

esély

2018/5

Társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TARTALOM

Tanulmányok

- 3 **Orosz Éva:** Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi válságának értelmezéséhez
- 25 **Huszár Ákos – Záhonyi Márta:** Egyenlőtlenség és társadalmi mobilitás

Magyar valóság

- 48 **Keller Judit:** Az esélykiegyenlítés egyenlőtlen feltételei: a koragyerekkori szolgáltatások intézményi aszimmetriái
- 76 **Gyarmati Andrea – Czibere Ibolya – Rácz Andrea:** A gyermekvédelmi és szociális szakellátásban elhelyezett fogyatékkal élő vagy más okból speciális támogatást igénylő 0–6 éves gyermekek ellátási sajátosságai

Dokumentum

- 96 A Bizottság jelentése a gazdasági teljesítmény és a társadalmi haladás méréséről. 2009. szeptember 14.

124 **Abstracts**

127 **Contents**

OROSZ ÉVA

TUDOMÁNYTÖRTÉNETI ADALÉKOK AZ EGÉSZSÉGÜGY JELENLEGI VÁLSÁGÁNAK ÉRTELMEZÉSÉHEZ*

Az egészségügy számos jelenlegi súlyos problémájának gyökerei 4-5 évtizeddel korábbi időszakra nyúlnak vissza. Emiatt napjaink problémáinak megértéséhez is hozzájárulhat annak áttekintése, hogyan interpretálták az egészségügyi rendszer problémáit a 80-as évtized társadalomtudományi kutatásai. A tanulmány a napjainkra érvényes tanulságok közül a következőket emeli ki. Az egészségügy alulfinanszírozottsága nemcsak a jelenlegi kormányzat szűklátókörűségének a következménye, hanem annak is, hogy a rendszerváltás időszakában végbement változások nem érintették az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt helyzetét. A hálapénz politikai rendszereken átívelő fennmaradása nemcsak a rendszerváltás utáni kormányzatok nemtörődömségének a következménye, hanem annak is, hogy a hálapénz kialakulásának és fennmaradásának az okait a rendszerváltás felemás reformjai nem szüntették meg. A 80-as évek reformkoncepcióinak és a 2010 után végbement észszerűtlen centralizációnak az összehasonlítása segíthet annak megértésében, hogy mennyiben beszélhetünk az egyszer már lebontott régi struktúrák visszaépüléséről és milyen alapvető különbségek vannak a 80-as évek és a jelenlegi struktúrák között.

* A magyar közgazdaságtudomány 1945–1990 konferencián (2017. június 12.) elhangzott, „Az egészségügyi rendszer finanszírozási problémáinak interpretációi az 1980-as években” című előadás kibővített változata.

Bevezető

Az egészségügy számos jelenlegi súlyos problémájának a gyökerei 4-5 évtizeddel korábbi időszakra, az államszocialista rendszerbe nyúlnak vissza. Például a napjainkban újra előtérbe került „sokat (eleget) vagy keveset költünk-e az egészségügyre” vita is.¹ Az egészségügy egyre élesebben kirajzolódó útfüggősége miatt nemcsak tudománytörténeti relevanciája van, hanem napjaink problémáinak megértéséhez is hozzájárulhat annak áttekintése, hogyan interpretálták az egészségügyi rendszer problémáit a 80-as évtized társadalomtudományi kutatásai. A cikk az egészségügy finanszírozásának szerteágazó problémái közül három egymással összefüggő kérdéskört emel ki. Először azt mutatom be, hogyan értelmezték a 80-as években megjelent publikációk az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt helyét. Ehhez szorosan kapcsolódik a második témakör: a hálapénz okaira és következményeire adott különböző értelmezéseknek, a 80-as években folytatott szakmai vitáknak az összefoglalása. A harmadik témakör a 80-as évek második felében kibontakozott – az egészségügyi reformot megalapozni szándékozó – kutatások eredményeit elemzi. Először a reform egészségére vonatkozó két koncepciót hasonlítom össze, majd a fekvőbetegellátás finanszírozási rendszerének átalakítására vonatkozó terveket vázolom. A cikk annak összegzésével zárul, hogy a rendszerváltozás milyen mértékben tudta (illetve nem tudta) megszüntetni az államszocialista egészségügy struktúráit.

Kontextus

A 70-es évek közepétől egyre inkább érzékelhetővé váltak a magyar gazdaságnak és társadalomnak – a szocialista gazdasági szisztémából és a 70-es évek elejének világgazdasági válságára adott rossz válaszokból eredő – súlyos problémái, továbbá ezekről a problémákról egyre szélesebb körben folyt diskurzus. Ezek közé a problémák közé tartoztak mind a magyar népesség egészségi állapotának drámai helyzete, mind az egészségügyi rendszer működési zavarai. A 70-es évek végétől számos írás elemezte az egészségi állapot romló trendjeit és az egészségi állapotra ható társadalmi és közvetlen kockázati tényezőket (Józan,1986; Losonczy,1989). Az írások egy része arra is rámutatott, hogy nem egyszerűen csak az egészségi állapot rosszabb helyzetéről volt szó, hanem a fejlett országokétól elkanyarodó trendről, aminek az okai a gazdasági és társadalmi folyamatokban gyökereztek (Hablicsek et al., 1985; Orosz, 1986, 1990). A mából visszatekintve fontos hangsúlyoznunk, hogy az egészségi állapot problémáját az akkori kutatások többsége is elkülönülve kezelte az egészségügyi rendszer problémáitól – hasonlóan napja-

¹ A 80-as évek végére is az volt a jellemző, hogy a pénzügyi kormányzat számára a költségvetési kiadások csökkentése jelentette a prioritást, és ebből a megközelítésből magasnak tartotta a költségvetés egészségügyi kiadásait. Az egészségügyi reformok akkori kidolgozóinak pedig egyik fő törekvése az volt, hogy megszűnjön az egészségügy „maradék” helyzete és növekedjenek az egészségügyre fordított közkiadások.

inkhoz. A rendszerváltás időszakának napirendjére pedig csak az egészségügyi rendszer átalakítása került. Ennek egyik (de nem egyedüli) oka, hogy akkor se volt és jelenleg sincs széles körben elfogadott álláspont arra vonatkozóan, hogy milyen mértékben befolyásolja az egészségügy működése a lakosság egészségi állapotát.

A 80-as évek elejére a szocialista egészségügy alapelvei és a valóság közötti szakadék a lakosság mindennapi tapasztalatává, kutatások tárgyává és a média (napilapok, TV) mindennapos témájává vált. Az egészségügy működésével szembeni társadalmi elégedetlenség hozzájárult a politikai rendszer legitimációjának az erodálódásához is. Mindezek nyomást gyakoroltak a politikai döntéshozókra és az egészségügyi kormányzat vezetőire is. Az egészségügyi reformok elindulásához azonban valószínű, hogy nem lettek volna elégségesek a belső problémák – kellett egy külső lökés is. Ezt a gazdasági reform újbóli elindulása adta meg: az Állami Tervbizottság 1986-ban hozott határozata kötelezte az egészségügyi kormányzatot egy reformprogram kidolgozására. Levendel László 1982-ben publikált írása jól érzékelteti a 80-as évek elejének helyzetét, a reformokat akadályozó, a változtatásokat akarókat visszahúzó tényezőket, és ezek részeként az egészségügyi kormányzat „kettős lelkületét”: *„Az egészségügy területén a reformtörekvéseket inkább csak a tolakodó bajok ébresztgetik jelenleg. Ilyenek: az egészségügyi ellátás működési zavarai, a társadalom növekvő [...] kritikája [...] már a sajtóban is [...] az orvosok és egészségügyiiek elégedetlensége, mert erőfeszítésük nem arányos az elérhető eredménnyel [...] a progresszív törekvéseknek [...] a konzervativizmus, a közönyösség, a belefáradás[állja útját] [...] egy átfogó szociálpolitikai-népegészségügyi reform végrehajtására önmagában az egészségügyi kormányzat nincs felkészülve, nem is rendelkezik megvalósításának politikai, társadalmi, pénzügyi feltételeivel.”* (Levendel, 1982, p. 75) Az is kivételes jellemzője volt a 80-as éveknek, hogy összekapcsolódott a gazdasági reformról és az egészségügyi reformról való gondolkodás. A gazdasági reformra vonatkozó – a 80-as évek elején újraindult – munkálatokban résztvevő közgazdászok körében dominánssá vált az a vélemény, hogy nem elégséges a gazdasági mechanizmusok átalakítása, hanem a jóléti rendszerekben, a közigazgatásban, a politikai rendszerben is reformokra van szükség. Így az egészségügyről folyó viták egyik meghatározó kérdése – hasonlóan a gazdasághoz és az egész jóléti rendszerhez – az állam kívánatos szerepe volt.

Az előbb vázolt kontextusba helyezve érdemes értelmezni a 80-as években született kutatási eredményeket, szakmai vitákat, amelyek mára már a magyar közgazdaságtudomány, illetve egészséggazdaságtan történetének a részét képezik. Ugyanakkor nemcsak tudománytörténeti szempontból érdekesek, hanem relevánsak az egészségügy jelenlegi válságos helyzetének, hosszú ideje fennálló problémáinak, továbbá annak megértéséhez is, miért nem törekedtek, vagy miért nem voltak képesek a kormányzatok ezen problémák hatásos kezelésére.

Az egészségügy és a gazdaság viszonya

A kutatások már a 80-as évek elején rávilágítottak, hogy egészségügy működési zavarainak (a 80-as években gyakran használt kifejezéssel élve, „feszültségeinek”) egyik alapvető oka az egészségügynek a nemzetgazdaságon belüli alárendelt helyzete volt. A kutatókra nagy hatással volt Kornai János Hiány című könyve – amely az egészségügy elemzése számára is adekvát fogalmi keretet adott. A domináns értelmezés szerint az egészségügyre széleskörűen jellemző hiány kialakulása szükségszerűen következett a szocialista egészségügyi rendszer kialakításának módjából. A hiány kialakulásának fő oka az volt, hogy a 40-es évek végén az egészségügyi ellátásra való jogosultság (kereslet) kiterjesztése a feltételek (a kínálati oldal) megfelelő mennyiségi és minőségi bővítése nélkül történt meg (Ádám, 1986; Levendel, 1978; Losonczi, 1986; Szalai, 1981, 1986). Az 1930-as évek végén kevesebb, mint hárommillió volt az egészségbiztosítással rendelkezők száma. Ez az 1940-es évek végén közel négymillióra, az 50-es évek elejére pedig ötmillióra növekedett (Boncz – Sebestyén, 2015). Az államszocialista gazdasági berendezkedésből, az 50-es évek gazdaságfejlesztési stratégiájából pedig szükségszerűen következett, hogy az egészségügyi ellátás kínálati oldalán elmaradt a bővülés. A szocialista tervgazdaság a béreknek alacsonyan tartása révén a jövedelmek nagyfokú koncentrációját valósította meg, továbbá az állami költségvetési forrásoknak elsősorban az iparfejlesztésre fordításával célozta meg a fejlett országokhoz való felzárkózást (Ágh, 1988; Szalai, 1981, 1986). A hosszabb távú következmények, nevezetesen hogy az egészségügy (és oktatás) alulffinanszírozása a hosszú távú gazdasági fejlődés feltételeit veszélyeztetik, a 80-as évek közepén a szociálpolitika és a gazdaság viszonyáról folyó vitában is hangsúlyt kaptak (Társadalmi Szemle, 1985). Napjainkból visszatekintve fontos megjegyezni, hogy a kutatók által kifejtett kritika középpontjában a GDP felhasználásának, a költségvetési források *elosztásának* a kérdése állt: azaz a „nem-termelő ágazatok” alárendelt helyzete a források elosztásakor. Az a kérdés azonban nem kapott figyelmet, hogy a „nem-termelő ágazatok” közgazdasági szempontból alapvetően téves kategória volt².

Szalai Júlia írásai arra is rámutattak, hogy az előzőekben vázolt struktúrára hogyan hatottak a 1963–67 közötti időszakban érvényesülő, az új gazdasági mechanizmus előkészítését jelentő változások. Ezek egyik fő eleme volt, hogy *„gazdasági célkitűzés lett az egyéni fogyasztás színvonalának emelése, a lakáshelyzet javítása”* (Szalai, 1986, p. 63). Ugyanakkor *„az életszínvonal politikai döntéséért éppen a nem termelő szférában kellett árat fizetni.”* (Szalai, 1986, p. 76). Az a politikai döntés, hogy a jóléti rendszeren belül az egyének által közvetlenül érzékelhető pénzbeli ellátásokat kell fejleszteni – a költségvetés felhasználásának az arányait tekintve – még inkább elvonta a forrásokat az oktatástól és az egészségügytől. Eb-

² Ugyanis az egészségügy a szolgáltatási szektor részeként hozzá is járul a GDP előállításához – azaz fejlesztése nem csak a hosszú távú gazdasági fejlődés feltételei szempontjából fontos, hanem része a nemzetgazdaság adott évi teljesítményének is.

ből következően az egészségügy és az oktatás a gazdaságban pozitív változásokat hozó időszaknak is a vesztese volt³.

Napjainkból nézve, az előzőek azt is jelentették, hogy az erőltetett iparosítás időszakát felváltó új gazdasági mechanizmus időszakában alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön” keresztül közvetlenül érzékelhető, rövidtávon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzügyi jóléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövidtávú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét. Ez az attitűd a magyar politikai elit szemléletében, kormányzati magatartásában napjainkig töretlenül fennmaradt.

Az egészségügy „alkalmazkodási” mechanizmusai

A kormányzati magatartás másik meghatározó eleme – a társadalmi fejlődés hosszú távú kérdéseinek ignorálásával szoros összefüggésben – az az egyértelmű elvárás volt, hogy az egészségügyi adminisztráció az egészségügyi rendszer működésének feszültségeit a források bővítése nélkül mérsékelje. Szalai Júlia számos írásában elemezte az egészségügy sajátos alkalmazkodási mechanizmusait: „*a nem termelő szféra intézményei [...] elsősorban szervezési eljárások révén, a férőhelyek számának formális gyarapításával fejlődtek. Ez egyfelől a szféra intézményeinek túlzásfoglalásához, másfelől túlhasználásához és a fizikai állag romlásához vezetett*”. (Szalai, 1986, p. 27) Ugyanakkor a problémák átmeneti enyhülését hozó (de az alapvető okokra nem ható) intézkedések hozzá is járultak a problémák fennmaradásához. (Szalai, 1986) További súlyos következményt jelentett – és átvizs bennünket a hálapénz kérdéséhez is –, hogy ennek a helyzetnek is voltak haszonélvezői: „*a differenciális hiány problémája [...] a hiány közepette született előnyök megvédéseinek eljárásairól, hatalomról [...] az érdekek érvényesítésének lehetőségeiről [van szó]*”. (Szalai, 1981, p. 70)

A fejlett nyugati országokkal való összehasonlítás

A 80-as években megerősödő nyugat-európai orientáció az egészségügyben is éreztette hatását: a szakirodalomban számos aspektusból figyelmet kapott a nyugat-európai országokkal való összehasonlítás is, így például a társadalombiztosítás és a szocialista egészségügyi modell közötti különbségeket, valamint a szolgáltatók finanszírozási módszereit tekintve. A felszínen számos hasonlóság volt a nyugat-európai országok egy részében működő Állami Egészségügyi Szolgálat és

³ A 80-as évtizedben nemcsak makroszintű elemzések születtek, hanem az Egészségügyi Minisztérium szakmai folyóiratában, az Egészségügyi Gazdasági Szemlében számos olyan mikroszintű kérdéseket tárgyaló tanulmány is megjelent, amelyek dokumentálták az egészségügyi infrastruktúra és technológia kritikus helyzetét – és egyben forrásként is szolgáltak a rendszerszintű elemzésekhez (pl. Varró, 1982).

a szocialista egészségügyi modell között: így az alapvető értékekben, mindenekelőtt a szolgáltatásokhoz való állampolgári jogon alapuló egyenlő hozzáférés deklarálásában⁴. A felszíni hasonlóság mögött azonban alapvetően eltérő struktúrák húzódtak meg, köztük az egészségügy nemzetgazdaságon belüli helyzetét, az erőforrások allokálását meghatározó mechanizmusok. A legfontosabb – és máig hatással lévő – alapvető eltérés abban volt, hogy a nyugat-európai országokban a jogosultság kiterjesztésével párhuzamosan az infrastruktúra nagyarányú fejlesztése és a működésére fordított közkiadások nagyarányú növekedése, azaz egy jelentős expanziós szakasz ment végbe (Orosz, 1986). Az OECD országok átlagát tekintve, 1960 és 1980 között az egészségügyi kiadások a GDP 3,9 százalékáról a 6,9 százalékára növekedtek. A magyar egészségügy fejlődési pályája alapvetően eltért a fejlett nyugat-európai országokétól. A magyar egészségügyben soha nem ment végbe a nyugat-európaihoz hasonlítható expanziós fejlődés: az egészségügy erőforrásai nem növekedtek 1960 és 80 között (Orosz, 1986) Az egészségügyi és szociális kiadások⁵: 1965 és 1975 között a GDP 3,5 százalékát, 1980-ban pedig a 3,9 százalékát tették ki (Orosz, 1986).

Hálapénz: okok és következmények⁶

A hálapénz – az előzőekben tárgyalt folyamatokkal szorosan összefüggő – politikai rendszereken átívelő, alapvető strukturális jellemzője a magyar egészségügynek. Egyszerre igaz, hogy lényegét tekintve – jogi nézőpontból – megvesztegetés, szociológiai nézőpontból sajátos orvos-beteg viszony, közgazdasági nézőpontból pedig a formális gazdaságban uralkodó hiány miatt létrejött informális gazdaság. Napjainkból visszanezve alapvető kérdés: miért nem merült fel a rendszerváltáskor a hálapénz megszüntetésének igénye, miért nem kapott kellő figyelmet a 80-as években kidolgozott reformprogramokban sem, továbbá miért nem született azóta sem kormányzati elképzelés a hálapénz visszaszorítására. Ezeknek a kérdéseknek a megválaszolását is segítheti a 80-as évtized hálapénzre vonatkozó irodalmának az áttekintése.

⁴ A háború utáni két évtizedben a nyugat-európai országokban is állampolgári joggá vált – a jóléti rendszerek kiépülésével – az egészségügyi ellátásra vonatkozó jogosultság, vagy megtörtént a társadalombiztosítás széleskörű (a lakosság szinte egészére vonatkozó) kiterjesztése.

⁵ A 80-as évek végéről nincs megbízható adatunk az egészségügyi kiadásokra, mert az akkori statisztikák összevontan közölték az egészségügyi és szociális ellátás adatait. A hivatkozott adat az egészségügyi kiadásokon kívül a természetbeni szociális ellátásokra fordított kiadásokat (idősek és fogyatékkal élők ellátását szolgáló intézmények, szolgáltatások) foglalta magában. Azaz nem tartalmazza a pénzbeli juttatásokat és a gyermekintézményekre fordított kiadásokat sem.

⁶ A fejezet a hálapénz komplex jelenségeinek azokat az elemeit emeli ki, amelyek a 80-as évek szakirodalmában a legnagyobb figyelmet kapták, amelyek az akkori interpretációkat leginkább tükrözik. Azaz a fejezetnek nem célja a hálapénzprobléma átfogó elemzése.

Rövid hálapénztörténet

Az egészségügy problémái közül a 80-as évtizedben a hálapénz volt az egyik legtöbb figyelmet kapó kérdés – mind a médiában, mind a szakcikkekben. A jelenség lényegére, okaira vonatkozó különböző interpretációk előtt érdemes először csak a tényeket áttekinteni. A továbbiakban elsősorban Ádám György írásai alapján (Ádám, 1986, 1989) vázolom azt a folyamatot, ahogy a spontán kialakult „borravaló” „hálapénzként” legalizálódott a magyar egészségügyi rendszerben. 1949-ben a lakosság 41 százalékára (3,8 millió állampolgárra) terjesztették ki az egészségbiztosítást – a feltételek – korábban már elemzett – megteremtése nélkül (Ádám, 1989). A hiányra a betegek (fogyasztók) reagálása – hasonlóan a fogyasztás más területeihez – a borravaló volt. Ugyanakkor kezdetektől fogva egyszerre volt jelen az egészségügyben adott borravalóra vonatkozóan az elfogadó és elutasító attitűd, mind a társadalom, mind az orvosok részéről. Történt is kísérlet a folyamat megállítására: 1952-ben az akkori egészségügyi miniszter és az Orvosok Szabad Szakszervezetének főtíkára kezdeményezte a Politikai Bizottságnál az orvosbérek emelését. A béremelés helyett azonban a Gazdasági Főtanács úgy döntött, hogy „néhány évre engedjék meg a „borravaló” elfogadását, de (...) a) csak ott (...), ahol már eddig is volt, b) csak három évre és utána a legszigorúbban tiltsák meg”. (Ádám, 1989, p. 13) Továbbá a „nem borravalós” szakmákban bevezették az „orvosi különpótlékot”. A hálapénz kifejezés 1957-ben az Orvos-Egészségügyi Dolgozók Szakszervezete Küldöttközgyűlésén jelent meg, ahol heves vita után a Gazdasági Főtanács előbb idézet döntéséhez hasonló álláspont alakult ki (Ádám, 1989). Ezt a jogszabályokban az 1960-ban életbe lépett Orvosi Rendtartás (1959. évi 8. sz. tvr.) „legalizálta” azzal, hogy azok között az esetek között, amikor az orvosnak tilos volt előnyt elfogadnia, nem sorolta fel a kérés nélküli, utólagos hálapénz elfogadást⁷.

Két rendszermagyarázó megközelítés

A 80-as évek szakirodalmában két rendszermagyarázó megközelítést találhatunk a hálapénzre vonatkozóan. A domináns koncepció a hiányra, a bürokratikus kötöttségekre adott válaszként írta le a hálapénz jelenségét. Lényegében egyetlen közgazdászhoz köthető a másik – elméleti közgazdasági tételeken nyugvó – megközelítés, amely a szolgáltatások ingyenességéből szükségszerűen következő jelenséggé magyarázta a hálapénzt. Az első megközelítés szerint a hálapénz kialakulásának meghatározó tényezői a hiány és (részben azzal összefüggően)

⁷ A legalizálás – szintén nagy vitát kiváltó – új fejezetét jelentette, amikor 1987-ben a személyi jövedelemadó bevezetésekor a vonatkozó törvény nevesítette a hálapénzt azon „láthatatlan jövedelmek” között, amelyek után adót kell fizetni. Ezzel a hálapénz átlényegült munkajövedelemmé. Ennek az álláspontnak az ellentmondásosságára többek között Ádám György mutatott rá: „Ha a hálapénz munkajövedelem, akkor az orvos nem tett eleget az Eü. tv. előírásainak, mert ellenszolgáltatásért tette meg azt, amit a nélkül kellett volna.”. Ádám, 1989, p. 59.)

a betegeknek az orvosokra és intézményekre vonatkozó választási lehetőségének az adminisztratív korlátozása voltak. A hiányt – ahogy arról már korábban volt szó – a 40-es évek végén az egészségbiztosításra való jogosultságnak – a feltételek megteremtése nélkül történt – kiterjesztése és az egészségügy folyamatos alulf finanszírozása hozta létre, ezzel összefüggésben az egészségügyi dolgozók alacsony bére tartotta fenn (Ádám, 1984, 1986, 1989; Gosztonyi, 1980; Levendel, 1982; Losonczi, 1986; MTA KTI-SZEM, 1989). Alapvető fontosságú annak a hangsúlyozása, hogy a hiány a betegek egészségi állapota szempontjából adekvát, jó minőségű szolgáltatásokra és a betegeknek az ellátás körülményeivel szembeni elvárásainak a kielégítésére értendő, beleértve a betegközpontú bánásmódot. Csak látszólagos ellentmondás, hogy az orvosok és a kórházi ágyak száma jelentősen növekedett és a 70-es évekre az orvosok és kórházi ágyak száma önmagában már elegendő volt. Azonban nem álltak rendelkezésre a kapacitások megfelelő működtetéséhez szükséges pénzügyi erőforrások (és ösztönzők).

A szociológiai kutatások a hálapénzt a hatalom és az orvostársadalom közötti sajátos „alkuként” is interpretálták, ami lehetőséget adott a béremelés elodázására. *„A hálapénz létrehoz egyfajta, a központtól független autonómiát, de (...) erősíti a rossz szerkezetek összejártságát és ezek fennmaradását, mert a (...) haszonélvezői eltűrik egy rossz szerkezet továbbműködését, ha náluk is eltűrik azt, hogy érintetlenül maradjon ez az anyagi mozgástér”*. (Losonczi, 1986, p. 185)

A másik megközelítés a hálapénz fő okának a szolgáltatások ingyenességét tekintette (Petschnig, 1983). A Valóságban közölt írás és az arra érkezett reagálások (Ádám, 1984; Blasszauer, 1984; Bóc, 1984; Kuti, 1984) a hálapénzről folytatott egyik legértékesebb vitának tekinthetők. Petschnig Mária Zita hálapénzmagyarázatának lényege az volt, hogy az egészségügyben valójában nincs tényleges hiányhelyzet, hanem az ingyenesség által generált mesterséges hiányhelyzetről kell beszélni. *„... de látnunk kell, hogy a hiánynak nem a kapacitások elégtelensége az oka, hanem az ingyenesség, amely mindig végtelenné teszi a bármilyen mértékű és szintű kapacitásokkal szembeni keresletet.”* (p. 53) Véleménye szerint az orvosok alacsony jövedelme nem játszott szerepet a hálapénz kialakulásában, csak a fenntartásában. Az írás becslést is adott a hálapénz nagyságára. Ezek szerint 1983-ban hárommilliárd forintra valószínűsítette a hálapénz összegét, miközben az állami egészségügyi kiadások 19,7 milliárd forintot tettek ki. A szerző szerint a hálapénz 1972 és 1982 között kb. 3,5-szeresére nőtt (miközben a fogyasztói árindex kb. 50 százalékkal).

A vitában résztvevők nem az ingyenesség, mint egyik tényező hatását vitatták, hanem központi, meghatározó szerepét a hálapénz magyarázatában. Kuti Éva szerint: *„A hiányt nem a kereslet – ingyenességgel összefüggő – túlfutása idézte elő, hanem a hosszú évtizedeken át folytatott, az egészségügyet (...) diszpreferáló fejlesztéspolitika”* (Kuti, p. 112). Aminek következtében az egészségügyre a kapacitásoknak (orvosok és kórházi ágyak számának) a „szervezéssel” történő mennyiségi bővítése volt a jellemző, amivel párhuzamosan az ellátás minőségének a romlása következett be. Abból, hogy a kapacitásokban mennyiségi szempontból nem volt

hiány még nem következett az, hogy a megfelelő minőségű szolgáltatásokban nem lett volna. A működésre fordított elégtelen kiadások következtében hiány volt a szolgáltatásokhoz közvetlenül kötődő tárgyi feltételekben (műszerekben, gyógyszerben stb.), amin nem segített, hogy országos szinten orvosból és kórházi ágyból nem volt hiány. Mindezek következtében a rendelkezésre álló kapacitásokat (orvosokat és kórházi ágyakat) is alacsony hatékonysággal használta fel a rendszer (Kuti, 1984). A vitában – az ingyenességgel, mint lehetséges fő okkal szemben – többen hangsúlyozták, hogy azokban a fejlett nyugati országokban, ahol az egészségügyi szolgáltatások szintén ingyenesek a szolgáltatások igénybevételekor (például a 80-as években Németország, Ausztria, Hollandia) nem alakult ki a hálapénz jelensége (Ádám, 1984).

A hálapénz következményei

A hálapénz szerteágazó és ellentmondásos következményeit számos tanulmány tárgyalta – mind az adott körülmények között bizonyos értelemben pozitívnak tekintett szerepét, mind az egyértelmű negatívumokat. Ez utóbbiak közül a legfontosabbak a szolgáltatások betegek közötti igazságtalan elosztása, az orvosi jövedelmek súlyos torzulásai (pl. hálapénzes és nem-hálapénzes szakmák, kezdő és befutott orvosok közötti aránytalanságok) voltak. Továbbá a hálapénz következtében a magyar egészségügyben kiépült egy duális struktúra: a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható piaci viszony (Bohland-Orosz, 1990). A 80-as években megerősödött az a nézet, hogy – paradox módon – nagymértékben a hálapénznek volt köszönhető az a tény, hogy az egészségügyi rendszer működőképessége a 80-as évtizedben úgy-ahogy fennmaradt. Losonczi (1986) szerint „[...] a hálapénz az, ahol az orvos is, a beteg is kilép a rosszul rájuk szabott [...] rendszerből [...] a beteg, hogy jobban bánjanak vele, az orvos, hogy korrigálja a fizetését”. (Losonczi, 1986, p. 123) Ugyanakkor a deklarált ingyenesség és a hálapénz realitása közötti szakadék mélyülése alapvetően hozzájárult ahhoz, hogy hitelüket veszítették az olyan értékek, mint a társadalmi szolidaritás, az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzájárulás (Orosz, 1986).

Maguknak a hálapénzről szóló vitáknak sajátos „levezető szelep” funkciója is volt. Ezt nem utólag értékelhetjük csak így, hanem már a 80-as években is megfogalmazódott. A Népszabadságban 1984 őszén folyó vitában egy kórházi főorvos a következőket jegyezte meg: „Itt van például a hálapénz. Évtizedek óta foglalkozunk már vele [...] eredmény nélkül. [...] az embernek néha már az az érzése, hogy nem is akarják megoldani, csak mindig valami formában és fórumon napirenden tartani”. (Honti, 1984. 09. 12.)

Szalai Júlia (1981) szerint pedig: „A [strukturális hiányok] a helyzetért való felelősséget a morál romlására és a hálapénz-problémára hátrítván, ál-magyarázatokat és ál-intézkedéseket hívnak életre”. (Szalai, 1981, p. 70)

Napjainkból visszatekintve a rendszerváltás időszakának súlyos mulasztása volt, hogy nem merült fel sem a kutatók, sem a politika részéről, hogy konkrét

lentés. A szélesebb közönség a kutatás két koordinátora által írt, a Közgazdasági Szemlében 1989-ben közzétett cikkből ismerhette meg a javaslatokat (Alpár – Huszai, 1989).

A másik műhely a SZEM szervezeti keretein belül 1986-ban létrehozott Egészségügyi Reformtitkárság volt. Tevékenységének alapját az Állami Tervbizottság által 1986 júniusában elfogadott – az egészségügy érdekeltségi rendszerének korszerűsítésére vonatkozó – program jelentette. A Reformtitkárság „Elgondolások az egészségügy reformjáról” című anyaga 1988-ra készült el és a fontosabb javaslatok 1988 és 1989 folyamán több cikk keretében meg is jelentek az Egészségügyi Gazdasági Szemlében (Gyórfi, 1988, 1989; Serfőző – Turján, 1988; Serfőző, 1989; Bordás, 1990). A Reformtitkárság hivatalos anyagát 1988 végén tárgyalta a Kormány Gazdaságpolitikai Bizottsága¹⁰.

A két műhely között egyetértés volt abban, hogy átfogó reformra van szükség az egészségügy súlyos válsága miatt, továbbá hogy a reform központi kérdése az áru- és pénzviszonyok logikáján alapuló működési mechanizmusok kialakítása volt. Abban is egyetértés volt, hogy modellváltásra van szükség: át kell térni az adóbevételekből finanszírozott állami egészségügyi rendszerről a társadalombiztosítási rendszerre, amelyben (elvileg) az egészségbiztosítás elkülönült alapjának nagysága a járulékbévételektől függ, így nincs kitéve az éves költségvetési alkuknak. Azaz – szemben az állami egészségügyi rendszerrel – nem az éves alkuk során dől el, hogy mekkora forrás áll az egészségügy rendelkezésére. Részben eltérőek voltak a várakozások a társadalombiztosításra való áttérés hatásaira vonatkozóan. Meglepő módon épp a közgazdászok várták azt, hogy az egészségügyet – a társadalombiztosításra való áttéréssel – függetleníteni lehet a gazdaság konjunkturális hullámzásától. A SZEM Reformbizottság elsősorban az egészségügyi és a szociális ellátás világos szétválasztását remélte ettől a lépéstől. Az egészségbiztosítást működtető intézményrendszert tekintve az MTA kutatócsoportja mind a nemzetközi (német és osztrák) példák, mind az 1945 előtti magyar egészségbiztosítás alapján több biztosítóból álló, decentralizált modellt vázolt fel. Ennek hangsúlyos eleme volt, hogy a biztosítóknak saját egészségügyi intézményei lettek volna, amelyek versenyt jelentettek volna a már meglévő állami intézményeknek. A SZEM Reformbizottság anyagaiban jelentős változás figyelhető meg, ami tükrözi, hogy a Minisztériumon belül nem volt egyetértés a társadalombiztosítás jövőbeli intézményrendszerének fő jellemzőit tekintve. 1989 végén még az volt a Minisztérium álláspontja, hogy „a társadalombiztosítás keretében betegbiztosítást nem csak az OTF végezhet”. (Szilos, 1990, p. 130) 1990 végére ezzel ellentétes álláspont vált meghatározóvá: „Az alapvető szolgáltatásokhoz tartozó állami garancia nem egyeztethető össze az egymással versengő, profitérdekeltségű szervezetekkel”. (Bordás, 1990, p. 338) A koncepció változásában szerepe lehetett annak is, hogy a reform fő elemének a Minisztérium ekkor már egyértelműen a szolgáltatók finanszírozá-

¹⁰ Tájékoztató Gazdaságpolitikai Bizottságnak a szociálpolitikai és az egészségpolitikai koncepció kidolgozásának állásáról, eddigi eredményeiről. (SZEM (62.305/1988. 12.)

si módszerének az átalakítását tekintette. Ezt a változást megalapozó modellkísérletek már 1987-ben elindultak.

A reform meghatározó eleme – az akkori szóhasználatból élve – a szolgáltatások „szimulált piacának”, a köztulajdonú intézmények közötti, a betegekért folytatott versenynek a kialakítása volt, aminek a főbb elemeit a szabad orvos- és intézményválasztás és a szolgáltatásokhoz kötődő finanszírozás (ehhez kötődően) a szimulált ár bevezetése jelentette. A tervezett változások lényegét jól érzékelteti az angol reformkoncepciótól átvett szlogen: „a pénz követi a beteget”. Ez utóbbi azt jelentette, hogy a kórházak (és járóbeteg intézmények) a korábbi éves költségvetés helyett a szolgáltatások mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján juthattak árbevételhez. Ezeken az elveken alapuló finanszírozási módszerek konkrét formája a fekvőbeteg ellátásban a Homogén Betegségcsoportok alapján történő finanszírozás bevezetése volt – amire már csak a politikai rendszerváltás után került sor.

A piac szerepének a növelését tekintve – hasonlóan a nyugat-európai (elsősorban az angol) reformokhoz –, a hangsúly a közszektorban kialakítandó versenyen volt, továbbá annak a lehetőségnek a megteremtésén, hogy a biztosítók a magán-szolgáltatóktól is vásároljanak szolgáltatást. A két műhely közötti különbség inkább csak a hangsúlyokon volt: az MTA-műhely a többszektorúság és a magántőke bevonásának a fontosságát hangsúlyozta, míg a SZEM-műhely az egészségügyi piac sajátos, szabályozott jellegét.

A két műhelynek a gazdasági reformmal való kapcsolatra vonatkozó elképzelései meglehetősen eltértek egymástól. Az MTA koncepciója szerint elkerülhetetlennek látszott az egészségügyi ágazat költségvetésének visszaszorítása, a költségvetési reform részeként. Ez kétségtelenül reális várakozás volt, ugyanakkor szemben állt a műhelynek a társadalombiztosítás iránti várakozásaival, amitől az egészségügy költségvetésén belüli alárendelt pozíciójának a megváltozását remélték.

A SZEM – a költségvetési reform szükségességének az elismerése mellett egyértelműen a kiadások növelése mellett érvelt: *„Feltétlenül indokolt az ágazatban a jelentős bérelmaradás pótlása [...] E nélkül a reform sikere az ágazatban [...] kudarcra van ítélve”*. (Serfőző – Turján, 1988, p. 306)

A következő táblázat összehasonlítja a két reformkoncepció legfontosabb összetevőit.

1. táblázat: Reformkoncepciók

MTA (1988)	SZEM (1988–1990)
Az alapvető és átfogó reform központi kérdése	
<i>A finanszírozás megújítása</i> (érdekeltségen alapuló, reális költségek); A működési mechanizmusok újjászervezése az áru- és pénzviszonyok logikája szerint.	A „piaci szabályok szerinti működés”, ami új értékrendet fog kialakítani.
Társadalombiztosításra való áttérés (várt hatások)	
Az egészségügy minél nagyobb fokú függetlenítése a gazdaság konjunkturális hullámzásától.	Az újraelosztás arányának csökkentését célzó költségvetési reform egyik fontos területe. Az egészségügyi és szociális szolgáltatások elválasztása
Finanszírozás intézményi rendszere	
Biztosítók (pénzintézetek) és vállalati egészségpénztárak	1990 eleje: <i>„A társadalombiztosítás keretében betegbiztosítást nem csak az OTF végezhet”</i> (Szilos, 1990, p. 130) 1990 vége: <i>„Az alapvető szolgáltatásokhoz tartozó állami garancia nem egyeztethető össze az egymással versengő, profitérdekeltségű szervezetekkel”.</i> (Bordás, 1990, p. 338)
A piac (magánszektor) és a verseny szerepe	
A biztosítók közötti verseny megteremtése. A biztosítók saját egészségügyi ellátóhálózatokkal rendelkeznek; verseny a meglévő állami és tanácsi egészségügyi intézményekkel. Többszektorság a szolgáltatási szférában. A jövedelmek szükségessége miatt szükséges a magántőke bevonása.	A versenyt a szolgáltatók között kell kialakítani. <i>„A szolgáltatások bővülő kínálatára nem a biztosítói intézeteket, hanem a szolgáltatást nyújtó egészségügyi intézményeket kell ösztönözni”.</i> (Bordás, 1990, p. 339) <i>„A klasszikus piaci viszonyoknak az egészségügyben nincsenek meg a feltételei”.</i> (Bordás, 1990, p. 329)
Teljesítmény mérése	
Két pillér: a teljesítmények és a költségek mérése. A teljesítmények mérése: nem feltétlenül kvantitatív, verbálisan is megoldható.	Mérni kell a teljesítményt: a szolgáltatások mennyiségét és minőségét (bonyolultságát) – olyan mérőszám szükséges, amelyre alapozható a piaci szimulációra alkalmas finanszírozási rendszer.
Kórházak (fekvőbetegellátás) finanszírozása	
<i>„Különös (piaci) szimuláció”:</i> szimulált ár, az intézmények nem nyereségorientáltak. A „fő vásárló” a közösség (állami intézmény vagy társadalmi közösség). A „határterületeken” kibontakozik a piaci verseny.	<i>„Szimulált piac”.</i> Az adásvételi viszony: szabad orvos- és intézményválasztás; Szimulált ár: az intézmények a szolgáltatások mennyisége és minősége (bonyolultsága) alapján jutnak árbevételhez
Gazdasági reformmal való összefüggés: lehetséges-e, szükséges-e többletforrás a reformra	
<i>„Az egyéni és intézményi érdekeltségen alapuló outputfinanszírozás bevezetését indokolja az ágazat költségvetésének visszaszorítása, ami a közeljövőben a restriktió miatt elkerülhetetlennek látszik”.</i> (Alpár – Huszái, 1989, p. 897)	<i>„Feltétlenül indokolt az ágazatban a jelentős bérelmaradás pótlása [...] E nélkül a reform sikere az ágazatban (...) kudarcrá van ítélve”</i> (Serfőző – Turján, 1988).

Az előzőekből látható, hogy már a 80-as évek szakmai vitáiban megjelentek azok az alapvető kérdések (kormányzaton belüli és kívüli ellentétes álláspontok), amelyek végighúzódtak a rendszerváltás utáni évtizedeken és napjainkig megoldatlanok maradtak. Közülük a két legnagyobb figyelmet kiváltó kérdés a kötelező biztosítás intézményi rendszere és a magánszektor szerepe (a „köz” és a „magán” egészségügyi rendszeren belüli együttélése) volt.

A kórházak „teljesítményfinanszírozási” módszerének bevezetése

A kórházak finanszírozását tekintve már az 1980-as évek elején kibontakozott a szakmai vita (Gosztonyi, 1980; Vajda, 1981). A szakemberek az egyik fő problémát abban látták, hogy a kórházakban a hiány és pazarlás egyszerre volt jelen. A pazarlás alapvető okának a megfelelő érdekeltségi rendszer hiányát tekintették, ami alapvetően abból eredt, hogy a kórházak tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. Az éves költségvetés általi finanszírozás nem tette szükségessé a teljesítmény mérését, azaz annak a számbavételét, hogy milyen szolgáltatásokat és milyen költséggel nyújtottak a kórházak. A hiány és pazarlás együttes jelenlétéhez számos további tényező is hozzájárult, így a kórházak nem megfelelő felszereltsége (alacsony technológiai színvonala), az épületek állapota is.

A 80-as évek második felében a reform központi kérdésévé vált az egészségügyi intézmények finanszírozási módszerének megváltoztatása, az éves költségvetés felváltása olyan módszerrel, amelyben a „pénz követi a beteget”, azaz a tevékenység és a bevétel között szoros kapcsolat van. Az előzőekben láthattuk, hogy a reformkoncepciók az ilyen típusú finanszírozást a piaci típusú működési mechanizmusok megteremtése fő eszközének tekintették. Politikai jelentőségű is volt, hogy 1986-ban az Állami Tervbizottság az egészségügy érdekeltségi rendszerének korszerűsítésére készített program részeként elfogadta, hogy a „szocialista” egészségügyben történjen meg az USA-ban kifejlesztett Diagnosis Related Groups (DRG) finanszírozási módszer¹¹ adaptációja (Ajkay, 1987). A DRG magyar verziója a Homogén Betegség Csoportok (HBCS) finanszírozás volt, amelyet az aktív fekvőbeteg ellátásban kívántak bevezetni. Fő cél: a gazdálkodás, finanszírozás és érdekeltség teljesítményekhez kapcsolódó módszereinek kidolgozása és az alkalmazásukhoz szükséges feltételek kialakítása volt. A bevezetés szakmai előkészítése a Tolna Megyei Tanács Kórház- és Rendelőintézetében létrehozott GYÓGYINFOK-ban 1987-ben kezdődött, 1989 januárjától pedig 10 kórházban elindult a kísérlet a HBCS finanszírozással (Jávor – Kovács, 1986; Bordás, 1990). A kísérlet során azonban kiderült, hogy a bevezetés sokkal nehezebb feladat lesz,

¹¹ *A DRG módszer pozitívuma*, hogy a rendszer *elveiben* költséghatékonysági és orvos-szakmai szempontból is „értelmes” teljesítményelv érvényesül: az a szolgáltató kap több pénzt, aki több és bonyolultabb *esetet* lát el. (A finanszírozás alapegysége az eset és nem az egyes beavatkozás). Továbbá az intézményt ösztönzi a költségek csökkentésére: ha az adott esetet kisebb ráfordítással látja el, akkor a megtakarítás az intézménynél marad.

mint gondolták. A fő problémát az jelentette, hogy kiderült, többszörös különbségek voltak az intézmények között abban, hogy ugyanannak a betegségnek (pl. vakbélgyulladás) a kezelése az adott kórházban ténylegesen mennyibe került (figyelembe véve az egy esetre jutó fix költségeket is.) A HBCS finanszírozás lényege, hogy egy adott diagnózis kezeléséért ugyanakkora – előre meghatározott – díjazást kapnak a kórházak. Így attól tartottak, hogy ha korrekciók beépítése nélkül valószínűleg volna meg, akkor az új finanszírozási módszer számos intézményben csődhelyzetet idézett volna elő. Ez egyrészt elbizonytalanította a politikát, másrészt elindult a felelősség egymásra hárítása.¹² A bevezetés elhúzódott 1992-93-ig és számos – a DRG-módszertől idegen – korrekció beépítésével valósult meg.

Kontinuitás és diszkontinuitás

A cikk korábbi részei bemutatták, hogy a 80-as években hogyan interpretálták a kutatók az egészségügy három alapvető problémáját: a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt pozícióját, a hálapénz rendszerét és az egészségügy diszfunkcionális struktúráját és működését. Továbbá láthattuk azt is, hogy milyen koncepciók születtek az egészségügy átfogó reformjára. A következőkben röviden áttekinthetem, hogy a rendszerváltozás utáni évtizedek milyen mértékben alakították át az egészségügy államszocializmusból megörökölt struktúráit.

Előre bocsátom az összefoglalást: a rendszerváltozás nem számolta fel az egészségügynek a makrogazdaságban elfoglalt alárendelt pozícióját, a pénzügyi pozíciója pedig – néhány rövid időszaktól eltekintve – a 90-es évek elejéhez képest tovább romlott. A fejlett országoktól való leszakadásunk jelenleg nagyobb, mint amekkora a 90-es évek elején volt. Ezt jellemzi, hogy az egy főre jutó egészségügyi közkiadások 1992-ben az EU15 országok átlagának a 48 százalékát érték el, 2016-ban pedig csak a 38,5 százalékát. A hálapénz visszaszorítását célzó kormányzati koncepció nem született meg az elmúlt 30 évben sem. Az intézményi struktúrákat tekintve, a 1990-es évek elején elindult változások már a 90-es évek végén megtorpantak. A 2010 utáni időszakban pedig drasztikus visszarendeződés következett be az intézményi struktúrákban, számos elemében az államszocialista egészségügyre emlékeztető struktúrák jöttek létre (épültek vissza). Ugyanakkor alapvető különbségek is vannak az egészségügyi rendszer jelenlegi és a 80-as években uralkodó jellemzői között – mindenekelőtt a kiterjedt magánszektor mind a szolgáltatásban, mind a finanszírozásban.

Az egészségügy krónikus, kormányzatokon átívelő alulfinanszírozásának fő oka, hogy a rendszerváltás után is fennmaradt, sőt az elmúlt évtizedben tovább erősödött a költségvetési források elosztásában a rövidtávú politikai szempontokat (a 60-as években a legitimációnak, a rendszerváltozás után pedig a szavazatok

¹² Az 1991. június 20-i Népjóléti Minisztérium, szűkített vezetői értekezletének az emlékeztetője szerint: az *OTF a teljesítménybiztosítási rendszer bevezetéséért a fő felelősséget nem tudja vállalni.*

„vásárlásának”) a társadalom hosszú távú érdekei elé helyező „opportunistá”¹³ kormányzati magatartás és szemlélet. Ennek részét képezte, hogy a kormányfők (kormányzó politikai elit) részéről az egészségügyi adminisztráció felé a fő elvárás az egészségügyön belüli „nyugalom” fenntartása (feszültségek csökkentése, tűzoltás) és nem egy jól működő egészségügyi rendszer – szükségszerűen konfliktusokkal, érdeksérelmekkel járó – kiépítése volt.

A közpolitika oportunizmus szorosán összefügg azzal, hogy a rendszerváltás időszakában a magyar gazdasági és politika elitnek az egészségügy (és oktatás) szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok” nézettel. Továbbá a magyar elit gondolkodása ellenállt annak a jelentős fordulatnak is, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai szinten bekövetkezett, így a nemzetközi szervezetek – egyes esetekben a magyar kormány által is aláírt – dokumentumaiban is nyilvánított. Ez a szemléleti változás szakított a 80-as és 90-es évek domináns felfogásával, amely elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások csökkentését tartotta. A 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkésbe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is. Kétségtelen, hogy a rendszerváltás után az állami újraelosztás csökkentése kulcskérdés volt a piacgazdaság kiépítéséhez. Ugyanakkor a politika szerepe jelentős volt abban, hogy a közkiadások visszafogása milyen mértékben és milyen tartósan érintette az egyes ágazatokat.

