

esély

2009/6

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

TANULMÁNYOK

- 3 **Orosz Éva:** Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején
27 **Carsten Jensen:** A jóléti szolgáltatások és transzferek világa

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

- 45 **Blaskó Zsuzsa:** Születési kohorsz-vizsgálatok itthon és külföldön – tapasztalatok és tanulságok

EURÓPAI UNIÓ

- 76 **Gyulavári Tamás:** Munkaviszony, önfoglalkoztatás, és a közöttük lévő szürke zóna

SZOCIÁLIS MUNKA

- 108 **Katz Katalin:** A szociális munka kultúrái

KÖNYVEKRŐL, FOLYÓIRATOKRÓL

- 117 **Szikra Dorottya:** Segítség és kontroll: a szociális munka története Kelet-Európában

121 Abstracts

123 Contents

OROSZ ÉVA

Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején¹

A tanulmány áttekinti az egészségügy legsúlyosabb problémáit és az enyhítésükre kidolgozott stratégiákat – globális, európai és hazai szinten egyaránt. Az egészségi állapot és az egészségügyi források elosztásának globális egyenlőtlenségei a gazdaság egyenlőtlenségeinél is mélyebbek. Emellett egyetlen olyan régió sincs a fejlődő országokban, ahol az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljaiban kitűzött mértékben javult volna a helyzet, 2000 óta. A fejlett országok egészségügyi reformjai mindenekelőtt arra keresik a választ, hogy miként enyhíthető a feszültség a költségnövelő technológiai fejlődés, a betegek növekvő elvárásai és a közkiadások korlátozott növekedési lehetősége között. Új, globális válságjelenség az egészségügyben a humán erőforrások elégtelensége. A fejlett országok – a munkaerő elszívásával – még tovább súlyosbítják a hiányt, számos közepesen fejlett és fejlődő országban. Magyarországnak – miközben szembesül mindezekkel a kihívásokkal – súlyos sajátos problémái is vannak. A kilencvenes évek eleje óta növekedett a lemaradásunk a fejlett országoktól, mind az egészségügyre fordított közkiadásokat, mind a magyar népesség életésélyeinek számos fontos mutatóját tekintve.

A tanulmányban tárgyalt folyamatok, problémák három fő kérdéskör, kihívás köré csoportosíthatók:

- A globális folyamatokat tekintve: milyen globális stratégiát igényel az egészségi állapot drámai mértékű egyenlőtlenségeinek a csökkentése?
- Szűkebb környezetünket, az Európai Uniót tekintve: hogyan érvényesíthetők, tarthatók fenn a tradicionális európai értékek az egész-

¹ A tanulmány korábbi változata megjelent a *Globális kihívások, Millenniumi Fejlesztési Célok és Magyarország. ENSZ Akadémia 2008.* (Magyar ENSZ Társaság, 2008) c. kötetben. Az adatokat a legújabb nemzetközi adatok (OECD Health Data 2009) alapján frissítette a szerző.

ségügyben a radikálisan változó gazdasági és társadalmi körülmények között?

- A magyar népesség egészségi állapotát, életesélyeit illetően pedig: hogyan állítható meg leszakadásunk a fejlett országoktól?

Bevezető: Az egészség és az egészségügyi rendszer fontossága

Az elmúlt évtizedek folyamatai rendkívül ellentmondásosak, az előadásomban érintett mindhárom – azaz a globális, európai és hazai – szinten. Az egészség felértékelődött az egyének és a társadalmak számára, ugyanakkor lokális és globális szinten egyaránt fokozódott az egészséget veszélyeztető kockázati tényezők jelentősége. Mindeközben azonban azt tapasztaltuk, hogy a kormányzatok, a piaci szereplők és az egyének is kevés figyelmet szenteltek a problémáknak, és csekély gyakorlati erőfeszítést tettek azért, hogy fellépjenek a kockázati tényezőkkel szemben, vagy hogy korlátozzák azokat. Mindenki elismeri, hogy a jó egészség alapvető, önmagában vett érték. Azonban hiányzik a „közös kép”, domináns nézet – mind a politikai elit, mind a szakmai és a laikus közönség körében – arról, hogy mi az egyén és a társadalom, ennek részeként a kormányzati egészségpolitika felelőssége és feladata az egészség megőrzésében, helyreállításában. Az alapkérdésekről, alapértékekről való gondolkodás és a „közös minimumok” kialakítása nélkül hatásos – az egészség szempontjait valóban figyelembe vevő – hosszú távú egészségpolitika azonban nehezen képzelhető el.

A gazdaság, egészség és egészségügy között többirányú hatásmechanizmusok érvényesülnek. A súlyos betegség és annak következményei a szegénység egyik alapvető okává válhatnak. A magasabb gazdasági fejlettség potenciálisan jobb feltételeket teremthet az egészségi állapot, várható élettartam növekedéséhez. Nem igaz azonban, hogy a magasabb egy főre jutó GDP-vel rendelkező országokban szükségszerűen jobb a népesség egészségi állapota is. A nemzetközi szinten napjainkban egyre nagyobb figyelmet kap, hogy a gazdasági fejlettség és az egészségi állapot közötti összefüggés kétirányú: a népesség egészségi állapota – és így maga az egészségügyi rendszer is – alapvetően befolyásolja a hosszú távú gazdasági növekedést.

Az egészségügy mint gazdasági tényező jelentőségét mutatja az is, hogy az egészségügyre fordított kiadások a világ GDP-jének kb. 10 százalékát tették ki a 2002-ben (Gottret–Schieber, 2006).

Arra a kérdésre, hogy mikor működik jól egy egészségügyi rendszer, több nézőpontból is válaszolhatunk, ugyanazt a folyamatot, jelenséget a különböző szempontrendszer alkalmazó elemzők meglehetősen eltérően értékelhetik. Ezért a Tisztelt Olvasó számára a melléklet egy rövid összefoglalót tartalmaz – az Egészségügyi Világszervezet (WHO) szakértői által kidolgozott, és a nemzetközi szakirodalomban domináns nézetnek számító koncepció alapján – az egészségügyi rendszer általános jellemzőiről és teljesítményének értékelési kritériumairól.

Globális trendek: növekvő egészségi kockázatok, növekvő egyenlőtlenségek

Az egészségi állapot globális trendjeit, a világ népességének egészségét tekintve az elmúlt 20–30 év mérlege rendkívül ellentmondásos. Az egészségi állapot változását globális gazdasági és társadalmi folyamatok alakítják. A gazdasági fejlődés, iskolázottsági színvonal emelkedése, és nem utolsósorban az egészségügyi rendszer pozitív hatásai jelentős szerepet játszottak abban, hogy a várható élettartam jelentősen növekedett a világ legtöbb régiójában. Ugyanakkor azonban növekedett a krónikus megbetegedések és a multi-morbiditás prevalenciája², így például a szív- és érrendszeri és daganatos megbetegedések, cukorbetegség, depresszió, balesetek. Az alacsony jövedelmű országokban megszűntnek hitt járványos betegségek tértek vissza. A fejlett és közepesen fejlett országokban új „népbetegséggé” vált az elhízás. A globális járványok kockázata is fokozódott. Ezen problémák mögött szintén olyan gazdasági és társadalmi folyamatok húzódnak meg, amelyek közvetlenül is veszélyeztethetik az egészségi állapotot, vagy közvetve, azáltal, hogy az egyének életmódját, egészségkárosító szokásait is jelentős mértékben a társadalmi viszonyok alakítják. (Ez a megállapítás – azzal, hogy hangsúlyozza az egyének választási lehetőségeinek társadalmi meghatározottságát – nem mond ellent annak, hogy az egyének felelősséget kell viselnie a saját egészségi állapotáért.) Az egészségi állapotra, az egészségügyi ellátás iránti szükségletekre ható globális folyamatok közül mindenekelőtt a növekvő egyenlőtlenségek, az urbanizáció és a népesség idősödése említendő. Az életmód mintái, az egészségkárosító szokások (dohányzás, kábítószer fogyasztás stb.) és a hozzájuk kapcsolódó gazdasági érdekek is globalizálódtak. Például miközben – köszönhetően részben a kormányzati prevenció intézkedéseknek is – a fejlett országokban szűkült a dohányipar piaca, a fejlődő országokban ezzel szemben jelentősen bővült. Végül, de nem utolsósorban növekedtek a környezetszennyezésből, éghajlati változásokból eredő egészségi kockázatok is.

Szeretném néhány adattal is illusztrálni ezeket a folyamatokat. Az 1970-es évek végén a világ népességének 38 százaléka élt városokban, 2008-ban már 50 százaléka. A városi népesség egyharmada (több mint 1 milliárd ember) nyomornegyedekben él – nélkülözve az egészség alapvető feltételeit, az egészséges ivóvizet és alapvető higiénias feltételeket. Ezek a helyeken él a 2000-es évek közepén kb. 200 millióra becsült migráns népesség egy jelentős része, akik sokszor ki vannak zárva az adott országban elérhető alapvető egészségügyi ellátásból is (WHO, 2008. p. 8).

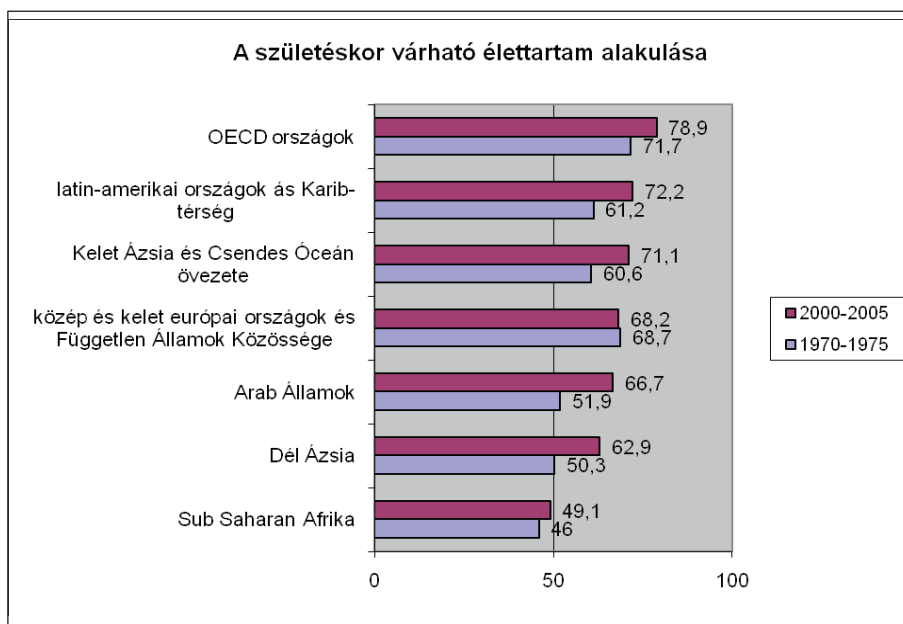
A fejlett országok társadalmainak előregedése egyszerre hathat a források relatív szűkülésére és az egészségügyi szolgáltatások iránti szükségletek növekedésére. Az ENSZ előrejelzése szerint 2050-ben a jelenlegi fejlett országok lakosságának 30–40 százaléka 60 év feletti (10–15 százaléka 80 év feletti) lesz (United Nations, 2006). A egészségügyi rendszer,

² Egy adott időpontban/időszakban az adott betegséggel rendelkezők aránya a népességben belül.

TANULMÁNYOK

egészségügyi technológia fejlődési irányai jelentősen befolyásolhatják, hogy az idősödő népesség szükségleteinek kielégítése milyen mértékben fogja a kiadásokat tovább növelni.

1. ábra A születéskor várható élettartam alakulása³



Az egészségi állapot, a várható élettartam trendjei egyaránt tükröznek jelentős pozitív változásokat és súlyos problémákat. Az 1. ábra a nemzetközi elemzésekben szokásos 7 régióra osztva mutatja a várható élettartam alakulását (Marmot, 2008).⁴ A globális adatokat tekintve – Sub-Saharan Afrika (a továbbiakban: Afrika) és CEE–CIS országok kivételével – jelentősen növekedett a várható élettartam. Csökkent a fejlett országok (OECD országok) és a többi 4 régió közötti különbség (2. ábra). Ugyanakkor drámai mértékben növekedett Afrika és CEE–CIS országok és a többi régió közötti különbség. Például Dél-Ázsiában 12 évvel hosszabbodott a várható élettartam az 1970-es évek első fele és a 2000-es évek első fele között, ugyanakkor Afrikában csupán 3 évvel és így 2005-ben már 13 évvel alacsonyabb volt, mint a régiók rangsorában utána következő Dél-Ázsiában. A másik leszakadó régiót a Kelet-Európai poszt-szocialista országok (kivéve az OECD országokat) és a korábbi Szovjetunióból kialakult államok (CEE–CIS országok) jelentik. Az 1970-es évek elején ebben a régióban a várható élettartam az OECD országok átlagától csupán 3

³ Human Development Report 2007/2008

⁴ Az arab államok (részét képezi Észak-Afrika is); Kelet-Ázsia és Óceánia; Latin-Amerika és a Karib térség; Dél-Ázsia; Sub-Saharan Afrika; az OECD országok; Kelet-Európa OECD országok közé nem tartozó államai és a volt Szovjetunióból létrejött független államok (CIS).

évvel volt rövidebb. A 2000-es évek közepére a különbség több mint 10 évre növekedett. A régió átlagát tekintve alacsonyabb volt a várható élettartam, mint 30 évvel ezelőtt. Nyilvánvalóan minden régióon belül jelentősek a különbségek, és vannak a régió átlagától eltérő, pozitív trendet mutató országok is a CEE–CIS országok között.

Az egészségügyi rendszer globális folyamatai közül az egyik meghatározó az orvosi technológiák robbanásszerű fejlődése – különösen a képalkotó diagnosztika, biotechnológia, géntechnológia (génsebészet), transzplantáció, bio-kibernetika (mesterséges szervek), új, nagyhatású gyógyszerek, minimál-invazív műtéti eljárások (lézersebészet, endoszkópos, laparoszkópos eljárások), valamint a telemedicina területén. Az új diagnosztikai és gyógyító eljárások jelentősen növelték az egészségügy befolyását a népesség egészségi állapotának az alakulására, és változásra készítették az egészségügy működését, intézményi struktúráját és finanszírozását is.

A technológiai fejlődés az egyik meghatározó tényezője annak, hogy a GDP növekvő része fordítódik az egészségügyi szolgáltatások finanszírozására. Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása: milyen eszközökkel enyhíthető a technológiai fejlődés által nyújtott terápiás lehetőségek és az egészségügyi ellátás finanszírozására elérhető források között kiéleződött feszültség. A bővülő, de dráguló terápiás lehetőségek és korlátozott források viszonyai között hogyan csökkenthetők az egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzájutásban. A problémák nyilvánvalóan különböző szinten jelentkeznek a világ különböző fejlettségű országaiban. A közepes és alacsony jövedelmű országok fokozottan szembesülnek azzal, hogy az új technológiák kifejlesztésekor a fejlett országok pénzügyi feltételeit, lehetőségeit veszik figyelembe, azaz a technológia követésének, alkalmazásának feltételei jelentősen nehezedtek ezekben az országokban. Az alacsony jövedelmű országokban pedig a népesség jelentős része a legszükségesebb egészségügyi ellátást is nélkülözi.

Egyre inkább láthatóvá válik az egészségügy egy új globális válságjelensége: a humán erőforrások szűkössége, elégtelensége. Az elmúlt évtizedekben számos fejlett országban munkaerőhiány alakult ki, aminek egyik oka, hogy a közpénzekből finanszírozott egészségügyben az egészségügyi dolgozók relatív jövedelmi helyzete jelentősen romlott a gazdaság piaci szektoraihoz képest. A fejlett országok a munkaerő-probléma enyhítése érdekében az alacsony és közepes fejlettségű országból vonzzák az orvosokat és nővéreket. Az elmúlt évtizedben jelentőssé vált az egészségügyi munkaerő globális migrációja. Ez azt is jelenti, hogy valójában az alacsony és közepes fejlettségű országok finanszírozzák a fejlett országokban dolgozó orvosok egy részének a képzését. Miközben a fejlett országok – a munkaerő elszívásával – „exportálják”, súlyosbítják a problémát a többi országban.

Alapvető kihívások: alacsony jövedelmű országok

Az egészségügy globális egyenlőtlenségei a gazdaság egyenlőtlenségeinél is mélyebbek. A világ különböző gazdasági fejlettségű régiói közötti különbségek drámai mértékét érzékelteti, hogy 2002-ben a 25 legmaga-

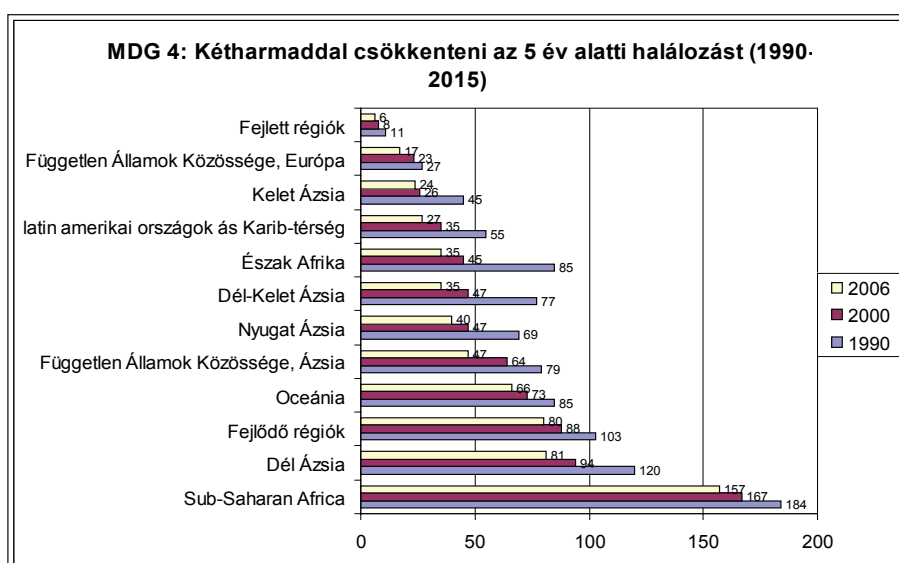
TANULMÁNYOK

sabb jövedelmű⁵ (legnagyobb egy főre jutó GDP-vel rendelkező) országának a részesedése a világ népességéből 16 százalék, a bruttó nemzeti termékéből (GDP-jéből) 80 százalék, a betegség-teherből⁶ 10 százalék, az egészségügyi kiadásokból pedig 88 százalék volt. Az összes többi (alacsony⁷ és közepes jövedelmű) ország részesedése a népességből 84 százalék, a GDP-ből 20 százalék, a betegség-teherből 90 százalék, az egészségügyi kiadásokból pedig 12 százalék volt (Gottret and Schieber, 2006).

Az ENSZ által – a szegénység elleni globális stratégiaként – 2000-ben meghirdetett Millenniumi Fejlesztési Célok (MDG⁸) az egészségi állapot területén három fő célt (és ezek elérését szolgáló számos további célt) fogalmazott meg (United Nations, 2008; Devarajan, et al., 2002):

- kétharmaddal csökkenteni az 5 éves életkor előtti halálozást 2015-re az 1990-es szinthez képest (MDG 4);
- háromnegyeddal csökkenteni az anyai halálozást 2015-re az 1990-es szinthez képest (MDG 5);
- a HIV/AIDS, malária és más fertőző betegségek elleni küzdelem (megállítani és visszafordítani a HIV/AIDS, malária és tuberkulózis terjedését (MDG 6).

2. ábra Az öt éves életkor előtti halálozás, 1990, 2000 és 2006⁹



⁵ Egy főre jutó GNI > USD 16 000 (Gottret and Schieber, 2006)

⁶ A betegség-teher alatt általában a korai halálozásból (vagy halálozásból és megbetegedésből) eredő életév veszteséget értjük. Például a „Potential Years of Life Lost” indikátor a 70 év előtti elhalálozásokból eredő életév veszteséget mutatja (OECD, 2007).

⁷ Egy főre jutó GNI < USD 766 (Gottret and Schieber, 2006)

⁸ Millennium Development Goals

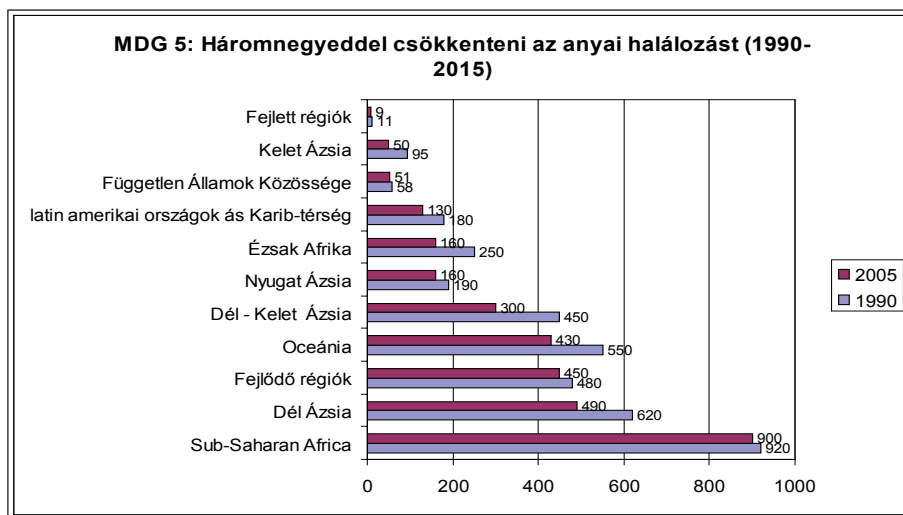
⁹ The Millennium Development Goals Report, 2008

Az adatok azt mutatják, hogy – amennyiben az elmúlt nyolc év tendenciái folytatódnak –, a fenti Millenniumi Fejlesztési Célok valószínűleg nem valósulnak meg. Nincs egyetlen olyan régió sem, ahol a célul tűzött mértékben javult volna a helyzet (United Nations, 2008).

Az életesélyekben már a születéskor drámaiak a különbségek: a fejlődő országok régióinak átlagát tekintve 2006-ban 1000 gyermekből 80 meghalt az 5 éves kor elérése előtt, ami 13-szorosa volt a fejlett országok hasonló adatának¹⁰ (2. ábra). Az 5 éves életkor előtti halálozás csak 22 százalékkal csökkent 1990 és 2006 között, ami messze elmarad a célul tűzött kétharmados csökkenés időarányos mértékétől (United Nations, 2008). Az átlag mögött nagyok a különbségek az egyes régiók között. Afrikában a fejlődő országok átlagánál is lassabb volt a javulás: minden 6–7-ik gyermek meghal az 5 éves kor elérése előtt, az 5 év alattiak halálozási rátája 26-szorosa a fejlett országokénak (a fejlődő országok átlagának is majdnem a kétszerese).

Még döbbenetesebb a különbség, még súlyosabb az elmaradás a Millenniumi Fejlesztési Célok megvalósításában az anyai halálozást tekintve. 1990 és 2006 között a fejlődő országok átlagát tekintve csupán 6 százalékkal csökkent az anyai halálozás (480-ról 450-re 100 ezer élve születésre), Afrikában pedig gyakorlatilag nem mérhető javulás (920-ról 900-ra csökkent a 100 ezer élve születésre jutó anyai halálozás). Ez azt jelenti, hogy Afrikában minden száztizedik szülés az anya halálával jár együtt. Ez 100-szoros a fejlett országokhoz képest. Néhány ország példája azt mutatja, hogy rövid idő alatt is elérhető radikális javulás, ugyanis az anyai halálozás egyik alapvető oka, hogy a szüléseknek csupán 40–47 százalékát segíti képzett egészségügyi személyzet Dél-Ázsiában és Afrikában.

3. ábra Az anyai halálozás, 1990 és 2005¹¹



¹⁰ A fejlett országokban 1000 élve születésre 6 öt év alatti halálozás jutott 2006-ban.

¹¹ The Millennium Development Goals Report, 2008

TANULMÁNYOK

Az egészségügyre vonatkozó harmadik alapvető Millenniumi Fejlesztési Cél: a HIV/AIDS, malária és más fertőző betegségek elleni küzdelem. Az ENSZ-nek a MDG megvalósítására vonatkozó 2008. évi jelentése szerint tovább növekedett HIV/AIDS fertőzéssel élők száma: 2001-ben 29,5 millió, 2007-ben pedig 33 millió volt a számuk, és többségük Afrikában élt. A fejlődő országokban a kezelésre (antiretroviral gyógyszerre) szoruló 9,7 millió beteg közül csupán 3 millió jutott hozzá a szükséges gyógyszerhez 2007-ben (United Nations, 2008).

Az alacsony jövedelmű országok többségében a minimálisan szükséges alapvető ellátás biztosítása is külső forrást igényel. Sokszor nemcsak a források elégtelensége jelent problémát. A külső támogatáson alapuló programokban az AIDS, malária, tuberkulózis elleni programok dominálnak, és sokszor nem kap megfelelő hangsúlyt az alapvető egészségügyi infrastruktúra és humán erőforrás kialakítása. A programokra sokszor a donor-szervezetek közötti koordinátlanság jellemző; számos országban az adminisztratív kapacitás hiánya az egyik fő akadálya a segélyek hatékony felhasználásának. A donor-programok nem szándékolt mellékhatásaként számos esetben súlyosbodott a munkaerőhiány az egészségügy belső forrásokból finanszírozott alapvető területein – mivel a donorok által támogatott programok a bennük dolgozók magasabb jövedelme miatt elszívták a munkaerőt más területekről.

Afrikában kb. 1 millió egészségügyi dolgozó hiányzik ahhoz, hogy a minimális egészségügyi alapellátást biztosítani lehessen. Az alacsony jövedelmű országokban a munkaerőhiányt súlyosbította az egészségügyi munkaerő elvándorlása a fejlett országokba.

A Millenniumi Fejlesztési Célok néhány kiemelt problémára fókuszál, konkrét, jól mérhető, alapvető fontosságú célokkal kívánja mobilizálni az erőforrásokat. Az egészségügy globális problémáinak enyhítésére az Egészségügyi Világszervezet 2008 nyarán elindított egy másik – átfogóbb koncepción alapuló – globális stratégiát is. 2005-ben hívta életre a WHO „Az Egészség Társadalmi Meghatározói” Bizottságot¹², azzal a feladattal, hogy összegezze az egészség egyenlőtlenségeit meghatározó társadalmi, gazdasági tényezőkre vonatkozó tudományos bizonyítékokat és tegyen javaslatot egy átfogó globális stratégiára az egyenlőtlenségek csökkentésére. A Bizottság 2008 augusztusában tette közzé jelentését, amelynek középpontjában az egészségre ható legfontosabb társadalmi tényezőiknek az alakítása áll (4. ábra) (WHO, 2008).¹³

¹² Commission on Social Determinants of Health.

¹³ Dr. M Chan, WHO főtitkár, 2008, augusztus 28-i sajtótájékoztató alkalmával hangsúlyozta: „Ez a munka pontot tesz a vita végére. Az egészségügyi ellátás fontos meghatározója az egészségi állapotnak. Az életmód is fontos meghatározója az egészségi állapotnak. Azonban a társadalmi tényezők azok, amelyek meghatározzák az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutást és elsősorban meghatározzák az életmódválasztást.”

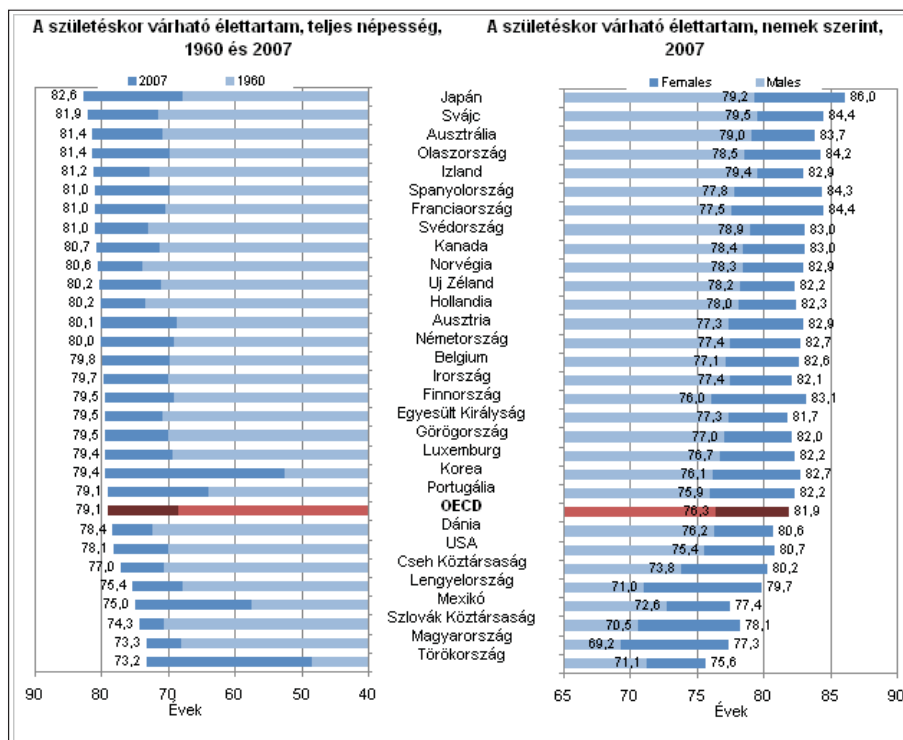
4. ábra Az egészség társadalmi meghatározói¹⁴



Az egészség és egészségügy kihívásai a fejlett országokban

Az elmúlt négy évtizedben jelentősen javultak a népesség életkilátásai a fejlett országokban. 1960 és 2007 között a születéskor várható élettartam – az OECD országok átlagát tekintve – 10,7 évvel hosszabbodott: 68,4 évről 79,1 évre. Ez számos tényező eredője, amelyek közül csak egyik és nem is döntő jelentőségű a gazdasági fejlődés. Ezt jelzi például, hogy miközben az 1 főre jutó GDP 2007-ben a harmadik legmagasabb volt az USA-ban (csak Luxemburg és Norvégia előzte meg), az amerikai népesség várható élettartama az egyik legrosszabb az OECD országokban (5. ábra). Továbbá lényegesen kisebb mértékben növekedett a várható élettartam az USA-ban, mint az 1960-ban hasonló szinten álló országokban (pl. Olaszország, Németország stb.).

¹⁴ WHO, 2008

5. ábra Születéskor várható élettartam alakulása az OECD országokban¹⁵

Az egészségügyi rendszerek eltérő modelljei

A jelenlegi egészségpolitikai törekvések megértéséhez fontos az egészségügyi rendszerek fejlődés-történetének az ismerete, figyelembe vétele. A fejlett országok 20. századi fejlődése során, különösen a jóléti államok második világháború utáni kiépülésével markáns különbség alakult ki az amerikai és az európai egészségügyi rendszerek között. A különbség nemcsak a konkrét szervezeti jellemzőkben (pl. a finanszírozás módjában) mutatkozik, hanem az alapvető politikai és etikai elvekben is, amelyek az európai és az amerikai egészségügyi rendszerek alapulnak. A nyugat-európai országokban tradicionális, évszázados érték a szolidaritás és a jelenlegi modern egészségügyi rendszerekben is alapvető politikai prioritás az esélyegyenlőség a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban¹⁶. Nyilvánvalóan függ az adott ország gazdasági fejlettségétől, hogy ezt az elvet milyen ellátási körre, milyen feltételek között tudja biztosítani.

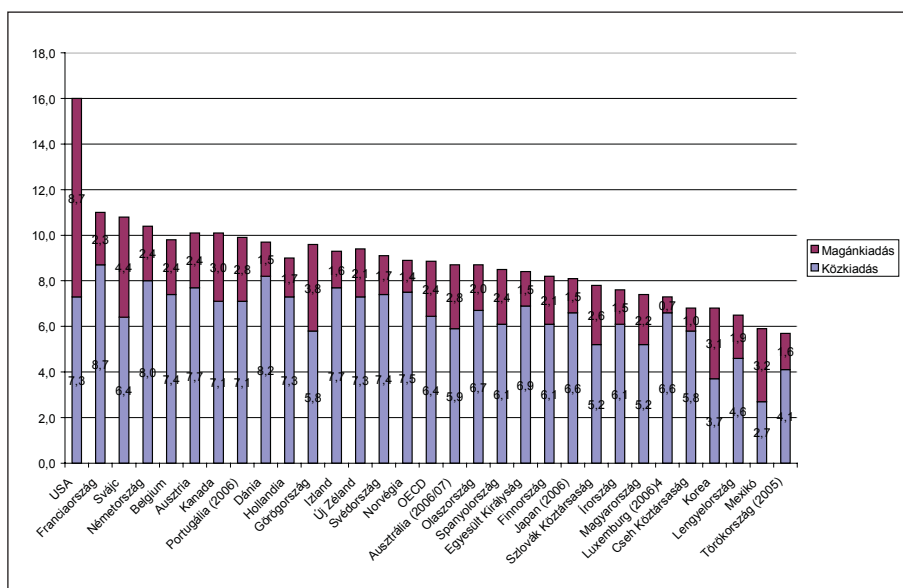
¹⁵ Forrás: OECD Health Data 2009.

¹⁶ Az esélyegyenlőséget középpontba állító értékrendszeren alapuló modellben az, hogy ki milyen szolgáltatáshoz jut hozzá, nem függhet az egyének jövedelmi vagy vagyoni helyzetétől. A nyugat-európai egészségügyi rendszerekben érvényesülő szolidaritási elv azt jelenti, hogy az egyének a teherviselő képességük (jövedelmük) arányában járulnak

A piaci modellben, amelyen az USA egészségügyi rendszere alapul a fogyasztói szuverenitás az alapelv. Ebből következően a magánbiztosítás és a páciensek általi közvetlen fizetés jelenti a finanszírozás fő formáját. A piaci modell előnye, hogy jobban képes igazodni a fizetőképes kereslettel rendelkezők differenciált fogyasztói igényeihez (ami nem feltétlenül azonos az egészségi állapotból adódó szükségletekkel). A hátránya pedig, hogy a biztosítással rendelkezők között is jelentős különbségek vannak az ellátáshoz való hozzájárulásban – attól függően, hogy a munkáltatójuk milyen biztosítást vásárol számukra, vagy az egyéni biztosítás esetén, hogy az egészségi kockázatuk és jövedelmi helyzetük alapján milyen biztosítást képesek megfizetni, továbbá éppen azok a rétegek nem rendelkeznek fizetőképes kereslettel, akiknek legnagyobb szükségük van az egészségügyi ellátásra (szegények, idősek).

A valóságos egészségügyi rendszerek természetesen nem tisztán csak az egyik vagy a másik modell jellemzőivel bírnak; a különbséget az jelenti, hogy melyik modell értékrendszere, strukturális jellemzői a dominánsak. A nyugat-európai országokban a közfinanszírozás (szolidaritási elv) dominanciája mellett fontos kiegészítő szerepet játszik az önkéntes, kiegészítő biztosítás. Az USA-ban pedig az időskorúak számára a szövetségi költségvetésből finanszírozott Medicare, a munkajövedelem nélküli legszegényebbeknek pedig az államok költségvetéséből finanszírozott Medicaid programok nyújtanak biztosítást.

6. ábra Az egészségügyi kiadások a GDP százalékában, 2007¹⁷



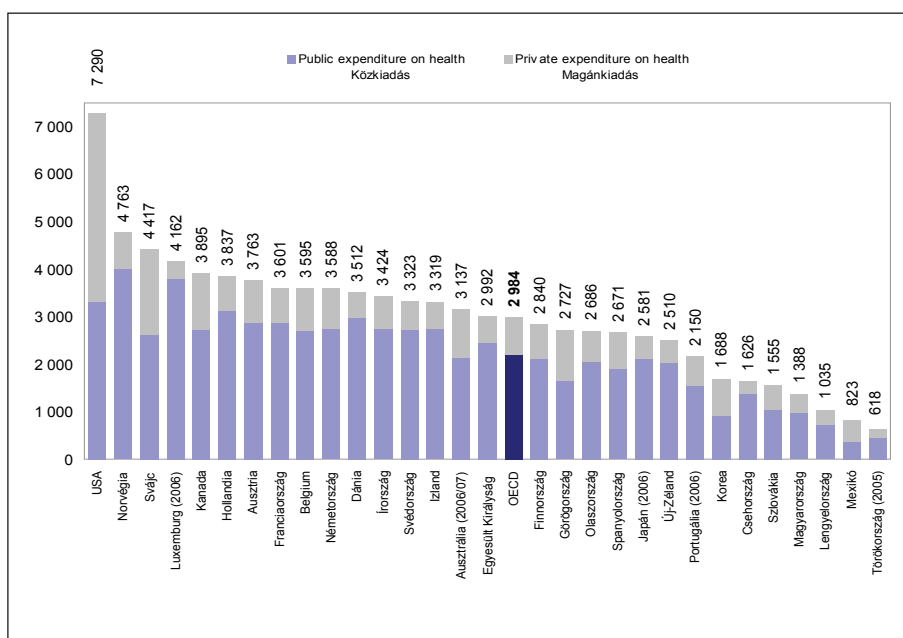
hozzá a rendszer finanszírozásához, míg a szolgáltatások igénybevételének az alapelve a szükségletek szerinti hozzáférés.

¹⁷ OECD Health Data 2009

TANULMÁNYOK

A szigorúan vett gazdasági megfontolások is a közfinanszírozás dominanciáján alapuló európai egészségügyi rendszerek eredményesebb működését jelzik. Az elmúlt évtizedek tapasztalatai azt mutatják, hogy a nyugat-európai egészségügyi rendszerek jobban tudták befolyásolni az egészségügyi kiadások makro-szintű alakulását: az egészségügyi kiadások növekedési üteme kevésbé szakadt el a gazdasági növekedés alakulásától, mint az USA-ban (6. ábra). 1980-ban az USA, Németország, Dánia és Svédország a GDP közel azonos százalékát fordították egészségügyre. Ezzel szemben 2007-ben az egészségügyi kiadások (közkiadások és magánkiadások együtt) a GDP 16 százalékát tették ki az USA-ban, míg Németország, Dánia és Svédország 9,1–10,4 százalékát.

7. ábra Az egy főre jutó egészségügyi kiadások az OECD országokban, 2007¹⁸



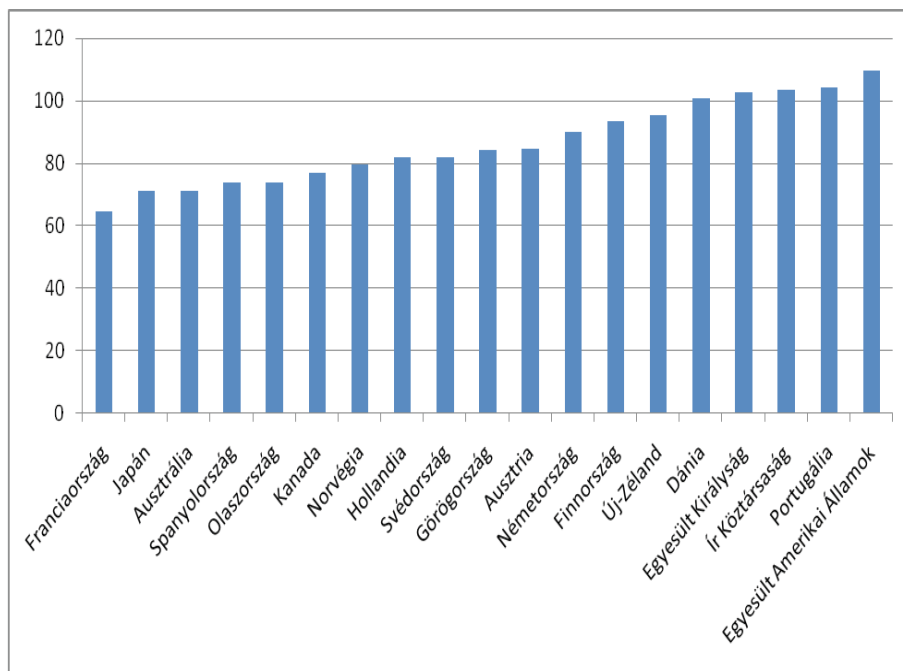
Az USA egy főre jutó egészségügyi kiadása 2,2-szerese az EU(15) országok átlagának (7. ábra), miközben az egészségi állapotra vonatkozó és az egészségügyi rendszer hatását, teljesítményét mutató indikátorok az USA-ban rosszabbak, mint a legtöbb fejlett országban. Ezzel a helyzettel kívánta szembesíteni az amerikai politikai és szakmai közvéleményt az amerikai Commonwealth Alapítvány 2006-ban közzétett „Why not the best?” (Miért nem a legjobb?) című tanulmánya (Commonwealth Fund, 2006). Egyebek közt rámutatott, hogy miközben több mint kétszerese az egy főre jutó egészségügyi kiadás az USA-ban, az egészségügyi rendszer eredményességét jelző egyik legfontosabb mutató, az „elkerülhető halálokból” eredő halálozás a vizsgálatban szereplő 20 fejlett ország közül

¹⁸ OECD Health Data 2009.

az USA-ban volt a legmagasabb 2002/2003-ban; a relatív helyzete pedig romlott 1997/98-hoz képest (8. ábra).

8. ábra Elkerülhető okokból eredő halálozás, 2002/03¹⁹

A kellő időben nyújtott megfelelő terápiával nagymértékben befolyásolható halálokokból eredő 75 éves kor előtti halálozás, 100 ezer lakosra



Az európai egészségügyi reformok főbb jellemzői

A globális trendek között már tárgyaltam azokat a problémákat, amelyek enyhítésére a fejlett országok egészségügyi reformjai irányulnak. Alapvető kihívás: az egészségügyi kiadások alakulásának a befolyásolása, annak a trendnek a mérséklése, hogy az egészségügyi kiadások a GDP növekedési ütemét meghaladó mértékben növekednek. Ennek a tendenciának a fő okát a technológiai fejlődés jelentette. Az elmúlt évtizedekben a technológiai fejlődés alapvetően költségnövelő volt: azaz az egy betegre, egy adott betegség kezelésére jutó költségek jelentősen növekedtek. Az új technológiák alkalmazásával kapcsolatban azonban számos probléma is nyilvánvalóvá vált. Az új technológiák, gyógyszerek nem kis része csak csekély egészségjavulást eredményez, azaz nem költséghatékony, összehasonlítva a hagyományos terápiákkal. Az alkalmazásukban azonban a gyártók és sokszor az orvosok is érdekeltek, a páciensek elvárásaira pedig jelentős befolyást tud gyakorolni a gyártók és orvosok által nyújtott információ. A finanszírozói döntésekben is sokszor nem kellően érve-

¹⁹ McKee: Measuring the Health of Nations, Health Affairs, 2008.1

TANULMÁNYOK

nyesülnek a költséghatékonysági szempontok. Napjaink egészségügyének egyik legnagyobb kihívása: milyen eszközökkel enyhíthető a technológiai fejlődés által nyújtott terápiás lehetőségek és az egészségügyi ellátás finanszírozására elérhető források között kiéleződött feszültség. A bővülő, de dráguló terápiás lehetőségek és korlátozott források viszonyai között hogyan biztosítható az esélyegyenlőség az ellátáshoz való hozzájutásban. Nemcsak az az alapvető kérdés, hogy miként biztosítható a hozzáférés a dráguló, modern orvosi technológiához, hanem hogy miként adható nagyobb prioritás a költségcsökkentő technológiáknak. Ezeket a problémákat az egészségpolitikák az új technológiák hatásosságának és költség-hatékonyságának a vizsgálatával és az új technológiák alkalmazásának a fokozottabb szabályozásával igyekeznek enyhíteni.

Az egészségügyi ellátás iránti szükségletet számos demográfiai és társadalmi folyamat is növeli, mindenekelőtt a népesség öregedése, ami – a demográfiai előrejelzések szerint – alapvetően fogja megváltoztatni a társadalmak korstruktúráját. Várhatóan jelentősen növekszik az időskorra jellemző krónikus betegségek (pl. Alzheimer-betegség, demencia stb.) aránya. A krónikus betegségek kockázatát növeli a napjainkra már új „népbetegségnek” számító elhízás.

Útkeresés: stratégiák a hatékonyság és minőség javítására

Az egészségügyi reformok középpontjában a finanszírozhatóság mellett a hatékonyság és minőség javítása, a páciensek-fogyasztók elégedettségének növelése áll. Azaz a reformok a következő alapvető kérdésekre keresik a válaszokat: Hogyan hangolható össze az egészségügyi rendszer, a jóléti rendszer és a gazdasági növekedés szempontjai, rövid és hosszabb távon? (Hogyan biztosítható a fenntartható finanszírozás?) Hogyan csökkenthetők a indokolatlan különbségek abban, hogy adott betegséggel ki mikor és milyen ellátáshoz jut hozzá? Hogyan növelhető a betegek biztonsága? Hogyan javítható az egyének-páciensek elégedettsége? Hogyan érhető el minél több „egészség-nyereség” a rendelkezésre álló forrásokkal? Hogyan érhető el a modern technológiák költséghatékony alkalmazása? Hogyan befolyásolhatók az egészségi állapotra ható egészségügyön kívüli tényezők?

Az Európai Uniót tekintve a jelenlegi évtized meghatározó jellemzője, hogy egyrészt az EU egészségpolitikájában nagy hangsúlyt kapott a közös értékek és alapelvek megerősítése²⁰; ugyanakkor ezen elvek érvényesítésének eszközeit, a konkrét reformokat tekintve rendkívül változatos a kép. A nyugat-európai országokban a hatékonyság és minőség javítását célzó reformok az „útkeresés” szóval jellemezhetők: nincs

²⁰ A „Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben” dokumentum (2006/C146/01) szerint „a mindenkire kiterjedő társadalmi védelem, a jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférés és az esélyegyenlőség és szolidaritás” jelentik az alapvető értékeket; „a minőség, biztonság, bizonyítékokon alapuló etikus ellátás, a betegek aktív részvétele, a személyiség védelme és a személyes információ védelme, titkossága” pedig a közös működési alapelveket az Európai Unió tagállamainak egészségügyi rendszereiben.

egyetlen csodaszer, ugyanaz az eszköz (pl. decentralizáció, privatizáció) különböző hatással járhat két különböző országban – a gazdasági és társadalmi feltételek, valamint az egészségügyi rendszer eltérő jellemzői következtében. Az utóbbi egy-két évtized reformjai – a finanszírozási és szolgáltatási rendszerben végrehajtott változtatások – között egyaránt láthatunk példákat a centralizációra és decentralizációra, a verseny ösztönzésére és a koordináció erősítésére, a magánszektor szerepének növelését célzó törekvésekre, míg máshol a korábbi időszak céljainak felülvizsgálatára, inkább a magánszektor térnyerésének a korlátozásra. Ugyanakkor néhány közös vonás is kirajzolódik: a fejlesztéseket tekintve a hosszabb távra szóló stratégiai tervezés, a szolgáltatások területén pedig a koordináció erősítése a szolgáltatók között, különösen a krónikus betegek ellátásában. Például Ausztriában a 2000-es évek közepén kidolgozott reformprogramban nagy hangsúlyt kapott az Egészségügyi Strukturális Terv készítése és a szolgáltatók közötti koordináció (IHS, 2007). Dániában átfogó tervet fogadtak el a minőség javítására a közszolgáltatásokban a 2007–2018 közötti időszakra; valamint kiemelt szerepet kap az országos rákellenes cselekvési terv. Franciaországban új módszereket vezettek be a kórházhálózat tervezésében, valamint előtérbe került a munkaerő hosszú távú tervezése (Zeynep Or, 2007). Nagy-Britanniában kiemelt szerepet kapott az egészségügyi technológia értékelése, valamint a szolgáltatók közötti verseny ösztönzése. A német egészségügyi reform egyik fontos eleme: pénzügyi ösztönzők alkalmazása a krónikus betegek ellátásának jobb koordinációjára. Kanadában országos stratégia készült a mentális betegségek megelőzésére és kezelésére. A spanyol reform középpontjában az ellátás-szervezés integrált egészségügyi szervezetek létrehozása állt. Ezenkívül célul tűzték az ápolásbiztosítás 2007 és 2015 közötti bevezetését.

