

HILSCHER REZSŐ
ALAPÍTVÁNY

Vol. 33. (2022) No. 1.

DOI 10.48007/esely.2022.1

chance

Journal of
Social
Policy

C
J
S
P

esély

Társadalom- és
szociálpolitikai
folyóirat

e
s
é
ly

ISSN 0865-0810



TÁRSADALOM- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI FOLYÓIRAT

Kiadja a Hilscher Rezső Alapítvány

Szerkesztőségi cím:

✉ esely@esely.org

Főszerkesztő:

DR. CZIBERE IBOLYA

SZERKESZTŐSÉG:

Szerkesztők:

Dr. Czibere Ibolya
Dr. Farkas Zsombor
Dr. Rácz Andrea

Olvasószerkesztő:

Nemes-Zámbó Gabriella

Tördelőszerkesztő:

Juhászné Marosi Edit

Szerkesztőségi titkár:

Dr. Molnár Éva

ISSN 0865–0810

www.esely.org

DOI 10.48007/esely.2022.1



Megjelenik évente négyszer.

Tartalom

TANULMÁNYOK

- 3** OROSZ ÉVA
Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben?
- 40** HÉRA GÁBOR – MÉSZÁROS ZOLTÁN
Az emberkereskedelem áldozatai és az őket támogató hazai ellátórendszer I.
- 56** PILINSZKI ATTILA – WATFA ZSÜLI
A válás folyamata és a mediáció
- 74** KOSZTKA JÚLIA
Kint és bent
Outdoor módszerek és terek használata a magyarországi szociális munkában
- 88** MENICH NÓRA
A gyermekkori fogyatékoság és a szegénység összefüggései Európában
- 106** ELEK ZSUZSANNA RÉKA
Fiatalok hátránykompenzálását és társadalmi mobilitását támogató programok az Egyesült Államokban

Miért buktak el a szervezeti innovációk a magyar egészségügyben?

Orosz Éva

Orosz Éva: ELTE Társadalomtudományi Kar – orosz.eva@tatk.elte.hu

ABSZTRAKT Az 1989–1993 közötti időszakban alapvető változások történtek a magyar egészségügy irányításának és finanszírozásának a makrostruktúrájában. Ezek a változások nyilvánvalóan csak első lépéseit jelenthették egy jól működő egészségügyi rendszer kialakításának. A 90-es évek közepén a reformfolyamat azonban megtorpan; megszorító intézkedéseknek és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Időről időre elindultak innovatív változások – azonban az aktuális kormányzatok hosszabb vagy rövidebb időszak után megállították ezek megvalósítását, vagy felszámolták a már működő intézményeket. A tanulmány három részből áll. Az első összeveti a rendszerváltás időszakának és a 2010-es évek végének a fő problémáit; a második pedig ezeknek a problémáknak az orvoslását célzó – a 90-es évek második felében és a 2000-es években kezdeményezett – öt szervezeti innováció történetét vázolja. Az utolsó rész középpontjában az a kérdés áll, hogy milyen – sok szálon összefüggő, egymást erősítő – tényezők lehetetlenítették el, deformálták vagy számolták fel a változtatási törekvéseket, szervezeti innovációkat. A tanulmány a következő tényezők konkrét jellemzőit vázolja: a politikai elkötelezettség hiánya, forráshiány, a kormányzat és ellenzék közötti politikai árkok, az egészségügy szempontjainak alárendelődése más alrendszerek prioritásainak, a kormányzaton belüli harc az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan, az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala és a spontán piaci folyamatok hatása.

Kulcsszavak: egészségügyi reform, szervezeti innováció, forráshiány, opportunista kormányzati magatartás

Why have organizational innovations failed in Hungarian health system?

ABSTRACT Between 1989 and 1993, fundamental changes took place in the macrostructure of the governance and financing of Hungarian health care. These changes could obviously only constitute the first steps in building a well-functioning health care system. In the mid-1990s, however, the reform process came to a halt; a series of austerity measures and measures to alleviate the concomitant tensions have dominated Hungarian health care system. Innovative changes have been launched from time to time – but after a longer or shorter period of time, the then governments have halted their implementation or dismantled the already created institutions. The study consists of three parts. The first compares the main problems of the period of regime change and the end of 2010; and the second outlines the history of five organizational innovations to address these problems, initiated in the second half of the 1990s and the 2000s. The last part focuses on the question of what – intertwined and mutually reinforcing – factors have made it impossible, distorted or discouraged efforts for organizational innovations. The study outlines the specific features of the following factors: lack of political commitment, lack of resources, political ditches between government and opposition, subordination of health reform requirements to other subsystems reforms, struggle within government for the main direction of health reform, low level of professional capacity in health care administration and the impact of spontaneous market processes.

Keywords: health care reform, organizational innovation, lack of resources, opportunistic government behaviour.



BEVEZETŐ

Az államszocializmus drámaian rossz egészségi állapotot (Józan 1994) és súlyos válságban lévő egészségügyi rendszert hagyott örökségül (Orosz 1992). Az egészségügyi ellátás akkori problémáinak jelentős része – más technológiai szinten – napjainkig fennmaradt. Sokak véleményével ellentétben ez nem annak a következménye, hogy semmi sem történt az egészségügyben. Az 1989 és 1993 közötti időszakban alapvető változások történtek az egészségügy jogi és intézményi makrostruktúrájában – jórészt a 80-as évek második felében folyó reformmunkálatok koncepciójára és az ahhoz kapcsolódó kórházfinanszírozási kísérlet eredményeire alapozva (Orosz 2001). Ezek a változások nyilvánvalóan csak első lépéseit jelenthették egy jól működő egészségügyi rendszer kialakításának. Az átalakulás folyamata azonban megtorpant. A 90-es évek közepétől a költségvetési konszolidációk kényszere alatt végrehajtott megszorító intézkedéseknek és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedéseknek a sorozata dominálta a magyar egészségügyet. Időről időre elindultak innovatív változások is – azonban az aktuális kormányzatok hosszabb vagy rövidebb időszak után megállították ezek megvalósítását, vagy felszámolták a már működő intézményeket.

A tanulmány három részből áll. Az első összeveti a rendszerváltás időszakának és a 2010-es évek végének a fő problémáit, és ennek részeként bemutatja a 90-es évek elején elindult reformfolyamat megtorpanását és eredményeinek az erodálódását. A második rész a 90-es évek második felében és a 2000-es években kezdeményezett – az első fejezetben vázolt problémák orvoslását célzó – néhány fontos szervezeti innováció történetét vázolja; amire építve az utolsó rész középpontjában az a kérdés áll, milyen tényezők lehetetlenítették el, deformáltak vagy számolták fel a változtatási törekvéseket, szervezeti innovációkat. Úgy vélem, hogy mindezek – a múlt jobb megértésén túl – hozzájárulhatnak az egészségügyünk reformjához szükséges feltételek jobb megértéséhez is.¹

FŐ PROBLÉMÁK AZ 1980-AS ÉS A 2010-ES ÉVEK VÉGÉN

Szakadék a szükségletek és a szolgáltatások hozzáférhetősége és minősége között

Mindkét időszakban az egyének, a társadalom legközvetlenebbül a szükségletek és a közfinanszírozású rendszer által nyújtott szolgáltatások közötti szakadékot érzékelték, továbbá a megengedhetetlenül nagy egyenlőtlenségeket a szolgáltatások elérhetőségében és minőségében². A betegek nem, vagy későn jutottak hozzá a szükséges ellátáshoz; nem ott (az ellátórendszernek nem azon a szintjén) és nem azt a szolgáltatást kapták, amit az állapotuk igényelne; esetleges (sokszor a véletleneken múlik), hogy ki és milyen ellátáshoz jut hozzá. A rendszer

¹ A tanulmány nem foglalkozik a COVID-járvány időszakával, mivel annak számos speciális kérdése önálló elemzést igényel. Ugyanakkor hozzájárulhat annak a megértéséhez, miért reagált rendkívül rosszul a magyar kormány a járványra.

² Például 2015-ben a stroke-ot követő 30 napon belüli halálozás különbsége 2,6-szeres volt a legjobb és legrosszabb megye között (a betegek 8,8% és 23%-a); a megyék közötti különbség 11,7-szeres volt a szürkehályog-műtétre való várakozási időben (MÉRTÉK 2016).



működése kiszámíthatatlan, átláthatatlan a betegek számára. Sokszor az is hosszú „bolyongás” után derül ki, hogy egyáltalán mi a baja az egyénnek; hiányoznak vagy esetlegesen a krónikus betegségek korai felismerését és kezelését szolgáló szűrőprogramok és gondozás. A rendszerváltást megelőzően a betegek egy része erre a helyzetre a hálapénz révén kereste az egyéni megoldásokat, majd a 90-es évek végétől (a magánszolgáltatók piacának jelentős bővülésétől) – a hálapénz fennmaradása mellett – egyre inkább a magánszolgáltatások igénybevételével. Így a betegek fizetőképességének az egyenlőtlenségei alapvetően befolyásolták és befolyásolják az ellátáshoz való hozzáfutást.

Ezen jelenségek mögött a *krónikus forráshiány* és az *egészségügyi rendszer kapacitásainak, a szolgáltatási struktúrájának, az irányítási, ösztönzési és ellenőrzési rendszernek* – egymással összefüggő – *súlyos problémái* húzódnak meg.

Az ellátórendszer (szolgáltató szektor) évtizedes problémái

A *kapacitásokat* tekintve, a rendszerváltáskor mennyiségileg elégséges humán erőforrások, elavult, szétaprózott kórházhálózat, túlzottan sok kórház és kórházi ágy, ugyanakkor technológiai lemaradás, a másik oldalon pedig – különösen a kapacitások adott struktúrában való működtetéséhez – elégtelen pénzügyi erőforrások jellemezték a magyar egészségügyet. Amíg a 80-as évek végén a kapacitások kritikus pontját a technológia (a modern berendezések, műtéti kapacitások, nyugati gyógyszerek stb.) hiánya jelentette (Varró 1982), napjainkra az egészségügy kulcsproblémájává a humán erőforrások mennyiségi, minőségi és strukturális hiánya (humán erőforrás krízis) vált³. 2006 és 2018 között az állami intézményekben foglalkoztatott orvosok száma 20%-kal (4000 fővel) csökkent (ÁEEK 2019). 2010 és 2018 között kb. 3800 orvos távozott külföldre (Golovics – Zsinkó 2021).

A közfinanszírozású ellátórendszer államszocializmusból örökölt *strukturális problémái* – egy magasabb technológiai szinten – lényegüket tekintve napjainkig fennmaradtak:

- A rendszer irányításának (szabályozásának) és fejlesztésének a szemlélete silószemléletű: az egyes intézményi szintek – alapellátás, kórházi ellátás stb. – problémáira fókuszál, miközben a társadalmi szükségletek (az egészségmegőrzés, a betegségek megelőzése, a krónikus betegségek természete, eredményes ellátása stb.) páciens/betegség-centrikus szemléletet igényelnének.⁴
- Az intézményrendszer és egészségügyi ellátás túlzottan kórházcentrikus⁵ – a másod- és harmadlagos megelőzés (szűrővizsgálatok, korai stádiumban történő gondozás) és az

³ Az 1000 főre jutó praktizáló orvosok száma 2018-ban az EU15 átlagnak csupán 87%-át (a cseh értéknek pedig 84%-át) érte el. Az 1000 főre jutó nővérek száma 2018-ban az EU15 átlag 77%-át (a cseh érték 82%-át) érte el. (OECD Health Data 2020; <https://stats.oecd.org/>)

⁴ Olyan beteg/betegség-centrikus szemléletet, amelynek a fókusza olyan ellátórendszer kialakítása, amely biztosítja a főbb betegcsoportok (szív- és érrendszeri megbetegedések, daganatos betegségek stb.) koordinált ellátását (az ellátási szintek, intézmények és szakmák közötti koordinációt). Ez természetesen megfelelő finanszírozási ösztönzők kialakítását is igényelné.

⁵ A kórházcentrikusság és silószemlélet egyik fő oka a nyugati medicina és az orvostechnológia jellemzőiben keresendő – így nem magyar sajátosság. A kórházcentrikusság csökkentése, az orvosszakmák és ellátási szintek közötti koordináció és az ellátásszervezés erősítése általános törekvése volt a fejlett országok egészségügyi reformjainak (OECD 2010).



ellátás többi formájának (egynapos sebészet, járóbeteg-szakellátás, alapellátás, háziápolás) rovására. Ez megnyilvánul a finanszírozásban, a humán erőforrásokban és a gyógyítási folyamatokban is.

- Az alapellátás nem képes a funkciói megfelelő ellátására (definitív ellátás a kompetenciájába tartozó esetekben; krónikus betegek gondozása, betegutak menedzselése stb.). Az alapellátás helyzete – a 2010-es évek közepétől meghozott kormányzati intézkedések (finanszírozás javítása, csoportpraxis/praxisközösségek ösztönzése stb.) ellenére – számos tekintetben kedvezőtlenebb, mint a 90-es évek elején (pl. az üres orvosi körzetek száma, az orvosok korstruktúrája).
- A kórházi kapacitások nem alkalmazkodtak eléggé a technológia és a szükségletek változásához⁶: a kapacitások (a kórházak és a kórházi ágyak számát tekintve is) túlzottak – ami felesleges költségeket generál. A nagyobb problémát a szétaprózódott⁷ (és ebből is adódóan korszerűtlen) kórházi hálózat jelenti, ami hozzájárult a humán erőforrás-krízis kiéleződéséhez.
- A hozzáférés és minőség problémáinak egyik alapvető oka, hogy hiányzik (esetleges) a minőségbiztosítás és az ellátás (betegutak) koordinációja (az ellátásszervezés), a beteg „bolyong” a rendszerben – ezáltal nem, vagy késői stádiumban jut adekvát ellátáshoz. Az ellátás minőségében óriási különbségek lehetnek. Az ellátás minőségéről nincs rendszerszintű információ.
- Hiányzik a modern népegészségügy,⁸ megelőzés, egészségfejlesztés – ami nagymértékben hozzájárul a népesség rossz egészségi állapotához és az egészségi állapot egyenlőtlenségeihez.

A fentiekkel kapcsolatban fontos megjegyezni, hogy a hosszú várólisták és a felesleges kórházi ágyak között csak látszólagos az ellentmondás. A Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) ugyanis évente meghatározza, hogy az adott évben mekkora szolgáltatásvolumen fog finanszírozni egy adott kórház számára (azaz minden kórház teljesítményvolumen korlátját [TVK]) – ez pedig behatárolja az ellátható betegek számát⁹.

⁶ A technológia fejlődése következtében egyrészt számos betegség nem igényel kórházi ellátást, másrészt a költséges technológia és speciális szakértelem koncentrációt igényel. A kórházhálózatnak a megváltozott technológiához való igazítása a 80-as évek vége óta megoldatlan kihívás a kormányok számára. Ezt jelzi például a kórházi ágyak (nemzetközi összehasonlításban is) alacsony kihasználtsága, ami a KSH adatai szerint 2019-ben 63,8% volt az aktív fekvőbeteg-ellátásban és 84,3% a krónikus fekvőbeteg-ellátásban. A leírtak nem jelentik azt, hogy ne csökkent volna jelentősen a kórházi ágyak száma, továbbá ne történt volna számos pozitív lépés a kórházszektorban – ezek összességében azonban nem orvosolták az alapvető problémákat. (A kórházi ágyak száma 1991-ben 100 747, 2019-ben pedig 67 806 volt. Ez utóbbitól 41 481 az aktív, 26 631 pedig a krónikus ellátásban működött.)

⁷ 2019-ben a NEAK 137 szolgáltatónál finanszírozott aktív fekvőbeteg-ellátást. Ebből 104 volt állami vagy önkormányzati tulajdonban. (NEAK Statisztikai Évkönyv 2019)

⁸ A modern népegészségügy mindenekelőtt szemléletváltást igényelne: az egészség szempontjainak érvényesítését a kormányzati politika minden területén (az EU és WHO által is ösztönzött „Health in All Policies” megközelítést).

⁹ Hasonló rendszer működik a járóbeteg-szakellátás esetében is. A TVK-t a teljesítményfinanszírozás alapegységeiben (és nem a betegek számában) határozzák meg. Ha a kórház túllépi a TVK-ját, akkor az utána ellátott betegek ellátásáért nem fizet a NEAK.



A rendszerváltozás utáni évtizedekben a szolgáltatói szektor előzőekben vázolt problémáihoz újak társultak a magánszektorban – a piaci tényezők által vezérelt és megfelelő kormányzati szabályozást nélkülöző – jelentős bővülése következtében: például az orvosok, szakdolgozók elvándorlása vagy munkaidejük jelentős részének lekötése a magánszektorban.

Irányítási és ösztönzési rendszerek: biztató kezdetek, erodálódás és visszarendeződés

Az államszocialista egészségügy alapvető pillérei voltak: az államnak a formális szektorban érvényesülő kizárólagos szerepe, az érem másik oldalaként pedig az egészségügy fekete/informális gazdasága (a hálapénz); továbbá a központi utasításon alapuló irányítási rendszer, az érem másik oldalaként pedig az informális alkuk (kijárások, „szocialista összeköttetések”¹⁰ stb.) az erőforrások allokációjában. A szolgáltatási szférában a hatékonysággal ellentétes ösztönzők működtek: a szolgáltató intézmények tevékenysége és bevétele között nem volt kapcsolat – mivel az éves költségvetésük megállapításakor az alapot az előző éves költségvetésük jelentette. Ez nem tette szükségessé a teljesítmény mérését, azaz annak a számbavételét, hogy milyen szolgáltatásokat és milyen költséggel nyújtottak a kórházak. Mindezeknek és a szolgáltató szektor (előzőekben tárgyalt) strukturális problémáinak a következtében egyszerre volt (és van) jelen a forráshiány és alacsony hatékonyság mind mikro-, mind makroszinten.

Az 1989–1993 közötti időszakban elindult az egészségügyi rendszer makrostruktúrájának az átalakulása, és kialakultak a 2010-ig fennálló struktúra fő összetevői: a lakosság csaknem egészére kiterjedő kötelező egészségbiztosítás és ezáltal a finanszírozó és a szolgáltató szerepek szétválasztása; a vegyes tulajdoni viszonyok (magánvállalkozások lehetősége az egészségügyben); a háziiorvosi rendszer; a szolgáltatók (kórházak, rendelők stb.) közötti versenyt célzó új teljesítményfinanszírozási módszerek; az önkéntes kiegészítő egészségbiztosítás különböző formái (önkéntes pénztárak és üzleti biztosítók által kínált konstrukciók); továbbá a betegjogok intézményesítése (Orosz 2001). Az ÁNTSZ létrehozása megteremtette az intézményi feltételeit, lehetőségét annak, hogy – nyugat-európai mintára – modern népegészségügyi tevékenység legyen kialakítható, valamint szükség (pl. járvány) esetén egységes szakmai bázison nyugvó, megfelelő hatósági intézkedések legyenek végrehajthatóak¹¹. A centralizált, központi kormányzati utasításokon alapuló irányítás helyett elindult a *döntéshozatalnak (hatalomnak) és felelősségnek az egészségügy szereplői közötti megosztása*. Ennek legfontosabb lépései a viszonylag jelentős önállóságot kapott Egészségbiztosítási Önkormányzat és az Országos Egészségbiztosítási Pénztár létrehozása, továbbá a szakmai kamarák (pl. Magyar Orvosi Kamara) és szövetségek (pl. Magyar Kórházszövetség) megalakítása voltak.

¹⁰ Ennek nyomán az egyes – hasonló feladatot ellátó – kórházak, szakrendelők bázisfinanszírozása között a különbség többszörös is lehetett.

¹¹ Az ÁNTSZ a Közegészségügyi és Járványügyi Állomások (KÖJÁL) bázisán jött létre. A változás leglényegesebb eleme a kettős irányítás megszüntetése volt, ami azt jelentette, hogy a megyei KÖJÁL-ok közigazgatási, hatósági szempontból a megyei tanácsok irányítása alatt működtek, míg a szakmai irányítást a KÖJÁL országos szervezete gyakorolta. Ennek következtében a hatósági intézkedések (pl. üzemek, ivóvízminőség stb. közegészségügyi ellenőrzése) esetében a helyi hatalom érdekei felülírhatták a szakmai szempontokat.



A reformfolyamatban a fő hangsúlyt a *teljesítményfinanszírozási módszerek* bevezetése kapta, mint az erőforrások hatékonyabb elosztásnak, a szabályozott verseny megteremtésének fő eszköze¹². Az aktív fekvőbeteg-ellátás esetében – a nemzetközi trendeket követve – az amerikai DRG (Diagnosis Related Groups) finanszírozási módszer adaptációját, a Homogén Betegség Csoportok (HBCS) szerinti finanszírozást vezették be.¹³ A finanszírozási rendszer átalakításában – a tényleges folyamatokban – azonban összeütközött két ellentétes szempont. Egyrészt a hatékonysági megközelítés: az intézmények tevékenysége és bevétele közötti összhang megteremtése (azonos teljesítményért azonos díjat nyújtó normatív finanszírozás). A másik szempont a politikai biztonság szempontja volt, azaz minél kisebb konfliktussal megúsni az elkerülhetetlen változásokat, továbbá a kormányzat fenn kívánta tartani a zárt költségvetést¹⁴ – a kiadások korlátozása érdekében. A zárt költségvetés teljesülése viszont csökkentette az ösztönzést a hatékony ellenőrzési rendszer kiépítésére, aminek a hiánya lehetővé tette a széleskörű HBCS-manipulációt.¹⁵ Az eredeti tervekkel szemben (amortizáció beépítése a finanszírozási tételekbe), fennmaradt a kétszatornás finanszírozás: az egészségbiztosítás által fizetett díjak (a rendszerváltás előtti időszak éves költségvetéséhez hasonlóan) csak a működési költségek fedezetét tartalmazzák és nem tartalmazzák az amortizációt. Mivel a beruházási források legnagyobb részét a központi támogatások teszik ki, az intézményi menedzsment (és a tulajdonos) számára hiányzik a forrás az állóeszközök pótlására, másrészt hiányzik az érdekeltség is az állóeszközökkel való racionális gazdálkodásban. Továbbá a központi döntéshozókat pedig semmi sem ösztönzi a makroszintű hatékonyság szempontjának a mérlegelésére a beruházási döntésekben (nem is rendelkeznek megfelelő információval ahhoz). Tovább erodálta a teljesítményfinanszírozás ösztönző hatását (a „pénz követi a beteget” elv érvényesülését) a TVK 2004-ben – a külső gazdasági kényszerek hatására – történt bevezetése. A TVK-t eredetileg átmenetinek szánták, de azóta is a kiadások korlátozásának alapvető eszközét képezi. Mindezek következtében a teljesítményfinanszírozási rendszer nem csak a túlzott várakozásokat¹⁶ nem tudta kielégíteni, hanem a pozitív hatásai is lényegesen gyengébben érvényesültek, a mellékhatásai pedig erősebben, mint más országokban.

Összességében, a 90-es évek elején végbement változások adekvát módon reagáltak az egészségügyi rendszer problémáira – tényleges reformfolyamat *elindulását* jelentették. Az új makroszintű intézményi keretek és a teljesítményfinanszírozás (a változások alapelvei és iránya)

¹² A teljesítményalapú, normatív finanszírozási módszerekben *elvieken* azonos teljesítményért azonos árat kapnak a szolgáltatók – így (ha az elvek megfelelően érvényesülnek a gyakorlatban) az intézmények bevétele a szolgáltatások mennyiségétől, bonyolultságától és minőségétől függ (továbbá a szolgáltatók működése átláthatóbbá válik).

¹³ A HBCS-finanszírozás alapegysége az eset (és nem az egyes beavatkozás). A módszer a betegségeket (kórházi eseteket) szakmai tartalom és költségesség szempontjából homogén csoportokba sorolja és meghatározza az egyes csoportok költségességének egymáshoz viszonyított arányát, ún. súlyszámok alkalmazásával (a teljesítmény mértékysége a súlyszám, ahol az átlagos költségigényű betegségcsoport súlyszámának az értéke: 1).

¹⁴ Azaz olyan megoldást találni, ami biztosítja, hogy az egészségügyi ellátás egyes területeinek (fekvőbeteg-, járóbeteg-, háziorvosi ellátás stb.) kiadásai nem lépik túl az éves költségvetési előirányzatokat (az Egészségbiztosítási Alapon belül kialakított kasszákat).

¹⁵ A HBCS (DRG) manipulációja nem magyar jelenség. A HBCS-módszer a szolgáltatókat arra ösztönözheti, hogy *ha lehet*, az adott állapotot (a valóban indokoltnál) magasabb árat adó betegségcsoportba sorolja, vagy (indokolatlanul) kísérő betegséget társítson bizonyos diagnózisokhoz.

¹⁶ Voltak, akik a kórházi struktúra spontán átalakulását és a hálapénz megszűnését is várták a HBCS finanszírozási módszertől.



összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszereknek és a szabályozott piaci viszonyok kialakítását célzó reformoknak az általános jellemzőivel (Ham, 1990). Egy jól működő egészségügyi rendszer kialakulásához azonban nyilvánvalóan nem volt elégséges a makrostruktúra átalakítása. A *makrostruktúrában bekövetkezett változások szükségszerűen nem hozhattak látványos, gyors megoldást az egészségügyi rendszer működésének alapvető problémáira*: az ellátás elérhetőségével, minőségével és hatékonyságával, az orvos-beteg kapcsolattal, a hálapénzzel, a fogyasztói igények kielégítésével kapcsolatos problémákra. Ehhez egyrészt a közkiadások növelésére, másrészt a szakmai struktúrák kiépítésére, a mikrostruktúra¹⁷ – hosszabb időt igénylő – átalakulására és ezek érdekében szervezeti innovációk¹⁸ sorozatára is szükség lett volna.

A 90-es évek közepén azonban – elsősorban a gazdasági kényszerek hatására – a reformfolyamat megtorpant, nem folytatódott egy szisztematikus fejlesztése az új intézményeknek, majd a reform számos eredménye erodálódott. 1994-ben a kormányzati intézkedések középpontjába a gazdasági egyensúly helyreállítása, a költségvetési hiány csökkentése, ennek érdekében minden területen a *közkiadások csökkentése* került. Az egészségügyi közkiadások¹⁹ reálértéke 1994 és 1996 között kb. 20%-kal csökkent. Az egészségügyi rendszer igényei, az átfogó reform céljai helyett a költségvetési konszolidáció határozta meg az egészségügy fő folyamatait. Az egészségügyi kormányzat fő kérdéseivé az Egészségbiztosítási Alap és a kórházak hiányának a menedzselése, valamint a kórházi kapacitások csökkentése – azaz az egészségügyi kiadások drasztikus csökkentése által kiélezett problémák rövid távú kezelése – váltak. Ezekhez az intézkedésekhez társult az egészségbiztosítás önkormányzati irányításának átértékelése – ami több okra vezethető vissza. Az önkormányzati irányításra vonatkozó elképzelést (és 1991-ben a törvényt) a rendszerváltó, az állam hatásköreit visszaszorító törekvések hozták létre, de mire 1993-ban az önkormányzat létrejött, már kibontakozott egy ezzel ellentétes, a kormányzat szerepét általában erősíteni szándékozó politikai magatartás is. Hozzájárult a kudarchoz az is, hogy az Önkormányzat erkölcsi tőkéjét – amit az 1993. évi társadalombiztosítási választások során megszerzett – a korrupciók és korrupciógyanús ügyek teljesen felélték. Az államháztartásról szóló törvény 1996. évi módosítása és az önkormányzati igazgatásról szóló törvény 1997. évi módosítása elvették az Egészségbiztosítási Önkormányzat legfontosabb jogosítványait, majd – lényegében az MSZP–SZDSZ-kormányzat által kezdeti folyamat befejezéseként – az 1998-

¹⁷ Az egészségügyön belüli struktúrák három szintjét különböztethetjük meg: (i) *makrostruktúrák* (az irányítás, finanszírozás és szolgáltatás *intézményi keretei*); (ii) *szakmai struktúrák* (az ellátás folyamataihoz kapcsolódó gazdasági és minőségügyi szabályozás stb.); (iii) *mikrostruktúrák* (a szereplők közötti kapcsolatok nem intézményesített jellemzői, mintázatai. Pl. az orvos-beteg kapcsolat jellemzői, a hálapénz, az orvosok közötti informális hierarchia, minisztériumi tisztviselők és kórházigazgatók informális kapcsolatai stb.).

¹⁸ A reformok és a szervezeti innovációk különbségét a tanulmány a következőképpen értelmezi. Az egészségügyi reform a rendszer egészét vagy egy összetevőjét átfogóan és az ország egészére kiterjedően célozza meg (pl. a szolgáltatók finanszírozási módszereinek átalakítása); a reformnak részét képezhetik (de nem feltétlenül) szervezeti innovációk. Egy szervezeti innováció a reformnál korlátozottabb hatókörű (tipikusan, de nem kizárólag mikro-szintű, lokálisan elinduló). A szervezeti innováció egy adott problémára *új megközelítést* alkalmaz, *új szervezeti struktúrákat és új döntéshozatali eljárásokat* hoz létre.

¹⁹ A tanulmányban „egészségügyi kiadás” és „egészségügyi közkiadás” alatt – a nemzetközi gyakorlatnak és adatoknak megfelelően – a folyó kiadásokat (current expenditure) értem, ami nem tartalmazza a tőkefelhalmozást (beruházásokat). Ugyanis egy adott évben a lakosság által elérhető egészségügyi szolgáltatásvolumen (szolgáltatások és javak végső fogyasztását) a folyó kiadások mutatják.



ban hatalomba lépett FIDESZ-kormány megszüntette az Önkormányzatot és minisztériumi irányítás alá helyezte az OEP-et. Ezek az intézkedések – több más folyamattal együtt – jelentősen erodáltak az egészségbiztosítás relatív önállóságát. A 2000-es évtizedben több kísérlet is történt az egészségbiztosítás intézményi rendszerének az átalakítására – ezekkel a következő fejezet foglalkozik.

2010 után pedig radikális változások következtek be, amelyek felszámolták az egészségügynek a rendszerváltáskor még általános elfogadottságot élvező intézményi modelljét²⁰ és visszaállították a „kézivezérést”, a központi utasításon alapuló irányítási rendszert²¹, amelyben – ahogy a rendszerváltás előtt, jelenleg is – nagy szerepe van az informális, átláthatatlan alkuknak. A szabályozott, átlátható működési mechanizmusok szerepe a döntéshozatalban meggyengült és megnőtt a befolyásos (sokszor azonban az egészségügyi igazgatási hierarchiában formális pozícióval nem rendelkező) egyének szerepe a döntések megszületésében. Ami miatt nem állítható, hogy a rendszerváltás előtti struktúra rendeződött vissza, az a magán-szektor szerepe – azaz nem állt vissza az államnak a kizárólagos szerepe a szolgáltatások nyújtásában és finanszírozásban²². Épp ellenkezőleg: a közkiadások korlátozása miatt a magán-szolgáltatók szerepe jelentősen bővült, különösen a járóbeteg-ellátásban (beleértve a diagnosztikai centrumokat is); a magánkiadások aránya az összes kiadáson belül pedig 2019-ben elérte a 32%-ot, ami lényegesen magasabb volt, mint az EU27 (26%) és az EU15 átlag (23%)²³.

A 2010-es évek elején két ellentétes folyamat zajlott le a szakigazgatás, az irányítási rendszer területén: a szakigazgatásnak az egészségügy sajátosságainak megfelelő, országos szintű intézményeinek (ÁNTSZ, OEP) a felszámolása; valamint a kórházi ellátás országos szintű irányítási szervezetének a létrehozása. Tehát egyrészt ott ment végbe decentralizáció, ahol az egységes, elkülönült intézményrendszer felelt meg jobban az egészségügy sajátosságainak; másrészt ott valósult meg irracionális mértékű centralizáció, ahol az ellentétes az egészségügy sajátosságaival. A konkrét intézkedések a következők voltak:

- 2010-ben megszűnt az egészségügy, oktatás és szociális ügyek közvetlen, önálló kormányzati képviselője – az Emberi Erőforrások Minisztériuma részterületeivé váltak.
- 2010-ben megszüntették az Egészségbiztosítási Felügyeletet.
- 2011-ben összevonták a korábban szakmanként önálló, jogállásában a minisztériumtól független szakmai kollégiumokat egyetlen szervezetbe (megfelelő szakmai infrastruktúra nélkül), amelynek a funkciója a miniszter tanácsadó szervezete lett.
- Két lépésben, 2011-ben és 2017-ben a közigazgatás egészére kiterjedő változtatások részeként – szétverték a közegészségügy és járványügy egységes, országos szervezetét

²⁰ Ennek fő elemei a következők voltak: a döntéshozatalnak (hatalomnak) a szereplők közötti megosztása; az állam elsődlegesen szabályozó szerepet játszik; a vásárló (OEP) és az eladók (szolgáltató intézmények) jelentős önállósága; a működési folyamatokban pedig az ösztönzés és a szolgáltatók közötti verseny (azaz a szolidaritási elvet biztosító keretek közötti szabályozott piaci viszonyok).

²¹ Például korábban a kórházigazgatók széles hatáskörrel rendelkeztek a kórház működésére vonatkozó döntések meghozatalában. A kórházaknak a GYEMSZI alá rendelése után minimális önállóságuk maradt, minden lényeges döntést jóvá kellett hagyatniuk a GYEMSZI-vel (illetve a jogutódaival). Jelenleg még arról sem dönthetnek önállóan, hogy nyilatkoznak-e a sajtónak.

²² Ahogy hangsúlyoztam, ez az államszocialista rendszerben is csak a formális szektorra volt igaz – ami mellett létezett az informális szektor.

²³ Adatok forrása: Eutostat Database, <https://ec.europa.eu/eurostat/data/database>



(felszámolták az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálatot). 2011-ben az ÁNTSZ megyei hivatalai a megyei kormányhivatalok szervezeti egységeivé váltak. Ezzel a korábbi KÖJÁL szervezethez hasonló – a *hatalmi érdekeket a szakmai szempontok fölé helyező* – struktúra, kettős irányítás állt vissza. 2017-ben megszűnt az Országos Tisztifőorvosi Hivatal, alapvető hatásköreit átvette az EMMI; az OTH jogutódjánál (Nemzeti Népegészségügyi Központ) pedig a hatásköröknek csak a töredéke maradt.

- Több lépésben felszámolták a kötelező egészségbiztosítási rendszer minden lényegi elemét: törvényi alapjait, transzparens finanszírozását és intézményi kereteit.²⁴ 1992-ben az OEP létrehozásakor nagy önállósággal rendelkező „szolgáltatásvásárló” szervezet kialakítása volt a cél. Ezzel szemben, az ÁNTSZ-hez hasonlóan (ugyanannak a folyamatnak a részeként) felszámolták az egészségbiztosítás önálló, egységes intézményrendszerét. 2011-ben az OEP regionális pénztárai megszűntek,²⁵ hatásköreinek (és dolgozóinak) jelentős része átkerült a megyei kormányhivatalokban létrehozott egészségbiztosítási osztályokhoz. 2017-ben az OEP alapvető hatásköreit átvette az EMMI és a jogutódként létrehozott Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő Központ lényegében csak „pénzkifizető” szerepet tölt be.
- 2012–13-ban a kormány elvette az önkormányzatoktól a kórházakat. Egyetlen intézmény, a GYEMSZI (később Állami Egészségügyi Ellátó Központ [ÁEEK]; jelenleg Országos Kórházi Főigazgatóság [OKFŐ]) alá centralizálták a több mint 100 (korábban önkormányzati) kórházat. A kórházigazgatók döntési kompetenciáját a minimumra szűkítették.
- Megtorpant a betegjogok érvényesülésének az intézményesítése is: 2010-ben felszámolták az önálló Betegjogi, Ellátottjogi és Gyermejjogi Közalapítványt (BEGYK); jelenleg pedig az EMMI szervezeti egységeként működő Integrált Jogvédelmi Szolgálat (IJSZ) feladatát képezi a betegjogok érvényesítése. Hiányzik a civil szervezeteknek, a betegszervezeteknek – az egészségügyi ellátás feletti – intézményesített ellenőrző szerepe is²⁶.

Az egészségügyi ellátórendszer (tulajdon és intézményirányítás) ilyen mértékű irracionális centralizálására nincs példa az európai egészségügyi rendszerekben. A jelenlegi ellátórendszer működtetése centralizáltabb annál, mint amilyen a 80-as évek végén volt.

Ezek a változások nemcsak a szervezeti kereteket alakították át, hanem az egészségügyön belüli döntéshozatali, működési mechanizmusokat, az ösztönzőrendszereket és az egész szer-

²⁴ Az államháztartáson belül 2010-ig önálló alrendszert alkotó társadalombiztosítási pénzügyi alapok (nyugdíj- és az egészségbiztosítási alap) a központi költségvetés fejezeteivé váltak, az OEP-et központi költségvetési szervvé minősítették. Megszűnt a munkáltatói tb-járulék és helyette szociális hozzájárulási adót vezettek be, ami nincs megosztva nyugdíj és egészségügy között – így megszűnt az egészségbiztosításnak az az alapvető jellemzője, hogy a bevételei szabályozott, transzparens módon képződnek a munkáltatók, munkavállalók és az állam által (meghatározott társadalmi csoportok után) fizetett járulékokból stb.

²⁵ Az OEP-nek (NEAK-nak) maradtak területi hivatalai, de a korábbi relatív önállóság és hatáskörök nélkül.

²⁶ Részben az utóbbiak állami forrásoktól való függősége miatt is.



vezeti kultúrát.²⁷ Továbbá ezek a változások lehetővé tették az egészségügyből való „forráskivonás” folytatását a gazdasági válság utáni időszakban is.

Krónikus forráshiány

A magyar egészségügy rendszerváltás előtti fejlődési pályája az egészségügyi kiadások trendjét tekintve is alapvetően eltért a fejlett nyugat-európai országokétól. A legfontosabb – és maig hatással lévő – alapvető eltérés abban volt, hogy a második világháború után (a 70-es évek végéig) a nyugat-európai országokban jelentős expanzió ment végbe: az akkori OECD országok átlagát tekintve, 1960 és 1980 között az egészségügyi kiadások a GDP 3,9 százalékáról a 6,9 százalékára növekedtek²⁸. A magyar egészségügyben nem ment végbe ilyen expanzió: az egészségügyi és szociális kiadások²⁹: 1965 és 1975 között a GDP 3,5%-át, 1980-ban pedig a 3,9%-át tették ki (Orosz 1992).

Az elmúlt három évtizedben az egészségügyi közkiadások – a nemzetközi trendektől eltérően – (néhány évtől eltekintve) a gazdasági növekedéstől lassabb ütemben növekedtek. Ezt mutatja, hogy 1993-ban a GDP 6,0%-át, 2019-ben pedig már csak a 4,3%-át tették ki az egészségügyi közkiadások³⁰. A növekedés mértéke rendkívül alacsony volt. 2019-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke csupán 39%-kal volt magasabb, mint 1992-ben. Ezzel szemben Csehországban 3,5-szerese, Lengyelországban 3,2-szerese volt 2019-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke az 1992. évi értéknek (az EU15 országok többségében pedig 2–2,5-szerese). Ennek következtében Magyarország és az EU15 országok közötti távolság jelentősen növekedett, miközben a többi visegrádi országra a felzárkózás volt jellemző. A magyar egy főre jutó közkiadások 1992-ben az EU15 országok szintjének az 53%-át, 2019-ben pedig már csak a 40%-át érték el; eközben Csehországban 1992-ben az EU15 43%-át, 2019-ben pedig már a 75%-át.

A visegrádi országokat tekintve 1992-ben Magyarországon volt a legmagasabb az egy főre jutó egészségügyi közkiadás: a cseh értéket 24%-kal, a lengyel értéket pedig 98%-kal haladta meg. 2019-ben viszont a magyar egy főre jutó egészségügyi közkiadás 46%-kal alacsonyabb volt, mint a csehországi és 2%-kal alacsonyabb a lengyel értéknél is.

²⁷ Beleértve a központi egészségügyi adminisztrációban dolgozó vezető szakemberek és az ellátó intézmények vezetőinek az attitűdjét is. Például, amíg a 2000-es évek folyamán a Magyar Kórházszövetség számos kritikus állásfoglalást adott ki és hozott nyilvánosságra a honlapján, 2010 után kritikus véleményt rendkívül ritkán fogalmazott meg, a jelenlegi honlapon pedig egyedüli dokumentumként a MKSZ alapszabálya található (<https://korhazszovetseg.hu/dokumentumtar>).

²⁸ A nyugat-európai országokban – az egészségügyi ellátásra való jogosultság kiterjesztésével párhuzamosan – nagymértékben fejlesztették az infrastruktúrát és növelték a működésre fordított közkiadásokat.

²⁹ A 80-as évek végéről nincs megbízható adatunk az egészségügyi kiadásokra, mert az akkori statisztikák összefonóan 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.

³⁰ A tanulmányban közölt adatok forrása (amennyiben más hivatkozás nincs): OECD.Stat (Health Data 2021) <https://stats.oecd.org/>



A tanulmány csak a folyó kiadásokat, a működés pénzügyi forrásait elemzi; elsősorban azért, mert a lakosság által egy adott időszakban elérhető egészségügyi szolgáltatásvolumen (szolgáltatások és javak végső fogyasztását) a folyó kiadások mutatják. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a forráshiány – az EU-csatlakozás után az egészségügybe áramló, viszonylag jelentős EU-s források ellenére – a fejlesztésekre is jellemző volt³¹. Egyrészt a fejlesztési források elmaradtak az egészségügyi infrastruktúra modernizációjához szükséges forrásoktól, másrészt az egészségügyi beruházások GDP-hez viszonyított aránya nemzetközi összehasonlításban is alacsony. Nincs megbízható képünk arról, hogy az orvostechológia színvonalában a magyar egészségügy milyen mértékben követte a fejlett országokat.

Az egészségügyet diszpreferáló kormányzati magatartás okaival a harmadik fejezet részletesen foglalkozik. Itt csak két következményét hangsúlyozom: a kórházi adósságállomány állandósulását és a krónikus egészségügyi munkaerőhiány egyik fő okát jelentő alacsony egészségügyi béreket. Az államszocializmustól örökölt torz bérarányokat (alacsony egészségügyi béreket) a rendszerváltáskor nem korrigálták a magyar politikai döntéshozók. Az egészségügyi szektor átlagkeresete 2000-ben a nemzetgazdaság átlagnak csupán 82%-át érte el³². A 2002–2003-ban megvalósított közalkalmazotti béremelés sikertelen korrekciós kísérletnek bizonyult: 2003-ban az egészségügyi szektor átlagkeresete elérte a nemzetgazdaság átlagát, azonban 2011-re lényegében visszarendeződtek a 90-es évek végére jellemző arányok (más szektorokban megvalósult béremelések következtében). A 2010-es évek második felében végrehajtott béremelések ellenére is 2019-ben az egészségügyi szektor átlagkeresete a nemzetgazdasági átlagnak csak 95%-át érte el³³. (A közigazgatás átlagkeresetének 78%-át, a pénzügyi és biztosítási ágazatának pedig csupán 54%-át.)

SZERVEZETI INNOVÁCIÓK A 90-ES ÉVEK MÁSODIK FELÉBEN ÉS A 2000-ES ÉVTIZEDBEN

Miközben a 90-es évek közepétől a „tűzoltó” jellegű megszorító és az ezek nyomán kiéleződött feszültségeket enyhítő intézkedések (kórházak adósságának kormányzati rendezése és időnkénti béremelés) dominálták a magyar egészségügyet, számos szervezeti innovációra irányuló kezdeményezést is láthatunk az elmúlt évtizedek történetében. Ezek között voltak, amelyek olyan új, komplex struktúrákat akartak kiépíteni, amelyek egyszerre idéztek volna elő változást az irányítás, a finanszírozás és a szolgáltatások területén; mások pedig a finanszírozási vagy a szolgáltatási rendszer egy adott elemének az átalakítására törekedtek. A történetük és a bukásuk elemzése hozzájárulhat a jelenlegi problémáink jobb megértéséhez is. A következőkben vázolt példák kiválasztásának szempontja egyrészt az volt, hogy a magyar egészségügy jelenleg is fennálló problémáira kerestek innovatív megoldást, másrészt a nemzetközi tapasztalatok azt mutatják, hogy hasonló strukturális változások pozitív hatásokkal járhattak más egészségügyi rendszerekben. Fontos tisztázni, hogy nem minden szervezeti változás jelent in-

³¹ Ennek nem mond ellent, hogy önmagukban jelentős infrastrukturális fejlesztések valósultak meg. Ugyanakkor az EU-s források felhasználására is jellemző volt a források megfelelő koncentrációjának a hiánya (Dózsa et al. 2016).

³² Az átlagkeresetekre vonatkozó adatok forrása: KSH.

³³ A 2020-ban az egészségügyi szolgálati jogviszonyról elfogadott (2020. évi C.) törvény az orvosi bérek nagyarányú emelését valósította meg, de adós maradt az ágazat egésze jövedelmi viszonyainak a rendezésével.



novációt. A szervezeti innováció egy adott problémára új megközelítést alkalmaz, új szervezeti struktúrát és új döntéshozatali eljárásokat hoz létre. Például 2010 után a centralizált döntéshozatal visszaállító intézkedések (annak ellenére, hogy új szervezeteket alakítottak ki) nem tekinthetők innovációnak, mert a megközelítésük egy korábbi működési módhoz való visszatérést jelentett. Hangsúlyozom továbbá, hogy nem az innovációk teljeskörű számbavételére, hanem olyan példák bemutatására törekedtem, amelyek megvilágítják az egészségügyet domináló – az innovációkat erodáló, felszámoló – folyamatokat.

Makroszintű, komplex szervezeti innováció: a Regionális Modernizációs Program (1997–98)

A program jelentőségének a megértéséhez szükséges röviden megemlíteni az előzményét: nevezetesen, hogy a 90-es évek első felében több eredménytelen kísérlet történt a kórházi ellátás hatékonyságának a növelésére, a felesleges kapacitások csökkentésére. A HBCS-finanszírozás bevezetése utáni években – a kórházi ápolási idők lerövidülése következtében – a kórházak (már 1990-ben is alacsony) kihasználtsága tovább csökkent,³⁴ ami még inkább láthatóvá tette a felesleges kapacitásokat. A kórházbezárásra és ágyszámcsökkentésre vonatkozó tervek megjelenése azonnali válaszlépéseket váltott ki: a helyi politikai lobbik (és országgyűlési képviselők) fellépését és a kórházak részéről pedig a betegek felesleges benntartását. Így 1996-ban – a költségvetési konszolidáció által kikényszerített „tűzoltó” jellegű intézkedések – lényegében csak az ágyak számát csökkentették, kórházbezárások nélkül, ami a kórházhálózat alapvető problémáit (az infrastruktúra széttagoltsága, a high-tech igényes, drága ellátások koncentrációjának és az ellátás koordinációjának a hiánya) nem oldotta meg. Ehhez beruházásokra is szükség lett volna, amihez hiányoztak a pénzügyi források.

1997 közepén ebben a helyzetben került meghirdetésre – a Népjóléti Minisztérium világbanki egészségügyi hitelprogramjának egyik komponensét jelentő – Regionális Modernizációs Program, ami a szolgáltatási struktúra átalakításának új módját kísérte meg elindítani (Orosz 2001). A program lényeges különbsége a korábbi reformlépésektől abban állt, hogy nem a rendszer egyetlen elemét kívánta átalakítani (érintetlenül hagyva a többit), hanem összekapcsolt három alapvető elemet: új intézményi (döntéshozatali) struktúra kialakítását, a szolgáltatási struktúra átalakítását, továbbá az ösztönzési rendszer megváltoztatását (regionális költségvetés kialakításával). A szolgáltatási struktúra átalakításának a fókusza a – megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – optimális betegutak kialakítása volt a fő népegészségügyi problémák területén (például a szív- és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi megbetegedések stb.). A három legfontosabb innovatív elemet a pályázati forma³⁵, az új szereplő létrehozása és

³⁴ Az aktív fekvőbeteg-ellátásban az ágykihasználási százalék 1990-ben 74,9%, 1994-ben 71,6%, 2019-ben pedig 63,8% volt. (A kb. 85% tekinthető optimálisnak.)

³⁵ A Világbanki Programiroda részletes útmutatója, regionális szakmai fórumai és „help desk” szolgáltatása segítségével alulról szerveződő módon létrejött az egész országot lefedő 5 regionális konzorcium és mindegyik konzorcium kidolgozta a régió struktúraátalakítási stratégiáját és 4-6 konkrét szolgáltatásfejlesztési programot, amelyeket az elnyerhető beruházási forrásból valósítottak volna meg (Mikó et al. 1998). Ezeknek a programoknak (a pályázati kiírás által előírt) prioritásai a következők lehetnek: a kórházi ellátás helyettesítése; *optimális beteg-utak kialakítása a régióban* (a megelőzéstől a rehabilitációig terjedő – folyamatos, koordinált ellátást biztosító szem-



új ösztönzők megteremtése jelentette³⁶. Az új szereplőt a regionális konzorciumok jelentették, amelyek funkciója a regionális szintű stratégiai tervezés és a régiók egészségügyének meghatározó szereplői közötti koordináció, érdekegyeztetés volt. A konzorciumok menedzsmentje köré szakértői csapat (regionális think-tank) szerveződött a pályázat kidolgozásához. Az ösztönzést egyrészt az jelentette, hogy (a tervek szerint) a nyertes régió az akkori körülmények között jelentős fejlesztési forráshoz jutott, másrészt az országos Egészségbiztosítási Alapon belül elkülönült, regionális költségvetést kapott, amit fejkvótán alapuló módszerrel határoztak meg. A regionális költségvetés következtében a struktúraátalakításból származó megtakarítások a régiókn belül maradtak volna. A pályázatok elbírálása az 1998-as kormányváltás előtt már megtörtént, az eredményhirdetést azonban a Népjóléti Minisztérium vezetése nem vállalta fel, hanem meghagyta az új kormánynak. Az 1998 tavaszán hatalomra lépő FIDESZ-kormány azonban nem hirdetett eredményt, hanem leállította a programot.

Tekintettel arra, hogy a program a FIDESZ szakértői köreinek egy részében is támogatottságot élvezett, továbbá a nyertes regionális konzorcium szakmai vezetője a FIDESZ-hez közelálló szakember volt, nem volt szükségszerű, hogy az új kormány félresöpörje a programot. Azonban erősebbnek bizonyult az a politikai szempont, hogy a korábbi kormányzat kiemelt szakmai programja nem folytatható, továbbá a regionális szakmai központok kialakítása ellentétben állt a kormányzat általános centralizációs törekvéseivel. A döntésben az is szerepet játszhatott, hogy a FIDESZ két konkurens szakértői csoportja közül a választások után átmenetileg az a csoport került erősebb pozícióba, amelyik a versenyző biztosítók kialakítását tűzte ki célul (ami utána néhány hónap múlva lekerült a kormányzat napirendjéről).

Napjainkban újból előtérbe került a kórházhálózat átalakítása (Medicalonline 2021). Azonban a Regionális Modernizációs Programhoz képest lényegesen korlátozottabb módon: a megyei szintű integráció nem jelenti a szakmai szempontból kívánatos területi szintet (ami kb. 1-1,5 millió lakos lenne), nem látható az integráció szakmai tartalma, a koordináció csak a kórházakra terjed ki, nincs érdekeltségi, ösztönzési rendszer hozzárendelve, a megvalósítás felülről (az Országos Kórházi Főigazgatóság által) vezérelt utasításokkal történik, és nem az érintettek szakmai energiáinak a felszabadítását célzó, megfelelő szabályozási környezet kialakítására épül.

Mikroszintű, komplex innováció: Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR)

Az 1999-ben elinduló IBR modellkísérlet³⁷ esetében is külső hajtóereje volt az innovációnak. Ebben az esetben a külső tényezőt az akkori időszak egyik legjelentősebb vállalkozójának a

lélet és gyakorlat kialakítása); a minőség és hatékonyság szempontjainak érvényesítése a régió kórházi ellátásában (Népjóléti Minisztérium 1997). Túlzás nélkül állítható, hogy se a program előtt, se pedig utána nem készültek ilyen színvonalú regionális fejlesztési programok a magyar egészségügyben.

³⁶ Fontos azt is megemlíteni, hogy a világbanki program ezen moduljának „külső” kezdeményezője volt. Egy struktúra-átalakítást célzó modult a Világbank látott szükségesnek; a szakmai programot pedig nem az Egészségügyi Minisztérium apparátusa, hanem a Minisztérium Világbanki Programirodájában újonnan létrehozott szakértői csoport dolgozta ki.

³⁷ Az IBR amerikai és angol minták – a magyar viszonyokat figyelembe vevő – adaptálásából született (Sinkó 2004). Az amerikai mintát az HMO (Health Maintenance Organisation) jelentette (amely többek között a betegutak követésével, szabályozásával, protokollok alkalmazásával törekedett a hatékonyság javítására). Az angol mintát



személyes törekvése jelentette. Somody Imre Veresegyházán létrehozta a Misszió Egészségházat, ami az egészségügyi ellátás mellett helyet adott egy szakértői csoportnak is, akik kidolgozták az IBR koncepcióját. Somody Imre pedig az akkori miniszterelnökhöz fűződő jó kapcsolata révén el tudta érni, hogy modellkísérletként bevezették az IBR-t³⁸.

Az IBR komplex módon célozta meg az egészségügyi ellátás alapvető problémáit: az ellátás koordinálatlanságát és az ösztönzők hiányát (Bodnár – Vörös 2008, Sinkó 2004). Az innováció egyik kulcselemét az jelentette, hogy új – alapvetően koordinátori funkciót betöltő – szereplő lépett a rendszerbe: az ellátásszervező. Az ellátásszervező lehetett egy szakrendelő, egy háziorvos vagy egy (erre a célra alakult) magánvállalkozás is. Az IBR fejkvóta szerint³⁹ meghatározott éves költségvetése pedig erős *érdekeltséget* teremtett az új szereplőknek: azt biztosította, hogy az (ideális esetben a hatékonyság javításából eredő) éves megtakarítás az ellátásszervezőnél, az adott kistérségben maradt⁴⁰. A megtakarítást a háziorvosok díjazására, a háziorvosi praxisok és az IBR közös szolgáltatásainak a fejlesztésére használhatta az IBR. Az ellátásszervező egyrészt az OEP-pel szerződött a finanszírozására, másrészt az adott IBR-t választó háziorvosokkal és az általuk lefedett térség lakosságát ellátó szakrendelőkkel és kórházakkal a szakmai együttműködés és a belső érdekeltégi rendszer kérdéseire. A (jól működő)⁴¹ IBR-ek prevenció és gondozási programokat alakítottak ki, az ellátásszervező követte és elemezte a betegutakat, szakmai ajánlásokat fejleszthettek ki és szakmai ellenőrzést gyakorolt a háziorvosok tevékenysége felett, az adatok elemzése alapján informálta a háziorvosokat. A rendszer támogatottságát mutatta a bővülése. 1999-ben 9 szervezőn keresztül 104 háziorvosi praxis és kb. 160 ezer lakos tartozott a modellkísérletbe. 2004 szeptemberében pedig már 18 szervező, 1270 háziorvosi praxis, és a lakosság szám közel 2 millió főre emelkedett (ÁSZ 2005).

