

Mihályi Péter: Az egészségbiztosítás reformjának fogalmi keretei

Németh György: Egészségbiztosítási alapmodellek – Bismarck és Beveridge

Baráth Árpád: Kik a kirekesztettek és miért?

esély 2007/5

18. évfolyam 5. szám

Kiadja a Hilscher Rezső Alapítvány.

Szerkesztőségi cím:

1094 Budapest, Angyal u. 1-3. 7/712.

Telefon: 216-1310

E-mail: esely@freemail.hu

A folyóirat megjelenését támogatta:

a Szabad Sajtó Alapítvány,

a József Attila Alapítvány,

a Nemzeti Kulturális Alap,

a Nemzeti Civil Alapprogram,

a Szociális és Munkaügyi Minisztérium,

a „Budapest Bank Budapestért” Alapítvány

Megjelenik kéthavonta.

Főszerkesztő:

NYILAS MIHÁLY

Olvasószerkesztő:

LÉVAI JÚLIA

Szerkesztőségi titkár:

ERDEI ENIKŐ

Szerkesztőbizottság:

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

Arculattervező-grafikus: Éles Andrea

Grafikai munkatárs: Gombos Gáspár

Szöveggondozó: Haraszi Judit

Tördelőszerkesztő: Nyíri András

Készült a Csiszár nyomdában

Felelős vezető: Csiszár Lajos

ISSN 0865-0810

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

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

Szerzők

BARÁTH ÁRPÁD	pszichológus, egyetemi tanár, Pécsi Tudományegyetem, Bölcsészettudományi Kar Szociális Munka és Szociálpolitika Tanszék, arpad@btk.pte.hu
FERGE ZSUZSA	szociálpolitikus, az MTA tagja, ELTE TÁTK, professor emeritus, esely@freemail.hu
HÜSE LAJOS	Hüse Lajos szociológus, Nyíregyházi Módszertani Gyermejjóléti Központ, igazgató gyermekozp.nyh@chello.hu
MIHÁLYI PÉTER	tanszékvezető egyetemi tanár, Pannon Egyetem (Veszprém) és Közép-Európai Egyetem (CEU) Budapest peter@mihalyi.com
NÉMETH GYÖRGY	szociológus-közgazdász, szabadúszó, n.gyorgy@t-online.hu
PÉTERNÉ MOLNÁR GIZELLA	szociális munkás, szociálpolitikus, pmg@szlamandra.hu
SINKÓ ESZTER	közgazdász, Semmelweis Egyetem Egészségügyi Menedzserképző Központ, programvezető, sinko@emk.sote.hu

Az Esély weboldalát a Kurt Lewin Alapítvány gondozza: www.szochalo.esely;
www.3sz.hu; www.klubhalo.hu (Az Esélyben 1999-től megjelent cikkek a
<http://www.szochalo.hu> címről, a Folyóiratok/Esély linkre kattintva tölthetők le.)

esély

2007/5

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

TANULMÁNYOK

- 3 **Mihályi Péter:** Az egészségbiztosítás reformjának fogalmi keretei
- 34 **Sinkó Eszter:** Új alapokon a társadalombiztosítás egészségbiztosítási rendszere
- 43 **Németh György:** Egészségbiztosítási alapmodellek – Bismarck és Beveridge

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

- 66 **Baráth Árpád:** Kik a kirekesztettek és miért?
A hátrányos megkülönböztetések fenomenológiája
Baranya megye kistérségi népességében és közellátásában

SZOCIÁLIS MUNKA

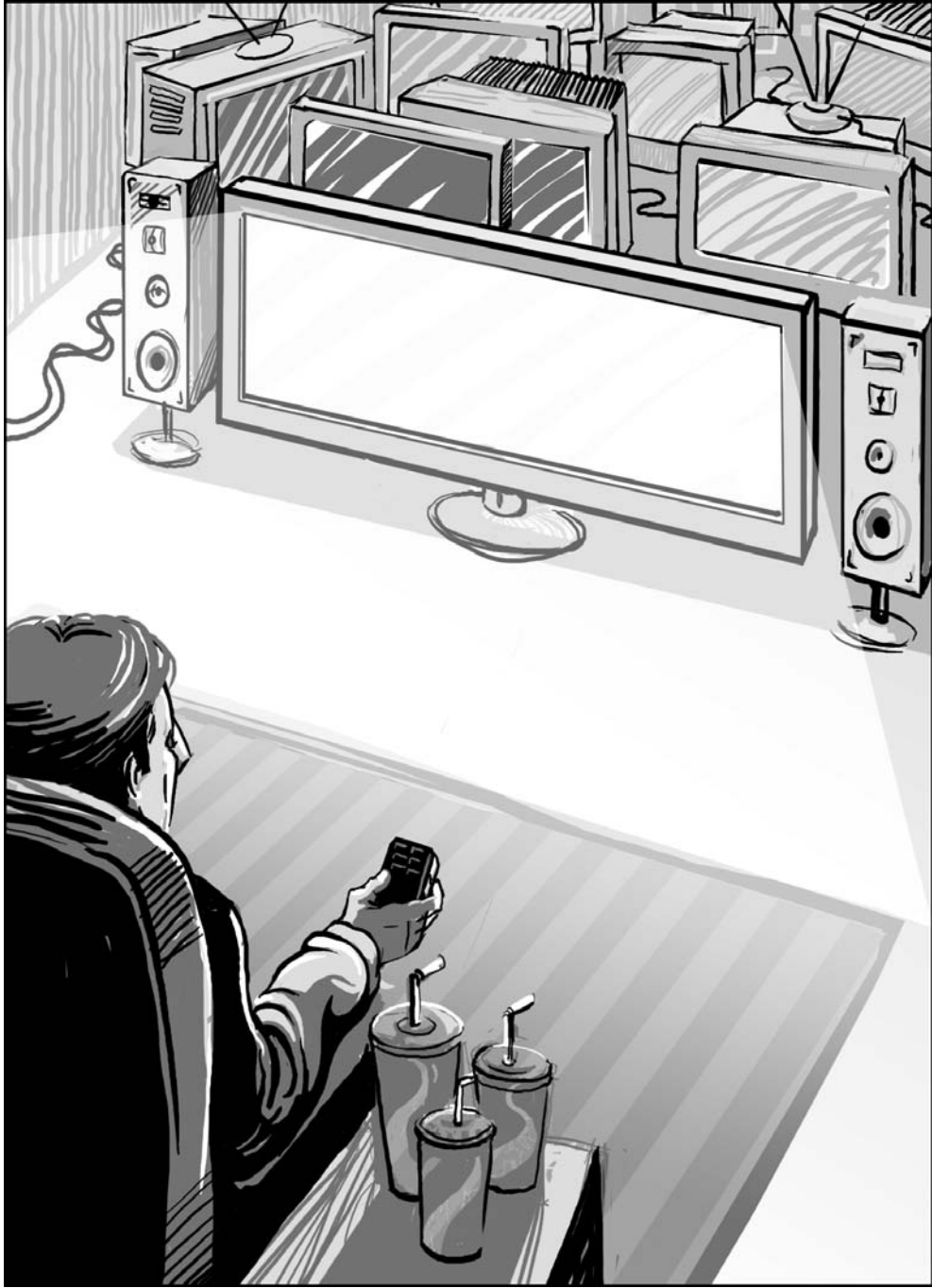
- 99 **Péterné Molnár Gizella:** A kórházi szociális munka működési keretfeltételei

KÖNYVEKRŐL, FOLYÓIRATOKRÓL

- 120 **Ferge Zsuzsa:** Nincs két ország...?
- 126 **Hüse Lajos:** Szűz Mária zsebkendőjének keleti csücskében
- 131 Abstracts

2007/5

2007/5



SINKÓ ESZTER

Új alapokon a társadalombiztosítás egészségbiztosítási rendszere

A rövid írás a koalíciós partnerek által 2007. július elsején elfogadott, a biztosítói oldal átszervezéséről szóló megállapodást elemzi, néhány szűkre szabott szempont alapján. A javaslatot egyrészt abból a szempontból érdemes megvizsgálni, hogy az újonnan felállított modellben *milyen új szereplők jelennek meg*, és ezen új szereplők működését *milyen érdekeltségek* motiválják a rendszerben; másrészt a tekintetben is érdemes áttekinteni a javaslatot, hogy vajon a felvázolt modell a leírt érdekeltségek és működés mentén hogyan szolgálja a jellemző *egészségpolitikai célok teljesülését*. Az írás végén szentelek néhány gondolatot a szabaddemokrata vegyes modell valamint a kompromisszumos modell összehasonlítására, annak érdekében, hogy megállapíthassuk, kinek a korábbi javaslatához, megfogalmazott elveihez közelít jobban a megállapodás, a szakmai tartalmát illetően.

I. A kompromisszumos modell leírása

A koalíciós tárgyaláson elfogadott modellről a következőket lehet tudni:

1. *A kötelező társadalombiztosítás keretei között értelmezett átalakulásról van szó.* A járulékok mértékét és az egészségbiztosítási szolgáltatások körét változatlanul a parlament állapítja meg.

2. Kezdetben 5-8, ún. *kötelező egészségbiztosítási pénztár* alakul arra a feladatra, hogy az OEP helyett gyakoroljon *közvetlen irányítási jogot* az összességében mintegy 1100 milliárdot kitevő Alap felett. (Az 1600 milliárdos Egészségbiztosítási Alapból hozzávetőleg 1100 milliárd az egészségügyre fordított kiadások összege.)

3. *A kötelező egészségbiztosítási pénztárak gazdasági társaság formájában működnek.*

4. Az ellátásra jogosult állampolgárok bő felében keresztül válogathatnak a tagtoborzásban részt vevő pénztárak között. A pénztárat nem választó polgárok az egyes térségekbe sorsolt pénztárakhoz kerülnek.

5. Az OEP 2008-ban megszűnik, a járulékok begyűjtése azonban változatlanul központi kézben marad. Az OEP helyére lépő pénztárak az

Egészségbiztosítási Alapból létszámarányosan, korrigált fejkvóta alapján kapják meg az adott térség(ek)hez tartozó alapokat, amelyek felett gyakorolhatják az irányítási jogot.

6. A pénztárakhoz a magánbiztosítók, egyéb magánbefektetők kisebbségi tulajdonosként (max. 49 százalékban) szállhatnak be. A befektetésre jelentkező társaságok közül nemzetközi pályázat útján választják ki a „szerencsések”-et.

7. Egyelőre nem tisztázott, kapnak-e koncessziós jogot a belépő magántulajdonosok, és ha igen, a koncesszió pontosan mire terjedne ki. A koalíciós megállapodás mindenesetre nem szól a koncesszióról, de sok politikusként még ebben az értelemben nyilatkozik.

8. A kompromisszumos modell 2009-ben indul „élesben”.

9. A kompromisszumos modell két lényeges pontban *különbözik* a miniszterelnök korábban közzétett javaslatától: egyrészt *nem lehet fel a koalíciós megállapodásban az a fogalom, hogy régió – annak ellenére, hogy a szocialistáknak ez sokat jelent –, ehelyett a „területi egység” homályos megfogalmazás szerepel. Másrészt a megvalósítás sorrendje a pénztárak tagtoborzását illetően a korábbi javaslathoz képest megfordul, így az a gondolat, miszerint minden, ellátásra jogosult állampolgár automatikusan az egyes régiókban található biztosítási pénztárhoz tartozik, ám az elindulást követő napon már átléphet bármelyik más térségben működő pénztárhoz, a véglegesnek tekintett modellben fordított logikai sorrendben valósul meg. A szabaddemokraták javaslata alapján előbb lesz versengés, s csak azután a térségekhez való besorolás.*

II. Az egészségpolitikai célok és a kompromisszumos modell

Az egyszerűség kedvéért a három, legalapvetőbb egészségpolitikai szempontból vizsgáljuk a jövő biztosítói rendszerének elfogadott verzióját.

Felmerülő dilemmák a méltányosság, igazságosság nézőpontjából

a) A közpénzből finanszírozott, alapvető biztosítási, szolgáltatási csomag az egészségügyben nincs pontosan meghatározva, ebből fakadóan minden olyan változtatás, amely valamelyik szereplőt abba a helyzetbe juttatja, hogy e csomag felett akár *közvetett* rendelkezési jogot gyakorolhasson, különös figyelmet érdemel. Amennyiben olyan szereplőt juttatunk e kényes pozícióba, amely *profitorientáltsága következtében a csomag szűkítésében érdekelt*, a helyzet a betegellátás szempontjából *kedvezőtlen hatású elemként értékelhető*. Jelen esetben az önálló pénztárak menedzsmentje lesz arra ösztönözve, hogy a rendszerben keletkező egészségügyi célú kiadásokat csökkentse, mivel a pénztárak (magán)tulajdonosai – érthető módon üzleti befektetésként értelmezve jelenlétüket – erre készítetik őket. Tekintettel arra, hogy e pénztárak működési kiadásai bevallottan meghaladják az OEP működési kiadásait (és ekkor még nem érintettük a befektetői hozamok kérdését), a menedzsment kénytelen lesz az egész-

ségügyi célú kiadásokon spórolni. E cél elérését sokféle eszközzel tudják biztosítani. Ebből az egyik jellemző és lehetséges eszköz a *biztosításcsomag szűkítése*, amely éppen a csomag nem eléggé kontúrozott meghatározásából fakadhat. Minden alkalmat megragadnak majd a pénztárak vezetői, hogy e szűkítést kérvényezzék, az ezzel kapcsolatos döntéseket mielőbb „keresztülverjék” a döntéshozókon, apró lépésekben, szisztematikusan megkurtítva a szolgáltatások körét, mélységét. E szűkítéshez az ismertett konstrukció alapján a mindenkori kormány segítséget nyújt, mivel a pénztárak többségi állami tulajdona okán közvetlenül érdekelt lesz abban, hogy az alapok ne legyenek veszteségesek, illetve hogy csökkenjenek az államháztartásra háruló közterhek.

Kérdés, milyen lépéseket kívánnak tenni a döntéshozók annak érdekében, hogy ez az ösztönző hatás ne érvényesülhessen ilyen primer módon. *Erre a problémára nem jó az a válasz, hogy a szakértők és a politikusok előbb-utóbb meghatározzák a csomagot.* Részint azért nem, mert minden erre irányuló kísérlet automatikusan a *csomag szűkítésével lesz egyenértékű*, részint azért sem, mert ennek a kivitelezése még bizonyos korlátok tudomásul vételével is bonyolult feladat, megfelelő mélységben véghez vinni pedig szinte reménytelen vállalkozás. Szlovákia esete intő példa erre, ahol elegáns tervek születtek a csomag meghatározására, azonban a kivitelezésre nem maradt energia, szakértői kapacitás.

b) A költségek csökkentésének egy *másik lehetséges és a szakirodalom által leírt esete az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés szűkítése.* A betegek várhatóan az eddiginél hosszabb sorbanállás után vehetik igénybe az ellátást, ennek köszönhetően csökkenő költséget generálnak a szolgáltatások igénybevevőik. Azok a betegek, akik tehetősebbek, a megnövekedett sorokat – szerencsésebb esetben – a magánszolgáltatóknál „vágják le”, szerencsétlenebb esetben a sorok megkerüléséért a közszolgáltatói szektorban *paraszolvenciát adnak*, amely ennek köszönhetően, ahelyett hogy elsorvadna, soha nem látott virágzásnak indul. A méltányosság, az equity ügye a modellválasztás következtében súlyos csapást szenved el.

c) A megnövekedett sorbanállás mellett az átalakulás újabb gyümölcse, hogy *a területi egyenlőtlenségek sem csökkennek majd.* Ez utóbbival kapcsolatosan könnyen belátható, hogy a pénztárak számára a térségi különbségek csökkentésének egyedül *vállalható útját* egy-egy térség elérhető szolgáltatói kapacitásainak *bővítése jelentené*, amivel szemben a pénztáraknak, ha el akarják kerülni a kapacitásbővülésből származó kiadásnövekedést, más térségekben kellene kapacitáscsökkentést elérniük. Csak hogy Szlovákiában sem tudtak a biztosítók annyira erős pozícióba kerülni, hogy intézmények bezárását kezdeményezhessék, s ez idehaza sem alakulna másképpen; azaz a kötelező pénztárak csak akkor lennének képesek az egyenlőtlenséget csökkenteni, ha kapacitásokat bővítenének, szűkítés nélkül. Ez azonban kiadásnövekedést eredményezne. Nem járható út. A megfontolások körét még egy további momentum bővítheti, ami újfent csökkenti annak esélyét, hogy a pénztárak némely térségben kapacitásredukcióban gondolkodjanak: minden ilyen típusú kezdeményezés kedvezőtlen színben tüntetné fel a magánbefektetőket, s ez a kibontakozódni látszó, feszült politikai légkörben jelentős mértékű biza-

lomvesztéssel, „bizalomveszteséggel” járna együtt, ami akár milliókban mérhető veszteséget okozhatna a többi üzletágban. Ez szintén vállalhatatlan. Éppen emiatt a pénztárak – hacsak nem tulajdonolhatnak egészségügyi intézményeket – nem fognak jelentős mértékű kapacitáskorrekciókat végrehajtani. Ennek következtében a területi egyenlőtlenségek sem tudnak korrigálódni. (Amennyiben a pénztárak tulajdonába kerülhetnének egészségügyi intézmények, kiegészítő termékeik eladhatósága érdekében vállalnának többletkapacitást is.)

d) Az állampolgárok közötti szelekció e modell esetében is beindul a pénztárak között, ahogyan azt a korábban megismert SZDSZ-es modell esetében oly sokszor kárhoztatták. A szelekcióra ösztönzés ugyan valamivel lassabb ütemben, később indul be, mint a szabaddemokrata vegyes modellben, ettől függetlenül releváns kérdés, hogy mi védi meg a beteget a kockázatszelekció következményeitől. Erre nem jó válasz az, hogy a korrigált fejkvóta kezeli ezt a problémát, mert – amint az a szakirodalomból ismert – a korrigált fejkvóta alapú forráselosztás az inhomogenitásból fakadó kockázatoknak mindössze a 30 százalékát képes kivédeni. Ezért egyéb korrekciós mechanizmusokat kell működtetni. A szelekció elleni eredményes védelem nehezen megoldható és rendkívül költséges. (Pontosabban: láttunk eredményes kezelési módszert a hollandoknál, de a korrekcióért cserébe fizetett ár a magyar költségvetés számára megfizethetetlenül magas lenne.)

e) Amennyiben a pénztárak menedzselési jogának meghatározó hányadát a magánbiztosítók kapják, ugyancsak fontos kérdéssé válhat, hogy vajon etikai szempontból mennyire kezelhető az a helyzet, melyben az állampolgárok egészségügyi célú befizetései, az ezeken való spórolás a magánbiztosítók/magánbefektetők vagyontát gyarapítja. Ez azért nem felesleges és mondvacsinált kérdés, mert a biztosítók – legalábbis egyelőre – mindössze 60–80 milliárd forintnyi befektetést szánnak erre a területre, amit az állam némi zsarolással ugyan felvihet a duplájára, mondjuk 150 milliárd forintra, de a kezelt 1100 milliárdhoz képest ez mégiscsak elhanyagolható nagyság. Kiváltképp jogos a dilemma, ha arra gondolunk, hogy csak a vizitdíjból, napidíjból idén várhatóan durván 25 milliárd forintnyi bevételre lehet számítani. Erre a felvetésre nem jó válasz az, hogy szigorú szerződés-kötésekkel kezelni tudják majd ezt a problémát. Nem fogják tudni kezelni. Nehéz ugyanis mindent aprólékosan körbebástyázni szerződésekkel, hiszen kényes, nehezen azonosítható folyamatokról van szó.

f) A javaslat szabad szerződés-kötési jogot kíván adni a pénztáraknak, valamennyi szolgáltatás terén. Túl azon a megfontoláson, hogy jelen körülményeink közepette mennyire életszerű a javaslat, Európában is példa nélkül álló eset lenne, ha ez bekövetkezne. Nem létezik ilyen gyakorlat, kivéve a szakorvosi konzulensi szolgáltatások szintjét; de sem a házi-orvosi, sem a kórházi ellátások szintjén nem tekinthető relevánsnak az ötlet. Még Hollandiában is, melyet pedig a szabaddemokraták körében feltétel nélkül mintaországgént tartanak számon, a kórházi szolgáltatások mintegy 8–10 százalékában adott a szabad szerződés-kötés lehetősége a biztosítók részére. Az USA-ban a biztosítóknak korlátozás nélkül rendelkezésre áll ez az eszköz, a szabad árképzéssel egyetemben, ám az eredmény erősen kifogásolható: az állampolgárok azonos megbetegedések eseté-

ben nem kapnak azonos ellátást. Ez a hatás nálunk is bekövetkezne, anélkül, hogy hivatalosan megbontanánk az egységes szolgáltatási csomagot.

Felmerülő dilemmák a hatékonyság nézőpontjából

a) Hol érzékelhető ebben a modellben a hatékonyságjavulás? Hallgatólagosan azzal a feltételezéssel él a modell, hasonlóan a szabaddemokráta modellhez, hogy a magánbiztosítók eredményesebben fogják szervezni az ellátást, s ez az egész rendszer szempontjából hatékonyabb működéshez fog vezetni. De van-e ennek bárminemű evidens biztosítéka? Tekintettel arra, hogy a világban egyelőre nem létező modellt vezetnénk be, így erre nemleges a válasz. Arról azonban van egyértelmű képünk, hogy ahol versengő több-biztosítós modell működik (s ez a modell ahhoz áll a legközelebb), ott nem mutatható ki hatékonyságjavulás.

b) Fontos felhívni a figyelmet még egy tényezőre: *mást jelent az egész rendszer hatékonyságának a javulása, és mást az alapok működtetésével kapcsolatos üzem-gazdaságossági javulás.* Ne tévesszen meg egyetlen politikust sem, hogy a modell bevezetésével az alapok várhatóan gyakrabban zárnak pozitív szaldóval, mivel ez a helyzet oly módon is előállhat, hogy a döntéshozók egyszerűen lecsökkentik a szolgáltatói TVK-t (teljesítmény volumen korlát), azaz az elszámolható teljesítményvolumen, ahogyan azt most is tették. Ez azonban köszönő viszonyban sincs az ellátás akár allokációs, akár technikai szintű hatékonyságának a javulásával. Valódi, érdemi változás csak akkor következhetne be, ha több beteget és eredményesebben gyógyítanának meg az új modellben, mint jelenleg. Ehelyett azonban hosszabb várólistákkal, kiüresedő szolgáltatásokkal kell szembenéznünk, amelyek az eredményességet csökkentik.

c) A magánbiztosítók nem lesznek abban érdekeltek, hogy jobban szervezzék meg az ellátást, hogy szakmai protokollokkal bíbelődjenek, betegutakat kövessenek, és házi orvosokat képezzenek, mert az nehézkes, sokrétű feladat és csak hosszabb távon megtérülő tevékenység. Ráadásul területi szétszabdaltságuk okán rendkívül költséges feladat lenne az ellátás megszervezése. *Alapvető érdekelttségük* másfelé tereli tevékenységük *fő erejét*: elsősorban a kiegészítő biztosítási termékek fejlesztésére, a többi üzletág termékeinek értékesítésére fordítják energiájukat, az egészségbiztosítási alapok terén pedig egyszerűen költségmegtakarításra játszanak, a már ismertett technikákkal felvértezve (a szolgáltatás kiüresítés, a sorbanállás növelés, a kockázat szerinti szelekció).

d) *A magánbiztosítóknak nincs tapasztalatuk a kötelező egészségbiztosítási szolgáltatások nyújtása, finanszírozása terén, és nemcsak nálunk, de egész Európában így van.* A modellként emlegetett holland modell tavaly indult el, és Szlovákiában is csak 2006 óta vannak jelen profitorientált magánbiztosítók ezen a piacon. (Előtte non-profit szervezetként ügködtek a biztosítók, részben magánbefektetőkkel a háttérben, de ezek nem voltak valódi biztosítók.) Tapasztalatlanságukat a magánbiztosítók-magánbefektetők maguk is elismerik. Kérdés: szabad-e kísérletezni velük, s nem nagyobb-e a felmerülő kockázat az esetleges haszonnal szemben?

Felmerülő dilemmák a megvalósíthatóság nézőpontjából

a) A javasolt modell nemzetközileg ismeretlen, s ez önmagában is sok jogi, szervezési, gazdasági, valamint etikai problémát vet fel, a megvalósítást illetően. Ismételten megkérdőjelezhető, szabad-e egy modellt előzetes hatásvizsgálatok, hatástanulmányok nélkül ilyen gyorsan bevezetni; egy olyan modellt, amelyet előzetesen sehol, senki nem tesztelt.

b) Miért szállnának be a magánbiztosító társaságok ebbe a modellbe? Milyen érdekelttség vezeti őket a beszállásban? Első megfontolásra ugyanis nem tűnhet kecsegtetőnek számukra, hogy kisebbségi tulajdonosként, bizonytalan jövővel számolva milliárdokat fektessenek be az ágazatba. Második megfontolásra azonban kitűnhet, hogy abban az esetben érdemes beszállniuk, ha

- garanciát kapnak arra vonatkozóan, hogy nem lesznek veszteségek a pénztárak. Ezt a garanciát elsősorban a politikától várják;
- megkapják a pénztárak tagjainak az adatait, és azokat más biztosítási üzletágaik számára is tudják használni, azaz ügyfeleiket potenciális vevőkként tudják értelmezni;
- lehetőségük nyílik kiegészítő egészségbiztosítást kötni a pénztártárgokkal.

c) A nyitott kérdések sorában különös fontossággal bírnak a következők: Mennyi időre, mekkora investícióval lehet beszállni a pénztárba, melyek a be- és a kilépés feltételei? Mi lesz azokkal a térségekkel, ahová nem akar magántőke belépni? Amennyiben megalakulnak a pénztárak, mi lesz a pénztárak veszteségével? Ki áll jól a veszteségekért? Mi lesz a pénztárak nyereségével? Vélhetően az a szabály lép életbe, hogy a pénztárak tulajdonosai mind a veszteségek, mind a megtakarításokat illetően osztoznak az eredményen. Azaz közösen sírnak és nevetnek.

d) A megvalósíthatóság szempontjából külön ki kell emelni a *törvényhozás megszabott ütemét*. Ilyen típusú megoldásra törvényeket alkotni rendkívüli nehézséget jelent, mivel még maga a modell sem kiforrott. Az alaptörvények parlamenti benyújtására meghatározott határidő, szeptember közepe megoldhatatlannak tűnő feladvány, a jelen állás szerint.

e) Nemcsak a törvények előkészítésére *rövid* a rendelkezésre álló idő, de a biztosítók és tulajdonosaik számára is komoly kihívást jelent, hogy jóformán két hónap alatt kell dönteniük arról, beszállnak-e, vagy sem. Ez alatt kell átlátniuk az alapvető folyamatokat az egészségügyben, ez alatt kell stratégiát alkotniuk, valamint üzleti tervet készíteniük. És elkezdni képezni magukat erre a piacra.

III. További megfontolások

a) *Az, hogy a kötelező és a kiegészítő szolgáltatáscsomagot együttesen és egy biztosító nyújtja*, ugyanannak az állampolgárnak, nagy veszélyt rejt magába, ezért nem véletlen, hogy a hollandok például 2006-ig ezt megakadályozták. (Hollandiában az a biztosító, amely kötelező szolgáltatásokat nyújtott egy biztosítottnak, ugyanazon személy számára kiegészítő termékeket már nem nyújthatott. Ehhez persze országos hatáskörű biztosí-

tók léte volt szükségse.) Az új változások szele ezt a szabályt érvénytelenítette.

b) A miniszterelnök korábbi javaslata a *kivitelezés szempontjából szellemes ötletet tartalmazott*: e szerint a lakosság igényei a régiókhoz rendelt pénztárak között oszlottak meg. Ez azért volt szerencsés javaslat, mert

– a pénztárak számára nem okozott volna többletköltséget a tagtoborzás;

– nem indította volna be már az első pillanattól kezdve a kockázat szerinti szelekciót;

– hosszabb távon sem lett volna valószínű, hogy erős verseny bontakozódik ki más régiók lakosságáért, mivel minden pénztár menedzsmentjének meg lett volna a maga 1–1,5 millió lakosa, s az azokkal való foglalkozás éppen elég feladatot jelentett volna a *gyakorlatlan* menedzsereknek. Ez ügyben vélhetően épp a verseny hiánya verte ki a biztosítékot a szabaddemokratáknál.

c) A most elfogadott javaslat komoly bizonytalanságot és kockázatot rejt magában, a biztosítók szempontjából is, mivel nem tudják, hogy milyen térség ügyeit kell vállalniuk, amikor piacra lépnek. A jelentkezési időszak alatt begyűjtött ügyfelek térségi eloszlása és a véglegesen rájuk osztott területek közötti eltérés nem segít a bizonytalanság eliminálásában. Elképzelhető, hogy ennek ellensúlyozására a biztosítók piacra lépésük előtt előzetes háttéralkukat kötnek egymással a térségek leosztásában, illetve ha erre nem nyílik mód akkor, várhatóan minden eszközt bevetnek, hogy még a térségi elv életbe lépése előtt minél többen csatlakozzanak hozzájuk.

IV. A kompromisszumos javaslat minősítése a két párt szemszögéből

Az SZDSZ megfontolásai alapján a javaslat

- *Kedvező*, mert van benne verseny a pénztárak között.
- *Kedvező*, mert formálisan kerül magántőke a rendszerbe, s az más kérdés, hogy ez az egészségügyön sokat nem segít.
- *Kedvező*, mert ha a magánbiztosítók átvehetik a pénztárak irányítását, ettől azt remélik, hogy némi lendületet, dinamizmust visznek a rendszerbe.
- *Kedvező*, amennyiben szabad lehet a szolgáltatókkal a szerződéskötés, ez ugyanis versenyt eredményez a szolgáltatók között.
- *Nem kedvező*, mert a szabaddemokrata feltételezéssel szemben az ellátás minősége az (ár)verseny következtében nem javul.
- *Nem kedvező*, mert a területi egyenlőtlenségek nem csökkennek.

Az MSZP megfontolásai alapján a javaslat

- *Nem kedvező*, mert kockázat szerinti szelekcióra ösztönöz, aminek következtében a magas ellátási költséget okozó betegek komoly sérelmeket szenvednek el a rendszer működése során.
- *Nem kedvező*, mert a magánbiztosítók a menedzsment funkciók gyakorlása, a pénztárak irányítása közben olyan költségcsökkentő tevékeny-

séget végeznek, amelyek a lakosság szempontjából kedvezőtlenek, pl. sorbanállás növelése, szolgáltatások hígítása.

- *Nem kedvező*, mert az esetlegesen jelentkező megtakarításokból a bevitt tőke arányában fognak osztozni a tulajdonosok – tehát pl. 60–80 milliárdért cserébe az 1100 milliárdon jelentkező megtakarításon fognak osztozni, ez pedig rendkívül kedvezőtlen az egészségügyi kiadások lakosságra fordított összegeinek nagysága szempontjából.

- *Nem kedvező*, mert a magánbiztosítók a mindenkori kormányokat afelé nyomják, hogy szűkítsék a csomagot, a közvetlenül jelentkező költségcsökkentő hatáson túl ezzel is segítve abbéli erőfeszítéseiket, hogy kiegészítő egészségbiztosítási termékeiknek legyen piaca.

- *Nem kedvező*, mert nem csökkennek a területi egyenlőtlenségek.

- *Nem kedvező*, mert az ellátás nem lesz egységes és kiszámítható.

- Adva egy esélyt annak, hogy a térségben való gondolkodás és cselekvés csírái még ilyen körülmények között is kialakulhatnak a pénztárakban, ez az MSZP megfontolásai alapján *kedvező (lehet)*.

A korábbi szabaddemokrata vegyes modellhez képest:

- *Ez hasonlóképpen rossz modell, hiszen*

- *a pénztárak működési költsége ugyanúgy megnő;*

- *ennek következtében az egészségügy szolgáltatásokra fordítható pénzek látványosan csökkennek;*

- *ellenben az ellátások minősége egyöntetűen nem javul, a beteg ellátása nem lesz kiszámítható;*

- *a területi ellátási egyenlőtlenségek nem korrigálódnak;*

- *a térségi alapok és a hozzájuk kapcsolódó pénztárak túlméretezettek lesznek ahhoz, hogy az ellátásszervezés feladatát hatékonyan ellássák, ráadásul közvetlen érdekeltségük sem efelé mutat, emiatt hatékonyságjavulásra nem számíthatunk az ellátó rendszer szintjén.*

- *Ez a modell rosszabb, hiszen*

- *a magánbiztosítóknak kisebb lesz a felelősségük az ellátások megszervezéséért, mivel kisebbségi tulajdonosként lesznek jelen a pénztárakban. (Ez a megállapítás még akkor is helytálló, ha a pénztárak menedzseléséért elsősorban ők lesznek felelősek, mivel tudnak hivatkozni az állami tulajdon okozta nehézségekre, tudnak mutogatni az államra, mint minden lassúság okozójára.)*

- *Ez a modell jobb, hiszen*

- *az állami többségi tulajdon kiegyensúlyozó szerepet tölthet be a magántőkével szemben. (Az előző megállapítás másik oldala.)*

V. Összegzés helyett

a) Hollandia példája intő lehet minden politikus számára, aki ilyen jellegű és mélységű átalakításba kezd. Az ő, tavaly bevezetett szisztémájuk körül ugyanis *húsz esztendő tervezése* után is hemzsegnek a tisztázatlan kérdések, kezdve attól a közel sem lényegtelennek tűnő kérdéstől, hogy

TANULMÁNYOK

vajon kötelező magán-, vagy inkább kötelező társadalombiztosítási rendszerről van szó esetükben, egészen addig, hogy miként kezeljék a biztosítási rendszerből kimaradottakat, és hogy ez a „kezelés” mennyibe kerül az államkincstárnak.

b) A kompromisszumos javaslat *ismeretlen* az országok egészségügyi rendszereinek palettáján, s ez sok *jogi, szervezési, gazdasági, valamint etikai* problémát vetít előre a megvalósítás során. Ez egyúttal azt is jelenti, hogy nem lesznek kiforrott, ellenőrizhető válaszok a kérdésekre, csupán feltételezések, rögtönzések. Ismeretlen társadalmi hatásokkal, következményekkel kell számolni. *Ki viseli ennek politikai felelősségét?*

c) Ha a javaslat a magántőke beszállását szeretné elérni, úgy a kisebbségi tulajdonosi szerep önmagában nem lesz elég kívánatos. Amennyiben ösztönözni szeretnék a magánbiztosítók belépését, úgy annak ára van. *Ez az ár magas.* A magánbiztosítók a pénztárak menedzselését kérik majd cserébe, emellett a pénztártagok adatait is. Mindez súlyos etikai, méltányossági problémákat vet fel.

d) *A bemutatott modell több ponton találkozik az SZDSZ álláspontjával, mint az MSZP nyilvánosság előtt eddig vallott nézeteivel.* A megismerhető részletek alapján ennek a modellnek az egyértelmű nyertesei – mindenfajta kockázat mérlegelése után – azok a magánbiztosítók illetve magánbefektetők lesznek, amelyek lehetőséget kapnak a kötelező pénztárba való beszállásra és a menedzsmenti funkciók gyakorlására.

e) Mind a méltányosság, mind pedig a hatékonyság szempontjából kedvezőtlen scenáriók fogalmazódhatnak meg a jövőre nézve, e modell alapján *a beteg nem lesz nyertese ennek az átalakulásnak.*

f) A javaslat alapján *nem szól meggyőző érv a mellett, hogy miért fontos a magántőke bármilyen szintű bevonása az országos ill. a térségi pénztárakba, mivel bevonásukkal még plusz tőke sem érkezik a rendszerbe, illetve ami érkezik, az elsősorban a marketing-költségeket, a biztosítói informatikát és az apparátusok kezdeti finanszírozását szolgálja.*

g) A megvalósíthatóság szempontjából sem áll jól a modell, hiszen túl sok a tisztázásra váró kérdés. Kodifikálni pedig csak azt lehet, ami „vegyszta”. Ez nem az. *Magas politikai kockázatot vállalnak* mindazok a szereplők, akik támogatják e modell megvalósítását.

NÉMETH GYÖRGY

Egészségbiztosítási alapmodellek

Bismarck és Beveridge

A tanulmány a két egészségbiztosítási alapmodellt tárgyalja, melyeket a szakirodalom Bismarck és Beveridge nevével jelöl. Ezek kialakulását megelőzte az a kormányzati törekvés, hogy a szegények és a közvetlenül felettük lévő társadalmi rétegek egészségügyi ellátáshoz való hozzáférését javítsa, de ez az út egy idő után járhatatlannak bizonyult, és helyükre vagy melléjük kötelező tagságon alapuló egészségbiztosítási rendszerek léptek. (E folyamat a fejlett világban – az Egyesült Államok kivételével – csak a 20. század legvégén fejeződött be.) A szerző mellett érvel, hogy a két alapmodell sajátos történelmi körülményeknek köszönheti létrejöttét; az 1880-as évek elején a német szociáldemokrácia pacifikálása volt a (társadalom)politikai cél, az 1940-es évek Angliájában pedig a megosztott társadalom egységének létrehozása, a munkásosztály középosztályi szintre emelése. A beveridge-i alapmodell nem a bismarcki ellenében, hanem annak alternatívájaként született. Beveridge úgy gondolta, hogy a bismarcki modell fejlődése idővel teljes körű működéshez vezet és csupán egyetlen egészségbiztosító marad. Modelljének lényege, hogy az odavezető utat egyetlen nagy ugrással tegye meg.

A tanulmány itt nem közölt, első felében a szerző a biztosítás és a társadalombiztosítás közötti különbségét tárgyalja, s azt a jövedelem-újraelosztás hiányában vagy meglétében találja meg. Ideáltipikus esetben a biztosítás (melyet gyakran, de tévesen „üzleti” jelzővel illetnek) nem hajt végre jövedelem-újraelosztást, vagyis a biztosításban nincs szolidaritás: a biztosítási díj szoros kapcsolatot teremt a biztosított által megtestesített kockázat és a biztosító által vállalt biztosítási szolgáltatás között, vagyis érvényesíti az egyéni egyenértékűség (individuális ekvivalencia) elvét. Társadalombiztosítás esetén viszont a biztosító nem tesz kísérletet ezen elv alkalmazására, ezért nem is biztosítási díjról, hanem járulékról beszélünk, mely rendszerint jövedeleमारányos. Egy biztosító és egy társadalombiztosító működése modellszinten csak abban különbözik, hogy előbbi a biztosítottakra lebontva határozza meg a biztosítási díjat, utóbbi pe-

dig az összes biztosítottra együttesen veti ki a járulékot. A társadalombiztosítás közgazdasági értelemben egyidejűleg biztosítás és jövedelem-újraelosztó (szolidaritási) rendszer: minden biztosított járulék formájában többet vagy kevesebbet fizet annál, mint amennyi a biztosítási díja lenne. Ha többet, a többlet azokhoz kerül, akik kevesebb járulékot fizetnek, mint amennyibe biztosítási díjuk kerülne. Ezek kumulált összege adja a konkrét társadalombiztosítási rendszer szolidaritás-tartalmát, ami – legalábbis elvileg – százalékos formában megadható. Tehát elmondható, hogy egy konkrét rendszer 60 százalékban biztosításon és 40 százalékban szolidaritáson alapul – vagy éppen fordítva.

A lehetséges megoldások – az elméleti modellek: Bismarck és Beveridge

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés lehetőségeinek szélesítése a 19. század utolsó harmadában lett az ez iránt elkötelezettek (elsősorban az egyházak) karitatív magántevékenységéből közügyvé. Ennek három fő oka volt. Az egyik a társadalom felső rétegeinek önérdeke: bár a járványos fertőző betegségek elsősorban az alsó rétegekben terjedtek és onnan került ki áldozataik zöme, olykor elérték a felső rétegeket is, hiszen képtelenség hermetikusan elzárkózni. Mivel a védekezés nem lehetett hatékony, csupán közegészségügyi rendszabályokra hagyatkozva, a gyógyítás ügyének felkarolása is elengedhetetlenné vált.¹ A másik a nyers nemzeti érdek. E korszakban születnek a nemzetek, alakulnak ki a nemzetállamok, melyek a kor szociáldarwinista ihletésű politikai közgondolkodása alapján harcban állnak egymással a túlélésért („struggle for life”), és ez a nemzethez tartozók egészségének helyzetét az államra tartozó problémává tette. Ennek legfontosabb vonatkozása a katonai erő, mely döntően az általánossá tett hadkötelezettség alapján fegyverbe hívható férfiak számának függvénye. Az egészségügyi viszonyok elmaradottsága a hadrafogható férfiak számát apasztja, a magas anyai halálozástól kezdve a magas gyermekhalandóságon át, a fiatal férfiakat előszeretettel megtámadó, vakságot okozó szembetegségig (trachoma). Lehangelő tapasztalataik birtokában a hadseregek és flották sorozásért felelős tisztjei közül számosan emelték fel hangjukat a közegészségügy és az egészségügyi rendszer fejlesztéséért, sőt szociálpolitikai, de még társadalompolitikai intézkedések meghozatala érdekében is. Végül a harmadik ok az előbb érdekvédelmét, később politikai képviselőt is megteremtő munkásosztály fellépése volt, amely éppen ezt tette társadalomkritikájának egyik központi elemévé. S csak részben gondolt önmagára. A döntően munkásmozgalmi ihletettségű, önszerveződő, változatos formájú betegsegélyező egyletek száma és taglétszáma gyorsan gyarapodott, és szinte a szervezett munkásság egészét bevonta. Az előrelépéshez azonban professzionálisra és a féllegitim körülmények meghaladására volt szükség,

¹ A korai kapitalizmusban a városi nyomortelepek példátlan növekedése, a felerősödő migráció, a nemzetközi kereskedelem fellendülése a helyzet romlását okozta a megelőző évtizedekhez, évszázadokhoz képest.

ami minimálisan adekvát jogi szabályozást és hatékony, a jogszerűség mellett a szakszerűséget is ellenőrző állami felügyeletet jelent, továbbá a munkaadók támogatását, illetve rákényszerítésüket a támogatásra.

