

COSTANZO RANCI – EMMANUELE PAVOLINI

NEM MIND ARANY, AMI FÉNYLIK: A TARTÓS GONDOZÁS REFORMJA EURÓPÁBAN AZ ELMÚLT KÉT ÉVTIZEDBEN*

A tanulmány a tartós gondozás (long-term care – LTC) terén az elmúlt két évtizedben végbement reformokat vizsgálja hat európai jóléti államban. Ennek során három kérdéssel foglalkozik: (1) miért történtek a reformok, (2) melyek a reformfolyamat mögött levő fő szereplők, szövetségek és intézményi mechanizmusok, (3) mik a reformfolyamatok fő eredményei? Az LTC-politikák elemzéséhez a tanulmány a történelmi institucionalizmus elméletét alkalmazza. Értelmezésünk szerint az LTC-politikákban az intézményes változás egy olyan hosszas intézményi dinamikában ment végbe, amelyben a kontinuitás és diszkontinuitás elválaszthatatlanul összekapcsolódott, és ahol döntő szerepet játszottak a feszültségek és ellentmondások. Az eredmények vizsgálatakor a tanulmány a lefedettséget és a gondozó szektorban dolgozók állampolgári jogait és munkakörülményeit, valamint a gondozás defamilizálásának és refamilizálásának folyamatait elemzi. A változások végső eredményeként az univerzalizmus szintje általában nőtt Európában, de ez részben egy újfajta „korlátozott univerzalizmusban” jelent meg. Ezt az LTC-juttatásokhoz való univerzális hozzáférés jellemzi, az ellátásokat azonban behatárolják a pénzügyi kényszerek és költségvetési plafonok.

Bevezetés

Pierson (2001) szerint a jóléti politikákban az állandó megszorítások korszakában végbemenő változások többsége jellemzően a „status quo megőrzésétől” a „léépítésig” terjedő spektrumban történik. A változások formája függ a „rezsim” tradícióitól (Palier 2010). Van néhány olyan jóléti terület, ahol a változások nem Pierson jóslata alapján zajlanak. A gyermekgondozás és az aktiváló politikák

* Costanzo Ranci – Emmanuele Pavolini (2015): Not all that glitters is gold: Long-term care reforms in the last two decades in Europe. *Journal of European Social Policy*, Vol. 25 (3), 270–285.

mellett idetartozik a tartós gondozás (long-term care – LTC)¹ is, ahol az 1990-es évektől sok ország kiterjesztette a lefedett szükségleteket és növelte a kiadásokat, gyakran jelentős forrásokat fordítva a kialakuló új szociális kockázatok kezelésére (Bonoli 2005, Morel et al. 2012b, Taylor-Gooby 2004). Az LTC átalakulása így érdekes próbaterape azon feltételek és intézményi mechanizmusok elemzésének, amelyek révén a mai jóléti rendszerek összeegyeztetik a jóléti politikák változásait a szociális jogok kiterjesztésével.

Ebben a tanulmányban bemutatjuk a politikai és intézményi folyamatokat, valamint az e változások következtében megjelenő politikai és társadalmi változásokat. A vizsgált periódus az 1990-es évek eleje és a 2010-es évek eleje közé eső időszak: a periódus elején indult a reformfolyamat, és a végén kezdett el a legtöbb európai ország foglalkozni a gazdasági válság pénzügyi hatásaival. Három fő kérdést érintünk. Magyarazatot keresünk arra, hogy miért mentek végbe reformok a legtöbb – bár nem mindegyik – európai országban. Rekonstruáljuk az LTC-reformok politikáját: azonosítjuk az e területen tevékenykedő fő szereplőket és szövetségeket, és vizsgáljuk a változás konkrét menetét. Elemezzük a reformfolyamatok legfontosabb eredményeit, ennek során megvizsgáljuk a lefedettséget és a gondozó szektorban dolgozók állampolgári jogait és munkakörülményeit, valamint a gondozás defamilizálásának és refamilizálásának folyamatait.

A változás okaival kapcsolatban figyelembe vesszük egyrészt az LTC-politikára nehezedő potenciális nyomásokat, különösen a költségmegtörítést és a pénzügyi kényszereket, másrészt pedig a gondozás iránti növekvő igényeket. Elmondhatjuk, hogy ez az „új szociális kockázat” (Bonoli 2005, Taylor-Gooby 2004) a demográfiai (népesség elöregedése), szociális (magasabb női munkaerő-piaci aktivitási ráta) és kulturális (gondozással kapcsolatos új szemlélet) átalakulások következtében alakult ki. A szükséges költségmegtörítések és a gondozás iránti növekvő igények összeegyeztetését célzó politikai változás más-más módon zajlott az Európai Unió országaiban. Az LTC-politika változásainak magyarázatokor megvizsgáljuk az intézményi és politikai tényezők szerepét és az európai országok különböző demográfiai, társadalmi és kulturális sajátosságainak jelentőségét.

Az LTC olyan politikaterület, amelyet sok országban hagyományosan az intézményesültség alacsony szintje jellemez, és csak nemrég ismerték el önálló politikaterületnek. Az LTC-t sok évtizeden keresztül a legtöbb országban az egészségügy részének vagy a helyi hatóságokra hagyott reziduális közfelelősségnek tekintették. Még ma sem mindig világos és következetes az e politikaterületnek tulajdonított intézményi felelősség. Ennek egyik következményeként a gondozási juttatások nyújtása nem követi mechanikusan a szociális jogosultságok definíci-

¹ A tanulmányban a Gazdasági Együttműködési és Fejlesztési Szervezet (OECD 2011) tartós gondozásról adott definícióját használjuk: „szolgáltatások összessége, amelyeket olyan személyek igényelnek, akiknek csökkent mértékű a fizikai vagy kognitív funkcionális kapacitásuk, és akik ebből következően a mindennapi életvitelükkel kapcsolatos alaptevékenységeik végzésében huzamosabb ideig segítségre szorulnak”. Az elemzésünkben csak a 65 éven felüli ellátásra szoruló emberek szükségleteinek kielégítésére irányuló LTC-politikákkal foglalkozunk.

óját. Dahrendorf definíciója szerint a jogosultságok „a hozzáférés társadalmilag meghatározott módozatai” vagy „belépőjegyek” (Dahrendorf 1988: 11), az ellátások pedig „azok a dolgok, amikre valaki jogosult”, „a jogosultságok által lehetővé tett anyagi és nem anyagi ellátások teljes választéka” (uo.: 12). Az olyan erősen intézményesült jóléti területeken, mint a nyugdíjrendszer és az egészségügy, a szociális jogosultságok jellemzően a területre vonatkozó szabályok és szakmai standardok által garantált, teljes ellátást biztosító közfelelősségen alapulnak. Az LTC-ben viszont a szociális jogosultságokhoz való hozzáférés nem jelenti azt, hogy a szociális szükségleteket teljesen kielégíti a közellátás: az ellátási felelősség legalább részben továbbra is az ellátottakat (és családjaikat) terheli. Az LTC így „gyenge szociális joggá” (Daly–Lewis 1998) vált, ami csupán a saját gondozókapacitásaikat kiegészítő közellátásra jogosítja az ellátottakat. A létező rendszerekben a politikai célok (jogosultságok) és a politikai eszközök (ellátások) között fennálló nagyfokú rugalmasság és homályos kapcsolat következtében a legtöbb országban valószínű a jogosultságok és/vagy az ellátások átalakítása.

Ezért a jogosultság meghatározása és az ellátások szervezése közötti kölcsönhatásban végbemenő intézményi átalakulás folyamatában található a válasz arra a kérdésre, hogy miként történt a változás. Az átalakulások túlnyomórészt új LTC-programokat bevezető radikális reformok formájában mentek végbe („harmadrendű politikai változások” Hall 1993-as jól ismert tipológiájában), de előfordultak intézményi mechanizmusokon keresztül „első- és másodrendű politikai változások” is, például a meglevő programok megőrzése (vagy megszüntetése), alulról kezdeményezett innovációk, korábbi állapotokhoz való visszatérés, fokozatos változtatás, amelyek nem kérdőjelezték meg a létező intézményi elrendeződést. Az LTC-rendszerek gyenge intézményesültsége elősegíthette a változásokat, egyúttal azonban akár a bevezetésük után is hozzájárulhatott a reformok és újítások hiányosságaihoz és visszafejlesztéséhez.

A harmadik célunkkal kapcsolatban megvizsgáljuk az LTC-reformok nagyon széles körű szociális és politikai hatást tartalmazó eredményét. Az LTC-politikában problémás a „függő változó” (Clasen–Siegel 2007) kérdése, mivel az ellátás nagyvonalúsága csak hozzávetőlegesen határozható meg a közkiadásokkal és az igénybevételi aránnyal. Az ilyen szolgáltatások megfelelő voltának és az ellátottak szükségleteit kielégíteni tudó képességének megítélésekor fontos szerepet játszanak más tényezők is, így a gondozás szervezete, a szociális munkások szakmai felkészültsége, a személyes gondozás kapacitása és rugalmassága. Ezért a reformok hatásának elemzésekor nemcsak a gondozó ellátás kiterjedésének standard mértékeit vizsgáljuk, hanem figyelembe vesszük a gondozók munkakörülményeinek változásait és a gondozórendszer egészét érintő új szabályozásokat is. Hipotézisünk szerint az LTC-vel kapcsolatos szociális jogosultságok kiterjesztését (vagy megőrzését) sok országban a szakszerű gondozás minőségének általános gyengítése (ami gyakran nagyobb rugalmasságként és személyre szabott ellátásként jelenik meg) és a gondozás részleges kommodifikálását és (re)familizálását megalapozó új közszabályozás révén érték el.

