

ESÉLY 91/3

TÁRSADALOM- ÉS SZOCIÁLPOLITIKAI FOLYÓIRAT

TARTALOM

TANULMÁNYOK

- 5 **Paul Starr:** A privatizáció jelentése
- 27 **Howard Glennerster:** A vegyes finanszírozás típusai
- 37 **A. J. Culyer:** Egészségügyi szolgáltatások a vegyes gazdaságban

KÖRKÉRDÉS A JÓLÉTI SZOLGÁLTATÁSOK PRIVATIZÁCIÓJÁRÓL

- 49 **Andorka Rudolf:** A jóléti szolgáltatások átalakulásának kérdéseiről
- 60 **Hegedűs József—Tosics Iván:** Privatizáció a lakásrendszerben
- 67 **Király Júlia:** Válasz az ESÉLY körkérdésére
- 72 **Semjén András:** Magánoktatás: perspektívák és problémák
- 78 Intenzív pénzhíány
- 81 Alapítvány „Életveszélyben lévő csecsemők és gyermekek megmentéséért”

KITEKINTÉS

- 83 **Csaba Iván:** A jóléti állam privatizációja Nagy—Britanniában
- 99 **Orosz Éva:** Az egészségügy finanszírozásának néhány nemzetközi tapasztalata

MAGYAR VALÓSÁG

- 115 **Antal Z. László:** Önszolgáltató csoportok az egészségügyben
- 129 **Spéder Zsolt:** A piaci termelés, az állami ellátás és a háztartási önellátás kapcsolódásai a „jóléttermelésben”

INFORMÁCIÓ

- 139 Közlemény
- 139 Az ESÉLY az alábbi könyvesboltokban kapható

Szerkesztői előszó

A magyar gazdaság hatékonyabbá alakításának egyik kulcskérdése a privatizáció. A túlméretezett állami szektor karcsúsítására irányuló tervek többé-kevésbé minden párt és közvélemény-formáló erő tervei között szerepelnek. A privatizációs tervek nem ragadnak meg az állam termelési szférából való visszahúzódásának szorgalmazásánál. Az ambíciózus tervek mellett azonban még mindig rendkívül sok a nyitott kérdés és koncepcionális tisztázatlanság. Ezeknek a tisztázatlanságoknak az oldásához szeretnénk hozzájárulni azzal, hogy az Esély egy teljes számát a jóléti szolgáltatások privatizációjának szenteljük.

A privatizációnak megkülönböztetik egy szűkebb és egy tágabb értelmezését. A szó szűkebb értelmében (és ezt elsősorban közgazdászok használják) a privatizáció valamilyen közösségi tulajdonnak magántulajdonba kerülését jelenti. A szó tágabb értelmében a privatizáció úgy értelmezhető, mint közösségi szintű felelősségvállalástól történő elmozdulás a magán részvétel felé. E tágabb kontextus egyben rávilágít arra is, hogy a privatizációról folytatott vitáknak egyaránt sokat ártnak a pro és kontra leegyszerűsítések. Ezek közül a leginkább az a jellemző, amikor a vitázók világképét az „állam” és a „piac” fogalmának differenciálatlan értelmezése jellemzi. A másik ilyen leegyszerűsítés a különböző jóléti szolgáltatások sajátosságainak összemosásából származtatható. Noha a lap terjedelme nem teszi lehetővé, hogy külön-külön kitérjünk a szóban forgó leegyszerűsítések tarthatatlan előfeltevéseinek kibontására, Glennerster, Starr és Culyer munkái jó kiindulási alapot jelenthetnek egy árnyaltabb értelmezés felé.

Glennerster különbséget tesz a finanszírozás és az ellátás (termelés) között. Ennek az egyszerű megkülönböztetésnek a segítségével könnyebben értelmezhetővé és átláthatóvá válik a magán és közösségi erőfeszítéseknek a jóléti szolgáltatások finanszírozásában és előállításában valóban létező sokfélesége. Ebben az összefüggésben a privatizáció nem egyéb, mint adott javak és szolgáltatások létrejöttéhez szükséges források összetételében a magán (közvetlen) és a közösségi (közvetett) részvétel arányában bekövetkező elmozdulás. A privatizációt mindenke-előtt tehát folyamatként kell értelmeznünk. A szóban forgó folyamat a valós világban nagyfokú változatosságot mutat. Ennek megfelelően különbözik az az érvkészet is, ami a gazdaság- és politikaelméletben a privatizáció mellett és ellen használatos. Ezeket veszi sorra Starr a privatizáció jelentéséről írott tanulmányában. Starr munkájának azonban van egy másik üzenete is. Ez pedig a privatizáció politikai kontextusával kapcsolatos. A privatizációnak ugyanúgy, mint a kollektívizálásnak megvannak a maga szociológiai, a társadalom szerkezetére, a társadalom integrációs mechanizmusaira vonatkozó következményei.

A jóléti szolgáltatások közösségi finanszírozása mellett gyakran érvelnek úgy, hogy a szóban forgó szolgáltatások jellege „más”, eltér azoktól a javaktól, amelyeknek előállítását és elosztását nyugodtan a piacra lehet bízni. Nagyon ritka azonban az az eset, amikor az érdeklődők csokorba szedve találhatják meg ezeket az érveket. Ez indokolja, hogy

a válogatásba bevettük Culyernek a brit egészségügyi szolgálattal szemben némileg elfogult, ám érveit világosan exponáló írását.

A szám nemzetközi kitekintést is tartalmaz. Csaba Iván a nyolcvanas évek privatizációs élharcosának, a Thatcher-féle brit kormánynak a jóléti szolgáltatások átalakításában elért sikereit és kudarcait veszi sorra. Úgy tűnik, hogy mindazok számára, akik hajlandók a pro és kontra demagógia mellett a tényekre is figyelni, hasznos olvasmány lehet a privatizáció terén rendkívül elszánt brit kormány tapasztalatainak az elemzése. Orosz Éva az egészségügy finanszírozásának a különböző országokban honos típusait veti össze egymással. Elemzése arra hívja fel a figyelmet, hogy az alapkérdésre (ami úgy szól: miképpen lehet az egészségügyet hatékonyan, az erőforrásokkal takarékosan bánva és a legjobb hatásfokkal működtetni) a válasz nem lehet valamilyen univerzális jelszó, legyen az akár a „köz”, akár a „magán”. A probléma sokkal inkább az, hogy megtaláljuk a választ a „hogyanokra”, azokra az intézményi technikákra, amelyek a költséghatékonyt és az egészségi állapot javulását egyaránt elősegíthetik.

Nagyon keveset tudunk arról, hogy a közösségi és magán erőforrásoknak egy más kombinációja milyen hatással lesz a társadalom egyenlőtlenségi rendszerének alakulására. Ezeknek a számbavételében segíthet Andorka Rudolf tanulmánya, amelyben a társadalmi hatások mellett az egyes intézmények átalakítási terveinek elemzéseivel is találkozhatunk. Hegedüs József és Tosics Iván a lakásszektor, Király Júlia a társadalombiztosítás, Semjén András pedig az oktatás finanszírozási átalakulásának problémáival foglalkozik. Ezek a tanulmányok kitérnek arra is, hogy melyek azok a területek, ahol elegendőnek tűnik a pótlólagos forrásbevonás, és melyek azok, ahol az adott szféra reformja a tulajdonjogok átrendeződését is szükségessé teheti. Lévai Katalin interjújában, amely egy alapítvány létrehozásáról szól, a napjainkban egyre sűrűbben előforduló „forrásbevonási technika” alkalmazásával találkozhatunk olyan területen, amely élesen világít rá az állami intézmények alulfinanszírozásának veszélyeire.

A privatizáció nem egyszerűen a finanszírozási technikák átalakulását jelenti, hanem együtt jár a szociálpolitika, és tágabb értelemben a jóléti szolgáltatások szereplőinek sokasodásával, és a szereplők „halmazának” sokszínűbbé válásával is. Ezek közül a non-profit intézmények külföldi és hazai működéséről igyekezett áttekintést nyújtani az Esély 1991/1. száma. Jelen számban Spéder Zsolt a háztartások és az intézményesült jóléti szolgáltatások viszonyrendszerét elemző tanulmányának következtetésében arra hívja fel a figyelmet, hogy nem lehet sikeres az a társadalompolitika, amely nem a különböző „jóléttermelő” intézmények működésére helyezi a hangsúlyt. Antal Z. László tanulmánya az intézményesült struktúrák és az állami intézmények kereteit feszegető állampolgári, „civil” vagy „laikus” szerveződések (az ún. önszervező csoportok) ellentmondásos kapcsolatrendszerét vizsgálja.

Paul Starr

A privatizáció jelentése*

A privatizáció olyan, némileg homályos fogalom, amely éles politikai reakciókat szokott kiváltani. Rendkívül racionális eszméket és gyakorlati politikákat épp úgy takarhat, mint szertelen, megvalósíthatatlan elképzeléseket. Noha jelentése sokféle és olykor tisztázatlan, a privatizáció politikai eredete és politikai célkitűzése egyértelmű. Azokból a mozgalmakból bontakozik ki, amelyek Nyugaton szembehelyezkednek a kormányok túlnövekedésével, s benne testesül meg korunk legjelentősebb konzervatív kísérlete e növekedés pozitív ellen-alternatívájának megfogalmazására. A privatizációs javaslatok korántsem elégszenek meg azzal, hogy a szolgáltatásokat visszautalják a magánszféra működési terepére. Egyes javaslatok egyenesen újfajta piaci viszonyokat szándékoznak teremteni, és a konvencionális állami programokhoz hasonlítható, sőt, azokat túlszárnyaló eredményeket ígérnek. Ennél fogva hiba volna ezt a mozgalmat félreérteni, és úgy tekinteni, mintha csupán az állam kiadásaival és részvételével szembehelyezkedő hagyományos ellenállást ismételné újra. A privatizációs kezdeményezések jelenlegi hulláma új fejezetet nyit az állami és magánérdekek közötti ingadozás konfliktusában.

Ez az írás megpróbálja tisztázni a privatizációnak mint eszmének — elméletnek és retorikának, valamint gyakorlatnak — a jelentését. Remélem, jelen okfejtés érthetővé teszi, általában miért ellenzem a privatizációt, noha egyes álláspontjait, sajátos kezdeményezéseit én is támogatom. De e politikai indíttatású állásfoglaláson túl, a privatizációs törekvéseket — mint mozgalmat — igen komolyan veszem; minden jel arra utal, hogy ez a folyamat korunk társadalmában az intézményi hatáskörök legfontosabb területeit újjá fogja alakítani. (..)

A privatizáció politikai jelentése

A privatizáció fogalma csak a hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején honosodott meg a politikában. Ám úgy Nagy-Britanniában, mint az Egyesült Államokban a konzervatív kormányok felemelkedésével párhuzamosan a privatizáció elsősorban két dolgot kezdett jelenteni.

1. a tevékenységek vagy funkciók eltolódását az állami szektorból a magánszektorba;

* *A The Meaning of Privatization* c. 1989-ben megjelent cikk rövidített változata (Princeton University Press, pp. 15—48.)

2. sajátlagosabban: a javak és szolgáltatások *előállításának* állami kézről magánkézbe történő átadását.¹ A kormány azon kívül, hogy közvetlenül szolgáltatásokat állít elő, megteremti a társadalmak működési, jogi kereteit, szabályozza a társadalmi-gazdasági életet, sőt olyan szolgáltatásokat is finanszíroz, amelyeket a magánszféra hozott létre és használ. A privatizáció első, tágabb értelemben vett definíciója magában foglal minden, az állam szabályozó és költekezési politikájára kiható redukciót. A privatizáció második, körülhatároltabb definíciója nem foglalja magában a deregulációt és a kiadások csökkentését, csak akkor, ha az a javak és szolgáltatások termelésének az állami szektorból a privát szektorba való elmozdulása eredményeként következik be. Ehelyütt ezt a második, lényegretörőbb definíciót fogom alkalmazni. Ez a definíció nyitva hagyja annak lehetőségét, hogy a kormányzati kiadások és szabályozások nem csökkennek szükségképpen a privatizáció során, sőt talán még több is lesz belőlük.

Ennek a definíciónak néhány pontja további kifejtésre szorul. Először is, az állami szektorhoz tartoznak az állam részeként adminisztrált képviselvek illetve állami tulajdonú szervezetek, mint például az állami vállalatok, vagy az olyan független állami testületek, mint a British Broadcasting Corporation (BBC) vagy New York avagy New Jersey állam kikötői hatóságai. A magánszektorba pedig nemcsak a kereskedelmi cégeket foglalom bele, hanem mindenféle informális és családi tevékenységet is, csakúgy, mint az önkéntes egyesületeket, szövetkezeteket és privát non-profit testületeket.²

Másodszor, a definícióban a privatizáció olyan esetekre vonatkoztatható, amikor az államtól a magánszektor felé, nem pedig valamelyik szektoron belül történik elmozdulás. Eképpen egy állami irodának független közhivatallá, vagy állami menedzselés alatt álló vállalatná váló átalakulása nem jelent privatizációt, jóllehet magának a vállalatnak a működtetését esetleg kereskedelmi alapokra helyezték.³ Ilyen volt például, amikor a United States Post Office-t 1971-ben (United States Postal Service név alatt) állami korporációvá alakították át. Hasonlóképpen, egy non-profit szervezet átváltozása profitot termelő céggé még nem privatizáció, habár azáltal a cég a piac felé orientálódhat. E kétfajta intraszektorális átalakulás mindegyike kommercializálódásnak fogható fel; állami szervezetek esetében a kommercializálódás olykor a privatizációt megelőző fokozatot jelentheti.

Harmadszor, a szolgáltatások előállításának az állami szektorból a magánszektor felé csúszását nemcsak olyan tudatos kormánytevékenység hozhatja létre, mint amilyen például a vagyon eladása; előállhat olyan cégek és személyek döntésének eredményeként is, akiket és amelyeket egy kormány vagy nem tud, vagy nem akar kielégíteni és ellenőrizni. Sok országban az oktatással, az egészségvédelemmel, vagy a nyugdíjjal kapcsolatos magánkereslet meghaladta az állami kínálatot. Ennek eredményeképpen a magániskoláztatás, az egészségügy és a nyugdíjbiztosítás magánmegoldásainak aránya megnövekedett. Ezt nevezzük *kereslet-vezérelt* privatizációnak. Ha ugyanis a privatizáció olyan folyamat, amelyet a kereslet irányít, az állami szervezetek abszolút visszaszorítására nincs feltétlenül szükség. Az indítók talán a stagnálás, vagy az állami szektorban végbemenő lassú növekedés. Egyes szocialista társadalmakban egy „fekete” gazdaság kialakulása jelenti a privatizáció egyik formáját; ez azonban nem tervezett folya-

mat (noha könnyen lehet, hogy a fejlődés tervezésének eredménye). Más szavakkal: a privatizáció — amennyiben egy folyamat eredménye — több intézményi változást idéz elő, mint amennyit a tudatos privatizációs politika visz végbe. Ezért ajánlatosnak látszik különbséget tenni egyes privatizációs esetek között aszerint, hogy mi gyakorolt rájuk nagyobb befolyást: a *politika* vagy a *kereslet* irányította folyamat.

Negyedszer, ha az ember a termelési szféráról a fogyasztói szférára fordítja tekintetét, alternatív módon azt mondhatja, hogy a privatizáció nem más, mint a közjavaknak magánjavakkal való felváltása. A közjavaknak közgazdasági értelemben két megkülönböztető jellemzője van: egyrészt az egyik ember fogyasztása az adott jószágból nem csökkenti a másikat, másrészt pedig, bárkit is kizárni a fogyasztásból még ha nem is lehetetlen, de költséges. A közjavakat nem szükségszerűen a kormánynak kell előállítania vagy gondoznia. A rádiós vagy televíziós programok közjavak akkor is, ha kereskedelmi csatornák közvetítésével jutnak el a közönséghez; a videokazetták vagy a kábelhálózatok programjai azonban már nem sorolhatók ebbe a kategóriába. Az ilyenfajta — nem műsorszórás útján — közvetített programok felé fordulás a fogyasztás privatizálását célozza meg, még akkor is, ha a helyi kábelszolgáltató hálózat a város tulajdona (Starr, megjelenőben).

Attól függően, hogy a termelés helyszíneiről vagy a fogyasztás formáiról beszélünk, a privatizáció különféle dolgokat jelenthet. A termelés vonatkozásában az „egészségügy privatizálása” azt jelentheti, hogy az állami keretek között működő orvosi ellátás magántulajdonba tevődik át; a fogyasztás vonatkozásában meg azt, hogy a közegészségügyi kiadások helyett (mint a környezetvédelem, a védőoltások és hasonló) az individuális egészségvédelem kiadásaira fordítanak pénzt. Hasonlóképpen, a közlekedés privatizálása jelentheti azt, hogy egy városi autóbusz-hálózat állami tulajdonból kereskedelmi tulajdonba megy át, de azt is, hogy az emberek nem autóbusszal, hanem a saját kocsikkal közlekednek (és ebből a szempontból érdektelen, hogy állami vagy kereskedelmi jellegű busztársaságról van-e szó). Szigorúan véve, a tömegközlekedés nem tartozik a közjavak közé: ki lehet belőle zárni embereket, s egy ülésre csak egy ember ülhet le; mivel azonban a buszok és a vonatok nyitva állnak a közönség széles rétegei előtt, ezek a tömegközlekedési eszközök — a magánautókhoz viszonyítva — a „közfogyasztás” sajátos formájának képét öltik. Általánosabb értelemben elmondható, hogy a Young és Wilmott (1973) leírta történelmi folyamat, a fogyasztásnak az otthonokban való koncentrálódása lényegében váltást jelent a fogyasztás mind privátabb formáinak megjelenését illetően. Ezt a váltást töméntelen kritika érte, lásd Galbraith híressé vált megjegyzését a magánjólét és a köznyomor kontrasztjáról (The Affluent Society, 1958). Írásomban valahányszor specifikusan arra hivatkozom, hogy a közjavakból magánjavak lesznek, vagy a közszolgáltatás szerepét átveszik a magánszolgáltatók, a „fogyasztás privatizációja” kifejezést használom. Privatizáció címen egyébként azt az eltolódást írom le — az „államtól” a „magán” felé —, amely a szolgáltatásokat létrehozó színtereken megy végbe.

Ennél az átmenetnél a kormány négyféle viselkedési stratégiával élhet:

1. felhagy a közösségi programokkal, kivonul ezekről a terepekről és elhárítja magát a kormányzati felelősségvállalást (ez az „implicit

privatizáció”), vagy kevésbé szélsőséges változatban az állami szolgáltatások nagyságrendjét, hozzáférhetőségét vagy minőségét korlátozza (ami a fogyasztók seregét átirányítja a magánereből előállított és beszerzett helyettesítő javak fogyasztására; ezt szokták „természetes lemorzsolódás által előidézett privatizációnak”, „privatization by attrition”-nak nevezni);

2. az állami vagyont magántulajdonba játssza át, egyaránt beleértve ebbe a közföldet, az infrastruktúrákat és a vállalatok eladását;

3. magánszolgáltatásokat kezd finanszírozni — például a „kiszerezés” intézménye révén, vagy utalványokkal — közvetlen állami szolgáltatások helyett;

4. feloldja a magáncégek belépési korlátait olyan területeken, melyek eddig állami monopóliumnak minősültek.

A privatizációnak ezek a formái változatlanúságot mutatnak ate tekintetben, hogy a tulajdon birtoklása, a pénz és az elszámolási kötelezettség milyen mértékben mozdul ki az állami szektorból. Az alternatívák sora a totális privatizációtól (amikor a kormány teljesen leadja valamelyik hatáskörét) a részleges privatizációig terjed („kiszerezés” vagy utalványok). Én úgy értelmezem ezt a fogalmat, hogy privatizációs politikák a spektrum minden egyes szintjén előfordulhatnak, ám a privatizáció következményei függenek attól, hogy a spektrum melyik részén valósul meg. A részleges privatizáció esetében a kormány folytathatja a szolgáltatások finanszírozását olyan esetekben is, ahol leadta a működtetést, vagy fenntarthatja a tulajdont, de lemond a vagyon kezeléséről. A privatizáció ennél fogva csökkentheti a kormány által gyakorolt kontrollt és elszámolási kötelezettséget anélkül, hogy ezeket feltétlenül kiküszöbölne. Ahol a kormány pénzt ad a magánereből bonyolított szolgáltatásokért, ott folytatni kell az adóbehajtást. Ebben az értelemben a privatizáció (lásd a 3. pontban fentebb) szűkíti a kormánytevékenység operatív szféráját, de érintetlenül hagyja a pénzügyi vagy funkcionális részt. A kormányok azzal, hogy a szolgáltatások szabaddá tételét egy harmadik fél kezébe adják, valójában magánszervezetekre hárítják át az igények és panaszok gondját, ám egyúttal vállalniuk kell a kockázatot, hogy a harmadiknak bevont partnerek maguk is igényjogosultakként lépnek elő. Hogy a részleges privatizációnak ez a fajtája vajon eredményez-e valamilyen csökkenést a kormányok kiadásaiiban, ez már szükségszerűen gyakorlati, empirikus kérdésfelvetés.

Gyakran még a vagyon eladása is csak partikuláris érdekek transzferálását vonja maga után. A kormányok gyakran adják el egy-egy vállalat esetében részvényeik egy részét, de azt a lehetőséget elutasítják, hogy lemondjanak ellenőrző szerepükről. Ezekben az esetekben a privatizáció alig jelent többet alaptőke-emelésnél, mivel sem a vezetésben, sem a vezetői magatartásban, sem a vállalat és az állami hatóságok viszonyában nem történik változás. Noha szokatlannak hangozhat, nem mindig születnek magáncégek a privatizáció nyomán, hanem előfordulnak hibrid vállalatok is, amelyek az erőegyensúly tekintetében különböznek egymástól.

A vagyon privatizálására használt különféle technikák kihatnak arra is, ami majd a privatizálás nyomán kibontakozik. Az alkalmazott módszerek között magán árverezők részére szánt eladások ugyanúgy vannak, mint részvénykibocsátás, az alkalmazottak tulajdonhoz juttatása,

avagy a jogcímek átruházása a cégek jelenlegi vezetőire. A kormányok, egy-egy nem jövedelmező vállalkozás esetében gyakran nem az árak felemelésével reagálnak, hanem állami szerződéseket ígérnek az új tulajdonosnak, azonkívül adókedvezményt, vagy bizonyos monopóliumok privilégiumát. A privatizációs politikának ezek a variációi komplikáltabbá teszik a privatizáció gazdasági hatásaira vonatkozó na-
iv előrejelzéseket.

Mint ahogy különféle metódusok léteznek az aktívumok átengedése, változatos metódusok vannak érvényben arra is, hogy az állami szolgáltatások államilag finanszírozott magánellátássá alakuljanak át. A kormányokat alapvető választás elé állítja a kérdés: vajon állami képviselők avagy magánfelek fogják-e megvásárolni a szolgáltatásokat? Ha az állam teszi, szerződéseket köthet és hiteleket nyújthat. Másrészt viszont, ha magánszemélyek vásárolják a szolgáltatásokat, utalványokat oszthat szét, adóhiteleket vagy más adókedvezményeket ajánlhat, a kedvezményezetteket közvetlen úton, költségeik valamilyen arányában kárpótolhatja, vagy megfizetheti a kedvezményezettek által választott szolgáltatókat. Ha ez a tranzakció rutinná válik, már szerződésnek is tekinthető. További bonyodalmat jelent, hogy azok a magán partnerek, akiknek költségeit a kormány egészben, vagy részben állja, magánszemélyek is lehetnek (akik a szolgáltatásokat igénybe veszik), és munkaadók is. A privatizációs politika például adókedvezmények megadására buzdíthat, annak érdekében, hogy az állam által folyósítandó nyugdíjakat átvállalják a magán nyugdíjalapok, vagy egyéni nyugdíjszámlák (Ferrara, 1985; Godman, 1985; O'Higgins, 1986; Starr, 1988). Amikor a kormányok leadnak működő szolgáltatásokat, sok különféle társaságot tudnak hatalommal felruházni.

Nem kell automatikusan egyenlőségjelet tenni a privatizáció és a növekvő verseny közé. A két összefüggő folyamatot, privatizációt és liberalizációt igencsak óvatosan kell egymástól megkülönböztetni. Liberalizáció alatt általában a kormány kontrolljának csökkenését értjük; ebben a kontextusban arról van szó, hogy egy tevékenységet bekapcsolódni kényszerítenek a versenybe. Az állami monopóliumok területére való belépés deregulációjának bevezetése olyan formáját jelenti a privatizációnak, amely egyúttal liberalizálás is. Privatizálni azonban liberalizálás nélkül is lehetséges. Amikor a Thatcher-kormány eladta a British Telecom és a British Gas által kibocsátott részvényeit, magánmonopóliumokkal helyettesítette az állami monopóliumokat, és új szabályozó intézményeket hozott létre, néhány — előzőleg állami tulajdonos által gyakorolt — funkció betöltésére. A döntést, hogy mindenekelőtt liberalizálni kell — azaz nagyobb versenyre buzdítani —, kifejezetten elutasították, talán abbéli félelemből, hogy ez csökkentheti a társaságok részvényeinek árát (Kay, Mayer és Thompson, 1987; Brittan, 1985).

És megfordítva, az is lehetséges, hogy privatizálás nélkül liberalizáljanak; ezzel az állami szektorba is bevezetik a versenyt, anélkül hogy maga a tulajdon gazdát cserélne. Így például a beiratkozó diákok arányában a kormányok anyagi támogatást nyújthatnak az iskoláknak, ám a családok szabadon választhatnak a versengő nyilvános iskolák között; vagy pedig felszólíthatják az állami vállalatokat, vagy az azokat működtető társaságokat, hogy tőkéért vagy megbízásokért versengjenek. Még az is lehetséges, hogy az államosítást és liberalizálást egy-

idejűleg hajtsák végre, ahogy azt 1980-ban a francia szocialisták tették, amikor előbb államosították a bankokat, azután pedig liberalizálták a pénzpiacot.