Az országok három megoldás közül választhattak. Az első a másik kettő előzménye volt, de egyidejűleg is létezhet. Az első megoldás, hogy a társadalom alsó rétegei számára megkönnyítik – ingyenessé vagy olcsóbbá teszik – az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást. Ezt idővel kiegészítette az a törekvés, hogy minél szélesebb körűvé tegyék az önkéntes egészségbiztosítást. Sem a bismarcki, sem a beveridge-i modell bevezetése nem volt előzmények nélküli, zöldmezős beruházás; az előzmények nagy részét a bismarcki modellbe – némi felújítás után – beépítették, míg a beveridge-i modellhez szinte az egészet le kellett rombolni.

Példámat Magyarországról veszem. Az 1870-es évtized utolsó éveiben és a következő évtizedben – nem előzmények nélkül – épült ki a *községi- és körorvosi* (több községből álló egészségügyi kört ellátó), a *kerületi orvosi* (Budapest) és a *városi orvosi* intézmény. Ezen orvosok feladata a hozzájuk forduló nincstelenek ingyenes gyógyítása volt. A szegényeknek a törvényhatóság közgyűlése által elfogadott díjtáblázatban meghatározott, alacsony díjazást kellett fizetniük az orvosnak (többet természetesen fizethettek). Az orvosok emellett éves fizetést kaptak, annak ellenértékéért, hogy a nincstelenek és a szegények számára *is* rendelkezésére álltak. Ezek az orvosok általános orvosi tevékenységet folytattak (ma magángyakorlatot mondanánk, de akkoriban, a katoniorvosokon kívül csak elenyésző számú orvosnál volt értelmes a kétfajta gyakorlat megkülönböztetése, például a főállású uradalmi, vasúti, gyári, bányorvosoknál stb.). Munkájuk során betegekkel szabadon állapotok meg a díjazásukról, és csupán a községi- és körorvosokra vonatkozott annyi megkötés, hogy körükben, ha más orvos nincs, páciens el nem utasíthatnak.² A városokban (fővárosban) ez jól működött: városi-kerületi orvosnak lenni nem csupán fix keresetet jelentett, hanem magas, a praxisukban jól jövedelmező társadalmi és szakmai presztízst. A szegény vidékek községi- és körorvosai azonban a fix fizetésük mellé keveset kereshettek. Idővel előállt az a helyzet, hogy az orvosok fizetése a szegény vidékeken volt a legmagasabb, mégis évekig betöltetlenek maradtak az állások, miközben a gazdag vidékek képletesen fizetett állásaira tömegesen pályáztak.

A kórházak esetében ugyanez volt a helyzet. A szegényeket ingyen ápolták, míg a nem szegényeknek napi ápolási díjat kellett fizetniük. A szegények ápolási díját 1876 előtt a községük fizette. Ez a kötelezettség 1876-tól azon törvényhatóság *betegápolási alapjára* hárult, melynek területén a beteg *illetőségi községe* fekszik (vármegye), illetve azon törvényhatósági jogú város *betegápolási alapjára*, mely az *illetőségi községük*. A törvényhatóság a betegápolási alap feltöltésére megyei illetve városi betegápolási pótadót vetett ki. A rendszer fő problémája az illetőség megállapításának nehézsége volt, amit 1898-ban az *Országos Betegápolási Alap* létrehozásával küszöböltek ki; a betegápolási pótadó kivetése a törvényhozás feladata lett. Az egyes kórházak ápolási díjait a kormányzat hagyta jóvá, s ezeket úgy számolták ki, hogy tételről tételre végigmentek a kór-

² Lásd a közegészségügy rendezéséről szóló 1876. évi XIV. törvény

ház fenntartásának költségein, az élelmezéstől az orvosok számáig és fizetéséig, s a végösszeget elosztották az ápolási napok (várható) számával.³ Az eljárás során a kormányzat igencsak rigorózus volt, két okból is: egyrészt mert minél kisebb összeggel akarta terhelni a költségvetést, másrészt mert korlátozni akarta a fizetőképes betegek terheit is. A fizetőképes betegek ugyanis ugyanakkora napi ápolási díjat fizettek, mint az állam a szegények után.⁴

Az állam sem ekkor, sem később nem gondoskodott a szegények – mai fogalmat használva – járóbeteg-szakellátásáról. Budapesten az 1920-as évek közepén már kétszáznál több úgynevezett *ingyenrendelő* működött (vidéken ilyesmire még nagyvárosban is csak elvétve akadt példa). Ezeket adományokból tartottak fenn (az egyik legnagyobb adományozó a főváros volt), a betegektől pénzt, illetve adományt kérni és elfogadni tilos volt, maguk az orvosok ingyen, legfeljebb „kocsipénz” ellenében rendelték heti néhány órát (csekély tiszteletdíjukat, a látszat megőrzéséért, közlekedési költségként számolták el). Az ingyenrendelő az orvosok számára afféle trambulín volt: itt tapasztalatot, gyakorlatot szerezhetett és ismertté tehetette a nevét, annak reményében, hogy néhány, mégiscsak fizetőképes vagy később azzá váló betege az ingyenrendelők kényelmetlensége helyett majd szívesebben választja a magánrendelőjét, még ha ott fizetnie kell is.

Magyarországhoz hasonlóan minden fejlett országban kialakultak azok a hivatalos és nem hivatalos formák, melyek – ha sok kényelmetlenség árán is – a szegényeknek ingyen vagy minimális térítés ellenében elérhetővé tette az alapszintet általában meghaladó orvosi ellátást. A kormány szándékai arra irányultak, hogy javítsák a szegények, illetve a közvetlenül felettük álló rétegek hozzáférését. Ez az út azonban idővel, elsősorban társadalompolitikai okokból tovább már nem volt járható, s időszzerűvé vált az egészségbiztosítási rendszerek kialakítása.⁵ Ekkor azonban már a szakmai okok domináltak. Az önkéntes egészségbiztosításban olyan feszültségek keletkeztek, melyek orvoslásához elkerülhetetlen volt a tagságra kötelezés bevezetése. Talán meglepő, de erre alig több mint egy évtizede került csak sor, például Svájcban (1995) és Izraelben (1996).

3 Lásd 1902. évi 135.000. B. M. sz. szabályrendelet

4 Lásd a nyilvános betegápolás költségei fedezéséről szóló 1875. évi III. tv. és a címében egy szótagnyival hosszabb nyilvános betegápolás költségeinek fedezéséről szóló 1898. évi CXXI. tv. Az 1875. évi törvény nem szegényekről, hanem vagyontalanokról beszélt, az 1898. évi már szegényekről. Az illetőség korabeli, középkori eredetű jogi fogalom, s nagyjából a születési hellyel azonos, ha szülők a születésekor ott éltek. Elkerülhetett valaki falujából csecsemőkorában, s ha évtizedekig nem is járt arra, illetősége megmaradt. A felvidéki megyék az 1880–1890-es években irdatlan összegekkel tartoztak a budapesti kórházaknak évek, évtizedek óta ott élők kórházi ápolásáért.

5 Egészségbiztosítási rendszer tagjának az egészségügyi ellátás jog, ami egészen más társadalmi közérzetet jelent, mint ugyanazt kegyként kapni, még ha e kegyet egyébként bőven osztogatják is.

A szakirodalom két egészségbiztosítási modellt különböztet meg.⁶ Az egyik Bismarck kancellárról kapta nevét, aki 1883-ban a német törvényhozáson keresztülvitte az egészségbiztosítás kötelezővé tételét, és ezzel lerakta a világ első egészségbiztosítási rendszerének alapjait. A másik modell névadója Beveridge brit szociálpolitikus, aki az 1940-es évek elején a kormány felkérésére, a bismarcki modellből kiindulva új típust dolgozott ki, melyet közvetlenül a második világháború után, 1946-ban a brit törvényhozás elfogadott. Mindkettő óriási hatást gyakorolt és számos követőre tett szert. A szakirodalomban e két modellt mint „társadalombiztosítási” és mint „állami” rendszert szokás megkülönböztetni, az utóbbihoz még azt is hozzá szokták tenni, hogy az előbbivel szemben az „nem biztosítás”. Közgazdasági értelemben mindkettő társadalombiztosítás,⁷ s bár a beveridge-i modellben az állam szerepe kétségtelenül nagyobb, ez nem elegendő ok arra, hogy ezt fő megkülönböztető jegyeként tekintsük. Az alábbiakban előbb modellszinten, meglehetősen absztrakt formában, majd történetiségében mutatom be a két modellt.

Az elméleti bismarcki modell

A bismarcki modellben az aktív népesség számottevő hányadát kötelezik arra, hogy lépjen be a társadalombiztosítóba, s ezzel nemcsak a belépő, hanem a hozzátartozói – gyermekei, sok esetben házastársai stb. – szintén biztosítottá válnak. A társadalompolitikai cél a megbetegedés kockázata miatt sérülékeny, viszont politikailag-gazdaságilag fontos társadalmi rétegek, illetve foglalkozási csoportok tagjainak, szakmák művelőinek egzisztenciális stabilizálása. Akiket köteleznek, azok elsősorban a munkaviszonyban álló, de meghatározott keresetet (cenzust) el nem érő alkalmazottak, de több évtizedes fejlődés eredményeként a kötelezést a nem munkaviszonyban állókra (például az önfoglalkoztatók: birtokos parasztok, mezőgazdasági idénymunkások, kisiparosok, kiskereskedők, kisvállalkozók stb.) többségére is kiterjesztették, illetve a tagságot választhatóvá tették (ez a munkaviszonyban álló, de a cenzus felett keresőkre is vonatkozik). A bismarcki modellben az egészségbiztosítási rendszerből ki lehet maradni, kétféle esetben is. Kimaradnak a legszegényebbek, a

6 Az 1990-es évek elejétől meghonosodott a Szovjetunió, illetve az általa vezetett „Keleti Blokk” országainak egészségügyi rendszerét a Szemasko-modell alapján megszervezettnek tekinteni, elsősorban azért, hogy a szocialista rendszer bukása utáni átalakulás kiindulópontját értelmezni lehessen. (Alexander Szemasko [1874–1949] bolsevik orvos, Szovjet-Oroszország [1922-től Szovjetunió] első egészségügyi minisztere [népbiztos], aki nem hagyott rossz emléket maga után, máig kutatóintézet viseli nevét Oroszországban). Fontos hangsúlyozni, hogy a maga korában e kifejezés nem volt használatban, s bár a Szovjetunió példája e területen is hatást gyakorolt a rajta kívüli világra, ezt nem az alkalmazott megoldásoknak (melyek nemigen voltak tanulmányozhatóak), hanem a jelszavaknak köszönhetette: a Szovjetunió minden polgárának ingyenesen joga van a legmagasabb szintű egészségügyi ellátásra – ezt mondta magáról a rendszer. Ebben azonban csupán a legszűkebb szovjet elit részesült a számára létrehozott Kreml-kórházban. E sorok írója szerint nincs létjogosultsága a „Szemasko-modell” elnevezésnek, de ha lenne is, az már menthetetlenül a múlté.

7 A régi magyar szakirodalomban és a közbeszédben a beveridge-i modellnek megfelelő, teljes lefedettséget elérő társadalombiztosítást *népbiztosítás*nak nevezték.

társadalom perifériáján élők, akiknek a munkapiaccal nincs, vagy csak instabil a kapcsolatuk, illetve azok, akik olyan, sajátos vagy köztes, nem tipikus keresőtevékenységet folytatnak, mely nem beszorítható semmilyen jól körülírható kategóriába. És kimaradnak a jómódúak, a census felett kereső alkalmazottak, illetve a nagy vagyonnal és jövedelemmel rendelkezők, akiknek anyagi helyzete nem igényli, hogy egzisztenciájukat az egészségbiztosítási rendszer-tagsággal stabilizálják. (Ez azonban nem feltétlenül azt jelenti, hogy kimaradhatnak a biztosításból. Sok országban a jómódúak a saját döntésük alapján vagy belépnek egy társadalombiztosítóba, vagy valamely *biztosítóval* meghatározott tartalmú, legalább a nagy kockázatokra kiterjedő egészségbiztosítási szerződést kell kötniük.)

A társadalombiztosítás esetében létezik nevesített, a biztosítottság áraként értelmezhető járulék, mely főszabályként munkabér-arányos (tehát lineáris, nem pedig progresszív, mint a legtöbb országban a személyi jövedelemadózás), és a járulékfizetésnek van felső határa (ez nem okvetlenül azonos a kötelező tagság határát jelentő cenzussal). Ez azt fejezi ki, hogy bár a társadalombiztosítás jövedelem-újraelosztó rendszer *is*, de az újraelosztást a legmagasabb jövedelműek csak korlátozott mértékben táplálják. (A személyi jövedelemadózásban a helyzet fordított: az adófizetésnek nincs felső határa, ellenben az alacsony jövedelműek helyzetét alacsonyabb kulcsokkal és adóleírési lehetőségekkel könnyíthetik.) Több országban a lineáris járulék mellett van fix rész is (például Magyarországon a tételes egészségügyi hozzájárulás), de (ahol létezik) maga a minimálbér is meghatároz egy minimumjárulékot. E két dolog miatt – minimum és felső korlát – a járulékoltatás degresszív: az alacsonyabb jövedelmű személyi arányaiban többet fizet. Ezt a személyi jövedelemadózás esetében joggal lehetne igazságtalannak nevezni, mivel azonban a járulékoltatás indokai eltérőek, a szisztéma eltérő logikát követ.

A járulékot általában munkavállaló és munkáltató is fizeti, s a leggyakoribb, hogy (közel) fele-fele arányban. Ez azonban történelmi termék, mely a konkrét egészségbiztosítási rendszerek kialakulásához, illetve ezek jelentősebb változásaihoz kapcsolódik, ugyanakkor ennek közgazdasági tartalma nincs:⁸ amit *jogi értelemben* a munkáltató fizet, az *közgazdasági értelemben* a munkavállaló munkajövedelmének része, s ő a járulékfizető. A fele-fele aránytól Izrael (munkaadó nem fizet járulékot) és Franciaország (a járulék kb. 96 százalékát a munkaadó fizeti) tér el leginkább. Franciaországban 1996 óta – amikor a munkavállalói járulékot adóvá alakították át, s ezzel kiterjesztették a nem munkából származó jövedelmekre is – a munkavállalói járulék sajátos szimbólumként maradt meg. A járulékoltatás célja sehol sem az, hogy azzal biztosítsák az egészségbiztosítási rendszer összes költségét, sőt, vannak országok, ahol a kiadások alig fele származik járulékbéveletből. Ezért nincs különösebb értelme az egyes országokban alkalmazott járulékok mértékét összehason-

⁸ Magyarországon a rendszerváltást megelőző adóreform során úgy konstruálták a járulékszisztémát, hogy a munkaadók négyszer annyi járulékot fizettek, mint a munkavállalók. Ennek azonban tisztán politikai oka volt, mely a szocialista rendszer logikájából következett. Egyértelműen az lenne a legcélszerűbb, ha a jogi és a közgazdasági valóság egybeesne, s a kizárólagos járulékfizető – megfelelő bruttószítás után – a munkavállaló lenne.

lítani, annak meg végképp nincs, hogy összevessük: az miképp oszlik meg a munkáltatók és munkavállalók között.⁹ Ami igazán fontos, az az, hogy az egyes országokban a GDP arányában mennyit költenek az egészségügyre.

Az elméleti Beveridge-i modell

Míg a bismarcki modellben a népesség számottevő hányadát kötelezik, a Beveridge-i modellben az egész népességet biztosítottá nyilvánítják. A társadalompolitikai cél az, hogy a társadalom minden tagja számára azonos hozzáférést biztosítsanak az egészségügyi ellátáshoz. A Beveridge-i modellben nincs nevesített járulék, a költségeket az állam adóbevételeiből (általános adó) fedezik. Ezt úgy is értelmezhetjük, hogy nem maguk az állampolgárok kötelesek önmagukat biztosítani, hanem a kormány, illetve a törvényhozás köteles helyettük ezt megtenni, de természetesen az ő adójuk egy részéből, úgy, hogy az állam a költségvetésben meghatározott mértékben egészségbiztosítást vásárol.¹⁰ Nevesített járulék hiányában vizsgálhatatlan az egészségbiztosítási rendszer szolidaritás-tartalma.¹¹

A Beveridge-i modellben önrész sincsen – ezt, szakmailag tévesen, „ ingyenesség ”-ként szokás emlegetni a közbeszédben –, mert annak még csekély mértéke is veszélyeztethetné a társadalompolitikai célt. (A bismarcki modellben ez nem kizárt, ugyanakkor például a német, de a magyar rendszer is önrész-mentesként indult.) Továbbá ugyanezen okból nincs mód kívül maradni a rendszeren (opting out)¹²; ezt még a legmódosabbak sem tehetik meg: koldus és királyfi ugyanannak az egészségbiztosítási rendszernek a tagja. A modellnek nem követelménye az egyetlen, állami tulajdonban lévő társadalombiztosító (bár gyakran ezt fő jellemzőjének tekintik), sőt a társadalombiztosító sem okvetlenül elkülönült szervezet: sok országban a közigazgatásba beépült, annak szerves, alig elkülönített része.

Fontos megjegyeznünk, hogy a Beveridge-i modellt a bismarcki modell pozitívan értelmezett, szélsőséges változataként is szemlélhetjük. A bismarcki modellt kezdeteitől a taglétszám gyors növekedése, kissé későbbi időponttól pedig a (méret)gazdaságosságra törekvés jegyében a társadalombiztosítók számának csökkenése jellemezte. Ha ez a folyamat végül eljut odáig, ahová mutat: a lakosság 100 százaléka biztosított és a

⁹ A munkaadói járulékfizetés létének fontos gazdaságideológiai következménye, hogy lehetővé teszi a „foglalkoztatás terhe”, „munkáltató járulékos bérterhe” kifejezések használatát, melyek azt sugallják, hogy e terheket a munka „jogos” ellenértékén felül a munkaadóknak kell viselniük, akik ezt a kiélezett nemzetközi verseny miatt erre egyre nehezebben képesek, ezért követelik a csökkentését. Valójában azonban a munka és a tőke közötti jövedelemelosztási harcról van szó, melyben ez az utóbbiak fegyvere.

¹⁰ A csoportos kötés ismert a biztosítói gyakorlatból, sőt a biztosítók jó okkal kedvelik. Ennek fő oka, hogy a több személyből álló csoport jelentette kockázat kevésbé volatilis, így pontosabban becsülhető, mint egyetlen emberé. S minél nagyobb a csoport, annál közelebb van az átlaghoz.

¹¹ Legalábbis azon a módon, ahogy a bismarcki rendszer esetén vizsgálható.

¹² A kimaradás természetesen úgy értelmezendő, mint kisebb adófizetésért cserébe lemondás a biztosítottságról. Annak nincs akadálya, hogy bárki magánkórházba, -klinikára menjen és ott teljes árat fizessen.

TANULMÁNYOK

koncentráció eredményeként egyetlen társadalombiztosító marad, akkor gyakorlatilag a Beveridge-i modellnél vagyunk. Az alábbi táblázat összefoglalja a két elméleti modell különbségeit.

	bismarcki modell	beveridge-i modell
Lefedettség	A lakosság döntő hányada biztosított, de lehetséges kívül maradni	A lakosság állampolgári joron biztosított, nincs lehetőség kívül maradni
Költségek fedezete	Nevesített járulék. Az ebből befolyó összeget állami támogatás és/vagy az állam által átvállalt járulékfizetés egészíti ki	Nincs nevesített járulék. A kiadások fedezetét a központi költségvetés adóbevételeiből különítik el
Önrész	Lehetséges	Nincs

A történeti modellek

Németország – a történelmi bismarcki modell

1883. június 15-én a 397 tagú Reichstag, a német parlament – 216 szavazattal 99 ellenében, az utóbbiak között mind a 12 szociáldemokrata képviselővel – elfogadta a munkások kötelező egészségbiztosításáról szóló törvényt. Ezzel a kor liberalizmusának egyik tabuja – miszerint az állam hatalma nem terjedhet odáig, hogy polgárait, illetve a munkaadókat egészségbiztosítási rendszerben való részvételre kötelezhesse – megszűnt tabunak lenni. A nemzetközi hatás szinte azonnali és rendkívüli erejű volt. A nemzeti munkásmozgalmak ettől kezdve a kontinens legerősebb ipari és kereskedelmi hatalmává váló Németországra hivatkoztak, miközben sűrűn utaltak arra, hogy ennek egy generáció alatti lezajlása és a társadalombiztosítási rendszerek létrehozása között szoros a kapcsolat. Ezt országaik gazdasági és politikai elitje egyre kevésbé söpörhette le, ehelyett az adaptálás gondolatával kellett megbarátkozniuk. Ehhez hasonlóan gyors és erős nemzetközi hatása lesz majd bő félévszázad múlva a Beveridge-jelentésnek, illetve a brit Nemzeti Egészségügyi Szolgálat létrehozásának.

Az 1883-as törvényhozási döntésig meglehetősen rögzös út vezetett. A 18–19. század fordulójának politikailag meglehetősen széttagolt, gyakorlatilag földrajzi fogalomként létező Németországában megszülettek a betegpénztárakat szabályzó első törvények, illetve ezek váltották fel a középkorba viszonyuló joghagyományt. 1843-ban, már a Német Szövetség időszakában törvény mondta ki a helyi önkormányzatok azon jogát, hogy lakosaik számára a betegpénztári tagságot kötelezővé tegyék. 1849-ben a tagállamok kormányai arra kaptak felhatalmazást, hogy ugyanezt szakmai-foglalkozási csoportoknak is előírhassák. Ehhez persze a Német Szövetség két vezető hatalma, Poroszország és Ausztria együttes akarata kellett, s ez valójában utasítás volt. Ennek alapján 1854-ben e két országban, majd őket követve a többi német államban is kötelezővé tették a bányá-

szok betegpénztári (középkori eredetű, de az 1920-as évek végéig nálunk is használt kifejezéssel: bányatársláda) tagságát. Valójában ekkor született meg az első egészségbiztosítási rendszer. De ennek akkor még nem volt nemzetközi hatása, az úgynevezett munkáskérdés csak néhány évtized múlva válik feszítő társadalmi problémává, a nemzetközi munkásmozgalom születéséig, a szociáldemokrata pártok megalakulásáig pedig még sok év telik el.

1862-ben a frissen hivatalba lépett Otto von Bismarck porosz miniszterelnök ígéretet tett a német munkásmozgalom legtekintélyesebb vezetőjének, Ferdinand Lassalle-nak (aki akkor a porosz törvényhozás tagja volt), hogy a munkásság helyzetét javító szociális intézkedéseket fog hozni. Ezzel a német egység ügyének, illetve az ennek érdekében folytatott fegyverkezés és diplomáciai erőfeszítések támogatásának kívánta megnyerni Lassalle-t. 1872-ben a munkáskérdésről rendezett berlini nemzetközi kongresszuson a német (és az osztrák) kormány küldöttei arról számoltak be, hogy hazájuk kormánya számára az egészségbiztosítás kötelezővé tétele eldöntött kérdés, már csupán a terhek nagyságát, és a munkaadók és munkavállalók közötti megosztását vizsgálják. Bismarck, már mint az egyesített Németország kancellárja, 1876-ban kísérletet tett az elfogadtatásra, de csupán a betegpénztárak intézményi újraszabályozásáig jutott, a kötelező jelleg kimondása a liberálisok ellenállásán megbukott.

Bismarck azonban nem hagyta annyiban. Az I. Vilmos császár ellen 1878-ban és 1879-ben elkövetett, sikertelen merényletek ürügyén fellépett a szociáldemokraták ellen, de valódi célja az új típusú kormánytöbbség létrehozása volt. Mivel a liberálisok nem voltak hajlandók támogatni a szociáldemokraták politikai jogainak korlátozásáról szóló törvényt, az uralkodóval felosztaltta a Reichstagot, az új választások eredményeként pedig, a merénylet okozta felháborodásnak köszönhetően, meggyengültek az egyébként is fokozatosan csökkenő befolyású liberálisok.¹³ Bismarck azonban még így sem lehetett biztos a dolgában, ezért a 84 éves Vilmostal üzenetet intéztetett a törvényhozáshoz (1881. november 17.), melyben az uralkodó császári kötelességeként fontosnak tartotta a „Birodalmi Gyűlésnek szívügyeként ajánlani a munkásság jólétének előmozdítását”, továbbá a „belső békesség fenntartásához új és tartós biztosítékokat, a rászorulóknak pedig – akik ezt joggal elvárhatják – a gyámolítás nagyobb biztonságát és bőségét”¹⁴. Ezt követően Bismarck már nem saját

13 A régebbi, főleg marxista ihletésű történetírás a szociáldemokrata párt betiltásáról és üldözéséről beszélt, holott csupán a nyilvános agitációtól lettek eltiltva, ami a szociáldemokratáknak komoly kárt nem okozott (ez az időszak 1890-ig tartott). A merényletek kapcsán a szociáldemokraták egyértelműen elhatárolódtak az anarchizmustól és a forradalmiságtól, s kifejtették, hogy céljaikat evolúciós úton kívánják elérni. Ez megfelelt Bismarcknak, s ezt a célt szolgálta az 1880-as évek társadalombiztosítási törvényhozása. Ennek alapfeltétele a liberálisok meggyengítése volt.

14 Balázs Péter: Orvoslás ... 211. o. A szociáldemokráciával való kapcsolatra is utal az üzenet: „az elszenvedett szociális károk gyógyítása ne kizárólag a szociáldemokrata kihágások megtorlásának útján történjék, hanem azzal azonos mértékben arra is kell törekedni, hogy a munkásság jóléte előmozdíttassék”, uo. Alkotmányos monarchiákban az uralkodó hasonló megnyilvánulásait a kormány (fő) írja, természetesen ez esetben sem az agg Vilmos politikai kezdeményezéséről volt szó.

elgondolásai alapján cselekvő kormányfő, hanem az uralkodó akaratának végrehajtója, melynek részleteiről van helye a vitának, de az egészről már nincs. A törvényjavaslat támogatottsága így is alig haladta meg az egyszerű többséget. A szociáldemokrata képviselők pedig, miután megbizonyosodtak, hogy a többség azért biztos, az abban foglaltakat kevesellve nemmel szavaztak.

A német egészségbiztosítási rendszer társadalombiztosítói a betegpénztárak (Krankenkasse), melyek területi, vállalati és szakmai alapon szerveződtek. A betegpénztárak maguk határozzák meg, hogy a jogszabályban foglalt alapsomagnál mennyivel nyújtanak többet, és ezért mekkora járulékot kérnek (a törvénybe foglalt korlátokkal). A járulék munkaadók és munkavállalók közötti megoszlását törvény határozta meg. Az 1950-es évek első feléig 2:1 arányban a munkavállalók fizették a nagyobb részt, azt követően 1:1 lett arány.¹⁵ A járulékfizetés arányai egyúttal a nonprofit, önkormányzó betegpénztárak igazgatóságában elfoglalt helyek arányát is jelentette, melyeket választással, illetve delegálással töltötték be. (A hitleri idők kivételt jelentettek, akkor a betegpénztárakat a kormányzat központilag irányította.)

A betegpénztárak száma 1885-ben, lényegében az induláskor 18 776, ami 1913-ig – ez az 1911-ben elfogadott új szabályozás életbe lépésének éve – 21 342-re nőtt. Ám ez volt a maximum. Ekkor a politika deklarálja e helyzet egészségtelen voltát, és összeolvadásokra ösztönöz, miközben a gazdaság koncentrációja is efelé mutat: 1925-ben már csak 7777, 1938-ban pedig 4625 betegpénztár működik. 1950-ben, a második világháborús vereség után, a kettéosztott ország nyugati felén, a Német Szövetségi Köztársaságban számuk 1992-re csökken, ami 1960-ig szerény mértékben, 2028-ra emelkedik. Ezután lassú csökkenés következik: szűk három évtized múlva, 1987-ben 1182 betegpénztár működik.¹⁶ Németország újraegyesítését követően számuk szerény mértékben emelkedik, 1993. január 1-jén 1221. A rendszer szegmentáltsága és a méretgazdaságossági problémák egyre feszítőbbek, ezért a kormány összeolvadásra ösztönzi-kényszeríti a betegpénztárakat, aminek eredményeként 2004. január 1-jén már csupán 292 betegpénztár volt,¹⁷ 2005. január 1-jén pedig 267.

Érdeemes egy pillantást vetni az utolsó évtized koncentrációs folyamataira. Az általános regionális betegpénztárak száma az 1993-ban még 269 volt, két év múlva 92, újabb két év elteltével, 1997-ben 18, 1999-ben már csak 17. Ez csak eggyel nagyobb a Német Szövetségi Köztársaság tarto-

15 2005. július 1-től a paritás szerény mértékben módosult. Ettől kezdve a munkavállalók 0,9 százalékos pluszjárulékot fizetnek (0,4 százalék fogpótlás, 0,5 százalék táppénz), míg a munkaadók 0,45 százalékkal kevesebbet. Így az arány 7,5:6,6 százalék lett a munkavállalók „javára”.

16 HIT, Németország, 2004. 15. o. 4. táblázat. A fenti adatok éves átlagok.

17 I.m. 36. o. 6. táblázat. Fel kell hívjam a figyelmet az adatok közötti inkonzisztenciára. A 4. táblázat szerint a betegpénztárak átlagos száma 1997-ben 476. A 6. táblázat szerint viszont számuk 1997. január 1-jén 457, 1998. január 1-jén pedig 386 volt. Valószínű számszaki hiba történt. Ellenben a 4. táblázat 2003-ban 319 betegpénztárról tud, a 6. táblázat pedig 2003. január 1-jén 325-ről. Ez lehetséges.

mányainak számánál.¹⁸ A betegpénztárak zömét kitevő vállalati betegpénztárak száma az 1993–2004 közti időszakban szűk harmadára, 744-ről 229-re esett. A szakmai alapon szervezett betegpénztárak ennél is nagyobb arányaiban ritkultak meg, számuk 169-ről 20-ra csökkent, míg a szintén szakmainak tekinthető, a birtokos parasztságot tömörítő mezőgazdasági betegpénztárak száma csupán harmadával, 22-ről 14-re nőtt. A tengerészeknek és bányászoknak továbbra is egy-egy országos betegpénztáruk van. Az úgynevezett helyettesítő betegpénztárak száma 15-ről 10-re fogyatkozott. E típusról külön is kell szólni.

A helyettesítő betegpénztár a német betegpénztári rendszer sajátos eleme. Kezdetből ezek a betegpénztárak alternatívái voltak, szintén önkormányzók, de teljesen a tagok vezetése alatt álló rendszerben, ezért a tagok lemondtak arról, hogy munkaadóik járulékot fizessenek utánuk.¹⁹ E betegpénztár-típus nagy népszerűsége tett szert, ami ellentmondott Bismarck szándékainak. Ő ugyanis a betegpénztárak igazgatóságát a munkások vezetői és a munkaadók képviselői közötti konstruktív párbeszéd és együttműködés színterévé kívánta tenni, hogy ezzel tompítsa az előbbieket forradalmiságát, s növelje az utóbbiak szociális érzékenységét. (A szociáldemokraták viszont a helyettesítő-típust favorizálták, és többek között azért nem szavazták meg az 1883-as törvényt, mert kifogásolták a munkaadók jelenlétét az igazgatóságokban.) Ezért az 1890-es években a kormány szűkítette a helyettesítő betegpénztárak létrehozásának lehetőségét és korlátozta a belépésre jogosultak körét, aminek nem várt következményeként viszont ezek az intézmények a szociáldemokrata párt erősítőivé váltak.²⁰ Erre válaszként a kormány 1901-ben új szabályozást dolgozott ki. Ennek célja most már az volt, hogy az egészségbiztosítási rendszerbe egyre nagyobb létszámban belépő fizetett alkalmazottakat (fehérgallérosok) és a szociáldemokraták befolyása alatt álló munkásokat (kékgallérosok) elválasszák egymástól. A helyettesítő betegpénztárak tagjainak munkaadói is járulékfizetők voltak, az igazgatóságban nem volt képviseletük. Kékgallérosok nem léphettek helyettesítő betegpénztárba, a fehérgallérosok viszont ezt is választhatták, és választották is. (A vállalat alkalmazottai-tisztviselői beléphettek a munkások számára létrehozott vállalati betegpénztárba, de választhattak egy *helyettesítő* betegpénztárat is.) A helyettesítő betegpénztárak a fehérgallérosok exkluzív intézményei lettek, egészen 1995-ig, 1996-tól viszont (egy 1993-as törvény alapján) bárki beléphet. A helyettesítő pénztárak lettek az utóbbi évtized átlépéseinek fő nyertesei.

Az 1883-as törvény elfogadása előtt közvetlenül az önkéntes egészségbiztosítással rendelkezők számát 5–10 százalékra becsülték. 1885-ben

18 E betegpénztárak nem az egy tartomány, egy általános regionális betegpénztár alapon jöttek létre, de néhány esetben területük azonos. A volt Német Demokratikus Köztársaság ma a Német Szövetségi Köztársaság öt tartományt jelent, melyet két betegpénztár fed le.

19 Nem érte őket számottevő veszteség, mivel kezdetben a munkaadói járulék a bér *két-harmad* százalékát tette ki. És munkaadóikkal megállapodhattak, hogy ennyivel emelje bérüket. Cserébe a munkaadóknak nem kellett foglalkozni a betegpénztári ügyekkel.

20 A szociáldemokraták befolyása ugyanis azokban kisebb volt. De ha a munkavállalói oldalt a munkaadók ellenében kell képviselni, a szakszervezetek, s a mögöttük álló szociáldemokrata párt befolyása megkérdőjelezhetetlen volt.

a lakosság 10 százaléka volt kötelezően biztosított; ez a szám 1913-ban 35 százalék, 1925-ben 51 százalék, 1960-ban 83 százalék volt. Ezzel a gyors növekedés időszaka lezárult, de a növekedése nem. 1997-ben elérte a 88 százalékot, s ezt követően már nem változott. A dolgozók között a kötelezően biztosítottak aránya ennél kisebb, alig valamivel több, mint háromnegyedük.²¹ A fennmaradó 12 százalékból 10 százaléknak van magánbiztosítása, 2 százalékuk pedig katona, rendőr, menekült stb., aki teljes állami ellátásban részesül, s csupán 170 ezer fő (újabbán már 300 ezer főről is hallani) nem rendelkezik semmilyen biztosítással. (Utóbbiak között nem csupán a gazdagok találhatók, hanem olyan szegények is, akik bele sem kerültek, vagy kiestek az egészségbiztosítási rendszerből, köztük olyanok, akik egy idő után nem tudták fizetni a magánbiztosítás díját.) A 10 százaléknyi magánbiztosítottból 6 százaléknak van teljes egészségbiztosítása, 4 százalékuknak csak kiegészítő, mivel közalkalmazotként meglehetősen kiterjedt állami ellátásban részesülnek.²² A magánbiztosítók csupán a belépéskor mérhetik fel a biztosítottak kockázatait, utána már nem változtathatnak a kockázati besoroláson.²³

Az idők során folyamatosan növekedett a betegpénztárak átlagos taglétszáma. Ez 1885-ben, mai szemmel döbbenetesen alacsony volt: mindössze 225 fő (ez annyit jelent, hogy ezres nagyságrendben voltak csupán pár tucat taggal működő betegpénztárak!). Az átlagos taglétszám négy évtized alatt megtízszereződött (1925: 2345 fő), a következő negyedszázadban pedig megnégyszereződött, és túllépte a tízezret (1950: 10 141 fő). Szűk négy évtized alatt ez is megháromszorozódott. 1987–1997 közötti egy évtizedben elegendő az újabb megháromszorozódáshoz (30 917 főről 91 780 főre). A folyamat itt nem áll meg: 2003-ban a betegpénztárak átlagos taglétszáma már 159 780 fő.

A biztosítottak száma – ahová a járulékfizető tagokon kívül a nem kereső házastársak és az eltartott gyermekek is beletartoznak – lényegesen nagyobb a járulékfizető tagok számánál, de arányuk a tagokhoz képest – a házasság munkába állásával és a gyermekszám csökkenésével – folyamatosan csökkent. A biztosítottak száma 1925-ben 77 százalékkal, 1960-ban 69 százalékkal, 2003-ban már csak 42 százalékkal múlta felül a tagok számát.

A 2004. január 1-jén létező 292 betegpénztárnak 72 millió biztosítottja volt (ebből 50,7 millió tag, a többi hozzátartozó), míg az egészségbiztosítási rendszeren kívül lévő 7,1 millió fő 49 magánbiztosítónak volt a biztosítottja. Az egészségbiztosítási rendszer biztosítottjainak 37 százaléka regionális, 33 százaléka helyettesítő, 21 százaléka vállalati, 6 százaléka szakmai-foglalkozási betegpénztárhoz tartozott, míg a fennmaradó 4 szá-

21 1987: 76%, 1997: 78%, 2003: 76%. HIT Németország, 2005., 15. o. A lakosság és a dolgozók arányának különbsége elsősorban arra vezethető vissza, hogy a magasabb jövedelműek általában idősebbek, és már eltartói gyermekeiknek.

22 HIT Németország, 2004. 57. o.

23 Ez szemben áll a biztosítás logikájával, mivel társadalombiztosítási elemet visz a magánbiztosításba. Az Egyesült Államokban például az egészségbiztosítást adott időtartamra kötik, és minden új kötésekor felülvizsgálják a kockázati besorolást.

zalék a mezőgazdasági, a bányász és a tengerész betegpénztárak között oszlott meg.²⁴

A járulék mértéke (melyet nyugdíjasok és munkanélküliek is fizetnek) a rendszer indulásakor mindössze 2 százalék volt, ami az első világháborúig mindössze 3 százalékig emelkedett, majd egy évtized alatt megduplázódott, s közel három évtizedig változatlanul 6 százalék maradt. Az 1950-es években ismét emelkedésnek indult, s 2003-ban már 14,3 százalék volt.²⁵ E járulék mértékét átlag, mivel a betegpénztárak törvényben meghatározott határig az alapellátáson felül plusz ellátást is kínálhatnak, s emiatt a betegpénztárak által kért járulékok között néhány tizedszázaléknyi különbség van. Fontos megjegyezni, hogy a járulékokból befolyt összegek az egészségügyi összkiadás 57 százalékát fedezi le,²⁶ közel negyedük pedig magánkiadás.²⁷

A járulékfizetésnek létezik felső határa, ez 2006-ban 3562,5 euró (2004: 3487,5; 2005: 3525). A járulékfizetés felső határa nem azonos a kereseti szinttel, mely alatt a tagság kötelező, ez 2006-ban havi 3937,5 euró (2004: 3862 euró).²⁸ Ez az átlagkeresethez képest meglehetősen alacsony szint, 2003-ban annak mindössze 1,6-szerese. A történelmi mélypont 1987, amikor csupán 1,1-szerese volt, attól kezdve emelkedik. Addig viszont csökkent, igaz voltak hullámzások; induláskor még 3,1-szeres volt. Azonban nem szabad megfeledkezni arról, hogy az átlag mindig a tagságra kötelezettek keresetének átlaga, s a rendszer kiterjesztése mindig a jobban keresők beengedését jelentette, aminek eredményeként az átlag növekedett. Tehát míg a felső határnak az átlagkeresethez viszonyított aránya az 1980-as évek második feléig csökkent, eközben nominálisan és reálértékben egyaránt nőtt.²⁹ Az utóbbi fél évtizedben különösen erőteljes volt a növekedés, mivel a rendszer pénzügyi stabilitása érdekében a kormányzat így kíván gátat venni az önkéntes tagok távozásának. A lakosság 88 százalékát kitevő biztosítottból 78 százalék kötelezően az, míg 10 százalék köthetne magánbiztosítást is, de inkább egy betegpénztárt választ. (Többségük jövedelme nem sokkal haladja meg a kötelező tagság jövedelemhatárát, általában van eltartott gyermek és/vagy nem dolgozó házastárs, ráadásul tartanak anyagi helyzetük rosszabbra fordulásától, aminek bekövetkezése esetén nem térhetnének vissza betegpénztárba.)

A német egészségbiztosítási rendszer a létrejöttétől egészen 1923-ig önrész-mentes volt. Ekkor az első világháború utáni recesszió miatt gyógyszerekre és gyógyászati segédeszközökre 10–20 százalékos önrészt vezettek be (a munkanélküliek kivételével), amit 1930-ban fix összegű receptdíjra cseréltek, ugyanakkor a járóbeteg-ellátásban vizitdíjat vezettek be, amit később megszüntettek.

24 HIT Németország, 2004. 35. o. Kerekítési okból az egész 101%.

25 HIT, Németország, 2004. 4. tábla. 2007-ben 13,9%.

26 HIT Németország, 2004. 58. o., 2002. évi adat. Természetesen a betegpénztárak összkiadása.

27 2002-ben 24,7%. Ebből 12,2 százalékot zsebből fizetnek, ennek egy részét a rászorulóknak nemkormányzati szervezetektől támogatásként kapják. A magánbiztosítás 8,4 százalékot jelent, illetve 4,1 százalékot a munkaadó munkavállalójától átvállal. HIT Németország 2004. 58. o. 9. táblázat, 2002. évi adatok.