Néhány szó a tanulmány további szerkezeti tagolásáról. A következő rész röviden bemutatja az elmúlt két évtized legfontosabb LTC-reformjait. Ezután annak okait elemezzük, hogy miért vezettek (vagy nem vezettek) be reformokat azelőtt, hogy alaposan végiggondolták volna az LTC megreformálására vonatkozó politikát. Végül értékeljük a reformok eredményeit. A tanulmány különböző jóléti tradíciókat képviselő nyolc uniós ország komparatív elemzésén alapul. A vizsgált országok: két skandináv ország (Svédország és Dánia), Anglia, a két legnagyobb kontinentális ország (Franciaország és Németország), a két nagy dél-európai ország (Spanyolország és Olaszország) és egy kelet-közép-európai ország (Cseh Köztársaság).

LTC-reformok az elmúlt két évtizedben

A tanulmányban vizsgált nyolc LTC-rendszer mindegyikében történtek változások az elmúlt két évtizedben. A változások jellemzői aszerint különböztek egymástól, hogy milyen volt az 1990-es évek közepe előtti intézményi szerkezet (*univerzális* vagy *reziduális*), illetve hogy milyen döntések születtek az elmúlt két évtizedben (*nagy reformok*: harmadrendű változások vagy *kisebb változások*: első- és másodrendű változások). Mint látni fogjuk, ezeken kívül az országok többségében a jelenlegi válság és az ennek nyomán hozott megszorító intézkedések is hatottak az LTC-rendszerekre.

Az 1990-es évek elejéig alapvetően két LTC-modell volt Európában (1. táblázat): a 20 százalék fölötti lefedettségű *univerzális modell* és a jóval alacsonyabb (általában 10 százalék alatti) lefedettséget mutató, a család nagyobb mértékű gondozó szerepére és az egészségügyi szolgáltatások helytelen igénybevételére támaszkodó *reziduális modell*. A skandináv országok tartoztak az első, a kontinentális, dél-európai és kelet-közép-európai országok pedig a második modellbe. Anglia és Olaszország a közös sajátosságaik miatt az univerzális, illetve a reziduális modell alesetének tekinthető: e két országban az ellátás jelentős részét nem szolgáltatásként, hanem közpénzsegélyként nyújtották (ápolási díj Angliában és gondozási segély Olaszországban).

Az 1990-es évek közepétől újfajta reformok indultak (2. táblázat). A korábban univerzális LTC-rendszert működtető három ország nyíltan nem vezetett be nagyobb reformokat. Ezzel együtt azonban végbementek első- és másodrendű változások: piaci szabályokat vezettek be a szabad választás és a szolgáltatók közötti erősebb verseny támogatására. Svédországban és Angliában megváltoztatták az idősek szolgáltatásokhoz való hozzájutásának szabályait (nagyobb figyelmet fordítva azokra, akiknek leginkább szükségük volt házi gondozásra), racionalizálták a bentlakásos ellátást (ösztönözve az igénybevételi arány csökkentését), és növelték a helyi hatóságok ellátási felelősségét (Glendinning 2013, Meagher–Szebehely 2013). Dániában a változások a lefedettség szintjét és a hozzáférés szabályait sem érintették (Bureau–Dahl 2013).

1. táblázat: Az LTC lefedettsége az 1990-es évek elején
(a 65 éven felüliek közül azok százalékos aránya, akik ellátást kaptak)

	Házi gondozás és bentlakásos gondozás	Gondozási segélyek
Univerzális LTC-modellek		
Dánia	27,1	0,1
Svédország	21,4	0,1
Anglia	14,6	8,6
Reziduális LTC-modellek		
Németország	7,3	0,6
Franciaország	9,7	0,8
Spanyolország	3,9	0,4
Olaszország	4,0	5,4
Cseh Köztársaság	2,8 ^a	< 1,0

LTC: tartós gondozás.

Forrás: OECD (1996) a gondozásra, Glendinning–McLaughlin (1993), Rostgaard (2002) és Costa (2013) a készpénztámogatásra, Barvíková–Oesterle (2013) a Cseh Köztársaságra.

^a A házi gondozásra nincs adat.

2. táblázat: Az LTC-reformok összefoglalása, 1990–2009

Ország	Legfontosabb reformok az 1990-es évek elejétől	A legfontosabb reformok/változások jellemzői
Univerzális modellek az 1990-es évek elején		
Svédország	Első- és másodrendű változások	A házi gondozásban a hozzáférés feltételei a leginkább rászorulóknak igazodnak
		A bentlakásos gondozás racionalizálása
		LTC-ellátási felelősség nagyobb mértékben a helyi önkormányzatokon
		Piaci gyakorlatok bevezetése
Dánia	Első- és másodrendű változások	Recentralizáció
		Piaci gyakorlatok bevezetése
Anglia	Első- és másodrendű változások	A házi gondozásban a hozzáférés feltételei a leginkább rászorulóknak igazodnak
		A bentlakásos gondozás racionalizálása
		LTC-ellátási felelősség nagyobb mértékben a helyi önkormányzatokon
		Piaci gyakorlatok bevezetése

folytatódik

Ország	Legfontosabb reformok az 1990-es évek elejétől	A legfontosabb reformok/változások jellemzői
Reziduális modellek az 1990-es évek elején		
Németország	Nagy harmadrendű változások (1995–1996)	LTC-biztosítás
Franciaország	Nagy harmadrendű változások (1997, 2002)	APA (önállóságot segítő személyi támogatás)
Olaszország	Első- és másodrendű változások	A migránsok általi gondozás fokozatos szabályozása
Spanyolország	Nagy harmadrendű változások (2007)	Törvény a személyes autonómia támogatásáról és a gondozásra szorulóknak segítéséről
Cseh Köztársaság	Nagy harmadrendű változások (2006)	Törvény a szociális szolgáltatásokról

Ezzel szemben az 1990-es évek elején Olaszország kivételével a reziduális LTC-modellbe tartozó összes ország fokozatosan az LTC lefedettségének kiterjesztését és az ellátások fejlesztését, ezzel együtt az *univerzalizmus* elvének megalapozását célzó nagy, paradigmaticus jellegű változtatásokat hajtott végre. Németország a tartós gondozási biztosítás 1995/1996-os bevezetésével, a korábban rendelkezésre álló források növelésével univerzális jellegű LTC-rendszert hozott létre (Theobald–Hampel 2013). Franciaország egy kísérleti időszak után 2002-ben elfogadta az „APA” (önállóságot segítő személyi támogatás) törvényt (Le Bihan–Martin 2013). Spanyolországban egy univerzális LTC-rendszer megalkotásának céljával 2007 januárjában lépett hatályba a gondozásra szorulóknak segítéséről rendelkező törvény (Cabrero–Gallego 2013). Az új gondozási segélyt bevezető szociális szolgáltatásokról szóló törvény 2006-os életbe léptetésével a Cseh Köztársaság a kelet-közép-európai országok közül elsőként hozott létre új LTC-rendszert (Barvíková–Oesterle 2013). Mindezen országok közös jellemzője a gondozás terén az a szándék, hogy a támogatást szolgáltatások és/vagy segélyek formájában kínálják fel, melyeket az ellátottak rászorultságának mértékében differenciálnak, és három vagy négy ellátási szinten nyújtanak. Közülük csak Németország hozott létre egy szigorúan „társadalombiztosítási modellt”, máshol vegyesebb volt és gyakran költségvetési bevételeken alapult a finanszírozás. Olaszországban az elmúlt két évtizedben nem történtek lényeges változások (Costa 2013). Az adott területen az egyetlen változás a migránsok által nyújtott gondozás fokozatos szabályozása: a rendszer – az LTC-problémák olcsó kezeléseként – egyre inkább az informális és a migránsok által nyújtott gondozásra épül, csökkentve ezzel a közkiadásokat (Van Hooren 2012). Ha eltekintünk a szolgáltatások terén történetektől, Anglia és Olaszország hasonlóságot mutat abban is, hogy kiterjesztették az ellátottaknak nyújtott szociális transfereket: az elmúlt 15–20 évben mindkét országban majdnem megduplázódott a segélyt kapó idősök százalékos aránya (Beasley 2010, Costa 2013).