Végül, ahogy különféle utak vezetnek ki az állami szektorból, úgy a magánszektorban is egy sor olyan célállomás van, amelyhez a privatizáció elvezethet. Az alternatív lehetőségeket a szervezeti komplexitás és tulajdonosi státus dimenziói mentén a következőképpen lehet osztályozni:

1. a személyes, családi vagy informális szektor, amelyet általában az önállóság, a kölcsönös segítség és az egyéni preferenciák iránti érzékenység példájaként szoktak felfogni;

2. az önkéntes non-profit vagy „független” szektor, mely formális, komplex szervezetekből áll és ugyanazokat az előnyöket tulajdonítja neki, amelyek az informális szektort jellemzik, de ezenkívül még a professzionális vezetés és menedzselés előnyeit is;

3. a kis üzletek szektora, amelyet vállalkozó kedvéért magasztalnak, és új munkalehetőségek forrásának tartanak;

4. a nagyvállalati szektor, ahol a teljesítmények javulásához fűzött remények alapja nemcsak a profitszerzés, hanem a professzionális vezetés és a méretgazdaságosságból fakadó megtakarítás is.

A felsoroltak közül az első két célállomás, az informális és non-profit szektorok arra hívják fel a figyelmet, hogy a privatizáció nem feltétlenül jelenti a kereskedelmi piacokra való támaszkodást. Sőt, ahelyett hogy egyféle célállomást követnének megadott térkép szerint, a privatizáció híveinek több, egymástól markánsan eltérő koncepciója van arról, hogy merre haladjanak. Én most azokra az elméletekre térek rá, amelyek ehhez a mozgáshoz a logikát, intellektuális összefogottságot és retorikát adják.

A privatizáció mint elmélet és retorika

Azok a normatív elméletek, amelyek a privatizációt a politikai tevékenység kívánatos irányaként igazolják, inspirációjukat néhány különböző — a jó társadalmat megjelenítő — vízióból merítik. Közülük messze az a vízió a legbefolyásosabb, amely a laissez faire elvére és a szabad piacra támaszkodó gazdaságra alapul, és amely a piaci erők és tulajdonjogok szférájának kitágulásával nagyobb hatékonyságot, kisebb kormányhatalmat és több egyéni választási lehetőséget ígér. Egy második felfogás, amely a szociális szemléletű konzervatív tradíciókban gyökerezik, a közösségek megerősödését ígéri, ha a társadalmi ellátást nagyobb mértékben bízzák a családokra, egyházakra és más, szélesebb értelemben vett non-profit szervezetekre. A privatizáció itt az államtól, az emberi együttműködés politikától és üzlettől mentes formáihoz való visszavonulást jelenti. Egy harmadik perspektíva ugyanakkor a privatizációt az állammal szembeni követelések elterelésére, illetőleg a kormány „többletterheinek” csökkentésére irányuló politikai stratégiának tekinti. Ez az utolsó nézet — amelyet különösen napjaink neokonzervatív eszmerendszerével azonosítanak — nem szükségképpen ütközik az előző kettővel (sőt, a privatizáció egyes hívei mindhárom felfogásból merítenek), noha mindegyikük más és más szerkezetű analízist és politikát javasol. Még a privatizáció gazdasági modelljei között

is felfedezhető néhány finom, ám jelentős különbség, mégpedig két különböző nézet között: az egyik a privatizáció radikális felfogása a tulajdonjogok újraosztásáról, a másik egy jóval mérsékeltebb, konvencionálisabb felfogás, amely a privatizációt eszköznek tekinti egy háromszektorú gazdaság finomra-hangolásához.

1. számú gazdasági modell: a privatizáció mint a tulajdonjogok újraosztása

A magántulajdont és a piaci versenyt általában két olyan dolognak tekintik, amelyek kéz a kézben járnak, ám a tulajdon és a piaci struktúra gyakran elválhat egymástól. A közgazdász előtt azonban, aki mindkét dolog híve, ott áll a kérdés: vajon rokonszenvének melyik tárgyat szeresse jobban? A magántulajdont, vagy a versenyt? Itt megoszlik a közgazdászok véleménye aszerint, hogy ki mit kedvel: a privatizációt-e, vagy a liberalizációt. Akik azt hiszik, hogy a hatékony teljesítmények a magántulajdontól függenek, azok persze a privatizációt részesítik előnyben, még olyan esetekben is, ahol általában természetesnek veszik a monopóliumok tényét. Megfordítva, akik a versenyt tekintik a hatékonyság legfontosabb ösztönzőjének, azok sokkal szkeptikusabban tekintik a privatizálandó monopóliumok előnyeit, és gyakran más programokra teszik le a voksukat, így például a deregulációra. A kormány telekommunikációs monopóliumának esetében például azok, akik a tulajdont támogatják, hajlandóságot mutathatnak arra, hogy a monopóliumot érintetlenül hagyják, míg akik a versenyt támogatják, inkább felosztanák a monopóliumot, az elosztás előtt, vagy éppenséggel továbbra is állami tulajdonban tartanák, miközben a magáncégek számára lehetővé tennék, hogy egyenlő feltételekkel versengjenek vele.

Így tehát az a felfogás, amely a privatizációt egyértelműen kívánatos politikaként jelöli meg, a tulajdonjogot a politikai gazdaságtan sarkalatos pontjának tekinti. Furcsa módon a két összeférhetetlen ágyastárs, a marxizmus és a chicagói közgazdasági iskola ezt az értékelést egyformán vallja. A tulajdonjog fontosságáról szólva, bár egymással ellentétesen, de egyformán erőteljesen amellett érvelnek, hogy a tulajdonjog a megfelelő szektorba kerüljön. A chicagói hagyományok talán két, egymással sok szálon rokon eszmerendszer keletkezett: a tulajdonjogok elmélete és a közösségi választás elmélete. Mindkettő megpróbálja úgy kitágítani a konvencionális gazdasági paradigmákat, hogy a klasszikus vállalatot és a tulajdonjogok modern elosztását egynek tekintik az intézményi formák sokféle lehetősége közül. Ebben a kibővített modellben az állami intézmények a tulajdonjogoknak egyszerűen alternatív konfigurációját képviselik, amelynek hatékonysága — a chicagói iskola elméletére alapozott előrejelzések szerint — általában kisebb, mint a magánvállalatoké.

Miként ezt olyan közgazdászok, mint Armen Alchian, Ronald Coase és Harold Demsetz kifejtették, a tulajdonjogok elmélete a szervezeti magatartások közötti különbségeket kizárólag a tulajdonjogok struktúrája által megteremtett egyéni ösztönzők alapján magyarázza (Alchian, 1965; Demsetz, 1967; Furubotn és Pejovich, 1972; de Alessi, 1987). Ebből a szempontból a tulajdonjogok megszabják azokat a szociális és gazdasági kapcsolatokat, amelyeket az embereknek figyelembe

kell venniök, amikor szűkében lévő anyagi eszközeiket használják, és itt nem csak arról a megengedett nyereségről van szó, amelyet a tulajdonosok élveznek, hanem azokról a károkról is, amelyeket másoknak tudnak okozni. A tulajdonjog több más jogot foglal magában, elsősorban is a jogot a vagyon felhasználására, formájának, tartalmának vagy elhelyezkedésének megváltoztatására, valamint e jogok mindegyikének vagy némelyikének átruházására. Ha az állam korlátozza ezeket a jogokat, akkor érvényességük is korlátozottá válik. Így elméleti szempontból a kulcskérdés elsősorban az, hogy kié lesz a tulajdonjog, és másodsorban, hogy milyen mértékben korlátozódik, illetőleg egyáltalán korlátozódik-e?

A mikroökonómia más ágaihoz hasonlóan, a tulajdonjogi iskola is tisztán individuális jelenségeként írja le az emberi tevékenységet. Minél több nyereségre tehetnek szert az egyének a tulajdonuk gondozásából, annál jobban fogják gondolni azt. És megfordítva: ha a tulajdonjogok korlátozottak és inkább gyöngék, akkor a tulajdonosok is kevésbé motiváltak arra, hogy hatékony kontrollt gyakoroljanak tulajdonuk fölött. A magántulajdon koncentrálja a jogokat és az anyagi elismeréseket; az állami tulajdon szétmossa mindezt. A tulajdonjogi iskola nem ismeri el, hogy a magánvállalatok működésében fundamentális változás következik be akkor, ha a modern korporációkban szétválasztódik a tulajdon és a vezetés, a tulajdonosok és a menedzserek szerepe. Természetesen a részvényesek ezekben a kiterjedt korporációkban nem tudják a vezetést olyan szorosan ellenőrizni, mint ahogy tudták a „klasszikus” időkben a tulajdonosok. Ebből a szempontból a piac adja meg a szükséges ösztönzést ahhoz, hogy a testületi menedzsment túlzott bérekkel vagy figyelmetlenségből ne tékozzolja el a vagyont. Ha a vállalat nyeresége alacsony, a részvényesek eladják a kötvényeiket, és az árak leszálnak. Szélsőséges esetben a céget kívülállók szerzik meg, és a vezetők az utcára kerülnek. Ezek az elrettentő esetek — a hatástalan vezetés példái — az állami szektorban nem fordulnak elő. Mivel az állami vállalatokban a „részvényesek” (állampolgárok) nem rendelkeznek transzferálható tulajdonosi jogokkal, nem adhatják el — a vezetés teljesítményével való elégedetlenség jeléül — a részvényeket, ugyanakkor más törvényhozást szorgalmazni is költséges lenne a számukra. Nem beszélhetünk „a testületi kontroll árupiacáról sem: az állami vállalatokat nem lehet árverésen kiárusítani azok számára, akik hisznek benne, hogy hatékonyabban tudnák a tőkét megforgatni. Az elmélet szerint tehát nem lehet megakadályozni, hogy az állami vállalatok vezetése elherdálja a vagyont.

Érdemes átgondolni a tulajdonjogra vonatkozó premisszákat és következtetéseket. Először is, az elmélet kimondja, hogy a különféle szervezetek teljesítményének összehasonlításakor a tulajdonlás minden más változónál erősebben határozza meg az eredményt. Az elmélet nem tulajdonít jelentőséget azonban olyan szervezeti jellegzetességeknek, mint a méret, a centralizáció, a vezetés vagy a hierarchia. Azonkívül nem ismeri fel a teljesítményekben mutatkozó olyan különbségeket, amelyek a nem világosan megfogalmazott célok vagy a szegényes információ következményei lehetnek. Az elmélet még a gazdasági ösztönzők hatását sem ismeri el, ha azok nem a tulajdonjogokhoz kapcsolódnak, hanem például különféle szerződéstípusokból származnak. Az elmélet — amikor általánosító megállapításokat tesz az állami és a ma-

gánszféra különbségeiről — nem mutat rá semmi esetlegességre. Nem írja körül azokat a sajátos körülményeket vagy jellegzetességeket, amelyek egy állami intézmény jó működését biztosíthatják. A betegség, amit a szóban forgó elmélet az állami szektorban diagnosztizál, öröklött és gyógyíthatatlan.

Másodszor, az elmélet a piacot tekinti a megítélendő értékek mércejének, és ezért veszteségesnek tartja az állami intézményeket, mivel azok nem ehhez mérik magukat. (A „résztvényesek” például nem adhatják el az értékpapírjaikat.) A túlélés a piacon természetesen a szervezeteknek attól a képességétől függ, hogy a tulajdonosok számára pótlólagos jutalmat, azaz profitot termeljenek. Ez nem az a standard, amelyet az állami intézményeknek általában el kell érniük. A tulajdonjogról alkotott felfogás szerint a társadalom akkor jár jobban, ha az állami szervezetek működését nem a politikai folyamatokban való elfogadottságuk igazolja, hanem az, ha magánkézbe adásukkal a jövedelmezőség próbájának vetik alá őket.

Harmadszor, a tulajdonjog elmélete azt is feltételezi, hogy a vállalatok ellenőrzésének piaca nagyon hatékonyan működik, és hogy a korporációk kisajátítását főképpen vezetőségeik szegényes teljesítménye indokolja. Manapság viszont az Egyesült Államokban egyes korporációkat éppen azért szereznek meg, mert gazdag készpénzalapokat halmoztak fel, ugyanakkor más korporációk pedig vezetőik preventív, bár hatástalan intézkedései révén — adósságok felhalmozásával — kerülnek el ezt a sorsot. Gyakran fordul elő, hogy nagy készpénzforgalmat bonyolító mamutvállalatok, kevés nyereséggel és általában sivár teljesítménnyel, eredményesebb cégek részvénytöbbségét veszik át. A korporációs kontroll piacán nem mindig jutalmazták az érdemet, ám a tulajdonjogról alkotott felfogásnak megfelelően a piaci figyelem arra kényszeríti a magáncégek menedzsereit, hogy hatékonyabban működjenek, mint az állami vállalatoknál vezető kollégáik. Az elmélet egyáltalán nem helyez hangsúlyt az állam ellenőrző szerepére, általában a demokráciára és a liberális demokrácia sokféle intézményére, mint amilyen például a sajtó, amelynek rutinfeladata az állami intézmények teljesítményének vizsgálata. A nyilvánosság ellenőrző szerepével kapcsolatos homályos ismeretek okai a közösségi választás elméletében keresendők.

A „Közösségi választás” — mely mint elnevezés nem egészen helytálló, mert az elmélet lényegében egyedül a magánjellegű választásokat ismeri el, — egyszerre jelenti a mikroökonómia egy ágát és a demokratikus politika egy átideologizált szemléletét. Az iskola analitikusai a mikroökonómia elemzési eszköztárát alkalmazzák a politikára, és általában úgy vélik, hogy bár a személyes önértékek a piacon kedvező, a politikában azonban káros eredményre vezetnek (Borcherding, 1977; Niskanen, 1971). Ezek a patológikus minták a választók, a bürokraták, a politikusok és az állami alapokból élők „potyautas” illetve „járadékleső” stratégiáit testesítik meg. Azok a választók, akik speciális kedvezmények elérésében reménykednek, koalícióra lépnek egy, a számukra kedvezőbb törvénykezés érdekében. Ez nem elsősorban a nélkülözést vállalni kényszerülő csoportokat jellemzi, hanem azokat, akiket a közös cselekvés várhatóan nagy eredménye hatékonyabb együttműködésre sarkall, mint amelyet azok az adófizetők képesek megvalósítani, akikre a költségek hárulnak. Általában azok, akiknek a

kiadások növeléséhez koncentráltan fűződik érdekük, jóformán „poyautasként” képesek viselkedni azokhoz képest, akiknek az alacsonyabb adó diffúz érdekük. Hasonlóképpen, azt mondják a „bürokratikus” cégek menedzsereiről, hogy azért maximalizálják a költségvetést, mert nagyobb hatalmat, több bért és egyéb mellékjövedelmeket akarnak elérni. A költségvetést maximalizáló stratégia mindenütt megnövekedett költségvetési kiadásokat eredményez, az erőforrásoknak a kormány szervei közötti nem hatékony elosztását és nem hatékony termelést. Ráadásul, amikor a kormányzati szervek szubvenciókat ítélnek meg, a potenciális kedvezményezettek egészen a segélyek értékéig hajlandók beruházni abba, hogy megemelt összegekért lobbizzanak — ami a készletek a politikai kedvezményekért és pozíciókért folytatott csatározások következtében bekövetkező politikai eltérőzlésének legáltalánosabb esete.

A tulajdonjogok elméletéhez hasonlóan, a közösségi választás perspektívájából támadják az állami tulajdont és általában annak menedzselését. E nézetek vallói tanulmányokban kidolgozták és dokumentálták álláspontjukat a földek, az erdők, a vizek és más természeti források állami menedzseléséről, és összehasonlító elemzéseket végeztek az állami és magánvállalatokról egy sereg iparban, beleértve a légiforgalmat (Davies, 1971), a tűzvédelmet (Ahlbrandt, 1973) és a szilárd hulladékok eltakarítását (Bennet és Johnson, 1979). A tulajdonjog felfogása a természeti források menedzseléséről példát nyújt az elmélet alkalmazására. Ebből a nézőpontból tekintve, a köztulajdon elkerülhetetlenül elvezet ahhoz, amit Garret Hardin (1968) a „közlegelők tragédiájának” nevezett. Egyesek — racionális nyereségvágytól indítva — megrongálják és végül tönkreteszik a legelőket, míg saját tulajdonukat gondosan óvják. Eképpen a nyilvános legelők és erdők értelemszerűen sokkal mostohább bánásmódban részesülnek, mint a magántulajdonban tartott erdők és földek. Sőt, azok az állami felügyelőségek, amelyek a készletek fölötti gazdálkodást irányítják, mint a Forest Service, növekvő terjeszkedési politikájukkal eltérőzölják az értékeket. Következésképpen a közterületek privatizációja egyben jobb karbantartást és hatékonyabb használatot is jelent. A környezet privatizációjának programja előirányozza a szövetségi földek — köztük a nemzeti parkok — eladását magánbefektetők részére, vagy legalább átadásukat olyan magánszövetségek számára, mint az Audubon Society (Smith, 1982); ugyanez a szerző még a veszélyeztetett állatfajták problémájának megoldására is azt javasolja, hogy új tulajdonokat kell kialakítani a vadállatok világában.

Röviden, a közösségi választás iskolája, az emberi viselkedésnek egy individualisztikus modelljéből kiindulva egy sereg empirikus megállapítást tesz, nevezetesen:

1. hogy a demokratikus politikák természetes velejárói a kormányok rendkívül nagygyá növekedő költségvetései;
2. hogy a kiadások növekedése az önérdéktől vezérelt választók, politikusok és bürokraták koalíciójának következménye;
3. hogy az állami vállalkozások teljesítménye szükségképpen kevésbé hatékony, mint a magánvállalkozásoké.

A közösségi választás iskolájának alapos elemzése önmagában egy teljes könyvre rúghatna, ám a kritika általános irányait azért vázolhatjuk. Először is, míg ez az elmélet a választókat úgy mutatja be,

mint akiket szűk magánérdekeik irányítanak, jelentős bizonyítékok vannak arra nézve, hogy a választók még a gazdasági megoldások kérdésében is inkább azonosítják saját érdekeiket a gazdaság összesített teljesítményével, mint hogy egyszerűen magántapasztalataikból kiindulva válasszanak (Orren, 1987; Kelman, 1987). Más szavakkal: a választók képesek arra, hogy saját érdekeiken túl kollektív érdekeiket is felismerjék. Valójában a „vitákkal való kormányzás” gondolatának éppen az a lényege, hogy fel kell fedezni és kifejezésre kell juttatni azokat a kollektív érdekeket, amelyeket a magánszféra csak nehezen tud megfogalmazni vagy megvalósítani; a közösségi választás elmélete pedig egyszerűen nem vet számot a politikai demokráciának ezzel a preferenciákat formáló funkciójával. Figyelmen kívül hagyja egyébként a liberalizmus architektúrájába beleépített korlátokat is. Az elmélet, miközben kimondja hogy a kormány szisztematikusan pazarol és növeli a kiadásait, azt már nem veszi tudomásul, hogy a kormány ágazatain belül és egyes ágazatai között ellenőrző vizsgálatok és pénzügyi mérlegek működnek. (Példa erre azoknak a vizsgálatoknak a sora, amelyeket a Kongresszus Költségvetési Bizottsága szokott lefolytatni a kiadási programokkal kapcsolatban.) Az elmélet szerint a kiadási programok azért fogadhatók el inkább, mert a bevételek koncentrálnak, a kiadások pedig szétterülnek, ám ugyanezek az érvek a speciális érdekből adott adókedvezményekre is vonatkoztathatók. E „pénzügyi illúziók” szimmetrikusak kell legyenek a folyamat mindkét — adó és kiadások szerinti — aspektusából, és nem tudják megmagyarázni az emeltebb adószintek felé mutató hosszú távú tendenciákat. A „Leviathán-elmélet” képviselői — ahogy Richard Musgrave nevezi őket — felnagyítják a magasabb kormányzási kiindulások történelmi trendjét; ám az adatok nem mutatnak gyorsuló növekedést a nemzeti jövedelem arányában (Musgrave, 1981.)

Az állami és magánszervezetek hatékonysági összehasonlításának empirikus tapasztalatai egyébként sokkal bonyolultabb képet mutatnak, mint azt a közösségi választás és a tulajdonjogok iskolái tudomásul veszik. Hogy megint a természeti források fölötti gazdálkodásból vegyük példánkat, idézzük Carlisle Ford Runge (1984) szavait, aki kimutatta, hogy az adatok szerint a szövetségi tulajdonban lévő legelők jobb állapotban vannak, mint a nem szövetségi legelők. Azon kevés releváns tanulmányok egyike, amelyeket az erdőségekről írtak, egy Minnesotában elvégzett felmérés rámutat arra, hogy a köztulajdonban lévő erdőségek rendkívül kis létszámú magánfelvásárlója a legcsekélyebb erőfeszítést sem tette azok fenntartása érdekében (Ellefson, Palm és Lothner, 1982). A „közlegelők tragédiájának” tétele összekeveri a köztulajdonban lévő erőforrásokat az állami tulajdonban lévő erőforrásokkal, és nem fogadja el azt a feltételezést, hogy a demokratikus folyamat vagy a szakmai menedzselés a választók, politikusok és hivatalnokok jövővel kapcsolatos attitűdjét más alapokra tudná helyezni, mint amilyenek a piaci viszonyok között uralkodnak. Számos megfigyelő szerint az amerikai menedzserek általában hajlamosak arra, hogy a rövid távú profitra koncentráljanak; a tulajdonjogi iskola ezzel szemben bátran kinyilvánítja, hogy a magáncégeknek elegendő indítékuk van arra, hogy a vadon élő állatok világát és az ősparkokat megőrizték a jövő nemzedékek számára.

A közösségi választás iskolájának retorikája egyfajta „keményfejű”

realizmus. Az elmélet naivitásként utasítja el az olyan polgári ideálokat, mint a köz szolgálatának gondolata, tagadja, hogy a választók vagy a politikusok képesek lennének arra, hogy saját nagyratörő vágyaikon túlmutató, szélesebb nemzeti érdekek alapján cselekedjenek. A demokratikus politikákkal való szembenállása kicsit olyan, mint a marxizmusé, és azt állítja, hogy a magasabb célkitűzések igénye csak megtévesztő porhintés. És a marxistákhoz hasonlóan, túllépve az államról alkotott korábbi romantikus és idealizált felfogáson, önmagát a tudományos haladás-megszemélyesítőjének tekinti. Ám ahelyett, hogy ez az álláspont az intuitív magatartáshoz képest előrehaladást jelentene, a közösségi választás iskolája éppen azokhoz szól, akik intuitív alapon ragaszkodnak ahhoz a meggyőződésükhöz, hogy bármit is tenne a kormány, a privát szektor azt jobban meg tudná tenni. A tulajdonjog és a közösségi választás iskolái együtt azt bizonyítják, hogy ha az emberi viselkedésnek egy tisztán individualisztikus modelljéből indul ki, és a politikát a piac halvány utánzatának tekinti csak, akkor a demokráciának valóban semmi értelme.

2. számú gazdasági modell: A privatizáció mint a gazdasági funkciók áttelepítése

A jobboldali iskolákhoz képest, amelyek az állami szektort gyógyíthatatlanul hatástalannak tartják, a konvencionális mikroökonómiában kiképzett elemzők az állami intézményekről sokkal árnyaltabb, bár még mindig nagyon kritikus felfogást vallanak magukénak. Ők az állami szervezetek teljesítményeit nem azoknak az ösztönzőknek tulajdonítják, amelyeket az állami tulajdon *per se* alakított ki. A főáramlatba tartozó politikaelemzők általában úgy vélik, hogy a helyes ösztönzőket az állami szervezetek keretein belül kell megtalálni. Természetesen széles a konszenzus arra vonatkozóan, hogy a versengő piacokon a magántulajdon hatékonyabban állítja elő a magánjavakat. Aligha hallani mértékadó véleményt amellet, hogy nagy teljesítményű sportkocsikat gyártó üzemek állami tulajdonban legyenek. Mindazonáltal az uralkodó állásponton belül is eltérőek a nézetek arról a szerepről, amelyet az állami intézmények töltenek be a közjavak termelésében és természetes monopóliumok menedzselésében. Azok, akik neoklasszikus képzettségben részesültek, és a versenyt tekintik a kulcskérdésnek, hajlanak arra, hogy a privatizációt részesítsék előnyben, ha az elmozdulást jelent a verseny irányába, olyan feltételek között, amelyek biztosítani tudnák a piac eredményes működését. Az utóbbi években a piaci hatékonyság igényét mindenestre sokkal liberálisabban fogják fel, miközben az állami vállalatok reputációja figyelemreméltóan lehanyaglott. A gazdasági és politikai analízisekben uralkodó konszenzus pedig több rokonszenvet tanúsít a privatizáció iránt, mint két vagy három évtizeddel előbb.

Míg a tulajdonjogokról alkotott felfogás szűkszavú és egyértelmű az állami és a magántulajdon közötti különbségek alapjainak elemzésében, a konvencionálisabb megközelítés több olyan elméletből tákolódik össze, amelyek a piac, az állam és a non-profit szektor nem hatékony teljesítményeinek feltételeit kutatják. Hagyományosan a piac csődjének elméletét veszi történeti kiindulópontul. Az örökölt neoklasszikus

hagyomány szerint a tökéletlen információ, a külső gazdasági hatások, a növekvő skáláhozadék és (néhány verzióban) a vagyoni egyenlőtlenségek akadályozzák a piacot abban, hogy optimális teljesítményt nyújtson; innen már rövid — bár nem feltétlenül megteendő — lépés vezet ahhoz, hogy kimondjuk: ahol a piac kudarcot vall, az állami tulajdon vagy reguláció valamely formája indokoltá válik. (Az elmélet nem említi a reguláció és a tulajdon közötti választás kérdését.) Két nemrégiben megfogalmazott elméleti fejlemény azonban több óvatosságra int az állami intervenciókat illetően. A piacon először is nem kell tökéletes versenynek lenni, elegendő, ha az adott piac megtámadható; és ez a követelmény könnyebben teljesíthető, mint a tökéletes verseny (Baumol, Panzar és Willing, 1982). Másodszor, a közösségi választás elmélete sikeresen fogalmazta meg azt a kihívást, hogy ahol a piac csődbe jut, ott az állami beavatkozás is kudarcot vallhat, sőt, az elmélet azt sugallja, hogy az állam ilyenkor még alkalmatlanabbá válik. Ezzel párhuzamosan Charles Wolf Jr (1979) a nem piaci bukások bekövetkezésének egy csomó előfeltételét sorolja fel.