28 A rendszer indulásától sokáig évi birodalmi márka volt.

29 HIT Németország, 2004. 15. o.

Az 1990-es évek elejétől mutatkozó finanszírozási problémák felvetették az önrész-fizetés súlyának emelését, illetve új területekre való kiterjesztését. 2004-ben a járóbeteg-ellátásban három hónapra szóló vizitdíjat vezettek be (10 euró ellenében három hónapig nem kell ugyanannak az orvosnak fizetni, s akkor sem, ha a beteget orvosa irányította magasabb ellátási szintre; a 18 éven aluliak is mentességet kapnak). 2004-től a gyógyszerekért az ár 10 százalékát kell fizetni, de 5 eurónál mindenképpen többet, 10-nél viszont nem kell fizetni. Ez a konstrukció egy meglehetősen bonyolult, a kiszereles-csomagolás méretétől függő (kis, közepes, nagy) konstrukciót váltott fel.

Anglia – a történelmi Beveridge-i modell

Nagy-Britanniában 1911-ben, bő negyedszázaddal követve Németországot, némi felsőházi közjáték után,³⁰ bismarcki típusú kötelező egészségbiztosítási rendszert hozott létre (National Insurance Act); a bevezetéskor a népesség 13-14 százaléka volt önkéntesen biztosított. A kötelezővé tétel után gyors gyarapodás következett: az első világháború végéig, szűk évtized alatt a növekedés 2,5-szeres volt, míg elérte a 32 százalékot. Ekkor lelassult (az 1920-as évek közepén 35 százalék), majd ismét felgyorsult, és a második világháború előestéjén elérte az 50 százalékot. A kontinentális gyakorlattal ellentétben nem voltak biztosítottak a házastársbeli házastársak, csupán a gyermekek.³¹ A társadalombiztosítók (döntően non-profit *friendly society*-k) viszonylag keveset és egyetlen színvonalon nyújtottak, s kiterjedt volt az önrész.

A második világháború kitöréséig a szociális kérdések marginális szerepet játszottak a brit belpolitikában, mivel az a domináns konzervatív pártot illetve szavazóit nem érdekelte: az angol társadalom tulajdonképpen „két nemzet” (Benjamin Disraeli, 1868-ban és 1874–1880 között miniszterelnök), mely egymás mellett él, de egymástól szinte átléphetetlen társadalmi fallal, kasztszerűen elválasztva, szolidaritás-hiányban létezik. Ekkor azonban fordulat következett be. Ennek egyik oka, hogy a háború sikeres megvívása egységkormányt (úgynevezett háborús kabinetet) követelt, melybe a Munkáspárt belépett. A másik, ennél fontosabb ok az volt, hogy a fronton harcoló hadsereg sorállománya és a hátszág munkássága – kétségtelen nemzeti érzésük ellenére – nem érezte a magáénak a háborút. Ebben szerepet játszottak az első világháború veteránjainak sorsával kapcsolatos, keserű tapasztalatok, valamint az a közöny, melyet a háború első hónapjaiban a középosztály, de főleg a felső rétegek tanúsítottak a munkásosztály és kispolgárság sorsának rosszabbra fordulásá-

30 A törvény ellen a Lordok Háza hevesen tiltakozott, mivel abban a jövedelmek illegitim és radikális újraosztását látta. A tiltakozás obstrukcióba csapott át, aminek hatására az alsóház úgy döntött, hogy a költségvetési törvény az a kivétel, mely nem igényli a felsőház jóváhagyását.

31 Ezt azért is fontos megjegyezni, mert emiatt a nemzetközi összehasonlítások félrevezetők. Így Németország, Magyarország stb. a járulékfizető biztosítottak számát közli, de biztosított a házastárs és a gyermekek is. Ezeket nem tartották nyilván, csak időnként becsülték. A fenti adat viszont tartalmazza a gyermekek számát is.

nak ügyében. Az elégedetlenség mind nyíltabban jelentkezett, amit a német propaganda kellően hangsúlyozott is.

Ez a helyzet (társadalom)politikai választ kívánt. Arthur Greenwood, a háború utáni újjáépítés előkészítésével megbízott, munkáspárti tárca nélküli miniszter 1941. június 10-én az Alsóházban bejelentette, hogy a kormány William Beveridge vezetésével tárcaközi bizottságot nevezett ki, azzal a feladattal, hogy tekintse át a szociális rendszereket, és tegyen javaslatot fejlesztésükre. (Churchill, akivel Beveridge az első világháború előtti időkből személyes jó viszonyt ápolt, aznap dátummal írta alá a bizottság kinevezését.) Beveridge-nél alkalmasabb személyt nem találhattak volna. Jogász és közgazdász volt, aki évtizedek óta szociálpolitikával foglalkozott. Már az 1911-es munkanélküli biztosításról szóló törvény kidolgozásában is részt vett, sőt, az javarészt az ő munkája volt. Magát liberálisnak vallotta (mai fogalmainkkal szociálliberális; a liberális párt színeiben, 1944–1945-ben parlamenti képviselő, mandátumát időközi választáson nyerte), ami akkor a két nagy politikai tömb, a konzervatív párt és a munkáspárt között politikai senkiföldjét jelentette (hiszen a liberális párt politikai megsemmisülése, több évtizedes hanyatlás után gyakorlatilag befejezett tény volt).³² Köztes pozíciója miatt mindkét fél megbízott benne, és politikai háttere folytán javaslatait szocializmusnak sem lehetett címkézni (bár próbálkoztak ezzel is). Az akadémiai és társadalmi életben elismert név volt. Miniszteriális közszolgálati pályáját befejezve 1919-től a London School of Economics, 1937-től az Oxfordi Egyetem professzora, 1924-ben megjelent könyvéért pedig bárói címmel tüntették ki (ettől kezdve hivatalosan Sir Beveridge). 1946-tól a Felsőház tagja.

Beveridge másfél éves munkával készítette el 271 oldalas jelentését (hivatalos címe: Social Insurance and Allied Services, a nem hivatalos: Beveridge-Report, melyet magyarra előszeretettel fordítottak *Beveridge-terv*nek; s végül is valóban *terv* volt). Ezt több kötetnyi melléklet egészítette ki. A jelentést a kormány 1942. december 1-jén nyújtotta be az Alsóháznak, de vitája csak 1943. február 16-án kezdődött. Greenwood a munkáspárt radikális szárnya nevében változtatás nélküli elfogadást javasolt, míg a konzervatívok megkérdőjelezték, hogy a háborúból ugyan győztesen, de lerongyolódva kikerülő országban rendelkezésére állhatnak-e a megvalósításhoz szükséges források, ezért ők a végrehajtást határozatlan időre elhalasztották. (Ez mindenesetre azt bizonyította, hogy a jelentést nyíltan már nem lehetett levenni a napirendről.) A kormány nem állt a *terv* mellé, de kompromisszumot javasolt: az egészségbiztosítás általánossá tételét és a családi pótlék bevezetését elfogadta, a szociális minisztérium felállítását a távoli jövőbe tolt ki, míg az öregségi nyugdíjbiztosítás bevezetésére határozottan nemet mondott. A munkáspárti miniszterek többsége, köztük a későbbi miniszterelnök, Clement Attlee, és a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot (National Health Service, NHS) majdan létrehozó egészségügyi miniszter, Aneurin Bevin a kormány

³² Fontos megemlíteni, hogy az 1911-es törvény a liberálisok alkotása volt, melyet Lloyd George pénzügyminiszter (1916–1922 között miniszterelnök) terjesztett a parlament elé. Ez a Munkáspártnak kevés, a konzervatívoknak sok volt.

kompromisszumos javaslatát támogatta, amit a radikálisok nem hagytak annyiban, s azonnali megvalósítást indítványoztak. Sőt, Greenwood, a Munkáspárt második embere és radikálisainak vezére, hivatalban lévő miniszterként a kormány elleni bizalmatlansági indítvány benyújtására kívánta pártját rávenni, amiről csak nagy nehézségek árán sikerült lebeszélni. Végül csupán azt indítványozták, hogy a kormány vállaljon garanciát a jelentésben foglaltak mielőbbi és maradéktalan megvalósítására. Ezt 335:119 (más források szerint 338:121) arányban leszavazták. A munkáspárti képviselők több mint fele a saját miniszterei, illetve a párt vezetői ellenében foglalt állást; Greenwood lemondott a miniszteri tisztségéről. Az egész világháború alatt nem volt rá példa, hogy ennyi képviselő szavazzon a kormány ellen. Egy 1943-ban végzett közvéleménykutatás szerint a polgárok 95 százaléka hallott a Beveridge-jelentésről, 88 százalékuk helyeselte, 6 százalék ellenezte, s az alacsony jövedelműek több mint fele vélekedett úgy, hogy a kormány nem, vagy nem teljes mértékben fogja megvalósítani az abban foglaltakat.³³

A Beveridge-jelentés – mely mögül elkoptak a minisztériumok delegáltjai, így az lényegében a névadó egyszemélyes munkája – azzal vált egy új modell alapjává, hogy szerzője felismerte: nem a korábbi rendszer javíthatására és kiterjesztésére van szükség, hanem a probléma teljes, az alapoktól induló újragondolására. A bismarcki egészségbiztosítási rendszer fejlődésének iránya egyértelműen meghatározható: a társadalom egyre nagyobb hányada lett biztosított, miközben a társadalombiztosítók száma méretgazdaságossági szempontok miatt csökkent, s a kisebb számú biztosító között egyre erősebb lett a koordináció, és nőtt az a társadalmi-politikai igény, hogy szolgáltatásaik tartalma és színvonala ne legyen túlságosan eltérő. Beveridge arra jutott, hogy Angliának nem követnie kell Németországot, hanem egy nagy ugrással elébe kerülni; oda, ahová az idővel, a fejlődés eredményeként maga is el fog jutni. Ez pedig a majdnem teljes körű kiterjesztés,³⁴ a kisszámú, méretgazdaságos biztosító, valamint az orvosok alkalmazotti státusa. Volt azonban egy speciálisan angol szempontja is: le akarta rombolni a „két nemzet” közötti válaszfalakat. Ez viszont csak úgy lehetséges, ha egyetlen társadalmi rétegnek sincs módja intézményesen az egészségbiztosítási rendszeren kívül maradni, ha egyetlen, minden tagjának azonos ellátást nyújtó társadalombiztosító van, s ha nincs az igénybevételt esetlegesen korlátozó önrész. Ha nem így lenne, a válaszfal újraépülhetne. Ekkor még nem gondolt arra, hogy az egészségbiztosítási rendszert adóbevételekből finanszírozzák. Járulékot, hetente megvásárolt biztosítási bélyeg formájában, mindenkinek (gyerekeknek, háziasszonyoknak, munkanélkülieknek, nyugdíjaskorúaknak stb.) kellett volna fizetnie. Ezt, mint túlságosan bonyolult és drága megoldást, később elvetették.

³³ Jones (lásd Irodalom).

³⁴ Franciaország például már 1945-ben hivatalosan deklarálta, hogy célja bismarcki rendszerével a teljes körű kiterjesztés, amit 2000-ben ért el, amikor a még hiányzó 1,8 százaléknyi népességet biztosítottak nyilvánították. Más országokban néhány százalék hiányzik csak a teljességhez, de a tagságra nem kötelezett jómódúak közül soknak biztosítási kötelezettsége is van, s ezt a társadalombiztosítást önként választva is teljesíthetik (például Németország, Ausztria).

A hitleri Németország felett aratott katonai győzelmet közvetlenül követően, 1945. július 5-én általános választásokat tartottak Nagy-Britanniában, melynek kimenetele nem, legfeljebb az aránya tűnt kétségesnek. A választók azonban a háborút győztesen megvívó, nagy hazai és nemzetközi tekintélyre szert tett miniszterelnök, Winston Churchill konzervatív pártjának megjutalmazása helyett fölényes többséggel Clement Attlee munkáspártját jutatták hatalomra.³⁵ A konzervatívok veresége valójában egyáltalán nem volt váratlan. A választók körében a jövő miatti aggodalom bizonyult erősebbnek. Attól tartottak ugyanis, hogy a konzervatívok képtelenek lesznek megoldani az utóbbi évtizedekben felhalmozódott szociális problémákat. S bár a választási győzelmen a munkáspártiak maguk is meglepődtek, s nem szalasztották el a ritka történelmi pillanatot. A Beveridge-jelentés volt a sorvezető, a végrehajtás levezénylése pedig Aneurin Bevan egészségügyi miniszterre várt, aki alkalmasnak bizonyult a nem mindennapi feladatra.

1946-ban a biztosítási törvény (National Insurance Act) elfogadtatása még viszonylag sima ügy volt, de az egészségbiztosítási rendszer intézményi megoldásai körül drámai csata bontakozott ki. A Nemzeti Egészségügyi Szolgálatról 1946 márciusában a parlamentnek benyújtott törvényjavaslattal szemben a munkáspárti kormánynak nem is annyira a konzervatívokkal, mint inkább az orvostársadalommal és néhány nagyobb önkormányzattal kellett megküzdenie.

A dolog könnyebbik része a kórházak államosítása volt. 1938-ban Anglia és Wales területén háromezer kórház működött, közülük kétezer önkormányzati fenntartású, ezer pedig magánkórház (voluntary) volt. A kétezer önkormányzati kórház közül háromszáz nagyméretű elmebetegintézet, a maradék döntő többsége pedig állandó anyagi gondokkal küzdő kicsi és szegény önkormányzat tulajdonában állt. Az ezer magánkórház közül hétszáz úgynevezett cottage hospital (talán kórházi otthonnak lehetne fordítani), melyet általában a környék egy vagy több (házi)orvosa alapított és működtetett a saját praxisa mellett, mintegy másodállásban, s az állandó személyzet ritkán volt több egy főnél, aki egyszerre volt gondnok és műtőasszisztens.³⁶ Csupán háromszáz kórház volt úgynevezett többszakmás, viszont közülük került ki az a néhány, mely magas társadalmi és szakmai presztízzsel bírt, és valóban mintaszerű volt. A kórházi rendszer a 19. században még viszonylag jól működött, de a 20. század elejétől a kórházüzem bonyolultabbá válásának és az orvosi műszertechnika fejlődésének költségnövelő hatásával már csak kevés tudott lépést tartani. A kórházak közötti különbségek a háború alatt váltak nyilvánvalóvá a széles közvélemény előtt is, s egyre elfogadottabbá vált az államosítás gondolata, amit a szakmai közvélemény már az 1930-as évek végén az egyetlen lehetséges kiútnak tartott. A háború befejeződése sem enyhített a gondokon, s a kórházi rendszer a pénzügyi összeomlás szélén

³⁵ A 650 tagú parlamentben a munkáspártnak 393, a konzervatívoknak 213 hely jutott. A választási rendszer sajátossága miatt a szavazatok számában nem volt ekkora különbség: a munkáspártra 12,0 millióan, a konzervatívokra 9,9 millióan szavaztak.

³⁶ Akkoriban ezek az intézmények kórháznak számítottak, ma már nem számítanak annak. A WHO definíciója szerint a kórház az az intézmény, melyben legalább hat ágy és legalább egy, 24 órában ott tartózkodó orvos van. Ez utóbbi nem teljesült.

állt, ezért a kórházak államosítása nem ütközött erős politikai ellenállásba. Kivételt csak néhány, munkáspárti többségű kórházfenntartó nagyváros önkormányzata alkotott, melyek érzelmi okokból ragaszkodtak pénzügyileg stabilabb és hatalmas helyi erőfeszítésekkel fejlesztett intézményükhöz. Mindebből nyilvánvaló, hogy a kórházak államosítására nagyon is pragmatikus okokból, különösebb ideológiai megfontolások nélkül került sor.³⁷

Az NHS létrehozását, legalábbis abban a formájában, ahogy a kormány a parlament elé terjesztette, leginkább az orvostársadalom sérelmezte. Elsősorban azt kifogásolták, hogy a kormányzat az NHS házi orvosainak fix fizetést szándékozik adni, és betegeiktől nem fogadhatnak el díjazást³⁸. Emellett attól tartottak, hogy a kormány előbb-utóbb szakmai önállóságuk felszámolására törekszik, s ennek során a szabadfoglalkozású orvostársadalom fizetett állami hivatalnokká válik (értelmezésükben: süllyed), továbbá kifogásolták az orvosi praxisok adásvételének megtiltását. Bevan ragaszkodott az alapelvekhez: az NHS orvosai a betegektől nem fogadhatnak el díjazást és tilos a praxisok adásvétele, de az orvostársadalom megnyugtatóra törvényben garantálta, hogy tevékenységüket a kormányzat adminisztratív eszközökkel nem korlátozza, a (házi)orvosok nem lesznek (állami) alkalmazottak. Bevan feladta a fix fizetést és a kötött rendszert. Javaslatára alapján a házi orvosok jövedelme két részből áll: egy fix alapfizetésből, és egy, a pácienseik számától függő részből, amivel a kötött rendszer helyére a betegek szabad házi orvosválasztása léphetett. Egyúttal a házi orvosok is érdekeltté váltak, hogy minél többen őket válasszák.³⁹ Az orvostársadalom és a magasabb jövedelműek a bismarcki modellből ismert cenzust követeltek, de Bevan eltökélten ragaszkodott ahhoz, hogy minden brit állampolgár tag legyen, és ingyenes ellátást kapjon. Végül a házi orvosok 90 százaléka döntött úgy, hogy tevékenységét az NHS keretében folytatja, míg a lakosság 95 százaléka választott házi orvost.

A beveridge-i modell eredeti változata az NHS 1948. július 5-i indulása után – melyet az aznapi Times „A tömegek felzárkóztak a középosztályhoz” főcímmel köszöntött – alig három évig élt. 1950 júniusában kitört a koreai háború, s az Attlee-kormány az ország teherbíró képességét alaposan igénybe vevő fegyverkezési programba kezdett. Az ehhez szükséges források előteremtése érdekében 1951 áprilisában a kormány a pénzügyminiszter javaslatára úgy döntött, hogy az NHS ezentúl a szemüvegek és műfogsorok árának csupán felét támogatja, ami ellen tiltakozásul Bevan egészségügyi és Harold Wilson kereskedelmi miniszter (1964–1970 között miniszterelnök) lemondott. 1952-ben 1 schillinges (5

37 Ahol az ideológiának szerepe volt, az a néhány nagy és kiváló magánkórház, mely esetén nem akarták, hogy a háborús évek után, mikor is válogatás nélkül mindenkit el láttak, „visszavegye” a társadalmi elit.

38 Azok anyagi helyzetétől függetlenül. Lásd fentebb a magyar községi és körorvosokkal kapcsolatban mondottakat.

39 Ez nagyjából a mai, 1992 óta létező magyarországi házi orvosi rendszernek felel meg. Az eredeti munkáspárti törvényjavaslat lényegében a Magyarországon 1950–1992 közötti körzeti orvosi rendszernek felel meg. A brit orvostársadalom ellenállásának volt értelme, a magyar ezt meg sem kísérelhette.

pennys) receptdíjat határoztak meg (ma a támogatott gyógyszerekért dobozdíjat kell fizetni, mely egységesen 6,85 font, kb. 2600 Ft), a fogorvost felkeresők 1 fontot tartoztak önrészként fizetni. Később ezek az összegek emelkedtek és a gyógyászati segédeszközökre is kiterjedtek, de az NHS bevételeinek ma sem több mint 3,5 százaléka származik önrészből.

Az NHS a megszületése óta sok bírálatot kapott, de komolyabb politikai támadás nem érte. A konstrukció megkérdőjelezését a konzervatívok és a munkáspártiak egyaránt visszautasították, még azelőtt, hogy a támadások igazán kibontakozhattak volna. Legutóbb 2007. június 24-én Gordon Brown pénzügyminiszter (néhány nap múlva miniszterelnök), a munkáspárt kongresszusán elmondott beszédében (amikor *Tony Blair*től átvette a pártelnöki tisztet) kijelentette, hogy az NHS a „következő nemzedéknyi időszakban” ingyenes marad az ellátást igénybe vevők számára, a szolgáltatások hozzáférhetőségét pedig „a szükségesség, és nem a fizetési képesség fogja meghatározni”⁴⁰.

Irodalom

- Atkinson, A. B. (1999): Magán- és társadalombiztosítás, valamint a hozzájárulási elv. In.: Csaba Iván–Tóth István György (szerk.): A jóléti állam politikai gazdaságtana. Osiris–Láthatatlan Kollégium, Budapest. 254–273. o.
- Balázs Péter (2002): Orvoslás pénzért és hivatástudatból. Melánia Kiadó.
- Borbás Ilona – Kincses Gyula (2007): Egészségügyi rendszerek az Európai Unió régi tagállamaiban. ESKI.
- Busse, R. – Riesberg, A. (2004): Health Care Systems in Transition: Germany, 2004. Koppenhága, WHO Europe. [HIT, Németország, 2004]
- Csaba Iván (1990): Magánbiztosítás és társadalombiztosítás. *Esély* 6. szám, 21–37. o.
- Hátori Péter (1998): A Beveridge-jelentés. Egy angol szociálpolitikai terv és visszhangja ötvenöt év távolából. *Valóság*, 4. 84–94. o.
- Jones, H. (1992): Beveridge’s Trojan Horse. *History Today*, 10. sz. 44–49. o.
- Király Júlia (1989): Kollektív vagy egyéni racionalitás. A társadalombiztosítás reformjához. *Közgazdasági Szemle*, 2. szám, 188–205. o.
- Saltman, R. B. – Busse, R. – Figueras, J. (2004): Social health insurance systems in western Europe. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Open University Press, WHO

Melléklet

Az Egyesült Államok

Az Egyesült Államokban hat kísérlet történt egészségbiztosítási rendszer létrehozására – az 1910-es évek második felében, az 1930-as évek közepén, az 1940-es évek második felében, az 1960-as évek első felében, az 1970-es években, végül 1992–1993-ban –, de ezek közül csupán egy volt sikeres: a 65 évnél idősebbek társadalombiztosítása, a Medicare 1965. évi

40 Brown átvette, és balra viszi a Munkáspártot. 2007. június 24. www.nol.hu

létrehozása. Ugyanebben az évben jött létre a Medicaid, a szövetségi állam egészségügyi segélyrendszere, mely meghatározott jövedelmi szint alattiak egészségügyi ellátásáról gondoskodik.

Az első kísérletre azt követően került sor, hogy Nagy-Britannia 1911-ben bismarcki mintára kötelező tagságon alapuló egészségbiztosítási rendszert vezetett be. E lépés hatalmas társadalmi-politikai visszhangra talált, amiben fontos szerepet játszott, hogy a hanyatló Anglia még ekkor is az Egyesült Államok mintaországa, de ennél is fontosabb volt, hogy a feltételek ekkorra értek be, erre az időre alakult ki a befogadó közeg; az 1883-as évek német társadalombiztosítási törvényhozása a tengerentúlon még keveseket hozott lázba. A politikai elit egyre több tagja vélekedett úgy, hogy az országnak szociális reformokra van szüksége – beleértve kötelező egészségbiztosítási rendszer létrehozását. A két hagyományos párt, a republikánusok és demokraták képtelenek voltak e gondolatok befogadására, így feltűnhetett egy harmadik erő, mely e programot felvállalva az 1912. évi elnökválasztáson a szavazatok 27,4 százalékát volt képes összegyűjteni (elnökjelöltjük az 1901–1909 közötti időszak republikánus elnöke, Theodore Roosevelt volt). Bár az Egyesült Államok történetében harmadik párt soha ennyi szavazatot még nem kapott, a progresszív párt hamarosan eltűnt a politika színpadáról, történelmi epizód szerepe csupán a reformok igényét jelezte. Örökségét a brit mintájú, nem marxista szocialista párt vette át, mely ugyanazon évben a kongresszusi választásokon 6 százalék szavazatot kapott, mely nem sokkal volt kevesebb a brit munkáspárt 1910-ben elért 6,4 százalékánál. Csak hogy míg utóbbi ezzel az eredménnyel 42 helyett szerzett a londoni Parlamentben, amivel jelentősen tudta befolyásolni az 1911-es törvény megszületését és a későbbi fejleményeket, addig amerikai elvtársaiknak egyetlen egy hely sem jutott a washingtoni Kongresszusban. És míg az angol munkáspárt évtizedek alatt a liberális párt helyére lépve a szintén kétpólusú brit rendszer egyik oldala lett, addig hasonló folyamat az amerikai politikai rendszerben meg sem tudott indulni. Végül a demokraták voltak azok, akik – erősen korlátozott mértékben ugyan, de mégis – felvállalták a szocialista-szociáldemokrata eszmeiséget, és a 20. század minden ez irányú kezdeményezése tőlük indul.⁴¹

A progresszív párt keltette hullámokon megalakult az American Association for Labor Legislation (AALL) nevű szervezet, mely 1916-ban, a brit és német példára hivatkozva kampányt indított országos és a tagállami szinten is. Az utóbbiak közül sokban annyit sikerült elérniük, hogy a helyi törvényhozások bizottságot küldtek ki a kérdés tanulmányozására, de hosszabb-rövidebb idő után mindegyik arra a következtetésre jutott, hogy a bevezetést nem ajánlja. A küzdelem különösen azt követően durvult el, hogy az USA belépett az első világháborúba és Oroszországban a bolsevikok vették át a hatalmat (1917). Az AALL-t a javaslat fő ellenzői, a munkaadók szervezetei és az orvosszövetség

41 Gyakran hallható vélemény, hogy az Egyesült Államokban azért nincs európai típusú egészségbiztosítási rendszer, mert ez az ország individualista, s mindennél többre becsüli az egyéni szabadságot, s nem tűri az állam olyan fokú beavatkozását polgárainak életébe, amit egy ilyen rendszer jelentene. Ez azonban teljes mértékben ideológia. A valódi ok a pártrendszer sajátossága és az érdekelt üzleti körök és az orvostársadalom ellenállása.

(American Medical Association, AMA) bolsevik- és németbarátsággal vádolták (miközben a britekről nem ejtettek szót). A kampány 1920-ra mindenütt kifulladásra vezetett.

Az 1920-as évek prosperitását követő gazdasági világválság igen súlyosan érintette az országot, minden fejlemény társadalmi-gazdasági reformok után kiáltott. 1932-ben a demokrata párti Franklin D. Roosevelttel került az elnöki székbe, aki meggyőző kongresszusi többségre támaszkodva késlekedés nélkül hozzákezdett New Deal néven ismertté vált programja megvalósításához. Ennek egyik eleme a *Social Security* létrehozása volt, mely alatt nem csupán az állami nyugdíjrendszert értette, hanem az egészségbiztosítási rendszert is. Az orvosszövetség azonban olyan erős támadást intézett előbb a gondolat, majd a készülő törvénytervezet ellen, hogy Roosevelttel 1934-ben visszakovert, s az arra vonatkozó részt végül is nem terjesztette a kongresszus elé. Fontosabbnak a nyugdíjügyet tartotta, ezért el kívánta kerülni, hogy a kötelező egészségbiztosítás esetleges kongresszusi bukása azt is magával rántsa. A törvény 1935-ben megszületett, s azóta az USA-ban társadalombiztosítás alatt kizárólag az állami nyugdíjrendszert értik. Roosevelttel eredeti elgondolása szerinti, a kötelező egészségbiztosítást is tartalmazó társadalombiztosítási rendszert Új-Zélandon fogadnak majd el 1938-ban.

A második világháború alatt ismét megfogalmazódott a gondolat, többek között annak köszönhetően, hogy meglehetősen sok fiatal férfit kellett egészségügyi okból fegyverforgatásra alkalmatlannak minősíteni. Az elfogadottság, összefüggésben a háborúval is, rendkívüli módon megnőtt: egy 1942-es közvéleménykutatás szerint 4-ből 3-an támogatják a kötelező egészségbiztosítást. Az emberek ekkor szembesültek először élesen az egészségbiztosítás szükségességével, mert míg 1940-ben csupán 12 millióan, 1945-ben már 32 millióan, 1950-ben pedig 76,6 millióan rendelkeztek magán-egészségbiztosítással.

A háború után, már a Roosevelttel örökébe lépő Henry Truman elnöksége idején, tudtával és támogatásával ambiciózus tervek készültek az 1935-ben megkezdett mű befejezésére, de azokat nem igyekezett a politika napirendre tűzni, s az erre irányuló politikai nyomás sem volt különösebben erős. Mégis ez lett az egyik fő témája az 1948-as elnökválasztási kampánynak. Truman megválasztották és a demokraták ismét meggyőző többséget kaptak a Kongresszusban, de terveit ennek ellenére sem tudta keresztülvinni. Az akadályt most nem annyira a társadalmi ellenállás jelentette, hanem a republikánusok és az ország déli államait képviselő demokraták koalíciója, melynek létrehozásában az AMA sokmillió dollárba kerülő lobbitevékenysége nem elhanyagolható szerepet játszott, és a hidegháború kezdetén nagyon sokaknak tűnt meggyőző érveknek, hogy a kötelező egészségbiztosítás a szocializmus felé tett lépés. Truman 1950-ben hivatalosan is visszakovert.

A republikánusok uralta 1950-es évek után, a Kennedy elnök meggyilkolása miatt alelnökként helyébe lépett Lyndon B. Johnson 1964-es megválasztásával érkezik el az újabb lehetőség, amit a demokrata párt belső erőviszonyainak átrendezése erősít: a déliek meggyengültek, a vezetést az északiak tartják kezükben. A sorozatos kudarcokból Johnson azt a következtetést vonta le, hogy inkább kevesebbet igyekezzen mar-

kolni. A Medicare kötelező egészségbiztosítási rendszer, de csak a 65 éven felülieknek, akik aktív korukban járulékot fizetnek, s ezért nyugdíjas korukban biztosítottak lesznek. Egy ilyen életkorfüggő konstrukció létjogosultsága nehezebben vitatható, a támogatók jól meghatározhatók és könnyen megszólíthatók, ráadásul politikai súlyuk növekvő. Sok demokrata gondolkodott úgy, hogy – szemben a bismarcki modellel, mely az egyes társadalmi rétegeket, a munkásságon kezdve, fokozatosan vonta be – az amerikai egészségbiztosítási rendszer kiterjedését az életkor vezérli majd.⁴² Már a névválasztásban is taktikai szempontok játszottak szerepet: Johnson szakított azzal, hogy a Social Security kiterjesztéséről, az 1935-ben be nem fejezett építmény befejezéséről beszéljen. Ráadásul a Medicare-t egy szociális programmal, a Medicaid-del kötötte össze, amit elvi alapon nem, csupán költségvetési okokból lehetett ellenezni, ami viszont a Medicare-rel szemben fel nem hozható, mivel a jövőendő biztosítottak egyúttal járulékfizetők.

Az 1970-as években több kisebb és végül sikertelennek bizonyuló kísérlet történik a Medicare-rel ütött rés tágítására, azt mégis eredménynek kell elkönyvelni, hogy a Medicare-t fokozatosan erősítik, bővítik, s számottevő politikai erő létjogosultságát nem kérdőjelezi meg. A kudarcok pozitív hozadéka az, hogy mintegy kompromisszumként az önkéntes biztosítás támogatottsága, szabályozottsága, fogyasztóvédelme stb. erősödik.

Az 1990-es évek elején a kérdés újból a politika napirendjére került, igencsak sajátos módom. A demokrata Harris Wofford 1991-ben, időközi választáson versenybe szállt Pennsylvania egyik, légibalesetben elhunyt szenátorának helyéért. Ellenfele az állam volt kormányzója, majd a Reagan és Bush adminisztráció főállamügyésze, ismert és népszerű Wofford kampányának középpontjába az univerzális egészségbiztosítás bevezetését helyezte, aminek olyan széles és nem várt hatása lett, hogy képes volt megfordítani az eredményt. A történeteknek messzemenő következményei lettek. Bill Clinton 1992-es választási kampányát nagy mértékben erre (és a gazdaság állapotára) építette, s legyőzte a hivatalban lévő, ráadásul az Irak elleni háborúban győztes George W. Bush elnököt. Clinton 1992–1993-as kísérlete azonban viszonylag gyorsan megbukott, aminek az ellenérdekeltek ellenálláson kívül az is oka volt, hogy a társadalmi támogatottság is csökkent. A recesszió után fellendülés következett, és a helyzet jobbra fordulása miatt egyre kevesebben érezték szükségét az állam radikálisan megnövekvő szerepvállalásának.

Napjainkban az Egyesült Államokban színvonalas, jól működő, de csupán a 65 éven felüliekre vonatkozó kötelező egészségbiztosítási rendszer működik. Az önkéntes egészségbiztosítással nem rendelkezők 40–50 milliós tömege – mely a gazdaság prosperálása idején némileg csökken, recesszióban viszont nő – bármikor politikai kérdéssé válhat. Az alulbiztosítottok még ennél is nagyobb tömegek nyomasztó problémája, ahogy a biztosítási díjak emelkedése is. Az Egyesült Államok egészségügye közismerten a legdrágább a világon, melyre már a GDP közel 15 százalékát

42 Mondjuk úgy, hogy a 65 év előbb 60-ra csökken, majd 50-re, és így tovább.

fordítják, ennek közel felét a kormány. A gyorsan emelkedő biztosítási díjak kifizetése egyre nagyobb gondot jelent a középosztályhoz tartozóknak is, különös tekintettel arra, hogy az utóbbi évtizedek gazdasági növekedésének haszna szinte kizárólagosan a felsőbb rétegeknél koncentrálódik, és a mai harmincéveseknek azzal kell szembesülniük, hogy reálértékben nem fognak annyit keresni, mint szüleik generációja.⁴³ Ez a helyzet a globalizáció következtében állt elő, és azzal fenyeget, hogy szétfeszíti azt a társadalmat, mely egyébként jól viseli az éles társadalmi különbségeket. Új fejleménynek tekinthető, hogy sok nagyvállalat is egyre inkább terhesnek érzi az egészségbiztosítókkal folyó éves alkut, a biztosítási díjaknak az inflációnál és a béreknél gyorsabb növekedését, s egyre inkább hajlandó elfogadni a kötelező egészségbiztosítás kiterjesztését.

Ezért semmiképpen sem véletlen, hogy a demokraták 2008. évi elnökjelölt-választó kampányában – s talán majd az elnökválasztás során is –, a kérdés ismét központi szerepet kap.

⁴³ Lásd Economic Mobility: Is the American Dream Alive and Well?
www.economicmobility.org

Táblázat

	<i>Nemzeti kockázatközösség</i>		<i>Szolidaritás</i>
	Ellátási oldal	Finanszírozási oldal	
	DEFINIÍCIÓK		
	Horizontális és vertikális <i>méltányosság</i> = triage + progresszív betegellátás	Harmadik fél fizet	Nyílt, kényszerű jövedelem-átcsoportosítás. Elsősorban keresetekre, <i>progresszivitás</i> nélkül.
	ÉRVÉNYESÜLNEK-E AZ ELVEK ?		
<i>Társadalombiztosítás</i> (bismarcki modell)	Részben. Ha a biztosítóknak saját kórházai vannak, akkor nem.	Általában nem. Kivéve, ha a versengő biztosítók között kockázat-kiegyenlítés működik.	Korlátozott: 1. A betegbiztosítók szakmánként, területenként szerveződnek. 2. A kilépési lehetőség (<i>opting out</i>) miatt a gazdagok nem kényszerülnek szolidaritásra a szegényekkel.
Állami rendszer	Szemaskó rendszer: elvben igen.	Szemaskó rendszer: A 100%-os lefedettség csak évtizedek alatt épült ki.	Nem értelmezhető, mert az egészségügyi kiadásokra nincs elkülönített befizetés.
	NHS rendszer: Nem. A területi decentralizáció miatt.	NHS rendszer: Attól függ, hogy az adóbevételek területi decentralizációja nyomán van-e kiegyenlítő mechanizmus.	
Önkéntes biztosítás	Alapjában véve igen, de csak a biztosítottak számára.	Részlegesen – csak egy adott biztosítótársaságon belül.	A kockázat-arányos díj miatt nem érvényesül.
Jelenlegi magyar OEP-rendszer	Elvben teljes mértékben.	Igen. Jelentős hányadban adóból finanszírozott rendszer, ha nő a GDP, több pénz áll rendelkezésre.	Részben igen, részben nem. 1. A nem-keresők után az állam fizet. 2. Az is kap ellátást, aki egyáltalán nem fizet, vagy kevesebbet fizet, mint amennyit kellene.
Ún. több-biztosítós modell (holland, szlovák, magyar)	Igen	Igen. A versengő biztosítók között kiegyenlítő kasszák fognak működni.	Egy több éves átmeneti időszakban marad a régi rendszer. Később a biztosítók befolyást kaphatnak a méltányosabb járulékfizetés kikényszerítésére.

BARÁTH ÁRPÁD

Kik a kirekesztettek és miért?

A hátrányos megkülönböztetések fenomenológiája
Baranya megye kistérségi népességében és közellátásában

A „társadalmi kirekesztettség” (social exclusion) aránylag új keletű gyűjtőfogalom, amelynek pontos, egyértelműen elfogadott definíciója nincs, nyilván nem is lesz, mint megannyi más absztrakt fogalmi konstrukciónak. A szakirodalomban a definíció hiányát a jelenség egyre részletesebb leírásai és elemzései igyekeznek pótolni. A tanulmány a hátrányos megkülönböztetések közvetlenül megtapasztalt élményvilágára összpontosít, Baranya megye két aprófalvas kistérségében élő emberek hétköznapi életben (Villány és Bóly kistérségek). A társadalmi kontextust illetően a vizsgálatok fókuszában a jelenség két vetülete állt: az egyik a hátrányos megkülönböztetések gyakorisága és értelmezési keretei a helyi közösségekben és lakóközösségekben; a másik a helyi egészségügyi-, szociális és egyéb közszolgáltatások kontextusában észlelt diszkriminációk jelenségvilága. A tanulmány néhány adatot tesz közzé arról is, hogy a térségben dolgozó egészségügyi és szociális munkások, polgármesterek, egyházi elöljárók, pedagógusok és egyéb szakmabeliek miként észlelik, és mivel magyarázzák a hátrányos megkülönböztetések „okait” a vizsgált helyi társadalmakban.

Magyarország népességének több mint egyharmada él községekben. Az össznépességen belül 500 főnél kevesebb népességű településen a lakosság kb. 3 százaléka él, az ezer léleknél többet számláló falukban pedig a lakosság 29 százaléka. Az aprófalvaknak minősülő települések népessége fogyó és elöregedő; a morbiditási és halandósági ráta számottevően meghaladja az országos átlagot. Ugyanakkor a falusi népesség szociális és egészségügyi ellátórendszere a mindenkori magyar társadalomban öröklötten hiányos és költséges. A gyermek-háziorvosok öthatoda városokban rendel; 2197 településen nincs gyógyszertár, 2635 apró, kis és közepes faluban, illetve annak környezetében mindössze 418 patika működik — olvassuk Bódi Ferenc „A szociális ellátórendszer öröklött hiánya a falvakban” című írásában. (Bódi, 2003).

Bódi Ferenc írása is arról szól, hogy a magyar faluvidék globálisan, és egyre gyorsuló módon *kirekesztődik* a mai magyar társadalom fősodrásából. Megközelítése makro-szociológiai-társadalompolitikai jellegű. Más szerzők gazdaságpolitikai szempontból közelítik meg a jelenséget, ide sorolva többek között az ún. „diszkrimináció-tesztelések” módszerét is (Sik és Simonovits, 2006). Az alábbi tanulmány e két módszertani megközelítés egyikéhez sem tartozik. Dolgozatom a társadalmi kirekesztettség fenomenológiai, és ezen belül is a hétköznapi élet *szociálpszichológiai* megközelítésére építkezik (Hernádi, 1984; Csepeli, 1986). Az effajta (kvantitatív, értelmező) módszertani megközelítésben nem az a kulcskérdés, hogy hányan vannak azok, akik bizonyos társadalom-gazdasági vagy egyéb, tőlük függetlenül felállított kritériumok szerint minősülnek kirekesztettnek vagy nem annak. Egy fenomenológiai megközelítésben a kulcskérdés az, hogy *kik* azok, akik egy adott társadalmi környezetben „*kirekesztve érzik*” magukat; *hogyan* élik át és értelmezik előállt élethelyzetüket, és nem utolsó sorban a kulcskérdés az is, hogy kik azok, akik őket – tudatosan vagy nem tudatosítva, közvetlenül vagy közvetetten – kirekesztik egy sajátjuknak vélt társadalomból.

Következésképpen, a „társadalmi kirekesztettség” (social exclusion) köznapi élményvilága tanulmányunk elméleti háttérében úgy fogalmazódik meg, mint „valahonnan” való kiközösítettség létélménye. E létélménynek lehetnek különböző formái és értelmezési keretei: *kirekesztettség* mint állapot; *kirekesztés* mint szándékos társadalmi cselekvés tanúsága jómagam, vagy közvetlen hozzátartozóim ellen; *kirekesztődés* mint kivonulás a társadalom fő sodrásából, és sorolhatnánk (Szalai, 2002). Ugyanakkor, a társadalmi kirekesztettségnek alanyi hordozója lehet bárki, vagy bármely társadalmi csoport, melynek tagjai olyannyira különbözőnek egy többségi társadalom valahány tagjától, hogy ez utóbbiak bármely megkülönböztetési alapon „idegennek” (jővevénynek, „bevándorlónak”, „betolakodónak” stb.) minősíthetik őket, sőt, jogi igazolásokat fabrikálnak azok „kitoloncolására” egy-egy helyi társadalomból. Ez a minősítési alap – *differencia specifica* – lehet bármi: bőrszín (fehér-fekete-sárga), etnikai háttér („roma”-„nem roma”), hajszín (szőke-barna), szemvágás (egyes-ferde), lakóhely szerinti származás (városi-falus), testi állapot (épp-rokkant), mindegy.