Miért reformálnak a folyamatos megszorítások időszakában? Megoldandó problémák és politikai dilemmák

Az intézményi változással foglalkozó irodalom általában az „új problémák nyomását” tartja a politikai innovációk egyik legfontosabb okának (Ferrera 2005). A problémák nyomása önmagában azonban valójában nem elegendő innovációk beindításához (Howlett 2007). A problémák sajátos intézményi és politikai rendszereken szűrődnek keresztül, ami speciális problémafeltáráshoz és erre rímelő megoldásokhoz vezet. Ebben a részben azt elemezzük, hogy a hasonló problémanyomások milyen hatást gyakoroltak az univerzális és reziduális LTC-modellekre és miként vezettek különböző válságértelmezésekhez.

Az LTC-politikában az 1990-es évek elejétől három nagy probléma vált egyre nyilvánvalóbbá: a társadalmi-demográfiai, a pénzügyi és a szociokulturális (3. táblázat). A népesség elöregedése következtében jelentősen nőtt a gondozást igénylő idősök száma (Lafortune–Balestat 2007), a nők magasabb munkaerő-piaci aktivitási aránya csökkentette a gondozónők kínálatát, és a kettő együttesen megnövelte a formális gondozó szolgáltatások iránti keresletet (Saraceno 2008, Sarasa–Mestres 2007). A főleg az idősebb népességben koncentrálódó gondozási függőség „új szociális kockázatként” jelentkezett (Costa–Ranci 2010, Taylor–Gooby 2004), mivel a rászorultság nagy informális gondozással társult.

3. táblázat: Problémanyomások a különböző intézményi rendszerekben

LTC-modell	Társadalmi-demográfiai nyomások	Költség-megszorítási nyomások	Kulturális nyomások
Univerzális	+	+++	++
Reziduális	+++	+	++

LTC: tartós gondozás.

A nyomás erőssége: + erős, ++ nagyon erős, +++ nagyon-nagyon erős.

Egy másik, gyakran figyelmen kívül hagyott nyomás a költségmegszorításokkal volt kapcsolatban, mivel a 65 éven felüliek általában más jóléti szolgáltatásokra is jogosultak. Az LTC-reformok tervezésekor figyelembe kell venni egyrészt a hagyományos és drágább jóléti rendszerek (nyugdíjak, egészségügyi ellátások stb.) leépítése és átszervezése, másrészt az „új” szociális kockázatok kezelésének kiterjesztése közötti tágabb összefüggéseket is. Az elmúlt két évtizedben a népesség elöregedése miatt gyorsan nőttek a nyugdíjakra és az állami egészségügyi rendszerekre fordított kiadások (Hinrichs–Jessoula 2012, Pavolini–Guillén 2013). Közben nyomás alá kerültek a szociális segélyrendszerek is: az idősöknek nyújtott gondozó szolgáltatások nagy részét országos vagy helyi szociális segélyprogramokból finanszírozták (Oesterle 2001). A gondozás iránti szükséglete-

ik kielégítésére az 1990-es években sok rászoruló idős kezdte használni ezeket a szolgáltatásokat.

A változást ösztönző harmadik nyomás a gondozásra vonatkozó kulturális attitűdökkel kapcsolatos. Míg az 1970-es és 1980-as években a szakszerű gondozó szolgáltatások iránti kereslet dominanciája volt jellemző, az 1990-es években előtérbe került a hatékonyságot és rugalmasságot hangsúlyozó új orientáció (Daly–Lewis 1998). Az új irányzat egy kettős eszmeáramlat hatásaként alakult ki: az egyik a szolgáltatásnyújtás formalizálását és piacosítását követelő Új Közzolgáltatási Menedzsment (New Public Management – NPM) (Ascoli–Ranci 2002), a másikat pedig a fogyatékkal élőkét képviselő befolyásos csoportok jelenítették meg, amelyek az önrendelkezést és a hatalommal való felruházást (empowerment) tűzték a zászlajukra, és felléptek a szabad választásért, a jóléti pluralizmusért és a pénzzel vásárolható szolgáltatásokért (Da Roit–Le Bihan 2010). E két eszmeáramlat hatása paradox módon ugyanabba az irányba mutatott, és elősegítette egy új gondozási kultúra kialakulását. Bár ezek a jóléti politikát formáló nyomások hasonlóak voltak a különböző országokban, mégis egészen különböző módon jelentek meg az ebben a tanulmányban tárgyalt két LTC-modellben.

A hagyományos univerzális LTC-modellel jellemezhető országokban (Svédország, Dánia és Anglia) nem annyira a gondozás iránti kereslet növekedése (a keresletet kielégítette a rendszer), hanem a drága közzolgáltató rendszer elmúlt évtizedekben történt kiterjesztése következtében inkább a költségmegszorítások szükségessége vált domináns kérdéssé. A szükséges megszorításokat alapvetően szervezeti problémának tekintették, és nyíltan sohasem fogalmazták meg az univerzalizmus és a teljes szolgáltatásnyújtás elvét fenyegető radikális kihívásként (Burau–Dahl 2013). Svédországban és Dániában nagy népszerűsége tettek szert az NPM elképzelései, és ez elősegítette, hogy nagyobb figyelmet fordítsanak a finanszírozás és szolgáltatásnyújtás technikai aspektusaira. A gondozó szolgáltatásra való jogosultságot nem kérdőjelezték meg, és formálisan nem is csökkentették az ellátásokat, bár Svédországban ténylegesen voltak költség- és szolgáltatáscsökkentések. Angliában az LTC-reformokkal kapcsolatos közviták jórészt az új szabályozási formák és a meglevő szolgáltatások finanszírozása körül forogtak, és erős igény mutatkozott arra, hogy magántestületeknek adják át a közzolgáltatások igazgatását és erősítsék a fogyasztók szabad választását. Ugyanakkor kiterjesztették a készpénztámogatásokat, és intenzív házi gondozást csak a leginkább rászorulóknak nyújtottak: a racionalizálás eredményeként sok ember teljesen kiszorult a közfinanszírozású házi és bentlakásos gondozásból – még akkor is, ha csak szerény vagyonuk és/vagy jövedelmük volt.

A fentiekkel összehasonlítva a reziduális LTC-modell országaiban sokkal erősebben jelentkezett a meglevő jogosultságok leépítését célzó nyomás, mivel eleve alacsonyabb volt a gondozó szolgáltatások státusza. Ezekben az országokban a költségmegszorítások iránti igény nem az LTC-területen belül, hanem más jóléti szektorokban (nyugdíj, egészségügy, helyi szociális segélyezés) keletkezett. A jóléti politika válsága így döntő törésponthoz jutott, és megágyazott egy általá-

nos, radikális reformnak. Ezekben az országokban a korábbi LTC-rendszer teljes átalakítását hirdették meg, ami új programok bevezetését, az egyéb jóléti területeken pedig a meglevő ellátások csökkentését igényelte. A reziduális országok közül csak Olaszország maradt tétlen (Naldini–Saraceno 2008). Ezt nemcsak a hatalmas államadósság magyarázta, hanem az is, hogy az 1980-as évektől létezett egy országos univerzális készpénztámogatást nyújtó program, a gondozási segély, amit a gondozás iránti növekvő kereslet kielégítésére nagymértékben kiterjesztettek – ebből következően nőtt a lefedettség, nem egy új (univerzális) program miatt, hanem egy korábbi készpénz-támogatási program kiterjesztése révén, ami így egyre inkább univerzálissá vált, még ha nem is ez volt a szándék (Costa 2013).

Összegezve, az 1990-es évektől minden LTC-rendszer hasonló problémákkal szembesült – egy új szociális kockázat (gondozás iránti igény) kialakulása és a kiadáscsökkentés kényszersége, ami érintette a közszolgáltatásokat is –, de a problémára adott intézményi válaszok különböztek egymástól. Az univerzális modellt követő skandináv országok komolyabb pénzügyi problémákkal szembesültek: fejlett LTC-rendszereikbe olyan költségmegszorító intézkedéseket vezettek be, amelyeket nem tekintettek paradigmátikus változtatásnak. A reziduális LTC-modell országaiban nagyon erősek voltak a keresleti és a más jóléti szektorokból eredő pénzügyi nyomások, így a meglevő szolgáltatások egyértelműen elégteleneknek bizonyultak a kialakuló szociális kereslet kezelésére: itt paradigmátikus változás és új jogosultságokat megalapozó új országos programok bevezetése és az ezekhez kapcsolódó pénzügyi problémák kezelése volt terítéken. Olaszországban és Angliában a már meglevő országos készpénztámogatást nyújtó segélyprogramok intézményes puffert jelentettek a drámaibb változások elkerülésére, és a szolgáltatások korlátozott mértékű fejlesztését (vagy akár a leépítésüket) a készpénzes programok kiterjesztésével ellensúlyozták (még ha ezek csak alacsony szintű ellátásokat nyújtottak is).

Az LTC-reform politikája: hogy történt a változás?

Mint Lundquist (1980) írta sok évvel ezelőtt: nem a kontextuális tényezők, hanem a politikai szereplők alakítják a politikát. Ezenkívül az LTC területén lezajló változások főleg a jóléti intézkedések finanszírozását és az ellátásokat szabályozó intézményekben tükröződnek. Az LTC-politikán belüli változásokkal foglalkozó elemzésünk két szemponton alapul: a politikai szövetségek fontosságán és az átalakulásban alkalmazott intézményi mechanizmusok jellegén.

