá az eutanázia fogalmával kapcsolatban dr. Kovács József: A modern orvosi etika alapjai (Bevezetés a bioetikába, Medicina, 1999.) 403–405. o., illetve dr. Blasszauer Béla: Eutanázia. Medicina, 1997. 35–62. o.

Nem minősül tehát eutanáziának az ún. „aktív indirekt halálba segítés”, itt a páciens teljes felvilágosítása utáni, beleegyezésével zajló terápiás intézkedés mellékhatásaként fellépő, nem szándékos, idő előtti halálról van szó. Az elsődleges szándék ebben az esetben nem az élet megrövidítése, hanem a szenvedések enyhítése. Ugyancsak nem eutanázia az öngyilkossághoz való segítségnyújtás, amelynek során az orvos segítséget nyújt betegnek az általa önállóan meghozott döntésének megvalósításához, életének befejezéséhez pl. úgy, hogy rendelkezésére bocsátja a halált okozó gyógyszert. Az aktív halálba segítéssel ellentétben ebben az esetben az orvos nem határozza meg az esemény lefolyását, illetve az emberölést sem maga végzi el.

b) A beteg súlyos, gyógyíthatatlan betegségben szenved, s embertelen, elviselhetetlen szenvedéseket él át. Az eutanázia önkéntessége alapján beszélhetünk önkéntes, tehát a beteg önrendelkezésén alapuló eutanáziáról. Ekkor a beteg maga kéri a beavatkozás megszüntetését, mellőzését, vagy az orvos aktív közreműködését élete befejezéséhez. Beszélünk továbbá nem önkéntes, nem a beteg önrendelkezésén alapuló eutanáziáról, ekkor a beteg kora (újszülött) vagy állapota (pl. irreverzibilis kóma állapotában van) miatt akaratnyilvánításra nem képes, ekkor helyette a hozzátartozók és/vagy az orvos döntenek az eutanáziáról. Ismert továbbá a kényszer-eutanázia jelensége is, amikor a beteget úgy részesítik eutanáziában, hogy bár akaratnyilvánításra képes állapotban van, nem kéri beleegyezését, vagy megkérdezik a beteget, és akarata ellenére cselekszenek.

c) A definíció kulcsfontosságú eleme, hogy a beavatkozásnak vagy a beavatkozás elmaradásának a beteg érdekében kell történnie (még kényszer-eutanázia esetén is a beteg vélt érdeke alapján cselekszik az orvos). Ezért nem nevezhető eutanáziának az ún. „náci eutanázia-program”, melynek során közel 270 000 fogyatékos, elmebeteget, nemi beteget öltek meg, közöttük sok gyereket, mert a program alapját képező „igazi-nem igazi ember” ellentétpárt kidolgozó elmélet szerint nem találhatunk jogi, szociális, erkölcsi, vallási szempontból semmiféle alapot arra, hogy megtiltsuk azoknak a megölését, akik az „igazi ember borzalmas ellentétét képezik és borzalmat váltanak ki mindenkiből, akivel találkoznak”. Itt nem eutanáziáról van szó, hanem tömeggyilkosságról, hiszen szóba sem került a fogyatékosoknak, elmebetegeknek az érdeke.⁸

A Föld legtöbb országában az önkéntes passzív eutanázia valamely válfaját legalizálták az önkéntes aktív eutanázia csak kevés államban elfogadott (Hollandia, Belgium, az USA Oregon államában az Oregon Death with Dignity Act azt teszi lehetővé, hogy a kezelőorvos olyan készítményt bocsásson gyógyíthatatlan betege rendelkezésére, amellyel az véget vethet életének, itt öngyilkossághoz való orvosi segítségnyújtásról van szó), a nem önkéntes és a kényszer-eutanázia egyetlen országban sem megengedett. Nagy a morális konszenzus a kényszer-eutanázia el-

⁸ Ld. Lakos Nóra: Az euthanázia, mint a filozófia, a politika és a törvényhozás tárgya (Szochalo.hu.2001), illetve részletesebben Michael Burleigh: Pénzmegettakarítás tömeggyilkossággal: elmegyógyászat, társadalom és euthanázia-program. In: Szembesülve a náci múlttal. Hajja és fia Könyvkiadó, Budapest, 1997.

fogadhatatlanságát illetően, a nem önkéntes eutanázia viták tárgyát képezi, világszerte a legtöbben az önkéntes aktív eutanázia elfogadásáért harcolnak.

2. Eutanáziával kapcsolatos morális problémák

A szakirodalomban vitatott, hogy találhatunk-e morális különbséget az eutanázia végrehajtási módjai, az aktív és a passzív eutanázia között önkéntesség esetén. A tradicionális orvosi felfogás és az etikusok többsége különbséget lát az eutanázia megvalósulási módjai tekintetében: a passzív eutanáziát erkölcsileg elfogadhatóbbnak tartják, mint az aktív eutanáziát. Hivatkoznak arra, hogy a passzív eutanázia tulajdonképpen nem is nevezhető eutanáziának, mert ekkor nem az orvos öli meg a beteget, csak hagyja, hogy a természet elvégezze a dolgot, másrészt az orvos nem tesz mást, mint figyelembe veszi a beteg önrendelkezését, tiltakozását a további kezelések ellen. A keresztény egyházak hagyományosan az aktív eutanázia ellen foglalnak állást, a passzív eutanáziát bizonyos körülmények érvényesülése esetén megengedhetőnek tartják (a római katolikus egyház előírásaiban sokáig tartotta magát a „szokásos és rendkívüli eszközök doktrínája”, amely szerint a beteg csak a rendkívüli eszközökkel való kezelést utasíthatja vissza a haldoklás utolsó stádiumában, ez a megkülönböztetés azonban gyakorlati szempontból alkalmazhatatlan, napjainkban visszaszorulóban van).⁹

Egyes gondolkodók nem látnak morális különbséget aktív és passzív eutanázia között. A leghíresebb ilyen érvelést James Rachels amerikai filozófus 1975-ben fejtette ki. Rachels egy fiktív példával támasztja alá álláspontját, melynek lényege: morálisan nem tehetünk különbséget az eutanázia végrehajtási módjai között, mert az orvos szándéka mindkét esetben ugyanaz: a beteg elviselhetetlen testi és lelki szenvedéseinek megszüntetése, ill. mindkét esetben azonos a cselekedet következménye is: a beteg halála. Nem az a lényeges kérdés, hogy aktív vagy passzív módon hajtották végre az eutanáziát, hanem az, hogy a beteg érdekében állt-e a halál, vagy sem. Ha valaki olyan álláspontot foglal el, hogy nem létezhet olyan állapot, amikor a betegnek érdekében állhat saját halála, természetesen el kell utasítania az eutanáziát, ha azonban elfogadja, hogy létezik ilyen helyzet, akkor el kell ismernie mind az aktív, mind a passzív eutanáziát, mert erkölcsi különbség nincs köztük.¹⁰

Véleményem szerint találhatunk morális különbséget aktív és passzív eutanázia között. A Rachels által kifejtett és első pillantásra meggyőzőnek tűnő „negatív felelősség” elvét sokan sokféleképpen kritizálták, de a legnagyobb problémája az érvrendszernek, hogy nem veszi figyelembe a cselekedet erkölcsi megítélését: nemcsak a szándékot és a következményt lehet figyelembe venni egy cselekedet erkölcsi vizsgálatakor, hanem magát a tettet vagy mulasztást is. Egy keresztény ember például még ha el is fogadja az eutanázia két végrehajtási módja esetében a szándék és a

⁹ A keresztény álláspont összefoglalását ld. pl. Vigília 2001/5. 332–359. o.

¹⁰ Rachels elméletének ismertetését lásd dr. Kovács József i. m. 406–411. o.

következmény azonosságát, az aktív eutanáziát azért tartja elfogadhatatlannak, mert az élet szentsége általa képviselt felfogásának megsértésével jár: egy olyan tettet jelent, amely más ember életét oltja ki, passzív eutanázia esetén pedig az orvos a beavatkozás elmulasztásával hozzájárul ugyan a beteg halálához, de az élet szentségének elve nem sérül.

További kérdés: van-e morális különbség a passzív eutanázia két megvalósulási módja, a kezelés abbahagyása és el sem kezdése között? Találhatunk olyan nézeteket, melyek szerint nem ítélnénk meg azonosan a két cselekedetet; a megkezdett kezelés abbahagyása az aktív eutanáziához áll közelebb, de széles körű a konszenzus arra vonatkozóan, hogy egyéb feltételek azonossága esetén egy beavatkozás mellőzése és abbahagyása morálisan nem különbözik egymástól. Előfordul a szakirodalomban, hogy erkölcsileg másképp ítélnék meg lényegében passzív eutanáziának minősülő cselekedeteket, amelyeket más elnevezéssel illetnek. Ferencz Antal „terápiás túlbuzgóság elkerülése” meghatározásának és a passzív eutanázia fogalmának azonos tartalmára mutat rá Tóth Mihály: „A lényeg, hogy az orvosi mulasztás (nevezzük akár „nem tevésnek”, vagy „elkerülésnek”) kimutatható okozati összefüggésben áll-e a halál tényével. Ha ez a viszony kimutatható, a halál annak természetes bekövetkezésénél előbb áll be. Ezt pedig – minthogy az említett „nem tevés” eredményezi az élet megszűnését – bizvást tekinthetjük passzív eutanáziának”.¹¹

Időnként különleges esetek kapcsán felvetődik: minden helyzetben el kell-e ítélnünk erkölcsi szempontból a nem önkéntes eutanáziát? Nagy élességgel jelenik meg a probléma a perzisztens vegetatív állapotú, illetve az irreverzibilis kómában lévő betegek esetében. Mindkét esetben a beteg agykérge (cortex) teljesen elpusztult, irreverzibilis kóma esetében az agytörzs sem ép, ilyenkor a beteg képes lehet spontán légzésre, de visszafordíthatatlanul eszméletlen; perzisztens, vegetatív állapotú beteg esetében az agytörzs működőképes: a beteg nincs kómában, hosszabb-rövidebb éber periódusok váltják az alvásokat, képes a szájába tett ételt és italt lenyelni, de külső ingerekre adott értelmes válaszról nem beszélhetünk. Megfelelő ellátás mellett a beteg mindkét esetben évekig, akár évtizedekig élhet. Természetesen az emberi élethez és méltósághoz való jog kizárja az ilyen betegek esetében az eutanáziát. Vannak azonban orvosok, filozófusok, jogászok, akik szerint az ilyen betegek élete már nem tekinthető emberi életnek: a halál az agykéreg elpusztulásával bekövetkezik, tehát a neocorticalis agyhalál koncepcióját képviselik. A legtöbb államban nem ez az elfogadott agyhalál-kritérium, hanem az ún. egész-agyhalál koncepció (házánkban is ez érvényesül), amely szerint a halál akkor következik be, ha a szervezet mint egész integrált működése visszafordíthatatlanul megszűnik, azaz az egész agy minden funkciójának leáll a működése. Ez az ún. harvardi agyhalál-kritérium, amelyet egy harvardi szakértői bizottság 1968-ban fogalmazott meg, mert az 1967-ben Barnard professzor által elvégzett szívátültetés után át kellett gondolni a korábbi

11 Vö. Tóth Mihály: Gondolatok az eutanáziáról – avagy egy büntetőjogász kritikus pillantása a „kegyes halál” álarca mögé (Jura 2001/1, 90. o.), illetve Ferencz Antal: Az élet és a halál bioetikai kérdései (Belügyi Szemle 2001/1, 3–21. o.).

halál-fogalmat, amely a szív működés és a légzés megszűnéséhez kapcsolta a halál beálltát.¹²