A 2002-es kormányváltás után az IBR története sajátos fordulatot vett. 2004 elején az MSZP–SZDSZ-kormány szakmai vitára bocsátotta az egészségügyi kormánybiztos által kidolgozott, a *térségi egészségsszervező szolgálatra* vonatkozó törvényjavaslatot, ami az irányított betegellátási rendszer (IBR) országos kiterjesztésére és egyben radikális átalakítására (valójában a versenyző biztosítók modell megteremtésére) vonatkozott. A tervezet 2005 tavaszától tervezte országossá kiterjeszteni az IBR radikálisan átalakított változatát. A legfontosabb eltérések az IBR és a tervezett modell között a következők voltak. Az ellátásszervező a tervezet szerint nem lehetett egészségügyi szolgáltató (szemben az IBR-rel), és a javaslat olyan tökékövetelményeket írt elő számukra, aminek gyakorlatilag csak az üzleti biztosítók felelhetnek volna meg. Az egészségsszervezők fejkvóta alapján tényleges költségvetést kaptak volna és (az

pedig a „GP-fundholder” rendszer, amelyben a háziorvos-csoportok ténylegesen költségvetést kaptak a szakellátás megvásárlására a hozzájuk feliratkozott egyének számára (a megtakarítást pedig a praxis fejlesztésére használhatták) (GYEMSZI 2011).

³⁸ Az IBR az Egészségbiztosítási Alap 1999. évi költségvetésére vonatkozó törvény 1998 decemberében elfogadott módosításaként került bevezetésre.

³⁹ A fejkvótát az IBR-hez tartozó biztosítottak alapján számították, az életkor és nem figyelembe vételével – ami a fejkvóta-számítás meglehetősen kezdetleges módszerét jelentette.

⁴⁰ Az IBR nem tényleges, hanem „virtuális költségvetést” kapott: az OEP korrigált fejkvóta alapján számítja az IBR lakosságára jutó összeget az ellátásszervező „elvi folyószámlájára” helyezte és ezen elszámolta az IBR-hez tartozó lakosok után történt kifizetéseket. Az év végén megállapította a keletkezett megtakarítást és azt ténylegesen utalta az IBR-nek.

⁴¹ Ugyanakkor voltak olyan IBR-ek is, amelyek elsősorban a kedvező egészségi állapotú kistérségek kiválasztásával tudtak megtakarítást és ezáltal a szervező és az orvosok számára többletjövédelmet elérni.



OEP kiiktatásával) közvetlenül szerződtek volna a szolgáltatókkal. Az „egészségsszervező szolgálat” elnevezés ellenére nyilvánvaló volt, hogy a javaslat valójában a kötelező biztosítás intézményrendszerének radikális átalakítását, (az OEP által működtetett rendszer helyett) az üzleti biztosítókra alapozott több-biztosítós rendszer bevezetését kísérelte meg. A javaslat éles szakmai bírálatokat váltott ki (a szocialista országgyűlési képviselők egy részét is beleértve), amelyek nyomán a kormány végül nem nyújtotta azt be az Országgyűlésnek (Sinkó 2005). A szakmai vitákkal párhuzamosan az ÁSZ átfogó vizsgálatot indított az IBR-re vonatkozóan, ami alapvetően a negatívumokra koncentrált. Az ÁSZ egyik legfontosabb megállapítása szerint: „Nem lehet megállapítani, hogy a jó működés vagy a kockázat-szelekció vezetett-e a megtakarításhoz” (ÁSZ 2005).

A 2005-ben tervezett országos kiterjesztés helyett a kormányzat 2008 végén az IBR-konstruktív megsemmisítéséről döntött (2009-től a az OEP nem finanszírozta az IBR-eket). Több tényező együttállásával magyarázható, hogy számos jól működő IBR közel 10 éves tapasztalata miatt nem volt elég a rendszer életben tartására és emellett a problémáinak a folyamatos korrekciójára. A Minisztérium és az OEP vezetése a kezdetektől csak „félszívről” támogatta a projektet – talán azért is, mert a kezdeményezés az intézményrendszerükön kívülről jött. Nem alakult ki a projekt folyamatos értékelése és a problémák menet közbeni korrekciója (pl. a fejkvóta számítási módszerének a folyamatos fejlesztése). Hatása volt azoknak a politikai indítatású ellenérzéseknek is, hogy a FIDESZ-kormány által bevezetett program volt. Az IBR fennmaradását támogató szakembereknek pedig nem volt elégséges lobbijereje, nem sikerült a döntéshozókra befolyást gyakorolniuk. Fontos tényező volt, hogy az egészségbiztosítás – későbbiekben tárgyalt – radikális átalakításának megvalósulása esetén nyilvánvalóan átalakítást igényelt az IBR finanszírozási módja, de bizonyos elemei megőrizhetők lettek volna. Az egészségbiztosítás átalakulásának a megghiúsulása következtében pedig – szakmai szempontból – az IBR korrekciója és nem a megszüntetése lett volna indokolt.

A 2010-es évek második felében újból napirendre került az egyedül dolgozó háziiorvosi modell megváltoztatásának a szükségessége. A jelenlegi egészségügyi kormányzat praxisközösségek létrehozásával törekszik a háziiorvoshiány kezelésére, az alapellátás javítására – az IBR-nél lényegesen kisebb hangsúlyt helyezve a betegutak koordinálására (Medicalonline 2021b).

Törekvések a kórházak rugalmasabb működtetési formáinak kialakítására (2001–2010)

A 2000-es évek elején – pártállástól függetlenül – széleskörű egyetértés volt az egészségügyi szakemberek között, hogy a költségvetési intézményekre vonatkozó merev gazdálkodási szabályok nem illeszkednek az egészségügy sajátosságaihoz, hanem (az akkor domináns) szabályozott piac koncepciójához jobban illő, rugalmasabb intézményi keretek (például alapítványi, gazdasági társasági forma) a kórházak hatékonyabb gazdálkodását tennék lehetővé. A piaci folyamatok is ösztönözték a kormányzatot az egészségügyi intézmények működésének, gazdálkodásának a szabályozására. A kórházakon belüli privatizáció már a 90-es évek elején elindult és az 1990-es évek közepétől erőteljesebbé vált. Nemcsak a nem-egészségügyi szolgáltatásokat (mosoda, étkeztetés, karbantartás stb.), hanem egyes gyógyító tevékenységeket is (különösen



diagnosztika, gyógytorna, ügyelet, de akár egyes osztályok működtetését is) kiszereződtek a kórházak⁴² (Orosz 2001). A kft.-k, bt.-k tagjai az esetek egy részében a kórház alkalmazottjai voltak és bizonyos esetben (pl. ügyelet kiszereződése) azok is maradtak (a vállalkozás működtetése mellett). Ezt a folyamatot számos kritika érte: ezeknek a vállalkozásoknak az elterjedését, a gyógyító intézmények egyes gyógyító részlegeinek az elkülönült privatizációját a kórházak jövedelmező tevékenységei „kimazsolázásának” tekintették.

Az egészségügyi ellátás kiszereződésének szabályozásra tett első kísérlet a FIDESZ-kormány által 2001-ben elfogadott „kórháztörvény”⁴³ volt, ami csak egyházi és közhasznú szervezetek (nonprofit formában működő gazdasági társaságok) számára tette lehetővé, hogy az önkormányzatoktól átvegyék a kórház működtetését (a tulajdon az önkormányzatoknál maradt). A nonprofit forma melletti érv az volt, hogy elkerüljék, hogy a többletjövedelmet kivigyék az egészségügyi szektorból.

A 2002-ben hatalomra jutott MSZP–SZDSZ-kormány egészségügyi programjának az egyik fő célkitűzése volt a költségvetési intézmények átalakulásának az ösztönzése rugalmasabb és hatékonyabb gazdálkodást lehetővé tevő gazdasági társaságokká. Az egészségügyi reformért felelős kormánybiztos és a Pénzügyminisztérium törekvéseit uralta az a nézet, hogy az egészségügyben is csak a profitorientált magánvállalkozások képesek hatékony működésre és az egészségügy pénzügyi helyzete javításának fő eszközét a magántőke (szakmai és pénzügyi befektetők) bevonása jelentheti. Ezzel a megközelítéssel magyarázható, hogy a 2001. évi kórháztörvényt az MSZP–SZDSZ-kormányzat (illetve az általa előterjesztett törvény) megsemmisítette és 2003 júniusában új törvényt nyújtott be,⁴⁴ ami lehetővé tette profitorientált magánvállalkozásoknak is az egészségügyi intézmények működtetésére vonatkozó szerződést az önkormányzatokkal. Erre az önkormányzatokat erőteljesen ösztönözte a kórházuk eladósodása és a fejlesztési források hiánya. Ezzel a lépéssel azonban az egészségügy ismét a pártpolitikai harc eszközüvé vált. Az ellenzéki pártok és a MOK élesen ellenezte a törvényjavaslatot. Az államfő az ellenzék kérésére megvizsgálta a kórháztörvényt és megfontolásra visszaküldte az Országgyűlésnek. A politikai harc megnyilvánulásának tekinthető az is, hogy az Országgyűlés még ugyanazon a napon, amikor az államfő visszaküldte, változtatás nélkül újra elfogadta a törvényt. Az államfő az Alkotmánybírósághoz fordult, és az AB határozata⁴⁵ közjogi érvénytelenség miatt alkotmányellenesnek minősítette és megsemmisítette a törvényt. Ez a lépés azonban nem tette szükségessé a folyamat leállítását, csak elbizonytalanította a szereplőket. Az önkormányzatok – az általános gazdasági szabályozás keretei között – továbbra is kiszereződthették az egészségügyi intézményük (kórház, szakrendelő) működtetését (ÁSZ 2009).

A 2010-es kormányváltás a kórházi szektor átalakításának a kérdésében is radikálisan szakított nemcsak az MSZP–SZDSZ-kormány intézkedéseivel, hanem a FIDESZ szakmai köreinek a korábbi törekvéseivel is. Sőt, nem vette figyelembe a FIDESZ-hez közelálló vezetésű Egészségügyi Szakmai Kollégium Menedzsment és Egészség-gazdaságtan Tagozatának 2011 nyarán

⁴² Ez részben a jövedelmek „rendezését” is jelentette a nem hálapénzes területek egy részén (pl. képpalkotó diagnosztika, patológia stb.)

⁴³ 2001. évi CVII. törvény az egészségügyi közszolgáltatások nyújtásáról, valamint az orvosi tevékenység végzésének formáiról.

⁴⁴ A 2003. évi XLIII. törvény az egészségügyi szolgáltatókról és az egészségügyi közszolgáltatások szervezéséről.

⁴⁵ 63/2003. (XII. 15.) AB határozat szerint az Országgyűlés nem tárgyalta érdemben újra a törvényt, ezzel megsértette az Alkotmány 26. § (3) bekezdését – ami a törvény közjogi érvénytelenségéhez vezetett.



közzétett véleményét, ajánlásait sem – ami számos ellenérvet fogalmazott meg a túlzott centralizációval szemben. 2012–13-ban a kormány az ellátórendszer (tulajdon és irányítás) irracionális mértékű centralizálását hajtotta végre. Az önkormányzatok jogkörei általános elvételnek a részeként elvette az önkormányzatoktól a kórházakat és egyetlen intézmény, a GYEM-SZI (majd ÁEEK)⁴⁶ alá centralizálták a több mint 100 (korábban az önkormányzatok tulajdonát képező) kórházat⁴⁷. A kormány által hangoztatott érv és várakozás a hatékonyság növelése volt, pl. a központosított közbeszerzéssel⁴⁸. A változtatás fő hajtóereje – véleményem szerint – az egészségügyön kívüli volt: a közvetlen kormányzati irányítás és kontroll a közszolgáltatások területén (tekintet nélkül az adott szektor sajátosságaira); továbbá a centralizálás lehetővé tette az egészségügyből való „forráskivonás” folytatását a gazdasági válság utáni időszakban is.

A kórházak centralizálása (beleértve a kórházigazgatók lényeges jogköreinek az ÁEEK-hez rendelését) visszarendeződést jelentett a rendszerváltozás előtti állami egészségügyhöz; sőt, a centralizáció jelenleg nagyobb fokú, mint a 80-as években – akkor az állami tulajdonban lévő kórházak működtetése a városi vagy megyei tanácsokhoz tartozott.

Egészségbiztosítási Felügyelet létrehozása (2006)

A 2006-os választások után ismét MSZP–SZDSZ-kormány alakult, amelyben az egészségügyi tárca az SZDSZ irányítása alá került. Az SZDSZ választási programjának legfontosabb eleme a több-biztosítós rendszer bevezetése volt az egészségügyben. Ennek a koncepciónak a jegyében jött létre 2007. január 1-jén az Egészségbiztosítási Felügyelet, amely részben minőségellenőrzési feladatokat látott el, részben egy több-biztosítós modellben a biztosítási piac felügyelése is a feladata lett volna.

Az Egészségbiztosítási Felügyelet közvetlenül a kormány alá tartozott – így relatív függetlenséget élvezett az egészségügyi minisztériumtól és az OEP-től is. A rövid fennállása alatt is bizonyította, hogy fontos és ígéretes szervezeti innováció volt (Kovácsy 2020). Például kidolgozott és nyilvánosságra hozott a kórházak működésére, az általuk nyújtott szolgáltatások minőségére vonatkozó indikátorrendszert. Kivizsgálta (hatósági eljárás keretében) a szervezethez érkező betegpanaszokat (évente 2-3 ezret). A piacfelügyelet intézményesítése, továbbá az Egészségbiztosítási Felügyelet hatáskörei összhangban álltak a nyugat-európai egészségügyi rendszerek hasonló intézményeivel. Ugyanakkor a szervezet munkatársai által végzett helyszíni vizsgálatok stílusa sokszor váltott ki ellenérzést és hagyott támadási felületet. Így amikor a 2010-es kormányváltáskor a FIDESZ-kormány első lépései között megszüntette a Felügyeletet, ez a lépés széleskörű támogatottságot élvezett a kórházvezetők körében. Nem élte túl a minő-

⁴⁶ Az 2020 novemberében – az egész ellátórendszerre kiterjedő, széles hatáskörrel – létrehozták az Országos Kórházi Főigazgatóságot (OKFÓ), ami átvette az ÁEEK feladatait is (az ÁEEK pedig megszűnt). Az OKFÓ funkciói alapján tekinthető „önálló” Egészségügyi Minisztériumnak – miközben az EMMI-n belül megmaradt az Egészségügyi Államtitkárság.

⁴⁷ Nem kerültek a GYEM-SZI irányítása alá a korábban központi kormányzati irányítás alatt működő kórházak: az egyetemi klinikák, országos intézetek és a Honvédkórház.

⁴⁸ Valójában az államszocialista egészségügy tapasztalatai, a nemzetközi tapasztalatok és az elméleti megfontolások is azt mutatják, hogy olyan bonyolult rendszerben, mint az egészségügy, a hatékonyság feltételét a megfelelő szabályozás (ösztönzők és ellenőrzési rendszerek) jelentik, továbbá az, hogy a döntéseket azon a szinten hozzák meg, ahol ahhoz a megfelelő információk rendelkezésre állnak.



ségügyi indikátorrendszer sem a Felügyeletet, pedig alapvető fontosságú lett volna a megtartása, továbbfejlesztése. Jelenleg sincs a magyar egészségügyben olyan átfogó (a hozzáférés, minőség és hatékonyság stb. dimenzióit tartalmazó) indikátorrendszer, amelynek az alapján az intézmények tevékenysége, teljesítménye megalapozott módon összehasonlítható lenne.

Kísérlet az üzleti biztosítók bevonására a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe (2007–2008)

A kötelező egészségbiztosítás centralizált (egybiztosítós) intézményi rendszerének (az OEP-nek) 1993-ban történt létrehozásától kezdve időről időre megjelentek a különböző koncepciók az intézményrendszer decentralizálására, alapvetően két modell – a regionális biztosítók és a versenyző biztosítók – mentén. A regionális decentralizációt javasoló koncepciók megtartották volna a szélesen értelmezett közszférán belül az egészségbiztosítás intézményrendszerét, a verseny szerepét pedig a szolgáltatások és a kiegészítő biztosítások szférájában tartották fontosnak. A regionális biztosítók előnyének az erőforrások regionális, szükséglet-alapú elosztását, a térségi/helyi igények és szolgáltatói adottságok jobb figyelembe vételét, és az egészségügy sajátosságainak megfelelő regionális szintű koordinációt tartották. Továbbá az abból eredő ösztönző hatást, hogy a hatékonyabb működésből eredő megtakarítás a régió belül maradt volna – mindez jobban ösztönözte volna az intézményeket a hatékonyság és minőség javítására (Orosz 2001).

A „több-biztosítós rendszer” vagy „versenyző biztosítók” elnevezéssel emlegetett modell támogatóinak és ellenzőinek a vitája a 90-es évek elejétől végig kísérte és átszelte a kormányokat és politikai pártokat⁴⁹. Sőt, a több biztosítóból álló intézményi struktúra már a 80-as évek végén kidolgozott reformkoncepcióban szerepelt (Alpár – Huszai 1989). A versenyző biztosítók bevezetésére 1997–1998-ban az MSZP–SZDSZ-kormány Pénzügyminisztériuma dolgozott ki javaslatot, de az nem jutott el döntési fázisba. A FIDESZ-kormány törekvéséről és az MSZP–SZDSZ-kormány az IBR átalakítására vonatkozó kísérletéről a korábbiakban már volt szó.

Az Egészségügyi Minisztérium 2007 januárjában hozta nyilvánosságra a versenyző biztosítókra vonatkozó radikális javaslatát:⁵⁰ csak az üzleti biztosítók vehettek volna részt a kötelező egészségbiztosítás működtetésében, az OEP-et pedig megszüntették volna (Mihályi 2007). Továbbá a koncepció előírta, hogy középtávon ki kell alakítani a biztosítók közötti versenyt a szolgáltatási csomag tartalmában (azaz a biztosítók által nyújtott szolgáltatásokban) és a biztosítottak által fizetett járulékok mértékében is. A javaslatnak ez az eleme radikálisabb volt, mint azok a nemzetközi példák, ahol a kötelező biztosítást versenyző biztosítók működtetik (pl. Hollandia, Németország), továbbá ellentmondott a társadalombiztosítás alapelveinek is.

⁴⁹ A versenyző biztosítók koncepciója a 90-es évek második felében a nemzetközi reformtörekvéseknek is az egyik előtérben álló és egyben vitatott kérdése volt (Smith et al. 2005).

⁵⁰ Az Egészségügyi Minisztérium 2007 januárjában nemzetközi konferenciát rendezett a javaslata bemutatására – ezzel akart nyomást gyakorolni a kormányfőre, aki halogatta a döntést. Az egészségügyi miniszter várakozásával szemben azonban a WHO és a Világbank képviselője és több magyar szakember is a fenntartásait fogalmazta meg a javaslattal szemben (Weborvos 2007).



A versenyző biztosítók modellje messze több volt, mint egy intézményi, irányítási modell: az „egybiztosítós” és „több biztosítós” modell közötti alapvető különbséget a piaci szereplők, azaz a magánbiztosítók szerepe jelentette (Orosz 2010). A koncepció támogatói az egészségügy reformja döntő kérdésének tekintették az üzleti biztosítók bevonását a kötelező egészségbiztosítás működtetésébe. A koncepciójuk azon a feltételezésen alapult, hogy az állam, a kormányzat nem képes az egészségügy modernizálására, arra csak a piaci szereplők alkalmasak. A hatékony működés alapvető feltétele a verseny és a profitérdekeltség.

A koncepció kritikussai, ellenzői az egészségügyi rendszer sajátosságai és a nemzetközi tapasztalatok, továbbá a magyar egészségügy alulfinanszírozottsága alapján vitatták, hogy a magánbiztosítók bevonása adekvát megoldást jelenthetne a magyar egészségügy akkori problémáira (Dózsa 2007, OECD 2008, Sinkó 2007). Véleményük fontos eleme volt, hogy különbséget kell tenni a szolgáltatók közötti és a biztosítók közötti verseny között. A hatékonyság és minőség javítása szempontjából a szolgáltatók közötti versenynek van meghatározó szerepe. Továbbá szabályozással megteremthetők olyan ösztönzők, amelyek növelik a centralizált vagy regionális szintre decentralizált (közintézmény formában működő) egészségbiztosítás működtetésének a hatékonyságát.⁵¹

A versenyző biztosítókra vonatkozó javaslat sorsát alapvetően befolyásolta, hogy a 2006-os választások után az egészségügy kettős politikai konfliktus terepévé vált. Az egyik konfliktus a kormány és az ismét ellenzékbe került FIDESZ között húzódott. A FIDESZ a választási veresége után azonnal megindította a „politikai háborút” és az egyik terepnek az egészségügyet választotta. A másik konfliktus a kormányzó koalíció két pártja az MSZP és az SZDSZ között húzódott. A koalíció „kényszerházasság” volt és – a két fél rövidlátó magatartása miatt – hamar kiélesedtek a konfliktusok, aminek az egyik fő terepévé az egészségügy, elsősorban pedig az egészségbiztosítási rendszer átalakítása vált.

Heves viták, kiterjedt szakmai háttérmunkák és egyeztetések eredményeként a két kormánypárt között 2007. május végére megszületett a politikai kompromisszum (Sinkó 2008). A javaslat szerint az OEP átalakult volna az Egészségbiztosítási Alapot kezelő intézménnyé (Nemzeti Egészségügyi Központ) és csak néhány nagy költségű, kiemelt ellátás finanszírozása maradt volna nála. Az egészségbiztosítást alapvetően megyei alapon szerveződő, vegyes tulajdonú egészségbiztosítási pénztárak (EBP) működtették volna. Az üzleti szereplők maximum 49%-os részesedést szerezhetek volna egy EBP-ben; a részesedés szerzése (az üzleti szereplőknek a rendszerbe való belépésének a módja) megyei szinten szervezett liciteken keresztül történt volna⁵². A nemzeti kockázatközösség megtartását – a koncepció szerint – az azonos járulék és adófizetési mérték, a kötelező területi lefedés biztosította (minden terület és lakos tartozott legalább egy pénztárhoz; továbbá az EBP-nek el kellett volna fogadniuk minden hozzájuk jelentkező biztosítottat). Ugyanakkor a pénztárak elfogadhattak volna jelentkezőt az ország bármely részéről – azaz az elfogadott szervezeti konstrukció tartalmazta mind a térségi szerveződés, mind a verseny lehetőségének az elemeit.

⁵¹ Ezen kiindulópontok alapján több szakmai csoport dolgozott ki konkrét, részletes koncepciót az egészségbiztosítás rendszerének és ezen belül az OEP működési jellemzőinek az átalakítására, pl. (Dózsa et al. 2006).

⁵² A 2008. február 11-én elfogadott törvény alapján az állam 22 egyszemélyes, zártkörű részvénytársaságként működő kötelező egészségbiztosítási pénztárat alapított volna; négyet a Budapestet és Pest megyét magában foglaló Közép-magyarországi régióban, 18-at pedig a megyékben.



A törvényt 2007. december közepén fogadta el az Országgyűlés. Ezután a törvény példátlan utat járt be. A köztársasági elnök december végén visszaküldte a Parlamentnek, amit a Parlament 2008 februárjában változtatás nélkül ismét elfogadott. A vizitdíjról (kórházi napidíjról és tandíjról) 2008. március 9-én tartott (FIDESZ által kezdeményezett) népszavazás sokkja és az SZDSZ-nek a kormányból való kilépése után a kisebbségi szocialista kormány 2008 májusában az EBP-törvényt megsemmisítő törvényjavaslatot nyújtott be az Országgyűlésnek⁵³. Ezzel mind a vizitdíj, mind a versenyző biztosítók kérdése hosszú időre lekerült a napirendről.

A konkrét történések interpretálhatók úgy is, hogy a biztosítási rendszer átalakítása kudarcának az egyik oka a kormány túlzott reform-radikalizmusa volt, egyszerre akart elérni két nagyon jelentős átalakítást: a vizitdíj bevezetését és az egészségbiztosítás intézményi rendszerének az átalakítását. A másik okot az jelentette, hogy a FIDESZ a vizitdíjat a kormány és az ellenzék közötti politikai háború eszközévé tette: folyamatos propagandával rövid időn belül elérte, hogy a vizitdíj a lakosságellenes kormányzati reform szimbólumává vált.⁵⁴ A vizitdíj politikai szimbólummá válásához a hibás kormányzati kommunikáció is hozzájárult, ami túlideologizálta a lépést. Az Egészségügyi Minisztérium egyik szlogenje szerint: „A vizitdíj a szocialista egészségügyi rendszer végét jelzi.” A túlideologizálás megalapozta azt a bizonytalanságot, hogy lehet, hogy a bevezetésekor csekély összegű díj hamarosan lényegesen nagyobb lesz. A vizitdíj – a gazdasági nehézségek és politikai feszültség miatt – a társadalomban erősödő diffúz feszültség célpontjává, fókuszává volt tehető; ez fejeződött ki a népszavazás eredményében is.⁵⁵

2010 után – ahogy arról korábban már volt szó – az Orbán-kormány felszámolta a kötelező egészségbiztosítás minden lényeges elemét: törvényi alapjait, transzparens finanszírozását és intézményi kereteit. A kötelező egészségbiztosításnak csak a látszatát tartotta fenn az Egészségbiztosítási Alap és a NEAK formájában. Az alapvető strukturális elemeit tekintve visszarendeződött a 80-as évek végére jellemző állapot: a kormány döntései határozzák meg az egészségügyre fordított közkiadások nagyságát és az allokáció alapvető szabályait. Szemben azzal a modellel, amelynek a kiépítése a 90-es évek elején elindult: a transzparens módon képződő Egészségbiztosítási Alappal a relatív autonómiát élvező (és önkormányzattal rendelkező) OEP gazdálkodott, továbbá az allokáció jelentős eszközei a teljesítményfinanszírozási módszerek és az OEP mint szolgáltatásvásárló és az egészségügyi intézmények közötti szerződéses viszony voltak.

Az előzőekben írtak az innovációkat elsősorban mint (egészség)politikai folyamatot tárgyalták, a szakmai tartalmukra kevesebb figyelem irányult. Nyilvánvalóan voltak (illetve lettek volna) mellékhatásaik (amelyekre terjedelmi okok miatt nem tértem ki); azonban a nemzet-

⁵³ Az is közrejátszhatott, hogy a kisebbségben kormányzó MSZP nem akart újabb népszavazást kockáztatni. Magánszemélyek (az Albert házaspár) 2007 márciusában a következő kérdéssel nyújtott be népszavazási kezdeményezést: „Egyetért-e ön azzal, hogy Magyarországon ne vezessék be a mindenki által kötelezően választandó, üzleti alapon működő több-biztosítós egészségbiztosítást?” Az Országgyűlés 2008. június 9-én kiírta a népszavazást, majd novemberben az Alkotmánybíróság leállította a folyamatot, tekintettel az EBP-törvény megsemmisítésére (Weborvos 2008).

⁵⁴ Ennek a csekély valószínűségét jelzi, hogy 2007-ben a gyógyszerek után fizetendő térítési díjaknak az emelkedése négyszer nagyobb összeg volt, mint a teljes vizitdíj és kórházi napidíj – nem okozott politikai feszültséget.

⁵⁵ A népszavazás 50,51%-os részvétel mellett érvényes és eredményes volt. Mindhárom kérdésben – a díjak eltörlésére vonatkozó – igenek győztek (82–84%-os arányban).



közi tapasztalatok alapján – véleményem szerint – feltételezhetjük, hogy megfelelő megvalósítás, monitorozás és korrigálás esetén pozitív változásokat indíthattak volna el a magyar egészségügyben.

MIÉRT BUKTAK EL AZ INNOVÁCIÓK?

Az előző fejezetben vázolt példák sora még folytatható lenne: a 90-es évek elején elindult a minőségbiztosítási rendszer kiépítése is, majd megtorpant; elindult az önálló betegjogi intézményrendszer kiépítése, amit 2010 után felszámolt a kormányzat; 2013-ban (a WHO hatására) elindult a teljesítményértékelési rendszer kiépítése, majd az első jelentés (MÉRTÉK 2016) nyilvánosságra hozatala után „elhalt” a folyamat stb.

Az új struktúrák kiépítésének a meghiúsulásához (vagy a már létezők felszámolásához) számos – egymással összefonódó, egymás hatását erősítő – egészségügyön kívüli és egészségügyön belüli tényező vezetett. (Az általános, domináns tendencia természetesen nem jelenti azt, hogy kivétel nélkül minden szervezeti innováció elbukott volna.⁵⁶) Az alábbiakban a szervezeti innovációkat erodáló, ellehetetlenítő tényezőknek, folyamatoknak az összefoglalása, majd néhányuknak a részletesebb kifejtése következik (figyelembe véve a tanulmányban nem elemzett szervezeti innovációk tanulságait is).

Az egészségügyön kívüli – egymással sok szálon összefüggő – tényezők:

- Kevés kivételtől eltekintve **hiányzott a kormányzatok (és a politikai elit) elkötelezettsége** az egészségügy átfogó (hosszabb időszakot igénylő) reformja iránt. Más alrendszer (államháztartás, közigazgatás) prioritásai és/vagy átalakításának a szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait. Az államigazgatás – ennek részeként az egészségügyi igazgatás – kapacitásainak az alacsony színvonala is hozzájárult ahhoz, hogy az egészségügynek (és az oktatásnak) a gazdasági és társadalmi fejlődésben játszott fontosságát nem mérlegelték a kormányzatok a költségvetési források allokációjánál.
- Az egészségügy finanszírozásának a **gazdasági mozgástere** kevés időszaktól eltekintve **kedvezőtlen** volt: válságok és költségvetési konszolidációk által kényszerített megszorítások jellemezték az elmúlt évtizedeket. A magyar gazdaságpolitikát az úgynevezett stop-go („húzd meg – ereszd meg”) ciklusok jellemezték: a választási években az állam túlköltekezett – aminek a nyilvánvaló oka a „szavazatvásárlás” volt. Ennek következtében megingott az államháztartás egyensúlya, ami a választások után szükségszerűen kikényszerítette a restriktiót. Az egészségügy a stop-go költségvetési ciklusoknak az egyik fő vesztese volt: a választási költségekéből nem részesedett, de a restriktió egyik fő áldozata volt. Amikor a gazdasági feltételek kedvezőek voltak és lehetővé tették volna az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekcióját, akkor pedig a politikai szándék hiányzott.

⁵⁶ Jelentős technológiai-szervezeti innovációnak tekinthető az egészségügy digitalizációjában 2010 után tett lépések, különösen az Elektronikus Egészségügyi Szolgáltatási Tér (EESZT) kiépítése.



- **A kormányzat és az ellenzék közötti politikai árkok, pártpolitikai háborúk** és a rövid távú pártpolitikai érdekek dominanciája ellehetetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő reformok, egészségügyi stratégiák kialakítását.
- A társadalomnak a kormányok iránti elvárásaiban a biztonság szempontjai sokkal erősebbek voltak a reformok iránti elvárásnál; továbbá a társadalomnak kevés bizalma volt a kormányzatok reformképességében. Részben ezek miatt is **hiányzott az elégséges társadalmi támogatottság**, amikor a kormányzat reformlépésekre szánta el magát. A bizalom és támogatottság hiányához hozzájárult az egészségügyi tárca (kormányokon átívelő) rendkívül rossz kommunikációja, továbbá az is, hogy az ellenzék – amikor csak lehetett – a pártpolitikai háborúk eszközeként használta az egészségügyet.

Ezek a tényezők hatottak az egészségügyi szakigazgatásra és az egészségügynek a kormányzaton kívüli szereplőire is – jelentősen meghatározva az egészségügy szereplőinek a mozgásterét.

Az egészségügyi rendszeren belüli – egymással sok szálon összefüggő – tényezők:

- **Az egészségügyi szakigazgatás (vezetőinek) gyenge pozíciója a kormányzaton belül.** A kormányfők részéről – kevés időszaktól eltekintve – az egészségügyi miniszterekkel szembeni fő elvárás az egészségügyi rendszeren belüli „béke” fenntartása (és nem az egészségügy átfogó, forrásokat igénylő átalakítása) volt. Az egészségügyi szakigazgatás ehhez az elváráshoz igyekezett vagy kényszerült igazítani a változtatásokra vonatkozó esetleges szakmai elképzeléseit. Az egészségügyi adminisztráció tevékenységét – a költségvetési konszolidációk részét képező – tűzoltó intézkedések, majd ezek nyomán kibontakozó feszültségek enyhítését célzó (szintén tűzoltó) intézkedések (kórházi adósság rendezése, béremelés stb.) dominálták.
- **Harc a kormányzaton belül.** Az új kormányok hatalomra lépésekor általában hiányzott a kiérlelt koncepció. Számos kormányzati ciklus elején, a kormányzaton belül az egészségügyi ágazat vezetői és más kormányzati egységek között, illetve ezek különböző koncepciói között harc folyt arra vonatkozóan, hogy milyen intézkedéseket, változtatásokat hozzanak az egészségügyben.
- **Az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonal**a is hozzájárult a kormányzaton belüli gyenge pozícióhoz (pl. a költségvetési forrásokért folyó versenyben). A szakmai kapacitások alacsony színvonalán elsősorban a döntéselőkészítéshez, az intézkedések menedzseléséhez, monitorozáshoz és értékeléshez szükséges adekvát struktúrák, intézményesített folyamatok és információs rendszerek hiányát értem, valamint a felkészült szakemberek szűkösségét⁵⁷ (pl. közgazdasági és kommunikációs téren stb.). A szakigazgatás kapacitásproblémáinak a részét képezi, de fontosságuk miatt kiemelését érdemel a következő két tényező.

⁵⁷ Például az egészségügyi minisztériumban krónikus hiány volt olyan közgazdászokban, akik vitaképesek lettek volna a Pénzügyminisztérium rövid távú szempontjaival szemben.



- **Nem épültek ki** az egészségügyi igazgatás és az egészségügy többi szereplője – szükség-szerűen konfliktusos – **érdekeinek az egyeztetését szolgáló intézményi keretek**, nem fejlődött ki (sokkal inkább erodálódott) az érdekegyeztetés kultúrája.⁵⁸
- A **társadalom** különböző csoportjainak **tájékoztatására, meggyőzésére irányuló stratégiák, lépések hiánya/hatástalansága**.⁵⁹
- **Az új struktúrák mögött nem alakult ki erős támogatás, lobb**. Egyrészt a szakmai szervezetek és a civil szervezetek gyengesége miatt. Másrészt az intézményi innovációk, szervezeti változtatások jelentős része – igaz, hogy a rendszer egészének a hosszú távú érdekét szolgálta volna, de – egyetlen (a döntésekre közvetlenül hatni tudó) szereplőnek sem szolgálta a legfontosabb rövid távú érdekeit.⁶⁰ Leegyszerűsítve: az adott struktúrában a kormányfők rövid távú, közvetlen érdeke az volt, hogy az egészségügy ne veszélyeztesse a választások megnyerését, az egészségügyi minisztereké a kormányfő elvárásának való megfelelés, az OEP/NEAK vezetőjének a rövid távú érdeke a költségvetési hiány elkerülése, a kórházvezetőké az eladósodás elkerülése vagy minimalizálása, az egészségügyi dolgozóké a megfelelő jövedelem.
- **A piaci folyamatok** (a piaci szereplők törekvései, a spontán folyamatok, továbbá a szürke gazdaság és korrupció stb.) hatása a tényleges folyamatokra, az egészségügy szereplőinek a magatartására jelentősen deformálhatta az innovációk sorsát.⁶¹

Az előzőekben felsorolt – az innovációk bukásához vezető – tényezők mindegyike részletes elemzést igényelne, amire azonban a tanulmány terjedelmi korlátai nem adnak lehetőséget. Ezért csak a következő tényezőket elemzem részletesebben: a politikai elkötelezettség hiánya, forráshiány, kormányzat és ellenzék közötti politikai árkok, más alrendszerek prioritásainak való alárendelés, a kormányzaton belüli harc, az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásának alacsony színvonala és a spontán piaci folyamatok hatása.

Kevés kivételtől eltekintve hiányzott a kormányzat elkötelezettsége az egészségügy átfogó (hosszabb időszakot igénylő) reformja iránt

Az egészségügy reformja iránti elkötelezettség hiánya része volt a kormányzás általánosabb – az oktatást, környezetvédelmet stb. érintő – jellemzőjének: a kormányzat prioritásainak a meghatározásakor a rövid távú politikai érdekek (hatalom megtartása) háttérbe szorították, kiiktatták a hosszabb távú társadalmi érdekek szempontjait (Orosz – Kollányi 2014). Azokban a ritka esetekben pedig, amikor az egészségügyre vonatkozó döntéshez létrejött a kormányzati elkötelezettség (pl. egészségbiztosítás önkormányzati igazgatása stb.), az hamar erodálódott vagy a politikai konfliktusoknak (és a választási következményektől való félelemnek) a hatására, vagy a gazdasági helyzet változásának (rövid távú gazdasági kényszereknek) a hatására.

⁵⁸ Ezen többek között annak az attitűdnek a hiányát értem, hogy a jó megoldások a közös gondolkodásból, egymás szempontjainak a figyelembe vételéből születhetnek; továbbá a másik fél iránti bizalom alacsony szintjét (illetve erodálódását).

⁵⁹ Az elmúlt években pedig a kormányzati tervek „titkosítása” vált jellemzővé.

⁶⁰ Számos esetben a betegek összessége rövid távon is nyertese lehetett volna az innovációknak, az egyes betegek nézőpontjából viszont a változás pozitívuma nem volt nyilvánvaló (illetve nem volt feltétlenül igaz).

⁶¹ Például az IBR átalakítását célzó koncepcióra jelentősen hatottak a magánbiztosítók törekvései.



A prioritások hiányára a kormányzatok opportunistá magatartása⁶² és a politikai mezőben kialakult „élethalálharc” mellett hozzájárultak a politikai és gazdasági elitnek az egészségügy szerepére vonatkozó téves, elavult nézetei; az egészségügyi közigazgatás gyenge pozíciója a kormányzaton belül; az egészségügyi szakigazgatás szakmai kapacitásainak az alacsony színvonal; továbbá olyan politikai ágens hiánya,⁶³ amely hatásosan manifesztálni tudta volna a társadalomnak az egészségügy helyzetével szembeni elégedetlenségét.

Az egészségügy alacsony pozíciójának a prioritási sorban „történelmi tradíciói” vannak. Az 50-es években az erőltetett iparosításhoz a bérek alacsonyan tartásával és az „ingyenes” társadalmi juttatások alulfinanszírozásával biztosították a forrásokat. A 60-as évek közepén – az új gazdasági mechanizmus előkészítésének az időszakában – a kormányzat választás elé került: az életszínvonalat elsődlegesen a természetbeni juttatások (azaz az oktatás és az egészségügy) színvonalának a javításával vagy a pénzbeli juttatások emelésével javítsa-e. Ebben az időszakban alakult ki az a kormányzati magatartás, amely az egyének által a „saját zsebükön” keresztül közvetlenül érzékelhető, rövid távon egyértelműen politikai nyereséget hozó pénzbeli jóléti juttatásokat preferálta és nem ismerte fel (vagy rövid távú politikai megfontolásokból figyelmen kívül hagyta) az egészségügynek és oktatásnak az ország hosszabb távú fejlődésében játszott alapvető jelentőségét. Ezt a szemléletet a rendszerváltó elit sem kérdőjelezte meg. A rendszerváltás után is fennmaradt, sőt az elmúlt évtizedben tovább erősödött a költségvetési források elosztásában a rövid távú politikai szempontokat (szavazatoknak a „vásárlását”) követő opportunistakormányzati magatartás és szemlélet. Hiába tekintette 2016 és 2020 közötti időszakban a közvélemény is az ország első számú problémájának⁶⁴ az egészségügy helyzetét, az – számos tényező miatt – nem transzformálódott választási kérdéssé, ezáltal pedig az elégedetlenség nem hatott kényszerítő erővel a kormányzatokra.

A közpolitika opportunizmusa szorosan összefügg azzal, hogy a rendszerváltás időszakában a magyar gazdasági és politikai elitnek az egészségügy (és oktatás) szerepére vonatkozó nézeteiben nem következett be szakítás az államszocializmusra jellemző „nem termelő ágazatok” nézettel. Ez részben annak tudható be, hogy a nemzetközi szinten a 80-as és 90-es évek domináns neoliberális felfogása elsősorban költségvetési teherként értelmezte ezeket az ágazatokat és ebből következően a kormányzatok számára a fő teendőnek a jóléti (egészségügyi) kiadások korlátozását tartotta. A magyar elit gondolkodása megrekedt itt⁶⁵ és ellenállt annak

⁶² A közpolitika opportunizmusán az egyéni és/vagy lobbierdekeknek a közérdek fölé helyezését érti a szakirodalom, ami a hatalom megtartását szolgáló, de a társadalom hosszú távú érdekeivel ellentétes kormányzati döntéseken túl magában foglalja a korrupciót is stb.

⁶³ Aminek egyik tényezője, hogy a politikai és gazdasági elit *közvetlenül* kevésbé érzékeli a problémákat – a kiemelt ellátása korábban a Kútvölgyi úti Állami Kórházban, újabban pedig a Honvédkórházban biztosított, valamint számára megfizethetők a magánszolgáltatások is.

⁶⁴ Az Eurobarometer felmérései mutatják, hogy a magyar lakosság által az egészségügy helyzetéről alkotott kép drámai módon változott meg. 2010 őszén a felmérésben felsorolt problémák közül még csak az 5. helyre került az egészségügy, 2014 őszére már a 3. helyre, 2016 tavaszára pedig az egészségügy helyzete vált a magyar lakosság által legfontosabbnak tartott problémává. 2021-ben a növekvő infláció megelőzte, de azok aránya, akik az egészségügyet sorolták az első helyre, a korábbi évekhez hasonlóan, magas (41%) maradt.

Public Opinion in the European Union sorozat kötetei (Standard Eurobarometer): <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/a1216955-f7e9-11e5-b1f9-01aa75ed71a1/language-en>

⁶⁵ Az elmúlt években kivételt jelentettek a Magyar Nemzeti Bank elemzése (MNB 2019) – de úgy tűnik, hogy ezek nem gyakorolnak hatást a kormányzat szemléletére és intézkedéseire.



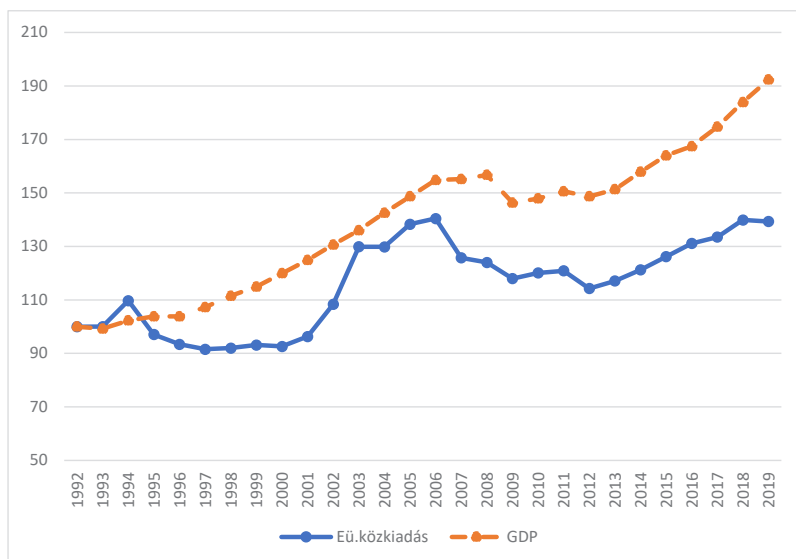
a jelentős fordulatnak, ami a 2000-es évek elején a nemzetközi politikai szinten is bekövetkezett: a 2000-es évek elejétől (ismét) dominánssá vált az oktatási és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként való értelmezése; annak felismerése, hogy a szerepük alapvető a hosszú távú gazdasági fejlődésben is (European Commission 2013; Figueras et al. 2008).

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 az indokoltnál nagyobb mértékben és lényegesen hosszabban érintette az egészségügyet. Ehhez egészségügyi rendszeren belüli tényezők is hozzájárultak: az egészségügyi szakigazgatás kapacitásainak az alacsony színvonalra és ezzel összefüggésben megalapozott, kidolgozott reformkoncepciók hiánya, a kormányzaton belüli ellentétek az egészségügyi reform irányára vonatkozóan. A prioritás hiányának súlyos következménye volt a – korábban már tárgyalt – krónikus forráshiány is.

Az egészségügy finanszírozásának a gazdasági mozgástere kevés időszaktól eltekintve kedvezőtlen volt

A fejlett országokra jellemző trend, hogy az egészségügyi közkiadások (és a magánkiadásokat magában foglaló összes egészségügyi kiadások is) a GDP növekedését meghaladó mértékben növekedtek az elmúlt évtizedekben (így növekedett a GDP-ből való részesedésük). Ezzel szemben Magyarországon az egészségügyi közkiadások – az 1990-es évek elejét és a 2002/2003-as béremelés időszakát leszámítva – a GDP-nél jóval lassabban növekedtek. Ezt mutatja, hogy a GDP (reálértéke) 2019-ben közel kétszerese (192%-a) volt az 1992-es szintnek, ezzel szemben az egészségügyi közkiadások csupán 39%-kal haladták meg az 1992-es szintet (1. ábra).

1. ábra A GDP és az egészségügyi közkiadások (reálértékének) alakulása (1992=100)



Forrás: Saját szerkesztés



Az ábra jól mutatja az egészségügyi közkiadások trendjének a töréspontjait, amelyek mögött álló kormányzati intézkedéseket azért veszem sorra, mert ezek elemzéséből vonható le az a következtetés, hogy az egészségügy egyrészt a restriktciók egyik fő áldozata volt, másrészt amikor a gazdasági feltételek kedvezőek voltak az egészségügy pénzügyi helyzetének a korrekciójára, akkor pedig a politikai szándék hiányzott.

- 1992 és 1994 között – paradox módon éppen a rendszerváltást követő súlyos gazdasági visszaesés⁶⁶ körülményei között – 12%-kal növekedett az egészségügyi közkiadások reálértéke (ennek döntő része a teljesítményfinanszírozás bevezetéséhez kapcsolódva, 1994-re esett).
- Az 1994–98 közötti időszak gazdaságpolitikájának középpontjában az egyensúly helyreállítása, a költségvetési hiány csökkentése, ennek érdekében minden területen a közkiadások csökkentése állt. Az egészségügyi közkiadások reálértéke (1994-hez képest) drasztikusan, 15%-kal csökkent 1995–96-ban.
- Az 1998–2002-es periódusban a kedvező gazdasági feltételek (GDP 4% körüli éves átlagos növekedése) lehetőséget adhattak volna az egészségügy modernizálására és pénzügyi konszolidációjára. Ezt a lehetőséget a FIDESZ-kormányzat azonban elmulasztotta: az egészségügy nem élvezett prioritást a kormányzat napirendjén. Az egészségügy súlyos helyzetét mutatja, hogy *2001-ben az egészségügyi közkiadások reálértéke 12%-kal alacsonyabb volt, mint 1994-ben – miközben a GDP reálértéke 22%-kal meghaladta az 1994-es szintet.*
- A 2002–2006 közötti kormányzati időszak egyik első lépéseként végrehajtott közalkalmazotti béremelés hatásaként 2001 és 2006 között az egészségügyi közkiadások reálértéke 46%-kal növekedett, ami lényegesen meghaladta a GDP (23%-os) növekedését. Ennek következtében az egészségügyi közkiadások GDP-hez viszonyított részaránya pedig 4,7%-ról 5,5%-ra növekedett.
- Azonban a 2006-ra kialakult magas államháztartási és folyó fizetési mérleg hiány, valamint adósságállomány kikényszerítette a konszolidációt. Az egészségügyi közkiadások 2007-ben végrehajtott drasztikus csökkentése – amit a 2008-as gazdasági válság hatására újabb csökkentés követett – máig kihatással van, mivel azóta sem történt meg a megfelelő korrekciója. 2006 és 2010 között az egészségügyi közkiadások 15%-kal csökkentek (miközben a GDP 6%-kal).
- A 2010-es évek elején azt lehetett feltételezni, hogy a kormányzat a válságból való kilábalás során legalább visszaállítja az egészségügynek a nemzetgazdaságban a 2006 előtt elfoglalt pozícióját (a GDP felhasználásából), hiszen a 2011-ben elfogadott Semmelweis Terv az egészségügy legfőbb problémájának a forráshiányt nevezte meg és az egy főre jutó közkiadások mértékében az EU átlagának elérését jelölte meg elérendő célnak. Nem ez történt. 2010 után a FIDESZ-kormányok történelmi lehetőséget szalasztottak el: a 2013 és 2019 közötti jelentős gazdasági növekedés lehetőséget adott volna az egészségügy forrásainak jelentős növelésére és az egészségügy rendbetételének az elindítására. Ez a cél azonban nem szerepelt a kormányzat prioritásai között. Az egészség-

⁶⁶ Az ábrán ez azért nem látható, mert a drámai mértékű (18%-os) gazdasági visszaesés 1989–92 között következett be.



ügyi közkiadások GDP-hez viszonyított aránya tovább csökkent: a 2010-es 5,0%-ról 2019-re a GDP 4,3 százalékára – annak következtében, hogy az egészségügyi közkiadások lassabban növekedtek, mint a GDP. 2019-ben a GDP reálértéke 30%-kal haladta meg a 2010-es szintet, az egészségügyi közkiadások szintje csupán 16%-kal.

Az 1993-as és a 2019-es adatokat – nemzetközi kontextusban – összehasonlítva: 1993-ban a közkiadások Magyarországon a GDP 6,0%-át, 2019-ben pedig már csak a 4,3%-át tették ki. Ugyanebben az időszakban az egészségügyi közkiadások az EU15 átlagát tekintve a GDP 5,7%-áról a 7,3%-ára növekedtek, Csehországban pedig az 5,0%-áról a 6,4%-ára.

A Visegrádi országoktól a leszakadás a 2000-es évek közepétől következett be: a magyar *egy főre jutó egészségügyi közkiadások* 2005-ben még 11%-kal meghaladták a V3 átlagot, 2019-ben pedig annak csupán a 72%-át érték el; a csehországinak 2005-ben a 78%-át, 2019-ben pedig már csak 54%-át tették ki. (Az EU15 országokhoz viszonyítva: az *egy főre jutó közkiadások* 2005-ben az EU15 átlagának a 45%-át, 2019-ben pedig a 40%-át tették ki.)

A lemaradásunk fő oka a közkiadások kirívóan alacsony növekedési üteme. 2019-ben Magyarországon csupán 5%-kal volt magasabb az *egy főre jutó egészségügyi közkiadások* reálértéke a 2005-os szintnél. Ezzel szemben Lengyelországban a kétszerese volt, Szlovákiában 58%-kal, Csehországban 47%-kal többet fordítottak (egy főre vetítve) közpénzekből az egészségre, mint amit 2005-ben.

Az előzőekben vázolt adatok egyértelműen mutatják, hogy nem csupán mennyiségi eltérésről van szó – a magyar egészségügyi közkiadásoknak (az egészségügyi rendszer működőképessége egyik alapvető feltételének) a trendje elkanyarodott, leszakadó pályára került mind az EU15 országokhoz, mind a többi visegrádi országhoz viszonyítva.

Az „elmaradt” kiadások (a „forráskivonás”) számszerűsíthetők. Az Egészségbiztosítási Alap (E.Alap) természetbeni kiadásaira végzett számítás abból a feltételezésből indul ki, hogy a nemzetközi trendek alapján elvárható lett volna, hogy legalább ne csökkenjen az egészségügyi közkiadások (ennek részeként az E.Alap) részesedése a GDP-ből. A valóságban az E.Alap természetbeni kiadásai 2005 és 2019 között a GDP 4,9%-áról a 3,9%-ára csökkentek. Ha 2005 és 2019 között fennmaradt volna a 2005-ös arány, akkor a 2005 és 2019 közötti 14 éves időszak egészét tekintve kb. 3000 milliárd forinttal több forrás jutott volna egészségügyi ellátásra. Másképp fogalmazva: ebben az időszakban történt „forráskivonás” nagysága kb. 3000 Mrd Ft-ra becsülhető. Ha fennmaradt/helyreállt volna az E.Alap 4,9%-os részesedése a GDP-ből, akkor 2019-ben 457 Mrd Ft-tal (25%-kal) magasabb lehetett volna az E.Alap értéke (1826 Mrd Ft helyett 2283 Mrd Ft). Hangsúlyozom, a gazdasági feltételek ennél magasabb értéket is lehetővé tettek volna.



A kormányzat és az ellenzék közötti „politikai árkok”

A kormányzat és ellenzék közötti „politikai árkok” és az éppen hatalmon lévő kormányzatok működésében a rövid távú politikai érdekek dominanciája kölcsönhatásban voltak, egymást erősítették – ellehetetlenítették a kormányzati ciklusokon átívelő stratégiák kialakulását, szervezeti innovációk kibontakozását az egészségügyben.⁶⁷

A pártpolitikai háború nehezzé tette az olyan szférák helyzetét, amelyek területén a változtatások időtávja túlmutat a kormányzati ciklusokon. Az ellenzéki pártnak túl nagy volt a csábítás, hogy a kormányzat egészségügyi intézkedését (még ha annak szükségességével egyet is érthetett) a pártpolitikai harc eszközeként felhasználja. A társadalom többségének mindennapi tapasztalata van az egészségügyről – így a változtatásokkal szükségszerűen együtt járó bizonytalanság és esetleges átmeneti feszültségek, negatív mellékhatások széles körben érzékelhetők. Ez könnyen felhasználható a kormánnyal szembeni elégedetlenség kiváltására vagy a meglévő diffúz elégedetlenség „tárgyasítására”. Ez utóbbinak legemlékezetesebb példája a vizitdíj elleni népszavazás 2008-ban. A másik oldalon a pártpolitikai háború a kormányzatokra a reformoktól „elrettető” hatást gyakorol – hiszen feltételezhetik, hogy a szükségszerű konfliktust az ellenzék ki tudná használni. Így a 90-es évek közepétől nem találunk példát rá, hogy egy fontos kérdésben a kormánypártok és az ellenzék meg tudtak volna egyezni vagy legalább az ellenzék ne támadta volna az adott intézkedést. A támadás bekövetkezhetett abban a formában is, hogy az egymást váltó kormányok megszüntették a másik által elindított változtatásokat. Erre volt jellemző példa a Regionális Modernizációs Program sorsa. A pártpolitikai háború hozzájárult a stop-go költségvetési politikához is – aminek az egyik nagy vesztese az egészségügy volt.

Más alrendszer (államháztartás, közigazgatás stb.) prioritásai és/vagy átalakításának a szempontjai felülírták az egészségügy szakmai szempontjait

Amikor az egészségügyi tárca és más tárcák vagy kormányzati egységek elképzelései ütköztek egymással, a tényleges intézkedések meghozatalakor rendre az egészségügy szakmai szempontjai maradtak alul. Az egyik legjellemzőbb példa erre a Semmelweis Terv sorsa. A 2010-es kormányváltás utáni hónapokban úgy tűnt, hogy a Kormány az egészségügy átfogó reformját tervezi. Ezt mutatta az Egészségügyi Államtitkárság által létrehozott – a szakemberek széles körét bevonó, számos bizottságból álló – munkacsoport által kidolgozott Semmelweis Terv, amelynek első tervezetét már 2010 októberében a szakmai nyilvánosság elé vitára bocsátották⁶⁸. 2011 májusában pedig a Kormány el is fogadta a Semmelweis Tervet.