Az útkeresést mutatja az is, hogy hasonló problémákra eltérő reformkonceptiók figyelhetők meg az egészségügyi rendszernek a közelmúltban nálunk nagy figyelmet kapott részterületén: az egészségbiztosítási rendszer reformjában is. A kilencvenes évek közepén – részben a biztosítási rendszer széttagoltságából eredő problémák kezelésére – Hollandiában és Németországban lehetővé tették és ösztönözték a korábban területi elven vagy foglalkozási áganként szerveződő biztosítók közötti versenyt. A biztosítók közötti verseny tapasztalatai azonban meglehetősen ellentmondásosak (Mossialos, 2004; OECD, 2004, Ven, W. Van de, et al., 2003). Az egyes országok egészségügyének helyzetétől, politikai viszonyaitól függően a kormányzatok a biztosítók közötti verseny ellentmondásos tapasztalataiból eltérő következtetésekre jutottak a 2000-es évek közepén. Hollandiában radikális reformot vezettek be az egészségbiztosításban: 2006-tól a korábbi (a társadalom kétharmadára kiterjedő) társadalombiztosítást felváltotta a kötelező magánbiztosítás, amit az üzleti biztosítók nyújtanak (illetve a korábbi nonprofit alapoknak is át kellett alakulniuk). Ezzel szemben Ausztriában a 2000-es évek közepén mérlegelték és elvetették a biztosítók közötti verseny bevezetését.

Az egészség, egészségügy és gazdaság viszonyára vonatkozó nézetek változása

Az utóbbi évek szakmai vitái, publikációi és nemzetközi egészségpolitikai dokumentumai alapján talán nem túlzás azt állítani, hogy jelentős változások bontakoznak ki az egészségpolitikai gondolkodásban is, mindenekelőtt az egészség, egészségügy és gazdasági fejlődés kapcsolatára vonatkozó nézetekben. Növekvő hangsúlyt kap, hogy a 40–50 évvel ezelőtti időszakhoz képest az egészségügyi ellátás lényegesen nagyobb szerepet játszik a népesség egészségi állapotának alakulásában. Az ötvenes, hatvanas években még igaz volt, hogy a népesség várható élettartamát, egészségi állapotát maga az egészségügyi ellátás csak kissé mértékben volt képes befolyásolni az egészségügyön kívüli (gazdasági, társadalmi, környezeti és életmódbeli) tényezőkhöz képest. Az egészségügyi technológia fejlődése azonban lényeges változást hozott. Ezt tükrözi a 2008 nyarán a Tallini Konferenciára készült tudományos dokumentumok elfogadott Tallini Charta is. Figueras, J. et al. szerint: „Az egészségügyi szolgáltatások hatása is jelentős. Az erre vonatkozó összefüggések komplexek, de konzisztensen azt mutatják, hogy az elmúlt évtizedekben a várható élettartam növekményének körülbelül a fele tudható be az egészségügyi ellátás javulásának”. (Figueras et al., 2008). Az egészségügyi ellátás – korábbiakhoz képest – megnövekedett szerepe nem jelenti azonban azt, hogy a társadalmi tényezők – jövedelmi egyenlőtlenségek, iskolázottság, élet- és munkakörülmények – hatása ne lenne alapvetően fontos. Azt is társadalmi, politikai tényezők befolyásolják, hogy egy ország mennyit fordít közpénzekből egészségügyre, milyen mértékűek az egyenlőtlenségek az ellátáshoz való hozzájutásban.

Növekvő hangsúlyt kap az egészség és egészségügy hatása a hosszú távú gazdasági növekedésre is: David Byrne, az Európai Unió korábbi egészségügyi biztosa hangsúlyozta: „Az egészségügyi kiadásokat túl gyakran csak rövid távú költségnek tekintik, nem pedig hosszú távú beruházásnak. Még csak elkezdődött annak a felismerése, hogy az egészségügyi ráfordítások a gazdasági növekedés alapvető hajtóerejét jelentik.” (European Commissioner for Health & Consumer Protection, 2004) Ismét előtérbe került a „Health in All Policies” stratégiai cél: azaz annak a fontossága, hogy minden kormányzati politikában érvényesíteni kell az egészség szempontjait. Az egészségpolitika, egészségügyi minisztériumok feladata nemcsak az egészségügyi szolgáltatások fejlesztése, hanem a koordináció a kormányzat egész tevékenységében. Erre valójában jogszabályi előírás is van az EU-ban: „Az egészség magas szintű védelmét kell biztosítani az összes közösségi politika és tevékenység kialakításában és megvalósításában” az Amszterdami Szerződés (1997) 152. cikkelye szerint.

A szemléletváltozás harmadik nagy területe: az állam és a piac szerepe. Az egyoldalú „fekete-fehér” megközelítésekkel szemben kezd teret nyerni egy – az egészségügy sajátosságait, a piac és az állam korlátait is figyelembe vevő – realisabb, árnyaltabb szemlélet. Ez tükrözi a korábbi évtizedekben a piaci típusú reformokat ösztönző Nemzetközi Valutaalap nemrég megjelent, „Mit kell tudnia a makro-közgazdászoknak az egészségpolitikáról?” című tanulmányában olvasható markáns megfogalma-

zás: „Az egészségpolitikai gondolkodást nemcsak az alapvető tények ismeretének a hiánya, hanem számos széles körben uralkodó mítosz is akadályozza... Makro-közgazdászok hibásan feltételezik, hogy a privát szektor által működtetett egészségbiztosítás és egészségügyi szolgáltatás eleve hatékonyabb, mint a public szektor” (IMF, 2007). A tanulmány hangsúlyozza, hogy az egészségügy a gazdaságtól eltérő sajátosságokkal rendelkezik, amit figyelembe kell vennie a makro-közgazdászoknak.

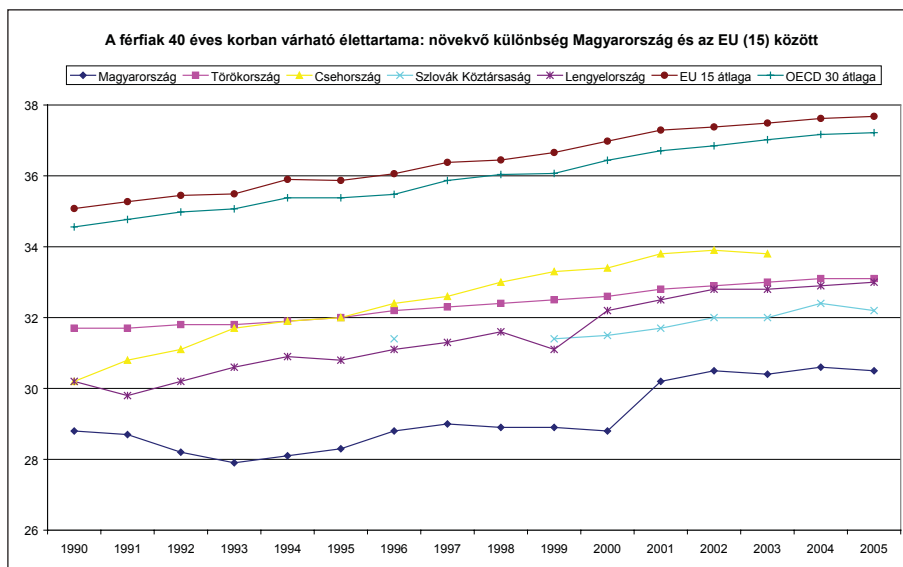
A korábban már hivatkozott „Közös értékek és alapelvek az Európai Unió egészségügyi rendszereiben (2006/C 146/01)” dokumentum szerint: „a gyakorlati módszerekben ... jelentős különbségek vannak a tagállamok között. A nemzeti feltételek között kell meghozni különösen az arra vonatkozó döntéseket, hogy ... milyen mértékben célszerű a piaci mechanizmusokra, a versenyre támaszkodni ...”. Azaz a piaci mechanizmusokat az EU nem sorolja a tagországok egészségügyi rendszereinek a közös, minden országban érvényesítésre javasolt működési alapelvei közé.

Alapvető kihívások: Magyarország

A magyar népesség egészségi állapotának alakulása és a magyar egészségügy modernizációja szempontjából alapvető kérdések: követjük-e az európai tendenciákat egészségi állapotban, az egészségügy finanszírozásában, az egészségpolitikai gondolkodásban és kormányzati egészségstratégiában. Az első két kérdésre sajnos egyelőre nemleges, a harmadik esetében pedig nem adható egyértelmű válasz. A hosszú távú gazdasági fejlődésünk szempontjából is az egyik legfontosabb kihívás: hogyan javítható a magyar népesség egészségi állapota, hogyan csökkenthető a magyar népesség életésélyeiben a fejlett európai országoktól való elmaradás.

Az utóbbi másfél-két évtizedben tovább nőtt az elmaradásunk a „régii” uniós tagállamokhoz – a bővítés előtti tizenöthöz (EU-15) képest – a magyar népesség egészségi állapotát és az egészségügyi szolgáltatásokra fordított közkiadásokat tekintve is. Ezek a folyamatok jóval a rendszerváltás előtt kezdődtek, azonban a rendszerváltás után is tovább folytatódtak. Vegyük például az egészségi állapot egyik legjellemzőbb mutatóját, a férfiak negyven éves korban várható élettartamát. 1990-ben 6,3 évvel, 2006-ban pedig 7,7 évvel volt rövidebb a magyar férfiak negyven éves korban várható élettartama az EU(15) országok átlagánál.²¹ Ugyanakkor más, hozzánk hasonló fejlettségű rendszerváltó országok – például Csehország – esetében éppen ellenkező tendenciát figyelhetünk meg: 4,9 évről 3,6 évre csökkent a lemaradásuk az EU(15)-től.

²¹ Az EU(15) országokban a férfiak 40 éves korban várható további élettartama 35,1, illetve 38,6 év volt.

9. ábra A férfiak 40 éves korban várható élettartama²²

Széles körben él az a téves nézet, hogy sokat költünk közpénzekből egészségügyre, ezért az egészségügyi közkiadásoknak a – konvergencia program által előidézett – csökkentése valójában nemcsak a gazdasági kényszer szülte intézkedés, hanem önmagában is hasznos. A tények, az adatok nemzetközi összehasonlítása alapján azonban más következtetésekre juthatunk. A közkiadások szintje (a GDP százalékában mérve) – már a konvergencia program keretében történt jelentős csökkentés előtt – elmaradt az EU(15) és az OECD átlagától: 2006-ban a GDP 5,9 százalékát tették ki az egészségügyi közkiadások Magyarországon, míg az EU átlaga 7 százalék volt. 2007-ben pedig a GDP 5,2 százalékát érték csak el (OECD, 2009).

Az elmúlt két évtizedben a nemzetközi trend az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított arányának a növekedése volt. A magyar trend eltért ettől a domináns iránytól: a közkiadások a GDP 6,6 százalékáról 5,2 százalékra csökkentek 1992 és 2007 között.

Az egészségügyre fordított erőforrásokat a szolgáltatások szempontjából az egy főre jutó egészségügyi kiadások jellemzik legjobban. A különbség tovább növekedett az egy főre jutó közkiadásokban Magyarország és az EU(13)²³ átlaga között: 1992-ben az egy főre jutó egészségügyi közkiadás az EU átlag 50 százaléka, ez 2007-ra 41 százalékra csökkent. Ez nem volt jellemző minden rendszerváltó országra. A cseh és a magyar egy főre jutó egészségügyi közkiadás közel azonos volt 1992-ben, 2007-ben pedig a magyar kiadások a csehországinak már csak a 71 százalékát érték el.

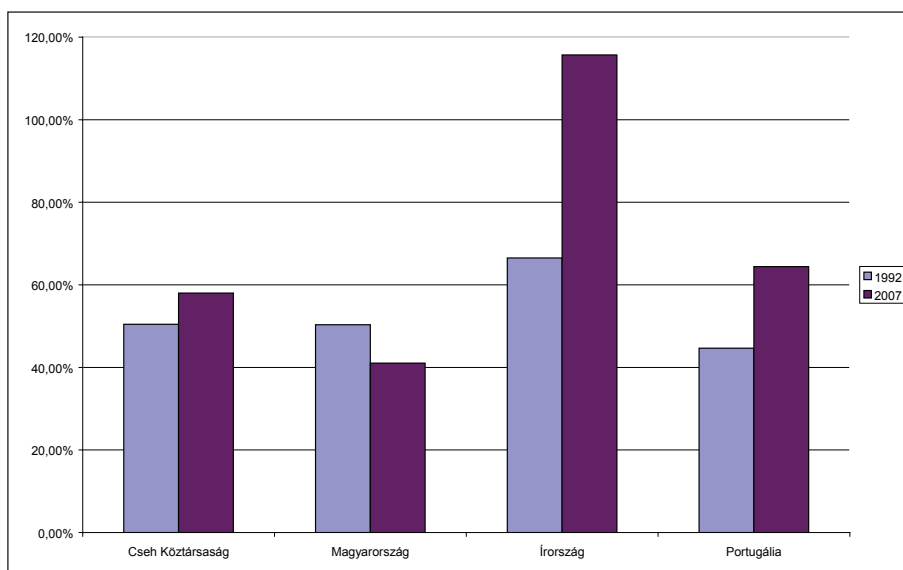
²² OECD Health Data, 2008

²³ OECD Health Data, 2009. A bővítés előtti EU országok közül nem állnak rendelkezésre Belgium, Luxemburg és Hollandia adatai mind a két időpontra.

Az is téves nézet, hogy túlzottan nagy szerepet vállal az állam és a társadalombiztosítás. A valóság, hogy a közkiadások aránya Magyarországon (2007-ben: 71%²⁴) az egyik legalacsonyabb volt az EU tagállamok között, és alacsonyabb az OECD átlagánál is (már a 2007-ben bekövetkezett jelentős csökkenés előtt is az volt).

10. ábra Az egészségügyi közkiadások néhány országban – az EU(13) átlagának a százalékában

Az egy főre jutó egészségügyi közkiadások az EU(13) átlagához viszonyítva (EU(13) átlaga =100)



A magyar egészségügyi rendszer előtti kihívások egy része hasonló a fejlett nyugat-európai országokban tapasztaltakhoz: a hatékonyság növelése, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés és a szolgáltatások minőségében mutatkozó nagyfokú egyenlőtlenségek csökkentése, a páciensek-fogyasztók igényeinek jobb kielégítése; az időskorúak növekvő egészségügyi és szociális szükségleteinek megfelelő kielégítése, és nem utolsósorban a méltányos, fenntartható finanszírozás biztosítása. Ugyanakkor sajátos helyzetet jelent, hogy fennmaradt a szocialista egészségügytől örökölt egyik legsúlyosabb probléma: az orvosoknak és egészségügyi dolgozóknak – a magyarországi viszonyokhoz, más foglalkozási ágaihoz képest – alacsony bére és a hálapénz jelensége.

Az egészségügyi rendszer nem kielégítő hatékonysága mögött egymással összefüggő problémák állnak: az egészségpolitika, egészségügyi igazgatás szabályozó és ellenőrző tevékenységének hiányosságai; az intézményhálózat elavult, aránytalan szerkezete (pl. szétaprózott kórházi kapacitások); a szolgáltatók közötti koordináció hiánya; sem a

²⁴ Forrás: OECD Health Data 2009. A közkiadások aránya az összes egészségügyi kiadáson belül az OECD országok átlagát tekintve 73 százalék volt.

TANULMÁNYOK

finanszírozó, sem a szolgáltató intézmények nem rendelkeznek elégséges autonómiával és egyidejűleg nem érvényesül velük szemben a megfelelő számonkérési lehetőség; a finanszírozási módszerek által nyújtott ösztönzés a költséghatékonysággal ellentétes magatartásra ösztönözheti a szolgáltatókat; és nem utolsó sorban az ellátás biztonságát, minőségét veszélyeztető nővér- és orvoshiány.

Az egészségügyi ellátórendszer (mindenekelőtt a kórházi rendszer) struktúrájának az átalakítása a kilencvenes évek eleje óta folyamatosan napirenden van. Napjainkra kritikus mértékben kieleződött a konfliktus egyrészt a gazdasági mozgástér és az egészségügyi szükségletek között, másrészt az elavult intézményi struktúra és a rendelkezésre álló források között. Az elmúlt 2-3 évtizedben az orvosi technológia fejlődésének hatására számos betegségnek olyan terápiája alakult ki, ami nem igényli a kórházi ellátást, vagy a szükséges kórházi tartózkodás radikálisan lerövidült. Ugyanakkor a speciális, viszonylag kevesebb beteget érintő, de drága technológiát igénylő szolgáltatások az erőforrások (kórházak) koncentrációját igénylik. A kilencvenes évek közepétől több kísérlet történt Magyarországon is a kórházi struktúrájának a megváltozott technológiai, munkaerő és gazdasági feltételekhez való igazításához. Ezek azonban általában az ágyak számának csökkentésére redukálódtak, ami számos szempontból tovább súlyosbíthatta a helyzetet. (Például a kórházi kapacitások 2007-es átalakítása következtében számos kórházi osztály esetében jelenleg kevesebb az ágy, mint amit a minimálisan szükséges személyzetnek a hatékony foglalkoztatása indokolna.)

Az utóbbi években két, egymással ellentétes reformkonceptiót fogalmaztak meg a kormányzatok. A 2005-ben elfogadott kormányprogram a „kínálati oldal”, a szolgáltatási szféra átalakításának adott prioritást. Ennek keretében átfogó programok készültek a sürgősségi ellátás átalakítására és a fő népegészségügyi problémáknak (a szív és érrendszeri és daganatos megbetegedéseknek) a megelőzését és korszerű ellátását lehetővé tevő intézményhálózat kialakítására. Ezeket középpontba állítva és az Európai Unió forrásai által lehetővé váló fejlesztésekkel összehangolva, szakmai szempontból reális esélye volt az ellátó hálózat megfelelő modernizálásának.

Ezzel az irányzattal radikálisan szakított a biztosítási rendszer „piaci típusú” reformjának prioritást adó, 2007-es koncepció. Ez a hatékonysági és minőségi problémák kezelését a „keresleti oldal” radikális megváltoztatásától, a szolgáltatás vásárló szerepnek az üzleti biztosítókra való átruházásától várta. A két kormánypárt közötti hosszú vita eredményeként elfogadott törvényt – a vizitdíjat és a kórházi napidíjat eltörlő népszavazás után – a kisebbségbe került szocialista kormányzat visszavonta. Úgy tűnik, hogy a jelenlegi kormányzat egyrészt visszatért a 2005-ös koncepcióhoz, másrészt a társadalombiztosítás intézményi rendszerét az Országos Egészségbiztosítási Pénztár regionális struktúrájának kialakításával kívánja megvalósítani.

Az a tény, hogy 2007-ben többlettel zárt az Egészségbiztosítási Alap, valójában nem jelent stabil egyensúlyt. A többlet több tényező eredője. Kétségtelen eredmény a gyógyszerkiadások növekedésének a korlátozása. A második összetevő: bevezették számos társadalmi csoport után az állam általi járulékfizetést 2007-ben. A harmadik tényező a fekvő és

járóbeteg-ellátás által nyújtható szolgáltatásmennyiséget az egyes intézményekre lebontva szabályozó, úgynevezett teljesítmény-volumen korlát (TVK) csökkentése volt, azaz az intézmények kevesebb szolgáltatásért fizet az OEP (ha többet nyújtanak, azért nem kapnak egyetlen forintot sem). Ennek következtében a rendszer egészét tekintve a többlet csupán látszólagos: a finanszírozási technika következtében a hiány a kórházi szektorban jelentkezik: a szállítók felé való eladósodás növekedett 2007-ben és 2008-ban. A válságjelenségek fokozódnak: a jelenségek egy része – például orvosok elvándorlása, nővérképzésbe jelentkezők hiánya, a háziorvosi utánpótlás hiánya, a kórházak eladósodása, a várólisták növekedése – számszerűsíthető. A válságjelenségek másik csoportja nem számszerűsíthető, de érzékelhető az orvos–beteg kapcsolat radikális változása, a kiegészítő, kilátástalanság növekedése az egészségügyi dolgozók körében, a bizalomhiány a rendszer minden lényeges pontján, a hiteles, reális jövőkép hiánya.

Mindezek nyomtatékosítják egy hosszú távú stratégia szükségességét. A nemzetközi trendek és a sajátos problémáink is azt mutatják, hogy az előzőekben vázolt konfliktusokkal hosszabb távon együtt kell élni: ezek nem küszöbölhetőek ki, csak a belőlük eredő feszültségek csökkenthetőek. Másrészt a jelenlegi trendek egy része – a közkiadások csökkentése – a gazdasági kényszer hatására született intézkedés, amit az Európai Monetáris Unióhoz való csatlakozás feltételeinek teljesítése után szükséges lenne átértékelni, az életesélyekben való felzárkózásnak a szempontjából. A gazdasági feltételek rendkívüli bizonytalansága mellett is készíthetők lennének scenáriók az egészségügy fejlesztési irányaira, ennek részeként a közkiadások kívánatos trendjére, GDP-hez viszonyított arányának kívánatos alakulására.

A lakosság egészségi állapota és az egészségügy helyzete sürgeti a változásokat, ugyanakkor a jelenlegi és közeljövőben várható gazdasági feltételek szűkre szabják az egészségpolitika tényleges mozgásterét. A politikai közállapotok azonban – mint annyi más fontos hosszú távú kérdés esetében – nem kedveznek a kormányzati ciklusokon átívelő, hosszabb távú stratégia kialakításához.

Irodalom

- Commonwealth Fund (2006) *Why not the best? Results from a National Scorecard on U.S. Health System Performance*. Commonwealth Fund
- CSDH (2008) *Closing the gap in a generation. Commission on Social Determinants of Health Final Report*. Geneva: WHO
- European Commission (2004) *Enabling Good Health for All. A reflection process for a new EU Health Strategy*. European Commissioner for Health & Consumer Protection. 15 July 2004
- Figueras, J. et al. (2008) *Health systems, health and wealth: Assessing the case for investing in health systems*. Copenhagen: WHO
- Gottret, P. and Schieber, G. (eds.) (2006) *Health Financing Revisited*. Washington: The World Bank
- IHS (2007) *Austria's new coalition government's programme*. Institute for Advanced Studies (Vienna). Health Policy Monitor (www.hpm.org)

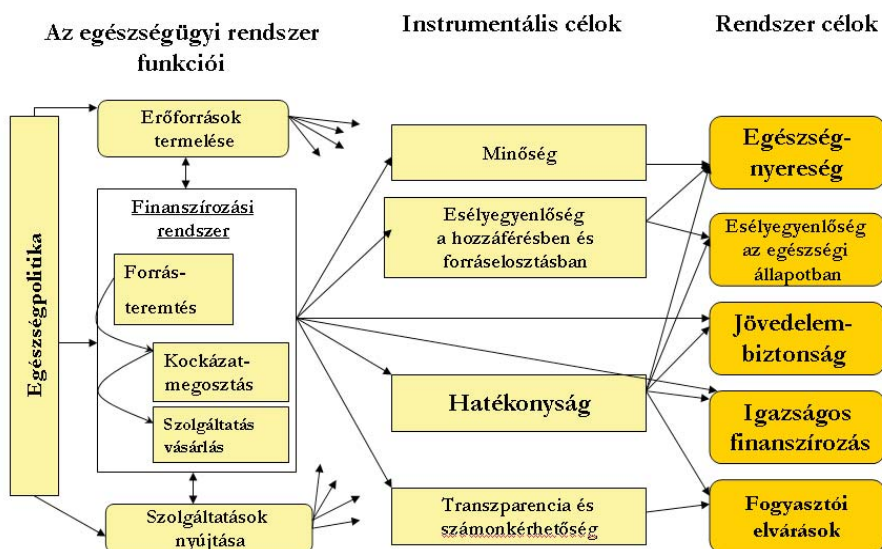
TANULMÁNYOK

Hsiao, W. and Heller, P. (2007) What Should Macroeconomists Know About Health Policy? IMF Working Paper. WP/07613. International Monetary Fund
 Maarse, H. (2007) *Health reform – one year after implementation*. Health Policy Monitor (www.hpm.org)
 Marmot, M. (2008) *Closing the gap in a generation*. European Health Forum-on elhangzott előadás, Gastein, 2–3 October, 2008
 Mossialos, E., et al. (eds.) (2004), *Funding Health Care: Options for Europe*, European Observatory on Health Systems and Policies
 OECD (2004), *The OECD Health Project: Towards High-Performing Health Systems*, OECD, Paris.
 OECD (2008) *OECD Health Data 2008*
 United Nations (2001) *Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration*. United Nations
 United Nations (2006), Department of Economic and Social Affairs, Population Division, *World Population Prospects: The 2004 Revision*
 United Nations (2008) *The Millennium Development Goals Report*, New York: United Nations
 Ven, W. Van de, et al. (2003), “Risk Adjustment and Risk Selection on the Sickness Fund Insurance Market in Five European Countries”, *Health Policy* 65, pp. 75–85.
 World Health Organisation (2008) *The World Health Report 2008. Primary Care: Now More Than Ever*. Geneva: WHO
 Zeynep Or (2007) *Hospital 2007*. Health Policy Monitor (www.hpm.org)

Melléklet

Az egészségügyi rendszer céljai és funkciói

1. ábra Az egészségügyi rendszer²⁵



²⁵ WHO 2006

Orosz: Globális és hazai egészségügyi kihívások és egészségpolitikai törekvések a 21. század elején

Az egészségügyi rendszer fő összetevőit a következő funkciók és intézményrendszereik alkotják:

- *Egészségpolitika (szabályozás)*
- *Az erőforrások termelése (oktatás, kutatás-fejlesztés, beruházás)*
- *Finanszírozás*
 - + *forrásteremtés*
 - + *kockázat megosztásának a módja (a társadalom egészén belül vagy egyes csoportjainak a szintjén)*
 - + *a források allokációja (a szolgáltatások „vásárlása”, finanszírozása a társadalombiztosítás, magánbiztosítás és az egyének által)*
- *Szolgáltatások (beleértve mind a közösségi szintű – elsősorban prevenciós – programokat, beavatkozásokat, mind a személyes egészségügyi szolgáltatásokat).*

A finanszírozási rendszer két fő összetevője: a forrásteremtés és a források allokációja.

A forrásteremtés fő kérdései: mekkora források állnak rendelkezésre és kik a finanszírozók (költségvetés, kötelező biztosítás, magánbiztosítás, betegek általi közvetlen fizetés). Milyen módon jönnek létre az egészségügyi rendszer működéséhez szükséges források (adók, járulékok – törvény általi – kötelező beszedésével és /vagy önkéntes biztosítás és közvetlen fizetés által). Milyen típusú és mértékű a biztosítás által létrehozott kockázatközösség (pl. a társadalom kisebb csoportjai szerint megosztott, vagy az egész társadalom egyetlen kockázatközösséget alkot). A forrásteremtés módja alapvetően befolyásolja, hogy a társadalom egyes csoportjai milyen mértékben viselik az egészségügyi ellátás működtetésének anyagi terheit, továbbá az ellátáshoz való hozzáférés esélyeit.

A források allokációjának (a finanszírozók és szolgáltatók közötti kapcsolatnak) a fő kérdései: milyen mechanizmusokon, módszereken keresztül történik a rendelkezésre álló forrásoknak a felhasználása (mi jellemzi az egyes ellátási formák, pl. háziorvosok, fekvőbeteg-ellátás finanszírozási módszereit). A finanszírozási módszerek alapvetően befolyásolják a szolgáltatók magatartását, döntéseit, és azokon keresztül az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.

A szolgáltatási szektor több szempont szerint írható le: (i) a szolgáltatói szervezetek fő funkciói, struktúrája (megelőzés, alapellátás, rehabilitáció stb. intézményeinek mennyiségi és minőségi jellemzői); (ii) a szolgáltatási struktúra, azaz az egészségügyi intézmények által nyújtott szolgáltatások mennyiségi és minőségi jellemzői (pl. az egyes megelőzési programokra vagy az egyes betegségek kezelésére milyen eljárások, technológiák állnak rendelkezésre); valamint (iii) a tulajdonosi struktúra, működtetési formák. További fontos kérdést jelent a szolgáltató intézmények belső szervezeti jellemzői (a menedzsment hatásköre, az orvosok státusza stb.). A szolgáltatói szektor jellemzői alapvetően befolyásolják az egészségügyi szolgáltatások hatékonyságát és minőségét.

Milyen kritériumok alapján mondható egy egészségügyi rendszerről,

TANULMÁNYOK

hogyan jól vagy rosszul működik, romlott-e vagy javult a helyzete; az adott időszak egészségpolitikája eredményes vagy eredménytelen volt-e? Az egészségpolitikák fő céljai az adott helytől és időtől függően igen különbözőek lehetnek – a különböző országok más-más célokat és alapelveket állíthatnak egy adott időszakban az egészségpolitikájuk középpontjába. Továbbá egy adott országnak az egészségpolitikai céljai is jelentősen különbözhetnek más-más időszakokban

A WHO megkülönbözteti az egészségügyi rendszer alapvető céljait és ezen célok elérését szolgáló instrumentális célokat. Alapvető célok: a népesség egészségi állapotának javítása, az egészségügyi rendszer hozzájárulása az egészségi állapot javulásához (egészség-nyereség), az *egészségi állapot egyenlőtlenségeinek a csökkentése*, igazságos finanszírozás (mindenki a teherviselő képességének megfelelően járuljon hozzá); a fogyasztói elvárásokra, betegek igényeire megfelelően reagáló rendszer. Ezen célok elérését szolgálják az instrumentális célok: a hatékonyság és minőség javítása, a szolgáltatásokhoz való hozzáférés egyenlőtlenségeinek a csökkentése, továbbá transzparencia és számonkérhetőség fokozása az egészségügyi rendszer működésében. A reformprogramok elsősorban az instrumentális célokra koncentrálnak: arra keresik az eszközöket, hogyan javítható az ellátás hatékonysága, minősége és hozzáférhetősége.

CARSTEN JENSEN

A jóléti szolgáltatások és transzferek világi*

A nyugati demokráciák jóléti rezsimeinek létezéséről és az ezek jellemzőiről szóló vita több mint 15 éve folyik, s ezalatt számos fontos munka született. A tudományos vizsgálódás azonban többnyire a jóléti államok transzfer komponensére összpontosított, és így szem elől tévesztette a jóléti szolgáltatás komponensét. A tanulmánynak két alapállítása van. Az egyik, hogy a transzfer komponens és a jóléti szolgáltatás komponens a jóléti rezsimek két különböző dimenzióját jelentik. A másik, hogy nagy különbségek vannak az egészségügyi szolgáltatások és a szociális gondozási szolgáltatások között; az egészségügyi kiadások nagysága erőteljes hasonlóságot mutat az egyes országokban, a szociális gondozásra fordított kiadások viszont megfelelnek Esping-Andersen rezsim-típológiájának. A jóléti szolgáltatás komponens két különböző típusú szolgáltatásból áll, melyek a szerint különülnek el egymástól, hogy a jóléti szolgáltató szektorok létrejötte idején mekkora szerepet játszott a familiarizmus és etatizmus két ideológiai dimenziója.

Bevezetés

Amióta Esping-Andersen 1990-ben publikálta *A jóléti kapitalizmus három világa* című könyvét, heves vita dúl a jóléti modellek létezéséről. A jóléti állam ideáltípusait leíró elméletről és a ténylegesen létező politikák sokszínű valóságáról folyó, elnyúló vita igen gyümölcsözőnek bizonyult. A legutóbbi próbálkozások ellenére azonban néhány nagyon fontos kérdéssel nem foglalkoztak ezekben az eszmecserékben. Ezek közé tartozik a jóléti szolgáltatások (azaz az egészségügyi ellátás és a szociális gondozás, ez utóbbin belül az iskoláskor alatti gyermekgondozás és az idősgondozás) témája.

E cikknek két célja van. Először is azt állítom, hogy a jóléti szolgáltatások semmi esetre sem jellemezhetők automatikusan a transzferek

* Carsten Jensen: *Worlds of welfare services and transfers*, *Journal of European Social Policy* 2008; 18; 151–162.

TANULMÁNYOK

vagy készpénzjuttatások elemzésével. Ez az állítás egy egyszerű empirikus vizsgálaton alapul, amelyből kiderül, hogy csak nagyon gyenge pozitív kapcsolat van a transzferek nagysága és a közszolgáltatásokra fordított kiadások szintje között. Másodszor, úgy vélem, hogy ennek ellenére létezik egy elméletileg jelentéssel bíró minta, amely kimutatható a jóléti rezsím elmélet segítségével. Véleményem szerint a jóléti rezsimek két dimenzió mentén elemezhetők: a transzferek és a szociális gondozási szolgáltatások szintjén.

A cikk egy újabb érdekes megállapítása az egészségügyi szolgáltatás szükségesszerű kizárása a szociális gondozási szolgáltatások köréből, mivel a jóléti szolgáltatásokat elemző irodalom nagy része általában úgy tekintette az egészségügyi ellátást, mint ami reprezentálja a szolgáltatás komponens egészét (Huber and Stephens, 2001; Kautto, 2002; Castles, 2005).¹ A tanulmány kimutatja, hogy e megközelítés alapján jelentősen alulbecsülik a jóléti szolgáltatások szerepét az egyes jóléti rezsimek jellemző sajátosságainak formálásában. Így nem elegendő a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti különbségtétel, meg kell különböztetnünk egymástól az egészségügyi és szociális gondozást is.

A cikk első részében bemutatom a témával kapcsolatos irodalmat és az arra utaló bizonyítékokat, hogy csak nagyon gyenge kapcsolat van a transzferek és a jóléti szolgáltatások között. A második részben, a fő empirikus megállapítások megfogalmazása előtt, az alkalmazott módszert és a felhasznált adatokat tárgyalom. A tanulmány utolsó részében elméleti nézőpontból elemzem az állításokat. Mindenekelőtt azt szeretném hangsúlyozni, hogy a transzferek és jóléti szolgáltatások két dimenziójának legjobb értelmezése az, ha ezeket megfeleltetjük a dekommodifikáció és defamilizáció kettős koncepciójának. Arról van szó, hogy bár mindkét koncepció egyaránt vonatkozik a transzferekre és szolgáltatásokra, de véleményem szerint a dekommodifikáció döntően a transzferekhez, a defamilizáció pedig főként a jóléti szolgáltatásokhoz kapcsolható.

Másodszor, úgy vélem, hogy a jóléti szolgáltatás komponens két különböző típusú szolgáltatásból áll. Ezek a szerint különíthetők el, hogy a jóléti állam gyors fejlődésének „aranykorában” milyen erős volt a defamilizációval és állami szerepvállalással kapcsolatos ideológiai konfliktus. Az egészségügyben nem voltak ezekre vonatkozóan intenzív konfliktusok, e területen nem is alkalmazható a jól ismert jóléti rendszertipológia. Ezzel szemben a szociális gondozás terén nagyon felerősödtek az ideológiai konfliktusok a defamilizáció és az állami szerepvállalás kívánatos voltával kapcsolatban. Más szóval, 'a jóléti államok második dimenziója' elsősorban szociális gondozási szolgáltatásokból áll, míg az ideológiai dimenzió történelmi jelentéktelensége miatt az egészségügy nem kapcsolódik a jóléti államra vonatkozó hagyományos elméletekhez.

¹ Bambra (2005) speciális eset ebben a vonatkozásban, mivel a jóléti rezsimeket a készpénzes juttatások és az egészségügyi szolgáltatások alapján elemzi, azaz nem foglalkozik a többi jóléti szolgáltatással.

Jóléti rezsimek és a jóléti szolgáltatások problémája

Esping-Andersen egyik alapműve (1990) a jóléti kapitalizmus három világát – liberális, konzervatív, szociáldemokrata – mutatta be. A jóléti rezsim elmélet analitikus erejét az adta, hogy az egyes modellek meghatározó dinamikájára vonatkozó kiterjedt elméleti fejtegetéseket összekapcsolta a modellek sikeres empirikus vizsgálatával. Esping-Andersen hármas tipológiáját több azzal kapcsolatos kifogás érte, hogy nem tartalmazza a 'radikális' (Castles and Mitchell, 1993) és a „latin” vagy dél-európai (Ferrera, 1996; Bonoli, 1997) rezsim-típust. Ezenkívül különösen a feminista szerzők állították, hogy Esping-Andersen tipológiája érzéketlen a társadalmi nemek aspektusára ('gender blind'), abban az értelemben, hogy nem fordít figyelmet az egyes rezsim-típusoknak az olyan gender-érzékeny problémákra gyakorolt hatására, mint amilyen például a nők munkaerő-piaci részvétele (Orloff, 1993; Daly, 1994; Daly and Lewis, 2000).²

A kutatók az elmúlt nagyjából egy évtizedben jelentős figyelmet szenteltek mindezen kérdéseknek (Arts and Gelissen, 2002; Bamba, 2007). Sokkal kisebb figyelem övezte a jóléti szolgáltatások kérdéskörét (Alber, 1995; Abrahamson, 1999; Huber and Stephens, 2000; Kautto, 2002). Ez különösen tűnhet, tekintve, hogy az összes nyugati demokráciában a GDP jelentős, bár eltérő részét költik jóléti szolgáltatásokra, miként ez az 1. táblázatban látható, ahol az egészségügyi ellátást, az iskoláskor előtti gyermekgondozást és az idősgondozást tekintettük idetartozónak. Az adatok 2001-ből valók, a tanulmány írásakor erre az évre vonatkozóan rendelkezünk a releváns változók tekintetében a legfrissebb adatokkal. Bár a transzfereknek nagyobb általános jelentősége van, korántsem mondhatjuk, hogy a szolgáltatások marginális jelentőségűek lennének.

Ha egyáltalán foglalkozik vele, az irodalom két különböző módon kezeli a jóléti szolgáltatásokat. Egyrészt számos szektor-specifikus elemzés készült az egyéni szociális szolgáltatások – nevezetesen a szociális gondozás – jellemzőinek tanulmányozására (például Anttonen and Sipilä, 1996; Anttonen et al., 2003; Bettio and Plantenga, 2004; Rauch 2005), illetve az egészségügyi ellátások feltérképezésére (például Moran, 2000; Hacker, 2004). Ezek a kutatások azonban nemigen kapcsolódnak a jóléti államról szóló általános diskurzushoz: nem vonják be az elemzésbe az összes jóléti szolgáltatást és a transzfer komponenst sem. Így az e fajta kutatás – bármily értékes legyen is – nem sorolható a jóléti rezsimekkel foglalkozó irodalomba.

² Néhányan egyenesen azt állították, hogy egyáltalán nem beszélhetünk jóléti rezsimekről (Kasza, 2002; Scruggs and Allan, 2006), bár ez a vélemény egyértelműen kisebbségben van. Így megjegyzendő, hogy még ha Scruggs és Allan Esping-Andersennek címzett komoly kritikája helyes is, ez nem másítja meg azt a tényt, hogy az Esping-Andersenétől eltérő adatokat és módszereket használó sok más szerző is kimutatott jóléti modelleket.

TANULMÁNYOK

1. táblázat Szociális közkiadások a GDP százalékában 2001-ben

Ország	Transzferek (A)	Jóléti szolgáltatások (B)	Szociális kiadások (A+B)
Ausztrália	10,7	7,7	18,4
Ausztria	19,8	6,4	26,2
Belgium	17,8	7,4	25,2
Kanada	9,3	9,4	18,7
Dánia	15,5	12,5	28,0
Finnország	15,5	8,5	24,0
Franciaország	17,9	9,2	27,1
Németország	17,0	10,6	27,6
Írország	7,5	5,5	13,0
Olaszország	18,5	6,9	25,4
Japán	9,6	7,6	17,2
Hollandia	14,0	6,9	20,9
Új-Zéland	11,6	6,4	18,0
Norvégia	13,0	11,5	24,5
Spanyolország	12,8	6,0	18,8
Svédország	15,0	13,2	28,2
Egyesült Királyság	14,7	7,3	22,0
Egyesült Államok	8,1	6,9	15,0

Forrás: OECD Social Expenditure database (letöltés 2006. december 1-jén,
www.oecd.org/els/social/expenditure)

A másik megközelítés a jóléti államok transzfer komponensének lineáris kiterjesztéseként fogja fel a jóléti szolgáltatásokat. Általában véve elmondható, hogy a jóléti állammal foglalkozó irodalom tipikus felfogása szerint a jóléti modelleket a transzfer és jóléti szolgáltatások komponensei közötti egyöntetű és pozitív kapcsolat jellemzi. Ebből következően azokban az országokban, ahol sokat költenek transzferekre, a jóléti szolgáltatásokra fordított kiadások is magasak lesznek. Legalábbis úgy tűnik, hogy ez a hatalmi erőforrás elmélet – mely szerint a jóléti állam kiterjedtsége pozitív módon függ a munkásosztály erejétől – logikus következtetése (Korpi, 1989; Esping-Andersen, 1990). Ugyanez mondható el a szektor-specifikus érdekszervezetek és állami preferenciák szerepére összpontosító „új politika elméletre” is (Pierson, 1994, 1996). Sok szerző elemezte ilyen lineáris módon a jóléti szolgáltatásokat (például Pampel and Williamson, 1988; Garrett, 1998; Rodrik, 1998; Garret and Mitchell, 2001; Huber and Stephens, 2001; Swank, 2001; Castles, 2005).

Huber és Stephens (2000) munkája jó példa ebben a vonatkozásban, mivel kizárólag a jóléti szolgáltatások komponenssel foglalkozik, jótéve a jóléti állam irodalom ezzel kapcsolatos hiányosságait. Amikor azonban a 'szociáldemokrata jóléti szolgáltató állam' fejlődésének elméleti magyarázatával próbálkoznak, elsődleges oksági tényezőként főleg a munkásmozgalom erejére és a szociáldemokrata dominancia mértékére hivatkoznak. Azaz Huber és Stephens a jóléti szolgáltatások fejlődése mögötti hajtóerőként pontosan ugyanarra a politikai logikára hivatkozik, mint ami a transzferek fejlődését is előrevitte.

Sajnálatos, de ez a nézet tarthatatlan. A transzferek és jóléti szolgáltatások közötti viszonyt az 1. táblázat adatain alapuló regressziós elemzése nem mutat lényeges kapcsolatot a jóléti transzferek és közjóléti szolgáltatások között (.143 nem sztenderdizált korreláció, ami teljesen inszignifikáns).³ E következtetés nem változik, ha például a gazdasági trendek, nem utolsósorban a munkanélküliség hatásának kiszűrésére az összes jóléti transzfer helyett az állami öregségi nyugdíjat és hátramardotti nyugdíjat használom. Ez alapján nagyon kétséges, hogy – legalábbis közvetlenül – a transzferek és jóléti szolgáltatások szintjét ugyanazok a meghatározó oksági mechanizmusok befolyásolják. E helyett el kell ismernünk a jóléti szolgáltatások sajátos jellegét. Mielőtt azonban a cikk utolsó részében megvizsgálom ezt az elméleti kérdést, világosabbá kell tennem a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti kölcsönhatás empirikus természetét.

Fájdalom, de ha a transzfereket és jóléti szolgáltatásokat akarjuk elemezni, akkor valószínűleg beleütközünk egy nagyon lényeges problémába, nevezetesen abba, hogy a jóléti szolgáltatások komponens két különböző típusú szolgáltatásból – az egészségügyi ellátásból és a szociális gondozásból – áll. A kifejezetten a transzferek és jóléti szolgáltatások közötti különbségekkel foglalkozó kevés tanulmány nem ismerte fel teljesen ezt a kettősséget (Kautto, 2002; Bambra, 2005, de lásd az 1. lábjegyzetet is). Az alábbiakban azt állítom, hogy ennek nagy jelentősége volt a különböző jóléti rezsimeknek a transzferek és jóléti szolgáltatások mentén létrejött differenciálódásában. Ezenkívül kifejtem, hogy miként értelmezendő elméletileg ez a kettősség a nélkül, hogy egy túlzottan szektor-specifikus magyarázathoz jutnánk.

A módszer

Az elemzés a jóléti rezsimek elméleti logikájából következően statisztikai klaszter technikán alapul. Ezért alapvető kiindulópont, hogy a jóléti rezsimek, ha többnek tekintjük őket egyszerű leírásnál vagy kategorizálásnál, az általános felfogás szerint sajátos rezsime eredményező, egyedi dinamikával rendelkező képződmények. Például, mint Esping-Andersen (1990) kiemeli, a három eredeti jóléti modell mindegyikének megvan a

³ A nem sztenderdizált együttható t értéke 1.01, 90 százalékos konfidencia intervallum esetén (-.105; .392). R-négyzet = .0558 (N=18). Mivel a változók szórása eltérő, a regresszió robusztus sztenderd hibán alapul. A cikk számításaiiban használt STATA adat-file elérhető a szerzőtől.

TANULMÁNYOK

liberalizmus, konzervativizmus és szociáldemokratizmus domináns ideológiájából építkező inherens politikai logikája. Ehhez hasonlóan Castles és Mitchell (1993) azt írták, hogy az ő tipológiájukban a jóléti államok osztályozása a vizsgált országok szélesebb kulturális-történelmi örökségén alapszik. Röviden szólva, félreértés egyszerűen úgy tekinteni a jóléti rezsimeket, mintha létrafokok volnának, mondjuk a szociáldemokrata típussal legfelül, a liberálissal legalul és a konzervatívval középen. Csupán véletlen egybeesés, hogy a tényleges kiadási szint megfelelni látszik egy ilyen egydimenziós, pozitív trendnek; önmagában véve semmi olyan sincs a konzervatív rezsimben, ami miatt középre kellene helyezni. Ebből a gondolatmenetből következően a regressziós elemzés kevésbé használható, mert ez implicit módon feltételezi, hogy például 1 százalékkal több munkásmozgalmi erő X százalékkal több dekommodifikációhoz vezet. Ebben az értelemben a módszerek aláássák a teoretikus vállalkozást (Shalev, 2006).

Az utóbbi években a nem regressziós technikák alternatív módszerként nagy népszerűsége tettek szert a jóléti rezsimek vizsgálatával foglalkozó kutatásokban, például a faktoranalízis (Shalev, 2006), és különösen a klaszterelemzés (Gough, 2001; Obinger and Wagschal, 2001; Kautto, 2002; Saint-Arnaud and Bernard, 2003; Powell and Barrientos, 2004). Mindkét említett technikának megvan az az előnye, hogy nem tételez egydimenziós trendeket az adatokban. Mint említettem, ebben a tanulmányban csatlakozom a klaszteranalízissel kapcsolatban kialakuló konszenzushoz. Az alábbiakban euklidészi különbözőségi módszerrel klaszterezett átlagos kapcsolatokat használok, ami általánosan alkalmazott és hatásos módszer a hierarchikus klaszteranalízisben (HKA). A HKA egyenként összeköti az egymáshoz legközelebbi egyedi eseteket, míg az összes egyetlen klaszterbe kerül. Mivel a végeredmény egyetlen klaszter, ami teoretikusan használhatatlan, fontos annak az eldöntése, hogy mikor hagyjuk abba a klaszterezést. A tanulmányban a folyamatos adatokra vonatkozó két szokásos abbahagyási szabályt, azaz a Calinsk/Harabasz pseudo-F és Duda/Hart pseudo-T négyzetet alkalmazom (a klaszteranalízisbe bőszéges betekintést nyújt Everitt et al., 2001).