Megoldást jelentene az ilyen és hasonló esetekre az „élő végrendelet” („living will”) intézményének szélesebb körű elterjedése. A magyar jog által is ismert „élő végrendelet” az egyén belátási képességének birtokában megfogalmazott olyan nyilatkozata, amely különböző rendelkezéseket tartalmaz arra az esetre, ha a beteg akaratnyilvánításra képtelen állapotba kerül: magában foglalhatja az egyén értékrendjének, erkölcsi alapelveinek leírását, útmutatásul szolgálhat különböző kezelések alkalmazásának mellőzését illetően, a nyilatkozó kijelölhet meghatalmazottat, aki ismeri értékrendjét és értelmezni tudja az „élő végrendelet”-et, illetve az ún. „helyettesített döntés” elve alapján a beteg értékrendjének, véleményének figyelembe vételével döntést hozhat kritikus helyzetekben.¹³

Az eutanázia-probléma csak az emberi méltóság, illetve az emberi méltósághoz való jog fogalmához kapcsolódóan értelmezhető. A legáltalánosabb felfogás szerint az emberi méltóság az emberi lényeg immanens lényegi sajátja, a személyiség integritását jelenti. Létezésre méltónak lenni emberségre való méltóságot jelent, így külön-külön az emberi élet és emberi méltóság kezelhetetlen. Az emberi élet és emberi méltóság értékének alapjoggá válása, eljogiasítása azokra a természetjogi elképzelésekre vezethető vissza, melyek szerint vannak olyan, az emberrel veleszületett, elidegeníthetetlen és sérthetetlen alapvető jogok, amelyek minden embert megilletnek, az emberi természetből erednek, mindenki számára azonosak és egyben az ember önállósága biztosítékául az állami beavatkozást is korlátozzák. Önkéntes eutanázia esetén a betegnek erkölcsi döntést kell hoznia: s a döntés lehetősége emberi méltóságából következik: mindenki maga dönthet filozófiai, vallási, világnézeti hovatartozása alapján arról, hogyan szeretné befejezni életét. A belátási képessége birtokában lévő betegnek lelkiismeretének megfelelően kell állást foglalnia: igényelnie vagy elutasítania az aktív vagy passzív eutanázia lehetőségét. Az orvos is saját lelkiismereti meggyőződésének megfelelően, a rá vonatkozó etikai és jogi normákat betartva dönt arról, hogy támogatja-e betege esetében az eutanáziát, illetve hogy közreműködik-e annak végrehajtásában. Kettejük viszonyába szükségszerűen avatkozik be az állam, ha legfőbb alkotmányi értéként érvényesül az ember élethez és méltósághoz való joga: az államnak védenie kell az életet, meg kell akadályoznia a visszaéléseket, illetve biztosítania kell a beteg döntésének befolyásmentességét. A döntés befolyásmentességének biztosítása érdekében az állam bizo-

12 Vö. dr. Kovács József i. m. 324–329. o., illetve 478–482. o.,

13 Az „élő végrendeletéről” lásd dr. Kovács József i. m. 434–440. o., illetve Blasszauer Béla: Orvosi etika (Medicina, Budapest 1999, 77–79. o.), továbbá Bioetikai állásfoglalások 33–34. o. A magyar szabályozást lásd 1997. évi CLIV. tv. 22. §. A magyar törvényi szabályozás lehetőséget ad arra, hogy a cselekvőképes személy – későbbi esetleges cselekvőképtelensége esetére – közokiratban visszautasítson egyes vizsgálatokat, beavatkozásokat, akár életmentő vagy életfenntartó beavatkozásokat, és lehetőséget ad az ún. „helyettes döntéshozó” megjelölésére is (ez történhet az élő végrendeletben, de külön közokiratban is), de meglehetősen nehézkes feltételeket határoz meg, így pl. a nyilatkozat csak abban az esetben érvényes, ha pszichiáter szakorvos – egy hónappal nem régebbi – szakvéleményben igazolja, hogy a személy döntését annak lehetséges következményei tudatában hozta meg, továbbá a nyilatkozatot két évente meg kell újítani (22. § (1), (2), (3) bek.).

nyos törvényi feltételeket kívánhat meg az eutanázia vonatkozásában: az aktív eutanázia lehetőségét akár el is vonhatja, ha nem lát kellő garanciát a befolyásmentesség megvalósulása vonatkozásában, de csak addig, amíg a társadalmi-intézményi-tudományos feltételek lehetővé nem teszik az aktív eutanázia legalizálását.

3. Az eutanázia szabályozása Magyarországon

Magyarországon az aktív eutanázia emberölésnek minősül, a passzív eutanázia önkéntes válfaja legalizált: törvényi feltételek betartása esetén vissza lehet utasítani életfenntartó és életmentő kezeléseket. Az 1997. évi CLIV tv. (Egészségügyi törvény, továbbiakban Eütv) rendelkezései alapján a beteg közokiratban vagy teljes bizonyító erejű magánokiratban, illetve írásképtelenség esetén két tanú együttes jelenlétében utasíthat vissza minden olyan ellátást, amelynek elmaradása esetén egészségi állapotában várhatóan súlyos vagy maradandó károsodás következne be (20. § (2) bek.). Az alaki előírások betartásán túl csak akkor lehet életfenntartó vagy életmentő beavatkozást visszautasítani, lehetővé téve a betegség természetes lefolyását, ha a beteg olyan súlyos betegségben szenved, amely az orvostudomány mindenkori állása szerint rövid időn belül – megfelelő egészségügyi ellátás mellett is – halálhoz vezet és gyógyíthatatlan (20. § (3) bek.). Ez a visszautasítás csak akkor érvényes, ha egy háromtagú orvosi bizottság a beteget megvizsgálja, és egybehangzóan, írásban nyilatkozik arról, hogy a beteg döntését annak következményei tudatában hozta meg, illetve hogy a törvényi feltételek fennállnak. A betegnek az orvosi bizottság nyilatkozatát követő 3. napon – két tanú előtt – ismételten ki kell nyilvánítnia a visszautasításra irányuló szándékát. Amennyiben a beteg nem járul hozzá az orvosi bizottság vizsgálatához, a kezelés visszautasítására vonatkozó nyilatkozata nem vehető figyelembe (20. § (4) bek.). További korlátozásokat tartalmaz a törvény a várandós anyára vonatkozóan: ha előre láthatóan képes a gyermek kihordására, az életfenntartó vagy életmentő beavatkozást nem utasíthatja vissza; illetve a cselekvőképtelen és korlátozottan cselekvőképes beteg vonatkozásában, ekkor visszautasítás esetén az egészségügyi szolgáltató keresetet indít a beleegyezés bíróság általi pótlása iránt (20. § (6) bek., ill. 21. § (2) bek.). Fontos szabály továbbá, hogy az életfenntartó és életmentő kezelése visszautasítása esetén meg kell kísérelni a beteg döntése hátterében levő okok feltárását és a döntés megváltoztatását (20. § (7) bek.).

Az eutanázia tárgykörében az Alkotmánybíróság 2003. április 28-án hirdetett ki határozatot (1236/B/1993). Kmetty Ildikó ügyvéd, illetve Takács Albert alkotmányjogász 1993-ban nyújtott be indítványt az Alkotmánybírósághoz az eutanáziával kapcsolatban, ezt később kiegészítették. Az indítványozók kérték többek között, hogy állapítsa meg az Alkotmánybíróság, hogy az Eütv. alkotmányellenesen korlátozza a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát azáltal, hogy nem teszi lehetővé számukra életük orvosi segítséggel történő befejezését. Ezt az indítványt az AB elutasította. Kérték továbbá, hogy állapítsa meg az Alkotmánybíró-

ság, hogy az Eütv. passzív eutanáziát lehetővé tévő rendelkezéseit alkotmányellenesen korlátozzák a gyógyíthatatlan betegek önrendelkezési jogát. Ezt az indítványt is elutasította a Testület. Az Alkotmánybíróság döntéseivel fenntartja a korábbi jogi helyzetet.

Az indokolásban az Alkotmánybíróság az emberi méltósághoz való jogból indul ki, amely korlátozhatatlan alapjog, ha az emberi élethez való joggal egységben jelentkezik. Az emberi méltósághoz való jogból levezethető részjogosítványok korlátozhatóak a szükségesség és az arányosság követelményét figyelembe véve. Az emberi méltósághoz való jog részjogosítványa az önrendelkezési jog, ebből következik a gyógyíthatatlan beteg döntési lehetősége arról, hogy életének a rá váró szenvedésekkel teli hátralevő részét nem akarja végigélni. A világnézeti szempontból semleges alkotmányos alapokon álló jogrendszer sem helyeslő, sem helytelenítő álláspontot nem foglalhat el az ember saját életének befejezését elhatározó döntésével kapcsolatban. Ennek alapján az Alkotmánybíróság szerint a passzív eutanázia, tehát az életbentartó kezelések visszautasításának lehetősége az önrendelkezési jog olyan része, amelyet az állam korlátozhat, de nem vonhat el. Ezzel szemben az aktív eutanázia, az orvos tevéleges segítségével való megszabadulás a szenvedésektől az önrendelkezési jog olyan része, amelyet az állam nemcsak korlátozhat, hanem el is vonhat az élethez való jogból következő intézményvédelmi kötelezettsége miatt, mert itt az orvos is részese a folyamatnak: nemcsak teljesíti a beteg elhatározását, de szerepe van az elhatározás kialakításában is. A jelenlegi társadalmi-intézményi-tudományos feltételek mellett nem biztosítható a beteg döntésének befolyásmentessége, ezért az aktív eutanázia alkotmányellenes, de ha a befolyásmentes döntés biztosítható lesz, változhat az alkotmányos megítélés is.

Egyes alkotmánybírák a határozathoz csatolt párhuzamos indokolásukban, illetve különvéleményükben alkotmányellenesnek tartják az önkéntes passzív eutanázia fent említett korlátozását. Nem az az alkotmányellenes – mutatnak rá –, hogy a törvény alaki és formai követelményeket ír elő, hanem bizonyos konkrét előírásokat kellett volna az Alkotmánybíróságnak alkotmányellenesnek nyilvánítania. Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleményében azon az állásponton van, hogy az Eütv. 20. § (3), (4) és (7) bekezdésében szereplő feltételek alkotmányellenesek. Kiemeli, hogy a 20. § (3) bekezdésében a „gyógyíthatatlan” betegség azért alkotmányellenes előírás, mivel „az egyébként gyógyíthatatlannak tűnő, vagy csak hosszú évek alatt gyógyítható, vagy nem gyógyítható, de meghatározott egészségi állapotban (esetleg halálközeli állapotban) rögzíthető, stabilizálható, szinten tartható állapotban lévő személy számára is biztosítani kell az életfenntartó és az életmentő, de ezen túl bármilyen más kezelés visszautasításának jogát”.¹⁴ Alkotmányellenes a „rövid idő” előírása is, ez határozatlan jogfogalom és sérti a jogállamiságból levezetett jogbiztonság-normavilágosság követelményét. A 20. § (4) bekezdésében alkotmányellenes előírás, hogy a háromtagú bizottságnak arról is nyilatkoznia kell, hogy a beteg a visszautasító döntést annak következményei tudatában hozta-e meg, hiszen ha egyéb okból nem vetődik fel

14 1236/B/1993 sz. AB határozat, Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye III. 4/b.

a beteg belátási képességének, cselekvőképességének a korlátozottsága vagy hiánya, akkor nem lehet őt arra kényszeríteni, hogy cselekvőképességét bizonyítsa. Alkotmányellenes továbbá az ismételt nyilatkozat megkövetelése a betegről, illetve a 20. § (7) bekezdésében megfogalmazott rendelkezés, amely előírja, hogy a kezelések visszautasítása esetén meg kell kísérelni a döntés megváltoztatását: ez tulajdonképpen vitatkozási helyzetbe hozza az orvost a beteggel szemben, holott a beteg a döntést már korábban meghozta.¹⁵ Holló András alkotmánybíró párhuzamos indokolásában és különvéleményében (amelyhez Kukorelli István alkotmánybíró is csatlakozott) hasonló alkotmányossági problémákra hívja fel a figyelmet.