Kutatásunk célja nem az volt, hogy „bőrszín”, családi jövedelem vagy bármi egyéb „objektív” mutatók alapján fürkésszünk azon társadalmi csoportok után, kiket a magyar többségi társadalom, enyhén szólva, „nem szeret”. Ezt a feladatot előttünk már számos kiváló hazai kutató és kutató csoportok tisztességesen elvégezték. A hagyományos kisebbségi kutatásokkal ellentétben, az e tanulmány háttérét szolgáló kutatásaink alapcélja eleve az volt, hogy felderítsük a „társadalmi kirekesztettség” többértűen megjelenő *észlelési*, és ezzel kapcsolatos *értelmezési* kereteit a köznapi emberek élményvilágában. Megközelítésünk nem más, mint a szubjektív jóllét (subjective well-being) egyik komponensének vizsgálata, amelynek súlya feltételezhetően éppen olyan számottevő, mint más életminőségi tényezők súlya a társadalmi biztonságérzet meghatározásában – egészség, anyagi helyzet, családi állapot, társas kapcsolatok, általános életelégedettség, esztétikai élmények befogadására és megteremtésére va-

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

ló képesség, és sorolhatnánk (Csíkszentmihályi, 1990; Diener, 2000; Jermyn, 2001; Lengyel, 2003; Strack et al., 1991).

Durva besorolással tanulmányom a kirekesztettség-vizsgálatok azon csoportjába tartozik, amelyek a jelenséget úgy értelmezik, mint a társadalmi marginalizáció egy formáját, kiváltképpen az olyan közösségekben, amelyeknek népessége hagyományosan, vagy újonnan *multi-kulturális* összetételű. Történetesen a társadalmi kirekesztettség-kirekesztések élményvilágát Dél-Dunántúl két olyan kistérségében vizsgáltuk (Villány és Bóly kistérségek), melyek települései a gazdasági-infrastrukturális fejlettségük terén, köztudottan széles sávon rétegzettek, a lakosság demográfiai és kulturális összetétele pedig manapság is az ország egyik legheterogénebb népességét jeleníti meg (ld. KSH, 2000).

Cél

Az alábbiakban egy komplex kutatás részeredményeit fogjuk közölni, amelynek elsődleges célja, egy nyertes pályázat keretében (ESzCsM Pályázat '03), a következőkben fogalmazódott meg:¹

„Felderíteni és felmérni a társadalmi kirekesztések főbb *tömeglélektani* dimenzióit és azok közötti összefüggéseket (szociálpszichológiai megközelítés), amelyek számottevő valószínűséggel – közvetve vagy közvetlenül – hátrányos helyzetbe juttatják Baranya megye aprófalvas lakosságának jelentős részét a jelenlegi szociális ellátások elérésében és felhasználásában, valamint a helyi társadalmak közéletében” (Baráth, Vastag és Kovácsné Bathó, 2004).

Vizsgálati modell

Vizsgálataink három munkahipotézisre épültek.

1. *A hátrányos megkülönböztetések multi-dimenzionalitása*: Elsősorban abból a feltételezésből indultunk ki, hogy a hátrányos megkülönböztetéseknek számos arculata lehet, ez tehát többdimenziós jelenség. Ezt a feltételezést igazolják egyébként a szakirodalomban fellelhető előzetes kutatások és tanulmányok is (Arthurson és Jacobs, 2003; Ferge, Tausz és Darvas, 2002; Ladányi és Szelényi, 2003; Madanipour et al., 1998; Room, 1995; Sen, 2003; Vobruba, 2000). A hátrányos megkülönböztetések leggyakrabban idézett dimenziói között megtaláljuk a *társadalom-földrajzi* elszigeteltséget; a *szegénységgel* kapcsolatos megkülönböztetéseket; a *kulturális (etnikai, nyelvi, vallási)* másságokra építkező diszkriminációt stb. Következésképpen jelen kutatásunk fókuszában is az a kérdés állt, hogy vajon melyek azok a megkülönböztetési kritériumok (érték-rendszerek), amelyek meghatározó szerepet játszanak a vizsgálandó helyi közösségek és lakókö-

¹ Ld. Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium által a 2003. évben a társadalmi befogadás kérdéséről szóló kutatások finanszírozására kiírt pályázat. *Szociális Közöny*, 2003: 4 szám: 592–599.

zösségek viszonyrendszerében, illetve a helyi közszolgáltatások működésében.

2. *A közszolgáltatások–szolgáltatók szűrő-mechanismusai.* Tanulmányok hosszú sora sugallja, hogy a közszolgáltatások működésében számos olyan kirekesztő mechanizmust találunk „beágyazva”, amelyek – nyílt vagy rejtett formában, tudatos vagy nem tudatos indítással – halmozzák és termelik újra a társadalmi egyenlőtlenségeket és igazságtalanságokat, a közjavak és erőforrások elosztásában (Hankiss, 1978; Haisken-DeNew és Sinning, 2007; Patel, 2003; Williams, 1996). Az Amerikai Egyesült Államok egészségügyi ellátórendszerében működő kirekesztő mechanizmusokat egyes kritikusok egyenesen „egészségügyi rasszizmusnak” nevezik (health racism). Példaként idézzünk néhány kritikai minősítést: „A tudattalan rasszizmus olyannyira beásta magát az amerikai egészségügybe, hogy az egyenlőtlenségek felszámolásának egyetlen útja a szabályok megváltoztatása.”² „Az egészségügyi ellátás egészében egyenlőtlen hozzáférhetőséget és kezelést nyújt, amelynek alapja a »faji«, nyelvi és etnikai diszkrimináció.”³ Az egészségügyi ellátáson belüli rasszizmus a színes bőrűeket egyszerűen beteggé teszi.”⁴ (Fox, 2005). Jelen dolgozatunknak is egyik központi témája: azonosítani és felmérni bizonyos „intézményi szűrők” jelenlétét és szerepét a helyi és körzeti közszolgáltatások hálójában (hozzáférhetőség, szolgáltatási kultúra stb.).

3. *Társadalom-ökológiai (környezeti) meghatározók.* A társadalmi egyenlőtlenségek és diszkriminációk tartós fennállása és reprodukciója nyilvánvalóan környezetfüggő folyamat. Azaz olyan strukturális tényezőknek a függvénye, amelyek egyrészt meghatározzák a közszolgáltatások differenciált elérhetőségét és felhasználását, másrészt a helyi társadalmak demográfiai, gazdasági, kulturális és egyéb rétegződéséből fakadnak (KFF, 1999; Krieger, 1999). Következésképpen jelen vizsgálataink fókuszába is azt a kérdést állítottuk, hogy a vizsgált kistérségeken belül egy-egy település gazdasági-infrastrukturális fejlettségi szintje, földrajzi elhelyezkedése, valamint a helyi lakosságok demográfiai és kulturális összetétele mennyiben befolyásolják a hátrányos megkülönböztetések közvetlenül észlelhető (megtapasztalt) jelenségvilágát, egyrészt a helyi közösségekben, illetve lakóközösségekben, másrészt a különböző közszolgáltatási intézmények kontextusában.

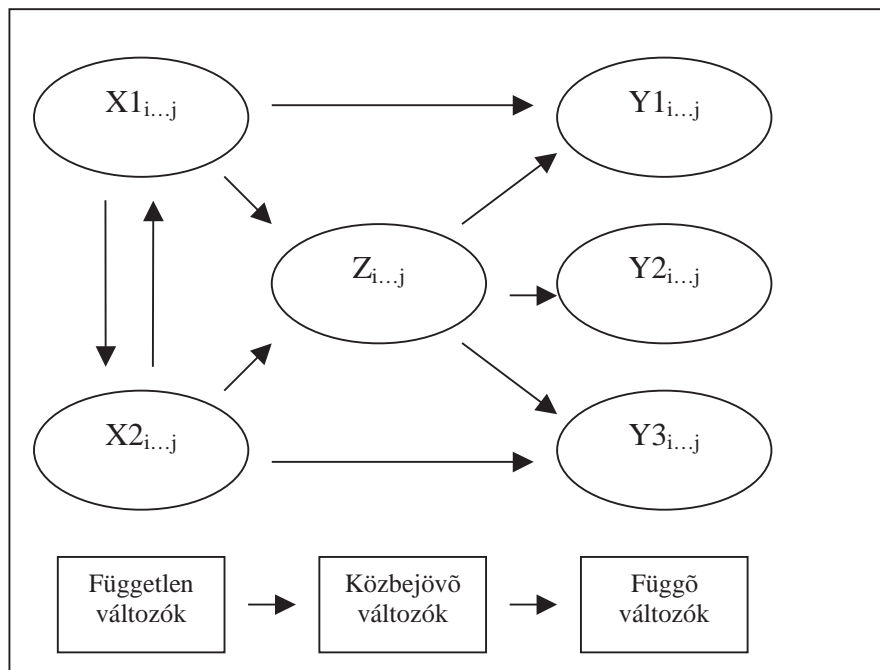
Összegezésül: vizsgálataink elméleti háttérébe egy olyan oknyomozó-útkereső (path) modellt állítottunk, amelynek alapjaiba egyrészt az eddigi kutatások általánosítható eredményeit építettük be a társadalmi kirekesztettségek oki magyarázatában, másrészt igyekeztünk szabad mozgásteret biztosítani a személyesen megélt kirekesztettségek gyakoriságának és (vélt) „okainak” felderítésében, a rendelkezésünkre álló empirikus felmérések adatbázisában. E kiindulási keretet az alábbi folyamat-diagrammal szemléltetem (1. ábra).

2 „Unconscious racism is so entrenched in U.S. medical system that the only way to eliminate disparities is to change the rules.”

3 „The health care system as a whole provides vastly unequal access and treatment based on race, language, and ethnicity.”

4 „Racism within the health care system is literally making people of color sick.”

1. ábra Vizsgálati modell



Ahol:

$X1_{i...j}$ = Település típus: (A) fejlett, (B) felzárkózó, (C) fejletlen

$X2_{i...j}$ = Lakosság demográfiai/kulturális rétegzettsége (kor, etnikum, iskolai végzettség stb.)

$Z_{i...j}$ = Látens kirekesztő mechanizmusok a közszolgáltatásokban (kommunikációk)

$Y1_{i...j}$ = Globális kirekesztettség érzése

$Y2_{i...j}$ = Észlelt kirekesztő mechanizmusok a közszolgáltatásokban (attribúciók)

$Y3_{i...j}$ = Észlelt kirekesztő mechanizmusok a helyi közösségekben (attribúciók)

Módszerek

Települési minták

Mint már említettem, vizsgálataink célterülete Baranya megye két olyan kistérsége volt (Villány és Bóly), melyeknek lakossága közismerten rétegzett, nem csupán a helyi települések nagyságrendjének és infrastrukturális fejlettségének terén rétegzett, hanem a helyi társadalmak etnikai, demográfiai, topográfiai, egészségügyi, szociális ellátottsága terén is. A két város körjegyzőségéhez tartozó települések közül öt-öt olyan községet választottunk ki, amelyeknek differenciáltsága – a helyi szakemberek megítélése szerint – mérvadóan tükrözi a megye összlakosságának heterogenitását. A vizsgálati minta két térségi várost is beszámítva, összesen 12 települést foglalt magában. Az alábbi táblázatban foglaltam össze a kiválasztott települések névsorát és főbb topográfiai paramétereit.

1. táblázat A vizsgált települések névsora és fontosabb paramétereit

Település	Terület, km ²	Lakó-népeség	Körjegyzőség 2003*	Távolság a várostól	Zsák-település (km)	Infrastrukturális fejlettség (klaszterek)**
1. Villány	22	2765	Villány	Villánytól		A = fejlődő
2. Márok	16	544	"	5		A = fejlődő
3. Illocska	15	271	"	13		B = felzárkózó
4. Lapáncsa	4	241	"	10	x	C = lemaradó
5. Kisjakabfalva	7	176	"	4	x	C = lemaradó
6. Ivánbattyán	6	150	"	7	x	C = lemaradó
7. Bóly	25	3759	Bóly	Bólytól		A = fejlődő
8. Kátoly	8	367	"	15	x	B = felzárkózó
9. Erzsébet	10	348	"	20		A = fejlődő
10. Liptód	15	267	"	12	x	B = felzárkózó
11. Kékesd	8	220	"	21		B = felzárkózó
12. Szellő	6	185	"	17		B = felzárkózó

Forrás: Baranya megye statisztikai évkönyve, KSH, 2001.

*Frissített körjegyzőségi adatok, 2003. szeptember.

**Statisztikai klaszterek (saját elemzés): Összesen 18 gazdasági/infrastrukturális, demográfiai és ellátottsági mutató klaszter-elemzésével nyert empirikus csoportosítás (KSH 2000 adatok alapján). Az elemzésbe bevont változók listája az I. Függelékben, a vizsgált térség fejlettségi topográfiája (térképe) országos viszonylatban pedig a II. Függelékben található.

A következő táblázatban az egyes klaszterekbe besorolt települések népessége demográfiai és gazdasági összetételének profilját közlöm néhány jelentősebb mutatóban.

2. táblázat A vizsgált település-klaszterek lakosságának demográfiai és gazdasági összetétele néhány jelentősebb mutatóban

Paraméterek	Klaszterek			Összesen (K = 12)	ANOVA F-teszt
	(A) Fejlődő települések (k = 4)	(B) Felzárkózó települések (k = 5)	(C) Lemaradó települések (k = 3)		
Lakosok átlag száma	2975,6	274,0	193,7	1938,7	612,8***
Átlag távolság a körzeti várostól (km)	2,1	15,9	7,4	5,8	537,5***
Lakos/helyi vállalkozás aránya (kft. stb)	12,8	39,59	96,6	32,1	2391,5***
Lakos/személygépkocsi arány	4,1	7,3	7,3	5,33	1074,3***
Lakos/lakás arány	3,0	2,1	2,4	2,7	273,1***

Forrás: Saját számítás KSH (2001) adatok alapján

F-teszt teszt szignifikancia szintek: (*) p 0,10; (**) p 0,05; (***) p 0,01

Mint látjuk, az egyes település-csoportok közötti különbségek valahány paraméterben statisztikailag szignifikánsak (F-tesztek szignifikancia szintjei: $p = 0,000$). Megfigyelhető azonban az is, hogy e különbségek nagyságrendje igen változó. Így pl. míg a lakos-helyi vállalkozás index-mutatóban a klaszterek közötti különbségek kimagaslóan nagyok (a fejlődő településeken 13, a lemaradó településeken pedig közel 100 lakos jut 1 helyi vállalkozásra), a lakos-lakás index-mutatóban a különbségek jóval kisebbek. Ugyanakkor érdemes megfigyelni azt is, hogy míg egyes paraméterekben az átlagértékek megoszlása *lineáris* összefüggésben áll a vizsgált településcsoportok közötti infrastrukturális fejlettségi szintkülönbségekkel (A–B–C), más paraméterekben pedig *nem-lineáris* különbségi trendeket látunk. Két ilyen, nem-lineáris összefüggést látunk a fenti táblázatban is. Az egyik a települések átlag-távolsága a legközelebbi (körzeti) várostól – Villány ill. Bóly –, a másik pedig a lakos-lakás index-mutató esetében. Ilyen és hasonló nem-lineáris összefüggésekkel a későbbiekben is fogunk még találkozni, történetesen a lakossági felmérések adatbázisában, melyek összességükben arra utalnak, hogy a vizsgált település-klaszterek közötti infrastrukturális és gazdasági szintkülönbségek nem minden esetben állnak egyértelmű összefüggésben a helyi társadalmak közötti demográfiai, szociológiai és egyéb vonatkozású különbségekkel. Következésképpen a későbbi félreértések elkerülése végett már itt érdemes kihangsúlyozni, hogy a „fejlődő” – „felzárkózó” – „lemaradó” tárgyszavakat a továbbiakban (is) kizárólag a települések viszonylagos gazdasági-infrastrukturális fejlettségi szintjeire vonatkoztatom.

Lakossági mintavétel

A kiválasztott települések felnőtt (18 éven felüli) lakosságának településenként 5 százalékos részarányát választottuk ki, személyes interjúkészítéshez, *véletlenszerű* mintavétellel, a körjegyzőségek által rendelkezésünkre bocsátott választópolgári listák alapján (frissítve 2002 októberében). Az ily módon kiválasztott választópolgárok személyi adatai természetesen titkosítva maradtak. A tervezett lakossági minta nagyságrendje 360 fő volt, egyenlő megoszlással a két kistérségből (180–180 fő). A ténylegesen felmért lakossági minta nagysága ennél nagyobb volt: összesen 467 főre bővült azzal, hogy az 500 főnél kevesebb lakost számláló településeken a kérdezettek számát 100 fővel bővítettük, hogy némileg egyensúlyozzuk a települési minták statisztikai „súlya” közötti aránytalanságokat.

A lakossági felmérésekbe bevont kérdezettek demográfiai összetételére, családi és vagyoni helyzetére vonatkozó adatokat az alábbi statisztikai táblázat tartalmazza.

3. táblázat A kérdezettek demográfiai és társadalmi összetételének főbb paraméterei

Paraméterek	Klaszterek			Átlagértékek (M)	
	(A)	(B)	(C)	Összesen (n = 267)	ANOVA F-teszt
	Fejlődő települések (n = 290)	Felzárkózó települések (n = 102)	Lemaradó települések (n = 75)		
A kérdezettek életkora (év)	41,2	42,1	51,6	43,1	15,83***
A kérdezettek iskolai végzettsége ¹	3,63	3,10	2,92	3,37	29,62***
Családi jövedelem index ²	3,6	3,1	2,9	3,4	15,79***
Saját jövedelemmel rendelkező családtagok száma	2,2	2,3	1,9	2,0	4,03**
Saját gyermekek száma	1,7	1,6	2,1	1,8	3,41 **
Egy háztartásban élők száma	3,5	3,6	3,0	3,4	3,53 **
Munkaképes családtagok száma	2,0	2,0	1,2	1,9	14,99***
Időskorúak (65+) aránya a családban (%)	37	53	56	44	3,27*

1. Skála: 0 = nincs; 1 = általános; 2 = középiskola/gimnázium; (3) főiskolai/egyetemi; 4 = posztgraduális, 5 = PhD-képzés.

2. Havi nettó családi jövedelem, a kérdezettek bevallása szerint (N = 402), a következő osztályozásban (skála-értékek): (1) = 23.000 Ft. alatt; (2) = 23–58.000 Ft között; (3) = 59–120.000 Ft között; (4) = 121–170.000 Ft között; (5) = 171–230.000 Ft között; (6) = 231.000–500.000 Ft között; (7) = 500.000 Ft felett

F-teszt szignifikancia szintek: (*) p 0,10; (**) p 0,05; (***) p 0,01

A kérdezett családok havi (nettó) jövedelmére vonatkozó részletesebb adatok az alábbi táblázatban olvashatóak.

4. táblázat A családi (nettó) havi jövedelmek megoszlása település-típusonként a kérdezettek bevallása szerint

Jövedelmi sávok	Említési arányok (%)			
	(A) Fejlődő települések (n = 231)	(B) Felzárkózó települések (n = 96)	(C) Lemaradó települések (n = 75)	Összesen (n = 402)
23.000 Ft alatt	0,9	8,3	0,0	2,5
23.000 – 58.000 Ft között	14,7	14,6	20,0	15,7
59.000 – 120.000 Ft között	40,3	43,8	72,0	47,0
121.000 – 170.000 Ft között	18,2	25,0	4,0	17,2
171.000 – 230.000 Ft között	17,7	8,3	4,0	12,9
231.000 – 500.000 Ft között	6,9	0,0	0,0	4,0
500.000 Ft felett	1,3	0,0	0,0	0,7

χ^2 -teszt = 66,57; df = 12; p = 0,000

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

Az utóbbi táblázat kapcsán megjegyzendő, hogy a kérdezettek mintegy 14 százaléka elutasította a családi jövedelemre vonatkozó kérdést. Ettől eltekintve állíthatjuk, hogy a három települési klaszter lakossága a gazdasági erőforrások tekintetében számottevően különbözött egymástól. Nem mellőzhető részadat, hogy a felzárkózó (B-klaszter) településeken kérdezett családok jelentős hányada (8%) a havi jövedelem legalacsonyabb kategóriáját jelölte be, melyet nyugodtan minősíthetünk „minimál”, azaz abszolút szegénység-jövedelemnek. Ez az adat már önmagában is jelentős, hiszen egyben háttéri magyarázat is arra, hogy miért éppen ez az a kistérségi falusi (nem aprófalvas, nem szórvány-települési) lakossági csoport, amely számos változóban eltér a másik két vizsgált települési csoport paramétereitől.

Adatgyűjtés

A felméréseket személyes interjúk formájában végeztük, egy többnyire zárt típusú kérdésből álló kérdőív alapján. A kérdőív egy korábbi változatát előzetesen egy nemzetközi összehasonlító kutatás keretében használtuk, Európa tíz országában (Patel, 2003), így számos mutató és mérőskála módszertani sajátossága eleve ismeretes volt számunkra (Baráth, 2004a, b).⁵ Az adatgyűjtést a mintába besorolt személyek-családok otthonaiban végeztük (idősáv 2003. november – 2004. január), előre egyeztetett időpontban. Kérdezőbiztosaink egy-egy kiválasztott címen a család-háztartás azon felnőtt tagját kérték fel a személyes interjúra, aki a megbeszélte időpontban otthon tartózkodott, aki önkéntesen vállalta a mintegy másfél órát igénylő beszélgetést, és aki egyben a család-háztartás többi tagjairól is tudott részletes adatokkal szolgálni. A kérdezettek többsége (65%) nő volt, átlag életkor 42,5 év; túlnyomó többségük (94%) többszemélyes háztartásban élt, 61% házastársi és 12% élettársi kapcsolatban. A kérdezettek közel fele városban (55%), a másik fele pedig faluhelyen élt (45%).

Vizsgálati változók (válogatás)

Jelen dolgozatomban a begyűjtött adatbázisnak mindössze egy töredékével foglalkozom. Konkrétan a következő változókkal nyert eredményeket fogom bemutatni (tematikai csoportosítás):

1. *Életminőség-mutatók* (anyagi helyzet, egészségi állapot, általános életelégedettség, globális társadalmi kirekesztettség érzése).

⁵ A kérdőív angol eredetijét (PRIAE MEC[®] WP2 Survey) a projektet vezető intézmény munkatársai állították össze (PRIAE – Policy Research Institute for Ageing and Ethnicity, Leeds-London), annak magyarra való fordítása pedig Orsós-Hegyesi Évának, a magyarországi felmérések (volt) szakmai felelősének a munkája (2002–2004). Megjegyzendő, hogy a kérdőív szerkesztését számos előkutatás előzte meg valahány részt vevő országban, különböző kvalitatív vizsgálati technikák alkalmazásával (mélyinterjúk készítése, kritikus esettanulmányok, fókusz csoport felmérések stb.).

2. A helyi körzeti közszolgáltatások szubjektíven megítélt (funkcionális) elérhetősége (élelmiszerbolt, orvosi rendelő, polgármesteri hivatal, iskola stb.).

3. A közszolgáltatások működésének tapasztalati minősítése (megbízhatóság, hozzáférhetőség, a közalkalmazottak szolgálatkészsége, adminisztráció, költségesség stb.).

4. Hátrányos megkülönböztetések személyes tapasztalata különböző ellátó intézményekben (egészségügyi dolgozók részéről, szociális ellátásban, más kliensek részéről stb.).

5. Helyi közösségekben-lakóközösségekben tapasztalt hátrányos megkülönböztetések észlelt gyakorisága és ok-tulajdonítása (személyes tapasztalat, mások tapasztalata etnikai vonatkozásban, vagyoni vonatkozásban, lakóhelyi körülmények vonatkozásában stb.).

Szakmai-közalkalmazotti kérdőív, adatgyűjtés, vizsgálati változók

A 12 településen illetve a két körjegyzőség (Villány és Bóly) hatósugarában dolgozó közalkalmazottak egy célcsoportját kértük fel arra, hogy személyes (szakmai) megfigyeléseikkel, a rendelkezésükre álló adatok alapján minősítsék a helyi társadalmak egészségügyi, szociális, gazdasági helyzetét, ellátottsági szintjét, valamint reflektáljanak a társadalmi kirekesztettségek/ kirekesztések helyi jelenségvilágára. A két kistérség 20–20 helyi közalkalmazottját vontuk be e kiegészítő felmérésekbe. Minden településnek volt három helyi referense, a két körzeti városnak pedig 5–5 referense. A minta szakmai összetétele a következő volt: 8 szociális munkás, 3 pedagógus, 4 egészségügyi dolgozó, 1 gazdasági szakember, 7 polgármester, 8 jegyző ill. jogász, és 9 egyéb beosztású közalkalmazott. A kérdezettek átlag szolgálati éveinek száma a körzetekben 10,2 (Villány), illetve 13,4 év volt (Bóly).

Hasonlóan a lakossági felmérésekhez, vizsgálatainak személyes interjúk formájában végeztük a kérdezettek hivatali-szolgálati környezetében. A kérdőívet egyazon, az előbbieken már említett nemzetközi összehasonlító kutatásaink eszköztárából kölcsönöztük (PRIAE MEC[©] WP-3 Survey; Baráth, 2004c–d). Itt is a begyűjtött adatok mindössze egy töredékével fogunk foglalkozni.

1. A helyi lakosság életminőségének és ellátottságának értékelései

2. A hátrányos megkülönböztetések vélt okai

3. A hátrányosan megkülönböztetett személyek, lakossági csoportok főbb kategóriái.

Adatfeldolgozás

Tekintettel a begyűjtött adatok sokaságára és sokszínűségére, az adatelemzések során szükségszerűnek tűnt az eredeti (kérdőívek) adattárának módszertani leegyszerűsítése megfelelő statisztikai modell-építő statisztikai eljárásokkal. Az egyik ilyen eljárás a *faktorelemzés* (factor analysis) néven közismert eljárás volt, melynek alkalmazásával az empirikus változók közötti összefüggésekben (korrelációs mátrixokban) rejlő, látens

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

dimenziókat igyekeztünk azonosítani, számszerűsíteni, és felhasználni további statisztikai eljárásokban (faktor-változók konstrukciója). Egy másik, *útelemző* (path analysis) néven ismeretes eljárással pedig a közvetlen felmért (empirikus) és látens (elméleti) változók közötti összefüggések felderítését szorgalmaztuk. Ezeket az eljárásokat egyébként elméleti konstrukció érvényesség-ellenőrzés néven ismeri a szakirodalom (construct validity checking) (ld. Jöreskog, 2000; Mels, 2006). Az adatokat SPSS és LISREL statisztikai programokkal dolgoztuk fel.

2. ábra Hátrányos életkörülmények említési aránya a vizsgált település-klaszterekben

Eredmények

Szubjektív életminőség, és a globális kirekesztettség érzése

A lakossági kérdőív nyitó szakaszában a kérdezettek négy szempontból minősíthették jelen életkörülményeiket (Likert-féle skálák):

QL1. *Egészségi állapot*, ahol: 1 = nagyon gyenge, 2 = gyenge, 3 = átlagos, 4 = jó, 5 nagyon jó;

QL2. *Anyagi körülmények*, ahol: 1 = nagyon gyenge, 2 = gyenge, 3 = átlagos, 4 = jó, 5 = nagyon jó;

QL3. *Általános életelégedettség*, ahol: 1 = egyáltalán nem, 2 = kicsit, 3 = közepesen, 4 = eléggé, 5 = kimondottan elégedett;

QL4. Általános kirekesztettség érzése az egészségügyi és szociális ellátásban, ahol: 1 = egyáltalán nem, 2 = kicsit, 3 = közepesen, 4 = eléggé, 5 = kimondottan igen.

A 2. ábrával szemléltetjük a térségekben vizsgált települések gazdasági fejlettségi szintje és a lakosság szubjektíven megítélt jóléti szintjei közötti összefüggést (negatív értékelési osztályzatok összesítve QL1–QL3 skálán 1–2; QL4 skálán 2–5).

Első ránézésre is megállapíthatjuk, hogy az egyes települések gazdasági-infrastrukturális fejlettségi szintje és a lakosság szubjektíve megítélt jóléti szintje között *nincs* egyértelmű összefüggés. Az első két önértékelési skálán a település-klaszterek közötti különbségek statisztikailag jelentősek (χ^2 tesztek, $p < 0,01$), a másik kettőn pedig nem (χ^2 tesztek, $p > 0,05$). Egy másik érdekes adat, hogy jelentősebb *lineáris* összefüggést a települések fejlettségi szintje és a szubjektív jóléti mutatók közül mindössze *egy* változóban találtunk (egészségi állapot), a többiben nem. Sőt, a második mutatóban az összefüggés nem is lineáris, hanem kimondottan *nem-lineáris*, amire számos példát találtunk más változóban is. E sajátosan fordított „U” alakú (nem-lineáris) összefüggés oki magyarázata az előzőkben már utaltunk. Történetesen arra a kulcstényezőre hívtuk fel a figyelmet, hogy a középnyagyságú, B-klaszter (felzárkózó) falusi népességek jelentős hányada (kb. 8%) kimondottan *szegény* családokból és háztartásokból tevődik össze, ami – a vizsgált kistérségekben (!) – nem meghatározó jellegzetessége sem a városi (fejlődő), sem a gazdaságilag lemaradó (aprófalvas) településeknek (ld. 3–4. táblázat).

Az alábbi ábrával azt szemléltetjük, hogy egyes aprófalvas településeken a kirekesztettség említési aránya többszörösen meghaladja a környéki városokban élő kérdezettek átlagát (összesített χ^2 teszt = 28,94; $df=11$, $p < 0,05$).

3. ábra Az általános kirekesztettség említési aránya egyes településeken és körzetekben

SZEGÉNYség ÉS KIREKESZTÉS

A következő ábrával szemléltetjük a „kirekesztettséget” említő kérdezettek magyarázatainak főbb tartalmi kategóriáit helyzetük értelmezésére (szabad válaszok között elsőként említett okok).

4. ábra A hátrányos megkülönböztetések vélt okai (említési arányok, %)

Figyelemreméltó adat, hogy míg a fejlettebb (városi–város-közei) településeken a *lakóhely* számít sorsdöntőnek a hátrányos megkülönböztetések szubjektív ok-tulajdonításában, e tényező említése a lemaradó falvakon előkérdettek attribúcióiban egyáltalán nem szerepel. Ehelyett, magyarázataikban többnyire *a szegénységgel vagy az etnika diszkriminációval kapcsolatos értelmezések domináltak.*

Intézményi szűrők az egészségügyi és szociális ellátásban

Már említettük, hogy kérdőívünkben szerepelt egy olyan, 24 tételes attitűd skála (12 * 2 Likert-féle osztályzati skála, 1–5), amelyen a kérdezettek elsőként leosztályozták személyes *elvárásaikat*, ezt követően pedig személyes *tapasztalataikat* a helyi-körzeti közszolgáltatások minőségi működésében. E minősítési változókat rés-mutatóknak neveztük el (GAP-measures), amelyeket aránylag egyszerű eljárással úgy állítottunk elő, hogy valahány változóban a személyes elvárások skálaértékeiből (E) kivontuk a tapasztalati skála értékeket (T). Az alábbi ábrával szemléltetjük az elvárási (E) és tapasztalati (T) minősítések között húzódó réseket a kérdezettek megítélésében (összesített adatok).

5. ábra *Elvárások és tapasztalatok közötti eltérések (rések) a helyi/körzeti egészségügyi és szociális ellátások minősítésében (átlagértékek, N = 467)*

A fenti ábrán jól látható, hogy a kérdezettek minőségi elvárásai valamennyi változóban eltérnek a tapasztalati minősítési átlagoktól (magasabbak). Következő lépésünk e rés-mutatók közötti összefüggések dimenzionalitásának felderítése volt, amely vizsgálatokat faktorelemzéssel végeztünk el.

Eredményeként egy háromtengelyes faktor-szerkezetet találtunk, amelynek komponenseit a következő megnevezésekkel értelmeztünk:

1. „Hozzáférhetőség” (faktorsúly 39%) – az igényelt ellátásokhoz–ellátókhoz való hozzáférhetőség észlelt akadályai;
2. „Bizalom” (faktorsúly 10%) – az ellátókba vetett személyes bizalom ill. bizalmatlanság;
3. „Adminisztráció/ költségesség” (faktorsúly 9%) – az ügyintézés és esetkezelések észlelt bonyolultsága, költségigényessége stb.

E rejtett szűrők (látens változók) empirikusan letérképezett path-moddelljét az alábbi ábrával dokumentáljuk (amelyet a háttéri eljárásról kevésbé tájékozott olvasó teljes egészében mellőzhet is).

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

6. ábra *Látens szűrők a helyi/körzeti egészségügyi és szociális ellátórendszerben (path-modell)**

***Jelmagyarázat:**

Empirikus változók: ERGAP – „Megbízhatóság”, EAGAP – „Hozzáférhetőség”, EPGAP – „Szolgáltatékésztség”, ETGAP – „Rendezettség”, EFGAP – „Megértés”, ESGAP – „Szolgáltatási kultúra”, EBGAP – „Tiszteletadás”, EEGAP – „Közvetlenség”, EUGAP – „Bizalom”, ECGAP – „Adminisztráció”, EIGAP – „Tájékoztatás”, EC2GAP – „Költségek”.

Látens változók: „*Hozzáfér*” – a szolgáltatásokhoz/szolgáltatókhoz való hozzáférhetőség megítélése; „*Bizalom*” – a szolgáltatásokba/ szolgáltatókba vetett bizalom; „*Adminisz*” – az ellátásokkal járó adminisztráció (ügyintézés).

A nyilak mellett feltüntetett standardizált béta regressziós koefficiensek (β path coefficients), amelyek az empirikus és látens változók, illetve maguk a látens változók közötti összefüggések relatív erősségét számszerűsítik (0,00 – 1,00), az empirikus változók mellett pedig a külső (nem mért) tényezők hatásának fokát jelzik (residual error terms).

A felvázolt ábra empirikus igazolása annak, hogy a helyi közszolgáltatások kommunikációs rendszerében ténylegesen három különböző, de egymással összefüggő *kirekesztő mechanizmus* működik. Az első, és nyilván legjelentősebb ezek közül az egyes szolgáltatásokat nyújtó közalkalmazottakhoz való *személyes hozzáférhetőség* differenciáló tényezője (személyes ismeretség, baráti-ismeretségi ajánlások stb.). A „szűrők” második csoportjában találjuk a szolgáltatók személyes, a kliensek iránti differenciált (elutasító–befogadó) magatartásainak igen széles skáláját. Végezetül a szűrők harmadik csoportját képezik a szolgáltató intézmények működésében rejlő kirekesztő mechanizmusok, ide sorolva a többnyire bonyo-

lult adminisztrációt, a szolgáltatások differenciáló költségességét (útiköltségek stb.), az intézmények nyitvatartásának megfelelőségét, a kliensek részéről elvárt tájékoztatási kommunikációk megfelelőségét stb.

A hátrányos megkülönböztetések személyes tapasztalata az ellátórendszerben és a helyi közösségekben

A kérdőívben két, specifikus kérdéskör szerepelt a hátrányos megkülönböztetésekkel kapcsolatos személyes tapasztalatok feltárására. Az első kérdéskörben (HRS1) szó szerint a következő általános felvezető kérdés hangzott el:

„Tapasztalt-e [Ön] valaha is hátrányos megkülönböztetést (diszkriminációt, elutasító magatartást) a következő személyek részéről: (a) egészségügyi dolgozók részéről (orvosok, ápolók stb.), (b) szociális gondozók részéről (szociális munkások stb.), (c) más intézményekben dolgozó közalkalmazottak részéről, (d) más kliensek/ellátottak részéről, akik ugyanazon szolgáltatásokat vették igénybe, (e) egyéb személyek/csoportok részéről.”

A kért feladata az volt, hogy egy 5 fokozatú skálán tételenként becsülje fel e megkülönböztetések személyes tapasztalati gyakoriságát (1 = soha... 5 = állandóan). Azok, akik legalább egy tételben bármely fokozatú igenlő („igen”) választ adtak, arra voltak felkérve, hogy egy 15 tételből álló attitűd skálán nevesítsék meg azon okokat/indokokat, amelyek – véleményük szerint – alapul szolgáltak a hátrányos megkülönböztetésre a szolgáltatók, vagy más jelenlevő személyek/csoportok részéről. (NB. E tételes attribúciós skálával begyűjtött adatokat az alábbiakban külön fogjuk bemutatni.)

Hasonló kérdéskörrel, az előzőtől időben és szöveggörnyezetben teljesen elkülönítve mértük fel a hátrányos megkülönböztetések személyes tapasztalatait a helyi közösségekben. A szövegesen megfogalmazott bevezető alapkérdés a következőként hangzott el:

„Lakónegyedben/lakóközösségében milyen gyakran találkozik hátrányosan megkülönböztető előítéletekkel, illetve megnyilvánulásokkal?”

A kérdezettek a következő (ajánlott) válaszadási kategóriák közül választhattak: „1 = soha; 2 = személyes tapasztalat; 3 = mások tapasztalata; 4 = mindkettő”. Amennyiben a kérdésre adott válasz bármely fokozatban pozitív („igen”) volt, a következő kérdés hangzott el:

„Ön szerint miért van az, hogy személyesen Ön, családjának bármely más tagja, vagy a helyi közösség bármely más tagja (családja, csoportja) hátrányos megkülönböztetésben részesül a lakónegyedben/településen? Fontolja meg és értékelje a következő lehetséges okokat/indokokat!”

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

Következett egy többnyire egyazon tételekből álló attribúciós skála (15 tétel), amelyet az első kérdéskörben is alkalmaztunk az észlelt kirekesztések (vélt) okainak feltárására. Az alábbi táblázattal csupán az első (bevezető) kérdésekre adott válaszok említési arányát szemléltetjük.

5. táblázat Hátrányos megkülönböztetések tapasztalata a közszolgáltatásokban és helyi közösségekben (említési arányok százalékban)

	Fejlődő települések (n = 209)	Felzárkózó települések (n = 102)	Lemaradó települések (n = 75)	Összesen (N = 467)	χ^2 teszt
<i>Közszolgáltatási tapasztalatok (összesített adatok)</i>					
Egészségügyben	28,6	37,3	40,0	32,3	4,97*
Szociális ellátásban	15,2	15,7	24,0	16,7	3,43
Helyi önkormányzati hivatalokban	3,1	3,9	16,0	5,4	20,09***
Más jelenelevő kliensek részéről	22,4	23,5	28,0	23,6	1,03
Egyéb személyek/ csoportok részéről	11,4	15,7	12,0	12,4	1,30
<i>Helyi közösségi tapasztalatok (összesített adatok)</i>					
Személyes tapasztalat	5,9	13,7	4,0	7,3	8,34***
Mások tapasztalata	27,0	47,1	24,0	32,7	44,66***
Mindkettő	6,6	13,7	0,0	6,4	33,6***
	14,9	19,6	24,0	19,5	

χ^2 teszt szignifikancia szintek: (*) p 0,10; (**) p 0,05; (***) p 0,01

Érdeemes kiemelni néhány fontosabb adatot a fenti táblázat olvasatára. A kérdezettek kb. egyharmada (32%) érezte magát valaha is hátrányosan megkülönböztetve a helyi/körzeti közszolgáltatások intézményes környezetében. Az effajta megkülönböztetések említési aránya kimondottan magas volt a lemaradó (aprófalvas) településeken élők körében (40%), de nem sokkal alacsonyabb a felzárkózó települések lakossági mintáiban sem (37%). Meglepő adat, hogy a kérdezettek mintegy negyede a helyi önkormányzatok „iroda-környezetében” érzi magát hátrányosan megkülönböztetettnek (összesített említési arány: 24%). A térségben működő szociális munkásoknak és intézményeinek „megnyugtató”, és egyben bátorító visszajelzés pedig lehet az, hogy az általuk kialakított munka-környezetekben és viszonyrendszerekben a kérdezettek zöme (95%) *nem* érzi magát kiszolgáltatva bármely nemű vagy eredetű hátrányos megkülönböztetésnek.

Egy másik figyelemreméltó adat, hogy a felzárkózó (B-klaszterbe csoportosított) településeken élő kérdezettek számottevően nagyobb gyakorisággal említették a helyi közösségekben–lakóközösségekben érezhető, *személyesen* megtapasztalt hátrányos megkülönböztetéseket (14%), melyeknek említési gyakoriságát a fejlődő (A-klaszter) települési mintákban mindössze 5 százalék, a lemaradó (C-klaszter) települési mintákban pe-

dig 0 százalék volt. Ha összevonnuk a táblázatban feltüntetett, mindhárom említési kategóriába besorolt válaszokat, kiderül, hogy a fejlődő (A) és a lemaradó (C) településeken a hátrányos megkülönböztetések említési aránya közel hasonló szinten volt (24–27%), ami kb. fele a felzárkózó (B-klaszter) településeken élő kérdezettek említési arányának (47%). A kulcskérdés itt is az, hogy miért éppen a gazdaságilag–infrastrukturálisan felzárkózó, közepesen fejlett (B-klaszter) településeken érzi (érezheti) magát *kirekesztettnek* a helyi társadalomban a kérdezett személyek és családok közel fele? Az egyik meghatározó oki tényezőre az előbbiekben már utaltunk (e települések számottevően nagyobb telítettsége kimondottan szegény családokkal). A másik, számottevően meghatározó tényező pedig nyilvánvalóan az, hogy e települések *fizikai távolsága* a környező városoktól jelentős (átlag távolság 16 km, lásd 2. táblázat), ami azt sugallja, hogy társadalomlélektani szempontból zömmel zárt helyi közösségekről van szó, melyekben mind a személyes, mind a csoportok közötti konfliktusok és hátrányos megkülönböztetések kiélezettebben és gyakrabban kerülnek felszínre a közéletben és az ott élők tapasztalatában.