Az egészségügyben a – szinte folyamatosan gyártott – kormányzati reformkoncepciók jellemzője az volt, hogy nem kérdőjelezték meg az egészségügynek a nemzetgazdaságon belüli alárendelt pozícióját. (Azaz hasonlóan a 80-as évekhez az alárendelt helyzethez való „alkalmazkodást” is szolgálták.) Az egészségügyi szakpolitikusok nem tudtak megfelelő koncepciót kialakítani arra, hogyan kezelhető a strukturális reformoknak és a forrásnövelésnek a dilemmája. A dilemma egyik oldalát az jelenti, hogy strukturális reformok nélkül a források növelése, a bérek emelése nem hozhatta az egészségügy működésének lényeges javulását. Így az „előbb változtassa meg a struktúráját az egészségügy és utána érdemes csak pénzt tenni bele” álláspontot a politikai elit mindig felhasználhatta a források növelése elodázásának (vagy további szűkítésének) „indoklására”. Miközben a források növelése nélkül nyilvánvalóan nem valósítható meg strukturális átalakítás. A dilemma másik oldala, hogy megfelelő ösztönzés, a jövedelmek növelése nélkül az egészségügyi ágazatban dolgozók körében nem alakulhatott ki a reformok elégséges támogatása. (Így még a racionális kezdeményezések is ellenállást vált-

¹³ A közpolitika oportunizmusán az egyéni és/vagy lobbierdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami számos jelenséget magában foglal: a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseket, a korrupciót stb.

hattak ki.) Mindezek hozzájárultak az általános bizalomvesztéshez, az orvosok és nővérek növekvő elvándorlásához.

Az intézményi struktúrákat tekintve, a 90-es évek első felében – az ellentmondásokkal, konfliktusokkal, megtorpanásokkal terhelt folyamatok eredményeként – lényeges változások mentek végbe az egészségügyi rendszerben. A kormányzat kizárólagos hatalmát, a centralizált, központi utasításokon alapuló irányítási rendszert felváltotta a hatalom és felelősség megosztása a Népjóléti Minisztérium, Pénzügyminisztérium, az Egészségbiztosítási Önkormányzat, a helyi önkormányzatok és a kórházigazgatók között. A finanszírozó funkciók az újonnan létrejött Országos Egészségbiztosítási Pénztárhoz (Egészségbiztosítási Önkormányzathoz) kerültek, a helyi önkormányzatok az intézmények tulajdonosaivá váltak, a kórházigazgatók döntési kompetenciája jelentősen bővült. Továbbá megtörtént a magánszektor szerepének elismerése, jogi kereteinek kiépítése: már 1989-ben megszülettek a vállalkozások létesítését lehetővé tevő jogszabályok, 1993-ban pedig az önkéntes pénztárakra vonatkozó törvény.

A 90-es évek közepén az egészségügyi rendszer intézményi kereteinek fő összetevői: a kiadásoknak kb. 70-80 százalékát kitevő közfinanszírozás, a lakosság csaknem egészére kiterjedő kötelező biztosítás, az ezt kiegészítő önkéntes biztosítás (jogi lehetősége), a vegyes tulajdoni viszonyok, a finanszírozó és szolgáltató szerepek szétválasztása és kapcsolatuk szerződéses jellegének a kialakítása, az intézmények közötti versenyt célzó új finanszírozási módszerek bevezetése, a betegjogok intézményesítése voltak. Ezek a jellemzők összhangban álltak a nyugat-európai rendszereknek és a – szabályozott piaci viszonyoknak a kialakítását célzó – reformok általános jellemzőivel. Az egészségbiztosítás viszonylag jelentős önállóságot kapott¹⁴. Ennek a gyengítése, felszámolása azonban már a 90-es évek végén elindult.

Meg kell különböztetnünk az egészségügy intézményi kereteit alkotó formális struktúrákat és a mélyebben fekvő, a szereplők gondolkodásába, magatartásába, a szereplők közötti kapcsolatokba tartósan beépült struktúrákat. Miközben a finanszírozási és szolgáltatási rendszerben elindult az új struktúrák kialakítása, az államszocialista rendszer számos alapvető – társadalmi viszonyokba ágyazott – strukturális jellemzője tovább élt, így a hálapénz és az informális alkuk rendszere. Továbbá ilyen jellemzőnek tekinthető az egészségügynek korábban tárgyalt makrogazdasági pozíciója is. Így a 90-es évek közepén a magyar egészségügyi rendszer a kiépülés fázisában lévő – elveiben a piacgazdasággal és demokratikus politikai rendszerrel konform – új struktúráknak és a politikai elit és a társadalom gondolkodásába, magatartásába tartósan beépült államszocialista jellemzőknek a szimbiózisaként értelmezhető.

¹⁴ Az Egészségbiztosítási Önkormányzatnak valóban volt tárgyalási pozíciója a minisztériumokkal szemben: az Országgyűlésnek az Önkormányzat terjesztette be az Egészségbiztosítási Alap önálló költségvetését, és előtte szabályozott egyeztetési folyamat zajlott a Pénzügyminisztérium, a Népjóléti Minisztérium és az Egészségbiztosítási Önkormányzat között.

A finanszírozási rendszer átalakításában két ellentétes szempont ütközött össze. Egyrészt a DRG-módszer logikájából következő hatékonysági megközelítés: azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás. A másik szempont a politikai biztonság szempontja, azaz minél kisebb konfliktussal megúsni a változásokat. Az első időszakban a nagyobb megrázkódtatás elkerülése érdekében, majd a 2000-es évek közepétől a kiadások korlátozása érdekében az egészségügyi igazgatás „rendszeridegen” elemeket¹⁵ épített be a gyakorlatban működő finanszírozási módszerbe, ami viszont megakadályozta, hogy a finanszírozási rendszer kifejtse a benne rejlő ösztönzőket. Továbbá elmaradt – a DRG-módszer hatékony működéséhez szükséges – pénzügyi és minőségügyi ellenőrzési rendszerek kiépítése is. Így a finanszírozási rendszerben bekövetkezett változások nem tudták a szereplők érdekeltségét és az alapvető egészségpolitikai célokat összhangba hozni, sőt a rendszer széleskörű kijátszása (pl. az ellátás kódolásával való manipuláció) vált jellemzővé. Kissé leegyszerűsítve az fogalmazható meg, hogy a 90-es évek közepén az elveiben normatív finanszírozási rendszer reálértékben stagnáló vagy csökkenő forrásokat osztott el nem kellően kidolgozott módszerekkel – egy ellenőrizetlen, „magára hagyott” ellátórendszerben. Olyan társadalmi környezetben, ahol a törvények, szabályok kijátszása általánosan elfogadott magatartási minta volt.

A szolgáltatási és a finanszírozási szektorban bevezetett új struktúrák stabilizálása, megerősítése folyamatos építkezőmunkát igényelt volna (pl. szolgáltatók és finanszírozó közötti szerződéses viszony tartalmi elemeinek fejlesztése), ezek helyett azonban fokozatos erodálódásuk volt jellemző a 2000-es években. Az okot számos egymásra is ható tényező kombinációja jelenti: a reformok iránti politikai elkötelezettség és erőforrások hiánya, a kormányzaton belüli konfliktusok és a kezelésükhöz hiányzó kultúra, a reform egyes elemeire vonatkozó egyetértés hiánya, az egészségügyi kormányzat elégtelen kapacitása a reformok sikeres megvalósításához, a tervek és a valóságban végbement változások közötti eltérés okozta frusztráció¹⁶.

2010 után pedig radikális változások következtek be, amelyek a közszektoron belül lényegében felszámolták a rendszerváltáskor általános elfogadottságot élvező – a szabályozó, finanszírozó és szolgáltató szerepek elkülönítésén, a hozzájuk kapcsolódó intézmények közötti hatalommegosztáson alapuló – modellt. A változásokat az egészségügyön kívüli tényezők befolyásolták, amit az is jelez, hogy az Egészségügyi Államtitkárság által 2011-ben közreadott Semmelweis Terv koncepciója alapvetően mást tartalmazott, mint ami a valóságban megvalósult. A változások lényege az állam (központi kormányzat) egyeduralkodó szerepének a visszaállítása a közsférában, az irracionális mértékű centralizálás volt mind a finanszírozó, mind a szolgáltatói oldalon. A kórházak tulajdonjogát visszavette

¹⁵ 1995-ig az egyéni árak, 1996-97-ben a szakmai és intézményi szorzók, 2004-től pedig az intézményekre egyedileg kialakított teljesítmény volumen-korlát (TVK) jelentette ezeket a torzító tényezőket.

¹⁶ Elsősorban ezekre az okokra vezethető vissza az MSZP-SZDSZ kormány 2008-ban megkísérelt radikális egészségügyi reformjának a kudarca is.

a központi kormányzat és az egyetemi klinikák kivételével a köztulajdonban lévő kórházak működtetője egyetlen kormányzati szerv, az Állami Egészségügyi Ellátó Központ (ÁEEK) lett. A kórházigazgatók döntési kompetenciáját nagymértékben beszűkítették. Ilyen centralizált kórházi struktúrára nincs példa az EU-ban. A kötelező egészségbiztosítási rendszer minden lényegi elemét felszámolták: az Alaptörvény és a munkáltatói járulékok adóvá alakítása elbizonytalanította (megszüntette) a jogi alapjait, megszűnt a bevételek transzparenciája és a bevételek és kiadások közötti szabályozott kapcsolat. Végül pedig lényegében megszűnt a viszonylagos autonómiával rendelkező finanszírozó szervezet. Első lépésben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár (OEP) megyei igazgatóságai kerültek át a megyei Kormányhivatalokhoz, majd 2017-ben az OEP hatásköreinek a jelentős része átkerült az EMMI-hez és a megmaradt szervezet neve (Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő) is tükrözi végrehajtó szerepét.

A közszektorban az állam (központi kormányzat) egyeduralkodó szerepének a visszaépítése azonban csak egyik eleme az egészségügyi rendszerben végbement változásoknak. A változások másik elemét a piaci szektorban végbement, jórészt spontán folyamatok és a spontán folyamatokra történő utólagos kormányzati reakciók jelentik. A magánszektor¹⁷ kínálatának és igénybevételének a bővülése (elsősorban a járóbeteg-ellátásban, képalkotó diagnosztikában, egynapos sebészetben) a 90-es évek eleje óta tartó folyamat, ami látványosan gyorsult fel az elmúlt évtizedben. Ennek rendszerszintű következményei rendkívül ellentmondásosak. Az, hogy – a hozzáférésnek és a minőségnek a közfinanszírozású egészségügyre jellemző súlyos problémái miatt – egyre többen magánellátást vesznek igénybe, bizonyos területeken mérsékli a közszektor feszültségeit, így hozzájárult ahhoz, hogy fenntartható volt a rendszer alulfinanszírozása, ami tartósította vagy tovább fokozta a hozzáférés és a minőség problémáit. A magánszektor bővülése közvetlenül is növelte a közszektor problémáit, például a munkaerő elszívásával. Úgy tűnik, hogy a kormányzat hallgatólagosan egyre inkább átengedi a magánszektornak a meghatározó szerepet az egészségügy átalakításában. Azt remélve, hogy így a felelősséget el tudja hárítani, továbbá, hogy fő prioritását, a költségvetésből az egészségügyre fordított kiadások jelenlegi alacsony szintjét fenn tudja tartani. Ahogy a 70-es és 80-as években a hálapénztől, úgy az ellátás előbb említett területein napjainkban egyre többen a magánszekortól remélik a gyorsabb és megfelelő ellátáshoz való jutást. (Ez a folyamat kevésbé érintette a hálapénz szerepét a fekvőbeteg-ellátás területén.) Ugyanakkor épp a súlyos és drága betegségek esetében ez nyilvánvalóan nem jelenthet rendszerszerű megoldást, mivel a középosztály magasabb jövedelmű rétegei sem tudnák megfizetni ezen betegségek esetében a magánellátást, így a magánszolgáltatók pedig (bizonyos speciális esetek

¹⁷ Itt a magánszektornak csak azzal a részével foglalkozom, amikor a szolgáltatást a betegek fizetik – azaz, amikor a betegek magánszolgáltatást vesznek igénybe. Van olyan szegmense is a magánszolgáltatók tevékenységének, amikor a szolgáltatásaikért a társadalombiztosítás fizet (pl. művese ellátás, CT-vizsgálat, házi ápolás stb.) Ezek az ellátások közszolgáltatásokat jelentenek (függetlenül attól, hogy milyen szolgáltató nyújtja azokat).

kivételével) nem is kínálják ezeket az ellátásokat.¹⁸ Ezt mutatják a nemzetközi tapasztalatok is, például a magyar egészségügy számára a magánszektor szerepét tekintve sok tanulságot kínáló angol egészségügy.

Nemcsak az a lényeges, hogy milyen változások történtek, hanem az is, hogy milyen problémákkal nem vagy nem megfelelően foglalkoztak a kormányzatok. Az olyan hosszú ideje fennálló problémák sorolhatók ide, mint például a szétaprózott, elavult kórházhálózat, növekvő orvos- és nővérhiány, az ellátás (betegutak) koordinációjának a hiánya, a hatékonysággal ellentétes ösztönzők, a minőségellenőrzés hiánya. A következmény: az ellátáshoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái és megengedhetetlenül nagy különbségei – továbbá ezek következményeként a kezelhető halálozás területén Magyarország és az EU15 közötti szakadék szélesedése¹⁹. Az elemzések és a lakosság által észlelt helyzet egybevág. Az EU rendszeres felméréseinek, az Eurobarometer vizsgálatnak a 2010 és 2017 közötti eredményei egyértelműen mutatják, hogy ebben az időszakban a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt, az európai társadalmakat foglalkoztató problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, ami az elégedetlenségnek inkább egy enyhébb fokát tükrözi. 2014 őszére már a 3. helyre került; 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává és az is maradt a tanulmány megírásáig lezajlott összes felmérésben. Érdekes azt is meggondolni, hogy az egészségügy megelőzte a bevándorlás, a munkanélküliség, gazdasági helyzet, megélhetési költségek, továbbá a nyugdíj problémáját.

Hivatkozások

- Alpár O – Huszai G (1989): Társadalom, gazdaság és egészség(ügy). Közgazdasági Szemle, 7–8. 888–908.
- Ádám Gy. (1984): Az orvosi hálapénz körüli vitához. *Társadalmi Szemle*, 7–8. 135–144.
- Ádám Gy. (1986): *Az orvosi hálapénz Magyarországon*. (Gyorsuló idő), Magvető Kiadó
- Ádám Gy. (1989): *Adóztatás után*. Magvető Kiadó
- Ajkay Z. (1987): *Öt tanulmány az egészség reformjéért*. Medicina Kiadó
- Antal Z. L. (1984): Kórháziágy „gazdálkodás”. *Társadalomkutatás*, 1984.2. 106–111.
- Antal Z. L. (1987): Beteg-utak. *Medvetánc*, 1.
- Blasszauer B. (1984): Az orvosi hálapénzről – etikai alapon. *Valóság*, 2.

¹⁸ Ez persze nem jelenti azt, hogy a politikai elit ne hozhatna létre magának (lényegében közpénzekből) egy olyan „magánkórházat”, ahol teljes körű, magas színvonalú ellátáshoz juthatna.

¹⁹ A magyarországi kezelhető halálozás 1995-ben 2,2-szerese volt az EU15 országok átlagának, 2015-ben pedig 2,6-szorosa.

- Bóc I. (1984): ingyenesség mellett szabad orvosválasztást. *Valóság*, 2
- Bohland, J. – Orosz, E. (1990): Health policy maxims: a comparative analysis of the Hungarian and United States health care system. In: *Fourth International Symposium in Medical Geography, Proceedings*, University of East Anglia, Norwich, pp. 48–60.
- Boncz I. – Sebestyén A (szerk) (2015): *Egészségbiztosítási ismeretek*. Medicina Könyvkiadó, Budapest
- Bordás I (1990): Az egészségügyi ellátás új rendszere. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 5–6, 323–342.
- Bondár É. (1987): Az egészségügyi intézmények finanszírozási kérdéseiről. *Pénzügyi Szemle*, 5. 336–349
- Gosztonyi Gy. (1980): Egészségügy: gondok és javaslatok. *Valóság*, 7.
- Györfi I. (1988): A költségvetési reform. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*. 4. 289–293.
- Györfi I. (1989): Dilemmák az egészségügyben: reform vagy változás. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2, 65–72.
- Hablicsek L. – Monigl I. – Vukovich G. (1985): A magyarországi népességfejlődés néhány hosszú távú jellemzője 1880–2001 között *Demográfia*, 4., 403–457
- Ham C (1990): *Health Check. Health care reforms in an international Context*. King's Fund Institute, London
- Jávor A. – Kovács J. (1986): *Az egészségügyben alkalmazott teljesítménymérés és költségelszámolás rendszerének megújítási javaslata*. Kézirat. Szekszárd
- Józan P. (1986): A budapesti halandósági különbségek ökológiai vizsgálata, 1980–1983. *Demográfia* 1986/2–3. 193–342. o
- Kuti É. (1984): Az orvosi hálapénzről – a következmények fényében. *Valóság*, 3.
- Levendel L. (1980): *Az orvos látóhatára*. Gondolat Kiadó
- Levendel L. (1982): A népegészségügyi reformról. *Valóság*, 5. 65–76.
- Losonczi Á. (1986): *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. (Gyorsuló idő), Magvető Kiadó
- Losonczi Á. (1989): *Ártó-védő társadalom*. KJK, Budapest
- Orosz, É. (1986): Critical Issues in The Development of Hungarian Public Health with Special Regard to Spatial Differences. *Discussion Papers* No.1. Centre for Regional Studies of Hungarian Academy of Sciences
- Orosz, É. (1989): Az egészségügyi reform önkormányzati alternatívája. *Társadalomkutatás*, 2. 59–80.
- Orosz, É. (1990): Inequalities in Health and Health Care in Hungary, *Social Science and Medicine*, 8. 847–857.
- Petschnig M. (1983): Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. *Valóság*, 11.
- Serfőző M. – Turján J. (1988): Előzetes javaslatok az egészségügyi és szociális ellátás reformjához. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4, 294–310.
- Serfőző M. (1989): Piaccgazdaság – költségvetés – egészségügy (Reform vagy változtatás) *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3. 164–171.

- Szalai J. (1981): Hiány és társadalmi szelekció. *Valóság*, 8, 58–70.
- Szalai J. (1986): *Az egészségügy betegségei*. KJK
- Szilos Z. (1990): Teljesítményorientált egészségügyi rendszer Magyarországon. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2. 128–132.
- Társadalmi Szemle Szerkesztősége (1985): Szociálpolitika, társadalom, gazdaság. Egy vita összefoglalója. *Társadalmi Szemle*, 82–85.
- Vajda P. (1981): Az orvos érdekeltsége. *Valóság*, 3
- Varró V.(1982): Az egészségügyi és orvostudományi infrastruktúra. *Magyar Tudomány*, 8–9. 612–619.

HUSZÁR ÁKOS – ZÁHONYI MÁRTA

EGYENLŐTLENSÉG ÉS TÁRSADALMI MOBILITÁS*

A társadalmi mobilitás vizsgálatának különösen nagy hagyománya van Magyarországon, a 2000 utáni hazai trendekről azonban szelektív ismereteink vannak. Rendszeres kutatások hiányában erre az időszakra vonatkozóan sem a folyamatok irányára, sem ezek sajátosságaira vonatkozóan nem állnak rendelkezésre részletes eredmények. A nemzetközi szakirodalomban azonban az egyenlőtlenségek növekedésére irányuló erősödő reflexiókkal párhuzamosan a társadalmi mobilitás kérdésköre is egyre inkább előtérbe került. Vajon a növekvő társadalmi egyenlőtlenségek révén miként változnak a társadalom tagjainak a mobilitási esélyei? A tanulmány egyrészt bemutatja, hogy az egyenlőtlenség, illetve társadalmi mobilitás összefüggésének problémája miként merül fel az újabb mobilitás-kutatásokban. Másrészt pedig a szubjektív társadalmi mobilitás megközelítésére támaszkodva arra keresi a választ, hogy ez Magyarországon miként jelentkezik.

A társadalmi mobilitás problémája az utóbbi években az akadémiai szféra határain túllépve egyre élénkebb közéleti, illetve politikai vitákat váltott ki különösen az Egyesült Államokban, illetve Nagy-Britanniában. A vita elsődleges tárgyát az a kérdés képezte, hogy a növekvő jövedelmi, illetve vagyoni egyenlőtlenségek miként hatnak a társadalom tagjainak a mobilitási esélyeire. A szélesebb nyilvánosság figyelmét pedig elsősorban az keltette fel, hogy egyes újabb vizsgálatok a társadalmi mobilitás erőteljes csökkenéséről számoltak be mindkét országban. E vita a szaktudományos hozadéka mellett komoly szakpolitikai kérdéseket vet fel, de általános politikai következményei is lehetnek.

A következőkben először összefoglaljuk, hogy miben is áll, és hogyan került előtérbe a „mobilitás probléma” az Egyesült Államokban, illetve Nagy-Britanniában, majd pedig azt vizsgáljuk, hogy ez miként jelentkezik Magyarországon. Két kérdésre keressük a választ. Egyrészt, hogy a társadalmi hierarchia különböző szintjein elhelyezkedők mennyiben érzik úgy, hogy változott a társadalmi helyzetük származási pozíciójukhoz képest. Másrészt pedig arra vagyunk kíváncsiak, hogy e szubjektív vélekedések alapján milyen következtetések vonhatók le magának a társadalom szerkezetének változására vonatkozóan.

* A tanulmány az MTA Kiválósági Együttműködési Program, Mobilitás Kutatási Centrum projekt keretében készült.

A „mobilitás probléma”

Az egyenlőtlenségkutatás területén gyakran különbséget szoktak tenni az esélyek, illetve az eredmények (vagy feltételek, illetve pozíciók) egyenlőtlensége között. Richard Breen (2010: 414) példáját idézve e különbségtételt megvilágíthatjuk a következő módon: ha rendelkezésünkre áll ezer dollár, akkor azt egyfelől az eredmények egyenlősége elvének megfelelően eloszthatjuk száz ember között úgy, hogy mindenki egyformán tíz dollárt kapjon. Másfelől azonban az ezer dollárt eloszthatjuk úgy is, hogy mindenki kap egy sorsjegyet, majd véletlenszerűen kiválasztjuk egyvalakiét, aki megkapja a teljes összeget. Ez utóbbi esetben az eredmények egyenlősége nem teljesül, az esélyegyenlőség elve viszont maximálisan, mivel mindenkinek ugyanakkora sansza volt, hogy az ő sorsjegyet húzzák ki. A különbségtételt persze érzékeltethetjük kevésbé szélsőséges módon is, többek között Anthony B. Atkinsont (2017) követve egy úszóverseny példáján. Eszerint vizsgálhatjuk egyfelől, hogy mindenkinek egyenlő esélye van-e részt venni a versenyben, másrészt viszont azt is, hogy a verseny díjazási rendszere maga mennyire egyenlőtlen: a résztvevők közül hány helyezett teljesítményét honorálják, illetve mekkorák a különbségek az első, a második, a harmadik, illetve a többi résztvevő számára fenntartott jutalmak között?

Az egyenlőség, illetve egyenlőtlenség e két elvének normatív elfogadhatósága, illetve társadalmi támogatottsága között jelentős különbség van. Míg a mobilitási esélyek egyenlőségének fontosságában többé-kevésbé egyetértés mutatkozik, addig az egyenlőtlenségek igazságos, illetve kívánatos szintje annál nagyobb viták tárgyát képezi. Míg az esélyegyenlőség elve például egy az egyben részét képezi igazságosság rawlsi elméletének, a társadalmi javak elosztására vonatkozó iránymutatása bizonyos feltételek mellett akár a javak szélsőségesen egyenlőtlen elosztását is igazolhatónak tartja.¹ Ezzel összhangban, a modern társadalmakban az állampolgárok túlnyomó többsége egyetért az esélyegyenlőség elvének fontosságával, a javak egyenlő elosztását, illetve az egyenlőtlenségek markáns csökkentését célzó politikákat azonban jóval kevesebben támogatnak (Breen 2010: 414–416). Különösen érvényes ez az Egyesült Államokra, ahol az egyenlőtlenségek magas szintjének elfogadásához erőteljesen hozzájárul a meritokratikus értékek teljesülésébe, vagyis az amerikai álomba vetett hit. Eszerint, ugyan jelentős távolság van a társadalom alsó, illetve felső szintje között, de e távolság egyéni erőfeszítések révén leküzdhető. Nem az határozza meg az egyén társadalmi pozícióját, hogy milyen körülmények közé születet, hanem az, hogy saját képességei, illetve munkája révén hová jutott.

Az empirikus társadalomkutatás területén az eredmények egyenlőségét leginkább a jövedelmi, illetve vagyoni egyenlőtlenségek különböző mérőszámaival

¹ Lásd ezzel kapcsolatban: „A társadalmi gazdasági egyenlőtlenségeket úgy kell alakítanunk, hogy a) a legkevésbé előnyös helyzetűek számára a *legelőnyösebbek* legyenek, és ugyanakkor b) a tisztségek és pozíciók, amelyekhez kapcsolódnak, álljanak nyitva mindenki előtt a méltányos esélyegyenlőség feltételei mellett” (Rawls 1997: 112).

lehet jellemezni (vö. Piketty 2015; Atkinson 2017; Milanovic 2016), míg az esélyegyenlőség kérdése kapcsán mindenekelőtt a társadalmi mobilitás vizsgálata mutatkozik relevánsnak (Marshall-Swift-Robert 1997). Az amerikai álomba vetett hitet az táplálja, hogy ez a kettő nem áll szoros összefüggésben egymással. Ezt a hitet azonban az utóbbi időben erőteljesen kezdték ki azok az eredmények, amelyek direkt összefüggést találtak a javak egyenlőtlen elosztása és a társadalmi mobilitás mértéke között. Ezek közül talán a legnagyobb figyelmet a „Great Gatsby Curve” kapta, amely arra szolgáltat empirikus bizonyítékot, hogy azokban az országokban, ahol magasabbak a jövedelmi egyenlőtlenségek (a Gini mutatóval kifejezve), ott az intergenerációs társadalmi mobilitás (a jövedelmi elaszticitás mutatójával mérve) is kisebb, vagyis szorosabb a kapcsolat a szülők, illetve gyermekeik jövedelmi helyzete között.² Ez alapján a társadalmi mobilitás mértéke az észak-európai országokban a legmagasabb, ahol a jövedelmi egyenlőtlenségek mérsékeltébbek. Az Egyesült Államok viszont az egyenlőtlenebb országok között foglal helyet, s ezzel párhuzamosan a szülők társadalmi pozíciójának a hatása is erősebb a gyermekeik helyzetére.³ Sőt a jövedelmi egyenlőtlenségek növekvő tendenciája arra utal, hogy a társadalmi mobilitás az USA-ban tovább csökken.⁴

Az utóbbi években készített vizsgálatok alapot szolgáltatnak ezekhez a várakozásokhoz. Raj Chetty és kollégái jövedelemalapú mobilitásvizsgálatai ugyan egyfelől azt találták, hogy a társadalmi mobilitás relatív mérőszámai az utóbbi évtizedekben gyakorlatilag változatlanok maradtak az Egyesült Államokban (Chetty et al. 2014), az abszolút mobilitásra vonatkozó eredmények viszont azt mutatták, hogy a később született nemzedékeknek rendre kisebb az esélyük arra, hogy szüleik jövedelmi színvonalán éljenek (Chetty et al. 2016).⁵ Robert

² A görbe többek között Miles Corak munkája nyomán jött létre (lásd pl. Corak 2013), akkor vált azonban széles körben ismerétté, miután Alan B. Krueger az Obama adminisztráció gazdasági tanácsadó testületének vezetőjeként felhívta rá a figyelmet. Krueger egyrészt a *Center for American Progress*-ben tartott előadásában, másrészt pedig a testület által készített éves jelentésben is kiemelte az egyenlőtlenségek, illetve a társadalmi mobilitás problémájának összefüggését (Krueger 2012; Council of Economic Advisors 2012). Krueger tekinthető a görbe névadójának is, aki F. Scott Fitzgerald – magyarul is megjelent – *A nagy Gatsby* című regénye alapján nevezte el.

³ Magyarország ebben az összehasonlításban közepes helyet foglal el mind az egyenlőtlenségek, mind pedig a mobilitás mértéke tekintetében (Andrews – Leigh 2009: 1491).

⁴ Fontos megjegyezni, hogy e jövedelemalapú vizsgálatokkal szemben az elmúlt időszak foglalkozási alapú nagy nemzetközi összehasonlító mobilitásvizsgálatai ellenmondásos eredményeket produkáltak e téren. Míg a *The Constant Flux*-ban Robert Erikson és John Goldthorpe úgy találták, hogy az alacsonyabb jövedelmi egyenlőtlenségek nagyobb mobilitási esélyekkel járnak együtt, addig Richard Breen és kollégái vizsgálatai szerint nem mutatható ki közvetlen összefüggés a jövedelmi egyenlőtlenségek mértéke, illetve a társadalmi mobilitás nagysága között (lásd ezzel kapcsolatban Róbert 2009: 528).

⁵ Az abszolút mobilitással szemben a társadalmi mobilitás relatív mérőszámai a strukturális változásokat kiszűrve igyekeznek számot adni a mobilitási esélyek változásáról, mivel ezek közvetlenebbül tájékoztatnak az esélyegyenlőség változásáról. A hazai vizsgálatokban, amelyek eddig kizárólag a foglalkozási alapú megközelítést követték mindenekelőtt a cirkuláris mobilitás, illetve a társadalmi fluiditás John Goldthorpe és munkatársai révén kidolgozott mutatója szolgált erre. Jövedelmi alapú vizsgálatokban Chetty és kollégái vizsgálatai kiterjednek egyrészt arra, hogy abszolút értelemben a gyermekek mekkora hányada éri el szülei jövedelmét, másrészt, hogy miként változott a jövedelemeloszlásban elfoglalt relatív pozíciójuk.

D. Putnam (2015) kvalitatív kutatásai szintén megerősítik a romló mobilitási esélyekről szóló feltételezéseket. Míg az elmúlt ötven évben az Egyesült Államokban a faji különbségek jelentősége csökkent, az osztályegyenlőtlenségek Putnam szerint sokkal markánsabbá váltak, amelynek következtében az alacsonyabb státuszú családokba születő gyermekeknek egyre kisebb az esélyük arra, hogy hátrányos induló helyzetüket leküzdve a társadalmi létrán feljebb kapaszkodjanak. Jó okkal jegyzi meg tehát Joseph E. Stiglitz, hogy „*az amerikai álmom, amely az országot a lehetőségek hazájának látta, egyre kevésbé tűnik másnak, mint álomnak, mítosznak, amelyet anekdoták és történetek ugyan fenntartanak, de az adatok nem támasztják alá*” (Stiglitz 2013: xlv–xlv).

A társadalmi mobilitásról folyó viták az Egyesült Királyságban részben más dinamikát követnek. Egyfelől a brit mobilitási folyamatokra vonatkozóan is megjelentek, és nagy figyelmet keltettek olyan elemzések, amelyek a társadalmi mobilitás csökkenő tendenciájáról számoltak be. Többek között Jo Blanden, illetve kollégái állapították meg a brit kohorszfelvételekre támaszkodó, jövedelemalapú vizsgálataik révén, hogy a szülők jövedelme, illetve a gyermekek keresete közötti kapcsolat jóval erősebb az 1970-ben született, mint az 1958-as kohorsz esetében (Blanden et al. 2002; Blanden-Machin 2007). Sőt, 2011-ben a brit parlament egy önálló bizottságot⁶ állított fel azzal a céllal, hogy monitorozza a legutóbbi trendeket, illetve szakpolitikai javaslatokat tegyen a társadalmi mobilitás elősegítésére. A bizottság munkája alátámasztja a társadalmi mobilitás csökkenésére vonatkozó feltételezéseket, 2016-os éves jelentésük például azzal a tömör megállapítással indul, hogy „Britain has a deep social mobility problem” (Social Mobility Commission 2016: iii).

Másfelől azonban Nagy-Britanniában komoly viták alakultak ki magáról a helyzet értékeléséről is. John H. Goldthorpe (2013) szerint a mobilitás csökkenésére vonatkozó eredmények több szempontból megkérdőjelezhetők, a legújabb hagyományos foglalkozási alapú mobilitás vizsgálatok ugyanis ellentmondanak ennek.⁷ Ezek szerint mind az abszolút mobilitás, mind pedig a relatív mobilitás inkább konstans trendeket mutat, ezek egyértelmű csökkenését nem lehet megállapítani (Bukodi et al. 2015; Goldthorpe 2016). Változásként ezzel szemben elsősorban az regisztrálható, hogy míg a második világháborút követő évtizedekben, „a társadalmi mobilitás aranykorában” a mobilitás mindenekelőtt

⁶ A bizottság *Social Mobility and Child Poverty Commission* megnevezéssel indult, 2016 óta azonban *Social Mobility Commission*-nak hívják. A bizottság létrejöttével, illetve tevékenységével kapcsolatban részletes információk olvashatók a következő helyen: <https://www.gov.uk/government/organisations/social-mobility-commission/about>

⁷ Goldthorpe – a vitát szociológiai, illetve közgazdasági megközelítés különbségeként beállítva – agyagokat fogalmaz meg a brit jövedelmi mobilitás vizsgálatokban felhasznált jövedelemadatok minőségével kapcsolatban; vitatja, hogy a jövedelmi helyzet – a (foglalkozási) osztályhelyzettel összevetve – jó indikátora volna a társadalmi pozíciónak; és elméleti, illetve módszertani kritikát fogalmaz meg a szülők, illetve gyermekek társadalmi pozíciójának összefüggését vizsgáló mérőszámokkal kapcsolatban, mivel ezek nem tesznek különbséget a társadalmi mobilitás abszolút, illetve relatív formája között (Goldthorpe 2013).

fölfelé irányuló mobilitást eredményezett, addig a 2010-es évekre – különösen a férfiak esetében – a fölfelé irányuló mobilitás csökkenő, a lefelé tartó viszont emelkedő tendenciát mutat. A „mobilitás probléma” eszerint tehát nem abban áll, hogy globálisan csökkent a mobilitás mértéke, s a brit társadalom merevebbé vált, hanem inkább abban, hogy társadalmi térben történő mozgás egyre kevésbé felemelkedést, s jóval gyakrabban lecsúszást jelent.

Az Egyesült Államokban, illetve Nagy-Britanniában végzett, különböző megközelítéseket alkalmazó vizsgálatok eredményeit nehéz pontosan összemérni. A jövedelmi, illetve foglalkozási alapú vizsgálatok amennyiben másként ragadják meg az egyének jelenlegi, illetve származási pozícióját, annyiban – részben – más jelenséget is mérnek. Ezek azonban összességében hasonló üzenetet közvetítenek: vagy arra utalnak, hogy a növekvő jövedelmi, illetve vagyoni egyenlőtlenségek a társadalomszerkezet megmerevedésével és a mobilitás csökkenésével jártak együtt, vagy pedig, hogy a mobilitás növekvő mértékben a társadalmi helyzet generációs romlását, s a lecsúszás tapasztalatát eredményezi. Ez az a tapasztalat, az amerikai álm szertefoszlásának a tapasztalata, ami különösen az Egyesült Államokban, illetve Nagy-Britanniában „mobilitás problémaként” jelentkezik.

E tapasztalat erősödésének jelentőségét, illetve hatásait nehéz felmérni. A mobilitási folyamatoknak következményeik, köztük politikai következményeik vannak. Ezek közül a legközvetlenebb az, hogy a mobilitás probléma olyan égető társadalmi problémaként jelenik meg, ami egyre inkább felveti szakpolitikai kezelésének szükségességét (bárhogy is nézzen ki/kellene kinéznie egy ilyen szakpolitikának).⁸ Ezen túl az elméleti feltételezések, illetve a rendelkezésre álló empirikus eredmények szerint a mobilitás magas foka inkább konzervatív irányba tereli a társadalom tagjait, s stabilizálóan hat a politikai rendszerre. A mobilitás hiánya, illetve alacsony foka viszont ellenkezőleg, a tiltakozás különböző formáihoz vezethet, s a társadalom stabilitását veszélyeztető rendszerkritikus mozgalmak létrejöttét, illetve megerősödését segítheti elő (Daenekindt-Waal-Koster 2017; Houle 2017). A „mobilitás probléma” tehát könnyen politikai problémává válhat, a mobilitás megszűnése ugyanis alapvetően kérdőjelezi meg a társadalom igazságos, illetve méltányos működését. Ha az egyenlőtlenségek magas foka akár morális, akár gazdasági indokokra támaszkodva védhető is, az már egyáltalán nem, ha az egyének társadalmi helyzete nem saját erőfeszítéseiken múlik, hanem azon, hogy ki hová, milyen körülmények közé született.

A „mobilitás probléma” Magyarországon

A „mobilitás probléma” Magyarországon nem létezik – legalábbis abban a formában, mint az Egyesült Államokban, illetve Nagy-Britanniában.

⁸ A hagyományos mobilitási mérőszámok szakpolitikai relevanciája kapcsán lásd az 1. mellékletet.

A jövedelmi egyenlőtlenségek Magyarországon is növekedésnek indultak az 1980-as évektől kezdve. A rendszerváltás időszakában a magyar társadalom a hagyományos mobilitásvizsgálatok alapján – nemzetközi összehasonlításban – még a nyitottabb társadalmak közé tartozott, a korábbi korszakokra vonatkozó eredményekkel összevetve azonban a 2000-es évek elejére mind a teljes mobilitás mértéke, mind pedig az esélyegyenlőség kérdéséhez szorosabban kapcsolódó relatív mobilitási mérőszámok romló tendenciát mutattak (Róbert – Bukodi 2004). Viszont a legújabb vizsgálatok alapján – amelyek még szintén a 2000-es évek első évtizedére, illetve annak a végére vonatkoznak – Magyarország az európai országok közül mind az abszolút, mind pedig a relatív mobilitás tekintetében a legmirevebb társadalmak közé tartozott (Bukodi et al 2017; Eurofound 2017; Jackson-Evans 2017).

Jövedelemalapú mobilitásvizsgálatra Magyarországon még nem került sor. A foglalkozási mobilitás legutóbbi tendenciáiról sem állnak még rendelkezésre információk, a rendszerváltás utáni mobilitási folyamatokra vonatkozó ismereteink is töredékesek, különösen a terület hazai kutatási hagyománya tükrében. Az 1990-es évek eleje óta nem voltak a KSH korábbi nagyszabású felvételeihez fogható célzott adatgyűjtések, s ennek megfelelően nincsenek olyan egzakt kutatási eredmények sem, ami alapján az egyenlőtlenségek növekedésének, a piacgazdasági átmentek, illetve pláne a gazdasági világválságnak és a 2010 utáni társadalmi-politikai változásoknak a társadalmi mobilitás, illetve az esélyegyenlőség alakulására gyakorolt hatását szisztematikusan felmérhetnénk. Magyarországon így mindenekelőtt az jelent problémát, hogy keveset tudunk magáról a jelenségről.

Az Egyesült Államokkal, illetve Nagy-Britanniával összevetve a közéleti vitákban sem jelenik meg hangsúlyosan a téma, és a szakpolitika felől sem övezi különös érdeklődés. Az esélyegyenlőség, illetve a társadalmi mobilitás kérdésköre leginkább a szegénység, illetve az egyenlőtlenségek alakulása körüli vitákba ágyazódva kerül elő, önálló szakpolitikai kezdeményezések nincsenek a területen. Magyarországon a probléma kapcsán elsősorban a diákok különböző területekre vonatkozó kompetenciáit vizsgáló PISA jelentésekre vetült számottevő figyelem (Ostorics et al. 2016). A legutóbbi, 2015-ös méréseken alapuló jelentés ugyanis nem csupán arról számolt be, hogy a magyar tanulók pontszámai az előző vizsgálatokhoz képest jelentősen romlottak, hanem arról is, hogy a családi háttér nemzetközi összehasonlításban is különösen nagy hatással van a diákok iskolai eredményeire. Az iskola eszerint nem a hátrányos helyzet leküzdéséhez, hanem inkább a származási egyenlőtlenségek újratermelődéséhez járul hozzá.

Magyarországon tehát az esélyegyenlőtlenség kérdésköre csak elvétve jelenik meg a közbeszédben jelentős, illetve szakpolitikai beavatkozást igénylő problémaként, s a társadalmi mobilitás újabb folyamatairól sem állnak rendelkezésre információk. Kérdés, hogy maguknak a társadalom tagjainak számára mennyiben jelentkezik ez problémaként. A következőkben ezt vizsgáljuk a 2016. évi

mikrocenzus társadalmi rétegződés kiegészítő felvétele alapján,⁹ a szubjektív társadalmi mobilitás egy mutatójára támaszkodva.

A társadalmi mobilitás szubjektív érzékelésének vizsgálatára több módszer is rendelkezésre áll. A 2016-os mikrocenzus ezt két kérdés, a kérdezettek, illetve szülei (1–10-es skálán mért) társadalmi létrán elfoglalt szubjektív pozíciója alapján igyekezett megragadni.¹⁰ E mutató alapján immobilnak számít az, aki a saját, illetve a szülei társadalmi pozícióját is azonos pontszámmal értékelte, míg fölfelé, illetve lefelé mobilnak minősül az, akinek az esetében legalább egy pontszámmal eltérnek ezek az értékek pozitív vagy negatív irányba. Ez a technika tehát a társadalmi mobilitás hagyományos megközelítéséhez hasonlóan alkalmaz egy mérést az egyének jelenlegi, illetve származási pozíciójára vonatkozóan, s ezeket veti össze a társadalmi térben való mozgás vizsgálatához. Fontos különbség azonban, hogy amíg a hagyományos foglalkozási alapú megközelítések kizárólag egyéni szinten és foglalkozási csoportok közötti mozgásként fogják fel a társadalmi mobilitást, addig e szubjektív megközelítés lehetővé teszi azt is, hogy vizsgálat tárgyává tegyünk, hogy különböző entitások (pl. etnikai csoportok, különböző földrajzi egységek, vagy éppenséggel maguk a különböző foglalkozási csoportok) miként mozogtak kollektív módon a társadalmi térben.¹¹

A társadalmi mobilitás kutatásában a tényadatokon nyugvó vizsgálatokhoz képest e szubjektív megközelítések csupán másodlagos szerepet játszhatnak, azonban új lehetőségeket is teremtenek. Ennek megfelelően először azt vizsgáljuk, hogy a társadalom egyenlőtlenségrendszerének különböző szintjein elhelyezkedők egyéni szinten mennyiben érzik úgy, hogy előreléptek, vagy éppenséggel lecsúsztak szüleikhez képest. Másrészt pedig arra vagyunk kíváncsiak, hogy a különböző társadalmi csoportok kollektíve miként vándoroltak a társadalmi térben egy generáció alatt, vagyis miként változott magának a társadalomnak a szerkezete e szubjektív vélekedések alapján.

Egyéni mobilitás

A társadalmi mobilitás objektív, illetve szubjektív mérőszámai nem feltétlenül vannak összhangban egymással. Róbert Péter (1999) például az 1990-es évek végén azt találta, hogy míg az objektív, foglalkozási alapú vizsgálatok szerint

⁹ Az 2016. évi mikrocenzus a magyarországi népesség 10 százalékáról gyűjtött információkat. A társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel ennek egy 1/5-ös almintáján került lekérdézésre, ami több mint 100 000 sikeresen kitöltött kérdőívet eredményezett. A felvétel célkitűzéseiről, módszertanáról, illetve egyéb sajátosságairól lásd: Huszár 2016; illetve Huszár–Záhonyi 2018a. Az adatfelvétel feldolgozásának lezárulta után remélhetőleg ez alkalmas lesz a társadalmi mobilitás hagyományos vizsgálati terén mutatkozó hiányok pótlására is.

¹⁰ A kérdések az International Social Survey Programme által korábban, 1999-ben, illetve 2009-ben használt kérdéseket követték. A mikrocenzus, illetve az ISSP eredményeinek összehasonlíthatósága kapcsán lásd: Huszár–Záhonyi 2008b: 2. melléklet.

¹¹ A társadalmi mobilitás objektív, illetve szubjektív megközelítéseinek jellemzőihez lásd: Huszár–Záhonyi 2018b.

a magyar társadalom mobilitási jellemzői kevésbé változtak a korábbi időszakokhoz képest, addig a megkérdozettek meghatározó hányada arról számolt be, hogy a rendszerváltás első évtizedének végén szüleikhez képest romlott a társadalmi pozíciója. A mikrocenzus társadalmi rétegzódás kiegészítő felvétele alapján 2016-ra ez a helyzet alapvetően megváltozott. Míg a rendszerváltás első, illetve második évtizedének végén, 1999-ben, illetve 2009-ben azok voltak relatív többségben, akik úgy érezték, hogy lefelé mozdultak el származási pozíciójukhoz képest, addig a legutóbbi eredmények alapján a 18 éves és idősebbek 50 százaléka értékelte úgy, hogy előrelépett, s kevesebb, mint 20 százaléka, hogy lecsúszott szülei társadalmi helyzetével összevetve (Róbert 1999; Huszár–Záhonyi 2018b). Ezek az eredmények annak fényében is kedvezőnek mutatkoznak, hogy a mobilitás tapasztalata tekintetében erős generációs különbségek tapasztalhatók. Az idősebbek körében jóval magasabb azoknak az aránya, akik arról számoltak be, hogy javult a társadalmi helyzetük, a fiatalabbaknak viszont nagyobb hányada érzi úgy, hogy nem, vagy kedvezőtlen irányba mozdultak el szülei társadalmi pozíciójukhoz képest.

A korábbi kedvezőtlen tendenciák tehát változni látszanak. A következőkben azt vizsgáljuk, hogy a társadalom egyenlőtlenségrendszerének különböző szintjein elhelyezkedők között milyen különbségek tapasztalhatók a mobilitás szubjektív érzékelése tekintetében. Vajon a társadalom felső, középső vagy alsó szejtén elhelyezkedők érzik inkább úgy, hogy felemelkedtek származási társadalmi helyzetükhöz képest? Ehhez az alábbiakban két, a társadalmi mobilitás-, illetve rétegzódásvizsgálatokban hagyományosan alkalmazott ismérvre, a befejezett iskolai végzettség, illetve a foglalkozási osztály ismérvére támaszkodunk.

Jelenleg nincs információnk arról, hogy a társadalom különböző szintjein elhelyezkedők miként érezték meg a mostani társadalmi pozíciójukba, vagyis hogy az iskolai végzettségük, illetve foglalkozási osztályhelyzetük változott-e a szüleikhez képest.¹² A szubjektív mobilitás vizsgálatokor így nem tudjuk vizsgálni, hogy a mobilitás érzete mennyiben kapcsolódik össze az iskolai, illetve foglalkozási mobilitással. Nem tudjuk tehát elkülöníteni, hogy mondjuk az érettségizettek, illetve a felsőfokú végzettségűek szubjektív mobilitási jellemzői közötti különbségek egyrészt annak köszönhetőek-e, hogy mást jelentettek e végzettségi szintek a „szülők társadalmában”, mint jelenleg, vagy annak, hogy a jelenleg felsőfokú végzettséggel rendelkezőknek a szülei nagy arányban középfokú, illetve ennél alacsonyabb végzettséggel rendelkeztek.