Ugyanakkor 2010 folyamán az egészségügyre vonatkozó reformkoncepció kidolgozásával egy időben, de minden koordináció nélkül zajlott a Miniszterelnökségen a közigazgatás átala-

⁶⁷ Kiss János (2021) szerint: „...Halálos ellenségek nem tudnak demokráciát fenntartani: a demokrácia működése feltételezi, hogy a rivális felek vitáikkal és harcaikkal együtt elismerik egymás legitimitását. A mindenkori kormány a mindenkori ellenzékét, az ellenzék a kormányt. A rendszerváltás nagy kérdése az volt, hogy a demokratikus gyakorlat vezet politikai megbékéléhez, vagy a „százéves háború” kiújulása vet véget a demokráciának. Nem volt eleve elrendelve, hogy a második forogatókönyv valósul meg.” (Interjú Kiss Jánossal. Jelen, 2. évf. 10. sz. 2021. március 11.).

⁶⁸ Szembeötlő a különbség azzal, hogy a 2020-ban a Boston Consulting által elkészített tervezetet titkosították.



kítására vonatkozó – az egészségügyi szakigazgatás intézményrendszerét is alapvetően érintő – koncepció kialakítása. A két koncepció, illetve a Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság vezetői közötti – elsősorban az ÁNTSZ és az OEP intézményrendszerére vonatkozó – konfliktusból a Miniszterelnökség koncepciója került ki győztesként. Az egészségügy makrostruktúrájának az átalakulása alárendelődött a centralizált közigazgatás kialakításának, aminek a folyamatát a tanulmány első fejezete már bemutatta.

2010 előtt az egészségügyi szektor intézményrendszere egyrészt többközpontú volt, a finanszírozó és szolgáltató szervezetek *relatív* autonómiát élveztek; az intézményi keretek és működési folyamatok – 1990-es évek elején elindult – kialakításánál a kiindulópontot az egészségügyi rendszer sajátosságai jelentették. Ezzel szemben a 2010 után több lépésben radikálisan átalakított, a hatásköröket részben az EMMI-ben (újabbban az OKFŐ-ben), részben a kormányhivatalokban centralizáló, a sajátosságait figyelmen kívül hagyó egészségügyi szakigazgatás számos elemében visszatérést jelentett a rendszerváltás előtti modellhez.

Harc a kormányzaton belül az egészségügyi reform fő irányára vonatkozóan

Az egészségügyi reformok általános céljainak az elérése (nevezetesen a hozzáférés javítása, szolgáltatások minőségének és az intézmények működése hatékonyságának a javítása stb.) nagyon különböző eszközökkel is lehetséges. Továbbá az eszközöknek a hatása kontextusfüggő – ugyanaz az intézkedés (pl. kórházaknak költségvetési formából alapítványi formába átalakítása) más reakciókat válthat ki és más eredményeket hozott különböző országokban. Az egészségügy sokszereplős – az érdekviszonyai bonyolultak; a szolgáltatások nyújtásában és a finanszírozásban is sok szálon összefonódik a közszektor és a magánszektor.⁶⁹ Így nem meglepő, hogy a politikai pártok között, de az egyes politikai pártokon belül is különböző, egymással versenyző/szembenálló koncepciók, törekvések jellemezték az egyes kormányzati időszakokat. Így amikor a pártok hatalomra kerültek, számos esetben az első évek (amelyekben könnyebben valósíthatók meg jelentős változások) a kormányzaton belüli harcokkal teltek el.

Az egészségügy bonyolult érdekviszonyai mellett ennek számos további oka is van. Az egyik problémát az jelentette, hogy a rendszerváltás után nem épültek ki az egészségügyben (sem) az érdekegyeztetésnek az intézményi keretei, egyeztetési mechanizmusai, folyamatai, amelyek már a választási program kialakításakor vagy a kormányra kerülés után rövid idő alatt megegyezést tudtak volna elérni az adott kormányzaton belül.

Az **1994–98**-as periódusban a reformokat akadályozó fő tényező a költségvetési megszorítások voltak. Ebből következően a kormányzaton belüli vita a Pénzügyminisztérium és a Népjeléti Minisztérium között nem reformlépésekről, hanem az egészségügyi kiadások csökkentésének eszközeiről folyt: a PM-nek a co-payment széleskörű bevezetésére és a szolgáltatási csomag szűkítésére tett javaslatai körül. A kormányzati időszak végén a PM-nek a több-biztosítós rendszerre kidolgozott koncepciója is vitát generált a két minisztérium között, de a javaslat akkor még nem jutott el a kormányzati döntéshozatal szintjére. Ezekben a kérdésekben az NM mindvégig védekező helyzetben volt.

⁶⁹ Beleértve a kormányzatnak és a szolgáltatóknak a technológiát fejlesztő, berendezéseket és gyógyszereket gyártó piaci szektorral való kapcsolatát is.



Az **1998–2002-es periódus** elején a Miniszterelnöki Hivatal (MH) és az EüM közötti ellentétek középpontjában a MH Reformbizottságának a több-biztosítás rendszerre vonatkozó javaslatára állt, ami a MH kezdeti lendülete után – egészségügyön kívüli okok miatt – hamar lekerült a kormányzat napirendjéről.

A **2002–2004-es** időszak első felében a kormányfő alá tartozó egészségügyért felelős kormánybiztos és az MSZP országgyűlési frakciója (illetve annak egészségügyi szakértői) között húzódtott a konfliktus, aminek a tárgya az IBR korábban tárgyalt átalakítására (a magánbiztosítók kötelező biztosítás működtetésében játszott szerepére) vonatkozó koncepció volt.

A **2006–2010-es időszak** unikális jellemzője volt, hogy a gazdasági és politikai kényszerek miatt a kormányzat egyszerre két reformprogramot törekedett megvalósítani: az egyiknek a hajtóereje **költségvetési konszolidáció** volt (aminek szempontjait a Pénzügyminisztérium képviselte, az intézkedéseket pedig az OEP valósította meg), a másik hajtóereje az **SZDSZ politikai programjának a megvalósítása** volt (az OEP felváltása magánbiztosítókkal a kötelező biztosítás működtetésében). A fő konfliktusok a miniszterelnök és az egészségügyi miniszter között, valamint az MSZP és az SZDSZ parlamenti képviselői között húzódtak (de kevésbé látható módon a PM és EüM apparátusa között is jelen voltak).

A **2010-es évek elején** pedig a korábban már vázolt – **Miniszterelnökség és az Egészségügyi Államtitkárság közötti – harc** akadályozta meg, hogy a Semmelweis Terv által tartalmazott koncepció érvényesüljön az egészségügyben.

Az egészségügyi igazgatás szakmai kapacitásainak alacsony színvonala

A kormányzat, az Egészségügyi Minisztérium nem tudott megfelelni annak a kihívásnak, hogy egyidejűleg kellett egyrészt az egészségügyi rendszer működésével kapcsolatos mindennapi feladatait ellátnia, másrészt menedzselnie kellett volna az egészségügyi rendszer átalakítását is. Az egészségügy vezetői nem ismerték fel (vagy nem tudták megvalósítani), hogy ez a két különböző típusú feladat – eltérő jellegükből eredően – egymástól elkülönült szervezeti kereteket kívánt volna⁷⁰. A változás menedzseléséhez olyan új szervezeti egységekre lett volna szükség, amelyek elsődleges feladata, érdekeltége az egészségügyi rendszer átalakítása, azaz a döntések előkészítése (szakmai megalapozása), az intézkedések megvalósításának koordinálása, monitorozása és értékelése;⁷¹ továbbá a rendszer teljesítményének az értékeléséhez megfelelő adatbázisokra és módszerekre (indikátorrendszerre). A finanszírozási vagy a szolgáltatási rendszer (egyes elemeinek) az eredményes átalakítása, szervezeti innovációk megvalósítása hosszabb periódust, szisztematikus, folyamatos szakmai munkát, korrekciókat igényelt volna. Például a teljesítményfinanszírozási rendszer eredményes működéséhez a HBCS-súlyszámok rendszeres felülvizsgálata (kódkarbantartás) és minőségügyi rendszer kiépítése lett volna

⁷⁰ A rossz struktúra és inadekvát folyamatok következtében a jó szakemberek munkaidejének is a jelentős részét nem a felkészültségüknek, képességüknek megfelelő feladatok, hanem a rutinfeladatok és felesleges adminisztráció kötötte le, ami generálta a szakemberek kontraszelekcióját is.

⁷¹ Ezt mutatja például, hogy a 80-as évek végén a HBCS-modellkísérlet sikeres megvalósítását egy elkülönült szervezet (GYÓGYINFOK) menedzselte; a Regionális Modernizációs Program kidolgozását és a pályázat megvalósítását a Világbanki Programiroda egy önálló egysége menedzselte, az IBR koncepcióját a Veresegyházi Misszió Egészségház égisze alatt megszervező szakértői kör dolgozta ki.



szükséges. Az IBR esetében pedig folyamatos monitorozásra (ennek alapján a szakmai részletek fejlesztésére, korrekciójára), a fejkvóta továbbfejlesztésére lett volna szükség.

A szakmai kapacitások előzőekben vázolt problémái is hozzájárultak ahhoz, hogy a kórházhálózat modernizálása helyett a kórházi kapacitások (döntően az ágyak számának) „tűzoltó” jellegű csökkentése valósult meg (a költségvetési konszolidációk kényszerének a hatására) 1996-ban és 2007-ben is. A kórházhálózat modernizálása regionális szintű fejlesztési stratégiákat igényelt volna: annak a – megfelelő információkon alapuló – megtervezését, hogy mely kórházakat és hogyan kellene fejleszteni, mely kórházakat bezárni vagy az aktív ellátást megszüntetni, továbbá milyen fejlesztések szükségesek a többi ellátási területen (mentőszolgálat, járóbeteg-ellátás, otthoni ápolás stb.). Az egészségügyi minisztérium nem volt képes ilyen stratégiák kidolgozására (kidolgoztatására). 1996-ban és 2007-ben is a kórházi ágyak csökkentését az kényszerítette ki, hogy a kormány drasztikusan csökkentette a fekvőbeteg-ellátásra fordítható pénzerketet (és 2007-ben az egyes kórházak TVK-ját). Továbbá az egészségügyi minisztérium nem volt képes megfelelő kommunikációs stratégiát kidolgozni a szakmai érveknek⁷² a helyi lakossággal és a társadalommal való elfogadtatására. Így számos esetben – a helyi politikai lobbik (beleértve az országgyűlési képviselőket is) hatására – a szakmai szempontokat felülírták az adott kórház megtartásához kötődő rövid távú érdekek (például a kórház, mint jelentős helyi gazdasági, foglalkoztatási tényező; az orvosok egy részének anyagi és presztízs szempontjai). A konfliktusok kezeléséhez pedig hiányoztak az érdekegyeztetés megfelelő intézményi keretei.

Az egészségpolitikai döntések szakmai megalapozása érdekében tett lépést jelentett, hogy 2004-ben létrehozták az Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézetet,⁷³ amelynek fő feladatai az információs szolgáltatás a hazai és nemzetközi egészségügyi rendszerekről, helyzetelemzés és döntéselőkészítés (ennek részeként a technológiaértékelés) voltak. 2011-ben azonban az ESKI eredeti koncepciója áldozatul esett a számos – egymástól eltérő funkciókat betöltő – háttérintézmény egybeolvasztásának, a Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet (GYEMSZI) létrehozásának. 2016 után pedig (a GYEMSZI egy részlegeként addig végzett) a magyar egészségügy helyzetéről szóló éves jelentések készítése is megszűnt.

Számos jel mutat arra, hogy a kormányzatnak nincs is szándékában, hogy részletes és reális információt adjon a szélesebb szakmai és laikus közvéleménynek a magyar egészségügy helyzetéről. Korábban már említettem, hogy a teljesítményértékelési rendszer kialakítása az első 2016-ban közzétett színvonalas jelentés (MÉRTÉK 2016) után „elhalt”. A Boston Consulting Group által a Belügyminisztérium megrendelésére 2020-ban készített helyzetelemzést és reformjavaslatokat titkosították. Továbbá az OECD és EU által két évente készített „State of Health in the EU: Hungary” kiadványok sem érhetőek el egyetlen magyar kormányzati honlapon sem.⁷⁴

⁷² Egy adott kórház bezárása/átalakítása melletti szakmai érveket (a hatékonyság javulása mellett) az jelenthette, hogy a kórházak koncentrációjával elért magasabb színvonalú technológia, szakértelem és tapasztalat következtében a korábbinál jobb minőségű ellátáshoz juthattak a betegek, továbbá a távolságból eredő problémákat részben kompenzálhatta a járóbeteg-ellátás és a mentőszolgálat fejlesztése.

⁷³ A korábbi Országos Egészségügyi Információs Intézet és Könyvtár (MEDINFO) jogutódaként, feladatainak jelentős kibővítésével.

⁷⁴ https://ec.europa.eu/health/system/files/2022-01/2021_chp_hu_hungarian.pdf



Spontán folyamatok (piaci folyamatok, szürke gazdaság/korrupció) hatása a tényleges folyamatokra

A közfinanszírozású rendszer feszültségeit mérsékelni tudta (ezáltal a reformok ellen hatott) egyrészt a hálapénz, másrészt újabban egyre inkább a folyamatosan és jelentős mértékben bővülő magánszolgáltatói szektor. A közkiadások drasztikus korlátozása miatti várólisták növekedése, az ellátás színvonalának, körülményeinek a romlása a magánszektor felé terelte a fizetőképes betegeket. A társadalom egy része által elfogadottá vált, hogy növekvő mértékben a magánszektorban veszi igénybe a szolgáltatásokat. Az orvosok és nővérek egy jelentős részének pedig az állami és magánszektorban való egyidejű munkavállalás megfelelő jövedelmet biztosított. 1991 és 2019 között (reálértéken) a háztartások közvetlen egészségügyi kiadása 4,4-szeresére növekedett⁷⁵, míg 2019-ben a közkiadások csupán 42%-kal voltak magasabbak, mint 1991-ben (az összes egészségügyi kiadás pedig 83%-kal).

Az egészségpolitika, kormányzati politikák szintjén nem sikerült (illetve nem volt erős törekvés) reális – az általános egészségpolitikai célokat és a magyar viszonyokat egyaránt figyelembe vevő – koncepciót kialakítani a közszektor és magánszektor szerepére és kapcsolatuk szabályozására vonatkozóan. A magánszektor esetében a kormányzatok a piaci folyamatok után kullogtak.⁷⁶

Az államszocialista egészségügyben a **hálapénz** következtében kiépült egy duális struktúra: a hivatalos egészségügy mellett létezett egy eltorzított, szabályozatlan és nehezen befolyásolható piaci viszony. Ez a duális struktúra a rendszerváltás után is alapvető strukturális jellemzője maradt a magyar egészségügynek, és az egyik okát jelentette annak, hogy a makrostruktúra 90-es évek elején történt lényeges változása kevésbé érintette az egészségügy mikrostruktúráját (pl. az orvos-beteg kapcsolatot, a kórházon belüli orvosi hierarchiát stb.).

A hálapénz a lényegét tekintve jogi nézőpontból megvesztegetés, szociológiai nézőpontból sajátos orvos-beteg és nővér-beteg viszony, közgazdasági nézőpontból pedig a formális gazdaságban uralkodó hiány miatt létrejött informális gazdaság. A hatásai 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 90-es évek elején a hálapénz az egyik akadályozó tényezője volt a kiegészítő biztosítások piaca kialakulásának is.

Napjainkból visszanezve alapvető kérdés: miért nem merült fel a rendszerváltáskor a hálapénz megszüntetésének az igénye, miért nem kapott kellő figyelmet a 80-as években kidolgozott reformprogramokban sem. Ebben számos tényező játszott közre. Voltak, akik azt várták az új finanszírozási módszerektől, hogy az intézmények között a betegekért folytatott versenyt generálnak, ami elvezethet a hálapénz visszaszorulásához. Sokan gondolták úgy, hogy a hálapénznek köszönhetően volt még valamennyire működőképes az egészségügy és attól tarthattak, hogy a hálapénz elleni határozott fellépés a reformok támogatását veszélyez-

⁷⁵ 2019-ben a járóbeteg-ellátás kiadásainak 41%-át, a gyógyszerkiadásoknak 49%-át a háztartások közvetlen kiadásai fedezték. A 2000-es évek elejére alakult ki a háztartások kiadásainak jelenlegi magas aránya: az összes egészségügyi kiadás 28-29%-a (ami a 4. legmagasabb arány az EU-ban). 2019-ben a háztartások közvetlen egészségügyi kiadásai: 849,8 Mrd forintot tettek ki.

⁷⁶ Ehhez az is hozzájárult, hogy az elmúlt évtizedben a kormányzathoz közelálló üzleti körök is egyre inkább szereplőivé váltak a magánegészségügyi szektornak.



tetné. Az elmúlt évtizedekben azonban a hálapénz már egyre kevésbé volt képes az eredeti szerepét – a megfelelő szolgáltatásokhoz való hozzáférés (vagy annak látszatának) biztosítását és az egészségüggyel szembeni elégedetlenség mérséklését – betölteni. Ez is hozzájárult, hogy a hálapénzzel szembeni elégedetlenség⁷⁷ erősödött mind a társadalom, mind az orvostársadalom egy részében.

A 2020-ban az egészségügyi szolgálati jogviszonyról elfogadott (2020. évi C.) törvény alapvető változást hozott: a nagyarányú béremeléssel összekötve törvénysértéssé tette a hálapénz adását és elfogadását az egészségügyi intézményekben. Azt egyelőre még nem látni, hogy ez mennyire vezet a hálapénz tényleges megszűnéséhez vagy a hálapénz csak kiszorult az állami intézményekből, de a betegek és orvosok egy része új utakat keres a hálapénz adásához.⁷⁸ A hálapénz visszaszorításához szükség lenne jól működő (a szolgáltató intézményeken belüli és azokat kontrolláló) minőségügyi és fogyasztóvédelmi rendszerre is (amelyben a laikus fogyasztók megbízhatnak, mert képes biztosítani, hogy a beteg megfelelő szakemberektől, megfelelő időben, megfelelő ellátást kap).

KÖVETKEZMÉNYEK

Az elmúlt évtizedek történetéből látható, hogy a 90-es évek eleje – köszönhetően a kivételes történelmi helyzetnek és a megelőző időszak több éven keresztül tartó egészségügyi reformmunkálatainak, reformvitáinak is – ritka pillanatot jelentettek: a változásokhoz (számos problémával és egy nagyon rövid időre, de) elégséges mértékben, egyidejűleg voltak jelen a reform alapvető feltételei: kormányzati akarat, pénzügyi erőforrások, szakmai koncepció, kormányzati kapacitás a megvalósításhoz és végül, de nem utolsósorban a változások elégséges támogatottsága/elfogadása a szakmai szereplők és az ellenzéki pártok részéről. A következő kormányzati időszakokban ezek többségének a hiánya, a tanulmány harmadik fejezetében elemzett tényezők (többségének az) együttállása, egymást erősítő kölcsönhatása vezetett olyan körülmények kialakulásához, amelyben a 90-es évek elején elindult reformfolyamat megtorpant, utána pedig nem volt szándék/képesség/lehetőség átfogó reformok indításához. A részleges változást célul tűző – sokszor az egészségügyi szakigazgatáson kívülről kezdeményezett – szervezeti innovációk deformálódtak, elbuktak, továbbá 2010 után az egészségügy irányítási és ösztönzési rendszere számos tekintetben visszarendeződött a rendszerváltás előttihez hasonló, (de azzal nem azonosítható) struktúrába.

A krónikus alulfinanszírozás, az ellátórendszer strukturális problémái, az ösztönzők hiánya (illetve ellenösztönzők) a meglévő kapacitások hatékony működésére, az inadekvát szakigazgatás együttesének a közvetlen következménye egyrészt a humán erőforrás-krisz (amihez hozzájárultak az EU-csatlakozás és a hazai magánszektor jelentette új lehetőségek is), másrészt az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférésnek és az ellátás minőségének a súlyos problémái. A szélesebb társadalmi következmény pedig, hogy a magyar népesség egészségi állapotát tekintve is leszakadó pályára kerültünk nemcsak az EU15 országokhoz, hanem a vi-

⁷⁷ Például 2015-ben fiatal orvosok kezdeményezésére létrejött az 1001 orvos hálapénz nélkül csoport.

⁷⁸ Számos szakértő szerint a várólisták növekedéséhez az is hozzájárult, hogy a hálapénz ösztönző hatása kikerült a rendszerből.



segrádi országokhoz képest is (Orosz – Kollányi 2016). Az egészségi állapot számos alapvető mutatójában – a saját helyzetünkhöz mért javulás ellenére – a 2010-es évek végén nagyobb volt a lemaradásunk az EU15 átlagához és a többi visegrádi országhoz képest is, mint amekkorára a 80-as évek végén volt. Például a férfiak 40 éves korban várható élettartama a 80-as évek végén 5,1 évvel, 2019-ben pedig 6,9 évvel volt alacsonyabb, mint az EU15 átlaga; a csehországi értéknél a 80-as évek végén 1 évvel, 2019-ben pedig már 3,5 évvel volt alacsonyabb. Relatív helyzetünk különösen rossz az egészségügyi rendszer teljesítményét jelző kezelhető halálozást⁷⁹ tekintve. A magyarországi kezelhető halálozás mértéke (100 ezer lakosra jutó aránya) 2018-ban 2,34-szerese volt az EU15 átlagnak (2002-ben 2,14-szerese), a csehországi értéknek pedig 1,43-szerese (2002-ben 1,21-szerese). A 2013–2017 közötti 5 éves időszakban évente 46-47 ezer (összesen 234 ezer) 75 évesnél fiatalabb honfitársunk halálozott el elkerülhető (megelőzhető vagy kezelhető) halálokok miatt. Ha az elkerülhető halálozásban elértük volna (ugyanakkora lett volna a 100 ezer 75 évesnél fiatalabb személyre jutó halálozási ráta) Csehország színvonalát, akkor 81 ezerrel (35%-kal) kevesebben, ha elértük volna Lengyelország színvonalát, akkor 71 ezerrel (30%-kal) kevesebben haltak volna meg ebben a periódusban.

A tanulmány nem foglalkozott a COVID-járvány időszakával, de nyilvánvaló, hogy az elemzett egészségügyön kívüli és egészségügyi rendszeren belüli tényezők hozzájárultak ahhoz is, hogy a COVID-járvány által előidézett sokkhoz rendkívül rosszul alkalmazkodott a magyar kormány és a magyar egészségügyi rendszer.⁸⁰ Ezt jelzi az az adat, hogy ha az egymillió lakosra jutó magyarországi COVID-halálozás megegyezett volna az ausztriai adattal, akkor 64%-kal (kb. 28 ezer fővel) kevesebb honfitársunk halt volna meg a COVID következtében a járvány kitörése és 2022. március 8. között.⁸¹

IRODALOM

- Alpár O. – Huszai G. (1989): Társadalom, gazdaság és egészség(ügy). *Közgazdasági Szemle*, 7–8: 888–908.
- ÁEEK (2019): *Beszámoló az egészségügyi ágazat humán erőforrás 2018. évi helyzetéről*. Budapest: Állami Egészségügyi Ellátó Központ.
- ÁSZ (2005): *JELENTÉS az irányított betegellátási modellkísérlet ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.

⁷⁹ Az elkerülhető halálozás azokat a halálokokat veszi csak figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással és eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne bizonyos életkor előtt a halálozás. Az elkerülhető (avoidable) halálozás két összetevője: a kezelhető (treatable) és megelőzhető (preventable) halálozás: az első azokat a halálokokat veszi figyelembe, amelyek esetében optimálisan működő ellátással, a második pedig azokat, amelyek esetében eredményes megelőzéssel elkerülhető lenne a halálozás.

⁸⁰ Ennek nem mond ellent az, hogy az egyes orvosok és szakdolgozók a számukra adott körülmények között igyekeztek minden tőlük telhetőt megtenni.

⁸¹ A számításához használt adatok forrása: <https://www.worldometers.info/coronavirus/> 2022. 03. 08-i adatai. A magyarországi COVID-halálozás 44 495 volt ebben az időszakban. Hasonló nagyságrendű volt a sokak által megbízhatóbbnak tartott többlethalálozás is, ami – Ferenci Tamás számításai szerint – a járvány kitörése és 2022. február 21. közötti időszakban 41 868 fő volt (forrás: <https://research.physcon.uni-obuda.hu/COVID19MagyarEpi/>)



- ÁSZ (2009): *JELENTÉS az egyes kórházi tevékenységek kiszervezésének ellenőrzéséről*. Budapest: Állami Számvevőszék.
- Bodnár M. – Vörös L. (2008): Irányított betegellátás a mosonmagyaróvári kistérségben. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 4: 36–42.
- Dózsa Cs. – Bodnár V. – Takács E. – Dérer I. (2006): Az OEP szolgáltatásvásárlói szerepének erősítése I. A működés korszerűsítésének lehetőségei. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 4: 5–21.
- Dózsa Cs. (2008): 2006–2007-es évek az egészségügyben: reformtervek és programok kavaládja. In: *Magyarország Politikai Évkönyve 2007*, Budapest: Demokrácia Kutatások Központja.
- Dózsa Cs. – Borcsek B. – Tóth J. (2016): Az Európai Unió forrásokból megvalósuló fejlesztések a hazai kórházszektorban, 2007–2015. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 9: 5–10.
- European Commission (2013): *Social investment package. Commission staff working document. Investing in health SWD(2013) 43 final*
- EU, OECD and European Observatory (2019): *State of Health in the EU: Hungary. Country Health Profile 2019*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/419461/Country-Health-Profile-2019-Hungary.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Figueras, J. – McKee, M. – Lessof, S. – Duran, A. – Menabde, N. (2008): *Health System, Health and Wealth: Assessing the Case for Investing in Health Systems*, background document. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Golovics J. – Zsínkó M. (2021): A magyar orvosmigráció jellemzői a 2010-es években. *Magyar Tudomány*, 2: 240–248.
- GYEMSZI (2011): *A betegút-szervezés nemzetközi tapasztalatai*. Gyógyszerészeti és Egészségügyi Minőség- és Szervezetfejlesztési Intézet. https://era.aeek.hu/zip_doc/politika/zip_doc_2011/betegut_szervezes_nemzetkozi.pdf (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Ham, C. (1990): *Health Check. Health care reforms in an international Context*. London: King's Fund Institute.
- Józan P. (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években I. *Statisztikai Szemle*, 1: 5–20.
- Józan P. (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években II. *Statisztikai Szemle*, 2: 101–113.
- Kovácsy Zs. (2020): *Elfekvő – Gyógyítható az egészségügy?* Progress könyvek. Budapest: Kosuth Kiadó.
- Medicalonline (2007): Vita a biztosítási rendszer reformjáról. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Medicalonline (2011): Szakmai kollégiumi állásfoglalás: vannak még kérdőjelek. http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/szakmai_kollegiumi_allasfoglalas_vannak_meg_kerdolelek. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)



- Medicalonline (2021a): Merre halad az egészségügy átalakításnak nevezett reformja? http://medicalonline.hu/eu_gazdasag/cikk/merre_halad_az_egeszsegugy_atalakitasnak_nevezett_reformja. http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Medicalonline (2021b): Praxisközösség: hosszú idő még, míg célba érünk. http://medicalonline.hu/praxis/cikk/praxiskozosseg_hosszu_ido_meg_mig_celba_erunk (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- MÉRTÉK (Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Munkacsoportja) (2016): *Magyar Egészségügyi Rendszer Teljesítményértékelési Jelentése 2013–15*. <https://mertek.okfo.gov.hu/> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Mihályi P. (2007): *A biztosítási piac megnyitása*. Az Egészségügyi Minisztérium felkérésére készített, az „Egészségbiztosítási Reform 2007–2009” konferencián (Budapest, 2007. január 25–26.) előterjesztett tervezet (kézirat)
- Mikó T. – Apjok A. – Donkáné V. É. – Boulton, G. – Horváthné D. É. – Kanka A. – Kósa I. (1998): *Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a dél-alföldi régióban*. DAREK Kht. <https://www.antikvarium.hu/konyv/egeszsegugyi-szolgaltatasok-modernizacios-programja-a-del-alfoldi-regioban-533386-0> http://medicalonline.hu/cikk/vita_a_biztositasi_rendszer_reformjarol (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Nagy G. – Tóth Á. (2006): Az Irányított Betegellátási Rendszer (IBR) jogi szabályozásáról. *IME – Interdiszciplináris Magyar Egészségügy*, 5(2): 5–8.
- Népjóléti Minisztérium (1997): *Egészségügyi Szolgáltatások és Menedzsment Program. Egészségügyi Szolgáltatások Modernizációja Alkomponens. Pályázati dokumentáció*.
- OECD (2008): *Healthcare Reform: Improving Efficiency and Quality of Care*. In: *Reforms for Stability and Sustainable Growth. An OECD Perspective on Hungary*, OECD Publishing.
- OECD (2010): *Value for Money in Health Spending*. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing.
- Orosz É. (1992): *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*. Budapest: Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány.
- Orosz É. (2001): *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Orosz É. (2010): A magyar egészségbiztosítás néhány stratégiai kérdése In: Bodrogi J. (szerk.): *A magyar egészségügy: társadalmi-gazdasági megfontolások és ágazati véleményértékelés*. Budapest: Semmelweis Kiadó.
- Orosz, É. – Kollányi, Zs. (2014): *Opportunism of Public Policies as an Underlying Determinant of Health Inequalities in Hungary*. Athens: ATINER'S Conference Paper Series, No: HEA2014-1009. <https://www.atiner.gr/papers/HEA2014-1009.pdf> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Orosz É. – Kollányi Zs. (2016): Egészségi állapot, egészség-egyenlőtlenségek nemzetközi összehasonlításban. In: Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.): *Társadalmi Riport 2016*, Budapest: TÁRKI, 332–355.



- Sinkó E. (2004): Kihívások az irányított betegellátási rendszerben, különös tekintettel a kórházakra. *IME* 3.(2): 15–18.
- Sinkó E. (2005): Az irányított betegellátás hazai tapasztalatai. *Esély*, 2: 52–72.
- Sinkó E. – Gaál P. (2007): Új egészségbiztosítási modell? *IME*, 6(8): 5–12.
- Sinkó E. (2008): Az egészségbiztosítási rendszer átalakításának menete. In: Vass L. – Sándor P. – Tolnai Á. (szerk.): *Magyarország Politikai Évkönyve 2007*, Budapest: Demokrácia Kutatások Központja.
- Smith, P. C. – Preker, A. S. – Light, D. W. – Richard, S. (2005): Role of markets and competition. In: Figueras, J. – Robinson R. – Jakubowski E. (eds.): *Purchasing to improve health system performance*. Open University Press, 236–264.
- Varró V. (1982): Az egészségügyi és orvostudományi infrastruktúra. *Magyar Tudomány*, 8–9: 612–619.
- Weborvos (2007): „Az egészségügyet ki kell venni a politikai homokozóból”. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/az-egeszsegugyet-ki-kell-venni-a-politikai-homokozobol-83035> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)
- Weborvos (2008): Elrendelték az egészségbiztosításról szóló népszavazást. <https://weborvos.hu/egeszsegpolitika/elrendeltek-az-egeszsegbiztositasrol-szolo-nepszavazast-114543> (Utolsó letöltés: 2022. 06. 01.)



Az emberkereskedelem áldozatai és az őket támogató hazai ellátórendszer I.

Héra Gábor – Mészáros Zoltán

ABSZTRAKT Tanulmányunk az emberkereskedelem magyarországi áldozataira fókuszáló kvalitatív kutatás eredményeit mutatja be. Az emberkereskedelem definíciójának és a hazai érintettségi adatoknak az ismertetését követően kerül sor az áldozatokkal készült félig strukturált interjúk tapasztalatainak az összegzésére. Először az áldozatok életútjáról, az áldozattá válás körülményeiről, majd az áldozati lét jellemzőiről számolunk be. Ezt követően tárgyaljuk az áldozati létből való kilépés nehézségeit. Az emberkereskedelem áldozatait támogató ellátórendszer kapcsán kitérünk az áldozatazonosítás nehézségeire, valamint ismertetjük a védett házakban történő elhelyezéssel kapcsolatos visszajelzéseket. Reményeink szerint a tanulmány végén megfogalmazott javaslatok az emberkereskedelem áldozatait támogató ellátórendszer hatékonyságának a növeléséhez járulhatnak hozzá.

Kulcsszavak: emberkereskedelem, munkacélú kizsákmányolás, szexuális kizsákmányolás, áldozatok, ellátórendszer

The victims of human trafficking and their support system I.

ABSTRACT Our paper presents the findings of a qualitative research project focusing on victims of human trafficking in Hungary. Following the definition of human trafficking and presenting relevant statistics, we introduce the findings of semi-structured interviews conducted with victims. First, we describe the life stories of victims, the reasons of victimisation and the characteristics of victimhood. Subsequently, we discuss the difficulties of escaping from traffickers. In relation to the care system supporting victims, we point to the difficulties of victim identification and expound interviewees' feedback about the placement in secret shelters. The recommendations at the end of the paper seek to increase the efficiency of the care system that supports the victims of human trafficking.

Keywords: human trafficking, labour exploitation, sexual exploitation, victims, care system

BEVEZETÉS

A Családbarát Magyarország Központ által működtetett Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálat (OKIT) kutatói 2021-ben végezték el azt a vizsgálatot, amely az emberkereskedelem magyarországi áldozataira és az őket támogató ellátórendszerre koncentrált. A vizsgálat a Családokért Felelős Tárca Nélküli Miniszter Gyermekügyi, Nőpolitikai és Esélyteremtési Főosztálya megbízásából zajlott le.

A felmérés elsődleges célja az volt, hogy megismerje a különböző kizsákmányolási formákat elszenvedő áldozatok életútját. Emellett arra törekedett, hogy feltárja az áldozatokat támogatni hivatott ellátórendszer esetleges hiányosságait és az eredmények ismeretében fejlesztési javaslatokat fogalmazzon meg.



A vizsgálat hazai viszonylatban ritkaságnak tekinthető, hiszen nem csak a területen dolgozó szakemberekkel, hanem áldozatokkal is készültünk interjúk. Ez a cikk kifejezetten az áldozati csoportra összpontosít, az ebben a körben zajlott beszélgetések tapasztalatairól számol be. Írásunk második része a szakértőkkel készült interjúkról számol be. Emellett a családsegítő és gyermekjóléti szolgálatok teljes országos alapsokaságán elvégzett, online intézményi kérdőíves adatfelvételtől is közzétesz eredményeket.

A KUTATÁS CÉLCSOPORTJA, MÓDSZERTANA

Barabás és szerzőtársai az emberkereskedelem definícióját így határozták meg: „Az emberkereskedelem egy olyan folyamat, amelynek során legalább egy ember egy másik embert toborzás, szállítás, eladás, elrejtés, vagy átvétel útján, szóbeli vagy fizikai kényszer, bántalmazás, csalás alkalmazásával kiszolgáltatottá tesz és anyagi előnyök megszerzése érdekében kizsákmányol” (2020: 23). A Belügyminisztérium 2019-es kiadványa alapján a védekezésre képtelen állapottal való visszaélés is kizsákmányolásnak tekintjük (6). Mindkét forrás az úgynevezett Palermói jegyzőkönyv, illetve a 2012. évi C. törvény a Büntető Törvénykönyvről alapján adja meg meghatározását.

Az emberkereskedelemnek több típusa lehet; kutatásunk keretében mi a szexuális, illetve a munkacélú kizsákmányolás áldozataira fókuszáltunk. Ez előbbi csoport meghatározása kapcsán De Coll és Tatár szerzőpárosra hagyatkozunk, akik szerint szexuális kizsákmányolásról akkor beszélünk, amikor „valaki pénzügyi vagy más hasznot húz egy másik személy toborzásán, szállításán vagy átvételén keresztül, akit megfélemlítés, erőszak vagy fenyegetés útján szexuális cselekményre kényszerít” (De Coll – Tatár 2020: 8).

A munkacélú kizsákmányolás definiálása kapcsán a Büntető Törvénykönyv 193. paragrafusa tekinthető irányadónak. A törvény megfogalmazása szerint szabadságvesztéssel sújtható az, aki mást annak kiszolgáltatott helyzetét kihasználva, illetve erőszakkal vagy fenyegetéssel munkavégzésre kényszerít. A szabadságvesztés súlyosabb, amennyiben a kényszerszolgát a sértett sanyargatásával, jelentős érdeksérelmet okozva vagy tizennyolcadik életévét be nem töltött személy sérelmére követik el. Kutatásunkban a munkacélú kizsákmányolás két speciális formájára fordítottunk kiemelt figyelmet. Egyrészt a házi rabszolgaságban (vagy más néven csicskáztatásban) érintett áldozatokra fókuszáltunk. Barabás és szerzőtársai meghatározásában ezeknek az áldozatoknak a „nagyobb része férfi és a fogvatartó házat körülvevő kertben vagy közeli szántóföldeken, erdőségekben dolgozik a haszon- és háziállatok körül, illetve mezőgazdasági munkákat végez, vagy tüzelőt gyűjt” (De Coll – Tatár 2019: 19). A szerzők szerint ugyan a környezetben élők sokszor tisztában vannak az áldozatok jogainak súlyos sérülésével, arról jelentést nem tesznek a hatóságnak. De Coll Ágnes és Tatár Erika a házi rabszolgaság áldozatairól az alábbi leírást adták:

„egy háztartásban él, ám nem éhezhet, nem érintkezhet közvetlenül velük. [...] A házat szélsőséges esetben sosem hagyhatja el, ha mégis, akkor csak a munkavégzéssel összefüggő okból (pl. vásárlás) és felügyelet alatt. A házi rabszolga állandó fenyegetésnek, sértegetésnek, lelki és fizikai bántalmazásnak az áldozata” (De Coll – Tatár 2020: 9).



A munkacélú kizsákmányolás másik csoportját alkották a külföldi kényszermunka áldozatai. De Coll és Tatár (2020: 9) felsorolják a külföldön kényszermunka esetén megfigyelhető jellemzőket, így a tartózkodási hely elhagyásának tilalmát, a munkaidő kirívó hosszúságát, a munkaszerződés hiányát, az áldozatokat sújtó bántalmazást, sértegetést, lelki és fizikai terrort. Hasonló leírást adott a külföldi kényszermunkáról Ungureanu és szerzőtársainak tanulmánya már 2012-ben (p. 31). Kutatási beszámolók szerint Nyugat-Európában elsősorban az építőiparban, illetve a mezőgazdaságban és gyárakban (Toszczky – De Coll 2014: 22, Nemzetközi Migrációs Szervezet 2018: 9–10) történik meg a férfiak munkacélú kizsákmányolása. A Fundamental Rights Agency (2015: 1) jelentése felhívja a figyelmet arra, hogy a külföldi kényszermunka esetén az áldozat elszigetelődését súlyosbítja a nyelv ismeretének és a szociális kapcsolatoknak a hiánya, valamint a helyi jogi előírásokkal kapcsolatos információhiány.

A kutatás keretében összesen 12 fő szexuális és 10 fő munkacélú kizsákmányolás áldozattal készítettünk interjút. A munkacélú kizsákmányolás áldozatok esetében férfiakkal (6 fő) és nőkkel (4 fő) is beszélgettünk. A szexuális kizsákmányolás áldozatainak körében kizárólag női interjúalanyokkal léptünk kapcsolatba.

Az áldozatokkal való kapcsolatfelvétel és az interjúszám elérése időigényes volt. Ennek oka a célcsoport sajátos jellemzőiben keresendő. A nagyfokú látencia (Sebestyén 2020) is magyarázza, hogy az áldozatok létszáma kapcsán igen eltérő és hozzávetőleges becslések születtek az eddigiekben. Van olyan forrás, ami szerint az emberkereskedelem áldozatainak teljes létszáma megközelítőleg 36 000 főre tehető Magyarországon (Global Slavery Index 2018). Más forrás csak a házi rabszolgaság áldozatainak a számát 30 000 és 40 000 közé teszi (Toszczky – De Coll 2014: 26). A Nemzetközi Migrációs Szervezet (2018) becslése szerint a szexuális kizsákmányolás áldozatainak száma 5000 és 20 000 fő között mozoghat Magyarországon. A becsült áldozati létszámhoz képest a hivatalosan azonosított áldozatok száma azonban jóval alacsonyabb. Az emberkereskedelem áldozatainak azonosítását szolgáló webalapú EKAT-rendszer adatai szerint Magyarországon 2020-ban mindössze 239 áldozat azonosítása történt meg (Igazságügyi Minisztérium 2020). Az azonosítás elmaradása a munkacélú kizsákmányolásra inkább jellemző. Ahogy azt a Nemzetközi Migrációs Szervezet (2013: 53) jelentése bemutatja, 2011 és 2012 között az emberkereskedelem áldozataival foglalkozó szervezetek által segített 162 személy között mindössze 8 volt munkacélú kizsákmányolásban érintett. Néhány évre rá a GRETA szakértői csoportjának első jelentése már nagyobb létszámról számol be; a rendőrségtől, az Igazságügyi Hivaltól és az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgáltatótól összegyűjtött adatok alapján 35 lehetséges emberkereskedelmi áldozat volt 2014-ben; ebből 18-an munkaerő-kizsákmányolásnak voltak kitéve (GRETA 2015: 9). Az Európai Unió által közzétett statisztika (European Commission 2020) alapján 2017-ben mindössze 3 főt azonosítottak magyarországi munkacélú kizsákmányolás áldozataként (szemben a szexuális kizsákmányolás esetében megadott 511 fővel). Összességében tehát elmondható, hogy a magas áldozati létszám ellenére az azonosított – ezen belül elsősorban a munkacélú kizsákmányolás – áldozatok száma alacsony. Emiatt, és természetesen a téma érzékenysége miatt, kutatócsoportunknak¹ is nehezebb volt az áldozatokkal való kapcsolatfelvétel és a kívánt interjú elemszám elérése. Itt érdemes megemlíteni, hogy Héra és szerzőtársai (2020) is hasonló nehézséggel szembesültek

¹ A kutatócsoport tagjai voltak: Ercsery-Orbán Melánia, Héra Gábor, Mészáros Zoltán, Nagy Beáta Magda.



akkor, amikor kifejezetten a munkacélú kizsákmányolás áldozataira fókuszáló vizsgálatukat bonyolították le.

Az áldozatokkal való kapcsolatfelvétellel mindig közvetítő szervezeteken keresztül került sor. Elsősorban védett házakban, a hajléktalanellátás intézményeiben és különböző nonprofit szervezeteknél dolgozó munkatársak segítették munkánkat. A koronavírus helyzetre való tekintettel személyes találkozókra ritkábban került sor, a beszélgetések jellemzően telefonon vagy interneten keresztül zajlottak. A beszélgetésekről hangfelvétel készült, az elemzés során a hangfelvételeket visszahallgattuk és az elhangzottakat kivonatoltuk. A szövegek elemzése során ezekre a kivonatolt szövegekre támaszkodtunk.

AZ ÁLDOZATTÁ VÁLÁS ELŐZMÉNYEI

A munkacélú és a szexuális kizsákmányolás áldozatainak életútjában igen sok hasonlóság figyelhető meg. Mindkét csoport esetében gyakoriak voltak a gyermekkori családban megfigyelhető életvezetési problémák, családi konfliktusok, nem ritkán a szóbeli és fizikai bántalmazások. Az ideális, szép gyerekkorról szóló beszámolók esetében is többször megjelenik egy olyan törésvonal, amelyet követően nehezzé vált a gyermekkor. Ilyen törésvonalnak bizonyulhatott a szülők konfliktusai és válása, a szülő(k) betegsége vagy korai (akár öngyilkosság miatt bekövetkező) halála, vagy éppen egy nevelőszülő belépése a családba. A konfliktusokat esetenként előidézte, máskor fokozta a családtagok alkoholizmusa és a család rossz anyagi helyzete miatti nehézségek.

Érdeemes megemlíteni, hogy a munkacélú kizsákmányolás áldozatai az interjúk során inkább számoltak be pozitív gyermekkori élményekről, emlékekről. Ezzel szemben a szexuális kizsákmányolás áldozatainak esetében erről az időszakról nem találtunk pozitív narratívákat. Az elhanyagolás élménye mellett ennek elsődleges oka az, hogy ebben a csoportban gyakori volt a gyermekkori zaklatás és abúzus, amit jellemzően a családtagok (elsősorban a szülő élettársa) vagy családi barátok követtek el.

Mindkét áldozati csoportra jellemző, hogy a származási családban megélt magánéleti problémák, konfliktusok és életvezetési nehézségek a későbbiekben – az áldozatok saját párkapcsolataiban és családjában – ismét megjelentek. Jellemzően megcsalásról, megcsalás okozta válásokról, szerencsejáték-függőség és szerhasználat miatt széteső párkapcsolatokról számoltak be interjúalanyaink. Az erőszakos szülők elől menekülők többször saját maguk is olyan párt találtak maguknak, akik a későbbiekben bántalmazták őket.

Interjúalanyaink szociodemográfiai jellemzőit illetően elmondhatjuk, hogy az illeszkedik a szakirodalomban már leírt jelenséghez (Solt 2009): leginkább a munkanélküliségtől sújtott, mélyszegénységben élők és aluliskolázottak váltak később áldozattá. Tapasztalatunk szerint azonban a különböző áldozati csoportok között jelentős különbségek figyelhetők meg a munkaerőpiaci előzmények szempontjából. A szexuális kizsákmányolás áldozatainak jellemzően nem volt munkahelye az áldozattá válást megelőzően. A munkacélú kizsákmányolás áldozatainak a körében ezzel szemben tipikusnak mondható a korábbi munkavégzés és munkatapasztalat. A házi rabszolgaságban érintett áldozatok körében tipikusnak mondható, hogy alacsony iskolai végzettségük (jellemzően nyolc általános) ellenére akár évtizedekig végeztek bejelentett munkát. Mindezt az magyarázza, hogy idősebb koruk miatt még a szocializmus



évei alatt vagy a 90-es években el tudtak helyezkedni betanított vagy segédmunkát igénylő munkakörökben. A munkacélú kizsákmányolás másik nagy alcsoportjába tartozók, a külföldi kényszermunka áldozatok jellemzően fiatalabbak és magasabb iskolai végzettséggel rendelkeznek; szakmunkásképzőbe vagy szakközépiskolába jártak. Ezen interjúalanyaink közül többen sikerrel helyezkedtek el Magyarországon vagy éppen külföldön (még akkor is, ha általában nem bejelentett munkát végeztek).

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy a több éves, évtizedes munkatapasztalat se tudott biztos megélhetést garantálni az érintettek számára. A már korábban említett családi problémák, a megtartó és támogató közeg hiánya, a szerhasználat vagy éppen a munkaerőpiaci igények változásának köszönhetően az áldozatok jellemzően elvesztették munkahelyüket, majd biztos lakhatásukat is.

ÁLDOZATTÁ VÁLÁS

Ebben a fejezetben külön mutatjuk be azokat az okokat, amelyek a szexuális, és amelyek a munkacélú kizsákmányolás esetében az áldozattá váláshoz vezetnek.

Áldozattá válás a szexuális kizsákmányolás esetén

Ahogy arra Sebestyén rámutatott, szexuális kizsákmányolás esetében az áldozatok a származási családban megélt elhanyagolás és bántalmazás miatt jellemzően alacsony önbizalommal rendelkeznek, emellett körükben tipikusnak mondható a naivitás és a „*vágyak realitást elhomályosító mivolta*” (Sebestyén 2020: 24). Erre a lelkiállapokra építenek azok a kizsákmányolók, akik szerelmet hazudva, majd a szándékosan kialakított érzelmi kötődést és függőséget kihasználva kényszerítik az áldozatokat a későbbiekben prostitúcióra. Interjúalanyaink körében is megfigyelhető volt ez a folyamat.

„Megismerkedtem egy fiúval a szomszédból, és akkor az ő szüleihez elmentem, és akkor én azt hittem, hogy szeret engem, meg ilyenek, és akkor... én nem tudom, nekem úgy jött le, mintha eladtak volna.”

„Nem gondolkodtam, olyan szerelmes voltam, kötődtem hozzá [...] Amikor ezek az emberek eljöttek (a későbbi futtatói) nem mertem nemet mondani... próbáltam mondani neki, hogy nem, nem megyek, nem akarok... csak ő is benne volt. Elsőre ott, helyben csináltak képeket...”

„Megismerkedtem vele, egy hónap után kezdődhetett el ez az egész. Az van, hogy naiv voltam akkor is, mert halálos szerelemben voltam. De valahogy belekerültem ebbe az ördögi körbe.”

Windt (2020) hangsúlyozza, hogy a toborzás jellemzően a kapcsolati hálón keresztül történik. Interjúalanyaink körében is tipikusnak mondható, hogy az áldozatok a kapcsolati hálóban felbukkanó személyek (a későbbiekben hamisnak bizonyuló) ígéreteiben bíztak. Nem ismerték fel, hogy ez a személy valójában közvetítő (aki később eladja az áldozatot) vagy kizsákmányoló (a későbbi futtató) aki a behálózás érdekében ígért biztos lakhatást, megélhetést vagy éppen szeretetet és érzelmi biztonságot.



A lakhatásukat elvesztett, bevétellel nem rendelkező, megélhetésért küzdő áldozatok könnyebben váltak ilyen ígéretes áldozataivá. Ha ritkán is, de talákoztunk olyanokkal, akik kilátástalan anyagi helyzetük miatt voltak kényszerpályán, emiatt vállalták a prostitúciót.

Áldozattá válás munkacélú kizsákmányolás esetén

Ahogy Toszeczy és De Coll is hangsúlyozta (2014: 21), a ház körüli rabszolgaság mögött igen gyakran társadalmi szintű problémák – így a hajléktalanság, a munkanélküliség vagy éppen a mélyszegénység – állnak. Saját kutatásunk alátámasztotta ezt az állítást. Interjúalanyaink többségéről is elmondható, hogy a rendszeres bevétel megszűnését követően anyagi helyzetük megromlott, majd lakhatásuk is veszélybe került. Ezt a folyamatot más események is előidézhették; így családi és párkapcsolati konfliktusok, a lakásmaffia áldozatává válás, szerhasználat okozta életvezetési problémák vagy éppen a lakáshitel törlesztőrészleteinek az emelkedése.

Az általunk megszólaltatott áldozatok tehát kiszolgáltatott helyzetben voltak. Ez a kiszolgáltatott helyzet – illetve gyakran a beszámítási képességet gyengítő szerhasználat – magyarázza, hogy az áldozatok hittek a kizsákmányolók (később hamisnak bizonyuló) ígéreteiben. Ezek az ígéretes biztos lakhatásra, a munkalehetőségre és a rendszeres munkadíjra vonatkoztak. Ezekre az ígéretre mondtak igent a későbbi áldozatok, akiknek az adott pillanatban jellemzően más lakhatási vagy munkavégzési lehetőségük nem is volt. Az egyik interjúalanyunk szerint például *„akkor jó volt a lehetőség, mert nem fagyttunk meg az utcán”*. Egy másik beszélgetőtársunk szerint pedig *„valamilyen szinten kihasználta a helyzetemet (a kizsákmányoló). Mert hát ide csak olyan emberek kerülnek, akik olyan helyzetben vannak, hogy nem tudnak máshova menni”*. A beleegyezéshez sokszor az is hozzájárult, hogy az áldozatok bizalommal fordultak a kizsákmányolók felé. Azok ugyanis gyakran korábbi, eseti munkavégzések megbízói voltak.

A kizsákmányolók minden esetben magukhoz költöztették áldozataikat. Mindez a későbbiekben a kizsákmányolás tényének hatásáig által történő bizonyítását megnehezíti, hiszen nehéz feltárni azt, hogy segítő szándék vagy az anyagi haszonszerzés motiválta a befogadókat (Windt 2020). Érdeemes megemlíteni, hogy ennek az összemosódásnak történeti okai is vannak. Szuhay részletes leírását adja a romák és nem-romák viszonylatában megjelenő csicskáztatás történeti előzményeinek. A leírásból kiderül: hagyománya van annak a kölcsönös haszonnal járó gyakorlatnak, aminek keretében roma családok befogadtak nem roma, marginalizálódott személyeket. Ahogy a szerző fogalmazott, *„őket nyugdíjuk és munkavégzésük fejében ellátják, sőt családtagjukká fogadják”* (Szuhay 1997: 114). Az 1980-as évektől megjelenő hajléktalanság idézte elő, hogy az intézmény kezdett tömegessé válni. Ezzel párhuzamosan a segítő szándék egyre inkább háttérbe szorult, és a *„szolgáltatásért ellenérték jár”* (Szuhay 1997: 115) elve erősödött meg. Azaz a romák a hajléktalanok befogadását egyre inkább az anyagi haszonért cserébe vállalták.

A kizsákmányolókhöz történt költözést követő első időszak még minden esetben békés volt, az áldozatokat befogadók tartották eredeti ígéreteiket. A későbbiekben azonban az eredeti megállapodást felülírva egyre többet követeltek az áldozataiktól, miközben egyre kevesebb szolgáltatást biztosítottak. Tipikus áldozati életútról számoltak be az alábbi interjúalanyaink:



„A garázsomtól nem messze volt egy valaki, beszélgettem vele, ráértem, nyugdíjas voltam. Aztán a srác mondta, hogy nincs-e kedvem kimenni hozzá albérletre. Itt kezdődtek a gondok. Mert az albérletet ki is fizettem neki 70 000-et, de aztán egyre többet követelt. Aztán melóban, munkában is. Az unokanővéremhez egy ideig fel tudtam menni, de egy idő után megtiltotta azt is. Olykor beengedett a városba, de egy idő után azt sem, az is meg lett tiltva. Utána elkezdte követelni, hogy így nem fizetem az albérletet, úgy nem, akkor a nyugdíjaim is ugrott. Olykor verekedtünk is, de én húztam a rövidebbet, mert nálam erősebb fizikumú volt.”

„Az megvolt, hogy mi ott lakhatunk, de arról nem volt szó, hogy csicskáztatnak. Ez nem volt benne a pakliban. Amikor odakerültünk, akkor ezt nem mondták: gyertek oda, jó lesz minden, izé, kaja, hozé. Amikor odamentünk, egy három-négy hétig minden pópec... és akkor a mélyvíz. Én életemben nem gondoltam, hogy ilyen helyzetbe kerülök. Amikor utcáról odakerültem, annak örültem... ideig-óráig. Utána már annak örültem, hogy sikerült lelépnem.”

„A legelső baj, az a nyájas, meggyőző beszéd. Aztán az első hónap után a fokozatos követelkezés. Egy hónap után jönnek a szigorítások. Sehova se menés és pénzlenyúlás. Meg ezek az indokok, hogy nincs kajájuk, adjam kölcsön a pénzemet, aztán a végén soha nem adják vissza.”

A külföldi kényszer munkában érintett áldozatok esetében is fontos szerepe volt a munkanélküliségnek és a szegénységnek az áldozattá válásban. Mindezek ellenére a munkahely és bevétel hiánya jellemezte kényszerítő körülmények nem tekinthetők kizárólagosnak. Ennek oka az, hogy az ebbe a csoportba tartozók iskolai végzettsége jellemzően magasabb; az érintettek jellemzően rendelkeznek valamilyen szakképesítéssel, így nagyobb eséllyel volt bevételt biztosító munkájuk. Ezek az áldozatok kevésbé a kényszerítő körülmények, inkább a Berkes és szerzőtársai (2017: 6) által nevesített „vonzó tényezők”, így a magas jövedelem vagy éppen a jobb élet reménye miatt próbáltak szerencsét nyugat-európai országokban. Találkoztunk emellett olyanokkal is, akik magánéleti kudarcaik miatt kerestek külföldön munkát.