A politikai szereplők nemcsak egyénileg befolyásolják az LTC-politikákat a saját elképzeléseiknek és érdekeiknek megfelelően, hanem (többé-kevésbé) stabil szövetségeket létrehozva kapcsolatba is lépnek egymással (Capano–Howlett 2009, Sabatier 1988). Az LTC változásaihoz vezető nagyon sokrétű intézményes folyamatok megértéséhez Streeck és Thelen (2005) evolúciós átalakulások értel-

mezésére kidolgozott tipológiáját alkalmazzuk, amely a „fokozatos átalakulás”, az „alkalmazkodás révén történő reprodukció”, a „lerombolás és helyettesítés” fogalmait használja.²

A különböző LTC-rendszerekben eltérő szövetségek és intézményi mechanizmusok működtek (4. és 5. táblázat).

4. táblázat: Szereplők és szövetségek az egyes LTC-rendszerekben

LTC-modell	Ellátottak és állampolgárok szervezetei	Közszektor intézményei (helyi hatóságok, egészségügyi és nyugdíjintézmények)	Központi kormány	Szociális partnerek (szakszervezetek, szociális munkás szervezetek, ellátók szervezetei stb.)
Univerzális	+++	+	++	+++
Reziduális	+	+++	+++	+++

A szereplők ereje: + erős, ++ nagyon erős, +++ nagyon-nagyon erős.

5. táblázat: Intézményi mechanizmusok

LTC-modell	Ország	Intézményi mechanizmus
Univerzális	Dánia	Alkalmazkodás révén történő reprodukció
	Svédország, Anglia (szolgáltatások)	Fokozatos átalakulás: lépcsőzetes változtatás és helyettesítés
Reziduális	Németország, Franciaország, Spanyolország, Cseh Köztársaság, Anglia (segélyek)	Lerombolás és helyettesítés Fokozatos átalakulás: sodródás

LTC: tartós gondozás.

A skandináv univerzális LTC-modellű országokban az állami jóléti politikát támogató hagyományos szövetségek (elsősorban a szociális munkások és az ellátásokat igénybe vevők szervezetei) nagyon erősek, és ez megakadályozta, hogy nyílt párbeszéd folyjon a korábbi LTC-intézmények működésének a problémáiról (Meagher–Szebehely 2013). Dánia és Svédország azonban részben eltérő utat követett. Dániában a szolgáltatást nyújtók, a szociális munkások és az ellátottak erős

² Streeck és Thelen (2005) tipológiája azt emeli ki, hogy a „fokozatos átalakuláson” keresztül milyen lehetősége van a lépésenként végrehajtott, de alapvető változásnak. A tipológiaalkotás során alkalmazzák az intézményes stabilitás hagyományosabb magyarázatait (ezt ők „alkalmazkodás révén történő reprodukciónak” nevezik), vagy a hirtelen/romboló intézményes változás fogalmát („lerombolás és helyettesítés”) is. Streeck és Thelen a fokozatos átalakulás különböző típusait írják le: helyettesítés, lépcsőzetes változtatás, sodródás, konvertálás és kimerülés.

szervezetei a közjóléti rendszert támogató szilárd koalíciót alkottak. Az LTC-ben szerepet játszó magas szintű integrációja ellenállt minden olyan törekvésnek, amely az univerzalizmust és a szociális állampolgárságot támadta. A politikai konszenzus alapjául szolgált az is, hogy a népességen belül erős támogatottsága volt a szociális jogoknak. Svédországban ezzel szemben a politikai pártok, a fogyatékkal élők szervezetei és a vállalkozók szövetségei a változás melletti erős és koherens koalíciót alkottak. A szociáldemokrata párt fontos szerepet játszott e folyamat előlendítésében: a párt az 1980-as években kezdett problémaként tekinteni a közszektorra, és a szociális gondozásra fordított közkiadások korlátozásának eszközeként fogadta el az NPM-reformokat és a piacositást. A fogyatékkal élők szervezetei is lényeges szerepet játszottak: a „szabad választás” jelszával erősítették a szakmaiságot nélkülöző szolgáltatási orientációt, ami táplálta a hagyományos, közszolgáltatásokon alapuló rendszerrel kapcsolatos kételyeket. Angliában a fogyatékkal élő fiatal felnőttek szervezetei és a nagyobb választási szabadságot, rugalmasságot követelők szerepe volt fontos: az LTC-vel kapcsolatos közviták nagyrészt e témák körül forogtak. Az adott politikaterületen szereplők erős tagoltsága azonban a részt vevő felek közötti minden együttműködési kísérletet megakadályozott. A koalíció létrehozása túl nehéznek bizonyult egy olyan gondozórendszerben, amelyet az LTC-programok sokszínűsége és a speciális érdekeket képviselő különböző felhasználók megosztottsága jellemez.

Összességében Dániában az „alkalmazkodás révén történő reprodukció” jellemezte a változást. Piaci szabályokat és fogyasztói szempontokat érvényesítő rendelkezéseket vezettek be, de a racionalizálás nem merült fel: a szabályozás tengelyében az állampolgárok jóléti jogainak „biztosítása” és „kiterjesztése” állt, és ebből következően kiterjedt az ellenőrzés eszközeire és a választásra/rugalmasságra is. Svédország és Anglia egyaránt a „fokozatos átalakulási folyamat” jegeit mutatja: az LTC-programokhoz való hozzáférés szabályainak és az ellátások szintjének a módosításával, valamint új gondozóprogramok indításával, a közszolgáltatások célzottabb felhasználása felé fordítva a figyelmet, burkolt támadást intéztek az univerzalizmus ellen (Glendinning 2013). Angliában 1993-ban kvázipiacokat hoztak létre, utána a racionalizálás vált a vezérmotívummá. Ennek eszközei a szociális gondozásra jogosító szükséglet szint megemelése és az alacsonyabb szintű szükségletűeknek nyújtott szolgáltatások finanszírozásának megszüntetése voltak. Svédországban két mechanizmus működött: a „lépcsőzetes változtatás” és a „helyettesítés”. A lépcsőzetes változtatás a hagyományos gondozóprogramok racionalizálása (szociális kiadások csökkentése, az ellátási felelősség áthelyezése az egészségügyből a szociális gondozó szektorba) és egy új beosztási szabály révén valósult meg, amely csak a fiatalabb fogyatékkal élők egyes speciális csoportjainak ellátásával foglalkozott (Disability Act 1993). A helyettesítés módszere az LTC-ellátórendszer piacositása volt. Ezt az irányt felerősítette a 2006-os kormányváltás, mikor egyfajta „szabad választás forradalma” zajlott le azzal, hogy ösztönözték a helyi önkormányzatokat egy kváziutalványos rendszeren keresztül megvalósítandó, fogyasztói választáson alapuló modell bevezetésére. Bár az új

magánszolgáltatáson alapuló rendszer nem váltotta fel a régi közszolgáltató modellt, a törvény elsődleges célja annak a „különböző növekedésnek” az elősegítése volt, ami Streeck és Thelen (2005) szerint központi jelentőségű az intézmények lépcsőzetes átalakításán alapuló rendszerváltó dinamika szempontjából. Az angol eset azonban bonyolultabb, mivel itt a szolgáltatások lefedettségének csökkentését – legalább is egy tisztán számbeli megfelelés szempontjából – kompenzálták a szociális transzferek (gondozási díj) növelésével: 2011-ben a 65 éven felüliek körülbelül 15 százaléka kapott ilyen segílyt.

A reziduális LTC-modellben kisebb szerepe volt a szolgáltatást kapók szervezeteinek, amelyek a létező rendszerek megőrzése mellett voltak. A legfontosabb szereplők az általános érdekeket – beleértve ebbe a jóléti állam hagyományos haszonélvezőit is – támogató országos szervezetszerű neokorporatív szervezetek voltak, amelyek a jóléti állam átfogóbb átszervezésének/leépítésének részeként tekintettek az LTC-reformokra (nyugdíjak csökkentése, egészségügyi kiadások növekedésének megfékezése az LTC-ben és hasonló területeken megnövelt állami szerepvállalásért cserébe). Az ilyen szereplők horizontális koordinációját kiegészítette a helyi, regionális és országos intézmények vertikális koordinálása. A helyi hatóságok olyan lehetőségként tekintettek az LTC-innovációra, amely révén a központi szint rovására csökkenthetik a szociális kiadásait. Az LTC többszintű szerkezete lehetővé tett egy kölcsönös kiigazítási folyamatot, amely során a helyi és az országos szereplők is könnyen támogathatták a recentralizációs törekvéseket. Németországban a Kereszténydemokrata Párt és a Liberális Párt által alkotott koalíció javaslatára vezették be az 1995-ös reformot – a Szociáldemokrata Párt és a szakszervezetek egyetértésével. Hasonló koalíciók működtek Franciaországban, Spanyolországban és a Cseh Köztársaságban. Leginkább Franciaország habozott a rendszer megváltoztatásában. A hosszan tartó helyi szintű és országos hatókörű kísérleti periódus, valamint a politikai pártok és a szociális partnerek részvételével zajló nyilvános viták után végül 2001-ben vezették be a reformot. Spanyolországban a kormány, a szakszervezetek és a munkáltatói szervezetek között zajló szociális párbeszéd központi kérdése volt az LTC-reform. A Cseh Köztársaságban több mint tíz évig tartott a 2006–2007-es reformot előkészítő folyamat, és a reform csak kisebb változásokat eredményezett. Spanyolországban is hasonló volt a reformhoz vezető út. A többi uniós országban érvényesülő elképzelések is befolyásolták a reformmal kapcsolatos vitákat és a változások irányát, különösen a gondozási segíly új rendszerére hatott a hasonló osztrák és német program. Olaszországban hiányzott az a lehetőség, hogy egy adott reformprogramra vonatkozó általános politikai egyetértést alakítsanak ki. Ebben az országban az erősen fragmentált politikai rendszer, valamint az északi és déli régió közötti nagy különbség és ellentét bármilyen egyetértést megakadályozott a különböző érintettek közötti. Ráadásul a már meglevő segílyprogramok melletti elkötelezettség miatt sok érintett – köztük a szakszervezetek és a fogyatékkal élők szervezetei – semmilyen komolyabb reformjavaslatot sem támogatott.