Az előbbi gondolatokkal egyetértve úgy vélem, hogy a kezelésről való lemondás alaki-formai követelményének előírásai nem megfelelőek, a gyakorlatban nem is érvényesülnek, nem tudunk olyan esetről, hogy betartották volna ezeket a feltételeket. Továbbá kevés betegség van, ahol a beteg olyan állapotban van, hogy végig tudja csinálni az eljárást, és meg akar halni. Sarkítva: ha végig tudná csinálni a beteg, akkor nem akar meghalni, ha meg akar halni, akkor nem képes részt venni az eljárásban.¹⁶ Egyetértek az Alkotmánybíróság határozatában foglaltakkal az előző fejezetben leírtaknak megfelelően abban, hogy az emberi méltósághoz való jogból következő önrendelkezési jog alapján mindenkinek jogában áll egyéni döntést hozni arról, milyen módon akar véget vetni életének, ez az aktív eutanázia esetében az élethez való jogba, illetve az állam intézményvédelmi kötelezettségébe ütközhet, ezért ezt a jogot az állam korlátozhatja, vagy akár el is vonhatja. Jelenleg nincsenek meg azok a társadalmi, intézményi, tudományos stb. feltételek, amelyek alapul szolgálhatnak az aktív eutanázia bevezetéséhez, de ha ezek változnak, indokolt lehet az aktív eutanázia legalizálása. Ha ez bekövetkezik, az aktív eutanáziához való jogot természetesen korlátoznia kell az államnak, ez csak a legsúlyosabb esetekben, kivételes eszköz lehet. Ekkor további kérdésekre kell választ adni, pl. milyen feltételeknek kell érvényesülniük az aktív eutanázia vonatkozásában, ki hajtsa végre az aktív eutanáziát? Azokban az államokban, ahol jogi lehetőség van aktív eutanáziára, orvos hajtja végre azt, de ettől eltérő megoldások is elképzelhetők, így Bitó László „szakértő átsegítő” intézmény bevezetésére tesz javaslatot.¹⁷

III. Az eutanázia alternatívája: a RAHME, avagy a halálba kísérés koncepciója

Az eutanázia az elmondottak alapján csak végső megoldás lehet, legalizálása esetén is korlátozó tényezőknak kell érvényesülniük, ugyanakkor a minden áron való életmeghosszabbítás (túlterápia) sem kívánatos megoldás. A két szélsőséges megoldás között kellene egy, a mindennapi gya-

¹⁵ 1236/B/1993 sz. AB határozat, Bihari Mihály alkotmánybíró különvéleménye III. 4/a, c, d, e

¹⁶ Erre utal Bitó László: Jó halál vagy kínhalál c. cikkében (Népszabadság, 2003. május 13.).

¹⁷ Ld. Bitó László i. m.

korlatban is megvalósítható hozzáállás elméleti alapját megtalálni. Arisztotelész Nikomakhoszi etika című művében az erkölcsi erényt a közép fogalmával magyarázza, így erényes a cselekedet, ha középen áll a lelki rosszaság két megvalósulási formája: a túlzás és a hiány között.¹⁸ Esetünkben az eutanázia a hiányt jelenti, a minden áron való életmeghosszabbítás doktrínája pedig a túlzó álláspontot képviseli. A két szélsőséges megoldás közötti középutas koncepció az ún. RAHME, azaz a halálba kísérés (Sterbebegleitung) elmélete, amelynek egyre nagyobb figyelmet szentel a nyugati szakirodalom. Az arameus RAHME szó az irgalmasság, könyörület, együttérzés, szeretet jelentését hordozza, az álláspont gyökerei az ókori Mezopotámiába nyúlnak vissza. A RAHME az orvosoktól, ápolóktól a súlyosan beteg és haldokló páciensnek mint embertársnak a gondoskodó és gondozó ellátását követeli meg. A gondoskodás két aspektust, illetve kompetenciát foglal magában: 1. a RAHME megkövetel az egyéntől egy szakmai, technikai kompetenciát: ez ahhoz szükséges, hogy az elérhető és a nem elérhető célokat külön lehessen választani objektíválható tények alapján. A végső stádiumban lévő és haldokló pácienseknél a szakszerű palliatív terápia alkalmazása kerül előtérbe. 2. Másfelől a RAHME emberi, etikai kompetenciát is megkíván: ez a rászoruló beteggel szembeni, mint embertársunkkal és autonóm személlyel szembeni empatikus beállítódást jelent. Ez megköveteli, hogy a végső stádiumban lévő beteget mindig komolyan vegyék az orvosok és az ápolók (illetve hozzátartozók) és bevonják minden döntési folyamatba, autonómiáját az utolsó pillanatig megőrizték és támogatják. Ez is a teljes körű palliáció formájában valósul meg, amely nem csak a testi fájdalomra irányul, hanem a pszichikai, spirituális és társadalmi eredetű szenvedésekre is.¹⁹

Ezen két aspektusnak kell érvényesülnie az orvosi-ápolói halálba kísérés esetében. A halálba kísérés magában foglalja tehát a kompetens, szakszerű ápolást, a beteg önrendelkezési jogának figyelembevételével, illetve a gondoskodó részvétel nélkül, hogy a beteg előtt álló út szükségtelen megrövidítésére (eutanázia) vagy meghosszabbítására (túlterápia) törekedne. A halál aktív meggyorsítása és az élet minden áron történő mesterséges meghosszabbítása, bár ellentétes módon, de kivonja a beteget saját természetes halála elfogadása alól. Jan-Francois Malherbe belga filozófus felhívja a figyelmet, hogy a halál pillanatának „kikerülésére” két lehetősége van az embernek: az első esetben amennyire csak lehet, kitolja a halál pillanatát, a másik esetben elébe vág a pillanatnak. Eberhard Schockenhoff morálfilozófus rámutat, hogy haarmadik utat kell keresnünk az élet meghosszabbítása és az eutanázia között: ez az út csak a humánus halálba kísérés koncepciója lehet, amely megőrzi az orvostudomány emberi arcát és a haldokló emberi méltóságát.²⁰

A RAHME-koncepció, azaz a halálba kísérés elméletének gyakorlati megvalósulását jelenti a palliatív orvostudomány alkalmazása, illetve a hospice mozgalom létrejötte. Az átfogó palliatív kezelés és gondoskodás

18 Arisztotelész: Nikomakhoszi etika (Európa, Budapest, 1997) 52–53. o.

19 A RAHME-koncepció leírását lásd Oduncu–Eisenmenger: i. m. 331–332. o.

20 Ld. Oduncu–Eisenmenger i.m. 332. o.

Ciceley Saundersnek, a hospice mozgalom és a palliatív orvostudomány európai megalapítójának, a 20. század hatvanas éveiben született „Total Care” koncepciójára vezethető vissza. A „Total Care” alapjául a „Total Pain” megértése szolgál: a betegség és a szenvedés multidimenzionális jelenségek, organikus, pszichikai, spirituális és szociális panaszokat jelentenek. Mindezen panaszok hatékony kezeléséhez a terápiának is multidimenzionálisnak kell lennie. Hosszú ideig figyelmen kívül hagyták az orvostudományban a súlyos betegek és haldoklók rászorultságát, magányosságát és szenvedését. A palliatív orvoslás interdiszciplináris tudománya ezeknek a tényezőknek a figyelembe vételére törekszik: tárgya lényegében az előrehaladott stádiumban lévő, korlátozott várható élet-tartamú páciens aktív, átfogó kezelése abban az időszakban, amikor a betegség már nem reagál a kezelésekre, célja pedig a lehető legjobb életminőség elérése a beteg és hozzátartozói számára. Eberhard Klaschik bonni palliatív orvos többek között kiemeli, mint a palliatív orvoslás vezérelvét: a pszichikai, társadalmi és szellemi-lelki problémák integrálását, a halál elfogadását az élet részeként, az autonómia és az emberi méltóság respektálását, a multiprofesszionális és interdiszciplináris csoportmunkát. Fontos elv továbbá, hogy nem a fájdalmat, hanem a fájdalmat el-szenvedő embert kell kezelni, az őszinteség a beteg–orvos kommunikációjában, a páciensek és a hozzátartozók egyforma támogatása (nagyon fontos tehát a hozzátartozók segítése is a betegség idején, valamint a páciens halálakor és azt követően). Franciaországban 1999. június 9-e óta a páciens palliatív orvosi ellátáshoz való jogát törvény rögzíti: a beteg-ellátásban részt vevő kórházak és klinikák kötelezettségeként írja elő, hogy mind a fájdalom megfelelő kezelését, mind a páciens palliatív gondozáshoz való hozzájutási lehetőségét biztosítani kell. Minden munkavállalónak joga van háromhónapos fizetés nélküli szabadságra, amelyet elsőfokú rokona vagy bármely, vele egy háztartásban élő személy halálba kísérése céljából vehet igénybe.²¹

Az eutanázia nem az egyetlen lehetőség az elmondottaknak megfelelően, amelyet egy gyógyíthatatlan, súlyos betegnek nyújthatunk, ez sok esetben nem valódi segítség, hiszen nemcsak a szenvedést, hanem beteg embertársunkat is megszünteti. A legtöbb ember halálos betegen nem a „megváltó mérget”, nem a halált akarja, hanem az emberi odafordulást és a hatékony fájdalomcsillapítást. A palliatív orvostudomány dokumentált tapasztalatai azt mutatják, hogy minél több emberi gondoskodást kap a beteg, és minél hatékonyabb fájdalomcsillapításban részesül, annál jobban elfogadja az előtte álló halált és megpróbálja, amennyire csak lehet, kitölteni életét.

A hospice-mozgalom a halálba kísérés koncepciójának elfogadásán, illetve a palliatív orvostudomány alkalmazásán alapul: a hospícium lényege a súlyos szenvedéseket átélő beteg ember számára méltóságának megfelelő ápolást és környezetet biztosítani. Ez megvalósulhat a beteg

21 Vö. Oduncu–Eisenmenger i.m. 334. o.

otthonában, illetve egy kórház külön osztályán, vagy egy önálló hospice-intézményben.²²

IV. Összefoglaló gondolatok

Véleményem szerint az emberhez méltó halál lehetőségét a „saját” halál, azaz az élet részeként értelmezett meghalással és halállal egyéni felfogásnak megfelelő módon és környezetben való szembenézés lehetősége jelenti. A „saját” halál lehetősége a mai viszonyok között nem biztosított, a halál medikalizálódása és a túlterápia miatt. Az eutanázia nem szolgálja a saját halál biztosítását, mert csak korlátozott tényezők között alkalmazható végső, kivételes eszköz lehet. Az eutanázia lehetősége egy olyan társadalomban, ahol a halál kultúrája teljesen hiányzik, nagy veszélyeket hordozhat magában. Fontos lenne, hogy a meghalás, illetve a halál – amennyire lehetséges – visszakerüljön a kórházakból a szenvedők meghitt környezetébe (emellett emberi feltételeket kell biztosítani a kórházakban is). Az orvostudománynak vissza kell találnia a terápia eredeti értelméhez: az orvoslás ne csak gyógyítás, hanem támasz és kísérő is legyen. A keresett megoldás elméleti alapját jelentheti az ún. RAHME, a halálba kísérés koncepciója, amely a súlyos beteg gyógyítása mellett az emberi méltóság megőrzését hangsúlyozza, nem pusztán orvosi intézkedések tárgyaként tekint a betegre, hanem mint autonómiával bíró lényre, amelyet testi esendősége és teljes kiszolgáltatottsága ellenére sem veszít el. Ezt a szemléletet próbálja megvalósítani a gyakorlatban a palliatív orvostudomány és a hospice-mozgalom. Mivel Magyarországon ez a szemlélet még kevésbé elfogadott, mindent meg kell tenni a harmadik út gondolatának megismertetéséért, illetve a palliatív gondoskodás bevezetését kell szorgalmazni az orvosi ellátás során.