Ezt követően azonban az áldozati életút szinte minden elemében hasonlít a korábban leírtakra. A kizsákmányolók lakhatást biztosítottak az áldozatoknak, nekik munkalehetőséget és kecsegtető munkadíjat ígértek. Az együttélés kezdetben konfliktusmentes volt, az ígért szolgáltatásokat (lakhatás, étel, munkalehetőség) a kizsákmányolók biztosították. A későbbiekben azonban a körülmények megváltoztak. Ahogy azt valaki megfogalmazta:

„Kezdtél átmenni rémálomba. Mindenért üvöltöztek velem. Nem hagytak aludni. Először tők normálisak voltak. Ez volt a bevetés. De aztán átment egy rémálomba. Bármilyen volt... nem bántottak fizikálisan, de csomószor volt ilyen... lefenyítették. Dolgoztam, a pénzt elvették, mert mondták, hogy ők adják a szállást, a kaját.”

AZ ÁLDOZATI LÉT JELLEMZŐI

Függetlenül az ebben a cikkben tárgyalt kizsákmányolási formáktól, azonosítható néhány olyan közös jellemző, amelyek megnehezítették az áldozati létből való kilépést. Mindenekelőtt az agresszió különböző formáit szükséges nevesíteni. A kizsákmányolók áldozataikat lelki és fizikai terrorban tartották. A lelki terror célja az áldozatok önbecsülésének, önbizalmának a megtörése volt. Ahogy azt egy szexuális célú kizsákmányolás áldozata megfogalmazta:



„Ha az egészséges önbizalmamat meg tudtam volna tartani, akkor ilyen nincs, mert már az első alkalommal eljövök, de annyira tönkretett. Direkt így alacsonyít le agyban vagy betegít meg, mert így könnyebb kirakni a lányokat.”

Az áldozatok sokszor találkoztak a fizikai erőszak szélsőséges formáival is. Egyik interjúalanyunk így írta le fogvatartásának körülményeit:

„Jól megverték szíjjal. [...], lebilincseltek a kezemet, meg még plusz láncot is tettek rám, hogy ha felkelnék, ők is felébredjenek a csörgésre [...] Amikor kivettek, kérdezte [a férfi fogvatartó], hogy szerelmes vagyok-e bele, mondtam, hogy nem, és nem tudtam, hogy nem jó dolog, ha ezt mondom... Onnantól kezdve azt akarta megtanítani nekem, hogy én belé szerelmes kell, hogy legyek, és elkezdett ütni, utána pofozni, ököllel vert [...], annyira, hogy már tiszta kék-zöld voltam, meg az arcom is eltorzult... mondták is, hogy tiszta eltorzult arcod van, nem jön hozzád senki, nem lesz belőled pénz, akkor vagy eladunk, vagy abbahagyjuk... egy ideig abbahagyták, aztán megint folytatták... rátettek ilyen pluszokat is, hogy lánc a kézen, vagy pálcával is... És ez addig ment, hogy gyújtóval elkezdett égetni, úgy, hogy lekötözött... Utána meg sanyargatás jött, amikor már látták, hogy életkedvem úgy nincs, nem hat a verés, egész nap nem ülhettem le, meg kellett csinálnom, amit csinálnom kellett, utána állnom kellett, meg enni se kaptam, csak egy szelet üres kenyert.”

Mindkét kizsákmányolási forma esetében megfigyelhető volt a pihenőnap nélküli dolgoztatás, az alvó-, és pihenőidő megvonása. A szexuális kizsákmányolás esetében nem, azonban a munkacélú kizsákmányolás esetében tipikus volt az igen rossz minőségű lakhatás biztosítása. Ahogy azt az egyik, házi rabszolgaságban érintett áldozat leírta:

„Télen nagyon hideg volt. Vakolatlan épület. Vacak kályha volt. Ha fúj a szél, visszafújta a füstöt. Mert kis kémény volt. Jó, amíg rakja az ember, addig jó. De volt, hogy reggelre megfagyott a víz, kásás lett az ágyam mellett. Olyan hideg volt. Fűrödni nem... Mosni kézzel. Meleg víz se volt nagyon.”

A kizsákmányolók illetve családtagjaik arra törekedtek, hogy áldozataiktól elzárják azokat a lehetséges külső szereplőket (pl. szociális intézmények munkatársai, családtagok, rokonok, rendőrség), akik segítséget nyújthattak volna. A sikeres izoláció érdekében az áldozatokat folyamatosan megfigyelték, kontrollálták és ellenőrizték.

„Nyilván onnan menekülni már nem lehetett. Mert a harmadik házban a szülei laktak, minden második házban a rokonai laktak, volt ott vasútállomás, de ha elindultam a vasútállomás felé, két percen belül lebuhtam volna.”

A izoláció külföldön könnyebben volt megvalósítható, hiszen az áldozatok általában nem beszéltek az adott ország nyelvét és személyes okmányokkal se rendelkeztek (mivel azokat fogvatartóik elvették tőlük).

Jellemző volt az állandó fenyegetés is, amely szerint, ha egy áldozat elszökik és segítséget kér, a kizsákmányolók megtalálják és bántalmazni fogják őt. Néhány érintett szerint például reális veszélye volt annak, hogy egy szökött házi rabszolgát megölnek, hiszen *„hallottam olyat is, hogy volt ember, aki nem fogadott szót, vagy a trágya alá került, vagy a kútba feldarabolva.”*



A szexuális kizsákmányolás áldozatai közül jellemzően azok voltak kiszolgáltatottabb helyzetben, akiket saját gyermekükkel zsaroltak meg és így kényszerítettek prostitúcióra.

„Amikor én nemet mondtam, volt az udvarban egy szerelőakna, oda lepakolta a gyerekeket, és azt mondta, hogy addig nem engedi ki őket, amíg nem csinálom azt, amit mond. Kénytelen voltam azt csinálni, amit. Két évig csináltam.”

Tipikusnak mondható stratégia volt az, amikor a kizsákmányolók az általuk biztosított szállás és élelem fejében pénzt kértek az áldozataiktól. Az érintettek ezt saját bevétel hiányában megfizetni nem tudták, emiatt abban a hitben voltak, hogy fogvatartóiknak nagyobb összeggel tartoznak. A vélt tartozás is hozzájárult ahhoz, hogy az áldozatok nem menekültek el.

AZ ÁLDOZATI LÉTBŐL VALÓ KILÉPÉS

Az áldozati létből való kilépés tipikus oka az volt, amikor a fogvatartás körülményei már elviselhetetlenné váltak. Ez leginkább akkor történt meg, amikor a fogvatartók az agresszió szokásos szintjét is túllépve (még) erőszakosabbá váltak az áldozatokkal szemben és drasztikus fizikai sérüléseket okoztak, illetve akkor került sor szökésre, amikor a lakhatás körülményei nagyon megromlottak.

Szökés szempontjából meghatározó volt a külső segítség szerepe is. Ennek kapcsán első sorban az áldozatokat támogatni hivatott szociális szakembereket, civil szervezeteket és a rendőrséget fontos kiemelni. Több interjúalanyunk köszönheti szabadulását ezeknek a szereplőknek vagy annak, hogy információhoz jutott az ezen szervezetek által biztosított szolgáltatásokról, ellátási formákról. Külső segítségnek minősült az ugyancsak áldozati létben élő sorstársak szolidaritása, támogatása is. Ez a jelenség azonban csak a munkacélú kizsákmányolás áldozatai esetében volt megfigyelhető. A szexuális szolgáltatásokra kényszerített nők csoportjában a kezdeti támogatás inkább a szökés ellehetetlenüléséhez vezetett (mivel a sorstársak inkább elárulták a másik áldozat szökési szándékát). Ebben a csoportban emiatt az áldozatok kevésbé sorstársuktól, inkább visszatérő vendégüktől kértek segítséget.

„Egy vendég... visszajárósom volt, akkor elmondtam neki, mert akkor már tudtam valamennyire németül [...] éreztem rajta, hogy ő tényleg normális, és neki így nagyjából felváltottam, miről van szó, és akkor megkérdeztem tőle, segít, vagy nem segít? Most mondja! Mert kivittem a pénzt, elkértem, hogy ne legyen feltűnő, mert elsőnek el kell kérni, ki kell vinni, és akkor utána mehet a dolog. [...] Mondtam, addig gondolkozzon, míg visszamegyek, segít-e, mondta, igen, akkor kiugrottunk az ablakon mind a ketten [...] és onnéttől megszöktem”

Az internethez hozzáférő, a külvilággal kapcsolatot tartó áldozatoknak nagyobb volt az esélye arra, hogy sikerrel lépjenek ki az áldozati létből. Ezek a személyek nagyobb eséllyel találtak meg az ellátórendszerrel – első sorban a védett szálláshelyekről, az Országos Kríziskezelő és Információs Telefonszolgálatról² és a különböző civil szervezetekről – szóló információkat.

² Az OKIT emberkereskedelem áldozatait támogató működéséről részletes leírást adnak Babós és szerzőtársai (2019), illetve Barabás és szerzőtársai (2020).



Hozzáteesszük, a házi rabszolgaság áldozatai idősebbek voltak, infokommunikációs eszközöket jellemzően nem használtak. Esetükben meghatározóbb volt az a személyes informális hálózat, amelyen keresztül a támogatást nyújtó intézményekről eljutott hozzájuk az információ.

Fontos ugyanakkor hangsúlyozni, hogy több tényező akadályozta az áldozati létből való kilépést, mint ahány elősegítette azt. Az izolálás miatt a családi, rokoni kapcsolatok megszűntek, így nem volt, aki az áldozatokat bátorította volna, segítette volna menekülésüket. Főleg akkor volt ez jellemző, amikor a bántalmazó a különböző kommunikációs eszközökhöz (telefon, okostelefon, internet) is korlátozta a hozzáférést. Érdeemes megjegyezni, hogy a külföldi kényszermunka esetében az idegen nyelvet nem beszélő áldozatok számára szinte lehetetlen volt kapcsolatrendszer kialakítása és az ezen keresztül történő segítségkérés. Nyelvismeret nélkül az áldozatok ráadásul idegennek, ismeretlennek érezték a környezetet. Helyzetüket nehezítette, hogy a segítséget nyújtó szakembereket és szervezeteket se ismerték – akiket személyi okmányok hiánya miatt nem is mertek felkeresni. Ahogy azt az egyik, külföldi kényszerünkában érintett áldozati interjúalanyunk megfogalmazta:

„A nagyon rossz helyzet is biztonságosabb volt, mint a külvilág. Nem tudtam a nyelvet, minden ismeretlen volt. Elvittek a munkahelyre, hazavittek. Nem volt az, hogy csavarogtunk a városban, körbenézünk, felmérjük a terepet. Ez egy ilyen kerékké vált, ami elkezdett forogni és nem lehetett kiszállni.”

A kizsákmányolás formájától függetlenül az áldozatokra jellemző volt, hogy nem rendelkeztek bevétellel, anyagi tartalékaik nem voltak. Ez az állítás még a transzferjövödelmekre (pl. árvaellátás, családi pótlék, rokkantnyugdíj, nyugdíj) is igaz volt, hiszen ezeket a támogatásokat a kizsákmányolók elvették áldozataiktól. Egy korábban házkörűli munkáltatásban érintett áldozat például úgy nyilatkozott:

„Nem volt pénzem se. A nyugdíjat kártyára kaptam, de azt ki tudták ők venni. A lábpénz postára jött... ők vették fel. Odaadta nekik. Jött a postás, aláírtam, oszt már ott voltak, akkor már ők is kaptak. Ugyanakkor kaptak családit. Egyszerre jött. Én aláírtam. De egyből ők vették el. Ott voltak a nyakamon.”

Hasonlóan nyilatkozott az az interjúalanyunk, aki külföldön vált kényszermunka áldozatává. Elmondása szerint már több, mint két hónapja dolgozott fogvatartójának, amikor *„kérdeztem, hogy ezt a hetet ki tudja-e fizetni, vennék magamnak ruhát. Erre jött egy nagy felháborodás, hogy mit képezlek én, hogy pénzt kérek tőlük. Összeverték.”*

Anyagi források hiányában a menekülés nehezen volt kivitelezhető, hiszen a közlekedés költségeit nem tudták finanszírozni az áldozatok. A házi rabszolgaság áldozatai emiatt sokszor úgy menekültek el, hogy korán kelve nagy távolságot tettek meg gyalog, amíg eljutottak valamilyen támogatást nyújtó intézményhez, szakemberhez.

A lelki és fizikai terror, az így lerombolt önbizalom, valamint az izoláció és a támogató kapcsolatok hiánya azt az érzetet erősítették meg az áldozatokban, hogy nem tudnak elmene-külni és önálló életet kezdeni. Ahogy azt egy házi rabszolgaságban érintett áldozat megfogalmazta:



„Nagyon elegem volt belőlük. Addig is jórészt az tartott vissza, hogy ugye ott volt legalább hol aludnom. Kaptam enni. Ha onnan eljövök, akkor a totál sötétségbe ugrom. Nem tudtam, hogy mi lesz velem.”

A lerombolt önbizalom mellett az érzelmi kötődést is fontos nevesíteni. Az áldozatok fogvatartásuk időszaka alatt esetenként úgy érezték, hogy az elkövetők valójában segítik és megvédik őket. Ezek az áldozatok közül többen még az interjúk elkészítésének időpontjában is a kizsákmányolók pozitívumait hangsúlyozták. Az egyik interjúalanyunk szerint például

„...valamilyen szinten kihasználtak, persze. De valamilyen szinten segítettek is. Mert az is szerintem, hogy lejöttem a drogról, ahhoz is van közük. Ahogy megtudták, hogy ez van, előkerült néhány fecskendő, akkor jött az, hogy én sehova nem mehettem. Akkor nagyon figyeltek rám. [...] Haragba nem vagyok velük a mai napig. Mikor vittek a rendőrök, küldtem is egy sms-t a főnöknek. Válaszolt, hogy ő megért engem, én nem vagyok oda való, vigyázzak magamra.”

A kutatásunk mintájába került interjúalanyok közül a munkacélú kizsákmányolás áldozataira volt jellemző valamilyen típusú szerfüggőség. Ahogy arról a korábbiakban már beszámoltunk, a házi rabszolgákat már az áldozattá válásukat megelőzően jellemezte a túlzott alkoholfogyasztás. Ennek meghatározó szerepe volt a párkapcsolati és életvezetési problémák kialakulásában és a munkahely elvesztésében. A házi rabszolgaság nehéz körülményei között, a lelki és fizikai bántalmazás hatására az alkoholfogyasztás még intenzívebbé vált. Ehhez aktívan hozzájárultak a kizsákmányolók, akik az alkoholfüggőséget a fogvatartás éve alatt maguk is próbálták elmélyíteni. Stratégiájukat jól írta le a De Coll és Tatár szerzőpáros: „*eszközként használva az alkoholt az emberkereskedők kihasználják az áldozatok ellenállásának gyengülését, ezáltal hosszú távon egy olyan demenciát okoznak, hogy a menekülés esélye minél inkább csökkenjen*” (2020: 15). Tapasztalatunk szerint a kizsákmányolók azért is erősítették az alkoholfüggőséget, mert a függő áldozatok inkább választották a szerhasználattal járó áldozati státuszt, mint hogy abból kilépjenek (és esetleg olyan intézményben éljenek tovább a későbbiekben, ahol a szerhasználat tiltott).

A külföldön kényszermunka áldozatává váló interjúalanyaink körében inkább a droghasználat volt jellemző. A drogfüggőség – a fentiekben, az alkoholfüggőség kapcsán leírt mechanizmusokhoz hasonlóan – már az áldozattá váláshoz hozzájárult, ugyanakkor az áldozati létből való kilépést is megnehezítette.

AZ ÁLDOZATAZONOSÍTÁS NEHÉZSÉGEI

Ahogy azt a bevezetőben már említettük, az emberkereskedelem áldozatainak hazai becslött létszámához képest a hatóságok által áldozatként azonosított személyek száma igen alacsony. Az előző fejezetben leírtak részben magyarázattal szolgálnak arra, hogy miért menekülnek el kevesen fogvatartóiktól. Kérdésként merülhet azonban fel, hogy a sikerrel elmenekült személyek miért nem tesznek feljelentést és miért nem tartanak igényt az áldozatokat támogatni hivatott szakemberek segítségére. Összességében: milyen további okok magyarázzák az áldozatazonosítások alacsony számát?



Tapasztalatunk szerint az érintettek sokszor nem ismerik fel saját áldozati szerepüket, nem azonosítják magukat áldozatként. Ahogy egy, az interjúk szervezésében segítséget nyújtó szakember azt megfogalmazta: „*nekik sokszor az áldozat az, akit megölnek, vagy akit elüt az autó, vagy akit kirabolnak. Úgy tekintenek sokszor magukra, hogy belekeveredtek valamibe, és majd lesz valahogy.*”

Érdemes továbbá megemlíteni, hogy az áldozatokkal sokszor sikerrel hitetik el az emberkereskedők, hogy kitűnő rendőrségi kapcsolataik vannak, emiatt nem eshet bántódásuk. Ezekről a vélt kapcsolatokról tartva az áldozatok nem tesznek feljelentést a rendőrségen.

A feljelentésre sokszor a fenyegetések miatt se kerül sor. Az áldozatok tartanak ugyanis az emberkereskedők bosszújától, amelynek kárvallottjai akár az érintettek családtagjai is lehetnek:

„...én őket azért se jelentettem fel, mert egy, ugye önszántamból mentem, meg félttem attól, hogy majd a családomnak lesz... mert nem magamat féltettem igazából, mert hogy engem... ez nem érdekelt, hanem az, hogy a családomnak lesz valami baja, mert hogy én elárultam őket, vagy feljelenttem őket, mivel tudtam, hogy van valami rendőrségi kapcsolata, [a férfinak, aki a munkát ajánlotta], ezért nem mertem, még így névtelenül se.”

Tapasztalatunk szerint az elérhető szolgáltatásokkal kapcsolatos információhiánynak is kiemelet szerepe van. Végezetül fontos megemlíteni, hogy rendőri rajtaütések során azonosított áldozatok sokszor nem kívánnak élni a védett házak nyújtotta lehetőséggel. Ehelyett szeretnének minél hamarabb túllépni az őket ért traumákon és elfelejteni a velük történeteket. Védett házakban inkább azok kerülnek be, akik kifejezetten rossz fizikai és lelki állapotban vannak. Emellett azok, akik felméri: önálló bevétellel és lakhatással nem rendelkeznek, emiatt lehetőségeik beszűkültek.

A külföldi kényszer munkában érintett áldozatok körében nem történt áldozatazonosítás. Ennek a csoportnak a tagjai a védett házas elhelyezés lehetőségét se vették igénybe. Mindezek miatt a további fejezetekben csupán a házi rabszolgaság és a szexuális kizsákmányolás áldozatok körében készült interjúk tapasztalatairól számolunk be.

A VÉDETT HÁZAKRÓL

Az interjúkkal felkeresett áldozatok elégedettek voltak a védett házak³ állapotával, az ott nyújtott szolgáltatásokkal, és igen pozitívan értékelték az ott dolgozók munkáját. Interjúalanyaink a védett házak szakembereit segítőkésznek, támogatóknak, pozitív hozzáállásúnak írták le, akikhez bármikor és bármilyen probléma esetén lehet fordulni. A visszajelzések szerint a védett házak biztonságot és megnyugvást tudnak nyújtani az áldozatoknak – amire kiemelten szükség van, hiszen a legyengülten, igen rossz fizikai, egészségügyi és lelki állapotban érkező áldozatok számára létfontosságú, hogy egy olyan helyen tudjanak élni, ahol bántalmazóik nem érik el őket.

A munkacélú kizsákmányolásban érintett interjúalanyaink inkább számoltak be az áldozati lét okozta fizikai és testi állapotromlásról. Ezzel szemben a szexuális kizsákmányolás női ál-

³ Jelenleg Magyarországon védett házat üzemeltetnek az alábbi szervezetek: Lehetőség Családoknak 2005 Alapítvány, Baptista Szeretetszolgálat, Údvhadserég Szabadegyház Magyarország, Névtelen Utak Alapítvány.



dozatai nyíltabban beszéltek arról, hogy a bántalmazás hogyan hatott lelki állapotukra. Ez alapján elmondható, hogy ez utóbbi csoportra jellemző volt a mentális kimerültség, a visszaterő rémálmok, az ingerlékenység, az agresszivitás, a szorongás, a lehangoltság és a motivátlanság. Több esetben hangzott el utalás egyszeri vagy többszöri (korábbi) öngyilkossági kísérletre. Természetesen a fizikai sérülések és betegségek is jellemzőek a női áldozatok körében. Mindezek miatt kiemelten fontos az egészségügyi ellátás biztosítása, amit ugyancsak pozitívan értékelték interjúalanyaink.

Tapasztalatunk szerint a férfi áldozatok kevésbé vették igénybe a pszichológusok segítségét, ezzel szemben a nők inkább részt vettek pszichológiai (egyéni vagy csoportos) terápián. Mindkét csoport számára hatékony segítséget jelentett a hivatalos ügyek intézése (iratok beszerzése, TAJ-kártya intézése, közhasznú foglalkoztatásba való bejelentés stb.). A szexuális kizsákmányolás női áldozatai nyilatkoztak pozitívan arról, hogy a védett házak érdemben tudtak támogatást adni a továbbtanulás kapcsán. Ezt a véleményt hangsúlyozták elsősorban a szakmát, idegen nyelvet szerzett vagy éppen egyetemi tanulmányokat kezdő interjúalanyaink.

Ha elvétve is, de interjúalanyaink beszámoltak néhány, a védett házakban tapasztalt nehézségről. Így a lakótársakkal való konfliktusokról, amelyek jellemzően az eltérő életmód miatt alakult ki. Emellett arról, hogy a védett házak szigorú szabályai kényelmetlenek és nehezen betarthatók.

JÖVŐKÉP

Az áldozatok önálló életvezetését, valamint elhelyezkedési és lakhatási esélyeit erősen korlátozza a családi, támogató kapcsolatok hiánya; interjúalanyaink jellemzően csak önmagukra, ritkán élettársukra támaszkodhatnak.

A munkacélú kizsákmányolás áldozatainak esetében a korábbi családi kapcsolatok helyreállításához a megtört bizalom újjáépítésére van szükség; ami azonban nem képzelhető el az alkoholfüggőség felszámolása nélkül. Szexuális kizsákmányolás esetében a korábbi családhoz való visszatérés fel se merülhet, ha a családtagok voltak azok, akik korábban eladták az áldozatot vagy futtatták őt. A visszajelzések szerint ebben a csoportban az új kapcsolatok kialakítását a férfiakkal szembeni bizalmatlanság nehezíti meg. Emellett a szégyen, hogy az áldozat korábban szexuális szolgáltatásból élt (még ha nem is szabad akaratából), valamint a félelem, hogy az új partner ezt megtudja, és emiatt a nőt elutasítja majd.

A továbblépést általában az áldozatok számára is elérhető munkalehetőség hiánya nehezíti meg. Ahogy arról a korábbiakban már beszámoltunk, a házi rabszolgaságban érintett áldozatok jellemzően idősebbek és alacsony iskolai végzettséggel rendelkeznek. Ezek az interjúalanyaink általában bizonytalanok voltak a jövőjüket illetően, inkább általános célokat, vágyakat fogalmaztak meg („szeretnék lakást”, „nagyon szívesen elmegyek dolgozni”), kevésbé konkrét terveket. A jövővel kapcsolatos bizonytalanság és az elérhető alternatívák hiánya miatt a védett házakban való tartózkodás felértékelődik, az igen fontos támogatást jelent az érintettek számára.

A szexuális célú kizsákmányolás női áldozatai optimisták voltak a jövőbeli életüket illetően. A védett házakat elhagyni tervezők többségben voltak interjúalanyaink között. Ők stabil munkahely megszerzésében, takarékoskodásban, lakás bérelésében, esetenként külföldi



munkavállalásban gondolkodtak. Csak elvétve bukkant fel az alulképzettség miatt elhelyezkedési nehézségekkel, illetve a lakhatás biztosításával kapcsolatos aggodalom. Ezek az aggodalmak erősebbek voltak az anyák esetében, akiknek a munkavállalása szempontjából külön nehézséget jelent gyermekük nappali elhelyezésének a megoldása.

A kizsákmányolás formájától függetlenül többen jelezték: az áldozati lét traumái, az ezzel járó poszttraumás szindróma, pánikbetegség és más pszichés problémák nehezíthetik későbbi életüket és munkavégzésüket. Ahogy azt egy korábban házi rabszolgaságban élő férfi megfogalmazta:

„A pánikolás az előtt is előfordult, de ezzel az esettel drasztikusan rontott az egészen. Olyannyira, hogy sajnos a hétköznapi életemben is beleszól. Annyira beleszól, hogy sok olyan munkát, amit meg tudtam volna csinálni, emiatt nem tudtam elvállalni. A pánik miatt. Erről is próbáltam beszélni embereknek, de jött az, hogy lusta vagyok.”

A bejelentett munkavégzést valakinél korábbi köztartozása is megnehezíti. Egyik interjúalanyunk például arról beszélt, hogy szívesen elmenne dolgozni, de *„én a bejelentett munkahelytől azért félek, mert van egy másfél milliós BKV tartozásom, és nem nagyon szeretném, hogy az évek során a fizetésem 33%-át levonják”*. Végül talákoztunk olyannal is, aki azért nem tud visszaköltözni korábbi lakhelyére, mivel kizsákmányolói még mindig az adott településen élnek.

JAVASLATOK

Az interjúk tapasztalatai alapján megfogalmazható néhány olyan javaslat, ami hozzájárulhat az emberkereskedelem áldozatait támogató rendszer fejlesztéséhez. Ebben az utolsó gondolat egységben ezeket a fejlesztési pontokat mutatjuk be.

Kiemelten fontos az áldozatokkal potenciálisan kapcsolatba lévő szakemberek képzése. Az áldozatok sokszor ugyanis nem a kizsákmányolás, hanem más okok miatt kerülnek az ellátórendszer látókörébe. A téma iránt érzékeny szakemberek felismerhetik a kizsákmányolás tényét és így hatékony segítséget nyújthatnak a rászorulóknak. Egyik interjúalanyunk szerint például:

„...a családsegítő központos azt mondta, hogy azonnal menjek be a családsegítő központba, hogy rendezzem a jogállásomat. Nem az igazat mondtam, mert attól tartottam, hogy akkor a gyerekeimet elveszik. Az volt a szerencsém, hogy az ottani ügyintéző rájött, hogy nem mondok igazat, elnyerte a bizalmamat és elmondtam, hogy miről van szó.”

Szükségesnek látjuk egy olyan rendszer kialakítását, amely az áldozatok intézmények közötti szállítását vállalná fel. A visszajelzések szerint a rendőri rajtaütés keretében azonosított áldozatok szállítása biztosított. Az ellátórendszerbe más intézmények révén belépő áldozatok közül azonban többen jelezték, hogy a védett szálláshelyre való eljutás bonyolult, kimerítő és fárasztó volt.

Itt fontos megjegyezni, hogy a Kormány 1046/2020. (II. 18.) határozata alapján (amely az emberkereskedelem elleni küzdelem nemzeti stratégiájáról és annak intézkedési tervéről szól) sor kerül menekítőautók beszerzésére. Információink szerint ezek a beszerzések a terep-



munkánk lebonyolítását követően el is indultak. Ezek miatt a pozitív változások miatt valószínűleg a küldő és fogadó szervek közötti hatékony kommunikáció biztosítása jelenhet meg további feladatként.

Tapasztalatunk szerint a szexuális kizsákmányolás női áldozatai között vannak olyanok, akik számára nehézséget jelent a (bizonyos védett házakra jellemző) koedukált elhelyezés. A férfiakkal szembeni rossz tapasztalatok és bizalmatlanság miatt ezeknek az áldozatoknak az elhelyezése olyan védett házban lenne indokolt, ahol csak női lakók élnek.

Megítélésünk szerint fontos lenne továbbá a védett házakban a traumatudatos szemlélet erősítése, ennek keretében traumára specializálódott pszichológusok alkalmazása. Fontos, hogy minden áldozat kapjon pszichológiai támogatást (még akkor is, ha ilyen kifejezett kérése nincs is az érintetteknek).

A védett házas elhelyezés utáni társadalmi reintegráció kihívást jelent az érintettek számára. Indokoltnak látjuk emiatt a védett házas elhelyezés időtartamának a növelését, a kiléptető házak (és az ott dolgozók) számának a növelését, valamint az utánkövetés finanszírozásának biztosítását. Reintegráció szempontjából nagy segítséget jelentene továbbá az állami támogatással működő védett munkahelyek létrehozása, emellett a lakhatási problémákra esetlegesen választ adó munkásszállók, illetve támogatott lakhatási programok állami finanszírozása.

Ahogy azt a korábbiakban már jeleztük, kutatásunk keretében szakemberekkel is készültek interjúk és kérdőíves adatfelvételre is sor került. Ezeknek a adatforrásoknak köszönhetően az ellátórendszer fejlesztésével kapcsolatos további javaslatok is megfogalmazódtak. Ezekről a javaslatokról – és más, az emberkereskedelem áldozataival zajló munka során szerzett tapasztalatokról – tanulmányunk második részében fogunk beszámolni.

IRODALOM

- Babós, E. – dr. Bagi, K. – Boglacsik, T. – Borsos-Kőszegi, E. – Hellenbárt, L. – Kopf, K. (2019): A gyermekvédelmi jelzőrendszeri tagok együttműködésének elősegítése. A kapcsolati erőszak és az emberkereskedelem okozta ártalmak azonosítása és kezelése. Budapest: Családbarát Ország Nonprofit Közhasznú Kft.
- Barabás, I. – De Coll, Á. – Mihalkó, V. – Toszecky, R. (2019): *A munkacélú kizsákmányolás megelőzésének és az áldozatok segítésének lehetőségei*. Budapest: Konszenzus Alapítvány.
- Belügyminisztérium (2019): *Segítő Anyag Szakembereknek (SANSZ) – az emberkereskedelem áldozatainak azonosítása, támogatása céljából*. Budapest.
- Berkes M. – Kis-Molnár F. – dr. Marton A. – dr. Szabó Sz. – dr. Weidinger B. (2017): *Útmutató kiadvány az emberkereskedelem külföldi áldozatainak beazonosításához*. Budapest: Bevándorlási és Menekültügyi Hivatal.
- De Coll Á. – Tatár E. (2020): *Az emberkereskedelem jelenlegi helyzete Magyarországon*. Budapest: Magyar Közlöny Lap- és Könyvkiadó Kft.
- Igazságügyi Minisztérium (2020): *Az emberkereskedelem áldozatainak azonosított létszáma az EKAT rendszerben 2020-ban*.
- European Commission (2020): *Data collection on trafficking in human beings in the EU*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.



- Fundamental Rights Agency (2015): *Súlyos munkaerő-kizsákmányolás: az Európai Unió belüli mozgó vagy ide érkező munkavállalók*. https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2016-severe-labour-exploitation-summary_hu.pdf (Utolsó letöltés: 2021. 11. 22.)
- Global Slavery Index (2018): www.globallslaveryindex.org (Utolsó letöltés: 2021. 11. 22.)
- GRETA. Az emberkereskedelem elleni fellépés szakértői csoportja (2015): *Az Európa Tanács Emberkereskedelem Elleni Fellépésről szóló Egyezménye Magyarország által történő végrehajtásáról szóló jelentés*. Első értékelési kör. Strasbourg: Az Európa Tanács Emberkereskedelem Elleni Fellépésről szóló Egyezményének Titkársága.
- Héra G. – Bakó Cs. – Hárs M. – Berkes M. (2021): *Az emberkereskedelem férfi áldozatainak egyedi ellátási igényei*. Budapest: Simpact Közhasznú Nonprofit Kft.
- Nemzetközi Migrációs Szervezet (2018): *Az emberkereskedelemmel kapcsolatos online tudatosságról szóló jelentés*. <https://hungary.iom.int/sites/hungary/files/documents/Online%20tudatoss%C3%A1gr%C3%B3l%20sz%C3%B3l%C3%B3%20jelent%C3%A9s.pdf> (Utolsó letöltés: 2021. 11. 22.)
- Nemzetközi Migrációs Szervezet (2013): *Az emberkereskedelem áldozatai számára biztosított nemzeti integrációs programok és a gyakorlatban már bevált módszerek áttekintése*. https://www.iomfrance.org/sites/default/files/FIIT%20Toolkit_HU.pdf (Utolsó letöltés: 2021. 11. 22.)
- Sebestyén Á. (2020): *Az emberkereskedelem pszichológiai mozgatórugói. Fókuszban az áldozatok lélektani megélései, tapasztalatai*. Budapest: Traumaközpont Közhasznú Nonprofit Kft.
- Solt Á. (2009): Az emberkereskedelem áldozatait segítő intézményrendszer működési jellemzői, In: Györfi É. – Gyurkó Sz. – Solt Á. – Virág Gy. (szerk.): *Emberpiac*. Budapest: Szociális és Munkaügyi Minisztérium, 30–57.
- Szuhay P. (1997): Csövesek – csicskák: az ároktői romák esete a miskolci hajléktalanokkal. *Regio: kisebbség, politika, társadalom*, 8 (3–4): 110–137.
- Toszeckzy R. – De Coll Á. (2014): A kilátástalanság valósága – munka célú kizsákmányolás Magyarországon. In: Baptista Szeretetszolgálat: *Áldozatok a munkaerőpiacon*. Budapest–Bécs, 20–30.
- Ungureanu, R-N – Nicolae, M. – Tuncay, B. – Dragota, C. – Borghi, P. – Sebhelyi, V. – Burageva, S. – Turza, M. – Burcea, M. – Ionescu, S. (2012): Nemzetközi tanulmány a kényszermunkával kapcsolatos emberkereskedelmi szakpolitikák sajátosságairól.
- Windt Sz. (2020): Az emberkereskedelem és a kényszermunka jellemzői egy empirikus vizsgálat alapján. In: Vókó Gy. (szerk.): *Kriminológiai Tanulmányok 57*. Budapest: OKRI, 192–215.



A válás folyamata és a mediáció¹

Pilinszki Attila – Watfa Zsüli

PILINSZKI ATTILA: Semmelweis Egyetem, Mentálhigiéné Intézet –
pilinszki.attila@public.semmelweis-univ.hu

WATFA ZSÜLI: pszichológus

ABSZTRAKT Tanulmányunk célja a válási folyamat egyes jellemzőinek és a családtagok közötti kapcsolat vizsgálata, különös tekintettel a mediáción való részvételre. Kérdőíves vizsgálatunkban elvált szülőket kérdeztünk a válással kapcsolatos tapasztalataikról és a volt partnerrel való jelenlegi kapcsolatról (N = 404). Eredményeink alapján elmondható, hogy a mediációban résztvevő szülők több kisebb és több nagyobb nézeteltérést éltek meg a válás előtti időszakban és hosszabbnak, nehezebbnek élték meg a folyamatot, mint azok, akik nem vettek igénybe ilyen szolgáltatást. Ezek ellenére a mediáción résztvevő válaszadók pozitívabb szülő-szülő és szülő-gyermek kapcsolatáról számoltak be. Eredményeink alapján fontosnak tarjuk a közvetítés és a mediációs szemléletű egyéb szolgáltatások (pl. edukációs támogatás) szélesebb körű bevezetését és azon szülők elérését, akiknek a válása rendezettnek mondható.

Kulcsszavak: mediáció, válás, közös szülőség, szülő-gyermek kapcsolat

The divorce process and mediation

ABSTRACT Our study aims to examine the association between some of the characteristics of the divorce process and the relationship between family members, with a particular focus on participation in mediation. In our survey, we asked divorced parents about their experiences of divorce and their current relationship with their former partner (N = 404). Our results suggest that parents who had participated in mediation experienced more minor and more major disagreements in the period before the divorce and experienced the process as longer and more difficult than those who had not used such services. Despite this, respondents who attended mediation reported more positive parent-parent and parent-child relationships. Based on our results, we believe it is important to increase the uptake of mediation and other mediation-oriented services (e.g. educational support) and to reach parents whose divorce is considered settled.

Keywords: mediation, divorce, coparenting, parent-child relationship

BEVEZETÉS

Válás előtt, a válási folyamat során és a válást követően az érintett családok – szülők és gyermekek – olyan akcidentális krízist élnek át, ami során veszteségekkel kell megküzdeniük, új élethelyzethez szükséges alkalmazkodni. Tanulmányunkban válásnak tekintjük az élettársi kapcsolatok felbomlását is, hiszen a szülők és gyermekek által megélt folyamatok – a jogi kérdéseket nem számítva – mindkét csoportnál azonosak. A válási statisztikák azonban csak a

¹ A tanulmány megírását a „Közös szülőség a válás után” című OTKA-PD 131671 sz. kutatási pályázat támogatta.



házasságok felbontására vonatkoznak. Ezek szerint hazánkban a válások száma az elmúlt évtizedekben csökkenő tendenciát mutat, 2020-ban 15 200 házasságot bontott fel a bíróság (KSH 2020). A teljes válási arányszám, ami figyelembe veszi a házasságkötések számát és a házasságtartamot is, szintén csökkenő tendenciát mutat (Makay – Szabó 2018). Az élettársi kapcsolat felbomlásáról nincsenek hivatalos adataink, ezért a válásban-különválásban érintett populáció létszámát csak becsülni tudjuk. Figyelembe véve a partnerkapcsolatokon belül az élettársi kapcsolatban élők arányát, ami 2016-ban 23,2% volt (Kapitány – Murinkó 2020), valamint azt, hogy az élettársi kapcsolatok bomlékonyabbnak bizonyulnak a házasságoknál (Liefbroer – Dourleijn 2006), legalább 20 000 felbomló kapcsolattal számolhatunk egy évben. Az érintett gyermekek számáról hasonló okok miatt nincs pontos adatunk, 2016-ban a hivatalos válások több mint a felében volt legalább egy érintett kiskorú, összesen 16 700 gyermek élte meg szülei válását (Makay – Szabó 2018).

A válási folyamat bizonytalan, gyakran konfliktusos útkeresésében segítséget jelenthet a mediáció, más néven közvetítés. A mediáció intézménye az elmúlt évtizedekben hazánkban is egyre nagyobb teret nyert, ugyanakkor a konfliktusok közvetítéssel való kezelése és általában az alternatív vitarendezés további lehetőségeket rejt. A mediáció egyik fő területe a családi konfliktusok rendezése, azon belül is talán leggyakrabban a válás során felmerülő kérdések tisztázása. A válási ügyekben lefolytatott mediációs eljárások statisztikájáról nincsenek megbízható adataink. Az Igazságügyi Minisztérium számára kötelezően benyújtandó éves közvetítői adatszolgáltatásban a válási mediáció nem szerepel külön kategóriaként, továbbá a szociális területen tevékenykedő mediátorok jelentős része nem szerepel a közvetítők IM listáján, így nincs jelentési kötelezettsége sem. Egy korábbi vizsgálatunkban a család- és gyermekjóléti központok mediátorai arról számoltak be, hogy ügyeik jelentős része a kapcsolattartással (64%) és a válással (26%) volt kapcsolatos (Pilinszki et al. 2021). A mediációs szolgáltatások népszerűsítésekor és hirdetésekor a mediátorok a külföldi empirikus eredményekre vagy az alacsony elemszámon alapuló saját tapasztalatokból kiindulva hívják fel a figyelmet a mediáció előnyeire. A válási mediáció gyakorlatáról, a mediációs részvételről és a konfliktusos felek kapcsolatának alakulásával való összefüggéseiről nincs elegendő hazai adatunk. Tanulmányunk ennek a kutatási hiány csökkentéséhez járul hozzá a mediációs részvétel és különböző, a válási folyamattal és a válás utáni élethelyzettel kapcsolatos változók összefüggéseinek vizsgálatával.

A VÁLÁSI FOLYAMAT

Amikor válás folyamatáról beszélünk meg kell különböztetnünk a válás különböző aspektusait, melyek jogi, gazdasági, pszichés (szülő-gyermek kapcsolat újrendeződése, társas kapcsolatok újrendeződése) és érzelmi vonatkozásúak (Bognár – Telkes 1986).

A válás jogi értelemben a házasság vagy házastársi egység felbontása, a házassággal kapcsolatos jogi kötelezettségek és felelősségek megszüntetése és/vagy átszervezése. „A bíróság a házasságot bármelyik házastárs kérelmére felbontja, ha az teljesen és helyrehozhatatlanul megromlott” (Ptk.4:21 § [1]). Magyarországon kiskorú gyermeket nevelő szülők esetében ez minimálisan két tárgyalást jelent. Tanulmányunkban válásként tekintünk a jogi procedúrával ugyan nem járó élettársi kapcsolat felbomlására is, hiszen az élettársi kapcsolatban született



gyermek a válás kapcsán ugyanolyan pszichés folyamatokon mennek keresztül, mintha szülei házasságban éltek volna.

A válás gazdasági aspektusa szorosan kapcsolódik a jogi folyamathoz, ugyanakkor attól független módon is születhet megállapodás. A gyakorlatban ez a házassági vagyonközösség megosztását jelenti, ami ritkán békés folyamat, sokszor vitáktól terhes. Mivel a pénzügyek elrendezése komoly érdeksérelemmel járhat egyik-vagy másik oldalon, nemritkán a gyermekkel kapcsolatos kérdéseket összemossák az anyagiak tárgyalásával, ezzel károkat okozva a gyermek érzelmi-pszichés fejlődésében. Egy válás folyamán a rendelkezésre álló anyagi javakon osztozni kell, amelynek következtében az addig akár jól működő családok is időlegesen vagy tartósan nehéz helyzetbe kerülhetnek. Az alacsonyabb társadalmi státuszú családoknál a válást követően mindkét szülőnek komoly anyagi terhekkel kell megküzdeni.

Ezt a jogi és gazdasági folyamatot színezi-árnyalja sokszor igen bonyolult módon a válással járó érzelmi zűrzavar. A válás érzelmi feldolgozásában fontos szerepet játszik, hogy ki milyen módon tanulta meg kezelni, kifejezni indulatait, érzelmeit és mekkora hajlandóságot mutat a válásban rá eső felelősség vállalására. A konstruktív közös szülői együttműködés kialakítása érdekében elengedhetetlen, hogy egymás hibáztatását felváltsa a megbocsátás (Bonach – Sales 2002). Ahhoz, hogy ez megtörténjen, elengedhetetlen a válással kapcsolatos gyász-munka elvégzése. A válás minden aspektusára hatással van az, ahogyan a szülők elgyászolják nemcsak a kapcsolat végét, de saját addigi férfi-női szerepüket, a kötelék elvesztését, ami magába foglalja közös szokásaikat és életüket (Ehrlich 2014).

A gyerekek gyász munkájára hatást gyakorol a szülők gyászának ritmusa is. Ha az egyik szülő elakad a feldolgozás valamelyik fázisában, azt a gyermek megérzi és őt is hátráltatja. Amikor a válás érzelmi és pszichés aspektusáról beszélünk, elsősorban a gyász munkára és az azután elinduló újrendeződésre fontos felhívni a figyelmet. A veszteség megélése, az identitásba történő integrálása teszi lehetővé, hogy a kapcsolatot felbontó szülők a gyerekek érdekében együttműködő kapcsolatot építsenek fel (Papa – Lancaster 2016).

Kübler-Ross és Kessler (2005) a gyászfolyamatot öt szakaszra osztották fel. 1) Az első a sokk, amikor már kimondják a válás szándékát, de a veszteség érzelmileg még nem felfogható. Ekkor a szülők legtöbbször még egy háztartásban élnek, a gyerekeket és a környezetet még nem avatják be, ekkor szembesülnek a válás realitásával és kezdik mérlegelni annak következményeit. 2) A második szakasz a harag és a düh szakasza. Ebben az időszakban elszabadulhatnak az indulatok, elkezdődik a vádaskodás, hibáztatás, hatalmas a feszültség és megtörténik az egyik szülő, sokszor az apa elköltözése. 3) Ezután következik az alkudozás ideje. A szülők szembesülnek a megváltozott élethelyzet anyagi, logisztikai, érzelmi kihívásaival. Újragondolják, hogy helyesen döntöttek-e, akár eljátszanak a lehetőséggel, hogy újra megpróbálják és a gyerekek látható fájdalma miatt fontolgatják, hogy mégsem válnak el. 4) A következő szakasz a beletörődés. Mire idáig eljutnak a felek, addigra nagy valószínűséggel már kialakítottak egy új életritmust, felfogták a kijózanító valóságot, hogy a hétköznapi működtetéséhez szükség van a másokra. Ebben az időszakban megnyugszanak az érzelmek és elindulhat egy józanabb időszak, amelyben kidolgozzák az együttműködés szabályait és lassan képessé válnak arra, hogy a gyerekek érzelmeit és érdekeit is figyelembe vegyék a döntések meghozatalánál. 5) Miután rutint szereztek az új feladatokban és érzelmileg is erőre kapnak, lassan eljutnak a helyzet elfogadásáig és a megnyugvásig. Ekkor indulhat el igazán annak kimunkálása, hogy hogyan is legyenek közös szülei gyermekeiknek a válás után.



A válás pszichés folyamatában rendkívül nagy szerepet játszik az szociális háló, melyre a válófélben lévő felnőttek és gyerekek támaszkodhatnak. Az elsődleges bizalmi kapcsolatok közé tartozhat a szűk család, amely nem ítélkezik, hanem elfogadja a döntést, és támaszt nyújt a felnőttnek és a gyerekeknek is ezekben a kihívásokkal teli időkben. A család mellett kiemelt szerep jut a barátoknak is, akikkel meg lehet osztani a sérelmeket, fájdalmakat és a kezdetben ritka, később egyre gyakoribb örömteli eseményeket is (például a sikeres kapcsolatépítést a volt házastárral, a gyerekek állapotának stabilizálódását, egy új partner megjelenését). Szükséges megemlíteni még a munkahelyet, ahol a krízist átélő felnőtt minden nap teljesítményt kell nyújtson. A kezdeti, legnehezebb időszakban a kollégák átvállalhatnak feladatokat és segítséget nyújthatnak, hogy a lehető legrövidebb időn belül visszaálljon a munkában a megszokott rend. A türelem általában itt, a munkahelyi környezetben a legrövidebb, pár hónap után már újra elvárják a szokásos teljesítményt, míg a barátok, a család akár egy-két évig is megértő módon viszonyul a válást átélő felnőttökhöz (Firouzbakht et al. 2018). A társas kapcsolatokra mint védőfaktorra több kutatás is rámutatott a válást követő élethelyzet vonatkozásában (Son 2010, Visser et al. 2017). A kapcsolathálózat támogató hatása mellett fontos megemlíteni, hogy a családtagok, barátok, munkatársak támogatása sokszor egyoldalú és nem feltétlenül az együttműködés irányában hat. A kapcsolathálózat tagjai nehezebben bocsátanak meg az expartnernek, mint maguk a felek, és rendszeresen témává teszik az elszenvedett sérelmeket, negatívan beszélnek a volt partnerről, ami megnehezíti a szülők kapcsolatának új alapokra helyezését (Bonach 2005, Bonach – Sales 2002, Green et al. 2008).

A fentiekben a válási folyamat néhány aspektusára hívtuk fel a figyelmet, melyek hozzájárulhatnak ahhoz, hogy a szülők fókusza a gyermekről máshova terelődjön. A válás során különösen nehéz folyamatosan a gyermek szükségleteit és érdekeit szem előtt tartani, hiszen a szülők a saját gyászukkal, saját érzéseikkel igyekeznek megküzdeni. Az elmúlt években több olyan könyv vált elérhetővé hazánkban is, ami ebben az élethelyzetben ad a szülőknek támogatást és gyakorlati segítséget is (Gyurkó 2015, Singer 2015, Vekerdy 2019), azonban vannak olyan helyzetek, amikor a szakemberek személyes támogatására van szükség. Egy ilyen támogató intervenció lehet a válás során a mediáció is, ami segíti a szülőket a gyermek érdekeit szem előtt tartani a különböző kérdések tárgyalása során.

A VÁLÁSI MEDIÁCIÓ

A mediáció (más néven közvetítés) egy olyan folyamat, amikor a konfliktusban álló feleket egy pártatlan, semleges szakember, a mediátor segíti vitás kérdéseik megtárgyalásában (Moore 1996). Amato és munkatársai (2011) a „jó válással” foglalkozó tanulmányukban kiemelik a mediáció jelentőségét, mint olyan lehetőséget, ahol mindkét szülőnek lehetősége van egy nyertes megállapodást kialakítani, ahelyett, hogy a peres eljárásokban gyakran előforduló „győztes-vesztes” kategóriákban gondolkoznának magukról. A mediáció célja szerintük a szülők támogatása, hogy egy ellenséges válási folyamatban egy „jó válásba” tudjanak váltani, azzal, hogy csökkenti a szülők közötti ellenségeskedést, s így elősegíti a szülő-gyermek kapcsolat fennmaradását, fejlődését (Amato 2011). Fontos azonban megemlíteni, hogy a válási mediációban még akkor is jelen van a veszteség, ha sikerül olyan megoldást találni, ami a gyermek és a szülők szükségleteihez illeszkedik. Tehát nem egyértelműen nyertes-nyertes ki-



menetelről van szó, inkább a károk enyhítésének és az új egyensúlyi helyzet mielőbbi megtalálásának eszközeként tekinthetünk rá. A mediáció módszeréről, folyamatáról és általános jellemzőiről magyarul is több könyv és tanulmány (Barcy – Szamos 2002, Kozékiné Hammer 2014, Pilinszki et al. 2020) jelent már meg, ezért itt csak a válási mediáció sajátosságaira fókuszálunk.

A válás mediáció több ponton is igénybe vehető a válás (jogi) folyamata során. Lehetőség van arra, hogy még a keresetlevél benyújtása előtt mediátorhoz forduljanak a szülők, ugyanakkor a válóper megindulása után is igénybe vehető a közvetítés. Ebben az esetben a bíróság a peres eljárást a mediáció idejére szünetelteti. A mediációba a felek önkéntesen, szakember ajánlására, illetve hatóság által kötelezve érkehetnek. Az ilyen módon elrendelt mediációs eljárásokban is érvényesül az önkéntesség feltétele, ugyanis a feleknek az első ülésen kell részt venniük, ahol tájékoztatást kapnak a mediációról, annak folyamatáról (Pilinszki et al. 2019). Bármelyik módon is indul az eljárás, a részvétel olyan alternatívát nyújthat a szülőknek, ami segítségével a bontóper a folyamat tekintetében rövidebb, diszkrétebb és költséghatékonyabb; a létrejött megállapodás pedig a család (a gyermek[ek] és a szülők) szükségleteihez jobban igazodó, ami hozzájárul az új egyensúlyi állapot mielőbbi kialakításához (Amato et al. 2011, Kozékiné Hammer 2014). Emery és munkatársai (2001) longitudinális vizsgálatukban a válás során és a válás után 12 évvel kérdezték a szülőket. Azoknál, akik a válás során mediációs eljárásban vettek részt, kevésbé volt jellemző, hogy újabb és újabb beadványokat adtak volna be a bírósághoz különböző kérdések rendezése érdekében, valamint nagyobb elégedettséget jeleztek a meghozott döntésekkel és az egész folyamattal kapcsolatban. Ez a kutatás arra is rámutatott, hogy a mediációban való részvétel segítette a szülők közötti kommunikációt, valamint a különélő szülő és a gyermek kapcsolatát is. Egy későbbi tanulmányban ugyanezt az adatbázist elemezve azt találták, hogy a mediáción részt vevőknél már rövid távon csökkent a szülők közötti konfliktus, míg a perbeli tárgyalást választóknál gyakoribbak lettek a konfliktusok (Sbarra – Emery 2008).

A más területen alkalmazott közvetítés és a családi – különösen a válási – mediáció közötti fontos különbség a felek közötti viszonyrendszer sokrétűsége. A család az az életszféra, ahol a legnagyobb intimitás élhető meg, ugyanakkor a sérelmek is több szinten jelenhetnek meg és befolyásolják a felek viselkedését. Az éppen válófélben lévő szülők sok és erős szálon kapcsolódnak egymáshoz, azonban ezek legtöbbször átszíneződnek és negatív érzelmek kísérik a folyamatot. A kapcsolat kudarcra, a közös múlt terhei egyszerre kötik össze és szakítják szét a párt (Polak – Saini 2019). A válási mediációban tehát a felek kapcsolati komplexitása jelenik meg, míg például egy szomszédsági vagy munkahelyi vitában a felek néhány szálon kötődnek csak egymáshoz. Éppen ezért a válási mediációnál különösen nagy szükség van arra, hogy a konfliktusos felek érzelmileg fel tudjanak készülni a mediációs folyamatra. Ezt szolgálhatják az előkészítő beszélgetések, ugyanakkor sokszor ez sem elegendő és hosszabb, más fókuszú munkára van/lenne szükség (Meierding 2004).

A válási mediáció vitatémáit – ahogyan más közvetítői eljárásokét is – a konfliktusban álló felek határozzák meg, ugyanakkor a jogszabály meghatároz különböző kérdéseket, melyekben a szülőknek a közös megegyezéses válás esetén szükséges megállapodni. A házasság felbontásának ilyen járulékos kérdései a szülői felügyelet gyakorlása, a gyermek tartása, a különélő szülő és a gyermek közötti kapcsolattartás, a házastársi közös lakás használata és – amennyi-



ben erre igény merül fel – a házastársi tartás (Ptk 4:21§[3]). A válási mediációban azonban ennél sokkal több minden tárgyalásra kerülhet. Azontúl, hogy a szülők megegyeznek az imént említett kérdésekben, lehetőség nyílik arra, hogy biztonságos érzelmi közegben, egy semleges, pártatlan szakember, a mediátor támogatásával közösen készüljenek a válás utáni szülői feladatokra, és közösen gondolják át az élethelyzet változásával járó mindennapi kérdéseket (amelyeket egy bírósági végzés nem tartalmaz). Hogyan, milyen eszközök segítségével kommunikálnak egymással a szülők? Mit és mennyit osztanak meg kapcsolatuk kérdéseiből a gyermekükkel? Hogyan történik meg egy új partner bevezetése a család életébe? Hogyan tudják támogatni egymás szülőségét, szülői tekintélyét? Hogyan menedzselik a gyermekek iskolán kívüli tevékenységeit? Hogyan lépnek fel egységesen és következetesen szülői szerepükben? És így tovább olyan fontos kérdéseket tudnak megbeszélni, amik nem tartoznak a válás jogi tisztázásához, azonban a mindennapi élet során konfliktushelyzetet szülhetnek (McKnight – Erickson 2019).

A válási mediációnak egy fontos sajátossága – legalábbis a mi megközelítésünkben –, hogy a mediátor a folyamat során a gyermek érdekeit is képviseli. Minden egyes megállapodási pontnál mérlegeli, hogy az a gyermek érdekét szolgálja-e és erre kéri a szülőket is. Kardos Ferenc szavaival a mediátor „a jelen nem levő gyermek érdekét képviseli, a felek (szülők) közötti megállapodás háromoldalú szerződéssé alakul” (Kardos 2011: 131). A gyermekek legjobb (legfőbb) érdekét szem előtt tartó gyakorlat kialakítása fontos kérdés a válási mediáció nemzetközi irodalomban is. A gyermekfókuszú megközelítés mellett találkozunk a gyermekek bevonásával járó eljárással is, aminek során a gyermekkel egy erre specializálódott szakember beszélget és csatornázza a megfogalmazott szempontokat a mediációs eljárásba (McIntosh et al. 2004). A gyermekek bevonása dilemmás terület, hiszen a gyermek véleménynyilvánításhoz való joga és szüksége, valamint a biztonság iránti szükséglet között kell egyensúlyt találni. A kérdés tisztázása érdekében a Partners Hungary Alapítvány munkacsoportja fogalmazott meg szakmai ajánlást, ahol tárgyalják a gyermek bevonásának különböző szintjeit is (Partners Hungary 2017).