Az intézményi mechanizmusok szempontjából a változást ezen országok többségében a „lerombolás és helyettesítés” folyamata jellemezte. A reformok nyíltan érintették az LTC-rendszer jogosultsági szabályait. A reformok megvalósítása és az elkövetkező évekbeli fenntartása azonban egyértelműen nem volt olyan bomlasztó, mint az első pillanatban tűnt. Ha a reformok hosszabb távon az LTC-rendszerek intézményi jellemzőit érintő éles diszkontinuitást vontak maguk után, akkor a bevezetésük után még több egymást követő kiegészítő döntéssel korlátozták a juttatásokat, vagy későbbre halasztották a tervezett fejlesztéseket. Németországban az LTC-biztosítás finanszírozási rendszere társadalombiztosítási járulékbefizetéseken és egy költségvetési plafon meghatározásán alapult (Theobald–Hampel 2013). A szociális jogok e szigorú költségvetési kontrollnak való alárendelése egyengette a biztosítási alap felállítása után rögtön meginduló fokozatos adaptáció útját. A rendszer egyensúlyának fenntartása érdekében emelni kellett a járulék összegét. Az elmúlt 15 évben a kormányok költségvetési megfontolások miatt elhalasztották a juttatások inflációhoz való indexálását, ami az ellátás reálértékének csökkenéséhez vezetett. Spanyolországban nehéznek bizonyult a reform megvalósítása, mivel a – finanszírozás terhét viselő – regionális kormányzatok eltérő hajlandóságot mutattak egy új gondozórendszer kialakítására. Ennek következtében a reform eredeti céljával ellentétben inkább készpénztámogatásokat és nem természetbeni ellátásokat vezettek be (Cabrero–Gallego 2013). A legutóbbi költségvetési nehézségek a Cseh Köztársaságban is leállították a reform végrehajtását, és a gondozási ellátás eredetileg tervezett közszolgáltatásként való megszervezése helyett a készpénzes megoldások felé fordultak (Barvíková–Oesterle 2013). Végül Franciaországban a kiadáscsökkentési megfontolások arra készítették a kormányt, hogy ismét megváltoztassák a rendszert, és magánbiztosítókat vegyenek be az új országos LTC-rendszerbe (Le Bihan–Martin 2013). Olaszországban annak ellenére történt intézményi változás, hogy az 1980-as évek óta nem hajtottak végre reformot. Ennek során a megfelelő jóléti ellátás hiánya az intézményes gyakorlat megcsúszását okozta (Hacker 2004): az egész LTC-rendszerre kiterjedő átszervezés elmaradása ahhoz vezetett, hogy egyre több komoly gondozásra szoruló időse – a 65 éven felüliek 11 százaléka – vette igénybe a meglevő LTC-rendszer által kínált országos készpénzsegélyt. E nézőpontból Olaszország Angliához hasonló változási mintát mutat. A legutóbbi fejlemények – egy hatalmas magán és szürke (migráns) gondozási piac kialakulása – bármilyen jelentősebb közzsabályozás vagy közfinanszírozás kialakítása nélkül lehetővé tették az olasz családok gondozással kapcsolatos szükségleteinek kielégítését (Costa 2013, Van Hooren 2012).

A szakpolitikai változások hatása

A reformok bevezetése utáni szakpolitikai változásoknak sokféle hatása volt, ezek közül a következő három különösen jelentősnek bizonyult: az állampolgárok LTC-ellátáshoz való hozzájutása, a gondozó szektorban dolgozó szakmabeliek munkakörülményeinek minősége és a változások általános hatása a gondozás defamilizálására.

A lefedettségi szint változása

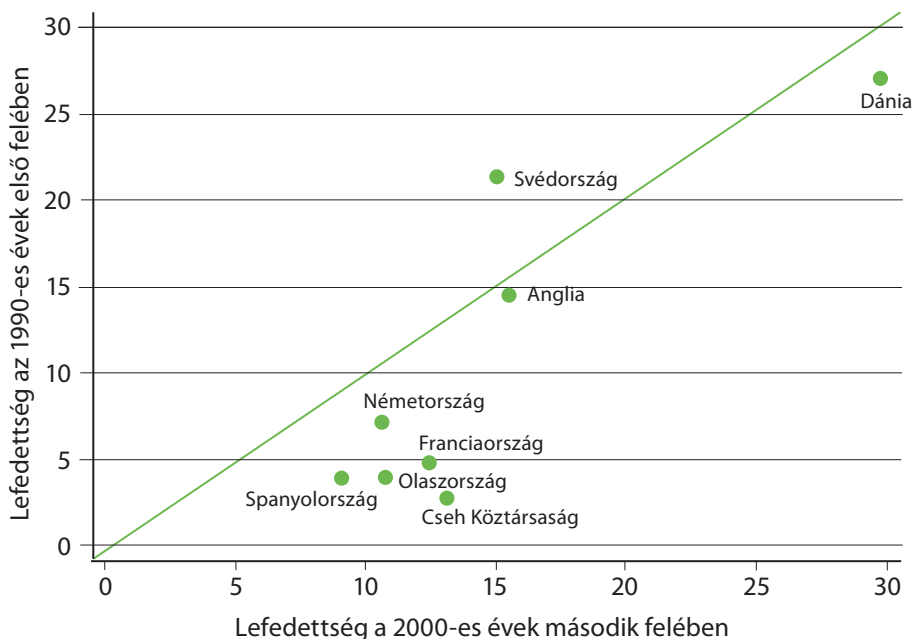
Az 1. ábra összegzi a lefedettség elmúlt két évtizedbeli változásait vizsgáló országok közötti összehasonlító elemzés eredményeit. Dánia jóléti rendszerében nem történtek jelentősebb változások: a lefedettségi szint és a közkiadások csak kismértékben nőttek, de már korábban is magasak voltak. Németországban, Spanyolországban, a Cseh Köztársaságban, Franciaországban és Olaszországban a lefedettség és a közkiadások is nőttek: az első négyben az 1990-es évek óta – illetve Franciaország, Spanyolország és a Cseh Köztársaság esetében még később – megvalósított, korábban ismertett reformok eredményeként, Olaszországban pedig az adott terület legfontosabb segélyét kapók számának növekedésével összefüggő intézményi inercia hatása miatt (a gondozási segélyt kapó idősök aránya megduplázódott az 1990-as évek eleje és az új évezred első évtizedének vége között). Anglia részben Olaszországhoz hasonló: az általános lefedettségi szint változása mögé tekintve mindkét országban azt láthatjuk, hogy a szolgáltatások csak csekély mértékben nőttek (Olaszország) vagy csökkentek (Anglia), közben pedig jelentősen nőttek a készpénzes segélyek. Természetesen felvethető az a kérdés, hogy a körülbelül 200 font (Anglia) és 500 euró (Olaszország) havi segély kiegyenlíti-e a bentlakásos szolgáltatások és a házi gondozás megszüntetéséből, illetve visszafejlesztéséből eredő hiányokat. Egyedül Svédországban történt visszalépés, bár kétségtelenül egy nagyon magas szolgáltatási szintről: itt a közkiadások csökkentését, a csökkenő lefedettséget és a nagyobb szükségletekkel rendelkezőket preferáló célzottság erősödését láthatjuk.