A közszolgálati és közösségi diszkriminációk oki értelmezései (attribúciók)

Említettük, hogy a hátrányos megkülönböztetések szubjektív magyarázatainak feltárására egy közel azonos, 15 tételből álló attitűd skálát alkalmaztunk (attribúciós skálák). Az egyes tételekre adott válaszok közötti korrelációk dimenzionalitását faktor-elemzéssel becsültük fel (főkomponens elemzés *Oblimin* faktor-rotációval). Az elemzések legérdekesebb, és egyben legjelentősebb eredménye az volt, hogy mindkét adatbázisban olyan faktorszerkezeteket fedtünk fel, amelyek egyértelműen rávilágítanak a hátrányos megkülönböztetések egyrészt azonos eredetű, másrészt környezet-specifikus jelenségvilágára a vizsgált térség ellátórendszerében, illetve a helyi közösségekben és lakóközösségekben. Az alábbi ábrákkal szemléltetem a fellelt faktorszerkezeteket az egyes komponensek relatív súlyának megjelölésével (egyek faktorokhoz kötődő felmért variancia relatív nagyságrendje százalékban).

7. ábra A közszolgáltatásokban észlelt diszkriminációk látens komponensei

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

8. ábra A helyi közösségekben észlelt diszkriminációk látens komponensei

Az alábbi táblázatban tételesen sorolom fel az egyes faktorokat elsődlegesen meghatározó változókat (attribúciós skála-tételek faktorok szerinti csoportosításban).

6. táblázat A faktor-elemzések eredményei a két attribúciós adatbázisban (faktorsúlyok)*

Közzszolgáltatási diszkriminációk (attribúciók) adatbázisa	Helyi közösségi diszkriminációk (attribúciók) adatbázisa
<i>1. faktor: Vagyoni diszkrimináció (35%)</i>	<i>1. faktor: Vagyoni diszkrimináció (40%)</i>
HRS1-6: Anyagi helyzet .850	HN11-6: Anyagi helyzet .830
HRS1-5: Iskolai végzettség .731	HN11-5: Iskolai végzettség .808
HRS1-12: Foglalkozás .726	HN11-4: Külső megjelenés .808
HRS1-8: Jelen családi háttér .707	HN11-11: Lakókörnyezet .795
HRS1-11: Lakókörnyezet .669	HN11-8: Jelen családi helyzet .696
HRS1-4: Külső megjelenés .668	HN11-7: Szülői háttér .653
HRS1-9: Betegség/fogyatékoság .487	HN11-12: Foglalkozás .608
<i>2. faktor: Etnikai/kisebbségi diszkrimináció (11%)</i>	<i>2. faktor: Etnikai/ kisebbségi diszkrimináció (9%)</i>
HRS1-2: Nemzetiségi hovatartozás .829	HN11-2: Nemzetiségi hovatartozás .847
HRS1-1: Etnikai hovatartozás .811	HN11-1: Etnikai hovatartozás .798
HRS1-7: Szülői háttér .655	HN11-13: Politikai hovatartozás .704
HRS1-14: Konfliktusok közalkalmazottakkal .516	HN11-9: Betegség/fogyatékoság .672
<i>3. faktor: Kulturális diszkrimináció (8%)</i>	<i>3. faktor: Személyes diszkrimináció (9%)</i>
HRS1-13: Politikai hovatartozás .815	HN11-14: Konfliktusok közalkalmazottakkal .767
HRS1-10: Nemi megkülönböztetés .792	HN11-10: Nemi megkülönböztetés .609
HRS1-3: Vallási hovatartozás .654	— —
<i>4. faktor: Egyéb attribúciók (7 %)</i>	<i>4. faktor: Egyéb attribúciók (8%)</i>
HRS1-15: Egyéb említett okok .834	HN11-15: Egyéb említett okok .718
— —	HN11-3: Vallási hovatartozás .573

*Megjegyzés: A skála-tételek csoportosítása a faktor-szerkezeti mátrixban talált legmagasabb korrelációs együtthatók alapján történt (structure matrix coefficients), tekintet nélkül, hogy egyeseket több faktoral is aránylag magas korrelációs együtthatókkal találtunk ($r > .35$).

7. táblázat *Elsődleges komponensek (faktorok) közötti korrelációk*

Közszolgáltatások				Helyi közösségek			
F1:	F2:	F3:	F4:	F1:	F2:	F3:	F4:
Vagyoni alapú kirekesztés	Etnikai/kisebbségi alapú kirekesztés	Kulturális alapú kirekesztés	Személyi alapú kirekesztés	Vagyoni alapú kirekesztés	Etnikai/kisebbségi alapú kirekesztés	Személyi alapú kirekesztés	Egyéb oki alapú kirekesztés
F1	1.000	.318	.374	F1	1.000	.377	.173
F2		1.000	.184	F2		1.000	.129
F3			1.000	F3			1.000
F4				F4			

Mindkét adatbázisban aránylag magas (pozitív) összefüggést látunk az első és második attribúciós faktorok között. Ugyanakkor aránylag magas korrelációt találunk a *közszolgáltatási* diszkriminációk első és harmadik faktora között is. Ez utóbbi tények olvasatát, kissé leegyszerűsítve, a következő példával szemléltethetjük: Amennyiben valaki úgy érzi, hogy alacsony társadalmi státusa (szegénysége) miatt van hátrányosan megkülönböztetve az ellátórendszerben, az nagy valószínűséggel számottevő *kulturális távolságot* is érez a jómaga és az egész ellátórendszer között, konkrétan az ellátókhoz való viszonyában, kikkel közeli személyes társ-, illetve csoportközi kapcsolatba kerül. E kulturális távolságészlelésnek pedig, mint látjuk, számos objektív (külső) és szubjektív (lélektani) komponense működhet, többek között alacsonyabb-magasabb iskola végzettség mentén keletkező és működő „szociális” távolságtartások, előnyösebb (gazdagabb) – hátrányosabb (szegényebb) lakónegyedek népességének megkülönböztetése alapján gerjesztett és működő társadalmi diszkriminációk, előítéletek stb.

A vizsgálati modell empirikus érvényességének ellenőrzése

LISREL eljárással (parth analysis) próbálkoztunk megfelelni arra az alapkérdésre, hogy a bevezetőnkben felvázolt elméleti modell mennyire igazolható a rendelkezésünkre álló empirikus adatokkal, avagy fordítva: összességében mekkora az elméleti érvényessége az általunk felmért jelenségeknek és azok közötti, statisztikailag felbecsült ok-okozati összefüggéseknek. A modell-ellenőrző eljárásba a következő változókat vontuk be:

(A) Strukturális tényezők

- TELEP: A vizsgált települések fejlettségi szintje (klaszter tagság: 1 = fejlődő; 2 = felzárkózó; 3 = lemaradó).
- LAKÁS: Lakáskörülmények (a kérdezettek vagyoni helyzetének index-mutatója, amely otthonaik technikai/infrastrukturális felszereltségét mérte olyan tételek regisztrálásával, mint „villany a házban”, „folyóvíz/hideg/meleg”, „központi fűtés” stb.; skála 0–15 pontérték között [magasabb pontérték = jobb anyagi helyzet]).

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

- MOBIL: A helyi, illetve körzeti ellátóintézmények funkcionális elérhetősége a kérdezett személy ill. más családtagok számára, 15 ilyen alapszolgáltatás felsorolásával (élelmiszerbolt, patika, posta, iskola, orvosi rendelő stb.; skála 15–30 pontérték között [magasabb pontérték = nehezebb elérhetőség]).

(B) Ellátások minősítése (résmutatók) és attribúciók

- F1GAP: „Hozzáférhetőség ” (faktore-skála)
- F2GAP: „Bizalom” (faktore-skála)
- F3GAP: „Adminisztráció/költségesség” (faktore-skála)
- 1HRS1: „Vagyoni diszkrimináció” az ellátórendszerben (faktore-skála)
- F2HRS1: „Etnikai/kisebbségi diszkrimináció” az ellátórendszerben (faktore-skála)
- F3HRS1: „Kulturális diszkrimináció” az ellátórendszerben (faktore-skála)
- F4HRS1: „Egyéb alapú diszkriminációk” az ellátórendszerben (faktore-skála)
- F1HN11: „Vagyoni diszkrimináció” a helyi közösségben (faktore-skála)
- F2HN11: „Etnikai-kisebbségi diszkrimináció” a helyi közösségben (faktore-skála)
- F3HN11: „Személyes diszkrimináció” a helyi közösségben (faktore-skála)
- F4HN11: „Egyéb alapú diszkriminációk” a helyi közösségben (faktore-skála)

(C) Látens (elméleti) változók

- STATUS: Helyi társadalmak rétegzettsége a vizsgált térségben (makro-strukturális tényezők)
- FGAPS: Az ellátórendszer szűrő mechanizmusai
- FHRS1: Diszkrimináció az ellátórendszerben
- FHN11: Diszkrimináció a helyi közösségekben és lakóközösségekben

Tekintettel e tanulmány eleve korátozott terjedelmére, feleslegesnek tartom, hogy az ábrán feltüntetett eredményeket részletekre bontsam és aprólékosan elemezzem. E helyett mindössze két, jelentősebb tényezőre hívom fel a figyelmet. Az egyik az, hogy a vizsgálataink elméleti háttérébe állított modell empirikus érvényessége (validitása) összességében bizonyítottan minősíthető ($\chi^2 = 293,21$; $df = 72$; $p = 0,000$). A másik figyelemre méltó tényező pedig az, hogy a modellben szereplő strukturális változók összhatása hátrányos megkülönböztetések látens szerkezetére számottevően gyengébb, mint amilyenek vártuk. Ez egyben azt sugallja, hogy a társadalmi kirekesztettség gyökereit elsősorban is az ellátórendszeren és a helyi társadalmakon *belül* létező és működő csoportközi viszonyrendszerekben kell keresni. A viszonyrendszereket az ellátórendszerben tekinthetjük úgy is, mint *szolgáltatási kultúrákat*, az egyes helyi társadalmak köznapi életében pedig *közösségi kultúrák*, mely-

nek mindkét esetben egyik közismert kulcseleme a közvetlen társas, illetve csoportok-közötti viszonyokban észlelt „másságok” iránt tanúsított tolerancia, illetve intolerancia.

Az alábbi ábrával összegezzük az elemzések főbb eredményeit.

9. ábra Az empirikus és látens vizsgálati modell-változók közötti összefüggések hálózata*

*Jelmagyarázat: A nyilak mellett feltüntetett standardizált béta regressziós koefficiensek (β path coefficients), amelyek az empirikus és látens változók, illetve maguk a látens változók közötti összefüggések relatív erősségét számszerűsítik (0,00 – 1,00), az empirikus változók mellett pedig a külső (nem mért) tényezők hatásának fokát jelzik (residual error terms).

Szakmai vélemények a társadalmi kirekesztésről és kirekesztettekről

Először is tekintsük át, miként véleményezték a vizsgált kistérségek el-látórendszerében dolgozó szakemberek és más, helyi képviselők a helyi lakosság általános egészségi állapotát, anyagi helyzetét és egyéb társadalmi sajátosságait. Az alábbi táblázatban összegeztük a kérdezettek minősítéseit hat értékelési skálán (Likert-féle skálák, osztályzatok 1–5), amelyekkel többnyire egyazon jóléti mutatókat céloztunk meg, amelyek a lakossági felméréseinkben is szerepeltek. Megjegyzendő, hogy összehasonlítás céljából itt is csupán az összesített negatív minősítések említési gyakoriságát közlöm.

SZEGÉNYség ÉS KIREKESZTÉS

7. táblázat Szakmai becslések a vizsgált települések lakosságának életminőségéről (említési arányok %)

	Fejlődő települések (n = 16)	Felzárkózó települések (n = 15)	Lemaradó települések (n = 9)	Összesen (N = 40)	χ^2 teszt (p)
„Gyenge” egészségi állapot	12,5	20,0	44,4	22,5	3,45
Hátrányos szociális helyzet	12,5	80,0	66,7	50,0	15,40***
Hiányos egészségügyi ellátás	6,3	26,7	55,6	25,0	7,50**
Hiányos szociális ellátás	0,0	6,7	33,3	10,0	7,47**
Általános életelégedetlenség	18,8	46,7	66,7	40,0	5,96**
Kirekesztések számottevő gyakorisága (a lakosság legalább 1/3-a érintett)	31,3	40,0	66,7	42,5	3,01

χ^2 teszt szignifikancia szintek: (*) p 0,10; (**) p 0,05; (***) p 0,01

10. ábra Lakossági önértékelések és szakmai becslések a hátrányos életkörülmények megítélésében

A szakmai becslések megoszlása település-típusonként egyértelműen azt sugallja, mintha a fejlettebb települések lakossága valahány mutatóban többszörösen előnyösebb helyzetben lenne a gazdaságilag fejletlenebb települések lakosságához viszonyítva. Kérdés, hogy mennyiben felelnek meg e vélemények a valóságnak. A fenti ábrával azt szemléltetjük, hogy

a szakmai becslések jelentősen eltérnek a lakossági önértékelésektől tartalmilag közel azonos mutatókban.

Egyetlen minősítési változó, amelyben a két referencia csoport (szakmabéliek vs. lakossági csoportok) értékelései közel megegyeznek, a lakosság *egészségi állapotára* utaló adatok (lakossági említési arányok 16,9%, szakmai említési arányok 22,0%). A többi mutatóban a szakmai minősítések számottevően *rosszabbak*, mint a lakosság önértékelésének szintjei. Ez vagy azért van, mert a szakmabéliek *túl-értékelik*, maga a lakosság pedig *alul-értékeli* élethelyzete hiányosságait. Egyértelmű válasszal erre a kérdésre természetesen nem rendelkezünk. Itt csupán azt állapíthatjuk meg, hogy a külső szakmai értékelések és maga a lakosság tapasztalati (önértékelési) mércéi között igen laza összefüggés van. E tekintetben az egyik legérdekesebb részadat, hogy az eltérések nagyságrendje a két értékelési referencia csoport között viszonylag legalacsonyabb a *fejlettebb* (A-klaszter) településeken élő lakosság átlag életminőségének megítélésében, amelynek sajátosságait a kérdezett szakmai grémium feltételezhetően jobban ismeri és „érti”, mint bármely, más település-típusokon élő népesség életmódját és életminőségét (hiszen ott él). Az alábbi ábrával illusztráltuk e markáns különbségeket a „szakmai” és „lakossági” értékelések között.

11. ábra *Lakossági önértékelések és szakmai becslések a hátrányos életkörülmények megítélésében, település-klaszterek szerinti bontásban*

A hátrányos megkülönböztetésekről a következő nyitott kérdéssel fordultunk interjúalanyainkhoz:

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

„A helyi lakosság rétegeiből válasszon ki 5 olyan csoportot, kiknek tagjai – az Ön személyes megítélése szerint – tartós és eddig megoldatlan okokból kifolyólag – hátrányos („kirekesztettségi”) helyzetben vannak, illetve érzik magukat az egészségügyi és szociális szolgáltatások hálózatában. 1. helyre nevesítse meg az Ön által megítélt leghiányosabbal ellátott népességi csoportot a helyi közösségben!”

A kérdezettek különböző megnevezésekkel azonosítottak csoportokat. E nevesítéseket 9 főbb kategóriába rendeztük. Az egyes csoportok említési gyakoriságát a következő táblázatban foglaltuk össze.

8. táblázat Tartós hátrányos megkülönböztetésben (hiányos ellátásban) részesített csoportok a kérdezettek megítélésében (N = 40)

Nevesített csoportok	Említés helyen 1.	Említés helyen 2.	Említés helyen 3.	Említés helyen 4.	Említés helyen 5.	Említések összesen
Alkoholisták és egyéb szenvedélybetegek	1	3	21	31	36	92
Munkanélküliek	14	7	0	2	0	23
Idősek	6	4	8	2	0	20
Szegények	3	10	2	0	0	15
Betegek/ fogyatékosok	1	1	4	4	0	10
Kisgyermekes családok	2	1	0	1	4	8
Iskolázatlanok	2	2	2	0	0	6
Gyermekek/ fiatalok	1	1	0	0	0	2
Helyi kisebbségek	0	0	1	0	0	1
Vegyesek említések	10	11	2	0	0	23
<i>Összesen</i>	<i>40</i>	<i>40</i>	<i>40</i>	<i>40</i>	<i>40</i>	<i>200</i>

Nem meglepő, hogy a kérdezettek a szenvedélybetegeket (elsősorban az alkoholistákat) említették messze legnagyobb gyakorisággal a kirekesztettek legnépesebb csoportjaként (említési arány 46%). Meglepő adat azonban, hogy a helyi kisebbségeket mint külön csoportot mindössze egy személy nevesítette meg (említési arány 0,5%).

A következő kérdéssel igyekeztünk felderíteni reszpondenseink véleményét a hátrányos megkülönböztetések okairól, a helyi népességek körében:

„Ön szerint milyen mértékben játszanak szerepet az alábbi (...) tényezők a helyi lakosság egyes csoportjainak »kirekesztődésében« az egészségügyi és szociális ellátásból?”

Következett 12 feltételezett oki tényező tételes felsorolása, és valahány tételre a kérdezettek öt lehetséges felelet közül választhattak:

1 = Helyi viszonylatban nem létező tényező (nincs); 2 = Helyi viszonylatban minimális jelentőségű tényező; 3 = Átlagos jelentőségű tényező; 4 = Igen jelentős helyi meghatározó tényező; 5 = Rendkívüli fontosságú meghatározó tényező.”

A skála utolsó három (3–5) fokozatára adott válaszokat összevonva a következő táblázatot kaptuk:

9. táblázat A hátrányos megkülönböztetések (kirekesztettségek) vélt oki tényezői a kérdezettek megítélésében (emléltési gyakoriság)*

Rangsor	Fejlődő települések (n = 16)	Felzárkózó települések (n = 15)	Lemaradó települések (n = 9)	Összesen (N = 40)	χ^2 teszt (p)
Általános szegénység	9	12	7	28	2,41 (n. s.)
Földrajzi elszigeteltség	6	9	7	22	4,02 (n. s.)
Tájékozatlanság (lakosság)	8	9	5	22	0,31 (n. s.)
Bonyolult adminisztráció (ügyintézés)	5	5	4	14	0,37 (n. s.)
Szakmai érzéketlenség (szolgáltatók)	2	2	2	6	0,65 (n. s.)
Politikai, vallási vagy egyéb diszkrimináció a szolgáltatásban	2	1	1	4	0,31 (n. s.)
Alacsony (gyenge) szakmai színvonal	0	2	2	4	3,47 (n. s.)
„Önkirekesztés” (lakosság)	1	1	1	3	0,30 (n. s.)
Etnikai diszkrimináció a helyi közösségben	2	1	0	3	1,21 (n. s.)
Etnikai diszkrimináció a szolgáltatók részéről	1	0	0	1	1,48 (n. s.)
Szolgáltató teamek immobilitása	1	0	0	1	1,51 (n. s.)
Egyéb tényező	0	0	0	1	—

* Megjegyzés: A tételek eredetileg más (kevert) sorrendben szerepeltek a kérdőívben.

Talán az a legszembetűnőbb a fenti táblázatban, hogy a kérdezettek egyik változóban sem differenciálták a három települési klasztert (valahány χ^2 teszt „n. s.” jelöléssel, azaz, nem szignifikáns). Egy másik figyelemreméltó adat, hogy az attribúciók tartalmilag három nagyobb csoportba oszthatók. Az első három tétel kiemelt emléltési gyakorisága arra utal, hogy a kérdezettek olyan külső oki tényezőknek tulajdonítják a hátrányos megkülönböztetéseket, amelyeken önmaguk nyilván a legkevésbé képesek változtatni („általános szegénység”, „földrajzi elszigeteltség”, „lakossági tájékozatlanság”). A szakmai attribúciók következő csoportja az ellátórendszeren belül észlelt hiányosságok észlelése, számottevően alacsonyabb emléltési gyakorisággal (pl. „szakmai érzéketlenség”). Végezetül, a rangsor alján találjuk az attribúciók harmadik csoportját, az *etnikai diszkriminációval* kapcsolatos tételek elenyésző emléltési gyakoriságát.

Itt is felvetődik a kérdés, hogy a kérdezettek véleményei vajon mennyiben fedik a valóságot. Elsősorban is megkérdőjelezhető a „földrajzi elszigeteltség” kiemelt hangsúlyozása a vizsgált kistérség esetében. Konkrétan arról van szó, hogy lakossági adattárunkban a helyi ellátórendszerben tapasztalt hátrányos megkülönböztetések emléltési gyakori-

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

sága (HRS1-index) és az egyes települések fizikai távolsága között a legközelebbi várostól (km-ben mérve) semmi jelentősebb statisztikai összefüggést nem találtunk ($r = 0,089$), de a települések klaszter-hovatartozásában sem ($r = 0,054$). Mi több, egy regressziós elemzésben azt találtuk, hogy amennyiben izoláljuk egymástól a települések infrastrukturális fejlettségi szintjét (telep – klaszter változó), egy-egy várostól való földrajzi távolságát (km), valamint a közszolgáltatások funkcionális elérhetőségét (mobil – ellátottság-index) – mint statisztikai „független” változókat, a modell „függő” változójának pedig vesszük a hátrányos megkülönböztetések említési gyakorisága (HRS1-index), a városi központoktól távolabb eső falvak lakossága kevésbé érzi magát hátrányosan megkülönböztetve az ellátórendszerben, mint maguk a környéki városlakók (Villány, Bóly), illetve az azokhoz közeli, nagyobb (fejlettebb) falvak lakosai (a km változó beta regressziós együtthatója a modellben: $\beta = -0,115$; $t = -1,905$; $p = 0,057$).

A kirekesztettségek említési arányai nemzetközi összehasonlításban

Ha visszalapozunk a lakossági adatokhoz, és a kirekesztettségek említési arányát összevetjük az egyazon kérdésekkel begyűjtött, de más országokban végzett felméréseink adataival, igen érdekes képet kapunk. Az alábbi táblázatban három más országban végzett felmérésünkből származó adatokat is idézzük, ahol reszpondenseink különböző etnikai, illetve kisebbségi csoportok idősebb tagjai voltak az illető országok különböző részeiből (Patel, 2004).

10. táblázat *A szubjektíve észlelt hátrányos megkülönböztetések említési aránya egyes országok ellátórendszerében és helyi közösségeiben*

Ország	Vizsgált csoportok	„Kirekesztettnek” érezők aránya a helyi ellátórend- szerben (%) közössé- gekben (%)	
Magyarország (Baranya megye '04)*	(A) Fejlettebb települések lakossága (n = 290)	28,6	27,0
	(B) Felzárkózó települések lakossága (n = 102)	37,3	47,1
	(C) Lemaradó települések lakossága (n = 75)	40,0	24,0
Horvát- ország '03**	(A) Magyar kisebbségi idősek (n = 90)	1,1	10,1
	(B) Cseh kisebbségi idősek (n = 91)	0,0	2,2
	(C) Bosnyák kisebbségi idősek (n = 90)	28,9	61,0
Bosznia- Hercego- vina '03**	(A) Magyar kisebbségi idősek (n = 89)	57,3	10,2
	(B) Cseh kisebbségi idősek (n = 89)	24,7	1,1
	(C) Cigány kisebbségi idősek (n = 92)	99,9	99,9
Finn- ország '03***	(A) Vietnami kisebbségi idősek (n = 50)	84,0	70,0
	(B) Orosz kisebbségi idősek (n = 119)	35,0	39,0
	(C) Szami (lapp) kisebbségi idősek (n = 126)	29,0	35,0

Források: (*) jelen kutatás; (**) Baráth (2004a/b); (***) Voutilainen (2004).

Amint látjuk, a kirekesztettségek említési aránya országonként és csoportonként igen változó, függetlenül attól, hogy kimondottan „szegény” országról van e szó (pl. Bosznia-Hercegovina), vagy ellenkezőleg, egy kiemelten jóléti államról (esetünkben ez Finnország). Magyarán, ez a néhány adat is azt sugallja, hogy a társadalmi kirekesztettség szubjektíve megítélt foka nem egy-egy társadalom abszolút (GDP-ben mért) „szegénységi-jóléti” szintjének függvénye, hanem a különböző társadalmi, ez esetben kisebbségi csoportok kulturális integrációjának, *közösségérzetének* függvénye. Míg Horvátországban például a közel azonos (átlagban rossz) anyagi körülmények között élő magyar és cseh származású kisebbségi idősök közül igen kevesen érzik magukat kiközösítve a társadalom fősodrásából, a bosnyák idősöknek aránya e tekintetben számottevően nagyobb, akik pedig ugyanakkor jobb anyagi (többnyire városi) körülmények között élnek, mint a horvát-baranyai (többnyire falusi) magyarok, vagy a szintén falusi-kisvárosi csehek. Ugyanezen kisebbségi (magyar és cseh) csoportok kirekesztettség-érzése a jelenlegi bosnyák társadalomban számottevően erősebb, nem beszélve az országban élő cigány kisebbségi idősokről, akik zömmel vidéki városok peremén élnek (Tuzla, Zenica, Brcko stb.).

Megbeszélés

Számos hazai kutató arra a tényre hívja fel a figyelmet már jó néhány éve, hogy a magyar „mainstream” társadalom a rendszerváltozást követően egyik éllovasa lett a poszt-kommunista társadalmakban egyre halmozódó intoleranciáknak, xenofóbiának, bevándorlás-ellenességnek, és egyéb belső társadalmi feszültségeknek – Oroszország, Lettország, Bulgária, Lengyelország, Csehország és Szlovákia után (Csepeli, 2003: 86. old.). Ugyanakkor más kutatók arra figyelmeztetnek, hogy Magyarországon, hasonlóan Európa és a világ számos más országához, a népesség fokozatos elszegényedése olyan mértékben növekszik, hogy kezd kétséggé válni e trend hatékony megfékezésének bármely eddig ismert gazdasági és szociálpolitikai módszere. E kutatások egyike Ferge Zsuzsa és munkatársainak a közelmúltban közzétett tanulmánya, amelyben a szerzők komoly vita tárgyává teszik azt a tényt, hogy felméréseik szerint „a szubjektíve szegények aránya [Magyarországon] más kutatások eredményinek kétszerese: 40 százalék; a magukat nem-szegénynek vallók aránya annál alacsonyabb, hat százalék. A szubjektíve mindig szegények aránya az ILO-POV minta alsó harmadában 50 százalék, és ha roma személy él a háztartásban, 70 százalék” (Ferge, Tausz és Darvas, 2002: 55 old.).

A két megközelítés természetesen nem zárja ki egymást, miként ezt a fentiekben bemutatott vizsgálataink eredményei is igazolják. A különbség közöttük az, hogy a kirekesztettség más-más összetevőit (dimenzióit) hangsúlyozzák. Míg az előbbi az emberek belső élményvilágát és a társadalmi csoportok közötti viszonyrendszereket emelik ki, ez utóbbi a „szegénységet”, amelyhez nem csupán a munkanélküliség ténye, hanem a hatalomnélküliség és kiszolgáltatottság érzése, az élet értelmének és érthetőségének kétségbevonása társul, melynek következményeként le-

épül a társadalommal való azonosulási igény, elvész a közösségtudat (Ándorka és Spéder, 1996).

Itt is felmerül a kérdés: milyen eszközökkel és stratégiákkal, illetve azok kombinációjával lehet és kell számolnia egy jövő társadalmának, hogy a kirekesztések-kirekesztettségek újabb és újabb hullámaint bizonyos mértékig megfékezze (Beck, 2003). Egyre többen egyetértenek abban, hogy a jelenséget nem lehet pusztán gazdasági eszközökkel kezelni, hiszen a „szegénység” nem csupán gazdasági, hanem egy igen összetett (egyre összetettebb) pszichológiai és kulturális képződmény is (Kozma, 2003; Ladányi és Szelényi, 2004; Sen, 1999; Szalai, 2005).

Jelen kutatásunkból is kiderült, hogy a vizsgált kistérségek zömmel falusi lakossága a kirekesztettséget csak részben tulajdonítja „vagyonhiányos diszkriminációnak”, és számottevő azoknak aránya, akik e helyett (vagy ezzel együtt) az etnikai diszkriminációt érzélik dominánsnak, mind az ellátórendszerben, mind a helyi közösségekben. E tekintetben pedig kiemelten érdekes adat, hogy éppen az aprófalvak egyébként is hátrányos helyzetben élő lakossága észlel több intézményi diszkriminációt mint közösségi diszkriminációt (emlékezési arány 40% vs. 24%). Ugyanakkor maguk a térségben dolgozó szakemberek és helyi képviselők zömmel „külső” tényezőknak tulajdonítják a kirekesztettségek fő okait („általános szegénység”, „földrajzi távolság” stb.), mintegy „megfeledezve” arról, hogy maga az ellátórendszerbe beépített „szűrők”, másrészt maguk az ellátók megkülönböztető *viszonyulása* a kliensek egy-egy csoportjához képezik, tartják fenn és halmozzák a társadalmi kirekesztések tetemes részét. (N. B.: más országokban is hasonló szakmai attitűdökre bukkanunk!) Az újabb szociálpszichológiai előítélet-kutatások elméleti háttérében a diszkriminációk e sajátos csoportját többen is úgy nevezik meg, mint „rejtőzködő attitűdök és sztereotípiák” jelenségvilágát, melyeknek funkciója a társadalmi valóságban nem egyéb, mint implicit „rendszerigazolás” (Jost, 2003).

Következtetések

1. Beigazolódott az a feltételezés, miszerint a szubjektíve észlelt társadalmi kirekesztések-kirekesztettségek egy több-dimenziós konstrukciót adnak Baranya megye kistérségi ellátórendszerében és a helyi közösségeiben is. A kirekesztettség érzésének a vizsgált kistérség lakosságának számottevő hányada az érintette, különösen egyes lemaradó aprófalvakban élő kérdezettek soraiban (emlékezési arányok szóródása a 12 vizsgált településen 10% és közel 60% között, térségi átlag 24%). Nemzetközi összehasonlításban ez egy igen széles sávú „közép-mezőnyt” jelent.

2. Az intézményi és közösségi diszkriminációk eredetének magyarázatai a lakosság részéről négy-négy főbb csoportba oszthatók, azaz mindkét adatbázisban négy, közel azonos látens tengely (faktor) köré csoportosulnak. Ezek közül az első tengelyen a vagyonhiányos, a másodikon pedig az etnikai-kisebbségi diszkriminációk attitűd szerkezetét találtuk meglepően magas összefüggésben egymással.

3. A helyi egészségügyi és szociális ellátások minősítésének adatbázi-

sában a lakosság részéről három olyan látens dimenziót (faktort) azonosítottunk, amelyek közül az első kettő elsősorban is a közalkalmazottak megkülönböztető magatartására utal, különböző kliens csoportokkal szemben („hozzáférhetőség”, „bizalom”). A harmadik faktor viszont magába az ellátórendszer működésébe „beágyazott” kirekesztő mechanizmusokra utal („bonyolult adminisztráció”, kliens-tájékoztatás hiánya, a szolgáltatások elérésének költségessége stb.).

4. A vizsgált kistérségek ellátórendszerének bontásában különböző szakmai tevékenységek mentén arra a figyelemreméltó leletre bukkanunk, hogy a hátrányos megkülönböztetések említési aránya nagyságrendben messze a legmagasabb az általános közigazgatási szolgáltatások viszonyrendszerében – polgármesteri hivatalok, körjegyzőség stb. (említési arány 24%). Ezt követi a hátrányos megkülönböztettség említési gyakorisága az egészségügyi ellátások viszonyrendszerében (említési arány 17%), és többszörösen legkevesebb a szociális ellátást biztosító intézmények kommunikációs rendszerében (említési arány 5%), kivéve ez utóbbi esetben a lemaradó (aprófalvas) településeken élők említési arányát (16%).

5. Csak részben bizonyult fenntarthatónak azon előfeltételezés, miszerint az adott kistérségben a települések közötti gazdasági-infrastrukturális különbségek meghatározó összefüggésben lennének a hátrányos megkülönböztetések említési arányaival az ellátórendszerben, illetve a helyi közösségekben-lakóközösségekben. Magyarán, az eredmények egyértelműen azt sugallják, hogy a kirekesztettségek gyökereit a vizsgált kistérségben elsősorban is az ellátórendszer működésében, a szolgáltatók megkülönböztető magatartásában, és nem utolsó sorban a helyi társadalmak diszkriminatív viszonyrendszerében kell keresni, és kevésbé meghatározó az egyes települések közötti szint-különbségek szerepe a globális gazdasági-infrastrukturális fejlettség tekintetében.

6. Végezetül kutatásunk egyes részeredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a vizsgált kistérségben dolgozó szakemberek, önkormányzati képviselők, pedagógusok, jogászok stb. enyhén szólva igen hiányos tudással és társadalompolitikai érzékenységgel reflektálnak a helyi társadalmakban és az általuk működtetett ellátórendszer egészében jelenlevő (és nyilván halmozódó) társadalmi kirekesztések jelenségvilágára, ide sorolva azok „okainak” értelmezésében fellelhető szakmai felelősség-hárító attitűdöket is.

Irodalom

- Andorka R. és Spéder Zs. (1996): Szegénység Magyarországon: 1992–1995. Esély, 4. 25–52. old.
- Arthurson, K., Jacobs, K. (2003): A critique of the concept of social exclusion and its utility for Australian social housing policy. Paper presented at the UK Housing Studies Association conference, Bristol, September 2003.
<http://www.york.ac.uk/inst/chp/hsa/papers/autum03/Arthurson%20and%20Jacobs.pdf>
- Baráth Á. (2004a): Minority elderly care in Europe: Croatia. Users' perspectives. MEC

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

- WP2 Research Report. Pécs – Leeds: PRIAE – Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity..
- Baráth Á. (2004b): Minority elderly care in Europe: Bosnia-Herzegovina. Users' perspectives. MEC – WP2 Research Report. Pécs – Leeds: PRIAE – Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity.
- Baráth Á. (2004c): Minority elderly care in Europe: Croatia. Providers' perspectives. MEC – WP2 Research Report. Pécs – Leeds: PRIAE – Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity.
- Baráth Á. (2004d): Minority elderly care in Europe: Bosnia-Herzegovina. Providers perspectives. MEC – WP2 Research Report. Pécs – Leeds: PRIAE – Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity.
- Baráth Á., Vastag J., Kovácsné Bathó B. (2004): Kirekesztő mechanizmusok Baranya megye aprófalvas lakosságának egészségügyi és szociális ellátásában. Zárótanulmány. Pécs: 2004. augusztus (kézirat).
- Beck, U. (2003): A kockázat-társadalom: út egy másik modernitásba. Budapest: Századvég Kiadó.
- Bódi, F. (2003): A szociális ellátórendszer öröklött hiánya a falvakban.
<http://www.szochalo.hu/folyoiratok/hircentrum/article/10137/1300/>
- Csepeli Gy. (1986): A hétköznapi élet anatómiája. Budapest: Kossuth Kiadó.
- Csepeli Gy. (2003): A kihűlt olvasztótégely. In: Csepeli Gy. Emberek vetése: A XXI. század szociálpszichológiai kihívásai. Budapest: József Attila Szociológiai Intézet. (81–89 old.)
- Cserti Csapó T. (2004): Területi-szociológiai jellemzés a magyarországi cigány népesség körében.
http://nti.btk.pte.hu/rom/dok/sal/Tibor_Cseri_Csapo_Territorial_sociology_doc
- Csikszentmihályi, M. (1990): Flow: the psychology of optimal experience. New York: Harper & Row Publisher, Inc.
- Diener, E. (2000): Subjective well-being: The science of happiness, and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55: 34–43.
- Ferge Zs., Tausz K., Darvas Á. (2002): Küzdelem a szegénység és a társadalmi kirekesztés ellen. I. kötet. Esettanulmány Magyarországról. Budapest: International Labour Office.
- Fox, M. (2005): Racism blamed for health disparities. Report encourages communities to take control. *The Boston Globe/ Reuters*. July 20, 2005.
http://www.boston.com/news/nation/articles/2005/07/20/racism_blamed_for_health_disparities
- Haisken-DeNew, J. P., Sinning, M. (2007): Social exclusion of immigrants in Germany. Essen: Rheinisch-Westfälisches Institute für Wirtschaftsforschung. (RWI).
- Hankiss E. (1978): A borralától az umbuldáig. In: Hankiss E. (1983). Társadalmi csapdák – diagnózisok. Budapest: Magvető Kiadó. 77–143 old.
- Hernádi M. (szerk.) (1984): A fenomenológia a társadalomtudományokban. Budapest: Gondolat Kiadó.
- Jermyn, H. (2001): The arts and social exclusion: a review prepared for the Arts Council of England. London: Arts Council of England.
- Jost, J. J. (2003): Ónalávetés a társadalomban: a rendszerigazolás pszichológiája. Budapest: Osiris Kiadó.
- Jöreskog, K.G (2000): Latent variables scores and their use.
<http://www.ssicentral.com/lisrel/techdocs/lvscores.pdf>
- KKK – Henry J. Kaiser Family Foundation (1999): A synthesis of the literature: racial and ethnic differences in access to medical care. New York: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Kozma J. (2003): A szegénység pszichológiai vonatkozásai. *Szocháló*.
<http://www.szochalo.hu/folyoiratok/hircentrum/article/101043/1315/>
- Krieger, N. (1999): Embodying inequality: a review of concepts, measures, and

- methods for studying health consequences of discrimination. *International Journal of Health Services*. Vol. 29: 295:352.
- KSH – Központi Statisztikai Hivatal (2000): Magyarország Kistérségei: Dél-Dunántú. Pécs–Kaposvár–Szekszárd: KSH Baranya, Somogy és Tolna megyei igazgatóságai.
- Ladányi J., Szelényi I. (2003): A kirekesztettség változó formái: Közép- és délkelet-európai romák történeti és összehasonlító szociológiai vizsgálata. Budapest: Napvilág Kiadó.
- Lengyel Gy. (2003): A szubjektív jólét társadalmi feltételei.
<http://www.szochalo.hu/folyoiratok/hircentrum/article/10665/1232/page/4/>
- Madanipour, A., Cars, G., Allen, J. (eds.) (1998): Social exclusion in European cities: processes, experiences and responses. London: The Stationary Office.
- Mels, G. (2006): LISREL for Windows: Getting Started Guide. Lincolnwood (IL): Scientific Software International, Inc.
- Patel, N. (ed.) (2003): Minority elderly care in Europe: country profiles. London-Leeds: PRIAE – Policy Research Institute on Ageing and Ethnicity.
- Patel, N. (2004): Summary findings of the Minority Elderly Care (MEC)[©] Project in the United Kingdom, France, Germany, Netherlands, Spain, Finland, Hungary, Bosnia-Herzegovina, Croatia and Switzerland. Launched at the European Parliament, 9th December 2004.
- Room, G. (ed.) (1995): Beyond the threshold: the measurement and analysis of social exclusion. Bristol: Policy Press.
- Sen, A. (1999): A relatív szegény. *Esély*. 1999/2–3., 3–16. old.
- Sen, A. (2003/2004): Társadalmi kirekesztés: fogalom, alkalmazás és vizsgálat. *Esély*, 2003/6., 2004/1.
- Sik E., Simonovits B. (2006): A diszkrimináció-tesztelés módszeréről. *Esély* 2006/4., 72–85. old.
- Strack, F., Argyle, M., Schwarz, N. (eds.) (1991): Subjective well-being: an interdisciplinary perspective. New York: Pergamon Press.
- Szalai J. (2002): A társadalmi kirekesztődés egyes kérdései az ezredforduló Magyarországon. Előadás elhangzott a Magyar Nemzeti Szemináriumon a Társadalmi Beilleszkedésről. Budapest, 2002. július 18-án. <http://www.3sz.hu/bm/projektjeink/pm/tanulmányok/szalaijuli.doc>
- Szalai J. (2005): A jóléti fogda. In: Neményi M. és Szalai J. (szerk.). Kisebbségek kisebbsége: a magyarországi cigányok emberi és politikai jogai. Budapest: Új Mandátum Könyvkiadó. (43–93. old.)
- Szombati K. (2003): Társadalmasodás alulnézetben – Husserltől a mikroszociológiai elméletekig. *Szocháló*, 2003. április 11.
<http://www.szochalo.hu/szochalo-tudomany/hircentrum/article/100730/744/page/2/>
- Vobruba, G. (2000): Actors in the process of social inclusion and exclusion: towards a dynamic approach. *Social Policy and Administration*. 34(5): 601–613.
- Voutilainen, P. (2004): Minority elderly care in Europe: Finland. Users' perspectives. MEC – WP2 Research Report. Helsinki: May, 2004. (unpublished manuscript)
- Williams, D. (1996): Racism and health: a research agenda. *Ethnicity and Disease*. Vol. 6: 21–29.