Bár tanulmányunknak közvetlenül nem tárgya, ezen a ponton mégis fontos kitérni a válási mediáció és a kapcsolattartási ügyeleti szolgáltatáshoz kapcsolódó mediációs eljárások hasonlóságaira és különbségeire. A kapcsolattartási ügyelet szolgáltatás – melyet a család- és gyermekjóléti központoknak kell biztosítani – célja, hogy semleges és biztonságos helyszínt nyújtsanak a különélő szülő és a gyermek találkozásához, valamint segítsék a szülő-gyermek kapcsolat fejlődését (15/1998. (IV. 30.) NM rendelet 22.§ [1]). A kapcsolattartás körül megjelenő konfliktusok redukálását és a találkozások eredményességét segíti elő a kapcsolatügyeleti mediáció (vagy a gyermekvédelmi közvetítői eljárás), aminek témái a kapcsolattartás és a szülői együttműködés gyakorlati kérdéseire korlátozódnak. Mivel ezt a szolgáltatást alapvetően azok a családok veszik igénybe, akiknél a szülők közötti kapcsolat különösen konfliktusos, esetleg az előzményekben bántalmazás, illetve annak gyanúja szerepel, a gyermek érdekei azt kívánhatják, hogy a kapcsolattartási folyamatot konfliktuskezelő szolgáltatás támogassa és a szülők a szakemberek támogatásával dolgozzanak a szülő-gyermek kapcsolat (újra)építésén. Ennek a folyamatnak egyes mérföldköveinél nagy segítséget jelent egy mediáció keretében rátekinteni a kapcsolattartás aktuális kérdéseire (MAKAMOSZ 2007).



KUTATÁSI KÉRDÉSEINK

Tanulmányunk az elvált szülők mintájában vizsgálja a válási folyamat és a szülők, gyermekek jellemzőinek összefüggéseit, különös tekintettel, hogy részt vettek-e közvetítői eljárásban. Vizsgálatunk fókuszba a következő kutatási kérdések mentén fogalmazható meg:

- Mi jellemzi azokat a szülőket, akik igénybe veszik a mediációt?
- Milyen szerepet játszik a mediáció a válási folyamatban?
- A válási folyamat különböző jellemzői hogyan befolyásolják a közös szülőiséget, a szülő-gyermek kapcsolatot és az apával töltött idő mennyiségét?

MÓDSZEREK

A kutatás folyamata

Tanulmányunkban a *Közös szülőiség a válás után* című kutatás (OTKA-PD 131671) során gyűjtött adatok alapján vizsgáljuk a fenti kérdéseket. A kutatás fő célja az elvált szülők és gyermekek különböző jellemzőinek, valamint a szülők kapcsolatának, együttműködésének vizsgálata.

A keresztmetszeti, kérdőíves vizsgálat megkezdése előtt az Egészségügyi Tudományos Tanács Tudományos és Kutatásügyi Bizottság jóváhagyását kértük (engedélyszám: IV/10064-1/2020/EKU). Az online kérdőív kitöltése előtt minden résztvevőt tájékoztattunk a vizsgálat céljáról, az önkéntességről és az adatok anonim kezeléséről. A részvétel feltétele az írásos beleegyezés adása volt.

A kérdőív 2021. július 21. és augusztus 31. között állt rendelkezésre. A válaszadókat hólabda mintavételi módszerrel értük el, közösségi oldalakon és különféle szakmai szervezetek által hirdetve. Összesen 404 elvált szülőtől kaptunk értékelhető válaszokat.

Mérőeszközök

A kérdőívben néhány saját fejlesztésű kérdés mellett többnyire standardizált mérőeszközöket használtunk.

Mediációs részvétel. A kérdőívben a mediációval kapcsolatban csak egy eldöntendő (igen, nem) kérdés szerepelt, ami a részvétellel irányult.

Válási folyamat. A válaszadók Baum (2003) vizsgálatában is használt, két szubjektív kérdés kapcsán értékelték a válaszukat: A válás. Milyen hosszúnak élte meg a válási folyamatot? (1 – nagyon rövid idő; 5 – nagyon hosszú idő); Hogyan jellemezné az Önök válási folyamatát? (1 – egyáltalán nem ellenséges; 5 – nagyon ellenséges).

Konfliktusok gyakorisága. A konfliktusok és konfliktuskezelési stratégiák mérésére a Kapcsolati konfliktusok és problémamegoldó stratégiák (Kerig 1996) eszközt használtuk. Ebben a tanulmányban csak a gyakoriságra vonatkozó kérdéseket elemeztük, melyek a kisebb és nagyobb vitahelyzetekre irányultak két időpontban, a válást megelőző évben, valamint az előző év során.

Mindennapi közös szülőiség Skála (Daily Coparenting Scale – D-Cop). A 10 tételből álló mérőeszköz lehetőséget ad arra, hogy a válaszadók értékeljék a közös szülőiség megélését (pl.:



„Képviseltük a másik által felállított szabályokat és korlátokat a gyermek felé.”; „Megbízunk egymásban, mint szülőben”; „Úgy éreztem, szülőként igazi teamet (csapatot) alkotunk”). Az eszköz hétfokú Likert-skálával dolgozik, ahol az egyes állításokat 1 (egyáltalán nem ért egyet) és 7 (teljes mértékben egyetért) között lehetséges pontozni. A skála magas belső konzisztenciát mutatott az eredeti validáló tanulmányban (Cronbach α értéke a nőknél és férfiaknál egyaránt 0,89 volt) (McDaniel et al. 2017), s a jelen vizsgálatban is kiváló értéket jelez (Cronbach's $\alpha = 0,94$).

Kapcsolattartási naptár (Residential Calendar). Sodermans és munkatársai (2014) által fejlesztett Residential Calendar mérőeszköz segítségével pontos kép nyerhető arról, hogy a válást követően a gyermek(ek) mennyi időt (nappalt és éjszakát) töltenek egyik, illetve másik szülővel. Jelen elemzésben az apával töltött időt használtuk.

Szülő-gyermek kapcsolat. Korábbi kutatásokban használt mérőeszközök (Lau 2017; Stewart 2003) alapján öt itemből álló kérdéssort alakítottunk ki, ami a szülő-gyermek kapcsolat közelségére irányul (pl.: „Közeli kapcsolatban vagyunk.”; „Mindketten élvezzük az együtt töltött időt.”; „A gyermekem bizalommal fordul hozzám.”). A válaszadókat arra kértük, hogy 1-től (egyáltalán nem jellemző) 5-ig (teljes mértékben jellemző) skálán értékeljék a saját és a volt partnerük kapcsolatát a gyermekükkel.

A gyermek kiegyensúlyozottsága. A gyermekek jóllétével kapcsolatban jelen tanulmányban egy kérdést elemzünk („Mindent egybevetve mennyire érzi kiegyensúlyozottnak gyermekét?”), amit 1 (nagyon kiegyensúlyozatlan) és 10 (nagyon kiegyensúlyozott) között lehetett értékelni.

ADATELEMZÉS

A különböző kérdésblokkokhoz (konfliktusok, szülők jólléte, gyermekek jólléte, közös szülőség, szülő-gyermek kapcsolat) tartozó mérőeszközök esetében a hiányzó adatokat pótoltuk (Multiple Imputation) abban az esetben, ha az adott kérdéssor itemeinek legalább 70%-át kitöltötte a válaszadó. Amennyiben ennél kevesebb itemre adott választ, azokat töröltük.

Első lépésként a változók leíró statisztikáit vizsgáltuk, és az adatok normalitását Q-Q és P-P diagramokkal és az eloszlások ferdeségének (max. 1,65) és meredekségének (max. 3,85) figyelembe vételével elemeztük és azok normális eloszlásúnak bizonyultak. A mediációs részvétel és az elemzésbe vont változók összefüggéseit varianciaanalízissel vizsgáltuk. Ezután lineáris regressziós modelleket építettünk a közös szülőség, az apával töltött idő és a szülő-gyermek kapcsolat prediktorainak és az azok által megmagyarázott variancia tesztelésére.

A válaszadók a kérdőívet Limesurvey 2.0 online rendszerben töltötték ki, az adatalemzést SPSS 27.0 statisztikai programmal végeztük.

EREDMÉNYEK

A kutatási minta bemutatása

A kutatás során megkérdezett szülők átlagéletkora 43 év (SD = 6), iskolai végzettség tekintetében felülreprezentáltak a felsőfokú végzettséggel (69,7%) rendelkezők. A válaszadók közel



háromnegyede (73,8%) házas volt, átlagosan 10 évet éltek együtt (SD = 5,3) és 5,5 éve (SD = 3,7) élnek külön. A felmérésben részt vevő szülők 20,4%-a vett részt mediációban a válási folyamat során. A minta további sajátosságai az 1. táblázatban olvashatóak.

Az Életünk fordulópontjai országos reprezentatív vizsgálat 18 év alatti gyermeket nevelő, elvált alcsoportjához képest kutatásunkban felülreprezentáltak a fővárosban élők, a magas iskolai végzettséggel rendelkezők.

A demográfiai háttérváltozók és a mediációs részvétel összefüggéseit vizsgálva azt találtuk, hogy a mintában szereplő férfiak gyakrabban vettek részt (36,4%) közvetítői eljárásban, mint a nők (16,3%). $\chi^2(1, N = 318) = 13, p > 0,001$, ezért a nemet minden többváltozós elemzésben kontrollváltozóként szerepeltettük.

1. táblázat Minta bemutatása

	% / M(SD)	N
Nem*		
Nő	82,7	334
Férfi	17,3	70
Településtípus		
Község	15,1	61
Város	30,7	124
Megyeszékhely	20,8	84
Budapest	33,4	135
Iskolai végzettség		
Legfeljebb középfokú	30,3	122
Felsőfokú	69,7	281
Párkapcsolat típusa		
Házasság	73,8	285
Élettársi kapcsolat	26,2	101
Mediációban részt vett		
Igen	20,4	65
Nem	79,6	253
Jövedelem (eFt)	381 (281)	388
Életkor	43 (6)	402
Meddig éltek együtt	10,2 (5,3)	376
Mióta élnek külön	5,5 (3,7)	389

Forrás: Saját szerkesztés

Megj.: * A mediációban résztvevők és nem résztvevők között szignifikáns különbség



A MEDIÁCIÓBAN VALÓ RÉSZVÉTEL ÉS A VIZSGÁLT VÁLTOZÓK ÖSSZEFÜGGÉSEI

A válást megelőző időszakra, illetve a válás folyamatára vonatkozó kérdéseket a mediációs részvétel szempontjából vizsgálva mindegyik változónál szignifikáns különbséget találtunk a két csoport között (2. táblázat). A válást megelőző évben mind a kisebb $F(1;309) = 4,93$; $p < 0,05$, mind a nagyobb konfliktushelyzetek $F(1;312) = 3,6$; $p < 0,1$ gyakrabban fordultak elő azoknál, akik részt vettek mediációs eljárásban. Elmondható továbbá, hogy a mediációban részt vevők csoportja hosszabbnak $F(1;314) = 20,12$; $p < 0,001$ és nehezebbnek $F(1;313) = 5,63$; $p < 0,05$ tartotta a válási folyamatot, mint akik e nélkül vitték végig válásukat.

2. táblázat Varianciaanalízis: a mediációban való részvétel és a válás előtti konfliktusok gyakorisága, válási folyamat

	Részt vett	Nem vett részt	Sig
	M (SD)	M (SD)	
Kisebb konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	4,95 (1,3)	4,48 (1,6)	0,027
Nagyobb konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	3,98 (1,6)	3,52 (1,8)	0,059
Válás hossza 1 – nagyon rövid, 7 – nagyon hosszú	4,11 (1,3)	3,24 (1,4)	<0,001
Válás nehézsége 1 – egyáltalán nem ellenséges, 7 – nagyon ellenséges	3,69 (1,3)	3,22 (1,4)	0,018

Forrás: Saját szerkesztés

Mindkét csoportnál jelentős csökkenés figyelhető meg a konfliktusok gyakoriságában a válás előtti és a jelen helyzetben értékelve azt. A válás utáni időszak konfliktusaira irányuló kérdéseknél eltűnt azonban a különbség a két csoport között. Bár a mediációban részt vevő szülők valamennyivel gyakoribb konfliktusokról számoltak be, statisztikailag ez nem volt szignifikáns (3. táblázat). Nem találtunk különbséget a közös szülőség, a gyermek kiegyensúlyozottsága és aközött, hogy milyenek látja a saját kapcsolatát gyermekével. Az apával töltött idő $F(1;316) = 9,58$; $p < 0,01$ és a volt partner gyermekkel való kapcsolata $F(1;293) = 7,09$; $p < 0,01$ tekintetében viszont azt láthatjuk, hogy a mediációban való részvétel együtt jár ezen jellemzők emelkedésével.



3. táblázat Varianciaanalízis: a mediációban való részvétel és a szülők, gyermekek, kapcsolatok jellemzői a válást követően

	Részt vett	Nem vett részt	Sig
	M (SD)	M (SD)	
Kisebbségi konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	2,93 (1,6)	2,71 (1,6)	0,319
Nagyobb konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	2,16 (1,5)	2,04 (1,5)	0,556
Közös szülőség (D-COP) Min: 1 Max: 7	3,67 (1,9)	3,49 (1,9)	0,496
Apával töltött idő Min: 0 Max: 56	15,65 (12,0)	10,63 (11,6)	0,002
Gyermek kiegyensúlyozottsága 1 – nagyon kiegyensúlyozatlan, 10 – nagyon kiegyensúlyozott	7,02 (1,9)	6,93 (2,1)	0,781
Szülő-gyermek kapcsolat, saját Min: 1 Max: 5	4,4 (0,7)	4,47 (0,7)	0,496
Szülő-gyermek kapcsolat, partner Min: 1 Max: 5	3,55 (1,2)	3,07(1,2)	0,008

Forrás: Saját szerkesztés

A KÖZÖS SZÜLŐSÉG, AZ APÁVAL TÖLTÖTT IDŐ ÉS A SZÜLŐ-GYERMEK KAPCSOLAT TÖBBVÁLTOZÓS ELEMZÉSE

Az elemzés következő lépéseként azt vizsgáltuk, hogy a válás előtti konfliktusok gyakorisága és a válási folyamat különböző jellemzői (hosszúság, nehézség, mediációs részvétel) hogyan jelzik előre a válás utáni helyzet egyes kérdéseit. Mivel a nem több változóval összefüggést mutatott, minden modellben szerepeltettük (4. táblázat).

A lineáris regressziós modellekből is az látszik, hogy a nem fontos szerepet játszik ebben a mintában, ugyanakkor ennek befolyását kontrollálva több összefüggés szignifikáns maradt. A közös szülőség esetében látszik, hogy a válás előtti nagyobb konfliktusok gyakorisága ($\beta = -0,214$; $p = 0,008$) és az, hogy mennyire tartották nehéznek a válási folyamatot ($\beta = -0,441$; $p < 0,001$) csökkentette a közös szülőség pontszámot. Ezenkívül a mediációban való részvétel a modellbe építve szintén összefüggést mutatott a közös szülőséggel ($\beta = -0,099$; $p = 0,055$), azaz a mediációban résztvevők magasabb közös szülőség pontszámokat jeleztek. Az apával töltött idő tekintetében a válási folyamat nehézsége ($\beta = -0,140$; $p = 0,027$) és a mediációs részvétel ($\beta = -0,141$; $p = 0,018$) maradt szignifikáns, a folyamat nehézségének csökkenésével és a mediációs részvétellel emelkedik az apával töltött idő. Ugyanezt a mintázatot tapasztaljuk



a volt partner és a gyermek kapcsolatának elemzése során: a válási folyamat nehézsége negatív ($\beta = -0,274$; $p < 0,001$), a mediációs részvétel pozitív ($\beta = -0,124$; $p = 0,037$) irányba befolyásolja.

4. táblázat Lineáris regresszió: a válás folyamata és a közös szülőség, az apával töltött idő, a szülő-gyermek kapcsolat összefüggései

	Közös szülőség			Apával töltött idő			Szülő-gyermek kapcsolat, partner		
	B	β	SE	B	β	SE	B	β	SE
Nem 1 – férfi, 2 – nő	-0,794	-0,169***	0,233	-5,091	-0,173**	1,679	-0,74	-0,244***	0,172
Kisebb konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	0,098	0,081	0,095	0,38	0,049	0,691	0,011	0,013	0,070
Nagyobb konfliktusok 1 – évente egyszer vagy ritkábban, 7 – szinte minden nap	-0,23	-0,214**	0,086	-0,198	-0,029	0,620	-0,042	-0,061	0,063
Válás hossza 1 – nagyon rövid, 7 – nagyon hosszú	-0,109	-0,082	0,072	-0,085	-0,01	0,521	0,014	0,017	0,053
Válás nehézsége 1 – egyáltalán nem ellenséges, 7 – nagyon ellenséges	-0,581	-0,441***	0,072	-1,17	-0,140**	0,528	-0,238	-0,274***	0,054
Részt vett-e mediációban? 1 – igen, 2 – nem	-0,459	-0,099*	0,239	-4,134	-0,173**	1,740	-0,38	-0,124**	0,181
R ²	0,315			0,072			0,15		

Forrás: Saját szerkesztés

Megj.: * $p < 0,1$; ** $p < 0,05$; *** $p < 0,001$



DISZKUSSZIÓ

Tanulmányunk célja a válás folyamatának és a családok, családi kapcsolatok válás utáni helyzetének vizsgálata volt, különös tekintettel arra, hogy a szülők a válás során részt vettek-e mediációs eljárásban. A kutatás során olyan elvált, különvált szülőket kérdeztünk meg, akiknek 18 év alatti közös gyermekük van.

Eredményeink alátámasztották a korábbi vizsgálatokban (Bonach 2005; Bonach – Sales 2002; Kelly 2012) tapasztaltakat, miszerint a válást követő két év elteltével a szülők közötti konfliktus szintje redukálódik, miután kialakul egy új egyensúlyi állapot. A kutatásunkban megkérdezett szülők – függetlenül attól, hogy a felek részt vettek-e mediációs eljárásban – a konfliktusos gyakorlatának számottevő csökkenéséről számoltak be.

Mi jellemzi azokat a szülőket, akik igénybe veszik a mediációt?

A szociodemográfiai háttérváltozók és a mediációs részvétel között a megkérdezettek körében csak a nem változónál találtunk szignifikáns összefüggést. Ez nyilvánvalóan a minta sajátossága, hiszen a mediációban való részvétel a szülők nemi arányait követi, ezért többváltozós elemzésekben a nemet kontrollváltozóként vontuk be.

Az alkalmazott mérőeszközök sajnos nem tudják feltárni sem a mediáció igénybevételét befolyásoló körülményeket, sem a lehetőség mellőzésének okát. Lehetséges, hogy az iskolázottság tekintetében tapasztalt felülreprezentáltságból akár a társadalom egyéb köreire jellemző információhiányra is lehet következtetni. Több felsőoktatási képzésben az elmúlt években legalább érintőlegesen felmerült a mediáció fogalma és alkalmazási lehetősége, azonban ösztársadalmi szinten még mindig kevesen ismerik a vitarendezés e lehetőségét.

Milyen szerepet játszik a mediáció a válási folyamatban?

A mediációban résztvevő szülők több kisebb és több nagyobb nézeteltérést éltek meg a válás előtti időszakban, mint azok, akik nem vettek igénybe ilyen szolgáltatást. A válási folyamat retrospektív értékelésében is hosszabbnak és ellenségesebbnek élték meg, mint akik mediáció nélkül váltak. Úgy tűnik tehát, hogy azok a szülők, akiknek eleve jobb az együttműködési készségük, nem tartják szükségesnek a közvetítői eljárást, azzal inkább a konfliktusos válásban lévő próbálkoznak meg.

Ezek ellenére a válást követő időszakban azt látjuk, hogy egyes kérdésekben (pl. konfliktusok gyakorisága) nincs jelentős különbség a két csoport között. Egyes területeken épp a mediációban résztvevők között látunk magasabb értékeket: a gyermek több időt tölt az apával, a szülő-gyermek kapcsolat megítélése és a közös szülői együttműködés pozitívabb. Azaz egy konfliktusosabb, kevésbé együttműködő helyzetből indulva a válást követően ezek a különbségek eltűnnek, sőt a közös szülőség és a szülő-gyermek kapcsolat bizonyos aspektusaiban pozitívabb képet látunk azoknál, akik mediációban is tárgyalták a válás során felmerült kérdéseket.

A mediációban való részvétel lehetővé teszi, hogy a szülők egy biztonságos térben, ahol a mediátor segíti és részben kontrollálja a kommunikációs folyamatot, nyíltabban és bátrabban vállalják fel konfliktusaikat. A közvetítő eljárás fókusza nem a sérelmek tárgyalására, hanem a jövő kérdéseire irányul, ugyanakkor a szülők teret kapnak az érzelmeik, egyet nem értésük



keretek közötti kifejezésére. A mediáció által a konfliktusos kérdések megbeszélésében és a közös szülői gyakorlat kialakításában van egy független segítségük, s a folyamat során kapnak egy új, hatékonyabb mintát a konfliktuskezelésre. Ezzel lehetővé válik, hogy a fókusz egymásról a gyerek szükségleteire és a felmerülő problémák megoldására irányítsák.

A válási folyamat különböző jellemzői hogyan befolyásolják a közös szülőséget, a szülő-gyermek kapcsolatot és az apával töltött idő mennyiségét?

Különböző kimeneti változók és a válási folyamat egyes jellemzői közötti összefüggéseket elemezve azt találtuk, hogy a kisebb konfliktusok gyakorisága és a válás hossza (szubjektív) egyik változóval sem mutatott asszociációt. A közös szülőség alacsonyabb értéket mutatott azoknál, akik a válás előtti időszakban gyakrabban éltek meg nagyobb vitahelyzeteket és akik a válási folyamatot ellenségesebbnek élték meg. A közös szülőség és a mediációs részvétel között szintén van összefüggés, azonban gyengébb.

Az apával töltött időnél és a volt partner gyermekkel való percipált kapcsolatánál hasonló mintázatot láthatunk: a válás nehézsége kisebb, a mediációs részvétel pedig nagyobb értékeket mutat, a többi változónál nem találtunk szignifikáns összefüggést.

Eredményeink elemzésekor és értelmezésekor figyelembe kell venni a kutatás korlátait, melyek közül fontos kiemelni, hogy nem reprezentatív vizsgálatról van szó. Jól mutatja ezt a lakóhely és iskolai végzettség tekintetében az alappopuláció jellemzőitől való eltérése. A válástörténetre vonatkozó adatok retrospektív kérdés eredményei, ami (pozitív vagy negatív) torzítást okozhatott a válaszadásban. A longitudinális adatok pontosabb képet adnának a kérdésről, ez azonban jóval nagyobb kutatási apparátust igényel. Egy további korlátozó tényező, hogy a mediációra vonatkozóan csak egy kérdés szerepelt a kérdőívben, ami részvételre vonatkozott. Tovább pontosította volna a képet, ha a mediációs folyamatról további információk (önkéntes vagy elrendelt; hány ülés volt; született-e megállapodás) is rendelkezésünkre állnak.

A téma további vizsgálata során fontos lenne a gyermekek szempontjainak közvetlen megismerése, megkérdezésükkel pontosabb képet kaphatunk a szülő-gyermek kapcsolatáról, valamint a szülői együttműködésről is sokat mondó lenne az ő tapasztalatuk és megélésük. A mediáció hatékonyság- és hatásvizsgálata is egy fontos kutatási téma, ami hasznos információkat adhat a szolgáltatások tervezéséhez és továbbfejlesztéséhez. Érdekes lenne látni, hogy a mediációs folyamatban való részvétel hogyan hat a szereplők későbbi kommunikációjára és konfliktuskezelési eszköztárára, illetve milyen szerepe lehet a közös szülőség konstruktív megvalósításában a szülők személyiségének és a mediációs folyamatnak. Különösen fontos további kérdés a mediáció során létrejött megállapodások utánkötése rövid- és hosszútávon egyaránt. Rövidtávon az egyezés működőképességéről és a realitáshoz való viszonyáról, hosszútávon pedig a szülői, családi rendszer alkalmazkodására utalhat a mediációs megállapodás új élethelyzethez való igazítása.



JAVASLATOK

A megkérdezett szülők beszámolója alapján a mediációt főként azok veszik igénybe, akik konfliktusosnak élik meg helyzetüket és nem látnak esélyt arra, hogy közvetlen kommunikáció útján rendezni tudják a válás járulékos kérdéseit. Ennek ellenére a vizsgált kimeneti változóknál (közös szülőség, szülő-gyermek kapcsolat) a jobb együttműködésre utaló értéket látunk. Ez felveti a gondolatot, hogy milyen hatással lehet a mediáció (vagy más ilyen szemléletű szolgáltatás) azokra a kapcsolatokra, ahol a szülők eleve konstruktívan kommunikálnak és ezért nem merül fel a közvetítő igénybevétele. A „még jobb” válás és a későbbi olajozottabban működő közös szülői és szülő-gyermek kapcsolat érdekében még ekkor is hasznos lehet a mediációs részvétel.

Korábbi tanulmányunkban (Pilinszki – Gyetvai 2021) is kiemeltük, hogy szükségét látjuk olyan képzési programnak, ami a válás utáni közös szülőségre készíti fel az érintetteket. A közös szülői kapcsolat minőségének és a gyermekek jóllétének összefüggésére (Adamsons – Johnson 2013; Bastaits – Mortelmans 2016, Lau 2017) alapozva számos országban önkéntes vagy kötelező, bíróság által elrendelt módon prevenciók programokat indítottak a válási átmenet támogatása és a közös szülői gyakorlat fejlesztése érdekében (Ferraro et al. 2016, Salem et al. 2013, Sandler et al. 2020). A kérdés társadalmi fontosságát tekintve kiemelt feladatnak tartjuk az ilyen prevenciók program(ok) kidolgozását, hatékonyságuk felmérését és a hatékonyak bizonyuló programok rendszerszintű bevezetését, segítve ezzel az elvált szülők és gyermekeik alkalmazkodását a válás okozta új helyzethez.

A válaszadók körében a hétköznapi tapasztalatokhoz és korábbi vizsgálatok (Pilinszki et al. 2021) eredményeihez képest magasnak tekinthető a mediációban résztvevők aránya, amihez hozzájárulhat a felsőfokú végzettségűek felülreprezentáltsága is. Fontosnak tartjuk, hogy az alacsonyabb iskolai végzettségűek körében és további társadalmi csoportokban is egyre ismeretebbé váljon a közvetítés módszere. Ehhez szükséges megismerni és elemezni a jelenlegi tájékoztatási gyakorlatokat a válás előtti időszakban és a válási folyamat során. Elsősorban a peres eljárásba épített tájékoztatási protokoll átgondolása és kialakítása szükséges, ami alapján megfogalmazhatóak lennének fejlesztési javaslatok.

IRODALOM

- Adamsons, K. – Johnson, S. K. (2013): An updated and expanded meta-analysis of nonresident fathering and child well-being. *Journal of Family Psychology*, 27(4): 589–599. <https://doi.org/10.1037/a0033786>
- Amato, P. R. – Kane, J. B. – James, S. (2011): Reconsidering the “Good Divorce”. *Family Relations*, 60(5): 511–524. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3729.2011.00666.x>
- Barcy, M. – Szamos, E. (2002): *“Mediare necesse est” : a mediáció technikai és társadalmi alkalmazása*. Budapest: Animula Kiadó.
- Bastaits, K. – Mortelmans, D. (2016): Parenting as Mediator Between Post-divorce Family Structure and Children’s Well-being. *Journal of Child and Family Studies*, 25(7): 2178–2188. <https://doi.org/10.1007/s10826-016-0395-8>



- Baum, N. (2003): Divorce Process Variables and the Co-Parental Relationship and Parental Role Fulfillment of Divorced Parents. *Family Process*, 42(1): 117–131. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00117.x>
- Bognár, G. – Telkes, J. (1986): *A válás lélektana*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Bonach, K. (2005): Factors Contributing to Quality Coparenting. *Journal of Divorce & Remarriage*, 43(3–4): 79–103. https://doi.org/10.1300/J087v43n03_05
- Bonach, K. – Sales, E. (2002): Forgiveness as a Mediator Between Post Divorce Cognitive Processes and Coparenting Quality. *Journal of Divorce & Remarriage*, 38(1–2): 17–38. https://doi.org/10.1300/J087v38n01_02
- Ehrlich, J. (2014): *Divorce and loss: Helping adults and children mourn when a marriage comes apart*. Rowman & Littlefield.
- Emery, R. E. – Laumann-Billings, L. – Waldron, M. C. – Sbarra, D. A. – Dillon, P. (2001): Child custody mediation and litigation: Custody, co-ntact, and coparenting 12 years after initial dispute resolution. *Journal of Consulting Clinical Psychology Review*, 69(2): 323–332. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.69.2.323>
- Ferraro, A. – Malespin, T. – Oehme, K. – Bruker, M. – Opel, A. (2016): Advancing Co-parenting Education: Toward a Foundation for Supporting Positive Post-Divorce Adjustment. *Child & Adolescent Social Work Journal*, 33(5): 407–415. <https://doi.org/10.1007/s10560-016-0440-x>
- Firouzbakht, M. – Tirgar, A. – Oksanen, T. – Kawachi, I. – Hajian-Tilaki, K. – Nikpour, M. – Mouodi, S. – Sadeghian, R. (2018): Workplace social capital and mental health: a cross-sectional study among Iranian workers. *BMC Public Health*, 18(1): 794. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5659-3>
- Green, J. D. – Burnette, J. L. – Davis, J. L. (2008): Third-Party Forgiveness: (Not) Forgiving Your Close Other's Betrayer. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(3): 407–418. <https://doi.org/10.1177/0146167207311534>
- Gyurkó, S. (2015): *Rám is gondoltatok: a gyerekközpontú válás lépései*. Budapest: Bookline.
- Kapitány, B. – Murinkó, L. (2020): Párkapcsolati változások, termékenységi trendek. In: Kolosi, T. – Szelényi, I. – Tóth, I. (szerk.): *Társadalmi Riport*. Budapest: TÁRKI. 146–170.
- Kardos, F. (2011): *Gyermekközpontú közvetítés – Kapcsolatügyeleti mediáció*. Budapest: Kapcsolat 2000 Pszichológiai Betéti Társaság.
- Kelly, J. B. (2012). Risk and protective factors associated with child and adolescent adjustment following separation and divorce: Social science applications. In: *Parenting plan evaluations: Applied research for the family court*. New York, NY, US: Oxford University Press, 48–84. <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199754021.003.0003>
- Kerig, P. (1996): Assessing the Links Between Interparental Conflict and Child Adjustment: The Conflicts and Problem-Solving Scales. *Journal of Family Psychology*, 10(4): 454–473.
- Kozékiné Hammer, Zs. (2014): A válási mediáció, avagy a párkapcsolat befejezését segítő humánus módszer bemutatása. *Alkalmazott pszichológia*, 14(2): 79–101. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.10.4.454>



- Kübler-Ross, E. – Kessler, D. (2005): *On grief and grieving: Finding the meaning of grief through the five stages of loss*. New York: Simon and Schuster.
- Lau, Y.-K. (2017): Postdivorce Coparenting and Children's Well-Being in Hong Kong. *Journal of Divorce & Remarriage*, 58(5): 329–346. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1302237>
- MAKAMOSZ (2007): *Kapcsolattartási ügyelet/kapcsolatügyelet szakmai protokoll*. MAKAMOSZ. <https://www.makamosz.hu/wp-content/uploads/2021/03/protokoll.pdf> (Utolsó letöltés: 2021. 06. 14.)
- Makay Z. – Szabó L. (2018): Válás. In: Monostori J. – Öri P. – Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai portré 2018* Budapest: KSH NKI, 29–45.
- McDaniel, B. T. – Teti, D. M. – Feinberg, M. E. (2017): Assessing Coparenting Relationships in Daily Life: The Daily Coparenting Scale (D-Cop). *Journal of Child and Family Studies*, 26(9): 2396–2411. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0762-0>
- McIntosh, J. – Long, C. – Moloney, L. (2004): Child-Focused and Child-Inclusive Mediation: A Comparative Study of Outcomes. *Journal of Family Studies*, 10(1): 87–95. <https://doi.org/10.5172/jfs.327.10.1.87>
- McKnight, M. S. – Erickson, S. K. (2004): The Plan to Separate/Parent Children after Divorce. In: Folberg, J. – Milne, A. L. – Salem, P. (eds.): *Divorce and family mediation: Models, techniques, and applications*. New York: The Guilford Press, 129–154.
- Meierding, N. R. (2004): Managing the Communication Process in Mediation: In: Folberg, J. – Milne, A. L. – Salem, P. (eds.): *Divorce and family mediation: Models, techniques, and applications*. New York: The Guilford Press, 225–247.
- Moore, C. W. (1996): *The mediation process: practical strategies for resolving conflict*. New York: Jossey-Bass Publishers.
- KSH (2020): *Népmozgalom*. <https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/nepmozg/nepmozg20/index.html> (Utolsó letöltés: 2022. 04. 24.)
- Papa, A. – Lancaster, N. (2016): Identity continuity and loss after death, divorce, and job loss. *Self and Identity*, 15(1): 47–61. <https://doi.org/10.1080/15298868.2015.1079551>
- Partners Hungary (2017): *A gyermek szerepe a válási mediáció során, Szakmai ajánlás – Tervezet*. <http://www.mediaciosentrum.hu/wp-content/uploads/A-gyermek-szerepe-a-v%C3%A1l%C3%A1si-medi%C3%A1ci%C3%B3-sor%C3%A1n.pdf> (Utolsó letöltés: 2022. 01. 15.)
- Pilinszki, A. – Bulyáki, T. – Ráczné Németh, T. – Goldmann, R. (2019). Utak. Útkeresés. Útmutatás? – mediációs gyakorlat a szociális alapszolgáltatásban. *Párbeszéd: szociális munka folyóirat*, 6(2): on.
- Pilinszki, A. – Bulyáki, T. – Krémer, A. – Rákóczy, Zs.: (2020). Honnan, hová, hogyan? – Mediációs célok és stílusok. *Esély*, 1: 93–114.
- Pilinszki, A. – Bulyáki, T. – Goldmann, R. – Krémer, A. – Ráczné Németh, T. – Rákóczy, Z. (2021): Mediáció a szociális és gyermekjóléti alapszolgáltatásokban: A mediátorok és a közvetítői eljárás jellemzői, a mediáció módszerének ismertsége. *Embertárs*, 19(3): 303–321.



- Pilinszki, A. – Gyetvai, A. (2021): Közös szülőség a válás után: szakirodalmi áttekintés. *Mentálhigiéné és pszichoszomatika*, 22(3): 1–32. <https://doi.org/10.1556/0406.22.2021.007>
- Polak, S. – Saini, M. (2019): The Complexity of Families Involved in High-Conflict Disputes: A Postseparation Ecological Transactional Framework. *Journal of Divorce & Remarriage*, 60(2): 117–140. <https://doi.org/10.1080/10502556.2018.1488114>
- Salem, P. – Sandler, I. – Wolchik, S. (2013): Taking Stock of Parent Education in the Family Courts: Envisioning a Public Health Model. *Family Court Review*, 51(1): 131–148. <https://doi.org/10.1111/fcre.12014>
- Sandler, I. – Wolchik, S. – Mazza, G. – Gunn, H. – Tein, J. Y. – Berkel, C. – Jones, S. – Porter, M. (2020): Randomized Effectiveness Trial of the New Beginnings Program for Divorced Families with Children and Adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 49(1): 60–78. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1540008>
- Sbarra, D. A. – Emery, R. E. (2008): Deeper into divorce: using actor-partner analyses to explore systemic differences in coparenting conflict following custody dispute resolution. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(1): 144–152. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.22.1.144>
- Singer, M. (2015): *Ki vigasztalja meg a gyerekeket? Válás és gyász a családban*. Budapest: HVG Könyvek.
- Sodermans, A. K. – Vanassche, S. – Matthijs, K. – Swicegood, G. (2014): Measuring Postdivorce Living Arrangements: Theoretical and Empirical Validation of the Residential Calendar. *Journal of Family Issues*, 35(1): 125–145. <https://doi.org/10.1177/0192513X12464947>
- Son, S. (2010): *Korean divorced mothers' experiences of parenting after divorce*. [Dissertation, University of Minnesota]. https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/98008/1/Son_umn_0130E_11369.pdf (Utolsó letöltés: 2020. 03. 23.)
- Stewart, S. D. (2003): Nonresident Parenting and Adolescent Adjustment: The Quality of Nonresident Father-Child Interaction. *Journal of Family Issues*, 24(2): 217–244. <https://doi.org/10.1177/0192513X02250096>
- Vekerdy, T. (2019): *Válás és ami körülötte van*. Budapest: Centrál Könyvek.
- Visser, M. – Finkenauer, C. – Schoemaker, K. – Kluwer, E. – Rijken, R. V. – Lawick, J. V. – Bom, H. – de Schipper, J. C. – Lamers-Winkelmann, F. (2017): I'll Never Forgive You: High Conflict Divorce, Social Network, and Co-Parenting Conflicts. *Journal of Child and Family Studies*, 26(11): 3055–3066. <https://doi.org/10.1007/s10826-017-0821-6>



Kint és bent

Outdoor módszerek és terek használata a magyarországi szociális munkában

Kosztka Júlia

KOSZTKA JÚLIA: ELTE Szociológia Doktori Iskola – julia.kosztka@gmail.com

ABSZTRAKT Kutatásom során a különböző tapasztalati tanulás alapú outdoor módszerek szociális munka elméletében és gyakorlatában való megjelenését vizsgáltam magyarországi fókusszal. Szakértői interjúkat készítettem praktizáló szociális munkás szakemberekkel: az outdoor módszerekről, a természeti környezet és a szociális munka kapcsolatáról, ezen témákkal kapcsolatos tapasztalataikról és véleményükről kérdeztem őket. Interjúalanyaimat előzetes ismereteim és hólabda módszer alapján kerestem meg, ügyelve arra, hogy a szociális munka minél több területére betekintést nyerhessek.

A kutatás alapján elmondható, hogy a szociális munka alkalmazott módszereinek készlete szerteágazó, ezek kiválasztásánál az ügyfélcsoport sajátosságai és igényei mellett az adott intézménynél dolgozó kollégák személyes érdeklődése és „hozott eszköztára”, valamint a finanszírozási lehetőségek egyaránt fontos tényezők. Vizsgálatom fókuszában a tapasztalati tanulás alapú outdoor módszerek: élménypedagógia, outdoor tréning, vadon- és kalandterápiás eszközök állnak. Ezek közül leginkább az (indoor) élménypedagógia jelenik meg a hazai szociális munkások által alkalmazott módszerek között. A szabadtér, a természeti környezet szakmai munkába való bevonása leginkább rekreációs és szabadidős programok terén jelenik meg, és függ az adott intézmény sajátosságaitól és az érintett szakember(ek) természethez való személyes viszonyától is. Az új módszerek megismerése és alkalmazása iránt nagyfokú nyitottság tapasztalható a kérdezett szakemberek részéről, ahogyan a fenntarthatóság és környezetvédelem szakmai munkába való bevonása iránt is.

Kulcsszavak: tapasztalati tanulás, tapasztalati outdoor módszerek, szociális munka módszertana, szakértői interjú

In and out – The Use of Outdoor Methods in Social Work in Hungary

ABSTRACT In this research, focusing on Hungary, I investigated how different experiential learning based outdoor methods are presented in the practice of social work. I made expert interviews with practicing social work professionals: I asked them about the methods they use, the relationship between the natural environment and social work, their experience and opinion of these topics. I found my interviewees based on snowball-sampling with specific emphasis on gaining an insight into as many fields of social work as possible.

Based on the research, it could be said that the methodology toolbox used in social work is diverse. When selecting one or another method, besides the needs and characteristics of the given client group, equally important factors are the interests and skillsets of the colleagues working at a given institution as well as the financing opportunities. The focus of my research was on methods based on experiential learning: outdoor experiential education, outdoor training, wilderness and adventure therapy tools. Out of these is mostly (indoor) experiential learning/education that is found among the methods used by Hungarian social workers. Involving the outdoors and the natural environment in professional work, mostly happens in the area of recreational and free-time activities and depends upon the characteristics



of the institution and the personal connection to nature of the professionals in question. A high level of interest and openness has been demonstrated in terms of learning and applying new methods as well as including sustainability and environmental protection in professional work.

Keywords: experiential learning, experiential outdoor methods, methodology of social work, expert interview

BEVEZETÉS

A szociális munka tradicionálisan sokrétű mind ügyfélkörét, mind elméleti kereteit és módszereit tekintve. Feltehetően éppen a több, egymástól igen különböző szükségletekkel és problémákkal rendelkező ügyfélcsoport – mint például a gyerekek, családok, fogyatékos személyek, hajléktalan személyek, idős vagy szerhasználó emberek csoportjai – miatt alakult ki a szakmának többretű, számos tudományterületről, többek között a pszichológiából, pedagógiából, szociológiából is merítő komplex módszertana.

A tapasztalati tanulásra épülő outdoor módszerek, mint a vadonterápia, a kaland- és élményterápia nemzetközi szinten egyre inkább elkezdett beépülni a szociális munkások eszköztárába, hazánkban azonban ma még kevéssé alkalmazott a szakemberek körében. A természetben zajló különböző módszereknek, vagyis a természeti környezet – a „vadon” – bevonásának lehetősége a magyarországi szociális munka képzése és gyakorlata számára ma még kevéssé felfedezett és használt terület. Ez nem jelenti azt, hogy ne alkalmaznának hazánkban különböző szociális intézményekben vagy projektekben tapasztalati tanulásra alapuló vagy élménypedagógiai elemeket, illetve hogy ne használnák a természeti környezet pozitív hatását. Több kiváló példát is találhatunk ezek alkalmazására a hazai szakmatörténetben. Ennek ellenére a módszer még nem széleskörűen elterjedt. Fontosnak tartom, hogy a tapasztalati tanulás és annak természeti környezetben való alkalmazása tudatosan és szakmailag megalapozottan, releváns módon jelenjen meg a szociális munka hazai gyakorlatában, elősegítve a hatékonyabb munkavégzést és a kitűzött szakmai célok elérését.

Jelen tanulmányommal célom betekinteni a természetben zajló (outdoor) módszereknek a hazai szociális munka gyakorlatában való megjelenésére, alkalmazási módjaiba és területeire. Arra keresem a választ, hogyan alkalmazzák – ha alkalmazzák – a természeti közeget és a különböző tapasztalati tanulásra épülő módszereket a magyarországi szociális munkások, vannak-e a szakmai munka szerves részét képező jó gyakorlatok, melyek például szolgálhatnak más szervezetek, intézmények számára. Megvizsgálom, hogy milyen területeken és célcsoportokkal lehetne még alkalmazni a tárgyalt módszereket a hazai praxisban. Felmérem, hogyan vélekednek a szakemberek a természet szociális munkához való viszonyáról és kitérek a fenntarthatóság és környezetvédelem lehetséges kapcsolódási pontjaira is.



ELMÉLETI HÁTÉR

A szociális munka szakma és a természeti környezet között többféle kapcsolódási pontot is találhatunk. Az egyik ilyen kapcsolódás, hogy a mára már vitathatatlan tudományos tényként kezelt globális környezeti változások kölcsönhatásban állnak a társadalmi változásokkal (Bendell 2018), létrehozva egyfajta közös környezeti-társadalmi problémakört, melyre a szociális munka – céljából és működéséből adódóan – reagál. Egyre nő a szociális sztoakmák körében a környezet tisztításának megállítására való odafigyelés (Teixeria – Krings 2015), és erősödik az érdeklődés a fenntarthatósági aspektusok iránt (Pulla 2014). Erre az egyre jelentősebbé váló témára való odafigyelés hívta életre a szociális munka újabb megközelítéseit: a zöld szociális munkát (Dominelli 2012), a környezet-fókuszú szociális munkát (Gray et al. 2013, Ramsay – Boddy 2016) és az öko-szociális munkát (Mary 2008, Boetto 2017).¹

A szociális munka és a természet egy másik, jelen kutatás szempontjából releváns kapcsolódási pontja, amikor a szociális munkások természeti környezetben, a természetet helyszíntként, kvázi „eszközként” vagy inkább „asszisztensként” használva dolgoznak ügyfelekkel különböző problémák megoldásán, személyes fejlődésük és céljaik elérésének előmozdításán. A természetben töltött idő – így bármilyen természetben tartott program is – nem csak a személyes fejlődésre van pozitív hatással (Gass et al. 2012), hanem a természetre való odafigyelésre, környezettudatosságra is. Egy friss 24 000 fős reprezentatív mintán végzett brit kutatás bizonyítja, hogy minél több időt tölt valaki természeti közegben, annál inkább részt fog vállalni a természet megóvásában, és mindennapi életének is inkább része lesz a környezettudatosság, például szelektív hulladékgyűjtés megvalósításával (Alcock et al. 2020).

A természetre, természet és ember kapcsolatára való odafigyelés, a különböző szabadtéri programok és outdoor módszerek nemzetközi szinten egyre inkább elkezdtek beépülni a szociális munkások eszköztárába (Norton 2012), Magyarországon azonban ma még kevésbé alkalmazzák e módszereket a szociális szakemberek (Rákár-Szabó – Szabó 2016). Magyarországon ma hozzávetőlegesen 10-12 civil szervezet alkalmaz természetben zajló tapasztalati oktatást vagy tapasztalat-alapú terápiás programelemeket hagyományos programjába illesztve (Rákár-Szabó – Szabó 2016), élménypedagógiai elemeket pedig ennél jóval többen és elterjedtebben. Az outdoor tapasztalati tanulás alapú módszerek jól használhatók a különböző célcsoportokkal való segítő, támogató munkában, így a szociális munka területén is. Többek között veszélyeztetett vagy bűnelkövető fiatalokkal, gyermekvédelmi gondoskodásban lévő gyerekekkel, szenvedélybeteg emberekkel vagy különböző kisebbségekhez tartozókból álló, illetve női csoportokkal igen hatékonyan működik a módszer, ezt bizonyítják a programokról szóló beszámolók (Gass et al. 2012) és kutatási eredmények is (Kaplan – Talbot 1983, Miles 1987, Berman – Davis-Berman 1994, Mitten 2009).

¹ A természet és a szociális munka előzőekben említett kapcsolódási formájáról bővebben írok a *Metszetek* folyóirat 2020. októberi számában megjelent tanulmányomban.



Tapasztalati tanulás és természetben levés mint közös elméleti alap

A természetben zajló vagy outdoor módszerek szinte kivétel nélkül a tapasztalati tanulásra épülnek. Ennek folyamata a cselekvés és tapasztalás fázisával indul, ezt követi a megfigyelés és reflexió szakasza, majd az absztrakció és általánosítás, végül pedig az aktív kísérletezés, vagyis a megszerzett tapasztalatok átgondolása utáni újbóli cselekvés (Kolb 1984). Ahány résztvevő van egy tapasztalási eseménynek, annyi különböző észlelés történik, ezek élményekké alakulnak, melyek feldolgozásával, reflexiójával érhető el valamifajta felismerés, alakul a tanulási folyamat. A tudás tehát tapasztalatokból konstruálódik (Michl 2017). A tapasztalati tanulás egy körkörös, többfázisú folyamat, ahol az egyén aktív cselekvő, aki a már megszerzett tapasztalatait és tudását a következő tapasztalásokba beépítve folyamatosan változtathat viselkedési mintáin, vagyis fejlődhet.

A tapasztalati tanulás és az erre épülő természetben zajló módszerek másik alapvetésének tekinthető a tanulási zóna modell (Luckner – Nadler 1997). Az elmélet szerint három „észlelési zónára” osztható a helyzetek megélése: a komfort zónára, a tanulási vagy növekedési zónára és a pánik zónára. A viselkedés attól függ, hogy egy adott helyzet vagy cselekvés közben melyik zónában tartózkodik az egyén. A tanulási zóna az a terület, ahol fejlődni lehet, mivel itt teljesíthető kihívásokkal találkozunk és ezekhez újfajta viselkedési módokra van szükségünk. A komfort zónában nincs szükség új viselkedésekre, hiszen valószínűleg jól működnek megszokott módszereink. A pánik zónában a megszokott módszerek nem működnek, újak kialakítása pedig a félelemtől és cselekvőképtelenségtől nem lehetséges (Luckner – Nadler 1997). A tapasztalati tanulás alapú programok kifejezett célja legtöbbször a résztvevők tanulási zónába való mozdítása, lehetővé téve így új élmények és tapasztalatok megélésén keresztül új viselkedések, reakciók kipróbálását.

A természeti környezetben zajló programok lehetőséget teremthetnek mind a szociális munkások, mind ügyfeleik számára a tanulási zónájukba való belépésre és az abban való mozgás gyakorlására biztonságos keretek között. A mai kor városban élő emberének az erdők, a vadon, a természeti környezet nem természetes és ismerős léttér, hanem ennek épp az ellenkezője: idegen, ismeretlen, kényelmetlennek és olykor veszélyesnek is tűnő környezet (Mitten 2009), amely emiatt megfelelő tér lehet – szakmai irányítással – a tanulási zónába való át lépésre és újfajta megküzdési módszerek tanulására, vagyis a fejlődésre.

Tapasztalati outdoor módszerek

A „tapasztalati outdoor módszerek” egy gyűjtőfogalom, melybe beletartozik a tapasztalati oktatás vagy élménypedagógia, a vadon- természet- és kalandterápiás módszerek és a természetben zajló/outdoor tréning. Az 1. számú táblázatban e módszerek főbb jellemzői láthatók összefoglalóan.

**1. táblázat** Tapasztalati outdoor módszerek

Tapasztalati outdoor módszerek			
Élménypedagógia/ tapasztalati oktatás	Természetben zajló tréning	Vadonterápia/ természetterápia	Élményterápia/ kalandterápia
<i>Erlebnispädagogik/ Experiential Education</i>	<i>Outdoor Training</i>	<i>Wilderness Therapy/ Nature Therapy</i>	<i>Adventure Therapy</i>
Tapasztalati tanulásra épül (Kolb 1984)			
Természeti környezetben, szabadtéren zajlik			
Fontos része a reflexió és feldolgozás			
Önismereti, fejlődési fókusz	Önismereti, szervezetfejlesztési fókusz	Terápiás cél, kapcsolódhat tradicionális terápiás módszerekhez	
Gyerekeknek, fiatoknak, felnőtteknek	For-profit és nonprofit szférában, vezetőképzéseken	Speciális csoportoknak, pl. szenvedély- beteg emberek, bántalmazott nők, hátrányos helyzetű fiatalok stb.	
Pl. személyiség- és készségfejlesztő játékok	Pl. együttműködést fejlesztő csoportos gyakorlatok	Pl. természeti metaforákkal való munka	Pl. kötélpálya- gyakorlatok, expedíció

Forrás: Saját szerkesztés, Bandoroff – Newes 2004, Gass et al. 2012, Michl 2017 alapján

Ezen módszerek közös jellemzője, hogy változatos célcsoportokkal és fókusszal alkalmazhatók, a tapasztalati tanulás elméletére épülnek és szabadtéren, lehetőleg minél természetközelibb környezetben zajlanak. Képzett szakember, pl. élménypedagógus, outdoor tréner, vadonterapeuta, kalandterapeuta vezetésével vagy közreműködésével zajlanak. Hangsúlyos részük a reflexió, vagyis a szerzett tapasztalatok irányított feldolgozása, ahol hangsúlyt kap az újonnan elsajátított viselkedések, megküzdési stratégiák való életbe való átültetésének lehetősége is.

Az élménypedagógia vagy tapasztalati oktatás olyan cselekvésorientált módszer, ahol a résztvevőket különböző szociális, fizikai és lelki kihívások elé állítjuk, hogy mintaszerű tanulási folyamatok segítségével fejlődhessen a személyiségük és különböző készségeik (Michl 2017). Első számú célcsoportjai a gyermekek és fiatalok, fő fókusza az önismeret és a személyes fejlődésen van, kedvelt módszerei a különböző csoportos személyiség- és készségfejlesztő játékok. A természetben zajló vagy outdoor tréning egy erdős-fás környezetben végzett csoportos tréning, ahol a résztvevők különböző szabadtéri sportokon és együttműködést fejlesztő játékokon keresztül végeznek önismereti munkát. Készség- és szervezetfejlesztési potenciálja miatt gyakran alkalmazzák pl. vezetőképzésben a for- és nonprofit szektorban is. A tapasztalati tanulásra épülő outdoor módszerek terápiás irányzatát képviselik a vadonterápia és természetterápia, illetve az élmény- és kalandterápia, melyek működhetnek önálló terápiaként is, vagy kapcsolódhatnak hagyományos terápiás programokhoz is. A kalandterápia a tapasztalati terápiák egy természeti környezetben megvalósuló változata, mely valamilyen kaland-alapú aktivitást kínál, amit egyéni vagy csoportos feldolgozás követ. Fontos jellemzői a kliensek



egyéni igényeinek és a terápiás cél komplexitásának figyelembe vétele, a kliens kontextusa, a terapeuta háttértudás és beágyazottsága, valamint a beavatkozás időtartama és utánkötése (Rákár-Szabó – Kenézlői 2019). Jellemző célcsoportjai például a bántalmazott nők csoportja, hátrányos helyzetű fiatalok vagy szenvedélybeteg emberek. Különlegességét tapasztalati jellege, természeti sajátosságai és a terapeutával való kapcsolat együttesen adják (Crisp 1998).

MÓDSZEREK

Kutatásom fő módszere az interjúzás volt, melyhez a releváns szakirodalom áttekintése szolgált alapul. Az irodalom áttekintésével megvizsgáltam a szociális munka és a természet kapcsolódási pontjait, definiáltam a különböző outdoor módszereket, valamint ezek szociális munkában való alkalmazási lehetőségeinek felvázolására is kísérletet tettem (lásd 1. táblázat).

Nyolc félig strukturált szakértői interjút készítettem Budapesten praktizáló szociális munkásokkal. Interjúalanyaim kiválasztásakor előzetes ismereteimet és a hálóba módszert alkalmaztam, vagyis interjúalanyaim ajánlásai alapján kerestem fel további intézményeket, szakembereket. Célom volt a szociális munka minél több területén tapasztalattal rendelkező szakemberek elérése. Az interjúkat online vettem fel, ennek oka főként a kialakult járványügyi helyzet okozta szükségyszerűség. Interjúim elemzésekor az Atlas kvalitatív adatelemző szoftvert használtam. Elemzésemhez az interjúvázat kérdéscsoportjai adták a főbb dimenziókat, ezeken belül kódcsoportokat hoztam létre és használtam az interjúk feldolgozásához. Eredményeim is e dimenziók mentén csoportosítva mutatom be.

Eredményeim tehát különböző szakmaterületeken dolgozó szociális munkás szakemberekkel készült interjúkon keresztül egy pilot-kutatás jellegű betekintést adnak a vizsgált módszerek magyarországi reprezentációjába és alkalmazási lehetőségeibe. Kutatásom nem reprezentatív sem a magyarországi, sem a budapesti szociális munkásokra, vagy a vizsgált szakmaterületekre nézve. Célom nem is ez volt, hanem a kérdezett szakemberek tapasztalatain és véleményén keresztül egy alapozó munka elkészítése, amely alapul szolgálhat további kutatóknak és szakmai diskurzusoknak.