A felhasznált adatok 18 nyugati demokráciára vonatkozó, sztenderd közkiadási adatok, az OECD Szociális Kiadások adatbázisából (OECD Social Expenditure database), 2001-re.⁴ 2001-re azért esett a választás, mert a tanulmány írásakor erre az évre vonatkoznak a legfrissebb hozzáférhető releváns információk. A közvetlen kiadási adatok nyilvánvalóan nem a legmegfelelőbb eszközök a jóléti államok teljesítményének mérésére, még az eredmények tekintetében sem, és ez nem is az egyetlen használható mérce. Valójában, mint Esping-Andersen is írta, mivel a munkásmozgalom nem magáért a kiadásért küzdött, helytelen lenne a közvetlen kiadásokat függő változóként szerepeltetni; inkább a dekommodifikációt és stratifikációt kell mérnünk (Esping-Andersen, 1990). De ha olyan különböző dolgokat vizsgálunk, mint a transzferek és jóléti szolgáltatások, olyan függő változót kell használnunk, amely egyaránt alkalmas mindkettő mérésére. Például: miként lehetséges a transzferek és jóléti szolgáltatások dekommodifikáló hatásának mérése egyet-

⁴ Ezeknek az adatoknak részletes és élvezetes leírását adja Adema and Ladaique (2005).

len mércével? Nagyon valószínű, hogy a rendelkezésre álló adatokkal nem alkotható meg egy ilyen általános mérőeszköz. Ezért úgy gondolom, hogy a jelen célra a legmegfelelőbb alkalmazható mérce a GDP százalékában kifejezett szociális kiadás. Ezenfelül empirikus bizonyítékok is szólnak a mellett, hogy a közkiadás ugyanolyan meghatározó jellemzője a különböző jóléti rezsimeknek, mint a dekommodifikációhoz hasonlatos finomabb mércék (Castles, 2002; Bamba, 2007). Ez azt jelenti, hogy ha kizárólag a kiadási adatokat használjuk, akkor sem kell attól tartanunk, hogy ezzel gyengítjük a tények magyarázó erejét.

Eredmények

Az empirikus elemzés három lépésből áll. Először megvizsgálom a jóléti rezsimek összes transzferben és összes jóléti szolgáltatásban megmutató minőségét, azaz a teljes jóléti szolgáltatás komponensét. Ez kiindulópontként fog szolgálni, amikor a jóléti szolgáltatásokat egészségügyi ellátásra és szociális gondozásra bontjuk. Ki fogom mutatni, hogy az összes jóléti szolgáltatás csekély mértékű felhasználhatósága az elkülönülő jóléti rezsimek jellemző jegyeinek jelzésére elfedi az e két alapelem magyarázó ereje közötti, nagy különbséget.

2. táblázat HKA a transzferekről és jóléti szolgáltatásokról

Négy klaszter		Transzferek	Szolgáltatások
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, USA	9,0	7,4
2. klaszter	Finnország, Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK	13,7	7,0
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	8,2
4. klaszter	Dánia, Norvégia, Svédország	14,5	12,4
Sztenderd eltérés		3,27	2,15
Szórás		,23	,25
Három klaszter		Transzferek	Szolgáltatások
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Finnország, Írország, Japán, Hollandia, Új-Zéland, UK, USA	11,4	7,2
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	8,2
3. klaszter	Dánia, Norvégia, Svédország	14,5	12,4
Sztenderd eltérés		2,78	2,24
Szórás		,20	,27

Mint jeleztem, a HKA módszert használom annak meghatározására, hogy hány klaszter alakítható ki a transzferek és jóléti szolgáltatások kombinációján alapuló adatokból. A logika az, hogy mindig kialakul néhány klaszter, mivel egyes országok más országokhoz képest mindig közelebb lesznek a többi országhoz. De – és ez döntő fontosságú – nem minden klaszternek van jelentése; miként Arts és Gelissen írták, csak akkor használhatjuk analitikus eszközként a jóléti rezsimeket, ha ennek elméleti értelme van. Ebből következően, nem sokat számít, ha három, négy vagy öt klaszter alakul ki, mivel az elmúlt évtizedben a kérdésről folytatott elméleti viták alapján ezek mind ésszerű eredmények. Bennünket az érdekel, hogy *mely* országok alkotnak egy csoportot és hogy e csoportok relevánsak-e.

Mindhárom elemzést egy (nem mutatott) dendrogram létrehozásával kezdem, ami a klaszterezési folyamat vizuális megjelenítése, és amelyet az abbahagyási szabállyal együtt alkalmazok a klaszterek megfelelő számának megállapítására. A transzferekre és jóléti szolgáltatásokra (2. táblázat), illetve a transzferekre és szociális gondozásra (4. táblázat) vonatkozó HKA alapján a négyklaszteres séma a legjobb választás. De mivel a transzferekre és egészségügyi ellátásra vonatkozó HKA esetében bizonytalan az abbahagyási szabály, és mivel nem annak eldöntése a fő célom, hogy hány jóléti rezsim típus létezik, a három- és négyklaszteres sémát is használom. Az értelmezés megkönnyítése érdekében mindegyik klaszterre vonatkozóan kiszámoltam a GDP százalékában mért átlagos kiadási szintet.

A transzfer-jóléti szolgáltatás HKA eredményeit vizsgálva mindekelőtt azt láthatjuk, hogy három és négy értelmes klaszterbe csoportosítható a 18 ország, bár a leginkább elfogadott jóléti állami tipológiák és az adatok közötti megfelelés egyáltalán nem tökéletes. Különösen a háromklaszteres sémában van egy nagyon nagy vegyes csoport, amely főleg – de nem kizárólag – liberális jellegű. Megjegyzendő az is, hogy a sztenderd eltérés majdnem ugyanaz a transzferek és a jóléti szolgáltatások esetében. A két komponens különböző középértékeinek szórás szerinti korrigálása csak megerősíti ezt a következtetést.

A 3. táblázat a HKA transzferekre és egészségügyi ellátásra vonatkozó eredményeit tartalmazza. Ebből nyilvánvaló, hogy e klaszterek elméletileg nem kielégítőek, bár egyes klaszterek emlékeztetnek a liberális és konzervatív modellre. A sztenderd eltérés és a szórási együttható mutatja, hogy miért nem kielégítő az eredmény, és hogy a valamilyen mértékben értelmesnek tűnő klaszterek valószínűleg miért egybevágóak. Az egészségügyi kiadások nagyon hasonlóak a 18 országban, a sztenderd eltérés több mint 15-ször kisebb, mint a transzferek esetében. A különböző abszolút mértékek szerinti korrekcióval a szórási együttható azt mutatja, hogy az egészségügyi ellátás körülbelül hatszor nyomottabb, mint a transzferek. Röviden: annak, hogy az egészségügy rosszul használható a rezsimek elkülönítése szempontjából, az az oka, hogy itt nincsenek rezsimek: az összes ország meglepően hasonlít egymásra.

3. táblázat HKA a transzferekről és egészségügyi ellátásról

Négy klaszter		Transzferek	Eü. ellátás
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, USA	12,0	6,1
2. klaszter	Dánia, Finnország, Hollandia, Svédország, UK	15,0	6,3
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	6,6
4. klaszter	Kanada, Írország, Japán, USA	8,6	6,1
Sztenderd eltérés		3,56	,20
Szórás		,26	,03

Három klaszter		Transzferek	Eü. ellátás
1. klaszter	Ausztrália, Dánia, Finn-ország, Hollandia, Új-Zéland, Norvégia, Spanyolország, Svédország, UK,	13,6	6,2
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	6,6
3. klaszter	Kanada, Írország, Japán, USA	8,6	6,1
Sztenderd eltérés		3,92	,22
Szórás		,29	,03

Végül, a 4. táblázat a transzferekre és szociális gondozásra vonatkozó HKA eredményeit mutatja. A három- és négyklaszteres sémának is van elméleti értelme a klasszikus liberális, konzervatív és szociáldemokrata jóléti állam klasszifikáció fényében. Egy elméletileg kevésbé fontos negyedik klaszter is található a táblázatban, amely a háromklaszteres megoldás esetén a liberális klaszter részévé válik. A táblázat alján található statisztikai összegzés mutatja, hogy az eredmény nem véletlen: a szociális gondozás esetében a sztenderd eltérés a transzferek azonos mutatójának majdnem a fele, ami háromszor nagyobb szórást eredményez. Így, míg az egészségügyi ellátást a jóléti államok összességében a nagymértékű hasonlóság jellemzi, ennek ellenkezője mondható el a szociális gondozásról.

4. táblázat HKA a transzferekről és szociális gondozásról

Négy klaszter		Transzferek	Szociális gondozás
1. klaszter	Ausztrália, Új-Zéland, Norvégia, Spanyolország	9,0	1,32
2. klaszter	Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK	13,3	,8
3. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	1,6
4. klaszter	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország	14,8	4,8
Sztenderd eltérés		3,29	1,55
Szórás		,24	,75
Három klaszter		Transzferek	Szociális gondozás
1. klaszter	Ausztrália, Kanada, Írország, Japán, Hollandia, Új-Zéland, Spanyolország, UK, USA	10,9	1,1
2. klaszter	Ausztria, Belgium, Franciaország, Németország, Olaszország	18,2	1,6
3. klaszter	Dánia, Finnország, Norvégia, Svédország	14,8	4,8
Sztenderd eltérés		2,97	1,62
Szórás		,21	,79

Bár e cikknek nem az a célja, hogy ítéleteket alkosson a ma létező különböző tipológiákról, meg kell jegyezni, hogy az adatok Esping-Andersen (1990) eredeti klasszifikációjához illenek a legjobban. S bár találtunk egy negyedik klasztert is, így megjegyzendő, hogy semelyik más tipológia nem szerepelteti az itt található országokat önálló modellként; ezek az országok egy, inkább a liberális és konzervatív rezsím-típus között elhelyezkedő, egymással kevés hasonlóságot mutató reziduális csoportot alkotnak (vö. a 4. táblázatban található mediánértékeket). Ezért annak ellenére, hogy a négyklaszteres séma statisztikailag jól működik, elméletileg a háromrezsimes tipológia tűnik a legmegfelelőbbnek. A következő részben látni fogjuk, hogy Esping-Andersen tipológiájának megvan az a további előnye is, hogy lehetővé teszi az empirikus eredményeink elméleti általánosítását.⁵

⁵ Ugyanilyen fontos lehet, hogy az empirikus elemzés (lásd később is) alapján az igazán kiugró klaszter a szociáldemokrata. Ez az a jóléti rezsím azon kevés jóléti típushoz tartozik, amelyek gyakorlatilag az összes tipológiában szerepelnek.

A defamilizáció és dekommodifikáció két dimenziója

Eddigre tehát kiderült, hogy a közegészségügyi ellátás sajátos jóléti szolgáltatás, abban az értelemben, hogy nem illik a mértékadó jóléti rezsिम koncepcióba. Az egészségügyi kiadások annyira összenyomottak, hogy a 18 ország egyetlen klaszternek tekinthető. Ezzel ellentétben úgy tűnik, hogy a szociális gondozás nagyon jól működik a jóléti rezsिम keretben, így e részben azt vizsgálom meg, hogy a szociális gondozás miért mutatja olyan jól az ismert rezsिम-jellemzőket. Az ezt követő részben azután még visszatérek az egészségügyi ellátásra.

A 4. táblázat mediánjai jó kiindulópontot kínálnak ahhoz, hogy a szociális gondozási szolgáltatások szerepét a különböző jóléti rezsიმek összefüggésében tárgyaljuk. Rögtön világossá válik, hogy a szociális gondozást tekintve a legfigyelemreméltóbb jóléti államok a szociáldemokrata típusúak; a többi ország főleg a transzferek terén mutat kiugró eredményeket. Ennek értelmezéséhez az egyik lehetőség az, ha Esping-Andersen utóbbi években született, dekommodifikációval és defamilizációval kapcsolatos elméleti munkáit hasznosítjuk (Esping-Andersen, 1999). Az alapvető megállapítás szerint a jóléti rezsímek a dekommodifikáció (az egyén piactól való függésének hiánya) ideológiailag motivált fontossága és a defamilizáció (az egyén családtól való függésének hiánya) mértéke szerint különülnek el egymástól. A dekommodifikáció és defamilizáció egyaránt elérhető transzferekkel és szolgáltatásokkal is, ennek ellenére nem azonos a koncepcióban játszott szerepük.

A lényeg úgy ragadható meg a legjobban, hogy visszatérünk a hagyományos jóléti állam irodalom feminista kritikájához. Az alapállítás szerint a nők dekommodifikációja korlátozott érvényű, ha előtte nem kommodifikálódtak: a nők hagyományosan elsősorban családon belüli szociális gondozási funkciót láttak el és így sokkal kisebb mértékben vettek részt a munkaerőpiac kommodifikáló tevékenységeiben (Orloff, 1993). Más szóval, „a jóléti rezsímek gender-érzékeny megközelítésében középponti jelentőségű a gondozás szerepe, és ezt vizsgálva fontossá válik a szociálpolitika másik fele, nevezetesen a személyes szociális szolgáltatások összessége” (Abrahamson, 1999, 409; vö. még Daly and Lewis, 2000). Így előáll a nagy paradoxon: a nők családtól való függetlenítésének egyetlen útja a piacon véghezvitt kommodifikálásuk. Ez csak úgy történhet meg, ha először is a munkahelyeknek van piaca, másodsor pedig, ha a szociális gondozási kötelezettségeket a családtól a piac vagy az állam veszi át.

Skandináviában úgy oldották meg a paradoxont, hogy kiterjesztették a közszolgáltató szektort, ami belépési lehetőséget teremtett a nőknek a munkaerőpiacra és megteremtette a lehetőséget arra is, hogy a szociális gondozást a családtól az állam vállalja át. E fejlődést történelmileg ösztönözte a nemek közötti egyenlőség melletti ideológiai elkötelezettség, ami természetesen a nők családon belüli hagyományos szerepével való szakításhoz és az állami szerepvállalás igényléséhez vezetett. A konzervatív jóléti államok a szociáldemokratákhoz hasonlóan a familiarizmus és etatizmus kettős dimenziója mentén fejlődtek, de a nők hagyományos családi szerepét hangsúlyozták, és így elfogadhatatlannak tartották a szociális gondozási közszolgáltatások expanzióját. A liberális jóléti államok

általában az állami szerepvállalás alacsony szinten tartására törekedtek. Az ideológiai elkötelezettségek a konzervatív és liberális jóléti államokban is ahhoz vezettek, hogy nagyon gyenge szociális gondozási szolgáltatásokat építettek ki azokban az években, mikor lehetséges volt a gyors fejlődés, tehát az előtt, amikor az 1970-es évektől a növekvő költségvetési problémák és új szektorspecifikus érdekek erős intézményi útfüggőséget teremtettek (Esping-Andersen, 1990; 1999; van Kersbergen, 1995; Huber and Stephens, 2000; 2001).

Most, miként Esping-Andersen (1999) és Korpi (2000) is nyilvánvalóvá tette, a defamilizáció nem korlátozódik a jóléti szolgáltatás komponensre; a kérdés felmerül a transzferrendszerekben is, amelyek segíthetik és gátolhatják is a defamilizációt. Ez az állítás egyértelmű és vitán felüli, de ennek ellenére érdemes hangsúlyozni, hogy – a feminista irodalom logikáját követve – a szociális gondozási szolgáltatások családi szférán kívüli termelésének expanziója a defamilizáció elengedhetetlen előfeltétele, mivel ez (új állások létesítésével) ösztönzést és (az otthoni gondozó munka könnyítésével) lehetőséget is teremt. E vonatkozásban a transzferek kevésbé fontosak – legalábbis elvben –, mivel kevés transzfer befolyásolja olyan közvetlenül az egyes nők motivációit, mint a szociális gondozási szolgáltatások fejlődése.

Míg a defamilizációnak sajátos jelentősége van a szociális gondozási szolgáltatások tekintetében, a dekommodifikáció közvetlenebbül kapcsolódik a transzfer komponenshez. Ez nem zárja ki a jóléti szolgáltatások dekommodifikálásának lehetőségét, tehát azt, hogy az egyéni fogyasztás függetlenedjen a piaci erőktől (Bambra, 2005). A valóságban azonban a magán jóléti szolgáltatásokra fordított, GDP arányában mért kiadások az Egyesült Államokon kívül meglehetősen korlátozottak: a legmagasabb arányt mutató Hollandiában is csak 1,4 százalék a kiadási arány (OECD Social Expenditure database). Természetesen a durva kiadási szintek elfedhetik a finomabb különbségeket, de például a közegészségügyi ellátás lefedettség arányát vizsgálva kiderül, hogy az USA és Hollandia kivételével a tanulmányban szereplő 18 ország egyike sem esik a 90 százalékos szint alá (OECD, 2006).

Ezért indokoltnak tartom azt az értelmezést, hogy a dekommodifikáció és defamilizáció főként a jóléti állam különböző alkotórészeinek (a transzfereknek, illetve a szociális gondozási szolgáltatásoknak) feleltethető meg. Lehet, hogy eddig ez nem kapott elég nagy hangsúlyt, azon egyszerű okból, hogy a szociális szolgáltatásokat meglehetősen kevésbé vizsgálták. Az itt kifejtett állítás következtében a jövőben érdemes lehet különbséget tenni a kettő között.

Az egészségügyi ellátás gyenge ideológiai befolyásoltsága

Az előző rész tárgyalása a meglevő jóléti állam irodalom logikáját követte, és úgy összegezhető, hogy az ideológiai dimenzióknak kiemelkedő szerepe van a különböző rezsim-típusokban (bár ezek az ideológiák ma leginkább az intézményi útfüggőségen keresztül fejeződnek ki). Ha ez így van, akkor az egészségügyi ellátás sajátos helyzetének megértéséhez az vezethet, ha azt emeljük ki, hogy e téren nincs jelentősége az

ideológiai dimenzióknak. Megkísérlem majd pozitívabb módon kifejtetni ennek az okát.

Az egészségüggyel kapcsolatos első kérdés megválaszolásának kezdő lépése az, hogy áttekintjük a szociális gondozással foglalkozó elmúlt évtizedbeli irodalmat. Ez az irodalom, amely némi átfedést mutat a jóléti államról szóló feminista művekkel, előszeretettel foglalkozik a különböző országokban működő szociális gondozási rendszerek komparatív elemzésével. Különösen az állami, piaci és családi szerepvállalás eltérő megoldásai keltettek figyelmet. Az irodalom egyik középponti megállapítása, hogy a szociális gondozás szerkezete – az egészségügyi ellátásától eltérően – jelentősen különbözik az országok között a tekintetben, hogy viszonylag mekkora súlyt helyeznek az államra, a piacra és a családra. Ennek magyarázatát a szociális gondozási szolgáltatások képlékenységében vélték megtalálni (Anttonen et al., 2003).

Az érvelés meglehetősen egyszerű, ugyanakkor nagyon érdekes. A kiindulópont a jóléti szolgáltatások egyes típusai közötti alapvető különbség. Az egészségügyi ellátást a 20. század egészében a gyors technológiai haladás jellemezte, ami gyakorlatilag nélkülözhetetlenné tette a diplomás szakembereket. Ez a szolgáltatás e miatt kikerült a család fenntartásából, és átkerült a piaci vagy állami szférába. A családon belül nyújtott egészségügyi szolgáltatás minősége az állami és piaci megoldással összehasonlítva egyszerűen elfogadhatatlanul alacsony színvonalúvá vált.

A szociális gondozási szolgáltatások terén sokkal kisebb ez a minőségbeli eltérés. Természetesen az iskoláskor előtti gyermekgondozás és az idősgondozás is professzionalizálódhat, mint ezt főleg Skandinávia példája mutatja, de ez nem technikai szükségszerűség. A szociális gondozás „felcserélhető a családi és a közsféra között” (Anttonen et al., 2003: 193), ami ezeket a szolgáltatásokat sokkal alkalmazkodóbbakká teszi más társadalmi erőkhöz, például az adott ország domináns ideológiájához. Következésképpen, a szociális gondozási szolgáltatások valószínűleg sokkal alkalmasabbak a jóléti rezsimek megkülönböztetésére, mint az közegészségügyi szolgáltatások.

Ez azonban csak félig visz tovább bennünket annak megértésében, hogy a közegészségügyi ellátás miért különbözik a szociális gondozási szolgáltatásoktól. A szociális gondozással foglalkozó irodalom segítheti annak megértését, hogy általában miért különbözik a két szolgáltatási típus, de nem ad választ arra, hogy az egyes országok miért költik a GDP-jüknek gyakorlatilag ugyanakkora részét közegészségügyi ellátásra. A 3. táblázatból látható, hogy a három, illetve négy klaszter mediánjai nagyon közel vannak egymáshoz, a nagyon alacsony sztenderd eltérés mutatja, hogy csak kis különbségek vannak. Vagy más szóval: elég világos, hogy miért nem helyezhető az egészségügyi ellátás elsősorban a családi szférába (azaz hogy miért nincs különösebb jelentősége a familiarizmus ideológiai dimenziójának), de az sokkal kevésbé nyilvánvaló, hogy a tanulmányban szereplő összes ország miért költi gyakorlatilag a GDP ugyanannyi százalékát közfinanszírozású egészségügyi ellátásra (azaz hogy miért nincs különösebb jelentősége az etatizmus ideológiai dimenziójának). Ha az egészségügyre költött magán kiadásokat nézzük, az USA kirí a csoportból a maga 5 százalékaival, de a többi ország azonos mutatója 1,5

TANULMÁNYOK

százalék alatti. Tehát az USA kivételével az egészségügyi ellátás messze legnagyobb része mindenütt közfinanszírozású.

5. táblázat *Egészségügyi ellátás és szociális gondozás (1980-2001), közkiadások a GDP százalékában*

	1980		2001	
	Átlag	Sztenderd eltérés	Átlag	Sztenderd eltérés
Egészségügyi ellátás	5,58	1,23	6,30	0,82
Szociális gondozás	1,34	1,43	2,06	1,69

Miért kell ennek így lennie? Az egyik lehetséges válasz szerint a magyarázat az emberek fizikai jólétének döntő fontossága. A legtöbb nyugati országban nem az erőszak és nem is az éhezés a népesség elsődleges biztonsági problémája; ezek helyébe az emberek fizikai jólétét legközvetlenebbül fenyegető veszélyként a rossz egészségi állapot kockázata lépett. Röviden, az egészségügyi ellátás olyan kérdés, amely túl fontos ahhoz, hogy az állam más szereplőkre hagyja. Ezért olyan hangsúlyos (még az USA-ban is) a közfinanszírozás. Ez magyarázhatja azt is, hogy az egészségügyi politika miért mutat olyan nagy hasonlóságot az egyébként egymástól jelentősen különböző országokban (Green-Pedersen and Wilkerson, 2006). Ha ezt az állandó funkcionális nyomást hangsúlyozó érvelést kombináljuk az alacsony szintű plaszticitással, érdekes magyarázatot kapunk arra, hogy a közegészségügyi ellátásnak miért nincs különösebb jelentősége a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenziójában sem. Az 5. táblázat támogatja ezt az értelmezést. A táblázat a GDP-arányos kiadások alakulását, valamint a vonatkozó sztenderd eltérést mutatja az egészségügyi ellátások és a szociális gondozási szolgáltatások terén 1980 és 2001 között. Az itt használt gondolatmenet szempontjából mindenekelőtt az az említésre méltó, hogy az egészségügyet illetően nagyon erős konvergencia ment végbe, míg a szociális gondozási szolgáltatásokban ellentétes irányú fejlődés zajlott. Castles (1998) 1960-ig visszamenően hasonló konvergens fejlődést mutatott ki. Lényegében ez a fejlődés volt várható: az 'aranykor' utáni korszakban a szociális gondozás fejlődése a különböző jóléti rezsimek útját követi, míg az egészségügyben egységesülést eredményező univerzálisabb dinamika munkált.

Bár az ilyen és ehhez hasonló magyarázatok meglehetősen kezdetlegesnek tekinthetők, legalábbis részben magyarázatul szolgálnak az egészségügy sajátos jellegére (a közfinanszírozás nagyjából azonos szintjére). Ugyanakkor meg kell jegyeznünk, hogy a magyarázat összeegyeztethető a például a finanszírozás adminisztratív struktúráiban (kötelező biztosítás vagy univerzális jogok), vagy a konkrét szolgáltatások megszervezésében tapasztalható nagy tényleges különbségekkel (Moran, 2000; Bureau and Blank, 2006). Ezek a kevésbé fontos jellemzők, a szociális gondozási szolgáltatásokhoz hasonlóan, valószínűleg sokkal jobban értelmezhetők

rezsím-specifikus magyarázatokkal. Végül, általános összegzésként, az elemzés azt mutatja ki, hogy a közegészségügyi ellátás miatt majdnem biztosan használhatatlan a jóléti állam típusok jóléti komponensének helyettesítőjeként.

Következtetés

A cikk alapvető célja az volt, hogy ellensúlyozza a jóléti rezsím irodalom transzfer-centrikusságát. Ennek során megvizsgáltam, hogy jelentenek-e a jóléti szolgáltatások olyan második dimenziót, melynek segítségével csoportokba rendezhetők a jóléti rezsimok. Fő következtetésem szerint létezik ilyen dimenzió, és ez nagyon fontos abban az értelemben, hogy az egyik fő jóléti rezsím típus – a szociáldemokrata – főként az e dimenzióra költött magas kiadásokkal jellemezhető.

Azt is kimutattam azonban, hogy a jóléti szolgáltatások e második dimenziója valójában a jóléti szolgáltatások egy sajátos típusából, nevezetesen a szociális gondozási szolgáltatásokból áll. Mindenekelőtt e szolgáltatások teszik különlegessé a szociáldemokrata jóléti államokat, míg az egészségügyi szolgáltatások kiadási szintjüket tekintve az összes országban nagyfokú hasonlóságot mutatnak. Azt állítottam, hogy a szociális gondozási szolgáltatások illeszkedése a jóléti rezsimokhoz a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenzióinak kiemelkedő hatásával magyarázható. A szociáldemokrata jóléti államokban a nemek közötti egyenlőség és az állami szerepvállalás melletti elkötelezettség a defamiliarizmus erősödéséhez vezetett, mely eredményeként az „aranykor” éveiben gyorsan fejlődtek a szociális gondozási szolgáltatások. A konzervatív jóléti államokban kitarítottak a tradicionális családmodell mellett, a liberális jóléti államok pedig az állami részvétel minimalizálását tartották a legfontosabb célnak. Mindkét ideológiailag motivált szándék alacsony szintű állami szociális gondozási szolgáltatásokhoz vezetett. Az 1970-es évektől az intézményes örökségek a korábban kialakult politikai ösvényeken tartották a jóléti rezsimokat. Ez alapján érthető meg, hogy a kiadási szintekben mutatkozó különbségek még nőttek is az idők folyamán.

Ez vezetett ahhoz az állításhoz, hogy mindenekelőtt a jóléti rezsimok második dimenziója (azaz a szociális gondozási szolgáltatások) tekinthető a defamiliarizmus terepének, míg a transzfereknek inkább a dekommodifikációban lehet szerepe. Bár ez a megkülönböztetés természetesen nem kizárólagos jellegű, de véleményem szerint elméletileg gyümölcsöző lehet, ha a szociális gondozási szolgáltatásokat szorosabban kötjük a defamiliarizmushoz, mint a dekommodifikációhoz.

Végül, a tanulmány megállapításai szerint az egészségügyi ellátásra a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenziója is jelentéktelen hatást gyakorolt. Ennek oka egyrészt az alacsony fokú plaszticitás, ami jelentősen korlátozza a lehetséges szereplők számát. Így például a konzervatív jóléti államon belüli hagyományos familiarizmus ideológiája semlegesítőddött, mivel a család képtelen a szükséges egészségügyi ellátás biztosítására. Másrészt az etatizmus ideológiai dimenziója is nagymértékben semlegesítőddött, mivel a többi kockázatot jórészt megszüntető modern

TANULMÁNYOK

társadalmakban speciális jelentőséget tulajdonítanak az egészségügyi ellátásnak. A rossz egészségi állapot nagyon is valóságos értelemben létező univerzális kockázat, amely erős politikai motivációt szült a különböző jóléti rezsimek útfüggőségét figyelmen kívül hagyó közegészségügyi ellátások fejlesztésére. Az ilyen érvelésben magától értetődően sok spekulatív elem van és további kidolgozásra szorul. Ugyanakkor azt is érdemes megjegyezni, hogy a kifejtett állítások illeszkednek a tanulmányban szereltetett empirikus adatokhoz.

Jelenleg éppen csak elkezdődött a szükséges munka. Sokkal mélyebb ismeretek kellene a jóléti állam transzfer komponense és jóléti szolgáltatások komponense közötti kölcsönhatásról. E feladat viszont feltételezi annak felismerését, hogy a különböző jóléti szolgáltatások nagyon eltérő módon működnek. Így természetes kiindulópontul kínálkozik a jóléti állam irodalom transzfer-centrikusságának megszüntetéséhez az a célkitűzés, hogy az általános célok szem elől tévesztése nélkül jobban megértsük ezeket az egyes szolgáltatásterületekre jellemző sajátos szektor-dinamikákat.

Az egyik lehetőség az, hogy az egészségügyi szolgáltatáson és szociális gondozási szolgáltatáson kívül más szolgáltatásokat is bevonunk a vizsgálatba. A legnyilvánvalóbb terület az oktatás. Bár az oktatást nemigen szokás a jóléti állam részének tekinteni (vö. például a jólét OECD általi definícióját; Adema and Ladaique, 2005), ennek oka csak a konvenció lehet (Castles, 1998). Így például feltehető a kérdés, hogy az oktatásban folyó humántőke-termelés jelentéktelenné tette-e a familiarizmus és etatizmus ideológiai dimenzióit a funkcionális nyomás és a viszonylag alacsony plaszticitás miatt. A Castles (1998) által kimutatott, 1960 óta konvergens fejlődési trendek arra utalhatnak, hogy az oktatás jobban hasonlít az egészségügyi ellátásra, mint a szociális gondozásra, ezért az egyik további lehetőség az oktatás bevonása az ebben a cikkben alkalmazott kvantitatív elemzésbe. Más kutatások megvizsgálhatják az ellátási szinteket (azaz a kiadások és az ezekhez a kimenetekhez vezető politikai folyamatok közötti viszonyt). Például milyen következményekkel jár a politikára nézve, hogy egyes jóléti szolgáltatások nagyon univerzális dinamikájúak, míg mások ennek ellenkezőjét mutatják. A jóléti szolgáltatások és transzferok különböző világainak mélyebb megértéséhez sok más kérdéssel együtt erre is választ kell kapnunk.

Fordította Nyilas Mihály

Irodalom

- Abrahamson, P. (1999) 'The Welfare Modelling Business', *Social Policy & Administration* 33 (4): 394–415.
- Adema, W. and Ladaique, M. (2005) 'Net Social Expenditure, 2005'. Edition: 'More Comprehensive Measures of Social Support', OECD Social Employment and Migration Working Paper No. 29. Paris: OECD Publishing.
- Alber, J. (1995) 'A Framework for the Comparative Study of Social Services', *Journal of European Social Policy* 5 (2): 131–49.
- Anttonen, A. and Sipilä, J. (1996) 'European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?', *Journal of European Social Policy* 6 (2): 87–100.

- Anttonen, A., Sipilä, J. and Baldock, J. (2003) 'Patterns of Social Care in Five Industrial Societies: Explaining Diversity', in A. Anttonen, J. Baldock and J. Sipilä (eds) *The Young, the Old and the State*. Cheltenham and London: Edward Elgar.
- Arts, W. and Gelissen, J. (2002) 'Three Worlds of Welfare Capitalism or More? A State-of-the-Art Report', *Journal of European Social Policy* 12 (2): 137–58.
- Bambra, C. (2005) 'Cash Versus Services: "Worlds of Welfare" and the Decommodification of Transfers and Health Care Services', *Journal of Social Policy* 34 (2): 195–213.
- Bambra, C. (2007) 'Sifting the Wheat from the Chaff: a Two-dimensional Discriminant Analysis of Welfare State Regime Theory', *Social Policy & Administration* 41 (1): 1–28.
- Bettio, F. and Plantenga, J. (2004) 'Comparing Care Regimes in Europe', *Feminist Economics* 10 (1): 85–113.
- Bonoli, G. (1997) 'Classifying Welfare States: a Twodimension Approach', *Journal of Social Policy* 26 (3): 351–72.
- Burau, V. and Blank, R. H. (2006) 'Comparing Health Policy: an Assessment of Typologies of Health Systems', *Journal of Comparative Policy Analysis* 8 (1): 63–76.
- Castles, F. G. (1998) *Comparative Public Policy. Patterns of Post-war Transformation*. Cheltenham and Northampton: Edward Elgar.
- Castles, F. G. (2002) 'Developing New Measures of Welfare State Change and Reform', *European Journal of Political Research* 41 (5): 613–41.
- Castles, F. G. (2005) 'Social Expenditure in the 1990s: Data and Determinants', *Policy and Politics* 33 (3): 411–30.
- Castles, F. G. and Mitchell, D. (1993) 'Worlds of Welfare and Families of Nations', in F. G. Castles (ed.) *Families of Nations. Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Aldershot: Dartmouth.
- Daly, M. (1994) 'Comparing Welfare States', in D. Sainsbury (ed.) *Gendering Welfare States*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage Publications.
- Daly, M. and Lewis, J. (2000) 'The Concept of Social Care and the Analysis of Contemporary Welfare States', *British Journal of Sociology* 51 (2): 281–98.
- Esping-Andersen, G. (1990) *The Three Worlds of Welfare State Capitalism*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Esping-Andersen, G. (1999) *Social Foundations of Postindustrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Everitt, B., Landau, S. and Leese, M. (2001) *Cluster Analysis* (4th edn). London: Arnold.
- Ferrera, M. (1996) 'The "Southern Model" of Welfare in Social Europe', *Journal of European Social Policy* 6 (1): 17–37.
- Garrett, G. (1998) 'Global Markets and National Politics: Collision or Virtuous Circle?', *International Organization* 52 (4): 787–824.
- Garrett, G. and Mitchell, D. (2001) 'Globalization, Government Spending and Taxation in the OECD', *European Journal of Political Research* 39 (2): 145–77.
- Gough, I. (2001) 'Social Assistance Regimes: a Cluster Analysis', *Journal of European Social Policy* 11 (2): 165–70.
- Green-Pedersen, C. and Wilkerson, J. (2006) 'How Agenda-setting Attributes Shape Politics: Basic Dilemmas, Problem Attention and Health Politics Developments in Denmark and the US', *Journal of European Public Policy* 13 (7): 1039–52.
- Hacker, J. (2004) 'Review Article: Dismantling the Health Care State? Political Institutions, Public Policies and the Comparative Politics of Health Care Reform', *British Journal of Political Science* 34 (4): 693–724.
- Huber, E. and Stephens, J. D. (2000) 'Partisan Governance, Women's Employment, and the Social Democratic Service State', *American Sociological Review* 65 (3): 323–42.
- Huber, E. and Stephens, J. D. (2001) *Development and Crisis of the Welfare State. Parties and Policies in Global Markets*. Chicago, IL and London: The University of Chicago Press.

TANULMÁNYOK

- Kasza, G. (2002) 'The Illusion of Welfare "Regimes"', *Journal of Social Policy* 31 (2): 271–87.
- Kautto, M. (2002) 'Investing in Services in West European Welfare States', *Journal of European Social Policy* 12 (1): 53–65.
- Korpi, W. (1989) 'Power, Politics, and State Autonomy in the Development of Social Citizenship: Social Rights During Sickness in Eighteen OECD Countries Since 1930', *American Sociological Review* 54 (3): 309–28.
- Korpi, W. (2000) 'Faces of Inequality: Gender, Class, and Patterns of Inequalities in Different Types of Welfare States', *Social Politics* 7 (2): 127–91.
- Moran, M. (2000) 'Understanding the Welfare State: the Case of Health Care', *British Journal of Politics and International Relations* 2 (2): 135–60.
- Obinger, H. and Wagschal, U. (2001) 'Families of Nations and Public Policy', *West European Politics* 24 (1): 99–114.
- OECD (2006) *Health Data 2006*. Paris: OECD Publishing.
- Orloff, A. S. (1993) 'Gender and the Social Rights of Citizenship: the Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States', *American Sociological Review* 58 (3): 303–28.
- Pampel, F. C. and Williamson, J. B. (1988) 'Welfare Spending in Advanced Industrial Democracies, 1950–1980', *American Journal of Sociology* 93 (6): 1424–56.
- Pierson, P. (1994) *Dismantling the Welfare State? Reagan, Thatcher, and the Politics of Retrenchment*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Pierson, P. (1996) 'The New Politics of the Welfare State', *World Politics* 48 (1): 143–79.
- Powell, M. and Barrientos, A. (2004) 'Welfare Regimes and the Welfare Mix', *European Journal of Political Research* 43 (1): 83–105.
- Rauch, D. (2005) 'Institutional Fragmentation and Scandinavian Childcare Variations', *Journal of Public Policy* 25 (3): 367–94.
- Rodrik, D. (1998) 'Why Do More Open Economies Have Bigger Governments?', *The Journal of Political Economy* 106 (5): 997–1032.
- Saint-Arnaud, S. and Bernard, P. (2003) 'Convergence or Resilience? Hierarchical Cluster Analysis of the Welfare Regimes in Advanced Countries', *Current Sociology* 51 (5): 499–527.
- Scruggs, L. and Allan, J. (2006) 'Welfare-state Decommodification in 18 OECD Countries: a Replication and Revision', *Journal of European Social Policy* 16 (1): 55–72.
- Shalev, M. (1996) 'Introduction', in M. Shalev (ed.) *The Privatization of Social Policy. Occupational Welfare and the Welfare State in America, Scandinavia and Japan*. London: MacMillan Press Ltd.
- Shalev, M. (2006) 'Limits and Alternatives to Multiple Regression in Comparative Research', in L. Mjoset (ed.) *Comparative Social Research* 24. Greenwich, CT: JAI.
- Siaroff, A. (1994) 'Work, Welfare and Gender Equality', in Diane Sainsbury (ed.) *Gendering Welfare States*. London, Thousand Oaks, CA and New Delhi: Sage Publications.
- Swank, D. (2001) 'Political Institutions and Welfare State Restructuring: the Impact of Institutions on Social Policy in Developed Democracies', in P. Pierson (ed.) *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- van Kersbergen, K. (1995) *Social Capitalism. A Study of Christian Democracy and the Welfare State*. London and New York: Routledge.

BLASKÓ ZSUZSA

Születési kohorsz-vizsgálatok itthon és külföldön – tapasztalatok és tanulságok*

Tanulmányunk a sokszínű vizsgálati lehetőségeket rejtő, ám ugyanakkor igencsak bonyolult metodikájú és befektetés-igényes kutatási formával, a születési kohorsz-vizsgálattal foglalkozik. Olyan vizsgálatok tapasztalatait mutatjuk be, amelyek egy adott időszakban született gyermekek csoportját követik hosszabb időszakon keresztül, többé-kevésbé rendszeres adatfelvételekkel. Ezek közül is azokkal foglalkozunk, amelyeknek kérdésfeltevése multidiszciplináris jellegű, vagyis a gyermek, majd a fiatal felnőtt jólétének és az azt alakító tényezőknek többféle aspektusáról gyűjtenek adatokat, és ezek sokrétű kapcsolatait vizsgálják. Célunk, hogy a külföldi tapasztalatok és a magyar előzmények alapján leszűrjük azokat a legfontosabb tanulságokat, amelyeket egy ilyen kutatás megtervezésekor feltétlenül szem előtt kell tartani.

1. Mik azok a születési kohorsz-vizsgálatok?*

A (longitudinális) születési kohorsz-vizsgálatok egy adott időszakban született gyermekek életét követik nyomon, hosszabb időszakon keresztül ismételt megkeresésekkel, valamilyen kutatási céllal. Általában véve a *longitudinális* vizsgálatok közös ismérve, hogy ugyanazokat a mintagókat követik hosszabb időszakon át, újabb és újabb információkat gyűjtve róluk. Legfontosabb előnyei a keresztmetszeti (egy alkalommal végzett), illetve az ismételt keresztmetszeti (ugyanazon módszerrel többször, de

*A Esély folyóirat a Miniszterelnöki Hivatallal kötött használatba vételi megállapodás alapján jelenti meg Blaskó Zsuzsa: „Nemzetközi kohorsz-vizsgálatok tapasztalatai – Előtanulmány egy magyar kohorsz-vizsgálat előkészítéséhez” c. tanulmányának szerkesztett változatát. A tanulmány eredeti változata a Miniszterelnöki Hivatal megrendelésére készült, a 2008 ősze óta működő „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia, 2007–2032 kilenc civil szervezetből álló Értékelő Bizottságának (ÉB) munkájához. (A szerk.)

**Köszönöm Kapitány Baláznak, Spéder Zsoltnak és Cseres-Gergely Zsombornak a tanulmányhoz fűzött értékes észrevételeiket és javaslatukat. Köszönöm ezen kívül Joubert Kálmánnak az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálatról szóló rész megírásához nyújtott segítségét, Bass Lászlónak pedig, hogy információkkal és a kutatás módszertanát érintő kéziratának rendelkezésre bocsátásával segítette a Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat bemutatását.

különböző mintán végzett) vizsgálatokhoz képest, hogy egyéni változásokat tudunk segítségükkel nyomon követni, illetve hogy a megfigyelt állapotokat egymással összefüggésben vizsgálva, más módszerekhez képest nagyobb pontossággal tudunk oksági kapcsolatokat megállapítani közöttük.

Ha csupán az a célunk, hogy a társadalom valamilyen változó jellemzőjét időről időre számszerűsítsük, tehát például megállapítsuk a gyermekszegénység mértékének alakulását, akkor nincs szükségünk panelfelvételre. Azonos alapsokaságból, ám eltérő mintán egymást követő időpontokban összegyűjtött adatok ezt az információt tökéletesen biztosítják. Ám ha arra is kíváncsiak vagyunk, hogyan változik a szegények csoportjának összetétele, vagyis hogy hányan (és kik) lépnek ki-, illetve be a szegények közé az időszak alatt, akkor a gyermekeket hosszabb időn keresztül követő panelfelvételt kell készítenünk.¹ Így állapítható meg az is, hogy mennyire hosszán tartó szegénységnek vannak egyes gyermekcsoportok kitéve. A másik előny, hogy pontosabban feltárhatóak az oksági kapcsolatok. Ehhez arra van szükség, hogy a vizsgált jelenséget (pl. család jövedelmi helyzete) meghatározó tényezők minél szélesebb körét vizsgálni tudjuk, és az egyes tényezőket minél precízebben mérhessük. Ha ez sikerül, a kutató közelebb került az oksági hatás megállapításához, bátrabban állíthatja, hogy az oksági kapcsolatot, a vizsgált esemény hatását ragadta meg, és nem más, zavaró tényezőét. Az oksági kapcsolat fennállásának szükséges feltétele, hogy az ok időben megelőzze az okozatot – erről azonban csupán időben egymást követő felvételek esetén lehetünk meggyőződve.² Az oksági kapcsolatok vizsgálatát emellett önmagában az is segíti, hogy a longitudinális felvételeknél azonos embereket figyelünk meg különböző időpontokban. Ugyanannak az egyénnek a tulajdonságait több időpontban is megmérve ugyanis olyan oksági magyarázó modellek állíthatók fel, amelyek segítségével kiszűrhetjük a kutató számára nem megfigyelhető, de időben változatlan egyéni jellemzőket.³

A longitudinális felvételek egy speciális csoportját képezik azok, amelyekben egyének egy kohorszát követjük nyomon. *Kohorsznak* nevezzük olyan emberek csoportját, akik valamilyen életeseményt ugyanabban az időszakban élnek át. Beszélhetünk például egy adott időszakban házasságot kötők, diplomát szerzők, valamilyen betegségben ugyanakkor szenvedők, ugyanabban az időszakban szülő nők, vagy – igen gyakran – az ugyanabban az időszakban születő egyének kohorszájáról. Mivel a

¹ A ki- és belépéseket, vagyis az összetétel-változást is figyelembe vevő, és így nem csupán a csoport nagyságának alakulását tartalmazó *teljes* változást nevezi Lazarsfeld bruttó változásnak a panelfelvételek előnyeiről szóló úttörő írásában (Lazarsfeld 1940).

² Bár felvetődhet, hogy az ún. retrospektív kérdezési mód segítségével, vagyis úgy, hogy korábban bekövetkezett eseményekről visszamenőleg kérdezzük a vizsgálati személyeket, szintén fényt deríthetünk bizonyos jelenségek egymásutánosságára, ez a módszer csak nagyon szűk határok között alkalmazható. Az emberi emlékezet korlátai és pszichológiai sajátosságai csak pontatlanul, nagy torzításokkal tesznek hozzáférhetővé korábbi eseményeket – míg például attitűdöket, véleményeket, pszichés beállítódásokat, a kognitív fejlettség szintjét stb. gyakorlatilag egyáltalán nem lehet visszamenőleg vizsgálni.

³ Ún. fix hatás modellek.

valamilyen szempont szerint azonos kohorszba tartozó egyéneket életüknek hasonló időszakában érik a különféle külső – történelmi – hatások, illetve azonos időszak alatt hasonló életszakaszokon mennek keresztül, közös vizsgálatba vonásuk révén egy sok szempontból homogén mintáról nyerhetünk értékes, egyéb hatásoktól mentes információkat. Bár longitudinális kohorsz-vizsgálat elvileg az életpálya bármely szakaszán álló sokaságra irányulhat, különösen gyakori, hogy valamelyik viszonylag fiatal gyermek-korosztályt, sok esetben az éppen megszületettek körét szemelik ki a kutatók vizsgálatra. Számos vizsgálat ezen is túllépve már a prenatális időszakban kezdi meg az adatgyűjtést, tehát várandós anyákat választanak ki, majd követik nyomon az ő sorsukat, valamint megszülető gyermekeik sorsát. Az azonos időszakban születő, születésüktől fogva „követett” gyermekekre irányuló vizsgálatokat *születési kohorsz-vizsgálatoknak* nevezik.

2. Mire jók a születési kohorsz-vizsgálatok?

A születési kohorsz-vizsgálatok tematikája rendkívül változatos lehet, hiszen a módszer a legkülönbélebb egészségügyi, fejlődéslelektani, pedagógiai, demográfiai, szocializációs stb. problémák vizsgálatára alkalmas. Számos születési kohorsz-vizsgálat irányul kifejezetten egészségügyi (epidemiológiai vagy antropometriai) kérdésfeltevésekre, és kutatja azokat a társadalmi, kulturális, életmódbeli, környezeti, genetikai tényezőket, amelyek az életpálya során egyes megbetegedések előfordulását valószínűsítik, vagy éppen az egyén fizikai fejlődését meghatározzák. Ezekben a vizsgálatokban megjelennek ugyan alapvető szociokulturális információk, ám azok elsősorban magyarázó változóként, a vizsgált probléma előfordulásának valószínűségét növelő vagy éppen csökkentő tényezőként kerülnek számításba. Az összegyűjtött adatok túlnyomó része egészségügyi jellegű, a szülők és a gyermek genetikai jellemzőire, növekedésére, az előforduló betegségekre, táplálkozási szokásokra stb. irányul.