A legutóbbi gazdasági válság kitörése megszorító csomagokhoz vezetett, és több ország hozott az LTC-rendszere működését és finanszírozását érintő intézkedéseket³ (6. táblázat). Csupán a két skandináv ország és Németország esetében mondható el, hogy a gazdasági válságnak nincs közvetlen hatása az LTC-rendszerre. Nem hajtottak vére kiadáscsökkentést, de a közellátás lefedettsége kismértékben csökkent: Svédországban nőtt a bentlakásos intézmények való bejutás várakozási ideje (Baroni–Axelsson 2012), Dániában pedig csökkent a szociális gondozók száma – ami a dán LTC-rendszer szolgáltatás-központú jellegét tekintve jelentős változásnak mondható (Qvist 2012). Angliában a válság ahhoz vezetett, hogy csökkent a helyi önkormányzatok központi költségvetéséből

³ Az elemzésünk végpontja 2011–2012.

nyújtott támogatása. A megszorító intézkedések előtt a 2 millió gondozásra szoruló idős közül 800 ezer nem kapott formális támogatást a közszektorból vagy a piaci szervezetektől. A várakozások szerint ez a szám a megszorítások életbe lépése után, 2012 és 2014 között meghaladja az 1 milliót (AgeUK 2011, idézi Seeleib-Kaiser 2012).

1. ábra: Az LTC lefedettségi szintjének (szolgáltatások és szociális transzferek) változásai az idők folyamán: a reformok hatásai



Forrás: Beasley (2010), OECD (1996), Ranci–Pavolini (2013).

A Cseh Köztársaságra az 1990-es évek első felében nincsenek adatok.

6. táblázat: LTC-reformok a gazdasági válság idején, 2010–2012

Ország	Reformok
Univerzális modell	
Svédország	Nincs reform, de növekszik a várakozási idő a bentlakásos intézményekbe; nincs költségcsökkentés
Dánia	Nincs reform, de hatás az LTC-szektoron belüli közfoglalkoztatásra (csökkenés); nincs kiadáscsökkentés
Anglia	Helyi önkormányzatoknak nyújtott költségvetési támogatások csökkentése
Reziduális modell	

Ország	Reformok
Németország	Az új LTC-reform előkészületeinek lelassulása; nincs kiadáscsökkentés
Franciaország	Az új LTC-reform előkészületeinek lelassulása (viták a szolgáltatásokat nagyobb mértékben igénybe vevők költségtérítéséről és a magánbiztosításról); közkiadások csökkentése
<i>folytatódik</i>	
Olaszország	Helyi önkormányzatoknak nyújtott költségvetési támogatások csökkentése; gondozási segély nyújtásánál növekvő várakozási idő
Spanyolország	A 2006-os LTC-reform végrehajtásának erőteljes lassítása; közkiadások csökkentése; szinte egyáltalán nincsenek a reformmal kapcsolatos viták
Cseh Köztársaság	Az új LTC-reform végrehajtásának lassítása; közkiadások csökkentése

A válság előtt a legtöbb változtatást végrehajtó négy ország felé fordulva azt látjuk, hogy közülük háromban csökkentették a közkiadásokat (egyedül Németország a kivétel). Ezenkívül elnapolták vagy lassították a reformok végrehajtását. Spanyolországban a pénzügyi válság hatására erősen megnyirbálták az LTC-rendszer univerzális jellegét (Patxot et al. 2012). Franciaországban új keletű aggályok jelentkeztek az APA pénzügyi fenntarthatóságával kapcsolatban, és nyilvános vitát kezdeményeztek egy magánfinanszírozású második LTC-pillér bevezetéséről, ami megszüntetné a rendszer eredetileg univerzális jellegét (Morel et al. 2012a). Olaszországban ismét csökkenni kezdett az LTC lefedettsége: jelentősen csökkentették a helyi hatóságoknak a szociális szolgáltatásokhoz (benne az LTC-hez) nyújtott központi támogatásokat, és nőtt a gondozási segélyhez jutás várakozási ideje. Ezzel párhuzamosan heves viták folynak arról, hogy means-teszteltté tegyék a gondozási segélyt (Jessoula–Pavolini 2012). Összegzésképpen elmondható, hogy bár a 2000-es évek elején több országban is az univerzalizmus irányába mutató fejlődés bontakozott ki, a válság kitörése sok jóléti államban befagyasztotta ezeket a fejleményeket, sőt ismét előtérbe kerültek a megszorítások.

A gondozó szektorban dolgozók munkakörülményeinek változásai

A szociálpolitikai elemzések gyakran arra koncentrálnak, hogy a reformok és változások miként érintik az ellátottakat és családjaikat, valamint a közfinanszírozást. De mivel az LTC alapvetően személyes szolgáltatás, fontos annak a vizsgálata is, hogy milyen hatással vannak a reformok a szektorban dolgozókra. Az OECD (2011) kiadványában is látható, hogy több millió ilyen LTC-dolgozó van Európában, és az elmúlt évtizedben nőtt az ezen a területen foglalkoztatottak összlétszáma: a legtöbb országban éves átlagban gyorsabban nőtt az LTC-dolgozók száma, mint az összfoglalkoztatottság. Az elmúlt két évtized reformjainak kettős hatása volt: hozzájárultak az LTC-területen foglalkoztatottak gyors

létszámbővüléséhez, ezzel párhuzamosan viszont az itt dolgozók munkakörülményeinek romlásához is.

A növekvő gondozási szükségletek és az ellátottak számára rendelkezésre álló pénzforrások bővülése döntő szerepet játszottak a területen dolgozók létszámának emelkedésében (Williams 2012), az LTC-szolgáltatások szakmai minőségének gyengülése viszont főként a szabványosításnak, illetve a szabad választás szolgáltatásokon belüli terjedésének tulajdonítható, amelyek következményeként gyengült a szociális munkások önállósága és autonómiája. Egyrészt „taylori” jellegű megoldásokat vezettek be a szolgáltatásokban. Sok országban szigorúbban szabályozták a szolgáltatást végző szociális munkások tevékenységét. Például Svédországban a New Public Management hatására átváltottak a személyközpontú szervezeti modellről, amelyben minden gondozó felelős volt a saját klienseiért, egy taylori „szereplőszalag” jellegű modellre, ahol több gondozó közösen nyújt specializált szolgáltatást a kliensek nagyobb csoportjának. A dán és a német tapasztalatok azt mutatják, hogy a gondozással kapcsolatos feladatok (és a végrehajtásukhoz szükséges idő) szabványosítása csökkentette a házi gondozók autonómiáját. Ugyanakkor erősödött a fogyasztói igényeket jobban figyelembe vevő szolgáltatások követelése, amit erőteljesen támogattak a fogyatékkal élők szervezetei. Az országok többségében az LTC-szektornak szánt közpénzek növekvő részét úgy adták, hogy – a múlttal összehasonlítva – nagyobb autonómiát biztosítson az ellátottaknak (pl. a szolgáltatás alternatívájaként, vagy abba integrálva, „készpénzért vásárolt gondozási” programok, és még a szolgáltatás-központú modellen belül is nagyobb választási szabadság az ellátottaknak a szolgáltatásokkal kapcsolatos döntésekben) (Brennan et al. 2012, Morel 2007). Olaszországban, és valamivel kisebb mértékben Spanyolországban és Németországban, olyan „készpénzért vásárolt gondozási” programokat indítottak és erősítettek meg, amelyek jelentős önállóságot biztosítottak az ellátottaknak a szolgáltatás felhasználására vonatkozóan. A skandináv országok erősítették az ellátottak autonómiáját az általuk igénybe vett szolgáltatások megszervezésében. Például a dán „szabad választás” program lehetővé tette, hogy az ellátottak pontosan azokat a szolgáltatásokat válasszák, amiket kapni akartak. Franciaország megpróbálta összeegyeztetni a készpénzes programokat és a szabad választást a szakmai felügyelettel: az APA-programban a szociális munkások jóváhagyása szükséges a közvetlenül az ellátottaknak juttatott támogatások kifizetéséhez.

Végül, a hagyományosan kevés szolgáltatást működtető országokban (Olaszország, Spanyolország és Németország) a gondozás iránti kereslet növekedése rengeteg migráns gondozót vonzott a gondozási piacra, akik szolgáltató szervezet és erős szerződéses védelem híján, valamint a migránsokra vonatkozó szigorú szabályok miatt elfogadták az alacsony béreket, a szezonális munkát és a nagyon nehéz munkakörülményeket (Van Hooren 2012, Williams 2012).

Változások a familizálás szintjében – defamilizálás

Az LTC-politikák intézményi változásainak a familizálás-defamilizálás tekintetében is komoly hatása volt (Esping-Andersen 1999, Pavolini–Ranci 2008). A kérdéssel foglalkozók szerint a defamilizálás azzal jár, hogy nőnek a családoknak nyújtott természetbeni ellátások, ami tehermentesíti a családokat a gondoskodásra szoruló tagjaiknak közvetlenül nyújtandó szolgáltatásokkal kapcsolatban (Esping-Andersen 1999, Leitner–Lessenich 2007). Az 1990-es évek elején úgy gondolták, hogy az LTC-re vonatkozó szociális jogok kiterjesztése és a családok gondoskodási kötelezettségeinek ennek megfelelő csökkenése az állam által finanszírozott szolgáltatások szükségszerű fejleménye. A következő két évtizedben azonban feszültségek keletkeztek a formális és informális gondozás között (Pfau-Effinger–Rostgaard 2011), mivel a feltételezésekkel szemben a reformok nem vezettek a gondozás egyértelmű defamilizálásához. A formális és informális gondozás közötti határok eltolódtak és elhomályosodtak, megteremtve a köztes és félig formális formák kialakulásának lehetőségét (Pfau-Effinger et al. 2009).