A piaci és nem piaci csődről szóló ikerelméletek mindegyike szerepet szán a non-profit szektornak; mert ha az államoknak és piacoknak nehézségeik támadnak, a filantrópia talán betöltheti a fellépő űrt (Douglas, 1983). Lester Salamon (1986) nem egyszerűen nem tekinti reziduálisnak a non-profit szektort, hanem azt írja, hogy az Egyesült Államokban a társadalmi szolgáltatásokat döntően a non-profit mechanizmusok állítják elő, és a kormányprogramok egyszerűen csak választ jelentenek arra az esetre, ha a nonprofit szektor csődöt mond. A végeredmény egy elméleti ötvözet, amely meghúzza a három szektor határait, és kimutatja, hogy a különféle tevékenységek milyen formákban szervezhetőek meg a leghatásosabban. Ha ebből a perspektívából tekintjük át, a privatizáció mód arra, hogy e kevésbé hatékony tevékenység hatékonyabb módon valósuljon meg, vagyis inkább a gazdasági korrekcióknak, semmint a radikális átrendezésnek az eszköze (Brodkin és Young, 1989).

A szektorális csőd kibővített elmélete az intézményi választás egyfajta ökológiai megközelítése. A különféle szektorok alternatív környezetet jelentenek egymásnak, az eldöntendő probléma pedig az, hogy egy bizonyos feladathalmazt vajon egyik vagy másik helyszínen lehet-e legjobban végrehajtani? Az elmélet egyébként nem rendel hozzá minden tevékenységet egy bizonyos szektorhoz. Egyik szektor sem kap jó osztályzatot olyan feladatok ellátására, amelyekkel kapcsolatban csak szegényes információk állnak rendelkezésre. Az elmélet ugyanakkor történelmietlen is; nem veszi tekintetbe azt a holt tőkét, amit egy szervezeti kapacitás kiépítése emésztett fel. Egy iparágat egy másik szektorba áthelyezni végül is nem költségmentes dolog. Mindezekon túl, a megközelítés legkomolyabb hibája az, hogy — mint minden gazdasági modell — mindenekelőtt a hatékonysággal törődik, és kevés mondanivalója van a szervezeti konstrukciónak más értékekre gyakorolt hatásáról.

Egy szervezetet a piaci erőknek kitenni azt jelenti, hogy az adott szervezetet a részvénytulajdonosok jövedelmének maximalizálására szorítjuk rá. Ezzel a szóban forgó jövedelmek talán hatékonyabb módon lesznek előállítva, ám ahogy George Yarrow (1986) megjegyezte, egyes tevékenységeket éppen azért vontak az állami szektorba, hogy

megvédjék őket az efféle nyomásoktól. Hogy ez ésszerű választás-e, erre a gazdasági modellek nem tudnak választ adni.

A privatizáció mint közösségfejlesztés

Az érvek egy másik csoportja, amelyet nem elsősorban a hatékonyság foglalkoztat, a privatizációnak egy sokkal szociologikusabb elméletéből indul ki, amely nagy súlyt helyez a közösségek fejlesztésére. Ennek az álláspontnak egyik legfigyelemreméltóbb kifejezését Peter Berger és Richard Neuhaus (1977) adta; ők azt javasolják, hogy a kormány erősítse meg az önkéntes szervezeteket, a közösségi szervezeteket, az egyházakat, az önszerveződő csoportokat és más, kevésbé formális „közvetítő” intézményeket, amelyek az egyének és a társadalom „elidegenítő megastuktúrái között” helyezkednek el. Véleményük szerint a modern liberális állam ezeket az „értékteremtő”, „emberszabású” intézményeket aláaknázza azzal, hogy funkcióikat átruházta saját bürokratikus hivatalaira. Berger és Neuhaus nem ellenzik a társadalmi jólétről való gondoskodást, de azt ajánlják, hogy ahol lehet, az államigazgatásnak támaszkodnia kell ezekre a közbülső intézményekre az államilag finanszírozott szolgáltatások „kiközvetítésében”.

Az a nézet, hogy a privatizáció nem más, mint a hatalomnak a közösségek kezébe való áthelyezése, homlokegyenest ellentétes azzal a koncepcióval, amely szerint a privatizáció a tulajdonjogok kiterjesztését jelenti. Berger és Neuhaus kategorikusan visszautasítják az emberi motivációk túlságosan szűkre szabott szemléletét. Sőt, éppen azért bírálják a liberalizmust, mert az az egyén jogait a társadalmi csoportok saját értékeik érvényesítésére szolgáló jogaival szemben is védelmezi; a szerzők kiállnak például amellett, hogy a lakótelepek közttereire „demokratikus úton eldöntött” értékeket, azaz vallási szimbólumokat lehessen állítani. Kijelentik továbbá, hogy azok, akik az önkéntes szolgáltatások ideáját támadják, annak a kapitalista mentalitásnak a térhódítását segítik elő, amely minden dolgot pénzben akar kifejezni, aszerint, hogy mennyi dollárt ér, mert csak az képvisel értéket, amire ráragasztották az árcédulát. Nem a profitról szóló tanok kiterjesztése a céljuk, hanem inkább a társadalmi gondoskodás helyi jellegű, szűkebb körben értelmezett megerősítése. Ez a privatizáció emberarcú, és némi hasonlóságot mutat fel a közösségi szervezetekkel és szövetkezetekkel kapcsolatban kialakított baloldali állásponttal (Donnison, 1984).

Noha én a közösségek hatalommal való felruházását sokkal vonzóbbnak tartom, mint a tulajdonjogok perspektíváját, mégis cáfolnom kell Berger és Neuhaus állítását, hogy a liberális állam aláaknázza a közbülső intézményeket. A szerzők ugyanis nem veszik figyelembe az állam és az intézmények között lévő történelmi partneri kapcsolatot. A szociális gondoskodás története az Egyesült Államokban valójában nem vált hűtlenné az önkéntes intézmények érdemeihez. Salamon (1986) hangsúlyozza, hogy századunkban a szociális kiadások kiszélesedése az Egyesült Államokban nagyjából annak a szervezetnek a megnövekedését jelenti, amelyet a szerző a „harmadik fél” kormányának nevez (a harmadik félhez éppen úgy hozzátartoznak a helyi önkormányzatok, mint a magán, non-profit szervezetek). Számos non-profit közösségi intézmény életben maradása a kormány támogatásától függött. Rá-

adásul, ma sok helyütt találhatunk munkamegosztást az állami és az önkéntes szektor között. A non-profit szektorra való nagyobb fokú támaszkodás komoly problémák elé állíthatja az önkéntes intézményeket. Egy sor társadalmi szolgáltatás privatizációja történik napjainkban, de főként csak új profitérdekeltségű szervezetek növekednek, amelyek távol állnak azoktól a helyi, „emberléptékű” intézményektől, amelyek Berger és Neuhaus elképzeléseiben élnek. Köztük egyesek, mint például az elfekvő kórházak országos hálózata, semmivel sem kevésbé elidegenítőek, mint más korporatív „megastruktúrák”. Valószínűleg illúzió volna azt hinni, hogy ha egy nagy lépést teszünk a magánszféra szociális szolgáltatásai felé, az a közösségi szervezetek elszaporodásához fog vezetni; már csak azért is, mert a magánintézményeknek több tőkére volna szükségük, mint amennyivel tradicionálisan rendelkeznek. És ha az állam nem biztosítja a tőkét, akkor azt a tőkepiacokon kell beszerezni. Az egészségügyben a tőke iránti igény az egyik legkényyszerítőbb indoka annak, hogy a non-profit szervezetek — gyakran országos szinten is — kereskedelmi szervezetekké váljanak. Lehet, hogy a közösség hatalommal való felruházása jó eszmének bizonyul, de ha ez egyáltalán be fog következni, akkor az az egyre gyakoribb kormány-beavatkozások miatt fog megtörténni, és nem a privatizáció következménye lesz.

A privatizáció mint a kormány túlterheltségének csökkenése

Végül van egy — a privatizálás jogosságát bizonyítani akaró — elmélet, amely szerint a privatizáció azért kívánatos, mert másfelé tudja terelni az állammal szembeni elvárásokat, vagy legalábbis csökkenti azokat. A hetvenes években egyes kritikusok azt állították, hogy a nyugati demokráciák a rájuk gyakorolt túlzott nyomás alatt szenvednek, és ez az oka a túlzott költsékezésnek és a gyenge gazdasági teljesítményeknek (Huntington, Crozier és Watanuki, 1975). Ebben a felfogásban a privatizáció egyike annak a sokféle politikának, amely ösztönzést ad a hanyatló remények ellenforradalmának. Hasonló gondolatmenetet követve, Stuart Butler — a Heritage Foundationtól — amellett érvelt, hogy a privatizáció úgy gyógyíthatja meg a költségvetés deficitjeit, ha letöri azokat az állami kiadásokat terhelő koalíciókat, amelyeket a közösségi választás elmélete ír le. Ebből a nézőpontból a kormányvállalatok és állami szolgáltatások privatizálása az aspirációkat visszatereli a piac felé, és bátorítja a vállalkozó tudatot (Butler, 1985).

A privatizáció e politikai felfogásának több egymást átfedő eleme van. Először is, a vállalatok privatizációja a munkaviszonyok privatizációját is jelenti. A privatizáció hívei azt remélik, hogy az alkalmazottak bérköveteléseit eltéríthetik az adóztatás és kölcsönfelvétel sok lehetőségével rendelkező államkincstártól a magánmunkaadók felé, akik feltehetően keményebben fognak a bérköveteléseknek ellenállni. Az elmélet hívei ezenfelül abban reménykednek, hogy az újonnan privatizált menedzserek a vállalatok tulajdonosi státuszát lassan átszivárogtatják a dolgozóknak; ez az oka annak, hogy a privatizálók gyakran az egész vállalatot, vagy legalább a részvények egy részét el akarják adni a dolgozóknak, ráadásul igen kedvező áron. Amikor pedig a kormány a magánvállalkozó felé fordul — akkor is, ha csak néhány

kiemelt esetben teszi —, valójában keményebb vonalat fog követni a bértárgyalásokon, ezzel is gyengítve az állami tisztviselők szakszervezeteit.

Másodszor, a privatizálásnak ezek a hívei azt remélik, hogy a kedvezményezettek követeléseit is privatizálhatják. Azt szeretnék, hogy — amikor rosszul mennek a dolgok — a kedvezményezettek ne a kormányhivatalok előtt tüntessenek, hanem rohamozzák meg a magánszolgáltatásokat, vagy ami még jobb, egyszerűen csak váltsanak át más szolgáltatókra. Más szavakkal, a privatizáció nagyarányú eltolódást jelenthet — Hirschmann kifejezésével élve — a „tiltakozástól” a „kivonulás” felé, amint ezt az elégedetlenséggel való küzdelem kedvelt és szokásos taktikája előírja (Hirschman, 1970).

Harmadszor, az állami tulajdon és a vállalatok privatizációja egyben a vagyon privatizációját is jelenti. Olyan hívei, mint Margaret Thatcher, azért akarják a privatizációt, hogy növekedjék a részvényesek aránya a lakosság soraiban, és ennek következtében sokkal pozitívabb nézeteket valljanak a profitképzésről. A „népi kapitalizmus” régi eszme, de hogy ennek megvalósulását az állami vagyon privatizálása segítse elő, az teljesen új. Ezen túlmenően, egyéb vagyonok, mint például az állami lakások és a Társadalombiztosítási Alap privatizálásával a privatizálók remélik, hogy azok, akik korábban követeléseket fogalmaztak meg az állammal szemben, maguk is tulajdonosokká válnak, ami a kapitalizmus iránti erősebb azonosulást vált ki belőlük. Azt remélik, hogy az a dolgozó, aki a nyugdíját egy magántársaságtól vagy egyéni nyugdíjszámláról veszi fel, konzervatívabb nézetet alakít ki a világról, mint az, akinek egzisztenciája minden hónapban a lakbértámogatástól és a kormány által kialakított csekkktől függ.

A privatizációnak ez a politikai elmélete — akárcsak a gazdasági és szociológiai elméletek — éppen úgy tartalmaz tapasztalatokon alapuló előrejelzéseket, mint normatív ítéleteket. Az előrejelzések a privatizációnak a politikai öntudatra és cselekvésre gyakorolt esetleges hatását illetik; a normatív ítéletek az állami ellátás politikai alapjainak meggyengítésére irányulnak. Empirikusan nem tűnik valószínűnek, hogy a „kiszereződés” intézménye, a jóléti csekkek és a magánszolgáltatók kifizetésére vonatkozó más megoldások csökkentenék a kormánykiadásokra gyakorolt nyomást; a vállalkozók ugyanolyan valószínűséggel fognak lobbyzni a nagyobb kiadásokért, mint ahogy azt a közalkalmazottak is teszik (Starr, 1987). A privatizáció néhány egyéb formája ugyanakkor valóban változtathat az alapvető politikai értékeken, a megértési készségeken és a társadalmi cselekvés képességén. Az állami lakások bérlőiből lakástulajdonosokat csinálni, állami alkalmazottakból magánalkalmazottakat, a társadalombiztosításban részesülőkből magán nyugdíjszámlák investorait csinálni nagyon is megváltoztathatja társadalmi és politikai gondolataik szerkezetét. Ezek a kilátások különféle kiutakat mutatnak a privatizáció hatékonyságáról szóló szokásos vitákból; arra szólítanak fel, hogy a privatizáció jelentését ne csak mint elméletet, hanem mint politikai gyakorlatot is tekintsük.

A privatizáció mint politikai gyakorlat

Korábban azt mondtam, hogy az állami szervezetek, politikai rendszerek és országos kontextusok strukturális változatossága megnehezíti,

hogy az ember bármily általánosításra törekedjék az állam és a magánszféra különbözőségéről és a privatizáció hatásairól. Az általánosítás feladatát még az is bonyolítja, hogy a privatizáció formái olyannyira változóak. Ezzel összefüggésben most megpróbálok felmutatni néhány tényezőt és a kritikai választásokat, amelyek megvilágítják, hogy a privatizáció mit is jelent a gyakorlatban, és megmagyarázzák, hogy a politikai gyakorlat miért ütközik oly gyakran az elmélettel.

A politikai kontextus és a privatizációs szokások

A privatizáció jelentősége a gyakorlatban az adott nemzetnek a világ gazdaságban elfoglalt pozíciójától függ. A gazdagabb országokban könnyű a privatizációt csupán belpolitikai kérdésnek tekinteni. Ahol azonban a reménybeli vásárlók külföldiek, mint a harmadik világban, az állami vállalatok privatizálása gyakran jelent egyben elnemzetietlenedést is — az ellenőrzés átengedését a külföldi befektetők vagy menedzserek kezébe. Mivel az állami tulajdonba vétel eredetileg gyakran a nemzeti önérvényesítés kivívásával kapcsolódott össze, olybá tűnik, mintha a privatizáció — nemzetközi nyomás hatásaként — viszszalépést jelentene. Ebben az értelemben a privatizáció jelentését a nemzeti emlékezet színezi. Még az Egyesült Államokban is másképpen értelmeznék a privatizációt, ha az eladásra szánt állami vagyont netán az oroszok vagy a japánok vennék át. Minél jobban függ egy nemzet a külföldi beruházásoktól, annál nagyobb a valószínűsége annak, hogy a privatizáció csökkenteni fogja a szuverenitás esélyeit, és felkelti a nacionalizmus szenvedélyét. Ahol a privatizáció ilyen kiutakat kínál, ott az út gyakran eltorlaszolódik, vagy az állampolgárok és a belföldi cégek számára exkluzív jogokat tartanak fenn az állam által felkínált vagyron, részvények vagy szerződések elnyerésére. Sok nyugati országban az állami tulajdon kezdettől fogva többet köszönhetett a nacionalista, mint a szocialista érzelmeknek; ebből következően aligha meglepő, hogy a nacionalizmus alkalmas lehet arra, hogy zátonyra futtassa vagy eltorzítsa a privatizációs törekvéseket.

A világban mindenütt, a katonai vagy gazdasági jelentőséggel bíró vállalatok privatizációja különösképpen érzékeny kérdéseket vet fel a szuverenitással és biztonsággal kapcsolatban. A legtöbb olajkitermelő országban például aligha valószínű, hogy egy kormány állami olajtársaságokat privatizáljon, a várható belpolitikai reakciók miatt. Még Angliában is politikai vihart kavart, amikor egy amerikai cégnek el akartak adni egy helikoptertársaságot. A Reagan-adminisztráció a szabad piac iránti elkötelezettség ellenére 1987-ben közbelépett, azt megakadályozandó, hogy egy fontos, félvezetőket hadi megrendelésekre is gyártó magáncéget eladjanak egy japán korporációnak. Másrészt viszont a Reagan-adminisztráció privatizálni akarta néhány NASA műhold fellövését, abban a reményben, hogy ezzel részben meg tudja erősíteni az amerikai űripár magánszektorát az európaival való versengésében. Ez az eset is csak alátámasztja azt az általános megállapítást, amely szerint a konfliktus a privatizáció és a nemzeti érdekek között az államnak a világrendszerben elfoglalt viszonylagos pozíciójától függ; minél gyengébb az állam, annál valószínűbb a konfliktus. Gazdaságilag erős nemzetek, amelyek tudják, hogy nem kockáztatják szuverenitásukat, amikor privatizálnak, oktatják ki a gyengéket az ál-

lami vállalatokkal járó veszélyekről és a beruházások visszafogásáról.

A nemzeti érdekekhez hasonlóan, a politikailag domináns faji és etnikai csoportok még szűklátókörűbb érdekei is megzavarhatják a privatizációs terveket. Sok országban — mint például Kelet-Afrikában a hinduk — az állami vagyon megvásárlói között aránytalan számban szerepelnek az etnikai kisebbségek. Amikor egy ország bürokrata és vállalkozói rétegének különféle etnikai összetétele van, a privatizáció úgy is értelmezhető, mint a hatalomnak és vagyonnak egyik csoportról a másikra való átruházása — és ezért politikai ellenállást vált ki. Még ha el is fogadják a privatizációt, az esetleges vásárlók mozgástere annyira lecsökken, hogy az a nyereség, amit egy hatékonyabb vezetés elér, szinte elpárolog.

Tágabb értelemben megállapítható: az „eltorzító hatásoknak e példatára azt bizonyítja, hogy a magánszektor nem csupán az elvontan értelmezett magántulajdon jellemzi. Az állami vagyon potenciális magántulajdonosai és a közszolgáltatásokra vállalkozó magántársaságok specifikus érdekeket és csoportokat képviselnek. Valószínűtlennek tűnik, hogy a privatizáció véghez vihető legyen, ha ezeket a társadalmi tényeket figyelmen kívül hagyják.

A privatizáció politikai gyakorlatának általában az a velejárója, hogy kompromisszumokat kell kötni az óhajtott hatékonysági célkitűzések rovására. A kormányok, amelyek sietve adják el az állam birtokában lévő vállalatokat, engedményeket tesznek a vállalatok addig működő vezetőségének, mivel az ügylet lebonyolításában nagy szükségük van együttműködésükre. A privatizáció ily módon alkalmat nyújt arra, hogy a menedzsment megvédje a helyét és meggazdagodjék. Szembetűnő, hogy Nagy-Britanniában, Franciaországban és más országokban, ahol állami tulajdonban lévő vállalatokat privatizálnak, ez a vezetésben jóformán semmi változással nem járt. Sőt, a kormányok általában vállalatokat és állami vagyonokat kínálnak fel eladásra politikai szövetségeseiknek. Egyes ilyen tulajdonok, mint a rádió- és tévéállomások, nemcsak gazdasági, hanem politikai vagyonok is. Hogy a politika mit nyer, az nyilvánvaló, hisz a médiát szövetségesei birtokolják. Ezek a módszerek a közszolgáltatásokkal kapcsolatos szerződéseknél már régóta érvényben vannak, sőt, a bérleti szerződéseket általában a politikai adok-veszek klasszikus esetének tekintik. Még az eladások nyilvános meghirdetése sem mentes a politikától. Amikor a kormányok alulértékelt áron kínálják a részvényeket — mint tudjuk, Angliában rendkívül gyakran alkalmazták ezt a módszert (Mayer és Meadowcroft, 1987) —, akkor emögött nemcsak az a szándék húzódik meg, hogy a privatizáció sikeresen megtörténjék, hanem lehetőséget akarnak biztosítani a szerencsés részvényeseknek arra, hogy a következő választásokon kifejezhessék hálájukat a kormánynak. Valójában, fonák módon, a közösségi választás analízise egész súlyával a privatizáció ellen fordítható: a koncentrált nyereségek és diffúz kiadások logikája együttesen azt teszi valószínűvé, hogy a privatizáció diffúz hatékonysági nyereségét fel fogják áldozni abban az igyekezetben, hogy kielégítsék a nagy tétet birtokosait, az érintett politikusokat, hivatalnokokat, szövetségeseiket és támogatóikat.

A politika által inspirált privatizáció annál is valószínűbb, mert nemcsak azoknak a közgazdászoknak a támogatását nyeri el, akik érdekek nélkül hisznek a liberalizált piacban, hanem egy privatizáló lobby

támogatását is; ez bankszakmai cégek beruházóiból, a kormánnyal szerződéses viszonyban álló vállalkozókból és más korporációkból áll, és nyeresége attól függ, hogy az állami szektor átengedi-e számára a területet. A privatizáció nemhogy kiutat jelentene az érdekcsoportok befolyása és a készletek felhasználásának átpolitizálása elől — éppen ellenkezőleg, mintha mindeme dolgok prototípusa volna.

Nem akarom azonban azt állítani, hogy a politika még a privatizáció esetén is csak a saját önző érdekeit képviseli, és mindent magához ragad és befolyásol. A privatizáció az egész világra kiterjedő politikai mozgalom, amelynek jellegét az objektív erők, egyfajta utánzási folyamat, és a pénzügyi támogatás kombinációja határozza meg. Sok országban, ahol az állami szektor határozottan megnövekedett az elmúlt évtizedben, most azzal az ellenállással kell szembenézni, amelyet a növekvő adósságok és megemelkedett adók váltanak ki. Az állami tulajdonban lévő cégek privatizálása némi anyagi fellelékezés reményét ígéri, különösen ott, ahol a kincstárnak keményen szubvencionálnia kellett azokat a vállalatokat, amelyek nem hoztak profitot. A privatizáció egyaránt segíthet abban, hogy véget vessenek a költségeknek, és abban, hogy megemelkedjék a bevétel; és az adósságok értékpa-pírrá alakításával az államok úgy javíthatják meg a gazdaság átfogó pénzügyi struktúráját, hogy közben csökkenthetik a még kevésbé elfogadható szükségintézkedések bevezetésére irányuló nyomást. A privatizáció nem az egyedüli lehetséges válasz, de mint más, intézményeket alakító-formáló mozgalmakban is — ahogy például a háború után történt, amikor az állami vállalatok gombamód szaporodtak el — a szervezeti formák utánzással jönnek létre. Az intézményi modellek pedig különféle politikai rendszereken keresztül és a nemzetközi hitelintézetek közvetlen befolyására terjednek el. A privatizáció ma egyike azoknak a politikáknak, amelyeket a fejlődő országokban a Nemzetközi Pénzügyi Alap kölcsönökkel támogat.

A privatizáció szószólói természetesen tanulási folyamatként, nem pedig utánzásként vagy kikényszerítésként értelmezik a privatizációt. Szerintük az állami vállalatok csekély teljesítményéből és általában az állami szektor túlterjeszkedéséből egyszerűen levonható a tanulság: a privatizálásnak igenis értelme van. Am a tapasztalat soha sem ilyen egyértelmű: még ott is, ahol az állami vállalatok teljesítményeiről általában véve megállapítható a rendkívül gyenge hatékonyság, nem feltétlenül a privatizáció volna a megfelelő orvosság. Sőt, néhány állami tulajdonban lévő vállalat teljesítménye — például Malaysiában és Franciaországban — egészen kiváló volt, és az egyszerűen nem felel meg a valóságnak, hogy az állami szektor növekedésével párhuzamosan esnek lefelé a gazdasági mutatók (Saunders, 1986; Kuttner, 1984). A központi tervgazdálkodás teljesítménye valóban lehangoló, de ezt a tényt nem lehet egyszerűen minden állami tulajdonban lévő szervezetre extrapolálni, különösképpen olyan országokban nem, amelyekben az állami szektor menedzselésének önállóbb formái vannak, és a struktúra decentralizáltabb.