Függelék

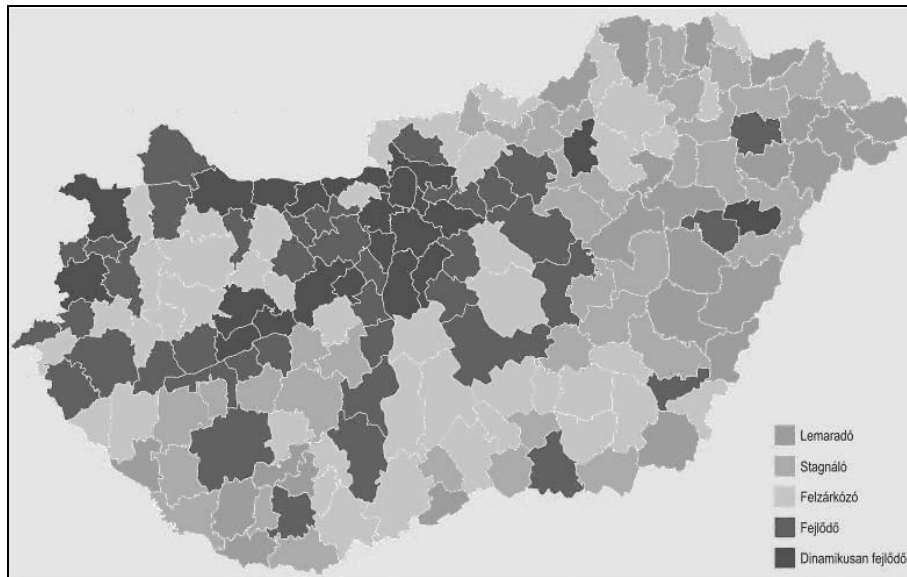
I. Függelék: A települési minta klaszter-elemzésébe bevont változók

1. Lakosság létszáma (1= 200 fő alatt; 2 = 200–300 fő; 3 = 300–500 fő, 4 = 500–1000 fő; 5 = 1000 fő felett).
2. Zsáktelepülés (1= igen; 0 = nem).
3. Távolság a térségi központtól/ várostól (km).
4. Közművek a településen (1 = csak víz; 2 = víz + gáz; 2 = víz + gáz + csatornázás).
5. Lakosok száma egy helyi magánszektori vállalkozásra (x/k).
6. Házi orvos helyben (1 = van; 0 = nincs).
7. Idősek otthona helyben (1 = van; 0 = nincs).
8. Óvoda helyben (1 = van; 0 = nincs).
9. Általános iskola helyben (1 = van; 0 = nincs).
10. Helyi könyvtár (1 = van; 0 = nincs).
11. Kiskorúak aránya a helyi népességben (%).
12. Veszélyeztetett kiskorúak aránya a helyi népességben (% , becslési adatok).
13. Idősek (65+) aránya a helyi népességben (%).
14. Munkanélküliségi ráta a helyi népességben (1 = alacsony, 3–7%; 2 = átlagos, 7–8%; 3 = magas, 8–27% között).
15. Munkanélküliségi ráta a megyei átlaghoz viszonyítva (1 = átlag alatt; 2 = átlagos; 3 = átlagon felül).
16. Egy személygépkocsira jutó lakosok száma (x/k).
17. Egy lakásra jutó lakosok száma (x/k).
18. Egy vonalas telefonra jutó lakosok száma (x/k).

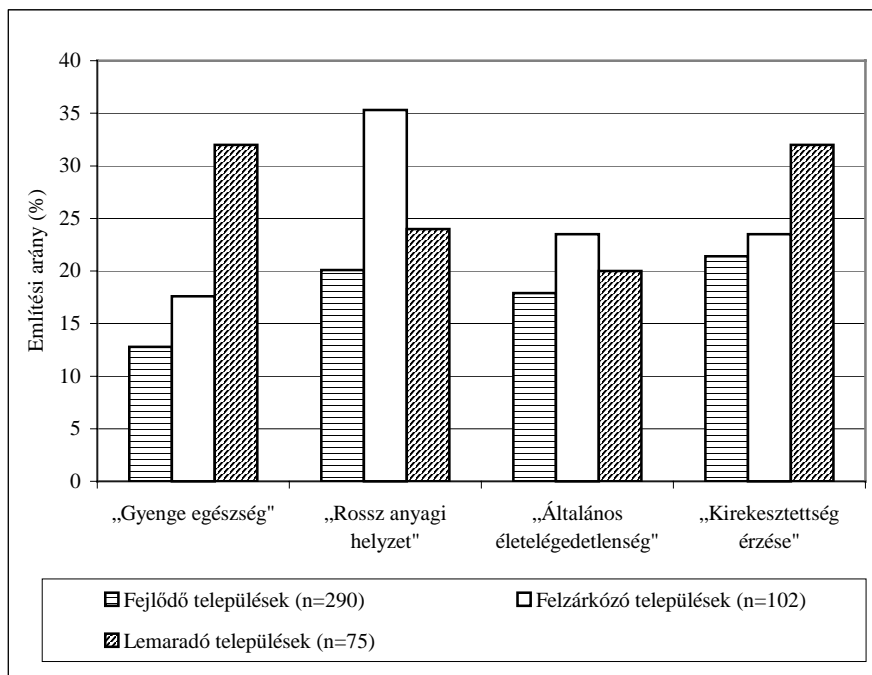
II. Függelék: Kistérségek fejlettségi topográfiája országos viszonylatban (KSH, 2002)

Forrás: Cserti Csapó T. (2004: 6. old.)

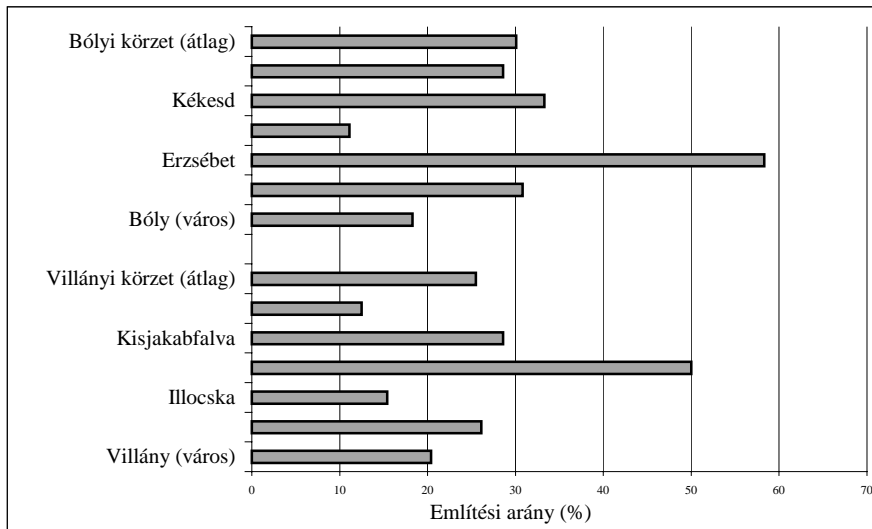
II. függelék



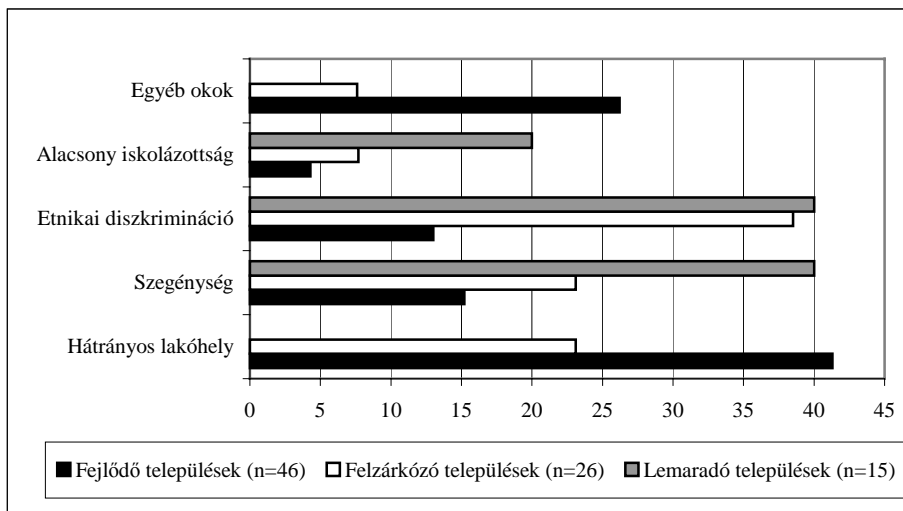
2.ábra



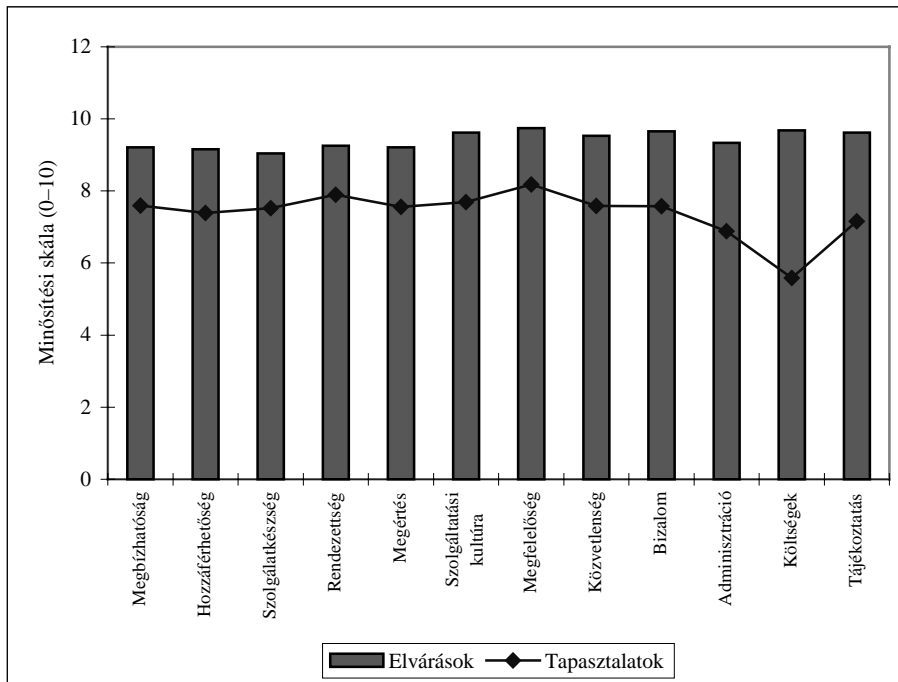
3. ábra



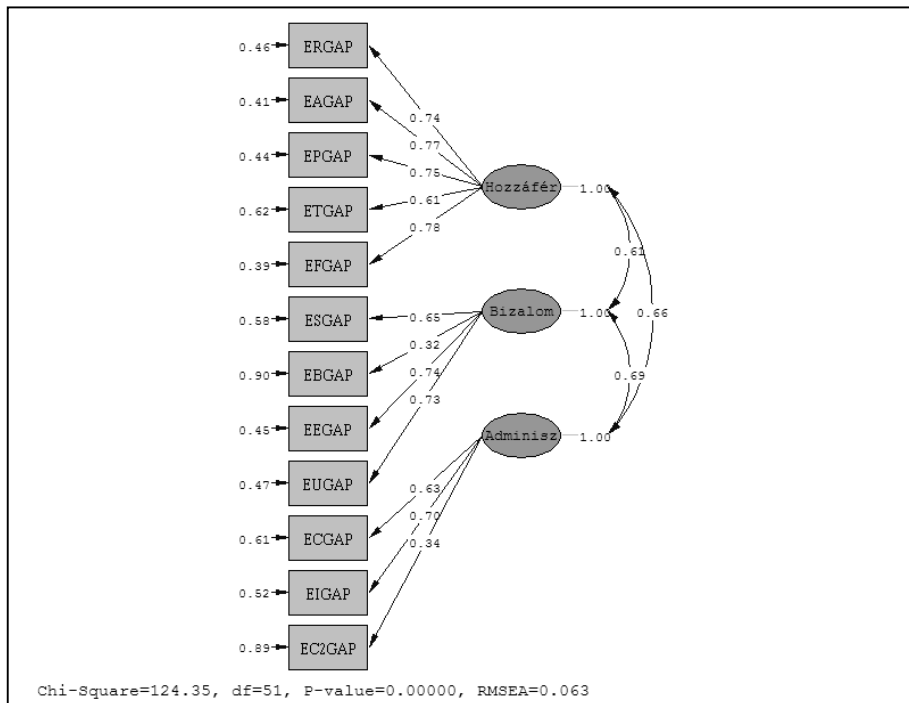
4. ábra



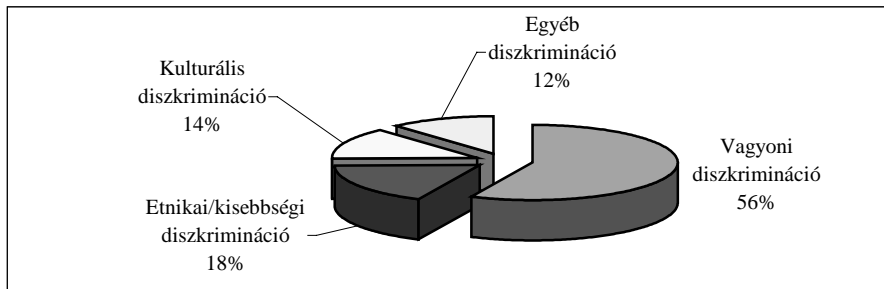
5. ábra



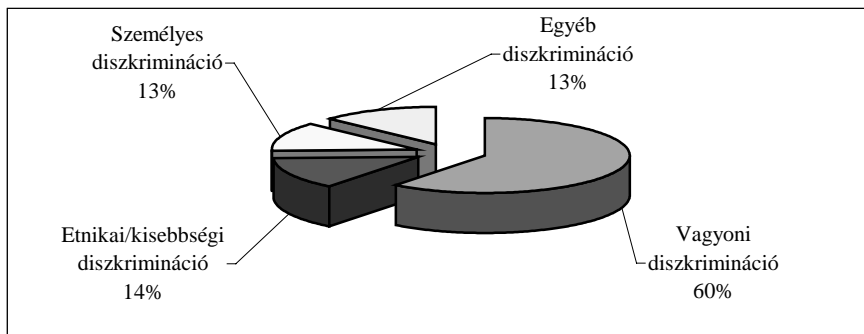
6. ábra



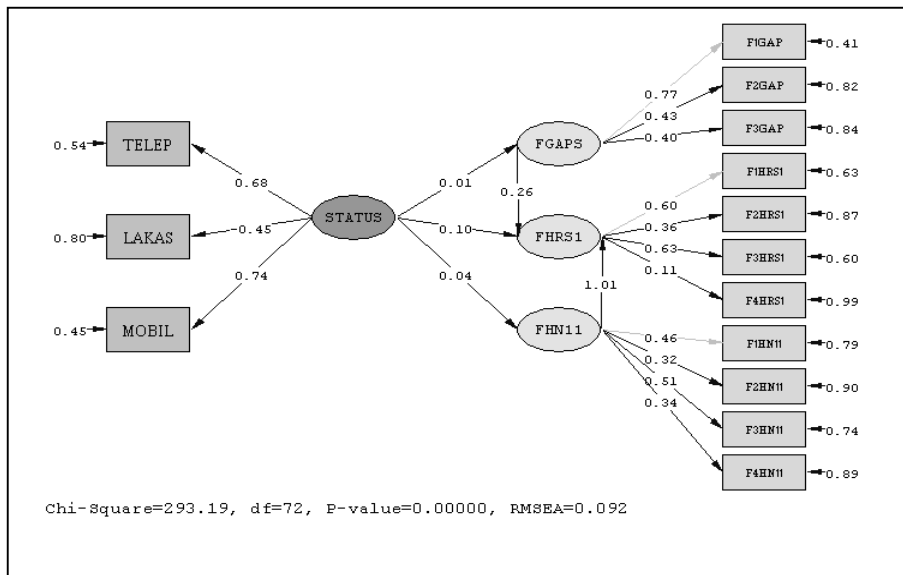
7. ábra



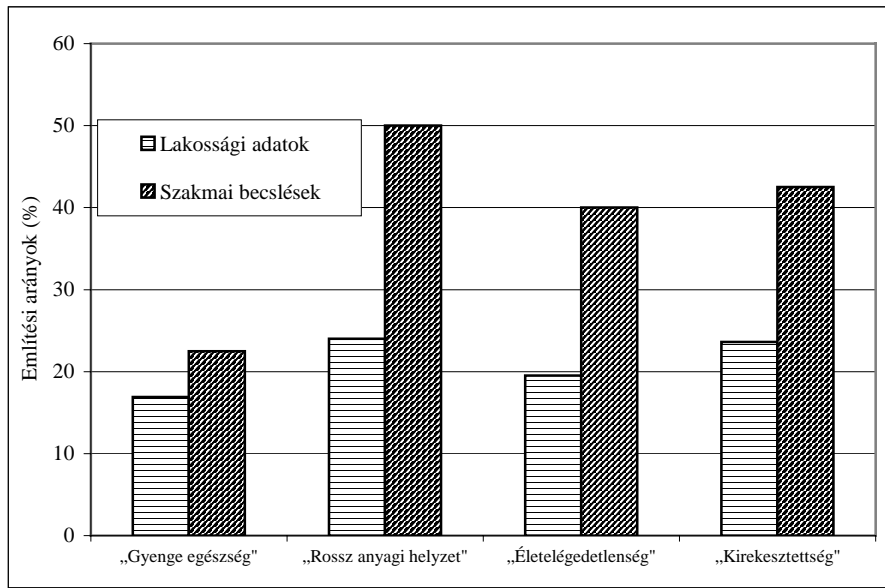
8. ábra



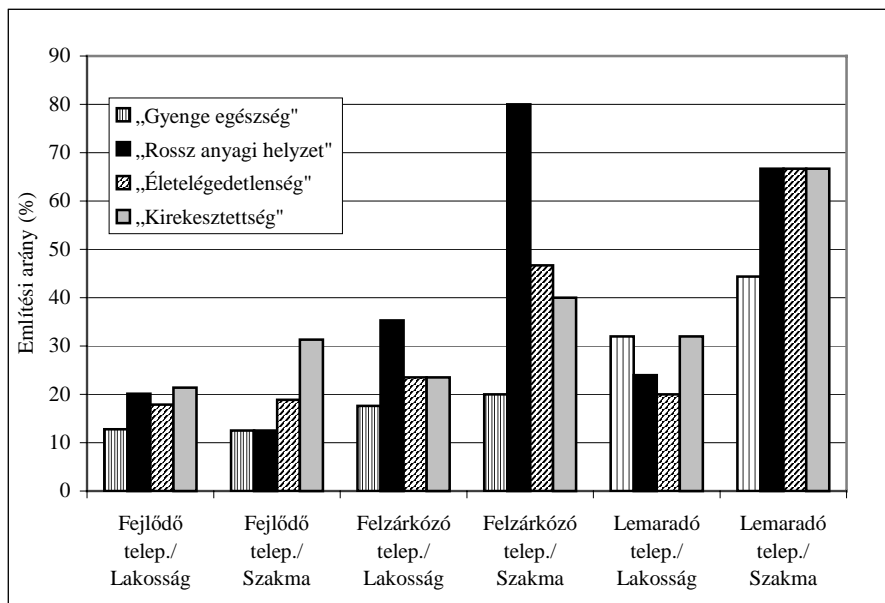
9. ábra



10. ábra



11. ábra



PÉTERNÉ MOLNÁR GIZELLA

A kórházi szociális munka működési keretfeltételei

A szerző a cikkben a kórházi szociális munka három modelljét ismerteti, és ennek kapcsán a kórházi alkalmazottként dolgozó (kórházi modell), az önkormányzati kórházba bejáró alkalmazottként dolgozó (önkormányzati modell) és az önkormányzati alkalmazottként, teljes munkaidőben a kórházban dolgozó szociális munkás működési lehetőségeit vizsgálja. Áttekinti a jelenleg hatályos törvényi szabályozást és a szakmai irányelveket, valamint azok anomáliáit. Végül megfogalmazza azokat a kérdéseket, amelyekben a szakmának ki kell alakítani a jogalkotókkal és az egészségüggyel szemben megfelelően képviselt saját álláspontját.

Magyar Zsófia (Magyar, 2004) kutatása megmutatta, hogy Magyarországon eléggé elterjedt már a kórházi szociális munka. Bizonyos értelemben véve a hőskorszaknak vége, és itt az ideje, hogy tudásunkat, tapasztalatainkat rendszerbe foglaljuk. El kell gondolkodunk arról, hogy a kórházi szociális munka milyen modellben, milyen feltételek mellett és milyen speciális szakmai szabályok szerint tud működni Magyarországon. Ezt követően tudásunkat rendszerbe foglalva kell kilépnünk a szociális szféra és az egészségügy szakmai nyilvánossága elé, hogy hozzájáruljunk egy fontos célhoz: mindenhol jól működő kórházi szociális szolgálatok jöjjenek létre, a meglévők pedig kiküszöböljék hiányosságaikat. Jelen tanulmányban szeretném körüljárni a kórházi szociális munka megfelelő működéséhez szükséges feltételrendszereket.

I. Lehetséges alternatívák

Elméletileg a kórházi szociális munka magyar viszonylatok között háromféle modellben működhet:

1. „kórházi modell”: kórházi alkalmazottként, állandó kórházi tartózkodással
2. „önkormányzati modell”: önkormányzati intézmény alkalmazottként, alkalmankénti kórházi jelenléttel
3. „vegyes modell”: önkormányzati intézmény alkalmazottként, állandó kórházi tartózkodással.

SZOCIÁLIS MUNKA

A továbbiakban ezeket az elnevezéseket használom.

Régebbi szakirodalmakban is felbukkant az 1. és 2. modell. Török Judit tárgyalja néhány mondatban a két modell lehetséges előnyeit, hátrányait (Török, 2001). A harmadik modell magyar szakirodalomban és a gyakorlatban egyelőre nem fordul elő.

1. A kórházi modell

Ennek keretében a szociális munkás a kórház alkalmazottjaként dolgozik.

ELŐNYEI

Fő előnye az állandó jelenlét és részvétel a kórház életében. Ezáltal ismertté válik mind a személye, mind a munkája a betegek és a kórházi személyzet előtt egyaránt. Mindig elérhető, személyes kapcsolatban áll az egészségügyi ellátó személyzettel, nemcsak „virtuálisan”: telefonon, ismeretlenül. Folyamatosan értesül a problémákról, a potenciális kliensek felvételéről. Ha személyesen ismerik és elfogadják, nagyobb esélye van változásokat elérni a kórház működésében. Fontos feladata, hogy a kórház és a kórházon kívüli szociális ellátórendszer kapcsolatát ápolja, gondoskodik arról, hogy bizonyos kórházi intézkedéseket jogszerűen és etikailag is helyesen hajtsanak végre (pl. örökbeadás esetén, vagy betegek hazabocsátásánál).

HÁTRÁNYAI

Kiszolgáltatottabb a kórház vezetésével szemben. Nagy valószínűséggel nem szociális, hanem egészségügyi végzettségű főnökei vannak. Lehetséges, hogy szociális jellegű továbbképzéseken, konferenciákon való részvételre nehezebb elnyerni a munkahely támogatását.

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Jogi szabályozás és szakmai protokoll előírhatja a szociális munkás mozgásterét, szakmai feladatait, kontrollját. Ez a kórházi személyzet számára is segítség, mert így tudhatják, hogy mit várhatnak el, és mit nem a szociális munkás kollegától. Másrészt a nagyon szigorú terápiás protokollal rendelkező egészségügy szemében ez tekintélyt ad a szakmának, és rajta keresztül a művelőjének. Ehhez a szociális szakma nagyobb érdekérvényesítő képességére lenne szükség. Fontos lenne kiharcolni egy jobban körvonalazott jogi szabályozást, és létre kellene hozni a szakma saját működési feltételeinek és munkamódszereinek részletes leírását (protokoll). Ez hozzájárulhatna a szociális munka mérhetővé tételéhez, minőségének biztosításához is. Ugyancsak jogi szabályozás írhatja elő a továbbképzések, konferenciák, szupervíziók biztosítását is.

KÉRDÉS

Vajon a kórházak lehetővé teszik-e egy olyan szakma létezését a falaik között, amely szigorú, rájuk anyagi terheket róó feltételrendszerrel mű-

ködik, miközben a gyógyító munka minimumát is éppen csak biztosítani tudják? Főként ott merülhet fel ez kérdésként, ahol még nincs szociális munka, és így nem érzékelik azt a hatalmas hozadékot, amit a mindennapi működés számára a kórházi szociális munkások jelenléte biztosít. Ismét a szakma felelőssége, hogy egészségügyi szaksajtóban is publikálva ismertesse meg a kórházi szociális munkát (ld. pl. Molnár, Molnár–Regős, Gávai–Molnár). Tulajdonképpen ebben a modellben két választás áll előttünk:

1. Olyan jól körülírt elvárásrendszert építünk fel, amely egyaránt tartalmazza a kórház és a szociális munkás feladatait, kötelezettségeit, és ezeket próbáljuk érvényesíteni már meglévő és az újonnan létrejövő státusok esetében. Az elvárásrendszer kidolgozása egyértelműen a szakma feladata lenne, és az is, hogy elérje ennek a törvénybe foglalását. Ettől kezdve már a törvények általános kikényszeríthetősége okozhat csak gondot.

2. Annak érdekében, hogy minél hamarabb minél több kórházi szociális munkás legyen, igyekszünk mindenben megfelelni a kórház igényeinek.

Az első esetben azt kockáztatjuk, hogy a kórház nem hoz létre szociális munkás státust, visszariadva az elvárásoktól, sőt esetleg meg is szünteti már meglévő státusokat. Véleményem szerint meglévő státusoknál ennek nincs túl nagy veszélye: ha a szociális munkás szakmailag kielégítően dolgozik, ez olyan nagy előnyt jelent a kórház számára, hogy aligha kerül sor a státusok megszüntetésére. Másrészt a jól meghatározott szakmai követelmények a kórház számára feladatot jelentenek (pl. nyugodt helyiség biztosítása a négy szemközti beszélgetésekhez), de egyben garanciát is arra nézve, hogy mit fog kapni a pénzéért. Mint tudjuk, ami túl olcsó, az gyanús. Ezzel ugyan valóban fennáll a veszélye, hogy egyes helyeken nagy késéssel létesül csak szociális munkás státus és így ott a betegek addig semmiféle ellátást nem kapnak, de még így is megéri mielőbb létrehozni egy jól felépített szakmai követelményrendszert, és ennek szellemében képviselni a szociális munkát az egészségügyben, mint megvárni, hogy spontán kiépüljön egy felemás rendszer, és megpróbálni azon változtatni. Ez utóbbi megoldás sokkal több nehézségbe ütközik, sokkal több időt és energiát igényel, mint az előző. Urbanekné László Judit kutatása szerint (Urbanekné, 1992) a kórházi szociális munka 1992-ben még nagyon kevésbé volt elterjedt. Az interjúban megszólaltatott egészségügyi szakemberek inkább csak a hiányát érzékelték. A kórházi szociális munkával foglalkozó dolgozók nagyrészt egészségügyi illetve szociális szervezői végzettséggel bírtak. Magyar Zsófia (Magyar, 2004) 10 évvel később végzett vizsgálata szerint viszont a kórházi szociális munka meglehetősen elterjedtté vált. Ma a rendszer spontán kiépülése már meglehetősen előrehaladott, ezért úgy érzem, hogy a szakmai követelményrendszer kidolgozása nem tűr halasztást.

2. Az önkormányzati modell

Tulajdonképpen ez a modell került bevezetésre a gyermekvédelem területén.

ELŐNYEI

Amikor ezt bevezették a jogalkotók, valószínűleg a könnyebb ellenállás irányában mozdultak el: úgy gondolták, hogy egy szociális intézményben egyszerűbb kinevezni egy kórházi szociális munkával is foglalkozó kollégát, aki majd kapcsolatot tart a kórházakkal, mint az egészségügyben keresztülvinni a kórházi szociális munka elfogadtatását. Ez valóban egyszerűbb – legalább is a jogszabályok szintjén.

Előnye ennek a modellnek, hogy a továbbképzés, a szupervízió jobban megoldott benne.

HÁTRÁNYAI

Ahhoz, hogy megértsük a gyermekjóléti intézményben dolgozó kórházi szociális munkás helyzetét, vizsgáljunk meg egy hasonló tevékenységi kört: a betegjogi képviselő helyzetét. Ő ugyanis bizonyos szempontból hasonlóan működik: nem egészségügyi szakember, a törvény előírása miatt van jelen a kórházban, a betegek ügyeivel foglalkozik. Láthatjuk, hogy idegen testként ékelődik be a kórház életébe. A törvény előírása miatt biztosítanak számára egy kis helyiséget, de gyakran még a nevét sem tudják, és sokszor úgy érzik, hogy egy ellenséges hatalmat képvisel. Így azonban nem lehet dolgozni. Ha a szociális munkás azt szeretné, hogy tényleg tudomására jussanak a problémás esetek, akkor ott kell lennie, jelen kell lennie mindenütt, a formális és informális alkalmakon és teremben egyaránt. Annak érdekében, hogy megismerjék a személyét, lássák és tudják mit és hogyan dolgozik. Akkor majd az orvosok is jelezni fogják a problémákat, sőt, ők maguk küldik a klienseket a szociális munkáshoz.

További hátránya a jelenlegi modellnek, hogy csak a gyermekvédelemre koncentrál. Ez egy gyermekkórházban rendben is van, hiszen minden kliens beletartozik az ellátottak körébe. De pl. egy általános kórházban, vagy egy szülészeti osztályon hogyan szelektálnak? „A hajléktalan anya hozzám tartozik, de akinek meghalt a gyermeke, és köztemetést kellene intézni neki, vagy a gyász munkában kéne segíteni – nos, az már nem az én asztalom” – lehet ez a válasz? Ugyan milyen hitele lesz így a szakmának, s milyen képet alakítunk így ki magunkról? Vajon fog-e jelezni az intézmény ezek után, gyermekvédelmi esetekben? Illetve, ha megtanulják, hogy csak gyermekvédelmi esetekben számíthatnak rá, akkor ki látja el a többi klienst? Természetesen ez a modell kiterjeszhető lenne olyan formában, hogy a többi beteget pl. a családsegítők munkatársai lássák el, és akkor ez a probléma megoldódik.

Az is kérdéses, hogy milyen arányban értesítik a szociális munkást a bent fekvő kliensekről. Ha nincs jelen fizikailag, akkor a szociális munkás csak az egészségügyi személyzet jelzéseire hagyatkozhat, egyáltalán nem látja a terepet és esélye sincs arra, hogy pl. a betegek érdekérvényesítését

segítse. Hiszen nem jut tudomására a szükséglet léte. Másrészt mindenben az egészségügyi személyzet helyzetfelmérő képességére kell hagyatkoznia. Egy laikus nyilvánvalóan felismeri a gyermekbántalmazás vagy az elhanyagolás súlyos eseteit is, de a képzett egészségügyi személyzettől joggal várhatunk el ennél többet. Viszont a szociális rizikófaktorok teljes körű szűrését nem várhatjuk el, mivel sem idejük, sem képzettségük nem elegendő ennek a feladatnak az ellátásához.

Az egészségügyben dolgozó szociális munkások számára alapvetően fontos, hogy képesek legyenek beilleszkedni abba a sajátos kommunikációs és nyelvi környezetbe, amely az egészségügyben uralkodik. Ennek része a minimális biológiai összefüggések, a latin nyelven felállított diagnózisok ismeretének birtoklása épp úgy, mint az, hogy tudjuk, kinek hol a „helye” a konzultáción, hogy milyen üzenete van annak, hogy valaki jelen van egy megbeszélésen vagy nincs. Az, hogy mindez elsajátítható legyen, a szociális munkásnak benne kell élnie abban a környezetben, amellyel együttműködni próbál. (Másrészt a képzés során kell szert tennie a megfelelő tudásra és gyakorlati készségekre, amelyekről a későbbiek során még lesz szó.) Lehetetlen úgy együtt dolgozni a kórházzal, hogy fizikailag nem vagyunk jelen.

Az már nem elméletileg adott hátrány, hanem a jelenlegi magyar valóságból adódik, hogy a gyermekvédelmi központokban dolgozó munkatársak sok helyen nem szívesen vállalják ezt a feladatot, mert eleve túlterheltek, és idegen is számukra a kórház világa.

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Jogszába írhatja elő, hogy legyen a kórházban olyan személy, aki felelős a szociális válsághelyzetek felismeréséért, és jelezze ezt a gyermekvédelmi központban dolgozó szociális munkásnak. De ki lehetne ilyen személy? Az egészségügyi személyzet alkalmatlanságáról már előbb szövegtünk (idő, képzettség). Ugyanez mondható el az adminisztratív és kiegészítő személyzetről is. Következésképp oda jutunk, hogy szociális képzettségű szakembert kell alkalmazni erre a feladatra. Ekkor viszont visszajutottunk az első modellhez.

3. Vegyes modell

Ennek a modellnek a lényege, hogy a szociális munkás önkormányzati intézmény alkalmazottjaként, de állandó kórházi jelenléttel dolgozik.

ELŐNYEI

Lehetséges, hogy a szociális intézmények előbb hajlandók kórházi szociális munkást alkalmazni, mint a kórházak. De ez egyáltalán nem biztos. Hiszen a kórházra egy nagyfokú „szenvédésnyomás” nehezedik. A szociális problémák is ott „csapódnak le”. Az ő orvosai, nővérei állnak tanácstalanul, tehetetlenül egy köztemetés, egy hajléktalan ember, egy éhező gyermek esete előtt. Ők jobban szükségét és hasznát érzik annak, hogy legyen valaki, akihez küldhetik ezeket a pácienseket, mint a szociális

SZOCIÁLIS MUNKA

intézmény távoli „fenntartói”, akik legfeljebb a statisztikai adatok szintjén találkoznak ezekkel a problémákkal, vagy még úgy sem. Még törvényi kötelezés mellett sem látnám biztosítottnak, hogy a szociális intézmények, melyek maguk is rettentően túlterheltek, a saját költségvetésük terhére alkalmaznak olyan kollégát, aki nincs is jelen az intézményükben, csak a team-megbeszéléseken vesz részt.

Ebben a modellben megoldott az állandó jelenlét és a személyes kapcsolat kialakítása, ellentétben az önkormányzati modellel. Ugyancsak megoldott a szakmai továbbképzés, szupervízió. Mérsékeltabb a kórházi vezetéstől való kiszolgáltatottság is.

HÁTRÁNYAI

Felmerül a kérdés, hogy ki fizesse a kórházi szociális munkás alkalmazásának költségeit. A kórház nyilván nem, mert nem ő alkalmazza. A fenntartó? Ez lenne a leglogikusabb. De akkor a szociális munkás kit lásson el? Pl. egy városi kórház esetében csak a város lakóit? Mi történjen a környező településekről beszállított emberekkel? Azok ellátásához járuljanak hozzá a települések? De ezt ki szervezi meg? És mi van, ha a település nem tud vagy nem akar fizetni? Érdemes elgondolkodni azon a megoldáson, hogy kistérségi társulások a hozzájuk tartozó kórházban működő szociális munkát finanszírozzák, akár átalányban, akár lakosságszám szerint, akár esetek után. Ez a megoldás valóban választ jelenthet a problémák egy részére, ugyanakkor még mindig megmarad az a gond, hogy egy kórház sokkal nagyobb területet lát el, mint egy kistérség, tehát nem pusztán egy kistérség önkormányzatát, hanem az egész kórházi vonzáskörzetnek az összes önkormányzatát be kellene vonni ebbe a megállapodásba. Ez nem megoldhatatlan, és azzal az előnnyel is jár, hogy ebben az esetben egy-egy településre viszonylag kicsi hányada esik a szociális munkás finanszírozásának terheiből, tehát talán könnyebben vállalják ezt a kiadást. Ugyanakkor a progresszív betegellátási központok és országos intézményekben dolgozó szociális munkások finanszírozásának kérdése ezzel nem oldódik meg, hiszen ők egyaránt ellátják az őket finanszírozó településeken élőket, és a más körzetekből odakerülőket. Természetesen, ha a fenntartó elég nagyvonalú, akkor nincs gond. De azért a probléma élő: hiszen gyakran pl. a családsegítő központok is csak a saját településen, vagy társulásukban élő embereket láthatják el. De ők legalább ritkán találkoznak más településen élőkkel, nem úgy, mint a kórházi szociális munkások.

Az is hátránya ennek a modellnek, hogy ha a kórházi szociális munkás nem a kórház alkalmazásában áll, akkor nem tud felelősen részt venni a kórház döntéseiben, így munkája súlytalanná válhat. A kórház ugyanis legjobban akkor érzékeli a kórházi szociális munka áldásait, amikor ez számára effektív haszonnal jár. Például van olyan kórház, ahol kialakult az a rendszer, hogy az újszülött hazaadásának jogi felügyelete a szociális munkás kezében van. Tehát ő jár utána, hogy a gyermek hazaadható-e, örökbefogadó szülőknek adható-e ki, és ha igen, milyen feltételek mellett, vagy ellenkezőleg: gyermekvédelmi intézménybe távozik. Így az egészségügyi ellátó személyzetnek nincs vele gondja, a kórház

vezetése mégis biztos lehet abban, hogy mint intézmény jogszerűen és szabályszerűen jár el ezekben a számára átláthatatlan ügyekben is. Ebben a vegyes modellben ilyenfajta felelősségvállalásra nincs lehetőség, mivel a szociális munkás nem a kórház alkalmazottja. Ugyanígy a hatáskörébe tartozó esetekben nem tudja ellátni a kórház jogi képviselőjét sem. (Pl. utazási utalványokkal kapcsolatban, a társadalombiztosítóval szemben.)

A HÁTRÁNYOK KIVÉDÉSE

Az ellátott területek összhangja és a közös finanszírozás megteremtése nagyon nehézkes ebben a modellben. Az egyedüli jó megoldás, ha a kórház fenntartója kap pénzt a státusra, azzal a kitételrel, hogy az összes, kórházba jelentkező beteget el kell látni. Mivel ez az ország bármely területén előfordulhat, különösen a progresszív betegellátó központok és az országos intézmények esetében, így jogos, ha az ország költségvetése biztosítja erre a forrást.

Ebben a modellben nem látom megoldhatónak, hogy a szociális szakember a kórház mint intézmény nevében tudjon cselekedni, annak minden jogkövetkezményével együtt: pl. döntsön a hazaadásról, az újszülött elhelyezéséről, rendőrségi feljelentés szükségességéről... stb. Így ez a hátrány véleményem szerint megmarad.

Összefoglalás: mindhárom modell közös hátránya, hogy ma a létrehozási kötelezettség jogi előírása és szabályozása sem elég erős eszköz Magyarországon ahhoz, hogy egy jogintézmény vagy szolgáltatás valóban létrejöjjön. Ezt egy másik területről vett példa is szemlélteti. A korai fejlesztést előírják és részletesen szabályozzák a települési önkormányzatok számára. Sajnos hiába. Ezek jó része ugyanis csak sajnálkozva széttárja a kezét: igen, tudják, hogy szükség lenne rá, de mivel nem rendeltek mellé anyagi forrást, így nem áll módjukban végrehajtani a jogszabályi előírásokat. Ez a kórházi szociális munkával is előfordulhat. A problémára csak egy köztölt felhasználású költségvetésből finanszírozott normatíva jelent megoldást.

A három modell felépítését összehasonlítva úgy tűnik, hogy a legideálisabb a jogszabályi szinten jól körülírt hatáskörrel, szakmailag részletesen kidolgozott protokollal bíró, a kórház alkalmazásában álló, központi költségvetésből finanszírozott szociális munkás státus. De ne mondjunk még ítéletet, vizsgáljuk meg a kérdést más oldalról is!

II. Történeti tanulságok, jogszabályi környezet, szakmai irányelvek

A kórházi szociális munka nem újdonság a magyar egészségügyi ellátórendszerben sem. Szociális szakemberek már a századforduló óta részt vettek az egészségügyi ellátó teamben (Göncz, 1993). Később a szociális munka és a körülhatárolt szociálpolitika megszűnésével a kórházi szociális munka is elvesztette létjogosultságát. A kórházak azonban nem tudták

az egészségügyi ellátás keretein belül orvosolni a jelentkező szociális problémákat, melyek ezután szétfeszítették a szigorúan egészségügyi ellátásra összpontosító szolgálat kereteit. Maguk az intézmények alkalmaztak ehhez dolgozót – jobb híján egészségügyi középvégzettségű kollegákat: nővéreket, ami véleményem szerint az egészségügy nyitottságának egyik jele. Úgy érzem a kórházakkal folytatott szakmai kommunikáció során jobban ki kéne emelni ezt a tényt, amely önmagában is bizonyítja, hogy a kórházaknak szükségük van erre a funkcióra, és nem áll távol tőlük egy ilyen jellegű státus finanszírozása. A szülészeti intézményekben jelenlevő védőnő, mint felsőfokú, de szintén egészségügyi végzettségű dolgozó vállalta, vagy kényszerült vállalni a szociális szolgáltatás nyújtását. Erre azonban csak autodidakta módon készülhetett fel, csak úgy, mint a szociális nővér.

A szociális munkás képzések megindulásával aztán megjelentek a felsőfokú szociális végzettségű szakemberek. Nagyon sok kórházban helyet is kaptak, még hozzá a kórház saját finanszírozásának terhére. Az újdonsült szakmának sajátossága, hogy nem tudta azonnal kijelölni a helyét, feladatait, kompetenciahatárait. Ez az indulásnál nem is volt meglepő, de sajnálatos tény, hogy a szakma jelenleg is adós az egészségügyben dolgozó kórházi szociális munkások szakmai protokolljának kidolgozásával.