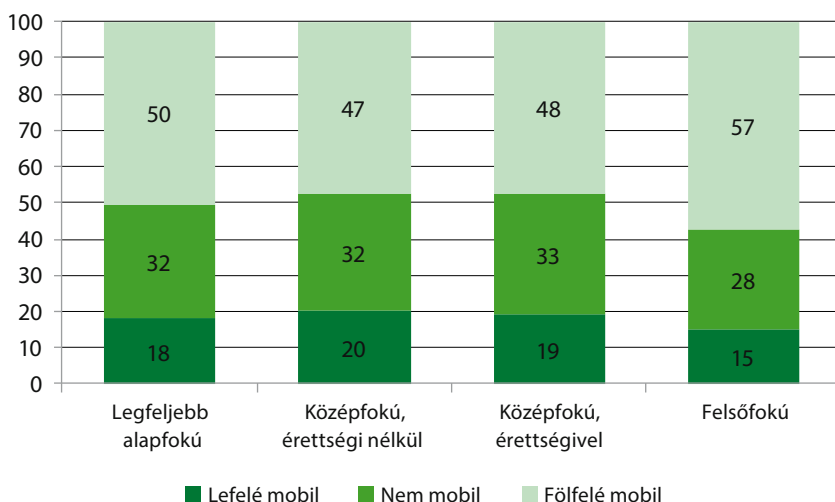
A szubjektív mobilitást a legmagasabb befejezett *iskolai végzettség* szerint vizsgálva azt tapasztaljuk, hogy a végzettség szerinti hierarchia nem felétlenül mutatkozik meg a mobilitás szubjektív érzékelésében. Egyfelől, a felsőfokú végzettséggel rendelkezők eredményei jelentősen eltérnek a többi csoportétól: ők azok, akik messze a legnagyobb arányban számolnak be társadalmi felemelkedésről, s a legkisebb arányban jelezték, hogy nem, illetve lefelé mozdultak el szüleikhez

¹² Az apa, illetve az anya iskolai végzettségére és foglalkozására vonatkozó mikrocenzus adatok jelenleg még feldolgozás alatt vannak.

képest. Másfelől az alapfokú, illetve a középfokú végzettségűek között nincsenek markáns különbségek, és ezek sem a hierarchia irányának megfelelő előjelűek: az alapfokú végzettséggel rendelkezők között valamivel magasabb a fölfelé, illetve alacsonyabb a lefelé mobilak aránya, mint a szakmunkás végzettségűek, illetve az érettségizettek között.

Ez az eredmény annyiban meglepő, hogy a középfokú végzettségűek különböző csoportjaiba tartozók végzettségi szintje a szüleikhez képest objektíve inkább javult. Nagyobb arányban található a csoportban olyanok, akiknek a szülei legfeljebb alapfokú végzettséggel rendelkeztek, s ritkább, hogy a diplomás szülők gyermeke legfeljebb középfokú végzettséget szerezzen. A magyarázat mindenekelőtt a különböző képzettségi csoportok életkori sajátosságaival függ össze. Egyrészt, különösen az érettségizettek között magas azoknak az aránya, akiknek az iskolai karrierje még nem zárult le, s a munkaerőpiacra sem léptek még be. E fiatalok társadalmi pozícióját jelenleg is elsősorban szüleik társadalmi helyzete határozza meg, ami növeli e körben az immobilak arányát. Másrészt, az alapfokú végzettséggel rendelkezők aránya a legidősebb korosztályokban a legmagasabb, akik mögött rendszerint lezárt munkaerőpiaci karrier áll. E korosztályok objektív mobilitási lehetőségei, s a mobilitásról alkotott vélekedései is jellegzetesen eltérnek, s összességében jóval kedvezőbbek a fiatalabb generációk jellemzőitől (Huszár – Záhonyi 2018b).

1. ábra: Szubjektív mobilitás a legmagasabb befejezett iskolai végzettség szerint a 18 évesek és idősebbek körében, 2016, %



Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

Amíg a magasabb iskolai végzettség nem feltétlenül jár együtt kedvezőbb mobilitási tapasztalatokkal, addig az osztályszerkezetben elfoglalt pozíció hatása már maradéktalanul érvényesül. Minél előnyösebb pozíciót foglal el valaki jelenleg

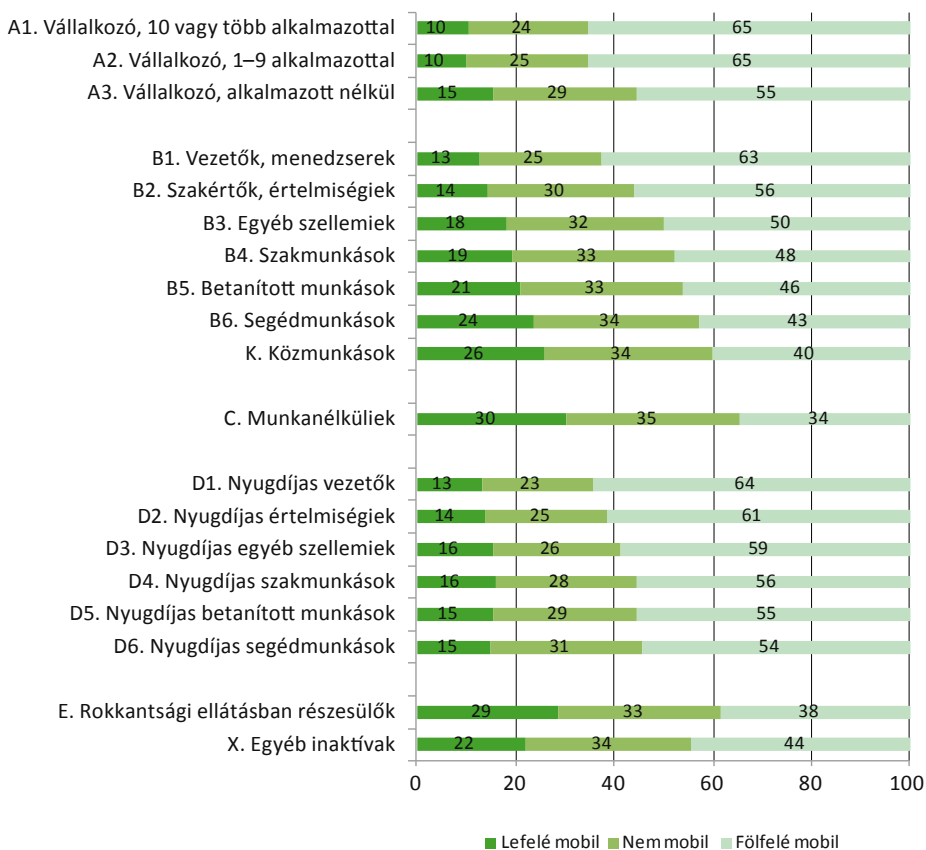
az osztályhierarchiában, annál nagyobb arányban jelzi azt, hogy fölemelkedett a családjához képes.

A következőkben az osztályhelyzet, illetve a társadalmi mobilitás érzékelésének összefüggését az osztályszerkezet normatív-funkcionalista modellje alapján vizsgáljuk.¹³ Ez a különböző gazdasági aktivitásúakat külön csoportokként kezeli, s e csoportok belső tagolódását hierarchikusan igyekeznek megragadni (lásd Huszár 2013a-c; 2015). E hierarchikus viszonyok mindegyik megkülönböztetett csoport esetében érvényesülnek. A nagyobb, több alkalmazottat foglalkoztató vállalkozók magasabb arányban érzékelik úgy, hogy felfelé mozdultak el szüleikhez képest, mint a közepes, illetve kisvállalkozók. Hasonló módon, az alkalmazottak körében a magasabb presztízsű, illetve kedvezőbb munkakörülményeket és kereseti lehetőségeket biztosító vezetői, valamint értelmiségi foglalkozásokat űzők jóval gyakrabban számolnak be arról, hogy előreléptek, mint a szakmunkások, a betanított munkások, a segédmunkások vagy a közmunkások. Ha az öregségi nyugdíjasokat külön szemügyre vesszük, azt tapasztaljuk, hogy az ő esetükben is érvényesül, hogy minél kedvezőbb foglalkozási pozícióból vonult valaki nyugdíjba, annál nagyobb eséllyel javult a jelenlegi társadalmi helyzete a származási pozíciójához képest. A normatív-funkcionalista séma alapján azt is megállapíthatjuk továbbá, hogy a rokkantsági ellátásban részesülők, illetve különösen a munkanélküliek azok, akik messze a legnagyobb arányában számolnak be arról, hogy romlott, illetve nem változott a társadalmi helyzetük szüleikhez képest (2. ábra).

E séma alapján azonban egy további lényeges összefüggés is kirajzolódik. Az aktív munkaerőpiaci karrier lezárása és a nyugdíjba vonulás általában az anyagi helyzet, illetve az életkörülmények romlásával jár együtt. A nyugdíjasok különböző csoportjainak a társadalmi helyzetét meghatározza a korábbi munkaerőpiaci pozíció, de egyrészt a nyugdíjas vezetők, értelmiségiek vagy szakmunkások jövedelmi, anyagi körülményei általában rosszabbak, mint aktív társaikéi, másrészt összességében a nyugdíjasok körében tompábbak az egyenlőtlenségek, mint az aktívak körében. Ezt az összefüggést megerősítik a jelenlegi társadalmi helyzet szubjektív megítélésére vonatkozó eredmények is. A nyugdíjas foglalkozási csoportok rendre alacsonyabb pontszámokat adnak, és lejjebb helyezik el magukat a társadalmi létrán, mint az aktívak.

¹³ A második mellékletben elérhetők ezek az eredmények a Ferge Zsuzsa munkáira visszanyúló munkajelleg-csoportosítás, illetve az EGP sémát követő társadalmi-foglalkozási rétegséma alapján is.

2. ábra: Szubjektív mobilitás a normatív-funkcionalista osztálymodell szerint a 18 évesek és idősebbek körében, 2016, %



Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

A mobilitás szubjektív észlelése esetében azonban más a helyzet. A nyugdíjasok jelenlegi társadalmi helyzete saját értékelésük szerint is kedvezőtlenebb, mint az aktívaké, viszont jóval magasabb arányban jelezték azt, hogy a jelenlegi pozíciójuk előrelépést jelent a szüleik társadalmi helyzetéhez képest. A különbségek különösen a foglalkozási hierarchia alsó felében jelentősek: a nyugdíjas munkások az aktívaknál mintegy 10 százalékponttal nagyobb arányban nyilatkoztak úgy, hogy fölfelé mozdultak el származási pozíciójukhoz képest. E különbségek szintén elsősorban a társadalmi mobilitás történeti változásából fakadnak, s arról tanúskodnak, hogy jelenlegi idősebb generációknak a mostani fiataloknál nagyobb esélyük volt, hogy fölfelé mozogjanak a társadalmi térben (Huszár–Záhonyi 2008b).

Kollektív mobilitás

Eddig azt vizsgáltuk, hogy a társadalom egyenlőtlenségrendszerében különböző helyet elfoglalók mennyiben érzik úgy, hogy változott a társadalmi helyzetük a származási pozíciójukhoz képest, a következőkben arra vagyunk kíváncsiak, hogy maguk a különböző társadalmi csoportok miként vándoroltak a társadalmi térben egy generáció alatt e szubjektív értékelések tükrében.

A foglalkozási mobilitás hagyományos mérőszámai, mivel a társadalmi térben történő mozgást csupán foglalkozási pozíciók közötti vándorlásként tudják regisztrálni, ezért a társadalomszerkezet változását csak mennyiségi alapon képesek megragadni. Azt tudják bemutatni, hogy a különböző foglalkozási osztályok mérete miként változott, illetve hogy bizonyos csoportok növekedése melyek rovására következett be. Arról azonban nem szolgáltatnak információt, hogy a különböző társadalmi kategóriák kollektíve miként mozogtak a társadalmi térben. Pedig a társadalmi mobilitás kollektív folyamata legalább annyira lényeges, sőt Ferge Zsuzsa (1972) megközelítésében még lényegesebb is az egyéni mobilitásnál. Az iskolarendszer szerepét vizsgálva azt emeli ki, hogy az egyéni mobilitás annyiban fontos, amennyiben hozzájárul a társadalmi rétegek kollektív mobilitásához, s ezáltal a társadalmi struktúra változásához.

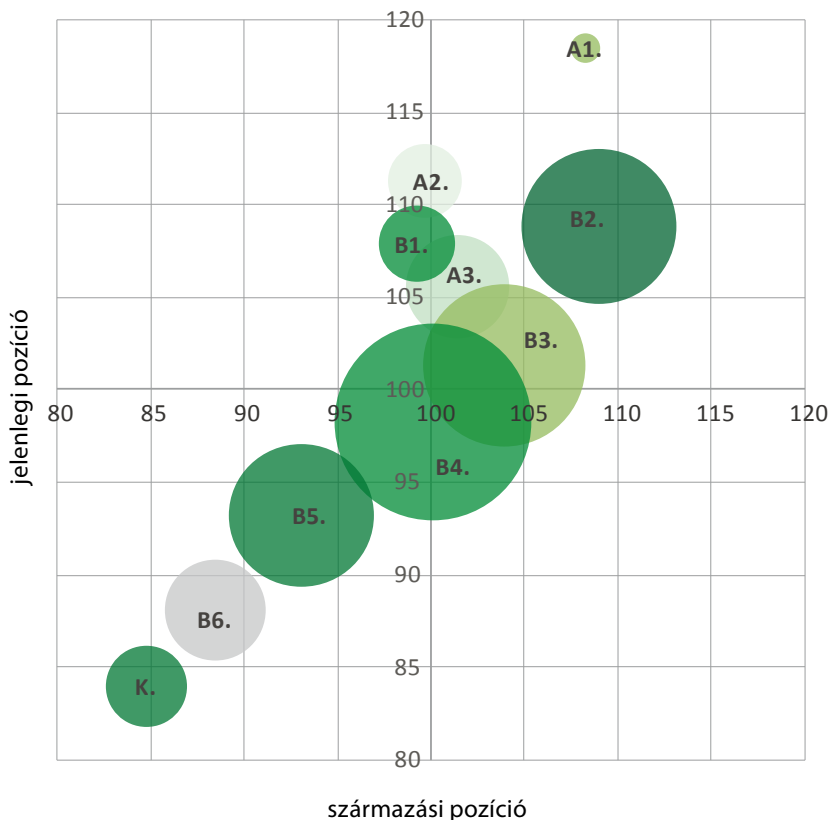
A szubjektív mobilitás ehelyütt használt mutatója nem foglalkozási pozíciók közötti mozgásként, hanem általánosan, a társadalmi létrán történő elmozdulásként igyekszik megragadni a társadalmi mobilitás jelenségét. Ez pedig lehetővé teszi, hogy ne csupán az egyének mobilitási érzeteit tegyük vizsgálat tárgyává, hanem azt is, hogy maguknak a különböző társadalmi kategóriáknak a helyzete egymáshoz viszonyítva miként változott az egyik generációról a másikra e szubjektív értékelések tükrében (Huszár–Záhonyi 2008b). A következőkben ennek megfelelően azt vizsgáljuk, hogy a különböző foglalkozási csoportok maguk miként vándoroltak a társadalmi térben.¹⁴ Lényeges, hogy ahogy az egyéni mobilitás esetében a mutató eredményei a kérdezettek szubjektív vélekedéseit tükrözik, úgy a társadalmi teret ehelyütt is e szubjektív értékelések reprezentálják.

Az alábbi ábra, amely a normatív-funkcionalista osztálymodell által megkülönböztetett csoportokat tartalmazza, ehhez nyújt segítséget. A koordinátarendszer y tengelye a kérdezettek jelenlegi társadalmi pozícióját reprezentálja százalékos módon, az egyes foglalkozási csoportokhoz tartozók skálaértékeinek az átlagát az összes foglalkoztatott átlagához viszonyítva. A x tengely ugyanilyen módon a szülők társadalmi pozíciójára vonatkozó értékeléseket mutatja be. Az ábrán

¹⁴ A hagyományos foglalkozási mobilitásra vonatkozó adatok hiánya miatt azonban jelenleg ezt az elemzést is csak a nélkül tudjuk elvégezni, hogy kiszűrjünk a különböző foglalkozási csoportok közötti egyéni mozgásokat.

megjelenő buborékok a különböző csoportokat jelölik méretarányosan, aszerint, hogy milyen arányban vannak jelen a jelenleg foglalkoztatottak körében.¹⁵

3. ábra: A szubjektív társadalmi helyzet változása a normatív-funkcionalista osztálymodell szerint, 2016



Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

Az ábra tehát a foglalkozási osztályok relatív pozíciójáról tájékoztat, fontos azonban megjegyezni, hogy ennek változatlansága nem jelenti azt, hogy abszolút értelemben ne történtek volna változások. Míg a szülők társadalmi pozíciójára vonatkozó skálaértékek átlaga 5,22 volt, addig a jelenlegi pozíciójukat átlagosan 5,81-re értékelték a válaszadók. Összességében tehát felfele toldott el a skála, a jelenleg foglalkoztatottak összessége – és egyébként ezen belül mindegyik általunk megkülönböztetett foglalkozási csoport is – átlagosan magasabbra értékeli a jelenlegi társadalmi pozícióját származási társadalmi helyzetéhez képest.

¹⁵ Az ábrában az áttekinthetőség kedvéért az egyes foglalkozási csoportok kódjait tüntettük fel. A munkajelleg-csoportosítás, illetve a társadalmi-foglalkozási rétegséma alapján készített ábrákat lásd a 3. mellékletben.

Az ábra alapján így arról tájékozódhatunk, hogy a kérdezettek értékelései alapján az egyes csoportokhoz tartozók miként helyezkednek el egymáshoz képest a társadalmi térben, és hogy miként változott a relatív társadalmi helyzetük a származási pozíciójukhoz képest. A koordináta-rendszer origójának környékén azok a foglalkozási csoportok foglalnak helyet, amelyeknek a társadalmi létrán elfoglalt átlagos pozíciója mind a szülők generációjában, mind pedig jelenleg közel esik az összes foglalkoztatott körében számított átlaghoz. A koordináta-rendszer jobb felső szejletében ezzel szemben azok találhatók, amelyeknek a származási és jelenlegi pozíciója is átlag feletti, míg a bal alsóban pedig azok, amelyek mindegyik metszetben átlag alatti helyet foglaltak el. A bal felső, illetve jobb alsó negyedbe pedig azok a foglalkozási osztályok kerülnek, amelyeknek a relatív társadalmi pozíciója, pozitív vagy negatív irányba jelentősen megváltozott egy generáció alatt.

Az eredmények alapján mindenképp azt állapíthatjuk meg, hogy a foglalkozási sémában megjelenített hierarchikus viszonyok e szubjektív értékelések alapján is élesen kirajzolódnak, akár a jelenlegi pozícióról, akár a származási pozícióról van szó. Az osztályszerkezetben feljebb elhelyezkedők tehát szubjektív megítélésük alapján magasabb pozícióból indultak és a jelenlegi társadalmi helyzetüket is magasabbra értékelik. Az egyes csoportok egymáshoz viszonyított pozíciója így kevésbé változott a szülők társadalmi helyzetéhez viszonyítva. A foglalkozási osztályok többsége elég határozottan egy jól kirajzolódó egyenesre rendezhető.

Az általános tendencia mellett azonban figyelemre méltó változások is megfigyelhetők. Egyrészt az egyes osztályok pozíciójára illeszthető képzeletbeli egyenes nem 45 fokos, hanem ennél valamivel meredekebb, ami annak köszönhető, hogy a foglalkozási osztályok közötti távolságok jelenleg, illetve a szülők esetében nem azonosak. A válaszadók a szubjektív értékelések alapján a különböző rétegek közötti társadalmi egyenlőtlenségeket jelenleg magasabbnak érzékelik, mint a szüleik generációjában.

Másrészt, a foglalkozási osztályok többségének a mozgása jól illeszkedik ugyan a képzeletbeli egyeneshez, vannak azonban jellemző kivételek. Valójában csupán a beosztott alkalmazottként foglalkoztatott csoportok pozíciója az, ami – az egyenlőtlenségek növekedése mellett – nagyfokú állandóságot mutat. A felső, illetve középvezetők, illetve az önálló vállalkozóként dolgozók helyzete alaposan megváltozott. E két csoport az, amelynek a társadalomszerkezeti pozíciója jelentősen átalakult a rendszerváltást követően. 1990 után egyfelől a politikai, illetve gazdasági változások következtében új, és új típusú munkát követelő vezetői foglalkozások jöttek létre. Másfelől, ugyan a második gazdaság keretében már az államszocializmus késői időszakában kialakult a „szocialista vállalkozók” egy csoportja (Szelényi 1992), a vállalkozói réteg létrejötte a rendszerváltás utáni időszakban történt. A vezetőknek, illetve a vállalkozóknak nem csupán társadalomszerkezeti pozíciója változott tehát, de nagy arányban léptek be más társadalmi háttérrel rendelkezők is e csoportokba. Ennek következtében, míg a jelenleg vezetőként dolgozók társadalmi pozíciója a szülők generációjában még az átlag körül mozogott, és határozottan alacsonyabb volt, mint az értelmiségiek származási

helyzete, jelenleg már a felső, illetve középszintű vezetők, illetve az értelmiségiek nagyjából hasonló helyet foglalnak el a társadalom szerkezetében. A vállalkozóknál hasonló irányú változások tapasztalhatók. A jelenleg önálló vállalkozóként dolgozók származási pozíciója átlag körüli, inkább ez alatt helyezkedett el, mára viszont szubjektív értékeléseik alapján jóval feljebb léptek a társadalmi hierarchiában. Különösen igaz ez a nagyobb, a tíz vagy több alkalmazottal rendelkező vállalkozókra, amely csoport az eredmények alapján jókora távolságra a többi rétegtől, a társadalmi struktúra csúcsán helyezkedik el.

Következtetések

Az amerikai álom azt a reményt fejezi ki, hogy a kedvezőtlen körülmények közé születőknek is megvan a lehetőségük arra, hogy saját erőfeszítéseik révén felkapaszkodjanak a társadalmi létrán. Ha tehát a társadalmilag fontos javak egyenlőtllenül is oszlanak el, az esélyek egyenlősége lehetővé teszi, hogy aki ma alul van, az holnapra fölemelkedjen, és fordítva. Az egyenlőtlenség és mobilitás összefüggésére, illetve az Egyesült Államok, valamint Nagy-Britannia mobilitási folyamataira vonatkozó vizsgálatok az utóbbi években ezt a reményt kérdőjelezték meg alapvető módon és hívták életre a „mobilitás problémáról” szóló diskurzusokat. Az amerikai, illetve a brit társadalom eszerint a jövedelmi, illetve vagyoni egyenlőtlenségeknek az 1980-as évek óta megfigyelt növekedésével párhuzamosan zártabbá vált és/vagy a társadalom jelentős hányada tapasztalta meg, hogy a társadalmi helyzete a szüleikéhez képest romlott. Sőt, az egyenlőtlenségek növekedésének a mai tendenciái arra utalnak, hogy szakpolitikai beavatkozás nélkül ez a helyzet a következő generációk esetében sem fog javulni, hanem inkább romlik, ami akár a politikai rendszer stabilitását is veszélyeztető társadalmi-politikai konfliktusokhoz vezethet.

A foglalkozási mobilitás hagyományos mutatói alapján a magyar társadalom mobilitási folyamatai hasonló módon kedvezőtlenek – legalábbis a legutóbbi, a 2000-es évek első évtizedére vonatkozó eredmények szerint. Kérdés, hogy ezek miként változtak az utóbbi években? Erről jelenleg nincs információnk, a mobilitás szubjektív érzékeléséről azonban igen.

A társadalmi mobilitás objektív, illetve szubjektív mérőszámai nem feltétlenül vannak összhangban egymással, a társadalmi térben való mozgás szubjektív megítélése tekintetében azonban az utóbbi időszakban nagy javulás következett be. Míg az 1990-es évek végén, illetve 2009-ben, a gazdasági világválságot közvetlenül követően végzett mérések alapján a magyar társadalom legnagyobb hányada úgy nyilatkozott, hogy társadalmi helyzete romlott a szüleiéhez képest, addig 2016-ra már azok voltak túlnyomó többségben, akik előrelépésről számoltak be. A felemelkedés lehetőségének a beszűkülése tehát nem, illetve a korábbi időszakokkal összevetve jóval kisebb mértékben jelenik meg társadal-

mi problémaként Magyarországon, ami a társadalmi berendezkedés stabilizálódása irányába hathat.

A társadalmi felemelkedés, illetve előrelépés tapasztalata azonban egyenlőtlenül oszlik meg a társadalomban. Egyfelől, az idősebb generációk tagjai a fiatalabbaknál jóval magasabb arányban számoltak be arról, hogy javult a társadalmi helyzetük, másfelől a társadalom egyenlőtlenségrendszerében elfoglalt hely alapján is jelentős különbségek találhatók. Míg a vezetők, illetve a közép- és nagyvállalkozók több mint 3/5-e érzi úgy, hogy előrelépett származási társadalmi helyzetéhez képest, addig a segédmunkások, a közmunkások, vagy a munkanélküliek körében azoknak a hányada mozog 60 százalék körül, akiknek nem, vagy kedvezőtlen irányba változott a társadalmi helyzetük. A szubjektív társadalmi pozícióra vonatkozó értékelések alapján a társadalom szerkezete is lényeges változásokon ment keresztül egy generáció alatt. A társadalom e szubjektív vélekedések alapján is egyenlőtlenebb lett, ami részben az alsóbb társadalmi csoportok leszakadásából, részben pedig a közép- és nagyvállalkozók, valamint a vezető foglalkozásúak kollektív fölfelé irányuló mozgásából fakad.

Irodalom¹⁶

- Andrews, Dan – Leigh, Andrew (2009): More inequality, less mobility. *Applied Economic Letters*, (16): 1489–1492.
- Atkinson, Anthony B. (2017): *Egyenlőtlenség. Mit kellene tennünk*. Budapest: Kossuth.
- Blanden, Jo – Goodman, Alissa – Gregg, Paul – Machin, Stephen (2002): *Changes in intergenerational mobility in Britain*. CEEDP, 26. London: Centre for the Economics of Education, London School of Economics and Political Science.
- Blanden, Jo – Machin, Stephen (2007): *Recent changes in intergenerational mobility in Britain*. London: Sutton Trust.
- Breen, Richard (2010): Social Mobility and Equality of Opportunity. *The Economic and Social Review*, 41(4): 413–428.
- Bukodi Erzsébet – Goldthorpe, John H. – Waller, Lorraine – Kuha, Jouni (2015): The mobility problem in Britain: new findings from the analysis of birth cohort data. *The British Journal of Sociology*, 66(1): 93–117.
- Bukodi Erzsébet – Paskov, Marii – Nolan, Brian (2017): *Intergenerational Class Mobility in Europe: A New Account and an Old Story*. INET Oxford Working Papers 2017-03.

¹⁶ A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének időpontja a kézirat lezárásának dátuma: 2018. 10. 01.

- Chetty, Raj et al. (2014): Is the United States Still a Land of Opportunity? Recent Trends in Intergenerational Mobility. *American Economic Review*, 104(5): 141–147.
- Chetty, Raj et al. (2016): The Fading American Dream: Trends in Absolute Income Mobility Since 1940. *NBER Working Paper*, No. 22910.
- Corak, Miles (2013): Income Inequality, Equality of Opportunity, and Intergenerational Mobility. *Journal of Economic Perspectives*, 27(3): 9–102.
- Council of Economic Advisors (2012): Economic Report of the President. Washington DC: United States Government Printing Office. https://obamawhitehouse.archives.gov/sites/default/files/microsites/ERP_2012_Complete.pdf
- Daenekindt, Stijn – Waal, Jeroen van der – Koster, Willem de (2017): Social mobility and political distrust: cults of gratitude and resentment? *Acta Polit.* DOI 10.1057/s41269-017-0050-4
- Eurofound (2017): *Social mobility in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Ferge Zsuzsa (1972): A társadalmi struktúra és az iskolarendszer közötti néhány összefüggés. *Szociológia*, 1: 10–35
- Goldthorpe, John H. (2013): Understanding – and Misunderstanding – Social Mobility in Britain: The Entry of the Economists, the Confusion of Politicians and the Limits of Educational Policy. *Journal of Social Policy*, 42: 431–50.
- Goldthorpe, John H. (2016): Social class mobility in modern Britain: changing structure, constant process. *Journal of British Academy*, 4: 89–111.
- Houle, Christian (2017): Social Mobility and Political Instability. *Journal of Conflict Resolution*, 1–27.
- Huszár Ákos (2013a): Foglalkozási osztályszerkezet (I.) – Elméletek, modellek. *Statisztikai Szemle*, 91(1): 31–56.
- Huszár Ákos (2013b): Foglalkozási osztályszerkezet (II.) – Az osztályozás problémái. *Statisztikai Szemle*, 91(2): 117–131.
- Huszár Ákos (2013c): Foglalkozási osztályszerkezet (III.) – Egy normatív-funkcionalista osztálymodell vázlata. *Statisztikai Szemle*, 91(7): 117–131.
- Huszár Ákos (szerk.) (2015): *A társadalom rétegződése*. Budapest: KSH.
- Huszár Ákos (2016): Társadalmi rétegződésről szóló kiegészítő felvétel. In: Németh Zsolt (szerk.): *A 2016. évi mikrocenzus témakörei: Háttér tanulmányok a mikrocenzus programjáról és témaköreiről*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal, 44–59.
- Huszár Ákos – Záhonyi Márta (2018a): *A foglalkozási szerkezet változása és jellemzői Magyarországon*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal (megjelenés alatt)
- Huszár Ákos – Záhonyi Márta (2018b): A szubjektív mobilitás változása Magyarországon. *Demográfia*, (Megjelenés alatt)

- Jackson, Michelle – Evans, Geoffrey (2017): Rebuilding Walls: Market Transition and Social Mobility in the Post-Socialist Societies of Europe. *Sociological Science*, 4: 54–79.
- Krueger, Alan B. (2012): The Rise and Consequences of Inequality in the United States. https://web.archive.org/web/20130627072604/http://www.whitehouse.gov/sites/default/files/krueger_cap_speech_final_remarks.pdf
- Marshall, Gordon – Swift, Adam – Roberts, Stephen (1997): *Against the Odds? Social Class and Social Justice in Industrial Societies*. Oxford: Clarendon Press.
- Milanovic, Branko (2016): *Global Inequality. A New Approach for the Age of Globalization*. Cambridge: Harvard University Press.
- Ostorics László – Szalay Balázs – Szepesi Ildikó – Vadász Csaba (2016): *Pisa 2015. Összefoglaló jelentés*. Budapest: Oktatási Hivatal. https://www.oktatas.hu/pub_bin/dload/kozoktatas/nemzetkozi_meresek/pisa/PISA2015_osszefoglalo_jelentes.pdf
- Örkény Antal (1991): Félúton. Megjegyzések a társadalmi mobilitás magyarországi kutatásának elmúlt két évtizedéről. *Replika*, (1): 14–24.
- Piketty, Thomas (2015): *A tőke a 21. században*. Budapest: Kossuth Kiadó.
- Putnam, Robert D. (2015): *Our Kids. The American Dream in Crisis*. New York: Simon & Schuster.
- Rawls, John (1997): *Az igazságosság elmélete*. Budapest: Osiris
- Róbert Péter (1999): Társadalmi mobilitás és rendszerváltás. *Századvég*, (15): 73–86.
- Robert Péter (2009): Stratification and Social Mobility. In Stefan Immerfall – Therborn, Göran: *Handbook of European Societies*. New York: Springer, 499–536.
- Róbert Péter – Bukodi Erzsébet (2004): Changes in intergenerational class mobility in Hungary, 1973–2000. In Richard Breen (ed.): *Social Mobility in Europe*. Oxford: Oxford University Press, 287–315.
- Social Mobility Commission (2016): *State of the Nation 2016: Social Mobility in Great Britain*. www.gov.uk/government/publications
- Stiglitz, Joseph E. (2013): *The Price of Inequality*. New York: Penguin Books.
- Szelényi Iván (1992): *Harmadik út? Polgárosodás a vidéki Magyarországon*. Budapest: Akadémiai Kiadó.

1. melléklet – A mobilitás-vizsgálatok politikai, illetve szakpolitikai vonatkozásai

A társadalmi mobilitás hagyományos, foglalkozásalapú mutatói a legalkalmasabban nemzetközi, illetve időbeli összehasonlításokra, ezek azonban a társadalom nyitottságáról-zártságáról, illetve az esélyegyenlőség mértéknek alakulásáról csak igen korlátozott mértékben tudnak számot adni, és a szakpolitikai relevanciájuk is csekély.

Ennek egyik legfontosabb oka az *idő* dimenziója. A társadalmi mobilitás vizsgálatai valójában minden esetben történeti vizsgálatok, amelyek korábbi társadalmi folyamatok eredményeit rögzítik. A foglalkozási pozíción alapuló társadalmi mobilitást elsősorban azoknak a korosztályoknak az esetében releváns vizsgálni, amelyek már beléptek a munkaerőpiacra, illetve amelyeknek volt már idejük arra, hogy változtassanak a saját társadalmi pozíciójukon. Sőt, e vizsgálatok csak azoknak a generációknak a mobilitási esélyeiről nyújthatnak átfogó képet, amelyeknek a foglalkozási karrierje már lezárult, amelyek esetében már kisebb tere és kevesebb értelme van bármilyen szakpolitikai beavatkozásnak. Az esélyteremtő szakpolitikák éppen hogy a gyermekek, illetve a fiatalabb generációk mobilitási pályáira lehetnek hatással, és erre vonatkozóan fogalmazhatnak meg értelmes célkitűzéseket (vö. Putnam 2015).

A hagyományos foglalkozásmobilitási mérőszámok azonban nem csupán az idő dimenziója miatt mutatkoznak alkalmatlannak szakpolitikai döntések megalapozására, de tartalmi okokból is. Ezek rendszerint különbséget szoktak tenni abszolút mobilitás, illetve – a társadalmi struktúra változásának hatásait kontrolláló – relatív mobilitás között. Ez utóbbi mérőszámok azok, amelyek a társadalom különböző szintjein elhelyezkedők másokhoz viszonyított mobilitási esélyeiről tájékoztatnak, s így ezek szolgáltathatnak a legközvetlenebb módon információkat az esélyegyenlőség alakulásáról.

Az összes mobilitás túlnyomó többsége rendszerint strukturális okokra vezethető vissza, ehhez képest a relatív mobilitás mértéke mindegyik országban csekély. A mobilitási trendek érdemi befolyásolására tehát leginkább a strukturális mobilitás területén lehet esély. A strukturális mobilitásnak azonban kevés köze van az esélyegyenlőség változásához, ezt olyan gazdaságszerkezeti, illetve technológiai változások teszik lehetővé/idezik elő, amelyeknek következtében bizonyos foglalkozási csoportok mérete jelentősen csökken, míg másoké ezzel szemben számottevően megnövekszik. A strukturális mobilitás fő hajtóereje az utóbbi időszakban a mezőgazdasági szektor összehúzódása, s az ipar, majd a szolgáltató szektor bővülése volt. A strukturális (fölfelé irányuló) mobilitást eszerint olyan gazdaság-, illetve társadalompolitikák segíthetik elő, amelyek további pozíciók keletkezését segítik elő az osztályszerkezet felső szegmensében (vö. Breen 2010: 419–420; Goldthorpe: 2016:107).

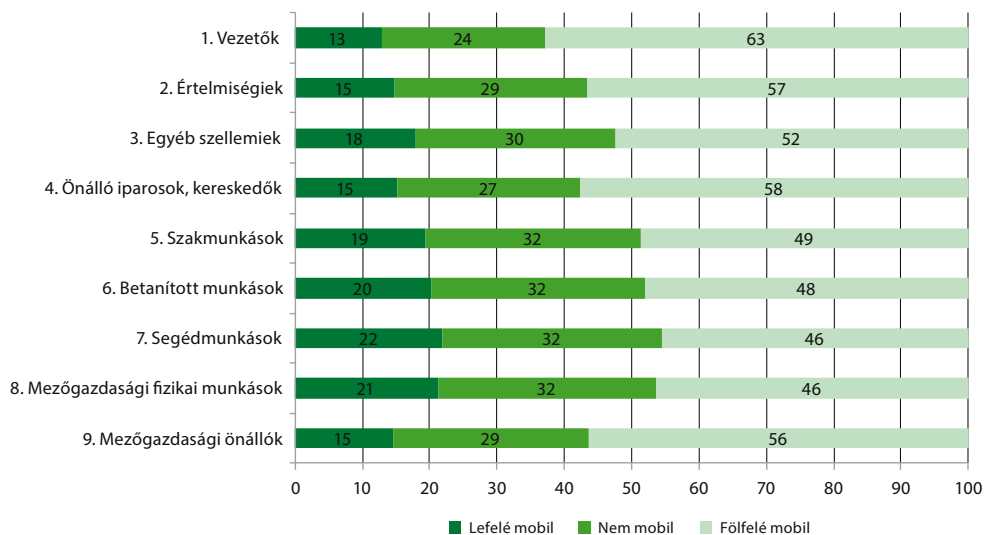
A relatív mobilitás változása tehát összességében kisebb hatással van az összes mobilitás alakulására, de ez közvetlenebbül kapcsolódik az esélyegyenlőség problémájához. Ez a kapcsolat is elég távoli azonban. Nehéz ugyanis egyértelműen elkülöníteni azoknak a különböző mechanizmusoknak a hatásait, amelyek a pozíciók közötti cseréket, illetve a társadalmi fluiditás növekedését előidézhetik. Ehhez hozzájárulhat egyfelől az, ha a társadalmi pozíció elérése kevésbé függ a származástól, sokkal inkább – a meritokratikus értékek megfelelően – az oktatási rendszerben, illetve a munkaerőpiacon elért teljesítménytől. Másfelől azonban a relatív mobilitás mértékét ugyanilyen módon növelhetik különböző társadalmi-politikai konfliktusok, rendszerváltások, illetve a politikai rendszer változásai, amelyek sokak társadalmi helyzetének változását idézik elő – nem felétlenül a teljesítményelvvel összhangban (vö. Breen 2010: 423–427, Örkény 1991).

A relatív mobilitás kapcsán lényeges továbbá, hogy Goldthorpe és kollégái kutatásai alapján a társadalmi fluiditás évtizedes távlatokban nagyfokú stabilitást mutat Nagy-Britanniában, ennek alakulására trend nélküli fluktuáció jellemző, vagyis nem állapíthatók meg egyértelmű pozitív, vagy negatív változások. Ezek az eredmények Goldthorpe szerint a brit oktatási expanzió, illetve az oktatási reformok tükrében különösen érdekesek, s arra utalnak, hogy a társadalmi mobilitás elősegítésére az oktatáspolitikai eszközei csupán erősen korlátozott mértékben alkalmasak. Goldthorpe – Atkinsonhoz (2017), illetve Putnamhoz (2015) hasonlóan – úgy véli, hogy a társadalmi mobilitás, illetve az esélyegyenlőség kapcsán az alapvető problémát az erőforrások, illetve a kiinduló feltételek tekintetében megmutatkozó egyenlőtlenségek képezik (nem pedig az, hogy az oktatási rendszer nem képes semlegesíteni ezeket). Az esélyegyenlőség elősegítésére e szerint olyan szakpolitikák lehetnek alkalmasak, amelyek a kiinduló feltételek egyenlőtlenségének mérséklését célozzák (Goldthorpe 2013, 2016). Ahogy Anthony B. Atkinson fogalmaz:

„Akimenetek terén a mai nemzedék esetében fennálló egyenlőtlenségek jelentik a jövő nemzedék által élvezett tisztességtelen előnyök forrását. Ha fontosnak tartjuk az egyenlőséget a holnap lehetőségei terén, akkor foglalkoznunk kell a kimenetek terén ma fennálló egyenlőtlenségekkel” (Atkinson 2017: 11).

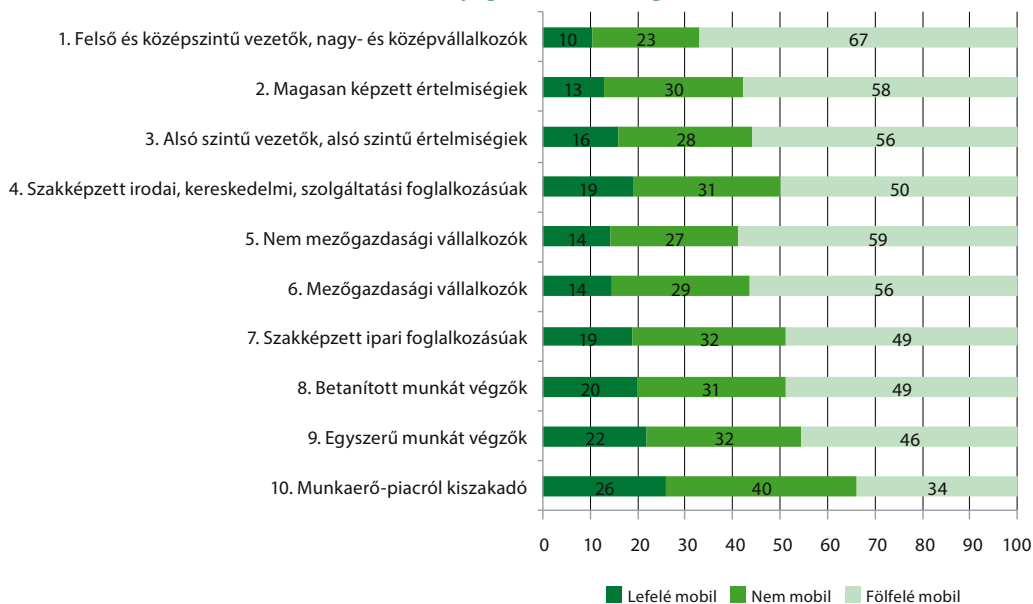
2. melléklet – Szubjektív mobilitás különböző foglalkozási sémák szerint

Munkajelleg-csoportosítás



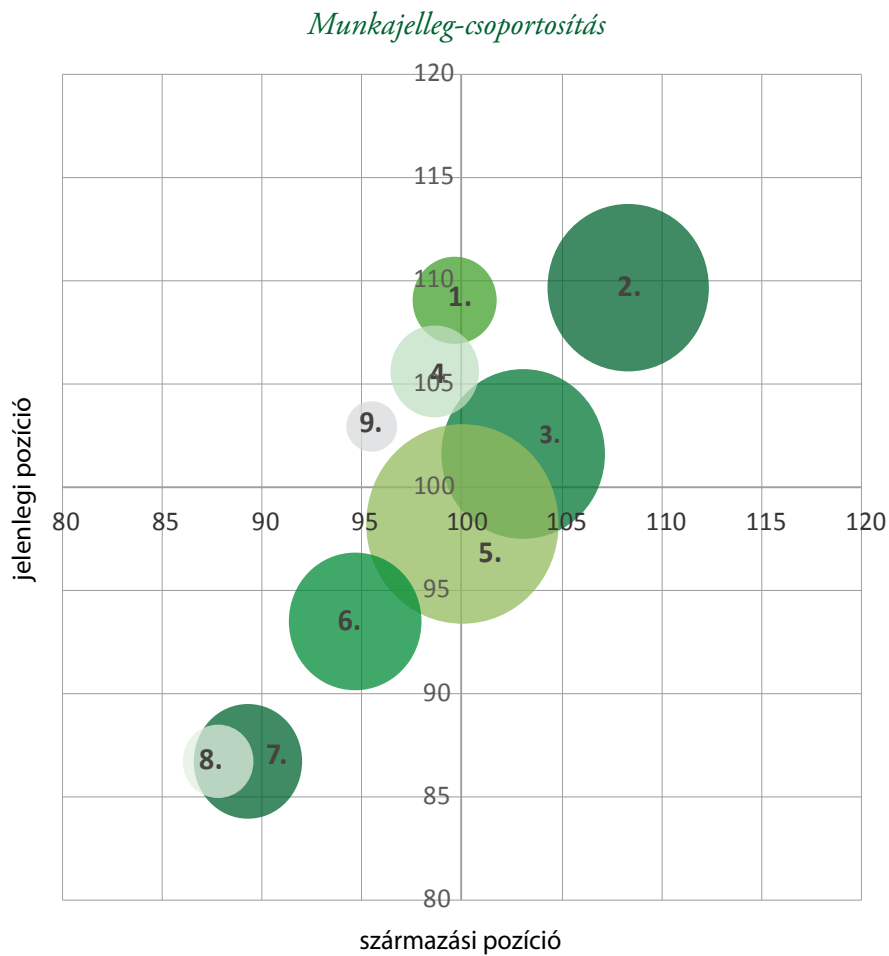
Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

Társadalmi-foglalkozási rétegséma



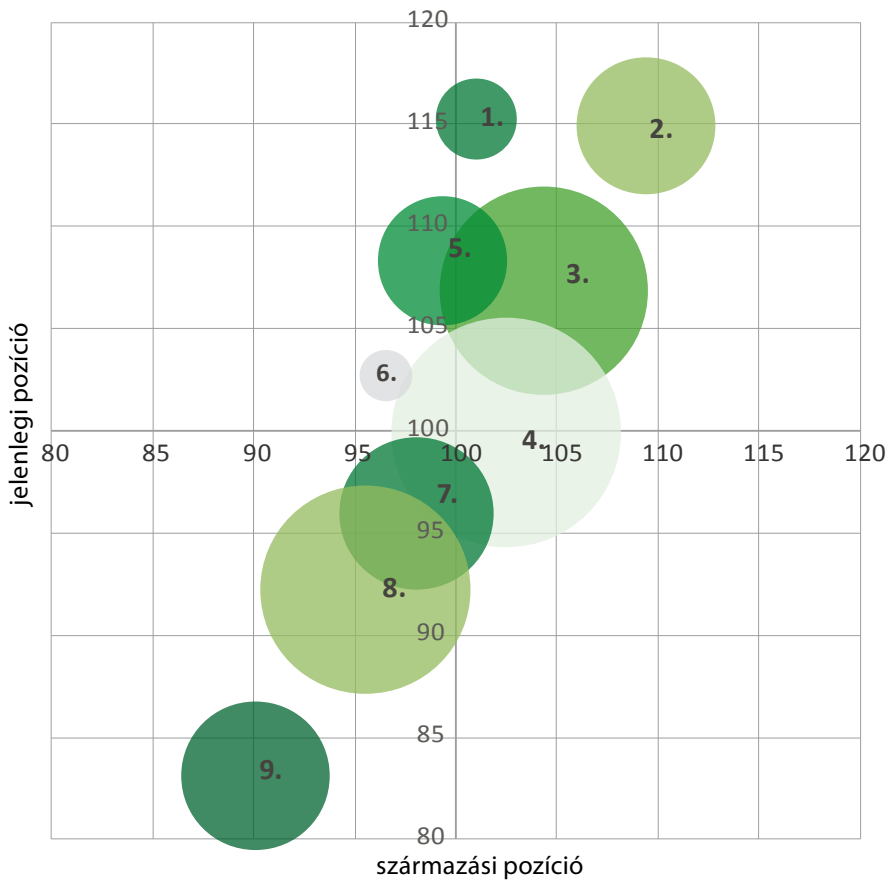
Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

3. melléklet – A szubjektív társadalmi helyzet változása különböző foglalkozási sémák szerint



Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

Társadalmi-foglalkozási rétegséma



Forrás: Mikrocenzus 2016, Társadalmi rétegződés kiegészítő felvétel alapján saját számítás

KELLER JUDIT

AZ ESÉLYKIEGYENLÍTÉS EGYENLŐTLEN FELTÉTELEI: A KORAGYEREEKKORI SZOLGÁLTATÁSOK INTÉZMÉNYI ASZIMMETRIÁI^{*,**}

A tanulmány a koragyerekkori jóléti szolgáltatások két formájának, a bölcsődének és a Biztos Kezdet Gyerekháznak az intézményi egyenlőtlenségeit vizsgálja abból a szempontból, hogy azok miként befolyásolják a hátrányos helyzetű gyerekek hozzáférését jó minőségű esélyteremtő koragyerekkori szolgáltatásokhoz. A dolgozat fő megállapítása, hogy a jó minőségű, esélyt javító szolgáltatásokhoz való hozzáférés korlátja nemcsak a bölcsődei ellátás területi és mennyiségi egyenlőtlenségei, illetve foglalkoztatáshoz kötött jogosultsági kritériuma, hanem a gyerekjóléti intézményrendszer azon strukturális egyenlőtlenségei is, amelyek az aránytalan forrás- és feladatmegoszlásból származó kapacitásbeli egyenlőtlenségekben, valamint a színvonalas szolgáltatás feltételeit biztosító intézményi környezet gyengeségében öltenek testet.

Bevezetés

Tanulmányom célja a koragyerekkori jóléti szolgáltatások, a bölcsőde és a Biztos Kezdet Gyerekházak intézményi egyenlőtlenségeinek feltárása. Fő megállapítása, hogy a hátrányos helyzetű gyerekek jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáférését gátolják a gyerekjóléti intézményrendszer egyenlőtlenségfeltételei, amelynek eredményeként a bölcsődék és a Biztos Kezdet Gyerekházak nem képesek teljesíteni azt az integrációs célt, amelyet a szakpolitika és a szakmai diskurzus elvár tőlük.