A tulajdonjogi felfogás előrejelzései a politikailag kikényszerített csekély hatékonyságot egyedül az állami tulajdon rovására írják. Az állami szektor és az állam tulajdonában lévő vállalatok világszerte tapasztalható empirikus változatossága azonban ezzel szemben azt sugallja, hogy teljesítményük egyaránt függhet a politikai kultúrától, az állam struk-

túrájától, és a kormánynak az állami vállalatokkal szemben kialakított politikájától is. Néhány országban az állami menedzselés szakértelemmel, magas színvonalon működik, és valódi tekintélye van, míg másutt a hatalmon lévő párt csakis a saját embereit akarja minden szinten pozíciókhoz juttatni. Az állami szektor fölötti kontroll minősége a politikai-adminisztratív viszonyok struktúrájának is függvénye. Ebben a kontextusban hiba volna az államot egységes szereplőnek tekinteni. Az állami szektor gyakran állami tulajdonban lévő szervezetek széles skáláját foglalja magában, és köztük jónéhány — mint például az Egyesült Államokban az állami egyetemek — csak lazán kapcsolódik a politikai döntéseket hozó központhoz. Nagyszámú intézményi eszköz (mint az állandó tagsággal és kiemelt finanszírozással működő független kormányzó testületek) áll rendelkezésre ahhoz, hogy az állami szervezeteket elszigeteljék a politikai beavatkozásoktól. Jogi státuszuk szerint az állami szervezetek nagyfokú változatosságot mutatnak. Vannak, amelyek közvetlen politikai befolyás alatt állnak; vannak független hatóságok, amelyek az állam törvényeinek hatálya alatt működnek; vannak állami tulajdonban lévő vállalatok, amelyeket magántörvények igazgatnak; és vannak magántársaságok is, amelyekben a kormány valamilyen rész tulajdonnal rendelkezik. A jogi különbségek természetesen vagy számításba jönnek, vagy nem; az autonómiát sosem garantálják tisztán csak formális struktúrák. Végül, taktikai lépésként, a kormányok vagy megkövetelik, vagy nem követelik meg a speciális állami vállalatoktól, hogy üzletszerű alapon, kommersziális módon működjenek. A privatizációnak kevés befolyása lehet olyan szervezetek hatékonyságára, amelyek már eleve kereskedelmi alapokon működnek; a jobban „átpolitizált” szervezetek privatizációjának hatása pedig azok előzetes politikai használatától függ, amelyek közül egyik-másik kifejezetten védhető is lehet.

Politikai kultúra és korábban már meglévő adminisztratív képességek nem is ésszerűtlen alapok ahhoz, hogy választani lehessen állami vagy magántulajdon között. Ahol az állam az egyetlen olyan belföldi intézmény, amely a külföldi hitelezők tartós bizalmát élvezheti, avagy széles körű vállalkozásokra képes, és egyúttal igazgatási kompetenciát demonstrál, ott az állami vállalatok mellett nagyon is erős érvek szólnak. Másrészt, a politikai beavatkozásra való hajlam bizonyos rendszerekben krónikusan felduzzasztott apparátusokat, rossz ipartelepítést, extravagáns munkabéreket és a piaci árszinttől távol eső árakat eredményez. Mint az alkoholisták, akik képtelenek abbahagyni az ivást, hacsak nem hagynak abba mindent egyszerre, e kormányok mintha nem tudnák megállni, hogy ne züllesszék szét ezeket az állami vállalatokat, hacsak nem privatizálják mindegyiket. Egyébként sok helyen a világban az állami vállalatok túl erős hatalmat adnak a civil társadalom fölött uralkodó elit kezébe. Az argentin katonaságról például azt mondják, hogy céljai érdekében ipari vállalatok hatalmas rendszerét használja fel mint a patronálásnak és hatalom gyakorlásának az eszközeit. Ilyen esetekben a privatizáció nagyon is indokolt lehet, mert hozzájárulhat ahhoz, hogy a társadalom megszabaduljon a bürokrácia uralmától. (...)

Fordította: Bíró Zsuzsa

Jegyzetek

1. Az állami és magánszervezetek besorolásával kapcsolatos ellentmondásokat lásd Muskó és Seidman (1980) munkájában; az állami hatóságok az Egyesült Államokban tapasztalt kártérségére vonatkozó gondolatokat lásd Walshnál (1980).
2. Savas a privatizációt mint a kormány szerepének csökkentésére szánt intézkedést definiálja, vagy mint olyan folyamatot, amely megnöveli a magánszektor cselekvési körét, illetőleg növekvő tulajdonosi szerepet ruház rá (Savas, 1987). Ebben a tág meghatározásban én semmi rosszat nem látok, ha tekintettel vagyunk arra, hogy egyes akciók, miközben csökkentik a kormány valamilyen szerepét, más szerepeit ugyanakkor felerősítik. Például az állam tulajdonában lévő közművek eladása a közművésítés regulációjának új rendszerét eredményezheti (ahogy ez Angliában történt). Az oktatásban vagy a lakásfinanszírozásban bevezetett utalványrendszer a magániskolák erőteljesebb szabályozásához vezethet. Más szavakkal, a privatizációs politika az állami beavatkozás olyan új dimenzióit idézi elő, amelyeket nem lehetett előre betervezni.
3. William Glade (1986) a „szimulált privatizáció” kifejezést használja, amikor egy állami vállalatnak kereskedelmi alapokra való helyezéséről beszél.

Irodalom

- Ahlbrandt, Roger S. Jr.: Efficiency in the Provision of Fire Services. *Public Choice*, 1973. 1–15.
- Alchian, Armen: Some Economies of Property Rights. II Politicoo, 1965. 816–829.
- de Alessi, Louis: Property Rights and Privatization. In: Hanke, 1987.
- Baumol, William J.—Panzar, John C.—Willig, Robert D.: Contestable Markets and the Theory of Industry Structure. San Diego, Harcourt Brace, 1982.
- Bendick, Marc Jr.: Privatization of Public Services: Recent Experience. In: Harvey Brooks et al. 1982.
- Bennet, John T.—Johnson, Manuel H.: Public versus Private Provision of Collective Goods and Services: Garbage Collectin Revisited. *Public Choice*, 1979. 55–64.
- Berger, Peter—Neuhaus, Richard J.: To Empower People: The Role of Mediating Structures in Public Policy. Washington, American Enterprise Institute, 1977.
- Borcherding, Thomas (ed.): Budgets and Bureaucrats: The Source of Government Growths. Durham, Duke University Press, 1977.
- Brittan, Samuel: The Politics and Economics of Privatisation. *Political Quarterly*, 1985. 109–127.
- Brodkin, Evelyn—Young, Dennis: The Political Economy of Privatization. In: Kameron, Sheila B.—Kahn, Alfred J.: Privatization and The Welfare State. Princeton Univ. Press 1989.
- Butler, Stuart M.: Privatizing Federal Spending: A Strategy to Eliminate the Deficit. New York, Universe, 1985.
- Davies, David G.: The Efficiency of Public Versus Private Firms: The Case of Australia's Two Airlines. *Journal of Law and Economics*, 1971. 149–165.
- Demsetz, Harold: Toward a Theory of Property Rights. *American Economic Review*, 1967. 347–359.
- Donnison, David: The Progressive Potential of Privatisation. In: Le Grand, Julian—Robinson, Ray (eds.): Privatisation and the Welfare State. London, Allen and Unersin 1984.
- Douglas, James: Why Charity? Beverly Hills, Sage, 1983.
- Ellefson, Paul—Palm, Sally—Lothner, David: From Public Land to Nonindustrial Private Forest: A Minnesota Case Study. *Journal of Forestry*, April 1982.
- Ferrara, Peter J.: Social Security and the Super IRA: A Populist Proposal. In: Ferrara, J. P.: Social Security: Prospects for Real Reform. Washington, Cato, 1985.
- Fontana, André: Armed Forces and Neo-conservative Ideology: State-shrinking in Argentina. In: Glade, 1986.
- Furubotn, Eirik G.—Pejovich, Svetozar: Property Rights and Economic Theory: A Survey of Recent Literature. *Journal of Economic Literature*, 1972. 1137–1162.
- Furubotn, Eirik G.—Pejovich, Svetozar: The Economics of Property Rights. Cambridge, Ballinger, 1974.
- Galbraith, John K.: The Affluent Society. Boston, Houghton Mifflin, 1958.
- Glade, William P. (ed.): State Shrinking: A Comparative Inquiry into Privatization. Austin, Insitute for Latin American Studies, 1986.
- Goodman, John C.: Private Alternatives to Social Security: The Experience of Other Countries. In: Ferrara, 1985.
- Hanke, Steve H. (ed.): Prospects for Privatization. New York, Academy for Political Science, 1987.
- Hardin, Garrett: The Tragedy of the Commons. *Science*, 1968. 1245–1248.
- Hirschman, Albert O.: Exit, Voice and Loyalty. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1970.
- Horwitz, Morton J.: The History of the Public/Private Distinction. *University of Pennsylvania Law Review*, 1982. 1423–1428.
- Huntington, Samuel P.—Crozier, Michel—Watanuki, Joji: The Crisis of Democracy, New York Univ. Press, 1975.
- Kay, John—Mayer, Colin—Thompson, David (eds.): Privatisation and Regulation: The UK Experience. Oxford, Clarendon Press, 1987.
- Kelman, Steven: Why Public Ideas Matter. In: Reich, 1987.
- Krutilla, John V. et al.: Public Versus Private Ownership: The Federal Lands Case. *Journal of Policy Analysis and Management*, 1983. 548–558.
- Kuttner, Robert: Economic Illusion: False Choices Between Prosperity and Social Justice. Boston, Houghton Mifflin, 1984.
- Mayer, Colin—Meadowcroft, Shirley: Selling Public Assets: Techniques and Financial Implications. In: Kay—Thompson, 1987.
- Musgrave, Richard A.: Leviathan Cometh—Or Does He? In: Ladd, Helen F.—Tideman, Nicolaus T. (eds.): Tax and Expenditure Limitations. Washington, Urban Institute Press, 1981.

- Musolf, Lloyd D.—Seidman, Harold: The Blurred Boundaries of Public Administration. *Public Administration Review*, 1980. 124—130.
- Niskanen, William: Bureaucracy and Representative Government. Chicago, Aldine-Atherton, 1971.
- O'Higgins, Michael: Public-private Interaction and Pensions Provision. In: Rainwater, Lee—Rein, Martin (eds.): The Public-private Interplay in Social Protection. Armonk, M. E. Sharpe, 1986.
- Orren, Gary: Beyond Self-interest. In: Reich, 1987.
- Reich, Robert (ed.): The Power of Public Ideas. Camoridge, Ballinger, 1987.
- Runge, Carlisle F.: The Fallacy of „Privatization“. *Journal of Contemporary Studies*. Winter, 1984.
- Salamon, Lester M.: Patners in Public Service: Toward a Theory of Government-Nonprofit Relations. In: Powell, W. W. (ed.): The Nonprofit Sector: A Research Handbook. New Haven, Yale University Press, 1986.
- Saunders, Peter: Public Expenditure and Economic Performance in OECD Countries. *Journal of Public Policy*, 1986/5.
- Savas, E. S.: Privatization: The Key to Better Government. Chatham, Chatham House, 1987.
- Smith, Robert: Resolving the Tragedy of the Commons by Creating Private Property Rights in Wildlife. *Cato Journal*, 1981. 507—517.
- Smith, Robert. J.: Privatizing the Environment. *Policy Review*, 1982. 11—50.
- Starr, Paul: The Limits of Privatization. In: Hanke, 1987.
- Starr, Paul: Television and the Public Household. In: Rice, M. (ed.): Television in America's Future (sajtó alatt)
- Walsh, Annmarie H.: The Public's Business: The Politics and Practices of Government Corporations. MIT Press, 1980.
- Wolf, Charles Jr.: A Theory of Non-Market Failures. *The Public Interest*. 1979. 114—133.
- Yarrow, George: Privatization in Theory and Practice. *Economic Policy*. 1986. 324—377.
- Young, Michael—Willmott, Peter: The Symmetrical Family. New York, Pantheon, 1973.

A vegyes finanszírozás típusai*

Ennek a könyvnek tudatosan lett az a címe, hogy „A jólét finanszírozása”, nem pedig az, hogy „A jóléti állam finanszírozása”. Az utóbbi cím ugyanis megkerülte volna az alapvető kérdéseket. Szükségszerű-e, hogy a jólétről az államnak kell gondoskodnia? Elsősorban az állam gondoskodik-e róla? Szükségszerű-e, hogy ha valamit az állam finanszíroz, akkor neki is kell arról gondoskodnia? Szükségszerűen központi kormányzati intézményt jelent-e az állam? Valamennyi itt felvetett kérdésre a válasz: nem. Ennélfogva az első fejezetben a jólét finanszírozása lehetséges módozatainak széles skáláját fogom felvázolni.

Mit is értünk jólét alatt? Amerikában az utca embere számára ez a fogalom mindenekelőtt a csavargóknak adott pénzadományt jelenti. A közgazdász számára ez a fogalom a boldogság, a hasznosság, vagy az emberek által általában kívánt dolgok gyűjtőfogalma. A szó eredete a tizenhetedik századra nyúlik vissza (ha nem régebbre), és azt jelenti, hogy „jól lenni”, vagyis jó egészségben és megelégedettségben élni. Ez pedig már a szó modern értelmére utal. A legtöbb országban a jóléti szolgáltatások kinyilvánított célja az, hogy a polgárok számára biztosítsák az alapvető (minimális) életszínvonalat. Ez általában legalább minimális jövedelemhez, ételhez, hajlékhoz, egészségügyi ellátáshoz és oktatáshoz való hozzáférést, illetve betegség és rokkantság esetén nyújtott támogatást jelent. A mögöttes motívumokra, vagy a cél elérésének mikéntjére vonatkozó kérdés nyitva marad.

A második világháború utáni harminc év talán legfontosabb előrelépése a közel teljes foglalkoztatás volt. A munkaerőpiac a népesség többsége számára munkaképes koruk idejének döntő részében biztosított jólétet. Ennélfogva a munka a jólét része, nem pedig annak tagadása (Sinfield, 1983). A vállalat képes biztosítani alkalmazottai jólétét, amikor azok időlegesen megbetegszenek, kárpótolja őket, ha munkahelyi balesetet szenvednek, és biztosítja számukra, hogy nyugdíjazásuk után is jól legyenek. Itt Angliában sok cég nyújtotta ezt hosszú ideig dolgozói nem kis hányada számára, és most is vannak nyugellátási és rövid időre szóló táppénzfizetési kötelezettségeik. Japánban a legnagyobb cégeknél a foglalkozási jólétnek ez a formája még kiterjedtebb. Európában inkább az iparági szintű nyugdíjprogramok az általánosak. Az egyének ezen túl természetesen vásárolhatnak biztosítást az esetleg fellépő vészhelyzetek ellen, hogy megkíséreljék saját jólétüket és családjukét biztosítani. Balszerencse esetén barátok, család, szomszédok, jótékonsági szervezetek is mind segíthetnek, de a legtöbb országban itt belép az állam, hogy a minimális jövedelmet, illetve az alapvető szolgáltatásokhoz való hozzáférést garantálja. Rövidre fogva: az emberek jólétének fenntartása sok intézmény és egyén

* Ez a rövid részlet Howard Glennerster: *Paying for Welfare* c. írásából való

kezeben van, *beleértve* a helyi, a regionális, a központi és kormányzati szerveket is.

A minimális színvonal elérésének szintén sokféle módja van. A jótékonyági intézmény vagy kormányzati szerv adhat például készpénzt a függő helyzetben lévő személyeknek vagy szegény családoknak, rájuk bízva, hogy megvásárolják, amire szükségük van. Van azonban olyan eset is, amikor segítségük abban áll, hogy ingyen biztosítják a család számára fontos javakat és szolgáltatásokat. A mozgáskorlátozottak kaphatnak pénzt a közlekedési költségekre, vagy kaphatnak egy kis autót, hogy kimozdulhassanak. Az emberek jólétének biztosítása ennél fogva lehet pénzbeni vagy természetbeni.

A társadalmi szolgáltatások finanszírozásával kapcsolatos vitákon végighúzódik egy másik, kulcsfontosságú különbségtétel is: a *finanszírozás* és az *ellátás* (működtetés) megkülönböztetése. A laikusok tipikusan el szokták követni azt a hibát, hogy feltételezik: ha egy szolgáltatást (például az oktatást vagy házigondozást) közintézmény biztosít, akkor azt a közös alapokból, azaz adózáson keresztül kell finanszírozni is, és fordítva, ha egy adott szolgáltatást magánintézmény nyújt, akkor magánúton, díjbeszedések révén. Ezek az opciók valójában csak két esetet jelentenek a lehetséges alternatívák széles skáláján belül. Felszámolhat például díjat az igénybe vételért egy, a helyi önkormányzat által működtetett öregek otthona. Ezeknek a díjaknak egy részét maguk az egyének fizetik, más részét pedig azokból a nyugdíjakból fedezik (levonással), amelyeket a központi kormányzat nyújt az idős emberek számára. A pénzügyi alapok tehát vegyes (köz- és magán-) forrásokból származnak. A kormányzat vagy a vállalatok kibocsáthatnak „kvázi-pénzt”: ebédjegy-hozzájárulást, jóléti csekkeket, amelyek képessé tehetik az embereket arra, hogy bizonyos szolgáltatásokat a magánpiacon vásároljanak meg. Így az adott szolgáltatást az egyik intézmény nyújtja, és a másik finanszírozza.

A „privatizációról” folytatott legtöbb vita reménytelenül összekuszálódik ebben a kérdésben. Az 1. ábra a legegyszerűbb formában vázolja a logikailag lehetséges eseteket. Az első kérdés: ki nyújtja az adott szolgáltatást? Ebben az ábra fejrovatai igazítanak el.

Van olyan eset, amikor egy szolgáltatást *közintézmény* nyújt (vagy állít elő). Ez azt jelenti, hogy az adott szolgáltatást állami alkalmazottak, állami tulajdonban lévő terepen, valamilyen választott testület felügyelete alatt nyújtják. A választott testület épp úgy lehet a központi kormányzat, mint annak helyi képviselője (például a kerületi egészségügyi hatóság), esetleg egy helyileg választott tanács. Ez a szolgáltatás tehát az ábra baloldali oszlopába illeszthető be.

Előfordulhat az is, hogy egy adott szolgáltatást *magánúton* nyújtják, azaz nem közintézmény által. Az ilyen intézmény lehet profitorientált cég, non-profit szervezet, önszervező csoport, vagy éppen magánszemély is. A különböző, vállalkozásként működő kórházak, nyelviskolák és idősok napközi otthonai tartoznak az első csoportba. Családsegítő egységek, egyházi iskolák képezik — egyebek közt — a második csoportot. Játzó csoportok, betegek klubjai, női menedékhelyek tartoznak a harmadikba, az idős rokonoknak vagy szomszédoknak nyújtott segítség pedig a negyedikbe. Az itt felsoroltak mind a jobboldali oszlopba tartoznak.

Ezt követően rá kell térnünk a „Ki finanszírozza a szolgáltatást?”

		Ellátás	
		Köz	Magán
Finanszírozás	Köz	közösségi ellátás közösségi alapokból finanszírozva	magán ellátás, teljesen közösségi finanszírozás
	Magán	közösségi ellátás, részben közösségi, részben magán- finanszírozás	magán ellátás részben magán-, részben közösségi finanszírozás
			magán ellátás teljesen magán finanszírozás

1. A finanszírozás és ellátás megkülönböztetése

kérdésére. Táblázatunk oldalrovatai eszerint tesznek különbséget. A jóléti intézményeket finanszírozhatják közösségi alapokból, magán-pénzekből, illetve ezek valamilyen keverékéből. Így például a táblázat bal felső sarkába kerülnek a központi vagy a helyi adókból fizetett, a tanulók számára ingyenes önkormányzati iskolák. A helyi iskolák számára nincs engedélyezve, hogy díjakat számítsanak fel. Még itt sem tiszta esettel állunk azonban szemben, mert a legtöbb állami iskola jut valamennyi saját bevételhez, vagy a szülőktől, vagy használt cikkek eladásából, vagy éppen terméi bérbe adásából. Az Állami Egészségügyi Szolgálat kórházai is a bal felső sarokba tartoznak, bár vannak köztük olyanok, amelyeknek vannak magánforrásaik, és a legtöbbjük kap önkéntes segítséget is. De mi sorolódik a bal alsó — teljesen magánalapokból finanszírozott közületi ellátás — cellába? Ebbe a kategóriába tartoznak például a „fizető” ágyak az Állami Egészségügyi Szolgálat kórházaiban. Az orvosi személyzetet és a technikai hátteret legalábbis elméletileg kifizettetik az igénybevevővel. A helyi középszintű iskolák olcsó továbbképzési tanfolyamokat indítanak fiatal munkások számára, és a hallgatót küldő cégtől vagy a Szakképzési Tanácstól behajtják a felszámított költségeket.

A jobb felső cella a teljesen közösségileg finanszírozott, de magán-intézmények által nyújtott ellátásra ad példákat. A helyi önkormányzatok szociális osztályai magán- vagy önkéntes testületeknek fizetnek azért, hogy gyermekeket vagy időseket gondozzanak. A nevelőszülői ellátás jelentős részét a közösségi alapokból fizetett családok látják el. A helyi oktatási hatóság vagy a központi kormányzat különböző okokból kifizeti olykor a magániskolákba járó gyerekek oktatási költségeit. A teljesen magánalapon finanszírozott és magánúton nyújtott ellátások tiszta esetére nehezebb példát találni, mint azt gondolnánk. Még a kisebb magániskolák is kapnak (pl. adókedvezmény formájában) közvetett állami segítséget. A magán gondozóintézeteknek is vannak társadalombiztosítási juttatásból finanszírozott ügyfeleik.

Az 1. ábra középső celláiban találjuk az egyetemeket: ezek magán

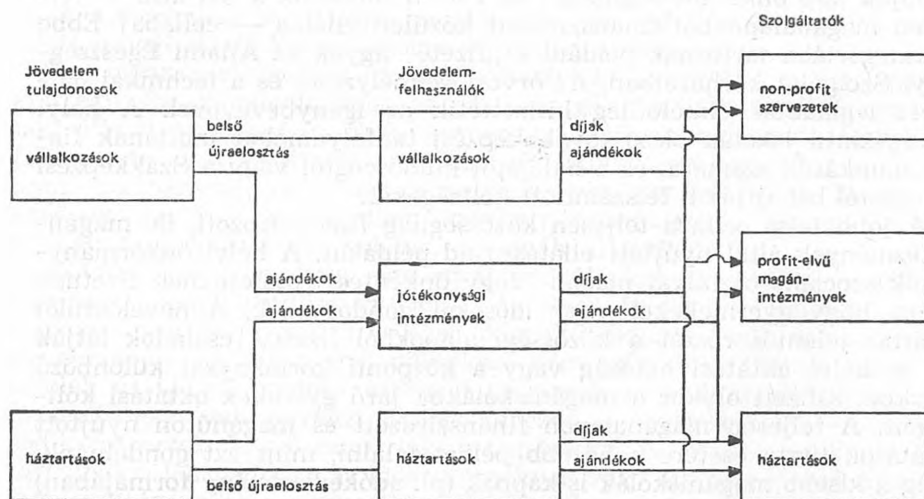
testületek, melyeket nagyrészt központi alapokból finanszíroznak, de magán tandíjfizetéssel és kutatásfinanszírozással vegyítve. Az önkéntes — vagy nem kormányzati — szervezetek a szolgáltatások széles skáláját (eseti munka, tanácsadás, idősek vagy fogyatékosok gondozása) nyújtják úgy, hogy közben erősen függenek a közösségi alapoktól.

A gyakorlatban tehát a legtöbb oktatási és egészségügyi szolgáltatás nyújtása valamilyen köztisztület kezében van, a finanszírozás vegyes forrásaival. A gondozóhálózat jelentős részét teszik ki a közösségi alapokra támaszkodó magánintézmények. Sőt, a társadalmi közkiadások legnagyobb részét azok az egyéneknek nyújtott készpénz-kifizetések teszik ki, amelyeket aztán magánúton előállított javakra és szolgáltatásokra költenek. Már most is a jóléti szolgáltatások vegyes gazdaságával állunk szemben.

Megállapíthatjuk tehát, hogy a „privatizálás” (e meglehetősen csúnya szó) logikailag nem jelent egyebet, mint hogy az ábra bal felső sarkába tartozó szolgáltatást vagy (a magánfinanszírozás bizonyos elemeinek bevezetésével) lefelé, vagy (a magánellátás bizonyos elemeinek bevezetésével) jobbra mozdítjuk el. Ez utóbbira példa az, ha az Állami Egészségügyi Szolgálat külsőktől vásárol mosodai szolgáltatásokat. Lehetséges továbbá az is, hogy egy adott szolgáltatást „átlósan jobbra lefelé” mozdítunk el, például úgy, hogy egyáltalán nem támogatott magánintézményre bizzuk. Az egyes esetek mellett és ellen felhozható érvek, mint azt látni fogjuk, meglehetősen sokfélék. (A témának egy, ezen a vonalon futó tárgyalását lásd Klein, 1984).