Az LTC-reformok (különösen Németországban és Franciaországban) erősítették a transzferek súlyát az ellátásokon belül, amely révén a családtagok kiegészíthették a familizálást fenntartó közgondoskodó modell ellátásait (Saraceno–Keck 2010). Németországban az utóbbi időben nagyobb figyelmet fordítanak a munkavállalás és gondozás összeegyeztetésére, a 2012-es törvény lehetővé teszi az otthoni gondozást igénylő családtaggal együtt élő dolgozóknak, hogy maximum két évig akár heti 15 órára csökkentsék a munkaidejüket (Schmäl et al. 2012). A legtöbb országban a legátfogóbb megoldás a házi gondozás annak érdekében végrehajtott növelése volt, hogy ezzel csökkentsék a családon belüli gondozásba intézményesülő, hospitalizálódó emberek számát (vagy hogy csökkentsék az intézményesülésük időtartamát). De a házi gondozás olyan tevékenység, ami a gondozottat sok órán át támogató szociális hálózat meglétét igényli. Ezért a gondozás jelentős része implicit módon az informális hálózatokra – többek között a rokonokra, barátokra, szomszédokra – maradt.

Ezzel párhuzamosan megújult figyelmet fordítottak a vásárolt gondozóprogramokra. A készpénztámogatások általában mentesek minden kötöttségtől, és a juttatottak szabadon használhatják fel azokat, az új tendencia szerint viszont a juttatás feltételeinek pontosabb megfogalmazásával és a források felhasználására vonatkozó szigorúbb beszámolási kötelezettségek előírásával erősítették a juttatások felhasználásával kapcsolatos kötöttségeket. Ily módon a gondozásért fizetett juttatások új formái nemcsak (a családtagok által végzett) gondozási szolgáltatások finanszírozásának olcsó megoldását jelentették, hanem egyúttal megalapozták az elsősorban nők által végzett gondozómunka – amit korábban implicit és „természetes” kötelességnek tartottak – erős intézményes elismerését is. Tehát az informális gondozást a közszolgáltató rendszer integráns részének ismerték el. Az informális gondozók szociális jogokat, társadalombiztosítási tagságot, helyettesítő szolgáltatásokat és jövedelemtámogatást kaptak (ebből a szempontból Né-

metország az egyik legérdekesebb eset). Ezek révén tehát a gondozó szolgáltatásokat a közintézmények helyett részben nyíltan az állampolgároknak delegálták, megteremtve ezzel annak lehetőségét, hogy beilleszkék a családok által nyújtott gondozást a „közszolgáltató” rendszerbe. Az LTC-rendszerek egész Európában tapasztalható fejlődésével párhuzamosan új szabályokat fogadtak el, azzal a céllal, hogy megosszák a finanszírozás terhet és a gondozó szolgáltatásokat a közszektor és az állampolgárok között. Az elmúlt két évtizedben végbement folyamat nemcsak azzal járt, hogy új feladatokat kapott a jóléti állam, hanem átalakította az állam és a család közötti korábbi viszonyt is.

Következtetések

A folyamatot és ennek végső hatásait vizsgálva igaznak tűnik az a következtetés, hogy nem minden vált arannyá azok közül, amik a reformok idején csillogott.

Az LTC intézményi változása nagyon összetett és hosszan tartó folyamat. A különböző reformösvények azt mutatják, hogy a jogosultságok és ellátások közötti viszony a domináns politikai szövetségek szerveztségétől és erejétől függően eltérő módon szabható újra. Az eredetileg univerzális LTC-modellben anélkül vezettek be a gondozás szervezetét érintő új szabályozást és az ellátások megnyirbálását lehetővé tevő intézkedéseket, hogy nyíltan szóba került volna a jogosultsági feltételek megváltoztatása. Az univerzalizmust és a magas közkiadásokat támogató társadalmi erők elég erősek voltak ahhoz, hogy megakadályozzák a meglevő paradigma bármilyen nyílt megváltoztatását. Svédországban és Angliában azonban a kiadások csökkentése és a szerkezeti változások egyengették a gondozás rejtett részleges privatizálásának útját. Az eredetileg reziduális modellekben egy integrált neokorporatív politikai szövetség segítségével az LTC-rendszer radikális megváltoztatását célzó új szociális jogosultságokat vezettek be, de a gondozó ellátásokat nem mindig ennek megfelelően alakították, vagy gyakran hozzáigazították a változó feltételekhez. A pénzügyi válság kitörése után lassították az univerzalizmus irányába mutató folyamatokat, sőt gyakran a gondozás piacosítása és refamilizálása irányába mutató lépéseket tettek. A gondozó ellátásokra vonatkozóan szociális jogként fogalmazódott meg az univerzalizmus, de általában az volt a tényleges helyzet, hogy nem minden rászoruló kapott ellátást. Ezenkívül a lefedettség növelése részben a gondozók munkakörülményeinek romlása árán valósult meg.

A változások összetett dinamikájának megértéséhez hosszabb időszakra – két évtizedre – terjesztettük ki az elemzés időkeretét. Az intézményi változásokat vizsgáló kutatások általában annak magyarázatára összpontosítanak, hogy miért és hogyan ment végbe a diszkontinuitás az inercia, útfüggőség és meglevő intézményi elrendeződés által meghatározott környezetben. Eközben nemcsak sok koncepcionális újítást alkalmaznak a különböző változási folyamatok értelmezésére (Streeck–Thelen 2005), hanem nagy figyelmet szentelnek a kulturális átalakulás-

nak (történelmi institucionalizmus) és a reformerek stratégiai akcióterveinek is (Schmidt 2008). Az intézményi változásokat kutató tudósok gyakran olyan pontosan meghatározható eseményekként vizsgálják a reformokat, amelyek képesek diszkontinuitás előidézésére, és világosan elválasztják egymástól a reformok előtti és utáni korszakot. Általában implicit módon konzisztens és koherens átalakulási folyamatot tételeznek fel, annak hangsúlyozására, hogy ténylegesen bekövetkezett valamilyen diszkontinuitás. De az LTC területén végbemenő intézményi változás jellemző módon ellentmondásos és inkonzisztens: a paradigmaticus és a kisebb horderejű változások is visszafordíthatók, ami nem várt éles módosulásokhoz vezethet. Mikor megváltoztak a reformokhoz vezető kedvező (intézményi, pénzügyi, gazdasági) feltételek, részben módosult a reformfolyamat is, és új intézményi mechanizmusokat vezettek be a reformfolyamat lassítására, vagy akár visszafordítására. A „soha ne mondj végleges ítéletet” lehetne az LTC-politikát formálók legtalálóbb mottója. Ha hosszú távon gondolkozunk, akkor a változás olyan elnyújtott intézményi dinamikának mutatkozik, amelyben szétválaszthatatlanul jelenik meg a kontinuitás és diszkontinuitás (Mahoney–Thelen 2009), és amelyben döntő szerepet játszanak a feszültségek és ellentmondások.

Az ilyen folyamatok általános hatása az, hogy ha az univerzalizmus szintje összességében nőtt vagy megőrződött is az LTC-programokon belüli ellátásokhoz való *jogosultságok* tekintetében az itt vizsgált minden európai országban, ezzel párhuzamosan zajlott az *LTC-szolgáltatások* pénzügyi okok, költségvetési megfontolások vagy a fenntarthatóság szempontjai miatti korlátozása. Továbbá a gondozó szolgáltatások gyakorlati és szervezeti feltételei sok európai országban sokkal rosszabbak lettek – mint ezt korábban bemutattuk az olcsó és szakképzetlen munkaerő térhódításával, az ellátások színvonalának csökkentésével és a gondozás refamilizálásával. Végül, az univerzalizmust sokszor nyíltan nem kérdőjelezték meg, de ténylegesen csökkentették a szigorúbb célzás és szükségletfelmérés révén. Így egy újfajta, különböző intézményi formákat és országokként eltérő alakzatokat mutató „korlátozott univerzalizmus” vált dominánssá. A „korlátozott univerzalizmus” feltételei között *minden rászoruló embernek* deklarált joga van ugyanazokhoz az LTC-ellátásokhoz, de számos, az ellátásokat, a szolgáltatások minőségét és a szolgáltatásokhoz való hozzájutást érintő korlátozással. A szociális állampolgáriságot (Kröger et al. 2013) lényeges gazdasági és szervezeti kritériumok alapján nemcsak változatosabbá tették, hanem korlátozták is.

Fordította Nyilas Mihály

Irodalom

Ascoli, U. – Ranci, C. (eds.) (2002): *Dilemmas of the Welfare Mix: The New Structure of Welfare in an Era of Privatization*. New York: Kluwer.