Visszakanyarodva a szociális munkások alkalmazásához. Magyar Zsófia kutatása szerint (Magyar, 2004) a hazai kórházak 63 százalékban alkalmaztak szociális munkásokat, 2003-ban. A legtöbb ilyen státus 1994–1998 között jött létre, tehát még az előtt, hogy maga a kórházi szociális munka fogalma jogszabályban megjelent volna. Szintén ez a kutatás számol be arról, hogy sok helyen csupán pénzügyi akadálya van a kórházi szociális munkás alkalmazásának, s nem a kórház elutasító.

1. Jogszabályi környezet

A magyar törvényalkotás két úton indult el. Egyrészt minimumfeltételként nevesíti bizonyos egészségügyi ellátásoknál a szociális szakemberek jelenlétét és ennyiben a kórházi modellt erősíti meg. Másrészt a szülészetre és a gyermekosztályokra vonatkozóan az önkormányzati modellt foglalja törvénybe.

A 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges szakmai minimumfeltételekről című jogszabály melléklete néhány ellátás esetében előírja a szociális szakember kötelező foglalkoztatását. A pontos felsorolást az alábbi táblázat tartalmazza. Szándékosan idézem pontosan a rendelet által használt kifejezéseket, mert ezek áttekintése nagyon tanulságos. Amennyiben az alkalmazási kötelezettségnél kétfajta megjelölés is szerepel, az arra utal, hogy a betegellátás magasabb fokán szigorúbbak a feltételek, így esetleg a szociális szakember jelenléte is kötelező, míg az alacsonyabb szinteken kevésbé szigorú az előírás.

Páterné Molnár G.: A kórházi szociális munka működési keretfeltételei

Egészségügyi intézmény	Szociális szakember	Alkalmazási kötelezettség
Ápolási intézet, ápolási osztály	Szociális munkás, de nem a diplomás, hanem a szakképzett kategóriában szerepel	Intézet: 1 fő Osztály: szükség szerint
Geriatríia	Szociális szervező	Elérhető
Peritoneális dialízis központ	Szociális munkás	Szükséges/ajánlott rész munkaidőben
Drogbeteg ellátás drogambulancia	Segítő foglalkozású diplomás – szociális munkás, gyógypszichopedagógus, konzultáns... stb.	Szükséges, 3 fő
Sürgősségi betegellátó	Szociális gondozó	Elérhető
Gasztroenterológiai rehabilitációs osztály	Szociális munkás	Kötelező
Tüdőgyógyászati fekvőbeteg-ellátás	Szociális munkás	Elérhető
Időskori belgyógyászati betegség miatt szükséges rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Tartós immobilizáció miatt szükséges rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Mono és polyneuropathiák rehabilitációja	Szociális munkás	Szükséges
Mozgásszervi rehabilitáció majdnem minden fajtája	Szociális munkatárs	Elérhető/szükséges
Neurológiai rehabilitáció – parapleg, tetrapleg, tetraparetikus betegek rehabilitációja	Szociális nővér	Szükséges
– baleset következtében súlyos agykárosodást szenvedett betegek rehabilitációja	Szociális munkás	Szükséges
– stroke, egyéb heveny agykárosodás rehabilitációja	Szociális munkatárs	Elérhető/szükséges
– hemiparesis rehabilitációja	Szociális munkatárs	Szükséges
Hospice – palliatív mobil csoport és otthoni hospice	Koordinátor, aki lehet szociális munkás, ápoló, szociális asszisztens, hospice szakápoló és koordinátor, képzett önkéntes	Szükséges
– hospice osztály	Szociális munkás	Elérhető
Általános belgyógyászati osztály	Szociális munkás	Szükséges

SZOCIÁLIS MUNKA

Egészségügyi intézmény	Szociális szakember	Alkalmazási kötelezettség
Belgyógyászati angiológiai fekvőbeteg ellátás	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Szükséges
Nefrológia – járóbeteg szakellátás – fekvőbeteg szakellátás	Szociális munkás Szociális munkás/ mentálhigiénés munkatárs	Ajánlott Elérhető
Csecsemő és gyermekosztály	Szociális munkás	Elérhető, de csak megyei és városi szinten, egyetemi szinten nem szerepel
Pszichiátriai osztály	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető/szükséges
Addiktológiai gondozó	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Szükséges
Pszichiátriai gondozó		
Pszichiátriai rehabilitáció	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető/szükséges
Pszichoterápiás rehabilitáció	Szociális szervező/munkatárs	Elérhető
Gyermek és ifjúsági pszichiátriai gondozó, rehabilitáció, osztály	Szociális munkás és/vagy felsőfokú szociális képesítésű szakember	Elérhető
Klinikai onkológiai osztály, gondozó, szakrendelés	Szociális gondozó	
Kardiológiai rehabilitáció	Szociális munkás	Szükséges
Immunológia és allergológia	Szociális munkás	Elérhető
Gyermek-gasztoenterológiai osztály speciális feladatokkal	Szociális munkás	Szükséges
Infektológia	Szociális munkás	Elérhető/szükséges
Nőgyógyászati rehabilitációs osztály	Szociális munkás	Szükséges

Maga a fogalmazás is figyelemreméltó: semmi nem kötelező, csak szükséges. Szinte kiérzik mögüle: szükséges „lenne”. Nincs szó ellenőrzésekről és határidőkről. A rendelet a kihirdetése napján hatályba lép, de arra nincs biztosíték a rendelet szövegében, hogy a benne foglaltak ne maradjanak írott malasztanak. Arról sem esik szó, hogy ezeket a szakembereket hogyan fogják finanszírozni az intézmények. Vajon a rende-

letben meghatározott szakmákra külön keretet kapnak? A nem-orvosi (pl. logopédia, pszichológia, szociális munka) területeken beépülnek a HBCS finanszírozásba? Erre nézve a rendelet nem ad eligazítást. Gyaníthatóan azért nincs is szigorú számonkérés, mert akkor a feladatellátáshoz a megfelelő pénzügyi háttérrel is biztosítani kellene, és nem bízhatná a kórházakra, hogy azok a saját költségevetésükből gazdálkodják ki, ha tudják.

Véleményem szerint a táblázatból sugárzik az ad hoc jelleg. Szakmai érveket nem lehet felsorakoztatni amellet, hogy miért ezekre a területekre rendelnek szociális munkást, máshová pedig miért nem. Gyanítom, hogy a rendeletalkotásnál a minisztérium felkérte az egyes szakmai kollegiumokat, vezető intézeteket, hogy dolgozzák ki a saját szakterületükre vonatkozóan a minimumkövetelményeket, azután pedig ők ezeket foglalták jogszabályba. Így azokon a területeken szerepelnek a szociális szakemberek, ahol a minimumkövetelményeken elgondolkodó testületnek eszébe jutott, hogy létezik ilyen szakma, és hogy az milyen jól használható az ő területükön. Természetesen ezt az állításomat nem tudom alátámasztani, mindössze egy lehetséges magyarázatát szerettem volna adni ennek az esetleges rendszernek. Ugyanakkor az is tetten érhető, hogy a jogalkotónak mintha fogalma sem lenne arról, hol húzódnak az egyes szakterületek kompetenciahatárai, miben különbözik a szociális nővér, a szociális munkás, a szociális munkatárs, a szociális szakember, a felsőfokú képesítésű szociális szakember, a szociális szervező, a mentálhigiénés szakember és általában egy segítő foglalkozású szakma tagja a többitől. Hiszen egy helyütt még az is megjelent, hogy mindegy, gyógy-pedagógus-e vagy szociális munkás, csak legyen valaki. Véleményem szerint ez a szakma felelősségére hívja fel a figyelmet, és egyben jelzi, hogy eddig mennyire nem sikerült megmutatni magunkat az egészségügy számára, milyen zavaros képük van arról, hogy kórházi szociális munkásként mi a feladatunk.

Az sem világos, hogy a szociális szolgáltatás elérhetővé tételére kötelezett intézmények hogyan tudják ezt a feladatot megoldani. A kórház közösen alkalmazzon egy szociális munkást? Kössenek szerződést pl. a családsegítő központtal? A fenntartó fizesse és szervezze meg az elérhetőséget? Több kórház működjön együtt? Megannyi megoldás lehetséges volna, de a rendelet egyiket sem nevesíti, mintha a kórházakra bízna ennek a feladatnak a megoldását.

Összességében kedvező jelnek ítélnélhetjük, hogy végre megjelent egy jogszabályban a kórházi szociális munka, de nagyon világosan az is látszik, hogy a szociális szakma nem volt ott ennek a jogszabálynak az alkotásánál, mert sok az esetlegesség, a zavar és a megoldatlan kérdés benne.

Ha az idevágó jogszabályok másik csoportját vizsgáljuk, akkor megállapíthatjuk, hogy az 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról című jogszabály egyáltalán nem említi a kórházi szociális munkát. Érdekes módon a törvény végrehajtási utasításának tekinthető 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek

SZOCIÁLIS MUNKA

szakmai feladatairól és működésük feltételeiről című szakminiszteri rendelet viszont a következőképpen rendelkezik:

7/C. §

- (1) A kórházi szociális munka célja
 - a) a szülészeti-nőgyógyászati osztályon a kórházi védőnővel együttműködve a szociális válsághelyzetben lévő anya és gyermekének segítése;
 - b) a gyermekosztályon a gyermekelhanyagolás és bántalmazás észlelése esetén a Gyvt. 17. §-ának (2) bekezdése szerint szükséges intézkedések megtétele.
- (2) A gyermekjóléti központ szerződést köt az egészségügyi intézménnyel, amelyben rögzítik a kórházi szociális munka biztosításának kereteit, valamint az együttműködés módját.
- (3) A gyermekjóléti központ az illetékessége alá nem tartozó gyermeket, a gyermek további ellátása biztosításának érdekében az illetékes gyermekjóléti szolgálathoz vagy központhoz irányítja.

Ezzel a jogszabály kijelöli a kórházi szociális munka működésének szakmai kereteit, érdekes módon az addig spontán módon létrejött szakmai gyakorlattól merőben eltérő rendszerben (kórházi alkalmazás helyett részidősként, önkormányzati intézmény alkalmazásában).

Ezt követően a 2002. évi IX. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról című jogszabály 68. paragrafusában már törvényi szinten jelenik meg a kórházi szociális munka, amely a gyermekvédelmi központok speciális szolgáltatásaként jelöli meg a kórházi szociális munka ellátását, előbb 2004. január 1-i határidőt szabva, majd ezt módosítva 2005. július 1-re. A törvény végrehajtásáról a 46/2003. (VIII. 8.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról című jogszabály rendelkezik, amely változatlanul hagyja az 1998-as NM rendelet szövegét. Úgy tűnik, a törvényalkotásnál nem végeztek semmiféle felmérést arra nézve, hogy az 5 évvel azelőtt rendeletben szabályozott modell mennyire működőképes a valóságban. Mert ha lett volna ilyen tanulmány, akkor bizonyára kitént volna, hogy a gyermekjóléti szolgálatok nagy része nem látja értelmét a kórházban a szociális munkának, akik pedig művelik, azok is nehézségekkel küzdenek. Akkor talán nem változtatlanul emelik át a rendeletet törvényi szintre, hanem megpróbálnak ésszerű változtatásokat eszközölni rajta.

A NCSSZI által összeállított módszertani útmutató is a törvényben meghatározott modell kidolgozására irányul.

2. A Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet által kiadott „A gyermekjóléti központok, illetve a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munka módszertani kérdései” című módszertani útmutató elemzése

A módszertani anyag deklaráltan egyedül a gyermekvédelmi központok által végzett munkára vonatkozik, és nem váltja ki a jelenleg a kórházakban dolgozó szociális szakemberek tevékenységét. Ugyanakkor folyamatosan úgy jelenik meg a gyermekvédelmi központ, mint a kórházi szociális munkás bizonyos felettése, holott a végzettségük azonos szintű, és ez nem indokolná, hogy a kórházban dolgozó kollegákat ne tekintsék kompetens szociális munkásoknak. Ez a következőkben jut kifejezésre: minden szociális munkát igénylő esetben a kórház szociális munkása köteles a gyermekvédelmi központ felé írásos jelzést adni. Az adatokat a szociális munkás a gyermekjóléti szolgálat rendelkezésére bocsátja, és ebben nagyjából ki is merül a tevékenysége. A kórházi szociális munkás csupán „koordináló feladatot lát el a kórház és a gyermekjóléti szolgálat között”. Még akkor is a gyermekjóléti szolgálat szociális munkásának kell gondoznia az ügyet, ha a probléma helyben megoldható lenne.

Folyamatosan érződik a kórházi szociális munkások lebecsülése. Miért nem gondozhatják ők a családot? Miért csak koordinálhatnak? Miért kötelesek jelezni a gyermekjóléti szolgálatnak? Miért nem lehet rábízni az ő megítélésére, hogy milyen más, lakhely szerinti segítő szolgálatokat von be az eset kezelésébe? Attól tartok, hogy ez implicit módon a szakma megosztottságát, a különböző területeken dolgozó kollegák egymás iránti megbecsülésének hiányát jelzi. Ebben a vélekedésemben megerősítenek a területen dolgozó kollégák beszámolóit is.

A mindennapi működés keretei sem átgondoltak. Azokban az intézményekben, ahol nincs szociális szakember, minimum heti 4 óra intézményi ott-tartózkodást ír elő a szakmai program. Ez gyakorlatilag sem mire sem elég. Ilyen rövid időben nem lehet fogadni a betegeket, mert azok előbb hazamennek, semhogy a szakember találkozna velük. Nem fog tudni érdemben foglalkozni az esettel, mert ez az idő erre kevés. Persze a kapcsolatfelvétel után a tényleges munka folyhatna a gyermekvédelmi intézményben is. De nagyon sok család nem lesz hajlandó elmenni oda. Gondolok itt pl. a hajléktalan kliensekre, akikkel gyakran csak addig lehet együtt dolgozni, amíg bent fekszenek a kórházban, mert azután általában nem jelentkeznek többé sem a kórházban, sem az önkormányzatnál. Egy szülészeti és a hozzá kapcsolódó terhesosztály ellátása egy teljes munkaidőben dolgozó szociális munkást igényel. Az egészségügyi kollégák sem fogják ismerni a szociális munkást, csak azt érzékelik, hogy elvileg létezik, de amikor kellene, sosincs az intézményben. Azt írja az útmutató, hogy a „szociális munkás állandó, stabil jelenléte” szükséges – ez csak a legalább napi 6 órában dolgozó munkaerőről mondható el. Ezért véleményem szerint egy ilyen felemás helyzet inkább hátráltatja, mint segíti a kórházi szociális munka befogadását az egészségügy részéről.

Az útmutató szerint egy kijelölt orvosnak kellene értesítenie a gyer-

mekjóléti intézmény szociális munkását. Nem tudom, hány olyan orvos van az országban, aki a napi túlterhelt munkája mellett ezt a feladatot is lelkiismeretesen ellátja. Emellett nem számíthatunk arra, hogy teljes bizonyossággal fel tudja ismerni a beavatkozást igénylő szükséghelyzeteket.

A módszertani anyag szerint az a gyermekjóléti szolgálat, amelynek területén nincs kórház, abban a kórházban végzi a tevékenységét, amelyhez a betegbeutalási rend szerint tartozik. A szüléseteken ez nagyon sok esetben nem fog egybeesni a lakhely szerint illetékes gyermekjóléti központtal. Mire a kórház jelez a gyermekjóléti központnak, ráadásul írásban (!), és mire ők felderítik és továbbadják az ügyet az illetékes központnak, addigra a kismama esetleg már rég távozott a kórházból, egy harmadik, ismét más illetékességébe tartozó helyre. Felmerül az a probléma is, hogy ha egy család nem a módszertani anyag IV./b.a pontjában felsorolt ügyekben kér segítséget, akkor vajon számíthat-e a gyermekjóléti központ munkatársára. Egyébként ez a fejezet annyi feladatot sorol fel a kórházi szociális munkás számára, hogy ez heti 4 óra munkaidőben nem látható el. Pl. „krízishelyzet esetén támogatja az anyát anyaságának elfogadásában”. Aki végzett már ilyen krízisintervenciók tevékenységet, tudja, hogy ez nagyon intenzív, naponta többszöri, esetlegesen hosszúra nyúló találkozásokkal igényel. Hogy tudja ezt megvalósítani egy heti néhány órát a kórházban töltő szociális munkás? Nem vonom kétségbe az illető kollega jószándékát és felkészültségét, de nyilván a gyermekjóléti központban is úgy számolnak az idejével, hogy a kórházban töltött időn felül a munkaideje többi részét ott tölti és ott oldja meg a feladatokat. Nem fog tudni ilyen intenzív munkát végezni a kórházban.

Összefoglalva: jogszabályi szinten megjelent mind az önkormányzati, mind a kórházi modell. Ugyanakkor azonban egyik működése sincs pontosan és a gyakorlatban jól használhatóan körülírva.

A kórházi modellnél a kijelölt osztályok esetlegessége és a finanszírozás megoldatlansága jelenti a fő problémát.

Az önkormányzati modell esetében: ha van a kórházban szociális munkás, akkor a kompetenciahatárok tisztázatlansága, illetve a kórházi kolléga lefokozása, ha nincs, akkor pedig a jelzőrendszer bizonytalansága okoz gondot. Az is bizonyítja ennek a modellnek a gyakorlati gyengeségét, hogy nagyon sok, a törvény szerint erre kötelezett gyermekjóléti központ nem hozta létre ezt a státust, és nem szándékozik létrehozni a jövőben sem.

III. Az optimális modell

Ebben a fejezetben szeretném sorra venni a kórházi szociális munkás feladatait és ezekből kiindulva megvizsgálni, hogy az általam felvázolt 3 modell közül melyikben lehet ezeket a feladatokat a legteljesebben ellátni.

A kórházi szociális munkás feladatai

A feladatsor összeállításánál több forrásra támaszkodtam: egyrészt a saját tapasztalataimra, másrészt a Magyar Zsófia (Magyar, 2004) által közölt listára, amelyet az amerikai Kórházi Szociális Munkások Vezetőinek Társasága állított fel.

A következő táblázat foglalja össze a feladatokat, és ezek modellszerű megvalósításainak lehetőségét.

Magyarázat a táblázathoz:

Ellátható: a működésmódból logikailag következik a feladat ellátásának lehetséges mivolta.

Nem látható el: a modell eleve kizárja a funkció ellátásának lehetőségét.

Esetlegesen látható el: a modell önmagában nem biztosítja a feladat ellátását, de eleve nem is zárja ki és szerencsés körülmények között, ha a kórház vezetősége elége nyitott, teret engedhet a funkció ellátásának.

Feladat	Kórházi modell			Önkormányzati modell			Vegyes modell		
	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el	Ellátható	Esetlegesen ellátható	Nem látható el
Informálás a kórházi illetve a szociális szolgáltatásokról	x					x	x		
Kapcsolatfelvétel a területi szociális intézményekkel	x			x			x		
Betegfelvétel előkészítése	x					x	x		
Szociális rizikótényezők szűrése	x					x	x		
Pszichoszociális értékelés	x				x		x		
Közvetlen segítő tevékenység	x				x		x		
Anyagi és szervezési segítség	x				x		x		
Felvilágosító tevékenység jogi ügyekben	x				x		x		
Felvilágosító tevékenység a betegséggel, gyógyítással kapcsolatosan	x				x		x		
Életmódalakító és támogató csoportok szervezése	x				x		x		
Érdekvédelmi feladatok ellátása	x				x		x		
Elbocsátás előkészítése	x				x		x		
Esetkonzultáció és esetreferálás a kórházi teamben	x				x		x		

SZOCIÁLIS MUNKA

Feladat	Kórházi modell			Önkormányzati modell			Vegyes modell		
	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el	Ellát- ható	Esetle- gesen ellát- ható	Nem látha- tó el
Esetkonzultáció és esetreferálás a területi intéz- mények felé	x				x		x		
Részvétel a kórház működésének tervezésében, kialakításában	x					x		x	
Közösségi egészség- védelmi és preventív munkában való részvétel	x			x			x		
Oktatás és tovább- képzések szervezése	x			x			x		
Kutatás a kórházi szociális munka területén	x			x			x		
Egészségügyi-szociál- politikai koncepciók formálása	x			x			x		
Egyéb	x			x			x		

Látható, hogy a kórházi és a vegyes modell nagyon hasonló működési teret biztosít.

Az önkormányzati modellben a felsorolt feladatok közül mindössze 6 látható el maradéktalanul. A többi esetben, amelyet az „esetlegesen ellátható” kategóriába soroltam, attól függ a tevékenysége, hogy értesül-e a segítségre szoruló kliensről. Így tehát teljesen ki van szolgáltatva az egészségügyi személyzet szociális érzékenységének, odafigyelésének, hozzáértésének és aktivitásának. Hat feladat egyáltalán nem látható el, a modell sajátosságaiból következően. Ilyen pl. a kórházon belüli érdek-
védelem, hiszen vitás helyzetben nyilvánvalóan nem szólnak a szociális munkásnak, nehogy ezzel is erősítsék a beteg pozícióját. Ugyanígy külső munkatársként is nagyon csekély az esélye arra, hogy beleszólást enged-
nek neki a kórház működésének tervezésébe, kialakításába. Önsegítő cso-
portot is csak úgy tud működtetni, ha valamelyik egészségügyi dolgozó folyamatosan tájékoztatja az adott csoporthoz tartozó beteg felvételéről a szociális munkást – de erre nagyon kevés esélyt látok.

A kórházi és a vegyes modellben dolgozó szociális munkások mind-
egyik feladatot el tudják látni. Egyetlen különbséget abban látok, hogy a vegyes modellben dolgozó szociális munkás előnyben van a közösségi egészségvédelmi preventív munkában az önkormányzat szociális intéz-
ményeihez való szorosabb kapcsolódása révén. Viszont hátrányba kerül-
het a kórház működésének tervezésében, kialakításában, mert – mint nem saját dolgozónak – esetleg kevésbé veszik figyelembe a javaslatait. Ez a két különbség nem túl jelentős, így nagyjából-egészében azt mondhatjuk, hogy a szociális munkások ellátandó feladatai felől megközelítve a kér-
dést, a teljes munkaidőben a kórházban dolgozó szakember – akár kór-
házi, akár önkormányzati alkalmazású – el tudja látni ezeket a feladato-

kat, míg a más intézményben dolgozó, a kórházba csak esetleg bejáró kórházi szociális munkás a felsorolt feladatokból csupán hatot tud maradéktalanul ellátni. Ugyanennyi feladatot egyáltalán nem tud ellátni, és a feladatok nagy részének ellátása terén teljesen ki van szolgáltatva az egészségügyi személyzetnek: nem tudhatja, hogy vajon értesítik-e arról őt, ha van olyan eset, amely a kompetenciájába tartozik.

IV. Végkövetkeztetések

A kórházi szociális munka kiterjesztése a jelenlegi költségmegtakarítást előirányzó egészségügyi reformok tükrében még fontosabbá válik. Bár költséghatékonysági vizsgálatok ezen a területen még nem készültek, jelentős költségmegtakarítás valószínűsíthető a kórházi szociális munkás alkalmazásával. Bármely kórházi osztályon megrövidítheti az ott tartózkodás időtartamát, gyorsíthatja a beteg útját a rendszerben azáltal, hogy az egészségi állapotával interferáló szociális hatásokat és problémákat leválasztja az egészségügyi problémákról, elkülönítve, hatékonyan kezeli, így a beteg az egészségi problémáit is könnyebben uralja. Hatékonyabb az egészségügyi ellátás is, és a beteg úgy tér haza, hogy a szükséges szociális alapellátás már várja őt és segíti a további problémáinak kezelésében. A kórházi szociális munkás segítheti a beteg egészségügyi kooperációját is, ami ismét csak a hatékony és gyors gyógyítást segíti elő. Ennek köszönhetően rövidebb, hatékonyabb és olcsóbb lesz a beteg gyógyulási folyamata, mert minden problémát a megfelelő helyen kezelnek, kezelnek. Ezért javaslom, hogy a kórházi szociális munkát terjesszék ki minden kórházi osztályra, kötelező jelleggel, a megfelelő szakmai szabályok szerint és jogi garanciákkal megerősítve.

Örvendetes, hogy a kórházi szociális munka, mint fogalom egyáltalán megjelent a jogalkotásban. De úgy látom, hogy a gyermekjóléti szolgálatokhoz telepített rendszer működése mind elméleti szinten, mind a gyakorlatban jelentős problémákat hordoz. A kórházak számára előírt alkalmazási kötelezettség kidolgozatlan, zavaros és esetleges; pontosításra, kiterjesztésre szorul. Most még van rá esély, hogy ezt a rendszert jó irányba befolyásoljuk, de egy megszilárdult struktúrát megváltoztatni már csak nagy nehézségek árán lehet. Véleményem szerint végső célként azt kellene kitűznünk, hogy törvényi szinten kötelezően írják elő teljes állású, felsőfokú szociális végzettségű kórházi szociális munkások alkalmazását minden kórházban. De ahhoz, hogy a jogalkotók számára ez jogszabályi szinten és financiálisan is támogatandó cél legyen, a szakmának kell kristályosítania a működés alapelveit. A következőkben szeretném azokat a témákat sorra venni, amelyek terén a kórházi szociális munkásoknak széles körű szakmai vita során konszenzusra kellene jutniuk, illetve – vitaindító szándékkal – egyes témákban a saját álláspontomat fogom felvázolni.

1. Az általam megkeresett, területen dolgozó kollegák egybehangzó állítása szerint szükség lenne egy kórházi szociális munkásokat tömörítő szervezetre. Ez azt a célt is szolgálná, hogy a szakmán belül megismerjék és elismerjék a kórházi szociális munkát. Ez ügyben már több próbálko-

zás is volt, de eddig egyik sem járt sikerrel. Véleményem szerint azért nem, mert ahhoz, hogy egy ilyen szerveződés sikeres legyen, szükség van egy olyan titkárra, aki megkeresi a potenciális tagokat, az egész szervezetet működteti, egybefogja, biztosítja az információcserét, szervezi a találkozásokat, regisztrál, pénzt szed be, honlapot tart fenn... stb. Tehát egy olyan személyre, aki teljes energiáját ennek a feladatnak szenteli. Megoldásként felmerül a már meglévő szakmai szervezeteken belül egy önálló szekció kialakításának lehetősége is. Sok szempontból ez az előnyösebb megoldás: könnyebb a szervezet létrehozása, megoszlanak a működtetés terhei. Kérdés, hogy van-e, s ha igen, melyik az a jelenleg létező szakmai szervezet, melynek profiljába beleillik a kórházi szociális munka, és amely hajlandó is a saját égisze alatt teret adni ennek az önálló szekciónak. Az általam megkérdezett kollégák nem tudtak ilyen szervezetről, de ezt a kérdést széles körű szakmai vita alapján lehetne csak eldönteni.

2. Fennáll a veszélye annak is, hogy a kórházban dolgozó szociális munkásoknak – különösen, ha egyedül vannak, illetve ha nincs kapcsolatuk szakmai szervezetekkel – nem biztosított a szakmai fejlődésük és szupervíziójuk. Ebben is segíthetne a szakmai szervezet a szakmai fórum biztosításával, továbbképzések, konferenciák szervezésével, szakmai kiadványok megjelentetésével.

3. Az egészségügy akkor fogja elfogadni a szociális szakmát vele egyenrangú szakmaként, ha a szociális szakma is fel tud állítani egy nagyon jól körülírt módszertant, sőt protokollrendszert, amelyet áttekintve a nem szakmabeli egészségügyi dolgozók számára is egyértelműen kiderül: mi a szociális munkás feladata és mit várhatnak (illetve nem várhatnak) el tőle. Ez hangsúlyozottan fontos a kórházi szociális munka esetében, mert itt a legerősebb az intézményi összefonódás, itt a szociális munkás egyedül, vagy néhányadmagával áll egy nagyon szigorú szabályok szerint működő intézményben. Bornemissza Melinda szakdolgozata (Bornemissza, 2006) is megerősíti ezt az álláspontot, amikor azt írja, hogy az általa vizsgált kórházak közül azok nem alkalmaztak szociális munkást, akiknek téves fogalmaik voltak a kórházi szociális munkás tevékenységéről. A szakmai protokoll részeként meg kell határozni az egy szociális munkásra jutó ágyszámok maximumát. Bornemissza Melinda (Bornemissza, 2006) interjúinak tanúsága szerint a jelenlegi gyakorlatban sok helyen sajnos az is előfordul, hogy hiába dolgozik a szociális munkás teljes állásban a kórházban, a reá jutó magas ágyszámok miatt nem tudja saját maga figyelemmel kísérni a bekerülő betegeket, és így kénytelen a kórházi dolgozók, elsősorban a nővérek és a főnővér jelzéseire hagyatkozni.

Ezenkívül sorra kellene venni a szociális munkás tevékenységét, lehetséges feladatköreit, az általa használt technikákat, és talán még azt is, hogy egyes esetekben melyek azok a minimálisan ajánlott-megkövetelhető lépések, amelyeket meg kell tennie a klienssel való munka során. Ez talán segítene kézzelfoghatóbbá, mérhetőbbé tenni a kórházi szociális munkás munkáját. Így igazolná létének jogosságát, finanszírozásának értelmét. Másrészt a kezdő kollégáknak támpontot adhatna az ügyek viteleiben. Hiszen sokan előzetes tapasztalatok nélkül egyedül vágnak neki

a kórházi szociális munka kialakításának egy-egy intézményben, anélkül, hogy bárkitől is elsajátíthatták volna ennek fortélyait, illetve hogy láttak volna egyéb, a kórházakban működő, szociális ellátási formákat. Még a kórházi szociális munka minőségének méréséhez, megítéléséhez is hozzásegíthetne egy ilyen protokollrendszer. Fontos lenne a különböző kórházakban használt adatlapok, esetvezetési naplók összehangolása, és a megállapodás a nyilvántartott és -tartandó adatok körét illetően. Ez nagyon megkönnyítené az esetek átadását a kórházak között, illetve nagy segítséget jelenthetne a kliensnek az alapellátásba, vagy bentlakásos intézménybe való távozása esetén, a fogadó intézmény számára. Bizonyára rengeteg jó gyakorlat született már a tevékenységi körök, a technikák, az eljárások rendje és a nyilvántartások terültén. Jó volna ezeket felderíteni, összefogni, közkinccsé tenni, hiszen miért kellene mindenkinek magának feltalálnia a spanyol viaszt, amikor már mások megtették őelőtte?

4. Jelenleg a szociális szakemberek nem kapnak megfelelő képzést az egészségügyben való eligazodáshoz. A szociális szakemberképzés már 1990 óta folyik, de tudomásom szerint eddig még nem adtak ki kórházi szociális munkát tárgyaló jegyzetet, tankönyvet, kézikönyvet. Minden képzőintézményben folyik valamilyen egészségüggyel összefüggő tárgy oktatása, sőt a kórházi szociális munka témakörei is tananyagok. Felül kéne vizsgálni ezek tematikáját, és a lehető legsürgősebben össze kell állítani egy hiánypótló könyvet, amelyet a gyakorlatban dolgozó kórházi szociális munkások is haszonnal forgathatnának. Szükséges lenne a képzést úgy átalakítani, hogy alaptárgyként 1-2 féléven keresztül oktassanak kifejezetten kórházi szociális munkát. A többi egészségüggyel kapcsolatos tantárgyblokkból az alapképzésben csak a kifejezetten népegészség-tani, pszichiátriai és addiktológiai részt kéne megtartani. Az anatómia, kórtan, fejlődéstan stb. speciálkollégiumként futhatna azok számára, akik kórházi szociális munkásként szeretnének dolgozni. Kétségtelen ugyanis, hogy ezekre az ismeretekre a kórházban igen nagy szükség van, de felesleges megterhelni vele az alapképzést.

5. Az is elengedhetetlenül fontos lenne, hogy a kórházi szociális munka kilépjen az egészségügy szakmai nyilvánossága elé: publikációkkal, előadásokkal, bekapcsolódva az egészségügyi szakképzésbe. Minél szélesebb körben válik ismertté a szakmánk, annál nagyobb az esély arra, hogy a már dolgozó és leendő szociális munkások megkapják a feltételeket a minőségi munkavégzéshez.

6. Az eddigiek során látható volt, hogy a leghatékonyabban a kórházi alkalmazású szociális munkás tud dolgozni. Különösen a tisztázatlan jogi helyzet miatt számolhatnak azzal, hogy a kórházban dolgozó szociális munkások esetleg kiszolgáltatott helyzetbe kerülnek. Hiszen nincs lehetőségük a saját szakmai szabályaik szerint dolgozni, illetve olyan feladatok ellátására kényszerülnek, melyek nem szociális szakember feladatai lennének – pl. bizonyos adminisztratív munkák, zárójelentés-gépelés stb. Szakmai viták során ki kellene alakítani egy közös álláspontot arról, hogy a kórházon belül milyen szervezeti formában működjenek. Véleményem szerint akár egyedül, akár csoportban dolgozik a szociális munkás, mindenféleképpen az igazgató alá kell tartoznia az intézmény szervezetében. Hasonlóan az informatikai, a műszaki vagy a gazdasági részlegekhez.

Mivel munkáját a saját szakmája szabályai szerint végzi, alapvető igény, hogy ezt függetlenül tehesse, a hatékonyság érdekében.

7. A kórházi szociális munkás fontos feladata, hogy folyamatosan közelítse a kórház szolgáltatásainak színvonalát és a betegek igényeit. Ehhez nélkülözhetetlen a tájékozottsága a kórház működésének belső ügyeiről, illetve személyes ismertsége, részvétele a kórház munkájában, és minden fórumon a betegek érdekeinek képviselője. Viszont könnyen lehet, hogy a kórház ezt a fajta érdekképviselőt elutasítóan, akár ellenségesen fogadja. Ennek a fonák helyzetnek az áthidalása véleményem szerint lehetséges lenne oly módon, hogy a kórházi szociális munka működéséről szóló jogszabály kötelezően előírja az osztályértekezleteken, referálókön, esetmegbeszélőkön való részvételt és esetreferálást, valamint a betegek igényeiről a kórház számára adott folyamatos írásbeli jelentési kötelezettséget. A kórházi szociális munkás munkakörébe kötelező jelleggel be kellene építeni a visszajelzés kötelezettségét a kórház vezetése számára a betegek elégedettségéről, a szolgáltatások színvonala javításának lehetőségeiről. Így elkerülhető, hogy a kórház vezetése önmaga ellen irányuló támadásnak értékelje a szociális munkás ilyen irányú tevékenységét.

8. Meggondolandó, és szakmai vita keretében eldöntendő kérdés, hogy a sajátos függőségi helyzet (a saját munkáltatójával szemben képviseli a betegek érdekeit) igényel-e megerősített munkajogi védelmet, pl. hogy elbocsátását egy független fórumnak vagy szervezetnek kelljen jóváhagynia.

9. A kórházak akkor tudnak szociális szakembert alkalmazni, és biztosítani ehhez megfelelő infrastruktúrát, ha a finanszírozásukban érvényesíteni tudják ezirányú tevékenységük elszámolását is. A szakmának ajánlásokat kellene kidolgoznia arra vonatkozóan, hogy ez milyen formában valósítható meg a legoptimálisabban: HBCS-be beépítve, esetek után, a státus finanszírozásával... stb. Talán egy kórházi szociális munka normatíva bevezetése lenne a legcélszerűbb. Ez egy kötött felhasználású keret lenne, így a kórháznak így nem kerülne pénzébe a szociális munkás státus, de nem is költhetné másra a forrást. Bár a kórházi szociális munkát illetően még nem születtek költség-hasznossági vizsgálatok, de a relatíve jelentős spontán elterjedtség alátámasztja a kórházi szociális munka fontosságát.

Nagyon nagy a szakma feladata és felelőssége ebben a kérdésben (is): hiszen nekünk magunknak kell lépéseket tennünk annak érdekében, hogy meglegyenek a minőségi munkavégzéshez szükséges feltételek, senki más nem fogja ezt a munkát elvégezni helyettünk.

Irodalom

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról
15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről

2002. évi IX. tv a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény módosításáról
- 46/2003. (VIII. 8.) ESzCsM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről szóló 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet módosításáról
- 60/2003. (X. 20.) ESzCsM rendelet az egészségügyi szolgáltatások nyújtásához szükséges minimumfeltételekről
- A gyermekjóléti központok illetve a gyermekjóléti szolgálatok által biztosított kórházi szociális munka módszertani kérdései. Módszertani útmutató. Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet 2004.
- Bornemissza Melinda: Szakdolgozat. Eötvös Loránd Tudományegyetem Társadalomtudományi Kar 2006. április
- Dr. Gávai Márta – Molnár Gizella: Sikertelen terhesség utáni gondozás. In: Házi orvos Továbbképző Szemle II. évf. 4. szám 306–307.
- Göncz Kinga (1994): Szociális munka az egészségügyben. In: Szociális munka és egészségügy. Szerk.: Csató Zsuzsa, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Bp. (58–79. old.)
- Guttman, David (1994): Szociális munka és orvostudomány. In: Szociális munka és egészségügy. Szerk.: Csató Zsuzsa, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Bp. (19–34. old.)
- Magyar Zsófia (2004): A magyarországi kórházi szociális munka helyzete egy országos kutatás tükrében. In: *Esély*, 4. sz. (45–70. old.)
- Molnár Gizella: Fiatalkorú terhesek pszichoszociális gondozása. In: *Új Bábakalauz*, II. évf. 1. szám 20–23.
- Molnár Gizella – Regős Judit: A terhesség alatt bekövetkező változások a családi kapcsolatrendszerekben – a gondozás aspektusából. In: *Házi orvos Továbbképző Szemle* II. évf. 4. 316–319.
- Dr. Szabó Lajos (1993): Szociális szakember a kórházban. In: *A kórházi szociális munka alapjai*. Szerk.: Boda Józsefné – Várad Józsefné, A Szociális Munka Alapítvány Kiadványai 7. Bp. (11–14. old.)
- Dr. Szabó Lajos (1994): Szociális munka a kórházakban. In: *Szociális munka és egészségügy*. Szerk.: Csató Zsuzsa, Szociális Munkások Magyarországi Egyesülete Bp. (80–90. old.)
- Török Judit (2001): A szociális munka néhány alapkérdése az egészségügyben. In: *Kézikönyv a szociális munka gyakorlatához*. Szerk.: Somorjai Ildikó, Szociális Szakmai Szövetség Bp. (140–156. old.)
- Urbanekné László Judit (1992): Szociális munka a kórházakban. In: *Esély*, 1. (76–83. old.)

FERGE ZSUZSA

Nincs két ország...?

Szalai Júlia (2007) *Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon*
Budapest, Osiris

De van – mondja Szalai Júlia. Nem a harsányan felpumpált politikai megosztottság, hanem a mély és egyelőre reménytelennek látszó társadalmi kiszorítás-kirekesztettség értelmében. A könyv az 1956-ot követő ötven évet írja le abból a szempontból, hogy miként jöttek létre 1956 és 80 között a társadalmi szétszakadás feltételei, hogyan erősödtek ezek föl, még az államszocializmus liberalizálódó keretei között, majd hogyan alakultak át 1990 után az addig kialakult eszközök és gyakorlatok a kirekesztés módszeres intézményrendszerévé.

A könyv minden történeti és szociológiai elemzése egy teherbíró, következetesen alkalmazott konstrukció köré épül. Ennek gerince, nagyon lecsupaszítva, öt elemből, öt komplex, történelmi-szociológiai-szociálpszichológiai-szociálpolitikai (hipo)tézisből áll. A konstrukció *első* eleme szerint 1956 után a „kádári kiegyezéshez” szervülő gazdasági reform a második gazdaság révén nagy tömegek számára tette lehetővé, hogy új kisvállalkozói-piaci formákat használva „függetlenedjenek a hatalomtól”, és elinduljanak az utóbb felemásnak bizonyuló polgárosodás útján. Szalai – mások, mindenek előtt Szabó Miklós nyomán – úgy látja, hogy az individuális szabadságtörekvések együtt civil társadalmi mozgalommá, „csendes szabadságharccá” szélesedtek. „Ez a senki által ki nem mondott, mégis általánosan osztott és tudott politikai jelentéstartalom a második gazdaságot mint »vívmányt«, közvetlenül a forradalommal kapcsolta össze, amivel mind a résztvevők, mind a kívülmaradottak számára egyértelművé tette: aki bekapcsolódik, az részvételével nyíltan vállalja, hogy a hivatalos színtereken túl más játékszabályokat ismer el irányadóknak, s így belép a rendszerrel szembeni »csendes ellenállás« közösségébe.” Ebből a közösségből természetesen kimaradtak az akkori hatalom gyakorlói és holdudvaruk. Am kimaradtak azok is, akiknek volt ugyan munkahelyük az első gazdaságban, de csak épp hogy annak peremén tudtak megkapaszkodni: minden értelemben túl gyengék voltak az új lehetőségek kiaknázásához. Így „a szembenállás politikai mozzanata” kezdett választóvonalat húzni a bentlévők és a kinnmaradók között, akik között jelentős volt (egyáltalán nem melleleg) a romák aránya.