²² A hospice-mozgalomról, ill. a palliatív medicináról ld. Oduncu–Eisenmenger i.m. 332–333. o. Eberhard Klaschik megállapításait lásd 333. o., Blasszauer Béla: Eutanázia, 200–222. o., Gaizler Gyula i. m. 152–155. o., Böszörményi Dalma: Súlyos betegen élni. Méltósággal meghalni (Hospice-kézikönyv, Corvinus Budapest, 1995), ill. Hegedűs Katalin: Halálközelen I–II. A haldokló és a halál méltósága (Magyar Hospice Alapítvány, Budapest, 1995.).

SZÁSZ ANNA

Bent és kint

Aki bűnös – az bűnös. Annak büntetés jár.

Magyarországon a törvényszegőket az esetek túlnyomó részében még mindig zárt intézményben letöltendő szabadságvesztésre ítélik, ritkán alkalmaznak alternatív büntetési módokat. A benti zárt és a kinti szabad világ között éles a határ, s azt csak az utóbbi években léphetik át olyan civil szervezetek tagjai, amelyek a fogvatartottakkal rendszeres kapcsolatot tartva, enyhítik az elszigeteltségüket, és felkészítik őket a szabadulás utáni időszakra, a társadalomba való visszailleszkedésre.

Az itt következőkben két olyan alapítványt mutatunk be, amelyek segítséget nyújtanak a fogvatartottaknak és a zárt intézményekből szabadulóknak. Valamint ismertetünk egy, a fogva tartott nők szabadulás utáni reintegrációjára, illetve annak esélyeire vonatkozó vizsgálatot.

A Váltó-sáv

„Kijöttem és megálltam a villamos előtt, először hirtelen azt sem tudtam, hogy felszálljak vagy elinduljak... megrémisztett az a sok ember, nem azzal a négy emberrel vagyok összezárva... addig azt láttam, hogy sorakozó, ki a műhelyig, sorakozó, be a műhelyig... álltam a kapuba', és esküszöm, először az volt bennem, hogy legszívesebben visszafordulnék... betörök egy kirakatot és visszavitetem magam... megrémültem az egésztől...”

(Részlet az Alapítvány programjában részt vevő diákkal készült interjúból. Ezt, valamint az összes többi, amelyből idézek, Csáki Anikó, az Alapítvány munkatársa készítette.)

Diák vagy elítélt? Vagy hivatalos elnevezése szerint fogvatartott? A börtönsleng az elítélésre a bebálázás kifejezést használja. Vajon ebből képezhető-e múlt idejű melléknévi igenév?

A vagy-vagy helyett jelen esetben megfelelőbb az is.

„A Váltó-sáv Alapítvány tevékenységének lényege a büntetés-végrehajtási intézetekben előzetes letartóztatásban lévő, vagy ítéletüket töltő, valamint szabadlábon lévő, vagy szabadult, kriminális életvezetésű fiatalok és fiatal felnőttek (16–30 éves) megkeresése, gondozása, képzése, mentálhigiénés ellátása, reszocializációja, a társadalomba való beilleszkedési esélyek növelése.” (Mészáros Mercedes: A Váltó-sáv Alapítvány, szakmai leírás)

Az Alapítvány e cél érdekében működteti különböző projektjeit, melyek közül az egyik célja, hogy lehetőséget nyújtson a fogva tartott,

hosszúítéletes, akár 8–10 évre elítélt fiataloknak: ők is elvégezhessek a középiskolát. A segítők a tanulmányokra való felkészítést összekapcsolják a segítő munka egyéb elemeivel.

A magyar társadalom minden mássággal szemben meglehetősen intoleráns. Az a fajta demokratikus közszellem, amely Nyugat- és Észak-Európában több évtizeddel ezelőtt kialakult, amely abban a régióban áthatja az élet különböző területeit, amely elismeri, hogy az elítélteknek is lehetnek, sőt vannak emberi jogai, nálunk ma még csak a törvényszövegekben léteznek, de távolról sem honosodott meg.

Mi indítja az Alapítványt arra, hogy a bűnözőkkel szemben elutasító közegben ilyen úttörő vállalkozásba kezdjen?

A kérdést Mészáros Mercedesnek, az Alapítvány szakmai vezetőjének teszem föl, akkor, amikor arról beszél, hogy az általuk a börtönben érettségire sőt, egyetemi fölvételre felkészített fiatalokat bilincsbe verve, több ór kíséretében szállítják a vizsgák helyszínére, ám ott kiderül róluk: ők is hasonlóképpen vizsgázó-szurkoló diákok, mint a többiek, akik sosem láttak börtönt.

Az Alapítvány a *Belvárosi Tanoda Alapítványból* nőtt ki, amely szervezetről tudható, hogy deviáns fiatalokkal foglalkozik.

Mészáros Mercedes magyar szakos tanárként ott tanított tizenkét évig. 1997-ben, amikor két diákjuk előzetes letartóztatásba került, és a bűncselekmény súlyossága miatt ez az állapot több évig is elhúzódni látszott, úgy döntöttek, nem hagyják magukra, nem szakítják meg velük a kapcsolatot, sőt, amennyire a lehetőségeik engedik, ebben az élethelyzetükben is támogatják őket.

Az első tapasztalataik alapján, 1999 őszén indították meg a börtönmunkát, vagyis előzetes letartóztatásban lévő fiatalokat tanítottak és vittek el őket az érettségiig, továbbá kidolgoztak egy programot a különleges helyzetben lévő fiatalok támogatására, személyiségük formálására-fejlesztésére.

– Bölcsésztanári végzettségem van, de a legtöbbet a gyakorlati munkában a fiataloktól és a kollégáktól tanultam – mondja Mészáros Mercedes. – Magát az Alapítványt 2002 augusztusában hoztuk létre. Valójában akkor, amikor bejárunk börtönökbe, amikor az egy-két évvel a szabadulásuk előtt álló fiatalokkal foglalkozunk, egy civil pártfogói rendszert igyekszünk kialakítani és működtetni, azaz a folyamatos utógondozást valósítjuk meg, amelynek lényege, hogy a bv. intézetben kezdett és kialakított segítő kapcsolat folytatódik a szabadulás után.

A miéltre a szóbeli válasz helyett álljon itt a Csáki Anikó–Mészáros Mercedes által jegyzett, az *Educatio* című folyóiratban 2003 nyarán publikált cikkből néhány passzus.

Címe: *„Pedagógiai munka a szabadságvesztés előtt és után”*

A mottó válasz lehet a kérdésemre:

„Ehhez inkább emberszeretetet kell, mint tanszeretetet.” (Részlet a fiatalokkal készített interjúkból)

A bevezetésből idézek:

„TÉMÁNK A »MÁSSÁG« EGY OLYAN MEGJELENÉSI FORMÁJA – kriminális életvezetésű, valamint letartóztatásban lévő és szabadult fiatalok –, amely sok emberből, akár pedagógusból is ellenérzést vált ki,

félelmet kelt. Még azok a kollégák is, akik munkánkat elismerik, kicsit különcnek »másnak« tartanak minket. Sokszor tapasztaljuk, hogy a pedagógus-kollégákat átjárja a »Hál' Istennek, ez nem a mi dolgunk« jóleső érzése. Mi viszont – 15 év deviáns fiatalokkal töltött idő és 7 év »börtönmunka« után – úgy gondoljuk: minden gyermekekkel és fiatalokkal foglalkozó szakembernek, tanárnak és pedagógusnak fel kell készülnie a deviáns viselkedésjegyek felismerésére, azok kezelésére, az iskolából való kimaradás megelőzésére. Hisszük, hogy az iskolából való kimaradás megelőzése, a diákok megtartása minden esetben jobb megoldás, mint eltávolításuk, mert ez a deviáns karrier első lépcsője lehet.”

A figyelmeztetés indokolt. Tudjuk, hogy az iskolák többsége nehezen viseli el azokat a gyerekeket, akiknek az átlagtól valamennyire is eltérő a magatartása. Ez nem újkeletű probléma, a még mindig poroszos rendszerben működő iskola hagyományosan az az intézmény, amelyben egy gyerek könnyűszerrel megkaphatja a deviáns bélyeget.

Itt azonban többről van szó, mint az iskoláról.

A rendszerváltozás, mint azt *Gazsó Ferenc* és *Laki László* szociológusok nemrégiben megjelent *Fiatalok az újkapitalizmusban* című, közösen írott tanulmánykötetükben kimutatták, drámai átrendeződést hozott a társadalomban, amelynek vesztesei hosszú távon a fiatalok.

„Mivel a társadalom létszámának mindössze hat százaléka rendelkezik megélhetést biztosító tulajdonnal, a tudástőke megszerzése maradna a legbiztosabb megélhetési forrás. Ám mind az alapiskola, mind a szakképzés teljesítménye romlik: azok a fiatalok, akik szociális és kulturális hátránnyal indulnak a családjukból, az iskolától nem kapják meg a felzárkózás esélyét. A fiatal korosztályok csaknem harminc (!) százaléka nem szerez át Magyarországon piacképes tudást – ezzel valószínűleg egy életen át tartó munkanélküliség elé nézhet, és hátrányait a saját utódaira is örökíteni fogja, ha a társadalompolitika nem avatkozik közbe.

A falun, kisvárosban élő fiatalok a szűk iskolaválaszték miatt is hátrányba kerülnek: az iskolák színvonala ugyanis az önkormányzatok anyagi teherviselésének vannak kiszolgáltatva. Nem véletlen, hogy kialakulóban van egy lassan a népesség egyharmadát kitevő »underclass«, »roncstársadalom«, amely a saját erejéből nem képes helyzetéből fölemelkedni.”

Egy másik dokumentum hátrányos helyzetű gyerekekről és fiatalokról.

A GYISM az 1997–2002 közötti időszakot átfogó, a Genfben működő Gyermek Jogainak Bizottsága számára készült „Jelentés a gyermeki jogok helyzetéről” című összeállításában nyíltan föltárta mindazokat az elmentmondásokat, amelyek a „nemzetközi egyezményeknek és a demokrácia követelményeinek megfelelő magyar jogszabályok” és azok végrehajtása között tapasztalható.

A jelentésből kiderül, a gyerekek maguk is érzékelik, hogy bizonyos csoportokkal igazságtalanul bánnak. A megkérdezettek 38 százaléka szerint fogyatékossgal élő társaik szenvednek el igazságtalan bánásmódot, 43 százalékuk szerint a szegényebbek kevésbé egyenlők, mint ők, 48 százalékuk pedig ugyanezt a „más etnikai csoporthoz tartozó gyerektársairól” gondolta.

1990 óta közel százezerrel nőtt a veszélyeztetett gyerekek száma, ma közel 260 ezren élnek az egészséges testi-szellemi fejlődéshez elégtelen körülmények között. A területenként egyenlőtlenül megoszló veszélyeztetettség a gyerekek több mint 70 százalékánál anyagi okok miatt áll fenn.

A jelentés szerint az oktatáshoz való jog csorbul a szegény szülők, a kistelepüléseken élők gyerekeinél, illetve a roma gyerekeknél. E három tényező gyakran összekapcsolódik.