- Baroni, E. – Axelsson, R. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: Sweden*. Brussels: European Commission.
- Barvíková, J. – Oesterle, A. (2013): Long-term Care Reform in Central-Eastern Europe: The Case of the Czech Republic. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York: Springer, 243–265.
- Beasley, R. (2010): *Attendance Allowance, Disability Living Allowance and Carer's Allowance*. London: Government UK.
- Bonoli, G. (2005): The Politics of the New Social Policies: Providing Coverage Against New Social Risks in Mature Welfare States. *Policy and Politics*, (33), 3, 431–49.
- Brennan, D. – Cass, B. – Himmelweit, S. – Szebehely, M. (2012): The Marketisation of Care: Rationales and Consequences in Nordic and Liberal Care Regimes. *Journal of European Social Policy*, (22), 4, 377–391.
- Bureau, V. – Dahl, H. M. (2013): Trajectories of Change in Danish Long Term Care Policies: Reproduction by Adaptation through Top-down and Bottom-up Reforms. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*, New York: Springer, 79–95.
- Cabrero, G. R. – Gallego, V.-M. (2013): Long-term Care in Spain: Between Family Care Tradition and the Public Recognition of Social Risks. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 201–219.
- Capano, G. – Howlett, M. (2009): *European and North American Policy Change: Drivers and Dynamics*. London: Routledge.
- Clasen, J. – Siegel, N. A. (eds.) (2007): *Investigating Welfare State Change: The 'Dependent Variable Problem' in Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Costa, G. (2013): Long Term Care Italian Policies: A Case of Inertial Institutional Change. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 221–241.
- Costa, G. – Ranci, C. (2010): Disability and Caregiving: A Step Towards Social Vulnerability? In C. Ranci (ed.): *Social Vulnerability in Europe: The New Configuration of Social Risks*. New York: Palgrave Macmillan, 159–187.
- Da Roit, B. – Le Bihan, B. (2010): Similar and yet so Different: Cash-for-Care in Six European Countries' Long-Term Care Policies. *Milbank Quarterly*, (88), 3, 286–309.
- Dahrendorf, R. (1988): *The Modern Social Conflict: An Essay on the Politics of Liberty*. Berkeley, CA: University of California Press.
- Daly, M. – Lewis, J. (1998): Introduction: Conceptualising Social Care in the Context of Welfare State Restructuring. In J. Lewis (ed.): *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*. Aldershot: Ashgate, 1–24.

- Esping-Andersen, G. (1999): *Social Foundations of Post-Industrial Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrera, M. (2005): *The Boundaries of Welfare: European Integration and the New Spatial Politics of Social Protection*. Oxford: Oxford University Press.
- Glendinning, C. (2013): Long-Term Care Reforms in England: A Long and Unfinished Story. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 179–200.
- Glendinning, C. – McLaughlin, E. (1993): *Paying for Care: Lessons from Europe*. London: HMSO.
- Hacker, J. (2004): Privatizing Risk Without Privatizing the Welfare State. *American Political Science Review*, (98), 2, 243–260.
- Hall, P. (1993): Policy Paradigms, Social Learning, and the State: The Case of Economic Policy-Making in Britain. *Comparative Politics*, (25), 3, 275–296.
- Hinrichs, K. – Jessoula, M. (eds.) (2012): *Labour Market Flexibility and Pension Reforms*. Basingstoke: Palgrave.
- Howlett, M. (2007): Re-Visiting the New Orthodoxy of Policy Dynamics: The Dependent Variable and Re-Aggregation Problems in the Study of Policy Change. *Canadian Political Science Review*, (1), 2, 50–62.
- Jessoula, M. – Pavolini, E. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: Italy*. Brussels: European Commission.
- Kröger, T. – Anttonen, A. – Sipilä, J. (2003): Social Care in Finland: Weak and Strong Universalism. In A. Anttonen, J. Sipilä – J. Baldock (eds.): *The Young, the Old and the State*. London: Edward Elgar, 25–54.
- Lafortune, G. – Balestat, G. (2007): *Trends in Severe Disability among Elderly People: Assessing the Evidence in 12 OECD Countries and the Future Implications*. OECD Health Working Paper 26. Paris: OECD.
- Le Bihan, B. – Martin, C. (2013): Steps Toward a Long-Term Care Policy in France: Specificities, Process and Actors. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 139–159.
- Leitner, S. – Lessenich, S. (2007): Dependence as Dependent Variable: Conceptualizing and Measuring ‘De-Familization’. In J. Clasen – N. A. Siegel (eds.): *Investigating Welfare State Change: The ‘Dependent Variable Problem’ in Comparative Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar, 244–260.
- Lundquist, L. J. (1980): *The Hare and the Tortoise: Clean Air Policies in the United States and Sweden*. Ann Arbor, MI: University of Michigan Press.
- Mahoney, J. – Thelen, K. (eds.) (2009): *Explaining Institutional Change*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Meagher, G. – Szebehely, M. (2013): Long-Term Care in Sweden: Trends, Actors and Consequences. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 55–78.

- Morel, N. (2007): From Subsidiarity to 'Free Choice': Child- and Elder-Care Policy Reforms in France, Belgium, Germany and the Netherlands. *Social Policy & Administration*, (41), 6, 618–637.
- Morel, N. – Naczyk, M. – Palier, B. (2012a): *ASISP Annual National Report 2012: France*. Brussels: European Commission.
- Morel, N. – Palier, B. – Palme, J. (eds.) (2012b): *Towards a Social Investment Welfare State?* Bristol: Policy Press.
- Naldini, M. – Saraceno, C. (2008): Social and Family Policies in Italy: Not Totally Frozen. *Social Policy & Administration*, 42, 733–748.
- Oesterle, A. (2001): *Equity Choices and Long-Term-Care Policies in Europe*. London: Ashgate.
- OECD (1996): *Aging in ECD Countries: A Critical Policy Challenge*. Paris: OECD.
- OECD (2011): *Help Wanted? Providing and Paying for Long Term Care*. Paris: OECD.
- Palier, B. (ed.) (2010): *A Long Goodbye to Bismarck: The Politics of Welfare Reform in Continental Europe*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Patxot, C. – Rentería, E. – Scandurra, R. – Souto, G. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: Spain*. Brussels: European Commission.
- Pavolini, E. – Guillén, A. M. (eds.) (2013): *Health Care Systems in Europe Under Austerity: Institutional Reforms and Performance*. Basingstoke: Palgrave.
- Pavolini, E. – Ranci, C. (2008): Restructuring the Welfare State: Reforms in Long-term Care in Western European Countries. *Journal of European Social Policy*, (18), 3, 246–259.
- Pfau-Effinger, B. – Rostgaard, T. (eds.) (2011): *Care Between Work and Welfare in European Societies*. New York: Palgrave.
- Pfau-Effinger, B. – Flaquer, L. – Jensen, P. H. (2009): *The Hidden Work Regime: Informal Work in Europe*. London: Routledge.
- Pierson, P. (2001): *The New Politics of the Welfare State*. Oxford: Oxford University Press.
- Qvist, J. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: Denmark*. Brussels: European Commission.
- Ranci, C. – Pavolini, E. (eds.) (2013): *Reforms in Long-term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer.
- Rostgaard, T. (2002): Caring for Children and Older People in Europe: A Comparison of European Policies and Practices. *Policy Studies*, (23), 1, 51–68.
- Sabatier, P. (1988): An Advocacy Coalition Framework of Policy Change and the Role of Policy Oriented Choice. *Policy Sciences*, (21), 1, 56–71.
- Saraceno, C. (ed.) (2008): *Families, Ageing and Social Policy: Intergenerational Solidarity in European Welfare States*. Cheltenham: Edward Elgar.
- Saraceno, C. – Keck, W. (2010): Can We Identify Intergenerational Policy Regimes in Europe? *European Societies*, 12, 675–696.

- Sarasa, S. – Mestres, J. (2007): Women's Employment and the Adult Caring Burden. In J. Esping-Andersen (ed.): *Family Formation and Family Dilemmas in Contemporary Europe*. Bilbao: Fundacion BVA, 185–222.
- Schmahl, W. – Augurzky, B. – Mennilen, R. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: Germany*. Brussels: European Commission.
- Schmidt, V. (2008): Discursive Institutionalism: The Explanatory Power of Ideas and Discourse. *Annual Review of Political Science*, 11, 303–326.
- Seeleib-Kaiser, M. (2012): *ASISP Annual National Report 2012: United Kingdom*. Brussels: European Commission.
- Streeck, W. – Thelen, K. (eds.) (2005): *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*. Oxford: Oxford University Press.
- Taylor-Gooby, P. (2004): *New Risks, New Welfare*. Oxford: Oxford University Press.
- Theobald, H. – Hampel, S. (2013): Radical Institutional Change and Incremental Transformation: Long-term Care Insurance in Germany. In C. Ranci – E. Pavolini (eds.): *Reforms in Long-Term Care Policies in Europe: Investigating Institutional Change and Social Impacts*. New York: Springer, 117–138.
- Van Hooren, F. (2012): Varieties of Migrant Care Work: Comparing Patterns of Migrant Labour in Social Care. *Journal of European Social Policy*, 22, 133–147.
- Williams, F. (2012): Converging Variations in Migrant Care Work in Europe. *Journal of European Social Policy*, 22, 363–376.