Az elmúlt évtizedek nemzetközi tudományos és szakpolitikai diskurzusa alapján a bölcsődét és a Biztos Kezdet Gyerekházakat olyan közjavaknak tekintem, amelyek a kisgyerekek képességeinek kiterjesztésén és megerősítésén keresztül nemcsak az egyéni jólét eszközei, hanem a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségeket minimalizálni képes állam építőkövei is (Sen 1999, Evans–Huber–Stephens

* A tanulmány alapjául szolgáló kutatást az NKFIH támogatta (PD 12659).

** Köszönöm Scheer Évának és Szücs Viktóriának a tanulmány megírásához nyújtott támogatást.

2017, Evans – Heller 2015). Mivel a gyerekek nem választhatják meg, hogy melyik családba szülessenek, a különböző státuszú családokból érkező gyerekek életéselyeinek méltányos kiegyenlítése közösségi felelősség, amelyet az állam közpolitikai intézményrendszerén keresztül szabályoz (Palme 2006, Biggeri – Karkara 2014). A közpolitikai intézményszerkezet formális és informális szabályai korlátozhatják egyes szereplők cselekvési lehetőségeit a közjavakhoz való hozzáférésben, míg mások kapacitásait kiteljesíthetik. Ebben az értelemben a hátrányos helyzetű gyerekek hozzáférése az esélykiegyenlítő szolgáltatásokhoz, mint például a koragyerekkori képességgondozás – az állami által kialakított intézményi feltételek függvénye.

A koragyerekkori képességgondozásért felelős intézményrendszer egyenlőtlenségeként határozom meg az erőforrások és kötelezettségek arányában mérhető feltételek aszimmetriáit, valamint az intézményi környezet gyengeségét, inkoherenciáit. Az egyenlőtlenségeket tehát nem mennyiségi elosztás alapján („ki kap többet”) értelmezem, hanem a minőségi szolgáltatás kialakítását elősegítő feladat- és forrásallokáció, illetve az így létrehozott kapacitások arányában. A koragyerekkori képességgondozást végző intézmények közül a tanulmány az állam által rendelkezésre bocsátott forrásokból – többnyire önkormányzati fenntartásban – működtetett bölcsődék, mini-bölcsődék és Biztos Kezdet Gyerekházak működési feltételeit vizsgálja. Ugyan eltérő arányban, de mindhárom intézménytípus esetében találunk alternatív fenntartói háttérrel – jellemzően alapítványi, egyházi – rendelkezőt is, mégis ezeknek az intézményeknek a működésében az állami szerepvállalás a meghatározó. Ezzel szemben a családi bölcsőde és a munkahelyi bölcsőde szolgáltatásként vehető igénybe, előbbi fenntartói 70 százalékban civil szervezetek vagy nonprofit gazdasági szervezetek, utóbbi esetében pedig társas vállalkozás, valamint központi költségvetési intézmény. A tanulmány így nem vizsgálja a családi bölcsődék és munkahelyi bölcsődék működési viszonyait, hiszen alapvetően a koragyerekkori ellátások esélykiegyenlítő működési feltételeinek elemzésére fókuszál. Ez a megközelítés indokolja a Biztos Kezdet Gyerekházak alacsonyküszöbű szolgáltatásaihoz való hozzáférés vizsgálatát, hiszen a gyerekházak eredeti célja a koragyerekkori intézményekkel korlátozottan rendelkező, hátrányos helyzetű terekben élő kisgyermeknek fejlődésének elősegítése, a szülői kompetenciák megerősítése.

A következőkben hátrányos helyzetű családok jó minőségű koragyerekkori szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek intézményi korlátait és lehetőségeit igyekszem feltérképezni a bölcsődehálózat és a Biztos Kezdet Gyerekházak intézményi szerkezetének elemzésével. Mivel a hátrányos helyzetű családok erős térbeli koncentrációja figyelhető meg az észak-magyarországi, észak-alföldi és dél-dunántúli régiókban, és ezen belül is a kisebb településeken (Farkas 2015, Kovács 2006), a tanulmány alapjául szolgáló kutatás ezek metszéspontjában igyekezett olyan településeken vizsgálgódn, ahol a bölcsődehálózat és a Biztos Kezdet Gyerekházak, vagy mindkettő elvileg elérhető szolgáltatásként vannak jelen. Az elemzést a legkiterjedtebb gyerekházhálózattal, de legkevesebb bölcsődével rendelkező észak-

magyarországi és észak-alföldi régiók négy kisvárosi és két falusi terepén gyűjtött empirikus tapasztalatok¹ alapján végzem.

1. táblázat: A vizsgált koragyerekkori szolgáltatások regionális megoszlása, 2017

	Bölcsőde	Mini-bölcsőde	Biztos Kezdet Gyerekház
Területi egység	Összesen: 754	Összesen: 50	Összesen: 112
Közép-Magyarország	253	8	7
Közép-Dunántúl	79	–	3
Nyugat-Dunántúl	75	5	–
Dél-Dunántúl	54	7	12
Észak-Magyarország	63	16	43
Észak-Alföld	115	8	34
Dél-Alföld	115	6	13

Forrás: KSH Statisztikai Tükör, 2017, saját adatok

A településeket méretük, földrajzi elhelyezkedésük, társadalmi és intézményi adottságaik alapján választottam ki. Mivel a Budapesten kívül működő klasszikus bölcsődék nagy része az öt- és kilencezres, illetve tíz- és húszezres lélekszámú településeken található, ebből a körből választottam két-két jellemzően periférikus adottságokkal rendelkező településpárt, ahol hosszabb ideje működik a bölcsőde mellett Biztos Kezdet Gyerekház is. Ezzel a két intézménytípus egymáshoz való viszonya is elemezhetővé vált. A falusi terepek – amelyek a legkisebb 500 fő alatti, illetve ennél nagyobb, 1000 fős települési körből kerültek ki – beemelését a kutatásba egyrészt a közelmúltban a bölcsődei intézményrendszerben végbement változások, másrészt pedig a Biztos Kezdet Gyerekházak e településkörben való hangsúlyos jelenléte indokolta (2. táblázat).

Hipotézisem szerint az intézményrendszer indirekt módon korlátozza a kistelepüléseken élő hátrányos helyzetű gyerekek/családok hozzáférését jó minőségű koragyerekkori szolgáltatásokhoz gyenge intézményi környezetével, valamint azáltal, hogy a jellemzően városi terekben működő klasszikus bölcsődéhez viszonyítva, aránytalanul kevesebb pénzügyi- és humán erőforrást biztosít a kistelepülési mini-bölcsődék és Biztos Kezdet Gyerekházak számára.

¹ Az NKFIH által finanszírozott kutatás (PD 12659) során közel 40 félig-strukturált interjú készítem a helyi gyermekjóléti intézményrendszer képviselőivel – védőnőkkel, óvodavezetőkkel, bölcsődevezetőkkel, Biztos Kezdet Gyerekház vezető munkatársaival, a család- és gyermekjóléti szolgálatok, illetve a pedagógiai szakszolgálatok munkatársaival. Továbbá 13 szakértői interjú is készült az Emberi Erőforrások Minisztériuma, valamint a Szociális Főigazgatóság munkatársaival, a bölcsődei gondozást végző személyek képviselőletét ellátó szervezetek vezetőivel, a Magyar Máltai Szeretetszolgálat képviselőivel, valamint a magyar bölcsődehálózat működését és intézménytörténetét is jól ismerő szakmai vezetővel.

2. táblázat: A vizsgált koragyerekkori szolgáltatások településméret szerinti megoszlása, 2017

Népességnagyság	Bölcsőde	Mini-bölcsőde	Biztos Kezdet Gyerekház
	Összesen: 754	Összesen: 50	Összesen: 113
–499	3	1	15
500–999	5	2	19
1000–1999	33	5	23
2000–4999	132	16	28
5000–9999	91	7	16
10 000–19 999	104	5	5
20 000–49 999	81	2	3
50 000–99 999	57	2	1
100 000–	83	10	1
Budapest	165	–	2

Forrás: Népszámlálás 2011, illetve saját adatok KSH, TEIR alapján

Az erőforrások és kötelezettségek aránytalanságaiból adódó intézményi egyenlőtlenlégek a koragyerekkori képességgondozáshoz szükséges színvonalas, jó minőségű szolgáltatások megvalósítását pont azokban az intézményi terekben veszélyeztetik, ahol a legnagyobb szükség lenne rájuk. Mivel kistélepléseken nagyobb arányban élnek rossz szociális körülmények között családok és hátrányos helyzetű gyermekek, akiknek fejlődési lemaradásai és szocializációs hátrányuk jelentős, szakmailag indokolt lenne a személyi és tárgyi feltételek magas színvonalat megkövetelő szabályozása, hogy hátrányaik, optimális személyi és tárgyi feltételek biztosítása mellett ledolgozhatók legyenek. Az elemzés ezzel arra – a gyermekjóléti intézményrendszer alapelvei és annak megvalósíthatósága közötti ellentmondásra – igyekszik reflektálni, amely a kora- és kisgyermekkorai ellátásokon belül, az eltérő funkciókkal rendelkező, de azonos korosztályt ellátó bölcsődéket és gyerekházakat olyan komplementer szolgáltatásokként fogja fel, amelyek lépcsőzetesen egymásra épülve készíthetnék fel a gyerekeket az óvodára²; mindazonáltal nem biztosít méltányos feltételeket a két intézmény számára a jó minőségű korai képességgondozás megvalósítására.

² A törekvés, hogy a Biztos Kezdet Gyerekházak a koragyerekkori szocializáció első terei legyenek azelőtt, hogy a kisgyermek intézményes nevelésben részesülne, kezdettől fogva jelen van a Biztos Kezdet Program alapelvei között. Az intézményi nevelés első helyszíne ma is sok településen az óvoda, ám a bölcsődehálózat fejlesztésével az az elképzelés is teret nyert a szakpolitikában (Izd. Balás et al., 2016, illetve szakértői interjúk alapján), hogy a bölcsőde legyen az intézményi nevelés első tere, a gyerekház csecsemőkorai szocializációs szokatatási időszakát követően, és a 3 éves kortól kötelező óvodai felkészítést megelőzően. Így a gyerekház és a bölcsőde nyújtotta szolgáltatások lépcsőzetesen (0-2 év, illetve 2-3 év) egymásba épülve készíthetnek fel a gyerekeket az óvodára.

Elemzési keret

A jóléti állam társadalmi egyenlőtlenségekre gyakorolt hatásait vizsgáló, második generációs nemzetközi szakirodalom szerint az újraelosztási modellek kvantitatív jellemzőin túl, az intézményszerkezet kvalitatív tulajdonságai is meghatározó szerepet játszanak a szegénység csökkentését, az esélyek kiegyenlítését lehetővé tevő intézményi struktúrák kialakításában (Esping–Andersen 2015, Palme 2006). A közjavakhoz való hozzáférés egyenlő esélyeinek alapfeltétele egy, a különböző társadalmi csoportok eltérő értékei és érdekei összehangolására épülő közpolitikai intézményrendszer, amely képes heterogén érdekeket úgy megjeleníteni az állam különböző szintjein, hogy azok egyike sem dominál a másik felett (Bruszt 2002). Ezen ideáltipikus intézményszerkezettől eltérő modellek, a társadalmi erőviszonyokat leképezve, korlátozhatják egyes szereplők cselekvési lehetőségeit a közjavakhoz való hozzáférésben, míg mások kapacitásait kiteljesíthetik. Az így kialakuló aszimmetrikus intézményi feltételek direkt és indirekt módon befolyásolhatják a különböző szereplők hozzáféréseinek lehetőségeit forrásokhoz, eszközökhöz és szolgáltatásokhoz (Heyman 2004, Knight–Farrell 2003, Lukes 2005, Scott 2001).

Direkt módon befolyásolja a szereplők közjavakhoz való hozzáférést az, amikor az intézményrendszer egyes szereplőket korlátoz források megszerzésében.³ A közvetett befolyásolás egyik módja, amikor az intézményrendszer egyes szereplők hozzáférést úgy könnyíti meg, hogy közben nem korlátozza másokét, viszont utóbbi csoport forrásszerző lehetőségeit nem emeli meg ugyanolyan mértékben (Heyman 2004, Knight–Farrell 2003, Lukes 2005, Scott 2001, Esping–Andersen 2015, Korpi–Palme 2004, Palme 2006, Ferrarini 2006). Szintén közvetett módon befolyásolja a közjavakhoz való hozzáférés lehetőségeit a gyenge intézményi környezet, amely a jogszabályok végrehajtásáról, a jogérvényesítésről, az intézmények tartósságáról és koherenciájáról szól. Az intézményi változások inkoherenciája alááshatja az intézmények hitelességét, gyengítheti a jogérvényesítést és elbizonytalaníthatja a szereplőket az egymástól elvárható legitim, illetve szankcionálható cselekvések tekintetében (Levitsky–Murrillo 2014). Az eredmény: színvonalában gyengébb, rossz minőségű közpolitikák és kapcsolódó szolgáltatások (Spiller and Tommasi 2007, Levitsky and Murrillo 2014).

Az esélyek kiegyenlítésének intézményi logikája sokáig csak a közoktatási rendszert tekintette a hátránykompenzálás és társadalmi mobilitás alapvető eszközének (Esping–Andersen 2015). Az ezredforduló óta végzett tudományos kutatások azonban arra hívták fel a figyelmet, hogy a családi háttér még a kifejezetten az egyenlőségre törekvő oktatáspolitikai reformok pozitív hatásait is elnyomja (Esping–Andersen 2015). Mire a gyerekek a „közoktatásba érnek”, tanulási ké-

³ A hazai családpolitikai intézményrendszeren belül ilyenek például a Szikra (2017) által feldolgozott pénzügyi elosztási mechanizmusok, amelyek a támogatásokat jogosultságok mentén célzottan biztosítják a társadalmi csoportok számára; jogosultság hiányában a szereplők nem részesülhetnek támogatásban (pl. GYED).

pességeik, szociális készségeik között olyan mértékű különbségek vannak, amelyet még a magas pedagógia értékkel bíró, felkészült iskolák sem tudnak „összefésülni” (Esping–Andersen 2015, Heckmann 2003). Mindez az iskolát megelőző kora- és kisgyermekkor döntő jelentőségére hívja fel a figyelmet az iskolai végzettség és az életesélyek alakulása tekintetében (Esping–Andersen, 2015, Heckmann 2000). James Heckmann „*a tanulás tanulást szül*” (learning begets learning) modellje (2000) szerint a születést követő első évek körülményeinek döntő szerepe van a későbbi tanulási kapacitások kialakulásában. Mivel a gyerekek nem választhatják meg, hogy melyik családba szülessenek, a különböző státuszú családokból érkező gyerekek életesélyeinek méltányos kiegyenlítése közösségi felelősségként, közjavak felhasználásával történhet (Palme 2006, Biggeri–Karkara 2014). Az egészségügyi, szociális és oktatási programok, illetve ezeken belül a kora- és kisgyerekkori szolgáltatások, a kisgyerekek jólétének alapját, készségeik és képességeik kibontakoztatását, és egyéni törekvéseik, potenciáljuk megerősítését teszik lehetővé (Sen1999, Evans–Huber–Stephens 2017, Evans–Heller 2015).

A hazai esélykiegyenlítési és gyermekjóléti intézményrendszer elvi alapjait tartalmazó dokumentum, a Nemzeti Társadalmi Fejlesztési Stratégia a korai képességgondozás jelentőségét az iskolai pályafutás és társadalmi integráció szempontjából tartja fontosnak.⁴ Az elmúlt évtizedek számos közpolitikai intézkedése – a bölcsődei ellátottság javítása, a Biztos Kezdet Házak központi költségvetési finanszírozása, az óvodáztatás kiterjesztése – is ennek az átfogó célnak a jegyében fogant. A koragyerekkori szolgáltatásfejlesztéssel kapcsolatban a fejlesztési dokumentumokban megfogalmazott célok és a megvalósítás között ugyanakkor óriási szakadék tátong (Albert 2013, Civil Jelentés 2012–13, Ferge 2014, Darvas–Szikra 2017, Farkas 2015 stb.). Ferge szerint az elmúlt másfél évtized szociálpolitikai jogszabályai összességében esetlegesek és ellentmondásosak voltak; az esélynövelés közpolitikai céljai nem álltak összhangban az intézményrendszer által kialakított feltételekkel (2017). Míg az NTFS sorai „kicsattannak a társadalmi egyenlőtlen ségek csökkentését célzó szólalomoktól” (Ferge, 2014, 2017), addig az állami közpolitikai intézményrendszer a jóléti juttatásokat korlátozó intézkedések sorozatát valósította meg, miközben az intézményi háttérből hiányoznak a társadalmi befogadást támogató jogszabályi feltételek (Ferge 2014, Albert 2013).⁵

A sokszor hektikus intézményi változások végeredményüket tekintve nem az esélyek kiegyenlítését érték el, hanem továbbra is egy társadalmilag megosztó,

⁴ „A korai képességgondozásra, a koragyerekkori (három éven aluli) gondozásra, nevelésre kiemelt figyelmet kell fordítani. Számos hazai és külföldi vizsgálat bizonyítja, hogy az iskolai pályafutás későbbi (középsiskolai) szakaszaiban tapasztalható elmaradás elsősorban a kora gyermekkorai feltételekkel, körülményekkel magyarázható. A korai életkorban tett befektetések megtérüléséhez képest a későbbi, illetve kiegyenlítő célú beavatkozások jóval kevésbé hatékonyak” (NTFS: 65).

⁵ Többek között az álláskeresési járadék jogosultsági kritériumainak szigorítását, folyósításának három hónapra csökkentését, a foglalkoztatás helyettesítő támogatás csökkentését, a közmunka büntető jellegét, a családi támogatások feltételeinek szigorítását és reálérték csökkenését említik leggyakrabban (Albert 2013, Szikra 2014)

kevésé összehangolt és alacsony színvonalú rendszert hoztak létre (Darvas–Szikra 2017). A kétcSATornás magyar szociálpolitikai modellben az intézményi utak az újraelosztási jogosultságok mentén válnak szét (Szalai 2007). A kettősség a hátrányos helyzetű családok fontos bevételi forrásait – folyamatos értékvesztésével együtt – a családi pótlék és a GYES, illetve a rendszeres gyermekvédelmi kedvezmény⁶ jelenti, míg a másik oldalon a társadalmi járulékbefizetés alapján biztosított és így elsősorban a rendszeres jövedelemmel rendelkező középosztály által használt adókedvezményekkel, illetve GYED, GYED-extra ellátásokkal írható le (Darvas–Szikra 2017, Albert, 2013)⁷. E kétcSATornás modellben erős a területi hatás; az alacsony társadalmi státuszú népesség jellemzően kistelepüléseken, aprófalvakban él, amelyekben a cigány népesség erősen felülreprezentált (Kovács–Bihari 2006, Koós 2014, Virág 2009).

A hátrányos helyzetű családok által használt családtámogatási formák 2008 óta tartó sodródó inflálódása és a középosztálynak direkt ösztönzőkkel kedvező pénzügyi elosztási rendszer által kijelölt kétcSATornás intézményi utak a legkisebbek számára nyújtott koragyerekkori szolgáltatásoknál is tetten érhetők. Egyrészt, a hátrányos helyzetű térségek kistelepülésein, ahol a hátrányos helyzetű gyerekek számát tekintve legnagyobb szükség lenne jó minőségű szolgáltatásokra, ott tapasztalunk évtizedek óta súlyos mennyiségi hiányokat a szociális, oktatási és egészségügyi alapellátásban: a bölcsődei és óvodai férőhelyek, szociális munka, védőnői és gyermekorvosi ellátás tekintetében (Farkas 2015, Virág 2009, Uzzoli-Szilágyi 2013, Velkey 2013). A települési lejtő az önkormányzati forráslehetőségek beszűkülésében is tetten érhető; jellemző, hogy a feladatalapú finanszírozás sem ad választ az alulfinszírozottság problémájára a funkcióikból legtöbbet veszített kistelepüléseken, ahol ebből adódóan nehéz fenntartani és garantálni az alapellátási szolgáltatások magas színvonalát.

⁶ Az RGYK jogosultsági jövedelemhatára és összege 2009 óta nem változott: a nyugdíjminimum 130 százaléka (37 050 Ft), egyszülős, tartósan beteg vagy fogyatékos gyereket nevelő családok esetében 140 százaléka, azaz 39 900 forint. Az RGYK-hoz kapcsolódó pénzbeli ellátás mértéke évente kétszer 5800 forint, amely 2012 óta csak Erzsébet-utalványban nyújtható. A GYES és a családi pótlék összege 2008 óta nem változott. A családi pótlék összege, a gyermekek számától, egészségi állapotától és a szülő/gondviselő családi állapotától függően 12.000 Ft-tól 25 900 Ft-ig terjed. A GYES az öregségi nyugdíj mindenkori legkisebb összegével azonos, azaz 28 500 Ft, amelyből a nyugdíjjárulék levonását követően 25 650 Ft marad.

⁷ Lásd szintén: Kettészakadt a magyar családpolitika: a tehetősebbekre öntik a pénzt, a szegényebbeket egyre inkább magukra hagyják, Horváth Bence interjúja, 2017. december 4. <https://tldr.444.hu/2017/12/04/ketteszakadt-a-magyar-csaladpolitika-a-tehetosebbekre-ontik-a-penz-t-a-szegenyebbet-egyre-inkabb-magukra-hagyjak>

Intézményi pályák és működési feltételek

A bölcsődék és a Biztos Kezdet Gyerekházak között többnyire intézményi pályák és szolgáltatási formáik eltéréseit szokták hangsúlyozni (Kánnai 2017, Darvas–Szikra 2017). E tekintetben a gyerekjóléti alapellátásként működő bölcsőde napközbeni ellátást nyújtó szolgáltatásforma, amelyet önkéntes alapon, a szülő kezdeményezésére, vagy a jelzőrendszeri tagoktól érkező veszélyeztetettségre utaló állapotok, vagy gyámhatóság által kezdeményezett védelemben vétel esetén kezdeményezhetnek az említett intézmények. A szintén gyerekjóléti alapellátásként működő, de külön szabályozási fejezettel rendelkező Biztos Kezdet Gyerekházak célja a szocializáció korai megerősítése a kisgyermek intézményes nevelését megelőzően, olyan szolgáltatások biztosításával, amelyhez az alapellátási intézményrendszer területi egyenlőtlenségei miatt egyébként nem jutnának hozzá a hátrányos helyzetű gyermekek. A jogosultsági feltételek mentén hozzáférhető bölcsődei ellátással szemben, a Biztos Kezdet Gyerekház alacsony küszöbű szolgáltatási forma, azaz igénybevétele nem függ előzetes feltételektől, hivatali eljárásrendektől.

Intézményi pályáivuk időtávtalban és területi eloszlás tekintetében is eltérő. A bölcsődék közel 160 éves története, a játékra alapozott kisgyermeknevelés és gondozás egységben való kezelésére épülő bölcsődei módszertan 50 éves múltja stabil alapokat teremt a korai képességgondozás megvalósításában. A korábban is jellemzően városi szolgáltatásként működő bölcsődei ellátásban a rendszerváltást követően súlyos területi és társadalmi egyenlőtlenségek jelentkeztek, amelyek hatása a mai napig érezhető (Blaskó–Gábos 2012; Velkey 2013, Darvas–Szikra 2017). A korábbi szabályozás egyrészt csak a 10 000 főnél nagyobb népességgel rendelkező településeket kötelezte bölcsőde fenntartására, az óvodainál magasabb költségigényű bölcsőde fenntartása pedig nem ösztönözte a kisebb településeket intézménylétesítésre (Velkey 2013). Még 2015-ben is a korosztály 23 százaléka számára nem volt hozzáférhető a napközbeni ellátás semmilyen formája helyben, a legrosszabb helyzetben lévő területek továbbra is Nógrád, BAZ, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Jász-Nagykun-Szolnok megyék voltak (KSH Statisztikai Tükör 2016, 2018, Darvas–Szikra 2017). A területi és társadalmi egyenlőtlenségek összefüggtek egymással: a hátrányos helyzetű gyerekek azért nem jutottak hozzá a szolgáltatáshoz, mert szülei/édesanyjuk nem dolgozott, és/vagy olyan településen éltek, ahol nem állt rendelkezésre bölcsődei szolgáltatás (Blaskó–Gábos 2012).

Ez részben annak a gyenge intézményi szabályozásnak volt köszönhető, amely inkoherens módon rögzítette és rögzíti ma is a bölcsődei szolgáltatásra való jogosultsági feltételeket. Bölcsődei ellátást elsősorban olyan kisgyermek számára kell biztosítani, akiknek szülei napközben dolgoznak vagy munkaerőpiaci részvételt elősegítő programban, illetve nappali rendszerű iskolai oktatásban, képzésen vesznek részt. A jogszabály általános rendelkezései azt is rögzítik, hogy bölcsődei ellátást *különösen* azoknak a kisgyerekeknek kell biztosítani, „*akinek fejlődése érdekében állandó napközbeni ellátásra van szüksége*”, mert szülei szociális helyze-

tük, vagy egészségi állapotuk miatt nem tudnak az ellátásáról gondoskodni (41. § (2) bek.). Az általános rendelkezésekkel ellentétes alapelveket rögzít a bölcsődei ellátást szabályozó rész, amely szerint a bölcsődei felvételnél előnyben részesül az a gyermek, akinek szülei munkaviszonyban, vagy munkavégzésre irányuló jogviszonnyal rendelkeznek ÉS rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülnek, vagy egyedülállók, három vagy több gyermeket nevelnek. A gyermekjóléti vonatkozású, illetve foglalkoztatáshoz kötött szabályozási részek közötti inkohereciát tehát azzal oldotta fel a jogalkotó, hogy a bölcsődei felvételnél a munkavállaló szülők közötti prioritizálás alapelvét rögzíti: közülük részesíti előnyben a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülőket, egyedülállókat, vagy nagycsaládosokat (43/A §). Az általános rendelkezések tisztán gyermekjóléti és gyermekvédelmi alapelve a gyámhatóság által védelembe vett gyermekek előnyben részesítésénél jelenik meg újra, amely külön kategóriaként, a munkaviszonyhoz kötött jogosultságok után kerül említésre. A jogszabályban formálisan rögzített gyermekvédelmi elv ellenére a statisztikai adatok azt mutatják, hogy a gyerekek döntően szülei munkaviszony jogosultsága alapján nyernek felvételt a bölcsődébe.

3. táblázat: Bölcsődei felvétel indoklása

	Felvételt nyert gyerekek száma
Felvételt nyert gyerekek összesen	29 050
Felvételt a szülő hozzájárulásával jelzőrendszer tagja vagy gyámhatóság kezdeményezte	1 161
A szülő munkaképtelensége miatt felvételt nyert	70
Felvételt nyert, mert a gondviselő szülő egyedülálló	3 496
Felvételt nyert, mert a gondviselő szülő a beiratkozáskor rendelkezett igazolható munkahellyel	24 798

Forrás: KSH, Bölcsődei kérdőív 2017

A gyermekjóléti és gyermekvédelmi alapelv érvényesülésének hiányáról adnak számot azok az adatok, amelyek szerint a bölcsődébe járó gyerekek elenyésző része nyer felvételt a jelzőrendszer vagy gyámhatóság kezdeményezésére, illetve azért mert szülei munkaképtelenek. Tehát a prioritásokat inkoherecián módon megfogalmazó, s garanciákat így nem biztosító intézményi háttér nehezen teszi számon kérhetővé a bölcsődei ellátásra való jogosultságok érvényesítését prekárius munkaerőpiaci helyzetben lévő családok esetében.

A bölcsődék egy évszázados intézményi történetével szemben, a Biztos Kezdet Gyerekházak mindössze 14 éve vannak jelen a hazai intézményrendszerben. A 2004-ben angol mintára, de hazai körülményekre adaptált módszertani háttérrel működő Biztos Kezdet Program komplex együttműködés alapú szemlélete eredetileg több gyermekjóléti intézménynél megjelent volna programként, az in-

tézményrendszer átfogó modernizációjának jegyében, de a program elsődleges terepét a gyerekházak jelentették (Kánnai 2017). Az elmúlt másfél évtizedben állandóan változó intézményi és finanszírozási környezetben⁸ működő gyerekház módszertani alapelve stabilan az volt, hogy a gyerekház

„...ne illeszkedjen be semmilyen rendszerhez, ne illeszkedjen semmilyen intézményi keretbe, mert akkor tudja csak megvalósítani a célkitűzéseit: hogy a cigányasszony a külső cigánysorról is bejöjjön...” (szakértői interjúrészet)

Két másik stabil módszertani alapelvvel – a „*kifejezett, de nem kizárólagos*” és a „*területi*” célzás – együtt a 2012-től az uniós projekteket lezáró és központi állami normatív támogatásban részesülő gyerekházak, 2013. január 1-től a Gyvt. szabályozása alá kerültek és a gyermekjóléti alapellátások egyik formájaként működhetnek. A jogszabály szerint a Biztos Kezdet Gyerekház „*elsősorban a rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülő gyermekek egészséges fejlődésének biztosítását támogató, fejlődési lemaradását kompenzáló, a szülői kompetenciákat erősítő, a szülő és az óvodába még nem járó gyermek számára együttesen nyújtott társadalmi felzárkózást segítő prevenciós szolgáltatás*” (38/A§). A „*kifejezett, de nem kizárólagos*”⁹ célzás alapelvét követve a gyerekházak a magas munkanélküliséggel és szegénységgel sújtott településeken belül nyitottak, rászorultságától függetlenül, minden 0–3 éves gyereket nevelő család számára (Szomor–László 2014, Kánnai, 2018).

A Gyermekvédelmi törvény¹⁰ általános rendelkezései és a közelmúlt gyermekjóléti intézményi változásai közelebb hozták egymáshoz a korábban eltérő települési körükből adódóan szétváló bölcsődei és gyerekházi szolgáltatásokat. Gyermekjóléti alapellátásként a bölcsődék és Biztos Kezdet Gyerekházak célja a gyerekek jólétének, családban történő nevelésének elősegítése, hátrányos helyzetű gyerek esetében „*a fejlődését hátráltató körülmények leküzdéséhez és esélyeinek növeléséhez*” kapott fokozott segítségnyújtás biztosítása (Gyvt. 6. § (1), (2) és (2a) bekezdések; 38§). A két intézménytípus célcsoportja a 2015. szeptember 1-jétől bevezetett, három éves kortól kötelező óvodáztatás eredményeként azonos: a böl-

⁸ A különböző konstrukciók követelményeiben és jogszabályi háttérében, a kiírások céljaiban, időtartamában, lebonyolításában és finanszírozási lehetőségeiben számtalan eltérés volt a ciklusok között, míg az infrastrukturális feltételek és a módszertani, szakmai alapelvek minden pályázati konstrukció esetében azonosak maradtak (Szomor–László, 2014).

⁹ Az *explicit but not exclusive* európai uniós alapelv szerint a romákra célzó programokat nem etnikai alapon kell megszervezni, hanem a velük azonos társadalmi-gazdasági helyzetben lévő csoportokra is kiterjesztve. Ezáltal a romákra fókuszáló beavatkozások nem különülnek el a tágabb közpolitikai kezdeményezések környezetétől. Ebben az értelemben nem külön felzárkózásról beszélhetünk, hanem a közpolitikai intézkedések fő csapásirányába foglalt integrációs lépésekről.

¹⁰ 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról – a továbbiakban: Gyvt.

csődék és a Biztos Kezdet Gyerekházak három év alatti kisgyermeket ellátó, önkéntesen igénybe vehető intézmények.¹¹

A két intézmény települési körének eltéréseiből adódó korábbi intézményi szétválás a 2017-ben bevezetett új bölcsődei jogszabályokkal megváltozott. A kistelepüléseken élők bölcsődei ellátásának javítására, a GYED extra várható hatásaival is számolva és a Barcelonai célkitűzések (Darvas–Szikra, 2017) kötelezettségeinek is megfelelően, 2017. január 1-jétől a 10 000 főnél kisebb települések önkormányzatai számára is kötelező feladattá vált a bölcsődei ellátás megszervezése, amennyiben öt gyermek esetében a szülők ezt az igényt jelzik, illetve ha a településen élő három éven aluli gyerekek száma meghaladja a 40 főt.¹² A kormányzat a mini-bölcsődét célszerűen 2000 főnél kisebb településekre tervezte azonos nagyságrendű állami támogatással, de – elsősorban személyi feltételek tekintetében – kevesebb szakmai elvárásnak megfelelően. A törvényalkotó szándéka szerint a közel azonos települési körben működő mini-bölcsődéből és Biztos Kezdet Gyerekházából komplementer szolgáltatások hozhatók létre, amelyek korcsoportonként lépcsőzetesen egymásba kapcsolódva, fokozatos intézményi nevelést biztosíthatnak a kisgyerekes családok számára (Balás et al., 2016; szakértői interjú alapján). A szakpolitika képviselői szerint, tehát a két intézmény kistelepüléseken is jól megférhet egymás mellett, ha a két szolgáltatást egyben biztosítja a fenntartó és fokozatosan szocializálja a hátrányos helyzetű családokat a bölcsődei, illetve óvodai napközbeni ellátásra (4. táblázat).¹³

A két intézménytípus intézményi háttere ugyanakkor nem biztosít méltányos feltételeket a korai képességgondozás megvalósítására. Az erőforrások éppen azokban az intézményi terekben válnak egyre szűkebbé, ahol a legnagyobb szükség lenne magas színvonalú szakmai munkát támogató minőségbiztosításra, pénzügyi és humán erőforrásokra. Bár a bölcsődék és a Biztos Kezdet Gyerekházak szakmai feladatait és működésük feltételeit ugyanazon 15/1998. (IV. 30.) *a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről* szóló NM rendelet szabályozza, a jogszabály eltérő erősségű intézményi szabályozással határozza meg a klasszikus és mini-bölcsődékben, valamint a gyerekházakban elvárt szakmai munka minőségi feltételeit.

¹¹ A Biztos Kezdet Gyerekházak indulásakor még az 5. életévtől kötelező óvodáztatás volt érvényben. A három éves kötelező óvodáztatás bevezetésével (2011) a gyerekházakat látogató gyerekek életkora döntően a bölcsődés korosztály lett. Ez a gyerekházakban folyó fejlesztői munkát és az étkeztetéssel kapcsolatos elvárásokat is átalakította.

¹² A klasszikus és mini-bölcsőde, mint két – önkormányzati fenntartású – bölcsődei ellátásforma mellett, munkahelyi és családi bölcsődék kialakítását is lehetővé teszi a jogszabály.

¹³ A gyerekházban eltöltött idő a hátrányos helyzetű szülőknek lehetővé teheti a későbbi foglalkoztatáshoz szükséges kompetenciák elsajátítását.

4. táblázat: A vizsgált intézménytípusok jellemzői, összefoglalás

	Bölcsőde	Mini-bölcsőde	Biztos Kezdet Gyerekház
Szolgáltatás típusa	gyermekjóléti alapelátás keretében napközbeni ellátás	gyermekjóléti alapelátás keretében napközbeni ellátás	gyermekjóléti alapelátás keretében preventív szolgáltatás
Fenntartói kör	754 intézmény kétharmada önkormányzati (2017)	50 intézmény egyharmada önkormányzati (2017)	113 intézmény 80%-a önkormányzati (2017)
Jogosultsági kör	munkaviszony, védelembe vétel, RGYK, egyedülálló szülő	munkaviszony, védelembe vétel, RGYK, egyedülálló szülő	elsősorban, de nem kizárólag hátrányos helyzetű családok
Igénybevétel	önkéntes	önkéntes	önkéntes
Korosztály	20 hetestől 3 éves korig	20 hetestől 3 éves korig	terhességtől 3 éves korig
Tartalmi szabályozás	Bölcsődei Alapprogram törvényi mellékleteként	Bölcsődei Alapprogram törvényi mellékleteként	szakmai ajánlások – nincs törvénybe ágyazódva, nehezen elérhető
Módszertan	kisgyermekgondozás, -nevelés és -fejlesztés	kisgyermekgondozás, -nevelés és -fejlesztés	kisgyermekfejlesztés szülői kompetenciafejlesztéssel, közösségfejlesztéssel
Étkeztetés	közétkeztetés, napi két hideg, egy meleg, ágazatközi szabályozás által felügyelt	közétkeztetés, napi két hideg, egy meleg, ágazatközi szabályozás által felügyelt	tízórai
Finanszírozás	feladatalapú	feladatalapú	normatív támogatás, max. évi 6,2 millió
Szakmai háttér	két kisgyermeknevelő, dajka	egy kisgyermeknevelő, dajka	egy felsőfokú gyermekház vezető, egy kisgyermeknevelő munkatárs

Az intézményi szabályozás erőssége annak függvénye, hogy az intézményrendszer koherens ágazatközi szabályokkal, formálisan is rögzítse a működés minőségi feltételeit, amelyek így több szempontból is ellenőrizhetővé, számon kérhetővé válnak. Gyenge intézményi szabályozás ugyanakkor hézagosan, vagy ellentmondásosan rögzíti csak az elvárásokat, amelyek így nehezebben, rosszabb színvonalon kérhetők számon.

A bölcsődék működésére vonatkozó általános szabályozás szigorú, ágazatközi referenciákkal rögzített egészségügyi, infrastrukturális és műszaki minőségre vonatkozó feltételeket határoz meg a bölcsődék infrastrukturális és szakmai, tartalmi színvonalára vonatkozólag. Törzsszöveggként és mellékletben szabályozza

az egy csoportszobában gondozható gyerekek számát, a gyerekek étkeztetésének szabványait, a gyerekek életkorának megfelelő és nevelést segítő eszközök és felszerelések minőségi és mennyiségi mutatókkal bővített jegyzékét (11. melléklet), valamint a különböző típusú bölcsődék személyi és képesítési követelményeit (2. melléklet). A minőségi nevelés-gondozás tartalmi szabályozásának legfontosabb eleme a *Bölcsődei nevelés-gondozás országos alapprogramja* módszertani előírásainak a rendelet 10. mellékletébe való integrációja.¹⁴ A szakmai munkára vonatkozó standardok tekintetében a jogszabály több ponton is eltérő elvárásokat fogalmaz meg az új típusú bölcsődékkel szemben. Az önkormányzati fenntartású mini-bölcsődében például a *Bölcsődei alapprogram* tartalmi szabályozása biztosítja a szakmai munka feltételeit, de a gondozó-nevelőmunkához szükséges, kötelezően elvárt tárgyak és eszközök listája, valamint a személyi feltételekre vonatkozó előírásokra vonatkozóan már kevesebb feltételnek kell teljesülnie a kistelepi intézményekben, mint a klasszikus bölcsődékben.¹⁵

A magas színvonalú szolgáltatásnyújtás intézményi feltételeit a gyerekházak esetében is gyenge formális szabályozás rögzíti. A *Bölcsődei Alapprogramtól eltérően, a Biztos Kezdet Gyerekházak működésének módszertani ismérvei – szakmai ajánlások* (2013)¹⁶ nem szerepel külön mellékletként a rendeletben; annak egyes elemeit szelektív módon rögzíti csak a jogszabály, amely indirekt szabályozási technikával mindössze hivatkozik a szakmai ajánlásokat tartalmazó módszertani dokumentumra: „A miniszter a módszertant az általa vezetett minisztérium honlapján és a Szociális Ágazati Portálon közzéteszi, valamint gondoskodik annak folyamatos frissítéséről.” Az ágazati portálon azonban ez a hivatalos módszertani dokumentum nem érhető el.¹⁷ Annak ellenére, hogy a Biztos Kezdet Gyerekházak módszertani alapprogramja részletes szakmai előírásokat tartalmaz a ház komplex alaptervekenyiségeivel és módszertani eszközeivel, a szolgáltatások személyi és tárgyi feltételeivel kapcsolatban – többek között a szükséges bútor- és eszközlista, az életkori sajátosságokat, pedagógiai és egészségügy szempontokat figyelembe vevő játékkészlet tekintetében –, az intézményi szabályozás ezeknek csak töredékét integrálta, elsősorban adminisztratív eszközként. Ilyen módon került be a jogszabályba hátrányos helyzetű gyerekek arányára, a közösségi rendezvények

¹⁴ Egyéni fejlődési napló, egészségügyi törzslap, csoportnapló vezetése, a szülőkkel való kapcsolattartás különböző formái (egyéni, üzenő füzet, családlátogatás, szülői értekezlet, szervezett programok stb.)

¹⁵ A mini-bölcsőde mentesül a közzétételére vonatkozó élelmiszerhigiénia és élelmiszerbiztonság jogszabályi kötelezettségek alól is azzal, hogy nincs meleg étkeztetés biztosítására kötelezve. A mini-bölcsőde mentesül számos a klasszikus bölcsődében kötelezően – a nevelőmunkához – előírt eszköz és bútor használatától (pl. külön asztal és szék a kisgyermeknevelőknek, stabil pelenkázóasztal, felnőtt zuhanyzó stb.).

¹⁶ A Család-, Ifjúság- és Népesedéspolitikai Intézet (NCSSZI) és az Emberi Erőforrások Minisztériuma (EMMI) gondozásában jelent meg.

¹⁷ A dokumentum a Magyar Családsegítő és Gyermekjóléti Szolgálatok Országos Egyesületének a honlapján érhető el. http://www.macsgyoe.hu/letoltesek/modszertani_utmutatok/2014-01-24/modszertani_utmutatok_-_biztos_kezdet_gyerekhazak.html. További civil szereplők által szerkesztett módszertani ajánlások a Család, Gyermek, Ifjúság Kiemelkedően Közhasznú Egyesület honlapján érhetők el <http://www.csagyi.hu/forrasmunkak/item/1050-biztos-kezdet-modszertani-kotetek>

szervezésére és a társszakmákkal való együttműködésre vonatkozó módszertani ajánlás számszerűsített adminisztratív kötelezettségként, amely nem a gyerekházakban folyó szakmai munka tartalmi szabályait, hanem a hivatali kontroll funkcióját erősíti. A gyerekházak szabályozása nem tartalmaz a gyerekházak műszaki és infrastrukturális állapotával, felszereltségével kapcsolatos elvárásokat; így például a gyerekházak térhasználatára vonatkozó előírásokat sem, amelyek a bölcsődei szabályozásban négyzetméter arányosan határozzák meg az egy szobában gondozható gyermekek számát.¹⁸

Összefoglalva elmondható, hogy a működési feltételekre vonatkozó szabályozás sajátos intézményi lejtőt képez, amely a minőségi szolgáltatásbiztosításhoz szükséges szakmai-módszertani feltételek bemeneti szabályozásának fokozatos gyengülésével jellemezhető. A bölcsődék működésének minőségbiztosítási alapjait az infrastrukturális, műszaki és higiénés állapotok standardjait illetően részletes, ágazatközi szabályozás rögzíti, de a mini-bölcsődének már kevesebb személyi és tárgyi feltételnek kell megfelelnie. A Biztos Kezdet Házak bemeneti szabályozása is gyenge elvárásokat fogalmaz meg a gyerekházak felszereltségével kapcsolatban, a ház műszaki állapotára nem vonatkoznak ágazatközi szabályok, és a minőségi munkavégzés egyes alapelemei (munkaruha, játéklista) egyáltalán nem esnek a szabályozás látókörébe. A szakmai ajánlásokat tartalmazó dokumentumot nem integrálja a jogszabály, egyes módszertani elemeket viszont adminisztratív eszközként rögzít.

Pénzügyi erőforrások

A rendelet által meghatározott feladatok és kötelezettségek teljesítésére eltérő finanszírozási modell áll a bölcsődék és gyerekházak rendelkezésére. Azonban sem a bölcsődék számára biztosított feladatalapú finanszírozás, sem pedig a gyerekházak rendelkezésére álló normatív támogatás nem biztosít megfelelő mértékű, illetve hátránykompenzálást lehetővé tevő arányos finanszírozást a jogszabályban magas színvonalon elvárt feladatok teljesítésére.

A bölcsődék esetében az 1997-től működő normatív finanszírozási modellt, 2018. januárban új feladatalapú finanszírozási modell váltotta fel. Az 1997-től a bölcsődék számára biztosított központi költségvetési normatív finanszírozás a működési költségeknek csak nagyjából a felét fedezte, s így a működte-

¹⁸ A gyerekház szabályozása egy mindössze 20 m²-es természetes fényvel megvilágított játszósobát ír elő kötelezettségként, amely önmagában is kevesebb a módszertani ajánlások által szükségesnek tartott 30m²-nél. A gyerekházak szabályozási részéből szintén hiányzik a színvonalas képességgondozást támogató pedagógiai és egészségügyi kritériumoknak megfelelően játékkészlet listája, valamint a munkaruhajuttatás és annak szempontjai.

tés költségeinek döntő részét a települési önkormányzatoknak kellett állniuk.¹⁹ Az új finanszírozási modell, a normatív és feladatfinanszírozás közti átmeneti megoldásként, nem fedezi az intézményi feladatok teljes és valós költségeit, de az intézményi feladatokra tekintettel biztosít kötött felhasználású támogatást. A bölcsődei feladatokat jogszabály szerint központilag határozzák meg. A támogatás az ellátott gyerekek számából kiindulva határozza meg a szakmai dolgozók lehetséges létszámát és finanszírozza bérüket, és az ahhoz kapcsolódó bölcsődei és szociális bérpótlékokat, valamint a személyi térítési díjból származó elvárt bevételek figyelembevételével, az üzemeltetési költségeket, beleértve a gyermekélelmezést is, működési költségeket, a foglalkoztatott szakemberek bérét és a gondozott gyermekek élelmezését.

Bár a feladatalapú finanszírozás sok tekintetben átláthatóbb költségvetést, konkrét feladatokat és hozzájuk rendelt forrásokat biztosít az önkormányzatok számára, a kötött felhasználású támogatás is a bölcsőde fenntartás összköltségének mindössze 60 százalékát fedezi, így a működtetés fajlagos költségei miatt az olyan alacsonyabb gyereklétszámmal működő intézmények, mint a mini bölcsődék, csak kiegészítő források bevonásával tarthatók fenn. A kistélepülési épületállomány rossz műszaki és infrastrukturális állapotából adódóan ezeknek az önkormányzatoknak több forrást kell karbantartásra és ellátásszervezésre is fordítaniuk.²⁰ Feltehetőleg ez is oka annak, hogy bár az önkormányzatok külön tízmillió forint támogatásra pályázhattak annak érdekében, hogy a 2018. decemberi határidőig létrehozzák saját intézményüket, a mini-bölcsődék fenntartásának terheit átgondolva, nem mutatkozik nagy kedv a kisebb települések között mini-bölcsődék létrehozására. Dacára törvényi kötelezettségüknek, ezeken a településeken minimális mértékű igény és jogosultság mutatkozik a kisgyermekek napközbeni ellátására, hiszen a nők többsége otthon gondozza 0–2 éves gyermekét. E tényezők hatására 2018. első negyedében mindössze 32 településen létesült összesen 50 mini-bölcsőde, amelyek közül csak 11 volt 2000 főnél kisebb településen (KSH 2018).

A ma működő gyerekházak európai uniós és Norvég Alap által biztosított forrásokra támaszkodva kezdték meg működésüket. A projektfinanszírozás a hároméves ciklus során 30–60 millió forint támogatást biztosított a gyerekházak számára, ami a legalacsonyabb támogatási összeggel számolva, egy évre tízmillió forint vissza nem térítendő támogatást jelentett. A jelenleg futó programciklusban, az EFOP pályázati kiírások – településméret szerint – differenciált forrásokat biztosítanak, amelyek mértéke 1000–4000 fős települések esetében 35–40

¹⁹ A finanszírozás nehézségeit különböző módszerekkel igyekezett a mindenkori kormányzat orvosolni. 2009-ben az egyre súlyosbodó helyzetet nem a források növelésével, hanem a maximálisan engedélyezett csoportlétszám növelésével próbálta javítani. 2012-ben bölcsődei térítési díjat vezetett be, amelyet kezdetben a működő bölcsődék 40 százalékban vezettek be, ám hamarosan számos települési önkormányzat visszavonta a rendelkezést, és az RGYK „gondozatlansága” miatt jóval több család mentesült a térítési díj fizetése alól, mint a valós rászorultak (Velkey 2013; Darvas–Szikra 2017).