Európában a gyerekek 2,5–3 százaléka tanul az enyhe fokban értelmi fogyatékosok iskoláiban, Magyarországon, *speciális iskolákban*, a tanulók 5,3 százaléka.

Az összбүнözés 1990 és 2003 között az 1998-as évben volt a legmagasabb. A gyermekkorú бүнelkövetők száma viszont 1997-ben: az akkor ismertté vált 4471 eset 2001-re 3714-re csökkent.

A fiatalkorú бүнözésben is az 1997-es év volt 13 793 esettel a csúcs, 2001-ben 11 452-en, a BM, Legfőbb Ügyészség statisztikája szerint 11 630-an, és ugyancsak az ő adataik szerint 2003-ban a fiatalkorúak közül már csak 10 473-an követtek el valamilyen бüntetendő cselekményt.

A GYISM-jelentés megjegyzése a gyermek- és fiatalkorúak бүнözéséhez:

„A társadalom az igazán hátrányos helyzetben lévő fiataloknak nem tud alternatívát, kiugrási lehetőséget biztosítani.”

A fiatalkorú бүнözésnek a fent vázolt tényezők alkotják a társadalmi hátterét. Feltételezem, az említetteken kívül súlyosan esik a latba a szülők munkanélkülisége, ami gazdaságilag, erkölcsileg, érzelmileg szétzilálja a családot, valamint a kirívó társadalmi egyenlőtlenségek, amelyek miatt a most felserdülő nemzedékeket orientációs zavarok jellemzik, értékváltság, és ezekből eredően gyakran tapasztalható agresszivitásba torkolló gátlástalanság.

De mindezekon kívül, minden egyes esetben, minden fiatal бүнöző karrierje mögött megtalálhatók az egyéni okok: szeretetlenség, érzelmi elhanyagolás, a szülő által ellenőrizetlenül, egyedül eltöltött idő, amivel egy serdülő nem tud gazdálkodni.

Csáki Anikó és Mészáros Mercedes a már idézett tanulmányukban arra is felhívják a figyelmet, hogy a deviáns karriernek megvannak az egymástól elkülöníthető, viszonylag jól felismerhető szakaszai, amelyekből azt a következtetést vonták le, hogy „az iskola deviáns, бүнözői karrierjük kibontakozásának megakadályozására sokat tehetett volna... fontos, hogy a pedagógusképzésben megjelenjen az a szemlélet, hogy nemcsak jól tanuló, »problémamentes« diákok vannak, hanem a padokban más típusú diákokkal is lehet találkozni, akik ugyanúgy vágnak szerezetre és törődésre, mint a többiek – ha nem jobban.”

Létfontosságú kapcsolatok

„A fiatalok között kevés a visszaeső elkövető, de a felnőtt visszaesők körében 80 százalék azok aránya, akik fiatalon követtek el először bűncselekményt.” (Paksi Sándor: Belügyi Szemle, 2002)

„Kérdés: Mi az, ami ebben az egészben nagyon fontos?

Válasz: A segítőnek a szerepe, a személye. Tehát, ha sikerül jó kontaktust kialakítani, az mindenben, szó szerint mindenben átsegít.”

(Részlet a Program diákjaival készített interjúkból)

A Magyar Helsinki Bizottság 2002-ben megjelent, *Börtönviszonyok Magyarországon* című könyvében megállapítja: „A magyarországi börtönök telítettsége 170 százalékos, a büntetés-végrehajtási intézményekre vonatkozó jogszabályok egy része sok helyütt nem érvényesül.”

A börtönre vonatkozó jogszabályok lehetőséget adnak a reintegráció támogatására, ám az intézmények lehetőségei korlátozottak.

Tóth Herta tapasztalatai szerint, aki a Közép Európai Egyetem (CEU) tudományos munkatársaként a *Börtönből kikerülő nők társadalmi beilleszkedésére* vonatkozó, hat országban folyó kutatásban a magyarországi viszonyok vizsgálatával vesz részt (a vizsgálatra később majd visszatérünk), a női börtönökben a fogvatartottakat igen kevésbé készítik fel a szabaddulás utáni életre, a társadalomba való visszailleszkedésre.

A túlszűfolttság miatt – a kalocsai női börtönben a telítettség 170–180 százalékos – egy nevelőnek 70 fogvatartottal kell(ene) személyre szabottan foglalkoznia.

A nevelők tevékenysége azonban többnyire az adminisztratív feladatok ellátására szorítkozik, egyebek között ők olvassák a kimenő és a bejövő leveleket, és döntenek el, hogy azok a címzetteknek továbbíthatók-e.

A lelki gondozást részben az egyházak, a börtönlelkészek végzik, részben a börtönpszichológusok, csak hogy Magyarországon összesen hét börtönpszichológus van, a kalocsai női börtönben például 400 nő jut közülük egyre.

Kérdés, hogy a büntetés-végrehajtási intézmények fegyőrökből, felügyelőkből, nevelőkből álló személyzeti struktúrája összhangban áll-e egy korszerűbb funkcióval, amely a büntetésen, a szabadságtól való megfosztáson kívül a visszaesések megelőzésére, a kinti életre való hatékony felkészítésre irányul.

Mészáros Mercedes külföldi tanulmányútjain Angliában, Németországban, Dániában azt tapasztalta, hogy az európai zárt intézményekben van szociális munkás, vagy ún. proaktív segítő, aki a fogvatartottakkal egyénileg foglalkozik.

Magyarországon a büntetés-végrehajtás ezt a fajta tevékenységet a civil szervezetektől várja.

Csak hogy kevés ilyen jellegű szervezet van.

A Váltó-sáv Alapítvány a hét éve folytatott börtönmunka tapasztalatai alapján dolgozta ki a maga módszertanát.

Ma az ország büntetés-végrehajtási intézményei közül jelen vannak a Fővárosi Büntetés-végrehajtási Intézetben (Markó–Gyorskocsi–Venyige

utcai részlegek), a Gyűjtőként közismert Budapesti fegyház és börtönben, a Balassagyarmati, Kalocsai, Márianosztrai és Váci Fegyház és Börtönben, valamint a Fiatalokorúak Bv. Intézetében, Tökölön és Kecskeméten.

Az Alapítványban tizen dolgoznak, köztük börtönviseltek is, exkrimi-
nálisok. A munkatársak között, képzettségüket tekintve, van középisko-
lai tanár, szociális munkás, szociológus, szociálpedagógus és szociálpol-
itikus hallgató, népművelő, felsőfokú narkológiai asszisztens.

Jelenleg száz fiatalról vannak információik, közülük hatvan-hetvennel
állnak szorosabb kapcsolatban, és húszan vesznek részt az iskolai prog-
ramban.

A kapcsolatot, mint azt Mészáros Mercedes elmondja, mindig a fog-
vatartottak, illetve elítéltek kezdeményezik. Ennek egyik formája például,
hogy levelet írnak.

Arról, hogy létezik az Alapítvány, rendszerint informális úton szerez-
nek tudomást, társaktól, családtagoktól, az iskolákban végzett felvilágo-
sító munkájukból, az intézményekben működő „hírszolgálatról”. Némely
intézetben a nevelők, a bv. személyzete is segít abban, hogy a fogva-
tartottak megismerjék az Alapítványt.

A jelentkezés után tájékozódó beszélgetés kezdődik az Alapítvány va-
lamelyik tagja és a fiatal között. Ez elsősorban a fiatal életútjára, moti-
vációjára, jövőképeire, jelen helyzetének értelmezésére vonatkozik, azaz
nem objektív mutatók alapján kerülnek bele a programba. Nem kerül
sor a bűncselekmény részletes ismertetésére, illetve a különböző bűncse-
lekménytípusok nem jelenthetnek kizáró okot. Az Alapítvány munkatár-
sai a fiatal zárt intézményen belüli problémáival sem foglalkoznak, azt
ugyanis neki önállóan, helyben kell megoldania.

Az Alapítvány célja a kinti, civil világra való felkészítés, a többségi
társadalom érték- és normarendszerével megegyező életvezetés kialakí-
tásának támogatása, nem pedig a börtön mindennapjaiban jelentkező
problémák megoldásának segítése. Előfordult, hogy egyik vagy másik
intézet igényelte volna, hogy a segítők tájékoztassák a bv. személyzetet
a tudomásukra jutott belső problémákról, ám, mint ahogy az minden
segítő foglalkozására érvényes, az Alapítvány munkatársai is kötelező-
nek tartják a titoktartást magukra nézve.

A beszélgetés alapján dől el, hogy a fiatal bekerül-e a programba,
vagy sem. Kifejezetten szubjektív a döntés – hangsúlyozza Mészáros
Mercedes –, de van néhány olyan jel, mutató, amit figyelembe vesznek.
Például: a fiatal mennyire motivált a változásra, előreláthatólag mennyire
képes rá? De döntő tényező a munkatársak benyomása: tudnak-e, akar-
nak-e vele együtt dolgozni? Képes-e az Alapítvány vállalni az illető fia-
tallal kialakítandó kapcsolatot, illetve az abból eredő problémákat? Mi-
után valaki bekerült a programba, egyéni esetkezelésben részesül, a gon-
dozási tervet az ő egyéniségének megfelelően dolgozzák ki.

A legfőbb cél a rehabilitáció, a be-, illetve visszailleszkedés támoga-
tása, az elszigeteltség, a magányérzet enyhítése, valamint elkezdni azt
a reszocializációs munkát, amelynek során a börtönben tanult magatar-
tással, a börtönben honos normákkal, értékekkel és szokásokkal szemben
segítenek megismerni és elsajátítani a civil társadalom normáit, értékeit
és szokásait.

Azért foglalkoznak a nagy ítéletesekkel, mert ők a legveszélyeztetettebbek, ők azok, akikben 8–10 év alatt kialakul a börtönadaptáció, egyszerűsre megszokják a zárt világot, azt, hogy az élet minden részlete szabályozva van, hogy a személyes ügyeikről nem dönthetnek, de nem is *kell* dönteniük. A börtön az institucionalizáció egy igen szélsőséges formája. És azért kezdenek ezzel a *célcsoporttal* a szabadulásuk előtt másfél-két évvel foglalkozni, mert tapasztalataik szerint legalább ennyi időre van szükség ahhoz, hogy kialakuljon a kapcsolat, a bizalom a segítők és a kliensek között, ami a közös munka, a szabadulásra történő felkészítés és a további támogatás alapját képezi.

Kérdés: Két év után kikerülsz, mitől félsz a legjobban?

*Válasz: Hozzászólni egy emberhez, úgy, hogy ő nem tudja, én tudom, hogy honnan jöttem, és látja-e, hogy én valami olyan közegeből jöttem, ami nem szokványos és hétköznapi.
(Részlet a Program diákjaival készített interjúkból)*

A Váltó Program, a fogvatartott és szabadult fiatalok középiskolai szintű oktatása, felkészítésük az érettségire, a legsikeresebb része az Alapítvány tevékenységének, hiszen itt az osztályozó és érettségi vizsgák eredményei láthatók és kézzelfoghatók.

A tanulás a zárt világban élő fiatalok számára valódi cél. Az érettségi olyan lehetőségeket nyithat meg, amelyre egy ígéretesebb jövőt lehet majd alapozni. Maga a tanulás tagolja, strukturálja a börtönben egyhangúan telő időt, ahol egyébként csak ritka alkalmakat tartanak számon: a beszélőket, ha csomagot vagy levelet kapnak, és a szabadulás időpontját. A börtöndiák viszont várja a találkozást a tanárával, vizsgákra készül. A diák a *Belvárosi Tanoda Alapítványi Gimnázium és Szakközépiskolával* áll jogviszonyban, amelynek pedagógiai programja és működési engedélye lehetővé teszi az egyéni haladás ütemét, az egyénhez igazodó tanmenetet, valamint az előrehozott érettségi vizsgát, azaz mód van arra, hogy valaki egy tárgyból tegyen érettségit, majd felkészüljön egy következő tárgyból. A sikeres vizsga önbizalmat ad, ösztönzést a további tanulásra, erőfeszítésre.