Pénzügyi folyamatok

A lehető legegyszerűbb gazdaságban, a tiszta piacgazdaságban (az 1. ábra jobb alsó cellája) a jövedelmeket a háztartások vagy dolgozók,



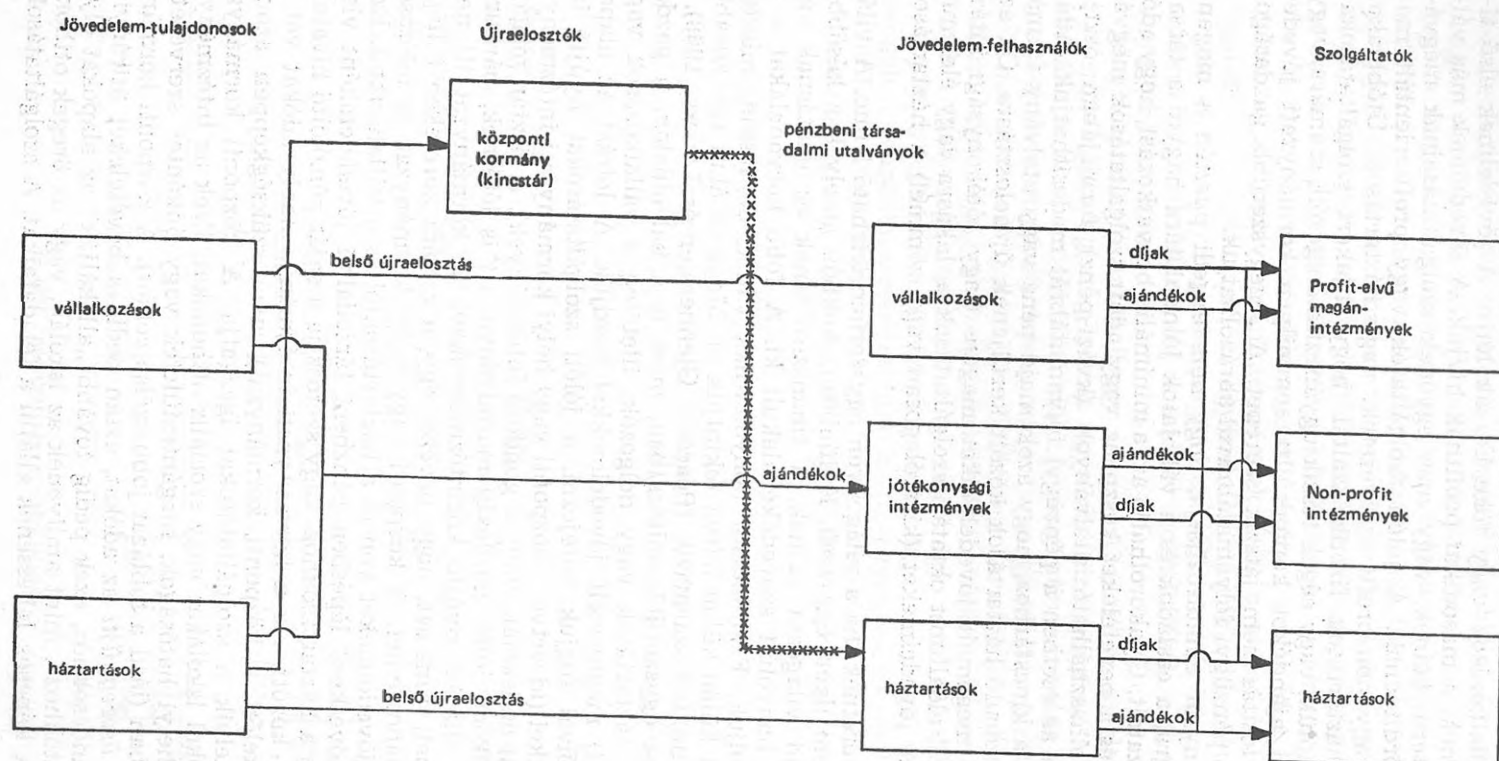
2. Jóléti finanszírozás egy egyszerű gazdaságban

illetve a vállalkozások vagy tőke hozzák létre. A jövedelmek első típusát béreknek, a másodikat profitnak hívjuk. A jövedelmek más vállalkozások termékeinek, vagy más egyének szolgáltatásainak megvásárlására fordítódnak. A jóléti szolgáltatók vagy profitorientált magáncégek, vagy non-profit szervezetek, vagy háztartások. Utóbbiakat vagy más háztartások fizetik azáltal, hogy díjakért szolgáltatásokat vásárolnak tőlük, vagy cégek teszik ugyanezt a dolgozók számára, vagy jótékonyági ajándékot kapnak. Itt semmilyen kormányzati jövedelemátcsoportosítás nem játszik szerepet. A legegyszerűbb gazdaságot a következő pénzügyi folyamatábrával ábrázolhatjuk.

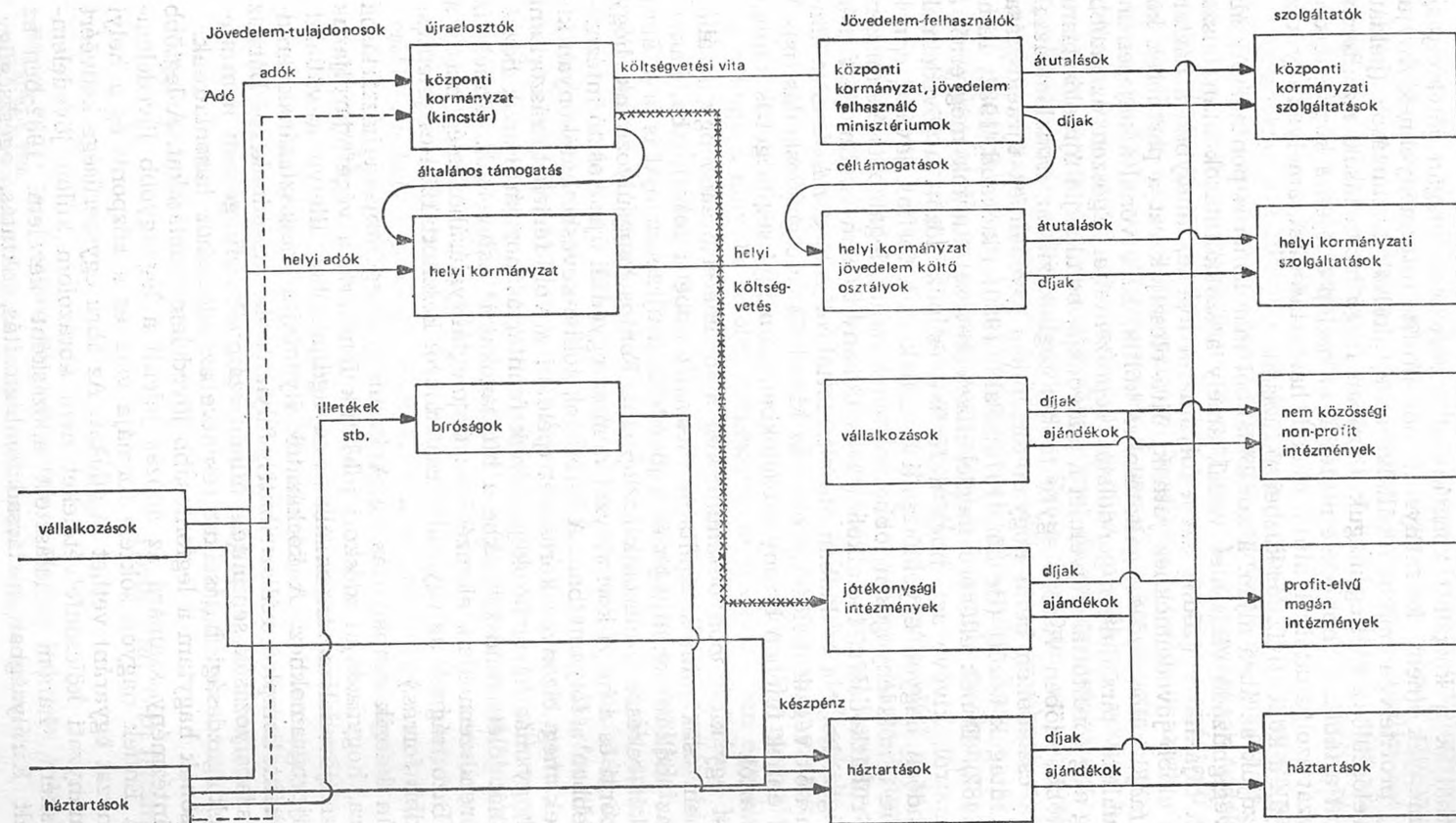
A kormányzat elhatározhatja, hogy nem engedi pusztán a magánjótékonyásra, a családok és a vállalatok jóindulatára hagyni a társadalom áldozatait. Gyakorolhatja azt a minimális beavatkozást, hogy adókat vet ki, és a bevételeket készpénz vagy adott szolgáltatások megvásárlására felhasználható utalványok (kvázi-pénz) formájában osztja szét. Ebben az esetben a pénzügyi folyamatábrát módosíthatjuk. Adók folynak be a kincstárhoz, hogy azok majd pénz vagy utalvány formájában a részoruló háztartások között kerüljenek újraelosztásra. Ők aztán az így megemelt jövedelmüket magán- vagy jótékonyági intézmények által előállított oktatási szolgáltatásokra, lakásra vagy élelemre költöthetik. A jövedelmeket (kizárólagosan vagy zömmel) a háztartások élék fel.

Sokan szeretnék, ha a világ ilyen egyszerűen leírható lenne. A világ azonban nem ilyen egyszerű. Különböző okokból, amelyek a későbbiekben majd világossá válnak, a finanszírozásnak és ellátásnak egy végtelenül bonyolult szövedéke alakult ki. A főbb körvonalakat a 4. ábrán vázoljuk. Első látásra bonyolultnak tűnik, de lassan, minden egyes részt külön-külön leírva tekintjük át. Maga az ábra egy korábbi tanulmányunkból származik (Peacock, Glennerster és Lavers, 1968).

Ahogy az egyszerűbb változatban, most is a bal oldalon, a gazdaságban (a háztartások vagy dolgozók, illetőleg a vállalkozások vagy cégek által) megtermelt jövedelmekkel kezdjük. A leírást az alapok felhasználóival fogjuk befejezni, a jóléti szolgáltatásokat nyújtó intézményekkel (ideértve a központi vagy helyi kormányzati intézményeket is, mint az iskolák, vagy a gondozó intézmények). A tisztán magánalapon működő jóléti gazdaság maradványai itt is léteznek, párhuzamosan az ellátást nyújtó közintézményekkel. A kormányzat itt nem tesz egyebet, mint azt, hogy bevezet egy, a családi kereteken túllépő, közbülső láncszemet. A központi vagy helyi kormányzat az adózáson keresztül jövedelmeket von el a háztartásoktól és a vállalatoktól. Ezeket egy következő lépésben pénzbeni társadalmi jövedelemként visszajuttatja a háztartásokhoz, vagy szétosztja a saját pénzköltő hivatalai (osztályai) között. Az a kormányzati intézmény, amely adókat vet ki (mindenekelőtt a központi kormányzat), nem szükségképpen azonos azzal, amelyik a szolgáltatásokat igazgatja. A központi kormányzat nem birtokol iskolákat vagy szociális otthonokat. Ezek az intézmények lehetnek helyi hatóságok, magántestületek vagy önkéntes szervezetek tulajdonában (lásd a táblázat jobb szélső celláit). A központi kormányzat tehát *összegyűjti* az adókat, aztán pedig a bevételeket átirányítja a helyi tanácsokhoz, ezek pedig tovább „allokálják” az alapokat olyan „szolgáltatókhoz”, mint amilyenek az iskolák, vagy az öregek otthonai, hogy azok képesek lehessenek ellátni a feladataikat. A szolgáltatásokat



3. Jóléti finanszírozás pénzbeni újraelosztással



4. Jóléti finanszírozás, vegyes módszerek

nyújthatják a központi kormányzat szervezetei, magán jótékonyági intézmények (nem kormányzati non-profit intézményeknek hívjuk őket), profitelven működő vállalkozások, „külső” háztartások (például a nevelőszülők), esetleg maguk a szóban forgó háztartások. Az alternatívákat a táblázat jobb szélé mutatja, az oszlop tetején a központi kormányzat szolgáltatóival, alul a családi háztartásokkal, amelyek így közrefogják a kollektivizálás közbenső fázisait.

Kezdjük az ábra alján, a korábbiakból már ismerős pontnál. Az ábrán végighúzódnó vízszintes vonal, amely a szolgáltatások után felszámított díjaknál végződik, azt a folyamatot írja le, amelyben a háztartások előbb jövedelmekhez jutnak, újra elosztják ezt a partnerek között, majd különböző szolgáltatásokra költik. Ez a vonal a teljesen individualista társadalom gondolatát reprezentálja. Egészen az utóbbi időkig alig fordítottak figyelmet a családokon belül zajló újraelosztásra. Az utóbbi időben viszont egyre többen foglalkozik az irodalom azzal, hogy a családokon belül hogyan történik a jövedelmek újraelosztása, a családtagok között (Becker, 1976; Pahl, 1980; Piachaud, 1982; Rimmer, 1982). Ennek ellenére meglehetősen keveset tudunk még erről a folyamatról, kivéve azt, hogy a férfiak és nők között a jövedelmek eredendően nagyon egyenlőtlenül oszlanak el a férfiak javára, ennek ellenére a nők lényegesen többet költenek náluk, legalábbis élelmiszerre és ruházkodásra, ha alkoholra és dohányra nem is. Emellett még az is igaz, hogy a családban élő eltartottakról való *gondoskodást* döntően a nők végzik (beleértve ebbe az idősekről való gondoskodást is). A család ennek fejében bizonyos esetekben pénzügyi segítséget is kaphat az államtól.

Most egy kicsit bonyolítanunk kell a történetet azzal, hogy az államot nem csak mint szolgáltatót illesztjük ebbe a folyamatba, hanem mint az adók összegyűjtőjét és a jövedelmek újraelosztóját is (a 4. ábra felső két rekesze a második oszlopban). Fontos hangsúlyoznunk, hogy a központi és a helyi kormányzat nem az egyedüli újraelosztó intézmények ebben a folyamatban. A bíróságok többé-kevésbé hatékonyan kísérelnek meg bizonyos keresőket (például a volt férjeket) rászorítani arra, hogy más háztartások jólétének fenntartásához járuljanak hozzá. Így tehát jóléti rendszerünkbe a bíróságokat is belevettük. (Ennek az elosztórendszernek az elemzéséhez és megtárgyalásához még ma is a *Finer Bizottságnak* az egyszülős családokról készített 1974-es jelentése a legjobb forrás.)

Aztán létezik szabályozás is. A kormány megszabja a háztartások számára, hogy a saját időskori jólétük fenntartása végett járuljanak hozzá a jövedelemarányos állami nyugdíjaphoz illetve a vállalati nyugdíjprogramokhoz. A kockázatok ilyenfajta megosztásának eredményeként komplex redistributív folyamatok játszódnak le. Bár az efféle szabályozások semmiféle állami számlaösszefüggésben nem szerepelnek, gazdasági hatásaikat tekintve az adózáshoz hasonlatosak.

Utolsónak hagytam a legfontosabb jövedelemáramlásokat. A legtöbb jóléti intézmény számára az adózás jelenti a legnagyobb jövedelemforrást. Ennek nagyon sokféle formája van, és a központi és a helyi kormányzat egyaránt vethet ki adókat. Az ábra egyszerűsége kedvéért a kormányzati kölcsönfelvételeket nem ábrázolom külön jövedelemáramlásként, hanem elhalasztott adózásként kezelem. 1982-ben az Egyesült Királyságban a társadalombiztosítás, oktatás, egészségügy,

lakásügy és a szociális szolgálatok költségeit fedezni hivatott kormányzati kölcsönfelvétel és adóztatás az összes jövedelmek egyharmadát tette ki. Ezt az ábrában a vastag fekete vonal reprezentálja. Ezt a központi kincstárba és a helyi tanácsokhoz befolyó jövedelmet aztán egy tárgyalási folyamat során újra elosztják az egyes pénzalköltő részlegek és szolgáltatások között.

Az adók és a kiadások elosztása meglehetősen nyitott és számontartható. A forrásoknak azonban van egy harmadik csatornája is, amely azonban már meglehetősen homályos. A közgazdászok *adókiadás*-nak hívják. Amikor a kormány két, azonos jövedelmű háztartás közül az egyiknek az adókötelezettségét lecsökkenti (például azért, mert az házat vásárolt, vagy gyermekeket nevel), akkor ennek éppen olyan hatása van, mint ha mindkettőt azonos mértékben adóztatta volna meg, és pénzbeni társadalmi jövedelmet (lakástámogatást vagy családi pótlékot) adott volna az egyiknek. Ezt a fogalmat az amerikai közgazdászok azért találták ki, hogy az adókedvezményeknek a közvetlen kiadásokhoz való hasonlóságát jelezzék vele. Ezek az összegek, amelyeket az ábrán a szaggatott vonalak jeleznek, valóban meg is jelennek sok ország hivatalos költségvetésében.

A 4. ábrán a következő fontosabb jövedelemáramlást a különböző kormányzati szintek között követhetjük nyomon. Nagy-Britanniában az összes adóknak körülbelül 90 százalékát a központi kormányzat veti ki, de a *helyi* kormányzatok költik el az összes közkiadások körülbelül egynegyedét. Ezt a központi kormány és a helyi kormányzatok közötti nagyfokú erőforrás-átcsoportosítás teszi lehetővé. Ez megvalósítható úgy, hogy a helyi bevételek kiegészítéseként egyszerűen egy általános, bármilyen célra elkölthető támogatást adnak. Ezt az ábrán a központi kormánytól (Kincstár) a helyi kormányzathoz (költségvetési bizottság, Policy and Resources Committee) vezető kanyargós vonal jelzi. A másik alternatíva az, hogy a pénzt speciális hatóságoknak adják, speciális célokra. A másik hasonló vonal egy efféle, mondjuk az oktatási ügyekkel foglalkozó minisztériumtól speciális oktatási támogatás formájában a helyi kormányzat *oktatási* osztályára befutó támogatást mutat.

Ha már egyszer a helyi hatóságok megkapták a pénzüket, nyújthatnak maguk szolgáltatásokat, például kerületi gyermekotthonok formájában. Ez például egy olyan „transzfer”, ami a helyi kormányzat szolgáltatásai nevű dobozhoz (esetünkben ez a gyermekotthon) fut be. Más esetben a helyi hatóság esetleg fizet a magán- vagy non-profit otthonoknak a gyermekek után. Ezt mutatják a helyi hatóságokat a magán-szolgáltatókkal összekötő, díjakat jelző vonalak az ábrán.

Ennek a jövedelemáramlási megközelítésnek a kimunkálásával az volt a célunk, hogy a következő fejezetekhez értelmezési kerettel szolgáljunk, de az elmondottak rávilágítanak a jólét finanszírozásával kapcsolatos elméleti lehetőségek széles skálájára is. Az adózásból finanszírozott állami intézmények által nyújtott szolgáltatások csak egy lehetőséget jelentenek a sok közül.

Fordította: Tóth István György

Irodalom

- Becker, G. S.: The Economic Approach to Human Behavior University of Chicago Press, Chicago, 1976.
Klein, R.: Privatisation and the Welfare State Lloyds Bank Review Jan. 1984.

- Pahl, J.: Patterns of money management within marriage *Journal of Social Policy*, Vol. 9, part 3, 1980.
- Peacock, A. T., Glennerster, H., Lavers, R.: *Educational Finance: its Sources and Uses in the UK* Oliver and Boyd, London and Edinburgh, 1968.
- Piachaud, D.: Patterns of income and expenditure within families *Journal of Social Policy*, vol. 11, Part 4, 1982.
- Rimmer L.: *The Intra-Family Distribution of Income Study* Comission in the Family, London, 1982.
- Sinfield, A.: The necessity for full employment in: *The Future of the Welfare State* H. Glennerster (ed), Heinemann, London, 1983.

A. J. Culyer

Egészségügyi szolgáltatások a vegyes gazdaságban*

Noha az eddig felhozott és az ország nyilvánossága elé terjesztett gyakorlati javaslatok közül igazán komolyan egy sem kérdőjelezte meg az Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS) további létezését, és nem is valószínű, hogy érkezék ilyen javaslat, azért növekszik a szkepszis abban a tekintetben, hogy az NHS megfelelő mód-e a nemzet egészségügyének megszervezésére. Különösen bizonyítják ezt azok a kormányzati előrejelzések, amelyek a következő évtizedre a magánpraxis arányának növekedését jósolják az állami egészségügy rovására. Úgy tűnik, hogy az egészségügyi szolgáltatások állami vagy piaci megszerzéséről folyó, egy időben elcsendesült vita ismét ujjászületőben van. Itt az ideje tehát, hogy a vita korábbi szakaszaiban felhozott érvek egy részét újra áttekintsük, és feltegyük a kérdést: jogos-e az a feltételezés, hogy a köz- és a magánellátás közötti egyensúly a mai szükségletekkel már nem tart lépést. (...)

A politikai gazdaságtan kérdései

Az egészségügyi szolgáltatások politikai gazdaságtanának kérdéseit az egyszerűség kedvéért érdemes két, egyfelől a keresletet, másfelől pedig a kínálatot érintő csoportba sorolni. Ebben a sorrendben fogom tárgyalni őket. Ahogy az egészségügyi szolgáltatások politikai filozófiája az egyenlőséggel, a személyes felelősséggel és a szabadsággal kapcsolatos kérdéseket feszeget, az egészségügy politikai gazdaságtanának központi kérdései a hatékonyságra vonatkoznak. A következőkben egy, a szakirodalomban jól bevált séma szerint haladok. Sorra veszek néhány problémakört, amely a piac elégtelen működésére látszik utalni, és egyesével megvizsgálom, milyen alapja van az adott érvelésnek. Végezetül meg fogom vizsgálni, hogy a keresleti és a kínálati oldalra vonatkozó érvek együttesen elégségesek-e ahhoz, hogy az egészségügyi szolgáltatások piaca mellett vagy ellen érveljünk.

KERESLETI OLDAL

Az egyének az egészség dolgában irracionálisak

Noha ezt az érvelést az irodalomban gyakran felhozzák a piac ellen, én túl sok figyelmet nem fogok szentelni neki. Erre az ad okot, hogy

* A J. Culyer: *Health Services in the Mixed Economy*, 1980.

függetlenül az érvelés igazságtartalmától, a szóban forgó érv önmagában nem dönti el, hogy az egészségügy szervezésének piaci vagy állami módja lenne a hatékonyabb. (A kérdés megítélésekor egyébként külön is meg kellene vizsgálnunk, hogy mit tekintünk „racionálisnak”, és mit „irracionalisnak”). Ha az egyének *irracionalisak*, akkor aligha érdemes *bármilyen*, a preferenciákat kielégítő és hatékonyan működő rendszert keresnünk. Ha *racionálisak*, akkor használhatjuk a hatékonyság nyelvezetét, de nincs információnk az egyik vagy a másik rendszernek arról a képességéről, hogy kielégítse az efféle racionális igényeket. Röviden: az orvosi ellátás fogyasztóinak racionalitása vagy irracionalitása teljességgel irreleváns, ha az orvoslás piaci vagy állami módjának hatékonyságát szeretnénk összehasonlítani.

Az egyének nem tudják, hogy milyen (és milyen lesz!) az egészségi állapotuk

Mivel ismereteim szerint nem bizonyítja semmi, hogy az emberek mondjuk Nagy-Britanniában inkább tisztában volnának egészségi állapotuk jellemzőivel, mint mondjuk az USA-ban, ez az érv szerintem kevésbé szól amellett, hogy az állam a piacnál hatékonyabban szünteti meg a szóban forgó tudatlanságot, mint inkább amellett, hogy az egyik esetben az egyén jobban védve van az efféle tudatlanság következményeitől, mint a másokban. A fő kérdés, úgy tűnik, inkább az, hogy sikerül-e a rendszernek bármilyen, a betegségek korai felismerését, felderítését és kezelését gátló akadályt leküzdenie. Az efféle gátak közül a pénzügyi korlát a legnyilvánvalóbb — attól lehet félni, hogy a díjak elijeszti a betegeket az orvossal való konzultációtól, s ennek visszafordíthatatlanul (vagy csak fájdalmasan, esetleg költségesen megfordítható módon) az egészség romlása lesz a következménye. Ha az egyének felismerik, hogy saját érdekük megvédeni magukat ettől a kockázattól, akkor valamilyen biztosításfajta megfelelő megoldásnak látszik. Ez a kockázat azonban a piaci és az állam által működtetett rendszerekben *egyaránt* elhárítható, illetve csökkenthető.

Az egyének nem tudják megítélni a kapott ellátás minőségét

Ezzel az érveléssel általában azt az általánosan elfogadott közgazdasági feltételezést szokták cáfolni, hogy a racionális egyének előbb „felmérik a piacot”, és így aknázzák ki a verseny nyújtotta előnyöket. Itt elég nehéz megállapítani, hogy a szóban forgó érvelés mit is akar jelenteni. Ha az egészségügyi szolgáltatások piacát a jellemzi, hogy a fogyasztók tudatlansága miatt a szóban forgó piacoknál eltűnik a versenyszellem és a hatékonyság (mint ahogy az elő is fordulhat), vajon következik-e ebből, hogy a piac felszámolásával és egy államilag működtetett rendszer bevezetésével a tudatlanság sorvadni, a verseny pedig élesedni fog. Ez aligha valószínű. Számomra úgy tűnik, hogy ezt a problémát értelmesen csak úgy lehet megoldani, ha nem mismásoljuk el. A fogyasztókat el kell látni a szükséges információkkal, másfelől pedig el kell érni, hogy vizsgálatnak és ellenőrzésnek vethessék alá a szakemberek képzési programjait és az általuk nyújtott ellátás minőségét. Ha

ezek közül a megoldási módok közül bármelyiket is akarjuk alkalmazni, azt megtehetjük az államilag működtetett rendszerben és a piacon egyaránt. A felvetett nehézség tehát ismét csak nem segít abban, hogy a két alternatíva között különbséget tegyünk.

Az orvosi kiadások hatásai előreláthatatlanok és rendkívül megterhelőek lehetnek

Ez az érv nem hangzik túl jól a piaccal szemben, hiszen a piac maga teremti meg arra a lehetőséget, hogy a nagy és előreláthatatlan kiadásokat kisebb és biztos kiadásokra váltsuk át. Ez a lehetőség a biztosítás intézménye. Lényegesebbek azonban azok a problémák, amelyek a magánbiztosítással kapcsolatban lépnek fel, és amelyeket rögtön tárgyalni is fogok. Az egészségügyi ellehetetlenülés leglátványosabb problémái nem az *előreláthatatlanságból*, hanem éppen hogy a kiadások *előrejelvezhetőségéből* fakadnak: vagy azért, mert az egyén már beteg, s olyan betegsége van, ami eleve biztosíthatatlanná teszi őt, vagy pedig azért, mert az ő esetében a betegség bekövetkezésének valószínűsége olyan, hogy a fizetendő biztosítási díjak „túlzottan” magasak lesznek. Hogy mit kell túlzottan” magas kiadások alatt értenünk, azt csak más tényezők figyelembevételével lehet eldönteni, hiszen az egyénnek a tényleges vagy várható orvosi költségek teljesítésére való képessége alapvetően elosztási probléma. Ha van ebben az érvelésben valami, ami a piac ellen szól, akkor az nem a biztosításnak a bizonytalanságok kezelésére való képtelenségéből fakad, hanem abból, hogy a piac képtelen lehet a (nehezen körülírható) családi szükségletekhez igazodó családi jövedelmeket generálni. A piac támogatója számára tehát kézenfekvő a védekezés: ha nem szeretjük a jövedelmek jelenlegi eloszlását, akkor adjunk jövedelmet azoknak, akiknek megítélésünk szerint erre szükségük van, de nem kell torzítani a piaci folyamatokat.