EREDMÉNYEK

Vizsgálatom fókuszpontjai az outdoor módszerek alkalmazási lehetőségeinek számbavétele mellett a szakemberek által alkalmazott egyéb szakmai módszerek összegyűjtése, a természethez való szakmai kapcsolódás és a fenntarthatósággal kapcsolatos viszonyulások felmérése. Eredményeim ezen főbb dimenziók szerint csoportosítva mutatom be, bár úgy vélem, nem különálló, hanem egymással szervesen kapcsolódó tématerületekről van szó, melyek együttesen, egymást erősítve jelennek meg a szakemberek munkájában is.

Végzettség és munkahely

Interjúalanyaim változatos klienscsoportokkal dolgoznak, lefedve a szociális munka sok fontos szakmaterületét. Előfordul, hogy egy szakember a főállása mellett másodállást vagy szak-



mai jellegű önkéntes munkát vállal, tapasztalataik így még inkább széleskörűek. Kutatásom során nem teszek különbséget fő- vagy mellékállású munkaviszony, illetve önkéntesen végzett szakmai munka között, amennyiben jelenleg fennálló rendszeresen végzett tevékenységről van szó. Hárman dolgoznak jelenleg a hajléktalanellátás területén éjjeli menedékhelyen, illetve idős hajléktalanoknak fenntartott intézményben, hárman a szenvedélybetegellátás területén szerhasználó fiatalokkal és felnőttekkel alacsonyküszöbű ellátás keretében. Kettő dolgoznak ifjúsági közösségi terekben hátrányos helyzetű gyerekekkel és fiatalokkal, kettő családsegítő és gyermekjóléti központban. Egy-egy kérdezett szakember dolgozik holokausz-túlélőket segítő alapítványnál, vak és gyengénlátó gyerekek számára szabadidős programokat szervező alapítványnál, krónikus beteg gyerekeket és családjaikat táboroztató alapítványnál. Egy ifjúsági közösségi térben dolgozó szakemberen kívül mindenki szociális munkás pozícióban tevékenykedik a főállását tekintve. Mindannyian rendelkeznek szociális munkás diplomával (általános szociális munka szak vagy szociális munka alapképzési szak), hárman szociális munka mesterképzést is végeztek. Megemlítették változatos kiegészítő képzéseket is, melyek hasznosak a munkavégzésük szempontjából: OH-kártya instruktorként (2 fő), addiktológiai konzultáns, filozófia alapszak, fitness instruktorként végzettség, folyamatban lévő pszichológiai, illetve neveléstudományi egyetemi tanulmányok, valamint változatos kreditpontos szakmai továbbképzéseken való részvétel.

Alkalmazott módszerek és elméleti keretek

Arra a kérdésre, hogy milyen szemléletet, elméleti megközelítéseket vagy módszereket használnak munkájuk során, jellemzően inkább gyakorlati módszereket, eszközöket soroltak fel kérdezetteim, melyek nem csak a szociális munka hagyományos eszköztárából származnak, hanem megjelentek kiegészítő képzéseken elsajátított eszközök és társszakmáktól átvett módszertanok is, jól példázva, hogy a különböző klienscsoportokkal való munkában különböző megközelítésekre és módszerekre van szükség. Kutatásomban módszerként értelmezek minden olyan szakmai eszközt, tevékenységet, beavatkozást, melyeket interjúalanyaim munkájuk során használtak szakmai módszerként definiáltak, függetlenül ezek esetleges eltérő szakma-elméleti besorolásától. Nem kívánom ezzel elvitatni a szakma-elmélet fogalmainak, a különböző módszertani és beavatkozási szintek, folyamatmodellek relevanciáját és ismeretük fontosságát, csupán jelen kutatás során relevánsnak tűnik számomra a kapott válaszok különbségtétel nélküli elemzése. Az interjúalanyok által megnevezett módszerek a gyakoriság sorrendjében (amelyeket legalább ketten említettek, elől a legtöbbet említett módszer):

- Csoportozás, szociális csoportmunka
- Kötetlen beszélgetés (nem előre megbeszélte időpontban és konzultációs helyiségben, hanem valamilyen szabadidős/mindennapi tevékenység közben, spontán kialakuló)
- Élménypedagógiai játékok, gyakorlatok (jellemzően gyerekekkel, fiatalokkal)
- Egyéni esetkezelés (jellemzően felnőtt ügyfelekkel)
- Közösségi és szabadidős programok (gyerekekkel és felnőttekkel egyaránt)
- Reflexiók beszélgetések, megosztó és feldolgozó körök (programokhoz kapcsolódóan)
- Segítő beszélgetés (egyéni, felnőttekkel és fiatalokkal)
- Projektív technikák (OH kártya, mozgásterápia, grafikus technikák, művészeti elemek)
- Személyiségfejlesztő/önismereti programok, gyakorlatok (egyéni és csoportos)



Egy-egy esetben felmerültek olyan módszerek is, mint a jogafoglalkozás, filmvevítés, főzőklub, társasjáték csoport, mentoráció, élmény-mentoráció, drámapedagógia, kötélpálya-gyakorlatok, állatasszisztált terápiais program, konfliktuskezelés, kritikai pedagógia, családlátogatás, projekt módszer. Valóban sokrétű módszertani repertoárról számoltak be a kérdezett szakemberek. Az elmondottak alapján kirajzolódik, hogy az alkalmazott módszerek kiválasztásánál az ügyfélcsoport sajátosságai és igényei mellett az adott intézménynél dolgozó kollégák személyes érdeklődése és „hozott eszköztára”, valamint a finanszírozási lehetőségek egyaránt fontos és gyakran korlátozó tényezők.

Az élménypedagógia és a tapasztalati tanulás egyre inkább beépülnek tűnik a szociális munka módszertanába, a kérdezett szakemberek több mint fele alkalmazza munkája során valamilyen formában.

A konkrét gyakorlati módszerek mellett felmerültek elméleti megközelítések is, melyek a következők, szintén a gyakoriság sorrendjében:

- humanisztikus szemlélet
- rendszerszemlélet
- empowerment
- resztoratív szemlélet.

Arra a kérdésre, hogy milyen módszereket használnának szívesen, tartanak hatékonyan beépíthetőnek munkájukba a most alkalmazottakon kívül, szintén sokszínű válaszok érkeztek (gyakoriság szerint):

- élménypedagógia
- tematikus csoportfoglalkozások
- drámapedagógia
- családterápia
- mozgás- és táncterápia
- állatasszisztált terápia
- közösségi kert működtetése
- közösségi programok
- mentorprogram
- vadon- és kalandterápia.

Összességében elmondható, hogy a különböző csoportos aktivitások és projektív technikák nagy népszerűségnek örvendenek. Jellemző a beltéri, telephelyhez kötött munkavégzés, leszámítva az ifjúságot célzó közösségi tereket és szabadidős programokkal foglalkozó szakembereket, akik gyakrabban használnak intézményen kívüli helyszíneket is különböző programjaikhoz.

A természeti környezet hasznosulása – „jó gyakorlatok”

A kérdezett szakemberek jellemzően úgy vélik, hogy a szabadtéren, természeti környezetben töltött idő pozitív hatással van/lenne az ügyfeleikre, ketten a szabadtéri környezet szakemberekre gyakorolt jótékony hatását is kiemelték. A természeti környezet pozitív hozadékaként



felmerült az egészségi állapotra gyakorolt hatás, a stressz csökkenése, a testtudat erősödése és a testkép pozitív irányú változása, a tanulási zóna növekedésének lehetősége és a természetben töltött idő általános terápiás hatásának megnyilvánulása.

„...ezt megtanulod a saját bőrödön, hogy mondjuk egy bizalmat hogy élsz át, vagy hogy mered bele engedni magad a helyzetbe, vagy hogy nem mered. ... És ezt konkrétan úgy lehetne nekik tanítani, hogy először is a saját testükben és a saját erejükben hogyan bízhatnak, és erre lennének konkrét példák, hogy ezt és ezt megcsináltam és ezt és ezt nem csináltam meg.” (Interjúrészlet, szerhasználókkal dolgozó szociális munkás)

„Ilyen megnyugtató, meg a kikapcsolódás. ... Azért ez [az elszigetelt erdei környezet] egy olyan érzést ad, hogy kizárod az egész világot, a való világot, ami van, és csak oda koncentrálsz. És nekik ez ott főleg nagyon kell. Mert így a betegséget meg mindent kint hagynak, és csak úgy élvezik.” (Interjúrészlet, krónikus betegekkel dolgozó szociális munkás)

„Az, hogy a természetben van, az egy plusz adalék, az egy pozitívum, mert jó hatással van az immunrendszerre, az pedig csökkenti a stressz distressz helyzetét, és innenől kezdve már csak maga az is terápiás, hogy kint vagyunk. És egyébként szerintem pont mentális betegeknel és szegényeknel ez nem tud megvalósulni nagyon gyakran az életben.” (Interjúrészlet, felépülő függőkkel dolgozó szociális munkás)

A kérdezettek munkahelyein természeti környezetben jellemzően szabadidős, rekreációs programokat és foglalkozásokat szerveznek, legnépszerűbb a bográcsózás és a rövidebb, fél- vagy egynapos kirándulások. Egyéb említett szabadterei programok: hajléktalanok éjjeli menedékhelyén főzőklub, gyógytorna és zöldséges kert, szerhasználók alacsonyküszöbű intézményében graffiti, sport és relaxációs foglalkozás, ifjúsági közösségi terek programjában tematikus városi séták, sportprogramok, élmény-mentoráció. A beszélgetések alapján kirajzolódott, hogy a szabadteret használata inkább az intézmény adottságain múlik, nem pedig kifejezett szakmai döntésen: például ha nincs megfelelő belső tér, de van a közelben elérhető kert vagy parkos rész, ott valósítják meg a bent nem elférő programokat. Jelentős tényező ezen kívül az adott szakember személyes természethez való viszonya is: aki a magánéletében sok időt tölt a természetben, az a munkahelyére is inkább „viszi be” az outdoor terek használatát. Kivételt képez a krónikus beteg gyerekeknek szóló terápiás tábor, ahol tudatos terápiás célú „természet-használat” tapasztalható kötélpályával, mint kalandterápiás elem, állatasszisztált terápiás programelemmel és zárt erdei elhelyezkedéssel. Szintén kalandterápiás megközelítést alkalmaz egy szerhasználókkal foglalkozó szervezet, akik sátorozós táborot szerveznek felépülő függő ügyfeleiknek reflektált sziklamászás programelemmel. A természetet ennyire tudatosan használó programok egyértelműen inkább különlegességnek számítanak a magyarországi szociális munkában a szakemberek szerint, mint általános trendnek.

A szabadterén zajló fejlesztő és terápiás célú programok (különös tekintettel az outdoor élménypedagógiára és a vadon-, kalandterápiás módszerekre) szociális munkába való hatékony beépíthetőségéről – bár nem elterjedt módszerekről van szó, a kérdezettek fele az interjú során hallott róluk először – egyöntetűen pozitívan vélekednek a szakemberek, a célcsoportokat illetően azonban vannak eltérő vélemények. A válaszadók többsége hatékonynak tartaná ezt a munkaformát felépülő szenvedélybeteg ügyfelekkel, gyerekekkel, pszichiátriai



ellátásban lévő felnőttekkel és fogyatékos személyekkel. A kérdezettel fele potenciális célcsoportként említette a hátrányos helyzetű gyermekeket és családjaikat, az időseket és a kamasz korosztályt. Említésre kerültek még a hátrányos helyzetű felnőttek, börtönben lévők, látásérült vagy vak gyerekek és a közösségi ellátásban résztvevő ügyfelek. A hajléktalan emberekkel való outdoor munkavégzés volt a legmegosztóbb a válaszadók között: a kérdezett szakemberek harmada kifejezetten előnyösnek tartja számukra ezeket a programokat, míg ugyanennyien egyáltalán nem tudják elképzelni a munkavégzés hatékonyságát az ügyfélcsoport speciális szükségletei és a szabadban levéssel való vélhetően negatív tapasztalatai miatt.

A szenvedélybeteg ellátásban dolgozó kérdezettek egyöntetűen kevésbé alkalmazhatónak és nagyon kockázatosnak tartanak az outdoor módszereket az alacsonyküszöbű ellátásban lévő aktív szerhasználó ügyfeleiknél, felépülő függőknél azonban kifejezetten hatékonynak gondolják azokat. A válaszok összecsengenek a nemzetközi szintéren tapasztalhatókkal, az említett célcsoportok számára mind találhatunk programokat az élménypedagógia vagy a vadon- és kalandterápia területén, különösen elterjedtek például a traumafeldolgozó és szenvedélybeteg emberek rehabilitációját célzó programok (Gillis 1992, Gass 1993, Crisp 1998, Bandoroff – Neues 2004).

Fenntarthatóság és felelősségvállalás

Kiegészítő kérdéskörként a szociális munka mint szakma és a szociális munkások fenntarthatósággal és környezetvédelemmel kapcsolatos felelősségére, lehetséges szerepére is rákérdeztem. Úgy vélem, a természetben való munka lehetőségeit kutatva érintenünk kell, még ha érintőlegesen is, a természettel kapcsolatos viszonyunkat a környezetvédelmi szerepvállalásunk és felelősségvállalásunk tekintetében is. Interjúalanyaim egyöntetűen úgy vélik, hogy lenne feladata a szociális munkának a környezeti változások és fenntarthatóság terén, hiszen munkájuk célja a társadalmi jóllét, az emberek jóllétének támogatása, amely enélkül az aspektus nélkül nem elképzelhető.

„Ez [a fenntarthatóság] egy ugyanolyan fontos kérdés, mint a klienseink helyzete, mert előrevetítve ez mindenkire nézve fontos lesz egyszer, vagyis már most is az igazából. Úgyhogy szerintem fontos, hogy legyen aki tud ezzel külön foglalkozni, legyen egy külön tér a szakmában, ami csak erről szól.” (Interjúrészlet, holokauszt túlélőkkel dolgozó szociális munkás)

„Szerintem Magyarországon abszolút nincs, mármint hogy lenne, nagyon lenne, de nincs [szakmai felelősségvállalás a fenntarthatósággal kapcsolatban]. És az az érdekes, hogy az egyetemi képzésben sem jelenik meg, csak talán azt hiszem, hogy a civil tanulmányoknál van egy-két ilyen óra, de az már mesterképzés, tehát oda te nem feltétlenül jutsz el.” (Interjúrészlet, szerhasználókkal dolgozó szociális munkás)

„Hát én azt gondolom, hogy van [feladata a szociális munkának a fenntarthatósággal], mert alapvetően mindenkinek kellene, hogy legyen. ... Nálunk a szelektív hulladékgyűjtés, ami megy, és ez így jól működik, dobozok és minden, és van a teamből, aki kifejezetten ezért felel és csinálja.” (Interjúrészlet, ifjúsági közösségi térben dolgozó szociális munkás)



A kérdezettek munkahelyén leginkább a szelektív hulladékgyűjtésben és az egyszerűhasználatos műanyag eszközök tudatos kerülésében nyilvánul meg a környezettudatosság. Felmerült ezen kívül egy-egy esetben a komposztálás, az egészségtudatos étkeztetés, a zöldségekert fenntartása és a használt fecskendők begyűjtése, mint a környezet védelmét és a fenntarthatóságot támogató tevékenység. Negatívumként, hiányosságként említették az adminisztrációs kötelezettséggel járó papírfelhasználást, a rendszertől való függőséget, amely megnehezíti az újító megoldások bevezetését a fenntarthatóság terén is, valamint azt, hogy a fenntarthatóság és környezetvédelem nem kap elegendő hangsúlyt a szociális munkás képzésben. Hogy hol húzódik a szakma felelőségének határa e tekintetben, és mi az, amit a gyakorlatban reálisan meg tud tenni egy szociális munkás, nehezen megválaszolható kérdés, mivel rendszerbe ágyazottan működő intézményekről van szó, illetve komplex, összetett folyamatokról.

DISZKUSSZIÓ

Vizsgálatom fókuszában a tapasztalati tanulás alapú outdoor módszerek: élménypedagógia, outdoor tréning, vadon- és kalandterápiás eszközök álltak. Ezek közül leginkább az (indoor) élménypedagógia jelenik meg a magyarországi szociális munkások alkalmazott módszerei között. A szabadter, a természeti környezet szakmai munkába való bevonása leginkább rekreációs és szabadidős programok terén jelenik meg és függ az adott intézmény sajátosságaitól és az érintett szakember(ek) természethez való személyes viszonyától is. Tudatos terápiás célú természethasználattal inkább unikumként jelenik meg. Az új módszerek, ideértve a tapasztalati tanulás alapú outdoor módszereket, megismerése és alkalmazása iránt nyitottság tapasztalható a szakemberek részéről, ahogyan a fenntarthatóság és környezetvédelem szakmai munkába való bevonása iránt is.

Jelen kutatásom alapján is elmondható, hogy a szociális munka alkalmazott módszereinek készlete szerteágazó és az adott ügyfélcsoport igényeihez és a szakemberek érdeklődési köréhez is igazodva organikusan változik. Közismert állítás, hogy a szociális munkás a személyiségevel (is) dolgozik. Kutatásom alapján igaznak tűnik ez a megközelítés az alkalmazott módszerekre is: a szakemberek sok esetben a szabadidős tevékenységeikhez, esetleges más végzettségeikhez, személyes érdeklődési köreikhez nyúlnak a programok tervezésekor, módszerek és eszközök kiválasztásakor. A természeti környezettel való privát viszonyuk is befolyásoló tényezőként jelenik meg például az outdoor módszerek vagy környezettudatos gyakorlatok alkalmazásának szempontjából. Az interjúk alapján arra a következtetésre juthatunk, hogy a természeti környezet szakmai munkába való tudatos beépítése Magyarországon inkább kivételnek számít. Jellemzőbb, hogy a kinti tereket és a természeti környezetet kvázi véletlenszerűen használják a szakemberek: amikor nincs megfelelő benti tér vagy éppen egy erdő mellett van az intézmény, esetleg nincs forrás terembérletre. A nem tudatosan alkalmazott természeti közeg is jelentős pozitív hatással bír, ez tovább növelhető tervezett és szakmailag megalapozott programokkal, tudatos természetben töltött idővel.

A szociális munkások részéről van igény szakmai eszköztárak bővítésére, frissítésére, a munkájuk során használt módszereken kívül számos más módszert is ismernek, érdeklődnek használatuk iránt és jellemzően követik a szakterületükön uralkodó trendeket és újonnan



megjelenő megközelítéseket, programokat, jó gyakorlatokat. Mindennapi munkájuk során kevesebb módszert alkalmaznak, mint amennyit szeretnének. Erre utal, hogy legtöbbszörüknek konkrét elképzeléseik, terveik vannak azzal kapcsolatban, hogy milyen módszereket alkalmaznának még szívesen a munkájuk során, illetve melyekről tanulnának szívesen továbbképzés vagy szakmai műhelyek, workshopok keretében, illetve melyek segítenék ügyfeleik fejlődését, gyógyulását. Úgy vélem, a szakmai képzések, továbbképzések valamilyen anyagi és/vagy munkahelyi támogatása elősegítené a szakemberek eszköztárának bővülését, mivel az anyagi és időbeosztásbeli nehézségek egyértelműen hátráltató tényezőként jelentek meg az interjúkban. Mivel a társadalmi problémák, az embereket érő hatások folyamatosan és dinamikusan változnak, ezekre reagálva folyamatosan változniuk kell a szociális szakmák beavatkozásainak, módszereinek is. Ebből kiindulva a szociális munkások esetében különösen nagy hangsúlyt kell fektetni az élethosszig tartó tanulás támogatására, a szakmai ismeretek folyamatos frissen tartására, bővítésére, színesítésére. A természeti környezet, az outdoor terek és módszerek tudatos – terápiás, fejlesztési vagy rekreációs célú – használatának szociális munkába való beágyazódásával nem csak színesedik a szakma eszköztára, hanem elősegíti a természettel való pozitív kapcsolat ki- vagy visszaalakítását mind az ügyfelek, mind a szociális szakma és képviselői részéről. A természetben eltöltött idő – fentebb már említett – jótékony hatásai elősegíthetik a szociális munka ügyfeleinek – és „mellékhatásként” maguknak a szakembereknek is – a jóllétét, fejlődését, gyógyulási folyamatát, közvetve hozzájárulva ezzel az egész társadalom „jobbán létéhez”.

A fenntarthatósággal és környezetvédelemmel kapcsolatos kérdéskör talán lazábban kapcsolódik kutatásom fő témájához. A társadalmi jóllétet tekintve nem elvitatható a kapcsolódás, főként ha elfogadjuk az ökopszichológia által is megerősített álláspontot, miszerint az ember és a természet nem elválasztható egymástól, hanem az ember, így az emberi társadalom is a természet része (Roszak 1992). A korábbiakban már említésre került, hogy minél több időt tölt valaki a természetben, annál nagyobb valószínűséggel fog odafigyelni a környezetére és a fenntarthatóságra, proaktívan viselkedni a természet megóvása érdekében (Alkock et al. 2020). Ebből kiindulva nem csak a kliensei és saját maga jólléte érdekében cselekszik az a szakember, aki természeti közegben, outdoor módszerekkel is dolgozik. Ha a természet jótékony hatásait szakmai munkánk során is élvezzük, használjuk, akkor talán még inkább jelentőséget kaphat a felelősségünk a természetnek a megóvása iránt.

A szociális munka és a természeti környezet, valamint a különböző társadalmi csoportok és a természet kapcsolatának további vizsgálata elősegítheti az aktuális társadalmi-környezeti folyamatok megértését, a fennálló vagy kialakuló konfliktusok feltárását és megoldásának megkísérlését is. A természeti környezetben való szociális munka alkalmazása és további kutatása pedig segíthet jobban megérteni a természetnek az emberek fizikai és mentális jóllétében játszott szerepét, elősegítve az outdoor módszerek minél szélesebb körű tudatos alkalmazását, a segítő munkában való hatékony alkalmazásukat.



IRODALOM

- Alcock, I. – White, M. P. – Pahl, S. – Duarte-Davidson, R. – Flaming, L. E. (2020): Associations between pro-environmental behaviour and neighbourhood nature, nature visit frequency and nature appreciation: Evidence from a nationally representative survey in England. *Environment International*, 136(3): o. n. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105441>
- Bandoroff, S. – Newes, S. (2004): What is Adventure Therapy? In: *Coming of Age-The Evolving Field of Adventure Therapy*, AEE Publishing, 1–30.
- Bendell, J. (2018): Deep Adaptation: A Map for Navigating Climate Tragedy. *IFLAS Occasional Paper 2*.
- Berman, D. S. – Davis-Berman, J. (1994): *Wilderness therapy: Foundations, theory and research*. Dubuque, IA: Kendall/Hunt Publishing.
- Boetto, H. (2017): A Transformative Eco-Social Model: Challenging Modernist Assumptions in Social Work. *British Journal of Social Work*, 42: 48–67. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw149>
- Crisp, S. (1998): International Models of Best Practice in Wilderness and Adventure Therapy. In Itin – C. M. (eds.): *Exploring the Boundaries of Adventure Therapy: International Perspectives*. Proceedings of the International Adventure Therapy Conference (1st, Perth, Australia, July 1997). Boulder, CO: Association for Experiential.
- Dominelli, L. (2012): *Green social work: from environmental crises to environmental justice*. Cambridge: Polity Press.
- Gass, M. A. (1993): *Adventure Therapy: Therapeutic Application of Adventure Programming*. Dubuque, Iowa: Kendall/Hunt publishing Company, 73–82.
- Gass, M. A. – Gillis, H. L. – Russell, K. C. (2012): *Adventure Therapy: Theory, Research, and Practice*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203136768>
- Gillis, H. L. (1992): Therapeutic Uses of Adventure-Challenge-Outdoor-Wilderness: Theory and Research. In: Henderson, K. (ed): *Proceedings of Coalition for Education in the Outdoors Symposium*. Cortland: State University of New York.
- Gray, M. – Coates, J. – Hetheington, T. (eds.) (2012): *Environmental Social Work*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203095300>
- Kaplan, S. – Talbot, J. F. (1983): Psychological Benefits of Wilderness Experience. In: Altman, I. – Wohlwill, J. F. (eds.): *Behaviour and Environment*. New York: Plenum Press. https://doi.org/10.1007/978-1-4613-3539-9_6
- Kolb, D. A. (1984): *Experiential learning: experience as the source of learning and development*. Prantice Hall: Englewood Cliffs. KéTTé Magyar Tapasztalati Tanulás Alapítvány „ADAHY” programjáról: <http://tapasztalati-tanulas-alapitvany.hu/empowerment/> (Utolsó letöltés: 2022. 04. 06.)
- Luckner, J. L. – Nadler, R. S. (1997): *Processing the experience: Strategies to enhance and generalize learning* (2nd ed.). Dubuque, IA: Kendall Hunt.
- Mary, N. L. (2008): *Social Work in a Sustainable World*. Oxford: Oxford University Press.
- Michl, Werner (2017): *Élménypedagógia*. Budapest: KéTTé Magyar Tapasztalati Tanulás Alapítvány.



- Miles, J. (1987): Wilderness as Healing Place. *Journal of Experiential Education*, 10(3): 4–10. <https://doi.org/10.1177/105382598701000301>
- Mitten, D. (2009): The Healing Power of Nature. *Taproot*, 19(1): 20–26.
- Norton, C. L. (2012): Social work and the environment: A ecosocial approach. *Journal of Social Welfare*, 21: 299–308.
- Pulla, V. (2014): Towards the Greening of Social Work Practice. *International Journal of Innovation, Creativity and Change*, 1(3).
- Ramsay, S. – Boddy, J. (2017): Environmental Social Work: A Concept Analysis. *British Journal of Social Work*, 47(1): 68–86. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcw078>
- Rákár-Szabó N. – Kenézlői E. (2019): A tapasztalati tanulástól a kalandterápiáig. Az 'Adventure Therapy' eredete, kulcsfogalmi és alkalmazásának pszichoterápiás alapja. *Serdülő- és gyermek-pszichoterápia folyóirat*, 12(1): 67–92.
- Rákár-Szabó, N. – Szabó G. T. (2016): Historical background of Adventure Therapy in Hungary. „Reaching for Roots and Finding a Forest” Results from the European partnership project REACHING FURTHER. 40–43. http://adventuretherapy.eu/wpcontent/uploads/2017/02/Booklet_Docu_GATE17_150ppi.pdf. (Utolsó letöltés: 2020. 04. 05.)
- Roszak, T. (1992). *The voice of the earth*. New York: Simon & Schuster.
- Teixeira, S. – Krings, A. (2015): Sustainable Social Work: An Environmental Justice Framework for Social Work Education. *Social Work Education*, 34(5): 513–527. <https://doi.org/10.1080/02615479.2015.1063601>



A gyerekkori fogyatékoság és a szegénység összefüggései Európában¹

Menich Nóra

MENICH NÓRA: Társadalomtudományi Kutatóközpont, Gyerekesély-kutató Csoport –
Menich.Nora@tk.hu

ABSZTRAKT A tanulmány célja, hogy áttekintse a gyerekkori fogyatékoság és a szegénység összefüggéseivel foglalkozó európai kutatási eredményeket. Habár e tényezők közötti kapcsolat régóta kutatott, a mögötte rejlő hatásmechanizmus magyarázata nem egységes. A kutatási eredményekből több irányzat rajzolódik ki: a tanulmányok egyik csoportja a fogyatékosággal élő gyerek születésének és nevelésének családi következményei között említi az elszegényedést, a másik csoport pedig epidemiológiai vizsgálatokra alapozva a család kedvezőtlen társadalmi-gazdasági helyzetét, társadalmi kirekesztettségét a fogyatékoság kialakulásának okai között sorolja. Ugyanakkor igen kevés olyan komplex megközelítésű vizsgálat van, amely e kétirányú kapcsolatot átfogóan elemzi. A kutatási eredmények függenek attól, milyen kérdésfelvetéssel, milyen adatokból, milyen céllal készült a kutatás, amely közli azokat.

Kulcsszavak: gyerekkori fogyatékoság, szegénység, társadalmi kirekesztettség

Associations between childhood disability and poverty in Europe

ABSTRACT The aim of this study is to provide an overview on the European literature about the associations between childhood disability and poverty. Although the connection between these factors has been well researched, the explanation for the causal mechanisms behind is not clearly addressed. More interpretations emerge from the recent international research: one group of studies mentions poverty as one of the 'family consequences' of the birth and upbringing a child with disability, another stated unfavorable socio-economic situation and social exclusion as one of the causes of childhood disability. Meanwhile, there is a lack of complex approach studies that comprehensively analyze this two-way relationship, so the research results depend to a large extent on the question, the data, and the purpose of the research.

Keywords: childhood disability, poverty, social exclusion

BEVEZETÉS

A fogyatékosággal élő gyerekek különösen sérülékeny társadalmi csoport, mert gyerekek és fogyatékosággal élnek. Körükben az átlagos gyerekekhez képest magasabb a szegénység és társadalmi kirekesztettség kockázata, nagyobb mértékben vannak kitéve stigmatizációnak és bántalmazásnak, kevesebb kortárs kapcsolatuk van, korlátozottan férnek hozzá szolgáltatókhoz, magas minőségű oktatáshoz, gyakran korai iskolaelhagyók (Európai Bizottság 2021; UNICEF 2012, 2013). Szükségeik heterogének, függenek a fogyatékoság típusától, a támo-

¹ Készült az EFOP-1.4.1-15. projekt keretei között a Társadalomtudományi Kutatóközpontban.



gatási szükségleteik mértékétől, illetve a családi jellegzetességektől és körülményektől is. Ez utóbbi oka, hogy a családoknak kritikus szerepük van a gyerekek ellátásában és az érdekképviseletben, mégis, gyakran információ- és tudáshiánnyal, emberi és pénzügyi erőforrások hiányával néznek szembe. Mindez hosszabb távon magas stressz-szinthez és a családi jóllét csökkenéséhez vezethet (Hsiao 2018, Vanegas – Abdelrahim 2016). A vonatkozó nemzetközi kutatások azt mutatják, hogy a fogyatékossgal élő gyerekek háztartásaiban a családtagok rosszabb életminőségről, fizikai és mentális egészségi állapotról számolnak be, rosszabb anyagi körülmények között élnek, mint a nem fogyatékossgal élő gyereket nevelők, változnak a szülők családon belüli szerepei, időbeosztása, magasabb a válás és alacsonyabb a további gyerekvállalás valószínűsége (Clarke – McKay 2008, Giulio et al. 2014, Hogan et al. 2012).

A tanulmány e tényezők közül egyre fókuszál: a gyerekkori fogyatékossgal és a szegénység, illetve társadalmi-gazdasági státus összefüggéseire. E tényezők világszerte erős összefüggést mutatnak egymással, a fogyatékossgal élő embereket és családjaikat gyakran címkézik a „szegények legszegényebbikéiként” (Elwan 1999, Pinilla-Roncancio 2015). Habár a kapcsolat erősebb és szélesebb körben kutatott az alacsonyabb jövedelmű országokban (lásd pl. Banks et al. 2017), fennáll a magasabb jövedelmű országokban is. Az írás célja, hogy bemutassa, különböző kutatási megközelítések miként magyarázzák a fogyatékossgal élő gyereket nevelő és fogyatékossgal élő gyereket nem nevelő családok társadalmi-gazdasági helyzete közötti különbségeket. Narratív irodalomátekintés során nemzetközi adatbázisokban kulcsszavas keresést alkalmaztam (families with/raising children with disabilities, poverty, socio-economic status/position social exclusion), 2010–2021 között megjelent, angol nyelvű, nem csak lektorált folyóiratcikkek, de szisztematikus áttekintéseket is bevonva a keresésbe (Onwuegbuzie – Frels 2016). Beválogatási kritérium volt, hogy a kutatás valamely európai országra vonatkozzon és magánháztartásban élő gyerekek családjait érintse. A tanulmány első felében röviden áttekinti a fogyatékossgal élő gyereket nevelő családokkal foglalkozó kutatásokat történeti kontextusban, majd összegzi a gyerekkori fogyatékossgal és a család szocioökonómiai pozíciójának összefüggéseivel foglalkozó kutatási eredményeket.

RÖVID TÖRTÉNETI KITEKINTÉS: A FOGYATÉKOSSÁGGAL ÉLŐ GYEREKEKET NEVELŐ CSALÁDOKAT CÉLZÓ KUTATÁSOK

A fogyatékossgal élő emberekről, gyerekekről és családjaikról szóló kutatások megközelítésükben, és így kérdésselvetésükben nagyon különbözhetnek egymástól, annak függvényében, hogy hol, mikor, mi célból készültek. Ehhez a különbözőséghez a fogyatékossgal megközelítése körüli történeti változások is hozzájárultak. A fogyatékossgalnak különböző definíciói, megközelítései léteztek és léteznek, amelyek közül négy elméleti, nagy jelentőségű modell emelkedik ki: a morális, a medikális, a társadalmi, illetve az emberi jogi modellek (Könczei – Hernádi 2011, Könczei – Kálmán 2002).

Az ókorra és a középkorra visszanyúló morális fogyatékossgal-megközelítés szerint a fogyatékossgal elkerülhetetlen büntetés, amiért az ember isten ellen vétett – így a fogyatékossgal születő gyerek a szülők bűnös életvitelének – megérdemelt – következménye. A fogyatékos ember megvetésre, sajnálatra szorul, „akik (...) csenevésznek születtek, egy megközelíthetetlen, titkos helyen annak rendje és módja szerint eltüntetik” (Platón *Az állam* című művéből idézi



Könczei – Hernádi 2016: 39), hogy ne mutassák és ne vigyék tovább a morálisan elfogadhatatlan életmódot és annak következményeit (Farber – Rowitz 1986, Ferguson 2001). Ez a magyarázat bár elavultnak tekinthető, bizonyos kultúrákból és társadalmakból a 21. századra sem tűnt el, a 18–19. századig jelentősen formálta azt is, miként fogadták a szülők a fogyatékossgal élő gyerekük születésének tényét (Ferguson et al. 2000).

Az 1800-as évek közepétől a fogyatékossg személyes tragédiája morálisból orvosi „problémává” vált, amire megoldásként a fogyatékos test meggyógyítása kínálkozott. A morális és medikális modellekben közös, hogy a fogyatékossgot individualizálják, de míg a morális megközelítésben javíthatatlan állapot, addig a medikálisban a szakemberek „normálissá tehetik” a gyereket, így a családot (Snyder – Mitchell 2006). Ez az a modell, ami a fogyatékossggal élő gyerekek családjairól szóló kutatásokat leginkább áthatotta (Lalvani – Polvere 2013). A családi nehézségekért a felelősség a szülőkről a gyerekekre szállt. A huszadik század közepére egyre nagyobb számban születő kutatási eredményeket a negatív érzelmek dominálták: a szülők lelkiismeretfurdalására, krónikus szomorúságára, magas stressz-szintjére, depresszióra való hajlamára és hosszú ideig tartó gyászfolyamatára irányult a figyelem. Ezeket a kutatásokat Ferguson (2002) a stressz és megküzdés irodalmának nevezte, amelyekben a negatív érzelmek és félelmek, köztük elősorban a gyász és a tagadás egyértelműen és kizárólag a gyerek fogyatékossgából eredtek. A korszak egyik legjelentősebb kutatásában Farber (1962) azt találta, hogy azok a szülők, akik intézményi gondozásba adták a gyerekeket, nagyobb harmóniában, nyugodtabb és aktívabb életet éltek.

Hogy mi hiányzik ezekből a kutatásokból és kérdésfelvetésekből, arra a fogyatékossg társadalmi és emberi jogi modelljei adják meg a választ. A hatvanas évektől kezdődően kezdtek felismerni, hogy a fogyatékossg nem egy társadalmi környezettől független, patológikus állapot, az ember pedig nem csak biológiai adottságok összessége (Goodley 2019). A kutatók ahelyett, hogy azt a kérdést tették volna fel, hogy milyen hibái, hiányosságai vannak a gyerekeknek (és így a családnak), azt kezdték vizsgálni, hogy milyen korlátok állnak a teljes társadalmi részvétel előtt. A társadalmi modell szerint az akadályokat nem a fogyatékossg, hanem a környezet állítja az ember elé: a társadalom működése tehető felelőssé, nem a gyerek és nem a szülő. Amit a fogyatékossg gyereket nevelő családokról szóló kutatások nem vettek figyelembe a hatvanas-hetvenes évekig, azok a társadalmi, hatalmi viszonyok, például, hogy milyen – társadalmilag konstruált – értékeket és hiedelmeket társítanak a családtagok a gyerek fogyatékossgához, amikor negatív érzelmekről számolnak be. Nem tértek ki arra, hogy a fenyegetettség érzése, a stressz, a félelem vagy a tagadás vajon biztosan a gyerek fogyatékossgának szól-e, vagy inkább annak a szociokulturális és intézményes közegnek, amelyben a gyerek a másság címkéjét hordozza; a stigmatizációnak, a társadalmi kirekesztésnek, vagy épp a szociális védőháló hiányosságainak (Ferguson et al. 2000, Lalvani 2011).

A nyolcvanas évektől kezdve a szülők stressz-szintjével foglalkozó (szociálpszichológiai) kutatások túlsúlya megmaradt, kiegészülve a rezilienciával, valamelyest meghaladva a tradicionális megközelítést, hogy a fogyatékossggal élő gyerek születésének ne lehetnének pozitív kimenetei a család jóllétére nézve (lásd pl. Stainton – Besser 1998). Az emberi jogi mozgalmaknak köszönhetően bontakozott ki az fogyatékossg-felfogás, ami a fogyatékossggal élő személyek elidegeníthetetlen emberi jogait helyezte fókuszba: közösségként felelősségünk, hogy a fogyatékossggal élő emberek is aktív, ágens állampolgárként élhessenek (lásd 2007. évi



XCII. törvény a Fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló egyezmény és az ahhoz kapcsolódó Fakultatív Jegyzőkönyv kihirdetéséről). A fogyatékos gyerekekről való gondoskodás is más megvilágításba került: a tragédia, veszteség narratívák helyébe egyre inkább az autonómia, a társadalmi részvétel kérdésköre lépett (Nagy 2021). A fogyatékossgal legszélesebb körben elfogadott megközelítése szerint, az emberi élet része, amely az egyén egészségi állapotának és a környezeti-társadalmi tényezőinek (például attitűdök, az akadálymentesség hiánya, a szociális védelem hiánya stb.) kölcsönhatásaként értelmezhető (Egészségügyi Világszervezet 2004, 2011). A fogyatékossgal és az egészségkárosodás között tehát nem tehető egyenlőség.

A modern fogyatékossgal-kutatásokban komoly elméleti és módszertani kihívás elé állítja a kutatókat, hogy miként mérhető az egyéni károsodás és a társadalmi környezet kölcsönhatása, vagyis miként operacionalizálható a fogyatékossgal – ez különösen igaz a gyerekekre (lásd például Cappa et al. 2015, Palmer – Harley 2012). Ennek részleteire ebben az írásban nincs mód kitérni, azonban a fogyatékossgal és a szegénység kapcsolatát tekintve a társadalmi és emberi jogi modelleknek van egy fontos üzenete: a szegénység és társadalmi kirekesztettség is lehet olyan tényező, ami fogyatékossgalhoz vezethet (Burchardt 2003). A fogyatékossgal ember helyzetével foglalkozó világlejelentésében az Egészségügyi Világszervezet (2011) a szegénységet és a társadalmi-gazdasági státust úgy azonosította, mint ami a felnőttek körében oka és következménye is lehet a fogyatékossgalnak. A gyerekekre vonatkozóan ugyanakkor kevés kutatás bocsátkozik hasonló egyértelmű magyarázatokba (Spencer et al. 2015).

A FOGYATÉKOSSGAL ÉLŐ GYEREKEK ÉS CSALÁDJAIK TÁRSADALMI-GAZDASÁGI HELYZETE EURÓPÁBAN

A gyerekkori fogyatékossgal és gyerekek, valamint családjaik társadalmi-gazdasági státusának összefüggéseit több kvantitatív kutatás is érintette az utóbbi években Európa-szerte, elsősorban és legnagyobb arányban az Egyesült Királyságban, továbbá Franciaországban, Belgiumban, Lengyelországban, Hollandiában, Írországon és az északi országokban. Az alacsonyabb és magasabb támogatási szükségletek, a különböző fogyatékossgaltípusok, azok esetleges halmozódása a szegénység és kirekesztettség eltérő szintjeivel járhatnak együtt – ez a fogyatékossgal definícióján túl a nemzetközi összehasonlítások egyik ismert módszertani korlátja (Washington Group on Disability Statistics é. n.). Ugyanakkor valamennyi kutatás egyöntetűen a fogyatékossgal élő és fogyatékossgal nem élő gyereket nevelő családok társadalmi-gazdasági helyzete közötti – jelentős – különbségekről számol be. A fogyatékossgal élő gyerekek nagyobb arányban élnek alacsony jövedelmű háztartásokban, rosszabb lakáskörülmények között, deprivált területeken és eladósodott háztartásokban. A nem fogyatékos gyereket nevelő családokhoz viszonyítva a tartós szegénység valószínűsége szignifikánsan nagyobb, a kitörés valószínűsége kisebb, és a szegénység körökben nagyobb mértékben mélyül. Mivel sem a fogyatékossgalnak, sem a szegénységnek nincs nemzetközileg egységes definíciója és mérőszáma, az áttekintésbe bevont kutatások és eredményeik igen heterogének. Az áttekintett tanulmányokat az 1. táblázat foglalja össze, amiben az is látszik, hogy azok milyen kérdéssel, milyen célcsoportban vizsgáldták, és miként mérték a szegénységet vagy a társadalmi-gazdasági státust.



A kutatások viszonylag széles köre ellenére a társadalmi-gazdasági státus és a gyerekkori fogyatékoság összefüggésének magyarázata és az összefüggés iránya nem teljesen tisztázott. A nemzetközi kutatások körében több, egymástól nem független és egymást nem kizáró magyarázat azonosítható. A közgazdaságtaninak címkézhető megközelítések szerint a fogyatékossgal élő gyerek jelenléte a családban növeli az elszegényedés, és csökkenti a szegénységből való kitörés valószínűségét, mivel az érintett gyerekek nevelése, ellátása, a nem fogyatékos gyerekekhez képest több típusú és nagyobb mértékű kiadást jelent a családi kasszából. Ebben a szemléletben a szegénység a gyerek fogyatékoságának (egyik) következménye. Másrészt, a háztartás társadalmi-gazdasági státusa az egyik olyan változó, amit a (szocio)epidemiológiai kutatások használnak, amikor az egyes fogyatékossgok előfordulását vizsgálják: ezekből a kutatásokból az derül ki, hogy a szegénység növeli az egészségkárosodás, a potenciális fogyatékossg kockázatát mind születéskor, mind a gyerekek későbbi életszakaszaiban, vagyis az egyik oka lehet a fogyatékossgnak. Ebbe a logikába illeszkednek azok a kutatások, amelyek úgy érvelnek, hogy a fogyatékossgal élő gyereket nevelő családok eleve rosszabb státusúak, és a gyerek születésétől, nevelésétől függetlenül is ki vannak téve az elszegényedés és a státusromlás kockázatának (Shahtahmasebi et al. 2011). Ezek a státuskülönbségeket magyarázó tényezők ugyanakkor nem csak azt üzenik, hogy egyértelmű oksági magyarázatokba csak nagyon korlátozottan lehet bocsátkozni, hanem azt is, hogy a fogyatékossg és egyéb társadalmi hátrányok összekapcsolódhatnak, felerősíthetik egymást, ezzel tovább erősítve az érintett családok kirekesztettségét.



1. táblázat A szegénység/társadalmi-gazdasági státusz és a gyerekkori fogyatékoság összefüggéseivel foglalkozó, vizsgált európai kutatások (2010–) adatforrásai, kutatási kérdései, mérési indikátorok

Blackbourn et al. 2010	UK	Országos, reprezentatív survey	Miként jellemezhetők a fogyatékosággal élő gyerekek és életkörülményeik (kor, nem, etnicitás, fogyatékoság típusa, családi körülmények)?	Ekvivalens háztartási jövedelem, lakás tulajdonjog, Laekeni indikátorok
Blackbourn et al. 2013	UK	Kohorsz-vizsgálat	Mi a kapcsolat a szocioökonómiai hátrányok és a gyerekkori fogyatékosághoz vezető egészségkárosodások bekövetkezése között?	Társadalmi-gazdasági hátrány-index társadalmi osztály, lakástulajdon, gépjárműtulajdon alapján
Bleszyński - Orłowska 2016	PL	Esettanulmány	Milyen életminőségről és társadalmi-gazdasági státusról számolnak be az autizmusban érintett, szegregált óvodába járó gyerekek szülei?	Elégedettség a gyermek szükségleteinek kielégítettségével
Brekke – Nadim 2017	N	Adminisztratív adatok (országos regiszter)	Milyen hatása van a fogyatékosággal élő és krónikus beteg gyerekek gondozási szükségleteinek a szülők munkaerőpiaci részvételére?	Foglalkoztatottság, éves munkajövedelem
Brown – Clark 2017	UK, S, N, NL ¹	Szisztematikus irodalom-áttekintés	Milyen egyéni és intézményes tényezők befolyásolják a munka-család egyensúlyt fogyatékosággal élő gyerekek szüleinek körében?	Munka-család egyensúly
Culinan – Rody 2015	IRL	Országos survey	Milyen összefüggés van a fogyatékosággal élő gyerek nevelése és a család társadalmi-gazdasági helyzete között?	Munkaerőpiaci részvétel, iskolai végzettség, társadalmi osztály, jövedelem, anyagi nehézségek
Delobel-Ayoub et al. 2016	FR	Adminisztratív adatok (országos regiszter)	Milyen összefüggés van a család társadalmi-gazdasági háttere és a gyerekkori autizmus spektrumzavar, illetve az értelmi fogyatékoság között?	European Index of Deprivation mérőszám
Emerson et al. 2010	UK	Országos, reprezentatív survey	Milyen különbségek vannak az értelmi fogyatékosággal élő gyereket nevelő és a nem fogyatékosággal élő gyereket nevelő családok körében a szegénység átörökítésében?	Ekvivalens háztartási jövedelem és anyagi nehézségek (árucikkekhez és tevékenységekhez való hozzáférés)

² Valamint USA, Kanada, Ausztrália és Tajvan.



Melnychuk et al. 2018	UK	Országos, reprezentatív survey	Mekkora becsülhető a fogyatékossgal élő gyerek nevelésének költsége az azonos életszínvonalon élő, nem fogyatékos gyereket nevelő családok kiadásaihoz képest?	Laekeni indikátorokon alapuló életszínvonal-index, háztartási jövedelem
Rai et al. 2012	SE	Országos reprezentatív survey	Van-e összefüggés a szülők gyerek születése előtti alacsony társadalmi-gazdasági státusa és a születendő gyermek autizmus spektrumzavara kockázata között?	Háztartási jövedelem, szülői foglalkoztatottság
Shahat – Greco 2021	UK, DK, SE, IRL, NL ²	Szisztematikus irodalom-áttekintés	Milyen és mekkora kiadásokat társítanak egyes kutatások a fogyatékossgal élő gyerekek ellátásához a fejlett és fejlődő országokban?	A fogyatékos gyerekek ellátásával azonosítható, becsült heti, éves, életre szóló családi és GDP-arányos költségvetési költségek mértéke
Shahtahmasebi et al. 2011	UK	Országos, reprezentatív survey	Milyen hosszú távú összefüggések vannak a fogyatékossgal élő gyerek ellátása és a család szegénysége, illetve anyagi nehézségei között?	Ekvivalens háztartási jövedelem, erőforrásokhoz való hozzáférés, anyagi nehézségek
Solmi et al. 2018	UK	Országos, reprezentatív survey	Mekkora kiadásokkal jár a fogyatékossgal élő gyerekek és fiatal felnőttek ellátása a családok számára?	Laekeni indikátorokon alapuló életszínvonal-index, társadalmi és munkajövedelem
Spencer et al. 2015	UK, FI, DK, NO, SE, NL, DE, SP, BL, IT ³	Szisztematikus irodalom-áttekintés meta-elemzéssel	Milyen összefüggések vannak a család társadalmi-gazdasági státusa és a gyermekkor, fogyatékossgához vezető krónikus egészségkárosodások között?	Jövedelmi szegénység, iskolai végzettség, foglalkoztatottság, lakástulajdonlás, munkaintenzitás, anyagi nehézségek, eladósodottság
Vinck – Van Lancker 2020	BL	Országos survey és census adatok	Mennyiben magyarázható a szülők foglalkoztatottsági helyzete a gyermek fogyatékossgával és/vagy a család társadalmi-gazdasági hátterével?	A szülők iskolai végzettsége (ISCED), fogyatékossg-specifikus transzferek, a háztartás munkaintenzitása
Vinck 2021	BL	Országos survey és census adatok	Magasabb szegénységi kockázattal jellemezhető-e a fogyatékossgal élő gyerekek? Milyen szerepe van a szülők foglalkoztatottságának, társadalmi hátterének és a célzott pénzbeli transzfereknek?	AROP

² És egyéb, Európán kívüli országok.

³ És USA, Új-Zéland, Ausztrália, Kanada.



A SZEGÉNYSÉG MINT A GYEREK FOGYATÉKOSSÁGÁNAK EGYIK „CSALÁDI KÖVETKEZMÉNYE”

A kutatások népes tábora foglalkozik a fogyatékossgal élő gyerekek születésének és nevelésének „családi következményeivel” (family consequences), vagyis, hogy miként befolyásolja a családi élet egyes dimenzióit (például a szülők házasságát, a nemi szerepeket, vagy a további gyerekvállalási aspirációkat), a nem fogyatékos gyerek születéséhez és neveléséhez képest. Ezek között a dimenziók között a háztartási kiadások is gyakran megjelennek. Valamennyi vonatkozó tanulmány arról számol be, hogy a fogyatékossgal élő gyerekek családjai jelentős és alapvető pénzügyi-gazdasági hátrányokkal néznek szembe – ideértve a direkt kiadásokat a családi kasszából és az indirekt költségeket, mint például a csökkent munkaerőpiaci részvételi lehetőségek – még az univerzális egészségügyi, oktatási, szociális és közszolgáltatásokat biztosító országokban is (Shahat – Greco 2021). Ezekben a kutatásokban tulajdonképpen azt a kérdést teszik fel, hogy mekkora a gyerek fogyatékossgának „költsége”: melyek azok a (több-let)kiadásai a családoknak, amelyek közvetetten vagy közvetlenül a gyerek fogyatékossgához köthetők és meghatározhatják a családok státuskülönbségeit.

DIREKT TÖBBLETKÖLTSÉGEK

A direkt költségek között leggyakrabban a gyerekek fejlesztésével (például terápia vagy segéd-eszközök költségei), felügyeletével és egészségügyi ellátásával kapcsolatos kiadások (gyógyszerek, vizsgálatok), oktatási, utazási, étkezési költségek merülnek fel (Bleszyński – Orłowska 2016; Egészségügyi Világszervezet 2011; Stabile – Allin 2012). Csak néhány európai kutató vállalkozott arra, hogy minden módszertani nehézség ellenére megbecsülje a fogyatékossgához köthető közvetlen többletköltségek átlagos mértékét. Az Egyesült Királyságban például 2018-ban heti 56 és 79 font (a kutatás évében kb. 20 000 és 28 000 forint) közé becsülték, ami azt jelenti, hogy a fogyatékossgal élő gyerekek családjainak – hetente – ennyivel több anyagi forrásra volt vagy lett volna szükségük ahhoz, hogy ugyanolyan életszínvonalon élhessenek, mint azok a családok, amelyeknek nincs fogyatékossgal élő gyerek tagja. A különbségek a legalacsonyabb jövedelmű, magas támogatási szükségletű gyereket nevelők esetében a legmarkánsabbak (Melnichuk et al. 2018).

A kiadások tekintetében figyelemre méltó különbség látszik a gyerek érintettsége mentén: az extra költségek magasabbak lehetnek az értelmi, mint a testi akadályozottságban érintett gyerekek esetében. Solmi és munkatársai 2018-as kutatási eredményei szerint az Egyesült Királyságban az értelmi fogyatékossgal élő gyerekek ellátása hetente átlagosan 49,31 font volt, magas támogatási szükséglet esetén 57,56 font többletkiadást jelentett, míg a mozgásszervi és érzékszervi fogyatékossgal együtt járó többletköltség mérsékelten kevesebb, heti 35,86 font. Az anyagi depriváció a különbségeket e szerint a kutatás szerint is tovább növeli, ebben az esetben az extra kiadásokat 59,28 és 81,26 font közé becsülik értelmi, 42,18 font körülire mozgás- és érzékszervi akadályozottságok esetében (Solmi et al. 2018).



INDIREKT TÖBBLETKÖLTSÉGEK

A nem fogyatékos gyereket nevelő családokhoz képest a nehezebben megragadható közvetett többletköltségek a megnövekedett gondoskodási idővel, és ebből következően a szülők/gondviselők korlátozott munkaerőpiaci részvételével függnek össze. A fogyatékossgal élő gyerekek elsődleges gondviselői jelentősen kisebb eséllyel tudnak elhelyezkedni a munkaerőpiacon és jelentősen nagyobb valószínűséggel utasítanak vissza munkalehetőségeket, mint azok, akik nem fogyatékossgal élő gyereket nevelnek (Cullinan – Roddy 2015).

A gondozási szükségletek kielégítése nagyobb mértékben az anyák munkavállalását nehezíti (Bleszyński – Orłowska 2016). Az anyák munka-család egyensúlyát befolyásoló tényezők elsősorban a gyerek kora, fogyatékossgának típusa és támogatási szükségletének mértéke, a testvérek száma, a gyerekjóléti szolgáltatások elérhetősége, a párkapcsolati státus, illetve a munkahelyi pozícióval kapcsolatos percepciók (Brown – Clark 2017). Ez esetükben nem csak nehezebb elhelyezkedést és tartós foglalkoztatási viszony fenntartást, hanem alacsonyabb béreket is jelenthet. Norvégiában, ahol a fogyatékos és nem fogyatékos gyereket nevelő nők foglalkoztatási rátája közel azonos, Brekke és Nadim (2017) erős negatív összefüggést talált a fogyatékos gyerek nevelése és az átlagjövedelem között, amely összefüggés nem áll fenn az apák körében. Emögött azt valószínűsíthetjük, hogy bár az érintett anyák munkaviszonya nem szűnt meg, a keresetcsökkenés a munkaidő rövidülésével függhet össze.

Ugyan az egyes fogyatékossgok mentén a kutatók eltérő eredményekre juthatnak, abban egyetértés látszik, hogy minél magasabb a gyerek támogatási szükséglete, annál nehezebb az anyáknak fizetett munkát vállalni. A gyerek idősödésével együtt a fogyatékossgal élő gyereket nevelő anyák munkaerőpiaci részvétele – a nem érintett gyerekeket nevelő anyákéval elentétben – általában nem változik, mivel a támogatási szükségletek jellemzően nem csökkennek, sőt, időnként nőnek is (Brown – Clark 2017).

A JÓLÉTI TRANSZFEREK SZEREPE

A fogyatékossgal élő gyerekek támogatásával összefüggő direkt és indirekt kiadások egy részét az adott országokban elérhető jóléti transzferek és szolgáltatások is fedezhetik, amelyeknek így elhanyagolhatatlan szerepe lehet a jövedelmi szegénység enyhítésében és megelőzésében.