A klienseiket azért tudják megtartani, mert erős érzelmi, lelki, intellektuális kapcsolat alakul ki köztük. Az Alapítvány munkatársai mellérendelő, partneri viszonyt igyekeznek a klienseikkel kialakítani, ennek egyik megnyilvánulása lehet egyebek közt a tegeződés, ami a pártfogoltak számára a börtön zárt, hierarchikus viszonyai között a nélkülözött intimitást képviseli.

Az érettségi vizsgákra minden esetben a Tanoda iskolaépületében, székhelyén kerül sor – mondja Mészáros Mercedes. – Ez szerves része a programunknak, hiszen a vizsgákat úgy tekintjük, mint egy főpróbát, mint egy lépést a reintegrációra. Itt sok új emberrel találkozunk, tanárokkal, a többi diákkal, a független, felkért érettségi bizottság tagjaival és elnökével. Az első elfogódottság után mindkét részről oldódnak a feszültségek, jó hangulat, kellemes légkör alakul ki, ami mindenki számára fontos.

Néha előfordul, hogy a bv. intézmény, biztonsági okokra hivatkozva, ragaszkodik ahhoz, hogy az érettségi vizsga bent történjen. Az Alapítvány és a Tanoda azonban nélkülözhetetlenül fontosnak tartja szakmai programjának ezt a részét, és ha az intézmény nem állítja elő a fogva tartott fiatal, nem tudják őt az adott időpontban leéretté tenni.

A büntetés-végrehajtással hivatalosan együttműködnek, a bv. elismeri és igényli a tevékenységüket, a gyakorlatban azonban előfordulnak ütközések. Az Alapítvány munkatársainak jelenléte a börtönben zavaró, hiszen civil szemléletük és magatartásuk a benti személyzet attitűdjétől különbözik, ám mégis, igen markánsan vannak jelen.

Mészáros Mercedes az évek során nemegyszer került megalázó helyzetbe, amikor kioktatták, amikor három-négy tekintélyt sugalló férfiúval ült szemben, egymaga, (legalábbis fizikai értelemben) törekény nőként.

Az utóbbi egy-két évben több kliensük is érettségi után felsőfokú tanulmányokba kívánt, illetve kíván kezdeni. A felsőfokú tanulmányok folytatására ugyan lehetőséget ad a jogszabály, ám ennek még a büntetés-végrehajtásban kialakult gyakorlata nincs. Az Alapítvány sikerként értékeli, hogy két szabadult kliense nyert egyetemi felvételt, és egy elítélt fiatal is felkészülhetett a felvételi vizsgákra, és be is kerülhetett az egyetemre, annak ellenére, hogy helyzete, múltja ismertté vált a felvételi bizottság tagjai előtt. Számára ugyanis biztonsági okok miatt különleges körülményeket kellett teremteni: előállítással jelent meg a szóbelin, elítélt egyenruhában.

A nem szokványos helyzet több kérdést vet föl, a szituációt a különböző szereplők többféleképpen értékelhetik. Az Alapítvány természetesen azon a nézeten volt, kliensükről ne derüljön ki, hogy fogvatartott, de ez a felfogás kétségtelenül csak a kliens érdekeit tartotta szem előtt.

A szabadulás a fogvatartottak számára óriási trauma, örömteli, de ugyanakkor félelmekkel is várt változás, akár vegetatív tünetekkel is járhat: hasmenéssel, fogyással, nem tudnak enni, még ha a kedvenc ételüket teszik eléjük, akkor sem. Ezért az Alapítvány többfajta szabadulásra felkészítő programot dolgozott ki, egyéni és csoportmódszerre. Ezen túlmenően az Alapítvány exkriminális munkatársai adatbázist állítanak fel a szabadulásukra nélkülözhetetlen tudni- és tennivalókról, amelyet tárolnak, szükség szerint frissítenek és bővítenek. Ottlétemkor az egyik munkatársuk a szabadult fiatalok számára elérhető lakhatási lehetőségekről készített listát egészítette ki.

Az Alapítvány minden tőle telhetőt megtesz a klienseiért, a benti időszakban, és a szabadulás után. De nem ér el az összes gondozást igénylő, fogva tartott fiatalhoz. Vannak olyan halmozottan hátrányos helyzetű, az ország legszegényebb régiójából származó, aluliskolázott fiatalok, akiknek szocializációja már valamelyik javító-nevelő intézetben kezdődött, majd a fiatalkorúak bv. intézetében folytatódott, jelenleg pedig valamelyik felnőtt bv. intézményben tartják fogva őket.

Nagy kérdés, hogy a velük folytatott heti egyórás beszélgetés mire elég? Es tegyük hozzá: vajon ilyen előzmények után mihez kezdhetnek? Mi lesz belőlük?

Rácsok Alapítvány

A fogva tartott nőkért, gyermekeikért és családjukért

Az Alapítványt az a Kiss Ferenc – szabad magyar állampolgár, foglalkozására nézve vállalkozó – hozta létre, aki a maga civil kurázsijával, a sajtó által nyújtott nyilvánossággal, ombudsmani közreműködéssel, valamint a Magyar Helsinki Bizottság segítségével kiharcolta, hogy a börtönben szülő asszonyok, a korábbi, alkotmányos jogokat sértő és az elemi emberiséget megtagadó gyakorlattal szemben, együtt lehessenek a csecsemőikkel, legalább a gyerekek egyéves koráig.

A nem mindennapi küzdelem valóban a széles nyilvánosság előtt folyt. Ennek állomásairól naplószerűen tudósított a Magyar Hírlap riportere, Scipiades Erzsébet *A csecsemőper története* című írásában. (Megtalálható és olvasható az interneten: a <http://www.racsokalapitvany.hu/rolunk.htm> weboldalon.)

A történet dióhéjban: Kiss Ferenc és Bánkóczy Anita azután ismerkedtek meg és házasodtak össze, miután az előző kapcsolatában az akkor tizenkilenc éves fiatal nő belekeveredett egy bűnügybe, és már folyt ellene a büntetőeljárás. Bánkóczy Anitának az előző kapcsolatából már volt egy kisfia, és Kiss Ferencről várt gyereket, amikor jogerősen négy év fegyházra ítélték. Tizenegyhetes terhes, amikor a büntetését megkezdi. *Anyaintézete* Kalocsa, közös gyereküket, Kiss Ferenc Ádámot 2001. július 3-án szüli meg a tököli rabkórházban, az apát erről három nappal később értesítik, és amikor odamegy, hogy megnézzék az újszülöttet, a kapu előtt meglehetősen durván elzavarják. Végül 19 nappal a szülés után megnézheti a fiát.

A riportsorozatból kiderül, a bv. intézetekben az a szokás, hogy a nők nem viselhetik az asszonynevet, lánynevükön és egy kódszámon tartják őket nyilván. Továbbá arra is fény derül, hogy az ott született gyerekek születési helyét meghamisítják, és hogy az anyáktól elveszik a gyerekeiket, csak szoptatáskor lehetnek velük együtt.

Miután ezek a tények napvilágot láttak, megkezdődött egy ombudsmani vizsgálat, amely megállapította, hogy a vonatkozó jogi szabályozás hiánya sérti az apa, Kiss Ferenc és a börtönben született fia alkotmányos jogait. Ugyanakkor elindult egy tiltakozási hullám, az UNICEF Magyar Nemzeti Bizottságától kezdve a Női és Gyermekegyesítő Kutató és Oktató Központon át a Csecsemő és Gyermekegyesítő Kollégiumig, amelynek hatására létrehoztak a kecskeméti börtönben egy olyan, minden igényt kielégítő anya-gyerek részleget, amelyben együtt lehetnek az anyák a csecsemőikkel, hat hónapos korukig, ez az időtartam a gyerekek egyéves koráig meghosszabbítható. Az egyéb, törvénysértőnek minősülő szabályokat is megszüntették.

Egy ilyen nyilvánosság előtt zajló küzdelem némileg bevilágít a büntetés-végrehajtás civilek előtt ismeretlen, még ma is *állam az államban*-ként működő világába, és talán erősíti a hazánkban nem túl fejlett állampolgári öntudatot.

Kiss Ferenc jóvoltából egy másik jogsérelem orvoslására is sor került. A börtönben született csecsemők után ugyanis nem kaptak sem az anyák,

sem az otthon élő családtagok családi pótlékot, noha az 1999. január elseje óta alanyi jogon jár. Egy újabb ombudsmani vizsgálat ezt valóban törvényellenesnek találta. A szociális ügyek akkori minisztere, Harrach Péter azonban, noha elismerte a börtönben születettek jogosultságát, annak érvényesítéséről nem intézkedett. Az ügy rendezése a kormányváltás utáni új miniszterre, Csehák Juditra várt, aki a konkrét intézkedésen túl a vonatkozó jogszabályt is módosította.

Az Alapítványt 2002. október 10-én jegyezték be. Nem kérdezem Kiss Ferencet, hogy mi készítette ennek létrehozására, mert a fentiek ismeretében ez nyilvánvaló.

Hármasban beszélgetünk, jelen van a feleség is, aki a börtönbeli életről tényszerű adalékokkal szolgál, higgadtan, indulatok nélkül.

A zsúfoltság tény. A 250 férőhelyes Kalocsán, amikor Anita bekerült, 480-an voltak, a jelenlegi létszám 460. Vannak kis és vannak nagy zárkák, négytől a tizennyolc személyesig. A privát tér minimális, emeletes ágyakon alszanak, sokan élnek gyógyszerekkel, nyugtatóval, altatóval. Nem ritka, hogy meglopják egymást, sűrűn előfordulnak veszekedések – ez a mellékbüntetés.

Dolgozni lehet, van mosoda, konyha, takarítás, varroda, vannak szakörök, lehet tanulni is. A nyolc általános elvégzését a bv. intézetekben a szocializmus kötelezővé tette, ma nem kötelező, ma csak lehetőség, amiért fizetnek is valamennyit. Egyéb tanulási lehetőség: egy számítástechnikai tanfolyam, amelyet ő, Anita elvégzett. De a nők között nagyon sok az analfabéta, akik egy ilyen lehetőséggel nem tudnak mit kezdeni.

A nők az elszigeteltséget, a családjuktól, a gyerekeiktől való kényszerű távollétet nehezebben viselik el, mint a férfiak. Segíteni nem, de könnyíteni lehet a helyzetükön, ha van valaki, akihez bizalommal fordulhatnak.

Kérdés persze, hogy találnak-e valakit a börtönsemélyzet vagy a rabtársak közül, vagy a börtönlelkész az, akitől lelki támaszt várnak. A legfontosabb a családtagokkal való rendszeres kapcsolat, levélben, a beszélőkön való találkozásokon: ezeknek megtartó és lelkileg épen tartó hatása van.

A börtönbüntetés fontos része a szabadulás. Lehet újjászületés, mondja Anita, de lehet összeomlás, a bent töltött időtől függően. Van, aki kilenc év után már nem is tud visszailleszkedni, a családjával nem tud kapcsolatot teremteni, 3–4 hónap után visszaesik, visszahúzza a börtön.

Az alapítvány egyik célja segíteni a szabadulókat albérlet- és munkahelykeresésben.