Biztosítási problémák

Vannak azonban problémák a piacon a magán- és az önkéntes biztosítással. Ezek közül az egyik az, hogy mivel a biztosítótársaságoknak költségeik vannak, és esetleg monopolhelyzetben is lehetnek, a biztosítási díjak egy fokozattal magasabbak lesznek a biztosítás-matematikailag méltánvosnál. (A szakzsargon ezt úgy hívja, hogy a szóban forgó díjak „megterheltek”.) Ha tíz százalék esélyünk van arra, hogy ebben az évben 500 fontot kell költenünk, akkor a biztosítás-matematika szerint méltányos díj nyilvánvalóan 50 font lenne. Minél közelebb kerülnek a biztosító intézmények által felszámolt tényleges díjak a méltányos díjhoz, annál több ember lesz képes rá, hogy betegsége pénzügyi kockázatait elkerülje. Ha az állami biztosító intézmény képes (a méretgazdaságosság révén) megközelíteni a méltányos díjakat, akkor ebben az értelemben az ilyen módon szervezett biztosítás előnyben van a magánrendszerekkel szemben. Az én értékelésem szerint a különböző tények egybevetése azt támasztja alá, hogy egy közintézmény adminisztrációját általában olcsóbban lehet működtetni, de semmiképpen sem mondhatjuk, hogy ebben a kérdésben teljes lenne az egyetértés.

Más természetű biztosítási problémát jelent az, amit „káros szelekciónak” szoktak nevezni. Ez egy olyan folyamat, amelynek a révén a jobb kockázatok kiszorulnak a rendszerből, és a végén csak a legrosszabb kockázatok maradnak. Ennek az esélye egyébként annál nagyobb, minél erősebb verseny jellemzi a biztosítók piacát. A káros szelekció a következő módon valósul meg. Képzeljünk el egy olyan 1000 fős népséget, amelyben 500 fő számára az orvosi kiadások a következő évben 100 fontot fognak kitenni fejenként. Tegyük fel, hogy a másik 500 ember számára 900 fontot fognak kitenni a várható kiadások. Tételezzük fel továbbá, hogy a biztosítótársaságok nem képesek különbséget tenni a két csoport között, de meg tudják ítélni, hogy az egész népességre vonatkozóan mekkora lesz a fejenként várható kiadás. Ha az egyéni várakozások teljesülnek, akkor a népesség egészére nézve az összes kiadás 500 000 font lesz, a fejenkénti biztosítási prémium pedig (a „megterhelés” következtében) valamivel meg fogja haladni az 500 fontos méltányos díjakat. De még ha a méltányos díjat számolnák is csak fel, könnyen látható, hogy a legjobb kockázatokat jelentők számára akkor is meglehetősen gyenge üzlet lenne a 100 fontos várható kiadásokat 500 fontos díjakkal lefedni, míg a 900 fontos várható kiadás mellett ez a díj valószínűleg elfogadható lesz. A következmény természetesen az lesz, hogy a legjobb kockázatokat jelentők kiszállnak a rendszerből, otthagyják a legrosszabb kockázatokat hordozókat, és ezzel a biztosítási díjak tovább fognak emelkedni. Ennek a problémának a leküzdésére a legnyilvánvalóbb mód az, ha kötelezővé tesszük az egészségbiztosítást, s így a legjobb kockázatokat jelentő páciensek nem fognak tudni kiszállni. Ha az adminisztratív költségeket a közintézményi rendszer jobban tudja minimalizálni, és a káros szelekció problémája megoldható a biztosítás kötelezővé tételével, akkor két olyan érvünk is van, amelyek a kormányzat által működtetett kötelező egészségbiztosítás mellett szólnak. Természetesen, ha mindenfajta kormányzati tevékenységet a szabadság elfogadhatatlan veszélyeztetésének tekintünk (márpedig a kötelező biztosítás nyilvánvalóan a szabadság újabb megsértését jelenti), akkor nem fogjuk elfogadni ezt a következtetést. Másrészt azonban, ha a tényekből az következik, hogy az alacsonyabb adminisztrációs költségekből és a káros szelekció hiányából fakadó nyereségek elegendően nagyok, akkor sokan lesznek, akik ezt elfogadható kompenzációnak fogják tartani.

A biztosítási rendszerekkel kapcsolatos másik, sűrűn előforduló nehézséget a patinás hangzású „erkölcsi kockázat” névvel szokták illetni. Ez kettős természetű jelenség. A fogalom egyrészt arra utal, hogy a biztosítottak hajlamosak lesznek kevésbé ügyelni arra, hogy elkerüljék az esetleges kiadások kockázatával járó eseményeket. Természetesen kevés egyén fog tudatosan olyan életmódra törekedni, amely őt megbetegíti. Amennyiben azonban a biztosítás enyhíti a betegség pénzügyi következményeit, az emberek, akik ismerik az egészség és az életmód közötti összefüggéseket, nagyobb valószínűséggel fognak motorbiciklin száguldozni, a kelleténél többet enni és inni, dohányozni, a kelleténél kevesebbet mozogni, és így tovább. Az erkölcsi kockázat másik vonatkozása abból a tényből származik, hogy a biztosítás bátorítja az egészségügyi ellátás nem kötött részeinek fogyasztását is (a helyi orvos helyett egy nemzetközileg, a szakértelméről és az általa felszámított díjakról egyaránt híres sebész, nagyvonalúbb hotelszolgáltatások a

kórházban, hosszabb lábadozási idő, és így tovább). Ez növeli a kiadásokat, ennél fogva növekednek a díjak, egészen addig a szintig, amikor már elriasztják azokat, akik egyébként hajlandók lennének biztosítást kötni, és amikor azoknak is elértéktelenednek a biztosításból származó előnyeik, akik továbbra is biztosítják magukat. Az erkölcsi kockázat mindkét fajtája csökkenthető egyrészt azzal, hogy a piacon kártérítési összegeket állapítanak meg, vagy, másrészt azzal, hogy a beteg számára más pénzügyi szankciókat állapítanak meg, például az igénybevételkor az ellátás költségeinek legalább egy részét megfizettetik vele. Ezek — az USA-ban egyébként meglehetősen széles körben használt — eszközök azonban elriaszthatnak attól is, hogy egyáltalán biztosítást kössenek. A brit típusú rendszerben, mivel gyakorlatilag minden ellátás ingyenes, az erkölcsi kockázat teljes egészében jelen van. A problémát itt a beteg szükségleteinek orvosi megítélése oldja fel. Az orvosok, azáltal, hogy gyakorolják ezt a jogukat, valójában az árrendszert helyettesítik.

Elosztási problémák

Különböző helyeken már eddig is említettük az orvosi költségek eloszlásának problémáját. Ha elsősorban az emberek egészsége foglalkoztat bennünket, és ennél fogva elutasítjuk az igénybevételtől elrettentő magas díjakat, vagy, a másik oldalról, ha az emberek jövedelme aggaszt bennünket, és nem akarjuk, hogy az efféle kiadások különösen megterhelőek, vagy kezelhetetlenek legyenek, a piacot módosító vagy helyettesítő mechanizmusok keresésébe kezdhetünk. Általában csak a módosítást szokták szorgalmazni, ami kimerül a biztosítási díjak támogatásának ötletében. Attól függően, hogy milyen felfogolásaink vannak más emberek egészségével vagy gazdagságával kapcsolatban, ezek a támogatások kapcsolódhatnak az igénybe vevők jövedelmi helyzetéhez. Az általános következtetés tehát az, hogy a támogatásokat speciálisan az egészségügyi ellátás sajátosságaira kell szabni, nem pedig egy általános támogatási rendszer keretében kell adni.

Következtetések

Most már áttekinthetjük, hogy az egészségügyi ellátással és finanszírozással kapcsolatban hova vezettek el bennünket a kereslettel kapcsolatos megfontolások. Röviden összefoglalva:

1. A betegnek a helyzetfelméréssel kapcsolatos nehézségeit és az orvos-beteg kapcsolat mélyen személyes jellegét tekintetbe véve, felhozhatók érvek az ellátás minőségének szabályozása mellett. Ezek a szabályozások az államilag működtetett rendszerekben nem kevésbé kívánatosak, mint a piacon.

2. Erős érvek szólnak az egészségügyi ellátás költségeit lefedő biztosítás mellett.

3. A közösségi biztosítás lehet kevésbé költséges, mint a piaci, de rejtett költségként meg fog jelenni a döntési szabadság valamilyen szintű korlátozása.

4. A kötelező biztosítás olcsóbb is lehet, mint az önkéntes, de ter-

mészetesen nem azok számára, akik különben egyáltalán nem biztosították volna magukat.

5. Az erkölcsi kockázat kezelésében az állami rendszerben jobban lehet alkalmazni az orvosi kritériumokat, míg a piaci rendszerek inkább pénzügyi kritériumokat alkalmaznak. Korlátokat kell ugyanakkor beépíteni az ingyenes ellátást nyújtó állami rendszerbe, különben az erkölcsi kockázat problémája miatt indokolatlanul magas összegeket kell a nemzet erőforrásaiból az egészségügyre öltetni. Végső soron tehát pénzügyi korlát az NHS-ben is van, csak ez a korlát a rendszerre vonatkozik: a beteg anyagi helyzete nem jelent korlátot. Úgy gondolom, hogy arra a kérdésre, vajon a kormányzat által, vagy a biztosító intézmények által megszabott korlátokat kell-e választanunk, a politikai gazdaságtan nem rendelkezik kész válasszal.

Az eddigiekből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az orvosi szakma és a kapcsolódó szakmák bizonyos szabályozása mindenképpen kívánatos. Úgy gondolom továbbá, hogy az egyéni szabadságnak a kötelező egészségbiztosításban rejlő korlátozása elenyésző azokhoz az előnyökhöz képest, amelyeket egy efféle biztosítás bevezetése hozhat magával. Meg kell ugyanakkor mondani, hogy az ellátások minőségével kapcsolatban felhozott mindegyik érv az orvosi ellátásnak csak a finanszírozása mellett szól. Az eddig felhozott érvek közül egyetlen egy sem igazolta azt, hogy magába az egészségügyi ellátásnak a piacába (tehát nem a biztosítási piacba) bármilyen módon is be kellene avatkozni. Az egészségügyi ellátás kínálatának politikai gazdaságtani elemzése talán lehetőséget nyújt egy efféle beavatkozás levezetésére.

KÍNÁLATI OLDAL

Ebben a részben az orvosi gyakorlat négy meghatározó jellemzőjét fogom tárgyalni: a gyógyítás hatékonyságát, az orvosi monopóliumot, a non-profit intézményeket és az orvosok képviseleti szerepét.

Az orvosi hatékonyság

Sok szakértő szerint az egészségügyi ellátás egyre inkább peremre szorult a betegségek és következményeik elkerülésében. Szó esik a nem hatékony kezelésekről is. Sokkoló lehet szembenézni azzal, hogy sok kezelés nem hatékony, de ez az igazság. Az USA Egészségügyi Klinikai Kísérletek Bizottságainak Nemzeti Intézete (US National Institutes of Health's Clinical Trials Committee) szerint az orvosi gyakorlatban sok az olyan kezelés, amely túl hosszú, túl drága és árt a páciensnek. (...) A diagnózisok és az alkalmazott kezelések szintén változnak, és bizonytalanságokat mutatnak. A technológizált mérésekkel egyre nehezebb különbséget tenni az egészséges és a beteg állapot között. A haemoglobin-szint, vérnyomás, vércukorszint és más hasonló tesztelhető jelzőszámok megállapításához döntést kell hozni arról, hogy az átlagértéktől való mekkora eltérés után érezzük szükségét beavatkozásnak. Megfigyelési hibák is előfordulhatnak, különösen a röntgenfelvételek értelmezésekor, vagy például a vérnyomás megállapításakor is. A megállapított diagnózis még a leggyakorlottabb kórházi orvosok esetében is jelentősen különbözhet egymástól. Egy tanulmány egy jelentős kór-

házban összevetette a konzultánsok diagnózisait a végső, általában a műtét után felvett diagnózissal. 85 vakbélgyulladásból csak 75 esetében diagnosztizáltak pontosan a kórház leggyakorlottabb orvosai, akiknek diagnózisai, mindent egybevetve, az esetek 80 százalékában bizonyultak helyesnek.

Hasonlóképpen, a megfelelő kezelést messze nem olyan egyszerű és egyértelmű dolog meghatározni, mint ahogy azt a közvélemény gondolná. Általában lehet választani a kezelési módok között. A Sainsbury Bizottság a gyógyszeriparról írott jelentése függelékében arról számol be, hogy öt tipikus betegség gyógykezelésére 455 körzeti orvos betegségenként külön-külön több, mint harminc különböző receptet írt fel. Az összesen 2275 receptből mindössze nyolc volt elfogadhatatlanul káros vagy egyáltalán nem hatékony, de a költségigény nagyon lényeges változatosságot mutatott. A fájdalmas ízületi gyulladásra például a körzeti orvosok 11 százaléka *Indocidot* írt fel, ami 180 régi pennybe került, míg 10 százalékuk *Aspirint* ajánlott 2 pennyért.

A kórházi gyakorlat szintén nagyfokú eltéréseket mutat. Annak ellenére például, hogy a tuberkulózis kezelésében a kórházi fekvés bizonyítottan nem fontos, a kórházban töltött idő átlagos hossza csak nagyon lassan és — a kezelőorvostól függően — nagymértékben változó módon csökken. (Az egyik esetben a férfi betegek 20 százalékát egy hónapnál hamarabb elbocsátották, és mindenkit elküldtek három hónapon belül. Egy másik esetben 10 százalékot küldtek el egy hónapon belül, és a betegek több mint 20 százaléka még egy év elteltével is kórházban feküdt.)

Bizonyos standard kezeléseknél a betegségek normál lefolyása esetén is bizonytalanok vagy vitathatók a hatásai. A mandulaműtét például a gyerekek kórházi felvételének egyik leggyakoribb oka, és a műtétnek van halálozási kockázata (még ha kicsi is). A tények azt mutatják, hogy az orvosi kezelés jobb, de legalábbis nem rosszabb, mint a műtét. A népességszámra számított mandulaműtétes felvételek aránya nagymértékben eltér egymástól a különböző régiókban (1971-ben például 100 000 lakosra Sheffieldben 234, Oxfordban pedig 410 ilyen felvétel jutott, s ebből 18 százalék volt a 14 év alatti gyermekek aránya). A szükséglet gyakran lehet divat kérdése is. Néhány évvel ezelőtt orvosok egy csoportja 389 gyermeket megvizsgálva 45 százalékuk esetében javasolta a mandula eltávolítását. A maradék 215 gyermeket újra vizsgálatra küldték, az előbbihez hasonló összetételű orvosokhoz, akik 99 gyerek (46 százalék) esetében javasoltak műtétet. A hátramaradt 116 gyermeket, akiket az első és a második orvoscsoport egyértelműen egészségesnek nyilvánított, egy harmadik csoport elé rendelték, és 44 százalékuknál (51 főnél) javasolták a mandula eltávolítását. Három vizsgálat után tehát csak 65 olyan gyermek (17 százalék) maradt, akiknél nem javasolták a mandulaműtétet. A legkétségesebb területek egyike a mentális betegségek területe. Egy standfordi orvos nemrégiben nyolc „normális” embert tudott elmeegógyintézetben elhelyezni, ahol egészen addig nem fedezték fel őket, amíg azok fel nem fedték magukat. Egy olyan elmeegógyintézetben viszont, ahol elhitették a személyzettel, hogy „normális” személyeket csempészték be a klinika területére, az egyik szakorvos 193, korábban másutt már elmebetegnek diagnosztizált személy közül előbb 41, majd további 23 embert „leplezett le” normálisként.

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az *egészség* előállításában játszott szerepét, mely mind a költségek, mind a lehetséges következmények szempontjából olyannyira fontos, rendkívül keveset kutatták eddig. Noha ez a nemzet erőforrásainak hatékony elosztási módjait kereső közgazdászok számára is problémákat okoz, természetesen nemcsak az a feladatuk, hogy orvosolják a szóban forgó hiányosságokat. Az e kérdésekre irányuló epidemiológiai kutatások szerencsére szaporodnak, és már adnak is bizonyos válaszokat. Fontos ugyan, hogy ne tévesszenek meg bennünket a modern orvoslás eredményei, de fel kell tennünk a kérdést: mi következik a sikerekből és kudarcból az „iparág” (ha egyáltalán lehet ezt a kifejezést használni) szervezetére nézve? Egy dolog biztosnak tűnik: a tények leginkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségpolitikát az egyszerű intézményi berendezkedésnél szélesebb kontextusban kell vizsgálni. A megelőzés, az életmód-változtatások, a közösségi járóbeteg-intézmények, az egészségügynek a családok és egyedülélők számára nyújtott házi gondozással való összehangolása mind ilyen, a szélesebb kontextusba tartozó kérdések. Megítélésem szerint ezt a tágabb politikai perspektívát könnyebben elérhetjük egy-egy közösségi szolgáltatások keretén belül, mint ha a magánellátás koordinációjára tennénk kísérletet (ki lenne a koordinátor?). Nagy-Britanniában van persze hagyománya az önkéntes magánintézmények és a hatóságok közötti együttműködésnek, így ezzel az érveléssel csinánnunk kell bánnunk. Nehezen tudom ugyanakkor elképzelni, hogy a tulajdon és az ellenőrzés nagyfokú decentralizációja mellett hogyan lehet egy hatékony egészségpolitikát kifejleszteni.

Az orvosi monopólium

Az orvosok mindig és mindenütt erős szakmai szervezetekbe tömörültek, amelyek a szakmai szervezetek eredeti funkcióit (konferenciák, folyóirat-kiadás, stb.) kombinálják egy szakszervezeti szerepvállalással. Nagy-Britanniában a kórházi orvosok fizetést kapnak, a körzeti orvosokat pedig alapvetően a hozzájuk feliratkozott betegek száma alapján fizetik (különböző, a kortól, az általuk nyújtott különleges szolgáltatásoktól, stb. függő pótlékokkal kiegészítve). Noha a körzeti orvosok függetlenül kötnek szerződést, alkalmazójuk megegyezik a kórházi orvosok munkáltatójával: ez az Állami Egészségügyi Szolgálat, amely ennélfogva hatékony ellenérőt képez a szakszervezet monopolhelyzetének (ezt szakkifejezéssel monopolszóniának, vásárlói monopóliumnak nevezik) ellensúlyozására. A fizetést időről időre egy felügyelő testület állapítja meg. Azt természetesen lehetetlen megmondani, hogy mekkora lenne az orvosok életszínvonala az állam által képviselt ellenérő nélkül. Mindenesetre az államnak azon kell lennie, hogy gátat szabjon az orvosi monopóliumból fakadó béremelési nyomásnak. Ilyen értelemben az állam, mint egyedüli fogyasztó és munkáltató csökkenti az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Azt még az NHS legelszántabb kritikusai is elismerik, hogy a szolgálat költségei figyelemreméltóan alacsonyak.

Non-profit motiváció

A piaci alapú termelés hatékonysága melletti hagyományos érvelés

abból a feltételezésből indul ki, hogy a tőkepiacon a vállalatok tulajdonjogaért folyó, illetve a termékpiacokon a rivális termelők között folytatott verseny egyaránt biztosítékot jelent arra, hogy azt fogják termelni, ami a fogyasztók preferenciáinak megfelel, és hogy a termelés a lehető legolcsóbb lesz.

Sajnos az orvoslás területén egyik elem sem jelenik meg. A piaci modellhez talán legközelebb álló Egyesült Államokban az egészségügyi ellátást nyújtó intézményeknek csak egy kis hányada működik profit alapon. Nagy-Britanniában ez az arány minimális. Noha a szolgáltatások piacán kétségkívül lehetséges a verseny, azt a hirdetési tilalmak, a díjtartifa-megállapodásokkal és más hasonló intézkedésekkel még az USA-ban is erősen korlátozzák.

Általában feltételezhetjük ugyan, hogy a piaci intézmények a verseny révén előmozdítják a hatékonyságot, észre kell azonban vennünk, hogy az egészségügyi ellátás nem az a terület, ahol afféle feltételezéssel élhetünk. Ez az érv természetesen nem gyengíti azok igazát, akik úgy vélik: az állami monopóliumok hatékonysága kívánnivalókat hagy maga után, de súlyosan érinti azok álláspontját, akik szerint az orvosi piac — vagy legalábbis azok a piacok, amelyekkel eddig dolgunk volt — *felsőbbrendű* az állami monopóliummal szemben.

Az orvosok képviseleti szerepe

Az orvosnak a beteg szükségleteinek értelmezésében betöltött szerepével kapcsolatban gyakran beszélnek az orvosok „képviseleti” (agency) szerepéről, hiszen az orvos voltaképpen a beteg képviselőjeként lép fel. Erdemes megjegyezni, hogy a klinikai gyakorlat nyelve az ügynöki viszonyra rimel. Az orvosoknak nem vásárlóik vagy ügyfeleik, hanem pácienseik vannak. A szerep paternalizmusát az is kifejezi, hogy szakmai beszélgetésekben a „beleegyezés” problémájáról beszélnek. Itt valójában arról van szó, hogy a beteget rábírják, hogy azt tegye, amit mondanak neki.

Mindennek aztán az a következménye, hogy — mint már jeleztük — a beteg (önkéntesen) saját szabadságának egy részét az orvosra ruházza. Az is ennek a ténynek a (jelen esetben a piacok hatékony működését érintő) következménye, hogy megnehezül a kereslet és a kínálat egymástól való megkülönböztetése. Az orvos, mint a beteg képviselője nemcsak szolgáltatásokat kínál, és más szolgáltatókat ajánl, hanem neki is vannak kívánságai, elvárásai.

Ez az a pont, amiről sokan mondják, hogy az orvoslás legkritikusabb pontja. Arról van szó, hogyan lehet elkerülni, hogy az orvosnak mint a szolgáltatás kínálójának az érdekei túlzottan megrontsák ezt a képviseleti szerepet. Vannak ugyanis olyan tények, amelyek azt bizonyítják, hogy ott, ahol a bérezésnek (elsősorban a piaci rendszerekben honos) szolgáltatásonkénti díjazáson alapuló kalkulációja van érvényben, noha nem szükségképpen a betegek egészségének kárára, de a keresletet az orvosok érdekeinek megfelelően manipulálják. Kanadában például, miután módosították a díjtételeket, megnövekedett azoknak a szolgáltatásoknak a kereslete (és kínálata), amelyek árai viszonylag nagyobb mértékben emelkedtek. Én ennél fogva úgy gondolom, hogy ha azt szeretnénk, hogy az orvosok képviseleti szerepe ténylegesen a

Az egészségügyi szolgáltatásoknak az *egészség* előállításában játszott szerepét, mely mind a költségek, mind a lehetséges következmények szempontjából olyannyira fontos, rendkívül keveset kutatták eddig. Noha ez a nemzet erőforrásainak hatékony elosztási módjait kereső közgazdászok számára is problémákat okoz, természetesen nemcsak az a feladatuk, hogy orvosolják a szóban forgó hiányosságokat. Az e kérdésekre irányuló epidemiológiai kutatások szerencsére szaporodnak, és már adnak is bizonyos válaszokat. Fontos ugyan, hogy ne tévesszenek meg bennünket a modern orvoslás eredményei, de fel kell tennünk a kérdést: mi következik a sikerekből és kudarcból az „iparág” (ha egyáltalán lehet ezt a kifejezést használni) szervezetére nézve? Egy dolog biztosnak tűnik: a tények leginkább arra hívják fel a figyelmet, hogy az egészségpolitikát az egyszerű intézményi berendezkedésnél szélesebb kontextusban kell vizsgálni. A megelőzés, az életmód-változtatások, a közösségi járóbeteg-intézmények, az egészségügynek a családok és egyedülélők számára nyújtott házi gondozással való összehangolása mind ilyen, a szélesebb kontextusba tartozó kérdések. Megítélesem szerint ezt a tágabb politikai perspektívát könnyebben elérhetjük egy-egy közösségi szolgáltatások keretén belül, mint ha a magánellátás koordinációjára tennénk kísérletet (ki lenne a koordinátor?). Nagy-Britanniában van persze hagyománya az önkéntes magánintézmények és a hatóságok közötti együttműködésnek, így ezzel az érveléssel csínján kell bánnunk. Nehezen tudom ugyanakkor elképzelni, hogy a tulajdon és az ellenőrzés nagyfokú decentralizációja mellett hogyan lehet egy hatékony egészségpolitikát kifejleszteni.