²⁰ Köszönettel tartozom Dr. Finta Istvánnak a feladatalapú finanszírozás működésével kapcsolatos észrevételeiért.

millió forint, 1000 fő alatti településeknél pedig 40–44 millió forint. A négy évre tervezett projektciklus alatt tehát szintén tízmillió forint körüli éves költségvetési kerettel számolhatnak a gyerekházak.

Ezzel szemben a már központi állami finanszírozásban lévő gyerekházak évente mindössze 6,2 millió forint normatív támogatással gazdálkodhatnak, amelynek több mint 60 százalékát a gyerekház vezető és munkatársa bérköltségei emésztik fel (Balás et al. 16). A fennmaradó összegből a dologi kiadások legnagyobb részét a napi élelmiszerek beszerzésére fordítják, amely 2017-ben havi nagyjából 25 000 forintot biztosított a gyerekházak módszertanilag fontos és rendelettel is szabályozott napi programpontjának számító tízóraira. A módszertani ajánlások a tízóraira szendvicset, gyümölcsöt és tejterméket javasolnak, amelyet a hazai finanszírozás sem mennyiségi, sem minőségi szempontból nem támogat. A Biztos Kezdet eredeti koncepciójában a változatosan összeállított tízórai, zöldségben, gyümölcsben gazdag, tápértékben magas kell, hogy legyen, olyan, amit a hátrányos helyzetű gyerekek otthon nem tudnak megkapni. Szakértői vélemények szerint az állami finanszírozás mellett, ez egészen lekorlátozódott,

„mert jó lesz a cigánygyerekeknek a zsíros kenyér is, úgyis éhes. Igazából arról van szó.” (szakértői interjúrészlet)

Az összeg csekély mértékét beszédesen érzékeltetik gyerekházás munkatársak élményei is:

„...átlag 8 gyerekkel számolj. Akkor szerinted mit adunk enni? (...) Sajnos most élelmiszerhulladékot tudunk csak venni abból a kis pénzből. (...) Az egészséges táplálkozás nem erről szól, ahhoz nem elég havi 25 ezer forint.” (falusi interjúrészlet)

„Mi szoktunk otthonról is hozni a kertből, cukkinit, cseresznyét, egy üveg lekvárt stb. (...) Közben meg az van, hogy megjön a gyerek és rögtön az asztalhoz ül, igénylik nagyon az ételt. Éhesek, mint a farkas. És azzal akar kezdeni. Egy éhes gyerekkel meg nem kezdhettek fejleszteni.” (kisvárosi interjúrészlet)

A központi állami normatíva a gyerekházak egy másik rendeletben szabályozott módszertani feladatát, a hátrányos helyzetű családok mobilizációját is kedvezőtlenül érinti. A 2018-as rendeletmódosítás még intenzívebb mobilizációs munkát vár el a gyerekházak munkatársaitól azzal, hogy a házat látogató gyerekek feléne rendszeres gyermekvédelmi kedvezményben részesülőnek kell lennie, ezen belül, negyedének pedig hátrányos helyzetű státusszal kell rendelkeznie. Ennek ellenére, a finanszírozás mértéke a várhatóan fokozott ellátási igények ellenére nem változott.

„Ez egy ellentmondása a rendszernek, mert a cél az lenne, hogy minél több gyermeket behozzunk, de közben meg ebből a pénzből nem tudok nekik tízórait adni. (...) van egy korlátja annak, hogy hány gyermeket hozok be a házba, mert nem tudok neki mit adni.” (kisvárosi interjúrészlet)

A szűkös finanszírozás szintén negatív ösztönzőként hat a módszertani dokumentum által ajánlott és 2018-as módosítást követően jogszabály által is előírt havi egy közösségi rendezvény és két, a társszakmák meghívásával tartandó műhelybeszélgetés szervezésére. Az elvárások szerint a tágabb települési közösség számára szervezett rendezvény megszervezéséhez nem rendeltek külön forrásokat, s így a tágabb helyi közösség felé való nyitás megvalósíthatósága nehéznek tűnik:

„Mert egy rendezvény nem olcsó dolog. Meg egy 0–3 éves gyereknek nem mindegy, milyen rendezvényt csinálunk, meg nem mindegy, milyen ételleket adunk ennek a korosztálynak. Olyat nem lehet elvárni, amit magam sem tennék ki, egy kifíért nem fog ide jönni.” (kisvárosi interjúrészlet)

A rendeletből kimaradtak és ezért minőségbiztosítási szempontból nehezen érvényesíthetők a Biztos Kezdet Gyerekházak azon módszertani ajánlásai, amelyek részletesen tartalmazzák a gyerekházakban korcsoportonkénti bontásban, pedagógiaileg fontos és egészségügyi szempontból is megfelelő játékok listáját, valamint a ház helyiségeinek bútorkészletére vonatkozó jegyzéket. Ahogy erre korábbi elemzések is felhívták a figyelmet, a központi normatívából egyre kevesebb jut a gyerekházak tárgyi eszközeinek beszerzésére (Balás et al. 2016). A finanszírozás körüli gondok különösen a kistélepülési gyerekházak működését nehezítik meg, ahol az önkormányzatok szűkösebb költségvetése még kisebb hozzájárulásokat is elvárva tesz csak lehetővé. Falusi terepeken végzett kutatás során a kistélepülési gyerekházakban erősen amortizált játékokat, összefirkált, szakadt szélű könyveket, rossz minőségű, hegy nélküli ceruzákat találni, hegyező nélkül. Nem beszélve az igényesebb fejlesztő eszközökről, illetve játékokról, amelyek a periférikus földrajzi adottságokkal rendelkező kisvárosok gyerekházaiból hiányoznak. A közvetlen kertkapcsolattal rendelkező gyerekházak udvarai szegényesebbek a városi bölcsőde udvaránál: kültéri játékok – kismotor, árnyékolóval ellátott homokozó, kis csúszda, hinta – nincsenek, vagy rossz állapotban vannak. A gyerekházak munkatársai gyakran önerőből, saját költségükre kénytelenek a játékokat előteremtteni.

„A képességfejlesztés itt máshogyan zajlik. Mi még nem találkoztunk itt olyan gyerekekkel, aki ismerte volna a számokat és a színeket. Azért akarunk ugróiskolát, ami színes, hogy megtanuljuk tízig a számokat és a színeket. Azért akarunk felfesteni egy szabad játékot a betonplaccunkra, hogy ott a nagymozgásokat le tudjuk bonyolítani, iránytanulással és dobókockázás-

sal... De hát a betonfestékből egy szín 3000 forint... Most amit megfestünk, az a mi 10 ezer forintunk...” (falusi interjúrésztlet)

Összefoglalva, a kistelepülések társadalmi és infrastrukturális adottságaira, önkormányzataik intézményi hátterére egyik finanszírozási modell sem reflektál kellőképpen. A klasszikus és mini-bölcsődék esetében alkalmazott kötött felhasználású feladatalapú finanszírozás a korábbi szabadon használható normatív támogatással szemben kiszámíthatóbb költségvetés szerkezetével kedvezőbb feltételeket biztosít az intézményfenntartáshoz. A korábbi normatív finanszírozáshoz képest a feladatalapú finanszírozás mellett a központi támogatás is nagyobb mértékben felel meg a valós költségeknek. Mindazonáltal a központilag meghatározott követelmények nem képesek olyan hely-specifikus igényeket kielégíteni, mint a település épületállományának állapota, a hátrányos helyzetű településeken létesített mini-bölcsődék megnövekedett személyi igényei, valamint a támogatáson túl fennmaradó költségek finanszírozása. A Biztos Kezdet Gyerekházak normatív alapon biztosított erőforrásai nem képesek fedezni a gyerekházak módszertani szempontból ajánlott és rendeletbe foglalt feladatait az étkeztetésre, közösségi és társszakmák számára szervezett rendezvényekre vonatkozólag, valamint a játék és tárgyi felszereltség jó minőségére nézve. Mi több, a gyerekházak normatív kerettámogatása negatív ösztönzőként hat arra az elvárások szerinti elsődleges célra, hogy minél több hátrányos helyzetű kisgyermeket és családot lássanak el a gyerekházak munkatársai.

Humánerőforrás, szakmai háttér

A vizsgált intézménytípusok rendelkezésére bocsátott humán erőforrásokban tapasztalható egyenlőtlenségeket a szakmai háttér stabilitása, valamint a finanszírozás és intézményrendszer által az elvárt feladatok elvégzésére biztosított szakemberek arányának dimenzióiban vizsgálom. A sajátos intézményi lejtő ebben az esetben a szakmai háttér gyengülésével, valamint a korai képességgondozásért felelős munkatársak feladataihoz mért humán kapacitások csökkenésével jellemezhető.

A klasszikus bölcsődék és mini-bölcsődék gondozói-nevelői munkájának szakmai alapjait a Bölcsődék Országos Módszertani Intézete (1970–1997) által kiadott módszertani levelek fektették le, amelyek európai viszonylatban is magas színvonalon intézményesítették a korai képességgondozást végző bölcsődei ellátást. E folyamatban a szakmai és módszertani minőségbiztosítás egyik meghatározó lépése a bölcsődei fejlődési lap bevezetése volt, amelynek segítségével nemcsak a kisgyermek minőségi protokollok szerinti fejlődését, de a szakmai munka minőségét is ellenőrizni lehetett. A BOMI gondozásában kiadott módszertani levelek kialakították a bölcsődei nevelés-gondozás szakmai szabályait, a kisgyermekkorai nevelés módszertanát, és a szakmai munka ellenőrzésének

szempontjait. Utóbbi, az Intézet megszűnését követően annak szakmai hálózatából kinőtt Magyar Bölcsődék Egyesülete (MBE) látja el – jogszabályban (15/1998 NM rendelet) is rögzített – módszertani szervezetként. A bölcsődékben végzett szakmai munka minőségét az MBE rendszeres intézménylátogatások során kialakított értékelésen keresztül és a kisgyermeknevelők számára szervezett továbbképzések keretében valósítja meg. A bölcsődék rendszeres ellenőrzését egy, a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által összeállított szempontsor alapján végzi az MBE, amely a vonatkozó jogszabályok és szakmai követelmények alapján orientálja a bölcsődéket egységes szolgáltatásformák alkalmazására. A minősegbiztosítás és értékelés szempontjából meghatározó, hogy a gondozási és módszertani alapokat leíró Országos Bölcsődei Alapprogram a bölcsődei dolgozók politikai érdekképviseletét ellátó Bölcsődei Dolgozók Demokratikus Szakszervezete (BDDSZ) kezdeményezésére mellékletként integrálódott a működést szabályozó jogszabályba, amely stabil intézményi alapokat teremt a klasszikus és mini-bölcsődében elvárt szakmai munka tartalmát illetően is.

A Biztos Kezdet Gyerekházak módszertani alapjait összefoglaló szakmai ajánlások dokumentuma nem, illetve szelektáltan integrálódott a jogszabályba, amelynek következményeiről az előzőekben szoltunk. A különböző pályázati ciklusokban eltérő személyi és infrastrukturális feltételekkel működő gyerekházak szakmai és módszertani tevékenységének stabilitását a kezdetektől a Biztos Kezdet Program mentorai biztosították. Átfogó módszertani szemlélet közvetítésével, a mentorok feladata a szakmai színvonal biztosítása, ellenőrzése, valamint konkrét gondozási-nevelési helyzetekben módszertani gyakorlatok bemutatása, illetve a dokumentációs rendszer feltöltésének szakmai támogatása.²¹ A pályázati ciklusban alkalmazott mentorok munkájára azonban az állami intézményrendszerbe emelést követően nem tartottak igényt, új mentorokat képeztek, akik foglalkoztatásának feltételei 2017-ben még nem voltak biztosítva, bérezésükre nem voltak források elkülönítve.²² E bizonytalanságokból adódóan a mentorok száma lecsökkent, 2017-ben 1 mentorra nagyjából 14 gyerekház jutott, amely feltételek mellett a mentorok nem tudták a pályázati ciklusban megszokott szakmai támogatást biztosítani a gyerekházak számára.

²¹ A dokumentációs rendszer célja a gyerekházakban gondozott gyerekek fejlődésének nyomon követése, a szakmai munka visszacsatolása és minőségének biztosítása. A dokumentációs rendszer szakmai támogatást abban az esetben nyújtana, ha a gyerekek fejlődési folyamatáról adna folyamatos visszajelzést. A gyakori rendszerleállások miatt azonban megbízhatatlan, emlékezetből feltöltött adathalmaz áll rendelkezésre, amelyek fókuszba a minőségi indikátorok helyett mennyiségi mutatókra helyeződik (Szomor–László, 2014, T-Tudok 2015, szakértői interjú), így növelve az adminisztrációs terheket a szakmai tevékenységek rovására (T-tudok 2015).

²² Az állami finanszírozásban lévő házakat látogató mentorok státuszát is egységesíteni kellett, de a megvalósíthatósági tanulmányba utólag bevezetett feladathoz nem rendeltek forrásokat, így munkájukat nem közalkalmazottként végezték volna, hanem projekt költségvetésből fedezték volna bérüket. A 6,2 millió forintos normatív keret azonban ezt nem tette lehetővé, így egyedüli megoldásként, a mentorokat a családsegítő és gyermekjóléti kirendeltségeknél vették státuszba, anélkül, hogy a kirendeltség munkájában részt vennének.

„A mentor hálózat megszűnt lényegébe, szinte csak az önkormányzatra támaszkodhatunk, de nekik meg fogalmuk sincs a szakmai munkáról, nincs is szakemberük erre. (...) Nincs senki, aki ránk nézne. (...) Nincs semmiféle szakmai minőségbiztosítás. (...)” (kisvárosi interjúrészlet)

A korai képességgondozás terén a bölcsődék módszertani eszközei az intézménybe – adott szempontok alapján felvett és – beíratott kisgyermekekre irányul, kiegészítendő a családi nevelést. Ez a szülők és kisgyermeknevelők között eleve partneri viszonyt feltételez, amelyhez a kapcsolattartás további formáit is alkalmazják, például, beszélgetés érkezéskor és hazamenetelkor, üzenőfüzet, családlátogatás; szülői értekezletek és szülőcsoportos beszélgetések. A klasszikus bölcsődékben csoportonként két kisgyermeknevelő váltott műszakban végzi a kisgyermek fejlesztésére és gondozására irányuló tevékenységét. Munkájukat egy az élelmezésben, takarításban és felügyeletben segítő dajka tevékenysége egészíti ki. Ezen felül, a bölcsőde infrastrukturális adottságaitól függően, konyhai személyzet, az élelmezést szervező és adminisztrációt végző személyzet, valamint az intézményvezetéssel járó feladatok végzéséért felelős intézményvezető (illetve helyettese) biztosítja a csoportokban végzett korai képességgondozás zavartalan, színvonalas lebonyolítását.

A módszertanában és szakmai tevékenységében a klasszikussal azonos mini-bölcsődében hét, illetve öt gyermek (sajátos nevelési igényű gyermek gondozása esetén) gondozására ugyanakkor már csak egy kisgyermeknevelő és egy dajka foglalkoztatását teszi lehetővé az intézményrendszer. A kisgyermeknevelőknek járó évi plusz 25 nap pótszabadság letöltése alatt, illetve betegségük vagy egyéb váratlan esemény esetén, az önkormányzatnak kötelező feladata a kisgyermeknevelők helyettesítésének megszervezése a mini-bölcsődei/óvodai dajka vagy szakképzett külsős személy bevonásával. A jogszabály így lehetőséget teremt arra a Bölcsődei Alapprogram szakmai kritériumaival ellentétes²³ gondozási helyzetre, hogy a mindössze 100 órás képzésben részesülő dajka – helyettesítésben – egyedül lásson el hét 0–2 éves kisgyermeket, illetve adott esetben képesítés nélkül egyedül gondozzon sajátos nevelési igényű kisgyereket. Külsős személy alkalmankénti bevonása pedig a 0–3 éves korosztály fejlődéséhez szükséges stabil személyközi kapcsolatokból kifolyólag veszélyezteti a korai képességgondozás minőségi megvalósítását.

További, a színvonalas szakmai munkát veszélyeztető intézményi megoldás, hogy a mini-bölcsődei kisgyermeknevelőnek a gyermekek gondozásán, fejlődésük nyomon követésén túl, heti 1 óra intézményvezetői tevékenységet is el kell végezniük. Intézményvezetői feladatok ellátására mindazonáltal kevés a heti 1 óra, szakmailag elvárható, igényes elvégzése pedig kisgyermeknevelői munkakör betöltése mellett nem lehetséges. A szabályozás szerint gondozási asszisztensként,

²³ A bölcsődei élet megszervezésének egyik sarokköve a „saját gondozó” jelenléte, ami a korosztály fejlődésére jellemző igények figyelembevételével a személyi állandóság alapulván nyugszik.

de funkcionálisan konyhai segítőként, takarítóként és adott esetben kisgyermeknevelőként is foglalkoztatott dajka feladattorlódásai további veszélyeket rejtenek a jó minőségű ellátás biztosításában.

A Biztos Kezdet Gyerekházakban végzett korai képességgondozás módszertani alapja a gyerekekkel való rendszeres egyéni fejlesztésorientált foglalkozás a szülők aktív bevonásával, amelyen keresztül a szülői kompetenciák fejlesztését párhuzamosan végzik a gyerekházak munkatársai. A Biztos Kezdet Program módszertani alapelvei és jogszabályi kötelezettségek szerint is a gyerekház munkatársainak kiemelt feladata a hátrányos helyzetű családok megszólítása, a gyerekház tevékenységeibe való invitálásuk. A családok invitálásában, majd „megtartásában” a Biztos Kezdet Program szakmai koncepciója szerint fontos szerepet játszik a gyerekház vezetője és munkatársa mellett dolgozó harmadik segítő, aki a célcsoport tagja, és így közvetítője lehet a személyes kapcsolatok alakításának. A szakmai koncepciótól eltérő módon azonban a hazai finanszírozás nem támogatja három ember foglalkoztatását, „*Örülünk, ha két ember bérét ki tudják gazdálkodni*” (szakértői interjúrésztlet). A települési önkormányzatok, ahol csak tehetik, közfoglalkoztatásban további egy főt biztosítanak segítőnek a gyerekházakba, akik takarítói munkákat, konyhai kisegítő tevékenységet végeznek, és bár Biztos Kezdet Alapképzésben nem részesülnek, segítenek a családok mobilizálásában is.

Az állami finanszírozásból foglalkoztatott két embernek – a gyerekház vezetőjének és munkatársának – ugyanakkor

„nagyon sokféle szerepnek kell megfelelni (...): a kisgyermekfejlesztő szakember, a szülői tanácsadó szakember, házvezetőnő, közösségfejlesztő, adminisztrátor. [A központilag emelt bér] még így is drámai ahhoz képest, hogy milyen felelősséggel jár ez a munka. Hogy nehéz terepeken, nehéz sorsú gyerekekkel dolgoznak és hátrányt kompenzálnak. Sokan azt gondolják, hogy milyen jó dolgunk van ezzel az egy-két gyerekkel, de abba nem gondolnak bele, hogy itt nekünk az anyukákkal is foglalkozni kell. Az oviba, ahol csak a gyerek van, könnyebb. Mi itt többet foglalkozunk a szülővel sokszor” (kisvárosi interjúrésztlet).

E komplexfeladatkörök megvalósításához a 2018-as rendeletmódosítás magasabb iskolai végzettséget vár el a gyerekház vezetőjétől és munkatársától, amelyek így megegyeznek a bölcsődei kisgyermeknevelők képesítésére vonatkozó követelményekkel.²⁴ Ezzel párhuzamosan stabilabb foglalkoztatási státuszt kaptak a gye-

²⁴ A 15/1998 NM rendelet 2018. év eleji módosításai szigorították a gyerekházakban dolgozó vezetők és munkatársak képesítésére vonatkozó feltételeket. A napi 8 órában foglalkoztatott gyerekház vezetőnek felsőfokú pedagógiai, egészségügyi, pszichológusi, szociálpedagógiai, vagy a bölcsődei intézményvezetőkre vonatkozó kisgyermeknevelői BA végzettséggel, míg a napi 6 órában foglalkoztatott munkatársának középfokú és szakirányú képesítéssel (kisgyermeknevelői OKJ) kell rendelkeznie. Szakértői interjúk során többen felhívták e módosítás megvalósíthatóságával kapcsolatos nehézségekre a figyelmet.

rekházban dolgozók, amennyiben 2018. év végéig a fenntartónak gondoskodnia kell a gyerekjóléti szolgáltatások fő szabálya szerinti, közalkalmazotti jogviszonyban történő foglalkoztatásukról.²⁵ A bölcsődei kisgyermeknevelőkkel azonos foglalkoztatási státuszuknak köszönhetően, minden gyerekház munkatársa jogosult lesz szociális bérpótlékra. Mindazonáltal a bölcsődei kisgyermeknevelőknek járó szabadságok és juttatások továbbra sem vonatkoznak a gyerekházakban dolgozó kisgyermeknevelői végzettséggel rendelkező munkatársakra.²⁶

A gyerekházakban dolgozók magasabb iskolai végzettségére vonatkozó feltételek előremutatók a Biztos Kezdet Gyerekházakban folyó korai képességgondozás szakmai minőségének biztosítása szempontjából, ugyanakkor a megvalósíthatósággal kapcsolatban számos kétség merül fel. A magasabb iskolai végzettség követelménye pont a hátrányos helyzetű térségekben található gyerekházak működését nehezítheti meg, hiszen szakképzett és felsőfokú pedagógusokból, kisgyermeknevelőkből éppen ezekben a régiókban a legnagyobb a hiány (Kereki 2015, Lannert 2015). A hátrányos helyzetű térségekben az elmúlt években a csak a gyerekekre fókuszáló bölcsődék és óvodák is nehezen találnak megfelelő végzettséggel rendelkező szakembert az alacsony bérekhez mért aránytalanul magas munkaterhelés miatt, nemhogy az ennél komplexebb tevékenységet folytató Biztos Kezdet Gyerekházak.²⁷ A fejlesztő pedagógia különböző szakágait végző szakemberek – logopédusok, gyógytornászok, gyógypedagógusok, szurdopedagógusok stb. – pedig olyan mértékben hiányoznak a Pedagógiai Szakszolgálatok által biztosított állami alapellátó rendszerből, hogy minőségbiztosításról egyes térségekben, ahol több ezer gyerek marad a mennyiségi hiányok miatt ellátatlanul, nem is érdemes beszélni (Kereki 2015, Lannert 2015). Az „utazó gyógypedagógus” intézménye ellenére, különösen a kistelepüléseken, nehezen megközelíthető településeken élő gyerekek esnek el a fejlődésükhöz szükséges fejlesztő foglalkozásoktól, a szakszolgálatok infrastrukturális (pl. hivatali személyautók száma) és humánkapacitásának hiánya miatt. A gyakran túlterhelt fejlesztő pedagógusok az óvodás és bölcsődés kisgyermekeket „hivatalból” ellátják – kapacitásaikhoz mérten –, ám a Biztos Kezdet Gyerekházba „önkéntesként” már ritkábban, vagy egyáltalán nem jutnak el.

²⁵ A korábbi szabályozás lehetővé tette, hogy munkaviszony vagy munkavégzésre irányuló egyéb jogviszony keretében történjen a dolgozók foglalkoztatása. A 2018-as rendeletmódosítás rendezni szándékozott az ebből adódó anomáliát, hogy a fenntartótól függően változott a gyerekházak munkatársainak bérezése és foglalkoztatási státuszának stabilitása.

²⁶ A gyerekházak munkatársainak nem jár a bölcsődei kisgyermeknevelők számára törvényileg biztosított munkaruha juttatás és éves szabadságuk mindössze 5 nap (ennyi zárva tartást engedélyez a jogszabály), a bölcsődei kisgyermeknevelők évi plusz 25 nap pótszabadságával szemben. Míg a mini-bölcsődék esetében a fenntartó önkormányzatnak kötelessége a szolgáltatásbiztosítás megszervezése a kisgyermeknevelő betegsége, vagy egyéb váratlan esemény miatt bekövetkező hiányzás esetén, a gyerekházakban a munkatársak helyettesítésére vonatkozó hasonló kötelezettség nincsen.

²⁷ Fejér, Győr-Moson-Sopron és Komárom megyék kivételével mindenhol nagyjából 10 százalékkal kevesebb az óvodapedagógusok száma, mint 2005-ben. (www.statinfo.ksh.hu)

„2015-ben, akkor volt nevelési tanácsadó, a doktor úr jött ki előadást tartani, fejlesztő pedagógus, pszichológus. Ez is pályázatból, külön kaptak pénzt. De pénz nélkül senki nem jön el. (...) Azért mondom, hogy hiányzik egy láncszem, ha nem tudunk semmit adni, az emberek is elfordulnak.” (falusi interjúrészet)

Összefoglalás

Áttekintve a korai képességgondozás intézményi tulajdonságait, azt láthatjuk, hogy a hátrányos helyzetű kisgyermekesek hozzáférését jó minőségű, esélyeket javító szolgáltatásokhoz nemcsak a bölcsődei ellátás területi egyenlőtlenségei és foglalkoztatáshoz kötött jogosultsági kritériuma gátolják, hanem a gyerekjóléti intézményrendszer strukturális egyenlőtlenségei is, amelyek a színvonalas szolgáltatás feltételeit biztosító források és feladatok aránytalanságaiból adódó kapacitásbeli egyenlőtlenségekben, és az intézményi környezet gyengeségében öltenek testet.

A három koragyerekkori intézménytípus vizsgálata azt mutatta, hogy az utóbbi évek intézményi változásai a bölcsődék és Biztos Kezdet Gyerekházak kapacitásait szerkezetileg és arányaiban is valamelyest megemelték, új finanszírozási modellek és intézménytípusok bevezetésével, illetve az állami intézményrendszerbe történő integrációval. A változások azonban nem javítottak a periférián lévő kisvárosokban, de különösen a kistelepüléseken élő hátrányos helyzetű családok jó minőségű szolgáltatásokhoz való hozzáféréseinek esélyein. Sőt, a kapacitások éppen azokban a kistelepülési intézményi terekben válnak egyre szűkebbé, ahol potenciálisan nagyobb a hátrányos helyzetű népesség aránya és ahol a legnagyobb szükség lenne magas színvonalú korai képességgondozásra, fejlesztésre.

Ennek oka részben a bölcsődék új feladatalapú finanszírozási rendszere, amely az üzemeltetés, a gyermekek étellemezésének, valamint a dolgozók bérkifizetésének költségeit finanszírozza. A kisebb települések kisebb bölcsődei ebben a finanszírozási rendszerben is rosszabbul járnak, hiszen még ha a létrehozáshoz igényelhető tízmillió forintos támogatás elegendőnek is bizonyulna új mini-bölcsődei épület(rész) kialakítására, a fenntartás költségei és a feladatokra központilag kalibrált finanszírozás nem teszi lehetővé magas színvonalú szolgáltatások megszervezését. A személyi feltételek alulkalibrálása, a kistelepülésekre tervezett mini-bölcsődében dolgozó munkatársak feladattorlódása pedig tovább sodorhatja a mini-bölcsődékben nyújtott bölcsődei szolgáltatást egy minőségében a Bölcsődei Alapprogramban elvárt szolgáltatásnál alacsonyabb színvonalú ellátás biztosítása felé.

A Biztos Kezdet Gyerekházak állami intézményrendszerbe történt integrációjuk óta azonos mennyiségű normatív állami támogatást kapnak. Az éves 6,2 millió forintos támogatás nemcsak a jó minőségű koragyerekkori fejlesztő szol-

gáltatások megszervezését bénítja meg azzal, hogy a fejlesztő szolgáltatást végző személyek külön díjazására, színvonalas fejlesztő játékok beszerzésére nem nyílik mód, hanem a Gyerekházak alapvető módszertani feladatainak az elvégzését is ellehetetleníti.

A munkatársak feladattorlódása a Biztos Kezdet Gyerekházakban hatványozottan van jelen a kisgyermek és szülei párhuzamos fejlesztéséből és a mentorhálózat biztosította szakmai háttér hiányából fakadóan. A kisgyermekfejlesztés, szülői kompetenciafejlesztés módszertani alapjain túl a gyerekházakban dolgozó munkatársak jogszabályban rögzített kötelező tevékenységi köre közösségfejlesztéssel és szakmai együttműködés-fejlesztéssel is bővült, míg a feladatok mellé rendelt források nem növekedtek. Bár az elmúlt évek szakember elvándorlásából adódó koragyerekkori fejlesztő szolgáltatások hiányát mindhárom intézménytípus megérzi, a Pedagógiai Szakszolgálatok intézményes kapcsolataikon keresztül, ha rosszabb minőségben is, de „hivataltól” ellátják a bölcsődébe járó korai fejlesztést igénylő kisgyerekeket, míg a Biztos Kezdet Gyerekházakat hasonló intézményes kapcsolatok híján, önkéntes alapon, csak elvétve látogatják.

A legrosszabb helyzetben, ebben az esetben is a kistelepüléseken élő hátrányos helyzetű családok vannak, hiszen a szakemberhiányból adódóan a különböző szakszolgálatok munkatársai ezekbe a gyerekházakba el sem jutnak, gyér kapacitásaikkal a „kötelezően” látogatott kistelepülési óvodát is korlátozottan tudják csak ellátni. Ugyanakkor az ezeken a településeken élő családok hátrányos helyzetükből adódóan nem tudják a kisgyermek rendszeres utaztatását biztosítani a járásközpontban található szakszolgálat által felajánlott fejlesztő foglalkozásokra.

Tapasztalatok azt mutatják, hogy magas színvonalú koragyerekkori szolgáltatásokat csak külső erőforrásokból táplálkozó kapacitásemeléssel lehet elérni. Azokon a településeken, illetve azoknak az intézményeknek az esetében, ahol van szervezeti és finanszírozási háttér további erőforrások mozgósítására – pl. egyházi, civil szervezeti forrással és szakmai hálózattal rendelkeznek – ott nagyobb eséllyel szervezhetik meg a színvonalas szolgáltatásbiztosítást. A periférikus térségekben tapasztalható gyermekjóléti szakemberhiányt azonban még így is nehéz pótolni.

Az így kialakuló intézményi lejtőt metszi keresztbe az intézményi környezet gyengesége, amely a működést szabályozó intézmények inkohereciájával jellemezhető, és amely aláásva az intézmények hitelességét, gyengíti a megvalósítható szolgáltatások minőségét. A bölcsődei ellátások esetében a foglalkoztatáshoz kötött igénybevételi jogosultság – amely önmagában korlátozó a hátrányos helyzetű családok számára – megvalósíthatósága kérdőjeleződik meg azzal, hogy a magas (40 és afölötti) kisgyermek létszámmal rendelkező kistelepüléseken munkaerőpiaci szempontból minimális igény mutatkozhat a bölcsődei szolgáltatás igénybevételére. A szabályozás további ellentmondásba keveredik a *Bölcsődei Alapprogram* jó minőségű kisgyermekgondozásra vonatkozó módszertani alapjával, amikor kevesebb humán erőforrást rendel abba az intézményi térbe, ahol a település mére-

tével összefüggésben, magasabb lehet az intenzív magas szakmai minőségű gondoskodást igénylő hátrányos helyzetű kisgyermek aránya.

A Biztos Kezdet Gyerekházak intézményi környezetének gyengesége pedig abban érhető tetten, ahogy a szabályozás a színvonalas szolgáltatás biztosításának, a színvonalas munkavégzésnek a feltételeit nem rögzíti, és a Biztos Kezdet jellegadó módszertani alapelveit is adminisztratív eszközként, teljesítményt mérő mutatóként határozza meg. A Biztos Kezdet Gyerekházak szakmai alpprogram koherens jogszabályi integrációjának hiányában nehezen kérhetők számon minőségi feltételek.

Az elemzés a bölcsődei ellátás két formájára és a Biztos Kezdet Gyerekházakra fókuszálva, csak kis szeletét villantja fel azoknak a strukturális anomáliáknak, amelyek a gyerekjóléti szolgáltatások és korai képességgondozás intézményrendszerét sújtják. Az esélykiegyenlítés intézményi logikája és nemzetközi gyakorlata szerint az univerzálisan magas színvonalon működtetett koragyerekkori ellátások biztosíthatják csak a hátrányos helyzetű családok számára a méltányos hozzáférést az esélyeiket javító szolgáltatásokhoz. A hazai koragyerekkori jóléti intézményi környezetben azonban az univerzális jó minőség az egyenlőtlen kapacitások miatt nem biztosított. A Biztos Kezdet Program eredeti modernizációs céljaitól eltérően, a meglévő intézményrendszer átalakítása helyett, betagozódott a töredezt és hierarchikus intézményrendszerbe. A bölcsődei ellátás elérhetőségét javítani igyekvő intézményhálózat bővítése és a Gyerekházak állami intézményrendszerbe való beillesztése pedig statisztikai értelemben javítja a hazai gyerekjóléti intézményrendszer mutatóit; ám a külsín alatt a szolgáltatások minőségi, valamint integrációs tartalmi céljainak megvalósítása ebben az intézményi konstellációban megkérdőjeleződik.

Irodalom²⁸

1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99700031.TV>
- 15/1998. (IV. 30.) NM rendelet a személyes gondoskodást nyújtó gyermekjóléti, gyermekvédelmi intézmények, valamint személyek szakmai feladatairól és működésük feltételeiről, <https://net.jogtar.hu/jogszabaly?docid=99800015.nm>
- A gyermekek napközbeni ellátása 2017, KSH Statisztikai Tükör, 2018.
- Albert Fruzsina (2013): *Az aktív befogadásra vonatkozó Európai Bizottsági ajánlások végrehajtásának értékelése: A nemzeti szakpolitikák vizsgálata Magyarországon* – nyilvános policy elemző jelentés, 1–38.
- Balás Gábor – Baranyai Zsolt – Herczeg Bálint – Jakab Gábor (2016): *Biztos Kezdet Program hatásvizsgálata: Értékelés és hatásvizsgálati zárójelen-*

²⁸ A megadott internetes hivatkozások utolsó letöltésének időpontja a kézirat lezárásának dátuma: 2018. 10. 04.

- tés, Budapest: Hétfa, http://hetfa.hu/wp-content/uploads/hetfa_biztoskezdet_zarotanutmany0210.pdf
- Biggeri, Mario – Karkara, Ravi (2014): Transforming Children's Rights into Real Freedom: A Dialogue Between Children's Rights and the Capability Approach from a Life Cycle Perspective, In: Stoecklin D., Bonvin JM. (eds.) Children's Rights and the Capability Approach. *Children's Well-Being: Indicators and Research*, vol 8. Springer, Dordrecht.
- Biztos Kezdet Gyerekházak működésének módszertani ismérvei – szakmai ajánlások, (2013): Budapest: Emberi Erőforrások Minisztériuma, http://www.macsgyoe.hu/letoltesek/modszertani_utmutatok/2014-01-24/modszertani_utmutatok_-_biztos_kezdet_gyerek hazak.html
- Blaskó, Zsuzsa – Gábos, András (2012): *Redistribution effects of the childcare system for under 3's in Hungary – Who is cared for?*. Power Point Presentation. Budapest Institute, Budapest. 30–31. March, 2012.
- Bruszt, László (2002): Market Making as state Making – Constitutions and economic development in Postcommunist eastern europe, *Constitutional Political Economy*, 13, 53–72.
- Darvas Ágnes – Szikra Dorottya (2017): Családi ellátások és szolgáltatások, In: *Társadalom és szociálpolitika Magyarországon 1990–2015*, Budapest: Osiris 2017, Ferge (Szerk.)
- Esping-Andersen, Gosta (2015): Welfare Regimes and Social Stratification, *Journal of European Social Policy*, Vol 25 (1) 124–134.
- Evans, Peter – Huber, Evelyne – Stephens, John D. (2017): The Political Foundations of State Effectiveness, In: D. Mistree, M. Centeno, A. Kohli, és D. Yashar (eds.), *States in the Developing World*, Cambridge: Cambridge University Press, 380–408.
- Evans, Peter – Heller, Patrick (2015): Human Development, State Transformation and the Politics of the Developmental State, In: Stephan Leibfried, Evelyne Huber, Matthew Lange, Jonah D. Levy, Frank Nullmeier, and John D. Stephens (eds.), *The Oxford Handbook of Transformations of the State*, Oxford: Oxford University Press.
- Farkas Zsombor (2015): Tényleg minden rendben van? A gyerekes családok jövedelmi helyzetének, szegénységének és kirekesztettségének néhány jellemzője, *Esély* 2015/4, 20–41.
- Farrell, Henry – Knight, Jack (2003): Trust, Institutions, and Institutional Change: Industrial Districts and the Social Capital Hypothesis, *Politics & Society*, 31 (4), 537–566, http://athens.src.uchicago.edu/jenni/atbarbar/indis/farrell_knight_POLSOC03_trust%20institution%20industrial%20districts%20social%20capital%20hypothesis.pdf
- Ferge Zsuzsa (2014): Vezetői összefoglaló, In: *Civil Jelentés a gyerekesélyekről 2012–13*, Ferge Zsuzsa – Darvas Ágnes (eds), Budapest: Gyerekesély Közhaszú Egyesület, 9–15.

- Ferge Zsuzsa (2017): *Társadalom és szociálpolitika Magyarországon 1990–2015*. Budapest: Osiris.
- Ferrarini, Tommy (2006): *Families, states and labour markets – Institutions, causes, and consequences of family policy in postwar welfare states*, Cheltenham: Edward Elgar Publishing.
- Heckmann, James – Carneiro, Pedro (2003): Human Capital Policy, *IZA Discussion Paper* No. 821., <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/20066/1/dp821.pdf>
- Heckmann, James (2000): Policies to foster human capital, *3/1 Research in Economics* Vol. 54, No. 1., 3–56.
- Heyman, Josiah (2004): The Anthropology of Power-Wielding Bureaucracies. *Human Organization*: Winter 2004, Vol. 63, No. 4, 487–500.
- Helyzetkép a kisgyermek napközbeni ellátásáról 2015 – Alapvető változások előtt. *KSH Statisztikai Tükör* 2016.
- Kánnai Magdolna (2017): „A sajátosan magyar modell”, In: „*Nem csak szív kell, de kell tudás is!*”: 20 éves a *Gyermekvédelmi Törvény*, Lakner Zoltán Lehel (szerk.) Budapest: L'Harmattan 271–283.
- Kereki Judit (2015): *A koragyermekkorai fejlesztéshez való hozzájutás esélyei a hátrányos helyzetű térségekben*, Budapest: Educatio Társadalmi Szolgáltató Non-profit Kft.
- Ketteszakadt a magyar családpolitika: a tehetősebbekre öntik a pénzt, a szegényebbeket egyre inkább magukra hagyják*, Horváth Bence interjúja (2017. december 4.) <https://tldr.444.hu/2017/12/04/ketteszakadt-a-magyar-csaladpolitika-a-tehetosebbekre-ontik-a-penzt-a-szegenyebbeket-egyre-inkabb-magukra-hagyjak>
- Koós Bálint (2014): A szegénység és depriváció a magyar település állományban az ezredfordulót követően—avagy kísérlet a települési deprivációs index létrehozására, *Tér és Társadalom* 29. évf., 1. szám, 53–68 p
- Korpi, Walter – Palme, Joakim (2004): Robin Hood, St. Matthew, or simple egalitarianism? Strategies of equality in welfare states. In: P. Kennet (ed.): *A handbook of comparative social policy*, 153–179, Cheltenham: Edward Elgar Publishing
- Kovács Katalin – Bihari Zsuzsanna (2006): Lejtők és csúzdák, avagy a foglalkoztatási esélyek térbeli egyenlőtlensége az ezredfordulón, *Tér és Társadalom* 20. évf. 2006/4. 49–66.
- Lannert Judit (2015): *A koragyermekkorai fejlesztéshez való hozzájutás esélyei a hátrányos helyzetű térségekben*, Budapest: MTA TK.
- Levitsky, Steven – Murrillo, Maria Victoria (2014): Building institutions on weak foundations – lessons from Latin America In: *Reflections on uneven democracies : the legacy of Guillermo O'Donnell*, Daniel Brinks, M. Leiras, Scott Mainwaring (Eds.) Baltimore: John Hopkins.
- Lukes, Steven (2005): *Power: A Radical View*. New York: Macmillan.

- Nemzeti Társadalmi felzárkózási stratégia – mélyszegénység, gyermekszegénység, romák* – (2011–2020) (2011. november), Budapest: KIM Társadalmi Felzárkózásért Felelős Államtitkárság.
- Palme, Joakim (2006): Welfare States and Inequality: Institutional desing and distributive outcome. *Research in Social Stratification and Mobility* 24, 387–403.
- Scott, John (2001): *Power*, Cambridge: Polity Press.
- Sen, Amartya (1999): *Development as Freedom: Human Capability and Global Need*, New York : Alfred A. Knopf Anchor Books.
- Spiller, Pablo – Tommasi, Mariano (2007): *The Institutional Foundations of Public Policy: A Transactions Theory and an Application to Argentina.*, Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Szalai Júlia (2007): *Nincs két ország...?* Budapest: Osiris.
- Szomor Éva – László Noémi (2014): *A magyarországi Biztos Kezdet Program alapelvei és működése a kezdetektől napjainkig.* Összefoglaló tanulmány, HÉTFA Kutatóintézet.
- Uzzoli Annamária – Szilágyi Dániel (2013): A nyugat–kelet és a centrum–periféria relációk a hazai egészségügyenlőtlenségek alakulásában az 1990 utáni válságok idején Magyarországon, *Területi Statisztika*, 53(4), 306–321.
- Velkey Gábor (2013): *Dinamikus egyensúlytalanság: A hazai közoktatási rendszer szétesése, felforgatása és a konszolidáció esélye.* Budapest–Pécs–Békéscsaba: MTA KRTK RKI.
- Virág Tünde (2009): Szegények a kistelepülések fogságában – a szociálpolitika mindennapi gyakorlata egy hátrányos helyzetű térség településein, *Esély* 2009/4, 38–54.

GYARMATI ANDREA – CZIBERE
IBOLYA – RÁCZ ANDREA

A GYERMEKVÉDELMI ÉS SZOCIÁLIS SZAKELLÁTÁSBAN ELHELYEZETT FOGYATÉKKAL ÉLŐ VAGY MÁ OKBÓL SPECIÁLIS TÁMOGATÁST IGÉNYLŐ 0–6 ÉVES GYERMEKEK ELLÁTÁSI SAJÁTÓSÁGAI

A tanulmány célja, hogy bemutassa a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő 0–6 éves kisgyermek helyzetét, a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségét, valamint hogy az e célcsoporttal foglalkozó szakemberek milyen fejlesztési igényeket fogalmazzanak meg, hogyan látják az ellátottak családi kapcsolatait és mit gondolnak a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségeiről. A kutatás eredményei arra hívják fel a figyelmet, hogy a súlyos, halmozott fogyatékkal élő, tartós betegséggel küzdő gyermekek családban történő nevelését illetően a vér szerinti szülő és a nevelőszülő azonos helyzetben van: nincsenek vagy nem elégségesek az elérhető szolgáltatások, hiányoznak a nappali ellátások.

Kora gyermekkori intervenció a gyermekvédelemben: a különleges szükségletű szakellátott gyermekek helyzete

2017 első félévében feltáró kutatást végeztünk¹, melynek célja az volt, hogy pontos képet kapjunk a gyermekvédelmi és a szociális szakellátásban élő, speciális támogatást igénylő 0–6 éves kisgyermekről az egyes ellátási típusokban, a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások elérhetőségéről, azok mennyiségéről és minőségéről, a szakemberek kora gyermekkori intervenció ismereteiről, tudásáról², vala-

¹ A kutatás az EFOP-1.9.5-VEKOP-16-2016-00001 „A kora gyermekkori intervenció ágazatközi fejlesztése” kiemelt projekt keretében készült a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság megbízásából. (2017) Projektgazda: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.

² A kora gyermekkori intervenció fogalma mellett sokszor találkozni a korai fejlesztés, illetve a korai intervenció terminusokkal is. Az egyes megközelítések eredetéről, történetiségéről lásd Kereki Judit (2017a) művét. Tanulmányunkban egységesen a kora gyermekkori intervenció kifejezést használjuk.

mint az ellátottak családi kapcsolatairól, a kapcsolattartás alakulásáról és a családi környezetben történő nevelkedés lehetőségeiről. A kutatás a nevelőszülőknél, a három év alatti kisgyermeket ellátó különleges gyermekotthonban (korábbi elnevezéssel csecsemőotthon), a fogyatékos személyeket ellátó ápoló-gondozó otthonban, az integrált intézményekben³ élő fogyatékos, fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, vagy krónikus betegségben szenvedő hat év alatti gyermekekre terjedt ki.⁴ Meg kell jegyezni, hogy a célcsoport meghatározása igen nehéz feladat, hiszen az ellátott gyermekek problémái is összetettek és egyszerre különböző ágazatokhoz és szakmai területekhez tartozók.

Módszertana összetett: elemeztük a rendelkezésünkre álló statisztikákat, kérdőíves kutatást végeztünk a négy ellátástípusra, illetve ezzel párhuzamosan egyéni és csoportos interjúkat készültünk gyermekvédelmi szakértőkkel és a területen dolgozó szakemberekkel.

Magyarországon mindeztidőig nem készült külön, célzott kutatás arról, hogy a projekt célcsoportjába tartozó gyermekek ellátásának feltételei ezeken a gondozási-ellátási helyeken mennyire biztosítottak, és arról sincsenek információk, hogy azokhoz a speciális (fejlesztő, terápiás stb.) szolgáltatásokhoz, amelyeket nem az elhelyezést biztosító intézmény nyújt, hol és milyen mértékben, illetve milyen gyakorisággal jutnak hozzá az ellátott gyermekek.⁵ Az eredmények ismerete fontos a szakemberek, a fenntartók és az ágazati irányítás számára is, mivel olyan dimenziókra is rákérdeztünk, amelyek a jogszabályokban lefektetett célok elérését vizsgálták.⁶ Jelen tanulmányban a kutatás főbb eredményeit mutatjuk be.

A kora gyermekkori intervenció

A kora gyermekkori intervenció magába foglalja a fogantatástól a gyermek iskolába lépéséig a gyermekekre és családjaikra irányuló ellátások, szolgáltatások összességét, vagyis a szűrést, a probléma-felismerést, a diagnosztizálást, habilitációt, rehabilitációt, terápiákat, gyógypedagógiai tanácsadó és fejlesztő tevé-

³ Integrált intézmény alatt olyan intézményt értünk, amelynek az Szt. és a Gyvt. hatálya alá tartozó intézményegysége is van.

⁴ Az 1997-es Gyermekvédelmi törvény értelmében a *különleges szükséglet* lefedi a 0–3 éves, a fogyatékkal élő, valamint a tartós beteg gyermekek körét. A *speciális szükséglet* a magatartási és pszichés problémákkal küzdőket, illetve a pszichoaktív szerfüggő gyermekeket jelöli. Kutatásunkban a Gyermekvédelmi törvény értelmében célcsoportba tartozó azon tagokkal foglalkozunk, akik fogyatékkal élnek vagy tartós betegek, életkorilag a 0–6 éves korcsoportba tartoznak. Őket a fent nevezett programban együttesen ún. *speciális* támogatást igénylőként határoztuk meg. A tanulmányban előforduló, célcsoport tagokat jelölő terminusokat szinonimaként használtuk, mint pl. fogyatékkal élő vagy más okból speciális támogatást igénylő; fejlődési rizikóval született; sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, stb.

⁵ A kora gyermekkori intervenció megközelítésében számos kutatási tapasztalat áll rendelkezésre, lásd pl. Kereki Judit vagy Lannert Judit munkáit.