Ezzel szemben a multidiszciplinárisnak nevezhető, elsősorban társadalomtudományos, illetve társadalompolitikai kérdésfeltevésekkel motivált vizsgálatok az egyén jellemzőinek szélesebb körét igyekeznek feltérképezni, és a gyermek – majd a felnövekvő fiatal – jólétének többféle dimenzióját próbálják egymással összefüggésbe hozni. Bár a vizsgált jellemzők között – akár magyarázó, akár függő változóként – kisebb részletességgel egészségügyi ismérvek is szerepelhetnek, azokat a család társadalmi, gazdasági, demográfiai és kulturális jellemzőinek széles skálája, valamint a gyermek egyéni jellemzői között a kognitív és pszichés fejlődés, az iskolai teljesítmény számos mutatója egészíti ki. A későbbiekben pedig, a gyermek növekedése során vélemények, attitűdök, illetve a megszerzett, elért társadalmi, gazdasági, demográfiai és kulturális helyzet ismérvei teszik teljessé.

A korai – akár a születés előtti – időszaktól induló adatgyűjtés jelentőségét az adja, hogy a csecsemő- és kisgyermekkor, sőt a prenatális időszakban szerzett tapasztalatok szoros kapcsolatot mutatnak számos későbbi életeseemény alakulásával. Minél korábbra tudunk visszamenni

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

az egyén életében, annál összetettebb és teljesebb összefüggésrendszerben láthatjuk életének későbbi alakulását, személyiségének kialakuló jellemzőit stb.

A multidiszciplináris jellegű születési kohorsz-vizsgálatokkal elemezhető kutatási kérdések száma tulajdonképpen végtelen. Az egymást követő vizsgálatok során számtalan társadalmi, pszichés, környezeti stb. ismérvet rögzíthetünk, amelyeknek aztán a legkülönbélebb összekapcsolódásait, oksági és egyéb viszonyait vizsgálhatjuk. A különféle kiegészítő adatforrások (orvosi jelentések, iskolai előmeneteli dokumentumok stb.) felhasználása, illetve a panelfelvétel részét képező kiegészítő felvételek (például védőnő-interjúk, pedagógus-interjúk) alkalmazása tovább bővítik a vizsgálatba bevonható témák és összefüggések körét.

A gyermekjólét fő dimenzióinak: a fizikai, a pszichés-érzelmi és társas, a kognitív-oktatási, valamint az anyagi jólétnek⁴ (Thornton 2004 nyomán) valamilyen mutatója (vagy inkább: mutatói) minden longitudinális születési kohorsz-vizsgálatnak részét képezik, bár természetesen a hangsúlyok különbözőek lehetnek az egyes esetekben. Ezek ugyanis azok a területek, amelyekben már a legelső életévek során (sőt: azt megelőzően is) súlyos, sokszor csak nehezen kompenzálható, egymással összekapcsolódó és messze ható egyenlőtlenségek alakulhatnak ki, és amelyek vizsgálata éppen ezért minden születési kohorszvizsgálat alapvető céljai közé tartozik.

A gyermekek jólétének aspektusai nemcsak egymással vannak szoros és sokrétű kapcsolatban, hanem külső, környezeti tényezőkkel is. A gyer-

4 *Fizikai jólét* alatt elsősorban az alapvető egészségi állapotmutatókat (betegségek előfordulása, növekedés), valamint a mozgásos készségeknek az életkornak megfelelő fejlődését értjük. Serdülőket vizsgálva jólétük fizikai aspektusai közé sorolhatók még élvezeti szer fogyasztási szokásaik és lányoknál a korai terhesség előfordulása is. *A pszichés-érzelmi jólét és társas jólét* Thorntonnál elváló dimenziók, mi azonban úgy látjuk, hogy a kisgyermekkor vizsgálatokban ezek még nehezen szétválaszthatók. Ide sorolhatók a megelégedettség és boldogságérzet (melyek közvetlenül inkább csak idősebb korban vizsgálhatók), az önállóság életkornak megfelelő szintje, a biztonságérzet, a személyes identitás kialakulása, félelmek, aggodalmak, a gyermeknél tapasztalható viselkedési zavarok, vagy azok hiánya stb. Mindez kisgyermekkorban szorosan összekapcsolódik az interperszonális készségek fejlődésével: a másokkal való együttműködés és a közös problémamegoldás képességével, a kortársakhoz és a családtagokhoz fűződő kapcsolat minőségével, és általában a személyes kapcsolatok kialakítására való képességekkel stb. *A kognitív és iskolai-jólét* fogalma a gyermek értelmi fejlődésére, kognitív képességeinek kibontakozására, tudásának bővülésére, valamint iskolai eredményességére vonatkozó jellemzőket foglal magában. Ezek között vannak olyan tényezők, amelyeket képesség- vagy tudásteszttekkel lehet mérni, vannak, amelyekhez az iskolai nyilvántartásokat érdemes előkeresni, és olyanok is, amelyeket az anya vagy a gyermek beszámolója alapján össze lehet gyűjteni. *A gazdasági jólét* fogalma alá valójában nem a gyermek személyes jellemzői, hanem a családnak a gyermekekre is kiható anyagi viszonyai tartoznak. Ezek a szülők jövedelmével, vagyonával, lakáskörülményivel, szubjektív anyagi-helyzet megítélésével írhatók le. Egy friss tanulmány, amely a brit Millennium Cohort Study felhasználásával készült (Bradshaw és Holmes 2008) például négyféleképpen határozza meg, hogy egy család szegénynek tekinthető-e: a család jövedelme a nemzeti mediánjövedelem 60 százalékát nem éri el; szociális segély(ek)ben részesülnek; nem rendelkeznek bizonyos alapvető cikkekkel; szegénynek értékelik önmagukat.

mekkori jólét gyökereit általában a gyermeket szocializáló társadalmi környezet különböző szintjein: a családban, valamint a kapcsolódó társadalmi hálózatokban, a lakókörnyezetben, a gyermeket nevelő intézményrendszer sajátosságaiban, illetve bizonyos esetekben a társadalmopolitikai beavatkozásokban szokás keresni. Egy lehetséges megközelítésben ezeket az előbb felsorolt tényezőket együttesen, ún. környezeti hatásként kezelve, azokat az öröklött, genetikai tényezőktől szokás elkülöníteni.

A lehetséges magyarázó tényezők egy részére vonatkozóan minden születési kohorsz-vizsgálatnak kell tartalmaznia információkat, míg a többiek (így például a genetikai tényezők, a szülői kapcsolatháló) bevonása a vizsgálni kívánt kutatási kérdés, vagy akár a rendelkezésre álló erőforrások függvénye is lehet. A születési kohorsz-vizsgálatokba szokásosan bevont „magyarázó” típusú ismérvek főbb csoportjait az 1. táblázat foglalja össze. Az első oszlopban gyűjtöttük össze a „kötelező” jellegű, alapvető magyarázó erővel bíró és éppen ezért nem elhagyható témaköröket. A második oszlopba azok kerültek, amelyeknek a gyermekek jólétére gyakorolt hatása szintén többször bizonyítást nyert már, megfigyelésük érdekes hipotézisek ellenőrzésére adhat módot, ám amelyek elhagyása nem csorbítja érdemben a szokásosan vizsgált összefüggések megértését. A lista utóbbi része – értelemszerűen – nem teljes, kutatói szándék szerint bővíthető.

1. táblázat A gyermek jólétét meghatározó tényezők és ezek megjelenése születési kohorsz-vizsgálatokban

A környezet szintjei	Az információ jellege	Alapvető témák	Választható témák
Család és háztartás	Szülők demográfiai adatai	Szülők jelenléte a családban, életkoruk, családi állapotuk, gyermekeik száma és kora	A szülők párkapcsolat-története; gyermek-születés történetük; sikertelen terhességek; tervezett gyermekszám...
	Szülők társadalmi helyzete*	Iskolai végzettség, munkapiaci helyzet, jövedelem, vagyon, lakáskörülmények, etnikum, lakóhely	Iskolatörténet, munkapiac-történet, nagyszülők iskolázottsága, foglalkozása...
	Háztartásban élő személyek	Nemük, számuk, jövedelmi helyzetük; a gyermekhez való rokonsági viszonyuk jellege	Egymáshoz fűződő kapcsolatuk szorossága, szerepük a gyermek életében...

* Elvileg ide is besorolhatók lennének a szülők jövedelmi és anyagi viszonyaira vonatkozó kérdések, mi azonban ezeket a gyermek jólétének dimenziói között tárgyaltuk.

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

A környezet szintjei	Az információ jellege	Alapvető témák	Választható témák
	Kulturális jellemzők, értékek		Értékbeállítódások, preferenciák; időmérleg felvétel; nemi szerepfelfogások, vallásosság; életmód; fogyasztói szokások...
	Gyermek-nevelés, gyerekekhez fűződő viszony	A gyermek születését megelőző várakozások (tervezett gyermek-e); családhoz, gyermekvállaláshoz, gyermekneveléshez, szülői szerephez kapcsolódó értékek, attitűdök; szoptatás	Elvárások a gyermekkel szemben; gyermek szerepe a családban; testvérek egymás közötti kapcsolatai...
	Szülők genetikai jellemzői és fizikai jóléte		Genetikai adottságok (pl. nyálmintából); betegségétörténet, szubjektív és objektív egészség; káros szokások; egészségügyi adatok (pl. vérnyomás stb.)...
	Szülők pszichológiai jellemzői		Teljesítmény-orientáltság, locus of control, intelligencia, jövőorientáltság, önértékelés...
Család külső kapcsolat-rendszere			Szülői kapcsolatháló, a szülők társadalmi beágyazottsága; rokonság, barátok, civil szervezetekben való részvétel...
Lakóhely, szomszédság			A lakóhely környezete: szociális jellemzők, környezeti ártalmak; a település munkapiaci jellemzői...
Nevelő intézmények	Bölcsődék	Intézményhasználat vagy anyai (apai) otthonmaradás, alternatív felügyeleti módok, az intézmény igénybe vételének ideje, időtartama	Részletes információk közvetlenül az intézménytől, pl. költségvetés, méret, gondozók képzettsége stb., esetleg kvalitatív információkkal kiegészítve...

A környezet szintjei	Az információ jellege	Alapvető témák	Választható témák
	Óvodák	Intézményhasználat vagy anyai (apai) otthonmaradás, alternatív felügyeleti módok, az intézmény igénybe vételének ideje, időtartama – egyéb kiegészítő gyermekfoglalkozásokon való részvétel	Részletes információk közvetlenül az intézménytől, pl. költségvetés, méret, gondozók képzettsége stb., esetleg kvalitatív információkkal kiegészítve ...
	Iskolák	Iskolába járás, az intézmény jellemzői, tagozat, különórák	Részletes információk közvetlenül az intézménytől, pl. költségvetés, méret, szegregációs jelzőszámok, alkalmazott pedagógiai módszerek stb.
Társadalom-politikai környezet	Konkrét programok, beavatkozások hatásainak mérése		Csak megfelelően tervezett, kontrollcsoportot és kezelt csoportot is tartalmazó mintánál

A születési kohorsz-vizsgálatokkal kutatható kérdések között különbséget tehetünk aszerint, hogy azok rövid-, közép- vagy hosszú távon válnak elemezhetővé. *Rövidtávúnak* tekintjük azokat az összefüggéseket, amelyek a gyermekek jólétében tapasztalt különbségeket vizsgálják, azok okaira és egymással való összefüggéseire vonatkoznak. Ezek a panel elindítását követő években, már az első egy-két követés után vizsgálhatóvá válnak – először csak keresztmetszeti, leíró jelleggel, majd a változásokat követve, oksági kapcsolatok formájában is.

Egy longitudinális vizsgálatnak már a gyermek születését követő legelső adatfelvétele is módot ad arra, hogy a születéskor fennálló egyenlőtlenségek bizonyos formáit diagnosztizáljuk, illetve hogy azokat alapvető társadalmi-demográfiai jegyekkel összekapcsoljuk. Megfigyelhetők a születési súlyban tapasztalható különbségek, a család anyagi körülményeinek egyenlőtlenségei, az anya szoptatási szokásai, a szülők új szerepéhez kapcsolódó attitűdjei stb. Ezek kapcsolatba hozhatók egymással, valamint olyan társadalmi-demográfiai tényezőkkel is, mint például a szülők kora, iskolai végzettsége, etnikuma, munkapiaci helyzete, lakóhelye. A leíró jellegén túl tehát korlátozottan ugyan, de mód nyílik bizonyos egyszerűbb oksági kapcsolatok feltárására is. Az egymást követő újabb és újabb adatfelvételek során a kezdeti állapotként regisztrált jellemzők fokozatosan összetettebb összefüggésekbe ágyazódnak be, és magyarázatul szolgálhatnak későbbi eseményeknek is.

Középtávún vizsgálhatónak azokat a kérdésköröket nevezzük, amelyek a kohorsztagok tizenéves korára, illetve fiatal felnőtt korára vonatkoz-

nak, és az ekkor megfigyelt jellemzőknek a gyermekkorban, vagy akár a prenatális időszakban rejlő gyökereit kutatják. Végül *hosszú távúnak* azokat a problémákat tekintjük, amelyek a későbbi felnőttkorban vizsgálhatók, vagy amelyek már intergenerációs jellegűek, és a paneltagok gyermekeinek vizsgálatával válnak elemezhetővé.⁵

2.1. Néhány példa longitudinális felvételekből nyert vizsgálati eredményekre

A gyermek *fizikai jólétének* kérdéskörében panelfelvételekből készült elemzések mutatják meg például, hogy a kisgyermekkorban túlsúlyosság kapcsolatba hozható az anya munkavégzésével (Hawkins és mások 2007). Más szerzők az anya terhesség alatti dohányzása és a korai gyermekfejlődés között tártak fel összefüggéseket gyermek-kohorsz vizsgálatok segítségével (pl. Fogelman 1980). Mindez nem független a család anyagi körülményeitől, amely akár közvetetten (például az anya stresszes állapotán keresztül) akár közvetlenül (a nem megfelelő táplálkozás következtében) okozhat elégtelen növekedést.

A születési súly, illetve az, hogy mennyi időre született a gyermek, több vizsgálat eredményei szerint hosszabb távon is kihat az egészségi állapotra és a gyermek szellemi fejlődésére (Richards és mások 2002), valamint kisiskolás kori viselkedési problémákhoz is vezethet (McCormick és mások 1996). Létezik a kapcsolódó szakirodalomnak olyan ága is, amelyik a növekedés, az elért magasság és a későbbi iskolai és iskolai eredményesség között igyekszik kapcsolatot kimutatni (Case és Pacson 2006).

A *pszichés-érzelmi jóléttel* foglalkozó szakirodalomban a koragyermekkorban kialakuló kapcsolatok közül jelentős és hosszú távon kimutatható hatásai miatt kiemelkedik az anya-gyermek viszony. Nem véletlen, hogy gyermekjóléti kutatások visszatérő témája például az anya és a gyermek által közösen töltött idő mennyiségének és minőségének a hatása a gyermek fejlődésére (pl. Booth és mások 2002). Kimutattak már kutatók összefüggéseket a terhesség alatti cigarettázás és a kisgyermekkorban viselkedési problémák között is (Pickett és mások 2008), és szintén kiterjedt kutatási terület az anya munkavégzésének hatása a gyermek pszichés fejlődésére (pl. Nomaguchi 2006).

A *kognitív jólét* területén különféle genetikai és fizikai, valamint környezeti, társadalmi okot is feltárt már a szakirodalom, melyek mind

⁵ A longitudinális vizsgálatok számtalan előnyük ellenére nem mindenható kutatási eszközök. Amikor ugyanazoknak a személyeknek a jellemzőit hasonlíthatjuk össze két különböző időpont között, akkor háromféle hatás egymással összefonódó, egymástól szét nem választható következményt tapasztalhatunk. Az egyik az *életkori hatásé* – vagyis annak következménye, hogy a vizsgált személyek időközben idősebbé váltak. A második a *történelmi, vagy periódus hatás*, ami valamilyen, időközben bekövetkezett külső hatásra utal. Végül a harmadik, a *generációs hatás* azt a jelenséget írja le, hogy különböző egyénekre bizonyos külső hatások más-más módon hathatnak aszerint, hogy ők melyik korcsoportba – melyik generációba – tartoznak. Ezeknek a hatásoknak a szétválasztása egyetlen kohorsz vizsgálatával nem, vagy csak igen korlátozottan oldható meg.

befolyással vannak a gyermek értelmi fejlődésére. Utóbbiak közé tartozik például Blandennek és társainak munkái (pl. 2004), amelyekben a család jövedelmének és a gyermek iskolai előrelépésének összefüggéseit vizsgálták brit adatokon. Richards és mások (1999) a brit gyermek-kohorsz vizsgálatok összehasonlításával jutottak lényeges összefüggésekre a szülők válásának a gyermek kognitív fejlődésére gyakorolt hatásait illetően. Megint más szerzők az anya korai munkába állásának a gyermek értelmi fejlődésére gyakorolt hatásait vizsgálják (pl. Waldfogel és mások 2002). Szintén egyre szélesedő ismeretanyag bizonyítja, hogy a korai kognitív fejlődés hosszú távon kihat az iskolai előmenetelre, amely viszont a későbbi munkapiaci esélyeknek a jövedelemben is megnyilvánuló legfontosabb meghatározója (pl. Blundell és mások 2005). Ugyanakkor az alapvető készségek megszerzésében való korai lemaradás szélső esetben akár korai bűnelkövető viselkedés előrejelzője is lehet (Parsons 2002).

A *gyermek anyagi jólétét* vizsgáló kutatásoknak a gyermekszegénység kérdése áll a középpontjában. Nem véletlenül: hatásai súlyosak, sokfélék és hosszú távúak; okai összetettek és mélyen beágyazottak a társadalmi viszonyokba. Különböző brit gyermekpanel vizsgálatok felhasználásával nagy jelentőségű tanulmányok születtek például a gyermekkori szegénységnek a gyermek értelmi és érzelmi fejlődésére gyakorolt hatásairól (pl. Joshii és McCulloch 2000; Bradshaw és Holmes 2008); a gyermekkori szegénység és a korai teherbeesés összefüggéseiről (Hobcraft és Kiernan 2001), a szegénységnek a tanulási nehézségekre és az iskolai lemorzsolódásra kifejtett hatásáról (Brooks-Gunn és Duncan 1997).

A feltárt összefüggések sokszor bonyolultak, sok-tényezősek. Kiernan és Mensah (2008) megmutatják például, hogy a család rossz anyagi helyzete az anya lelkiállapotán keresztül okozhat hátrányokat a gyermek értelmi és érzelmi fejlődésében. Amerikai szegénységvizsgálatok egy nagyhatású következtetése szerint a család rossz anyagi és szociális helyzete elsősorban a nyári szünetekben okoz lemaradást a gyermek értelmi fejlődésében. Míg ugyanis a tanév során az iskola kompenzálni tud, és közel azonos tempóban képes fejleszteni a különböző háttérű gyermekeket, addig az iskolától való hosszabb távollét időszakában a különbségek felerősödnek (Duncan 2002).

Ahogy a fenti áttekintésből is kiderül, a gyermeki jólét különféle dimenziói egymással is sokrétű kapcsolatba állnak, az egyes területeken megtapasztalt hátrányok halmozódnak, kumulálódnak – ahogy egyébként az előnyök is összekapcsolódnak egymással. A fent említett összefüggések csupán példaként szolgálnak arra a sokféle összefüggésre, amelyek részletei születési kohorsz-vizsgálatokkal feltárhatók.

3. Példák születési kohorsz-vizsgálatokra

3.1. Születési kohorsz-vizsgálatok külföldön

Bár első áttekintésére úgy tűnhet, számos ország rendelkezik születési kohorsz panel felvétellel, azok többsége valójában nem társadalomtudományos, hanem elsősorban egészségügyi, epidemiológiai irányultságú.

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

Példa ezekre az Amszterdamban született gyermekek fejlődését követő vizsgálat⁶, a finn ikervizsgálat⁷, vagy a Bristoni AVON vizsgálat⁸. Ezek a vizsgálatok több esetben mára széles körben elterjedt és beigazolódott orvosi összefüggések feltárására adtak módot. Bár szerepelnek bennük a felnövekvő gyermekek társadalmi-gazdasági helyzetére, a családok életkörülményeire, kapcsolatrendszerére stb. vonatkozó kérdések, ezek jellemzően csak egyes betegségek kialakulásában betöltött szerepük erejéig, és nem mint a vizsgálat törzsanyaga jelennek meg.

A társadalomtudományos jellegű nemzetközi kutatási mezőnyben egyértelműen Nagy-Britannia rendelkezik a legjelentősebb hagyományokkal a longitudinális születési kohorsz-vizsgálatok terén – ezekre részletesen is ki fogunk térni. Kisebb lélegzetű, vagy az itt bemutatott „alapmodelltől” némileg eltérő multidiszciplináris vizsgálatok azonban a világ más részein is születtek szép számban. A legtöbb példát persze az Egyesült Államokban találjuk⁹, de készült hasonló vizsgálat például Brazíliában¹⁰ és Dél-Afrikában¹¹ is. Érdeemes még megemlíteni egy egyetlen város újszülöttjeire korlátozódó angol példát (Born in Bradford, Anglia, 2007) és egy most induló francia felvételt is (Etude longitudinale française depuis l'enfance – ELFE 2009¹²).

Nagy Britanniában 1946-ban indult útjára a *National Survey of Health and Development* (NSHD), melyet 1958-ban a *National Child Development Study* (NCDS), 1970-ben *British Cohort Study* (BCS), 2000-ben pedig a *Millennium Cohort Study* (MCS) követték. Bár kérdésfeltevéseikben, mintaválasztásuk módjában, az alkalmazott kutatási eszköztárban is több ponton eltérnek egymástól, együttes rendelkezésre állásuk egyedülálló információforrást jelent a társadalomban lezajlott főbb folyamatokról, társadalmi, demográfiai változásokról. Együttes felhasználásuk olyan történelmi jellegű vizsgálatokra nyújt módot, amelyekre önmagában egyetlen kohorsz-vizsgálat sem. Felismerve a vizsgálatok együttes kezelésének gyakorlati és elméleti jelentőségét, a három újabb kohorszfelvételt ma az *Institute of Education-ben* (*University of London*) székelő *Centre for Longitudinal Studies* együtt gondozza.¹³ A központ honlapjáról értékes információk tölthetők le a vizsgálatok történetével, módszertanával kapcsolatban. Elérhetővé teszik a terepmunka dokumentációit, a kérdőíveket, a kutatásokból készült publikációk bibliográfiáját stb. Az összegyűj-

⁶ <http://www.abcd-study.nl/>

⁷ <http://www.kaksostutkimus.helsinki.fi/>

⁸ <http://www.bristol.ac.uk/alspac/>

⁹ Detroit Intergenerational Panel Study of Parents and Children, 1962; a National Longitudinal Survey of the Youth 1979 kiegészítése, 1986; Fragile Families 1998; Early Childhood Longitudinal Study 2001.

¹⁰ Pelotas Birth Cohort Study, Brazília, 1982.

¹¹ Birth to Twenty – Dél-Afrika, 1990.

¹² http://www.ined.fr/fr/recherches_cours/projets_recherche/projets_phares/bdd/projet/P1016/

¹³ www.cls.ioe.ac.uk

tött adatok szintén mindenki számára szabadon hozzáférhetők a brit *Data Archive*-nál.¹⁴

Az első két brit vizsgálat eredeti célkitűzése a koraszülés és a csecsemőhalandóság vizsgálata volt. A második világháborút követően a csökkenő születésszám miatti aggodalmak indították útjára 1946-ban a *National Survey of Health and Development* vizsgálatsorozatot, melynek első adatfelvételét már több mint 20 újabb megkeresés követte. A felvételesorozat mára az idősödés problémáit elemző kutatássá alakult – lévén a mintatagok 2009-ben 65 évesek. A *National Child Development Study* 12 évvel az első felvétel után, 1958 márciusában született gyerekek vizsgálatával indult. Eltérően az első vizsgálattól, ez alkalommal az anyákat már közvetlenül szülés után, a kórházban kérdezték az ott dolgozó ápolónők. Mintegy 17 500 csecsemőről gyűjtöttek adatokat az első hullámban, ezúttal azonban (eltérően az 1946-os felvételtől) az összes eredeti mintatag vizsgálatára kiterjedtek a további felvételek is. A vizsgálatsorozat során a szülőktől, illetve később a gyermektől származó információkon és teszteredményeken kívül gyűjtöttek még adatokat egészségügyi nyilvántartásokból, iskolai értékelésekből és területi statisztikákból is.

A harmadik vizsgálat megintcsak 12 év elteltével, 1970-ben indult, ezúttal április egy kijelölt hetében született gyermekek követésével. A *British Child Survey*-nél az az ápolónő töltötte ki – az anyuka megkérdezésével, illetve az ő rendelkezésére álló orvosi információk, és a szülés közben tapasztaltak alapján – a kérdőívet, aki jelen volt a kisgyermek megszületésénél. A kezdeti, elsődlegesen egészségügyi témájú adatfelvételt a további alkalmakkor egyre szélesebb tematika egészítette ki és egyre bővült a felhasznált módszerek és az igénybe vett adatforrások köre is. Az első követések alkalmával a védőnő (Health Visitor) kereste fel a családot, és ugyanakkor az óvónő, illetve a gyermeket tanító tanár is töltött ki kérdőívet, a gyermek orvosa pedig egészségügyi információkkal szolgált. Az 1986-os adatfelvételnél például összesen 16 féle adatforrást (köztük például időmérleget, képességteszteket...) alkalmaztak. Az utolsó felvétel 2004-ben zajlott. Az azt megelőző alkalommal, 2000-ben az eredeti 17 287 mintatagból 15 503-mal tudtak interjút készíteni.

Több tekintetben is kiválik a brit születési kohorszfelvételek sorából a Millennium Kohorsz Vizsgálat – *Millennium Cohort Study* (MCS). Ez a kutatás hosszabb szünet után, 2001-ben, a 2000–2001-ben született gyermekek felkeresésével indult útjára. A mai napig összesen három adatfelvétel zajlott le: a mintatagok első életévében (2001–2002), majd 3 éves koruk körül (2003–2005), a harmadik felvétel pedig iskolába lépésükkor (2006–2007). A negyedik felvétel terepmunkái jelenleg is zajlanak.

A vizsgálat elindításáról szóló döntést 1999-ben hozta meg a brit kormány. Az *Economic and Social Research Council*¹⁵ megvalósíthatósági tanulmányt készítettett, majd pályázatot írt ki a kutatás megszervezésére és lebonyolítására. A cél az volt, hogy az új vizsgálat összehasonlítható legyen a korábbiakkal, bár azoktól némileg eltérő mintán készült. A fő célkitűzések közé tartozott felhasználható adatokat biztosítani a kora gyermekkori körülményekről olyan társadalompolitikai programok

¹⁴ <http://www.data-archive.ac.uk/>

¹⁵ Nagy-Britannia legnagyobb társadalomtudományi kutatásokat finanszírozó szervezete.

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

számára, mint a Biztos Kezdet (Sure Start) program; társadalmpolitikai szempontból lényeges információkat gyűjteni például a társadalmi kohézióról, vagy a társadalmi tőke képződéséről; a társadalmi kirekesztődés kialakulását vizsgálni; a szegénység okait és következményeit feltárni – mindezt pedig széles körű társadalmi-gazdasági kontextusban elhelyezve. A hosszabb távú célok között szerepelt az iskolai esélyek egyenlőtlenségeinek, az egészségügyi egyenlőtlenségek kialakulásának, majd a következő generáció munkavállalási esélyeinek és nevelési szokásainak vizsgálata is.

Ezúttal egy 12 hónapos időszak (2000. szeptember–2001. augusztus) során született gyermekek képezik az alapsokaságot – most először lefedve teljes Nagy-Britanniát, vagyis Anglián, Walesen és Skócián kívül Észak-Írországot is. A minta ezúttal nem teljes körű, vagyis nem tartalmazza az összes, ezen időszakban született gyermeket, csak a megfelelő módon kiválasztott választókerületek újszülötteit. Összesen 18 533 gyermek szüleivel készült végül interjú – első alkalommal a gyermek 9 hónapos kora tájékán. Ezt követően 3, 5, majd pedig 8 éves korokban vizsgálták a gyermekeket.

Az eddig lezajlott három adatfelvétel főbb témaköreit a 2. táblázat mutatja be. Az adatgyűjtések törzsanyagát minden alkalommal három fő elem képezte: az anyukával készült (részben önkitöltős) interjú, az apukával (együtt élő partnerrel) készült (részben önkitöltős) interjú és egy, a háztartásra vonatkozó kérdéssor. Ezekhez azután az egyes alkalomkor további elemek társultak. A második adatfelvételben újdonság volt a gyermek idősebb testvéreire vonatkozó külön kérdéssor, valamint egy, az interjú-készítő megfigyelésein alapuló rész, amely a lakás, az otthoni környezet, valamint a környék jellemzőire vonatkozott. Ez alkalommal már lehetőség volt a gyermekek közvetlen vizsgálatára is különböző kognitív képességeket mérő tesztekkel.¹⁶ A harmadik hullámban új elemként jelent meg az anya-kérdőívben a gyermeknek a testvéreivel való kapcsolatára vonatkozó kérdéssor, a drogfogyasztási szokásokra vonatkozó kérdések, a külön-élő gyermekekre és szülőkre vonatkozó kérdések, az etnikai identitás, etnikai hovatartozás miatti zaklatás és diszkrimináció kérdésköre, a munka-élet egyensúly és elégedettség-kérdések, valamint az idősebb testvérek viselkedésére vonatkozó kérdések. Folytatták az idősebb testvérek vizsgálatát, az interjú készítője pedig ezúttal a gyermekek kognitív fejlődésére vonatkozó megfigyeléseit rögzítette. Utóbbi a gyermekek életkorának megfelelő képességtesztek sorának¹⁷ eredményeit egészítette ki. Lényeges eleme volt még ennek a vizsgálatnak a gyerekek tanítóitól begyűjtött információ. Angliában ez egy rutinszerűen gyűjtött, adminisztratív jelentés (Foundation Stage Profile) összekapcsolását jelentette a MCS adataival, míg a többi országrészben a megfelelő adatokat postai úton szerezték be a gyerekek tanítóitól. A MCS honlapjáról jelenleg¹⁸ elérhető információk szerint a vizsgálat negyedik hulláma

¹⁶ Nevezetesen: a British Ability Scale Naming Vocabulary modulja, valamint a Bracken Basic Concept Scale szerepelt a vizsgálatban.

¹⁷ Story of Sally and Anne teszt, British Ability Scales Picture Similarities, Naming Vocabulary és Pattern Construction moduljai.

¹⁸ 2009. 08. 30.

2008-ban (a gyermekek 7 éves korában) zajlott – ennek leírása nem áll rendelkezésre.

2. táblázat A Millennium Cohort Study (MCS) első három adatfelvételének tartalma

A megkérdezett személy	Adatfelvétel módja	1. hullám: 2001, 9 hónapos gyermek	2. hullám: 2003–2004, 3 éves gyermek	3. hullám: 2005, 5 éves gyermek
Anya vagy apa	Interjú	Háztartási ismeretek	Háztartási ismeretek	Háztartás és demográfiai adatok
Anya (anyafigura)	Interjú	Külön élő szülők	Külön élő szülők	Családi kapcsolatok
		Terhesség, vajúdás és szülés	Terhesség, vajúdás és szülés	Korai nevelés, képzés és gyermekfelügyelet
		A gyermek egészsége és fejlődése	A gyermek egészsége és fejlődése	Szülők nevelési tevékenységei
		A gyermek felügyelete, ellátása	A gyermek felügyelete, ellátása	Gyermek egészsége
		Nagyszülők és barátok	Nagyszülők és barátok	Szülők egészsége
		Szülők egészsége	Szülők egészsége	Munka, iskolázottság és jövedelem Lakás és környezete Egyéb témák
Önkitöltős		Gyermek temperamentuma és viselkedése	Gyermek temperamentuma és viselkedése	– gyermek temperamentuma és viselkedése
		Partnerrel való kapcsolat	Partnerrel való kapcsolat	– partnerrel való kapcsolat
		Korábbi kapcsolatok	Korábbi kapcsolatok	– a gyermek kapcsolata testvéreivel
		Házimunka	Házimunka	– nevelés és szülő-gyermek kapcsolat
		Korábbi terhességek	Korábbi terhességek	– mentális egészség és kábítószerfogyasztás

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

A megkérdezett személy	Adatfelvétel módja	1. hullám: 2001, 9 hónapos gyermek	2. hullám: 2003–2004, 3 éves gyermek	3. hullám: 2005, 5 éves gyermek
		Mentális egészség	Mentális egészség	– korábbi kapcsolatok, máshol élő gyermekek és szülők
		Kapcsolatra és a szülői szerepre vonatkozó attitűdök	Kapcsolatra és a szülői szerepre vonatkozó attitűdök	– attitűdök és etnikai hovatartozás
				Etnikai alapú bántalmazás és diszkrimináció
				Munka–magánélet egyensúly és elégedettség
				Idősebb testvérek temperamentuma és viselkedése
	Interjú	Munkavállalás, jövedelem, iskolázottság	Munkavállalás, jövedelem, iskolázottság	Idősebb testvérek
		Lakás és környezete	Lakás és környezete	Hozzájárulások és elérhetőségek
		Érdeklődési körök	Érdeklődési körök és a gyermekkel töltött idő	
			Idősebb testvérek	
Anya vagy apa	Interjú	Háztartási ismérvek	Háztartási ismérvek	Háztartás és demográfiai adatok
Apuka (partner)	Interjú	Részvétele a gyermek ellátásában	Részvétele a gyermek ellátásában	Családi kapcsolatok
		Terhesség, vajúdás és szülés (értelem-szerűen)	Terhesség, vajúdás és szülés (értelem-szerűen)	Korai nevelés, képzés és gyermekfelügyelet (kevesebb kérdés)
		Nagyszülők és barátok	Nagyszülők és barátok	Szülők nevelési tevékenységei
		Szülői egészség	Szülői egészség	Szülők egészsége
				Munka, iskolázottság és jövedelem

Blaskó: Születési kohorsz-vizsgálatok itthon és külföldön

A megkérdezett személy	Adatfelvétel módja	1. hullám: 2001, 9 hónapos gyermek	2. hullám: 2003–2004, 3 éves gyermek	3. hullám: 2005, 5 éves gyermek
	Önkitöltős	Gyermek temperamentuma és viselkedése Partnerrel való kapcsolat Korábbi kapcsolatok Korábbi gyermekek Mentális egészség	Gyermek temperamentuma és viselkedése Partnerrel való kapcsolat Korábbi kapcsolatok Korábbi gyermekek Mentális egészség	– nevelés és szülő-gyermek kapcsolat – mentális egészség és kábítószer-fogyasztás – korábbi kapcsolatok, más hol élő gyermekek és szülők – attitűdök és etnikai hovatartozás Etnikai alapú bántalmazás és diszkrimináció
	Interjú	Házasságra, szülői szerepre, munkára stb. vonatkozó attitűdök	Házasságra, szülői szerepre, munkára stb. vonatkozó attitűdök	Munka–magánélet egyensúly és elégedettség Kapcsolat a partnerrel
Kérdezőbiztos	Megfigyelés	Munkavállalás, iskolázottság Érdeklődési körök	Munkavállalás, iskolázottság Érdeklődési körök Otthoni környezet Lakókörnyezet, szomszédság	Hozzájárulások és elérhetőségek Kognitív értékelés
Gyermek	Vizsgálat	-	BAS Naming Vocabulary Bracken Basic Concept skála Magasság és súly Nyálvizsgálat	Story of Sally and Anne teszt British Ability Scales: Picture Similarities British Ability Scales: Naming Vocabulary British Ability Scales: Pattern Construction Magasság, súly és derék-körfogat

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

A megkérdezett személy	Adatfelvétel módja	1. hullám: 2001, 9 hónapos gyermek	2. hullám: 2003–2004, 3 éves gyermek	3. hullám: 2005, 5 éves gyermek
Idősebb testvérek	Önkitöltős			
Tanár	Önkitöltős			Az angliai Foundation Stage Profile kérdéseinek megfelelően

A MCS-hoz ez idáig három kiegészítő felvétel társult: a mesterséges megtermékenyítésen átesett anyák vizsgálata, a védőnők körében készült vizsgálat és a gyermekintézmények vizsgálata. 2003-ban postai úton juttattak el kérdőíveket mindazokhoz az anyákhoz, akik az első felvétel során azt nyilatkozták, hogy a mintában szereplő gyermekük *mesterséges megtermékenyítéssel* fogant. Az ebben szereplő kérdések elsősorban a vizsgálatok és beavatkozások jellegére, valamint az anyák tapasztalataira vonatkoztak. A vizsgálatban és az eredmények elemzésében az Oxfordi Egyetem Nemzeti Perinatális Epidemiológiai részlege is részt vett. A MCS-el lefedett területeken dolgozó *védőnőket* szintén postai úton keresték meg a vizsgálat készítői, hogy a körzetben elérhető egészségügyi és egyéb szolgáltatásokról gyűjtsenek tőlük adatokat. Ezeket az információkat a területi statisztikákban szereplő információk kiegészítésére lehet felhasználni. A MCS-ben szereplő gyermekeket ellátó *gyermekintézmények* vizsgálata 2004 januárja és 2006 februárja között zajlott. Ennek keretében 300 kiválasztott napközbeni ellátó intézményt látogattak meg és vizsgáltak részletesen kisgyermekkorú nevelésre szakosodott kutatók csoportjai. A cél az volt, hogy alapos információk álljanak rendelkezésre azokról az intézményi körülményekről, amelyek között a milleneumi kohorsz tagjai nevelkedtek 3 éves koruk tájékán. A vizsgált intézmények között bölcsődék, játszócsoportok, óvodák és iskola-előkészítők szerepeltek – azoknak az intézményeknek egy mintája, amelyekbe a MCS szülők járatták gyermekeiket. Azon túl, hogy az összegyűjtött információk keresztszeti képet nyújtanak az Angliában fellelhető gyermekintézményekről, arra is lehetőség lesz a későbbiekben, hogy ezeknek a gyermekfejlődésre gyakorolt hatását elemezzék.

Mintegy 8 évvel a vizsgálatsorozat elindítása után már 100 fölött jár a Millennium Cohort Study eredményeiből született cikkek, tanulmányok száma.¹⁹ Az írások többsége egyelőre az első adatfelvétel adatait használja, vagyis a születés utáni első hónapokban vizsgálja a megszületett kisgyermek körülményeiben feltárható különbségeket. Visszatérő téma a különböző etnikai csoportokba tartozó gyermekek összehasonlítása – kiderül például, hogy etnikai csoportonként számottevő különbségek mutathatók ki a koraszülés, a csecsemőhalandóság és az anyai halálozás kockázatában is. Az eredmények más része az anyák szülés után korán bekövetkező munkába állását vizsgálja – ez különösen jelentős mértékűnek bizonyul a korábbi panelfelvételek eredményeivel összehason-

¹⁹ Ezek listája (illetve részben teljes szövege is) letölthető a CLS honlapjáról.

lítva. Érdekes tanulmányok születtek még például a csak az anyjuk által nevelt gyerekekről is – kiderült, hogy az apa részvétele a család életében ezekben az esetekben nagyon változatos mértékű lehet. Az apák egy része valóban egyáltalán nincs jelen a család életében, vannak azonban olyanok is köztük, akik heti rendszerességgel látogatják gyermeküket. Az egyes részkérdéseket vizsgáló egyedi tanulmányokon kívül a vizsgálat első három felvételének főbb eredményeiből részletes leíró tanulmányok is születtek, melyek ugyancsak csak letölthetők a kutatás weboldaláról.²⁰

3.2. Születési kohorsz-vizsgálatok Magyarországon

Magyarországon ez idáig nem készült országosan reprezentatív, multidiszciplináris jellegű születési kohorsz-vizsgálat. Történtek azonban olyan kutatások, amelyek tapasztalatai értékes erőforrást jelenthetnek egy ilyen vizsgálat tervezésénél. Kiemelkedik közülük az *Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat*, melynek célja ugyan alapvetően orvosi jellegű volt, főbb jegyeiben mégis megfelel az itt bemutatott vizsgálat-típusnak. Szintén figyelmet érdemel a *Budapesti longitudinális vizsgálat*, amely kisebb mintán készült ugyan, ám szélesebb témaköröket ölel fel.

Az *Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat* 1979 novembere és 1982 decembere között, a kutatási program mintatelepülésein gondozásra jelentkező terhesek vizsgálatával kezdődött, majd a várandósság 20., 27., 34. hetében és a szülés után folytatódott – egészen az élve született gyermekek 18 éves koráig. Az alapvizsgálaton túl a gyermekek 10–14 éves korában sor került a „10–14 évesek viselkedés és életmód vizsgálata” című, speciális kiegészítő vizsgálatra is, a Vadaskert Alapítványi Kórház és Szakambulancia kezdeményezésére. A vizsgálat eredményeiből nagy számban születtek publikációk, ám azok szinte kivétel nélkül egészségügyi/antropometriai témájúak (így például Gárdos 1990, Joubert és Gárdos 1991, Joubert 2006, Joubert és mások 2006).

A mintába az ország 7 megyéjében, illetve Budapesten kiválasztott védőnői körzetekben – összesen 84-ben – született gyermekek kerültek bele. A mintát úgy tervezték, hogy az abba tartozó védőnői körzetek megfelelően reprezentálják az ország területi különbözőségeit. A felvett adatok minőségét garantálja, hogy a vizsgálatokat védőnők végezték.

A felvétel hátránya a magas mintakopási arány. A kezdő minta közel 6300 gyereket tartalmazott, ám ez a szám 18 év alatt alig több mint 1150-re csökkent. A mintakopást a kutatók folyamatosan igyekeztek az adatok megfelelő súlyozásával korrigálni. A gyermekek 14 éves kora után azonban már súlyozással sem volt elérhető, hogy az eredményeket megyénkénti bontásban is vizsgálni lehessen – ezután már csak Budapestre, városokra és községekre aggregáltan lehet számításokat végezni. A súlyozásnak köszönhetően a 14–18 éves kori teljes mintára vonatkozó növekedési, fejlődési adatok (az antropometriai adatok) is országosan reprezentatívak, így ún. referencia értéként használhatóak (Éltető 2006).

²⁰ <http://www.cls.ioe.ac.uk/studies.asp?section=0001000200010012>

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

A vizsgálat szokatlanul sok adatfelvételt foglalt magába. A terhes anyákkal készített felvételeket nem számítva, a gyermekekről megszületésüktől 18 éves korukig összesen 38 alkalommal gyűjtöttek adatokat. Az újszülött-kori vizsgálatot féléves korig 30 naponta, a második félévben 60 naponként, majd 24 hónapos korig negyedévenként követték újabb felvételek. Ezt követően a gyerekeket 10 éves korukig évente (mindig a születésnapjukon), majd 18 éves korukig félévente vizsgálták.

A társadalomtudományi adatfelvételeknél szokatlanul gyakori adatfelvételekre a vizsgálat speciális motivációja miatt volt szükség. Amint elnevezése is mutatja, a vizsgálat célja ugyanis alapvetően a gyermekek testi fejlődésének nyomon követése volt. A reprezentatív mintán végzett mérésekből ugyanis olyan referencia-adatok állíthatók elő, amelyeket a gyermekorvosok az egyes gyermekek fejlődésének megítélésére felhasználhatnak (Joubert 2006). Ebből következően a vizsgálat kérdőívei nagy részletességgel és pontossággal rögzítenek számos, a gyermek egészségi állapotára, testi fejlődésére vonatkozó információt, valamint az ún. antropometriai adatokat. E területeken az adatfelvételek lényegében hézagmentesen rögzítenek minden változást a gyermek születésétől annak 18 éves koráig.

A gyermek egészségügyi jellegű adatain kívül szerepelnek még a vizsgálatban olyan szülői és családi ismérvek, amelyek az eredeti kutatási kérdések szempontjából mint magyarázó változók használhatók. Ilyenek a gyermek elhelyezésének módjára, a szülők egészségi állapotára, munkapiaci helyzetére, iskolai végzettségére, anyagi és lakáshelyzetükre, párkapcsolatuk dinamikájára, valamint alkoholfogyasztási és dohányzási szokásaikra vonatkozó kérdések. Ezeket az ismérveket a kérdőívek többnyire megfelelő alapossággal, a változásokat jól nyomon követve rögzítik. Tartalmaznak végül a kérdőívek néhány kérdést a gyermekek iskolai előmenetelére vonatkozóan is – vagyis (korlátokkal ugyan, de) lehetővé teszik a gyermekjólét oktatási aspektusának a feltárását is.

A *Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat* céljait tekintve nagyrészt megfelel az itt tárgyalt vizsgálat-típusnak, ugyanis a születésüktől fogva követett gyermekekről számos kérdésben gyűjtött információkat – bár elsődlegesen pszichológiai jellegű felvétel volt. Eredeti célkitűzése szerint a deviáns magatartásformák és állapotok kialakulását vizsgálta.

A minta azonban ez esetben nem országos volt, hanem fővárosi: a kutatás az 1982. január 1. és 1983. szeptember 30. között Budapesten született gyermekek 2 százalékos, 443 fős reprezentatív mintáján indult. A mintát az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálatból válogatták. Az első adatfelvételt még további öt követte: 1985-ben, 1988-ban, 1990-ben, 1994-ben, majd 2004-ben. Ez azt jelenti tehát, hogy a mintába került gyermekekről 3 hónapos, 2 éves, nagycsoportos óvodás, 2. osztályos, 6. osztályos és 22-23 éves korukban rendelkezünk adatokkal. A vizsgálat készítői meglehetősen jó lemorzsolódási arányt értek el: a legutolsó vizsgálatkor az eredeti mintatagok 79 százalékát (350 fő) tudták megkérdezni.

A vizsgálat sorozatban az egyes hullámokban a szülőkkel – az anyával és az apával is – folytatott interjúk mellett kiemelkedően nagy számban szerepeltek a gyerekekkel, illetve a szülőkkel felvett pszichológiai tesztek – köztük intelligenciamérések is – és gyűjtöttek információkat a gyer-

meket nevelő pedagógusoktól is. A vizsgált jellemzők között szerepeltek a nevelés, a családi kapcsolatrendszer, a szülők közötti kapcsolat minősége, családi munkamegosztás, a család anyagi helyzetének változásai, és a szülők státusának egyéb jegyei, részletes lakásadatok stb. Sajátossága még a vizsgálatnak, hogy nagy számban tartalmaz kvalitatív jellegű, vagyis nem számszerűsíthető, hanem a kérdezett szavait rögzítő információ-elemeket. A vizsgálatot az MTA Pszichológiai Intézetének Fejlődéslélektani Osztálya indította, a vizsgálat vezetője Ranschburg Jenő és Horváth István voltak.

Az adatokból született tanulmányok leginkább az első adatfelvételek adatait használják, és a kora gyermekkori fejlődés kérdéseit tárgyalják, így Ranschburg és Horváth (1985), Ranschburg és mások (1994, 1995), Ranschburg (1983), vagy a vizsgálat módszertani alapvetéseit érintik (Horváth 1987). Újabban Bass Lászlónak és munkatársainak írásaiban lehet a felvétel eredményeivel találkozni – ezek már jellemzően szélesebb szocializációs perspektívából tárgyalják a gyermekfejlődés kérdéseit (pl. Bass 2007; Bass és mások 2008).