Vinck (2021) Belgiumban a fogyatékos gyereket nevelő családok szociális hátterét és a szülők munkaerőpiaci státusát vizsgálta, és az érintett családok körében e változók mentén, a várakozásokkal ellentétben, alacsonyabb szegénységi kockázatot talált, mint a nem fogyatékos gyereket nevelő családok esetében. Ez egy fontos szakpolitikát érintő eredmény, hiszen a különbség a pénzbeli ellátások – amelyek között vannak a fogyatékossgal élő gyerekeket célzó és univerzális formák is – kimutatható hatásának köszönhető. A transzferek nélkül a fogyatékossgal élő gyerekek háztartásainak jövedelme olyan mértékben csökkenne, hogy a szegénységi kockázat körükben 199 százalékkal nőne, szemben a becsült 58 százalékos növekedéssel a nem fogyatékos gyereket nevelő családok esetében. A pénzbeli juttatások jelentősen nagyobb pozitív hatást gyakorolnak az alacsonyabb jövedelmű családokban, mint a jövedelemeloszlás tetején. Ezzel együtt, a célzott transzferek kihasználatlanságát Belgiumban 10



százalék körülire becsülik, ami leginkább a „láthatatlan” fogyatékoságtípusokat (elsősorban az autizmus, az értelmi és a pszichoszociális fogyatékoság) érinti (Vinck et al. 2019).

A SZEGÉNYSÉG HATÁSA A FOGYATÉKOSSÁGRA

A kutatások második csoportjába a (szocio)epidemiológiai vizsgálatokat, és az azokból kiinduló elemzéseket sorolhatjuk, amelyek a fogyatékoságok kialakulásának magyarázatával foglalkoznak. Valamennyi ilyen vizsgálat magyarázó változóként vizsgálja a szegénység, vagy a társadalmi-gazdasági státus bizonyos dimenzióit is, köztük elsősorban a szülők foglalkoztatottságát, iskolai végzettségét, illetve a háztartási jövedelmet. Ez a megközelítés a gazdasági fókuszú vizsgálatokhoz képest épp ellenkező logikára épül: a szegénység az egyik oka lehet az egészségkárosodás, így potenciálisan a fogyatékoság kialakulásának.

Széles körben kutatott és ismert az az összefüggés, hogy a szegénységben élő emberek nagyobb valószínűséggel válnak krónikus beteggé, átmenetileg vagy tartósan egészségkárosodottá. Ebben jelentős szerepet játszik az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége, az egészségi állapotban mutatkozó, növekvő egyenlőtlenségek (Marmot 2013, OECD – EU 2016). Az összefüggés a gyerekekre különösen igaz. Empirikus bizonyítékok támasztják alá, hogy mind a háztartás társadalmi-gazdasági státusát, mind a lakókörnyezet deprivaltságát tekintve a szegénység rosszabb egészségkilátásokat jelent a gyerek születésekor és későbbi életrészekében egyaránt (Blumenshine et al. 2010; Bonet et al. 2013). A magasabb jövedelmű országokban szegénységben élő gyerekek nagyobb valószínűséggel hunynak el életük első évében, születnek korábban és alacsonyabb súllyal, kevesebben részesülnek anyatejes táplálásban, nagyobb eséllyel lesznek alultápláltak és válnak túlsúlyossá, valamint nagyobb valószínűséggel lesznek háztartási balesetek áldozatai (Wickham et al. 2016). A kedvezőtlen anyagi körülmények a gyerekek egészségi állapotán túl a kognitív képességeikre, a társas, viselkedési mintázataikra is negatívan hatnak (Letourneau et al. 2013). Ráadásul minél hosszabb ideig élnek alacsony jövedelmű háztartásban, annál mélyebb a szakadék a magasabb státusú kortársaitól (Cooper – Stewart 2013).

Az orvosi-epidemiológiai kutatások szükségszerűen medikális megközelítésűek, a céljuk azon tényezők feltárása, amelyek ismeretében egyes betegségek, sérülések, egészségkárosodások előfordulása is mérsékelhető. Miközben az egészségi állapotromlások nem jelentenek feltétlenül fogyatékoságot (lásd korábban a modern fogyatékoság-felfogást), jelentősen növekszik a kialakulásának valószínűsége, így a szegénységet a rizikótényezők (magyarra nehezen fordítható disabling tényezők) között tarthatjuk számon. Az összefüggések mögött belátható, hogy a szegénység a gyerekekre nemcsak közvetlenül, hanem a szülők életmódján, (egészség) magatartásán, lehetőségein, az (egészségügyi) szolgáltatások hozzáférhetőségén keresztül közvetetten is hatással lehet.

Blackburn és munkatársai (2013) longitudinális kutatásukat az első olyan kísérletnek tekintik, amiben a társadalmi-gazdasági státust a gyerekkorban kialakuló, fogyatékosággal összefüggő krónikus egészségkárosodások (disabling chronic conditions) okai között vizsgálták. Azok a gyerekek, akik életük első 10 évében hátrányos helyzetű háztartásban éltek, nagyobb valószínűséggel váltak 10 és 20 éves koruk között – őket mindennapi tevékenységeik végrehajtásában korlátozó mértékben (disabling) – egészségkárosodottá, mint a jobb körülmények



között élő gyerekek; a fogyatékosvá válás esélye a hátrányos helyzet mélyülésével egyre nő. Spencer és munkatársai (2015) 126 tanulmányt befoglaló metaanalízise alapján az derül ki, hogy a magas jövedelmű országokban valamennyi, fogyatékossgal összefüggő krónikus egészségkárosodás kialakulása összefüggésben áll a család alacsony társadalmi-gazdasági státusával. A legvalószínűbb magyarázatnak az tűnik, hogy a fogyatékossgához vezető egészségkárosodások kialakulása (köztük többek között az asztma és a kognitív képességek lemaradása) mögött a terhességben és a gyerekek korai életrésztében fennálló kedvezőtlen környezeti körülmények állhatnak.

Spencer és munkatársai (2015) gyűjtéséből az is látszik, hogy a pszichoszociális és értelmi érintettségek előfordulása a születést megelőzően alacsony státusú háztartásokban a magas státusúakhoz képest megközelítőleg kétszeres. A szegénység és társadalmi-gazdasági helyzet közötti ilyen irányú oksági kapcsolatot kereső kutatások körében az értelmi fogyatékossgban, illetve autizmusban érintett gyerekek vizsgálatának túlsúlya fedezhető fel. Részben valószínűleg azért is, mert az Egyesült Államokban a kapcsolat Európához képest kevésbé kimutatható. Rai és munkatársai (2012) Svédországban az autizmus előfordulásában a prenatális időszakban a jövedelmi szegénységgel és a szülők foglalkoztatottságával találtak összefüggést. Franciaországban mind az autizmus, mind az értelmi fogyatékossg előfordulása szignifikánsan magasabb a leginkább leszakadó térségben élő, alacsonyabb státusú családok körében (Delobel-Ayoub et al. 2015).

POTENCIÁLIS KÖZBEJÖVŐ VÁLTOZÓK – ÚTON AZ INTERSEKCIONÁLIS MEGKÖZELÍTÉS FELÉ

Alapvetően hasonló logikára épülnek, mégis egy lépéssel tovább mennek azok a kutatások, amelyek úgy érvelnek, hogy elhamarkodottan ítélt az a kutató, aki nem vizsgálja meg az ún. „potenciális közbejövő változókat” (Emerson – Hatton 2010: 37), amikor a szegénység és a gyermekkori fogyatékossg kapcsolatát vizsgálja (Shahtahmasebi et al. 2011). Ezek olyan tényezők, amelyek mind a gyermekkori fogyatékossgal, mind a szegénységi kockázattal korrelálnak, így akár függetlenül a fogyatékossgal élő gyerek nevelésétől is, (részben) magyarázhatják az érintett családok szegénységét, elszegényedését. A vonatkozó kutatásokban négy ilyen szociodemográfiai tényezőt találunk: a fogyatékossgal élő gyereket nevelő szülőknek jellemzően alacsonyabb az iskolai végzettsége (Vinck 2021), a háztartásban gyakran élnek további fogyatékossgal élő családtagok, akik sok esetben maguk a szülők/gondviselők (Blackbourn et al. 2010), körükben felülreprezentáltak az egyszülős háztartások (Giulio et al. 2014, Hogan et al. 2012), illetve bizonyos esetekben gyakoribb az etnikai csoporthoz tartozás (Shahtahmasebi et al. 2011). Egyrészt, az európai gyerekszegénység kockázati tényezői között a szülők iskolázottsága döntő jelentőségű: az EU átlagában az általános iskolai végzettségű és a diplomás szülők gyerekeinek szegénységi rátája közötti különbség hatszoros, a súlyos anyagi depriváció ráta közötti különbség pedig tizenháromszoros volt 2016-ban. Míg a magasban iskolázott szülők gyerekeinek helyzete alig változott 2008 óta, a legalacsonyabb végzettségű családokban szignifikánsan romlott az európai országok túlnyomó többségében (Gábos et al. 2020). Másrészt, a felnőtt fogyatékossgal élő emberek munkaerőpiaci részvétele valamennyi európai országban jelentősen elmarad a nem fogyatékossgal élő munkavállalókhöz képest,



anyagi jóllétük nagymértékben függ a szociális transferektől, gyakran élnek alacsony munka-intenzitású háztartásokban, így körükben – gyerekük fogyatékoságától függetlenül is – magas a szegénység és a társadalmi kirekesztettség kockázata (Grammenos 2020). Harmadrészt, habár az egyedülálló szülők abszolút helyzete az EU-ban 2010 és 2018 között javult, azokhoz a családokhoz képest, ahol két szülő él együtt, rájuk alacsonyabb munkaintenzitás, magasabb AROP és magasabb anyagi deprivációs ráta jellemző. Javuló foglalkoztatottságuk mögött több a részmunkaidős és határozott idejű szerződés, a munkaviszony nem garantálja a biztonságot az elszegényedéssel szemben (Nieuwenhuis 2020). Negyedrészt, bár ezen a területen mindenképp további kutatásokra volna szükség, fellelhetők olyan vizsgálatok, amelyek szerint a fogyatékosággal élő gyereket nevelő családok között nagyobb arányban vannak marginalizált helyzetben lévő kisebbségi, etnikai csoportokhoz tartozók, bevándorlók (Blackburn et al. 2010). Különösen igaz ez az értelmi fogyatékoság és az autizmus esetében, amely célcsoportban egyre több kutatás számol be magasabb prevalenciáról az Európában élő, bevándorló családok körében (lásd Kawa et al. 2017).

Ezek az összefüggések egyrészt valóban arra engednek következtetni, hogy az érintett családok a fogyatékosággal élő gyerek születését és nevelését megelőzően is ki voltak/lehettek téve a szegénység és a társadalmi kirekesztettség kockázatának, ezzel árnyalják azokat az érveket, amelyek a család elszegényedését a gyerek fogyatékoságára vezetik vissza. Ugyanakkor, jóllehet nem egyszerűen arról van szó, hogy közbejövő változóként vannak jelen a gyerekkori fogyatékoság és a szegénység közötti összefüggésben: a családokra egyszerre, egymást felerősítve is nehezdedhetnek a szegénységből, kirekesztettségéből és a gyerek fogyatékoságából eredő korlátok.

A fogyatékosággal élő gyerekek és családjaik halmozódó társadalmi hátrányait az interszekcionalitás lencséjén keresztül lehet érdemes vizsgálni (McCall 2005, Liasidou 2013). Az interszekcionális vizsgálatok annak feltárására összpontosítanak, hogy a társadalmi és kulturális jellegzetességek miként fonódnak össze és vezetnek elnyomáshoz, diszkriminációhoz, kirekesztéshez bizonyos társadalmi csoportokban. Az interszekcionalitás olyan alternatív megközelítést kínál a korábbi individuális, direkt vagy indirekt a szülők vagy a gyerekek felelősségét sugalló, deficit-megközelítésekkel szemben, ami segíthet abban, hogy a fogyatékosággal élő gyereket nevelő családok hátrányait minél komplexebb módon tudjuk megragadni, feltárva a társadalmi-gazdasági-kulturális-politikai környezet kirekesztő mechanizmusait. A szakirodalmi áttekintésbe került tanulmányok közül egy olyan volt, amelyik célzottan interszekcionális megközelítésben vizsgálta kvantitatív adatokon a fogyatékosággal élő gyereket nevelő szülők munkaerőpiaci helyzetét (Vinck – Van Lacker 2019). A kutatók azt találták, hogy miközben a fogyatékosággal élő gyerek nevelése önmagában is csökkenti a munkavállalás valószínűségét, a gyerekkori fogyatékoság összefüggésben áll más olyan társadalmi tényezővel, amelyek szintén csökkentik a szülők munkaerőpiaci részvételi lehetőségeit, ideértve (1) az egyedülálló szülőiséget, (2) az alacsonyabb iskolai végzettséget, és (3) a háztartásban élő további fogyatékosággal élő családtagot. A gyerekkori fogyatékoság és a szülő foglalkoztatottsága változók közötti negatív összefüggést mindhárom alkategóriában még erősebbnek találták. A szakpolitikára nézve ez azt jelenti, hogy az érintett családok hátrányainak mérsékléséhez azokat a strukturális problémákat is kezelni szükséges, amelyek a munkaerőpiaci szempontból hátrányos helyzetű személyek foglalkoztatottsága előtt állnak.



A korábban felvetett, szegénységgel és a gyerekkori fogyatékossgal is összefüggő négy tényezőt tekintve, a szülők nézőpontjából hasonló mondható el: a fogyatékossgal élő gyerekek nevelése, direkt és indirekt többletköltségein keresztül önmagában is jelentheti a kirekesztettség megtapasztalását, e társadalmi tényezőkkel összekapcsolódva, az egyes alcsoportokban (alacsony végzettségű szülők, egyedülálló szülők, fogyatékossgal élő szülők, etnikai csoporthoz tartozó, bevándorló szülők esetében) pedig a családok relatív hátránya tovább erősödhet. Ahhoz tehát, hogy a fogyatékossgal élő gyerekeket nevelők hátrányai mögött húzódo hatásmechanizmusokat megértsük (ezen keresztül jól célzó szakpolitikai eszközöket alkalmazzunk), olyan kutatásokra van szükség, amelyek nem önmagában a gyerek fogyatékossgával mint okkal vagy következménnyel, sokkal inkább azzal a komplex környezettel, egyéni és strukturális tényezők interakciójával foglalkoznak, amelyben a családok élnek. Erre az intersekciónális megközelítésű vizsgálatok kínálhatnak egyfajta lehetőséget.

ÖSSZEZÉS

A 2010-es évektől születő, gyerekkori fogyatékossgal és szegénység kapcsolatával foglalkozó kutatásokból nem kapunk egyértelmű válaszokat a hatásmechanizmusokra, de három kérdésvetést, ezen keresztül magyarázat-kísérletet azonosíthatunk. A kutatók egyik csoportját az érdekli, hogy milyen többletköltségeik vannak a fogyatékossgal élő gyereket nevelő családoknak. E kiadás-fókuszú megközelítések közös jegye, hogy szóhasználatukat tekintve gyakran családi (és társadalmi, ellátórendszereket érintő) „terhekről”, „korlátokról” (burden) beszélnek, amely terhet a gyerek (fogyatékossga, támogatási szükséglete) helyezi a családra – és a közösségre. Ezek a kutatások kimutatják a kapcsolatot a fogyatékossgal élő gyerek nevelése és a jövedelmi szegénység között, megbecsülik a gondozás közvetlen és közvetett költségeit, ezáltal rávilágítanak egy fontos társadalmi problémára; mégis, empirikus adatokkal még senki sem bizonyította a gyerek fogyatékossgájának közvetlen hatását a család (nem csak jövedelmi) szegénységére, társadalmi kirekesztettségére (Shahtahmasebi et al. 2011). Az epidemiológiai kérdésvetések korlátja, hogy többségében szűken értelmezik a fogyatékossgát, így a vizsgálatból jellemzően kimarad azoknak a környezeti jelenségeknek az azonosítása, amelyek az érintett gyerekeket – testi-mentális állapotukon túl – korlátozzák a teljes társadalmi részvételben. Különösen azokban az országokban, ahol a szegénységből való kitorés valószínűsége, a társadalmi mobilitás esélye alacsony, a társadalmi kirekesztés elleni küzdelem nem csak azért jelentős, hogy megelőzhető legyenek a magzat- és kisgyerekkori betegségek, a gyerekek egészségi állapotának romlása, hanem azért is, hogy csökkentjük azoknak a környezeti tényezőknek a (disabling) hatását, amelyek növelik a fogyatékossgal valószínűségét.

Az átfogó, potenciális közbejövő változók feltárására is törekvő kutatások arra világitanak rá, hogy a szegénység kockázata a fogyatékossgal élő gyerekek családjában is erősen összefügg a társadalmi rétegződéssel (Vinck 2021). Olyannyira, hogy néhány korábban idézett kutatás magában hordozza annak esélyét, hogy akár túl is becsülheti, elhamarkodottan magyarázhatja a gyereki fogyatékossgal és a szegénység egymásra gyakorolt hatását (Spencer et al. 2015). A rendelkezésre álló kutatások azt sugallják, hogy a fogyatékossgal élő gyereket nevelő alacsony iskolai végzettségű, egyedülálló, fogyatékossgal élő és kisebbségi csoporthoz tartozó szülők hátránya különösen jelentős lehet Európában. Hátrányaik csökkentéséhez azo-



kat a rendszerszintű problémákat is szükséges azonosítanunk és kezelnünk, amik nem feltétlenül közvetlen okai vagy következményei a gyerek fogyatékoságának (például a fogyatékos-sággal élő felnőttek foglalkoztatási helyzete, az alacsony iskolai végzettségű felnőttek munka-erőpiaci részvétele, az egyedülálló anyák munka-gyerekevelés egyensúlyának problémái stb.). Ehhez több komplex, (kohorsz)vizsgálatra volna szükség.

Mindez azt is jelenti, hogy kutatóként felelősségünk van abban, hogy – minden korábban említett elméleti és módszertani megfontolást figyelembe véve – miként és milyen adatokat gyűjtünk, vagyis, hogy milyen mennyiségű és minőségű empirikus és elméleti tudást termelünk – amely tudás alapjául szolgálhat a szakpolitikai intézkedéseknek, ezen keresztül a fogyatékos-sággal élő gyereket nevelő családok szegénységének csökkentéséhez, jóllétének növeléséhez.

IRODALOM

- Banks, L. M. – Kuper, H. – Polack, S. (2017): Poverty and disability in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLOS ONE*, 12(12). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189996>
- Blackburn, C. – Spencer, N. J. – Read, J. M. (2013): Is the onset of disabling chronic conditions in later childhood associated with exposure to social disadvantage in earlier childhood? A prospective cohort study using the ONS Longitudinal Study for England and Wales. *BMC Pediatrics*, 13(1): 101. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-101>
- Blackburn, C. – Spencer, N. – Read, J. (2010): Prevalence of childhood disability and the characteristics and circumstances of disabled children in the UK: Secondary analysis of the Family Resources Survey. *BMC Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-10-21>
- Blumenshine, P. – Egarter, S. – Barclay, C. J. – Cubbin, C. – Braveman, P. A. (2010): Socioeconomic disparities in adverse birth outcomes: A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 39(3): 263–272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2010.05.012>
- Bonet, M. – Smith, L. K. – Pilkington, H. – Draper, E. S. – Zeitlin, J. (2013): Neighbourhood deprivation and very preterm birth in an English and French cohort. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 13(1): 97. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-13-97>
- Brekke, I. – Nadim, M. (2017): Gendered effects of intensified care burdens: Employment and sickness absence in families with chronically sick or disabled children in Norway. *Work, Employment and Society*, 31(3): 391–408. <https://doi.org/10.1177/0950017015625616>
- Brown, T. J. – Clark, C. (2017): Employed Parents of Children with Disabilities and Work Family Life Balance: A Literature Review. *Child & Youth Care Forum*, 46(6): 857–876. <https://doi.org/10.1007/s10566-017-9407-0>
- Burchardt, T. (2003): Being and becoming: Social exclusion and the onset of disability (CASE-report 21). ESRC Centre for Analysis of Social Exclusion. London School of Economics.
- Cappa, C. – Petrowski, N. – Njelesani, J. (2015): Navigating the landscape of child disability measurement: A review of available data collection instruments. *Alter European Journal of Disability Research*, 9(4): 317–330. <https://doi.org/10.1016/j.alter.2015.08.001>



- Clarke, H. – McKay, S. (2008): Exploring disability, family formation and break-up: Reviewing the evidence (Research Report No 514). Department for Work and Pensions. University of Birmingham.
- Cooper, K. – Stewart, K. (2013): Does money affect children's outcomes? [Kutatási jelentés]. Joseph Rowntree Foundation.
- Cullinan, J. – Roddy, A. (2015): A socioeconomic profile of childhood disability. In: Cullinan, J. – Lyons, S. Nolan, B. (eds.) *The economics of disability*. Manchester University Press: 53–72.
- Delobel-Ayoub, M. – Ehlinger, V. – Klapouszczak, D. – Maffre, T. – Raynaud, J.-P. – Delpierre, C. – Arnaud, C. (2015): Socioeconomic Disparities and Prevalence of Autism Spectrum Disorders and Intellectual Disability. *PLoS One*, 10(11). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0141964>
- Egészségügyi Világszervezet (2004): A funkcióképesség, fogyatékoság és egészség nemzetközi osztályozása (FNO).
- Egészségügyi Világszervezet (2011): *World Report on Disability*. Genf: Egészségügyi Világszervezet.
- Elwan, A. (1999): Poverty and disability. A survey of the literature (Social Protection Discussion Paper No. 9932). Világbank.
- Emerson, E. – Hatton, C. (2007): The socio economic circumstances of children at risk of disability in Britain. *Disability & Society*, 22(6): 563–580. <https://doi.org/10.1080/09687590701560154>
- Emerson, E. – Hatton, C. (2010): Chapter 4. Socioeconomic Position, Poverty, and Family Research. In: Glidden, L. M. – Seltzer, M. M. (eds.): *On Families: International Review of Research in Mental Retardation*. New York: Academic Press, 97–129. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(09\)37004-4](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(09)37004-4)
- Európai Bizottság (2021): *Union of Equality Strategy for the Rights of Persons with Disabilities 2021–2030*. Európai Bizottság.
- Farber, B. (1962): Effects of a Severely Mentally Retarded Child on the Family. In Trapp E. & Himelstein (szerk.): *Readings on the Exceptional Child: Research and Theory*. Appleton-Century-Crofts, 227–246.
- Farber, B. – Rowitz, L. (1986): Families with a Mentally Retarded Child. In: Ellis, N. R. – Bray, N. W. (eds.): *International Review of Research in Mental Retardation*. Academic Press, 14: 201–224. [https://doi.org/10.1016/S0074-7750\(08\)60079-8](https://doi.org/10.1016/S0074-7750(08)60079-8)
- Ferguson, P. M. (2001): Mapping the Family: Disability Studies and the Exploration of Parental Response to Disability. In: Albrecht, G. L. – Seelman, K. – Bury, M. (eds.): *Handbook of Disability Studies*. London: SAGE Publishing, 373–396. <https://doi.org/10.4135/9781412976251.n15>
- Ferguson, P. M. (2002): A Place in the Family: An Historical Interpretation of Research on Parental Reactions to Having a Child with a Disability. *The Journal of Special Education*, 36(3): 124–131. <https://doi.org/10.1177/00224669020360030201>



- Ferguson, P. M. – Gartner, A. – Lipsky, D. K. (2000): The Experience of Disability in Families: A Synthesis of Research and Parent Narratives. In: Parens, E. – & Asch, A. (eds.): *Prenatal Testing and Disability Rights*. Georgetown University Press.
- Gábos, A. – Kopasz, M. – Limani, D. (2020): Európai gyermekszegénység: A szülői háttér és a családpolitika szerepe a gazdasági válságot követő időszakban. In: Kolosi, T. – Szelényi, I. – Tóth, I. (szerk.): *Társadalmi Riport 2020*. Budapest: TÁRKI.
- Giulio, D. P. – Philipov, D. – Jaschinski, I. (2014): Families with disabled children in different European countries. *Families and Societies*, 23.
- Goodley, D. (2019): *Fogyatékoságtudomány (2.)*. Budapest: ELTE BGGYK.
- Grammenos, S. (2020): European comparative data on Europe 2020 and persons with disabilities. Labour market, education, poverty and health analysis and trends (VC/2020/0273). Directorate-General for Employment, Social Affairs and Inclusion, European Commission.
- Hogan, D. – Msall, M. E. – Goldscheider, F. K. – Shandra, C. L. – Avery, R. C. (2012): *Family Consequences of Children's Disabilities*. Russell Sage Foundation. www.jstor.org/stable/10.7758/9781610447737
- Hsiao, Y.-J. (2018): Parental Stress in Families of Children With Disabilities. *Intervention in School and Clinic*, 53(4): 201–205. <https://doi.org/10.1177/1053451217712956>
- Kawa, R. – Saemundsen, E. – Lóa Jónsdóttir, S. – Hellendoorn, A. – Lemcke, S. – Canal-Bedia, R. – García-Primo, P. – Moilanen, I. (2017): European studies on prevalence and risk of autism spectrum disorders according to immigrant status – A review. *European Journal of Public Health*, 27(1): 101–110. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw206>
- Könczei, Gy. – Hernádi, I. (2011): A fogyatékoságtudomány főfogalma és annak változásai. In: Nagy, Z. É. (szerk.): *Az akadályozott és az egészségkárosodott emberek élethelyzete Magyarországon*. Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Könczei, Gy. – Hernádi, I. (szerk.) (2016): *Az esélyegyenlőségtől a Taigetoszig? Fogyatékoságtudományi eredmények a „másik oldal” megértéséhez*. Budapest: L'Harmattan.
- Könczei, Gy. – Kálmán, Zs. (2002): *A Taigetostól az esélyegyenlőségig*. Budapest: Osiris Kiadó.
- Lalvani, P. (2011): Constructing the (M)other: Dominant and Contested Narratives on Mothering a Child with Down Syndrome. *Narrative Inquiry*, 21. <https://doi.org/10.1075/ni.21.2.06lal>
- Lalvani, P. – Polvere, L. (2013): Historical perspectives on studying families of children with disabilities: A case for critical research. *Disability Studies Quarterly*, 33(3). <https://doi.org/10.18061/dsq.v33i3.3209>
- Letourneau, N. L. – Duffett-Leger, L. – Levac, L. – Watson, B. – Young-Morris, C. (2013): Socioeconomic Status and Child Development: A Meta-Analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(3): 211–224. <https://doi.org/10.1177/1063426611421007>
- Liasidou, A. (2013): Intersectional understandings of disability and implications for a social justice reform agenda in education policy and practice. *Disability & Society*, 28(3): 299–312. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09687599.2012.710012>



- Marmot, M. (2013): Health inequalities in the EU. Európai Bizottság. <https://www.cabdirect.org/cabdirect/abstract/20153206239>
- McCall, L. (2005): The Complexity of Intersectionality. *Journal of Women in Culture and Society* 30(3): 1771–1800. <https://doi.org/10.1086/426800>
- Melnychuk, M. – Solmi, F. – Morris, S. (2018): Using compensating variation to measure the costs of child disability in the UK. *The European Journal of Health Economics*, 19(3): 419–433. <https://doi.org/10.1007/s10198-017-0893-7>
- Nagy, É. (2021): Az autonómia és a gondoskodás fogalmai a szülőség kontextusában. Lehetőségek a fogyatékossgal élő gyermeket nevelő családok autonómiatapasztalatainak értelmezéséhez. *Socio.hu*, 4: 85–113. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2021.4.85>
- Nieuwenhuis, R. (2020): The situation of single parents in the EU. (PE 659.870). Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies.
- OECD – EU (2016): Health at a Glance: Europe 2016. State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing.
- Onwuegbuzie, A. J. – Frels, R. (2016): Seven Steps to a Comprehensive Literature Review: A Multimodal and Cultural Approach (1.). London: SAGE Publishing.
- Palmer, M. – Harley, D. (2012): Models and measurement in disability: An international review. *Health Policy and Planning*, 27(5): 357–364. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr047>
- Pinilla-Roncancio, M. (2015): Disability and poverty: Two related conditions. A review of the literature. *Revista de La Facultad de Medicina*, 63(3): 113–123. <https://doi.org/10.15446/revfacmed.v63n3sup.50132>
- Rai, D. – Lewis, G. – Lundberg, M. – Araya, R. – Svensson, A. – Dalman, C. – Carpenter, P. – Magnusson, C. (2012): Parental Socioeconomic Status and Risk of Offspring Autism Spectrum Disorders in a Swedish Population-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(5): 467–476. e6. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2012.02.012>
- Shahat, A. R. S. – Greco, G. (2021): The Economic Costs of Childhood Disability: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(7): 3531. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073531>
- Shahtahmasebi, S. – Emerson, E. – Berridge, D. – Lancaster, G. (2011): Child Disability and the Dynamics of Family Poverty, Hardship and Financial Strain: Evidence from the UK. *Journal of Social Policy*, 40(4): 653–673. <https://doi.org/10.1017/S0047279410000905>
- Snyder, S. L. – Mitchell, D. T. (2006): *Cultural Locations of Disability*. University of Chicago Press. <https://press.uchicago.edu/ucp/books/book/chicago/C/bo3533856.html> (Utolsó letöltés: 2022. 02. 30.)
- Solmi, F. – Melnychuk, M. – Morris, S. (2018): The cost of mental and physical health disability in childhood and adolescence to families in the UK: Findings from a repeated cross-sectional survey using propensity score matching. *BMJ Open*, 8(2): 1–10. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018729>



- Spencer, N. J. – Blackburn, C. M. – Read, J. M. (2015): Disabling chronic conditions in childhood and socioeconomic disadvantage: A systematic review and meta-analyses of observational studies. *BMJ Open*, 5(9): 1–15. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-007062>
- Stabile, M. – Allin, S. (2012): The Economic Costs of Childhood Disability. *The Future of Children*, 22(1): 65–96. <https://doi.org/10.1353/foc.2012.0008>
- Stainton, T. – Besser, H. (1998): The positive impact of children with an intellectual disability on the family. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(1): 57–70. <https://doi.org/10.1080/13668259800033581>
- UNICEF (2012): Early Childhood Development and Disability. Discussion paper. UNICEF – Egészségügyi Világszervezet.
- UNICEF (2013): The State of the World’s Children 2013: Children with Disabilities. UNICEF.
- Vanegas, S. B. – Abdelrahim, R. (2016): Characterizing the systems of support for families of children with disabilities: A review of the literature. *Journal of Family Social Work*, 19: 4. <https://doi.org/10.1080/10522158.2016.1218399>
- Vinck, J. (2021): Income poverty among children with a disability in Belgium: The interplay between parental employment, social background and targeted cash support. *Journal of Social Policy*, 1–24. <https://doi.org/10.1017/S0047279421000398>
- Vinck, J. – Lebeer, J. – Van Lancker, W. (2019): Non-take up of the supplemental child benefit for children with a disability in Belgium: A mixed-method approach. *Social Policy & Administration*, 53(3): 357–384. <https://doi.org/10.1111/spol.12457>
- Vinck, J. – Van Lancker, W. (2020): An Intersectional Approach towards Parental Employment in Families with a Child with a Disability: The Case of Belgium. *Work, Employment and Society*, 34(2): 228–261. <https://doi.org/10.1177/0950017019872648>
- Washington Group on Disability Statistics. (é. n.): <http://www.washingtongroup-disability.com/> (Utolsó letöltés: 2022. 02. 30.)
- Wickham, S. – Anwar, E. – Barr, B. – Law, C. – Taylor-Robinson, D. (2016): Poverty and child health in the UK: Using evidence for action. *Archives of Disease in Childhood*, 101(8): 759–766. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-306746>



Fiatalok hátránykompenzálását és társadalmi mobilitását támogató programok az Egyesült Államokban^{1,2}

Elek Zsuzsanna Réka

ELEK ZSUZSANNA RÉKA: ELTE Társadalomtudományi Kar – zsuzsannarekaelek@gmail.com

ABSZTRAKT Az Ohio állami Cleveland gazdasági és társadalmi mutatók tekintetében jelentősen elmarad a megyei, tagállami és országos mutatóktól, a mindig is kritikusan alacsony oktatási színvonalat nyújtó iskolakörzetébe járó diákok közel 100%-a hátrányos helyzetű. A clevelandi esettanulmány bemutatja az iskolakörzet reformtörekvéseit és két olyan, az iskolakörzetbe járó minden fiatalt célzó és nagyszámú önkéntesek részvételével működő programot, amelyeknek az oktatási reformokkal együtt hátránykompenzáló, társadalmi mobilitási esélyeket növelő hatása lehet. A kutatás azt mutatja, hogy ilyen példaértékű, a hazai társadalompolitika számára is tanulságos programok erőssége, ha a tervezés, megvalósítás és finanszírozás terén is az iskolakörzet, a városvezetés, az állam, a nonprofit és piaci szereplők széleskörű együttműködésén alapulnak. A clevelandi példákban ebben jelentős szerepe van a helyi, hagyományosan erős nonprofit szektornak és közösségi törekvéseknek, valamint az erős szakmai kapcsolatoknak, ugyanakkor a programok főleg magánemberek és vállalatok anyagi támogatására épülnek, és mindkét program működését az önkéntesek nagyszámú bevonása teszi lehetővé. A kutatás empirikus alapját a clevelandi Greater Cleveland Neighborhood Centers Associations nonprofit szervezetnél és részben annak programjaiban töltött, három és fél hónapos terepmunka képezte.

Kulcsszavak: Egyesült Államok, Cleveland, hátránykompenzáló programok, társadalmi mobilitás, oktatási reform, nonprofit, felsőoktatás, ösztöndíj

U.S. programs decreasing disadvantages and supporting social mobility of youth

ABSTRACT Cleveland has many notably worse economical and social indicators than the county, Ohio State and the country. The school district has always provided critically low standards of public education and almost 100% of the attending children are socioeconomically disadvantaged. The case study about Cleveland introduces the reform efforts of the public school system and two programs that target all the students of it, use numerous volunteers and together with the reforms can decrease disadvantage and support social mobility. The research suggests that the strength of the model programs is that planning, implementation and financing are all based on the wide cooperation of the public school

¹ A tanulmány az EFOP 1.4.1-15-2016-00001 „Integrált gyermekprogramok szakmai támogatása”, a Mobilitás Kutatási Centrum (Társadalomtudományi Kutatóközpont, MTA Kiválósági Együttműködési Program) és az Amerikai Külügyminisztérium támogatásával az IREX szervezésében megvalósuló Community Solutions Program támogatásával készült.

² Ezúton is szeretnék köszönetet mondani a hosszú külföldi tanulmányutat a Gyerekesély-kutató Csoport vezetőjeként is támogató Husz Ildikónak, a Community Solutions Programot szervező IREX-nek, Les Milesnek, Eric Ziegelmannak, Deidre Combsnak és minden munkatársuknak, valamint a Greater Cleveland Neighborhood Centers Association munkatársainak, különösen Allison Wallacenak, Lee DeAngelisnek, Judy Varnnak és valamennyi clevelandi szakembernek, akik lehetővé tették számomra a kutatómunkát.



system, the leadership of the city and the members of nonprofit and for-profit sector and it makes the programs exemplary even for the Hungarian social policy. The traditionally strong nonprofit sector, community development efforts and professional relationships have a huge role in this cooperation, however, both programs are financed primarily by private individuals and companies and based on the large number of volunteers involved. The empirical research is based on a 3,5-month-long field work at Greater Cleveland Neighborhood Centers Association and its programs.

Keywords: United States, Cleveland, educational reform, programs to support compensation of socio-economical disadvantages, social mobility, higher education, scholarship

BEVEZETÉS

A tanulmány célja egy clevelandi esettanulmányon keresztül ismertetni olyan, a hazai társadalompolitika számára is tanulságos iskolakörzeti reformot, valamint fiatalok hátránykompenzálását és társadalmi mobilitását segítő amerikai programokat, melyek különlegessége, hogy a közoktatásban résztvevő minden diákot érintenek, és a tervezésük, megvalósításuk és finanszírozásuk az iskolarendszer, a város vezetése, az állami, a piaci, a nonprofit (civil és egyházi), valamint önkéntes szektor közötti együttműködések nyomán jön létre. Mindkét program a hátrányos helyzetű tanulók továbbtanulását segíti az iskolarendszer különböző szintjei között: a True2You program az általános iskolás évek végén a középiskolai átmenetet célozza, míg a College Now Greater Cleveland (College Now) munkájára épülő komplex Say Yes to Education (Say Yes) ösztöndíj- és mentorprogram kiemelt célja a felsőfokú oktatásban résztvevők és ott végzettséget szerzők arányának növelése.

Cleveland helyzete sajátos azért, mert számos gazdasági és társadalmi mutató tekintetében jelentősen elmarad a szövetségi, tagállami és megyei adatoktól, ugyanakkor helyi szakemberek szerint kiemelkedően sok nonprofit szervezet és hátránykompenzáló program működik a városban, illetve hagyományosan erős a közösségi törekvés a hátrányos helyzetűek életének javítására – ami mindkét program létrejöttében kulcsszerepet játszott. A bemutatott programok megalakulásában és széleskörű társadalmi támogatottságában fontos szerepet játszik, hogy a munkaerőpiac és gazdaság számára is fenyegetővé váltak azok a problémák, amikre megoldást keresnek.

A tanulmány a Greater Cleveland Neighborhood Centers Association (GCNCA) nonprofit szervezetnél 2019 őszén töltött, három és fél hónapos gyakornokság során végzett kutatásra épül. Az adatgyűjtéshez a háttérrel a GCNCA-nél végzett szakmai munka, a szervezet három munkatársával készített szakértői interjú, szakmai megbeszéléseken és konferenciákon történt résztvevői megfigyelés adták. Részben a GCNCA szakembereinek tanácsára, részben saját internetes keresés és a szakmai munka során szerzett információk alapján került kiválasztásra nyolc, profiljában és/vagy intézményi háttérben eltérő, a városban elismert hátránykompenzáló, társadalmi mobilitást segítő fiatalkori fejlődést támogató (*youth development*) program.³

³ A True2You, College Now és Say Yes mellett a kutatásba bevont programok között szerepelt a University Settlement és a Lexington-Bell Community Center „iskolaidő utáni” (*afterschool*) programjai (és az intézmények egyéb szolgáltatásai), a GCNCA P4SS afterschool programjai két iskolában, az America Scores footballra és slam poetryre épülő iskolai afterschool programja, a vállalkozói attitűdre tanító Youth Entrepreneurship Institution programja és a Youth Opportunities Unlimited szervezet felkészítő tréninget követő mentorált gyakornoki prog-



A programok vizsgálata a bennük dolgozó szakemberekkel készített interjúkon keresztül és három esetben az interjúk mellett résztvevői megfigyeléssel történt.

A kutatásba bevont programok közül kiemelkedik a jelen tanulmányban bemutatott True2You és Say Yes. Egyrészt – szemben a többi programmal – ezek a programok az iskolakörzet adott évfolyamainak minden diákját elérik, másrészt hosszú távra tervezett, szektorközi együttműködésnek és többszintű köz- és magánfinanszírozásnak egyaránt tanulságos példái. Mindkét program – ahogy az iskolakörzet is – a 373 000 fős Clevelandnél jóval nagyobb, 2 milliós lakosságszámú Greater Cleveland⁴ területre terjed ki. A továbbiakban nem tér ki azonban a tanulmány a többi programra, csak arra a kontextusra, melyben valamennyi program működik.

A tanulmány először röviden bemutatja Clevelandet, majd kitér a programok szempontjából meghatározó közoktatás történeti hátterére és az iskolakörzet reformtörekvéseire. Fontosságukat az adja, hogy segítenek megérteni a programok kontextusát és tétjét, ezenkívül az iskolakörzet reformja, az ún. Cleveland-terv példa egy város törekvéseire a rendszerszinten szegregáló, és kritikusan alacsony színvonalat nyújtó közoktatásának megváltoztatására. A város és a közoktatás történetének és helyzetének bemutatása az erről szóló szakirodalom és statisztikai adatok másodelemzésén, valamint fiatalkori fejlesztőprogramokban dolgozó szakemberekkel készített interjúkon alapszik, az iskolakörzet reformjának bemutatása pedig magának a Cleveland-tervnek és a közoktatási rendszerről szóló szakmai anyagok, statisztikák másodelemzésén alapszik. A közoktatás reformjáig a többgenerációs szegénység és depriváció, a lakóhelyi szegregáció, a szelektív és kiemelkedően alacsony színvonalú közoktatás miatt a hagyományosan erős nonprofit szektor számos, fiatalkori fejlődést célzó programja mellett is drámaian alacsony maradt összességében az iskolakörzetbe járó diákok iskolai teljesítménye, a középiskolát és felsőfokú iskolát végzettek aránya.

Míg a Cleveland-terv magának a közoktatási rendszernek a reformja, a tanulmány második részében bemutatott True2You és Say Yes to Education a nonprofit szektorhoz tartozó, hátránykompenzációt és társadalmi mobilitást célul kitűző programok. A programoknak ugyanakkor legmeghatározóbb jellemzői közé tartozik, hogy már indulásukat széleskörű és hosszú távban gondolkodó szakmai tervezés előzte meg az iskolakörzet, a nonprofit szektor szakmai vezetőinek és piaci szereplők részvételével, emellett a programok megvalósításának és vegyes finanszírozásának is alapja a szereplők közötti együttműködés, miközben mindkét program megvalósítása önkéntesek – a True2You esetében több száz, a Say Yes esetében több ezer – bevonására épül. A programok céljának, tevékenységének és amennyire lehetséges, eredményeinek bemutatása mellett a tanulmányban ennek a többszintű együttműködésnek olyan részletei kapnak kiemelt hangsúlyt, amik nélkül ezek a példaértékű programok nem jöhettek

ramjai (*internships, employment programs*), valamint Jobs for Ohio's Graduates (JOG) középiskolai programja, melynek célja karrier coachok segítségével az iskola befejezése, karrierfejlesztés (*career development*), puha készségek (*soft skills*) fejlesztése. Egyes programokban visszatérő elemek a matematikai és az írás, olvasás (*literacy*) készségek fejlesztése, a természettudományos STEM (Science, Technology, Engineering and Mathematics) ismeretek játékos, innovatív oktatása, közösségi szolgálaton keresztüli tanulás (*service learning*), a puha készségek (*soft skills*) és vezetői készségek (*leadership skills*) fejlesztése, a szociális és érzelmi tanulás (*social and emotional learning*) a vállalkozói attitűd (*entrepreneurship*) megismertetése, a főiskolára és munkavállalásra felkészítés (*college and workforce readiness*) és karrierfejlesztés (*career development*).

⁴ Greater Cleveland Metropolitan Statistical Area (MSA).



volna létre és nem működnének. A True2You, Say Yes to Education és annak részét képező College Now bemutatása a programban dolgozó szakemberekkel készített interjúkon és a programok saját, 2020-ig elkészült szakmai anyagainak elemzésén alapszik.

CLEVELAND MINT EGYKORI ROZSDAÖVEZETI ÉS HAGYOMÁNYOSAN ERŐS KÖZÖSSÉGI TÖREKVÉSŰ VÁROS

A Nagy-tavak közül az Erie-tó partján fekvő Clevelandet 1796-ban alapították. A később rozsdáövezeti város fellendülését, drasztikus hanyatlását, majd újbóli növekedését az országos és globális gazdasági és társadalmi változások határozták meg (Warf – Holly 1997). Az 1870-es évektől kezdődő industrializáció eredményeként a város főleg vas- és acélgyártásra épülő, virágzó ipari, diverzifikált gazdasági és kereskedelmi központtá vált (Lamoreaux 2008). Gyorsan fejlődő ipara nagymértékben vonzotta a bevándorlókat: 1870 és 1920 között főleg európaiak, 1900 és 1950 között pedig nagy számban érkeztek afroamerikai bevándorlók a városba (Keating 2007).

Az 1973-as olajválságot követő országos és globális gazdasági és társadalmi változások a rozsdáövezet többi városához hasonlóan Cleveland válságát is jelentették az 1970–80-as években (Warf – Holly 1997). A bezárt, sokszor az ország más területeire költözött gyárak, vállalkozások miatt tömeges lett a munkanélküliség, szegénység és egyes városrészek fizikai pusztulása, valamint súlyos mértékben fokozódtak az olyan, korábban is jelentős problémák, mint az erőteljes szuburbanizáció (az afroamerikai középosztálybeliek elköltözését is beleértve) és a fehér lakosság külvárosba és városon kívül költözése (*white flight*) (Galster 1990). Ezekkel együtt a folyamatos népességcsökkenés, az afroamerikai lakosság területi (Price et al. 2002) és iskolai (Henderson 2002) szegregációja, a szegénység koncentrációja (Coulton – Pandey 1992), az ebben érintett városrészek, szomszédságok (*neighborhood*) gettósodása, a lakhatási problémák is fokozódtak.

A '90-es években Cleveland is újra fejlődésnek indult: ezt segítette a szolgáltatásokra átálló szektorváltás, az arányaiban már sokkal kevésbé hangsúlyos, de meglepő és sikeres reindustrializáció, a '60-as évektől kezdődően számos városfejlesztési terv és projekt (Barney – Brian 1997), valamint a 40-50 kisebb városrészt és lakhatási problémákat célzó nonprofit közösségi fejlesztési társaság (*community development corporation*) (Yin 1998, Keating 2007). A '70-80as évek válságához képest fejlődésnek induló városban azonban, ha nem is a munkanélküliség, de a korábbi problémák többsége továbbra is fennmaradt. Az alacsonyan képzett lakosság számára – a szuburbanizációs folyamatok miatt főleg a város külső területein jelentős – a reindustrializáció és a dominánssá váló szolgáltatási szektor által létrejött új munkahelyek többnyire nem voltak elérhetőek.

Cleveland számos mutatót tekintve elmarad a Cuyahoga megyei, Ohio állami és az Egyesült Államokbeli adatokhoz képest (United States Census Bureau 2020). Bár az 1920-as években még az USA 5. legnagyobb városa volt, népessége 1950-ben érte el maximumát 914 800 fővel, azóta azonban a város lakossága folyamatosan és drasztikusan csökkent (szemben az Egyesült Államokbeli és ohioi tendenciákkal): az elmúlt 70 évben lakosságának majdnem kétharmadát elvesztette (World Population Review 2020). Cleveland 34,6% szegénységi aránya 2-3-szorosa az állami és országos szintnek (United States Census Bureau 2020).



A 24 évesnél idősebbeknek csak 80%-a rendelkezik legalább középiskolai végzettséggel Clevelandben, ami körülbelül 10%-kal alacsonyabb, mint Cuyahoga megyében, Ohio államban vagy az Egyesült Államok egészében (United States Census Bureau 2018). Ennél is kritikusabb, hogy egyetemi Bachelor vagy magasabb végzettsége a 24 évesnél idősebbek 16,6%-ának van csak, ami körülbelül a fele a Cuyahoga megyei, Ohio állami és a szövetségi állami adatoknak és nincs középiskolai bizonyítványa a lakosság ötödének (United States Census Bureau 2018).

Clevelandben az afroamerikai lakosság van többségben 49,6%-os aránnyal a 33,7%-os fehér (nem hispán vagy latin), és 11,6%-os hispán vagy latin lakossági arányok mellett (United States Census Bureau 2020). Jelentős különbség van iskolai végzettséget tekintve a különböző faji/etnikai hátterű clevelandi lakosság között (United States Census Bureau 2018). Míg a (nem hispán vagy latin) fehér lakosság 84,3%-a rendelkezik legalább középiskolai végzettséggel, addig a fekete lakosság 78,6%-ának van középiskolai végzettsége, az indián és alaszka, hispán vagy latin, valamint ázsiai lakosság körében pedig ez az arány több, mint 10%-kal alacsonyabb, mint a fehér lakosság körében. Ugyanakkor míg a fehér lakosság 25,7%-ának van bachelor vagy annál magasabb végzettsége, az afroamerikai népesség körében ez kevesebb, mint feleakkora, 9,3% és még alacsonyabb az indián és alaszka bennszülött, illetve hispán vagy latin származásúak között (United States Census Bureau 2018).

Fiatalkori fejlesztőprogramokban dolgozó, meginterjúvált szakemberek szerint a hátrányos helyzetű fiatalok hátránykompenzálásának és társadalmi mobilitásuk segítésének területén egyre több szereplő nyújt „afterschool” programokat Clevelandben. Hagyományosan a settlementek, szomszédsági központok (*neighborhood center*), közösségi alapú szervezetek (*community-based organization*), egyházi szervezetek, nagymúltú, országos szervezetek (mint a Boys and Girls Club, YMCA, America Scores) nyújtanak afterschool programokat.⁵

Helyi szakemberek szerint Cleveland különleges abból a szempontból, hogy hagyományosan erős a hátrányos helyzetűeket segítő nonprofit szektora és a közösségi tenni akarás. Egyikük megfogalmazásában:

„Én nem Clevelandből, Ohióból származom, a Case Western Egyetemre jöttem mesterszakra, mert van egy nonprofit menedzsment programjuk. Azért ezt választottam, mert itt Ohióban sok a közösségi gondolkodású és nonprofit szervezet. Ezért választottam ezt az iskolát, mert tudtam, hogy sok szervezetet megnézhetek, sokat tanulhatok. A nonprofitok vénájában van egy sürgős szándék, valami olyasmi, hogy visszaadjanak, támogassanak. Valami, ami csak itt van Clevelandben, amiben Cleveland erős, része a kultúrájának, ami nincs így más államban.” (True2You programban dolgozó szakember)

⁵ Egyre inkább megjelennek azonban afterschool szolgáltatóként olyan szervezetek is, amelyek korábban nem foglalkoztak komplex fiatalkori fejlesztéssel: közösségi fejlesztési társaságok (*community development corporation*), rekreációs központok (*recreational center*) és könyvtárak. Az egyre csökkenő forrásokért folyó nagyobb versenyben így a tapasztaltabb szervezeteknek nehezebb forráshoz jutni, és a szakemberek szerint ezzel alacsony színvonalú programok is megjelennek. Ugyanakkor számos esetben igény van az új programokra, mint például a könyvtárak esetében, ahol nagy számban jelentek meg diákok az iskolaidő vége (15 óra) és a szülők munkaidéjének vége közötti időszak eltöltésére. Hasonló adatok Clevelandről nem állnak rendelkezésre, de az Afterschool Alliance (2020): *This is Afterschool in Ohio* riportja szerint 284 519 diák vesz részt afterschool programban Ohióban, de sokkal nagyobb lenne rájuk az igény: háromszor ennyi diák vár programra.



A szakemberek szerint a nonprofit szervezetek helyi sikere közösségi szinten jelentős mértékben a szakemberek közötti erős szakmai kapcsolatoknak köszönhető. Egy másik szakember szerint Cleveland olyan, mint egy „nagy kisváros”:

„A legtöbbjük kapcsolatban akar lenni, és az embereknek segíteni. Mint egy kisvárosban, ahol az emberek ismerik egymást, az utak számtalan módon találkoznak.” (Say Yes programban dolgozó szakember)

A CLEVELANDI KÖZOKTATÁS TÖRTÉNETI HÁTTERÉRŐL

Az egyik legvitatottabb és legkudarcosabb terület Cleveland életében az 1900-as évek elejétől a mai napig a közoktatás helyzete – mindig kölcsönhatásban állva a város gazdasági, társadalmi, demográfiai folyamataival. Az 1920-as évektől, aki megengedhette magának, külvárosi területekre költözött az industrializáció okozta ipari belvárosi környezet, környezetszennyezés, növekvő szegénység, bűnözés és a bevándorlók tömegei miatt (Keating 2007). Szemben az európai bevándorló csoportokkal (akik amint tehettek, szintén elköltöztek a város jobb környékeire), az afroamerikai lakosság körében fokozódott a szegénység területi koncentrációja és az iskolai szegregáció a munkaerőpiaci, lakáspiaci és oktatási rendszerbeli rasszizmus miatt is (Miggins 2014).

Miközben a fehér középosztálybeliek és vagyonosok között egyre nőtt a magániskolák (köztük is leginkább a katolikus iskolák) népszerűsége, addig az afroamerikai diákok intelligencia- és iskolai eredményességi teszteken mért lemaradását nem annyira a strukturális korlátaik és problémáik következményének, mint egyéni és származásukból eredő hiányosságnak tekintették. 1976-ban a Reed vs Rhodes ügyben eljáró bíró ítéletében kimondta, hogy az állami és városi tisztviselők idézték elő és tartották fent szándékoltan a szegregált iskolai rendszert, és felszólította az iskolakörzetet a szegregáció megszüntetésére, aminek következtében a középiskolás diákokat 1979-ben, az alsó és felső tagozatosokat 1980-ban kötelező jelleggel buszoztatni kezdték saját szomszédságukból a város különböző részein lévő iskolákba (Henderson 2002).

A '70-es évek gazdasági válságával nemcsak a város (Keating 2008), hanem az iskolakörzet is súlyos pénzügyi válságba került. A születések számának nagymértékű csökkenése, a white flight és középosztálybeli afroamerikai lakosság külterületekre költözése következtében az 1960-as évek közepétől drasztikusan csökkent a kerületi iskolákba beiratkozott tanulók száma (1969 és 1979 között 38%-kal) (Henderson 2002). Végül Ohio állami támogatással sikerült normalizálni a pénzügyi krízist, miután olyan adatok láttak napvilágot, miszerint a clevelandi iskolakörzetbe járó diákoknak csak 6,2%-a teljesített a szövetségi átlag felett, 44,9%-a átlagosan, 48,9%-a pedig átlag alatt (Gaurner 1977, idézi Henderson 2002: 493), valamint a standardizált teszteken a 9. és 11. osztályosok fele is a szövetségi átlag alatt teljesített (Jensen 1979, idézi Henderson 2002: 496).

Az általános feltételezéssel szemben, miszerint a szegregáción valóban csökkentő buszoztatás volt az oka egy újabb nagymértékű white flightnak 1978–1980 között, Henderson (2002) tanulmányában a white flight-fókuszú megközelítés helyett inkább mindazokkal a strukturális, társadalmi és gazdasági viszonyokkal magyarázza a valójában jóval a deszegregációs intézke-



dések előtt indult nagymértékű városon kívülre költözést, amik az egész régióra jellemzőek voltak. „...[A] gyenge városi szolgáltatások, a romló iskolák, a tanárok közötti munkaügyi viszályok és az adókra helyezett növekvő nyomás a legracionálisabb stratégiává tették a város elhagyását azon fekete és fehér középosztálybeli családok számára egyaránt, akiknek volt hova költözni” (Henderson 2002: 508). Mindeközben 1980-ra közel duplájára nőtt a szegénység koncentrációja nem egészen egy évtized alatt a városban, ami együtt járt az ott élők földrajzi és társadalmi izolációjával, kapcsolati hálójuk és lehetőségeik csökkenésével, a szomszédsági környezetük pusztulásával, valamint az alacsonyan képzett lakosság számára nehezen elérhető, a reindusztrializáció során főleg a külvárosi részekbe költöző ipari és szolgáltatási szektorbeli munkalehetőségekkel (Coulton – Pandey 1992).