⁶ A Gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról szóló 1997. évi XXXI. törvény (a továbbiakban Gyvt.), valamint a 15/1998. (IV.30.) NM rendelet szabályozza a nevelőszülőknél és a gyermekotthonban biztosítandó ellátás személyi és tárgyi feltételeit. A fogyatékos személyeket, ezen belül a kiskorúakat ellátó ápoló-gondozó intézményekben biztosítandó személyi és tárgyi feltételeket az 1/2000. (I. 7.) SZCSM rendelet határozza meg.

kenységeket, és a pénzbeli juttatások rendszerét, illetve preventív tevékenységeket (Kereki, 2015). A kora gyermekkori intervenció célcsoportjába tartoznak a fejlődési rizikóval született, sérült, eltérő vagy megkésett fejlődésű, fogyatékos, krónikus beteg, a pszichés fejlődés szempontjából veszélyeztetett, szociálisan hátrányos helyzetű, különleges bánásmódot igénylő gyermekek (ez utóbbin belül: a sajátos nevelési igényű gyerekek, a beilleszkedési, tanulási, magatartási nehézséggel küzdők), valamint a kiemelten tehetséges gyerekek csoportja (Kereki, 2015). A célcsoport nagyságát csak becsülni lehet, mivel befolyásolja az is, hogy mennyire tág definíciót használunk. A leginkább elfogadott korosztálynak a 0–6 éves kor közti sérült gyermekek csoportját tekinthetjük. Kereki és Lannert (2009) becslése szerint mintegy 9-10 ezer hat év alatti korai fejlesztésre szoruló gyermek közül mintegy 5-6000 kap intézményes ellátást, és kb. harminc százalék lehet az ellátatlan gyermekek aránya. Ugyanakkor nagyok a területi egyenlőtlenségek, a szerzők kutatásuk során azt találták, hogy a gyermekek 50 százalékát Budapesten látják el (miközben a 0–4 éves korcsoportnak csak a 14 százaléka él a fővárosban), a helyzet az észak-magyarországi régióban a legrosszabb.

Mivel a kora gyermekkori intervenció a célcsoport heterogenitásából következően ágazatközi együttműködést feltételez, ezért mindazon egészségügyi, köznevelési, szociális, gyermekvédelmi, illetve egyéb intézmények beletartoznak az intézményi körébe, amelyek a fogantatástól kezdve a gyermek iskolába kerüléséig kapcsolatba kerülnek a speciális támogatást igénylő gyermekekkel és családjukkal (Kereki, 2017b). A gyermekjóléti, gyermekvédelmi rendszerben ez a következőket jelenti: gyermekjóléti szolgáltatások, gyermekek napközbeni ellátása, Biztos Kezdet Gyerekházak, gyermekek átmeneti otthona, továbbá a gyermekvédelmi szakellátásban a családból kiemelt gyermekeknek biztosított otthont nyújtó ellátások (nevelőszülő, gyermekotthon), területi gyermekvédelmi szakszolgálat. Otthont nyújtó ellátás keretében biztosítani kell az ideiglenes hatállyal elhelyezett, a nevelésbe vett gyermek számára a családi környezetbe történő visszahelyezést előkészítő, családi kapcsolatainak ápolását segítő családgondozást, ha pedig ez nem lehetséges, az örökbefogadás elősegítését. A Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat (továbbiakban TEGYESZ) feladata, hogy javaslatot tegyen a gyermek ideiglenes gondozási helyére és a gyermek sorsának rendeződéséig a számára otthont nyújtó ellátást biztosító gondozási helyre.

A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő kiskorúak száma a KSH Statad adatai szerint 2017-ben összesen 23 365 fő, ezen belül a három év alatti gyermekek száma 2442 fő volt, amely a 2010–2017-es időszakot vizsgálva folyamatos emelkedő tendenciát mutat (KSH, 2017).

A Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság által gyűjtött, a TEGYESZ-ek által szolgáltatott adatok szerint 2016 augusztusában a gyermekvédelmi szakellátásban élő, 2011–2016 között született gyermekek közül 4112 fő (88,4 százalék) nevelőszülőnél, 480 fő (10,3 százalék) gyermekotthonban, 61 fő (1,3 százalék) ápolást-gondozást nyújtó intézményben került elhelyezésre (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, 2016).

A TEGYESZ-ek 2017. március 30-ai adatai szerint összesen 20 807 gyermek volt szakellátásban. 13 756 fő, azaz 66 százalékuk nevelőszülőnél, 6682 fő (32 százalék) gyermekotthonban, 369 gyermek (kevesebb, mint két százalék) pedig egyéb otthonban (jellemzően ápolást-gondozást nyújtó otthonban). Közülük a legtöbben már elmúltak 12 évesek, számuk 10 481, 5798-an 6–11 évesek, 2615-en 3–5 évesek, illetve 1913 gyermek 0–2 éves. Korcsoport szerint a gyermekotthonokban túlnyomó többségben 12 év feletti gyermekek élnek, a hat év alatti gyermekek legnagyobb része nevelőszülőknél került elhelyezésre. *A nyilvántartás szerint az összes szakellátásban lévő gyermek közül 7769 különleges szükségletű (37 százalék)* (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, 2016). A különleges szükséglet szerinti adatok *korcsoportos bontásban* nem állnak rendelkezésre, így a TEGYESZ adatokból nem kaphatunk fókuszált képet a kutatásunkban vizsgált célcsoportról. A *megyék közül* a különleges szükségletű gyermekek száma Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében, Budapesten és Borsod-Abaúj-Zemplén megyében a legmagasabb. Gondozási hely szerint a legnagyobb arányban (67 százalék) ezek a gyermekek is – hasonlóan a normál szükségletű társaikhoz – nevelőszülőknél vannak elhelyezve, 28 százalékuk gyermekotthonban, öt százalékuk pedig egyéb otthonban él (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, 2016).

A szükséglet alapján a legnagyobb arányban (32 százalék) az életkoruk miatt számítanak különleges szükségletűnek a gyermekek, 27 százalékuk értelmi fogyatékosága miatt, 18 százalékuk egyéb pszichés fejlődési zavar miatt, 12 százalékuk pedig tartós betegség miatt. A többi szükséglet összesen 11 százalékot tesz ki (életkora mellett SNI: egy százalék, halmozottan fogyatékos: három százalék, mozgásszervi fogyatékos: egy százalék, érzékszervi fogyatékos: egy százalék, beszéd-fogyatékos: két százalék, autizmus spektrum zavar egy százalék alatt, tartós betegség mellett SNI: három százalék) (Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, 2016). (Lásd 1. sz. táblázat)

Magyarországon a kora gyermekkori intervenciós ellátásra szoruló gyermekek több mint harmada nem kapja meg a szükséges ellátást, szolgáltatást. Ennek több oka is azonosítható: nincs egységes rendszer, a szülők és a szakemberek is információhiánnyal küzdenek, és bár sok adat keletkezik a különböző adminisztratív és adatgyűjtési rendszerekben, de ezek nem hasznosulnak, kevés a szakember, a tudásuk is egyenetlen, illetve sok esetben nem illeszkedik a speciális szükségletekhez, valamint jellemzőek a hozzáférési problémák (területileg, anyagilag) is (Kereki-Lannert, 2009).

A szakirodalom alapján a legjelentősebb problémát a tartós betegséggel, fogyatékosággal élő három év alatti gyermekek nevelőszülői elhelyezése jelenti. A nevelőszülők ritkán vállalják súlyos fogyatékosággal, tartós betegséggel, egészségkárosodással élő kisgyermekek nevelését, mert nem rendelkeznek az ellátásukhoz, gondozásukhoz szükséges tárgyi eszközökkel és olyan speciális szaktudással sem, amely szükséges lenne a különleges igények biztonságos és szakszerű kielégítéséhez. További problémát okoz a fejlesztésekhez, terápiákhoz való területi hozzáférés nehézsége (Kézenfogva Alapítvány, 2016).

1. táblázat: Szükséglettypusok szerinti megoszlás az ellátórendszerben (fő)

Szükséglet	Nevelőszülő	Gyermekotthon	Ápolástgondozást nyújtó otthon	Összesen
Életkora miatt	2462	2021	280	4763
Életkora mellett SNI és/vagy tartós betegség is	110	64	24	198
Értelmi fogyatékos	2140	946	1014	4100
Halmazottan fogyatékos	249	116	51	416
Mozgásszervi fogyatékos	61	44	15	120
Érzékszervi fogyatékos	70	33	22	125
Beszéd fogyatékos	122	62	59	243
Autizmus spektrum zavarral küzd	38	21	13	72
Egyéb pszichés fejlődési zavarral küzd	1421	877	443	2741
Tartós betegség miatt	934	623	169	1726
Tartós betegség mellett SNI is fennáll	261	124	68	453

Forrás: Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság, 2016.

Megjegyzés: a kategóriák között lehetnek átfedések

1. A kérdőíves kutatás főbb eredményei

Első lépésként online kérdőíves adatfelvétel keretében mértük fel a jelenlegi helyzetet, abból a célból, hogy pontos képet alkossunk a gyermekvédelmi és szociális szakellátásban élő, kora gyermekkori intervencióban érintett, hat év alatti korosztály létszámáról, ellátás-típusonkénti megoszlásáról, a számukra nyújtott fejlesztő szolgáltatások mennyiségéről, minőségéről, a velük kapcsolatban álló szakemberek kora gyermekkori intervenció ismereteiről, tudásáról. Az ellátottak gondozási helye/ellátási helye szerint három kérdőív került kidolgozásra a következők szerint:

1. A nevelőszülői hálózatban ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre vonatkozóan.
2. A három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon/gyermekotthoni csoport (korábbi elnevezéssel csecsemőotthon, csecsemőotthoni csoport), illetve integrált intézmény három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egységében ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre vonatkozóan.

3. Fogyatékos személyeket ellátó ápolást-gondozást nyújtó intézmény, integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egységében ellátott, a célcsoportba tartozó gyermekekre (nem csak a szakellátásban élő gyermekekre) vonatkozóan.

A kérdőívet a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság segítségével a három ellátási típus összes intézményének (41 intézmény) és nevelőszülői hálózatának (38 hálózat) címlistájára küldtük ki. A visszaküldött kérdőívek aránya (válaszadói hajlandóság) mindegyik típus esetén magas volt: nevelőszülői hálózatok esetén 87 százalék; három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon/gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége: 88 százalék, ápolást-gondozást nyújtó intézmény: 80 százalék.

A kérdőívekben elsősorban létszámadatokat kértünk összesített formában, illetve néhány kérdést tettünk fel a szolgáltatásokhoz való hozzáférésre, a foglalkoztatottakra és az infrastruktúrára vonatkozóan. A célunk a fontosabb hiányosságok, működési nehézségek teljes körű azonosítása volt.

A kérdőívvel a *nevelőszülői hálózatok* 87 százalékát (33 intézmény) sikerült elérnünk. A hálózatok 63 százaléka állami fenntartású, 29 százaléka egyházi, 8 százaléka civil. A hat éven aluli fogyatékos gyermeket nevelő 563 nevelőszülői család közel fele: 46 százaléka községekben él, amelyből következik, hogy számukra a fejlesztések, terápiák – ahogy a korábbiakban utaltunk is rá – nehezen, hosszabb utazással érhetőek csak el. A megkérdezett hálózatvezetők 54 százaléka mondta azt, hogy a nevelőszülők átlagosan fél és egy órát utaznak a fejlesztésre. Ez a tény eleve megnehezíti, esetenként lehetetlenné teszi számukra a fogyatékos gyermek vállalását. Az állami fenntartó által működtetett hálózathoz tartozó nevelőszülők közül egy hálózatban átlagosan kilenc, míg az egyházi/civil fenntartású hálózatokban négy nevelőszülő él községben, ami rávilágít a fenntartó típusa szerinti hozzáférési különbségekre is.

Három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon/gyermekotthoni csoport, illetve integrált intézmény három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthoni egysége⁷ esetén 14 kitöltött kérdőívet küldtek vissza az intézmények, csupán két intézménytől nem kaptunk adatot. Az intézmények 2/3-a három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthon/gyermekotthoni csoport, 1/3-a integrált intézmény, a fenntartójuk minden esetben az állam. Az intézmények többsége megyeszékhelyen található, a települések jól megközelíthető részén.

A 20 ápolást-gondozást nyújtó intézmény közül (összesen 25 intézmény) a mintánkban 11 volt integrált intézmény ápolást-gondozást nyújtó intézményi egysége, 9 pedig ápolást-gondozást nyújtó intézmény. Mindegyikük fenntartója az

⁷ A leíró adatokban a két ellátástípust együtt kezeljük.

állam. Az intézmények 2/3-a telephelyi peremterületen helyezkedik el, mindössze nyolc van jól megközelíthető, frekvenciánál helyén a településnek.

A nevelőszülői hálózatokban a fenntartó szerinti különbségek mellett méretbeli különbségeket is találtunk. Az egyes hálózatok nagysága között jelentősek a különbségek, a jogviszonyban álló nevelőszülők száma öt és 460 között szóródik. A 33 hálózatban összesen 4471 nevelőszülőt foglalkoztatnak. Közülük 556 nevelő hat év alatti célcsoportba tartozó gyermeket (12 százalék). 147 nevelőszülőnél több ilyen gyermek is elhelyezésre került. A 0–6 éves fogyatékos gyermekek száma a nevelőszülői hálózatokban összesen 692 fő. Közülük 302 lány (44 százalék) és 390 fiú (56 százalék). Korcsoport szerint a legtöbben két évesek. A három éven aluli különleges gyermeket ellátó intézményekben lévő 0–6 éves gyermekek száma összesen 158, közülük 81 lány (51 százalék). Itt a 0–6 hónapos gyermekek vannak a legtöbben. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a 0–6 éves fogyatékos gyermekek száma ennél is kevesebb, összesen 127 fő, közülük felülreprezentáltak az egy, a négy és az öt évesek, az egy év alattiak viszont az átlagnál kevesebben vannak. Ebben az intézménytípusban a legalacsonyabb (1/3-os) a lányok aránya.

2. táblázat: Ellátotti létszámok intézménytípusok szerinti megoszlása (fő)

Ellátottak adatai	Nevelőszülői hálózat	Gyermekotthon, integrált intézmény együtt	Ápolást-gondozást nyújtó intézmény
Engedélyezett férőhelyek száma összesen	15061	368	2265
Teljes ellátotti létszám	12799	334	2112
Célcsoportba tartozó gyermekek száma	692	158	124
Célcsoportba tartozó gyermekek aránya a teljes ellátotti létszámhoz viszonyítva (százalék)	5,4%	47%	6%

Az intézményekbe kerülés körülményei

Az intézményekbe kerülés körülményei kapcsán arra kérdeztünk rá, hogy jellemzően honnan érkeznek az ellátott gyermekek az adott ellátási típusba és ennek milyen jellemző okai vannak, mint pl. a gyermek állapotának romlása, ellátási körülmények nehézsége vagy a szükséges fejlesztések és terápiák hiánya.

A bekerülés leggyakoribb oka – vér szerinti családból való bekerülés esetén minden ellátástípusban – a szülők életvitele, szülői elhanyagolás, tehát nem a gyermek állapota. A nevelőszülői hálózatokban a legtöbben közvetlenül a vér szerinti családból kerültek be a jelenlegi gondozási helyre, másodsorban közvetlenül a kórházból. Nevelőszülői ellátásból intézménybe való kerülés legfőbb oka viszont

a gyermek állapotának romlása. A másik nevelőszülőttől való átkerülés esetében pedig a legjellemzőbb az ellátási körülmények nehézsége az adott nevelőszülői családban. A három év alatti különleges ellátási igényű gyermekeket ellátó intézményekbe 60 százalékban a gyermekek a kórházból érkeznek. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekbe pedig elsősorban a vér szerinti családból kerülnek a gyermekek.

Nevelőszülői hálózatokban a célcsoportba tartozó gyermekek aránya az engedélyezett férőhelyszámhoz viszonyítva szignifikáns összefüggést mutat. Míg az állami fenntartó esetén 5,7 százalék, az egyházi/civil fenntartó esetén három százalék a fogyatékos gyermekek aránya az engedélyezett férőhelyszámon belül, azaz az egyházi/civil fenntartói hálózatba tartozó nevelőszülők kevésbé vállalnak célcsoportba tartozó gyermeket.

Fogyatékoság szerint a legtöbben azok vannak a nevelőszülői hálózatokban, akik az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutatnak. Második a gyakorisági sorban a tartós betegség, harmadik pedig a mentális, pszichés sérülés. Az érzékszervi fogyatékos, mozgásszervi fogyatékos gyermekek vannak a legkevesebben. Az esetek 76 százalékában a gyermek fogyatékoságát a nevelőszülőhöz kerülés után diagnosztizálják, a gyermekek több mint felénél (51 százalék) a fogyatékoságot először a nevelőszülő észlelte. Ezek az adatok rávilágítanak az észlelő- és jelzőrendszer működésbeli hiányosságaira is, hiszen a nevelésbe vételt megelőzően már születéstől kezdve számos szakembernek, mint pl. a védőnőnek, házi gyermekorvosnak, vagy a család- és gyermekjóléti szolgálat családgondozójának rálátása lehet a gyermek és családja problémáira és támogatási szükségletére. A két intézményi ellátástípusban szintén fogyatékoság szerint azok a gyermekek vannak a legtöbben, akik az egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutatnak, ugyanakkor azt is mutatják az adatok, hogy a legsúlyosabb állapotú gyermekek az ápolást-gondozást nyújtó intézményekbe kerülnek (ebben az intézménytípusban a legtöbb a kategóriák közti átfedés). (Lásd 3. sz. táblázat)

A gyermekek fogyatékoságát jellemzően inkább az intézménybe kerülés után diagnosztizálják. Mivel a gyermekek a három év alatti különleges ellátási igényű gyermekeket ellátó intézményekbe jellemzően a kórházból kerülnek be, ebből következően a fogyatékoságukat is leggyakrabban a kórház orvosa észleli. Ugyanez igaz az ápoló-gondozó otthonokra is, bár ott a vér szerinti családból való bekerülés a gyakoribb.

3. táblázat: Fogyatékoság típusa intézménytípusok szerint (fő)

Fogyatékoság szerint	Nevelőszülői hálózat	Gyermekotthon, integrált intézmény együtt	Ápolást-gondozást nyújtó intézmény
Mozgásszervi fogyatékos	30	9	53
Érzékszervi fogyatékos	30	7	26
közülük a gyengénlátók száma	12	4	12
nagyothallók száma	9	2	8
vakok száma	1	0	5
siketek száma	3	1	1
siketvakok száma	0	0	0
Értelmi fogyatékosok száma	88	15	81
Beszéd fogyatékosok száma	34	3	71
Halmazottan fogyatékosok száma	21	11	38
Súlyos és halmazottan fogyatékosok száma	12	4	85
Autizmus spektrum zavarral küzdők száma	16	1	4
Mentálisan, pszichésen sérültek száma	100	25	47
Egészséges fejlődéshez képest elmaradást mutat	331	71	90
Tartós betegsége van	117	40	47
Fogyatékos és tartós beteg	23	32	87

Megjegyzés: A fogyatékoság kategóriái között lehetnek átfedések.

Foglalkoztatottsági helyzet az intézményekben – a szakemberhiány jellemzői

A kérdőív a foglalkoztatotti helyzet feltárása kapcsán csak az egyes munkakörök esetében felmerülő hiányosságokra tért ki. *A legnagyobb munkaerőhiány az ápoló-gondozó otthonokban van, ahol az állások 12 százaléka betöltetlen.* Ugyanez az arány a nevelőszülői hálózatokban 10 százalék, míg a három év alatti különleges szükségletű gyermekeket ellátó intézményekben 9,5 százalék. Az ajánlott munkakörök közül a nevelőszülői hálózatokban szám szerint a gyermekgondozók, míg arányaiban *a gyógypedagógusok, fejlesztő pedagógusok hiányoznak leginkább.* A három év alatti különleges ellátási igényű gyermekeket ellátó intézményekben a jogszabályi előírásokhoz képest számosságában leginkább *pszichológus és gyógypedagógus hiányzik az intézményekből.* A szakirányú szakképesítés nélkül szakmai

munkakörben foglalkoztatottak száma magas (15 százalék). Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a kötelező munkakörök közül számszerűen legtöbb munkakör az ápoló-gondozók, illetve a „súlyos fogyatékos személyeket ellátó csoport: pedagógusok” munkakör esetén betöltetlen. Ez utóbbi esetén arányaiban is itt a legnagyobb a probléma (43 százalék).

Infrastrukturális ellátottság, szolgáltatásokhoz történő hozzáférés, egyéni fejlesztési lehetőségek

A hálózatvezetők szerint az infrastrukturális ellátottság terén a legtöbb nevelőszülőt érintő probléma a fejlesztő eszközök hiánya (közel 40 százalék). De nagyon fontos lenne még a személygépkocsi, illetve a gyermek ellátásához szükséges eszközök beszerzése is. A válaszadók szerint a három év alatti különleges szükségletű gyermekeket ellátó intézményekben elsősorban a gyermekek számára lenne szükséges nagyobb lakóteret biztosítani, az ápolást-gondozást biztosító intézményekben szintén ez a legnagyobb probléma, illetve fontos lenne a bútorzatok cseréje is.

A nevelőszülői hálózatokban a célcsoportba tartozó gyermekek 42 százaléka (271 gyermek) részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban, ugyanennyi gyermek kapja meg az összes olyan fejlesztést, amit számára előírtak. 11 százalékuk (70 fő) csak részben kap fejlesztést, 28 gyermek (4 százalék) pedig nem kapja meg a számára javasolt óraszámú fejlesztést. Azoknál a gyermekeknél, akik nem kapják meg a fejlesztést, a legfőbb ok a Pedagógiai Szakszolgálat szakemberhiánya. Szintén a szakemberhiánnyal függ össze, hogy a Pedagógiai Szakszolgálat vizsgálata a kezdeményezéshez képest csak 194 gyermek esetén történt meg három hónapon belül, további 118 esetben 3–6 hónap között. A nevelőszülői hálózatok jellemzően nem tudnak terápiát biztosítani a pedagógiai szakszolgálat által nyújtottól túl, 38 esetben viszont vásárolnak olyan terápiát, amelyet a szakszolgálat nem tud biztosítani. A terápiavásárlás nem mutatott statisztikai összefüggést a fenntartó típusával.

A három év alatti különleges szükségletű gyermekeket ellátó intézményekben a gyermekek 45 százaléka (76 fő) kapja meg a számukra előírt teljes óraszámban a fejlesztést, kicsivel többen, az ellátottak 47 százaléka (81 gyermek) az összes olyan fejlesztést megkapja, amely a fejlesztési tervben szerepel. Viszont négy százalékuk (hét gyermek) csak részben kap fejlesztést, míg három százalék (hat gyermek) nem kapja meg a számára előírt fejlesztéseket – ennek oka részben a Szakszolgálat szakemberhiánya, részben a gyermek állapotromlása. Mindössze egy esetben került sor nem biztosított, de szükséges terápia vásárlására: a gondozási hely gyógypedagógusa biztosítani tudja a leginkább szükséges terápiákat.

Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben ellátottak 46 százaléka (111 gyermek) részesül fejlesztésben a számára előírt teljes óraszámban. 42 százalékuk (102 gyermek) kapja meg az összes olyan fejlesztést, ami a fejlesztési tervben szerepel, 26-an csak részben (11 százalék). Mindössze egy gyermek nem kapja meg a szá-

mára előírt fejlesztést. Az intézményeknek nem kell olyan terápiát vásárolniuk, amit a szakszolgálat ne tudna biztosítani.

A nevelőszülői hálózatokban a fejlesztéseket a szakszolgálat 58 százalékban egyéni formában, 22 százalékban egyéni és csoportos formában, míg 20 százalékban csak csoportos módon oldja meg. Három év alatti különleges gyermeket ellátó intézményekben nagyrészt egyéni formában oldják meg (68 százalék), 22 százalékban pedig egyéni és csoportos formában is. Csak csoportos formában nem történik fejlesztés. Az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a fejlesztések nagyrészt (65 százalék) egyéni formában történnek. 27 százalékban egyéni és csoportos formában egyaránt, 8 százalékban pedig csak csoportos formában.

Nevelőszülői hálózatokban a kapcsolattartás a gyermekkel a legtöbb esetben személyesen történik, de csak havonta. A gyermekek 33 százalékának (230 gyermek) esetében semmilyen kapcsolattartás nincs(!), aminek a legfőbb oka – a vezetők szerint – a szülői érdektelenség. A megkérdezettek 47 százaléka szerint a gyámok jellemzően kéthetente vagy gyakrabban látogatják a gyermeket, ugyanaz az arány a három év alatti különleges gyermeket ellátó intézményekben 61 százalék, ápolást-gondozást nyújtó intézményben viszont csak 35 százalék. A három év alatti különleges szükségletű gyermekeket ellátó intézményekben, illetve az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben a kapcsolattartás leggyakrabban szintén személyes látogatást jelent – legalább heti vagy havi rendszerességgel. Ahol nincs kapcsolattartás, annak a legfőbb oka – a megkérdezettek szerint – szintén főleg az érdektelenség.

Nevelőszülő hálózatokban 2016-ban 25 gyermek került másik nevelőszülőhöz. Az örökbefogadás stációi szerint kijárlás 50 esetben történt, 29 esetben volt barátkozás, 16 esetben történt gondozásba kihelyezés, 36 gyermeket örökbe fogadtak. 37 gyermek távozott a vér szerinti családjába, hazagondozásra 42 esetben volt javaslat, 7 gyermeket családba fogadtak. 8 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 4 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba. A megkérdezett hálózatvezetők szerint ezeknél a gyermekeknél kikerülés után legkevésbé az valószínűsíthető, hogy családban fognak majd élni. Nagykorúvá válásuk után valószínűbb az önálló élet, vagy az intézményes ellátásba kerülés. Három év alatti különleges gyermeket ellátó intézményekben 2016-ban 110 esetben történt javaslat nevelőszülőhöz történő elhelyezésre, 105 gyermek távozott nevelőszülőhöz. Kijárlás 21 esetben történt, 15 esetben volt barátkozás, szintén 15 esetben történt gondozásba kihelyezés, 22 gyermeket pedig végül örökbe fogadtak. Hazagondozásra 25 esetben volt javaslat, 33 gyermek távozott a vér szerinti családjába, 9 gyermeket családba fogadtak. 11 gyermek távozott különleges gyermekotthonba, 12 pedig ápolást-gondozást nyújtó otthonba. A hosszú távú kilátásokat a megkérdezettek jónak ítélik, a legtöbben azt válaszolták, hogy nagy valószínűséggel ezek a gyermekek önálló életet fognak tudni élni. Ápolást-gondozást nyújtó intézményekből családba való távozásra kicsi az esélyük a gyermekeknek: 2016-ban nevelőszülőnél mindössze két gyermeket helyeztek el, illetve két gyermek távo-

zott vér szerinti családba. A megkérdezettek véleménye szerint ezek a gyermekek többségükben nagykorúságuk után is az intézményrendszerben maradnak majd.

2. Az interjúk kutatás eredményei

Egyéni szakértői interjúk

A kutatás keretében nagyon fontos azonosítani, hogy a gyermekvédelmi és szociális szakellátás mely szegmenseiben van szükség korrekcióra, hiányzó feltételek pótlására a hat év alatti gyermekeket érintő korai intervencióval kapcsolatban. Éppen ezért fontosnak tartottuk megvizsgálni, hogy a gyermekotthoni, ápológondozó otthoni, nevelőszülői elhelyezés esetén hozzájutnak-e a gyermekek az egyéni szükségleteikhez igazodó fejlesztésekhez. Mindezen problémák feltárására öt egyéni és öt csoportos interjú készült. A szakemberek kiválasztása szakértői mintavétellel valósult meg, ebben a Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság szakértői voltak segítségünkre.

Mind az egyéni, mind a csoportos interjúk célja az volt, hogy feltárjuk – a döntéshozók és a szakemberek véleménye alapján – a célcsoporttal foglalkozó nevelőszülői és intézményes ellátásban dolgozók színvonalasabb feladatellátásának biztosításához szükséges infrastrukturális feltételeket, HR kapacitásokat, a rendelkezésre álló vagy éppen hiányzó szakmai módszerek körét, azonosítva a fejlesztési igényeket és a hiányterületeket.

Az egyéni szakértői interjúkban leginkább az szerettük volna feltárni, hogy milyen területeken szükséges a különleges ellátási igényű 0–6 éves gyermekeket ellátó intézmények kapacitásainak bővítése, és ez milyen infrastrukturális és humán erőforrás feltételek biztosításával segíthető elő. Kíváncsiak voltunk a különböző háttérrel rendelkező szakértők esetében arra is, hogy a gyermekekkel foglalkozó szakembereknek milyen szakmai segítségekre, továbbképzésekre lenne szükségük, illetve, hogy a gyermekek családban való nevelkedése hosszabb távon hogyan lenne megoldható. Három döntéshozatalban érintett szereplővel (EMMI, SZGYF), egy fogyatékkal élők támogatásával foglalkozó civil szervezet képviselőjével, illetve egy gyógypedagógiai képzésben oktató szakemberrel készítettünk interjút.

A gyermekvédelem irányításában dolgozó döntéshozó szakértő elmondása szerint a 0–6 éves célcsoportba tartozó (esetleg speciális helyzetű) gyermekek számára ugyanazok a gondozási helyek állnak rendelkezésre, mint az idősebb életkorú, illetve nem fogyatékos gyermekek számára: elsősorban a nevelőszülői ellátás, vagy ha erre nincs lehetőség, a gyermekotthoni vagy az ápolást-gondozást nyújtó intézmények. A hat éven aluli fogyatékos gyermekek esetében is arra törekszik a gyermekvédelem, hogy nevelőszülőnél kerüljenek elhelyezésre. Ez komoly nehézségekbe ütközik, ha a gyermek súlyos fogyatékos vagy halmozottan

fogyatékos, vagy emellett olyan tartós betegséggel küzd, amely speciális ellátást, szaktudást igényelne a nevelőszülőktől.

Az elérhető alapszolgáltatások hiánya és az információhiány ugyanúgy érinti a vér szerinti szülőt és a nevelőszülőt, vagyis a speciális helyzetű gyermekek családban tartása, illetve nevelőszülői családba történő elhelyezése ugyanazokkal a problémákkal terhelt. A szakembereknek a szociális ellátórendszerrel és a fogyatékoságügyről való tudásának a hiánya ugyanúgy tapasztalható a családsegítés és a gyermekjóléti alapellátás területén dolgozó szakembereknél, mint a gyermekvédelmi szakellátásban (pl. a nevelőszülői tanácsadóknál). A minőségi és mennyiségi humánerőforrás-igényeket nem képes a rendszer biztosítani sem az életkori különbségek, sem a gyermekek állapotához igazodóan.

Az intézmények felszereltségének színvonala is úgy tűnik, hogy inkább múlik azon, hogy az intézmény vezetője mennyire képes külső forrásokat teremteni ehhez, semmint a fenntartón. Az egyházi, de még inkább a civil szervezetek által működtetett támogatások képesek helyi szinten a legjobb célzottságot biztosítani, és a legrugalmasabban reagálni a felmerülő igényekre. A civil fenntartók a legrosszabbul finanszírozott szervezetek, és jelentősebb változások esetén ezek képesek erőforrásaikat a legkevésbé átcsoportosítani.

A gyermekvédelmi gyámság rendszerével szemben komoly kritikákat fogalmaztak meg a szakemberek, problémásnak, és egyesek akár szükségtelennek is tartják azt.

A szakértők véleménye az ápolást-gondozást végző otthonokban elhelyezett fogyatékos gyermekek helyzetével kapcsolatban megoszlott. Az egyik álláspont szerint erre az elhelyezési típusra is szükség van, de gyermek-központúbbá kellene tenni az ott biztosított ellátásokat és körülményeket, egyformán jó színvonalú ellátást kell biztosítani mindegyik intézménytípusban, a másik vélemény szerint viszont a gyermekeket nem lenne szabad ezekben az otthonokban elhelyezni, mert minden gyermeknek joga van gyermekeknek fenntartott intézményrendszerben élni.

Csoportos szakértői interjúk

Az 5 csoportos interjú keretében minden egyes csoportba állami és nem állami intézmények képviselői is meghívásra kerültek, illetve a nevelőszülői csoport kivételével gyermekvédelmi gyám is részt vett a beszélgetéseken. Mindegyik csoport 5-8 fős volt. Három csoport a fővárosban került összehívásra, kettő pedig Debrecenben az alábbiak szerint:

1. csoport: ápolást-gondozást nyújtó intézmények vezetői, szakemberei (helyszín: Budapest)
2. csoport: integrált intézmények teljes körben (hat intézmény képviselői) (helyszín: Budapest)
3. csoport: nevelőszülői csoport Hajdú-Bihar megyében működő szakemberekkel (helyszín: Debrecen)

4. csoport: nevelőszülői ellátásban érintett hálózatvezetők, nevelőszülői tanácsadók (keleti országrész: BAZ, SZSZB és HB megye képviselői) (helyszín: Debrecen)
5. Három éven aluli gyermekek ellátását biztosító különleges gyermekotthon vezetői, szakemberei és gyermekvédelmi gyámok (helyszín: Budapest)

A következőkben az egyes területek mentén ismertetjük a főbb eredményeket.

Nevelőszülői hálózatok

A nevelőszülői hálózatok munkatársaival készült interjúk⁸ alapján azt mondhatjuk, hogy a hálózatok működését jelentősen befolyásolja, hogy állami vagy egyházi fenntartásúak-e. Szakemberhiány mindkét rendszerben tapasztalható, de a megkérdezett képviselők az állami fenntartású intézményeken belül jeleztek inkább rendkívül súlyos helyzeteket. Kritikus szintű szakemberhiányról számoltak be, pszichológusok, gyógytornászok, gyógypedagógusok, fejlesztő pedagógusok, logopédusok, konduktorok, mozgásterapeuták hiányoznak az ellátórendszerből, amely jelentősen befolyásolja a 0–6 éves célcsoportba tartozó, speciális helyzetű gyermekek ellátásának színvonalát.

Ugyancsak nehezíti a magas szintű szakmai munkát az adminisztrációs munkatársak alacsony száma és túlterheltsége. Az interjúalanyok elmondása szerint a gyermekek helyzetében bekövetkezett gyakori változások rendkívül nagy adminisztrációs terheléssel járnak, amelynek következtében a meglévő foglalkoztatotti létszám a szolgáltatásokhoz való hozzáférést, az információnyújtást és tájékoztatást csak az elvártnál alacsonyabb hatékonysággal és színvonalon képes végezni.

Ugyancsak problémás, hogy az ellátásban (mind az alapellátásban, mind a gyermekvédelmi szakellátásban) dolgozó fejlesztő szakemberek rendkívül leterheltek, a nevelőszülőknél elhelyezett gyermekek ellátására gyakran csupán minimális energia jut. Mivel a nevelőszülői ellátásban a gyógypedagógus/fejlesztő pedagógus, valamint a pszichológus nem szerepel a kötelezően biztosítandó szakmai létszámban, így – különösen az állami fenntartók esetében – a nevelőszülői hálózat mellé nincs ilyen szakember rendelve. Emiatt a szakszolgáltatónál vagy a gyermekotthoni rendszerben dolgozó segítő szakembereknél próbálják szolgáltatáshoz juttatni a nevelőszülőnél élő gyermekeket, de a kapacitások nem elegendők. Ugyanez igaz az alapellátásra, a pedagógiai szakszolgáltatokra is, ahol szintén súlyos kapacitáshiány tapasztalható.

A nevelőszülői hálózaton belül rendkívül hiányoznak a gyógypedagógiai végzettségű szakemberek, illetve rendkívül fontos szükségletként említették a résztvevők, hogy fontos lenne, ha a nevelőszülői hálózaton belül is elérhetőek lennének

⁸ Hat nevelőszülői hálózat képviselőjével, illetve négy fő nevelőszülővel készült csoportos interjú. A hálózatok képviselőinek kiválasztása során törekedtünk arra, hogy mind a fenntartók, mind pedig a földrajzi térségek szerint is képviseltessek magukat az intézmények az észak-alföldi régióból.

bizonyos fejlesztő, elsősorban mozgásterápiás, gyógytornász szolgáltatások, amelyek jelentősen megkönnyítenék a nevelőszülők helyzetét is. Ez annál is inkább fontos lenne, mert elkerülhetővé válna, hogy a nevelőszülők kényszerből saját maguk alkalmazzanak olyan, elsősorban mozgásfejlesztő terápiákat, amelyeket csak szakemberek végezhetnének.

Jelentős probléma, hogy a gyermekek túl könnyen kerülnek gyermekpszichiátriai ellátásba, és kapnak ezzel együtt gyógyszeres kezeléseket a hiányzó szakpszichológusi ellátás, és a rendszerben dolgozók leterheltsége miatt.

A gyermekvédelmi szakellátásba ideiglenes hatályú elhelyezéssel bekerülő 0–6 éves gyermekek esetében nehézséget jelent, hogy a rendszer nem képes az egészségi állapotukról pontos diagnózist adni a nevelőszülők számára, ezért gyakran előfordul, hogy a nevelőszülők csak a későbbiekben szembesülnek azokkal a nehézségekkel, amelyek egy beteg gyermek gondozásával járnak. Ez gyakran eredményezi, hogy a továbbiakban nem vállalják a gyermek gondozását, ami a gyermek gondozási helyének megváltoztatását eredményezi.

A 0–6 éves speciális helyzetű gyermekeket befogadó nevelőszülőknek jó a kapcsolatuk a gyermekvédelmi gyámokkal, de gyakran nem tekintik kompetensnek a személyüket, illetve egyöntetűen nem jól működőnek jellemezték a rendszert, amely lassítja, hátráltatja a munkájukat, olykor pedig a szülői munkájuk korlátozásaként élik meg a gyermekvédelmi gyámok beavatkozásait.

A speciális helyzetű gyermekeket befogadó nevelőszülők jóval több figyelmet, több képzést, tájékoztatást, személyes felkészítést igényelnének, motivációjuk erősítését, a félelmeik kezelését, ahhoz, hogy az ilyen helyzetű gyermekek biztonsággal nevelkedhessenek a segítségükkel.

Három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthonok

Három éven aluli gyermeket ellátó különleges gyermekotthonok képviselőitében hét intézmény vezetője vett részt a csoportos interjú az ország különböző régióiban működő gyermekotthonokból, amelyek méretükben és szervezeti felépítésükben is sok különbözőséget mutatnak. Jellemzően kisebb létszámban fogadnak különleges ellátási igényű gyermekeket, többségében 8-17 fős kapacitással dolgoznak. Két nagyobb intézmény is képviselte magát. Ezeknél (az összes ellátási formát tekintve) 40, illetve 70 fő fölötti létszám befogadására van lehetőség. Az ellátás az esetek többségében anya és gyermeke együttes elhelyezésével történik, itt az infrastrukturális körülmények színvonalában vannak számottevő eltérések: van, ahol egy-egy családnak szinte teljesen különálló élettér áll rendelkezésére, máshol inkább kollégiumszerű az elhelyezés, a főzés és a tisztálkodás közös használatú helyiségekben történik. Az ellátott gyermekek életkorát tekintve is nagy a szórás, egyes gyermekotthonokban csak a 0–3 éves korosztályt fogadják (tartós betegség vagy fogyatékoság esetén 0–6 éves korig), máshol az ellátás kiegészül lakásotthoni csoporttal, ahol akár 24 éves korú, utógondozói ellátásban részesülő ellátottak is lehetnek.

A különleges ellátást nyújtó otthonokba való bekerülés oka a megkérdezett szakemberek szerint alapvetően két nagyobb csoportba osztható. Jelentős hányadot képviselnek azok az esetek, amikor a gyermek alacsony életkora teszi szükségessé a különleges ellátást, a másik – nagyobb – csoportba pedig a születési állapotbetegséggel élő, vagy a korai gyermekévekben diagnosztizált tartós betegséggel vagy értelmi fogyatékossgal élő gyermekek tartoznak.

A megkérdezett szakemberek szerint a különleges ellátást nyújtó gyermekotthonokban a működés többnyire kielégítő, de egyrészt sok területen fejlesztésre szorul, másrészt a kielégítő működéshez számos esetben nem elég a rendszer által biztosított források és eszközök törvényi keretek mentén történő alkalmazása, jelentős mértékben múlik a működés zavartalansága az intézményekben dolgozó szakembereken, vezetőkön, az ő szakmai elhivatottságukon, munkakörüikön sok esetben messze túlmutató áldozatkészségükön.

A csoportos interjúból kirajzolódó általános nehézségeket és fejlesztési szükségleteket tekintve legfontosabbnak a szakemberhiány emelhető ki, illetve fontos lenne a gyermekközpontú feladatellátás mellett a szülőt (vagy a lehetséges nevelőszülőt) is támogató család-központú gondolkodás megiszilárdítása.

Integrált intézmények

A szociális és a gyermekvédelmi törvény⁹ hatálya alá tartozó ellátásokat egyaránt nyújtó integrált intézményeket vizsgáló fókuszcsoporthoz tartozó interjú az ország hat különböző régiójában működő intézmények vezetői, illetve egy gyermekvédelmi gyámi feladatkörben dolgozó szakember vett részt. Az intézmények mindegyike több telephelyen működik, jellemzően korábban különállóként létező egységek összevonásával jöttek létre, az új szervezeti struktúra elődintézménye több esetben is egészségügyi gyermekotthonként működött. A szolgáltatási paletta a jelenlegi struktúrában széles, a legtöbb intézményben háromnál több ellátási forma működik, például 0–3 éveseket ellátó különleges gyermekotthoni ellátás, gyermekotthon, lakásotthon, különleges lakásotthon, fogyatékos személyeket befogadó otthon, pszichiátriai és mentálhigiénés tagintézmény.

A vizsgált intézmények a férőhelyek számát tekintve 80–140 fősek, a vizsgált célcsoport tekintetében többnyire középsúlyos vagy súlyos, halmozottan fogyatékos gyermekek gondozását végzik. Az Szt. és a Gyvt. hatálya alá tartozó kliensek száma nagyjából kiegyenlített. A vizsgált célcsoporthoz tartozó ellátottak kor szerint a 0–18 éves korcsoportba tartoznak, de a legtöbb intézményben van utógondozói ellátott is.

A fogyatékkal élő kiskorúak bekerülése a Tanulási Képességet Vizsgáló Szakértői és Rehabilitációs Bizottság véleménye alapján történik. Az ellátott gyermekek túlnyomó többsége gyermekvédelmi gondoskodás alatt áll, az intézményve-

⁹ 1993. évi III. törvény a szociális igazgatásról és szociális ellátásokról, illetve 1997. évi XXXI. törvény a gyermekek védelméről és a gyámügyi igazgatásról

zetők beszámolója szerint nagyjából fele-fele arányban kerülnek be közvetlenül megszületésük után a kórházból, illetve később – a szülő kérésére.

Több szakember is beszámolt arról a tapasztalatról, hogy az utóbbi időben megnövekedett a nevelőszülőktől bekerülő gyermekek száma. Ezzel együtt az is tendencia, hogy egyre később kerülnek be a gyermekek a rendszerbe, a szakemberek véleménye szerint azért, mert a szülők, nevelőszülők a rendelkezésre álló szolgáltatásokra támaszkodva megkísérlik a gyermek családon belüli ellátását, gondozását, de végül a súlyosbodó problémák miatt – jellemzően a gyermek 6–8 éves korában, ritkábban a nagykorúság idején – mégis az intézményi elhelyezés mellett döntenek.

Az integrált intézmények működésének infrastrukturális körülményei fejlesztésre szorulnak, itt elsősorban az ingatlanok belső tereinek az ellátási feladathoz alkalmazkodó átalakítása, illetőleg általánosságban az állagmegóvó, állagjavító intézkedések szükségessége merült fel. A finanszírozási hiányosságok az eszköz-ellátottság tekintetében is megmutatkoznak, az interjúalanyok egybehangzó tapasztalata, hogy a rendszerszintű (kölségvetési) források nem biztosítanak megfelelő háttérrel a tárgyi eszközök beszerzéséhez és elhasználódás miatt szükséges cseréjéhez. Ugyanígy szintén csak a civil szféra, illetve a piaci szereplők és a lakosság támogatásával tudják az intézmények a minimálisan túlmutatató tárgyi fejlesztéseket megoldani, illetve a szolgáltatási palettát a kötelező alapszolgáltatások mellett alternatív programokkal és módszerekkel kiegészíteni.

Megjegyzendő azonban, hogy az általánosan rossz és romló pénzügyi és szakember-ellátottságot érintő folyamatok mellett kedvező tendencia az intézmények javuló, egyre inkább segítő alapú, értékteremtő viszonya a civil és a versenyszférához.

A humánerőforrás-hiány rendkívül kritikus probléma a megkérdezett szakemberek mindegyike szerint. Elsősorban a betöltetlen álláshelyek jelentenek problémát, illetve ebből adódóan a foglalkoztatottak képzése és az ellátandó feladatok közötti összehangolatlanosság. A probléma maradéktalan orvoslására a szakma presztízsének javítása, a hatékony bérrendezés és a munkafeltételek újragondolása lenne szükséges, illetve a területen szociális végzettséggel dolgozó munkavállalók képzésének kiegészítése a hatékony működéshez elengedhetetlenül szükséges egészségügyi ismeretekkel.

Ápolást-gondozást biztosító intézmények

Az ápolást-gondozást biztosító intézményekben¹⁰ gyermekek és felnőttek egyaránt kapnak elhelyezést. A vizsgált ellátóhelyek változatos létszámmal működnek, többségükre a 100 főt meghaladó kapacitás jellemző, két intézményben

¹⁰ A fókuszcsoporthoz interjú keretében az ország hét különböző régiójában működő, állami és egyházi fenntartású intézmények vezető szakemberei, illetve egy fő gyermekvédelmi gyámi feladatkört ellátó szakember válaszolt az általuk nyújtott ellátás jellemzőit érintő kérdésekre.

a 200-at is meghaladja az ellátottak száma, és csak egy intézmény működik 100 alatti (85 fős) létszámmal. Ez a szám azonban az összes ellátott számát mutatja, a gondozott gyermekek létszáma az intézmények mindegyikében ennek csak kisebb hányadát teszi ki. A kiskorúak száma 30-60 körüli, ebből a 0-6 évesek legmagasabb létszáma 20 fő, de van olyan intézmény is, ahol ebből a korosztályból mindössze 4 fő gondozott van. A kiskorú ellátottak középsúlyos, illetve túlnyomórészt súlyos, halmozottan sérült értelmi fogyatékos státuszúak, többségük gyermekvédelmi gondoskodás alatt áll.

Az ápolást-gondozást nyújtó intézmények vezetőinek tapasztalatait rendszerezve kijelenthető, hogy a 2013-as törvényi változások – melyek értelmében ekkortól a fogyatékkal élők ápolás-gondozási intézményben történő ellátásához szükséges szakmai tartamú szolgáltatásokat (gyógypedagógiai, fejlesztő stb. szolgáltatások) az intézmények nem saját működési kereteiken belül biztosítják. Ezen feladat ellátása átkerült a pedagógiai szakszolgálatokhoz a szakemberekkel együtt – a szakemberek szerint ezek a változások az intézmények működésében, a nyújtott ellátás színvonalában, szakmai tartalom és elérhetőség tekintetében egyaránt komoly nehézségeket okoznak, több területen visszalépést jelentenek.

Az intézmények infrastrukturális körülményei az otthonul szolgáló ingatlanokat tekintve kielégítő, de – kivált a férőhelyek és a foglalkoztató helyiségek száma és felszereltsége fejlesztésre szorul. A szakember-ellátottság terén szinte minden intézmény kritikus nehézségekkel küzd létszámban és képzettség terén egyaránt. Ugyanígy problémás a gondozottak szállítása, a logisztikai feladatok ellátása is, elsősorban az eszközhiány miatt.

Az együttműködések minősége nagyban függ a részrendszerekben dolgozók informális kapcsolataitól, ami jelentős bizonytalanságot eredményez a működésben, ennek csökkentése érdekében a folyamatok szabályozásának újragondolása, mindenekelőtt a bürokratikus és adminisztratív terhek csökkentése lenne kívánatos. Szükségesnek látszik a szolgáltatások újraszervezése (ápoló-gondozó intézményekhez rendelése) mellett a szakmai dolgozók bérének rendezése is.

A legfontosabb fejlesztési irány a súlyos fogyatékkal élő gyermeket nevelő családok technikai, gyakorlati és érzelmi felkészítése, hatékony és adaptív támogatása annak érdekében, hogy a fogyatékkal élő gyermekeknek – csupán az ellátási nehézségek miatt megvalósuló – családból történő kiemelése minél nagyobb számban elkerülhető legyen.