4. A születési kohorsz-vizsgálatok módszertani dilemmái és infrastrukturális előfeltételei

Ahogy az eddig bemutatott példákból is kiderülhet, nem létezik egységes recept, minden tekintetben irányt mutató kézikönyv születési kohorsz-vizsgálatok készítéséhez. A vizsgálat megtervezésekor, lebonyolításakor számos ponton áll elő döntési helyzet, amelyben elsősorban a kutatási célok, valamint a rendelkezésre álló erőforrások alapján kell választani. A következőkben a nemzetközi és hazai vizsgálatok tapasztalataira támaszkodva röviden utalunk néhány ilyen döntési pontra, érintve a választást meghatározó legfőbb szempontokat is.²¹

4.1. Mintaválasztás

A mintaválasztásra vonatkozó alapvető kérdések közé tartozik, hogy milyen földrajzi területen, mikor és hány embert vizsgáljunk. Születési kohorsz-vizsgálatokban vagy a várandós anyák, vagy megszülető gyermekek képezik a kiinduló mintát. Az első megoldás lehetővé teszi egyrészt, hogy a halva született csecsemőkről is legyenek információink (vagyis a halva születés körülményeit is vizsgáljuk), másrészt pedig közvetlen (tehát nem visszatekintő) információt ad a várandósság körülményeiről. Előnye még a korai kérdésnek az is, hogy így az egészségügy problémáival született gyermekek kevésbé vesznek el a vizsgálat számára – az ő esetükben ugyanis általában gyakrabban fordul elő, hogy a később-

²¹ Áttekintésünkben helyhiány miatt kimaradtak olyan korántsem elhanyagolható kérdéskörök, mint a terepmunka lebonyolításának és a vizsgálati kérdések összeállításának problémái, az adatvédelem kérdései, az adatbázis építés és dokumentálás buktatói, valamint a panelkopás több kötetet megtöltő témaköre.

biekben az anya megtagadja a válaszadást. A legtöbb vizsgálat – így a MCS is – ezzel szemben a már megszületett csecsemők közül választja mintáját, és a szülés utáni időszakban gyűjt adatokat. Bár a fent említett lehetőségek elvesznek ezáltal, ez az eljárás általában költségkímélőbb lehet.

További kérdés, hogy egy viszonylag rövid időszak (pl. egy hét, mint a korai brit vizsgálatoknál) összes szülöttét, vagy egy hosszabb időszak valamilyen szempont szerint kiválasztott szülőit érdemes-e nyomon követni (mint a MCS esetében teszik). Mivel – különösen a mintagok gyermekkorában – fontos az, hogy a mintagok korban egymáshoz nagyon közel álljanak az egyes adatgyűjtések idején, az előbbi döntés következménye, hogy az adatfelvételek mindig meglehetősen rövid időszakban koncentrálnak majd. Ez természetesen kiterjedt kérdezői hálózatot és nagyon hatékony adatgyűjtést igényel. Ha viszont időben jobban széthúzódnak a „megcélzott” születések, akkor az adatfelvételek is hosszabb időszakon keresztül bonyolíthatók. A vizsgált kohorsz szűk (legfeljebb egy éves) életkori határok között tartása mellett szól azonban, hogy ilyen módon minimalizálható nem csak a minta heterogenitása, és mindazok a mérési nehézségek is, amelyek a kérdezettek közötti nagy életkori különbségekből adódnának. (Thornton és mások 2002).

Mindez természetesen nem független a mintanagyság problémájától. A megfelelő mintanagyság kiválasztása elsősorban a kutatási céloktól függ – természetesen a rendelkezésre álló források figyelembe vétele mellett. Utóbbiról azt érdemes tudni, hogy a vizsgálat költségeit nagyon nagy százalékban a követni kívánt egyének száma (és nem például az egyes felvételekben alkalmazott kérdőívek hossza) határozza meg. Különösen így van ez a longitudinális felvételeknél, ahol a kiadások meghatározó részét teszik ki a mintagokkal való kapcsolattartás, a lemorzsolódás megakadályozásának költségei.

Kutatási szempontból a döntést mindenek előtt az határozza meg, hogy mekkora az a legkisebb csoport, amelyről az adatelemzések során még értelmezhető eredményeket kívánunk kapni. Panelfelvételről lévén szó, számolni kell még a lemorzsolódással is, vagyis azzal, hogy az évek során egyre kisebb számú mintaghoz jutunk el. Ami a nemzetközi példákat illeti, azokban a dél-afrikai 3300-tól a közel bő 18 ezres brit millenniumi adatfelvételig terjednek az esetszámok. A költségkímélés, és a különösen fontosnak tartott, ámde nem nagy részarányt képviselő csoportok vizsgálhatósága közötti lehetséges kompromisszum bizonyos csoportok felül-reprezentálása a mintában. A Millennium Cohort Studyban többek között a magas gyermekszegénységi mutatókkal rendelkező területek közül választottak az arányosnál többet – így biztosítva, hogy különösen részletes adatok álljanak rendelkezésre az ezeken a helyeken halmozódó problémákról. Motiválhatja ezen kívül bizonyos csoportok – területek – felülreprezentálását a várhatóan nagyobb lemorzsolódási arány is – például a nagyvárosokban.

Utolsóként a minta területi eloszlásának dilemmáját vetjük fel ebben a sorban. A bemutatott vizsgálatok egy részénél az országos reprezentativitás volt a cél (ilyen a MLS, vagy az Országos Gyermekfejlődés Vizsgálat is), míg mások (így a bredfordi vagy a budapesti felvétel) egyetlen város szülőit követték. A döntésnek a kétféle lehetőség között természetesen

alapvetően ismét tartalminak kell lennie: falusi szegénységet nyilvánvalóan nem lehet egy városból vett mintán vizsgálni. Amennyiben azonban a vizsgálati kérdésfeltevések általánosabb jellegűek, és kevésbé kötődnek bizonyos földrajzi területekhez, úgy a jelentős költségkímélés miatt megfontolandó lehet egy városra koncentrált adatfelvételt készíteni. Ahogy azt Thornton és munkatársai (2002) kifejtik, az egy városban, vagy meghatározott régióban folytatott követéses vizsgálatok olyan általános ismeretekkel szolgálnak az emberi viselkedéssel kapcsolatban, amelyek érvényessége messze túlmutat a földrajzi határokon.

4.2. A minta reprezentativitásának megőrzése

A megfelelő minta kiválasztása után kulcskérdés, hogy milyen válaszadási arányt sikerül elérni az adatfelvétel során, illetve, hogy egyes társadalmi csoportok nem válnak-e alulreprezentálttá mindjárt a vizsgálat indulásakor. A kiinduló minta torzulását okozhatja az átlagosnál magasabb válaszmegtágadás bizonyos társadalmi csoportokban, vagy pedig az, hogy valamilyen oknál fogva az első megkeresés nem is éri el az anyák bizonyos csoportjait.

Egy születési kohorsz-vizsgálatnál vélhetően ilyen jellegű problémára számíthatunk a legszegényebb rétegek körében, akiknek egy része esetleg nem is jelenik meg a terhsgondozáson, vagy éppen kevésbé hajlandó együttműködni a védőnővel a vizsgálatban. Nem zárható ki azonban az sem, hogy ez utóbbi probléma éppen a magasabb státusú csoportoknál merül fel nagyobb arányban. Akármelyik eset fordul is elő, nyilvánvalóan jelentősen csorbulhat egy ilyen vizsgálat fő célkitűzése: a társadalmi egyenlőtlenségek gyermekjólétre gyakorolt hatásainak vizsgálata.

E helyen csak jelezni kívánjuk a panelvizsgálatok készítőit érintő egyik legfőbb kihívás, a minta-kopás problémáját. Követéses vizsgálatoknál elkerülhetetlen, hogy az egymást követő adatfelvételek során valamelyest csökkenjen az eredeti minta nagysága, vagyis hogy az egymást követő felvételek során nem tudunk minden egyes eredeti válaszadóval interjút készíteni. Mivel a minta-kopás akár kritikus mértékben is csorbíthatja az adatok felhasználhatóságát (az elemszám csökkenése, valamint a minta torzulása, reprezentativitásának sérülése miatt), az ellene való küzdelem a panel-vizsgálatok bonyolításának kulcskérdése. A témát egész sor szakkönyv tárgyalja, és a rendelkezésre álló kezelési módok tekintetében a születési kohorsz-vizsgálat nem tér el az egyéb esetektől.

4.3. A vizsgálat időzítése

Az első, majd az összes következő vizsgálat időzítése a longitudinális vizsgálatok egyik kulcskérdése. A legelső döntés végleg meghatározza, hogy milyen speciális generációs hatások által befolyásolt csoportot követünk nyomon akár évtizedeken keresztül. Ezek a hatások – mindazok a történelmi események, amelyek a megszülető csecsemőket 3-8-15-45 éves korukban érintik majd – természetesen zömében teljességgel ismeret-

lenek. Az egyetlen, valamelyest ismerhető hatás a születésükkor fennálló történelmi helyzet. Ez pedig szintén befolyásolhatja, adott esetben egészen egyedivé, nehezen általánosíthatóvá teheti az akkor születők élettapasztalatait. Nem kell messzire mennünk például: a jelenlegi gazdasági válság, a fokozódó létbizonytalanság idején született csecsemőket – könnyen lehet – rosszabb anyagi körülmények között, esetleg eltérő értékek mentén nevelik, mint a néhány évvel korábban megszületetteket. Sőt, már önmagában az is kérdéses lehet, hogy ugyanazokba a családokba – és: társadalmi csoportokba – születnek-e gyerekek a jelenlegi körülmények között, mint egy kiegyensúlyozottabb, az egyéni életutat jobban tervezni engedő történelmi időszakban születnének.

Ezután az egymást követő vizsgálatok időzítésénél újra és újra hasonló szempontok merülnek fel. Alapvető kutatási szempont, hogy bizonyos jelenségek csak bizonyos életkorokban mérhetők – és semmiképpen nem vizsgálhatók retrospektív módon. Ezek közül a legfontosabb, hogy a gyermekek értelmi és érzelmi fejlődésének egyes fázisai szigorú egymásutániségben zajlanak – egyes készségek és kompetenciák hiányáról jól meghatározható, hogy az melyik életkorban tekinthető problémának, tünetnek. Általános elvként Entwisle és társai azt javasolják, hogy olyan időpontokban mérjünk, amikor a legnagyobb szóródásra lehet számítani a fontos kimeneti változókban, vagyis a gyermekfejlődés mutatóiban. Ilyenek azok az életkorok, amikor a gyerekek egy új életszakaszba – óvodába, iskolába, felső tagozatra... – lépnek át. Ilyenkor ugyanis felerősödnek az egyéni különbségek, és jobban beazonosíthatóak a háttérükben álló tényezők. Arra is számíthatunk szerintük, hogy a gyorsabb fejlődések időszakában szintén könnyebben megragadhatók a fejlődési egyenlőtlenségek – ez az érv pedig amellet szól, hogy például több mérést végezzünk kisiskolás korban, mint az azt követő évek során (Entwisle és mások 2002). Fontos az is, hogy az egyes vizsgálatok az egyes gyerekeket legalább hozzávetőlegesen ugyanabban az életkorban ériék.

Míg a felvételsorozat első éveiben a vizsgálandó problémák többé-kevésbé világosan diktálják az adatfelvételek egymásutániségának feszes ütemét, addig a későbbiekben – amikor gyakran már az eredeti finanszírozási források elapadnak – általában hosszabbodni kezdenek a felvételek közötti időszakok. Ilyenkor, amikor a költségek mérlegelése válik meghatározóvá, fontos figyelembe venni, hogy a mintatagok hosszas „nem-keresése” is költségekkel jár – igencsak megnehezítheti ugyanis a következő felvétel során való megtalálásukat. Ráadásul bizonyos kérdéseknél túl hosszú időszakra kell a kérdezettnek visszaemlékeznie – ami az emlékezeti torzítás problémáját veti fel (ld. pl. Bailar 1989). Szempont viszont az is, hogy ne keressük túlságosan gyakran a mintatagokat – az ugyanis túlságosan fárasztóvá teheti számukra a vizsgálatban való részvételt.

4.4. Alkalmazott kutatási eszközök

A felsorolt magyar és nemzetközi vizsgálatok mindegyike többféle kutatási eszközt használt céljai elérésére, a szükséges adatok összegyűjtésére. Minden születési kohorsz-vizsgálatnak részét képezik először is az anyával, és (szinte mindig) az apával készült interjúk (bár előfordul, hogy az apát nem minden hullámban kérdezik meg). Van ezen kívül még példa arra is, hogy interjú készült a családban élő idősebb testvérrel (Millennium Cohort Study), a védőnővel (MCS), a gyermek óvónőjével, illetve tanárával (British Child Survey, Early Childhood Longitudinal Study, Budapesti Longitudinális Vizsgálat).

A kérdőíves vizsgálatban nyerhető adatokat sok esetben különféle adminisztratív adatokkal egészítik ki a kutatók. Ennek egyik oka a költségkímélés (jelentősen rövidítheti a kérdezési időt, ha bizonyos témák kihagyhatók az interjúkból), a másik pedig az információk nagyobb megbízhatósága. Az egészségügyben hasznos adatforrás lehet a várandós nő védőnője, orvosa, a szülés helyszínénél szolgáló kórház nyilvántartása, az ún. születési lap, majd később a gyermek védőnője, orvosa, majd az iskolaorvos által vezetett adatlapok stb. A gyermekintézmények közül a bölcsődében-óvodában kevésbé, inkább csak az iskolában állnak rendelkezésre viszonylag sztenderdizált információk a gyermek fejlődéséről, év végi osztályzatok, vagy egységes tesztek eredményeinek formájában. Jelentős többletinformációt jelenthet ezeken túl például a társadalombiztosítási adatokhoz való hozzáférés is. A különféle adminisztratív adatok felhasználása és az egyéb forrásokból nyert adatokkal való összekapcsolása természetesen sajátos adatvédelmi szempontokat vet fel, melyekkel feltétlenül számolni kell.

A közvetlen megkérdezésen és az adminisztratív források felhasználásán túl további adatforrás a vizsgálatba beépített orvosi vizsgálat, genetikai adatgyűjtés, valamint a pszichológiai tesztek és egyéb mérések használata. Az orvosi vizsgálatok vagy a kórházi lebonyolítást és az ott dolgozó szakemberek részvételét igénylik (mint pl. a Born in Bradford vizsgálatban, ahol a terhes nőtől az első interjú alakalmával külön vérmintát is vettek), vagy pedig például védőnők bevonását a vizsgálatba úgy, hogy a kérdések egy részét is ők bonyolítják. A védőnők könnyen elvégezhetnek olyan egyszerűbb vizsgálatokat, mint a súly- vagy vérnyomásmérés, és emellett betaníthatók a vizsgálat egyéb részeinek lefolytatására is. (Ezt a módszert alkalmazták a British Child Survey első adatfelvételeinél.) A genetikai adatgyűjtés bizonyos egyszerű formáihoz (pl. nyálminta bekérése), valamint a vizsgálatokban gyakran alkalmazott képesség- és személyiségtesztek adminisztrálására nincsen szükség külön szakemberre.

A pszichológiai tesztek kitöltése – különösen kisgyermekkorban – intenzív kérdezői munkát igényel. Bizonyos vizsgálatok kifejezetten a kérdező megfigyelésén alapulnak – ilyen lehet például a lakás vagy annak környezetének jellemzése, de egyes gyermek-viselkedési mutatók is. Nem a gyermek személyiségfejlődését, hanem annak feltételeit, az otthoni környezet jellemzőit méri az ún. HOME index, amely szintén a kérdező megfigyeléseire épít. A pszichológiai tesztek egy másik csoport-

ját a kérdező a gyermek bevonásával tölti ki, neki adva feladatokat, és értékelve azok teljesítését.

4.5. Az adatok hasznosítása

Egy jól megtervezett és végrehajtott longitudinális születési kohorsz-vizsgálat alapján elemezhető tudományos és gyakorlati relevanciával rendelkező problémák száma rendkívül nagy. Jellemző, hogy az amerikai *Fragile Families* vizsgálat alapján készült tudományos írások száma átlépi a 300-at, és a mindössze kilenc éves múltra visszatekintő MCS is több mint 100 tanulmányt hívott már életre. A tartalmi kérdéseket boncolgató elemzések mellett figyelmet érdemelnek azok a módszertani jellegű írások is, amelyek egy-egy ilyen adatfelvétel tanulságait szűrik le a tudományos közélet számára.

Ennek az aktív felhasználásnak előfeltétele egyrészt, hogy az adatok széles körben hozzáférhetővé váljanak, másrészt pedig hogy az érdeklődő kutatók megfelelően motiváltak legyenek a kutatói-elemzői munkára. Mindez egyébként az adatok megfelelő kihasználásán túl azok minőségének biztosításához, a kutatási program egyre magasabb szintű továbbfolytatásához szükséges tapasztalatok összegyűjtéséhez is elengedhetetlen. Boruch és Pearson (1988) a panelfelvételek megfelelő minőségét biztosító kritériumok között első helyen éppen az adatok széleskörű és gyors hozzáférhetőségét, valamint azt sorolja fel, hogy támogatni kell ugyanazon adatok párhuzamos, több kutató által folytatott elemzését is. Mindennek módja ideális esetben egy olyan archívum fenntartása, amely megfelelő internetes felületen keresztül kutatási célokra elérhetővé teszi nem csupán az elkészült adatbázist, hanem a vizsgálat alapos dokumentációját is. Jó, ha ezt még on-line tanácsadás, a kutatók tapasztalatcseréjét szolgáló internetes fórum, illetve esetenként felhasználóknak tartott képzések is kiegészítik. Mindezekre a gyakorlatokra jó példákkal szolgálhatnak az általunk bemutatott külföldi vizsgálatok – de különösen a brit felvételek – weboldalai.

Az adatok „parlagon hagyásának” veszélye egyébként nem csak a panelfelvételeknél áll fenn. Tény viszont, hogy ezekben az esetekben a magasabb költségek miatt a potenciális veszteségek is nagyobbak akkor, ha az erőforrások – az anyagiak csak úgy, mint a szellemiek és időbeliek – kimerülnek az adatok összegyűjtésével. Feltétlenül fontos ezért, hogy egy panelfelvétel kialakításának és megtervezésének az is része legyen, hogy kik és hogyan kaphatnak majd hozzáférést az adatokhoz, és hogy – ha szükséges – milyen módon (ösztöndíjak, pályázatok) lehet majd a megfelelő szakembereket motiválni arra, hogy bizonyos témákat megfelelően feldolgozzanak.

4.6. A vizsgálatok infrastruktúrája – intézményes, személyi és anyagi előfeltételek

Az országos születési kohorsz-vizsgálatok mögött szerencsés esetben erős és magas szintű politikai elköteleződés és központi költségvetési támogatás áll. A kiterjedt, felkészült és sokszínű szakértői bázis és a legalább az első néhány adatfelvételt biztosítani képes költségvetés pedig elengedhetetlen, alapvető előfeltételnek tekinthetők.

Míg Amerikában a kormányzati és a magánszféra (elsősorban egyesületek, alapítványok) elege áll a legtöbb ilyen vizsgálat háttérében, addig Európában a kormányzati források és a kormányzati kezdeményezés dominanciája jellemző. Fontos, hogy a támogatás nem csupán jelentős anyagi hozzájárulást, hanem jó esetben erős politikai elkötelezettséget is jelent a kutatás megvalósítása iránt. Ez utóbbi biztosíthatja ugyanis, hogy az erőforrások ne apadjanak el a program indításának első éveitől, hanem lehetővé tegyék a kutatásban rejlő lehetőségek minél alaposabb kiaknázását.

A nagy születési kohorszfelvevételek háttérében intézmények és szakértők sokasága áll. A Millennium Cohort Study lebonyolítására kiírt pályázaton győztes konzorciumot a Centre for Longitudinal Research (CLS)²² vezeti, amely a University of London egy kutatóintézetéhez, az *Institute of Education*-hoz tartozik. Mint neve is mutatja, a CLS a panelfelvevételek specialistája, ők kezelik a korábbi brit kohorszfelvevételeket is. Munkatársai között statisztikusokat, survey-felvevételekben jártas szakembereket, adatbázis-kezelőket, oktatáskutatókat, szociológusokat és közgazdászokat egyaránt találni – egy részük tapasztalt kutatóként, mások ún. *Research officer*ként, a kutatás egy-egy területén vezető, szakmai adminisztrátorként vesznek részt a MCS-ban. A konzorcium további tagjai a *University College of London*-hoz tartozó *International Centre for Health and Society*, az *Institute of Child Health*, a *City University* pszichológiai tanszéke. A konzorcium összetétele intézményesen is jól tükrözi tehát a vizsgálat multidiszciplináris jellegét. Munkájukat külső szakértők és kutatók segítik – úgy a kormányzati szféra részéről, mint az egyetemekről. Utóbbiak egy szűkebb köre – nagy tapasztalattal rendelkező kutatók – tagjai a kutatás Tanácsadó Testületének, ezáltal formálisan is részesei a vizsgálatnak és felelősek annak szakszerű bonyolításáért. Minden egyes adatfelvétel előtt sor kerül egy szakmai egyeztetésre, melynek során a vizsgálat készítői több tucat (az első hullám előtt például összesen 55) külső szakértővel együtt vitatták meg a kérdőív-tervezetet. Ezek között nemcsak akadémiai kutatók, hanem minisztériumi szakemberek is voltak. Önmagában is sokat elárul a szakmai együttműködés mértékéről, hogy a MCS első adatfelvételének eredményeiből készült első kutatási jelentés bevezetőjében annak 24 szerzője további mintegy 20 kutatónak és szakértőnek mond köszönetet – a kérdezőbiztosoknak és a technikai munkatársaknak külön bejegyzés szélén. A terepmunkát ugyanis külön szakértők látták el – erre minden hullámnál új pályázatot írtak ki.

A vizsgálatban részt vevő szakértők nagy számán és megfelelő szak-

²² www.cls.ioe.ac.uk

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

értelmén túl kívánatos azok hosszú távú elköteleződésének biztosítása is – elengedhetetlen, hogy egy ilyen vállalkozásban a vizsgálat egyes résztvevői személyükben is biztosítani tudják az állandóságot, a tapasztalatok felhalmozódását és továbbadását. Egy általunk is többször idézett kötet, a *Looking at Lives* (2002) szerzői a világ legjelentősebb panelfelvételeiről számolnak be, és arról a szerepről, amit ezek a felvételek az ő kutatói pályafutásukban betöltöttek. Kiderül: a sikeres vizsgálatok háttérében szinte minden esetben egy vagy több kiemelkedő kutató áll, akiknek kutatói karrierjét tulajdonképpen kitölti az adott vizsgálat. Kiemelik a szerzők emellett azt is, hogy nem csak a kutatói bázis, hanem a támogató tevékenységeket végzők folytonossága is fontos – felhalmozódó tapasztalatuk a kérdésben, az adminisztrációban pótolhatatlan erőforrást jelenthet (Duncan 2002).

Ezekből is következik, hogy a születési kohorsz-vizsgálat a társadalomban zajló folyamatok megismerésének igen költséges formája. A MCS elvégzésére szóló pályázati kiírás 1,7 millió brit fontban²³ határozta meg az első hullám lebonyolítására fordítható összeget. Ezt később további források egészítették ki, amelyeket brit, illetve welszi, skót és észak-írországi kormányzati szervezetnek az *Office for National Statistics* vezetett csoportja ajánlott fel.²⁴

A brit kohorszfelvételek – hála ezek nagy múltjának és a velük kapcsolatban szerzett pozitív tapasztalatoknak – egészen egyedi, különleges helyzetben vannak a világban azáltal, hogy megvalósításukra a kormányzati szándék egyértelmű, és ehhez a szándékhoz komoly anyagi elköteleződés is társul. Más országokban panel-felvételek bonyolításában jártas szerzők a finanszírozás legkülönfélébb nehézségeire hívják fel a figyelmet. A tapasztalatok szerint ugyanis panel-felvételek elindításakor sokszor csak viszonylag rövid időre állnak rendelkezésre a szükséges források. A *Fragile Families* program például alkalomról alkalomra igyekszik fősponzort találni, miközben a különböző kiegészítő (párhuzamos, vagy a fő kutatás kérdőívét bővítő) vizsgálatrészekre az egyes kutatók egyedileg, pályázat útján szereznek támogatókat.

A kutatók vezetői tehát sok esetben folytonosan arra kényszerülnek, hogy újabb és újabb finanszírozási formák után nézzenek, hogy az egymást követő felvételek – és esetleg kiegészítő, párhuzamos vizsgálatok – költségeit fedezni tudják. A források – akár csak időleges – elakadása is komoly veszteséget jelenthet egy panel-felvétel életében. Ha nem készülhet adatfelvétel akkor, amikor a kohorsz éppen kritikus életszakaszon megy át valamely kutatási téma szempontjából (például a serdülő korban, vagy a munkapiacra lépés időszakában), akkor nyilvánvaló, hogy ha később folytatódik is a felvételsorozat, az adott időszakra szóló információkat csak a visszaemlékezés torzító hatásaival megterhelten, vagy éppen sehogyan sem lehet összegyűjteni. Egy másik – talán még súlyo-

²³ Kb. 470 millió forint, akkori áron számolva.

²⁴ Tagjai az összefogásnak: Department for Children, Schools and Families; Department for Work and Pensions; Department of Health; Welsh Assembly Government; Scottish Government; Northern Ireland Executive.

sabb – következmény a minta-csökkenés lehet, különösen, ha a „szünet” idején mindenféle kapcsolattartás megszakad a paneltagokkal.²⁵

A finanszírozás problémáit is segíthet megoldani annak felismerése, hogy egyetlen kohorszvizsgálat milyen sokféle célt, érdeket szolgálhat. Valójában a legkülönbélebb civil és kormányzati szervezetek, piaci cégek találhatnak fantáziát egy ilyen vizsgálatban, ami segítheti a szükséges források előteremtését. Ilyenkor persze nehezebbé válik az érdekek összeegyeztetésének, a kutatási kérdések kijelölésének és a kérdőív elfogadható hosszúságúvá szabásának feladata – ugyanakkor csökkenhet a szűklátókörűség, a fontos kérdések kihagyásának veszélye (Furstenberg 2002).

5. Tanulságok, következtetések

Tanulmányunkat három olyan tanulság megfogalmazásával zárjuk, amelyek nézetünk szerint egy országos születési kohorsz-vizsgálat sikerének zálogát jelentik.

5.1. Problémához a módszert

A születési kohorsz-vizsgálat önmagában egy eszköz, egy kutatási módszer – mégpedig olyan társadalomkutatási módszer, amely igen sokrétű, gazdag lehetőségeket nyújt. Tudományos kutatásoknál az első döntés nem az alkalmazott módszerről, hanem a megválaszolni kívánt kérdésekről kell, hogy szóljon. Csak a kutatni kívánt jelenség(ek), folyamatok pontos definiálása után lehet meghatározni, hogy valóban megfelel-e egy ilyen panelvizsgálat azok feltárására, illetve hogy valóban ez-e a leghatékonyabb, leggazdaságosabb eszköz a kijelölt célok elérésére, hogy nem lehet-e az adott problémát egyszerűbb, kevésbé költséges módszerrel megoldani. Vizsgálati kérdéstől függően alternatívát jelenthet például egymást követő keresztmetszeti adatfelvételek készítése, vagy – ha valóban panelfelvételre van szükség – az adatfelvétel egy városra korlátozása is.

A „problémához a módszert” alapelvnek kiemelten nagy a jelentősége a panelfelvételek esetében, amelynek költségei különösen nagyok. Számtalan előnye csak és kizárólag akkor tud érvényesülni, ha végrehajtása nagy körültekintéssel, alaposítással, és az ezekhez szükséges, megfelelő mennyiségű és minőségű emberi és tárgyi erőforrások célzott felhasználásával történik. A nemzetközi tapasztalatok világosan mutatják, hogy ilyen vizsgálatokat csakis színvonalas, sokszínű és elkötelezett szakértői gárdával, megfelelő adminisztratív háttérrel, folyamatos és alapos terepmunkával és jelentős elemzői-kutatói kapacitással szabad és érdemes lefolytatni.

²⁵ Ilyen esetről számol be a NLS fiatal férfi mintájának történetében Furstenberg (2002), amikor a kohorsz 24 és 39 éves kora között anyagi okokból nem kerülhetett sor felvételre. A következmény súlyos minta-kopás lett, különösen a fekete bőrű mintatagok körében.

SZEGÉNYSÉG ÉS KIREKESZTÉS

A felsorolt elemek bármelyikén való spórolásnak súlyos ára van: ezek nem teljesülése esetén a többi befektetést is elértéktelenítő következmények sokaságával kell számolnunk. Ilyen lehet a kiinduló minta torzulása, a későbbi minta-csökkenés és a mintatorzulás, lényeges, utólag nem pótolható kérdezési időpontok „kihagyása”, kérdőívhibákból eredő adathibák – hogy csak a legsúlyosabbakat említsük.

5.2. Hosszú távú elköteleződés

Nyilvánvaló, hogy a panelfelvételek előnyei akkor tudnak érvényesülni, ha a megkezdett vizsgálat kellően hosszan folytatódni tud. A „kellő” hosszúság ugyancsak kutatási kérdés függvénye persze. Minél tovább tudunk követni egy kohorszt, annál szélesebb körű ismeretekre teszünk szert, és annál jobban megtérülnek a kezdeti befektetések. Ennek ellenére vállalható „minimális” célkitűzés lehet már például egy középiskoláig, vagy inkább a felsőoktatás időszakáig zajló nyomon követés is. Az ezekre az oktatási szintekre való belépéssel – vagy éppen be nem lépéssel – már viszonylag sok minden eldől az egyének jövőbeli esélyeit illetően, és így a gyermekkori előnyök és hátrányok hosszú távú következményei is jórészt kibontakozhatnak.

Ez a minimálisnak tekinthető célkitűzés is igen hosszú távú, 16-20 éves elköteleződést jelent, vagyis egy évtizedekben mérhető vállalkozás elindítását. Ehhez megfelelő politikai akaratra van szükség, amelyhez kellően hosszú távra biztosított finanszírozás is társul. A hosszú távú elköteleződés biztosításának többféle eszköze, illetve ezek bármilyen kombinációja elképzelhető. Ilyen lehet a megfelelő szintű jogszabály megalkotása, amely évekre előre kijelöli a költségvetésből a kutatásra fordítandó pénzügyi keretet; pályázat útján a kutatásért felelős szakemberek és intézmények több évre való kiválasztása és finanszírozásuk biztosítása; a kutatásért felelős szakértői tanácsadó testület kialakítása és abba a különböző politikai oldalakat egyaránt képviselő szakértők beválasztása stb. Alapvető feladat olyan konstrukciót kidolgozni, amely mellett a politikai hatalomban történő változások nem befolyásolhatják a panelfelvétel zavartalan folytatását.

5.3. Az adatok hasznosulása: csak elemzéssel

Nem lehet elégszer felhívni a figyelmet az empirikus társadalomtudományok egy rendszeresen visszatérő betegségére: a kihasználatlan adatgyűjtésre. A politikai és kutatói akarat, erőfeszítések és erőforrások ugyanis számtalanszor nem terjednek tovább a – mégoly alapos, szakszerű – adatfelvétel lebonyolításánál. Magyarországon is állnak összegyűjtött adatok kiaknázatlanul, anélkül, hogy azokból alapvető, elemi leíró elemzéseken kívül bármi egyéb született volna. Ennek oka egyes esetekben az adattulajdonos saját igényességének hiánya, ami az adatokhoz való „ragaszkodással” párosul, más esetekben viszont a kutatói kapacitások szűkössége. Valójában a két eddig elkészült hazai születési

kohorsz-vizsgálat is számtalan elemzési lehetőséget rejt még magában, miközben a belőlük eddig publikált írások száma rendkívül alacsony, illetve a vizsgálható témáknak csak egy részét járja körül.

Egy születési kohorsz-vizsgálat elindításakor az első perctől kezdve törekedni kell arra, hogy ez a vizsgálat ne növelhesse az ilyen esetek számát. Az adatokat a megfelelő adattisztítási, súlyozási, esetleg adatpótlási lépések elvégzése után, a részletes adatleírási dokumentumokkal együtt minél szélesebb körben hozzáférhetővé kell tenni. Természetes, hogy a kutatásban részt vevő szakemberek számára deklarált feladatok közé kell, hogy tartozzon bizonyos elemző munkák elvégzése. Az adatok előállítása után meghatározott ideig pedig kizárólag a vizsgálatban közvetlenül részt vevő kutatók előjoga szokott lenni az adatok elemzése. Ezt követően azonban célszerű az adatfelhasználást minél szélesebb körben oktatással, szakmai segítségnyújtással is támogatni, pl. PhD-hallgatók körében, míg a tapasztaltabb kutatókat ösztöndíjakkal lehetne az adatok további hasznosítására készíteni.

A széles körű, alapos elemzési munkák nem csak a panelvizsgálat végső célját, a társadalmi folyamatok jobb megismerését, rendelkezésünkre álló társadalmi ismeretek bővítését, társadalompolitikai beavatkozások szakszerű előkészítését stb. szolgálhatják. Csak a széles körű adatfelhasználás ad módot arra is, hogy a megkezdett vizsgálatot az elkövetett hibákból tanulva, minél magasabb színvonalon lehessen folytatni az egymást követő adatfelvételek során. És csak így teljesülhet természetesen a közpénzek hatékony felhasználásának igénye is.

Irodalom

- Bailar, B. A. (1989): Information Needs, Surveys, and Measurement Errors. In: Kasprzyk, D. és mások (szerk.): Panel Surveys. Wiley, New York, 1–24. o.
- Bass, L. (2007): Az esélyegyenlőtlenségek dinamikája. A Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat eredményei a gyermekek szocializációjának társadalmi meghatározottságáról. Gyerekesély Füzetek 2. MTA GYEP Budapest. http://www.gyerekesely.hu/component/option,com_docman/task,doc_view/gid,177/Itemid,3
- Bass, L.; Darvas Á.; Szomor É.: Gyermeknevelési szabadságok és gyermekintézmények. http://www.gyerekszegenyseg.hu/index.php?option=com_search&searchword=szomor
- Blanden, J.; Gregg, P. (2004): Family Income and Educational Attainment: A Review of Approaches and Evidence for Britain Paper No' CEEDP0041, CEP LSE Working Paper, London
- Blundell, R., Dearden, L. és Sianesi, B. (2005): Evaluating the effect of education on earnings: models, methods and results from the National Child Development Survey. Journal of the Royal Statistical Society: Series A, 168(3), 473–512.
- Booth, C. I. – Clarke-Stewart, K. A. – Vandell, D. L. – McCartney, K. – Owen, M. T. (2002): Child-care usage and mother-infant “quality time”. Journal of Marriage and Family, 64. 16–26.
- Bradshaw, J. and Holmes, J. (2008): Family poverty assessed at three years old. CLS Working Paper, London: Centre for Longitudinal Studies.
- Brooks-Gunn, J. és Duncan, G. J. 1997: „The Effects of Poverty on Children”. Future of Children 7(2): 55–71.

SZEGÉNYség ÉS KIREKESZTÉS

- Case, A. and Pacson, C. (2006): Stature and Status: Height, Ability and Labor Market Outcomes. NBER Working Paper 12466, August. Cambridge, Massachusetts: National Bureau of Economic Research
- Duncan, G. J. (2002): The PSID and Me. In: Phelps, E. – Furstenberg, F. F. – Colby, A. (szerk). Looking at Lives. American Longitudinal Studies of the Twentieth Century. Russell Sage Foundation, New York, 133–166.
- Éltető, Ö. (2006): Módszertani megjegyzések az Országos Longitudinális Gyermek-növekedés-vizsgálat mintavételi rendszeréhez, a minta-elemszám alakulásához; Az adatok megbízhatóságára vonatkozó számítások. In: Joubert, K. (szerk.): Az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig (I.). Kutatási Jelentés 83., 2006/2. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. 18–32.
- Entwisle, D. R.; Alexander K. L.; Olson, L. S. (2002): Baltimore Beginning School Study in Perspective. In: Phelps, E. – Furstenberg, F.F. – Colby, A. (szerk). Looking at Lives. American Longitudinal Studies of the Twentieth Century. Russell Sage Foundation, New York, 167–193.
- Fogelman, K. (1980): „Smoking in Pregnancy and Subsequent Development of the Child.” Child Care Health Development 6: 233–49.
- Gárdos, É. (1990): Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. KSH Budapest 1990.
- Hawkins, S. S., Cole, T. J., Law, C. és a Millennium Cohort Study Child Health Group. (2007): Maternal employment and early childhood overweight: findings from the UK Millennium Cohort Study. International Journal of Obesity. 31, 1–9.
- Hobcraft, J. és Kiernan, K. E. (2001): Childhood Poverty, Early Motherhood and Adult Social Exclusion. British Journal of Sociology, 52(3), 495–517.
- Horváth I. (1987): A deviancia longitudinális kutatásának néhány értelmezési és metodológiai problémája. Pszichológia, 1, 151–158.
- Joshi, H. és McCulloch, A. (2000): Neighbourhood and Family Influences on the Cognitive Ability of Children in the British National Child Development, Working Paper 2000-24. Colchester: ISER, University of Essex
- Joubert, K. (2006): A vizsgálati minta általános jellemzői és a vizsgált antropometriai adatok néhány módszertani vonatkozása. In: Joubert, K. (szerk.): Az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig (I.). Kutatási Jelentés 83., 2006/2. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. 13–17. o.
- Joubert, K. (2006): Az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig (I.). Kutatási Jelentés 83., 2006/2. KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest. 18–32.
- Joubert K., Darvai S., Ágfalvi R. (2006): A magyar gyermekek testmagasság (testhosszúság), testtömeg, BMI és a bőrredő-méreték referencia átlagai és percentilis-görbéi születéstől 18 éves korig, és a testmagasság növekedési sebessége 2–18 év között az Országos Longitudinális Gyermeknövekedés-vizsgálat adatai alapján – In: Maródi L. szerk.: Gyermekgyógyászat – Medicina
- Joubert, K.; Gárdos, É. (1991): Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. Kutatási Jelentés 40., 1991/2 KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, Budapest
- Kiernan, K. E., and Mensah, F. K. (2008): Poverty, Material Depression, Family Status and Children’s Cognitive and Behavioural Development in Early Childhood: a longitudinal studies, CLS Working Paper, London: Centre for Longitudinal Studies
- Lazarsfeld, P. (1940): “Panel” Studies: The Public Opinion Quarterly, Vol. 4, No. 1 (Mar., 1940), pp. 122–128.
- McCormick M. C., Workman-Daniels K., és Brooks-Gunn J. (1996): The Behavioral and Emotional Well-Being of School-age Children With Different Birth Weights Pediatrics, Vol. 97 No. 1 January, pp. 18–25.

- Nomaguchi, KeiM. (2006): Maternal Employment, Nonparental Care, Mother-Child Interactions, and Child Outcomes During Preschool Years. *Journal of Marriage and Family*, Volume 68, Number 5, December, pp. 1341–1369(29)
- Parsons, S. (2002): Basic skills and crime, London: The Basic Skills Agency.
- Pickett K. E., Wood C., Adamson J., Desouza L. és Wakschlag L. S. (2008): Meaningful differences in maternal smoking behaviour during pregnancy: implications for infant behavioural vulnerability. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 62(4), 318–324.
- Ranschburg J. (1983): A nemek pszichológiai különbségeinek fejlődéslélektani kérdései II. A maszkulinitás-femininitás mérése. *Pszichológia*, 4, 543–558.
- Ranschburg J., Cseh K., Sipos M. (1995a): A csecsemőkori intelligencia kapcsolata a szociális környezeti hatásokkal és a szülői intelligenciával. *Pszichológia*, 43–59.
- Ranschburg J., Cseh K., Sipos M. (1995b): A temperamentum és a biológiai nem szerepe a korai intelligencia fejlődésében. *Pszichológia*, 4, 519–538.
- Ranschburg J. és Horváth I. (1985): Az anyai magatartás (a „szoptatás” és az „egyedül hagyás”) szocio-kulturális és pszichológiai feltételei. *Pszichológia*, 4, 565–577.
- Richards, M., Hardy, R., Kuh, D. és Wadsworth, M. E. J. (2002): “Birthweight, postnatal growth and cognitive function in a national UK birth cohort” *International Journal of Epidemiology* 2002;31: 342–348. o.
- Thornton, A. (2004): Introduction and Overview. In: Thornton, A. (editor), *The Well-Being of Children and Families*. The University of Michigan Press, Ann Arbor, 3–27.
- Thornton, Arland, Ronald Freedman and William Axinn (2002): „Inter-generational Panel Study of Parents and Children.” In. Phelps, E. – Furstenberg, F. F. – Colby, A. (szerk.): *Looking at Lives*. American Longitudinal Studies of the Twentieth Century. Russell Sage Foundation, New York
- Waldfoegel, J., Han, W. and Brooks-Gunn, J. (2002): The effects of early maternal employment on children’s cognitive development. *Demography*, 39, 369–392.

GYULAVÁRI TAMÁS

Munkaviszony, önfoglalkoztatás, és a közöttük lévő szürke zóna

Európai vita a munkajog identitás-válságáról és a gazdaságilag
függő munka szabályozásáról

Az utóbbi évtizedben szakmai konszenzus alakult ki Európában arról, hogy a munkajog válsággal, még hozzá komoly identitás-válsággal küzd. E válság lényege, hogy a munkavégzésre irányuló jogviszonyok ma már egyáltalán nem írhatók le a munkaviszony és az önálló vállalkozás (önfoglalkoztatás) dichotómiájával, mivel kialakult a jogviszonyok relatíve új, szürke zónája. Ebbe a szürke zónába azok a munkavégzők sorolhatók, akik valamilyen szintű gazdasági függőségben, részben vagy teljesen önállótlanul dolgoznak, de akiket mégsem illet meg a munkajog védelme. Mivel a gazdasági, társadalmi, nemzetközi változások sora megkérdőjelezte a munkajog tradicionális fogalmi rendszerét, ezért mindenki egyetért abban, hogy új fogalmi rendszerre és munkajogi szabályozásra van szükség. A tanulmány az Európai Unióban az elmúlt években született dokumentumok és tanulmányok áttekintésével válaszolja fel az „új munkajog” lehetséges fogalmi rendszerét és jogalkotási stratégiáit.

*„A munkajog a múltban sem a szakértők
fejéből pattant ki, hanem egyezségekből,
konfliktusokból és kollektív alkuból született.
Nincs okunk azt hinni, hogy ez másként lesz
a jövőben.” (Alain Supiot)¹*

A munkajogi jogharmonizáció hatására a hetvenes évek óta javult a munkaviszonyban álló munkavállalók munkajogi helyzete. Ugyanakkor ez a megállapítás csak korlátozottan érvényes a nem munkaviszonyban, hanem más jogviszonyokban, de alárendeltségben munkát végzőkre, valamint az önfoglalkoztatókra. Mivel a munkaviszonyon kívül munkát végzők munkajogi védelmét nem javította érdemben a jogharmonizáció,

¹ Supiot 1999, 14.

ezért a közösségi jogalkotás lényegében hozzájárult a munkajogi védelem kiegyensúlyozatlanságának és egyenetlenségének a növekedéséhez. A foglalkoztatás-központú közösségi „szociális” jogalkotás protekcionista szemléletű, amelyben a hangsúly a munkaviszonyban állók védelmére került, nem pedig a foglalkoztatás védelmére és növelésére.²

A rugalmasság és a biztonság összefüggésében merült fel először komolyabban az uniós munkajogi vitákban a munkaviszonyon kívüli, önfoglalkoztatásnak mégsem minősíthető (egyéb) foglalkoztatási jogviszonyok problematikája. Ezek a jogviszonyok ugyanis számos tagállamban a munkaerő-piaci rugalmasság fontos forrásai, egyúttal a foglalkoztatás növelésének potenciális eszközei. Ugyanakkor az érintett személyek munkajogi védelme meglehetősen bizonytalan és rendezetlen, így a munkaviszonyból ilyen jogviszonyokba történő „menekülés” több aspektusból is káros folyamat. Ennél fogva az utóbbi évtized uniós dokumentumai egyre markánsabban vetik fel a munkaviszony és az attól különböző (egyéb) foglalkoztatási jogviszonyok közötti, szabályozásbeli szakadék csökkentését, illetve egy minimális munkajogi katalógus megteremtésének a gondolatát.

Ennek a vitának nem a „népszerűbb” oldalával, tehát a munkaviszony „rugalmasságával” foglalkozunk, hanem a biztonság kérdéskörével. A biztonság növelése egyrészt definíciós problémaként merül fel, hiszen nem biztosíthatunk jogokat munkavállalói csoportoknak anélkül, hogy az érintett szabályok személyi hatályát tisztáznánk. Ez a tisztázás azonban a létező fogalmi rendszer keretein belül ma már nem megvalósítható. Az uniós dokumentumok és viták elemzése során kitérünk a fogalom-rendszer megújításának lehetséges irányaira. Emellett a biztonság növelése a jogi katalógusok újragondolását is igényli, amelyről szintén számos érdekes elképzelés látott napvilágot az elmúlt években.

Nem véletlen, hogy a gazdaságilag függő munkavállalók munkajogi helyzetével, másként az egyéb foglalkoztatási jogviszonyokkal kapcsolatos vita az uniós szintjén, kötelező erő nélküli szakpolitikai dokumentumokban került terítékre. Ezzel kapcsolatban az Európai Bizottság kinyilvánította, hogy a gazdaságilag függő munkavállalók helyzetével kapcsolatos akciók közösségi szinten könnyebben valósíthatók meg a lehetséges akciók természete, súlya és hatása miatt, beleértve a közösségi jogalkotásra és szakpolitikára gyakorolt hatását.³ Ennek az „akciónak” az eszköze azonban nem a közösségi jogalkotás, hanem sokkal inkább a jogi kötelező erővel nem rendelkező szakpolitikai dokumentumok sora. A „szabályozási” eszköztár sokszínűsége (közösségi jogalkotás, puha jog, nyitott koordináció, konzultáció stb.) az európai szociális modell egyik értéke és előnye, ami különösen jól használható ezen az érzékeny és jogi eszközökkel csak részben kezelhető területen.⁴

Az alábbiakban az érintett dokumentumok (szociálpolitikai Fehér Könyv és Zöld Könyv, Supiot-jelentés, Wim Kok-jelentés, Munkajogi

² Ashiagbor 2005, 93.

³ 'The EU and the Modernisation on Labour Law. First Stage Consultation of Social Partners on modernising and improving employment relations' Bulletin EU 6-2000, Employment and social policy (9/11).

⁴ Goetschy 2007, 512.

Zöld Könyv) történeti módszerű elemzésével, a vitában betöltött súlyuknak megfelelő terjedelemben tekintjük át a gazdaságilag függő munkavégzéssel kapcsolatos szakpolitikai vita alapvető kérdéseit. Az áttekintés célja elsősorban a gazdaságilag függő munkavégzéssel kapcsolatos strukturális kérdések elemzése.

1. A munkaerő-piaci rugalmasság megjelenése az Unió politikájában

A kilencvenes évek elején az Európa szerte kibontakozó foglalkoztatási válság kényszerítette rá az uniós intézményeket, hogy kiemelt szerepet tulajdonítsanak a munkaerő-piaci kérdéseknek. Az Európai Foglalkoztatási Stratégia megteremtésének hátterében a következő okok fedezhetők fel: általános bizonytalanság a magas munkanélküliség visszaszorításának eszközeiről, politikai viták a Gazdasági és Monetáris Unió társadalmi következményeiről, valamint az uniós foglalkoztatáspolitikát követelők koalíciójának megbékítése.⁵ A szakpolitikai bizonytalanság feloldására készítette a Delors féle Bizottság 1993-ban a „Növekedés, versenyképesség, foglalkoztatás” című Fehér Könyvet,⁶ amely közösségi szinten elsőként vetette fel – természetesen sok más szakmapolitikai javaslat között – a munkaerőpiac rugalmasságának problémáját.