A diákok buszoztatását 1995-ben felváltotta a Clevelandi Ösztöndíj és Tutoráló Program (*Cleveland Scholarship and Tutoring Program*), aminek alapja a diákok iskolák közötti központi szétosztása helyett a szabad iskolaválasztás. A szabad iskolaválasztás azonban távolról sem biztosít egyenlő színvonalú oktatási lehetőségeket a különböző szocioökonómiai háttérű családok gyermekei számára, mivel a szülők általában saját lakóhelyükhöz közeli iskolába íratják gyermekeiket, így ha a családnak nincs rá lehetősége, a szegénység koncentrálódása miatt ők sokkal rosszabb színvonalú, gyakran szegregált iskolákba járnak. Ennek ellensúlyozására, a jó választási lehetőségek növelésére az '50-es évektől különböző megoldásokkal próbálkoztak az Egyesült Államok különböző részein, úgy mint: ösztöndíjak, adókedvezmények, adóalap-kedvezmények, ún. mágnes iskolák (*magnet school*), szerződéses iskolák⁶ (*charter school*) és utalványok a magániskolákhoz⁷ (Logan 2018) – ezek sem oldották meg azonban a szegregált, alacsony színvonalú oktatási rendszer problémáit.

⁶ Az 1990-es években jelentek meg az Egyesült Államokban a szerződéses iskolák, amiktől a közoktatás megújulását, valamint a szabad iskolaválasztás rendszerében a hátrányos helyzetű diákok iskolai lemaradásának megoldását remélték. A se nem állami (körzeti), se nem magániskola kategóriájába nem tartozó – az állammal kötött szerződés miatt – szerződésesnek nevezett iskolák a diákok számára ingyenesek, állami támogatásból finanszírozzák őket, ugyanakkor autonóm, nem az iskolakörzetek irányítása alatt működő iskolák. A szerződéses iskolák gyorsan elterjedtek az Egyesült Államok területén, ugyanakkor nem váltották be a hozzájuk fűzött reményeket: a közoktatás megújítását, felvirágoztatását és a leszakadó diákok felzárkóztatását (Logan 2018). Bár egyre nagyobb teret nyertek a közoktatásban, két évtizeddel megalakulásuk után úgy látszott, hogy a szerződéses iskolák összességében nemhogy nem csökkentik az oktatás szegregáltságát, hanem az esetek többségében a hagyományos állami iskoláknál osztály és etnikai hovatartozás szempontjából szegregáltabb szerződéses iskolák jönnek létre (Frankenberg et al. 2011).

⁷ A szerződéses iskolák mellett (California, New York – East Harlem és Milwaukee után) 1995-ben Ohio állami finanszírozással Clevelandben is bevezették az utalvány használatát a szabad iskolaválasztással együtt: a város alacsony jövedelmű diákjait előnyben részesítő programban a diákok először használhatták fel az utalványt egyházi iskola tandíjához is. Valójában a diákok többsége egyházi magániskolába jár az utalvánnyal, így az utalvány bevezetésétől nemigen várható a jövőben sem versenyhelyzet teremtése a közoktatásban (Neal 2002). Öt évvel az utalvány bevezetése utáni vizsgálat szerint az utalvánnyal iskolába járó diákok harmada korábban is magániskolába járt (Schiller 2001). Belfield (2005) szerint a program hasonlóan működik a máshol megvalósult utalványrendszerek működéséhez abban, hogy nem a legrosszabb anyagi helyzetben lévők vesznek részt a programban (az utalványt használó diákok családjának jövedelme az előnyben részesített szint felett van). A szerző nem talál bizonyítékot arra, hogy az utalványt használók iskolai teljesítménye jobb lenne az utalványnak köszönhetően. Forster (2006) ugyanakkor vizsgálatában cáfolja az utalványrendszer ellenzőinek azt az érvét, miszerint a rendszer a diákokat Clevelandben még szegregáltabb iskolákba terelné, mint ha nem élnének a lehetőséggel – szerinte a diákok alapvetően kevésbé szegregált iskolákban tanulnak az utalvánnyal.



A CLEVELANDI ISKOLAKÖRZET ÉS REFORMTÖREKVÉSEI

A clevelandi iskolakörzet (a város tágabb környezetére is kiterjedve) Ohio második legnagyobb iskolakörzete: 37 000 diák jár a Cleveland Metropolitan School District (CMSD) 103 iskolájába, amik közül 36 középiskola (Cleveland Metropolitan School District, b). Míg a városban a fehér gyerekek aránya összesen 33,8%, addig az iskolakörzeti iskolákba járók között csak feleannyi, 15,4%. Felülreprezentált ezzel szemben a fekete vagy afroamerikai diákok aránya 64,1%-kal a városi 50,4%-hoz képest és a hispán/latin származású gyerekek aránya 16,3%-kal a 11,2%-hoz képest (Cleveland Metropolitan School District, b). Hivatalosan az iskolakörzet diákjainak 100%-a hátrányos helyzetű kategóriába tartozik jövedelmi szempontból.⁸ A város 6. osztályig a gyermekek szomszédságához legközelebbi iskolába eljutást ingyenes iskolabuszszal, 7. osztálytól a diákokat városzerte ingyenes tömegközlekedési bérlettel segíti⁹ és utalvánnyal a gyermekek alap- és középfokon a CMSD területén összesen több mint 40 magániskolából választhatnak (Cleveland Transformation Alliance 2020).¹⁰

2010-ben a clevelandi polgármester felkért civil szervezeti vezetőket, tanárokat és főiskolai, egyetemi vezetőket, hogy dolgozzanak ki egy tervet a felsoktatásban résztvevő és diplomát szerző diákok arányának növelésére (Higher Education Compact of Greater Cleveland). A szakemberek adatok által vezérelt és eredményeken alapuló (kimeneti fókuszú) megközelítéssel, jó gyakorlatokra épülő javaslatokat, továbbá kollaboratív és kollektív erőfeszítéseket, fejlesztési célok meghatározását, a diákok fejlődésének mérését, monitorozását fogalmazták meg. Ezek elfogadásával a polgármester 2011-ben meghirdette az ún. Higher Education Compact of Greater Cleveland (Compact) felsőoktatási egyezményt is (Higher Education Compact of Greater Cleveland).

2012 óta a clevelandi közoktatás rendszere jelentős változáson ment keresztül. A hosszú évtizedek óta tartó kritikusan alacsony színvonalú oktatás, a finanszírozási és működési-irányítási nehézségek és rugalmatlanság, valamint az egyre csökkenő beiskolázási arányok vezettek az ún. Cleveland-terv (Jackson 2012) megszületéséhez, melynek célja, hogy minden gyermek magas színvonalú iskolába járhasson és minden városrészben (szomszédságban) kiváló iskolák közül választhassanak a családok. A CMSD a szövetségi Center on Reinventing Public Education segítségével 23 iskolakörzet egyikeként szervezte át a korábbi hagyományos, centralizáltabb iskolakörzetét Portfólió Stratégia (*Portfolio Strategy*) alapú oktatási rendszerre,

⁸ Bár a valóságban nem minden, a körzet iskoláiba járó diák hátrányos helyzetű, de az arányuk eléri azt a 90% fölötti értéket, ami miatt a hátrányos helyzetű kategóriát adminisztratív szempontból kiterjesztik az egész iskolakörzetre, aminek a diákjai így ugyanolyan szolgáltatásokban részesülnek.

⁹ Bár az Ohio állami iránymutatás szerint az iskolakörzetnek csak az iskolától két mérföldnél messzebb lakó alsó tagozatosoknak kell ingyenes közlekedést biztosítani, a CMSD kiterjesztette ezt a lehetőséget (Cleveland Transformation Alliance 2020: 190.): 6. osztályig minden diák, akiknek egynél több mérföldet kellene sétálnia az iskoláig, igényelheti az ingyenes sárga iskolabuszt. Az iskolabusz ugyanakkor csak a diákok szomszédságához legközelebb eső iskolájába jár (Cleveland Transformation Alliance 2020), ami jelentős mértékben meghatározza, hogy később milyen eséllyel nyerhetnek egyáltalán felvételt tanulmányi eredményeik alapján a középiskolákba – annak ellenére, hogy azok a 7–12. osztályos diákok, akik egy mérföldnél messzebb lagnak, igényelhetik az ingyenes tömegközlekedési bérletet, hogy középiskola-választásukat a távolság ne akadályozza.

¹⁰ Indulása óta folyamatosan nő a programban résztvevők száma, a 2017/18-as tanévben közel 8000 diák tanult utalvánnyal magániskolában (American Federation for Children), amelyek többsége azonban jóval többbe kerül, mint amit az utalvány fedezni tud, így az nem biztosít valódi egyenlő esélyeket a leghátrányosabb helyzetűeknek a magas színvonalú oktatáshoz való hozzáférésben (Schiller 2001, Belfield 2005).



mely elutasítva az „ugyanaz jó mindenkinek” („one size fits for all”) elvet, magas színvonalú, de változatos, autonóm körzeti és charter iskolák széles választékának létrehozását tűzte ki célul (Jackson 2012).

A Cleveland-terv alapján (Jackson 2012) az iskolakörzet többek között folyamatosan monitorozza az iskolák teljesítményét és teljesítmény alapon támogatja azokat. Teljes autonómiát biztosít a jól teljesítő iskoláknak számos területen (úgy mint költségvetés, munkaerővel kapcsolatos döntések, tanulmányi és támogatói programok, tanév rendje), új iskolákat alapítanak, és a helyi közösségi partnereket és tanárokat is új és innovatív iskolai modellek együttes létrehozására bátorítják. A közepesen teljesítő iskoláknál a körzet differenciált és testreszabott beavatkozásokat és beruházásokat alkalmaz alacsonyabb szintű autonómia biztosításával, a legrosszabbul teljesítő iskoláknál pedig azonnali, erőteljes beavatkozásokat vezetnek be, akár bezárva azokat, a diákokat más iskolákban szétosztva vagy új iskolák alapításával.

A Cleveland-terv részeként az iskolakörzet célja nemcsak a körzeti iskolák színvonalának javítása, hanem partnerség kialakítása közösségi iskolákkal is, amelyekre egyébként az iskolakörzet nem lenne hatással (Cleveland Metropolitan School District, a). Ohio-ban egyedülálló, de szövetségi szinten is ritka módon a CMSD anyagilag is támogatja a vele partnerségben működő charter iskolákat, amelyekkel egymás programját kölcsönösen ismerik és támogatják, a Cleveland Education Compact keretein belül együttműködnek és jó gyakorlatokat osztanak meg egymással.

Az állami és charteriskolák teljesítményének követésére és növelésére¹¹, a CMSD létrehozta a Cleveland Transformation Alliance-t mint állami-magán partnerséget, aminek munkájában részt vesznek a szerződéses iskolák, az iskolakörzet és a közösség képviselői is. Ezenkívül a CMSD célul tűzte ki a közoktatásban olyan elemek erősítését is, mint a magas színvonalú iskolai előkészítés (preschool), a főiskolára és munkavállalásra felkészítés (*college and workforce readiness*), tehetségkutatás, kapacitásbővítés, tudományos technológiai fejlesztés, valamint egész éves naptárra álltak át (rugalmas tanítási kezdési és végzési dátumokkal, növelve a tanulási időt az iskolákban) (Jackson 2012). Eközben a CMSD tanulói létszáma drasztikus mértékben csökkent (például a középiskolai férőhelyek 40%-a kihasználatlan). Ugyanakkor a Cleveland-terv megvalósításáról szóló riport jelentősen javuló eredményeket mutat különböző mutatók terén.¹²

¹¹ A Cleveland Transformation Alliance ismertetőjén keresztül a lakosság is tájékozódhat a CMSD iskoláinak teljesítményéről (Cleveland Transformation Alliance 2020).

¹² 2857-ről 4903-ra nőtt az iskolai előkészítőben részt vettek száma 2013 óta, és 4,4 százalékponttal javult az óvodásoktól 3. osztályosokig mért írás-olvasási teszt eredménye 2014 óta. Az iskolakörzet az összesített teljesítményére vonatkozó korábban legrosszabb, F minősítés helyett 2019-ben elérte az egy fokkal jobb, D minősítést (CMSD News Bureau 2020a). Az oktatási esélyegyenlőséget mérő 2017-es F és 2018-as D eredményhez képest, 2019-ben a hátrányos helyzetű tanulói csoportok teljesítményeiben megnyilvánuló különbségeket mutató oktatási szakadékok csökkentésére C minősítést ért el (CMSD News Bureau 2020b). A Higher Education Compact of Greater Cleveland (2020) riportja vegyes eredményeket mutat az elmúlt 10 év oktatási kimeneti mutatóinak változásáról. 2011 és 2018 között 14 százalékponttal 37%-ra nőtt a legalább középiskolát 3-as átlaggal befejezők aránya, de a szövetségi szinten központi ACT tanulmányi teszten nem érnek el nagyobb arányban legalább 21 pontot a végzősök.



A 2019/20-as tanévben a clevelandi iskolakörzetben 80,1% volt a középiskolások körében a végzési ráta¹³, ami Ohio államban az elmúlt évek adataihoz képest a 4. legnagyobb növekedés: a 2010/11-es tanév 52,2%-ához képest 27,1 százalékpontos növekedés. Végzési ráta tekintetében nincs jelentős eltérés a hispán és afroamerikai diákok körében. Ugyanakkor a középiskolai végzési adatokból nehéz biztos következtetést levonni az iskolarendszerre vonatkozóan, mivel a végzési követelmények gyakran változtak (O'Donell 2019).¹⁴

Pályaválasztási tanácsadással, személyiségfejlesztéssel és puha készségek fejlesztésével a tudatos középiskola-választásért és jobb munkaerőpiaci felkészültségért: True2You

Egy, a programban dolgozó clevelandi szakember szerint a Neighborhood Leadership Institute 2015-ben induló True2You („Hű Magadhoz”) programmal elnyert állami pályázat kiírásának részben az volt az oka, hogy a 2008-as gazdasági válságot követően Ohio-szerte problémát jelentett, hogy míg sok munkahely várt betöltésre, a munkaadók arra panaszkodtak, hogy a munkavállalóknak hiányoznak a szaktudáson kívüli egyéb, puha készségeik (*soft skills*), amelyek a konkrét feladat elvégzésén túl szükségesek a munkavállalónak: pontosság, kommunikációs és egyéb szociális készségek. A pályázat szerint Ohio állam azt támogatta, hogy közösségi, nonprofit vagy egyházi szervezetek cégekkel közösen olyan programokat vigyenek az iskolákba, amelyek a konkrét szakmai ismeretek túl segítenek a diákoknak felkészültebbé válni az iskolát követő életre, a munkaerőpiacon való boldogulásra.

Hagyományosan az ilyen pályázatoknál nonprofit szervezetek pályáznak piaci szereplőkkel, majd keresnek meg iskolákat a programjukkal, Cleveland esetében azonban már a pályázat tervezése is számos szereplő részvételével és együttműködési szándékával valósult meg: együtt határozzák meg, hogy mire van szükség és hogyan tudnának mindannyian együttműködni, hogy a program találkozzon a valós szükségletekkel. A kezdetektől részt vett a folyamatban a CMSD mint iskolakörzet, a piaci szektor képviselőjében a Greater Cleveland Partnership, ami az ország legnagyobb metropolita területét (Északkelet-Ohiót) képviselő kereskedelmi kamara, a Cleveland Foundation (Cleveland Alapítvány), ami szintén az ország legrégebbi, egyik legjelentősebb, városi közösséget támogató alapítványa, a Neighborhood Leadership Institute mint a közösségi fejlődésért és fiatalok fejlesztés területén dolgozó egyik legjelentősebb helyi nonprofit szervezet és egyházi oldalról a Faith-Based Collaboration.

A program az első két évben így állami pályázati pénzből működhetett, első évben 22, második évben 44, majd harmadik évtől az akkor mind a 66 CMSD iskolában. A harmadik

¹³ Az arány azt mutatja, hogy az adott évben az egyszerre kezdő diákok hány százaléka végezte el 6 éven belül a 4 éves középiskolát.

¹⁴ 2003-ig nem volt semmilyen állami szintű központi teszt, amin a középiskola elvégzéséhez meg kellett volna felelni a diákoknak, 2018-ra pedig annyit emeltek a követelményeken, hogy az előzetes tesztek szerint a diákok harmada vagy fele nem tudott volna bizonyítványt szerezni (O'Donell 2018). Az ettől való félelemben, az „átállást segítettő”, végül „alternatív utakat” biztosítottak a végzősöknak, amelyeket pont a szegény, városi iskolakörzetek diákjai használtak ki legnagyobb arányban. Ilyen „alternatív út” az órákon való erős részvétel, utolsó évi jó jegyek, egy nagy végzős projekt (capstone project) megvalósítása vagy közösségi szolgálat végzése (O'Donell 2018).



évtől nagyrészt a magánadományokból városi projekteket támogató Cleveland Foundation, kisebb részben a CMCD finanszírozza a programot – ahogy a pályázáshoz szükséges fenntarthatósági terv megírásakor megtervezték a szakemberek. A program kidolgozásához szakértőként bevonták Stedman Grahamot, a Teens Can Make It Happen: Nine Steps for Success („A kamaszok valóra tudják váltani: 9 lépés a sikerhez”) című könyv szerzőjét.

A szabad iskolaválasztás lehetővé teszi a 8. osztályosok számára, hogy a felvételi eljárásban a város bármelyik öt iskolájába jelentkezzenek, és felvétel esetén a számukra ingyenes tömegközlekedéssel oda eljussanak. A helyi szakemberek tapasztalatai alapján azonban a diákok általában nem tudatosan, érdeklődésük és jövőre vonatkozó terveik alapján választanak középiskolát, hanem a saját szomszédságuk iskolájába mennek, ahova többnyire a barátaik is. Gyakori a továbbtanulási szempontból nem tudatos iskolaváltás jelensége például városon belüli költözések miatt is. Azok, akik nem állítanak fel jelentkezési rangsort és a hivatalos felvételi eljárásban nem jelentkeznek középiskolába (nem „aktív iskolaválasztók”), automatikusan kerülnek a lakóhelyükhöz közeli középiskolába. A True2You előtti időszakban a 8. osztályosoknak csak a fele élt az aktív választás lehetőségével.

A középiskola választása a felsőfokú tanulmányok jövőbeli esélyének szempontjából is kardinális lehet. A True2You egy önkéntes mentorprogram, aminek célja, hogy a CMSD iskolába járó 8. osztályosok személyiségfejlesztő programelemekén keresztül jobban megismerjék magukat, tisztában legyenek azzal, hogy milyen erősségeik, képességeik vannak, mivel szeretnének foglalkozni, milyen értékeket tartanak fontosnak, továbbá segítsenek a tudatos középiskola-választásban. Mindezekén keresztül hosszú távon a középiskolai tanulmányok elvégzését, a főiskolai tanulmányokra és munkavállalásra való felkészítést (*college and carrier readiness*) szeretné a program segíteni – azáltal, hogy a fiatalok önmaguk mélyebb megismerése alapján az érdeklődéseik szerint tudatosan terveznek a jövőre, és ismerik is a víziójuk, céljaik eléréséhez szükséges lépéseket, például a saját szomszédságuk középiskolája helyett olyat választanak, aminek szakmai programja előnyt jelenthet a számukra vonzó foglalkozás betöltéséhez vagy az ehhez vezető főiskolai, egyetemi bejutásnál.

12–15 fős 8. osztályos csoportokkal önkéntes mentorok foglalkoznak a tanév során havonta egyszer két órában, egységes kurrikulum alapján. A programban a fiatalok megismerik a saját erősségeiket, az őket érdeklő foglalkozáscsoportokat, kutatást végeznek arról, hogy az adott foglalkozásoknak mik a követelményei, milyen középiskolák és kurzusok jelentenek előnyt a felvételihez, a foglalkozásokkal milyenek az elhelyezkedési és fizetési lehetőségeik. A program részei a kifejezetten felsőoktatást és munkavállalást támogató Naviance online program tesztjeinek kitöltése, szociális és érzelmi fejlődést, jó döntéshozatalt segítő, személyiségfejlesztő beszélgetések, szerepjátékok, interaktív feladatok, egyéni tanácsadások, egy középiskolai börze és olyan kirándulás minden iskola számára, ahol a diákok délelőtt munkahelyeket, délután egyetemet vagy főiskolát látogatnak meg. Szeptemberben a program állatkerti kirándulással és iskolán belüli megnyitóval, motivációs beszéddel indul, közös ünnepléssel és motivációs beszédekkel zárul. A program fontos része lehet a diákok és a mentor között kialakult bizalmi, motiváló kapcsolat, a jövőjükkel való foglalkozás fontosságának és saját cselekvőképességük tudatosítása és hogy a fiatalok olyan karrierutakkal, foglalkozásokkal, intézményekkel, lehetőségekkel ismerkedhetnek meg, amelyekkel a program nélkül nem találkoznának.



A program széleskörű partnerségre épül. A 10 fős vezetőségének tagjai a True2You kitalálásában, megpályázásában részt vevő szervezetek mindegyikének képviselői. A programban a CMSD minden iskolájának minden 8. osztályosa részt vesz, a 2500 nyolcadikkal 12-15 fős csoportokban 350 önkéntes mentor foglalkozik, valójában csak havi egy csütörtök reggel 2 órában, egységes kurrikulum alapján a mentorok 11 órás képzését követően. A tanórákra eső programra azért van lehetőség az iskolákban, mert a CMSD ezzel a programmal teljesíti a megyei jogszabályi kötelességét, miszerint minden ohioi iskolának kell pályaválasztási tanácsadást végeznie. Másrészt az iskolakörzetnek fel kell mutatnia sikereket a Cleveland-tervben foglalt elvárások területein, így a társadalmi tőke növelésében, a közösség iskolába történő becsatornázásában és együttműködés kialakításában. Végül a True2You segíti a szabad iskola-választás kihasználását, az aktív választás lehetőségét a diákok számára.

A kétórás foglalkozások alatt a diákokat ismerő tanárok jelenléte segíti, hogy a mentorok hatékonyan tudják végezni a kurrikulum szerinti tevékenységüket. Az évi 350 önkéntes mentor jelentkezése nagyrészt az iskolakerület, a Neighborhood Leadership Institute, a Faith-Based Collaboration és a Greater Cleveland Partnership mentorságot népszerűsítő munkájának köszönhető – így a civil szférában, egyházi körökben és a kereskedelmi kamarán keresztül a piaci szektorban népszerűsíti a programot. A 350, főleg már dolgozó mentor számára a munkaadója lehetővé teszi a havi 2 órás foglalkozás megtartását munkaidőben, így a programmal együttműködnek közintézmények, nonprofit szervezetek és cégek. A College Now szervezet a szövetségi forrásból finanszírozott, AmeriCorps programra szerződött tagjaival támogatja a programot azáltal, hogy a tagok két mentortalálkozó között segítenek a diákoknak kitölteni az online tesztek, aminek eredményeire a mentorok saját munkájukat építik. A program 4 éve alatt 69 szervezet vagy cég és 4 éven át 25 főiskola és egyetem vett részt a True2You iskolán kívüli tanulmányi kirándulásában (Neighborhood Leadership Institute 2020).¹⁵

Saját felmérésük szerint a diákok 96%-a hasznosnak találta a programban tanult információkat, 69%-a felfedezett valami újat önmagáról, 89%-a ajánlaná a programot barátainak vagy rokonainak (Neighborhood Leadership Institute 2020). A program egyik legnagyobb eredményének helyi szakemberek az „aktív iskolaválasztással” élő diákok arányának növekedését tartják.¹⁶ A True2You programban való részvétel előtt és után felvett szociális-érzelmi fejlődést mérő teszt, a Developmental Asset Profile (DAP) alapján a résztvevő diákoknak nőtt a támogatottság érzése és a teszt olyan területein mutattak fejlődést, mint: társas kompetenciák (ter-

¹⁵ A programban dolgozó egyik vezető szakember szerint a legnagyobb kérdés a folytatás, hogy ki segíti a 9. osztályosokat, mert nehéz a 8. osztályos szintű támogatást és bevonást megvalósítani. A 2017/2018-as tanévben indult a 9.-esekre kiterjesztett program, a 9th Grade Extension, aminek első évében 36 9. osztályos vett részt havi egy szombaton, rákövetkező tanévben pedig a 10.-esek számára is indítottak már csoportot. A 2019-es program záróeseményén a diákoknak bemutatták a városi nyári programlehetőségeket is. 30-40 diák számára a True2You-nak is van saját, 6 hetes, fizetett Summer Leadership Academy (Nyári vezetői Akadémia) programja partnerségben a Youth Opportunities Unlimited szervezettel, ahol a 8.-os tevékenység folytatásaként a diákok öntudatosságát, kommunikációs, facilitációs és vezetői képességeit fejlesztik és a programnak része közösségi szolgálat (service learning) is.

¹⁶ Míg True2You előtt a 8. osztályosok fele volt „aktív iskolaválasztó”, addig a program 1. évében 24, 2. évében 27 százalékponttal nőtt ehhez képest az aktív iskolaválasztók aránya a programban részt vevő iskolákban (a programot még be nem vezető iskolák 10,6 százalékpontos növekedéséhez képest) (Neighborhood Leadership Institute 2020).



vezés és döntéshozatal, interperszonális és kulturális kompetenciák, rezisztencia, békés konfliktuskezelés), pozitív értékek (törődés, egyenlőség és társadalmi igazságosság, integritás, őszinteség, felelősség, önmérséklet), cselekvőképessé válás (empowerment) és pozitív identitás (saját erő, önbizalom, célirányosság, pozitív jövőkép) (Neighborhood Leadership Institute 2020). A felsőoktatásba jelentkező diákok pályáját a National Student Clearinghouse-zal, a főiskolai és munkavállalási felkészültséget segítő online programmal fogják követni.

Fizetős felsőoktatást lehetővé tevő ösztöndíjprogram: Say Yes to Education, partnerségben a College Now Greater Clevelanddel

2020-ra várhatóan az Egyesült Államok állásainak 65, az ohioi állások 64%-a megköveteli valamilyen, a középfoknál magasabb végzettséget (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2016). A College Now Greater Cleveland (College Now) szervezet adatai szerint már most 11%-os szakadék van Északkelet-Ohio-ban a középfokúnál magasabb végzettséget megkövetelő állások és a középfoknál magasabb végzettséggel rendelkező emberek között, miközben Clevelandben 58 000 felnőtt van, aki elkezdte a főiskolát, de nem diplomázott le. Így nemcsak a középiskola utáni továbbtanulás hiánya, hanem az elkezdett, de be nem fejezett felsőfokú tanulmányok is jelentősen veszélyeztetik a munkaerőpiacon való elhelyezkedést, miközben a munkaadók munkaerőhiánytól szenvednek az alacsony iskolázottság magas aránya miatt.

Ehhez képest megfizethetőség szempontjából az ohioi főiskolák kiemelkedően drágák. (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2019). Míg a 2008–2017 közötti óriási tandíjemelkedéssel 7-8%-kal magasabbak a 2 és 4 éves állami főiskolai tandíjak a nemzeti átlagnál, addig ugyanezen időszakban 15%-kal csökkent az egy főiskolai diákra eső állami támogatás és 54%-kal csökkent az egyetlen állami, rászorultsági alapon igényelhető főiskolai ösztöndíj az Ohio College Opportunity Grant költségvetése (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2019). A College Now szervezet saját adatai alapján a náluk főiskolai ösztöndíjra pályázó diákok átlagos főiskolai tandíja magasabb, mint az ösztöndíjat igénylők átlagos éves családi jövedelme.

A felsőfokú tanulmányoknak természetesen nem csak anyagi akadályai vannak.¹⁷ A megintertúvult szakemberek szerint a CMSD-be járó gyerekek többsége alacsony jövedelmű család-

¹⁷ Egy 16 clevelandi középiskolából, közel 100 diák részvételével, az iskolakörzet adatelemzőjének és tanácsadó testületének szervezésében megvalósult beszélgetés a továbbtanulás számos egyéb akadályát feltárta (Farkas 2017). Megfizethetőségi problémákon kívül fő nehézség a diákok szerint az ismerethiány a főiskolai életre, a kurzusok működéséről és a karrierlehetőségekről, az aggodalom a költségekkel kapcsolatban és a tanulmányi felkészületlenség érzése. Emellett olyan akadályok is lehetnek, mint a közlekedés, bandázás, mentális egészség, egyéni stressz és családi problémák: más családtagról való gondoskodás, munkanélküliség, válás vagy anyagi problémák családon belül, illetve tinédzserkori terhesség. A kortársak, családtagok és tanárok támogatásának hiánya, az ismeretlentől való félelem (bukástól, elsőgenerációs főiskolásként és sikertelen felvételtől), a motiváció- és önbizalomhiány („nem gondolják, hogy főiskolára valók”) és a pénzkeresés vagy munkába állás vágya szintén lehetnek a továbbtanulás akadályai (Farkas 2017). A diákok a jelentkezők számának növelésére több és informatívabb főiskolai látogatást, a főiskolásokkal való beszélgetés lehetőségét és mentorálást középiskolában és főiskolán, a bővebb és bőkezebb ösztöndíjkinálatot és későbbi jelentkezési határidőket, több felkészítést a felvételihez szükséges ACT/SAT vizsgára, kurzusok szélesebb kínálatát, szigorúbb órai munkát és korábbi, 9–10-es korban elkezdett főiskolai tervezést. Ezek mellett hasznosnak tartanak a szülők korábbi bevonását továbbtanulási témákban, jobb kapcsolatot a tanárokkal, illetve a céljaikat jobban támogató és a főiskoláról többet beszélő tanárokat (Farkas 2017).



ban, alacsony iskolai végzettségű szülőkkel él, akik maguk sem ismerik a bonyolult felvételi eljárás menetét, a továbbtanulási lehetőségeket és az igénybe vehető anyagi támogatásokat. Szintén szakemberek tapasztalata, hogy a szülők sokszor sokkal reménytelenebbnek látják gyermekük főiskolai esélyeit anyagi okok miatt, mint amilyen a valóság az igénybe vehető ösztöndíjak miatt. A '80-as évekhez képest megsokszorozódott a középiskolára épülő különböző képzések, végzettségek száma és fajtája, ezért a sokkal szélesebb választék is megnehezíti az eligazodást. 2012 és 2019 között 18 százalékponttal nőtt ugyan a legalább egy főiskolai jelentkezést kitöltők aránya, de 17 százalékponttal 44%-ra csökkent a CMSD-ben végzettek között a főiskolára beiratkozók aránya (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2020).

A 2019-ben induló Say Yes to Education („Mondj igent az oktatásra”) ösztöndíjprogram a hozzá kapcsolódó szolgáltatásokkal Cleveland hosszú távra tervezett, vegyes finanszírozású és a College Now-val partnerségben megvalósított komplex hátránykompenzáló és társadalmi mobilitást segítő, felsőoktatási ösztöndíj- és mentorprogramja. Teljes tankerületre kiterjedően jelenleg négy városban van Say Yes to Education szervezet és ösztöndíjprogram az USA-ban; Syracuse, Buffalo és Guilford County után 2019 januárjában indult Clevelelandben. A programok nem teljesen azonosak a négy városban, de két cél közös a tervezésnél: nagyfokú városi szegénységgel érintett területeken óvodától a középiskola végéig nyújtsanak szolgáltatásokat, és a tandíjat fedező ösztöndíjjal bővítsék a középiskola utáni lehetőségeket. A Say Yes Cleveland program célja a program honlapja szerint a clevelandi lakosság iskolai végzettségének növelése, a lakosság számának növelése és helyben tartása, a főiskolai hozzáférés növelése közép- és alacsony jövedelmű családok számára és Cleveland gazdasági növekedése és expanziója. A program közvetlen célja a felsőfokú végzettségűek arányának növelése a felsőoktatási intézmény tandíját fedező ösztöndíjon keresztül, hogy a diákok családjának anyagi helyzete ne legyen a továbbtanulás akadálya.

2019-ben pályázat útján 10 általános és 6 középiskolában indultak a Say Yes programelemei és évről évre az iskolák 15-30%-ának csatlakozásával a 2022/2023-as tanévre lesz kiterjesztve a Say Yes minden CMSD és partnerségben lévő charter iskolára. A program kiterjesztésével párhuzamosan dolgoznak a fenntarthatóságának kidolgozásán.

A Say Yes Cleveland tervezése a programban dolgozó szakember szerint 2015-ben kezdődött 6 partner együttműködésében: a város (City of Cleveland), a megye (Cuyahoga County), a CMSD, a Cleveland Alapítvány, a College Now Greater Cleveland és a United Way of Greater Cleveland, ami nonprofit szervezetként a clevelandi egészségügyi és humán szolgáltatások legnagyobb magánszektori finanszírozója. Az ösztöndíj igénybevételével kapcsolatos kérdések, feladatok és a pénzgyűjtés is külön szervezetként a Say Yes Cleveland Scholarship Fund feladata, de a program egészével és a támogató szolgáltatásokkal kapcsolatos kérdésekben és a program megvalósításában továbbra is partnerségben születnek közös döntések a körülbelül háromhetente összeülő, körülbelül 30 fős operatív bizottságbán.

„Az irányokról, a gyakorlati és a szervezettel kapcsolatos magas szintű policy kérdésekben az operatív bizottság dönt. Ez az a hely, ami összehozza a városvezetést, a megyét, az iskolakörzetet, a legnagyobb városi alapítványokat, a helyi főiskolákat és a nonprofit szektort... Mindannyian a vezetőség része vagyunk. Ez egy alapvetően új módszer, legalábbis Clevelelandben. Sosem csináltuk ezt korábban. Az egész életem során a közéletben és civil életben dolgoztam, de sosem láttam még ilyen



kultúraközi együttműködést... Figyelemre méltó, ahogy ezek a nagyon kétségbeesett, erős, jelentős szervezetek valóban összeálltak, hogy együttműködve dolgozzanak. Hosszú távon, ha továbbra is működni fog, ez lesz az, amiért működni fog.” (Say Yes programban dolgozó szakember)

A Say Yes program egyik helyi szakembere szerint az ösztöndíj és a támogató szolgáltatók tervezésénél két fókusz volt nagyon fontos. Mivel a CMSD-ben az egyik legnagyobb a szegénység koncentrációja az ország tankerületei közül, ezért nemcsak a tandíjat fizető ösztöndíjra van szükség, hanem az ösztöndíj igénybevételére is fel kell készíteni a diákokat. A Say Yes célja feltárni minden akadályt, ami a diákok tanulmányi előmenetelének útjában áll és megoldást keresni azokra. Szemben a rövid távra tervezett, vagy a források elfogyásáig tartó programokkal, a Say Yes-t 25 évre tervezték, hogy két generációt érintsen, a szülők már gyermekeik tanulmányai leelején tudják, hogy a jövőben nem kell fizetniük a tandíjért, így a főiskola azon családokban is reális lehetőség lehet, ahol korábban információhiány és megfizethetlenség miatt a továbbtanulás elvárása nem fogalmazódna meg a gyerekek felé.

A nemzeti Say Yes szervezet 15 millió dollárt nyújt kezdő tőkeként a program indításához, amire a városoknak pályázniuk kell, hogy ebből felállíthassák alapszervezetüket (Cleveland esetében öt fővel), kiépítsék a szükséges szakmai kapacitásokat és szolgáltatásokat a program első éveiben. Az ösztöndíjak anyagi hátterét pedig a városi Say Yes szervezeteknek kell megteremteni. A program 2019-es januári indulásakor Cleveland esetében a 25 évre tervezett program 125 millió dolláros költségvetéséből – párhuzamosan a program tervezésével – már összegyűlt 87 millió (2019-ben már 95 millió) dollár.

„Egy kisebb kivétellel alapvetően magánúton gyűlt össze az egész összeg: alapítványok, magánszemélyek, cégek, filantrópok, bankok által. Ráadásul nem is sok, a kezdeteknél körülbelül 50 egyéni adomány volt... Egy hatalmas közösség van odakint, ami mostanáig kihasználatlan volt. Ezek az emberek és szervezetek ott voltak a tervezésnél és az indulási fázisban, egyszerre beletették az összes pénzüket, lényegében azt mondva, hogy mindannyian benne vannak a kezdetektől, és a legnagyobb téttel járulnak hozzá, hogy megmutassák, mennyire fontos ez... Nyomon követjük a nagy cégeket, prominens embereket, fontos szervezeteket, és mivel kevesen vannak, ezért ismerik egymást. Egy megígéri, hogy támogat 3 millió dollárral... Az összes ígéretet összegyűjtöttük, amiket, azt hiszem, négy év alatt tettek... Senki nem akar rossz lenni, úgy értem, arról ismert lenni, hogy visszavonták a kétségek miatt... Ezt nem tudtuk volna megtenni sok helyen. Ez egy kicsit ironikus. Clevelandben jelentős a szegénység, ugyanakkor nagy bőség is van a térségben. Történelmileg Cleveland rendkívül nagylelkű a filantrópia tekintetében, és van egy nonprofit szektorunk, ami méretében és hatásában messze meghaladja más nagyobb városok nonprofit szektorát. Mindeközben van egy jelentős szociális hálónk.” (Say Yes programban dolgozó szakember)

Cleveland esetében a Say Yes program tervezésénél nem az volt a cél, hogy új programokat hozzanak létre, hanem hogy a már meglévő szervezetekre és programelemekre építsenek a rendelkezésre álló erőforrások összekapcsolásával. Azt nézték meg a tervezésnél, hogy a már finanszírozással bíró szervezeteknek, hol és milyen programjaik vannak, hogyan vannak finanszírozva, és hogyan lehet összehangolni őket az iskolák és a diákok helyzetét vizsgálva, a hiányokra fókuszálva. Mivel a clevelandi College Now for Greater Cleveland 50 éves tapasztalattal bíró, országos jógyakorlatnak számító szervezet a felsőoktatási ösztöndíjak és a hozzá kapcsolódó szolgáltatások területén, a Say Yes szerződött a szervezettel és partnerségükre épül a



program (a College Now vezetősége a Say Yes operatív bizottságának is a része és bevételek nagy része szintén magánadományokból működő alapítványoktól és vállalatoktól származik, aminek nagy része annak köszönhető, hogy a boardja, azaz igazgatótanácsa is 50 vállalati vezetőből áll).¹⁸

Az ösztöndíjat mindenki megkaphatja, aki 9. osztálytól kezdve a CMSD területén élve (kiégésülve néhány környező területtel), CMSD középiskolába (vagy partnerségben lévő szerződéses középiskolába) jár és végzést követően a standard felvételi eljárással nappali programra felvételt nyer. Az ösztöndíj valójában a tandíj és a tandíjra elnyert egyéb szövetségi és állami ösztöndíj közötti összeget fedezi és bachelor fokozat a legmagasabb, amit tandíjmentesen lehet szerezni vele.¹⁹ Az ösztöndíj felhasználható az összes ohioi egyetemre, főiskolára, az ún. Pell-ösztöndíjra²⁰ is jogosító szakmai minősítést adó programra (szakiskolára) és összesen 115 magánfőiskolára vagy egyetemre Ohioban és az országban.²¹ A támogatás azonban csak a tandíjat (különbözetet) fedezi; a diákoknak az egyéb költségeiket önerőből, intézményi támogatásból, egyéb ösztöndíjból vagy diákhitelből kell fizetni.²²

2020-ban 1600 önkéntes mentor vett részt a College Now mentorprogramjában, ami kb. évi 1200 új mentort igényel²³. A Say Yes ösztöndíj teljes ideje alatt a diákokat a College Now mentorprogramja szerint önkéntesek mentorálják egy interaktív és egyénre szabott kurikulum szerint. A mentorprogramban való részvétel az ösztöndíj feltétele. Az 1600 College Now önkéntes havi két emailben és évi három személyes találkozó során tartja a kapcsolatot mentoráltjával, akik az iskola elvégzésével szakmai kapcsolatokkal és az álláskeresésben is segíthet-

¹⁸ A College Now 2010 után mind a szolgáltatásban részesülők, a szervezet munkatársainak és önkénteseinek száma, mind a költségvetése tekintetében sokat bővült már a Say Yes előtt is. 2012-ben 20, 2017-ben 27, 2020-ban 30 ezren részesültek a szervezet valamelyik szolgáltatásában és 2020-ban 1900 diák és tanulmányaihoz visszatérő felnőtt kapott College Now ösztöndíjat.

¹⁹ A Say Yes keretein belül repülőjegy-támogatásra is lehet pályázni egy kísérővel 10. osztálytól a programban szerződött egyetemek meglátogatására. Azok a diákok, akiknek a családjában az éves jövedelem 75 000 dollár alatt van (a CMSD diákok legtöbbszörének), az ösztöndíj a tandíj és egyéb ösztöndíj teljes különbözetét fedezi, akiknek a jövedelme e fölött van, éves szinten 5000 dollárig fedezi a különbözetet.

²⁰ Alacsony jövedelmű családok gyermekei számára főiskolai és szakiskolai továbbtanulásának költségeire igényelhető szövetségi támogatás.

²¹ A program eredményei hosszabb távon fognak látszódni. 2019-ben a végzős diákok 49%-a tanult tovább, ami öt százalékpontos növekedés a Say Yes indulása előtti, 2018-as évhez képest, de hét százalékponttal kevesebb mint 2014-ben (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2020: 6). 2019-ben 845 felvételt nyert diák volt jogosult Say Yes ösztöndíjra a Pell és az Ohio College Opportunity (OCOG) támogatás alapján, valamint a tandíj különbözeteként, közülük csak 391 diáknak volt szüksége Say Yes ösztöndíjra az állami és szövetségi támogatáson túl, összesen körülbelül 361 millió Ft értékben (ami a megnövekedett OCOG és a magas arányú közösségi főiskolai választás miatt jelentősen alacsonyabb összeg, mint amit a program szakemberei vártak). A felvételt nyert diákok 48%-a négyéves állami egyetemen (és regionális kampuszukon), 39%-uk közösségi főiskolán, 12%-uk a Say Yes megállapodás alá tartozó magániskolában és 1%-uk szakiskolában folytatta tanulmányait (Higher Education Compact of Greater Cleveland 2020: 7).

²² A hátrányos helyzetű diákok számára nemcsak a tandíj kerül sokba, hanem a továbbtanulással járó egyéb költségek is (könyvek, étkezés, messzebbi főiskola esetén kollégium), de helyi szakemberek szerint a diákok ezekre a költségekre más pályázati forrásokat is igénybe vehetnek. Korábbi évek tapasztalata, hogy a tanácsadónak a korábbiaknál jobban kell hangsúlyozniuk a diákok számára a tandíjat fedező ösztöndíjakon kívüli támogatásokat is. A program célja, hogy a diákok informáltak hozzák meg a számukra legjobb döntést, tudják, hogy az általuk választott opciók milyen költségekkel járnak, ehhez milyen támogatásokat vehetnek igénybe.

²³ A szervezetben 2012-ben 40-en, 2017-ben már 80-an dolgoztak a szövetségi AmeriCorps program keretein belül és önkéntesek mentorálják a College Now ösztöndíjasait.



nek. A College Now Greater Cleveland (2020) szerint a mentorprogram teszi sikeressé az ösztöndíjprogramot. A College Now ösztöndíjprogram mentoráltjai között 80%-os a végzési arány, ami a magas jövedelmű diákokra jellemző arány. Szakemberek szerint a mentorprogram egyik legfőbb hozzáadott értéke az a társadalmi tőke, ami a diákokat segíti a diplomaszerezést követően is a munka világában.

A Say Yes programjába tartozó iskolák majdnem mindegyikében van College Now tanácsadó vagy CMSD főiskolai tanácsadó, de a cél az, hogy minden iskolában minden diákot elérjenek, megszólítsanak, bevonjanak, minden diákkal dolgozzanak.²⁴ A 16 induló iskolában 2020 januárjában afterschool programok indultak a Say Yes finanszírozásával, amelyek a diákok számára ingyenesek. A Say Yes pályázatára különböző szervezetek jelentkeztek saját afterschool programjaikkal és a Say Yes-be beválasztott programok közül az iskolák választottak. A tanév végét követően a diákok nyári programokra jelentkezhetnek. A Say Yes célja, hogy az afterschool programok finanszírozásának fenntartására egy működő modellt hozzanak létre menet közben. A programban lévő minden iskolában bevezetik továbbá az ún. Felsőfokú Tervezési Rendszert (*Postsecondary Planning System*), amihez az iskola minden 5–7., illetve 9–11. osztályos diákjáról kérdőívet tölt ki a szülő, a tanára és maga a diák. A kérdőív célja, hogy az eredmények alapján lehessen tervezni és nyújtani a diákok számára szükséges szolgáltatásokat, támogatásokat. Adatvédelmi okok miatt aggregált adatokkal fognak dolgozni a szakemberek. Minden iskolában lesz egy képzett családsegítő szakember, akinek az a feladata, hogy a diákokat és családokat segítsék abban, hogy minden létező támogatási lehetőségről, szolgáltatásról tudjanak, azokat igénybe tudják venni. Helyi szakemberek szerint például a gyerekek jelentős részének nem megoldott a megfelelő étkezése, ruházkodása, lakhatása. A családsegítő szakember finanszírozása nagyrészt szövetségi források becsatornázásának köszönhető, kisebb hozzájárulást az iskolák állnak. A program minden iskolájába jelentős mentális és orvosi egészségügyi támogatást terveznek a diákok számára – erre a programban dolgozó szakember szerint messze nagyobb a szükség, mint amilyen mértékben lehetőségek eddig rendelkezésre álltak.

ÖSSZEZÉS

Jelen tanulmány nem vállalkozhatott arra, hogy mélységében elemezze és értékelje a bemutatott programokat. Mind az iskolarendszer reformjának, mind a programoknak feltehetőleg hosszabb távon fog látszódni az eredménye, és mindkettő sikeressége szükséges a szegénységben és társadalmi kirekesztésben élő gyerekek helyzetének érdemi javulásához, társadalmi

²⁴ Az első program első 6 hónapjának tapasztalata az volt, hogy növelni kell a kapcsolatteremtést és kommunikációt a diákokkal és szülőkkel, hogy megértsék a program részleteit és a lehetőségeiket. Ahol arra mód van, a College Now tanácsadók egyéni tanácsadást nyújtanak, aminek a célja nem feltétlenül a felsőoktatás, hanem hogy minden diáknak legyen terve a jövőre – akkor is, ha nem tanulnak tovább vagy kihagynak egy évet. Azokban az iskolákban, ahol a College Now tanácsadó az iskola szerves részeként, állandó jelleggel van (Gear Up program), nem csak tanácsadással, hanem személyes mentorálással a teljes felvételi folyamathoz szükséges lépéseken keresztül végig kíséri a végzősöket utolsó évükben. A szervezet összesen több mint 70 iskolában, 185 helyszínen végzett tanácsadást a Say Yes indulása előtt, és 9 saját afterschool programjuk van Ohióban, ahol tutorálás mellett a felsőoktatási felvételéhez szükséges tesztekre is készítik a diákokat.



mobilitási esélyeinek növeléséhez. Az iskolakörzet reformja a szelektív és szegregált iskola-rendszeren belül próbálja az oktatás színvonalát emelni, ami könnyen lehet akadálya a számottevő eredményeknek. Az iskolakörzet oktatási színvonalának jelentős javulása nélkül a diákok nem, vagy korlátozottan tudnak majd élni a programok, főleg a Say Yes nyújtotta lehetőségekkel, mivel megfelelő tanulmányi eredmények hiányában a diákoknak nem lesznek valódi választási lehetőségeik a középiskolai és felsőoktatási felvételnél. Másrészt a közoktatási reformok és programok sikerét jelentős mértékben az fogja meghatározni, hogy mennyire tudnak időben és érdemben reagálni a hátrányos helyzetű fiatalok mindenféle nehézségeire, és a leghátrányosabb helyzetű fiataloknak is tudnak-e valódi választási lehetőségeket nyújtani.

A clevelandi esettanulmányban bemutatott, fiatalok hátránykompenzálását és társadalmi mobilitását támogató amerikai programok ugyanakkor a maguk nemében példaértékűek, és ha nem is átültethetők egy az egyben a hazai gyakorlatba, törekvéseikben és részleteikben a hazai társadalompolitika, nonprofit és piaci szféra számára is tanulságosak lehetnek. A kétmillió lakosú Greater Cleveland területén mindkét programot hosszú távra tervezték, az iskolakörzet adott évfolyamainak minden tanulója elérjük, és a részleteiben bemutatott módon széleskörű, többszintű szakmai és ágazatok közötti együttműködésen alapulnak, a közös tervezéstől a finanszírozáson át a megvalósításig. Ebben kiemelt szerepe van az erős szakmai kapcsolatoknak, a programoktól várt gazdasági és társadalmi megtérülésnek – mint a soft skilllel rendelkező alkalmazottak, a képzett munkaerő-kínálat, a lakosság növekedése vagy csökkenésének megállítása – ami érdekelte teszi a program sikerében az együttműködő és finanszírozó feleket. A legalább annyira gazdasági fejlődés indítatású, mint társadalmi igazságossági fókuszú programok kihasználják az állami finanszírozási és szabályozási lehetőségeket, de túlnyomórészt (alapítványokon vagy közvetlen filantrópián keresztül) magánemberek és vállalatok anyagi támogatására épülnek és mindkét program működését az önkéntesek nagyszámú bevonása teszi lehetővé, akik a True2You-ban pályaválasztási és karrier-tanácsadóként, a Say Yes-ben a felsőoktatási ösztöndíjasok mentoraként vesznek részt.

IRODALOM

- Afterschool Alliance (2020): This is Afterschool in Ohio. <http://www.afterschoolalliance.org/documents/OH-afterschool-facts.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- American Federation for Children: Cleveland Scholarship and Tutoring Program. <https://www.federationforchildren.org/program/cleveland-scholarship-and-tutoring-program/> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Barney W., Brian H. (1997): The Rise and Fall and Rise of Cleveland. *American Academy of Political and Social Science*, (551)1: 208–221. <https://doi.org/10.1177/0002716297551001015>
- Belfield, Clive R. (2005): The Evidence on Education Vouchers: An Application to the Cleveland Scholarship and Tutoring Program. *Conference on Education and Economic Development, Federal Reserve Bank of Cleveland*, 2005. 11. 17–18.
- Cleveland Metropolitan School District (a): CMSD and Charter School Partnership. <https://www.clevelandmetroschools.org/Page/6142> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)



- Cleveland Metropolitan School District (b): Fast facts about CMSD and Cleveland. <https://www.clevelandmetroschools.org/domain/24> (Letöltve: 2020. 10. 15.)
- Cleveland Transformation Alliance (2020): School Quality Guide 2020. <https://digitaleditions.glpublishing.com/cta2020/> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- CMSD News Bureau (2020a): CMSD report card shows more improvement. <https://www.clevelandmetroschools.org/site/default.aspx?PageType=3&DomainID=3062&ModuleInstanceId=1887&ViewID=6446EE88-D30C-497E-9316-3F8874B3E108&RenderLoc=0&FlexDataID=24154&PageID=9145> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- CMSD News Bureau (2020b): CMSD Outpaces many districts in growth. <https://www.clevelandmetroschools.org/site/default.aspx?PageType=3&DomainID=3062&ModuleInstanceId=1887&ViewID=6446EE88-D30C-497E-9316-3F8874B3E108&RenderLoc=0&FlexDataID=24178&PageID=9145> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- College Now Greater Cleveland (2020): Clearing The Path – 2020 Report to The Community. https://www.collegenowgc.org/wp-content/uploads/2020/03/2020-Report-to-the-Community_Clearing-the-Path.pdf (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Coulton C. J. – Pandey, S. (1992): Geographic Concentration of Poverty and Risk to Children in Urban neighborhoods. *American Behavioral Scientist*, 35(3): 238–257. <https://doi.org/10.1177/0002764292035003004>
- Farkas K. (2017): Why don't more Cleveland school graduates go to college? *Cleveland.com*, 2017.11.02. https://www.cleveland.com/metro/2017/11/why_dont_more_cleveland_school.html (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Forster, G. (2006): Segregation Levels in Cleveland Public Schools and the Cleveland Voucher Program. *School Choice Issues in The State*. The Milton and Rose D. Friedman Foundation and the Buckeye Institute. <http://www.edchoice.org> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Galster, G. C. (1990): White Flight from Racially Integrated. Neighbourhoods in the 1970s: the Cleveland Experience. *Urban Studies*, 27(3): 385–399. <https://doi.org/10.1080/00420989020080341>
- Henderson, W. D. (2002): Demography and Desegregation in the Cleveland Public Schools: Toward a Comprehensive Theory of Educational Failure and Success. *Review of Law and Social Change*, 26(4): 460–568.
- Higher Education Compact of Greater Cleveland: About the Higher Education Compact of Greater Cleveland. <http://highereducationcompact.org/about-us/> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Higher Education Compact of Greater Cleveland (2019): College Affordability in Ohio. https://www.collegenowgc.org/wp-content/uploads/2019/02/College-Affordability-in-Ohio_REV2019-PRINT.pdf
- Higher Education Compact of Greater Cleveland (2020): Report to the Community 2020. <https://www.collegenowgc.org/about/reports-to-the-community/> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)



- Jackson, F. G. (2012): Cleveland's Plan for Transforming Schools. <http://media.cleveland.com/metro/other/ClevelandPlanFinal.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Lamoreaux, N. – Levenstein, M. (2008): The Decline of an Innovative Region: Cleveland, Ohio, in the Twentieth Century. Előadás a Gazdaságtörténeti Társaság éves találkozóján, 2008. 09. 12.
- Logan S. R. (2018): A Historical and Political Look at the Modern School Choice Movement. *International Journal of Educational Reform*, 27(1): 2–21. <https://doi.org/10.1177/105678791802700101>
- Keating, D. (2007): A Midwestern Rustbelt City Struggle to Sur(Re)vive. Urban Futures Seminar, Durham University and University of Teseide, 2007. 09. 10.
- Miggins, E. M. (2014): "No Crystal Stair": The Cleveland Public Schools and the Struggle for Equality, 1900–1930. *Journal of Urban History*, 40(4): 671–698. <https://doi.org/10.1177/0096144214524340>
- Neighborhood Leadership Institute (2020): True2You Year 4 in Review. <https://neighborhood-leadership.org/wp-content/uploads/2020/03/True2U-Year-4-Report.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- O'Donell, P. (2018): Tougher new graduation standards would have blocked a third – or even half – of diplomas in some urban areas. Cleveland.com, 2018.07.13. https://www.cleveland.com/metro/2018/07/tougher_new_graduation_standards_would_have_blocked_a_third_-_or_even_half_-_of_diplomas_in_some_urban_areas.html (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- O'Donell, P. (2019): Graduation rates and grades may rise on Ohio's state report cards, but are gains real? Cleveland.com, 2019.09.08. <https://www.cleveland.com/news/2019/09/graduation-rates-and-grades-may-rise-on-ohios-state-report-cards-but-are-gains-real.html> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Price-Spratlen, T., Guest, A. M. (2002): Race and Population Change: A Longitudinal Look at Cleveland Neighborhoods. *Sociological Forum*, 17(1): 105–136. <https://doi.org/10.1023/A:1014545607737>
- Schiller, Z. (2001): Cleveland School Vouchers: Where the Students Come from. Policy Matters Ohio. <https://www.policymattersohio.org/files/research/clevelandvouchers.pdf> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- United States Census Bureau (2018): American Community Survey 5-Year Estimates. Educational Attainment. https://data.census.gov/cedsci/table?g=1600000US3916000&tid=AC_SST5Y2018.S1501 (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- United States Census Bureau (2020): QuickFacts. <https://www.census.gov/quickfacts/fact/table/US,OH,cuyahogacountyohio,clevelandcityohio/RHI125219> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)
- Warf, B., Holly, B. (1997): The Rise and Fall and Rise of Cleveland. *American Academy of Political and Social Science*, 551(1): 208–221. <https://doi.org/10.1177/0002716297551001015>



World Population Review (2020). <https://worldpopulationreview.com/us-cities/cleveland-oh-population> (Utolsó letöltés: 2020. 10. 15.)

Yin, J. S. (1998): The Community Development Industry System: A Case Study of Politics and Institutions in Cleveland, 1967–1997, *Journal of Urban Affairs*, 20(2): 137–157. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9906.1998.tb00415.x>