A *második* hipotézis szerint a rendszerváltás után ennek a drámának a szereplői úgy érezték, hogy az új állam – amelynek létrejöttét ők segítették elő azzal, hogy az előző rendszer (és állam) alapjait aláásták – adósuk: az új világ létrejöttében játszott szerepükért jutalom illetné őket. A nyolcvanas évek közepétől meginduló hatékonysági versennyel járó piacosodás, majd a transzformációs válság és az új gazdasági berendez-

kedés azonban sokukat nem jutalmazta, hanem munkahelyük, és ezzel a gyakorta a munkahelyhez kapcsolódó kereseti lehetőségek (gmk stb.) megszüntetésével büntette. Ezért ha már nem jutalmat, legalább jóvátételt vártak el: „a hajdani második gazdaság körül szerveződött társadalmi többség részben az egykori 56-os örökség nevében, részben a régi rend »szétszedésében« tanúsított érdemei elismeréseképpen nyújtja be ma igényét az állam kizárólagos támogatására”. Az átalakulás e vesztesei számára szélesítette ki az állam a *társadalombiztosítás* rendszerét.

A konstrukció *harmadik* tézise szerint a tb átalakítása nem egyszerű jóvátétel volt. Kétségtelenül magában foglalta a jogosultságok szinte mértéktelen szélesítését, hogy minél többeket tudjon befogadni. (Ilyen lépés volt a tsz-tagok befogadása 1975-től, a gyed bevezetése, majd korhatár engedmények stb.) Ezzel egyidejűleg azonban határokat is húzott. Hosszantartó, még ma sem befejezett folyamat a társadalombiztosítás piachoz igazítása, a „biztosítási” és a „szolidaritási” elem fokozatos szétválasztása oly módon, hogy a tb-ben maradó ellátások minél inkább piacokonformak, munkaviszony- és járulékfüggőek, Szalai megítélése szerint piacelvűek legyenek. A feltételek módosítása következtében egyre egyértelműbben kerülnek ki a tb-ellátásból azok, akik a piacokonformitás követelményeit nem tudják teljesíteni. E folyamatoknak többféle kimondatlanul maradt, kvázi-intencionált céljuk, illetve funkciójuk volt. Az egyik cél a rendszerváltással megingott hatókörű állam visszavétele, Szalai szavával „a visszaállamosítás” volt, amely a gazdaságot is államfüggővé tette. Szalai érvelése szerint ugyanis a tömeges korai nyugdíjba vonulás, gyes stb. volt az a biztos mankó, amelyre támaszkodva bele lehetett fogni bizonytalan kisvállalkozásokba, és amely e mellett erkölcsi mentséget és politikai biztonságot nyújtott a hatékonyság érdekében tömegeket elbocsátó új piacgazdaságnak. A tb-ellátások munkához-járulékhöz-piaci részvételhez kötött jellegének erősítése nem csak pénzt jelentett a kedvezményezetteknek, hanem jogot, státust és társadalmi tagságot is. A hangsúlyozott piaci kötődés (mindenki, azaz ellátottak és többiek számára) világossá tette a tb-ellátások teljesítményhez, azaz „érdemhez” kapcsolódását. Ehhez a folyamathoz tartozik a *másik, kimondatlan, de fokozatosan erősödő cél*: erős korlát, majd mélyülő szakadék ékelése a biztos társadalombiztosítási státussal rendelkezők, és az ilyen státust nem kiérdemlők, piaci érdemeket nem szerzők közé. Szalai elemzésében a fenti folyamat csak látszólag zajlik az állami újraelosztás körül. Főszereplői azonban nemcsak pénzért, megélhetésért, hanem jogokért, elismerésért, „az állam feletti rendelkezésért” küzdenek egymással. „(A) szociális védelem céljait szolgáló redisztribúció terjedelmének és tartalmának a rászorultság és az igazságosság elveihez végül is mind kevesebb köze van; hiszen működésének igazi mozgatói nem is az ellátás iránti szükségletek, hanem a jogosultsági címkéssel ellátott közpénzek megszerzése révén az állam feletti rendelkezés érvényesítésére vonatkozó széles körű törekvések”.

Ezen az előzményeken nyugszik a konstrukció *negyedik* eleme. Ez maga a kirekesztés, szegregálás folyamata, amely újra felerősíti (ismét Szalai kifejezésével) a társadalom rendies jellegét. Sokan, gyakran írtak-írtunk már a segélyezés problémáiról. Szalai elemzése messze túlmegegy ezen. Érzékletesen jeleníti meg azt a folyamatot, ahogy a segélyezésből

életforma-alakító elem lesz, amely korlátozza a saját ügyek feletti döntések körét és lehetőségét, azaz a szegények autonómiáját, és amely a kérelmező magánéletét mindenestül kiszolgáltatja a kérelmet elbírálóknak. E korlátokkal és jogfosztásokkal definiálja a „másodrendű” állampolgárt, aki tulajdonképpen már nem (teljes jogú) tagja az állampolgárok közösségének: kirekesztett. Ahogyan ez már a korai második gazdaság esetében kirajzolódott, az akkori peremhelyzetűek, mára kirekesztettek nem kis része roma. A segélyezés tevőlegesen járul hozzá a romáktól való elszegényedés forduló kirekesztéséhez. Az elbírálás látszólag tárgyilagos és törvényes. Ám egyrészt automatikusan folytatja és fölerősíti az ismert munkaerő-piaci diszkriminációt, hiszen a romák állami ellátásra jogosító igényei rossz munkaerő-piaci pozícióik miatt eleve gyengék. Másrészt a segélyezési gépezet a saját hatáskörében is alkalmazza az etnikai alapú, a cigány családokat súlyosan diszkrimináló gyakorlatokat. Még az sem véletlen, hogy a jóléti ellátórendszer épp a segélyt kérőket teszi a leginkább láthatóvá. A többiek személytelen, ők azonban – az önkormányzathoz utalt ellátási felelősség miatt – személyes tárgyai a „közösségi jótéteményeknek”. Ezzel, legalábbis a kisebb közösségekben, világosan láthatóvá teszik, kik az „élősködők” sőt, az óhatatlanul köztudottá váló döntések nyomán azt is, hogy közülük kik mennyire ítéletnek önhibásnak, csalónak, visszaélőnek. A romák az előítéletes kívülálló számára bőruk színe miatt mindenkinél jobban láthatóak. Ezzel tovább erősítik az előítéleteket, „igazolják” azt, hogy az élősködők romák.

A folyamat megteremtí a maga speciális legitimációs bázisát a kirekesztésben közvetlenül érdekeltet, azt fogantató serege révén. A gyorsan növekvő, iparaggá alakuló segélyezési rendszernek ugyanis az is fontos funkciója, hogy „hivatalok ezreinek és új munkapiaci posztok tízezreinek életre hívásával” társadalmi helyet biztosítson, s „az előre menekülés nem lebecsülendő terepét” kínálja az önkormányzati szociális ügyintézők, felelősök számára. A könyv egyik mesteri bravúrja az állami szociálpolitika és a társadalmi struktúra közötti viszony interaktív jellegének, a segélyezők és segélyezettek egymást is fogdában tartó csapdamechanizmus bemutatása. A mai segélyezési intézményrendszer a segélyezettek olyan fogdája, amely lezárja a szegénységből kivezető kiutakat. Ám ugyanakkor a segélyező hivatalnokok fogdája is. Bármennyire is tudják, kivált ha van szociális szakképzettségük, hogy tevékenységük hatékonysága, eredményessége, igazságossága kétes, elemi érdekük a mai helyzet fenntartása, hiszen megélhetésük az adott pozíción múlik. Ha átlátják munkájuk valódi funkcióját, maguk kerülnek a kirekesztettek közé.

Végül a konstrukció ötödik eleme az előbbi folyamatok együtteséből kirajzolódó jóléti rendszer, illetve jóléti állam jellegének meghatározása, az eddigi elméleti keretekben való elhelyezése. Szalai úgy látja, hogy ez a *posztoszocialista* jóléti állam nem helyezhető el az eddig ismert jóléti állam típusok rendszerében. Lehet, hogy ez így van, bár egyre közeledik a neoliborális-neokonzeratív mintához. Ennél sokkal fontosabbnak és elgondolkodtatóbbnak tartom, amit a rendszer reformigényéről ír. Igaz-e, kérde, az a (politikai osztályban) gyakori állítás, hogy *még nem történt meg* e „nagy rendszer” reformja? (Egy újabb dokumentum szerint a szociális

szférában éppenséggel „paradigmaváltásra” van szükség a nagyobb igazságosság, valamint a nagyobb hatékonyság érdekében. Igaz, e szavak sokféleképpen értelmezhetők. Az én olvasatomban igazságosságon a rászorultsági elv erőteljesebb érvényesítését, hatékonyságon a kiadások csökkentését kell érteni.) Szalai Júlia szerint a nagy átalakulások már megtörténtek. Tudja, hogy reformoknak és kiigazításoknak bőven van még helye. Megítélése szerint a mai berendezkedés mégis „késztermék”. Lényegét tekintve kialakultnak, megszilárdultnak, véglegesnek tekinthető, olyanak, ami szervesen illeszkedik az ezredfordulóra stabilizálódó hazai gazdaság- és társadalomszerkezetbe, továbbá betölti a tőle elvárt funkciókat, legyenek azok manifesztok vagy latensek. Ez nem jelenti azt, hogy Szalai elfogadhatónak tartaná a mai megoldást. Ám az általa elképzelt, az állampolgár jogait és méltóságát biztosító „reform” gondolata sem korábban, sem az utolsó 15 évben nem került napirendre, és erre a mai magyar és világhelyzetben nincs is sok esély.

Szalai Júlia könyvének egyik legfőbb érdeme episztemiológiai jellegű. Ritka az olyan társadalomtudományi mű, amely ennyire következetesen, a hipotézisek ilyen fogaskerékszerű összekapcsolásával, a célirányosan megválasztott, számszerű bizonyítékokkal írta le ilyen töretlen logikai ívet. A másik nagy teljesítmény szociológiai. A könyv csúcspontja – a konstrukció kupolája – az utolsó fejezet, amely minden eddiginél részletesebben okadatulja a kirekesztés, ezen belül az etnikai kirekesztés közpolitikai eszközökkel gerjesztett folyamatát, a sokféle tartalommal értelmezhető jóléti fogdát.

A tökéletes konstrukció elismerése mellől nem hiányoznak a kérdőjelek. Nem vagyok benne biztos, hogy a számomra is vitathatatlan következtetéshez vezető gondolati útnak nincsenek-e bizonytalan elemei. A társadalmi tények sokféleképpen, sok nézőpontból értelmezhetők. Szalai Júlia módszere „a nézőpontok elforgatása”, és ezzel az értelmezési tartomány kitérítése, vagy összehúzója, vagy a tényekre irányított fénycsóva irányának-erejének átállítása. Olyasmint állítok, hogy a fénycsóva ugyanezt a kupolát sok más beállításban is megvilágíthatná. A mai helyzethez vezető társadalmi folyamatok értelmezésének, az egyes tényezők kiemelésének, súlyozásának vitája (általában is, kettőnk között is) nem mai keletű, és nem is fog egyhamar (vagy egyáltalán) lezárulni. Itt e vita egy elemét elevenítem fel.

Nem vagyok biztos az egyik legfontosabb kulcsfogalom, az államtalanítás értelmezésében, megítélésében. Szalai abból a feltevésből indul ki, hogy „a jóléti berendezkedés mai szerkezetét és társadalmi funkcióit az államtalanítás elmúlt másfél évtizedes folyamata körüli küzdelmek formálták”, amely küzdelem a redisztribúcióban érdekelttek között folyt, nem annyira forrásokért, mint uralmi jogosítványokért és azok legitímációjáért. Azt hiszem, innen egy lépéssel hátrébb kellene lépni, egy szélesebb erőter-rendszerbe. A legfontosabb küzdelemnek én azt tartom, ami az állam és piac között folyt és folyik a piaci logika térnyeréséért, az állami korlátok és védelmek felszámolásáért. (Elvben a civil társadalomnak is e küzdőtéren lenne a helye – ám máig sem vált elég erőssé ahhoz, hogy labdába rúgjon.) Vagyis az igazi harc az új tulajdoneloszlás haszonélvezői, a tőkésék (és az ő holdudvaruk) és a többiek között zaj-

lott. Ezért problematikus egyébként a „túl-elosztás” fogalma is. Nemzetközi összehasonlításban sosem voltunk az élen. Az ország lakóinak közfelelősséget is igénylő szükségleteit sosem elégítettük ki jól. A gazdaság teherbíró képességéhez viszonyítva lebeg: nemcsak a „gazdaság”, hanem annak természete (például a profitéhség foka), valamint társadalmi erőviszonyok és politikai döntések is meghatározók, a határok pedig igen tágak. Ennek a küzdelemnek az eredője az, hogy egyáltalán mire kap jogosítványt az állam, mennyi forrást vonhat el összesen, és ebből mennyit fordíthat a jólétnek nevezett rendszerre.

Ezután következik a jóléti újraelosztás kedvezményezetteinek küzdelme az állam, valamint nyugdíjasok, gyermekesek, segélyezettek, adókedvezményért küzdők, avagy oktatás, egészségügy és tömegközlekedés között. Szalai Júliának mélyen igaza van: ezt a harcot is átszinezik az alapérdekek. A redisztributív elosztáson belül is (gondolom én) erősen differenciál az, hogy az adott elosztási forma, jogcím kedvez-e a piac érdekeinek, vagy ellentmond azoknak. Szalai Júlia olvasatában az állam a gazdaság érdekében nyitotta meg és zárta le új határokkal a jóléti ellátások rendszerét – s ezzel az „újraállamosítással” saját hatalmát biztosította. Én inkább a fordítottját hiszem. Azt, hogy inkább a gazdaság (pontosabban: tőkés érdekek) diktálta, hogy hol és mit nyisson és zárjon az állam.

Természetesen az államnak is van valamennyi – ma egyre szűkülő – mozgástere. Ezt többnyire nem használta ki – talán épp azért, mert megriadt a túlköltekezés és túlhatalom (többnyire nem alaptalan) vádjaitól. Így 1990 után meglehetősen lanyhán próbálta a piac erőszakos, mondhatjuk kíméletlen előretörésének kárait enyhíteni. Azonban amikor ennek egyik eszközét a (valóban nem távlatosan újragondolt) társadalombiztosításban találta meg, akkor nem a „piacnak” akart kedvezni, hanem – épp ellenkezőleg – a társadalmi jogkiterjesztés legfontosabb hagyományát követte. Egyetlen érvet hadd említsek meg a társadalombiztosítás védelmében. Robert Castel az egyik legmértvadbóbb elemző mind Szalai Júlia, mind az én számomra. Ezért hadd hívjam fel sokadszorra a figyelmet egy gondolatmenetére (amelyről máshol írtam, és onnan idézem). „(A)rról a folyamatról van szó, ahogy a felvilágosodás (egyben a kora kapitalizmus) az individuumot megkomponálta. Az individuum felszabadítása parancsolóvá tette az új szabadságok védelmét, s ezzel egy újfajta állam megteremtését. A modern állam első funkciói a szabad polgárok életének és tulajdonának védelme voltak. 1789-ben az Emberi és Polgári Jogok Egyetemes Nyilatkozata kimondta, hogy a tulajdon szent és elidegeníthetetlen jog. *Ebben a felfogásban az egyén önmagának mint szabad és autonóm individuumnak is tulajdonosa. A polgár védelmét és a tulajdont a jogbiztonság alapján szorosán összekapcsolták.* Csakhogy ez a lendületes, a mai szabadságokat megalapozó kor nem tette föl azt a kérdést, hogy mi is lesz azok biztonságával, akiket nem véd a tulajdonuk?” Az új körülmények között a tulajdon nélküli egyén megélhetése, biztonsága azon múlt, el tudja-e adni magát a szabad piacon? Ha ez nem sikerült, az egyén létbiztonsága, sőt, alkalmasint a léte is megszűnt. A tulajdon és védelem közti összhang helyreállításának eszköze a *társadalombiztosítás* lett. *A közösségi tulajdonra épülő védelem pótolta ki azt a forrás- és joghiányt,*

ami akkor keletkezett, amikor a biztonságot a magántulajdonhoz kötötték. Ezzel erősítette a munka méltóságát (pontosabban először adott társadalmi méltóságot a bérmunkásnak) és jelentősen csökkentette a munkás kiszolgáltatottságát. Kérdés, hogy ez az értelmezés alkalmazható-e a magyar jogkiterjesztésekre. Én azt hiszem, részben biztosan. A helyzet sokban kísértetiesen hasonlít is ahhoz, amikor a tőkés magántulajdon először kialakult.

A „munkával és járulékfizetéssel szerzett” jogosultságok azonban valóban csak a védelem egyik pillérét jelentették az országok túlnyomó többségében. Szinte mindenhol kiszorultak ebből azok, akiket a közösségi tulajdon sem véd. Az ő számukra maradt meg, vagy éledt újra a történelmileg korábbi eszköz, a segélyezés. Ha kevesen vannak, a rendszer humánus, sőt, jogszerű is lehet. De – minden történelmi tapasztalat szerint – annál rosszabbul működik, minél nagyobb a védtelenek tömege. A mai magyar rendszer e trendhez illeszkedik, de a különlegesen rosszak közé tartozik, azaz Szalai Júlia diagnózisa teljesen pontos. A kérdés csak az, hogy a felelősség ezért valóban a társadalombiztosítás haszonélvezőit, első sorban a „forrásokat elszívó” nyugdíjasokat terheli-e, avagy azokat, akik létrehozták-hagyták létrejönni a mindenből – azaz munkából és társadalombiztosításból egyaránt – kirekesztettek tömegét?

Szalai Júlia könyve kihívás. Kihívás a szakmának: vitassuk meg konstrukcióit, téziseit, bizonyítékait. De még nagyobb kihívás a politikának: vállalható-e egy olyan jóléti, pontosabban segélyezési, szegénység-kezelő rendszer fenntartása, amely tökéletesen ellentétesen működik a társadalompolitika európai alaphivatásával, azaz, amely nem szolgálja, hanem gyengíti, rombolja a társadalmi összetartozást.

HÜSE LAJOS

Szűz Mária zsebkendőjének keleti csücskében

Fónai Mihály, Pénzes Mariann és Vitál Attila [szerk.]:
*Etnikai szegénység, etnikai egészségi állapot? – A cigány népesség
élethelyzete és a kitörés lehetőségei Északkelet-Magyarországon*
Krúdy Könyvkiadó – Szocio East Egyesület, Nyíregyháza, 2007

A kötet – szerkesztői szándéka szerint – egyfelől empirikus adatgyűjtések mentén fogalmaz meg kimunkált állításokat a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében élő cigány népesség helyzetéről, másfelől megkérdőjelezi a feltárt helyzet etnicitását. „A (címben szereplő) kérdő mód alkalmazásával álláspontunkat is jelezzük: a cigányok szegénysége nemcsak etnikai eredetű, főként nem etnikai okú, és »etnikai egészségi állapotról« sem beszélhetünk.” Az erősen előítéletes, szegregációra hajlamos magyar társadalom viszonyait ismerve ez nem tűnik könnyű feladatnak. A kötet tanulmányainak jelentős része mégis képes a szegénység kultúrájából, az egymást erősítő egyenlőtlenségekből levezetni annak magyarázatát, hogy mitől ennyire rossz a vizsgált népesség szociális helyzete és egészségi állapota. Az eredmények általánosíthatósága érdekében az egyes szerzők hangsúlyozzák, hogy a hazai cigányságon kívül is léteznek peremhelyzetbe szoruló, a kirekesztettséggel és létfenntartási gondokkal küzdő csoportok – esetükben vélhetően hasonló képet tárhatnánk fel. Ugyanakkor mégis felmerülhet az olvasóban a kérdés, hogy az etnikai hovatartozás mentén tematizált kötetben végül mennyire sikerül elszakadni ettől a vezérfonaltól.

A szerkesztői célkitűzéseket erősíti Nagy Andrea, aki *A kisebbségvédelem lehetőségei az Európai Unióban* c. tanulmányában a romák hátrányos helyzetének megismeréséhez tágabb értelmezési kereteket kíván adni az olvasó kezébe – elsősorban jogelméleti síkon. A jogegyenlőség, esélyegyenlőség alapelveinek szembeállításával jellemzi a diszkrimináció fogalmát, a hangsúlyt a kívánatos, helyes állapot bemutatására helyezve. Bár a hazai állapotok felett siránkozva gyakran tekintgetünk az Európai Unióra (hol vágyaink tárgyát keressük benne, hol szigorú mércéinek igyekszünk megfelelni), a szerző igen alapos jogtörténeti fejezeteket szán a megnyugtatóra: az EU sem az esélyegyenlőség bölcsőjében született, és járni is apró léptekkel tanult. Ebben a tanulási folyamatban jelentős szerepet játszott az EU 2004-es kibővítése, melynek következtében a mintegy 12 milliós cigány népesség a közösség legnagyobb lélekszámú etnikai kisebbségévé vált. Ennek jelentősége abban áll, hogy vélhetően az EU által kínált problémamegoldó stratégiák – a hátrányos megkülönböztetés elleni küzdelem, valamint a hatékonyabb érdekérvényesítés kiépítése – honosítása mentén fognak zajlani a lassan kiteljesedő hazai folyamatok is.

Filepné Nagy Éva, Fónai Mihály és Fábian Gergely a Szabolcs-Szatmár-Bereg Megyei Területfejlesztési Tanácsának megyei szintű egészségügyi és szociális fejlesztési koncepciójába integrálva valósították meg csaknem 1500 háztartásra kiterjedő, reprezentatív felmérésüket. A *Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei népesség szociális helyzete és egészségi állapota* c. tanulmányban öt területre koncentrálva mutatják be a megye társadalmát: a jövedelmi helyzetet, a háztartás- és lakásviszonyokat, az életmód és egészségi állapotot, a mentális státuszt és az ellátórendszerek igénybevétele feltérképezésével. A mintán belül az etnikai hovatartozást egyrészt a romák önbesorolása, másrészt a kérdezőbiztosok klasszifikációja alapján állapították meg. Az etnikai identitás vállalása alapján a megye háztartásainak 7 százaléka, a lakosság 10,5 százaléka roma, amely mintegy háromszorosa a 2001-es népszámlálás – ugyancsak önbevalláson alapuló – adatainak. Egyébként a tanulmány ritkán tér ki a roma háztartásokban tapasztalható jellemzőkre, megállapításaiból nem, vagy csak nehezen következtethetünk a kötet témájának megfelelő adatokra. Igaz, a szerzőknek ez nem is célja – a komplex megyei stratégia alapozó kutatását sokkal inkább zsinórmértékként ajánlják, részint a következő tanulmányok értelmezéséhez, részint a más megyékkel való összehasonlításhoz.

Ennek megfelelően a kötet következő tanulmánya már kifejezetten a romák egészségi állapotát igyekszik bemutatni, 500 Szabolcs-Szatmár-Bereg megyei roma háztartásban folytatott adatgyűjtés elemzése révén. *Fónai Mihály és Pénzes Mariann A cigány népesség egészségi állapotának összevető Északkelet Magyarországon* című tanulmányában kap lehangosabb szerepet a bevezetőben közölt szerkesztői szándék. A térségben élő romák kirekesztettsége, alacsony iskolai végzettsége, elképesztően rossz munkaerő-piaci helyzete, lakásviszonyai egymásra épülő, egymást erősítő struktúrát alkotva okoznak egészségügyi, mentális problémákat, melyeket tovább súlyosbíthat a többségi társadalom képviselői által működtetett egészségügyi rendszer és a roma lakosság közötti kulturális és kommunikációs szakadék. A szerzők szoros kapcsolatot tártak fel a szociális státusz és az egészségi állapot között, az egyéni életvezetés által meghatározott, valamint a megyei romák többségére jellemző „gettó-életmód” meghatározta faktorokat egyaránt figyelembe véve. A tanulmányban részletesen ismertetett adatokra támaszkodva a szerzők feltételezik, hogy a rossz egészségi-mentális állapot „egyszerre következménye a sokdimenziós kirekesztődéseknek, és egyszerre mutatója ennek a helyzetnek”, amennyiben jól mérhetően és standardizálhatóan jelzi a kirekesztést, kirekesztődést.

Erre a megállapításra rímel *Fónai Mihály és Vitál Attila* a „ballagásügyéről” elhíresült Tiszavasvári roma populációját bemutató tanulmánya, *Azonosságok és eltérések a tiszavasvári magyarcigány és oláh-cigány lakosság élethelyzetében és egészségi állapotában* címmel. A település valószínűsíthető 400 cigány háztartása közül 284 felkeresésével gyűjtött adatokat öt dimenzió mentén elemezték: szocio-demográfiai mutatók, jövedelmi helyzet, problémák és támogatórendszerek, egészségi állapot és az ellátórendszerek igénybevétele, valamint a településsel szemben támasztott elvárások mentén. A vizsgált háztartásfők 5 százaléka sem szerzett az általános iskolánál magasabb végzettséget, és csupán 14 százalékuk fog-

lalkoztatott. A családok jellemzően szociális transzferekből élnek. Az életkörülmények javításához az iskolázottság színvonalát érdemben emelni kellene, ám a szerzők megállapítása szerint a cigány tanulók jelentős része komoly problémákkal küzd a város általános iskoláiban, és magas az iskolából kimaradók, valamint az évismétlők aránya is. Úgy tűnik, hogy a marginális helyzet, a mélyszegénység tartósan jelen lesz Tiszavasvári roma lakosságában. Ezért is meglepő, hogy a vizsgált populációban előforduló betegségek köre nem tér el alapvetően a hazai lakosságétól, noha néhány tipikus területet kiemelték a szerzők – a „civilizációs” betegségeket, a szív- és érrendszeri, a légzőszervi, valamint az idegrendszeri betegségeket –, melyeket a szegénységből és kirekesztődésből levezethető életkörülményekkel, életmóddal is magyarázhatunk. A tanulmányt a helyi vezetésnek szánt megoldási javaslatok zárják, ezek közül is kiemelném az integrált oktatás jelentőségét.

A Fónai–Pénzes szerzőpáros által is fémjelezett, 500 háztartást felölelő vizsgálat „ifjúsági szekcióját” prezentálja Huszti Éva 12–18 év közötti cigány fiatalok jólléte és életmódja Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében c. tanulmánya. Miután a korcsoportra vonatkozó kérdések megfelelnek a nemzetközi standardként a nyolcvanas évek óta alkalmazott HBSC-felmérésnek (Health Behaviour in School-aged Children), az eredmények más ifjúságkutatásokkal is összevethetőek. Az már a tanulmány elején egyértelművé válik, hogy a megkérdezett fiatalok nem a koruknak megfelelő osztályokba járnak, valamint jól érzékelhető az általános iskola befejezését követő lemorzsolódás, a továbbtanulás végleges akadályoztatása. Az iskolázottság mutatóiban tapasztalható hátrányok ellenére megfigyelhető, hogy a mintába kerülő cigány fiatalok önképe, egészségképe, sőt, a családtervezéssel kapcsolatos válaszaik (terveik) is egyre inkább közelítenek a többségi társadalomra jellemző tendenciákhoz. Ugyanezen területeket objektív módon megvizsgálva a szerző jelentős ellentmondásokat tapasztalt: korai szexualitást, a védekezés hiányát, a depresszióra való magas hajlandóságot. Ennek mentén fogalmazódik meg az egészségfejlesztési, felvilágosító programok fontossága – erre a szerző konkrét javaslatokat is tesz.

A kötet első felében erős az empiria, és ugyanígy erős az egyes tanulmányok közötti logikai szál is. Csupán néhány táblázatban, mondatban felejtettek ott a tanulmányok szerzői hibákat, rossz utalásokat, ez azonban némi korrektori munkával kiküszöbölhetővé válik az esetleges újrapozíciókban.

A kötet második felébe szerkesztett tanulmányok lényegesen más képet mutatnak. Alapjuk – egy kivételével – nem empirikus adatgyűjtés: egyes szakterületek képviselői ismertetnek a területükön megvalósuló roma-programokat. Ebből két dolog is következik. Egyrészt esetükben már nem lehet érvényesíteni a bevezetőben megfogalmazott szerkesztői alapelveket, hiszen ezek a tanulmányok direkt módon közelítik meg a romák élethelyzetével kapcsolatos problémákat, nem keresik mögöttük az underclass helyzetből levezethető, általános jellemzőket. Másrészt egyes írásokban tetten érhető, hogy a szerzők nem a programokat kritikus

szemmel elemző külsősként, hanem azokat „eladó” projekt-menedzserként jegyzik a tanulmányokat, így azokban megfigyelhetjük a pályázatok záródokumentumaira jellemző „betegséget”, miszerint a program kevésbé sikerült elemeit is a lehető legjobb színben igyekeznek feltüntetni.

Ez utóbbi megállapítás nem jellemző Nagy Józsefné *A védőnői munka lehetőségei a cigány családok egészségkultúrájának fejlesztésében* c. tanulmányára, amely korrekt és részletes leírást ad a védőnők családgondozási tevékenységéről. Ahogyan bevezető gondolatként írja: „a védőnői munka alapfeladata évtizedek óta alig változott”, ennek megfelelően stabil, kiértelt elemekből építkezik a tanulmány, kiváló tájékozódási alapot nyújtva azon szakemberek számára, akik a romák „ügyeiben járva” a helyi védőnőkkel kívánnak együttműködni. Ugyanakkor a kötethez ez a tanulmány igen lazán illeszkedik, mint ahogyan a védőnői szakma gyakorlatias bemutatásába is lazán, úgyszólván kötődések nélkül illesztette be a szerző a hátrányos helyzetről és a cigányságról írott fejezetet.

Bodnárné Kiss Katalin felső-tagozatos cigány tanulók énkép- és modellkövetési sajátosságait vizsgálta Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében. A *Serdülő korú cigány tanulók jövőképe és modellkövetési sajátosságai* címet viselő tanulmánya – a szociális identitás alakulása szempontjából kiemelkedően fontos – 7–8. osztályos tanulók énképét, társas szerkezetét, csoportlétkörét, jövőképét mutatja be, olyan osztályokban végzett vizsgálatokra alapozva, ahol a roma önazonosságú (vagy az iskola által romának tartott) tanulók arány a 20–100 százalék közé esik. Empirikus jellege miatt ezt a tanulmányt a kötet első feléhez szerkesztettem volna, bár a szerző vitathatatlanul más módszerekkel, más értelmezési keretekben dolgozik. Ugyanakkor egyértelműen megmutatja, hogy miképpen alakul ki, azaz inkább miképpen reprodukálódik egy osztályközösségen belül – úgy mond „kicsiben” – a marginalizálódás, az elutasítottság stb., amely „nagyban” a kötet első felének tanulmányaiban, vagy számos más, mákkal kapcsolatos publikációban tetten érhető. Az iskolában elszenvedett negatív élmények, a szerepnélküliség, a közösségből való kizárás megélése, a szociális elismerés teljes hiánya minden egyes diák–diák és tanár–diák interakcióban megjelenik, mind mélyebbre ásva a romák és többségek közötti szakadékot.

A másság átélésének ettől a durva módjától védik meg a cigány gyermekeket a cigány többségű iskolák. Látszólag. *Kerülő Judit* a *Kitörési esélyek egy nyomortelepről* című tanulmányában igyekszik egy zömében romungrók lakta, gettósodott városrész spontán szegregáció útján „cigánnyá” vált általános iskoláján, annak fejlesztő programjain keresztül bemutatni, hogy itt, ebben a végletesen szegregált helyzetben is lehet esélyeket teremteni. Hiszen a programok valóban jók. Pusztán erre alapozva a szerző maga is elhiszi, hogy egyben esélyeket is teremtett, noha a telep beiskolázási adatai, a telepen élők életesélyei (vagy inkább esélytelenségei) éppen ennek ellenkezőjéről tanúskodnak. Mint ahogyan az is, hogy a kérdéses iskolát az önkormányzat a 2007/08-as tanévtől bezárta, tanulóit a város több iskolájába integrálta. A tanulmány javát egyébként a kalandos történetű Huszár-telep bemutatása teszi ki, amely – függetlenül az általam vitatott állítástól – nagyon jó.

A projektmenedzseri szemlélet uralkodik *Rozgonyi Ibolya Tanártovább-*

KÖNYVEKRŐL, FOLYÓIRATOKRÓL

képzések és roma felzárkóztató programok eredményei és tapasztalatai a Nyíregyházi Főiskolán c. tanulmányában is, amely nem több, nem kevesebb, mint amit a címe ígér. A pedagógus továbbképzések ismertetése mentén megtudhatjuk, milyen célok és elvek mentén válhatnak a gyakorló pedagógusok érzékenyebbé a cigányság problémáira. A programok sikere lemérhető a továbbképzésen résztvevők számával – de ez csak a képzőintézmény sikere, miközben semmit sem tudhatunk meg a képzések tényleges hatásáról. A roma felzárkóztató programok esetében is hasonló a helyzet – siker-elemek (a roma identitás erősödése, „roma-büszkeség”, esély a továbbtanulásra) keverednek a kudarc jeleivel (lemorzsolódás), miközben nem tudjuk eldönteni, hogy végül is az adott program, az abba fektetett energia és közösségi forrás (Phare) mekkora változást generált a romák élethelyzetében.

A kötet – melynek végén a tanulmányok egybeszerkesztett irodalomjegyzéke, valamint Szabolcs-Szatmár-Bereg megye térképére szerkesztett ábrák találhatók – sokszínűsége lehet előny, mint ahogyan hátrány is. A szociológiai témákban járatosak számára gazdag forrásanyagot kínál ez a kötet, amelyek túlnyomó része összehasonlító vizsgálatok hivatkozási alapjául is szolgálhat. Az erősen specializált érdeklődésű olvasókat természetesen zavarhatja, ha több tanulmány jelentősen eltér az általa hasznosnak ítélt tartalmak közlésétől. De ugyanezen specializált érdeklődésű olvasóknak tágabb kitekintést adhat, aminek akár gyakorlati haszna is lehet – gondolok például azokra a szervezetekre, akik nagy pályázatokban gondolkodva valós ismeretekre szeretnék építeni programjaikat, vagy azokra a helyi aktorokra, akik valós változásokat szeretnének generálni a romák, vagy bármely más marginalizálódott csoport felemelkedése, integrálása érdekében. Számukra ez a kötet valóságos kincseshánya.

Abstracts

Péter Mihályi: A conceptual framework for the planned Hungarian health insurance reform

Amidst the sharp political discussions on the ways and means of reforming the Hungarian health insurance system, no effort has been made so far to clarify the precise content of such key terms, as social insurance, risk pool, equity and solidarity. Viewed superficially, these terms are understandable and widely used in the social policy discussions, but a closer look from a health policy point of view reveals confusion, when these terms are applied to describe and evaluate the present and the desired financing models. The main objective of this paper is to initiate a dialogue between social and health policy experts. Once the concepts are clarified, the paper provides a framework to analyse the three main health financing models (social insurance, state sponsored schemes, voluntary insurance).

Eszter Sinkó: The health insurance system on new grounds

The short paper analyses the agreement adopted by the parties of the Hungarian coalition government about the reorganization of the insurer side on the basis of only a few narrow standpoints. The proposal is worth for consideration regarding the new actors that appear in the new model and the interests that motivate the operation of these new actors. The other analyzed question is how the new model operating in accordance with the described interests and regulations serves the fulfillment of the health policy goals. At the end of the paper the author shortly compares the mixed model proposed by the Free Democrats and the new compromised model in order we can decide that considering the professional content whose earlier proposal and declared principles are reflected the more in the agreement.

György Németh: Basic models of health insurance – Bismarck and Beveridge

The study tackles the two basic models of health insurance known in professional literature as the Bismarckian and the Beveridge-an models. The elaboration of these models was preceded by government intentions to improve the access to health care of the poor and the lower strata of society. This approach, however, proved untenable after a while and was replaced, or, in certain cases, complemented by health insurance systems based on obligatory membership. (With exception of the United States, this process was only concluded in the developed world at the very end of the 20th century). The author reasons that these two basic models owe their existence to specific historical contexts. In Germany in the 1880's, the main objective was to pacify Social Democracy, while in England in the 1940's, the intention was the creation of unity in a divided society and the elevation of the working class to that of the middle class. The Beveridge-an model was not born as an opposition to, rather, as an alternative of the Bismarckian model. Beveridge was of the opinion that the Bismarckian model will, after a while, produce complete coverage and only one health insurance institution will remain. At the heart of his model lies the endeavour to cover this period in one huge bound.

**Árpád Baráth: Who are the excluded and why?
The phenomenology of social exclusion in rural populations and social services
of Baranya County**

The term "social exclusion" is a relatively new descriptive concept, which does not have any generally accepted definitions, and probably never would have it like many other abstract social constructs. The lack of formal definition has been recently supplemented with an increasing number of more detailed descriptions, empirical assessments and analyses. The present study focuses on social discrimination as it experienced by people themselves in their daily lives living in two micro regions of Baranya County (administrative districts of Villány and Bóly). The study highlights the phenomenon in two interlocking social contexts: one is the experience of social discrimination in local communities (a sample of 12 such communities in the region), and the other is the personal experience of social discrimination in the context of health and social services. The study makes public a selected number of empirical findings on the perceptions and interpretations of the under laying "causes" of social discrimination as it viewed from the perspectives of local services providers and public authorities working in the surveyed regions.

Gizella Péterné Molnár: The conditions of operation in hospital social work

The author introduces three models of hospital social work examining the possible operation of a social worker as a member of hospital personnel (hospital model), as a member of a self-governmental social office staff being responsible for hospital social work besides other duties (self-governmental model), and as an employee of a self-governmental social office working full-time as a hospital social worker. Then valid provisions of law along with professional guidelines and their anomalies are reviewed. Finally the author drafts questions in which the social work profession should shape and represent its own point of view towards legislators and the health care system.

esély

2007/5

Social Policy Journal

Contents

STUDIES

- 3 **Péter Mihályi:** A conceptual framework for the planned Hungarian health insurance reform
- 34 **Eszter Sinkó:** The health insurance system on new grounds
- 43 **György Németh:** Basic models of health insurance – Bismarck and Beveridge

POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION

- 66 **Árpád Baráth:** Who are the excluded and why? The phenomenology of social exclusion in rural populations and social services of Baranya County

SOCIAL WORK

- 99 **Gizella Péterné Molnár:** The conditions of operation in hospital social work

REVIEWS

- 120 **Zsuzsa Ferge:** Is not there two countries...?
- 126 **Lajos Hüse:** In the eastern point of the handkerchief of Virgin Mary
- 131 Abstracts

Szerzőink figyelmébe!

1. A beküldött és a lap jellegének megfelelő írásokat szakértők bevonásával a Szerkesztőbizottság bírálja el.

2. A közlésre benyújtott tanulmány még nem publikált és más folyóiratnál elbírálás alatt nem lévő, eredeti írásmű lehet.

3. A tanulmány szövegét nyomtatott kéziraton kérjük leadni, A/4-es méretű papíron, széles margóval, dupla sorközzel. A tanulmányt kérjük e-mailban is elküldeni a szerkesztőség címére.

4. A szöveg első lapja a címlap, amelyen a szerző(k) neve, foglalkozása, végzettsége, munkahelyének megnevezése, e-mail címe a cikk címe (alcíme) szerepeljenek és az esetleges köszönetnyilvánítások *-gal jelölt lapalji jegyzetben.

5. A szövegtörzshöz csak olyan lábjegyzetek kapcsolódjanak, amelyek a főszöveghez fűznek megjegyzéseket, kiegészítéseket stb. Pusztán irodalmi hivatkozásokat tartalmazó lábjegyzetek ne legyenek. A lábjegyzeteket lapalji jegyzetként kezeljük. Az irodalmi hivatkozások a főszövegben szerepeljenek a következő formában:

– ha a hivatkozott mű szerzője szerepel a szövegben, a név után zárójelben legyen a hivatkozott mű megjelenésének éve és szükség esetén a hivatkozott oldalszám(ok), pl.: Piroska (1999: 15–16),

– egyéb esetekben (idézet stb.) zárójelben szerepeljen a szerző(k) neve, a megjelenés éve és szükség esetén a hivatkozott oldalszám(ok), pl.: (Tóbiás–Benedek 1999: 13),

6. A szövegben szereplő táblázatokat számozva, címmel ellátva kérjük. A táblázatok címe, az oszlopok és sorok megnevezése, a magyarázatok a cikk nyelvén íródjanak. Nem fogadjuk el tehát az adatelemző, adatfeldolgozó programokból kikerült nyers, szerkesztetlen, a szövegbe pusztán beillesztett táblázatokat. Amennyiben a szerző ábrát kíván közölni, ezt külön lapon, a kívánt formában megrajzolva kérjük leadni.

7. A szövegtörzs után, külön lapon kezdve kérjük az irodalomjegyzéket. Az irodalomjegyzék a szerzők neve szerint szigorú betűrendben tartalmazza a szövegtörzsben és a lábjegyzetben hivatkozott teljes irodalmat olyan módon, hogy a szövegbeli hivatkozásokat az irodalomjegyzékben azonosítani lehessen. Az irodalomjegyzék ne tartalmazzon a szövegben nem hivatkozott művet. Az irodalmi hivatkozások három alapformája a következő:

– könyv: szerző(k), a megjelenés éve: a mű címe, a kiadás helye: a kiadó neve,

– folyóiratcikk: szerző(k), a megjelenés éve: a cikk címe, a folyóirat neve (az évfolyam sorszáma), a szám sorszáma, a cikk kezdő és befejező oldalszáma,

– gyűjteményes kötetben szereplő cikk: a szerző(k) neve, a megjelenés éve: a cikk címe, In: a gyűjteményes kötet szerkesztőjé(i)nek neve (szerk. vagy ed(s), vagy Hrsg.), a kötet címe, a kiadás helye: a kiadó neve, a hivatkozott írásmű kezdő és utolsó oldalszáma.

8. Külön lapon kérjük mellékelni a tanulmány legfeljebb 200 szót tartalmazó tartalmi összefoglalóját (abstract) magyar és angol nyelven.