Összegzés

A súlyos, halmozott fogyatékossgal élő, tartós betegséggel küzdő gyermek családban történő nevelését illetően a vér szerinti szülő és a nevelőszülő azonos helyzetben van: nincsenek vagy nem elégségesek az elérhető szolgáltatások, hiányoznak a nappali ellátások. A szülőket, nevelőszülőket segítő szakemberek szakmai tudása és információi e tekintetben kiegészítésre szorulnak. Tehát elsősorban az alapszolgáltatásokat kell megerősíteni, a szolgáltatásokat helybe hozni annak érdekében, hogy a speciális helyzetű gyermekek a családban, illetve a nevelőszülői családban maradhassanak, és ne legyen szükség intézményes elhelyezésükre.

A vér szerinti családból a speciális helyzetű gyermekek két úton kerülhetnek az intézményes ellátásba:

1. A vér szerinti családjukban valamilyen okból veszélyeztetett vagy elhanyagolt gyermekek veszélyeztetettségük, ellátatlanságuk okán kerülnek a szakellátásba, köztük lehetnek és vannak olyan gyermekek, akik súlyosan vagy halmozottan fogyatékosok, tartós betegséggel küzdenek. Továbbá, ha a szülő jogi értelemben lemond a gyermekéről, tehát szülői felügyeleti joga megszűnt, akkor a kiskorú a gyermekvédelmi szakellátásba kerül. A szakellátásba bekerülő gyermekek elhelyezésére a megyei/fővárosi szakértői bizottság szakmai véleménye alapján tesz javaslatot a területi gyermekvédelmi szakszolgálat, ami a gyermek állapotának, szükségletének megfelelően lehet nevelőszülő, különleges gyermekotthon vagy ápolást-gondozást nyújtó Szt. hatálya alá tartozó intézmény is.
2. Ha a szülő csupán a gyermek gondozásáról, neveléséről mond le, mert már nem tudja ellátni gyermekét, és az ő kérésére kerül intézménybe, az nem érinti a szülői felügyeleti jogát, a gyermek nem lesz szakellátott, így fogyatékoságára tekintettel ő csak ápolást-gondozást nyújtó intézménybe tud kerülni.

Súlyos anomália, hogy egyes esetekben – az ápolást-gondozást nyújtó intézményekben jellemző hosszú várólista miatt – a szülők azért kérik gyermekük gyermekvédelmi szakellátásba vételét, mert abban reménykednek, hogy így hamarabb jutnak intézményi férőhelyhez. Minden eszközt meg kell ragadni ennek a helyzetnek a megszüntetésére.

Kutatási eredményeink jelzik, hogy a gyermekek túl könnyen kerülnek gyermekpszichiátriai ellátásba és kapnak gyógyszeres kezeléseket. Mindennek háttere a hiányzó szakpszichológusi ellátásban és a rendszerben dolgozó szakemberek leterheltségében keresendő.

A gyermekvédelmi szakellátásban lévő 0–6 éves súlyos vagy halmozottan fogyatékos, tartós betegséggel küzdő kisgyermekek intézményi elhelyezése jelenleg kétféle intézményben is történhet: 0–3 éveseket ellátó különleges gyermekotthonban, illetve Szt. hatálya alá tartozó fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában. Ezzel kapcsolatban két probléma merül fel. Egyrészt a párhuzamos rendszerek

működtetése nem lehet hatékony, működési anomáliákat okozhat, adott esetben a speciális támogatást igénylő hat év alatti gyermekek ellátásának szükségességét a „csecsemőotthonok” megléte indokoltságának alátámasztásához is használják. Másrészt szakmailag elfogadhatatlan és nem indokolható, hogy a gyermekvédelmi intézményekben jobb feltételeket ír elő a jogszabály (mind a tárgyi, mind a személyi feltételek tekintetében), mint a fogyatékosok ápoló-gondozó otthonában. Ezért cél kellene, hogy legyen az egységes intézményi feltételrendszer kialakítása (akár a gyermekvédelmi, akár a szociális ellátórendszerben találjuk meg a helyét) annak érdekében, hogy azonos állapotú, azonos ellátási szükségletű gyermek ugyanolyan egységesen jó színvonalú ellátásban részesüljön, akár él a szülő szülői felügyeleti joga, és csak a gondozását-nevelését nem tudja vállalni, akár gyermekvédelmi szakellátott a gyermek, mert vér szerinti családjában valamilyen okból veszélyeztetve volt. Ne legyen párhuzamosság, különös tekintettel az ellátórendszer kapacitáshiányára, hiszen ily módon a forrásokat nem lehet koncentrálni, és szakembereket sem lehet megfelelő számban találni.

Irodalom

- Kereki, J. (2015): A koragyerekkori intervenció rendszere – utak és kapcsolódások *Gyermeknevelés*, 3(2) 55–76.
- Kereki, J. (2017a): *Utak. A kora gyermekkori intervenció rendszerszintű megközelítése*. ELTE Bárczi Gusztáv Gyógypedagógiai Kar, Budapest.
- Kereki, J. (2017b): Fejlesztési célok és irányok a kora gyermekkori intervencióban. *Gyógypedagógiai Szemle*, 44(2) 93–113.
- Kereki, J. – Lannert, J. (2009): *A korai intervenció rendszer hazai működése, kutatási zárótanulmány*. http://www.t-tudok.hu/file/korint/korint_2009.pdf, letöltve: 2017. június 10.
- Kézenfogva Alapítvány (2016): *Otthont mindenkinek! program – Zárótanulmány*. http://kezenfogva.hu/files/kezenfogva/otthont_mindenkinek_zarotanulmany.pdf, letöltve: 2018. augusztus 26.
- KSH (2017): *Stadat: 2.5.9.2. A gyermekvédelmi szakellátásban részesülő fiatalok 2010–2017*. https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_fsg013.html, letöltve: 2018. augusztus 26.
- Szociális és Gyermekvédelmi Főigazgatóság (2016): *Területi Gyermekvédelmi Szakszolgálat statisztikai adatai*. Budapest.

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE A GAZDASÁGI TELJESÍTMÉNY ÉS A TÁRSADALMI HALADÁS MÉRÉSÉRŐL*

2009. szeptember 14.

Szerzők:

JOSEPH E. STIGLITZ, a Bizottság elnöke
AMARTYA SEN, a Bizottság főtanácsadója
JEAN-PAUL FITOUSSI, a Bizottság koordinátora

A Bizottság tagjai:

BINA AGARWAL, KENNETH J. ARROW, ANTHONY B. ATKINSON,
FRANCOIS BOURGUIGNON, JEAN-PHILIPPE COTIS, ANGUS S. DEATON,
KEMAL DERSIS, MARC FLEURBAEY, NANCY FOLBRE, JEAN DARREY,
ENRICO GIOVANNINI, ROGER GUESNERIE, JAMES J. HECKMAN,
GEOFFREY HEAL, CLAUDE HENRY, DANIEL KAHNEMAN,
ALAN B. KRUEGER, ANDREW J. OSWALD, ROBERT D. PUTNAM,
NICS STERN, CASS SUNSTEIN, PHILIPPE WEIL

2. FEJEZET – ÉLETMINŐSÉG¹

1. Bevezető

65. Az életminőség tágabb fogalom, mint a gazdasági termelés és az életszínvonal. Mindazon változókat magában foglalja, amelyek befolyásolják, hogy mit tartunk értékesnek az életben, jóval túlmutatva az anyagi vonatkozásokon. Míg a gazdasági elszámolások bizonyos kiegészítéssel lehetővé teszik, hogy a gazdasági jólét mutatóiban megjelenjen az életminőséget befolyásoló változók némelyike, az erőforrásokon (vagy az emberek áruk feletti rendel-

* Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress
Chair: Professor Joseph E. Stiglitz, Columbia University, USA (Nobel Prize for Economics)
Chair Adviser: Professor Amartya Sen, Harvard University, USA (Nobel Prize for Economics)
Coordinator: Professor Jean-Paul Fitoussi, Institut d'Etudes Politiques de Paris, France
Chapter 2: Quality of Life <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>

A Jelentés Vezetői összefoglalóját az előző számunkban közzeltük (a szerk.).

¹ A leírt állításokat alátámasztó hivatkozások és bizonyítékok a kapcsolódó mellékletben találhatóak. <http://ec.europa.eu/eurostat/documents/118025/118123/Fitoussi+Commission+report>

kezésén) alapuló minden megközelítés több szempontból is korlátozott marad ezen a téren. Először is, az erőforrások olyan eszközök, amelyek egyéntől függően különböző módokon alakíthatók át jólétre: azok a személyek, akik jobban tudnak örülni, vagy nagyobb tehetségük van ahhoz, hogy az élet értékes területein eredményeket érjenek el, jobban élhetnek akkor is, ha kevesebb gazdasági erőforrással rendelkeznek. Másodszor, sok erőforrás nem érhető el a piacon, vagy ha igen, akkor a költségeik egyénenként eltérőek lehetnek, emiatt nehezen összevethetőek a reáljövedelmek. Végül pedig sok, az emberi jólétet meghatározó dolog az emberek életkörülményeinek különböző aspektusait képviseli: ezeket nem lehet kiszámolható árakkal rendelkező erőforrásokként leírni, még akkor sem, ha az emberek ezeket átváltják egymásra. Önmagában ennyi érv is elegendő ahhoz, hogy belássuk, az erőforrások nem elégséges mérőeszközei az életminőségnek. Az, hogy az életminőség értékeléséhez milyen mérőeszközt használjunk ezek helyett, azon múlik, hogy milyen filozófiai megközelítést választunk.

66. A filozófiai gondolkodásban ugyan hosszú múltra visszatekintő hagyományos problémakör, hogy mi adja az élet minőségét, a legújabb kutatási eredmények alapján új és hiteles mutatók születtek. Ez a kutatási irány azt állítja, hogy nem csak a fejlődő országokkal kapcsolatban merülhet fel a gazdasági erőforrásokon túli mutatók iránti igény (mint amire az „emberi fejlődéssel” foglalkozó munkákban a közelmúltban koncentráltak), a gazdag, iparosodott országokban még fontosabbak lehetnek az ilyen jelzőszámok. A megszokott gazdasági indikátorokat nem kell *lecserélni* ezekre a mutatókra, viszont ezek lehetőséget adnak arra, hogy *gazdagítsuk* a szakpolitikai diskurzust, és tájékoztassuk az embereket annak a közösségnek az állapotáról, amelyben élnek. Még fontosabb, hogy ezek az új mutatók átkerüljenek a kutatásokból a sztenderd statisztikai gyakorlatba. Egyes mutatók olyan strukturális feltételeket tükröznek, amelyek időben viszonylagosan állandóak, de jellemzően különböznek országonként, mások jobban függenek szakpolitikáktól, és jobban használhatók rövidebb idő alatt történt változások monitorozására. Mindkét típusú indikátornak fontos szerepe van az életminőség értékelésében.

2. Az életminőség méréséhez kapcsolódó fogalmi megközelítések

67. A Bizottság három fogalmi megközelítést talált hasznosnak az életminőség mérésével kapcsolatos dilemmák során.
- Az első megközelítés, amelyet a pszichológiai kutatásokhoz szorosan kapcsolódva alakítottak ki, a szubjektív jólét fogalmán alapul. Régi filozófiai tradíció szerint az egyén a legalkalmasabb arra, hogy megítélje saját körülményeit. Ez a megközelítés szorosan kötődik az utilitárius hagyományhoz, de annál szélesebb körből merít, hiszen az ősi és modern kultú-

ra megannyi áramlatában megtalálható az a határozott elképzelés, hogy a „boldogság” és az „elégedettség” az emberi létezés univerzális célja.

- A második megközelítés a képességek (capabilities) elméletében gyökerezik. Ez a megközelítés az ember életét különböző „tettek és létezések” (működések) és az adott személy ezen működések közötti választási szabadságának (képességek) kombinációjaként látja. Néhány ilyen képesség meglehetősen alapvető, mint a megfelelő táplálkozás, vagy a korai halál elkerülése, míg mások összetettebbek, mint az aktív politikai részvételhez szükséges műveltség. A képesség megközelítése, amely erősen kötődik a társadalmi igazságosság filozófiai elméletéhez, az ember alapvető céljait helyezi középpontba, valamint azt, hogy tisztelni kell az egyénnek azt a vágyát, hogy kövesse és elérje azokat a célokat, amelyeket fontosnak tart. Ez a megközelítés elutasítja azt a közgazdasági modellt, amiben az egyén a cselekedeteivel – tekintet nélkül a kapcsolatokra és az érzelmekre – az önértékét próbálja maximalizálni; ehelyett a különféle képességek egymást kiegészítő jellegét hangsúlyozza; elismeri az emberek sokféleségét, ami a figyelmünket az etikai elveknek a „jó” társadalom kialakításában betöltött szerepére hívja fel.
- A harmadik megközelítés, amely a közgazdasági hagyományban alakult ki, a méltányos elosztás elvén alapul. A jóléti gazdaságtanban jól ismert alap gondolat szerint az életminőség (a piacon beszerezhető javakon és szolgáltatásokon túlmutató) különféle nem-monetáris dimenzióit úgy súlyozzuk, hogy az tükrözze az emberek preferenciáit. Ehhez a megközelítéshez minden egyes nem-monetáris dimenzióban ki kell választani egy referenciapontot, és meg kell ismerni az emberek aktuális helyzetét, preferenciáit ezekkel a pontokkal kapcsolatban. Ezzel a megközelítéssel elkerülhető az a csapda, amikor az értékelések egy „átlagos” fizetési hajlandóságon alapulnak, amely egyenlőtlenül, inkább a társadalom jobb módú részének preferenciáit tükrözi. Ehelyett a társadalom tagjai közötti egyenlőségre koncentrálhatunk.

68. Ezen megközelítések természetesen különböznek, de vannak bennük hasonlóságok is. A szubjektív jóllét például olykor magában foglalja az összes képességet, amennyiben ezek – az emberek által *értékesnek ítélt* tulajdonságokra és szabadságokra vonatkoznak (amennyiben a képességek erősítése javítja az emberek szubjektív állapotát). Ugyanakkor a képesség megközelítés hívei hangsúlyozzák azt is, hogy nem egyedül a szubjektív állapot számít. Az emberek lehetőségeinek bővülése önmagában is fontos, még akkor is, ha ez nem jelenik meg a magasabb szintű szubjektív jóllétben. Ugyanígy, a képesség és a méltányos elosztás szerinti megközelítések egyaránt az egyes egyének objektív jellemzőin alapulnak, azonban különböznek abban, ahogyan ezeket súlyozzák és összegzik. Bár normatív választás kérdése, hogy ezek közül a megközelítések közül melyiket választjuk, mind arra mutatnak

rá, hogy számos változó fontosabb, mint az erőforrások feletti rendelkezés. Ahhoz, hogy ezeket a változókat mérni tudjuk, olyan adattípusokra (mint a kérdőívre adott válaszok, vagy a személyek állapotának nem-piaci megfigyelései) is szükség van, amelyeket a piaci tranzakciók nem mutatnak.

3. Az életminőség szubjektív mutatói

69. A közgazdászok hosszú ideig feltételezték, hogy elegendő az emberek válaszait megfigyelni ahhoz, hogy információhoz jussunk jóllétükkel kapcsolatban, és hogy ezek a választások megfelelnek bizonyos feltételezések sztenderd rendszerének. Ugyanakkor az elmúlt években sok kutatás foglalkozott azzal, hogy mit tartanak értékesnek az emberek, és hogyan viselkednek a való életben, és ezek rámutattak arra, hogy a közgazdaságtan hagyományos feltevései és a való világ jelenségei nagyban eltérnek egymástól. Ezeket a kutatásokat nagyrészt pszichológusok és közgazdászok végezték, az emberek jólléttel kapcsolatos tapasztalatait és beszámolóit tartalmazó szubjektív adatokból kiindulva.
70. A szubjektív mutatók mindig is részét képezték a közgazdászok és statisztikusok eszköztárának, hiszen a gazdaság és társadalom sok funkcióját az emberek sztenderd kérdésekre adott válaszai alapján mérjük (például a „munkanélküliséget” jellemzően az alapján mérik, hogy a megkérdezettek mit válaszolnak olyan kérdésekre, hogy egy adott héten dolgoztak-e, kerestek-e munkát, vagy munkába tudnának-e állni a közeljövőben). Itt az életminőség szubjektív mutatóinak arról a sajátosságáról van szó, hogy annak, amit az emberek saját állapotukról elmondanak, nincs egyértelmű objektív megfelelője: össze lehet hasonlítani például az infláció „érzékelt” és „tényleges” mértékét, de csak a válaszadók tudnak információt adni saját szubjektív állapotukról és értékeikről. Ezen tulajdonságuk ellenére a szubjektív mutatókkal foglalkozó szakirodalomban széles körben jutnak arra a következtetésre, hogy ezek a mutatók segítenek megjósolni az emberek viselkedését (pl. minél elégedetlenebb egy munkavállaló a munkájával, annál valószínűbb, hogy felmond). Emellett sok más információra vonatkozóan is érvényes állításokat lehet tenni segítségükkel (pl. akik magukat „boldognak” mondják, jellemzően többet mosolyognak, és a körülöttük lévők is boldognak fogják találni őket; az agy elektromos jelei szintén korrelálnak ezekkel az önbevallásokkal).
71. A szubjektív megközelítések különbséget tesznek az életminőség dimenziói és azok között az objektív tényezők között, amelyek befolyásolják ezeket a dimenziókat. Az életminőség szubjektív dimenziói viszont különböző elemekből állnak. Az első az, amikor az emberek saját életüket összességében, vagy különböző szempontok – például család, munka vagy anyagi helyzet – szerint értékeli. Ezekhez az értékelésekhez minden egyes embernek kognitív munkát kell végeznie, számba kell vennie és összegeznie kell az

emberek által fontosnak tartott értékeket (pl. a céltudatosságukat, céljaik megvalósítását és azt, hogy mások hogyan látják őket). A második elemét ezeknek a dimenzióknak az emberek aktuális érzelmi jelentik, mint a fájdalom, az aggodalom és a düh, vagy az öröm, a büszkeség és a tisztelet. Minél közelebbi időpontban számol be valaki ezekről az érzésekről, annál kevésbé torzít az emlékezet, vagy az a társadalmi nyomás, amit az okoz, hogy mit ítélt „jónak” adott társadalom. Az emberi érzéseknek e széles skáláján belül a szubjektív jólléttel foglalkozó kutatásokban megkülönböztetnek pozitív és negatív hatásokat, hiszen mindkettő meghatározza az egyének tapasztalatait.

72. A szubjektív jóllét mindezen elemeit (kognitív értékelés, pozitív hatások és negatív hatások) külön kell mérni ahhoz, hogy az emberek életét megfelelően tudjuk értékelni. Még nyitott kérdés, hogy ezen elemek közül adott szempontból melyek számítanak jobban. A bizonyítékok szerint az emberek egyrészt úgy cselekszenek, hogy elégedettek legyenek választásaikkal, másrészt a választások emlékeken és értékeléseken alapulnak. Ugyanakkor az emlékek és az értékelések vezethetnek rossz választásokhoz, és egyes választások öntudatlanul születnek, nem pedig az egyes lehetőségek előnyei- nek és hátrányainak a mérlegelése eredményeként.
73. Az emberek szubjektív beszámolóit életük értékeléséről és az őket ért hatásokról olyan életminőségmutatókat adnak, amelyeket időben is figyelemmel lehet követni, néhány mutatót pedig országok közötti összehasonlításokban is megbízhatóan használhatunk. Viszont talán még ennél is fontosabb, hogy ezek a mutatók információval szolgálnak arról is, hogy az egyének szintjén milyen változók határozzák meg az életminőséget. Ezek a változók jellemzőket tartalmaznak mind az emberek környezetével, mind az egyén élethelyzetével kapcsolatban, és változhatnak attól függően, hogy milyen szempontból mérlegeljük őket. Például a tevékenységek (mint a közlekedés, a munka, a társas események) a hatások szempontjából lehetnek fontosabbak, míg az élethelyzet (mint a házasság, az elismeréssel járó munka) az élet értékelése szempontjából lehet fontosabb. Ugyanakkor az ilyen mutatók mindkét esetben a jövedelmen túlmutató információkat adnak nekünk. A legtöbb fejlett országban például a fiatalabb és idősebb emberek magasabb értékeket adnak az életükkel kapcsolatban, mint a középkorúak, amely mintázat szöges ellentétben van ugyanezen életkori csoportok jövedelmi szintjével.
74. Az egyetlen terület, ahol a különböző, az emberek jóllétével kapcsolatos mutatók megegyeznek, az a munkanélküliség hatása az életminőségre. A munkanélkülivé vált emberek alacsonyabbra értékelik az életüket, még az után is, ha az alacsonyabb jövedelmükkel korrigáljuk az adatokat, és ez az idővel sem igazán változik; a munkanélküliek gyakrabban számolnak be különféle negatív hatásokról (szomorúság, stressz és fájdalom) és alacsonyabb értéket adnak a pozitívoknak (öröm). Az ilyen szubjektív mutatók-

ból arra következtethetünk, hogy a munkanélküliség ára nagyobb, mint az a jövedelemcsökkenés, ami a munka elvesztésével jár. Egyrészt azt is tükrözik, hogy vannak a munkanélküliekre ható, pénzben nem mérhető következmények, másrészt azt is, hogy a munkanélküliség a társadalom fennmaradó részében is félelmet és szorongást vált ki.

75. A kutatók és a piaci adatszolgáltatók kezdeményezései a szubjektív jóllét mérésében ugyan fontos eredményekhez vezettek, a rendelkezésre álló adatok azonban korlátozottak maradtak a lehetséges statisztikai következtetések szempontjából. A nemzeti statisztikai hivataloknak ezekre az erőfeszítésekre építeniük kell, és a sztenderd felméréseikbe be kell emelniük a szubjektív jóllét különböző dimenzióival kapcsolatos kérdéseket. Emellett longitudinális vizsgálatokat kell elindítaniuk, amelyek segítségével érvényesebb következtetéseket vonhatunk le a különböző tényezők működésének relatív fontosságával kapcsolatban.

4. Az életminőséget alakító objektív tényezők

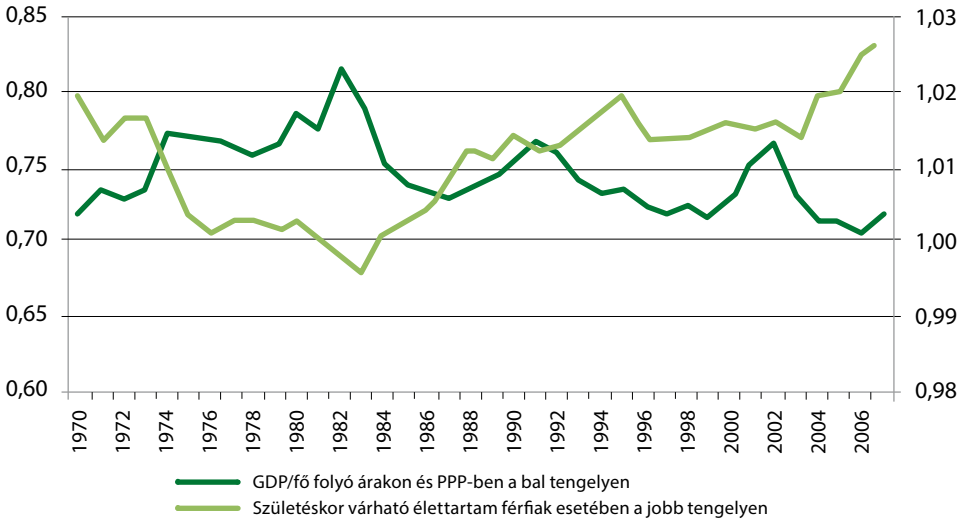
76. Mind a képességek, mind a méltányos elosztás elméletében fontos szerepe van az emberek objektív körülményeinek és a rendelkezésükre álló lehetőségeknek, viszont eltérnek abban, hogy a különböző tényezők közül melyeket tartják értékesebbeknek vagy fontosabbaknak. Bár az egyes objektív tényezőknek van instrumentális értéke a szubjektív jóllét szempontjából, az ember életében mindkét elméleti megközelítés szerint elengedhetetlenül fontos a lehetőségek bővülése ezeken területeken.
77. Hogy mely objektív tényezőket kell figyelembe venni az életminőség értékelése során, attól függ, hogy a vizsgálatnak mi a célja: egy országon belül szeretnénk mérni a körülményekben beállt változásokat, vagy különböző fejlettségi szinten lévő országokat akarunk összevetni ezen jellemzők szerint? Egyes jellemzők azért lehetnek fontosak, mert leírják az egyén állapotát (pl. egészség), míg mások azt tükrözik, hogy az emberek mennyire szabadok abban, hogy az általuk fontosnak tartott célokat elérjék (pl. politikai érdekképviselet). Bár egyértelműen értékalapú az a döntés, hogy mely elemek tartozzanak az objektív körülmények közé, a gyakorlatban a legtöbb témakör megtalálható a különböző országokban és a „jólléttel” foglalkozó felmérésekben, kutatásokban. De a kapcsolódó elméletekben megfogalmazottak is nagymértékben összecsengenek ebből a szempontból.² Általánosságban: minden ilyen, az objektív tényezőkhöz kapcsolódó mutató alapján úgy tűnik, hogy az emberek életében számít, hogy hogyan szerveződik a társadalom, viszont a konvencionális gazdasági erőforrásokat mérő mutatók nem tudják mindezen hatásokat megfogni.

² Lásd például azt a rendszerezést, amelyet az OECD készített a “Global Project on Measuring the Progress of Societies” keretében: <http://www.oecd.org/progress>

4.1. Egészség

78. Az egészség olyan alapvető jellemző, amely mind az élet hosszát, mind az életminőséget befolyásolja. Ahhoz, hogy az egészséget mérni tudjunk, jó mutatókkal kell leírni a mortalitást és a morbiditást, az adatokban mutatkozó hiányosságok azonban jelentősek mind a két területen. Az életkor és nem szerinti halálozási (mortalitási) statisztikák azt mutatják meg, hogy az emberek milyen eséllyel fognak meghalni, valamint használhatók arra is, hogy kiszámoljuk az emberek várható élettartamát. Ezek az indikátorok ma már minden fejlett országban hozzáférhetők, de a fejlődő világ nagy részében csak korlátozottan léteznek – különösen a felnőttek esetében, ami viszont azért is jelent nehézséget, mert ezek nélkül nem lehet megállapítani, hogy hol tartunk az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljaihoz (Millennium Development Goals) képest. Továbbá, az életkorspecifikus halálozási statisztikák vektorok: hogy olyan mutatót kapjunk, ami egy skálán tudja mérni az emberek élettartamát, ahhoz az adatok megfelelő aggregálására, és az országok, illetve időszakok közötti korstruktúrában mutatkozó különbségeket figyelembe vevő sztenderdizálására van szükség. Mivel különböző aggregálási és sztenderdizálási módszerek léteznek, azok különböző eredményekhez és rangsorokhoz vezetnek, amikor az országokat összehasonlítjuk, és a különböző (életkor szerinti) túlélési görbék keresztezni fogják egymást. Ebből az következik, hogy össze kell válogatni többféle halálozási mutatót, majd azokat rendszeresen monitorozni kell. Mindenesetre fontos, hogy az emberek életével kapcsolatos nem-monetáris mutatók jelentősen eltérhetnek a megszokott gazdasági mutatóktól. Franciaországban például alacsonyabb az egy főre eső GDP, mint az Egyesült Államokban, a születéskor várható élettartam viszont magasabb, és a különbség folyamatosan nőtt (1960-ban kevesebb, mint hat hónap volt a különbség, míg 2006-ban közel két év), még akkor is, amikor az Egyesült Államokhoz képest az egy főre eső GDP csökkent (2.1. ábra).

2.1. ábra: Az egy főre eső GDP és a születéskor várható élettartam különbségei az Egyesült Államok és Franciaország között



Jegyzet: A francia értékek és az USA értékek egymáshoz viszonyított aránya (az egynél nagyobb érték azt jelzi, hogy a francia feltételek jobbak. Például 2006-ban az egy főre eső francia GDP az USA szint 82 százaléka volt, ugyanakkor Franciaországban a születéskor várható életkor az USA mutatójánál 1,025 ezrelékkal nagyobb volt.

Forrás: OECD

79. A morbiditással kapcsolatos statisztikák sokkal kevésbé fejlettek, ami hosszú ideje folyó vitákhoz vezetett azzal kapcsolatban, vajon a halálozás csökkenéséhez hasonló csökkenés ment-e végbe a morbiditás terén. A morbiditás jelenlegi mutatói különféle forrásokon alapulnak: az emberek magasságával és súlyával kapcsolatos adatokon, egészségügyi szakemberek diagnózisain, egyes betegségekhez kapcsolódó nyilvántartásokon, népszámlálásokon vagy más felmérések során felvett önbevallásokon. Egyes ilyen mutatók a betegségek, illetve sérülések előfordulását jelölik, mások ezek következményeit, mégpedig abból a szempontból, hogy a következmények mennyiben befolyásolták az egyén működését (ami a kezelés minőségétől is függ). A mutatókban és a mögöttük lévő adatokban mutatkozó eltérések elkerülhetetlenek, hiszen a rossz egészségi állapotnak számos megjelenési formája lehet. Ugyanakkor ez nagyban megnehezíti az egyes országok összevetését, és az emberek morbiditásában bekövetkező változások követését. Ha nem fizikai betegségekről, hanem mentális problémákról beszélünk, annak ellenére még rosszabb a helyzet a mutatók terén, hogy a mentális problémák (legalábbis az enyhébb típusúak) bizonyítottan az emberek nagy részét érintik, és nagy részük bizonyítottan kezeletlen is marad, sőt némely országban növekszik az előfordulási arányuk.

80. Az ember egészsége sok dimenzióból áll össze, így jó néhány kísérlet volt már olyan összefoglaló mutató létrehozására, amely a mortalitást és a morbiditást kombinálni tudja. Számos kombinált egészségindex létezik ugyan, de egyik sem vált általánosan elismertté. Ráadásul mindegyik sokszor elmentmondásos erkölcsi ítéleteken alapul, illetve olyan orvosi feltételek súlyozásán, amelyek legitimitása nem mindig világos.
81. A sokféle egészségmutató nem csak az országok közötti összehasonlítás miatt problematikus, hanem adott országon belüli összehasonlításoknál is. Az egészségügyi állapotban mutatkozó egyenlőtlenségekkel kapcsolatos legújabb kutatások különböző mintázatokat találtak. Először is, az alacsonyabb foglalkozási osztályba tartozók, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel és jövedelemmel rendelkeznek, jellemzően fiatalabban halnak meg, és – rövidebb életük alatt – több betegségtől szenvednek. Másodsor, ezek a különbségek az egészségi állapotban nem csupán a társadalmi-gazdasági ranglétra legalján lévők számára jelentenek rosszabb esélyeket, de a hierarchia minden szintjére kiterjedve „szociális lejtőt” alkotnak. Az Egyesült Királyságban például a várható élettartam egyre magasabb a képzetlen fizikai munkástól a képzetek felé, a fizikaitól a szellemi munkát végzők felé, az alacsonyabb irodai beosztásban dolgozóktól a magasabb beosztásúak felé haladva. Bár ezek az egészségi egyenlőtlenségek egyértelműen számítanak az életminőség értékelésénél, a jelenleg létező mutatók nem teszik lehetővé, hogy összevegyük a különböző országokat az egyenlőtlenség mértéke szerint. Az összehasonlítást az nehezíti, hogy különböznek az egészségügyi eredmények mérésére használt mutatók, a figyelembe vett személyi jellemzők (képzettség, jövedelem, etnikum), az országos méréseket pedig eltérő lakossági mintákon, illetve különböző földrajzi egységeket vizsgálva végzik el.³

4.2. Oktatás

82. A közgazdasági kutatások régóta hangsúlyozzák az oktatás fontosságát, mert ez tudja biztosítani a gazdasági termelés alapjául szolgáló készségeket és tudásokat. Az oktatás azonban önmagában is alakítja az életminőséget, függetlenül attól, hogy milyen hatással van az emberek jövedelmére vagy termelékenységére. Az oktatás nagyon erősen összefügg azzal, hogy az emberek hogyan értékelik az életüket, és ez még akkor is igaz, ha az iskolázottsággal járó magasabb jövedelemmel korrigáljuk az adatokat. Ezen kívül az iskolázottabb emberek jellemzően egészségesebbek, körükben kisebb a munkanélküliség, több társas kapcsolattal rendelkeznek, és sokkal

³ Érdemes megjegyezni ugyanakkor, hogy az egészséggel kapcsolatos társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek feltárására folynak kutatások, például az Európai Uniónak is van egy ilyen munkacsoportja (European Union Working Group in Socio-economic Inequalities to Health).

- inkább részt vesznek mind a politikai életben, mind a civil szférában. Bár a rendelkezésre álló bizonyítékok nem mindig teszik lehetővé, hogy okozati összefüggést állapíthassunk meg az fentebb említett és azokhoz hasonló életminőségdimenziók, valamint az iskolázottság között (pl. a kevésbé egészséges gyerekek valószínűleg gyakrabban hiányoznak az iskolából), konszenzus *van* abban, hogy az iskolázottság egy sor olyan (pénzbeli és nem-pénzbeli) hozadékkal jár, amelyekből mind a tanulásba befektető ember, mind környezete, közössége profitál. Az oktatáshoz kapcsolódó, szélesebb értelemben vett előnyök mértékének felmérése kiemelt kutatási kérdés. Ahhoz, hogy ebben a kérdésben előrébb lehessen jutni, az emberek jellemzőinek jobb mutatóira van szükség több dimenzióban is, és olyan felmérésekre, amelyek hosszabb időn keresztül követik ugyanazt a személyt.
83. A rendelkezésre álló oktatási indikátorok igen széles körűek. Vannak, amelyek a bemeneti változókra (pl. iskolai beiratkozásra, oktatási költségekre és iskolai erőforrásokra) vonatkoznak, és vannak, amelyek az átmeneti és kimeneti változókra (pl. érettségi átlagokra, befejezett iskolai évekre, az emberek olvasási és számolási teljesítményét tükröző sztenderdizált tesztekre). Az, hogy ezek közül az indikátorok közül melyik relevánsabb, függ az adott ország fejlettségétől és az adott felmérés, értékelés céljától. A rendelkezésre álló indikátorok nagy különbséget mutatnak az egyes országok között, a különböző oktatási indikátorok viszont olykor eltérő mintázatokat is előhozhatnak. Bizonyos országok például egyszerre lehetnek kiemelkedők a felsőfokú oktatásban résztvevő tanulókat tekintve, és mutathatnak rossz teljesítményt jelentős számú, főként alacsony társadalmi-gazdasági státuszú családokból származó fiatalok esetében. Ezek az eltérő mintázatok kiegyenlíthetik egymást az összegző mutatókban (pl. iskolarendszerben eltöltött átlagos évek számában), azonban minden életminőség-értékelésben fontosak. Az országos, tanulmányi eredményekben mutatkozó egyenlőtlenségeket mutató mérőszámok különösen figyelmet igényelnek a teljesítményskála alján lévő fiatalok esetében, akiket fenyeget a szegénység, és akik valószínűleg nem tudnak majd felnőttként jól fizető, megbecsült állásokhoz jutni. Mivel a képzettség fontos előrejelzője sok dimenzióknak az egyén életében, minden társadalmi felmérésnek rendszeresen tartalmaznia kell a válaszadók és szüleik tanulási tapasztalataival kapcsolatos információkat is, az egyéb életminőséget befolyásoló jellemzőkkel együtt.
84. Az oktatás életminőségre gyakorolt hatását becsülő legfontosabb indikátorok az emberek tudásaihoz, kompetenciáihoz kapcsolódó mutatók. Van néhány mérőeszköz, amit az elmúlt években azért fejlesztettek ki, hogy ezeket sztenderd módon lehessen mérni, a mérőeszközöknek azonban még mindig jelentős korlátaik vannak. Az egyik korlát, hogy jelenleg nem minden országban végzik el ezeket a felméréseket. Másrészt a rendelkezésre álló mérőeszközök közül sokat nem olyan szempontok alapján alakítottak ki, hogy azok az emberek képességét tágabb értelemben véve is mérni tudják, hanem

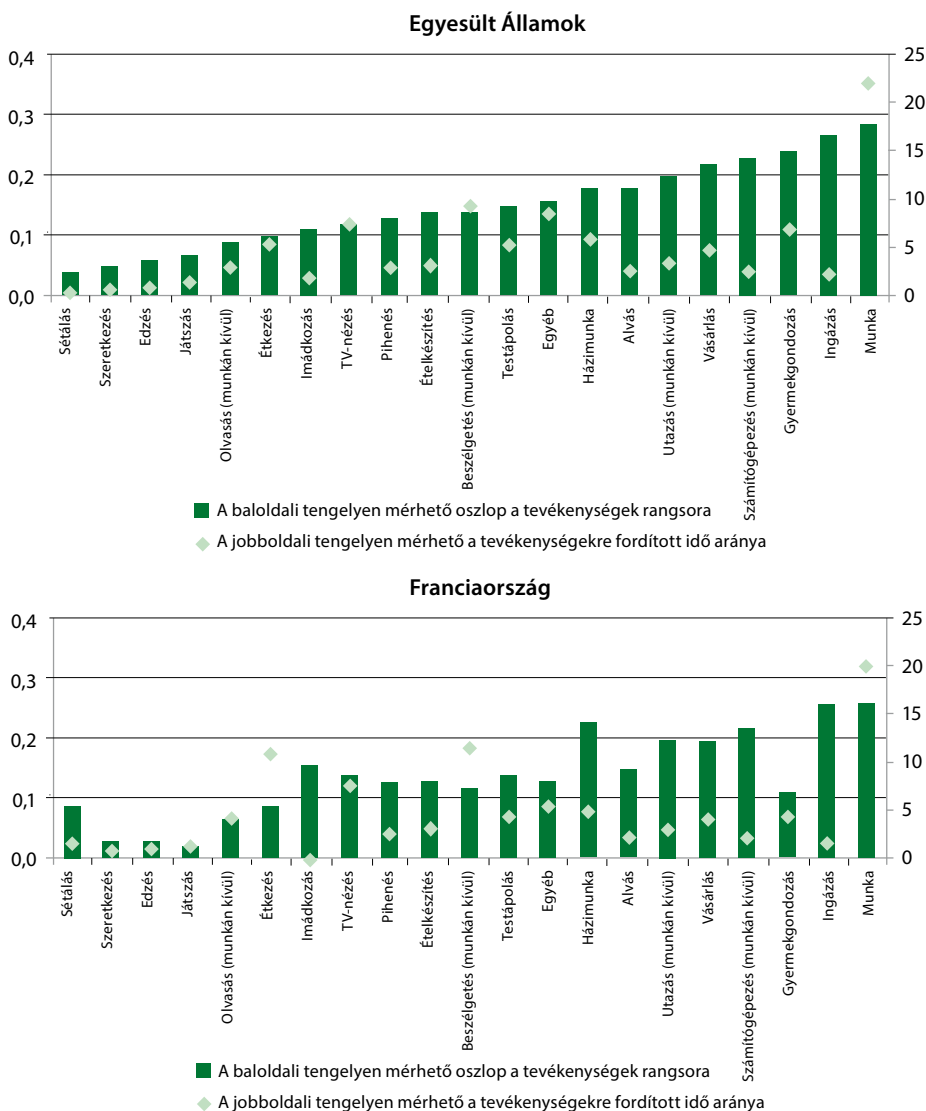
jellemzően oktatáspolitikai értékelések kapcsán hozták őket létre, ezek viszont tipikusan csak a tudások egy szűkebb, mérhető körére terjednek ki. Harmadrészt a jelenleg elérhető értékelő eszközök gyakran inkább szűkebb területeket fednek le, hiszen az iskolázottság csak egy azon ráfordítások közül, amelyek befolyásolják a megszerzett tudást és készségeket, valamint az életminőség javulását. A gyermekek által a korai években megszerzett tapasztalatokról és „puha” készségekről még mindig korlátozottak az ismereteink, annak ellenére, hogy egyre több kutatás bizonyítja, hogy idősebb korban számítani fognak a koragyermekkorai tapasztalatok a tanulás és az életminőség szempontjából. Szintén hiányosak a mérőeszközök, ha a felsőfokú oktatásban tanulók kompetenciáit akarjuk összevetni, vagy amikor a fizikai munkások felnőttképzésben, illetve felnőttoktatásban szerzett tapasztalatait akarjuk összehasonlítani (bár ez változni fog, amint a felnőttek kompetenciáival kapcsolatban új felméréseket fejlesztenek ki és végeznek majd el). Amint az életminőség más területein, ebben a dimenzióban sem az a probléma, hogy nem állnak rendelkezésre részletes információk magával az oktatással kapcsolatban, hanem inkább az, hogy nem igazán vannak olyan felmérések, amelyek egyszerre mérik a tanulmányokat, és más olyan eredményeket, amelyek befolyásolják az egyén életminőségét.

4.3. Személyes tevékenységek

85. A megszerzett jövedelemtől függetlenül befolyásolja az életminőséget, hogy az emberek mivel töltik az idejüket, és milyen természetűek ezek a tevékenységek. Azok a tevékenységek ugyanis, amelyekben részt vesznek, hatnak szubjektív jóllétükre, mind az élvezetek, mind az erre vonatkozó értékítéleteik szempontjából. Általánosságban fogalmazva azt mondhatjuk, hogy az emberek nem mindig úgy „választanak” a tevékenységek közül, mint ahogy a különféle termékek között elosztják a bevételüket, hiszen sokszor hiányoznak a valódi alternatívák. Ezek a választásaik továbbá hatással lesznek családjukra és a környezetükben élő többi emberre is, úgyhogy néhány személyes tevékenység inkább a termelés, és nem a fogyasztás indirekt költségeit jelenti (pl. közlekedés a munkahelyre).

2.2. ábra: Nők személyes tevékenységeinek rangsorolása élvezeti tapasztalatok és a rájuk fordított idő szerint az Egyesült Államokban és Franciaországban

Az adatok az élvezeti érték Egyesült Államokbeli csökkenő értékei szerint szerepelnek



Jegyzet: Azoknak a 15 perces időtartamoknak az arányáról kértek információkat a válaszolóktól, amelyekben a „stressz”, a „szomorúság” vagy a „fájdalom” meghaladta a „boldogság” érzetet. Az adatok az Ohio állambeli Columbusban illetve a franciaországi Rennes-ben készített interjú vizsgálatból valók.

Forrás: Krueger, A.B., D. Kahneman, D. Schkade, N. Schwarz and A. Stone (2009), “National Time Accounting: The Currency of Life”, NBER, in A. B. Kruger (ed.), *Measuring the Subjective Well-being of Nations: National Accounts of Time Use and Well-Being*, University of Chicago Press, Chicago.

86. Hogy a politikai igényeknek is megfeleljen, és hogy konkrét, összehasonlítható és valóban megalkotható mutatókat találjon, a Bizottság a következő tevékenységekkel foglalkozott: a fizetett munkával, a nem fizetett munkával, a munkahelyre történő közlekedéssel és a szabadidős tevékenységekkel. Bár a lakhatás maga nem tevékenység, szintén szerepelt a témák között, hiszen a lakóhely számos személyes tevékenység helyszínét adja.

- A fizetett munka részben azért fontos az életminőség szempontjából, mert identitást ad az egyéneknek, és lehetőséget, hogy együtt legyen másokkal. A különböző munkahelyek nem ugyanolyan jók ebből a szempontból, ami aláhúzza annak a fontosságát, hogy még több szisztematikus adatgyűjtésre van szükség a fizetett munka *minőségével* kapcsolatban. Több nemzetközi szervezet már végez ilyen felméréseket a „tisztes munkához” kapcsolódó kutatások keretében. Néhány, országos felmérésből származnak ismeretek a tisztességes munka számos aspektusával kapcsolatban, ilyen például a nem sztenderd foglalkoztatás, nemek közötti különbségek a foglalkoztatásban és a bérekben, munkahelyi diszkrimináció, az élethosszig tartó tanulás lehetőségei, megváltozott munkaképességű emberek esélye a foglalkoztatásra, munkaidő és nem szokványos munkaidőrend, munka és magánélet egyensúlya, munkahelyi balesetek és fizikai kockázatok, a munka intenzitása, szociális párbeszéd és a dolgozók autonómiája. Ezen kutatások gyakorlati alkalmazhatósága azonban korlátozott a kis elemszám és az országonként eltérő felmérések miatt.
- A nem fizetett háztartási munka, például a bevásárlás, a gyermekek, illetve más háztartástagok ellátása, két szempontból is fontos: egyrészt a háztartáson belül végzett munkák összmenységének meghatározásához, másrészt annak a megállapításához, hogy férfiak és nők között hogyan oszlanak meg a családi tevékenységek.
- A munkába való közlekedés szintén kulcsfontosságú a munka minőségével kapcsolatban. Ahhoz, hogy ezt fel tudjuk mérni, olyan információkra van szükség, mint hogy meghatározott periódusban hány óra szükséges ahhoz, hogy valaki eljusson a munkahelyére és onnan haza, illetve tudni kell, milyen a közlekedés hozzáférhetősége és mekkora a költsége.
- A kutatások régóta hangsúlyozzák a szabadidő fontosságát az életminőség szempontjából. Jelen kutatás arra mutat rá, hogy fontos kialakítani mind a szabadidő mennyiségét (órák számát), mind a minőségét (szabadidős események számát, helyét és mások jelenlétét) mérő indikátorokat, valamint a kulturális eseményeken való részvétel és a „szegényes szabadidő” (például azon gyerekek aránya, akik az előző évben nem voltak nyaralni otthonukon kívül) mutatóit.
- Végül, annak ellenére, hogy a lakhatás számos társadalmilag fontos szemponttal hatással van (pl. a gyermekek tanulmányaira), nincs olyan alapvető indikátorrendszer, amely a lakhatással kapcsolatos nemzetközi összehasonlítást lehetővé tenné. Ahhoz, hogy ezt a helyzetet orvosolni lehessen,

sen, többet kellene tudnunk arról, hány hajléktalan ember van, hányan élnek menhelyeken, és többet kellene tudnunk a lakókörülményekről is (pl. helyben elérhető szolgáltatások, túlszűfolttság).

87. Némely esetben léteznek megfelelő indikátorok a fenti területeken, de feladat a már meglévők fejlesztése is. Más területeken viszont a létező mutatóknak súlyos hiányosságaik vannak és ahhoz, hogy előrébb jussunk, új statisztikai erőforrásokba kell beruházni. Ilyen lenne például – keresztül-metszve az összes fent leírt személyes tevékenységet – annak mérése, hogy az emberek hogyan töltik az idejüket. Az idő az a természetes mérőeszköz, amellyel összehasonlíthatók a személyes tevékenységek, és elengedhetetlen ahhoz, hogy a kiegészítő háztartási számlákat létrehozzuk (ami mellett korábban érveltünk e jelentésben). Az egyik prioritás az, hogy olyan mérőeszközöket hozzunk létre, amelyek egyértelmű definíciókkal dolgoznak, és olyan felméréseken alapulnak, amelyeket konzisztens kutatási tervek alapján egy teljes év mintázatait mutatják, és amelyeket megfelelő rendszerességgel végeznek el – ami így együtt ritkán teljesül. Ideális esetben ezek a felmérések egyszerre szólnának az adott tevékenységekkel töltött időről és arról, hogy közben hogyan éreztük magunkat. Azért is fontos ez, mert ugyanaz a tevékenység különböző élvezeti értéket jelenthet az adott személy aktuális körülményeitől függően (pl. hogy munkanélküli-e vagy sem); emellett ez az információ a társadalom különböző csoportjai (pl. nemek) közötti egyenlőtlenség mérésének szempontjából is fontos. Bár a statisztikai erőforrások megteremtése magas költségekkel jár, és szembe mehet más prioritásokkal, az életminőség-kutatás szempontjából óriási haszna lehet.