Az orvosi monopólium

Az orvosok mindig és mindenütt erős szakmai szervezetekbe tömörültek, amelyek a szakmai szervezetek eredeti funkcióit (konferenciák, folyóirat-kiadás, stb.) kombinálják egy szakszervezeti szerepvállalással. Nagy-Britanniában a kórházi orvosok fizetést kapnak, a körzeti orvosokat pedig alapvetően a hozzájuk felíratkozott betegek száma alapján fizetik (különböző, a kortól, az általuk nyújtott különleges szolgáltatásoktól, stb. függő pótlékokkal kiegészítve). Noha a körzeti orvosok függetlenül kötnek szerződést, alkalmazójuk megegyezik a kórházi orvosok munkáltatójával: ez az Állami Egészségügyi Szolgálat, amely ennélfogva hatékony ellenerőt képez a szakszervezet monopolhelyzetének (ezt szakkifejezéssel monopszóniának, vásárlói monopóliumnak nevezik) ellensúlyozására. A fizetést időről időre egy felügyelő testület állapítja meg. Azt természetesen lehetetlen megmondani, hogy mekkora lenne az orvosok életszínvonala az állam által képviselt ellenerő nélkül. Mindenesetre az államnak azon kell lennie, hogy gátat szabjon az orvosi monopóliumból fakadó béremelési nyomásnak. Ilyen értelemben az állam, mint egyedüli fogyasztó és munkáltató csökkenti az egészségügyi szolgáltatások költségeit. Azt még az NHS legelszántabb kritikusi is elismerik, hogy a szolgálat költségei figyelemreméltóan alacsonyak.

Non-profit motiváció

A piaci alapú termelés hatékonysága melletti hagyományos érvelés

abból a feltételezésből indul ki, hogy a tőkepiacon a vállalatok tulajdonjogaért folyó, illetve a termékpiacokon a rivális termelők között folytatott verseny egyaránt biztosítékot jelent arra, hogy azt fogják termelni, ami a fogyasztók preferenciáinak megfelel, és hogy a termelés a lehető legolcsóbb lesz.

Sajnos az orvoslás területén egyik elem sem jelenik meg. A piaci modellhez talán legközelebb álló Egyesült Államokban az egészségügyi ellátást nyújtó intézményeknek csak egy kis hányada működik profit alapon. Nagy-Britanniában ez az arány minimális. Noha a szolgáltatások piacán kétségkívül lehetséges a verseny, azt a hirdetési tilalmak, a díjtartifa-megállapodásokkal és más hasonló intézkedésekkel még az USA-ban is erősen korlátozzák.

Általában feltételezhetjük ugyan, hogy a piaci intézmények a verseny révén előmozdíthatják a hatékonyságot, észre kell azonban vennünk, hogy az egészségügyi ellátás nem az a terület, ahol afféle feltételezéssel élhetünk. Ez az érv természetesen nem gyengíti azok igazát, akik úgy vélik: az állami monopóliumok hatékonysága kívánnivalókat hagy maga után, de súlyosan érinti azok álláspontját, akik szerint az orvosi piac — vagy legalábbis azok a piacok, amelyekkel eddig dolgunk volt — *felsőbbrendű* az állami monopóliummal szemben.

Az orvosok képviseleti szerepe

Az orvosnak a beteg szükségleteinek értelmezésében betöltött szerepével kapcsolatban gyakran beszélnek az orvosok „képviseleti” (agency) szerepéről, hiszen az orvos voltaképpen a beteg képviselőjeként lép fel. Érdemes megjegyezni, hogy a klinikai gyakorlat nyelve az ügynöki viszonyra rímel. Az orvosoknak nem vásárlóik vagy ügyfeleik, hanem pácienseik vannak. A szerep paternalizmusát az is kifejezi, hogy szakmai beszélgetésekben a „beleegyezés” problémájáról beszélnek. Itt valójában arról van szó, hogy a beteget rábírják, hogy azt tegye, amit mondanak neki.

Mindennek aztán az a következménye, hogy — mint már jeleztük — a beteg (önkéntesen) saját szabadságának egy részét az orvosra ruházza. Az is ennek a ténynek a (jelen esetben a piacok hatékony működését érintő) következménye, hogy megnehezül a kereslet és a kínálat egymástól való megkülönböztetése. Az orvos, mint a beteg képviselője nemcsak szolgáltatásokat kínál, és más szolgáltatókat ajánl, hanem neki is vannak kívánságai, elvárásai.

Ez az a pont, amiről sokan mondják, hogy az orvoslás legkritikusabb pontja. Arról van szó, hogyan lehet elkerülni, hogy az orvosnak mint a szolgáltatás kínálójának az érdekei túlzottan megrontsák ezt a képviseleti szerepet. Vannak ugyanis olyan tények, amelyek azt bizonyítják, hogy ott, ahol a bérezésnek (elsősorban a piaci rendszerekben honos) szolgáltatásonkénti díjazáson alapuló kalkulációja van érvényben, noha nem szükségképpen a betegek egészségének kárára, de a keresletet az orvosok érdekeinek megfelelően manipulálják. Kanadában például, miután módosították a díjtételeket, megnövekedett azoknak a szolgáltatásoknak a kereslete (és kínálata), amelyek árai viszonylag nagyobb mértékben emelkedtek. Én ennél fogva úgy gondolom, hogy ha azt szeretnénk, hogy az orvosok képviseleti szerepe ténylegesen a

beteg érdekeinek megfelelően érvényesüljön, a betegek állapotának szakmai megítélésétől el kell választani a szakemberek keresetét. Még egyszer hangsúlyoznám, ez nem segít a *döntésben*: piac vagy állam. Az USA piaci rendszerében ugyanúgy vannak fizetett alkalmazottak, mint ahogy Kanada állami rendszere is tartalmazza szolgáltatási tarifák elemét. Az viszont igaz, hogy csak az állami rendszerben lehet teljesen kiiktatni a szolgáltatási tarifák megállapításának azokat az elemeit, amelyek torzíthatják a képviseleti szerepet. Ez az a tény, amely az érvek egyensúlyát az állam javára billenti el.

Következtetések

Kiderült már eddig, hogy végül is az egészségügyi szolgáltatások működtetésének kérdésében inkább az NHS típusú megoldásokat részesítem előnyben a decentralizáltabb piaci rendszerekkel szemben. A hangsúly a „végül is” kitélen van. A keresleti oldallal kapcsolatban felhozott érvek a legjobb esetben is csak az állami finanszírozást, és nem a szolgáltatások közvetlen állami kínálatát támasztják alá. Mindenesetre a kínálati oldalra vonatkozó érveket is számításba véve a különböző tényezők együttesen egy, az NHS-t erősen támogató érvkészletté állnak össze. Amikor olyan sok érv szól a támogatások mellett, amikor a „képviseleti szerepből” következően a piactól való elmozdulás nem a szabadság csökkentését idézi elő, hanem még bizonyos torzulások kiküszöbölését is segítheti, amikor egy egyedüli munkáltató vásárlói hatalma ellensúlyozhatja a legképzettebb egészségügyi munkaerő monopolhatalmát, amikor a hatékony piac versenyfeltételei hiányoznak, akkor az itt felsorolt érvek nem csak azt sugallják, hogy egy NHS típusú struktúra különösen alkalmas lehet, hanem azt is, hogy az állami vállalkozással általában összefüggésbe hozott, viszonylagos hátrányok nem léteznek: az Egyesült Államokban a magánkórházak, klinikák, biztosítótársaságok bürokráciája együttvéve nagyobb, mint az, ami Nagy-Britanniában van; a profitmotívum hiánya a magán-szektorban ugyanúgy megvan, mint a közületi szektorban, és így tovább.

Sőt, ennél még tovább is mennék. Úgy gondolom, hogy az emberek egyre inkább azt igénylik, hogy az egészségügy az *egészséget* igyekezzon előmozdítani. Ha azon dolgozunk, hogy a nemzet egészségét méltányos és hatékony módon mozgítsuk elő, akkor egy olyan, nagymértékben *technikai* természetű feladatban veszünk részt, amelynek célja az, hogy a hatékony (és csak a hatékony) szolgáltatások eljussanak azokhoz (és csak azokhoz), akiknek szükségük van rájuk, és hogy az intézményi és a közösségi gondozás, a megelőzés, gondoskodás és kezelés, az orvoslás és a környezet között minél hatékonyabb egyensúlyt hozzunk létre. Továbbmenve: azon dolgozunk, hogy a rendszer képes legyen feldolgozni a saját sikereit (vagy azok hiányát), hogy már felmerülésük pillanatában jelezze a felmerülő szükségleteket, hogy kiállja az összehasonlítást akkor, amikor az egészségügy a nemzet erőforrásaiért az élet más dolgaival versenyez, legyenek azok magán vagy közösségi úton előállítva.

Úgy tűnik, hogy a piacorientált gondolkodásnak ebben a kontextusban vannak hiányosságai: elkülönült szolgáltatók nagy számban ver-

senyeznek azért, hogy az igénylők igényeinek megfeleljenek. Ezzel nem azt akarom mondani, hogy az NHS tervezési rendszerével minden rendben van. Semmi sem lenne távolabb az igazságtól, mint ez az állítás. De ezekről a részletekről más alkalommal essék szó. Amit remélhetőleg sikerült megtennem, az az, hogy rámutattam néhány olyan főbb érvre, amelynek jelentősége van annak eldöntésében, hogy melyik az egészségügyi szolgáltatások megszervezésének legjobb módja. Nem azért érvelek az állam mellett, mert a piac nyilvánvaló hiányosságainak eltávolítása *elég* lenne ahhoz, hogy az állam sikerét előmozdítsa. Sokkal inkább azért érvelek az állam mellett, mert a piac hiányosságainak megszüntetése az állam sikerének *feltétele*. Az NHS típusú szervezet alapvetően *képessé tesz*, szemben a piaccal, amelyre inkább az a jellemző, hogy *megfoszt*.

Az NHS mellett van hely egy kisméretű magánszektornak is, afféle biztonsági szelepként. Ez a szektor talán készségesebben reagál a kórházak hotelszolgáltatásaival kapcsolatos igényekre. A szabadság egy fontos elemét segít megőrizni. Sajnálom azonban, ha a jelenlegi 7–8 százaléknál több beteget kezelne. Ha ugyanis, mint ahogy azt néhányan javasolják, 25 százalékos lenne a részesedése, akkor egyfajta „lefölözési hatás” következne be, és akkor az NHS-re maradnának a geriátriai, mentális, krónikus és leginkább költséges esetek. Egy ilyen váltás elvonná az Állami Egészségügyi Szolgálattól az önmagát megszervezni képes és legkritikusabb középosztály legnagyobb részét. Szintén jelentősen megnehezítené egy hatékony egészségügyi szolgáltatás tervezését. Röviden, az egészségügyi ellátás piaca mindaddig hasznos, amíg kicsi marad. Ha túl nagyra növekedne, akkor az a már említett elszegényítő hatással járna.

Le kell-e vonnunk azt a következtetést, hogy Nagy-Britanniában a köz- és a magánszektor aránya immár nem képes lépést tartani a mai szükségletekkel? Szerintem nem. A privatizált egészségügyi rendszerek a világban a legdrágább rendszerek között vannak. A tények azt mutatják, hogy a várható élettartam növelésében és az egészségi állapot javításában inkább kisebb, mint nagyobb hatékonyságot képesek felmutatni. Az NHS típusú rendszerek mellett szóló érvek ma legalább annyira érvényesek, mint voltak tíz, vagy húsz évvel ezelőtt. Sőt, mindinkább rendelkezésünkre áll az az orvosi ismeret és azok a pénzügyi és tervezési mechanizmusok, amelyek révén még erősebbé tehető az NHS.

Azt kell monddam, hogy a vegyes gazdaságban a magán- és az állami egészségügy helyes aránya valahol 5:95, plusz—mínusz 3 százalék-practice megengedett eltéréssel mindkét oldalon.

Fordította: Tóth István György

Irodalom

Ez a lista azok számára készült, akik nagyobb részletességgel is meg szeretnék ismerni az irodalmat. Az első három tétel a legújabb epidemiológiai kutatásokba és az orvoslás társadalomtörténetébe nyújt betekintést. Az egyéb cikkek többé-kevésbé gazdasági, vagy politikai természetűek.

Cochrane, A. L.: *Effectiveness and Efficiency: Random Reflections on Health Services*. London, Nuffield Provincial Hospitals Trust. 1972.

Ederer, F.: *The Randomized Clinical Trial*, in C. I. Phillips and J. N. Wolfe: *Clinical Practice and Economics*. London, Pitman Medical. 1977.

McKeown, T.: *The Modern Rise of Population*. London, Arnold. 1976.

- Barer, M. L.—Evans, R. G.—Stoddart, G. L.: Controlling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion? Toronto Ontario Economic Council. 1979.
- Boulding, K. E.: The Concept of Need for Health Services. *Milbank Memorial Fund Quarterly*. 1966. vol. 64, pp. 202—221.
- Buchanan, J. M.: The Inconsistencies of the National Health Service. London, Institute of Economic Affairs. 1965.
- Cooper, M. H.: Rationing Health Care. London, Croom Helm. 1974.
- Culyer, A. J.: The Nature of the Commodity „Health Care” and Its Efficient Allocation, *Oxford Economic Papers*. 1971. vol. 23, pp. 189—211.
- On the Relative Efficiency of the National Health Service. *Kyklos*, vol. 25, pp. 266—87.
- Need and the National Health Service. London, Martin Robertson. 1976. and Wright, K. G.: Economic Aspects of Health Services. London, Martin Robertson. 1978.
- Expenditure on Real Services: Health. Milton Keynes: Open University Press. 1979.
- The Political Economy of Social Policy. London, Martin Robertson. 1980.
- Donabedian, A.: Social Responsibility for Personal Health Services: An Examination of Basic Values. *Enquiry*, 1971. vol. 8, pp. 3—19.
- Jewkes, J. et al.: Ethics and Economics of Medical Care— Discussion. *Medical Care*, 1963. 1, 234—44.
- Klarman, H. E.: The Distinctive Economic Characteristics of Health Services. *Journal of Health and Human Behaviour*, vol. 4, pp. 44—9. 1963.
- The Case for Public Intervention in Financing Health and Medical Services. *Medical Care*, 1965. vol. 3, pp. 59—62.
- Lees, D. S.: Health Through Choice. London, Institute of Economic Affairs. 1961.
- The Political Economy of Health Services: A Liberal's Protest, discussion paper, no. 21. Department of Industrial Economics, University of Nottingham. 1975.
- Seldon, A.: After the NHS. London, Institute of Economic Affairs. 1968.
- Titmuss, R. M.: Ethics and Economics of Medical Care. *Medical Care*, 1963. vol. 1, pp. 16—22.
- Choice and the Welfare State. London, Fabian Society. 1968.
- Weisbrod, B. A.: Economics of Public Health. Philadelphia, University of Pennsylvania Press. 1961.

Andorka Rudolf

A jóléti szolgáltatások átalakulásának kérdéseiről

(Válasz az ESÉLY körkérdésére)

A körkérdés felveti a szociológus feladatairól, szerepéről folyó régi vitát, azt, hogy a tudós-szakértő-politikus hármashból melyik szerepet vállalhatja vagy vállalja magára. A magam számára a választ úgy fogalmaznám meg, hogy tudós szeretnék lenni, elvállalom a szakértői munkát, ha erre felkérnek, és nem kívánok politikus lenni. Anélkül, hogy ezt minden szociológusra nézve kötelező magatartásnak tekinteném, szeretném szociológus kollégáimnak, elsősorban egyetemi tanítványaimnak azt ajánlani: gondolják át, milyen szerepre vállalkoznak, és döntésükhöz következetesen alkalmazkodjanak, mert a szerepek összekeverése, elsősorban a tudós és a politikus szerepek egyidejű eljátszására tett kísérletek egyéni kudarchoz és az olvasóközönség összezavarásához vezethetnek.

Ezért a folyóirat által feltett kérdések megválaszolásában is a szociológus-tudós szerepet helyezem előtérbe, vagyis arra keresek választ, hogy milyen társadalmi hatásai vannak a jóléti szolgáltatások területén a közelmúltban érvényben lévő megoldásoknak és egyes reformjavaslatoknak. Természetesen minden szociológus legalább Max Weber óta tudja, hogy a tudós saját értékeit nem képes kiiktatni, akkor sem, ha ilyen látszólag teljesen tényszerű kérdéseket kutat. Ez persze nem menti fel az alól, hogy törekedjék a tényleges társadalmi valóság minél pontosabb és tárgyilagosabb bemutatására. Ebben az úgynevezett társadalomtudományi „értékproblémában” Myrdal (1972) javaslatát látom a legjobbnak: a szociológus expliciten fogalmazza meg azokat az értékeit, amelyek a jelenség vizsgálatánál vezetik. Nos, a jóléti szolgáltatásokkal kapcsolatos alábbi elemzéseimnél a világ szociológusainak nagy többsége által elfogadott „szabadság-egyenlőség-testvériség (szolidaritás)” értékhármast vezet. Ennek részletezése külön tanulmány feladata lehetne, ezért itt csak arra utalok, hogy természetesen tisztában vagyok azzal, hogy ezek az értékek konfliktusba kerülhetnek egymással. Csupán azt szeretném itt kiemelni, hogy én

konfliktushelyzetben nem tekinteném az egyik értéket a másiknál előbbrevalónak, hanem olyan kompromisszumos megoldást keresnék, amely a legkevesbé csorbítja mindegyik érték érvényesülését.

A körkérdésben megfogalmazott kérdések, úgy értelmezem, a jóléti szolgáltatások nyújtásának, megszervezésének három problémája köré csoportosulnak:

— milyen legyen az állami és a magánjellegű intézmények egymáshoz viszonyított aránya ezekben a tevékenységekben, más szóval növekedjék-e a nem állami intézmények szerepe?

— milyen legyen a közösségi és a magánfinanszírozás aránya?

— milyen jóléti szolgáltatások legyenek ingyenesek, és melyek költségeit kellene részben vagy egészben megfizetnie az igénybe vevő állampolgárnak?

E három kérdést érdemes világosan különválasztani, mert nem fedik át egymást, elképzelhető a magánintézmények (például nem állami iskolák) közösségi finanszírozása, az állami intézmények által nyújtott jóléti szolgáltatások (például bizonyos típusú egészségügyi szolgáltatások) megfizetése az igénybe vevőkkel stb.

Konkrétan azt fogom vizsgálni, hogy a jóléti szolgáltatások nyújtásának különböző megoldásai

1. hogyan befolyásolják a társadalmi egyenlőtlenségeket, más szóval inkább a jobb módú, vagy inkább a szegényebb rétegeknek kedveznek, és

2. milyen egyéb elképzelhető következményekkel járhatnak az egészségi állapot, a műveltség, a társadalmi biztonság stb. területén.

Jelenleg a *nyugdíjrendszerben* az állami kötelező társadalombiztosítás lényegében monopolhelyzetben van, a nyugdíjak finanszírozása egészen a közelmúltig nem különült el egyértelműen az állami költségvetéstől; elvben a „felosztó-kirovó” szemléletet veszi alapul, tehát a „kockázati-fedezeti” szemlélet nem érvényesül — ennek következtében nem állítható, hogy az állampolgár az aktív kereső élete folyamán befizetett nyugdíjjárulékokkal „megfizeti” idős korában kapott nyugdíját, mert a befizetett járulékok és a megállapított nyugdíj összege között alig van kapcsolat.

Ez a rendszer egyrészt csökkenti, másrészt növeli az egyenlőtlenségeket. Csökkenti a jövedelemegyenlőtlenségeket abban az értelemben, hogy ha nem lenne nyugdíj (ami persze elképzelhetetlen egy, a magyarországihoz hasonló fejlettségi szinten lévő társadalomban), akkor sokkal nagyobb lenne a jövedelemegyenlőtlenség, mert az idős családoknak semmi vagy alig valami jövedelmük lenne. Ebből az evidenciából azonban nem látom indokoltnak azt a következtetést levonni, hogy a nyugdíjrendszer minden tekintetben egyenlőtlenség csökkentő hatású, még kevésbé, hogy a pénzbeni társadalmi jövedelmeknek általában, sőt a teljes jóléti redistribúciónak ilyen hatása lenne. (Lásd a Manchin—Szelényi (1986) és Ferge Zsuzsa (1986) közötti vitát.)

A jelenlegi nyugdíjrendszernek a következő, egyenlőtlenségeket fokozó hatásait látom:

1. Az időskorú népességnek egy része (bár csökkenő része) egyáltalán nem kap nyugdíjat (1987-ben az aktív kereső nélküli háztartások tagjai közül 50 százalék inaktív kereső, 39 százalék 15 éves és azon felüli eltartott és 10 százalék 15 éven aluli eltartott volt, lásd KSH, 1990). Azok a nyugdíjas háztartások, ahol egy vagy több idős-

korú eltartott élt, nyilvánvalóan súlyos anyagi hátrányt szenvedtek. Ugyanez érvényes azokra az aktív keresős háztartásokra is, ahol egy idős nem nyugdíjas (legtöbbször az aktív kereső életkorú házaspár idős szülője) élt.

2. A kezdő nyugdíjösszegnek az utolsó években elért kereset alapján történő megállapítása a magas keresetűeknek kedvez, mert az ő jövedelmük többnyire a nyugdíjba vonulásig lényegesen nő, míg az alacsony keresetűeké (a szakképzetlen munkásoké) a nyugdíjba vonulás előtti években már alig, vagy egyáltalán nem nő (főképpen ha a reálbéreket vesszük alapul).

3. Mivel a nyugdíjak nincsenek „indexálva”, tehát nem emelkednek automatikusan az áremelkedéssel, az idősebb nyugdíjasok lényeges hátrányban vannak (1989-ben a 80 éves és idősebb nyugdíjasok átlag-nyugdíja 10 százalékkal alacsonyabb a 60–64 évesekénél).

4. A „felosztó-kirovó” elv mindaddig előnyös a nyugdíjas korosztályok számára, amíg azok a munkaképes életkorba lépő korosztályokhoz viszonyítva kislétszámúak, azonban nagyon hátrányossá válhat a nagylétszámú nyugdíjas korosztályok számára, ha a munkába lépők száma csökken. Fokozza a hátrányt, ha egyidejűleg a reálbérek nem nőnek. Ebben az esetben ugyanis csökkenő vagy nem növekvő járulékbefizetésekből kellene növekvő számú nyugdíjas nyugdíjigényeit kielégíteni. Ebben a rendszerben tehát „benne van” egy nemzedékek közötti igazságtalanság, egyenlőtlenség megjelenésének veszélye.

A nyugdíjrendszer reformjára vonatkozó javaslatok legtöbbje kívánatosnak látja a kockázatfedezeti elvre való áttérést (Fidesz é. n., Gazdasági Reformbizottság 1990), vagy a munkavállaló összes befizetésein alapuló nyugdíj-megállapítást (Kék Szalag 1990). Ez közelebb hozhatná a nyugdíjak vásárlóértéke megőrzésének lehetőségét. Ezzel megszűnnének a fenti 2–4. pontokban említett egyenlőtlenséget okozó hatások. Viszont minden valószínűség szerint (nincsenek pontos számítások) a jelenleginél alacsonyabbak lennének a kezdő nyugdíjak (kivéve, ha igen erősen — mondjuk 65 évre — emelnék a nyugdíjkorhatárt), és igen hátrányos helyzetbe kerülnének azok, akiknek „szolgálati idejük”, amely alatt nyugdíjjárulékot fizettek, rövid.

Az utóbbi problémán segíthetne, ha megvalósulna a Fidesz által javasolt „népnyugdíj”, vagy a Gazdasági Reformbizottság által javasolt „megélhetési költségekkel arányos alapnyugdíj”, különösen, ha ezek állampolgári jogon járnának. Kérdés, hogy ezek miből finanszírozhatóak.

Ha a kötelező társadalombiztosítás mellett működne önkéntes és üzleti alapon működő magánbiztosítás (Fidesz é. n., Kék Szalag 1990, Gazdasági Reformbizottság 1990), ez lehetőséget adna mindenkinek, hogy tetszése szerint magasabb nyugdíjat biztosítson a maga számára. A kötelező nyugdíjbiztosítás teljes megszüntetése vagy igen nagyfokú visszaszorulása a nyugdíjrendszeren belül azonban rövid távon azzal a veszéllyel járna, hogy az önkéntes biztosítás gondolatához még hozzá nem szokott népességnek igen nagy része idős korában szélsőségesen elszegényedne, mert elmulasztaná az önkéntes biztosításban való részvételt.

A jelenlegi névlegesen ingyenes *egészségügyi ellátás* elvben mindenki számára biztosított, ezért a betegség esetén fellépő igen nagy költségeknek az egyénről a közösségre történő áthárításával egyen-

lőszítő hatása van. Ténylegesen valószínűleg nincs olyan területe a jóléti szolgáltatásoknak, amelynek működésében az egészségügyi ellátáshoz hasonlóan nagy mértékű lenne a diszfunkcionalitás. Szerintem többek között ennek is következménye a halandóság döbbenetes emelkedése, a várható élettartam rövidülése az utolsó 25 évben (Józan 1988). Külön fel kell hívni a figyelmet a halandóság igen nagy társadalmi különbségeire, az értelmiség lényeges előnyére, és a segédmunkások és parasztok lényeges hátrányára (KSH 1987). Ennél is látványosabban jelzi a bajokat az, hogy mindenki — a beteg, az orvos, az ápolónő, és az állami irányítás egyaránt — nagyon elégedetlen a jelenlegi ellátási rendszerrel, mindenki „kiszolgáltatott” (Losonczy 1986, 1989). Ennek egyik tényezője a hálapénzrendszer. Ezen keresztül a legtöbb egészségügyi szolgáltatást ténylegesen meg kell fizetni, nem világos azonban, hogy kinek és mennyit kell fizetni. A tisztázatlan viszonyok vesztesei valószínűleg szintén a szegényebb rétegek tagjai, mert vagy túlságosan sok hálapénzt adnak, vagy nem tudván, kinek és mennyit fizessenek, rosszabb ellátást kapnak. Az ingyenes egészségi ellátáson keresztül a háztartásoknak jutó természetbeni társadalmi jövedelmek, azon kívül, hogy az inaktív és ezért idősebb háztartásokban magasabbak, nem mutatnak egyértelmű összefüggést a háztartás jövedelemszintjével (1. táblázat).

Az egészségügyi ellátás reformjával igen sok program foglalkozott. Ezek javasolták:

1. a magánorvosi gyakorlat kiszélesítését, a magánkórházak létesítésének engedélyezését, sőt állami tulajdonban lévő intézmények magánkézbe adását (MDF 1989; Kék Szalag 1990, Nemzeti Megújulás 1990).