A Fehér Könyv strukturális változásokat sürgetett, melyek közül az egyik a rugalmasság növelése a szabályozásban, de ez a Bizottság szándékai szerint nem jelentett egyet a deregulációval.⁷ A Fehér Könyv szerint a munkaerőpiac rugalmasságát két szempontból kell szemlélni: egyrészt a külső rugalmasság szempontjából, amely a kínálat és a kereslet összhangját érinti, másrészt a belső rugalmasság szempontjából, amely a munkáltató belső viszonyait érinti. Ugyanakkor a Fehér Könyv nem tért ki a munkajogi szabályozás dilemmáira, különösen a munkavégzésre irányuló jogviszonyok rugalmasságára.⁸ A Fehér Könyvben jelent meg egyszerre a rugalmasság és biztonság iránti igény. Egyfelől erősödött a rugalmasság iránti igény a munkaerőpiacal, a munkaviszony szabályozásával és a munkaszervezettel szemben, ugyanakkor továbbra is markáns követelményként kezelték a munkavállalók, különösen a hátrányos helyzetű munkavállalói csoportok védelmét.⁹

Az Európai Bizottság 1997-ben megjelentetett Zöld Könyve¹⁰ – a Fehér Könyvhöz hasonlóan és abból kiindulva – arra kereste a választ, hogy a munkavégzés megszervezésének új formáival miként lehet egyidejűleg

⁵ Zeitlin 2007, 131.

⁶ European Commission: *Growth, Competitiveness, Employment: The Challenges and Ways Forward into the 21st Century – White Paper*. COM (93) 700 final/A and B. Bulletin of the European Communities, Supplement 6/93.

⁷ Ashaigbor 2005, 95.

⁸ European Commission 1993, 17.

⁹ Tros and Wilthagen 2003, 1.

¹⁰ European Commission: *Partnership for a New Organisation of Work – Green Paper*. COM (97) 128 final, 16 April 1997. Bulletin of the European Union, Supplement 4/97.

bővíteni a foglalkoztatást és javítani az európai vállalkozások versenyképességét.¹¹ A „munkaszervezés új formái” a szervezeti változásoknak rendkívül széles körét fedi le, ezért nem is léteznek egy általános, mindenki által elfogadott meghatározása.¹² A munkaszervezés új formáit célzó „partnerség lényege a biztonság és a rugalmasság közötti egyensúly megteremtése”, amellyel kapcsolatban a munkáltatók, a munkavállalók és a szociális partnerek közös érdekeltiségét igyekeztek kidomborítani, amit a munkaidő rugalmas megszervezésének példájával illusztráltak.¹³ A munkajogi szabályozás fellazításának – másként a rugalmasságnak – a koncepciója azonban kemény ellenállásba ütközött, különösen azon tagállamokban, ahol a munkavállalókat védő szabályok évszázados küzdelem eredményeként születtek meg.¹⁴

A Zöld Könyv számos foglalkoztatáspolitikai kérdés mellett az európai munkajogi szabályozást is érinti, mint a rugalmasság és biztonság közötti egyensúly megteremtésének egyik szakpolitikai eszközét. Itt lehetett első ízben egy uniós dokumentumban olvasni azt a később sokat ismételt megállapítást, miszerint „a munkaszervezés új formái megkérdőjelezik a munkajog és a munkaügyi kapcsolatok eddigi alapjait”. A munkajogi alapfogalmak – mint a munkahely, a vállalat és különösen a munkáltató fogalma – ugyanis olyan átalakuláson mentek át, amely magának a tradicionális munkaviszonynak az eróziójához vezetett. A kiszervezés, alvállalkozói lánc, távmunka, munkáltatói hálózatok és a hasonló megoldások olyan új kihívások elé állították a munkajogi szabályozást, amelyekre a tradicionális munkajogi szabályok érthető módon nem adhatnak megfelelő választ.

A Zöld Könyv szerint mindezek a változások a munkajogi szabályozás eddigi rendszerét, nevezetesen a jogszabályok (jogalkotó), kollektív szerződések (szociális partnerek), valamint a munkaszerződés (szerződő felek) szabályozási szerepe közötti „hatáskörmegosztást” kérdőjelezi meg. Eszerint a kollektív megállapodások szerepe felértékelődhet a jogalkotás rovására, ami a vállalkozások belső menedzsmentjét illetően az eddiginél rugalmasabb munkajogi szabályozást eredményezhet.¹⁵ A Fehér Könyv és a Zöld Könyv tehát elsőként vetették fel uniós szinten a munkaszervezet átalakulásából eredő feszültségeket, és ebből eredően a munkajogi szabályozással szemben álló kihívásokat. A megoldást a rugalmasság és a biztonság egyensúlyában látták, de nem szóltak a munkaviszonyon kívüli jogviszonyok kérdéséről, így nem lehet pontosan tudni, hogy ezt belértették-e például a munkaszervezés rugalmas formáiba.

Lényeges kiemelni, hogy ezek a dokumentumok határozott elmozdulást jeleztek a szociálpolitikától, az inkább gazdasági indíttatású foglalkoztatáspolitikai irányába. Mark Freedland az uniós szakpolitikában három, egymással a dominanciáért vetélkedő koncepciót különböztet meg:

¹¹ European Commission 1997a, 7.

¹² European Commission 2002, 17.

¹³ European Commission 1997a, 11.

¹⁴ Tangian 2007, 9–10.

¹⁵ European Commission 1997a, para 14–15.

EURÓPAI UNIÓ

- a) a szociális párbeszéden és a szociális partnerek kiemelt szerepén alapuló szociálpolitikai irányt,
- b) a versenyképességet erősítő, a foglalkoztatási szint növelését célzó foglalkoztatáspolitikát, illetve
- c) az emberi és különösen az egyenlőségi jogok koncepcióját, amely ellensúlyt képezhet a gazdasági szempontokat preferáló foglalkoztatáspolitikával szemben.

A fenti három irányzat közül a szociális jogalkotástól idegenkedő uniós foglalkoztatáspolitikai dominanciáját jelzik a fentiekben elemzett dokumentumok, ami határozott elmozdulás jelentett a nyolcvanas évek szociálpolitikai szemléletéhez képest. Leegyszerűsítve a folyamatot, a foglalkoztatási jog (employment law) helyét a foglalkoztatáspolitikai (employment policy) vette át.¹⁶ Ennek fényében nem meglepő, hogy a foglalkoztatási célok elérésének módját tekintve elmozdulást javasoltak a merev jogi szabályozástól a rugalmasabb jogi keretek irányába,¹⁷ így irányelvek helyett a puha jog és a szakpolitikai dokumentumok eszközeit preferálták.¹⁸ A Bizottság egyúttal azt is deklarálta, hogy nem tervez átfogó programot a szociális jogalkotás terén, mivel a szociális partnerek egyezségeit részesítették elsőbbségben, amely kevésbé „intervencionista”, mint a kötelező érvényű közösségi és nemzeti jogalkotás.¹⁹

2. Supiot-jelentés a munkajog jövőjéről

A munka átalakulása és a munkajog jövője Európában címmel 1998-ban nyilvánosságra hozott Supiot-jelentés²⁰ az egyik legeredetibb tanulmány a munkajog reformjáról és az Európában végbemenő társadalmi és gazdasági változásokról.²¹ A jelentést készítő szakértői csoport arra vállalkozott, hogy egy multidiszciplináris, összehasonlító tanulmányban áttekinti a munkajog és a gazdasági, szociális gyakorlat változásait, illetve a közöttük meglévő összefüggéseket.²² A Supiot-jelentés számos alapvető munkajogi kérdéssel foglalkozott, így a munkaidővel, a munkavállalói státussal, a kollektív munkajoggal és az állami munkaügyi szervezet kérdéseivel.²³ Alapvető kérdésük az volt, hogy miként lehet a munkaviszony szabályozását „hozzaigazítani” a változásokhoz.²⁴ A több mint

¹⁶ Ashiagbor 2005, 92.

¹⁷ European Commission 1997a, 14.

¹⁸ European Commission 1993, 5.

¹⁹ Ashiagbor 2005, 91.

²⁰ European Commission 1998: *Transformation of labour and future of labour law in Europe*. Final Report, June 1998, http://ec.europa.eu/employment_social/labour_law/docs/supiotreport_en.pdf

²¹ Marsden and Stephenson 2001, 1.

²² European Commission 1998, 1.

²³ Hasonló kérdésekkel foglalkozott az Egyesült Államokban 1994-ben publikált ún. Dunlop Report (http://www.dol.gov/_sec/media/reports/dunlop/dunlop.htm).

²⁴ Marsden and Stephenson 2001, 2.

kétszáz oldalas Supiot-jelentésnek csak azt a részét elemezzük, amely a munkaviszonyon kívüli foglalkoztatási jogviszonyok szerepével és szabályozási problémáival foglalkozik.²⁵

2.1. A hagyományos munkajogi szabályozás válsága

Az elemzés kiindulópontja az a feltételezés volt, hogy válságban van a munkajog alapját képező társadalmi, gazdasági szabályozási modell. Ennek a válságban lévő, fordista modellnek a lényege, hogy a munkajogi szabályozás az alárendeltség sztenderdizált modelljén, vagyis a klasszikus munkaviszonyon (munkaszerződésen) alapul. A munkaszerződés lényegében egy olyan „irányítási mechanizmus”, amely úgy kapcsolja össze a munkaszervezetet a munkaerő kínálattal, hogy ezáltal kezelni lehessen a hosszú távú gazdasági kockázatot. Éppen ezért Deakin szerint a munkaszerződés olyan alapvető fontosságú gazdasági és társadalmi jogintézmény, amelynek jelentősége vetekszik a korlátolt felelősségű társasággal.²⁶ A hagyományos munkaviszony a társadalmi stabilitás – egyben a szociális- és adórendszer stabilitásának is – egyik alappillére, amelyben minden szereplőnek (állam, munkáltató, szakszervezet) megvan a maga jól meghatározott szerepe.²⁷

A munkavállalói státus lényege az volt, hogy a munkavállaló a munkaszerződéssel alárendeltséget (függőséget) vállal jogokért (biztonságért) cserébe.²⁸ Ojeda szerint a munkajog eredeti identitása a gyengébb szerződő fél védelmét szolgáló mechanizmusok tökéletesítése, a munkavállaló és a munkáltató érdekei közötti egyensúly megteremtése és a munkaügyi kapcsolatok pacifikálása.²⁹ Klare megfogalmazásában a munkajog hivatása a modern társadalom alapvető társadalmi és gazdasági problémájának, nevezetesen a munkaerő és a tőke, másként a munkavállaló és a munkáltató közötti alárendeltség enyhítése.³⁰ A szabályozás alapelemét képező klasszikus munkaviszony koncepciója egyszerre hierarchikus és kollektív, mivel a munkavállaló és a munkáltató közötti alá-fölérendeltség (subordination bond), illetve a munkáltató szervezetében, mint közösségben zajló, kollektív munkavégzés jellemzi.³¹

A munkaszerződés tehát a modern munkajog sarokköve, amely a szociális polgárság megteremtését, és ezen keresztül a jóléti állam demokratikus eszményét célozta. Ugyanakkor olyan esetleges társadalmi és gazdasági körülményekre (fordista modellre) alapozták, amely igen gyorsan bomlásnak indult, ezzel veszélyeztetve magát a munkaszerződés által

²⁵ Ezeket a kérdéseket különösen a munka és a magánhatalom (work and private power) címet viselő rész elemzi (European Commission 1998, 19–103.).

²⁶ Deakin 2002, 191.

²⁷ Kiss 2008, 10.

²⁸ Marsden and Stephenson 2001, 15–18.

²⁹ Ojeda 2009, 47.

³⁰ Klare 2005, 3.

³¹ Supiot 1999, 33.

elérni kívánt demokratikus emancipációt.³² A fordista modellt hatalmas vállalkozásokban koncentrálnó tömegtermelés jellemezte, amely hierarchikus szervezetre és alacsony fokú specializációra épült.³³ A rövid idő alatt kiképzett (férfi) munkavállaló a család „kenyérkeresője”, aki határozatlan idejű, teljes munkaidős munkaviszonyban, huzamosan ugyanannak a munkáltatónak dolgozott. A klasszikus munkaviszonyban a munkáltató tehát egy jól körülhatárolható, hatalmas termelő szervezet, amely központosított, hierarchikus irányítás alatt áll, és egyedi, oszthatatlan entitásként áll a munkavállalóval szemben. A munkajog célja a gyengébb alkupozícióval bíró munkavállalók védelme azáltal, hogy a felek közötti viszonyba beavatkozva megteremti a felek közötti egyensúlyt.³⁴

A foglalkoztatás szabályozásának ez a sztenderdizált mintája folyamatosan és gyorsan veszít a jelentőségéből, és ez számos munkajogi változásban tükröződik szerte Európában. A munkaszervezés klasszikus munkaviszonytól eltérő szabályozási „mintáinak” elterjedését az alábbi három folyamat segítette elő:

- növekedett a munkavállalók szakképzettsége és ezzel együtt szakmai autonómiája,
- fokozódott a verseny az egyre nyitottabbá váló piacon, és
- soha nem látott mértékben felgyorsult a technikai fejlődés.³⁵

Mindemellett a nők tömeges megjelenése a munkaerőpiacon és a demográfiai folyamatok (előregedő társadalom, válás) is erodálták a fenti sztenderdizált szabályozási modellt. Mindezeknek a folyamatoknak a háttérben az húzódik meg, hogy a „férfi-kézi-gyári termelés” vezető szerepét átvette a „sokszínű-digitális harmadik szektor”.³⁶ Általános trend, hogy a hatalmas, centralizált és vertikálisan szervezett egységek helyét egyre inkább a kisebb, decentralizált, rugalmasabb, specializált egységek veszik át. Ezzel párhuzamosan például az ágazati kollektív szerződések helyébe a munkahelyi szintű megállapodások lépnek.³⁷

Az állam a tőke szabad áramlását favorizáló globalizáció hatására egyre inkább arra kényszerül, hogy a gyorsan továbbálló tőke megtartása érdekében a korábbi „biztonság” helyett „versenyképességet” kínáljon polgárainak. Supiot szerint a gazdasági kényszerek erősebbek, mint valaha, ráadásul ma már nem is kompenzálja ezeket a stabil foglalkoztatásból eredő biztonság.³⁸ Az egységes európai piac liberalizációja és a kereskedelmi korlátozások lebontása miatt az uniós országok munkaerőpiacai még fokozottabban ki vannak téve a globalizációból eredő kihívásoknak, másként a nemzetközi piaci versenynek, mint az Unión kívüli országok. Az európai integráció lényegében felgyorsította a fenti folyamatokat, amelyek a tradicionális munkajogi paradigma válságát eredmé-

³² Deakin 2002, 195–196.

³³ European Commission 1998, 20.

³⁴ Kártyás 2008, 194.

³⁵ Supiot 1999, 35.

³⁶ Marsden and Stephenson 2001, 21.

³⁷ Klare 2005, 17.

³⁸ Deakin 2002, 192.

nyezik.³⁹ A gazdasági és politikai integráció (globalizáció) Klare szerint is alapvető szerepet játszott a munkajog tárgyának átalakulásában, illetve jelenlegi válságának kialakulásában.⁴⁰ Így már érthető, hogy miért az Európai Bizottság kezdte intenzíven vizsgálni ezt a problémakört.

A fentiekben leírt munkajogi folyamatok korántsem egyenműek, mivel az eltérő környezet sokszínű megoldásokat eredményezett az európai államokban, így az új szabályozási modell nem lehet olyan egyszerű, mint elődje. Erre jó példa, hogy az önfoglalkoztatás, az alvállalkozói lánc és az outsourcing ott jellemző eszköze a költségek csökkentésének és a munkajogi szabályok kikerülésének, ahol kevés a termelésben a hozzáadott érték.⁴¹ Az önfoglalkoztatásnak ez a sötét oldala, mivel elsősorban arra irányul, hogy kizárja a szakképzetlen, alkalmi munkavállalókat a munkajogi védelemből. Az önfoglalkoztatás ezekben az esetekben nem más, mint a dereguláció és a költségek csökkentésének jogellenes formája. Ugyanezek a jogi formák egészen más, innovatív célt szolgálnak a magas szintű szaktudást igénylő ágazatokban. Ez az önfoglalkoztatás üdvözlendő formája, mivel rugalmassága folytán teret ad a magasan kvalifikált munkavállalók egyéni autonómiájának.

A munkáltatói hatalom és a szakmai autonómia gyakorlásának módja igen sokszínű, ennek megfelelően ugyanilyen változatos jogi megoldásokat eredményez. Ez magyarázza a munkavégzésre irányuló szerződések (jogviszonyok) egyre növekvő változatosságát, ami felveti az alárendelt munkavállalók és a tisztán önfoglalkoztatók közötti harmadik kategória munkajogi szabályozásának a problematikáját. Az úgynevezett harmadik munkajogi státusba azok tartoznak, akik jogi értelemben függetlenek (quasi önfoglalkoztatók), de gazdasági értelemben ténylegesen függő helyzetben vannak egy harmadik személlyel (szervezettel) szemben, aki ezért egyfajta munkáltatónak is tekinthető. A munkavállalónak, illetve önfoglalkoztatónak sem tekinthető, ún. „harmadik státusú” személyek számaránya ma még nem jelentős, de folyamatosan nő.⁴² A munkaviszony szabályozása is hosszú idő alatt, decentralizált kísérletezéssel alakult ki mai formájában, így a munkaviszony és az önfoglalkoztatás közötti új foglalkoztatási formák is csak ilyen kísérletezéssel teremthetők meg.

A jelentés alapvető megállapítása, hogy a munkaviszony – jelenlegi formájában – már nem képes betölteni korábbi egyeduralkodó szerepét, mert nagyon sok cég, vállalkozás a munkaviszony szabályainál rugalmasabb foglalkoztatási formát igényel. A tradicionális, védelemre épülő munkajogi modellt az gyengíti, hogy a szabályozásból és az adózásból eredő közvetett költségek igen egyszerűen csökkenthetők a munkaviszony kikerülésével. Nem meglepő, hogy a munkaviszonyon kívüli jogviszonyok alkalmazása, és ez által a munkaviszonyhoz tapadó szabályok

³⁹ Huiskamp and Vos 2007, 596.

⁴⁰ Klare a globalizáció mellett még a termelés és a foglalkoztatás szervezetének, illetve a munka jelentésének és kulturális kontextusának átalakulását emeli ki döntő tényezőként (Klare 2005, 4–6.).

⁴¹ Supiot 1999, 34.

⁴² Supiot 1999, 34.

és költségek kiiktatása a versenyképesség közkedvelt forrásává vált a munkaerőpiacon.⁴³

Az újonnan létrehozott – foglalkoztatásra irányuló – heterogén szerződéstípusok szabályozása felhívította a munkát végző személyek egyes csoportjainak a munkajogi védelmét, valóban új munkahelyek létrehozása nélkül, lényegében a korábbi, sokkal védettebb munkaviszonyok „leváltásával”. A munkavégzésre irányuló jogviszonyok reformja számos problémát vet fel az individuális és kollektív munkajogban, de a társadalombiztosításban is, mert mindezen szabályozásoknak a kiindulópontja és alapja a klasszikus (tipikus) munkaviszony volt.⁴⁴ Munkajogi szempontból a változások a következő három szinten azonosíthatók:

- az önfoglalkoztatás térhódítása a munkaviszonyban történő foglalkoztatás rovására,
- az alárendeltség elvének (principle of subordination) átalakulása, illetve
- kiszervezés (outsourcing) és alvállalkozói lánc (sub-contracting) olyan vállalkozások részvételével, amelyek gazdaságilag függenek a „megbízótól”.⁴⁵

2.2. Trendek az önfoglalkoztatásban és jogi szabályozásában

A munkaviszony sohasem volt a függő munka egyetlen jogi formája, hiszen a „közszolgákra” a legtöbb európai országban mindig is külön szabályok vonatkoztak. Emellett a munkaviszony korántsem volt a más számára, ellenértékért végzett munka egyetlen jogi formája, mivel mindig is sokan végeztek munkát polgári jogi szerződés alapján. Olyannyira, hogy a 20. század kezdetén az önfoglalkoztatás volt a munkavégzés uralkodó jogi formája, hiszen a legtöbb dolgozó földműves, kereskedő, kézműves vagy éppenséggel szabadúszó volt. A 20. század folyamán folyamatosan nőtt a függőmunka aránya, ami az önfoglalkoztatás visszaszorulásához vezetett. A munkaviszony mai formájában tehát – történelmi léptékek mérve – meglehetősen új találmány, hiszen csak a 20. század első felében alakult ki a munkavállalóra és az önfoglalkoztatóra épülő, kétszereplős fogalmi rendszer, míg ezt megelőzően a foglalkoztatásra irányuló jogviszonyokat lényegesen összetettebb, sokszereplős fogalmi rendszerben értelmezték. A 20. század közepén a gazdasági változások, a családi struktúra és a nemzetállam szabályozó hatalma teremtették meg egyidejűleg azt a közeget, amely kedvezett a munkaügyi kapcsolatok szétrendeződésének és stabilizációjának. Az ekkor kialakított pénzügyi és szabályozási technikák – amelyeknek a munkaviszony a központi eleme – szétterítették a gazdasági bizonytalanságból eredő kockázatot, egyfajta kockázatközösséget építve a munkát végzők körében, ami persze

⁴³ Deakin 2002, 196.

⁴⁴ Marsden and Stephenson 2001, 3–4.

⁴⁵ European Commission 1998, 22–32.

megegyeztetette a vállalkozások termelő erejét is.⁴⁶ D'Antona szerint nem véletlen, hogy a munkajogi „alkotmányozásra” a 20. század közepén, a második világháború utáni sajátos társadalmi, politikai környezetben került sor, amely táptalaja volt a különböző társadalmi osztályok meg-
egyezésének.⁴⁷

A munkaviszony térhódítását jelentősen felgyorsította a függő munkához kapcsolt munkavállalói és szociális jogok kiterjesztése, különösen a társadalombiztosításhoz való jog garantálása. Ennek az volt a következménye, hogy a szociális védelem hatályának kiterjesztése érdekében a munkaviszonyhoz hasonló munkavégzéseknél is vélelmeztek a munkavállalói státus fennállását. Ezáltal vált általánossá a munkaviszony és a munkavállaló elnevezés, minden munkabéért végzett függő munkára vonatkozóan (wage-dependent labour).⁴⁸

Az önfoglalkoztatás elterjedtségét rendkívül nehéz mérni, mivel ez egy heterogén elemekből összetevődő fogalom. Éppen ezért a különböző mérések – eltérő fogalmakkal operálva – egymásnak ellentmondó arányokat mutatnak ki. Az elemzők általában vitatkoznak a munkaviszonyon kívüli munkavégzés elterjedtségének mértékéről, de abban biztosan egyetértenek, hogy folyamatosan erősödő és markáns jelenségről van szó, amely a munkajog által fetételezett modellt eróziójához vezet.⁴⁹

A statisztikai tanulmányok a kilencvenes évekre vonatkozóan általában kettős folyamatot – mennyiségbeli állandóságot és minőségbeli változatosságot – tártak fel az önfoglalkoztatással kapcsolatban. A kilencvenes években az általános trend ugyanis nem az önfoglalkoztatás növekedése, hanem a stabilizálódása volt. Ugyanakkor a mennyiségbeli állandóság mögött komoly strukturális változások fedezhetők fel, így az outsourcing révén gyors növekedés a szolgáltatóiparban és folyamatos csökkenés a mezőgazdaságban. Emellett a tagállamok között is komoly különbségek mutatkoznak, mivel a dél-európai országokban rendkívül fontos az önfoglalkoztatás szerepe a munkahelyteremtésben, ezzel szemben Belgiumban, Franciaországban és az Egyesült Királyságban jelentősen csökkent az arányuk a kilencvenes évek első felében. Valóban voltak drámai változások a foglalkoztatás szerkezetében egyes országokban, de ez korántsem volt egységes nemzetközi trend. Ezzel szemben minden országra jellemző az olyan önfoglalkoztatók számának ugrásszerű növekedése, akik nem rendelkeznek „kézzelfogható” vállalkozói vagyonnal (föld, taxi, bár etc.), sem pedig alkalmazottakkal, mivel kizárólag a munkájukat értékesítik.⁵⁰

A foglalkoztatási jogviszony meghatározása természetesen csak részben múlik a feleken, mivel a szerződési szabadság korántsem korlátlan.⁵¹ Az önfoglalkoztatói státus tehát nem a felek megállapodásán,

⁴⁶ Deakin a common law világából az alábbi fogalmakat említi: independent contractor, casual worker, servant, labourer, workman (Deakin 2002, 192–202).

⁴⁷ D'Antona a szociális alkotmányok szerepére a „political pacification” kifejezést használja (D'Antona 2005, 31).

⁴⁸ Deakin 2002, 193.

⁴⁹ Klare 2005, 16.

⁵⁰ Marsden and Stephenson 2001, 4–42.

⁵¹ Supiot 1999, 35.

hanem a foglalkoztatás tényleges körülményein alapul. Ha ez nem így volna, akkor kizárólag a felek akaratán múlna a munkajogi szabályok kikerülése, ami a visszaélésszerűen használt önfoglalkoztatói (polgári) jogviszonyon keresztül a verseny súlyos torzulásához vezetne. Mindazonáltal számos tagállamban visszaszorulóban van a munkavállalói státus egyeduralma, és a nemzeti jogalkotások igyekeznek megteremteni az önfoglalkoztatás és az ahhoz hasonló munkavégzés stabil, kiszámítható jogi hátterét. Ez persze nem mindig volt így, hisz egészen a nyolcvanas évekig a munkavállalói státus lehető legszélesebb körű alkalmazásával igyekeztek biztosítani a munkajogi és szociális jogi védelmet, minél szélesebb személyi körre. A Supiot-jelentés által jelzett tendencia szerint viszont a nemzeti jogok a kilencvenes években a korábbi időszaknál sokkal inkább elismerték, elfogadták és szabályozták a valódi és a quasi önfoglalkoztatást, mint a munkaszerződésen alapuló munkavállalói lét alternatíváját.

Az önfoglalkoztatás kiterjesztésének persze mindig megvan az a veszélye, hogy az érintett munkavégzők – például a saját kockázatukra vállalkozó, de ténylegesen a „munkáltató” taxi-társaságnak dolgozó taxisok – munkajogi és szociális védelem nélkül maradhatnak. Ez a veszély csak úgy hárítható el, ha a színlelt önfoglalkoztatás ellen hatékony jogi eszközökkel, szigorúan lépnek fel, és ezzel párhuzamosan megteremtik a quasi önfoglalkoztatók tényleges munkajogi státusát, ami – némi munkajogi védelem mellett persze – elsődlegesen alapvető szociális jogokat garantál. Meg kell jegyeznünk, hogy az európai nemzeti jogalkotások általában csak az első lépcsőig, tehát a színlelt önfoglalkoztatás elleni szigorú fellépésig jutnak el, de megspórolják a második lépést, tehát a quasi önfoglalkoztató jogviszony szabályozását és ahhoz megfelelő munkajogi és szociális védelem biztosítását. Ezzel viszont nem oldják meg a problémát, mert a munkáltatók számára nem teremtenek valódi alternatívát, és továbbra is egységes „masszaként” kezelik a munkát végzők korántsem egységes tömegét.

Mivel az önfoglalkoztatás kifejezés igen sokszínű munkavégzési formák és élethelyzetek gyűjtőfogalma, ezért különösen nehéz egyetlen, megfelelő jogi keretbe foglalni az önfoglalkoztatásnak tekintett munkavégzéseket. Pontosán ennek a sokszínűségnek a megjelenítése és figyelembe vétele okozza a legtöbb fejtörést a nemzeti szintű munkajogi jogalkotásban. Egyes nemzeti jogokban (francia, svéd) nem tesznek különbséget az quasi önfoglalkoztató munkavégzők és az önálló vállalkozók között, míg más (német, olasz, spanyol) jogokban megteremtették a munkavállalók és a teljes mértékben független vállalkozók közötti önfoglalkoztató kategóriát, akik gazdaságilag függenek egy, esetleg több megbízótól. Ennek a quasi függő munkavégzésnek a szabályai országról országra változnak, de mindenütt felvetik egyes munkajogi szabályok vagy elvek alkalmazásának a kérdését. A német munkajogban például az az egyedül dolgozó személy minősül gazdaságilag függő munkavégzőnek (és ezáltal részleges munkajogi védelemben részesül), aki a jövedelmének legalább a felét egy megbízótól kapja, és akinek a munkavállalóhoz hasonlóan szüksége van szociális védelemre.⁵² Egyes munkajogi

⁵² European Commission 1998, 41.

szabályok azokban az országokban is alkalmazandók a munkavállalónak nem minősülő, de félig-meddig függő helyzetben lévő dolgozókra (pl. kereskedelmi ügynök, bróker), ahol nem teremtettek számukra egy általános jogi státust.

Az elmúlt évtizedek nemzeti munkajogainak fejlődéséből adódik tehát az a következtetés, hogy szükség van egy közbenső jogi kategóriára a munkavállaló és a vállalkozó jogi státusai között. A munkavégzőknek ezt az új, harmadik kategóriáját viszont pontosan meg kell határozni ahhoz, hogy megfelelő jogok biztosításával kellőképpen vonzó jogi státust lehessen teremteni. A gazdaságilag függő (quasi önfoglalkoztatói) státus megteremtése csak részben munkajogi kérdés, hiszen szorosan kapcsolódik a szociális jogok biztosításához és a szociális ellátórendszer finanszírozásához is. Az önfoglalkoztatói kategória ugyanis nem lehet a társadalombiztosítási járulékfizetés alóli kibújás legális módja, ugyanakkor a közterhek befizetéséért cserébe megfelelő szociális jogokat kell garantálnia. A fordista foglalkoztatási modellben a társadalombiztosítási ellátórendszer is a munkaviszony intézményén alapult, emiatt az ellátásokra való jogosultság szabályozása is egyre élesebben veti fel az alapvető fogalmak (munkaviszony, önfoglalkoztatás) tisztázásának az igényét.⁵³

Az önfoglalkoztatás és az attól megkülönböztetett gazdaságilag függő munka tényerése nyilvánvalóan együtt jár az eltérő védettségű munkajogi státusok közötti fokozott mobilitással. Ezzel összhangban a foglalkoztatáspolitikai eszköztárában is egyre nagyobb szerepet kap a csoportos létszámcsökkentés vagy átszervezés miatt elbocsátott munkavállalók önfoglalkoztatásának támogatása. Ezeknek a munkát végző, de munkavállalói státussal nem rendelkező személyeknek a jogait egyre inkább elismerik a munkajogon kívül olyan jogágakban is, mint a szociális jog vagy az adójog. Egyre inkább elismerést nyer a munkát végzők szociális ellátásokhoz való joga, függetlenül attól, hogy milyen munkajogi státus(ok)ban (munkavállaló, részben független dolgozó⁵⁴, önfoglalkoztató) végeztek munkát. A cél tehát az, hogy a különböző munkavállalói státusok közötti átmenet (mobilitás) ne érintse negatívan a munkavégzők szociális jogait.⁵⁵

2.3. Alárendeltség versus gazdasági függőség koncepciója

Továbbra is az alárendeltség (subordination) a munkaviszony fogalmának legfontosabb eleme, de a vállalkozásokban bekövetkező változások miatt egyre nehezebb és komplexebb ennek a kritériumnak a munkajogi megítélése. A változások ugyanis ellentmondásosak, mivel egyes munkavállalók önállósága növekszik, míg mások esetében az alárendeltség erősödése tapasztalható. A munkavállalói önállóság növekedéséhez vezettek többek között az új technológiák, a szakképzés, valamint a részvételre

⁵³ Marsden and Stephenson 2001, 5.

⁵⁴ A Supiot-jelentés a gazdaságilag függő munkát végző személyekre a nehezen lefordítható „semi-independent worker” terminológiát használja.

⁵⁵ European Commission 1998, 24–50.

építő menedzsment technikák. Egyre több munkaviszonyban foglalkoztatott munkavállaló dolgozik munkaviszonyban olyan körülmények között a gyáriparban és a szolgáltatóiparban egyaránt, amelyek nem térnek el lényegesen a polgári jogi szerződéssel alkalmazott önfoglalkozatóktól. Ezzel szemben az alárendeltség növekedését eredményezik az „alkalmi” munkavállalás új formái, mint például a különféle határozott idejű, illetve gyakornoki szerződések. A munkavállaló kiszolgáltatottságát növeli és munkahelyi döntési szabadságát jelentősen korlátozza a munkáltató fokozott döntési hatalma a jogviszony meghosszabbítását illetően, különösen a fiatal, pályakezdő munkavállalók tekintetében. Mindezen túl a munkáltatói hatalmat erősíti még a munkavállalók lehetőségeit korlátozó magas munkanélküliség, illetve a munkajog által csak korlátozottan befolyásolható kis- és középvállalkozások növekvő foglalkoztatási szerepe.⁵⁶

Mindezek a változások nem kérdőjelezik meg ugyan az alárendeltség alapvető szerepét a munkaviszony munkajogi fogalmában, de ezen minősítő jegy komplexebbé válásával a munkavállalói státus fogalma is egyre bizonytalanabbá válik. A nemzeti bíróságok esetjoga elsősorban arra irányul, hogy megakadályozza a munkajog jogellenes „kikerülését”. Az úgynevezett színlelt szerződések elleni jogi fellépés viszont óhatatlanul az alárendeltség jogi fogalmának „kitágulását” eredményezte, mivel ma már nem csupán az utasításoknak való alárendeltséget öleli fel, hanem a munkavállalók szélesebb értelemben vett integrálódását a munkáltatói szervezeti rendszerbe. Az alárendeltség koncepciójának kiszélesedése persze bizonytalanabbá és sokkal összetettebbé is tette magának a koncepciónak a megítélését, ezért a munkavállalói státus (alárendeltség) meghatározásánál a minősítő jegyek széles, de országról országra változó körét vizsgálják (indication clustering). Ezáltal növekedett a ma már munkavállalónak minősített, míg korábban vállalkozónak tekintett személyek köre. Ez a minősítési folyamat tehát a munkavállalói státus által lefedett kör bővülését eredményezte, illetve annak szimptomája is egyúttal.

Az alárendeltség koncepciójának fentiekben leírt kibővítése jelentősen kiszélesítette a munkajog hatályát, ez által növekedett a munkavállalók csoportjának heterogenitása. Ez viszont a munkajog széttöredezését eredményezte, mivel a munkajogot nagyon különböző munkavégzési formákra és feltételrendszerre alkalmazzák. Ezek a folyamatok azt is eredményezték, hogy a munkajogban az önfoglalkoztatásra jellemző megoldások is meghonosodtak. A munkavállalói státus és az alárendeltség közötti kapcsolat szélesebb értelmezésével, másként fellazulásával olyanok is élvezik a munkajog védelmét, akik nagyfokú önállósággal rendelkeznek (pl. menedzserek), ellenben a kiszolgáltatott munkavállalók egy része elesik a munkajogi védelemtől, mert alkalmi munkavállalók, vagy éppenséggel színlelt polgári jogi szerződés alapján kénytelenek dolgozni.

A munkajog személyi hatályával kapcsolatos problémák egyik lehetséges megoldása az alárendeltség felváltása a gazdasági függőség (economically dependence) koncepciójával, mivel az utasításoknak való

⁵⁶ European Commission 1998, 51–58.

technikai értelemben vett alávetettség ma már kevésbé lényeges kritérium, mint a megélhetés másik személytől való függése. Ez a megközelítés közelebb áll a munkajog rendeltetéséhez, nevezetesen a gyengébb pozícióban lévők védelmét szolgálja. Rolf Wank szerint a munkavállaló fogalmát ki kellene terjeszteni minden gazdaságilag függő munkavégzésre, ami a következő kritériumokon alapulna: személyes munkavégzés más személy igénybevétele nélkül, egyetlen munkáltató számára, saját eszközök, saját tőke nélkül, más szervezetrendszerbe tagozódva. A munkaerő-piaci státus szempontjából különbséget tesz

a) személyi és gazdasági függőséggel jellemezhető munkavállaló (employee),

b) személyi függetlenséggel, de gazdasági függőséggel leírható munkavállalóhoz hasonló (employee-like) személyek, valamint

c) a személyi és gazdasági függetlenséggel rendelkező önfoglalkoztató (other self-employed) személyek között.

Bár Wank álláspontja szerint a valóságban a jogviszonyok között nem is a függőség vagy a függetlenség a releváns különbség, hanem a több vagy a kevesebb függőség.⁵⁷ Ezt az állítást erősíti, hogy a munkavégzés során óhatatlanul kialakul a függőségnek valamilyen foka, legyen szó alkalmi munkavégzésről vagy tartós megbízási jogviszonyról.

A gazdasági függőség koncepciójának alkalmazása mellett a munkajog hatálya akként is kiterjeszthető, ha a jogi értelemben vett alárendeltség helyett mindenekelőtt azt vizsgálják, hogy az adott személy integrálódott-e egy külön szervezetbe. Természetesen ez a koncepció sem új keletű, hiszen a francia jog egyik régóta alkalmazott minősítő jegyről van szó. Alonso Olea szerint a függőség vagy alárendeltség pusztán az eredménye annak, hogy az érintett személy valaki más részére végez munkát. A munkavégzésért ellenértéket fizető és annak gyümölcseit élvező felet emiatt hatalmazza fel az irányítás és az ellenőrzés jogával, amely jogok gyakorlásának a módja viszont lényegtelen a munkavégzés jogi minősítése szempontjából. Az alárendeltség koncepciójához való ragaszkodás feloldhatatlan ellentmondásokat eredményez, mivel a munkavégzés haszonélvezője sokféleképpen, nagyon eltérő intenzitással gyakorolhatja az alárendeltségből, függőségből eredő hatalmát. Ugyanakkor a hatalom gyakorlás módja azon a tényen semmiképpen sem változtathat, hogy a munkát valaki más számára, érdekében végzik.⁵⁸

2.4. „Függő” vállalkozások

A fordista vállalatok minden feladatot maguk végeztek, ami lehetővé tette a teljes munkafolyamat ellenőrzését. Ezt a modellt jelentősen megváltoztatta a technológiák és a szerződési technikák fejlődése által generált folyamat, a kiszervezés (outsourcing), amely ma már egyaránt érinti a magas szintű szakképzettséget igénylő és nem igénylő feladatokat.

⁵⁷ Wank 140–142.

⁵⁸ European Commission 1998, 59–80.

EURÓPAI UNIÓ

A vállalkozások működése egyre inkább kettévál a saját maguk által végzett központi tevékenységekre, és a külső társaságokba kiszervezett, kiegészítő tevékenységekre. A „kiszerezés” jelensége és növekvő tendenciája felveti a leplezett munkaviszonyok problémáját, mivel a munkáltató vállalat egy fedő-cégen keresztül, annak nevében köt polgári jogi megállapodást a dolgozóval. Ugyanakkor számos gazdasági társasággal valósul meg valódi kiszerezés, vagy alvállalkozói megállapodás, amikor a vállalkozás technikai vagy pénzügyi értelemben a megrendelőtől függő helyzetbe kerül. A munkajogi szabályok kikerülésének a szándéka ott állapítható meg leginkább, ahol a szolgáltatás tárgya dominánsan vagy kizárólagosan maga a munkavégzés.

Az alvállalkozás, kiszerezés és kiszervezés tulajdonképpen visszatérés a 19. század bevett munkaszervezési formáihoz. Jelenleg számos európai ország joga megkülönbözteti egyfelől a munkaviszonyt leplező, adóelkerülésre irányuló, így tiltott alvállalkozást (traffic in labour), másfelől pedig a jogszerű alvállalkozói megállapodásokat. Ez a különbségtétel, azaz a munkaerővel való „kereskedés” tilalma fontos eleme egy megfelelően működő, a verseny torzítását kizáró munkaerőpiacnak. Mindazonáltal nem csupán a tiltott, hanem a megengedett alvállalkozói megállapodások is számos munkajogi problémát vetnek fel, mivel a dolgozók munkakörülményei szokásosan rosszabbak, mint a fővállalkozó munkavállalói esetében, és a fővállalkozó kollektív szerződése sem vonatkozik rájuk. A munkajogi problémák főként abból a problematikus konstrukcióból erednek, hogy a munkavállaló és a fővállalkozó között semmilyen jogviszony nincs, viszont a munkavállaló jogait és munkakörülményeit sokkal inkább a fővállalkozó, mintsem a de jure munkáltató (alvállalkozó) döntései befolyásolják.⁵⁹ Az alvállalkozás és a kiszervezés reneszánsza az egyik oka annak, hogy a munkáltatók ma már egyre kevésbé garantál(hat)ják a munkavállalóknak a hosszú távú foglalkoztatást, másként a foglalkoztatás biztonságát.⁶⁰

2.5. A munkajogi védelem kiterjesztésének igénye

A Supiot-jelentés végkövetkeztetése szerint a foglalkoztatásra irányuló jogviszonyoknak egyre több és színesebb típusa jelenik meg, amelyek alapvetően a következő három csoportba sorolhatók:

- a) alárendeltségen alapuló, tradicionális munkaviszonyok,
- b) munkavégzésre irányuló egyéb jogviszonyok,
- c) önfoglalkoztató vállalkozók.

Ebben a folyamatban nem az jelenti a problémát, hogy az önfoglalkoztatás az alárendeltségen alapuló, tradicionális munkaviszonyok rovására terjeszkedik, hanem sokkal inkább az, hogy elhomályosodik a munkát végző személyeknek a munkavállalóra és az önfoglalkoztatóra építő felosztása (binary divide). Létrejött és egyre nagyobb szeletet hasít ki a

⁵⁹ European Commission 1998, 82–85.

⁶⁰ Deakin 2002, 192.

munkaerőpiacból az önfoglalkoztatás és a munkaviszony közötti szürke zóna, amely a nem tisztán önfoglalkoztató, illetve munkavállaló, de valamilyen legális jogviszony alapján munkát végző személyekből áll. Ennek a szürke zónának a beillesztésével minden olyan állami rendszernek (pl. nyugdíj, társadalombiztosítás, szociális védelem) meg kell birkóznia, amely akár pénzügyi, akár valamilyen szabályozási célból kénytelen alkalmazni a munkajogi definíciókat. Éppen ezért fontos nemzeti jogi szabályozási feladat a munkavállaló és az önfoglalkoztató fogalmaira épülő kettős rendszerbe nem illeszthető, másként a szürke zónába tartozó jogviszonyok minősítése és hozzájuk megfelelő védelem (munkavállalói és szociális jogok) kapcsolása, annak érdekében, hogy a védelem kiterjedjen az önfoglalkoztatás bizonyos, nem egyértelmű formáira is.⁶¹

A munkavégzésre irányuló új jogviszonyok szerepének növekedése bonyolult, egymással összefüggő kihívások elé állítja a munkajogi jogalkotást, amelynek tradicionális szerepe az alárendeltségben dolgozók munkajogi státusának meghatározása és jogainak védelme. A jogviszonyok új típusainak megjelenésével a munkajog szerepe is óhatatlanul megváltozik, ezért a munkajogi védelmet ki kell terjeszteni a – hagyományos, alárendeltségen alapuló – munkaviszonyon kívüli, foglalkoztatásra irányuló jogviszonyok széles, meglehetősen heterogén körére, amely leginkább a gazdaságilag függő munkavégzés fogalmán keresztül ragadható meg.⁶² A foglalkoztatási státus és az azt megalapozó szerződés típusának definiálása azért lényeges, mert a munkavégzésre irányuló szerződés ruházza fel a munkát végző személyt számos alapvető joggal (pl. továbbképzéshez való jog), másként ebből ered számára a munkaerőpiaci, másként szakmai státus (état professionnel).

A fenti paradigmaváltásnak az a célja, hogy betemesse a szakadékot a munkavállalók (employees) és az annak nem minősülő „dolgozók” (workers) munkajogi védelme tekintetében. A munkajog egyik tradicionális funkciója ugyanis a szociális kohézió biztosítása, amelyet csak akkor tölthet be, ha a munkajogi védelmet nem korlátozza a – mára egyre kevésbé egyeduralkodó – munkaviszonyokra.⁶³ Be kell látni, hogy a teljes munkaidős, határozatlan idejű munkaviszonyban dolgozó „kenyérkereső családapa” egyre kevésbé az a reprezentatív munkavállaló, akit a munkajognak meg kell védenie,⁶⁴ hiszen a kenyérkereső apa szerepe gyakorlatilag megszűnt a családon belüli munkamegosztás drámai mértékű változásával.

A munkaszerződés fentiekben jellemzett válságára az egyik – a globális szabályozási verseny által ösztönzött – válasz az lehet, hogy a rugalmasság és a vállalkozókészség növelése érdekében csökkentik a munkáltatóknak az adókból és a szabályozásból származó költségeit. Ezzel szemben a Supiot-jelentés szerzői elutasítják az eddigi modell folytatását, mivel az a duális munkaerőpiac kialakulását, vagy inkább megmerevedését eredményezné, amelyben a privilegizáltak (insiders) még jobban

⁶¹ Lásd ezzel kapcsolatban a „worker” koncepcióját (Deakin 2002, 198–199.).

⁶² Supiot 1999, 35.

⁶³ European Commission 1998, 101–103.

⁶⁴ Marsden and Stephenson 2001, 6–18.

megszilárdítanák előnyös pozícióikat a kirekesztettekkel (outsiders) szemben. A létező modell „flexibilizálása” helyett a harmadik utat, azaz a biztonság fogalmának újraértelmezését ajánlják, ami azonban megkívánná a munkát végzők státusának (worker), a munka fogalmának és az ahhoz kapcsolódó szociális jogoknak (social drawing rights) a kiterjesztő értelmezését.

A Supiot-jelentés volt az első magas színvonalú európai dokumentum, amely kísérletet tett a megváltozott munkajogi fogalmi rendszer elemzésére, a változás okainak és a lehetséges kitörési pontok feltárására. A jelentés a munkavállalói státus átalakítására tett javaslatot egy lényegesen kibővített „foglalkoztatási státus” (occupational status) megteremtése érdekében, ami persze csak egy a sok lehetséges jövőkép közül.⁶⁵ Ez az új státus nem egy meghatározott álláshoz kötődne, hanem magához a munkavégzéshez, mint aktivitáshoz, történjen az bármilyen formában az ember élete során, ösztönözve ezáltal a különböző munkák és jogviszonyok közötti váltásokat. A foglalkoztatási státust azonban nem a foglalkoztatás (employment) restriktív kritériumához kellene kötni, hanem a munkavégzés (work) tágabb fogalmához. Ezt erősíti, hogy a munkavégzés mindig kötelezettséggel és jogi jelentéstartalommal jár. A foglalkoztatási státus megteremtését elősegítené a munkavállaló közösségi jogi fogalmának a megalkotása, amely a szabad mozgás jogához hasonlóan megakadályozná a munkavállalói jogok (meghatározott körének) korlátozását a személyi hatály eszközével. Ezáltal azok a személyek is bizonyos fokú munkajogi védelemben részesülnének, akik az adott nemzeti jogban nem minősülnek sem munkavállalónak, sem önfoglalkoztatónak. A munkavállalói – a Supiot-jelentés terminológiájában szociális – jogok kiterjesztésének elvi alapját az jelenti, hogy a felettes szervezettől, illetve személytől való gazdasági függőség feljogosítja őket a függő munkavégzésre irányuló jogviszonyokhoz kapcsolt szociális jogok élvezetére.