Az eltelt rövid idő alatt különböző ügyekben húszan-huszonötten fordultak hozzájuk. Előfordult, hogy a fogva tartott nő családját, illetve az időközben munkanélkülivé és otthontalanná vált férjét kellett megkeresni, akinek megváltozott körülményeiről az asszony nem tudott. A férfi hollétét Kiss Ferencék nyomozták ki, az ő révükön sikerült a házaspárnak kapcsolatba kerülni: attól kezdve a férj minden alkalommal, amikor beszélő volt, utazott Zalából Kalocsára.

Másik tervük és céljuk: Kalocsán az oktatást segíteni, a meglévő oktatások skáláját bővíteni. Egy Amerikában élő magyar szociológus és amerikai felesége az ő közbenjárásukat kérte ahhoz, hogy a kalocsai női börtönben folytathassanak kutatást, és egyben oktathassanak is angol

nyelvet és magyar szépirodalmat. Mindezt egy amerikai pályázat révén finanszíroznák. Az első négyhetes kurzust 2004 decemberében szeretnék indítani, a kalocsai börtönparancsnoktól kértek rá engedélyt.

Nagyon sok egyéb tervük van, nyertek egy PHARE-pályázatot a Váltó-sávval és egy harmadik civil szervezettel közösen, ebből indítanak majd Kalocsán egy rehabilitációs programot. Szeretnék csoportterápiát szervezni, létrehozni az elítéltekből egy önsegítő csoportot, ehhez azonban meg kell győzniük a bv.-t.

Szándékaikban áll olyan szakmai programokat indítani, amelyek révén a fogva tartott nők szabadulásuk után versenyképessé válnak a munkaerőpiacon, ehhez azonban pénz kell. Pénzüik egyelőre nincs, mivel az Alapítvány még fiatal és ismeretlen. Ami a működésükhöz szükséges, azt Kiss Ferenc teremti elő a saját jövedelméből.

Nők a börtön után Vizsgálat hat országban

„A kalocsai börtönben ülő férjgyilkos nők túlnyomó többsége saját maga és a gyermekei védelmében ölt...” (Czene Gábor interjúja Morvai Krisztínával, Népszabadság, 2003. szept.15.)

„A nőkről kevésbé esik szó a bűnözés és a deviancia témakörében. Pedig a nők is követhetnek el bűncselekményeket, hiszen kevésbé van esélyük az érvényesülésre, mint a férfiaknak...” (Hökkenő, Szeged)

2002 novemberében kezdődött az a hároméves időtartamra tervezett, EU által finanszírozott, összehasonlító kutatás, amely a börtönből kiszabadult nők társadalmi és munkaerő-piaci reintegrációjára vonatkozik, és amelyben hat ország: Spanyolország, Anglia, Németország, Franciaország, Olaszország és Magyarország vesz részt. Hazai részről a kutatás a Közép-Európai Egyetem Közpolitikai Kutató Intézetében folyik, beszélgetőtársam Tóth Herta tudományos munkatárs, a kutatói team egyik tagja.

A cél annak elemzése, hogy milyen folyamatok befolyásolják a nők visszailleszkedését, az állam milyen szerepet vállal e folyamatokban, és milyen társadalmi szervezetek segítik a nőket a szabadulást követő problémáik megoldásában. A távolabbi cél a tapasztalatok alapján olyan javaslatok kidolgozása, amelyek ezzel a veszélyeztetett csoporttal kapcsolatban az EU egésze számára hasznosíthatók.

A kutatás a tervek szerint 2005 első félévében zárul, tehát az elemzések nem fejeződtek be, a beilleszkedésre vonatkozó eredményekről majd csak ezután tudnak beszámolni, ám már az eddigi tapasztalatok alapján is kialakult egy átfogó és reálisnak tekinthető kép.

Tóth Herta hangsúlyozta, hogy a női bűnözéssel Magyarországon valóban kevés tanulmány foglalkozik, a témakörre vonatkozó ismeretek főként a nemzetközi irodalomból származnak. A magyar szakirodalmat képviselő néhány munka közül a legfrissebb dr. Fehér Lenke és dr. Pati Katalin *Nők a börtönben* című 2001-ben megjelent tanulmánya.

Azt is megemlítette, amiről már korábban is volt szó, hogy a hazai törvényi szabályozás progresszív elveken nyugszik, a börtönbüntetés cél-

ja a büntetés mellett a társadalomba való visszaillesztés. Kérdés, hogy az utóbbi cél miként valósul meg.

A kutatást a terep felderítésével kezdték, három női börtönben vizsgáldtak: Kalocsán, Mélykúton és Egerben. Mindhárom helyen interjú-sorozatot készítettek szabadulás előtt álló nőkkel, arra keresve a választ: miért kerültek be, hogyan élték meg a börtönt, milyen terveik vannak a jövőre...

A vizsgálat utánkövető jellegű, a húsz, általuk kiválasztott nővel interjút készítettek a szabadulásuk után egy, négy és tíz hónappal, hogy nyomon követhessék a sorsuk alakulását. De készítettek interjút döntéshozókkal is.

A női börtönökben tapasztaltakkal kapcsolatban Tóth Herta megerősítette a zsúfoltságot, például Kalocsán, és ezzel összefüggésben annak nyilvánvaló nehézségeit, hogy az intézet helyet tudjon adni szabadidős, képzési, talán még sportprogramoknak is.

A statisztikák szerint a fogva tartott nők által elkövetett bűncselekmények között a leggyakoribb a lopás, rablás, a csalás és emberölés, illetve annak kísérlete.

Emberölésért vagy a kísérletéért a vizsgálat időpontjában 197 nő ült, sokan közülük a férjét, élettársát, partnerét ölte meg több éves családon belüli erőszak után.

A statisztika legszomorúbb, legrosszabb kilátásokat prognosztizáló adatsora a fogva tartott nők iskolázottságára és szakképzettségére vonatkozik. A nők 5 százaléka írástudatlan, további 20 százalékuknak nincs semmilyen befejezett iskolai végzettsége. A börtönbüntetésüket töltő nők 70 százalékának legmagasabb végzettsége a nyolc osztályos általános iskola. Mutatóban akad köztük egy-két egyetemet végzett.

Ezek az arányok a fogva tartott férfiak hasonló adataival szemben rosszabb képet mutatnak. Különösen akkor, ha figyelembe vesszük, hogy a nők többségének szakmája sincs.

A családi állapotukat tekintve a fogva tartott nők között szép számmal akadnak sokgyerekesek, az előéletüket tekintve pedig 20-25 százalékuk már volt büntetve.

Ebből a súlyos alaphelyzetből kiindulva, Tóth Herta fölöttébb érzéketlen elbeszélése nyomán, eltűnődtem azon, vajon mi lehet a legjobb és legrosszabb forgatókönyv az életésélyeket tekintve.

A változat: ha, mondjuk, az ember lánya fiatalon és képzetlenül lopásért 1-2 évre börtönbe kerül. Jó esetben befejezi az általános iskola hiányzó osztályát, vagy kis szerencsével elvégez egy OKJ-s takarítói tanfolyamot. A családja végig támogatja, a mamájától rendszeresen kap csomagokat, a férje és a gyerekei nem könnyen, de kizsorigják a költséges utazást – például Zalából vagy Borsodból Kalocsára –, és olykor-olykor meglátogatják. Ha szerencséje van, és jó zárkába kerül, ahol nincsenek veszekedések, akkor viszonylag ép idegrendszerrel ússza meg a büntetést. A családja megvárta, ő jó magaviseletű volt, és a jövőben sem szándékozik összeütközni a törvénnyel. Most már csak munkát kell találnia. Kérdés: egy OKJ-s takarítói tanfolyammal és a zsebében egy kis priuszos erkölcsivel hol talál munkát? Talál-e egyáltalán?

B változat: ez a rosszabbik forgatókönyv. Alanyunk súlyos bűncse-

lekmény miatt kerül börtönbe, méghozzá fegyház fokozatába. Az ítélet kiszabásakor nem vették figyelembe, hogy sok éven át szenvedett el a férjétől bántalmazást, verést a gyerekekkel együtt, éjszakai kizavarást a lakásból stb. A család mint bázis, az előzmények miatt számára nagy valószínűséggel megszűnt. Szinte bizonyos, hogy pereskedés folyik a gyerekek és a lakás ügyében, és szinte bizonyos, hogy ő lesz a peresztes, minthogy börtönben ül, és nincs ügyvédre pénze. A gyerekek vagy intézetbe kerülnek, vagy valamelyik rokon lesz a gyámjuk. Akár így, akár úgy, éveket nem látja őket, nem hall róluk. A család elfordul tőle, látogatók, kapcsolattartók nélkül éveket tölteni börtönben: büntetés a büntetésben. A családon belüli erőszak okozta traumával nem foglalkozik senki, se bent, se kint – a kriminálisok lelki traumáival általában véve nem foglalkoznak –, alanyunk magára marad az emlékekkel, netán a bűntudatával, de legalább már kevésbé fél. Ha letelik a büntetés, lehet, hogy egyáltalán nincs olyan családtag, aki befogadná. Anyaotthonba csak gyerekekkel együtt mehetne, így hát marad a hajléktalanszálló, a priusz, és nagy valószínűséggel az újabb trauma...

A végszó még hátra van. A kutatási eredmények, mint jeleztem, még váratnak magukra, de az az eddigiekből is kitetszik, hogy a büntetésüket töltők és a szabadulók a fent említett két szervezet támogatásán kívül nagyobb és több segítséget igényelnének a visszataláláshoz, a beilleszkedéshez, az újrakezdéshez.

És némileg elfogadóbb, toleránsabb szemléletet a külvilágtól.

Utóirat: a cikk befejezése után, 2004. szeptember 29-én, szerdán jelent meg az egyik internetes lapban a következő, az eredetileg a Le Soir című belga lapban közreadott hír: „Az Európa Tanács tagállamai között Magyarország áll az élen a fogvatartottak öngyilkosságát illetően. A lap az Európa Tanács kedden közzétett, börtönviszonyokkal foglalkozó statisztikáját idézi. E szerint Magyarországon tízezer fogvatartottra 47,5 öngyilkosság esik. Ezt követi Szlovénia 33,3-as átlaggal, majd pedig Dánia, ahol 30,9 öngyilkosság jut tízezer elítéltre. Az Európa Tanács 45 tagállamának átlaga 8,5.”

Fentiekhez, úgy gondolom, nem kell kommentár.

A Magyar Szegénységellenes Hálózat Nyilatkozata

a Szegénység Elleni Küzdelem Világnapja alkalmából

1. Üdvözljük, hogy a szociálpolitika ügyét – nem kis részben a szociális szakma és a civil szakmai szervezetek nyomására – a jövőben önálló széles területet átfogó minisztérium képviseli. Ugyanakkor bízunk abban, hogy a minisztérium hatókörébe tartozó sokféle társadalmi csoport egyike sem szenved majd hátrányt az új szervezetekben. Reméljük, hogy a szociális civil szervezetek és a kormányzat kapcsolata a folyamatosan kiteljesedő partnerségre épül, és a továbbiakban közös ügy lesz a szegénység és a kirekesztés elleni küzdelem.

2. Figyelemmel kísérjük, hogy az Európai Szociális Modell és az európai szociális értékek a retorikán túl hogyan jelennek meg a kormányzati cselekvésekben és a költségvetésben.

3. Magyarországon a közösségi finanszírozású szociális ellátások színvonala egyharmada a „régii” uniós tagállamok szintjének. Figyelemmel kísérjük, hogy e jóléti szakadék hogyan csökken. Félő ugyanis, hogy költségvetési korlátok, a konvergencia kritériumoknak való megfelelés kényszerű miatt nem növekedhet a jóléti kiadások nemzeti termékhez viszonyított aránya, amely jelenleg is jóval alacsonyabb, mint a régi tagállamokban, 28 helyett 20 százalék. Azonban a költségvetés nem lehet csak gazdasági célok foglya. Ezért elengedhetetlennek tartjuk, hogy a költségvetési politikába is beépüljön a társadalmi összetartozás ügye.