4.4. Politikai érdekképviselet és kormányzás

88. A politikai érdekképviselet az életminőség szerves része. Az, hogy teljes jogú polgárként részt vehessünk a politikában, hozzászólhassunk a szakpolitikák kialakításához, félelem nélkül kifejezhessük nemtetszésünket, felszólalhassunk, ha úgy érezzük, valami rosszul működik, mind alapvető szabadságjogok. A politikai érdekképviselet szerepe, hogy a közpolitikák hibáit ki tudja javítani: biztosítja a közintézmények és közhivatalnokok elszámoltathatóságát, megmutatja, hogy mire van szükségük az embereknek és milyen értékeket tartanak fontosnak, valamint felhívja a figyelmet a jelentős egyenlőtlenségekre. Ha az emberek hallatni tudják a hangjukat a politikában, akkor csökken a konfliktusok esélye, és lehetőség lesz konszenzusra jutni a fontos ügyekkel kapcsolatban, amelyek mind hozzájárulnak a gazdaság hatékonyságához, a társadalmi esélyegyenlőséghez és a közélet nyitottságához.
89. A politikai érdekképviselet lehetősége, illetve a politikai rendszer „érzékenysége” az egyes országok politikai intézményeitől függ, attól például,

hogyan van-e működő demokrácia, általános választójog, szabad sajtó és civil szféra az adott országban. Ezek pedig a kormányzás kulcsnézőitől, a törvényi garanciák és a jogállamiság lététől függenek. A törvényi garanciákba beletartoznak mind az alkotmányos jogok, mind azok az általános törvényekben lefektetett jogok, amelyek javítják az állampolgárok életminőségét és megjelenítik az adott országban és adott korban érvényes társadalmi konszenzust. A törvényi keretek a befektetői hangulatot is befolyásolják, így a törvények a piac működésére, a gazdasági növekedésre, a munkahelyteremtésre és az anyagi jólétre is hatással vannak. Ugyanakkor ahhoz, hogy a törvényi garanciákban rejlő lehetőségek kibontakozzanak, hatékony megvalósítás és szubsztantív igazságosság szükséges, amelyek viszont attól függenek, hogy a különböző intézmények (pl. rendőrség, bírói és egyéb adminisztratív testületek) hogyan működnek, mentesek-e a korrupciótól, a politikai befolyásolástól, a társadalmi előítéletekről, és hogy elszámoltathatók-e döntéseik kapcsán.

90. A jelenleg létező indikátorokkal vizsgálva a politikai érdekképviselet és a kormányzás témakörét az látszik, hogy hatalmas különbségek vannak az egyes országok között. Különösen a régi demokratikus történelmi hagyományokkal rendelkező országok és az autoriter rendszerből csak mostanában demokratikussá átalakult országok között, amelyekben még nem teremtették meg a szabadságjogok teljes körét. Ugyanakkor a fejlett országokban tapasztalható közintézményekkel szembeni alacsony bizalom és az egyre csökkenő politikai részvétel azt jelzi, hogy még ezekben az országokban is egyre növekvő szakadék van a politikai elit és az állampolgárok között abban, hogy milyennek látják a politikai intézményrendszer működését. Ezen túl a fejlett országokban határozott különbségek vannak a politikai érdekképviselet gyakorlásában a társadalom egyes csoportjai között az alapvető jogokat és a civil részvétel lehetőségeit tekintve – különösen az állampolgárok, és az egyre növekvő számú bevándorló között.
91. A politikai érdekképviselettel és a kormányzással kapcsolatos indikátorok segíthetnek abban, hogy felmérjük, mennyiben működik a demokráciákban a többpártrendszer és az általános választójog, a helyi szintű kormányzati döntésekben való részvétel, a szabad sajtó és a különböző szabadságjogok (olyan területeken, mint pl. a civil szervezetek, szakszervezetek, szakmai kamarák létrehozása és azokba való belépés szabadsága, szervezet alapítása, civil szervezetekben való belépés, vagy a részvétel civil és társadalmi mozgalmakban). A fontosabb indikátoroknak le kell fedniük az alkotmányban, illetve a polgári és büntető igazságszolgáltatást, az egyenlőséget, a befogadást, az elszámoltathatóságot, a pozitív diszkriminációt megalapozó törvénykezésben megfogalmazott jogokat. De tartalmazzák azokat is, amelyeket az emberi jogokhoz és szabadságjogokhoz kapcsolódó nemzetközi egyezmények fogalmaznak meg, valamint foglalkozniuk kell az igazságszolgáltatás rendszerével is (annak politikai függetlenségével,

korruptiómentességével, a döntések sebességével és azzal, hogy mennyire hozzáférhető az állampolgárok és lakosok számára). Ezek közül az indikátorok közül sokat jellemzően nem a nemzeti statisztikai hivatalokhoz tartozó szervezetek állítanak elő, és alapvetően szakértői véleményeken alapulnak. Ezeket ki kell egészíteni, néhány esetben pedig le kell cserélni olyan felmérésekkel, amelyek az állampolgárok nézőpontjából mutatják meg, hogy a politikai, jogi és végrehajtói intézmények mennyire működnek jól, a hozzáférés milyen nehézségekbe ütközik, és mennyire vannak bizalommal ezen intézmények iránt. A felméréseknek azt is meg kell mutatniuk, hogy a különböző társadalmi-gazdasági csoportok között a hozzáférésben milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak.

4.5. Társadalmi kapcsolatok

92. A társadalmi kapcsolatok sokféleképpen javítják az életminőséget. A sűrű társadalmi kapcsolatokkal rendelkezők magasabbra értékelik az életüket, hiszen a legkellemesebb személyes tevékenységek között sok a társadalmi esemény. A társadalmi kapcsolatok jótékony hatásai az emberek egészségi állapotától a munkakeresés sikerességéig tartanak, és a lakókörnyezet számos jellegzetessége is ide tartozik (pl. bűnözés előfordulása, helyi iskolák színvonala). A társadalmi kapcsolatokat gyakran „társadalmi tőkének” is hívják, amivel felhívják a figyelmet arra, hogy számos – direkt és indirekt – haszonnal járnak. Mint minden tőke esetében, a társadalmi tőkéből eredő externáliák lehetnek negatívak is: a csoporthoz tartozás például erős identitásérzéssel is járhat, amely erőszakhoz és más csoportokkal való konfrontációhoz vezethet. Ez azonban inkább a társadalmi kapcsolatok *jellegével és hatókörének nagyságával* foglalkozó elemzések fontosságát húzza alá, semmint azt, hogy túl lehetne becsülni a jelentőségét. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján elmondható, hogy a társadalmi kapcsolatok hasznosak a kapcsolati háló tagjainak, a kívülállókka kapcsolatos hatások inkább a csoport típusától és a kérdéses hatástól függenek.
93. Arra még mindig nincs teljesen pontos magyarázat, hogy mitől változnak meg az emberek társadalmi kapcsolatai. A társadalmi kapcsolatok különböző szolgáltatásokat nyújtanak az embereknek (pl. biztosítást, biztonságot), a piac és az állami programok azonban az alternatív lehetőségek biztosításával valószínűleg gyengítették a közösség és az egyének közötti kapcsolatokat. Az viszont biztos, hogy az ilyen kötelek gyengülése negatívan hathat az emberek életére, még akkor is, ha az adott funkciókat átveszi a piac vagy az állam, és ez növeli a gazdasági aktivitás szintjét (mint például amikor fizetett biztonsági őrk őrzik a területet, nem pedig informálisan, a szomszédok tartják szemmel a környéket). Ahhoz, hogy az emberek jóllétéről ne elfogult értékelést adjunk, szükség van olyan mutatókra, amelyek a társadalmi kapcsolatokat mérik.

94. A társadalmi kapcsolatokról szóló kutatásokat hagyományosan „proxy” mutatók alapján végezték, amilyen például az egyesületek taglétszáma, vagy a feltételezhetően társadalmi kapcsolatokon alapuló tevékenységek gyakorisága (mint pl. az altruista viselkedés, a választásokon való részvétel). Mára azonban világossá vált, hogy ezek nem megfelelő mutatói a társadalmi kapcsolatoknak, és hogy a megbízható mutatókhoz az emberek viselkedésével és tevékenységeivel kapcsolatos felmérésekre van szükség. Az elmúlt években számos ország (az Egyesült Királyság, Ausztrália, Kanada, Írország, Hollandia és legutóbb az Egyesült Államok) statisztikai hivatala indított felméréseket a társadalmi kapcsolatok különböző formáival kapcsolatban. A munkaerőfelmérés az Egyesült Államokban például speciális modulokat tartalmaz, amelyekben arról kérdezik az embereket, hogy mennyire vesznek részt a civil szférában vagy politikai ügyekben, végeznek-e önkéntes munkát, vagy tagok-e valamilyen szervezetben, milyen a kapcsolatuk szomszédjaikkal és rokonaikkal, és hogy miként szereznek információt vagy honnan jutnak hírekhez. Másol is szükség lenne hasonló eljárásokon és kérdéseken alapuló felmérésekre, amelyek lehetővé teszik az eredmények összehasonlítását időben és az egyes országok között. Tovább kell haladni abban is, hogy a társadalmi kapcsolatok egyéb dimenzióit (a másokba vetett bizalom, a szociális izoláció, az informális támogatás szükség esetén, a munkahelyi szerepvállalás, a vallási tevékenységekben való részvétel, az eltérő bőrszínű, nemzetiségű, vallású, társadalmi osztályú emberek közötti barátság terén) is mérni tudjuk. Ebben támaszkodnunk kell azokra a tapasztalatokra, amiket néhány országban már felhalmoztak ezen a téren.

4.6. Természeti környezeti feltételek

95. A természeti környezet nem csak a fenntarthatóság miatt fontos, hanem azért is, mert közvetlen hatással van az emberek életminőségére. Először is mind közvetlenül (a víz- és légszennyezettség, a veszélyes anyagok, a zaj révén), mind közvetetten (az éghajlatváltozás, a szén- és vízkörforgás, a biodiverzitás csökkenése, az ökoszisztéma egészségre ható természeti katasztrófái révén) befolyásolja egészségünket. Másodsorban, a környezethez kapcsolódó szolgáltatások hasznosak az embereknek, mint például az, hogy hozzá lehet jutni tiszta vízhez, vagy hogy el lehet érni szabadidő eltöltésére alkalmas területeket. Az ehhez kapcsolódó jogokat (és a környezettel kapcsolatos információhoz való hozzáférés jogát) egyre nagyobb körben ismerik el. Harmadrészt, az embereknek számít, hogy mennyire kellemes vagy kellemetlen az adott környezet, és ez választásaikra is befolyással van (mint például, hogy hol laknak). Végül a természet állapota éghajlatváltozáshoz és természeti katasztrófákhoz vezethet, mint az árvíz vagy a szárazság, amelyek károsítják az érintett népességek tulajdonát és életét egyaránt.

96. Ugyanakkor komplex feladat a természeti környezet állapotának az emberek életére gyakorolt hatását mérni. A különféle hatások eltérő idő múlva jelentkeznek, és hatásuk az emberek jellemzőitől függnek (pl. attól, hol élnek és dolgoznak, milyen az anyagcsere-bevitelük). Továbbá, e kapcsolatok erősségét gyakran alábecsülik, részben a tudomány aktuális korlátai miatt, részben mert a különböző környezeti hatásokat eltérő mélységben vetették alá módszeres vizsgálatoknak.
97. Az elmúlt két évtizedben jelentős haladást értek el a természeti környezet állapotának mérésében (jobb környezeti adatok állnak rendelkezésre, az indikátorokat és az elszámolási eszközöket rendszeresen monitorozzák), a hatások megértésében (pl. a kapcsolódó morbiditás és mortalitás, a munkatermelékenység, az éghajlatváltozáshoz kapcsolódó gazdasági kockázatok, a biodiverzitásban beállt változások, a katasztrófák pusztításainak felmérése terén), és a környezetünkkel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés jogának megteremtésében. Számos indikátor használható arra, hogy megállapítsuk az ember környezetre gyakorolt hatását, az igazgatás, a cégek és a háztartások környezetkárosításra adott reakcióit, és a természeti környezet minőségének aktuális állapotát.
98. Ugyanakkor az életminőség szempontjából a rendelkezésre álló indikátorok számos fontos aspektusból csak korlátozottan használhatók. A kibocsátás indikátorai például főként a különböző szennyező anyagok összevont mennyiségét mutatják, nem pedig azt, hogy az emberek mekkora hányada van kitéve veszélyes dózisnak. A létező indikátorokat tehát ki kell egészíteni többek között a következők rendszeres monitorozásával: a légszennyezettség miatti korai halálozások számával; azon emberek számával, akik nem tudnak hozzájutni vízszolgáltatáshoz és a természethez, vagy azokéval, akik veszélyes szintű zajnak vagy környezetszennyezésnek vannak kitéve; a környezeti katasztrófák okozta károkkal. Szintén szükség lenne olyan vizsgálatokra, amelyek az emberek saját közvetlen környezetük állapotával kapcsolatos érzéseit és értékeléseit mérik fel. Mivel a természeti környezet állapotának sok, életminőségre gyakorolt hatása eltérő mértékben érinti az embereket, ezen indikátoroknak a különféle kritériumok mentén felállítható csoportokra bontva kell rendelkezésre állnia.

4.7. Személyes biztonsághiány

99. A személyes biztonság hiánya olyan külsődleges tényezőket foglal magába, amelyek az egyén fizikai épségét kockáztatják: a bűnözést, a baleseteket, a természeti katasztrófákat, az éghajlatváltozást. Extrém esetekben ezek a tényezők az érintett személy halálához is vezethetnek. Bár ezek az esetek csak az elhalálozások kis részéért felelősek, és az általános mortalitási statisztikákban szerepelnek, mégis érdemes külön mutatót alkalmazni az ilyen halálokokra, mert az emberekre érzelmileg máshogy hatnak, mint az egész-

- ségi okokból bekövetkező halálesetek, ahogy azt a gyász szubjektív jólétre gyakorolt nagy hatása is mutatja.
100. A személyes veszélyeztettség olyan kevésbé extrém esetei, mint a bűnözés, sokkal több ember életminőségére vannak hatással, és még többen számolnak be azzal kapcsolatos félelmeikről, hogy fizikai agresszió áldozataivá válhatnak. A bűncselekményekkel kapcsolatos szubjektív félelmekről szóló önbevallásokban az egyik legérdekesebb jelenség az, hogy milyen kevésbé függenek össze a tényleges áldozattá válással. Azokban az országokban, ahol az emberek nagyobb része számol be arról, hogy fél a bűnözéstől, nem magasabb a bűncselekmény áldozatává váltak száma. Adott országon belül pedig az idősebbek és a gazdagabbak kevésbé érzik biztonságban magukat, mint a fiatalabb és szegényebb emberek, annak ellenére, hogy kevésbé valószínű, hogy bűncselekmény áldozatává váljanak.
 101. Ezek a jellegzetességek arra mutatnak rá, mennyire fontos rendszeresebb és megbízhatóbb méréseket végezni a személyes biztonsággal kapcsolatban, hogy az kiindulópontként szolgálhasson a nyilvánosságban erről zajló diskurzusban. Az áldozattá válással kapcsolatos felmérések alapvetőek ahhoz, hogy a bűncselekményeket és az általuk generált félelmeket meg tudjuk becsülni. További mérőeszközöket kell kialakítani ezen túl annak érdekében, hogy jobban fel tudjuk mérni a személyes biztonságérzetet veszélyeztető egyéb olyan tényezőket, mint a családon belüli erőszak, vagy a háborús konfliktusok által sújtott országokban tapasztalható erőszak.

4.8. Gazdasági bizonytalanság

102. A jövőbeli anyagi körülményekkel kapcsolatos bizonytalanság egy sor olyan kockázatra utal, mint például a munkanélküliség, a betegség vagy az idős kor. Az ilyen kockázatok bekövetkezésének negatív hatása van az életminőségre, a hatás pedig attól függ, hogy milyen súlyos maga a megrázkódtatás, milyen sokáig tart, milyen stigmatizálással jár együtt, mennyire kockázatkerülő az adott egyén, és végül attól, hogy milyen pénzügyi következményekkel jár.
103. A munkahely elvesztése gazdasági bizonytalansághoz vezethet, ha a munkanélküliség ismétlődő vagy tartós, ha a munkanélküli ellátások a korábbi jövedelemhez képest alacsonyak, vagy ha a munkavállalónak fizetésben vagy munkaidőben, esetleg mindkettőben egyszerre, rosszabb feltételeket kell elfogadnia ahhoz, hogy új munkát találjon. A bizonytalan munkahely következményei egyszerre azonnaliak (hiszen a korábbi fizetésénél jellemzően alacsonyabb a jövedelempótló támogatás) és hosszú távúak is (mivel az új munka megtalálása jövedelemvesztéssel járhat). Az ilyen következményeket leíró indikátorok már léteznek, de nemzetközi összehasonlításuk nehézkes, így lépéseket kell tenni ebbe az irányba. A munkahely bizonytalansága mérhető úgy is, hogy a munkavállalókat kérdezik meg arról, meny-

nyire biztos a jelenlegi munkahelyük, vagy milyen esélyt látnak arra, hogy a közeljövőben elveszítik a munkájukat. A munkahely elvesztésétől való félelem negatívan befolyásolhatja a munkavállalók életminőségét (pl. fizikai és mentális betegségekhez, családi feszültségekhez vezethet), de negatívan hat a cégekre (pl. rossz hatással van az alkalmazottak motivációjára és termelékenységére, a vállalati célokkal való azonosulására) és a társadalom egészére is.

104. A betegség közvetlen és közvetett módon egyaránt okozhat gazdasági biztonsághiányt. Az orvosi költségek tönkretelhetik azokat, akiknek nincs (vagy csak részben van) egészségbiztosítása, hitelfelvételre kényszeríthetik őket, vagy arra, hogy eladják otthonukat, vagyontárgyaikat, vagy le is mondhatnak a kezeléssel, vállalva akár egészségügyi állapotuk rosszabbodását is. A betegségekhez kapcsolódó gazdasági biztonsághiány egyik indikátora az egészségbiztosítással nem rendelkező emberek aránya. Ugyanakkor az egészségbiztosítások különböző csomagokat fedeznek, és még a biztosítással rendelkező emberek életében is adódhatnak olyan magas egészségügyi költségek egy betegség kapcsán, amelyekre nincs fedezetük. Az ilyen egészségügyi költségekhez még hozzá kell adni azt a jövedelemkiesést, ami akkor következik be, ha a betegség miatt valakinek abba kell hagynia a munkáját, és az egészség- (vagy egyéb) biztosítás nem pótolja a kiesett keresetet.
105. A magas kor nem kockázat önmagában, mégis jelenthet gazdasági biztonsághiányt azáltal, hogy a munkaerőpiacról való kivonulással a szükségletek és források bizonytalanná válhatnak. Különösen két kockázattípus fontos. Az egyik az, hogy nem lesznek elégségesek a források a nyugdíjba menetelt követően, a jövőbeni elégtelen nyugdíjkifizetések miatt, vagy a betegségek, fogyatékosság miatt megnövekedett anyagi szükségletek miatt. A másik kockázat a nyugdíjak ingadozása: bár minden nyugdíjrendszer ki van téve *valamilyen* szintű kockázatnak, a magánszektor nagyobb szerepvállalása az időskori nyugdíjak finanszírozásában (a vállalati nyugdíjak és a magánmegtakarítások formájában) sok országban lehetővé tette ugyan a nyugdíjrendszer lefedettségének bővítését, viszont ezzel a kockázatokat áttolták az államtól és a cégekről az egyénekre, és így az ő bizonytalanságuk növekedett.
106. Az, hogy sok a gazdasági biztonsághiányra ható tényező, abból is látszik, hogy mérésükkel kapcsolatban is sokféle megközelítés létezik. Egyes megközelítések bizonyos kockázatok előfordulási gyakoriságát próbálják megszámszerűsíteni, míg mások az adott kockázat anyagiakban megjelenő következményeire koncentrálnak, és azokra az eszközökre, amelyek az emberek rendelkezésére állnak, hogy védekezzenek ezek ellen a kockázatok ellen (pl. a társadalombiztosítási programok által biztosított források). Ideális esetben – és már vannak ilyen próbálkozások – a gazdasági biztonsághiány átfogó mutatójában megjelennek az egyes kockázatok előfordulási gyakoriságai, és azok következményei is. További probléma a gazdasági biztonság-

hiányt befolyásoló különféle kockázatok összegzése, hiszen az ezeket leíró indikátoroknak nincs egységes, súlyosságukat tükrözni tudó mértékegysége. Végül, egy ennél még nehezebben feloldható probléma a gazdasági biztonsághiány csökkentését (a munkanélküliséget és a foglalkoztatási részvételt) célzó különböző szakpolitikák életminőségre gyakorolt hosszú távú hatásának kiszámítása.

5. Több területet érintő kérdések

107. A fentiekben leírt legtöbb mérési nehézség specifikus az életminőség adott dimenziója szempontjából, a Bizottság csak utalt arra, hogy milyen feladatok szükségesek, és meghagyta az adott terület szakértőinek, hogy konkrét cselekvési terveket dolgozzanak ki. Más kihívások ugyanakkor átfogóak, és nem valószínű, hogy bekerülnének az egyes területeket speciálisan célzó kezdeményezésekbe.⁴ Ezek közül három olyan kérdés van, amely külön figyelmet érdemel.

5.1. Egyenlőtlenségek az életminőségben

108. Az életminőség indikátoraihoz kapcsolódó első átfogó problémakör, hogy az egyes országok átlagos jellemzői helyett feltérképezzük az élet különböző területein belüli egyedi feltételekben mutatkozó *egyenlőtlenségeket*. Bizonyos mértékben az ilyen egyenlőtlenségek értelmezésében mutatkozó hiányosságok magyarázhatják azt a „növekvő szakadékot”, ami a politikai diskurzust meghatározó aggregált statisztikai mutatók és az emberek saját körülményeikkel kapcsolatos percepciói között tapasztalható, s amire a Francia Elnökség is felfigyelt, amikor életre hívta a Bizottságot.
109. A bevált módszertan és az adatforrások jól használhatók arra, hogy a gazdasági erőforrásokban mutatkozó egyenlőtlenségeket meglehetősen megbízhatóan mérjük, ugyanakkor az életminőség nem-monetáris dimenzióival kapcsolatban már nem ennyire kielégítő a helyzet. Különösen azért lehet ez így, mert ezek az egyenlőtlenségek nem mindig írhatók le azzal az információval, hogy milyen *mértékű* az átlag körüli eloszlás ezekben a jellemzőkben. Például az élettartamban mutatkozó különbségek genetikai különbségeket is tükröznek, amelyek véletlenszerűen oszlanak el a populációban: az élettartam szórásának szűkítése nem tenné kevésbé „egyenlőtlené” a társadalmat semmilyen morálisan meggyőző módon.
110. A problémák mindazonáltal messzebbre vezetnek, mint a megfelelő mutatók kialakítása. Sokféle egyenlőtlenség létezik, és mindegyik önmagában

⁴ Bár a biztonsághiánnyal, mint az életminőséget alakító objektív tényezővel foglalkozunk, átfogó problémaként is tekinthetünk rá, hiszen az egyének számos területen sokféle kockázatnak vannak kitéve. A biztonsághiány konvencionális besorolása az objektív tényezők közé némi vita tárgya volt.

is fontos: ez pedig azt jelenti, hogy nem szabad elfogadnunk azt az előfeltevést, hogy az egyik egyenlőtlenségtípus (pl. a jövedelemé) mindig magában fogja foglalni az összes többit. Ugyanakkor némely egyenlőtlenségek kölcsönösen erősíthetik egymást. A nemek közötti egyenlőtlenségek például – azzal együtt, hogy a legtöbb országban és csoportban mélyrehatóan jelen vannak – az alacsonyabb társadalmi, gazdasági státuszú családokban jellemzően nagyobbak. Számos fejlődő országban a nemi hovatartozás és a társadalmi, gazdasági státusz együttes következménye az, hogy a szegény háztartásokból származó fiatal nők ki vannak zárva az oktatási rendszerből és a jobb munkakörökből, nincs lehetőségük az önkifejezésre, valamint a politikai részvételre, és ki vannak téve egészségüket veszélyeztető kockázatoknak. Néhány ilyen egyenlőtlenség (például a társadalmi osztályhoz és társadalmi-gazdasági státuszhoz kapcsolódók) mérése az évek során hozzájárult ahhoz, hogy mértéküket és a kapcsolódó következményeket mérséklő rendelkezések és intézmények széles köre szülessen meg. Más egyenlőtlenségek, mint például az etnikai csoportok közötti egyenlőtlenségek, újabbak (legalábbis azokban az országokban, amelyekbe nagy hullámokban érkeztek bevándorlók), és ahogy folytatódik a bevándorlás, úgy kezdenek egyre fontosabb politikai témává válni.

111. Különösen fontos, hogy ezeket az egyenlőtlenségeket átfogóan értékeljük, úgy, hogy az életminőségben mutatkozó különbségeket embereken, csoportokon és generációkon átívelően tudjuk megfigyelni. Ezen túl, mivel az embereket különböző jellemzők alapján lehet csoportokba sorolni, melyek közül mindegyiknek megvan a maga szerepe az emberek életében, az egyenlőtlenségeket sokféle csoportra bontva kell mérni és dokumentálni. Megfelelő felméréseket kell kialakítani, amelyek alkalmasak annak megállapítására, hogy a különböző egyenlőtlenségek hogyan egészítik ki egymást, illetve hogy megtaláljuk a mögöttes okokat is. A statisztikusok feladata, hogy ezekhez az elemzésekhez rendelkezésre bocsássák a megfelelő adatokat.

5.2. Az életminőség különböző dimenziói közötti kapcsolatok feltérképezése

112. A második átfogó problémakör – amelyre már utaltunk az előbbieken –, hogy hogyan lehet az életminőség különböző aspektusai közötti *viszonyt* jobban felmérni. Az egyik legfontosabb szakpolitikai kérdés, hogy az egyik terület fejlődése (pl. oktatásé) hogyan hat a többi terület fejlődésére (pl. az egészségi állapotra, a politikai érdekképviseletre és a társadalmi kapcsolatokra), és hogy a mindezen területeken elért javulás hogyan hat a jövedelemre. Bár néhány kapcsolatot, különösen az egyéni szinten, csak gyengén tudunk mérni és nem értjük eléggé, a hátrányok halmozódásának kumulatív hatását nem szabad figyelmen kívül hagyni, mert az elégtelen politikákhoz vezet. Ha például valaki egyszerre szegény és beteg, akkor a két

dolog életminőségre gyakorolt együttes hatása jóval nagyobb lesz, mintha csak összeadnánk a két hatást, és így a kormányzatnak valószínűleg külön, speciális beavatkozással kell megcéloznia azokat, akik mindkét hátránnyal rendelkeznek.

113. Az életminőség különböző dimenziói között lévő viszony feltérképezése nem egyszerű olyan mérőeszközökkel, amelyek csak kevésbé érzékenyek a más területeken bekövetkező fejleményekre, különösen, hogy a statisztikai rendszerek még mindig erősen szegmentáltak a különböző szakterületek mentén. Azonban az életminőség legfontosabb jellemzőinek „együttes eloszlásáról” szóló információk kifejlesztésével haladást lehet elérni. Bár csak a távoli jövőben várható, hogy teljes körű információkkal rendelkezünk ezen a téren, de konkrét lépéseket lehet ebbe az irányba tenni. Így például azzal, hogy minden felmérésben szerepeltetünk néhány sztenderd kérdést, amelyek alapján bizonyos meghatározott jellemzőkkel csoportosíthatók és többféle problematika vonatkozásában leírhatók a válaszadók. Longitudinális vizsgálatok kialakításába is be kell fektetni, hogy korrigálni lehessen az emberek személyes tulajdonságai alapján, és hogy jobban lehessen elemezni az okozati összefüggések irányát az életet alakító különböző dimenziók között.

5.3. Az életminőség különböző területeinek összesítése

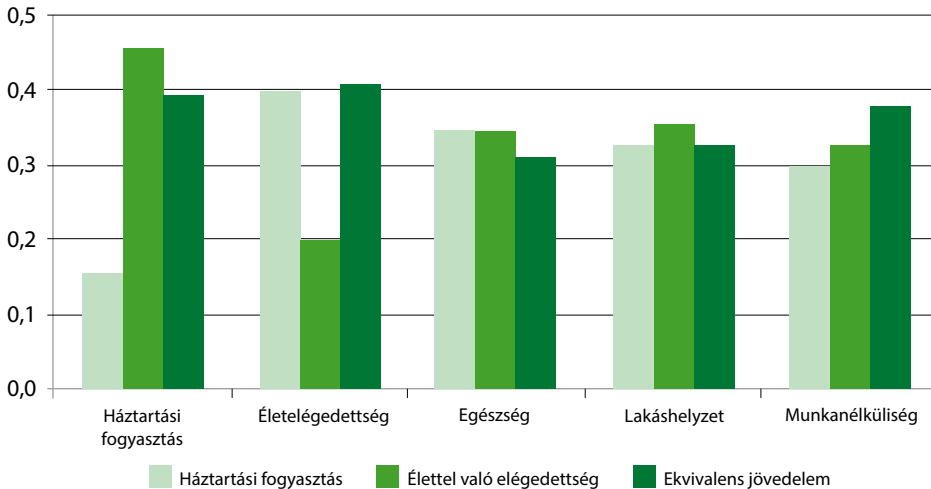
114. Az életminőség kutatásához kapcsolódó harmadik átfogó problémakör, hogy hogyan lehet takarékos módon összesíteni a mutatók hihetetlenül gazdag sorát. Az összesítés (aggregálás) problematikája egyszerre specifikus az életminőség adott jellemzője szerint (mint például a halálózást és a morbiditást kombináló mutatók esetében az egészségügy területén), és általános, hiszen az élet különböző területein elért eredményeket kell értékelni és összesíteni, mind az egyének, mind a társadalom egésze szempontjából. Az életminőség számszerű mutatója utáni kutatást gyakran tekintik az életminőségkutatás legfontosabb feladatának. Bár ez a hangsúly nem teljesen indokolt – bármely aggregált mutatónak mindig csak annyi lesz az információtartalma, mint amilyen minőségűek voltak azok a mutatók, amelyeket felhasználtak a megalkotásához – erős igény mutatkozik ezzel kapcsolatban, és a statisztikai hivataloknak szerepet kell vállalniuk a megoldás megtalálásában.
115. Az életminőségkutatás szűkös lehetőségeire hagyományosan az az általános megoldás, hogy összegzik az egyes országok szintjén a különböző területekre vonatkozó *átlagos* teljesítménnyel kapcsolatos számos (körültekintően kiválógatott, és megfelelően arányosított) indikátort. A legismertebb ilyen, a Humán Fejlettségi Index (HDI). Ennek a mutatónak fontos szerepe volt (és van) a kommunikációban, és olyan országgrangsorokhoz vezetett, amelyek – különösen a kevésbé fejlett országok esetében – jelentősen eltérnek

az egy főre eső GDP-n alapuló rangsoroktól. Azonban megalkotásakor (és a más hasonló indexeknél is) használt súlyozás értékítéleteken alapul, amelyek ellentmondásos következménnyel járnak. Például amikor az egy főre eső GDP *logaritmusát* hozzáadják a várható élettartam *szintjéhez* (ahogy ezt a Humán Fejlettségi Index esetében teszik), az egyúttal azt is jelenti, hogy az index implicite az egy évvel hosszabb várható élettartamot az Egyesült Államokban a hússzorosára értékeli, mint teszi ezt India esetében. Még lényegesebb, hogy mivel országos átlagokon alapulnak, ezek a mutatók nem veszik figyelembe az emberek életminőségének különböző vonatkozásai között lévő jelentős korrelációt, és nem lehet megtudni belőlük semmit azzal kapcsolatban, hogy ezek a különböző egyéni helyzetek hogyan oszlanak el az országokon belül. Egy ilyen index például nem fog változni, ha az egyes területeken az átlagos teljesítmény ugyanolyan marad, viszont különböző területeken lévő, az egyes emberre vonatkozó hátrányok vagy előnyök halmozódása idővel változik.

116. Az életminőség többféle összesített mutatója lehetséges az adott kérdéstől és a filozófiai szemlélettől függően. Néhány mutatót már használnak szórványosan (pl. egy-egy országra vonatkozóan az étellel való átlagos elégedettséget, az összetett indexeket, mint az Emberi Fejlettségi Indexet, amely főként fejlődő országokra koncentrál), és néhányat ki lehet egészíteni az emberek mentális egészségével, érzéseivel és értékeléseivel kapcsolatos, kérdőíveken alapuló mutatókkal, valamint az életminőség további területeinek figyelembe vételével. Más mutatókat ki lehet alakítani, amint a nemzeti statisztikai rendszereket továbbfejlesztik, hogy elő tudják állítani a kiszámításukhoz szükséges adatokat. Ilyen például az U-index, amely azon időpontok eloszlását mutatja, amelyekben a legerősebb közölt érzés negatív érzés volt (lásd 2.2 *ábra*), és amely előállításához meghatározott időszakokban időmérleg-felmérések keretében kell információt gyűjteni az érzelmekkel kapcsolatban. Ugyanígy, az egyes emberekre vonatkozó objektív körülmények előfordulásának és súlyosságának számbavételén alapuló módszerekhez (amelyek képességek elméleti megközelítéséhez kötődnek) az országos átlagok megállapítása előtt szükség van különböző objektív jellegzetességek együttes eloszlásával kapcsolatos információkra. Végül, a méltányos elosztás elméletéhez köthető „ekvivalens jövedelem” fogalmához arra van szükség, hogy információink legyenek az embereknek az életminőség egyes dimenzióiban elfoglalt helyéről, és az ezekhez a helyzetekhez köthető (minden egyes terület saját referenciaszintjéhez viszonyított) preferenciáikról.
117. A különböző megközelítések általában minden országban különböző számszerűsített mutatókhoz vezetnek az életminőséggel kapcsolatban, és más jellemzőkhöz a „rosszul élő” emberekkel kapcsolatban. Egy orosz válaszókból álló mintában az egy főre eső ekvivalens jövedelem szerint az alsó ötödbe tartozó emberek rosszabb egészségi állapotról és gyakoribb munkanélküliségről számoltak be, mint azok az emberek, akik saját fo-

gyasztási kiadásaik vagy a szubjektív életértékelésük alapján „rosszul élnek” (2.3. ábra). Ebből következően nem arra kellene koncentrálni, hogy egy összefoglaló mutatóval tudjuk leírni az életminőséget, hanem a statisztikai hivataloknak biztosítaniuk kellene azokat az adatokat, amelyekből a különböző elméleti megközelítések, filozófiai perspektívák szerinti különféle összesített változók létrehozhatók.

2.3. ábra: A legdepriváltabb népesség jellemzői Oroszországban
2000-ben az életminőség különböző mérései szerint



Jegyzet: Az adatok az az életminőségük három különböző jellemzője szempontjából „legrosszabb helyzetű” (azaz az eloszlás alsó ötödébe tartozó) emberekre vonatkoznak. Az életminőség mutatók: (i) a háztartás fogyasztási kiadásai (a háztartásba tartozók számának megfelelően súlyozva); (ii) élettel való elégedettség (a következő kérdésre öt fokú skálán elhelyezett válaszok alapján: „Jelenleg általában véve mennyire elégedett az életével?”); (iii) az egészségi állapotra, a foglalkoztatási státuszra, a lakhatás minőségére és bérelmaradásra számított ekvivalens jövedelem. Az ábra a „legrosszabb helyzetűek” életminőségét befolyásoló különböző tényezők átlagos szintjét mutatja a fenti három életminőség mutatóra vonatkozóan.

Forrás: Fleurbaey M., E. Schokkaert and K. Decancq (2009) “What good is happiness?”, CORE Discussion Paper, 2009/17, Université catholique de Louvain, Belgium. A számítások a *Russia Longitudinal Monitoring Survey* adatain alapulnak.

5.4. Főbb üzenetek és ajánlások

118. Az életminőség magába foglalja azon tényezők teljes sorát, amelyek miatt érdemes élni, azokkal együtt, amelyeket a piacon nem lehet megszerezni, és amelyeket pénzügyi mutatókkal nem lehet mérni. Bár a gazdasági könyvelés kiterjesztett változatai tartalmaznak olyan elemeket, amelyek meghatározzák az életminőséget a gazdasági jóllét hagyományos pénzalapú mutatóiban, azonban korlátozott, hogy ezen megközelítések milyen

mélységig juthatnak el. Más indikátoroknak fontos szerepe van a társadalmi haladás mérésében, és a közelmúlt kutatási eredményei alapján új, és hiteles mutatók születtek az életminőség néhány területén. Ezek a mutatók azzal együtt, hogy nem helyettesítik a hagyományos gazdasági indikátorokat, gazdagítják a politikai diskurzust, és lehetőséget teremtenek arra, hogy az emberek információhoz jussanak azzal kapcsolatban, hogy milyen állapotban van a közösség, amelyben élnek. Ma már van esély arra, hogy ezek átkerüljenek a kutatásokból a mindennapi statisztikai gyakorlatba. A Bizottság ajánlásai a következőképpen foglalhatók össze ezen a területen:

1. ajánlás: A szubjektív jóllét mutatói kulcsfontosságú információkat adnak az emberek életminőségével kapcsolatban. A statisztikai hivataloknak be kellene emelniük olyan kérdéseket saját felméréseikbe, amelyek meg tudják ragadni az emberek saját életükről, örömteli élményeikről és prioritásaikról vallott véleményét.

119. A kutatások azt mutatják, hogy lehetséges értelmes és megbízható adatokat gyűjteni a szubjektív jóllétről. A szubjektív jóllét különféle aspektusokat foglal magába (kognitív értékelést az életről, boldogságról, elégedettségről, pozitív érzéseket, mint az öröm és büszkeség, és negatív érzéseket, mint a fájdalom és aggodalom); mindegyiket külön kell megmérni, hogy az emberek életét átfogóan értékelő mutatót kapjunk. Ezen szubjektív dimenziók kvantitatív mutatói azért is ígéretesek, mert nem csak magának az életminőségnek kapjuk meg egy jó mutatóját, de jobban meg is érthetjük, hogy ezt milyen, az emberek anyagi körülményein és jövedelmén túlmutató dolgok befolyásolhatják. Annak ellenére, hogy sok a megoldatlan probléma, ezek a szubjektív mutatók fontos információt nyújtanak az életminőséggel kapcsolatban. Éppen emiatt lenne szükség arra, hogy a nagy elemszámú, hivatalos statisztikai hivatalok által végzett felmérésekben is megjelenjenek olyan kérdéstípusok, amelyek a kisebb, nem hivatalos felmérésekben már bizonyítottak.

2. ajánlás: Az életminőség az emberek objektív körülményeitől és lehetőségeitől is függ. Meg kell tenni azokat a lépéseket, amelyek javítják az emberek egészségével, oktatásával és személyes tevékenységeivel, valamint a politikai érdekképviselettel, a társas kapcsolatokkal, a környezet állapotával és a veszélyeztetettséggel kapcsolatos mutatókat.

120. Az életminőség mérésében releváns információk köre túlmutat az emberek önbevallásán és percepcióin, és olyan mutatókat kell használni, amelyek az emberek működését és szabadságát mérik. Bár az életminőséget befolyásoló tényezők meghatározott listája kétségtelenül értékítéleteken alapul, abban egyetértés mutatkozik, hogy az életminőség az emberek egészségén, képzettségén, mindennapi tevékenységén (beleértve a tisztességes munkához és

lakhatáshoz való jogot), politikai részvételén, az őket körülvevő természeti és társadalmi környezetben, valamint a személyes és gazdasági biztonságot alakító változókon múlik. Ezek méréséhez objektív és szubjektív adatokra egyaránt szükség van. Mindezen változóknál egyaránt kihívás, hogy az idáig elérteteket tovább kell fejleszteni, azonosítani kell a rendelkezésre álló információkban a hiányokat, és az, hogy be kell fektetni a statisztikai kapacitásokba azokon a területeken (mint pl. időmérés), ahol az indikátorok még elégtelenek.

3. ajánlás: Az életminőség indikátorainak minden mért dimenzióban teljes körűen mérniük kell az egyenlőtlenséget is.

121. Az emberek közötti egyenlőtlenség és annak időbeni alakulása minden országban szerves része kell, hogy legyen az életminőséggel kapcsolatos minden mutatóknak. A legtöbb életminőségdimenzióban saját különálló, egyenlőtlenséget mutató mérőszámra van szükség, úgy, hogy minden mutató önmagában is jelentős, és egyik sem nyerhet abszolút prioritást a többihez képest. Az egyenlőtlenségeket emberek, társadalmi, gazdasági státuszok, nem és generációk keresztmetszetében is mérni kell. Különösen oda kell figyelni azokra az egyenlőtlenségekre, amelyek a legutóbbi időben alakultak ki, mint például a bevándorláshoz kapcsolódó egyenlőtlenségek.

4. ajánlás: A felméréseket úgy kell megtervezni, hogy azok minden ember esetében mérni tudják a különböző életminőségdimenziók közötti kapcsolatokat, és ezeket az információkat fel kell használni a különböző területek szakpolitikáinak megalkotásakor.

122. Mindenféleképpen foglalkozni kell azzal a kérdéssel, hogy az életminőség egyik dimenziójában bekövetkezett fejlemények hogyan hatnak más dimenziókra, és hogyan függnek össze a bármely területen bekövetkező változások a jövedelemmel. Azért fontos ez, mert a hátrányok halmozódása messze nagyobb hatással van az életminőségre, mintha az egyes tényezők hatását külön-külön összeadnánk. Ahhoz, hogy olyan mutatókat fejlesszünk ki, amelyekkel ezeket a kumulatív hatásokat mérni tudjuk, az életminőség legmeghatározóbb elemeinek „együttes eloszlásáról” kell információ szereznünk célzott felmérésekkel az adott ország minden egyes polgáráról. Azzal is tehetünk lépéseket e felé, ha minden felmérésben megkérdezzük bizonyos sztenderd kérdéseket, amelyek egy sor meghatározott jellemző alapján lehetővé teszik a válaszadók osztályozását. Amikor meghatározott területek szakpolitikáit tervezik, akkor együttesen kell figyelembe venni az életminőség különböző dimenzióit tükröző indikátorokra gyakorolt hatást, hogy kezelni lehessen a különböző dimenziók közötti kölcsönhatást és a halmozottan hátrányos helyzetű emberek szükségleteit.

5. ajánlás: A statisztikai hivataloknak biztosítaniuk kell az életminőség különböző dimenzióinak aggregálásához szükséges információt, hogy lehetővé váljon különböző indexek létrehozása.

123. Azzal együtt, hogy az életminőség méréséhez több indikátorra van szükség, nagy igény van egy összegző mutatóra is. Létezik néhány lehetséges összegző mutató az életminőséggel kapcsolatban, attól függően, hogy milyen kérdésre keressük a választ, vagy milyen megközelítést használunk. Néhány ilyen mutatót már használunk, mint például az országokra vetített, élettel való átlagos elégedettség mutatóját, vagy azokat az összetett mutatókat, amelyek több kérdésre vonatkozó átlagértékeket összesítenek, ilyen például az Emberi Fejlettségi Index. Újabbak előállításához tovább kell fejleszteni a nemzeti statisztikai rendszereket, hogy elő tudják állítani a kiszámításukhoz szükséges adatokat. Ilyen lehet például az a mutató, amely azon időszakok arányát mutatja, amelyben valaki legerősebb érzésként negatív érzéseket naplóz, vagy az, amely azt számolja, hogy adott objektív jellemzők milyen gyakran és milyen súlyos mértékben bukkannak fel egy ember életében, és olyan (ekvivalens jövedelem) mutatók, amelyek emberek állapotán és preferenciáin alapulnak.

fordította: Simonyi Ágnes

ABSTRACTS

Éva Orosz: A contribution to the interpretation of the current crisis of the Hungarian healthcare system from the perspective of the history of social sciences

Several of the current grave problems of the Hungarian healthcare system are rooted in the 4 or 5 decades earlier period. Therefore, the overview of the interpretations concerning the deficiencies of the then healthcare system by the social science research of the 1980s can contribute to a better understanding of today's problems. From this aspect, the paper highlights as key lessons the following. The underfinancing of the healthcare system is not only due to the current government's narrow-mindedness, but it is also a consequence of the macroeconomic subordinated position of the healthcare system – a characteristic inherited from state-socialism. The survival of the under-the-table payments is only partly attributable to the negligence of the post-socialist governments; it may also result from the fact that the reforms carried out in the period of the political transformation in the early 90s failed to address its fundamental causes. The comparison of the reform-concepts of the 1980s and the unreasonable centralization implemented since 2010 can help understand whether the rebuilding of old and once already dismantled structures is taking place and it can also help to recognize the fundamental differences between the current structures and that of the 1980s.

Ákos Huszár – Márta Záhonyi: Inequality and social mobility

In recent years the problem of social mobility has triggered extensive professional and public debates especially in the United States and Britain. The main subject of the debate was the question of how increasing income and wealth inequalities affect the mobility chances of members of society. The attention of the wider public was primarily due to the fact that some recent studies have shown a marked decline in social mobility in both countries. In Hungary, neither the professional nor the wider public are paying big attention to the problem. In our paper, we are looking for answers to two questions. On the one hand, how do people in different levels of social hierarchy feel that their social position has changed in relation to their position of origin. On the other hand, we are asking what conclusions can be drawn from these subjective beliefs about the changing the society structure itself.

Judit Keller: Inequitable conditions in equalizing chances: institutional asymmetries in early childhood service provision

This paper studies institutional asymmetries between two early childhood welfare services, nurseries and Sure Start Houses, and the way they impact disadvantaged children's access to high quality services that would equalize their life chances. The findings suggest that access to high quality early childhood services is not only hindered by unequal territorial distribution of nurseries and employment-based eligibility criteria of admission, but also by institutional imbalances manifested in the disproportionate allocation of resources and obligations and an overall weak institutional environment.

Andrea Gyarmati – Ibolya Czibere – Andrea Rácz: The specificities of the services granted by the child protection and specialized social care system to children aged 0–6 requiring special support due to a disability or other reasons

The aim of the study is to present the life conditions of children aged 0-6 who need special support and are provided child protection and special social care services, and to examine the accessibility of developmental services designed for them; the study also resumes the views of professionals working with this target group on the needs for development in this field, on the family relationships of the cared children, and on their possibilities to grow up within a family environment. The research findings highlight that concerning the upbringing of children with severe, multiple disabilities or suffering from a chronic disease within a family environment, the biological parents and the foster parents face the same situation: accessible services do not exist or are insufficient, and day care services are lacking.

CONTENTS

Studies

- 3 **Éva Orosz:** A contribution to the interpretation of the current crisis of the Hungarian healthcare system from the perspective of the history of social sciences
- 25 **Ákos Huszár – Márta Záhonyi:** Inequality and social mobility

Hungarian Reality

- 48 **Judit Keller:** Inequitable conditions in equalizing chances: institutional asymmetries in early childhood service provision
- 76 **Andrea Gyarmati – Ibolya Czibere – Andrea Rácz:** The specificities of the services granted by the child protection and specialized social care system to children aged 0-6 requiring special support due to a disability or other reasons

Document

- 96 **Joseph E. Stiglitz, Amartya Sen, Jean-Paul Fitoussi:** Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress. Chapter 2: Quality of Life

SZERZŐINK FIGYELMÉBE!

1. A beküldött és a lap jellegének megfelelő írásokat szakértők bevonásával a Szerkesztőbizottság bírálja el. A közlésre benyújtott tanulmány még nem publikált és más folyóiratnál elbírálás alatt nem lévő, eredeti írásmű lehet.

2. A folyóiratban megjelent cikkek szerzői joga a Kiadót illeti, beleértve az interneten való megjelentetés jogát is.

3. A tanulmány szövegét Word-dokumentumban kérjük e-mailben megküldeni.

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

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

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

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

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

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

– könyv: Szerző(k) (a megjelenés éve): *A mű címe*. A kiadás helye: a kiadó neve;

– folyóiratcikk: Szerző(k) (a megjelenés éve): A cikk címe. *A folyóirat neve*, az évfolyam sorszáma (a szám sorszáma), a cikk kezdő és befejező oldalszáma;

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

– Több szerző esetén a neveket gondolatjellel (–) kössék össze. Legfeljebb három szerző nevét adják meg, ha több szerző van, akkor az első szerzőnév után et al.-t írjanak.

– Az internetes hivatkozásokat az utolsó megtekintés időpontjával egészítsék ki, pl.: (utolsó letöltés: 2014. 05. 05.)

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