A jelentés a foglalkoztatási státus szempontjából négy körre osztotta a szociális jogokat. Az első körbe az úgynevezett univerzális szociális jogokat sorolták, amelyek mindenkit megilletnek, függetlenül bármilyen munkavégzéstől (pl. családi pénzbeli ellátások). A második körbe a nem fizetett munkához (pl. ápolás, önkéntes munka) tapadó jogok (nyugellátás, baleseti ellátás stb.) tartoznak. A harmadik körbe a munkatevékenységhez (occupational activity) kapcsolt jogok kerültek, amelyek alapja a közösségi jogban is megtalálható (pl. munkahelyi egészség és biztonság). Végül a negyedik kör foglalja magába a fizetett foglalkoztatáshoz (paid employment) kapcsolódó jogokat, amelyek feltétele az alárendeltségben végzett munka, és mértékük összefügg az alárendeltség fokával. A Supiot-javaslat szerint a jogok fenti négy köréből három az új foglalkoztatási (occupational) státus hordozóit illetné meg, míg a negyedik (univerzális) kör úgyis mindenkinek jár, a munkavégzéstől és annak formájától függetlenül. A nemek közötti egyenlő bánásmód követelménye pedig mind a négy körre alkalmazandó. Ezen tradicionális szociális jogokon kívül új, speciális jogok (social drawing rights) is kapcsolhatók a kitágított foglalkoztatási státushoz, amelyek a rugalmasságot indivi-

⁶⁵ Deakin 2002, 192–202.

duális alapra helyezik.⁶⁶ A közösségi szociális és munkajog irányelvei a fenti körökhöz hasonlóan szervezett, bár kétségtelenül töredezettségű, és sokkal kevésbé alkot ilyen átfogó rendszert.⁶⁷

3. Wim Kok-jelentés: a flexicurity „előfutára”

Az Európai Bizottság felkérésére készítette el 2003-ban a Wim Kok által vezetett szakértői csoport⁶⁸ független jelentését⁶⁹ a foglalkoztatással kapcsolatos szakpolitikai kihívásokról és a szükséges reformokról. Bár a foglalkoztatáspolitikai nyitott koordinációs folyamat bizonyult a legsikeresebbnek az összes szociálpolitikai nyitott koordinációs folyamat közül, de a foglalkoztatáspolitikai koordináció is kezdi elveszíteni az erejét, és az érintettek egyre inkább – bürokraták által forgatott – mókuserékben érzik magukat.⁷⁰ A Wim Kok-jelentés néven ismertté vált dokumentum azt kívánta elősegíteni, hogy a tagállamok az Európai Foglalkoztatási Stratégia végrehajtásával a korábbi években tapasztaltaknál hatékonyabban járuljanak hozzá a közismert lisszaboni célok eléréséhez, de sokkal inkább a célokhoz képest tapasztalt lemaradás csökkentéséhez.

A Wim Kok-jelentésben jelent meg először az Unió szakpolitikájában a rugalmasságot (flexibility) és a biztonságot (security) elegyítő koncepció, a flexicurity, még ha ezt nem is nevesítik magában a dokumentumban. A jelentés által a tagállamok foglalkoztatási problémáinak kezelésére ajánlott „recept” egyik összetevőjeként említik ugyanis a biztonsággal kombinált, fokozott rugalmasságot. A munkaviszonyok rugalmatlan szabályozásának fenntartása automatikusan a bizonytalan és ingatag foglalkoztatás növekedéséhez, másként a duális munkaerőpiachoz vezet. A kétpólusú (duális) munkaerőpiac ugyanis kettészakad a „klasszikus” munkaviszonyban foglalkoztatott, így magas szintű munkajogi védelmet élvező munkavállalókra (insiders) és az ezen kívül rekedt, rosszabb minőségű, „ingatag” jogviszonyokban illegálisan foglalkoztatottakra és munkanélküliekre (outsiders). A Supiot-jelentésben is szereplő fogalom pár (insiders–outsiders) tehát meghonosodott a szakmai közbeszédben, amely fogalmakat és elméletet 2006-ban a munkajogi Zöld Könyv emel majd az uniós szakpolitika szintjére.

A munkaviszony szabályozásának „flexibilizálásával” egyidejűleg javasolták a biztonság új formáinak a megteremtését. Álláspontjuk szerint a mai munkaerőpiac már egyáltalán nem az egész életre szóló állások mentén szerveződik, ezért a foglalkoztatási biztonság új értelme lehetőséget biztosítani a dolgozóknak a munkaerőpiacon maradásra és az előmenetelre. Az új értelmezésű biztonsághoz a következőket kell biztosítani a munkát végzők számára: tisztességes bérezést, az életen át tartó

⁶⁶ European Commission 1998, 210–212, 760–770.

⁶⁷ Countouris 2007, 201.

⁶⁸ European Employment Task Force.

⁶⁹ European Commission: *Jobs, Jobs, Jobs: Creating more employment in Europe*. Report of the Employment Taskforce, November 2003.

⁷⁰ Berge and Schout 2008, 20.

tanulás lehetőségét, megfelelő munkakörülményeket, védelmet a diszkriminációval és a jogviszony jogellenes megszüntetésével szemben, támogatást az állás elvesztésekor, illetve a szerzett szociális jogok „hordozhatóságát” a munkahely (állás, jogviszony) váltásakor. A Wim Kok-jelentés tehát konkretizálta a Supiot-jelentésnek a „biztonság” újraértelmezésére vonatkozó javaslatát, megjelölve azokat a garanciákat, amelyek segíthetnek megelőzni a duális munkaerőpiac kialakulását, illetve bebetonozódását. Madsen némileg cizelláltabban közelíti meg a biztonság fogalmát, amikor annak négy formáját – az állás, a foglalkoztatás, a jövedelem és a munka-magánélet összeegyeztetésének biztonságát – különbözteti meg.⁷¹

Témánk szempontjából természetesen a munkaviszonyon kívüli foglalkoztatási jogviszonyok széles skálájának megteremtését sürgető megállapítások a leglényegesebbek. A jelentés szerint ezekre az új szerződési formákra azért van szükség, mert a munkahelyteremtés érdekében mind a munkáltatók, mind pedig a munkavállalók igényeinek megfelelő, „szélesebb választékot” jelent a jogviszonyok tekintetében. A dán flexicurity modell mellett a holland szabályozást hozzák fel amolyan jó gyakorlatként, amelyet érdemes volna követni más tagállamoknak is. A holland koncepció lényegét abban látják, hogy a sokszínű szerződési formák mindegyike óvatosan egyensúlyozza a két fél jogait és a kötelezettségeit, míg a munkanélküliek számára nagyvonalú aktív munkaerő-piaci eszközöket biztosítanak. A különböző jogviszonyok alkalmazásának egyik fontos célja a munkaerőpiac kettészakadásának (insiders–outsiders) a megelőzése. Meg kell jegyezni, hogy a jelentés meglehetősen homályosan fogalmaz az érintett szerződésekről, és példaként csupán atipikus munkaviszonyokat (munkaerő-kölcsönzés, részmunkaidő) említ, így nem egyértelmű, hogy az új szerződési típusok alatt csupán atipikus munkaviszonyokat ért, vagy a munkaviszonyon kívüli szerződéstípusok (quasi önfoglalkoztatás) szabályozását is célnak tekinti. Álláspontom szerint üdvözlendő volna az ilyen szerződéstípusok megemlítése és elemzése is, mert ezek jelenthetnek valódi változást a munkaerő-piaci kínálatban.

Mindemellett a Zöld Könyv előfutarának tekinthető jelentés sürgeti a sztetend munkaviszony bizonyos munkavállalókat védő szabályainak a felpuhítását, különösen olyan kérdésekben, mint a felmondási idő, költségek, egyéni és csoportos létszámcsökkentésnél követendő eljárás, illetve a munkaviszony jogellenes megszüntetésének fogalma.⁷² Érdekes ellentmondás, hogy a csoportos létszámcsökkentésnél követendő eljárás nemzeti jogi szabályozását kifejezetten a közösségi jogi előírások miatt kellett megszigorítani, amire jó példa a magyar szabályozás szigorítása.⁷³ Az európai közösségi jog miatt előbb szigorítani kellett a nemzeti szabályokat, majd éppen az Európai Unió szakértői jelentése javasolja a nemrégiben szigorított szabályozás lazítását. Ez a példa jól illusztrálja azt a 180 fokos fordulatot, amelyet a flexicurity jelenthet a közösségi munkajogi gondolkodásban, hiszen a munkaviszony tekintetében a rugal-

⁷¹ Madsen 2007, 528, illetve Tros and Wilthagen 2004, 166–186.

⁷² European Commission 2003, 7–32.

⁷³ Lásd az Mt. 94/A–94/E. §-ait, amelyek az Mt. 2001. évi jogharmonizációs célú módosításával (2001. évi XVI. tv.) kerültek elfogadásra.

masság megteremtése lényegében az elmúlt három évtized munkajogi jogharmonizációjával ellentétes jogalkotási lépéseket kíván(hat) meg a nemzeti jogalkotástól.

Mindezek ellenére a Wim Kok-jelentés komoly előrelépést jelentett mind a foglalkoztatáspolitikai koordináció folyamatában, mind pedig a munkajog modernizációjáról kibontakozó szakpolitikai vitákban. A jelentés hatását tükrözi a gazdasági növekedésre és a munkahelyteremtésre vonatkozó integrált irányvonalak 2005-ben elfogadott szövege⁷⁴, amely a jelentés érvrendszerét átvéve sürgette a foglalkoztatási biztonsággal kombinált rugalmasság elérését⁷⁵.

4. A gazdaságilag függő munka szerepe a „flexicurity” koncepciójában

4.1. A „flexicurity” térhódítása: Zöld Könyv a munkajog modernizációjáról

Az Európai Bizottság azzal a deklarált céllal hozta nyilvánosságra 2006 novemberében a munkajog modernizációjával foglalkozó Zöld Könyvet⁷⁶, hogy nyilvános szakmai vitát generáljon a munkajog szerepéről a lisszaboni stratégia céjainak – fenntartható fejlődés, több és jobb munkahely – elérésében.⁷⁷ Egyértelmű siker, hogy ez által a munkajogi problémák az EU napirendjére kerültek.⁷⁸ A Zöld Könyvvel elindított szakmai vita quasi lezárásaként az Európai Bizottság közleményben⁷⁹ fejtette ki a flexicurity némiképp „letisztultabb” koncepcióját, amellyel kapcsolatban az Európai Parlament⁸⁰ és az ECOSOC⁸¹ is kifejtette a véleményét.

A Bizottság valódi szándéka azonban a flexicurity koncepciójának

⁷⁴ European Commission 2005: *Integrated Guidelines for Growth and Jobs (2005–2008)*. Brussels, 12.4.2005 COM(2005) 141 final.

⁷⁵ European Commission 2005, 29.

⁷⁶ European Commission 2006c: *Green Paper – Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century*. COM (2006) 0708 final.

⁷⁷ A Zöld Könyv a vita generálásában egyértelműen sikeresnek tekinthető, hiszen mintegy 450 vélemény érkezett kormányoktól, civil szervezetektől és szakemberektől.

(http://ec.europa.eu/employment_social/labour_law/green_paper_responses_en.htm)

⁷⁸ The labour lawyers 2007, 4.

⁷⁹ Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions – Towards Common Principles of Flexicurity: More and better jobs through flexibility and security COM(2007) 359 final

⁸⁰ European Parliament resolution of 11th July 2007 on Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century (2007/2023[INI]), L, valamint European Parliament: The impact of new forms of labour on industrial relations and the evolution of labour law in the European Union. Study, 2007.

(http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/organes/empl/empl_20090902_1500.htm)

⁸¹ Report of the European Economic and Social Committee. SOC/246. Modernizing Labour Law. 30th May 2007.

megfelelő – elsősorban nemzeti, másodsorban közösségi – jogalkotási lépések előmozdítása volt, amelyek fellazítják a tipikus munkaviszony munkavállalókat védő, szigorú szabályozását, míg az ezen kívüli jogviszonyokban, a korábbinál szélesebb körben növelik a dolgozók munkajogi és szociális jogi védelmét. Ez utóbbi azért lényeges, mert a rugalmasság iránti igény a sztenderd szerződési modelltől – a foglalkoztatási és jövedelmi biztonság, illetve a munkakörülmények szempontjából – lényegesen eltérő szerződési formákat hívott életre a nemzeti munkajogokban. A tradicionális, másként sztenderd (munka)szerződési modell a foglalkoztatásban a következő három sajátossággal azonosítható:

- a) határozatlan idejű (tartós), teljes munkaidős,
- b) a munkajog által szabályozott munkaviszony, amelynek alappillére a munkaszerződés, és
- c) egyetlen munkáltatót illeti meg a munkáltatói jogok és kötelezettségek összessége.⁸²

Bár a flexicurity koncepciója az utóbbi években az uniós munkajogi és foglalkoztatáspolitikai központi kérdésévé vált, ennek ellenére még általánosan elfogadott definíciója sincs. Az Európai Bizottság 2006-as foglalkoztatási jelentésének⁸³ flexicurity fejezete is kiemeli az univerzális definíció hiányát, ezért a fogalom két eltérő meghatározását, a holland és a dán flexicurity modellel alapuló változatát ismerteti. A holland és a dán modell közötti lényeges különbségek jelzik a koncepció sokszínűségét, no és persze ingatagságát. Wilthagen és Tros – a holland modellel alapuló – meghatározása szerint⁸⁴ a flexicurity egyrészt erősíti az állás, a foglalkoztatás, a jövedelem biztonságát a hátrányos helyzetűek munkkerő-piaci esélyeinek javítása érdekében. Másrészt a rugalmasság különböző (külső és belső) formáinak erősítésével igyekeznek növelni a versenyképességet és a termelékenységet.⁸⁵

A hollanddal szemben a dán flexicurity modell – az úgynevezett „arany háromszög” – a következő három elem érzékeny egyensúlyán nyugszik:

- a) a munkaviszony védelmének laza szabályozásán, különösen a munkaviszony megszüntetése körében,
- b) nagyvonalú, azaz magas színvonalon garantált munkanélküli ellátási rendszeren, valamint
- c) nagy intenzitású, aktív munkaerőpiaci politikán.⁸⁶

A dán modell a munkaviszony rugalmas szabályozását kombinálja a munkanélküliek magas szintű szociális védelmével, és a kettő közötti gyors átmenetet az aktív munkaerő-piaci eszközök biztosítják. A Zöld

⁸² European Commission 2006c, 5.

⁸³ European Commission 2006d: Employment in Europe 2006. Luxemburg, European Communities, 77.

⁸⁴ Wilthagen and Tros 2004, 166–186.

⁸⁵ A holland modellben a rugalmasság elsődleges forrása a részmunkaidős foglalkoztatás. Az ún. flex workers biztonságát szociális biztonsági jogaik és a munkajogi szabályok módosításával (Flex Wet 1999) növelték (Ooschot 2004, 209–212).

⁸⁶ Madsen 2002, European Commission 2006d, 77.

Könyv közelebb áll a holland modellhez, mivel itt a magas szintű szociális védelem kevésbé hangsúlyos elemként jelenik meg. Ez nem véletlen, hiszen a dán modell igen drága, ezért bevezetése után gyorsan megugrana a munkanélküli ellátórendszer számlája, ami az esetleges adóemelések miatt akár ellentétes foglalkoztatási hatáshoz is vezethet. A dán modell különösen alkalmatlan módszer a Magyarországhoz hasonló országokban, ahol magas a munkanélküliség (alacsony a foglalkoztatási szint) és egyidejűleg magas a költségvetési hiány (államadósság). Ha például Franciaországban bevezetnék a dán modellt, akkor igen magasak lennének a költségei, és a strukturális munkanélküliség a magasabb kiadások ellenére sem csökkenne érzékelhetően az első években. A rugalmas foglalkoztatási formák sikere azon is múlik, hogy a társadalom mennyire nyitott a rugalmas foglalkoztatási jogviszonyok felé.⁸⁷

Madsen hangsúlyozza, hogy a flexicurity dán változata hosszú, szerves történeti fejlődés eredménye, ezért új ötleteket lehet meríteni belőle, de nem alkalmas azonnali, sematikus átvételre.⁸⁸ Ennek ellenére a dán modell sikere ihlette az Európai Bizottság Zöld Könyvét,⁸⁹ amely a foglalkoztatási jelentéshez hasonlóan csak használja a fogalmat, de nem mondja meg pontosan, mit is ért rajta, sőt még a dán példára sem hivatkozik. Úgy tűnik, hogy az Európai Bizottság a koncepcióval sokkal inkább, mint módszerrel foglalkozik, minsem annak konkrét tartalmi vonatkozásait bontja ki részletesen. Ezzel összhangban a flexicurity közleményben azt integrált stratégiaként határozzák meg, amelynek célja egyszerre növelni a munkaerő-piaci rugalmasságot és biztonságot.⁹⁰ Freedland és Countouris szerint a flexicurity fogalma tisztázatlan, ami elsősorban a rugalmasság és a biztonság fogalmának bizonytalanságából ered.⁹¹

Bár a Zöld Könyv javaslatai a munkajogi jogalkotást érintik, mégis inkább a közösségi munkaügyi politikát támogató elemzésnek tekinthető, semmint jogalkotási programnak. Lényegében a munkajogi jogalkotásnak a foglalkoztatottság növelésében és a munkakörülmények javításában betöltött szerepét vázolja, a megfelelő egyensúlyra törekedve a foglalkoztatás mennyisége és minősége között. A közeljövőben gyakorlati hatása lehet a rövid és középtávú nemzeti jogalkotás befolyásolása, a jobb és több munkahely elérését célzó reformok elindítása.⁹² Bár számos tagállam, így többek között Magyarország példája arra utal, hogy a flexicurity koncepciója a vízbe dobott kőhöz hasonlóan csak apróbb hullámokat ver, és vajmi kevés hatást gyakorol a nemzeti munkajogok alakulására.⁹³

A Zöld Könyv arra épül, hogy a munkajog modernizációja elengedhetetlen feltétele a munkavállalók és a munkáltatók alkalmazkodóképessége növelésének, amely viszont szükséges a teljes foglalkoztatás és a szociális kohézió uniós (lísszaboni) céljainak eléréséhez. Ebben a tekin-

⁸⁷ Zhou 2007, 22.

⁸⁸ Madsen 2004, 206.

⁸⁹ Tangian 2007, 9.

⁹⁰ European Commission 2007a, 10.

⁹¹ Freedland and Countouris 2006.

⁹² Murcia 2007, 109–110.

⁹³ European Parliament 2007.

tetben az egyik koncepcionális kérdés az, hogy a különböző foglalkoztatásra irányuló szerződéstípusok – az összes munkát végzőre kiterjesztett foglalkoztatási jogokkal – miként segíthetik elő a munkahelyteremtést, a jogviszonyok közötti mobilitást, illetve az életen át tartó tanulást. A Zöld Könyv főként a munkajog személyi hatályára fókuszál, sokkal kevésbé a kollektív munkajogi kérdésekre.

4.2. Szürke zóna a munkaviszony és az önfoglalkoztatás között

A Zöld Könyv szerint a gyors technológiai fejlődés, a globalizáció által felfokozott verseny, a változó fogyasztói igények és a szolgáltatóipar térhódítása miatt nőtt meg az igény a klasszikus munkaviszonynál „rugalmasabb” foglalkoztatásra, amely új foglalkoztatási jogviszonyok (szerződéstípusok) megjelenését eredményezte. A klasszikus munkaviszonytól eltérő szerződések alkalmazásának elsődleges oka azonban a versenyképesség fenntartása a globalizált gazdaságban a munkajogi szabályok (pl. jogviszony megszüntetés) költségeinek, a társadalombiztosítási hozzájárulás megfizetésének elkerülésével, valamint az adminisztrációs terhek csökkentésével. A különféle szerződéses formák burjánzását elősegítette a munkajogi szabályozás átfogó alkalmazkodásának a hiánya, így a tradicionális munkaviszony egyre kevésbé felel meg a felek igényeinek, amely egyaránt jelentheti a munkáltatói és a munkavállalói oldalt.

Ma már korántsem az a lényeg, hogy a klasszikus munkaviszonytól eltérő szerződések alkalmazása csak és kizárólag a munkáltatók érdeke volna a munkavállalók fokozott „kizsákmányolása” érdekében. A rugalmas foglalkoztatási jogviszonyok alkalmazásával a munkáltatók gyorsabban tudnak reagálni a változó fogyasztói igényekre és a technológiai változásokra, míg a munkavállalók a jogviszonyok széles skálájából választhatják ki a munkaidő-beosztásuk, karrierlehetőségeik, családi kötelezettségeik, vagy éppenséggel továbbtanulási szándékaik szempontjából számukra leginkább kedvező szerződéstípust. Az új típusú foglalkoztatási módszerek óhatatlanul alternatívát jelentenek a hagyományos munkajogviszonnyal és az erre támaszkodó munkaerőpiaccal szemben. A jogi szabályozás azonban kellő időben képtelen volt, illetve nem is nagyon akart reagálni a változásokra, sőt, azt sugallta, hogy a hagyományos munkaerő-piaci megoldások a jók, és az új típusú foglalkoztatási jogviszonyok pedig a rosszak.⁹⁴

A munkajog és a társadalombiztosítási jog eredetileg arra lett „kitalálva”, hogy védelmet biztosítson a függő munkát végzőknek, ugyanakkor nem képes ugyanilyen hatékony védelmet garantálni a munkaerőpiaci státusok (eltérő szerződéstípusok) közötti átmenetek során.⁹⁵ A kilencvenes évek eleje óta a nemzeti munkajogi szabályozások reformja főként a munkajogi védelem fellazítására irányult a szerződési sokszínűség megteremtése érdekében. A rugalmasság növelése olyan foglalkoztatási jogviszonyok, atipikus munkaviszonyok (határo-

⁹⁴ Kiss 2008, 10.

⁹⁵ European Commission 2006c, 3–9.

zott idő, részmunkaidő, munkaerőkölcsönzés, távmunka) és munkaviszonyon kívüli jogviszonyok (polgári jogviszonyok, on-call és zéró-óra szerződések) részletes szabályozását jelentette, amelyek a munkaviszonynál „rugalmasabb”, tehát a munkavállalókat kevésbé védő megszüntetési szabályokkal igyekeztek elősegíteni a hátrányosabb helyzetben lévő munkavállalók bejutását a munkaerőpiacra.

Az új típusú – tehát a tradicionális munkaviszonytól eltérő – foglalkoztatási jogviszonyok megjelenésével egyidejűleg elmosódott a munkajog és a polgári jog közötti határvonal. A Supiot-jelentéshez hasonlóan a Zöld Könyv is megerősíti ebben a vonatkozásban, hogy a világot függő munkavállalókra és független önfoglalkoztatókra felosztó klasszikus kétpólusú munkajogi koncepció ideje lejárt, mivel azzal már nem írható le a munka világa sem gazdasági, sem pedig szociális értelemben. A munkaviszony korábban egyértelműnek tűnő jogi fogalma viták keresztjébe került, mivel körültekintő definiálása vált szükségessé egyfelől a leplezett munkaviszonyok, másfelől a gazdaságilag függő munkavégzés vitatott megítélése miatt.⁹⁶ A Zöld Könyv tehát helyesen tesz különbséget a színlelt önfoglalkoztatás és a gazdaságilag függő önfoglalkoztatók között, hiszen az előbbit szigorúan tiltani, míg az utóbbit védeni kell meghatározott jogok (tisztességes bér, méltóság, magánszféra védelme etc.) biztosításával.⁹⁷

A leplezett munkaviszony – másként a színlelt polgári jogi szerződés – azért vált az európai munkaerőpiacon tömeges jelenséggé, mert meg lehet vele takarítani a munkaviszonyt terhelő adó és társadalombiztosítási hozzájárulás egy részét. Ennek érdekében a felek munkaviszony helyett joggal való visszaélésként polgári jogviszonyokat létesítenek, amelyek közterhe furcsa módon alacsonyabb, mint a munkaviszonyban. A színlelt polgári jogi szerződésekkel szembeni fellépés egyik bevett eszköze a kötelező vélelem, amely szerint a jogszabályban meghatározott körülmények fennállása esetén munkajogviszonynak kell tekinteni a munkavégzésre irányuló jogviszonyt, függetlenül a felek megállapodásában választott szerződéstípustól.

A Zöld Könyv is „felkarolja” a Supiot-jelentés terminológiáját és jellemzését a gazdaságilag függő munkavégzés szürke zónájáról, amely a függő munkavállaló és a független önfoglalkoztató közötti élethelyzeteket fedi le. Ezek a gazdaságilag függő, de munkajogi értelemben quasi független személyek formálisan önfoglalkoztatók, de a bevételük gazdasági értelemben egyetlen munkáltatótól (megbízótól, ügyféltől) függ. Ebből a gazdasági függőségből persze nem következik automatikusan kiszolgáltatott helyzetük. A munkaviszonyra fókuszáló, tradicionális munkajogi gondolkodás és az ezt tükröző szabályozás miatt a nemzeti jogok többsége nem tudja az ilyen helyzetet másként kezelni, mint leplezett munkaviszonyként vagy tisztán önfoglalkoztatásként, pedig többé-kevésbé mindkettőtől lényegesen különbözik. Ezzel összefüggésben Countouris hangsúlyozza, hogy a Zöld Könyv sugallatával szemben nem csupán a fenti alapfogalmak (munkavállaló, gazdaságilag függő mun-

⁹⁶ European Commission 2006c, 7–10.

⁹⁷ The labour lawyers 2007, 7.

kavégző, önfoglalkoztató) jelentésének „tisztázására”, hanem az egész fogalmi rendszer koncepcionális megújítására van szükség.⁹⁸

Erre az átalakításra már vannak példák a nemzeti jogokból, hiszen a fenti problémát felismerve néhány tagállamban különálló munkajogi státusként ismerték el a gazdaságilag függő, és ez által sérülékeny munkavégzők jogállását. A Zöld Könyv az Egyesült Királyság jogi megoldását hozza fel jó példaként, ahol a munkavállaló (employee) jogai közül a dolgozókra (worker) is kiterjesztették meghatározott minimális jogok – diszkrimináció tilalma, munkahelyi egészség- és biztonságvédelem, minimálbér, kollektív alku – élvezetét. Ezen alapulva a Zöld Könyv talán leglényegesebb javaslata egy olyan minimális munkajogi katalógus (floor of rights) megalkotása, amely a munkajogi státustól (munkaviszony, megbízási jogviszony stb.) függetlenül, alanyi jogon illelné meg a munkát végzőket.⁹⁹

4.3. Minimális jogok katalógusa

A sztenderd munkaviszony szabályozásának „rugalmasítása” mellett az Európai Bizottság a minimális jogok katalógusának megteremtésével növelné a biztonságot a munkavégzésre irányuló jogviszonyok széles körének szabályozásában. A minimális szociális jogok katalógusa mellett egyaránt felhozhatók gazdasági és emberi jogi érvek.¹⁰⁰ Kézenfevő gazdasági érv egy ilyen munkajogi minimum elfogadása mellett a verseny torzulásának megakadályozása, a versenyképesség javítása, míg emberi jogi érv a munkavállalói jogok kiterjesztése és a munkafeltételek általános javítása. Éppen ezért kiinduló pontként egyetértünk azzal, hogy a jogviszonytól független, minimális jogok (floor of rights) bevezetése javítana a munkaviszonyon kívül függő munkát végzők munkajogi és szociális jogi helyzetén.

Némi csalódást jelentett azonban, hogy a Zöld Könyv adós maradt annak felvázolásával, milyen jogok is alkossák a minimális (munka)jogi katalógus gerincét. Ebben a tekintetben feltűnő, hogy a szöveg említést sem tesz az EU Alapvető Jogok Chartájáról. A különböző jogviszonyok eltérő természete miatt indokoltnak tűnik egy minimális, valamennyi jogviszonyt lefedő védelmi szint meghatározása, és ezen felül speciális jogok biztosítása az adott jogviszony természetéhez igazodva.¹⁰¹ A jogviszonyok közötti fokozatos átmenetet olyan technikával is meg lehet oldani, hogy a határozatlan idejű jogviszony létesítésekor a szokásos védelemnek csak egy része (minimuma) illesse meg a munkavállalót, majd a védelmét biztosító jogok – így a felmondási idő, végkielégítés, a megszüntetéssel kapcsolatos eljárási jogosultságok – a jogviszonyban eltöltött idő múlásával, fokozatosan bővüljenek.¹⁰² Ebből a megoldási

⁹⁸ Countouris 2007, 194–195.

⁹⁹ European Commission 2006c, 11–12.

¹⁰⁰ Countouris 2007, 203.

¹⁰¹ The labour lawyers 2007, 7–13.

¹⁰² European Commission 2007b, 23.

javaslatból is kitűnik, hogy a Zöld Könyv mögöttes szándéka a klasszikus, de immáron könnyített munkaviszony felé lejtő rendszer kialakítása, amelyben minden egyéb jogviszony valójában átmenet egy, a mainál kevésbé védett, határozatlan idejű munkaviszony felé.

A jogi katalógus (floor of rights) pontos tartalmát illetően az uniós szintű vitákban, illetve a szakirodalomban sem alakult ki szakmai konszenzus. Az Európai Parlament a következő jogok biztosítását javasolja a jogviszonytól függetlenül: egyenlő bánásmód, munkahelyi egészség- és biztonságvédelem, munkaidő és pihenőidő, egyesülési és részvételi jog, kollektív alku, szervezkedés, képzéshez való jog.¹⁰³ Természetesen azt homályban tartotta az Európai Parlament, hogy a munkaidő és pihenőidő szabályai közül például melyeket, azaz milyen típusú szabályokat vélik alkalmazhatónak a mainál lényegesen tágabb személyi körben. Ehhez képest a flexicurity szakértői csoport az érdekképviselet, a konzultáció, általánosságban a munkafeltételek és a diszkrimináció tilalmának fontosságát emelte ki.¹⁰⁴

Ugyanakkor a közösségi jogban már kezd kialakulni a jogviszonytól függetlenül, a munkavégzés alapján járó minimális jogok köre. Elegendő itt utalni az egyenlő bánásmód követelményére, vagy a munkahelyi egészség- és biztonságvédelemmel összefüggő jogokra.¹⁰⁵ Nem arról van szó tehát, hogy ne létezne már ma is a munkavállalói és szociális jogoknak egy ilyen típusú minimuma, amely a munkaviszonyon kívül, akár még a polgári jogviszonyokra is alkalmazandó. Ez a minimális jogi katalógus tehát részben a közösségi jogharmonizációnak (pl. egyenlő bánásmód, munkahelyi egészség- és biztonságvédelem), részben pedig a nemzeti jogalkotásoknak köszönhetően már ma is létezik (pl. alapvető társadalombiztosítási ellátások kötelező járulékfizetés fejében). A javaslatok tehát a Zöld Könyv állításával szemben nem a jogi katalógus megteremtésére, hanem inkább tartalmának rögzítésére és bővítésére irányulnak. A javaslatok közül újdonságnak tekinthető például a munkaidő és pihenőidő, a kollektív alku, illetve a szervezkedés szabadságának általános, a munkaviszony létezésétől független „foglalkoztatási” jogként való meghatározása. A fentiekhez képest lényeges különbség, hogy a Supiot-javaslat nem elégszik meg az érintett jogok pusztá felsorolásával, hanem rendszerbe is szervezi azokat. Ez a rendszer-szemlélet sajnos ma még korántsem dominál a kérdéskörrel folyó szakmai vitában.

5. A gazdaságilag függő munkavégzés szabályozásának koncepcionális kérdései

A fentiekben leírt viták egy jelentős részével szemben a szabályozás alapvető dilemmája ma már nem a rugalmasság és/vagy a biztonság növelése, hanem sokkal inkább a munkajog fogalmi rendszerének teljes meg-

¹⁰³ European Parliament resolution of 11th July 2007 on Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century (2007/2023[INI]), 17.

¹⁰⁴ European Commission 2007b, 18.

¹⁰⁵ Countouris 2007, 195.

újítása. Felesleges ugyanis a személyes munkavégzési jogviszonyokban több vagy kevesebb biztonságot vagy éppenséggel rugalmasságot biztosító új szabályokat bevezetni, amíg a munkajogi szabályozás nem határozza meg pontosan ezeknek a szabályoknak a személyi hatályát.

A személyi hatállyal kapcsolatos jogi bizonytalanságok kiküszöböléséhez elengedhetetlen az alapfogalmak (munkaviszony, önfoglalkoztatás, munkavégző tágabb fogalma) tisztázása, amely részben a közösségi jogharmonizáció és szakmapolitikai viták, döntő részben azonban a nemzeti jogalkotás feladata. Freedland és Countouris álláspontja szerint a munkaszerződés (contract of employment) helyett a személyes munkavégzési szerződés (personal work contract) új fogalmának megalkotásával lehetne szélesebb körben biztosítani a munkajogi védelmet.¹⁰⁶ Természetesen ugyanez a javaslat másoknál, mindenekelőtt a Supiot-jelentésben is kiemelt szerepet kap, bár némileg eltérő tartalommal és terminológiával (occupational status). Abban teljes az egyetértés, hogy az új fogalmi rendszer megalkotása szükséges a munkajogi védelem expanziójához és a jogviszonyok minősítésében általánosan tapasztalható bizonytalanságok megszüntetéséhez egyaránt.

Az általunk elemzett közösségi dokumentumok felhívják a figyelmet arra, hogy a munkavállaló-önfoglalkoztató kétpólusú megközelítés már nem írja le a jelenlegi társadalmi, gazdasági viszonyokat, mivel létezik a kettő között egy harmadik világ is. Ez az úgynevezett szürke zóna a de jure független, de facto függő helyzetben lévő dolgozókra utal. Ugyanakkor a munkaviszony bástyáin belül is megjelennek a tipikus – teljes munkaidős, határozatlan időre létesített – munkaviszonyhoz képest lényegesen lazább, atipikus munkaviszonyok (részmunkaidő, határozott idő, távmunka, munkaerő-kölcsönzés). Pontos fogalmak hiányában a klasszikus munkaviszonnyal szemben úgy általában hozzák fel a „rugalmas” jogviszonyok fogalmát. Kevés szó esett azonban arról, hogy ezen pontosan mit értenek: atipikus munkaviszonyokat, munkaviszonyon kívüli jogviszonyokat, vagy mindkettőt egyszerre.

Érdekes elméleti kérdéseket vet fel egyes „szélsőségesen” atipikus munkaviszonyok és a szürke zóna elhatárolása. Kérdéses, hogy a távmunkában, munkaerő-kölcsönzés keretében dolgozók inkább a munkavállalók csoportjába, vagy inkább a szürke zónába sorolandók. Ennek a problémának a bonyolultsága és komolysága persze nagy mértékben függ az érintett nemzeti szabályozás (pl. munkaerő-kölcsönzés) rugalmasságától, de egyes atipikus szerződések feszegetik a munkaviszony határait. Lényegi kérdés, hogy van-e különbség a védelmi szintben, a szabályozásban az atipikus munkaviszonyok és a munkaviszonyon kívüli jogviszonyok között. Fontos eltérés, hogy az atipikus munkaviszonyokat jelentős – bár a jogviszonytól függően igencsak eltérő – mértékben lefedik az általános munkajogi szabályok. Ebben a vonatkozásban azonban óriási különbségek lehetnek a határozott idejű munkaviszonyok altípusai, a távmunka, vagy éppenséggel a munkaerő-kölcsönzés védelmi szintjében. Általánosságban megáll az az állítás, hogy szabályozásuk sokkal stabillabb, rendezettebb és garanciákkal inkább körbe van bástyázva, mint a munkaviszonyon kívüli jogviszonyban, gazdasági függésben munkát

¹⁰⁶ Freedland and Countouris 2006.

végzők jogi státusa. Erre a leggyakrabban az alkalmi munkát végzőket szokták példaként felhozni.

Két irányból, a munkaviszony és az önfoglalkoztatás felől is megjelenik tehát a foglalkoztatásra irányuló, ám a munkajog tradicionális kategóriába nehezen vagy egyáltalán nem besorolható jogviszonyok új generációja. Éppen ezért sajnálatos, hogy a fenti közösségi dokumentumok szótlanul elmennek az atipikus munkaviszonyok és a munkaviszonynak nem minősülő foglalkoztatási jogviszonyok különbségei mellett. Nem derül ki például az sem, hogy milyen jogviszony típusokra gondolnak „non-standard work” címszó alatt, hiszen egyetlen dokumentumban sem találjuk a meghatározását. A fenti szakértői anyagok változatosan és következtetlenül használják az atipikus munkaviszonyok (part-time work, fixed-term work, agency work etc.¹⁰⁷), és az egyéb jogviszonyok (pl. occasional work, zero-hour contract, on-call work etc.) fogalmát. A jogok fokozatos biztosítása azonban megköveteli majd ezeknek a különbségeknek az elemzését is.

Ugyanakkor még mindig a klasszikus munkaviszony a munkavégzés meghatározó jogi formája a legtöbb tagállamban, (pl. skandináv és balti államok), de kivétel az a tagállam, ahol ez a kisebbik része a munkaerőpiacnak (pl. Egyesült Királyság, Hollandia). Úgy tűnik, a flexicurity célja az, hogy ez módosított formában, könnyített védelemmel, de így is maradjon.¹⁰⁸ A flexicurity célja tehát a klasszikus munkaviszony továbbélésének, de ugyanígy jelenleg is meglévő dominanciájának fenntartása, még azon az áron is, hogy a korábbi védelmi szintből feladni kényszerülnek egyes elemeket, különösen a megszüntetéssel kapcsolatos garanciák közül. Ez a stratégia tehát egyszerre irányul a munkajog hatályának kiterjesztésére és eredeti jelentésének (védelmi szintjének) „korrekciójára”.

A Zöld Könyv azzal akarja növelni a klasszikus munkaviszony vonzerejét, hogy erősíti az azon kívüli szerződéstípusok, jogviszonyok védelmét, ezáltal azok vonzereje csökken. Ez tehát kétirányú folyamat, amelynek az a célja, hogy álljon meg a kiármalás a munkajog(viszony)-ból, és csökkenjen a munkavégzésre irányuló munkaviszonyok és egyéb jogviszonyok közötti különbség. Persze az a kérdés, hogy ettől nő-e a foglalkoztatás, javul-e a teljes munkavállalói réteg védelme. A szürke zónába tartozó jogviszonyok fokozottabb munkajogi védelmével elveszti a vonzerejét azok szemében, akik azért használják, mert olcsóbb és kevesebb jogi kötöttséggel (értsd adminisztrációs terhekkkel, közvetett költségekkel) jár. Így hosszabb távon azok maradnak ilyen jogviszonyban, akikre van szabva, akik a szabadságfoka, védelmi szintje miatt választják, nem pedig a munkaviszony kikerülése eszközének tekintik.

Valójában leegyszerűsíthető volna a képlet munkaviszonyra és önfoglalkoztatásra: tehát ami nem önfoglalkoztatás, az szükségszerűen munkaviszony? Tényleg szükség van-e a sokat emlegetett szürke zónára, vagy ez egy káros állapot, ami ellen küzdeni kell? Az egyik lehetséges válasz, hogy vissza kell terelni mindent a munkaviszony keretébe, és ott kell

¹⁰⁷ European Commission 2007b, 23.

¹⁰⁸ European Parliament resolution of 11th July 2007 on Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century (2007/2023[INI]), L, 9.

megteremteni a rugalmasságot. A másik lehetséges válasz, hogy szükség van szürke zónára és sokszínű, értelemszerűen eltérő védelmet és szabadságfokot biztosító jogviszonyokra. Biztosan minden munkavállaló kiszolgáltatott és a munkajog egyedüli feladata a biztonság egyenértékének fenntartása? Álláspontom szerint a munkaerőpiac egy része valóban igényli a klasszikus munkaviszonyt, esetleg annak egy rugalmasított (atipikus) változatát, de egy része nagyon más, nagyobb rugalmasságot kér kevesebb biztonságért cserébe. A munkaviszonyon kívüli „alternatív” jogviszonyok persze korlátozott munkajogi védelemmel járnak, ami a munkával összefüggő kockázatok átterhelését eredményezi a munkáltatótól a munkát végző személyre. A kérdés az, hogy ezt a kockázatot a munkavégző személy önként vállalta-e át és kap-e érte valamilyen (bármilyen) formában érdemi kompenzációt. A szürke zóna megítélése nem homogén, hiszen az sokféleképpen – szükségtelen, szükséges rossz, szükséges és jó – megítélhető. Álláspontunk a szükséges rossz és a szükséges jó sajátos egyvelegeként összegezhető.

Ezzel összhangban Kártyás azt veti fel, hogy a munka világa valójában ma már nem is három fogalommal (munkavállaló, gazdaságilag függő munkavégző, önfoglalkoztató), hanem kétszer kettős dimenzióban írható le. Egyrészt a tisztán önfoglalkoztatók mellett folyamatosan nő azoknak a (gazdaságilag függő) munkavégzőknek is a száma, akiknek de facto a munkavállalóhoz hasonló a státusuk, mégis kedvezőtlenebb a jogállásuk. Másrészt a munkaviszony határain belül is elkülönül a klasszikus munkaviszonyban és a kevesebb garanciát jelentő atipikus munkaviszonyokban foglalkoztatottak köre.¹⁰⁹ A munkavállalók és az önfoglalkoztatók mellett markánsan jelen vannak tehát az atipikus munkavállalók és az atipikus önfoglalkoztatók. A fentiekben elemzett közösségi dokumentumok arra hívják fel a figyelmet, hogy az atipikus önfoglalkoztatók eddig lényegesen kevesebb szakmai és jogalkotói figyelmet kaptak, mint az atipikus munkavállalók, így a munkajogi jogalkotás kénytelen lesz kezdeni valamit a közeljövőben az ő helyzetükkel. A munkaviszonyon kívüli jogviszonyokban függő munkát végzők munkajogi helyzetével alapvetően két gond van. Az egyik a jogi státushoz kapcsolt (individuális) munkajogi jogosítványok hiánya, vagy jobb esetben rendkívül korlátozott köre. A másik, legalább ilyen problematikus, de talán kisebb szakmai nyilvánosságot kapott kérdés az, hogy ezek a munkát végző személyek szinte teljesen ki vannak rekesztve a kollektív munkajog gyümölcseinek élvezetéből.¹¹⁰

Vajon a munkaviszonyon kívüli (egyéb) foglalkoztatási jogviszonyok részleges egyenjogúsításának teóriája az Európai Bizottság részéről csak a munkaviszony rugalmasításának kompenzációja, vagy a valós kiegyenlítés szándéka vezeti? Másként feltéve a kérdést: a flexicurity gumicsontjának küzdőtérre dobásával nem az volt-e a szándék, hogy elterelje a figyelmet a közösségi jogharmonizáció kifulladásáról, illetve hogy a harmonizáció helyett a kemény jogi következményekkel nem járó szakpolitikai vitákra kerüljön át a hangsúly? A jogharmonizáció megfékezése

¹⁰⁹ Kártyás 2008, 206.

¹¹⁰ Klare 2005, 16–18.

leginkább a munkáltatói szövetségek érdeke, illetve régi követelése.¹¹¹ Az Európai Bizottság szerint a flexicurity mögötti alapgondolat pontosan az, hogy a rugalmasság és a biztonság nincsenek ellentmondásban, azaz nem egymás ellentétjei, hanem kölcsönösen erősítik egymást, különösen a fejlett országokat jelenleg érő olyan kihívások idején, mint a globalizáció.¹¹²

Véleményünk szerint ha nem is figyelem-elterelésnek szánták a munkaerő-piaci rugalmasság témájának exponálását, de a jogharmonizáció helyett a kemény jogi eszközök nélküli spontán munkajogi harmonizáció szándéka egyértelmű. A munkaviszonynak nem minősülő, az ún. szürke zónába sorolható függő munkavégzés úgysem kezelhető a jogharmonizáció hagyományos technikáival. A Zöld Könyvben kicsúcsosodó szakpolitikai vita már csak azért is szerencsés fejlemény, mert a definíciók és a hozzájuk csatolandó jogi katalógusok kérdése meglehetősen kiforrotlan még. Következésképpen mind a fogalmi rendszer újragondolása, mind pedig a minimális jogok katalógusa üdvözlendő, bár kétségeinket nem hallgathatjuk el, hogy mit lehet tenni uniós szinten ennek a megvalósítása érdekében.

A munkajog hatályának kiterjesztése azonban azzal a veszéllyel jár, hogy a munkajog nem csupán eredeti határait veszíti el, hanem egyben identitását is.¹¹³ A munkajog identitás-válságának az oka ugyanis abban rejlik, hogy átalakult a munkajog tradicionális tárgya, vagyis az a fajta munkavégzés, amely a munkavállalói státussal fonódott össze. D'Antona szerint a munkajog identitása a következő négy pilléren nyugszik: a nemzetállamon, a hatalmas gyárakban, a teljes munkaidős foglalkoztatáson, és az általános szakszervezeti képviseleten.¹¹⁴ Lényegében ezek a pillérek egytől egyig meginogtak a 20. század végén, így a munkajog egész építménye felújításra szorul.

Irodalom

- Ashagbor, Diamond 2005: *The European Employment Strategy – Labour Market Regulation and New Governance*. Oxford University Press, Oxford.
- Berge, Mirten van den – Schout, Adriann 2008: *From Bending to Stressing National Interests? The impact of reforms and enlargements on EU negotiation between 1988-2008*. The Hague, Netherlands Institute of International Relations.
- Countouris, Nicola 2007: *The Changing Law of the Employment Relationship*. Ashgate Publishing, Aldershot.
- D'Antona, Massimo 2005: Labour Law at the Century's End: An identity Crisis? In: Conaghan, Joanne – Fischl, Richard – Klare, Karl (eds.): *Labour law in an era of globalization*. Oxford University Press, Oxford, pp. 31–49.
- Deakin, Simon 2002: *The evolution of the employment relationship*. In: Auer, Peter – Gazier, Bernard (eds.): *The Future of Work, Employment and Social Protection*. ILO, Geneva, pp. 191–205.

¹¹¹ Sciarra 2007.

¹¹² European Commission 2006d, 77.

¹¹³ Ojeda Aviles 2009, 47.

¹¹⁴ D'Antona 2005, 32–38.