4. Figyelemmel kísérjük, hogyan és milyen szinten valósult meg hazánkban az Unió országaiban széles körben elfogadott, az alkotmány tervezetében is szereplő követelmény, hogy az Unió „elismeri és tiszteletben tartja a jogot a tisztességes megélhetést célzó szociális támogatásra és lakástámogatásra mindazok esetében, akik nem rendelkeznek az ehhez elégséges eszközökkel”.

5. Tudjuk, hogy a szegénység csökkentésének leghatékonyabb eszköze a foglalkoztatás bővítése, a munkanélküliek megfelelő munkához és bérezettséghez juttatása. Fontosnak tartjuk azonban a legkiszolgáltatottabb csoportok – romák, fogyatékosokkal élők, sok gyermeket nevelők – foglalkoztathatóságát segítő eszközök bővítését, valamint az ellenük irányuló diszkrimináció hatékonyabb visszaszorítását.

6. Kétségtelenül fontos lépések történtek a hajléktalanok és a legszegényebbek ügyében. Ám mindeddig kimaradt minden segítségből az a 3-4000 ember, akik tartósan kiszorultak a munkaerőpiacról, és akiknek reményük sincs tisztességes munkára. Sürgősnek tartjuk, hogy a közösség elismerje és biztosítsa minden tagjának emberi méltóságát és az emberhez méltó léthez való jogát.

7. Alapvető fontosságúnak tartjuk a szegénység csökkentéséért küzdő civil szervezetek, a szegények közvetlen bevonását a szociálpolitikát érin-

INFORMÁCIÓK

tő prioritások meghatározásába, stratégiák kidolgozásába. A szegényeknek részt kell venniük a róluk szóló döntések meghozatalában.

8. Küzdeni fogunk azért, hogy a szociális ellátások, nyugdíjak, családi ellátások, gyermek és felnőtt segélyek a bérekhez hasonló mértékben, kiszámítható módon emelkedjenek. Csak így akadályozható meg a szegények további relatív elszegényedése.

9. Küzdeni fogunk az anyagi rászorultság elvének fokozódó tényere ellen. A szegénység mai mélysége mellett szükséges ugyan a rászorultsági elvű segélyezés is, ez azonban nem jelent tartós megoldást. Minden tapasztalatunk szerint ez a gyakorlat tartósítja a szegénységet, gyengíti a társadalmi szolidaritást, hozzájárul a társadalom szegényekre és nem-szegényekre történő kettészakadásához, a kettős szintű szolgáltatások és ellátások terjedéséhez, a jogokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek rögzítéséhez.

10. Követeljük, hogy a szegények világnapja (október 17.) legyen az a határnap, amittől kezdve ezen a télen több kilakoltatás nem történik. Elvárjuk, hogy tavaszig a kormányzat oldja meg ezt a problémát.

Budapest, 2004. október 17.

Gosztonyi Géza

Megjelent a *Beszélő* októberi száma

A tartalomból:

Zádori Zsolt az aktuális pártpolitikáról,
Kirill Haratjan az orosz–csecsen konfliktusról,
Szikinger István a demokratikus jogállam védelméről,
Mink András a magyar szélsőjobboldali szubkultúráról,
Pálfi Balázs riportja egy neonáci rendezvényről,
Boros János a demokráciáról,
Pál Attila a szudáni helyzetről,
Yehuda Lahav és *Ungváry Krisztián* vitacikkei,
Ritter László interjúja Tito diplomatájával,
Babusik Ferenc a romák egészségi állapotáról,
Friedrich Péter a tanulás és a memória molekuláris alapjairól,
Simon Izabella, *Vlagyimir Szorokin*, *Papp András*
és *Tandori Dezső* írásai.

Hírek, információk

Ha nem is mindent, de sokat elmond, hogy a nők helyzetéről, esélyeiről, a társadalomban betöltött szerepéről mi jelenik meg, továbbá hogyan, és milyen sajtótermékekben. A *Nők a Médiában Egyesület* szeptember 17-i összejövetelén Perlusz Jenő számolt be *A nők társadalmi szerepe az írott sajtóban 2004 január 4–szeptember 3* címmel, az általa végzett vizsgálatról.

Mint hangsúlyozta, a vizsgálat nem öleli fel az összes „nőkérdést”, „női témákat” stb. taglaló írást. Erősen megrostálta a bulvár sajtóban megjelent cikkeket, amelyek az általánosítható jelenségeket, mint pl. prostitúció, családon belüli erőszak, felületesen és főként szenzációkeltő szándékkal közlik. A női lapokat pedig teljes mértékben mellőzte.

A szerző három részben tárgyalja az anyagot:

1. A nők helye, szerepe a társadalomban.

Ennek egyik alfejezete az általános elvi kérdések. Ezek a vizsgált időszakban az esélyegyenlőséggel, a feminizmussal foglalkozó cikkekben jelennek meg. Vitát váltott ki Szentgyörgyi Zsuzsának a 168 óra c. hetilapban megjelent írásából egy félmondat, amely lesbikus, zsíroshajú feministákat emlegetett. A cikkekre terjedelmes vitacikkkel Tamás Gáspár Miklós reagált, az *Élet és Irodalom*ban.

A legnagyobb terjedelemmel az a vita szerepelt a lapokban, amelyet a vatikáni Hittani kongregáció Ratzinger bíboros által jegyzett körlevele, *A férfiak és a nők együttműködése az egyházban és a világban* című, július 31-i írás váltott ki. Perlusz kiemeli, hogy elemző igénytel két szerző lépett föl (Fáy, Nőügyek, Magyar Nemzet, augusztus 14., és Eörsi I., A Vatikán és a női mivolt, *Élet és Irodalom*, augusztus 19.)

2. Nők a társadalmi élet különböző területein.

Perlusz Jenő ebben a témakörben főként a nők karrier-lehetőségeivel foglalkozó írásokat elemzi, és megállapítja, hogy „az itt kibontakozó kép a legborúsabb.” Az e témakörben megszületett írások az ismert tényeket taglalják: egyenlőtlen bérek, a vezetői pozícióba jutás nehézségei, a karrier-család ellentmondás stb. Nagyon kevés az olyan írás, amely valamilyen módon utalna a megoldás(ok)/ra.

3. A mindennapi élet

Ide sorolja azokat a kérdéseket, amelyek ma heves vitákat váltanak ki, mint például a családon belüli erőszak, prostitúció, szexuális zaklatás.

A családon belüli erőszakkal kapcsolatban az írások egyik fontos eleme a jogi szabályozás, amelynek megközelítése a lap beállítottságától függ. Másként közelíti meg a Magyar Nemzet, és másként a Magyar Narancs.

A prostitúcióval kapcsolatban mintha legalább a téma tárgyalásában történt volna némi változás, s mintha mutatkozna némi igény az elemzésre, illetve annak bemutatására, hogy itt van egy *felhasználói oldal* is. A HVG egyik cikke a prostitúciót kifejezetten modernkori rabszolgaságként határozza meg.

INFORMÁCIÓK

A vizsgálat tartalmazza a forrásként felhasznált fontosabb cikkek szerzőinek nevét, a cikk címét, megjelenési helyét és idejét. Ezek alapján azt kell mondanunk, hogy alapos és fontos összegzés született.

Ha valamit hiányolok, akkor az az adott sajtótermékben a képek és szöveg kapcsolatának vizsgálata. Nem egyszer fordul elő, hogy női szereplőkről szóló szöveget férfiakra készült fotóval illusztrálnak. Különösen a sportrovatokban.

Ami pedig a nők reklámokban való szerepeltetését illeti, főként a hangzó médiumokban, de a tv-csatornákon és az utcán lévő óriás plakátokon is – az külön vizsgálatra érdemes.

*

Európai Esélyek, Parlamenti beszélgetések

címmel rendezvénysorozat indult a Parlamenti Képviselők Irodaházában.

Az első beszélgetést, amelynek címe *Válságból megújulás, Szociáldemokrata megközelítések a társadalomban* címmel ez év október 1-jén tartották. A vitaindítót dr. Lévai Katalin európai parlamenti képviselő, az Európai Parlament Jogi Bizottságának alelnöke mondta el.

Felkért hozzászólók: Vitányi Iván képviselő (MSZP), Babarczy Eszter, történész, esztéta, valamint Sükösd Miklós szociológus.

A rendezvény szervezője Lukács Csilla irodavezető

A beszélgetés témakörei:

A 21. század kihívásai: a szociáldemokrata jövőkép

Gazdasági szereplők társadalmi felelősségvállalása

Egyensúlyba hozható-e a gazdaság-és társadalompolitika?

Hogyan jelenik meg az alanyi jog és diszkrecionális jog a tagországokban?

A társadalompolitika konzervatív, liberális és szociáldemokrata felfogása közti különbségek és hasonlóságok.

A beszélgetés népes és érdeklődő közönség részvételével zajlott, talán csak a hozzászólásokra maradt rövid idő.

SZ. A.

SZÁZADVÉG

ÚJ FOLYAM 33. SZÁM  2004. 3. SZÁM

Tartalomjegyzék

Táborverés

Enyedi Zsolt: A voluntarizmus tere. A pártok szerepe a törésvonalak kialakulásában

Fogalom-tár

Lutz Niethammer: A „floating gap” innenső oldalán. Kollektív emlékezet és identitáskonstrukció a tudományos diskurzusban

Gyáni Gábor: Kontextus és kontextualizáció a történetírásban

Helybenjárás

Kákai László: Politikai kultúra és lokalitás

Bocz János: Újjáválasztott polgármesterek, avagy kiket és miért választanak meg ismét a szavazópolgárok?

Újragondolás

Felkai Gábor: Max Weber és a demokrácia problémája. Értelmezhető-e weberi kategóriák alapján a mai Magyarország politikai szerkezete?

Piaci gazdaság

S. Molnár Ágnes: Asszonyok és családközpontúság. A mezőgazdasági kistermelés és a nemi szerepek a kiskanizsai „sáskáknál”

Századvég-szövegelő

„...a szellemi szabadságot élhetem...” Balázs Zoltán és Kapitány Balázs beszélgetése Tomka Miklóssal

Társadalmi Riport 2004 – Tanulmánykötet

A kötet az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium támogatásával készült.

Az 1990-ben indított, páros években megjelenő Társadalmi Riport sorozat nyolcadik kötete jelent meg. A *Társadalmi Riport* koncepciója kezdetől fogva az, hogy az előző két év szisztematikusan gyűjtött empirikus adatainak elemzéseit, eredményeit bemutassa, amelyek az elmúlt két-három évben végzett empirikus társadalomtudományi vizsgálatok eredményeit, tanulságait mutatják be. A *Társadalmi Riport* új, 2004. évi kötete – az eddigi hagyományokat követve – igyekszik beszámolni a társadalom szerkezetének, fontosabb összetevőinek időbeli változásairól, az egyes társadalmi rétegek, jelenségek állapotáról, mozgásairól, elsősorban a különböző kutatói műhelyekben folyamatban lévő vagy éppen befejezett vizsgálatok adatai, eredményei alapján. A kötet tartalmát így elsősorban a vizsgált társadalmi-gazdasági jelenségek, folyamatok aktuális társadalmi fontossága, részben azonban a releváns kutatási eredmények megléte, rendelkezésre állása határozta meg.

A kötet tanulmányai tematikailag hat fejezetre oszlanak.

A szerzők és a szerkesztők bíznak abban, hogy az új kötetet érdeklődéssel és haszonnal forgatják mindazok, akik a társadalom állapotának és folyamatainak részletesebb, jobb megismerésében érdekeltek.

INFORMÁCIÓK