EURÓPAI UNIÓ

- Deakin, Simon – Reed, Hannah 2000: The Contested Meaning of Labour Market Flexibility: Economic Theory and the Discourse of European Integration. In: Shaw, Jo (ed.): *Social Law and Policy in an Evolving European Union*. Hart Publishing, Oxford, 2000, 71–99.
- Freedland, Mark – Countouris, Nicola 2006: *Flexibility of the labour market*. <http://www.publications.parliament.uk/pa/ld200607/ldselect/ldcom/120/120we18.htm>
- Goetschy, Janine 2007a: The Implications of the Lisbon Strategy for the Future of Social Europe: 'On the Road' or 'New Age'? *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, Vol. 23/4. 499–523.
- Huiskamp, Rien – Vos, Kees 2007: Flexibilization, Modernization and the Lisbon Strategy. *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, Vol. 23/4. 587–599.
- Kártyás Gábor 2008: A munkajog új kihívásai a XXI. század elején, különös tekintettel a munkaerőpiac kettészakadására és az atipikus foglalkoztatásra. In: Kiss György – Berke Gyula – Bankó Zoltán – Kajtár Edit (szerk.): *Emlékkönyv Román László születésének 80. évfordulójára*. Pécs, pp. 193–214.
- Kiss György 2008: A magyar munkajog megújulásának esélye az Európai Unió munkaügyi politikájának tükrében. *Pécsi Munkajogi Közlemények*, 2008/1: 7–32.
- Klare, Karl 2005: The Horizons of Transformative Labour and Employment Law. In: Conaghan, Joanne – Fischl, Richard – Klare, Karl (eds.): *Labour law in an era of globalization*. Oxford University Press, Oxford, pp. 3–29.
- Madsen, Per 2002: *The Danish Model of „Flexicurity” – A Paradise with some Snakes*. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, <http://www.eurofound.europa.eu/ewco/employment/documents/madsen.pdf>
- Madsen, Per 2004: The Danish model of 'flexicurity': experience and lessons. *Transfer*, 2/2004, 187–207.
- Madsen, Peer 2007: Flexicurity – Towards a Set of Common Principles. *The International Journal of Comparative Labour Law and Industrial Relations*, Vol. 23/4. 525–542.
- Marsden, David – Stephenson, Hugh (eds.) 2001: *Labour Law and Social Insurance in the New Economy: A Debate on the Supiot Report*. Centre for Economic Performance, LSE, London.
- Murcia, Joaquin Garcia 2007: The European Commission's Green Paper on labour law. *International Labour Review*, Vol. 146 (2007), No. 1–2: 109–114.
- Ojeda Aviles, Antonio 2009: The „externalization” of labour law. *International Labour Review*, Vol. 148 (2009), No. 1–2, pp. 47–67.
- Sciarra, Silvana 2007: 'Modernization' of Labour Law: a current European debate. Geneva, International Institute for Labour Studies, Public Lecture, <http://www.ilo.org/public/english/bureau/inst/download/sciarra.pdf>
- Supiot, Alain 1999: The transformation of work and the future of labour law in Europe: A multidisciplinary perspective. *International Labour Review*, Vol. 138, No. 1, pp. 31–46.
- Tangian, Andranik 2007: *Flexibility-flexicurity-flexinsurance – Response to the European Commission's Green Paper „Modernising Labour Law to Meet the Challenges of the 21st Century”*. WSI-Diskussionspapier, No. 149., Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf. http://www.boeckler.de/pdf/p_wsi_diskp_149_e.pdf
- The labour lawyers and the Green Paper on „Modernising labour law to meet the challenges of the 21st century”*. www.europeanrights.eu
- Tros, Frank – Wilthagen, Ton 2003: *The Concept of „Flexicurity” – A new approach to regulating employment and labour markets*. Tilburg University, Tilburg Flexicurity Research Programme, Flexicurity paper 2003/4.
- Tros, Frank – Wilthagen, Ton 2004: The concept of 'flexicurity': a new approach to regulating employment and labour markets. *Transfer*, 2004 10(2), 166–186.
- Wank, Rolf: *Diversifying Employment Patterns – the Scope of Labor Law and the Notion of Employees*. http://www.jil.go.jp/english/events_and_information/documents/cls04_wank2.pdf

- Zeitlin, Jonathan 2007: A Decade of Innovation in EU Governance: The European Employment Strategy, the Open Method of Coordination, and the Lisbon Strategy. In: *Perspectives on Employment and Social Policy Coordination in the European Union*. Portuguese Presidency of the European Union, Lisbon.
- Zhou, Jianping 2007: *Danish for All? Balancing Flexibility With Security: The Flexicurity Model*. IMF Working Paper No. 07/36.

Helyreigazítás

Az Esély 2009/5. számában hibásan jelentek meg a 48. és a 68. oldalon található lábjegyzetek. A szóban forgó szövegek helyesen:

A 48. oldalon:

+ Az Esély folyóirat a Miniszterelnöki Hivatallal kötött használatba vételi megállapodás alapján jelenteti meg Gábos András: „A gyermekszegénységgel és az ezzel összefüggő szakpolitikákkal kapcsolatos nemzetközi irodalom áttekintése és Tárki empíria” című tanulmányának szerkesztett változatát. A tanulmány eredeti változata a Miniszterelnöki Hivatal megrendelésére készült, a 2008 ősze óta működő „Legyen jobb a gyermekeknek!” Nemzeti Stratégia, 2007–2032 kilenc civil szervezetből álló Értékelő Bizottságának (ÉB) munkájához.

A csillaggal (*) jelölt lábjegyzetet töröljük.

A 68. oldalon:

1 A tanulmány magyar nyelvű változata része volt Gábos András: „A gyermekszegénységgel és az ezzel összefüggő szakpolitikákkal kapcsolatos nemzetközi irodalom áttekintése és Tárki empíria” című tanulmánynak, amely a Miniszterelnöki Hivatal megbízásából készült.

A hibákért az érintettek és olvasóink elnézését kérjük.

A Szerkesztőség

KATZ KATALIN

A szociális munka kultúrái¹

Bevezetésképpen először tisztázni szeretném, mit is jelent a szociális munka. A címben kultúrákról beszéltem, többes számban; ebből már kiderült, hogy nem egységes tömbről, tudásanyagról vagy praxistról van szó. A szociális munka azonban a különbségek ellenére rendelkezik közös, egységes kerettel és alampintázattal.

A szociális munka alapja, feladata, értelme a másik iránti felelősségvállalás – ez adja létjogosultságát, a szakmai tevékenység kereteit. A „másikon” Levinas (1997) etika-fogalma szerint érthetjük embertársainkat általában. Eszerint emberként felelősek vagyunk minden más ember jólétéért (miközben ezt nincs jogunkban elvárni tőle), nemcsak elvontan és elméletben, hanem a cselekvés szintjén is. De a szociális munka nemcsak általában igényli az emberi felelősséget, hanem konkrétan, a „más” emberek iránt is.

A történelem során a szociális munka ott jelenik meg, ahol a más-ságba szorult vagy kényszerített emberek nem törhetnek ki másságukból és ennek következményeiből szakmai segítség nélkül. Hogy mit tekintünk másságnak és mit szakmai segítségnek, az már kontextus- és kultúrafüggő. Útalhatunk a szóval történelmi-időbeli, társadalmi, politikai, hagyománybeli, vallási, gazdasági, lokális stb. tényezőkre.

A szociális munka az említett felelősség alapján mindig úttörő feladatot vállalt magára, kritikus szemmel nézte a társadalmi rendet. Ott „robbant ki” először, ahol a társadalmi rend tömegével gyártotta a másságot: például Angliában az ipari forradalom következményei, vagy Amerikában a múlt század harmincas éveiben a gazdasági válsága nyomán. Tudásanyagát és praxisa alapjait mindig a helyzetnek megfelelően fejlesztette.

A szociális munka a társadalmi változások, az új rend kialakulása folyamatában keresi feladatát, beavatkozik az emberi helyzetek alakulásába: szegények, városba özönlő falusiak, munkanélküliek, kisebbségek ügyét igyekszik előrevinni, életminőségüket javítani, másságukat eltüntetni, vagy legalábbis csökkenteni. Ez a törekvés más és más arcot ölt különböző helyeken, helyzetekben.

A hangsúly olykor arra kerül(t), hogy a szociális munkások átneveljenek, megtanítsanak másokat arra, hogy ne legyenek annyira mások, inkább hasonlítsanak a domináns, az őket elnyomó társadalomra – hiszen náluk valami nincs rendben. Más alkalommal a szociális munka kiköveteli a domináns társadalomtól, hogy változtasson előítéletein, legyen befogadóbb, másképp állítsa fel prioritási rendszerét, fontos határait.

¹ Az előadás a 2009. szeptember 26-án, Fonyódon rendezett szupervizor találkozón hangzott el.

A szociális munkát állandó feszültség, folyamatos ingamozgás jellemzi az egyéni segítség, a gondozás, valamint a társadalmi, közösségi feladatok között. Nemcsak arról van szó, hogy „halat adunk az embereknek, vagy megtaníjtuk őket halászni”, hanem arról is, hogy beleszólunk abba, kit engednek be a horgászterületre, kinek lehet horgászengedélye (mindenkinek jogában áll-e kifogni a halat, vagy a halász úrtól kell megvennie, esetleg adományként megkapja), és hogy ezekről a jogokról ki dönt/het.

A szociális munka alanya az „ember a környezetében”. Más segítő szakmáktól eltérően a szociális munkának nem az emberi létezés egy-egy szelete a tudás- és praxis-anyaga, specialitása (mint ahogy például az orvos a testi egészséggel, a pszichológus a lelki egyensúllyal és a belső világgal, a közgazdász a gazdasággal, a politikus a társadalmi erők megértésével és elosztásával, a pedagógus az oktatással, a jogász a jogokkal foglalkozik), hanem az emberi helyzetek integrációja. Ebben benne van a testi és lelki egészség, a gazdaság, a politika, a pedagógia, a jog, és még sok egyéb is.

Természetesen nincs olyan szociális munkás a földön, aki mindezt egyszerre állandóan és hatásosan gyakorolja, de az emberi helyzetek elemei közötti integráció kardinális feladatunk. Az első kérdés mindig az, hogy az adott kultúrában és emberi helyzetben mi a legsürgősebb, mi az, ami a leginkább elhanyagolt, mi a legfontosabb feladata az egyes szociális munkásnak, illetve a szociális munkának mint felelősséget vállaló szakmának. Mi a legrelevánsabb az adott helyzetben, kik szorulnak „másságba”, és mit tehetünk ez ügyben.

Nem a társadalmi rend fenntartása a feladatunk, az nélkülünk is megvan, köszöni szépen. Nem a rend felbontása a feladatunk, azt a politikai erők, a pártok intézik. Nem kell, hogy orvosok, pszichológusok, közgazdászok, jogászok legyünk, nekik megvan a nagyon fontos és hasznos dolguk. A szociális munkának az összképet kell néznie, átlátnia, és ott kell beavatkoznia, ahol a másság termelődik. Felelősége van a „mássággal” kapcsolatban. Feladata, hogy egyszerre kívülről és belülről nézze az emberi helyzeteket, és lehetővé tegye az integrációt. Klienseink számára ettől válik relevánssá a szociális munka.

A szociális munka kultúrája természetesen maga is környezetfüggő, és nem mindig kapcsolódik kritikus módon a környezetéhez, mint ahogy azt eddig idealizálva elmondtam. Az integráció szorgalmazása sokszor zavaros vizekre visz, és nem mindig egyértelmű, hogy a másság csökkentését, vagy inkább továbbörökítését szolgálja.

A szociális munka kultúráit ezek az elvek, folyamatok és irányzatok alakítják. Eddig talán tisztáztam valamelyest, hogy mitől lehet egy szakma ilyen sokarcú és sokszínű, miért változik időben és térben.

A szociális munka kultúráit, ezek alakulását és helyi-környezeti összefüggéseit illusztrálандó röviden különböző helyszíneket tekintek át. Természetesen ez általánosítással jár, csak az összképet mutatom be nagy vonásokban.

Észak-Amerika

A társadalom nagy részét viszonylagos jólét, individualizmus és fejlett demokrácia jellemzi. A kapitalizmus és az individualizmus ideológiájából merítve a szociális munka különböző részekre szakadt, a fent említett összefüggések mentén.

Állami vagy önkormányzati szociális munkások foglalkoznak a szegényekkel, a drogfüggőkkel, a hajléktalanokkal; általában alacsony költségvetéssel, maguk is küszködve. A vadkapitalizmusban élő „másokat” segítik.

A klinikai szociális munkások pszichoterápiát, családterápiát, és ezek különféle ágazatait művelik (pszichodráma, nevelési tanácsadás stb.), általában magánklinikákon, és tulajdonképpen nem különböznek a pszichológusoktól.

Ebben a két ágazatban néha kérdéses a társadalom kritikus gyakorlata, más szóval az *empowerment*. (Mindig küszködöm e fogalom magyarra fordításával. A képessé tevés azért nem jó, mert azt sugallja, hogy akiket képessé teszünk, azok korábban képtelenek voltak valamire. A megerősítés pedig nem elég világos fogalom. Így egyelőre maradok az *empowerment*-nél.) De:

– Itt fejlődött ki a közösségi szociális munka, ami a szolidaritás hiányát igyekszik orvosolni az individualista társadalomban.

– Itt kezdődött az emberi jogokat központba helyező szociális munka, ami az egyéni jogokat helyezi előtérbe, egyrészt elfogadva az alapvető individualizmust, másrészt korlátozva a másokat elnyomó, kihasználó, elsőpró, megalázó „szabadságot”.

A szociális munkának ez a két ágazata vezette be az *empowerment* irányzatát, amely néha mégis megtalálja útját a fent említett egyéni szociális munkában is.

A szociális munka elfogadott, szakmai presztízzsel rendelkező foglalkozás. Csak egyetemi diplomával rendelkező szakemberek gyakorolhatják, ezt törvényben szabályozzák, diploma nélkül nem lehet szociális munkásként dolgozni.

A szupervízió folyamatosan végigkíséri a szociális munkásokat pályájuk során. Miután a szociális munka képzésanyagának lényege a pszichológia és a szociológia, általában a belső, csakis szociális munkás vezetőszupervízorok is e mentén működnek. Feladatuk három integrált részből áll: a személyes, lelki támogatás és az önismeret fejlesztése; a munkakör betöltéséhez szükséges tudás fejlesztése; a munka etikai értékelése és kontrollja, valamint a munkavégzés képességének ellenőrzése. Munkájuk közös célja a kliensek segítése, valamint a kölcsönös bizalom és együttműködés folyamatos fenntartása.

Nyugat-Európa

A szociális munka itt inkább egyéni gondozást jelent, az elesettek különféle csoportjainak segítése áll a középpontjában. Nem kérdőjelezi meg az ismert, megszokott és bevált társadalmi határokat és hagyományokat, inkább megőrzi azokat. Közelebb áll a modern, mint a posztmodern

irányzathoz, szemben az amerikai modellel. A másságot úgy kezeli, hogy megfelelő forrásokat keresve segíti a rászorulókat, kevésbé foglalkozik a szakma politikai vonzatával.

Az európai szociális munka nagy kihívása szerintem manapság a posztkoloniális helyzet és a globalizáció következtében lezajló óriási népesség-változás: az afrikai, albán, koszovói menekültek, a volt kolóniák és az újabb Európai Unió államok bevándorlóinak megjelenése. Mindezek eleve a másságot prezentálják és reprezentálják, miközben a domináns társadalom marginalizálja, ugyanakkor használja és kihasználja őket. Kellenek is nekik, meg nem is. Igazi szociális munkaterep!

A szakmát különböző szintű képzéseken tanítják, és nem mindeütt létezik olyan törvény, mely szabályozná, milyen végzettséggel lehet valaki szociális munkás. A szupervízió külső, a támogatást általában pszichológiai eszközökkel, valamint önismeret-fejlesztéssel végzi. Elkerüli a hatalmi problémákat az intézmény szintjén csakúgy, mint szélesebb, társadalmi szinten. Az etikai problémák is csak a szociális munkás esetleg felvetett dilemmái révén jelenhetnek meg, a külső kontroll kizárt. Ebben a szupervízióban a kliensek képletesen sincsenek képviselve. A határok egyértelműek és szigorúan betartandók, átjárni rajtuk veszélyes, káros.

Dél-Afrika

Az elnyomás, a kegyetlenség és a megalázás nem tisztítja meg az áldozat lelkét, inkább megnyomorítja. A felszabadulás utáni eufóriát követő megbocsátás pozitív folyamatokat indított el. De kiderült, hogy a társadalom – mint minden társadalom – összetettebb, nemcsak gonosz-rossz elnyomókból, és ártatlan-jó elnyomottakból áll. A sok-sok problémával küzdő dél-afrikai társadalomban magas fokú a kriminalizálódás, sokan csalódtak és elvesztették reményeiket az új társadalmi rend nehézségei miatt. (Ugye ismerős ez nálunk is?) Nem ismerem a dél-afrikai szociális munkát, így csak találgathatnám, mi a feladat ebben a helyzetben.

Közép-Afrika

A társadalmi helyzet a következőkkel jellemezhető: HIV-fertőzöttek tömege, vég nélküli háborúk, árvák, éhség, betegség. A szociális munkások klinikákat, megelőző programokat, árvaházakat létesítenek, miközben sok az emberjogi és a politikai korrupciós probléma – most mégsem az a legsürgősebb. Életet kell menteni. Kórház, klinika, árvaház létesítése, stábok toborozása a szociális munkások legfőbb elfoglaltsága, ez releváns a jelenlegi helyzetben. Szupervízió nincs.

Dorit Roer kolleganőm most jött meg Kamerunból, és a következőkről számolt be: szegénység, betegség, korai halál, kondom- és gyógyszerhiány, éhség. Ezt a társadalmi szolidaritás természetessége enyhíti. „Hogy van az, hogy mosolyognak, boldognak látszanak az emberek?” – kérdezi Dorit. Elgondolkozik a helybeli kollega: „Hát, mostanában van ennivalónk.”

A kameruni szociális munkásokkal most egy klinika létesítése érdekében önkéntes stáb toborzásán dolgozunk, mert ott, abban a faluban – mint Közép-Afrikában a legtöbb helyen – belátható távolságban nincs semmi ilyesmi. Ha AIDS-fertőzött lesz valaki, vagy másféle betegséget kap, meghal.

Ázsia és Észak-Afrika

Itt most csak azokról az országokról szólok, melyekben nem rendelkeznek demokratikus kultúrával. Demokrácia hiányában a szociális munkás nem szólhat bele nagy politikai kérdésekbe, a források elosztásába. A beavatkozásokra a mikro- és a makro-szint határán kerül sor, kis közösségekben, az egyéni és a közösségi munka nem válik el egymástól.

A legnagyobb kihívást az emberi jogok kérdése jelenti, az alapvető feminizmus, a hagyományos interszubjektív kultúra elfogadásával együtt. Itt most nincs időm kifejteni Markus és Kitayama (1991) kutatásait, de nyilvánvaló, hogy a keleti kollektív kultúra szemben áll a nyugati individualizmussal. Másképp működik már az egyéniség szintjén is: Keleten az egyén akkor teljes és fejlett, amikor a közösséggel egyesül, nem amikor saját magát önállósítja. Ez az általános keret. Ezzel együtt az emberi jogok nyugati eredetű gondolata is hangsúlyosan jelen van a szociális munkában.

Különös hangsúlyt helyeznek a nők helyzetének javítására, ami egyben a szegénység enyhítését is jelenti. Finoman és óvatosan, nem belegázolva az értékeikbe hindu, bangladesi, afgán, arab és beduin szociális munkások dolgoznak helyi kis projekteken az ottani férfiakkal és nőekkel, hogy a nők nagyobb szabadságot, önállóságot kaphassanak, dolgozhassanak – különösen női szövetkezetekben –, alkothassanak, segíthessék saját életminőségüket, családjuk és közösségük jólétét. Így fonódik össze a nők felszabadítása a közösség értékeinek elfogadásával. Így jelenik meg az *empowerment* elve mind egyéni (női), mind közösségi szinten.

Itt a szupervízió a kulturálisan érzékeny, de az emberi jogokat is integráló gyakorlat nehézségeit segíti, sokszor helyi és nyugati együttműködéssel.

Dél-Amerika

Dél-Amerikát a marxista irányzat jellemzi. Brazíliában a szociális munkások egyesülete csak marxista tagokat vesz fel. A kormánnyal „együttműködő” szociális munkást kirekesztik. Az egyetemeken – beleértve a katolikus egyetemet is – a tananyag gerincét marxista és neomarxista elméletek adják. A szociális munka központi feladata a társadalomkritika, és a „tömegek” felszabadítása. Kevesen és keveset dolgoznak egyénekként; idegennek számít, aki az egyéni gondozás elméletével és gyakorlatával foglalkozik. „Nem tudnám elképzelni, hogy egy szociális munkás ne legyen marxista” – mondja egy Brazíliából származó, Izraelbe bevándorolt szociális munkás tanítványom.

A marxista irányzat relevanciája az óriási, általunk talán el sem képzelhető társadalmi osztálykülönbségekből fakad: kevés a nagyon gazdag ember, sokan nagyon szegények, középosztály nincs, a mobilitás majdnem lehetetlen.

A szakmai képzés egyetemi szintű. A szupervízió a társadalmi problémákkal foglalkozik – félretéve a személyes nehézségeket.

Magyarország

Magyarországon – akár a többi volt szocialista országban – a szakma nem „természetesen” fejlődött ki. A dicső szocializmus, a volt rezsim eltűnésével úgy robbant be, hogy egyrészt tömegesen importálta a külföldi (főleg nyugati) szakmai tapasztalatot és tudást, azt igyekezett alkalmazni. Kiderült azonban, hogy rengeteg olyan probléma van, amihez helyben kell tapasztalatot szerezni és praxist teremteni, hiszen a helyzet és a kultúra mindig és mindenhol egyedi. A kultúrák közötti dialógus rendkívül fontos, de annak dialógusnak kell lennie. A szociális munka sem szorulhat a „mátság csapdájába” a szakmán belül, hanem felelősséget kell vállalnia, kiharcolni a maga helyét, hangját és relevanciáját, miközben tanul és tanít.

Úgy látom, itt egyelőre még fragmentált a szociális munka szakmaisága. Létezik családsegítés, közösségi munka is, foglalkoznak drogosokkal, van hajléktalan-ellátás. De még nem alakult ki, csak folyamatban van (és nehogy stagnáljon) az integráció. Számomra az egyik legfeltűnőbb szimptomája a hiányosságnak az, hogy a hajléktalanszállók és ellátó intézmények úgy sokasodnak, mint eső után a gomba. Természetesen el kell látni a sok hajléktalant. De a szociális munkának az is felelőssége lenne, hogy politikai szinten kikövetelje: hozzanak olyan törvényt, amely mindenki számára biztosítja a lakhatás jogát. A sok hajléktalanszálló a házirenddel, szabályokkal (mert másképp nem lehet) sérti az ott lakók autonómiáját, és ez intézményi szinten *empowerment*-ellenes. Akkor is, ha a hajléktalanszálló magas szakmai színvonalon működik – és ilyen sok van. Az állandó ideiglenesség lelkileg is káros, ellehetetleníti a felemelkedést. Miután ez tömeges probléma, a szociális munka feladata lenne ebbe politikai szinten is beleszólni.

Ehhez persze az integráción keresztül vezet az út. Magyarországon még fragmentált a szakma. A képzések nagyon különböző szintűek, a pár hónapos kurzusoktól kezdve az egyetemig. Majdnem mindenki lehet szociális munkás. Hiányzik a szociális munkáról szóló törvény, amely világossá tenné, milyen feltételekkel végezhető a szociális munka, ki gyakorolhatja. Egy ilyen törvény megalkotása jelentősen javítaná a szakma presztízsét, elismert szakértővé tenné a szociális munkást. Ennek kikényszerítése a szociális munkások felelőssége.

A „nálunk ez nem így van, itt ez lehetetlen” szlogen ellentmondásban van szakmánk úttörő jellegével. A szociális munkás feladata éppen az, hogy a lehetetlennek látszó ügyeket lehetővé tegye. Magunkra is ráférne az *empowerment*. A szupervízió is fragmentált. Belső szupervízió csak úgy elképzelhető, ha a vezető maga is szociális munkás, ami itt nem általános.

Izrael és Palesztina

A szociális munka bio-pszicho-szociális megközelítéssel dolgozik: az egészségi, lelki és környezeti állapotot integráltan szemléli és kezeli, ennek megfelelő a képzés is. A szegényeknek is jár szükség szerint tisztességes egészségügyi ellátás és pszichoterápia, de a tehetősebbeknek is vannak társadalmi gondjaik. Emberi jogok vonatkozásában, a különféle kisebbségek ügyében a szociális munka kiemelkedő szerepet játszik. A palesztin egyetemeken általában az izraeli szociális munka tananyagát és irányzatait vették át. Nem kétséges, hogy politikai erősödésük során kikristályosodnak majd a számukra releváns irányok és hangsúlyok.

Egy kis szociális munka-történet

Palesztin kollégámmal, Amin Haj-Yichye-vel való együttműködésünk, beszélgetéseink során derült ki, milyen hasonlóan kezdődött a szociális munka mindkét közösségben: a konfliktusokban való sorsközösség jóformán egy időben hozta létre és tette relevánssá a szociális munkát. Izraelben a szociális munka még a zsidó állam alapítása előtt kialakult, Henrietta Szold nevéhez kötődően. Szold amerikai zsidó, egyedülálló nő volt, aki rengeteg, a holocaustból megmenekült árvát vett pártfogásába, akik először európai menekülttáborokban gyűltek össze, majd nagy részük Izraelbe került. A felnőtt túlélők közül is sokaknak nem volt kihez, mihez visszatérni, sokan közülük szintén oda kerültek. Szold az árvákkal foglalkozott, először csak egyénileg, önkéntes munkában, majd megszervezte azokat az intézeteket (a keserű konnotációk miatt nem lehet árvaházakról beszélni), melyek befogadták őket. Nemcsak fizikai létükről volt szó, hanem a befogadás komplex, sokszintű munkájáról. Hiány volt kórházakban is, így párhuzamosan a jeruzsálemi Hadassza kórház építését, beruházásait is ő kezdeményezte. Munkássága már nemcsak egyéni volt, hanem mozgalommá fejlődött. Rájött arra is, hogy nem elég a jóakarát, sem a pénzadományok gyűjtése: hiányzott a szakértelem. Így ebből az óriási teljesítményből alakult ki a szociális munka oktatása is. Kezdetben az izraeli szociális munkások Franciaországban tanultak, majd 60 évvel ezelőtt létesült az első szociális munkás képző iskola a Héber Egyetemen Jeruzsálemben.

A palesztin Hind El-Husszeini az 1948-as arab–zsidó háború alatt Kelet-Jeruzsálemben élt, egyedül. A tűzszünet után Jeruzsálemnek ez a része Jordániához tartozott. A palesztinai menekültek sokaságában rengeteg volt az árva gyerek. El-Husszeini kezdetben egyesével fogadta be házába az árvákat, mígnem ez lehetetlenné vált. Helyet, intézetet, pénzadományokat gyűjtött, hogy ápolni, gondozni lehessen őket. Mint kiderült, ez nem volt elég: hiányzott a tudás is: hogy „hogyan”, nem csupán „mit” kell tenni. A kelet-jeruzsálemi El-Kudsz palesztin egyetem szociális munka iskolája máig is Hind El-Husszeini nevét viseli.

Mi pedig – a két iskola néhány oktatója – nagy nehézségek és elleneskedés árán (amit nem könnyű kibírni!) együttműködünk egy olyan projektben, melyben a hallgatók rendszeresen találkoznak, ismerkednek

egymás kultúrájával és gondjaival, a szociális munka közös alapjainak segítségével.

Izraelben a szakma elismerésének legkézzelfoghatóbb jele a szociális munkáról szóló törvény. Izraelben a szociális munka csak egyetemi szinten tanulható. A törvény szerint csak diplomás szociális munkás kaphat jogosítványt a gyakorláshoz. A helyi szolgáltatástól felfelé egészen a minisztériumig csak szociális munkás lehet a ranglistán. Szociális munkás a jóléti minisztériumban a miniszter közvetlen munkatársa (az államtitkár), az egészségügyben a szociális ügyek igazgatója, a társadalombiztosításnál majdnem mindenki.

A szociális munka itt átfogó szakma; a képzés az egészségügyi, pszichológiai és társadalmi vonatkozásokkal egyaránt foglalkozik. A szociális munkás elismerten végezhet pszichoterápiát a segítő szolgálatokon belül. A család gondozásához szorosan tartozik a gazdasági, a lelki, a jogi, az emberi jogi segítség is. A kórházakban dolgozó szociális munkások az orvosi stáb tagjai, beleszólásuk van a páciensek kezelésének megtervezésébe. A közösségi szociális munkások nemcsak belülről fejlesztik a közösséget, hanem a parlamenti lobbizáson kívül jogi tanácsadással segítik a „más” közösségek jogainak kiharcolását. Szakértőként vesznek részt bizonyos törvényhozó parlamenti bizottságokban. Családi perekben, valamint büntetlen előéletű kiskorúak és nagykorúak elleni eljárás során a bírónak szociális munkás véleményét kell kérnie, és azt figyelembe venni.

Mindez a szakma valamelyes elismerését tükrözi, de ugyanakkor rengeteg súlyos problémát is jelent. S hogy tévedésbe ne essünk: ez a megközelítés a szociális munka álláspontjára jellemző, nem pedig a társadalmi-politikai helyzetre, vagy a *mainstream* beleegyezésére. Amit a szakma elér, az mindig nehéz viaskodások sohasem állandó vagy biztos eredménye.

Mindez egy olyan társadalmi közegbe van beágyazva, ahol a hierarchiát nem övezi különös tisztelet. Az izraeli kultúrában létezik természetesen hierarchia, de nem a hagyományon alapul. Felsőbb posztokra az kerül, aki bizonyította képességeit; igazán csak ezt értékeli benne. Az élet más területein nem számít „fontosabbnak”, aki szakmailag felettese másoknak, vagyis a magas pozíció csak szakmai helyzetben játszik szerepet. Bizalmatlanság előfordul, de nem jellemző.

Ebből adódik az a helyzet, hogy lehetséges a szupervízió és a vezetés integrációja. Alapvető bizalom van a beosztott és felettese között, mindketten abból indulnak ki, hogy a munkában megjelenő problémákat szakmai alapon elemezik, ítélik meg. Általában a légkör nem fenyegető.

Tudom, hogy itt, Magyarországon más a kultúra, és nehezebben érhető el ez a helyzet. Mindazonáltal a szociális munka integrációs feladata szempontjából azt tartanám szerencsésnek, ha a szupervízió is integrált és folyamatos lenne az intézményen belül, *közös feladatnak és célnak tekintve a kliensek jólétét*. Így lehet a kliens érdekében közös felelősséget vállalni, ebben támogatást és segítséget kapni a szupervízor-vezetőtől, és egyben széles ívben átlátni a szociális munka szakmai, érzelmi, etikai, konkrét és elméleti problematikáját.

Az emberi élet elemeit integráló megközelítés azt is magába foglalja, hogy integrálni tudjuk a hatalomhoz való viszonyunkat – saját önisme-

retünk, és a kliensekkel való kapcsolat érdekében is. Nem tagadni kell ennek a problematikáját, hanem megtanulni nyíltan beszélni róla.

A hatalmi viszonyok problémáit meg lehet beszélni, és fel kell dolgozni.

A külső szupervízió áthidalja a hatalmi viszony problémáját a szupervíziós kapcsolatban, de néha ezzel olyan falakat is emel, melyek külön szigetre helyezik az érzelmi-támogatási vonalat, elvágva az intézményi, a felelősséggel kapcsolatos és az etikai problémáktól is.

Természetesen a belső szupervízióhoz az szükséges, hogy a vezető is szociális munkás legyen. Tapasztalatomból tudom, hogy itt is, különösen kisebb helyeken, ahol a szociális szolgáltatás vezetője maga is szociális munkás, sikerült olyan viszonyokat teremteni a vezető és a beosztottak között, hogy a kölcsönös kritika és értékelés nem csorbított a szupervíziós ülések minőségén, sőt, gazdagította azokat.

Irodalom

Lévinas, Emmanuel (1997): *Nyelv és közelség*. Jelenkor Irodalmi és Művészeti Kiadó, Pécs

Markus, H., és Kitayama, S. (1991): Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98, 224–253.

SZIKRA DOROTTYA

Segítség és kontroll: a szociális munka története Kelet-Európában

(Kurt Schilde – Dagmar Schulte (eds.): *Need and Care – Glimpses into the Beginnings of Eastern Europe's Professional Welfare*. Barbara Budrich Publishers, Opladen and Bloomfield Hills, 2005.

Gisela Hauss – Dagmar Schulte (eds.): *Amid Social Contraditions. Towards a History of Social Work in Europe*. Barbara Budrich Publishers, Opladen and Farmington Hills, MI 2009.)

A német Barbara Budrich Kiadót – amely egyre komolyabb szerepet játszik az ottani társadalomtudományi könyvkiadásban – egy fiatal hölgy alapította 2004-ben, aki korábban édesapja, Edmund Budrich kiadójában dolgozott. A kiadó a társadalomtudományokon belül elsősorban a pedagógiai, pszichológiai és szociális munka tárgyú kiadványokra specializálódott. Ezen belül hangsúlyosan foglalkozik a női és férfi szerepekkel, a nők és férfiak segítő szakmákban betöltött szerepével.

A Barbara Budrich Verlag adta ki azt a két kötetet, amelyek talán a legátfogóbb és legfrissebb képet adják a szociális munka történetének kelet-európai fejlődéséről. A „friss” jelző nem ellentmondásos ebben az esetben. Minden országban, még az olyan, kevésbé hányatott sorsú országokban is, mint például Svájc, a szociális munka és a szociálpolitika történetének újraírása zajlik. Korábban a szociális adminisztráció és a pénzügyi újraelosztás állt a középpontban; ezek a témák az osztályok közötti kapcsolatot írták le, akár személyes segítsérről, akár a társadalmi védelmi rendszereken keresztül való újraelosztásról volt szó. Ennek a történetnek itthon és másutt is elsősorban férfiak a főszereplői: Gondoljunk csak a magyar szociális munka-szociálpolitika történet főszereplőire: Heller Farkas, Hilscher Rezső, Johan Béla vagy Kovrig Béla nevei jutnak először eszünkbe.

Az új szociális munka és szociálpolitika-tárgyú történetírásban (az osztályt, réteget nem elfeledve) felszínre kerülnek a férfiak és a nők különböző szerepei kliensként, szolgáltatások igénybevevőjeként és segítő szakemberként egyaránt. A „gender-érzékeny” elemzésen keresztül láthatóvá válnak a szociális munka és szociálpolitika fontos női alakjai is, akik sokszor olyan új programok kezdeményezői voltak, amelyeket végül férfiak vittek sikerre. (A Stefánia Szövetség története jó példa erre.) A patriarchális társadalmi rend ritkán engedett nőket a látványos siker közelébe ebben a szakmában, és ritkán tette lehetővé, hogy „pénz-elosztó”, újraelosztó szerepet játsszanak mint szociális szakemberek. A nők számára a konkrét, kézzelfogható segítő munkát, a „terepen” zajló szociális munkát jelölte ki az első világháború előtti, és két háború közti

rendszer is. Nagy női alakjai, mint Schlachta Margit vagy Salkaházi Sára, akit nemrégiben avattak boldoggá, vagy az 1944-ben zsidóként elhurcolt Geró Katalin mind az általuk hitt „nőiségből” eredő segítő foglalkozásban alkottak feledhetetlenül nagyot. Az ő nevükkel és történetükkel csak a legutóbbi időkben kezdett megismerkedni a hazai szakma.

Az új szociális munka-történet másik izgalmas ága az etnikai/„faji” megkülönböztetés beemelése a historiográfiába. Fontos kérdés például, hogy az eugenikai mozgalmak (amelyek a „faji tisztaság”, az „erősebb fajok” továbbélésének lehetőségén dolgoztak) milyen kapcsolatban voltak a korabeli szociális munkával. Az bizonyos, hogy a két háború közötti közegészségügyi programokra komoly hatással voltak: Ezek a programok fontos részét képezték a magyar, a bolgár, vagy akár a svájci nemzeti identitás kialakításának. Az eugenikai mozgalom és más, fajvédő mozgalmak úgy definiálták az erősítendő „nemzetet”, hogy egyúttal abból kizártak bizonyos etnikai és vallási csoportokat, esetenként a fogyatékkal élőket vagy a melegeket. A hazai programok közül a Zöldkeresztes mozgalom mintajárásait említhetjük, amelyek közül a legsikeresebb a gödöllői vezetője, Endre László a két háború közti antiszemitizmus egyik legvisszataszítóbb alakja volt.

Az itt ismertetett két kötet a fenti szemléletváltást tükrözi, és két olyan program eredményeit tartalmazza, amelyben együtt dolgoztak volt szocialista országok kutatói „nyugati” társaikkal. Az első kötet, a „Need and Care” című, a Volkswagen Alapítvány által támogatott „A szociális munka története Kelet-Európában (1900–1960)” [History of Social Work in Eastern Europe (1900–1960)] elnevezésű projekt eredményeit mutatja be. A második ennek a projektnek, valamint az ATHENA nevű Európai Unió által finanszírozott és a Gender Studies tanítás fejlesztését célzó program közös munkájának eredménye: Az ATHENA egyik munkacsoportja ugyanis a szociális munka oktatásának gender-szemponturnak fejlesztésén dolgozik, így logikusan kapcsolódott össze az előbbi kutatással.

A szociális munka történetet kutató projekt 2003 és 2005 között zajlott, és orosz, bolgár, lengyel, magyar, szlovén, horvát és litván szociális munkások, történészek és gender-kutatók vettek benne részt. Pozitívum volt egyfelől, hogy nem a „visegrádi országok” voltak a kutatás középpontjában, de nagyon hiányoztak a kutatásból, és hiányoznak a kötetből is a szlovák és cseh kutatók és eredményeik. A kötet négy részre tagolódik: Az elsőben a szociális munka történet egy-egy fontos női alakjának a portréját rajzolják meg. Juhász Borbála kitűnő cikkében Geró Katalinnak, valamint a hazai settlement mozgalom kevésbé ismert alakjának, Földy Ilonának életútját elemzi. A bolgár szociális munka egyik „nagyasszonyának”, Tatjana Marinicek ellentmondásos életútját is megismerhetjük a történész, Kristina Popova tollából: Marinicek egyszerre volt a német szociális munkás tradíció és a nemzetiszocialista gondolat nagykövete hazájában. A következő fejezet a szociális munka terepeibe enged bepillantást. A kötet legérdekesebb tanulmányai közé tartozik a korabeli Szovjetunió állami gyerekvédelmi, állami gondozási rendszerének részletes ismertetése egy vidéki gyerekközpont bemutatásán keresztül. Elena Smirnova és Pavel Romanov a szaratovi „Kransyni Gorodok” nevű gyerekközpont életét mutatják be 1920-1940 között. A szociálpolitika és szociális mozgalmak című harmadik fejezetben többek között a szlovén

nómozgalom és szociális munka korai kapcsolatairól és a litván zsidó közösségek jóléti tevékenységéről olvashatunk. Ebben a fejezetben jelent meg Varsa Észter igen fontos (és magyarul azóta sem olvasható) tanulmánya az államszocialista időszak nőkkel kapcsolatos foglalkoztatás- és szociálpolitikájáról: A cikk a gyűes bevezetésének előzményeit elemzi levéltári források alapján, még hozzá úgy, hogy összeköti a korabeli cigánypolitikával, a cigány és a nem-cigány nőkkel kapcsolatos eltérő társadalmi és politikai elvárásokkal. A könyv utolsó fejezete két cikket tartalmaz a szociális munkás-képzés történetéről. Silviana Rachieru a két háború közti romániai képzésekkel, Darja Zavirsek pedig az 1950-es években megindult jugoszláviai szociális munkás-képzéssel foglalkozik. A könyv cikkei változó színvonalúak, ugyanakkor egytől egyig nagyon érdekesek. A Kurt Schilde német (siegeni) történész és a szintén német szociálpedagógus Dagmar Schulte által végzett szerkesztői munka nem tökéletes. Formai hibákat találni a kötetben, amin mintha az is látszana, hogy a frissen induló kiadó ekkor még nem állt a helyzet magaslatán.

Az előbbinél komolyabb koncepcióval rendelkezik a második kötet, amelynek szerkesztői jobban ügyeltek a külsőségekre is. Jóval kevesebb a zavaró hiba, mint a kissé szedett-vedett első kötetben. A Gisela Hauss svájci szociális munkás és főiskolai tanár, valamint a fent említett Dagmar Schulte által szerkesztett könyv munkacíme „Dual Mandate” volt, ami a szociális munkások kettős feladatára, „mandátumára” utalt: egyfelől a klienseiknek, másfelől az állam rájuk ruházott feladatainak kell megfelelniük. Valamiért a kötet címe végül általánosabb lett, a koncepció azonban maradt. Minden egyes cikkben ott feszül a kontroll és a megerősítés–segítés ellentmondásos kettőssége. Egyedülálló könyvről van szó egyrészt azért, mert a történelmi elemzés középpontjába (némileg Foucault-tól ihletve) a kontrollt és a szolgálatot helyezi, másrészt azért, mert a földrajzi keretek túlnyúlnak Kelet-Európán. Ritka az olyan kötet a szociális munka és a szociálpolitika szakirodalomban, amelyben a kelet-európai szerzők egyenlő súllyal, és ráadásul nem külön blokkban szerepelnek a „nyugatiakkal”. Ír, svájci, holland és német szerzők mellett, egymást váltva szerepelnek orosz, magyar, lengyel osztrák és finn kutatók munkái. És a könyv mégis egységes, ami azt mutatja, hogy itt az ideje, hogy a kutatásban is leomoljon végre a berlini fal: van közös pont, vannak párhuzamosságok keleti és nyugati, északi és déli történetekben, különösen, ha azok a társadalomtörténet mikro-perspektíváját választják.

A három részre osztott kötet első fejezete a szociális munka professzionalizációjának folyamatát a függőség és autonómia, kontroll és gondoskodás erőterében vizsgálja. Caroline Skehill ír szociális munkás és kutató a „gondoskodás–kontroll” dilemma megjelenését elemzi a 20. század első felében Észak-Írországból, de olvashatunk a két háború közötti Lengyelországról, vagy a német szociális munkás képzést övező diskurzusokról, vagy a svájci közegészségügy intézményesüléséről is. A következő fejezet az integráció és a szelekció, valamint a kirekesztés jelenségeit vizsgálja a szociális munka történetében. A magyar produktív szociálpolitikai és settlement mozgalom szelekciós mechanizmusait bemutató két cikk után a szovjet szociálpolitika 1917 és 1930 közötti szakaszának értő elemzését olvashatjuk. Kurt Schilde a Vörös kereszt mozga-

KÖNYVEKRŐL, FOLYÓIRATOKRÓL

lom két háború közötti németországi történetét és nemzetközi kapcsolatait elemzi, részben levéltári források alapján.

A harmadik fejezet tanulmányai a gyermekvédelemről és az anyák, az anyaság köré szervezett szociális gondoskodásról szólnak. Közülük is kiemelkedik a Gisela Hauss és Béatrice Ziegler által jegyzett írás a két világháború közötti svájci gyermek- és anyavédelemről. Különös látni, hogy Svájcban mennyire hasonló diskurzus zajlott a „kihaló nemzetről”, mint a Trianon utáni Magyarországon. Ebben a diskurzusban a nők egyre inkább mint anyákra tekintettek, és a nők helyét egyre hangsúlyosabban a gondoskodó, otthoni szférában jelölték ki (a többnyire férfi) szociálpolitikusok és politikusok. Az eugenikai gondolat itt is beszivárgott a szociális munkába és szociálpolitikába, és elsősorban közegészségügyi intézkedéseként jelent meg. A házassági tanácsadást is részben azzal a céllal indították el, hogy kiszűrjék a nem egészséges vagy nem megfelelő magatartású leendő szülőket. A gyermekek családból való kiemelésének folyamatát a korabeli iratokból rekonstruáló szerzők bemutatják, hogyan váltak a nyomorúságos helyzetű családokban bűnbakká azok a nők, akik „nem megfelelően tartják rendben” gyermekeiket, nem takarítanak úgy, ahogy az „elvárható lenne”. A szegénység társadalmi folyamatként való felfogása háttérbe szorult, és az „önhibás szegényről” alkotott kép megerősödött ebben a diskurzusban.

Összességében két nagyon értékes és hiánypótló könyvről van szó, amelyeknek magyarra fordítása időszerű lenne. Jó volna, ha a szociális munka és szociálpolitika tanítás a korábbinál erőteljesebben emelné be a szomszéd országok, a volt szovjet-blokk tapasztalatait, akár történelemről, akár a (történelemből olykor ismerős) mai jelenségekről van szó.

Abstracts

Éva Orosz: Global and national public health challenges and health policy efforts at the beginning of the 21st century

The paper presents an overview of problems of health systems and strategies for tackling them – at global, European and national level. Inequalities in health and distribution of health systems' resources are deeper than that in GDP. No single region has had sufficient progress in implementing the Millennium Development Goals since 2000. Health reforms in high-income countries attempt to mitigate the tensions between the cost-increasing technological development, increasing expectation of the population and the constraints for the increase in public expenditures. A new global crisis has emerged in the health systems: the insufficiency of human resources. Even, high-income countries – by attracting physicians and nurses from abroad – have aggravated the shortage in several middle- and low-income countries. Hungary – meanwhile is facing all these challenges – has specific, grave problems. The gap between Hungary and the high-income countries has increased since the early 1990s – both in the levels of public spending on health and several indicators of the health status.

Carsten Jensen: Worlds of welfare services and transfers

The discussion on the existence and nature of the welfare regimes of Western democracies has been ongoing for more than 15 years, and many significant contributions have been made.

The scholarly work has, however, had a tendency to focus on the transfer component of welfare states, thereby losing sight of the welfare service component. This article argues two aspects. First, the transfer component and welfare service component are two distinct dimensions of welfare regimes. Second, great differences exist between health care and social care services; health care is characterized by very uniform levels of expenditure across countries, while expenditure on social care services conforms to the regime typology of Esping-Andersen. This is taken to indicate that the welfare service component consists of two different types of services distinguished by the importance of the two ideological dimensions of familism and statism during the formative years of these welfare service sectors.

Zsuzsa Blaskó: Birth cohort studies in Hungary and abroad – experiences and lessons

In this paper the research method of birth cohort study is introduced. We are looking at multidisciplinary surveys using this type of research design. These are typically concerned with various psychological, sociological, epidemiological etc. research problems. The British Millennium Cohort

ABSTRACTS

Study is described in detail as well as two Hungarian studies applying a similar design. Building on the experiences of these surveys typical research problems that can successfully be explored by this method are listed and most important methodological issues discussed. We conclude by drawing attention to three important elements of a successful birth cohort survey: picking the method to the research problem (not the other way around); ensuring long-term commitment of the partners involved and allocating enough resources for data-analysis.

Tamás Gyulavári: Employment relationship, self-employment and the grey zone in between

General agreement has been evolved at European level about the crisis of labour law, which is considered as a serious identity crisis. The substance of this crisis may be described by the failure of the former dichotomy of the employment relationship and self-employment, respectively the emerging grey zone of relatively new legal forms of work. This grey zone includes those persons, whose legal status may be described by a certain level of subordination and/or economic dependence, however they are deprived of the labour law protection. Since the traditional system of labour law has been challenged by a sequence of economic, social and international changes, thus there is a need for a renewed structure and definitions. This paper analyses the documents and studies published in the European Union in the last few years in order to describe the possible labour law answers and legal strategies for the above mentioned identity crises.

esély

2009/6

Social Policy Journal

CONTENTS

STUDIES

- 3 **Éva Orosz:** Global and national public health challenges and health policy efforts at the beginning of the 21st century
27 **Carsten Jensen:** Worlds of welfare services and transfers

POVERTY AND SOCIAL EXCLUSION

- 45 **Zsuzsa Blaskó:** Birth cohort studies in Hungary and abroad – experiences and lessons

EUROPEAN UNION

- 76 **Tamás Gyulavári:** Employment relationship, self-employment and the grey zone in between

SOCIAL WORK

- 108 **Katalin Katz:** Cultures of social work

REVIEW

- 117 **Dorottya Szikra:** Help and control: History of social work in Eastern-Europe

- 121 Abstracts