2. a különleges egészségügyi szolgáltatások ingyenességének megszüntetését, tehát a beteg családja által történő megvásárlását, összekapcsolva az önkéntes magánbiztosítás lehetőségével (Kék Szalag 1990).

3. az egészségbiztosítás különválasztását a költségvetéstől és a nyugdíjbiztosítástól (Fidesz é. n.), esetleg több egészségbiztosító intézet egymással versenyző működését.

Mivel azonban nem látszik világosan, hogy milyen egészségügyi ellátások válnának megfizetendővé (például a magánkórház kérhetne-e magasabb árat, mint amennyit a biztosító megfizet), nehéz megítélni a társadalmi hatásokat. Valószínűleg az egyenlőség irányában hatna, ha a jelenlegi rejtett piaci viszonyok helyére világos és közismert piaci viszonyok léphetnének. Nagy veszélyét látnám viszont annak, ha az alapellátás egyes formái is megfizetendőkké válnának, vagy csak magánbiztosításon keresztül lehetne költségüket megtéríteni, féltő ugyanis, hogy ennek következtében a legszegényebb rétegek tagjai képtelenek lennének a szükséges ellátást adott esetben megfizetni. Az önkéntes biztosítás elterjedéséhez hosszabb tanulási idő lesz szükséges. Az alapellátáshoz nem tartozó különleges szolgáltatásokat valószínűleg csak a legjobb módúak veszik igénybe, ezért ezeknek megfizetendővé válása nem okozna újfajta egyenlőtlenséget.

Ezek az egyenlőtlenségekre gyakorolt hatásokon túlmenően azonban hangsúlyozni kell, hogy ha a fent felsorolt reformok egy olyan általános egészségügyi ellátási reform részei lesznek, amely előmozdítja azt, hogy mind az egészségügyi intézmények, mind az orvosok és ápolók abban legyenek érdekelték, hogy minél több személyt minél hatékonyabban lássanak el, gyógyítsanak, akkor a magyar népesség egészségi

állapotának javításán keresztül az egész magyar társadalom mindenoldalú kedvező fejlődésének fontos tényezőivé válhatnak.

Az *oktatás* úgynevezett „demokratizálásának”, vagyis a 8 osztályos általános iskola bevezetésének, a középfokú és felsőfokú oktatás kiterjesztésének és elvben ingyenessé tételének deklarált célja az volt, hogy minden társadalmi réteg gyermekei egyforma eséllyel bejuthassanak ezekbe az iskolákba, tehát hogy a továbbtanulás és ezáltal a társadalmi mobilitás terén az esélyegyenlőséget megközelítsük. Iskolaszociológiai (Ferge 1972, Gazsó 1976) és mobilitási (Andorka 1982) vizsgálatok egyértelműen kimutatták, hogy távol állunk az esélyegyenlőségtől, sőt a hetvenes évektől kezdve a tőle való távolodás jelei is mutatkoztak. A hetvenes évektől lelassult a középfokon és még inkább a felsőfokon továbbtanulók aránya a fiatal korosztályokban, úgy hogy a beiskolázási arányok a fejlett országok között a legalacsonyabbak közé estek vissza. Újra és újra erős kritikák fogalmazódtak meg az oktatás minőségét illetően is, hivatkoztak arra, hogy azonos iskolai végzettség mellett a magyar fiatalok műveltsége alacsonyabb, mint más fejlett országokban. Ezt azonban nyilvánvalóan nem tudjuk olyan pontos szintetikus mutatóval mérni, mint az egészségi állapotot a születéskor várható élettartammal.

Az oktatási rendszer állami finanszírozásán keresztül a háztartásoknak juttatott természetbeni társadalmi jövedelemnek az egyenlőtlenségekre való hatását nem könnyű megítélni. Ezeknek egy főre jutó összege az alacsonyabb jövedelmű háztartásokban valamivel magasabb, mint a jobb módúakban (1. táblázat). Az aktív keresők között megkülönböztetett öt nagy társadalmi réteg szerint részletezve viszont az ellenkező képet kapjuk (KSH 1990. 165—166. old.):

A háztartás főkeresőjének társadalmi helyzete, aktív keresős háztartásokban	Egy főre jutó évi oktatási természetbeni társadalmi jövedelem, Ft
Értelmiségi	5 652
Kisárutermelő	5 253
Egyéb szellemi	4 989
Munkás	4 704
Nagyüzemi paraszt	4 499

A legerősebb kapcsolat érthetően a gyermekszámmal mutatkozik: minél több a gyermek, annál nagyobb az oktatási természetbeni társadalmi jövedelem összege (KSH 1990. 164. old.):

Aktív keresős háztartások, 19 éven aluli eltartottak száma	Egy főre jutó évi oktatási természetbeni társadalmi jövedelem, Ft
0	1 154
1	5 025
2	7 154
3	8 431
4 és több	8 907

A látszólagos tendenciákat részint az magyarázza, hogy a többgyermekes családokban (egyszerűen a gyermekszám következtében) kisebb az egy főre jutó jövedelem, és a több gyermek miatt nagyobb összegű természetbeni jövedelemhez jutnak az általános és középiskolás gyermekek révén; másrészt viszont a felsőfokú iskolák hallgatóira jutó állami költségvetési kiadás többszöröse az általános és középiskolai tanulókra jutó összegnek (2. táblázat), az értelmiségi családok gyermekei közül pedig sokkal többen járnak egyetemre és főiskolára. Némi leegyszerűsítéssel azt lehet mondani, hogy az alapfokú és középfokú oktatás ingyenessége az egyenlőtlenségeket csökkenti, a felsőfokú oktatás viszont sokkal inkább kedvez a jobb módú családoknak, mint a szegényebbeknek, tehát a családi jövedelmek egyenlőtlenségét növeli.

A különböző reformjavaslatokban szereplő háromféle változás társadalmi hatásaira kívánok itt kitérni. Ezek:

1. Az iskolaalapítás engedélyezése nem állami szervezeteknek, mint az egyházaknak, testületeknek, magánszemélyeknek (MDF 1989, SzDSz 1989, Kék Szalag 1990, Fidesz é. n.). Nem egészen világos, hogy ez vonatkozik-e a felsőfokú iskolákra is (a Fidesz-program ezt kifejezetten említi), és hogy ezek az iskolák milyen finanszírozásban részesülnek az állami költségvetésből.

2. Tandíj bevezetése, elsősorban a felsőoktatásban (Kék Szalag 1990), esetleg a középiskolákban is, ha az iskola magasabb színvonalú képzést, speciális tananyagtöbbletet kínál (MDF 1989). A felsőfokú tanulás lehetővé tétele érdekében a hallgatók később keresetükből visszafizetendő kölcsönt kaphatnának (Kék Szalag 1990).

3. A jelenlegi 8+4-es oktatási struktúra módosítása (MDF 1989, Nemzeti Megújódás 1990), hosszú távon az iskolaköteles kor felemelése 16, illetve 18 éves életkorig (MDF 1989).

Az új, nem állami iskolák létesítése növeli az oktatási helyek kínálatát. Ez természetesen nem érvényes abban az esetben, ha meglévő állami iskolákat adnak át nem állami szervezeteknek. A nem állami iskolák esetleg (de egyáltalán nem szükségképpen) magasabb színvonalú oktatást nyújthatnak, és a versenytárgyaláson keresztül maguk után húzhatják az állami iskolákat is. Viszont kialakulhat olyan helyzet — különösen, ha a nem állami iskolák tandíjat kérnek, és így magasabb fizetést tudnak adni tanáraiknak —, hogy a nem állami iskolák „elitiskolákká” válnak, míg az állami iskolák színvonala leromlik, és a szegényebb gyermekeket oktatják. A nemzetközi szociológiai szakirodalomban eltérő véleményeket olvashatunk az elitoktatásról, mindenesetre létezik egy olyan álláspont, hogy az elitiskolákat látogató fiatalok felnőttkorukban nehezebben képesek megérteni a társadalom rosszabb helyzetű többségének gondolkodását, törekvéseit. Az, hogy Magyarországon a nem állami iskolák elkülönülő elitiskolákká fognak-e válni, valószínűleg nagymértékben fog függeni állami finanszírozásuk mértékétől.

A tandíj bevezetése nyilvánvalóan akadályozza a szegényebb gyermekek továbbtanulását. Tanulási kölcsön, ösztöndíj, tandíjkedvezmény mérsékelheti ezt a hatást. A szakirodalomban általánosan elfogadottnak mondható az a vélemény, hogy előnyös, ha a szülői család anyagi helyzete minél kisebb mértékben befolyásolja a továbbtanulási lehetőségeket.

Hasonlóképpen általánosan elfogadottnak lehet tekinteni az oktatás-

szociológiának azt a tételét, hogy minél hosszabb ideig, minél magasabb életkorig egységes az iskolarendszer, annál kisebb — *ceteris paribus* — a társadalmi származás hatása a befejezett iskolai végzettségre (Ferge 1976.). Érdemes arra is emlékeztetni, hogy az 1973. évi mobilitás-vizsgálat négy nemzedékre bontott adatainak összehasonlító elemzése azt mutatta, hogy az alapfokú oktatás 8 évre való hosszabbítása játszotta a leglényegesebb szerepet a mobilitási esélyek egyenlőtlenségének mérséklésében, ehhez képest eltörpült a középfokú és felsőfokú oktatás úgynevezett „demokratizálásának” és a foglalkozási mobilitásba való politikai beavatkozásnak az esélyegyenlőtlenségre gyakorolt hatása (Andorka, Simkus, 1983.). Ezért a kötelező oktatás idejének kiterjesztése, a különböző iskolatípusok közötti átjárás megkönnyítése minden bizonnyal elősegíti a társadalmi esélyegyenlőtlenségek mérséklését. Ugyanilyen hatással lenne, ha emelnénk a felsőfokú oktatásban részesülők számát.

A költségvetésnek a lakásszektorral kapcsolatos dotációkra fordított része (a kamattámogatással együtt) az összes költségvetési kifizetések 15 százalékát érte el 1989-ben (Kék Szalag, 1990.). Ez több mint kétszerese az oktatásra (7,5%) illetve az egészségügyi és szociális ellátásra (6,7%) fordított költségvetési kiadásnak. Ez a terület az állami költségvetési deficit legnagyobb forrása (Hieronimi, 1990.). E dotációk három fajtája közül csak a viszonylag legcsekélyebb, a lakáshoz jutáshoz adott szociálpolitikai kedvezmény nagyobb összegű a szegényebb családokban, mint a jobb módúakban. A lakbérdotáció és a lakáshitelek kamattámogatásán keresztül adott dotáció egy főre jutó összege a jövődelemmel együtt egyértelműen és meglehetősen nagy mértékben nő (3. táblázat). A lakásszektor eddigi rendszere tehát vitathatatlanul a gazdagabbaknak kedvezett, az egyenlőtlenségeket növelte (Szelényi, 1990.). Emellett az állami lakásszektor egyértelműen ráfizetéses volta miatt oda vezetett, hogy az állami erőből történő új lakásépítés az utolsó években közel leállt: az 1989-ben épült 51 487 új lakás közül mindössze 4886 készült állami erőből. Mindezen túl, a lakáskérdéssel foglalkozó szakirodalom egyértelműen állítja, hogy az állami tulajdonban lévő lakásállomány súlyosan leromlott, mivel nem volt pénz a lakáskarbantartásra. További probléma, hogy a meglévő bérlakásállomány sincs megfelelően kihasználva, mert az alacsony lakbérek miatt a bérlők nem érdekeltek abban, hogy a számukra szükségesnél nagyobb lakásból kisebb bérlakásba költözzenek.

Ebből következően mindenki számára világos, hogy a lakásszektor úgy kellene megreformálni, hogy

1. csökkenjen a vele kapcsolatos költségvetési deficit,
2. növekedjék a lakásépítés,
3. növekedjék a lakásmobilitás,
4. a lakással kapcsolatos dotációkat azok kapják, akik erre a legjobban rászorulanak.

Noha a célokban szinte teljes az egyetértés, a javasolt intézkedések majdnem homlokegyenest ellentétesek. Az egyik koncepció szerint, amelyet Hegedűs József, Ray Struyk és Tosics Iván (1990), illetve a Világbank elemzése (1990) képvisel a leghatározottabban, a lakásbérleti rendszert piaci bérletté kell átalakítani, az állami tulajdonú lakásszektornak önfinanszírozóvá kell válnia (Kék Szalag, 1990). Ennek következtében a Gazdasági Reformbizottság (1990) szerint 300 százalék-

kal, Dániel és Semjén (1987) szerint 520 százalékkal fognak nőni a lakbérek. A Világbank elemzése azt javasolja, hogy egy, a családi pótlékhoz hasonló lakbérpótlék (housing allowance) útján védjék meg az alacsonyabb jövedelmű családokat a lakásbéremeléssel járó elszegényedéstől. Mások kiemelik azt is, hogy a jövőben is szükség lesz állami szociális bérlakások építésére és működtetésére (Gazdasági Reformbizottság, 1990).

Ezzel többé-kevésbé összekapcsolódik az a javaslat, hogy a korábban kiadott lakásépítési kölcsönök kamatait a piaci kamatláb szintjére emeljék, hogy a kölcsönfelvevők az inflációból adódó indokolatlan nyereségét megszüntessék (Kék Szalag, 1990; Gazdasági Reformbizottság, 1990). Ennek megvalósítására különféle technikai megoldásokat fogal-
léldául e nyereségnek a személyi jövedelemadón keresztül történő lefoglalását (Világbank, 1990).

Mind a lakásbéremelés, mind a lakáshitelek kamatlábjának rendezése (igaz, a fokozott hangsúlyozásával) és a rászorult rétegek szociális támogatása szerepel a kormány Nemzeti Megújódás Programjában (1990).

A másik koncepció leghatározottabban az MDF programjában (1989) fogalmazódik meg: „semmit sem old meg... a lakbéremelés, adóemelés, szerződések állami részről történő egyoldalú felmondása”. Helyette az állami lakások eladását és a magántulajdonban lévő lakások építését szorgalmazza. Az állami lakásoknak magánszemélyek részére történő előadása több más reformjavaslatban is szerepel (Kék Szalag, 1990; Hieronymi, 1990; Nemzeti Megújódás, 1990).

Amennyiben a lakásszektor nagymértékben privatizálják, akkor a lakással nem rendelkezők — elsősorban a fiatal családok — lakáshoz jutása nagymértékben megnehezülhet, mert elő kell teremteni az építési vagy vásárlási költségeket. A korábbi kormány Szociálpolitikai Tanácsa (1989) által kidolgozott szociálpolitikai Távlati Feljegyzés úgy javasolta áthidalni, hogy a lakbérek és lakbérhitelek rendezése a lakáshoz jutási hitelek növelésére fordítsanak legalább egy részét a lakáshoz jutási hitelek növelésére fordít-
sák.

A lakásrendezés reformjával kapcsolatos bizonytalanságot legjobban az érzékelteti, hogy a Fidesz programjában két variáns szerepel: az egyik az állami tulajdonú lakások eladását helyezi előtérbe (olyan módon, hogy a jelenlegi bérlők tulajdonjogát a lakás értékének felére elismernék), a másik csak a magasabb jövedelemmel rendelkezők felé érvényesítendő a piaci viszonyokat, a szegényebb családok államilag támogatott szociális bérlakáshoz juthatnának.

Mindenképpen a reformjavaslat feltehetően ösztönzi az új lakások építését és a lakásbérlők mobilitását, továbbá csökkenti a költségvetési defici-
citet. Az egyéni lakáshoz jutásból való hatás nagyon nehezen becsülhető, mert attól függ, hogy például milyen áron adják el az állami lakásokat (ha igen olcsón, akkor a jobb módú réteg egy része kap az államtól), kik juthatnak szociális bérlakáshoz, kik a lakbérpótlékot. A 3. táblázat adatai mindenestre azt bizonyít-
ják, hogy a lakásbéremelés és a lakáshitelek alacsony kamatlábjából származó megújítás inkább a jobb módúakat, mint a szegényebb réteget sújtja. A lakás-
z állami bérlakásokba élő szegényebb — elsősorban időse-

városi — családokat természetesen meg kellene védeni ebben az esetben a súlyos elszegényedéstől.

Összefoglalóan azt mondhatnám, hogy az *ESÉLY* által feltett kérdésekre nem tudok valamilyen általános alapelvvel vagy megoldással válaszolni. A redistribúció vagy piac, állami tulajdon vagy privatizálás, ingyenesség vagy piaci árak alternatíváiban szerintem nincs minden országra, korszakra és jóléti szolgáltatásfajtára alkalmazható egyértelmű megoldás. Minden egyes reformjavaslat hatásait gondosan kell mérlegelni. Csupán egyetlen szempontot adnék elő, amely a hozzászólásom elején jelzett értékeimből következik: bármilyen változtatást vezessünk is be a jóléti szolgáltatások területén, vigyázni kell arra, hogy az ne hozza még hátrányosabb helyzetbe a magyar társadalomnak már jelenleg is leghátrányosabb helyzetű, egy és két millió közötti nagyságrendű részét. Ennek érdekében minden tervezett reformintézkedésnek nem csak globális gazdasági hatásait, hanem társadalmi és demográfiai rétegenként részletezett szociális hatásait is pontosan ismernünk kell. Ennek kutatását tartom ma a magyar szociológia egyik fő feladatának.

Idézett szakirodalom

- Andorka Rudolf, 1982. A társadalmi mobilitás változásai Magyarországon. Budapest, Gondolat 327. p.
- Andorka Rudolf, Simkus Albert, 1983. Az iskolai végzettség és a szülői család társadalmi helyzete. Statisztikai Szemle. vol. 61. no. 6. 592—611. p.
- Dániel Zsuzsa, Semjén András, 1987. Housing shortage and rents: the Hungarian experience. Economics of Planning. vol. 21.
- Ferge Zsuzsa, 1972. A társadalmi struktúra és az iskolarendszer közötti néhány összefüggés. Szociológia. vol. 1. no. 1. 10—35. p.
- Ferge Zsuzsa, 1976. Az iskolarendszer és az iskolai tudás társadalmi meghatározottsága. Budapest, Akadémiai. 106. p.
- Ferge Zsuzsa, 1986. Zsörtölődő megjegyzések Szelényi Iván és Manchin Róbert tanulmányához Medvetánc. no. 2—3. 113—126. p.
- Fidesz, é. n. A Fidesz gazdasági és szociális programja. Tervezet. 63. p.
- Gazdasági Reformbizottság, 1990. A gazdasági rendszer reformja. Gazdasági és műszaki fejlesztés. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 208. p.
- Gazsó Ferenc, 1976. Iskolarendszer és társadalmi mobilitás. Budapest, Kossuth. 139. p.
- Hegedűs József, Struyk Ray, Tosich Iván, 1990. Elképzelések a lakbértámogatásra. Magyar Hírlap. november 20., 21., 22.
- Hieronymi Ottó, 1990. A magyar gazdaság megújulása — nyugati szemmel. Budapest. HVG 134. p.
- Józan Péter, 1988. A halálórási viszonyok alakulása Magyarországon 1945—1985. Budapest, KSH. 83. p.
- Kék Szalag, 1990. A Kék Szalag Bizottság gazdasági programjavaslata. Budapest. 118. p.
- KSH. 1987. A halandóság társadalmi, gazdasági, foglalkozási különbségei, 1980. Budapest, KSH 535. p.
- KSH. 1990. Jövedelemeloszlás Magyarországon. Az 1988. évi jövedelmi felmérés adatai. Budapest, KSH. 212. p.
- KSH Életszínvonal-statisztikai főosztály, 1989. Incidenciavizsgálat: a fogyasztási és lakásberuházási támogatások hatása a lakossági jövedelemeloszlásra 1988—1989. Kézirat.
- Losonczy Ágnes, 1986. A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Budapest, Magvető. 259. p.
- Losonczy Ágnes, 1989. Ártó-védő társadalom. Budapest, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 352. p.
- Manchin Róbert, Szelényi Iván. 1986. Szociálpolitika az államszocializmusban. Medvetánc. no. 2—3. 69—112. p.
- MDF. 1989. Magyar Demokrata Fórum Programja. Budapest. 163. p.
- Myrdal, G., 1972. Érték a társadalomtudományban. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 414. p.
- A Nemzeti Megújódás Programja. 1990. Budapest, 222. p.
- Szelényi Iván, 1990. Társadalmi egyenlőtlenségek az államszocialista redistributív gazdaságokban. In Szelényi Iván, Új osztály, állam, politika. Budapest. Európa. 165—202. p.
- SZDSZ. 1989. A rendszerváltás programja. 160. p.
- Szociálpolitika Távlati Fejlesztési Bizottsága. SzEM, 1989. Útkeresés és szociális biztonság. Elgondolások az átmeneti időszak szociálpolitikájáról. Budapest. 89+178. p.
- Világbank, 1990. Housing policy reform in Hungary. 31+20+12+13. p.
- Weber, Max, 1970. A társadalomtudományi és társadalompolitikai megismerés „objektivitása”. A szociológiai és közgazdasági tudományok „értékmentességének” értelme. In Weber Max, Állam, politika, tudomány. Budapest. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. 9—125. p.

1. táblázat

Az egészségi és oktatási természetbeni társadalmi jövedelmek egy főre jutó évi összege a háztartás egy főre jutó havi jövedelmének nagysága szerint, 1988.

Egy főre jutó havi jövedelem, Ft	Egészségügy		Oktatás	
	Aktív keresős	Inaktív	Aktív keresős	Inaktív
	háztartások, Ft			
— 2 600	2 355	5 868	6 499	2 753
2 601— 3 400	2 834	5 936	6 288	857
3 401— 4 200	2 694	6 334	5 868	548
4 201— 5 000	2 842	4 631	5 105	563
5 001— 5 800	2 620	5 418	4 376	465
5 801— 6 600	2 611	5 338	4 007	339
6 601— 7 400	2 852	4 503	3 615	649
7 401— 8 200	2 475	6 086	3 505	505
8 201—10 000	2 383	5 715	3 154	370
10 000—	2 564	3 462	3 236	170
Együtt	2 674	5 557	4 872	741

Forrás: KSH (1990), 166. p.

2. táblázat

Egy főre jutó évi költségvetési kiadás, 1989.

Oktatási intézmény	Évi költségvetési kiadás, Ft
Óvoda	29 804
Általános iskola	26 748
Szakmunkástanuló iskola	37 242
Gimnázium	37 169
Szakközépiskola	45 592
Felsőfokú oktatás	142 605

3. táblázat

A háztartásoknak az egy főre jutó jövedelem alapján képzett huszadai és tizedei által kapott egy főre jutó lakbér, lakáshitel és lakáshoz jutási szociálpolitikai kedvezmény átlagos évi összege, Ft, 1988.

Jövedelem kvantilis %	Egy főre jutó havi jövedelem Ft	Lakbér	Lakáshitel	Szociálpolitikai kedvezmény
		dotáció, Ft/év		
0— 5	— 3 048	430	1 417	1 244
5— 10	3 049— 3 563	667	1 957	1 155
10— 15	3 564— 3 953	752	2 083	1 183
15— 20	3 954— 4 220	698	2 646	1 264
20— 30	4 221— 4 723	804	2 509	727
30— 40	4 724— 5 185	848	2 827	819

Jövedelem kvantilis %	Egy főre jutó havi jövedelem Ft	Lakbér	Lakás- hitel	Szociálpolitikai kedvezmény
		dotáció, Ft/év		
40— 50	5 186— 5 657	1 011	2 821	875
50— 60	5 658— 6 219	1 084	3 215	660
60— 70	6 220— 6 916	1 171	3 070	651
70— 80	6 917— 7 947	1 092	3 477	685
80— 85	7 948— 8 727	1 380	4 230	544
85— 90	8 728— 9 775	1 700	4 688	457
90— 95	9 776—11 824	1 867	3 862	237
95—100	11 825—	1 731	5 501	235
Összesen		1 062	3 111	758

Forrás: KSH, Életszínvonal, 1989.

Privatizáció a lakásrendszerben

A privatizáció a kelet-európai társadalmak és különösen Magyarországon esetében — véleményünk szerint — szerves része a társadalmi-gazdasági rendszer fokozatos strukturális átalakulásának. A magyar lakásrendszer esetében a tervgazdaság felbomlása lényegében a hatvanas évek végétől datálható, és kisebb-nagyobb kitérőkkel jól kitapintható folyamat. A lakásrendszerben a privatizációt a magánszféra fokozottabb szerepeként foghatjuk fel, amely különböző integrációs rendszerekbe illeszkedik bele: részben a piacba (a magánlakások és a bérleti jog adás-vétele), részben pedig a reciprokativba (egymást kölcsönösen segítő, „kalákás” lakásépítés).

Hangsúlyozni kell, hogy a tulajdonviszonyok (azaz a lakások állami és magántulajdona) nem voltak meghatározó elemei ennek a folyamatnak. Sokkal fontosabbnak tekinthető a tulajdoni formákhoz köthető jogok tartalmának a szabályozása, így például a magántulajdon korlátozása, amely akár a „használat jogától” is megfoszthatta a tulajdonost, formális tulajdonjogának érintetlenül hagyásával. Az egyéni magántulajdon korlátozása szerves eleme volt a kelet-európai lakásmodellnek, mégis ennek valamilyen fokozatos átalakulását figyelhettük meg az elmúlt két évtizedben. Míg a hetvenes évtizedet lassú átalakulás jellemzi, addig 1982-től a folyamat felgyorsul, és 1990-ben illetve 1991-ben radikális átalakulás következik be.

A privatizációnak az általunk használt szélesebb értelemben az a lényege, hogy a magánszféra egyre nagyobb vagyoni felettel rendelkezik, és az államnak egyre kisebb szerepe van a lakásrendszeren belüli pozíciók befolyásolásában. Ugyanakkor az időszak egészét egyfajta átmeneti állapot jellemzi, amikor a magánszférában akkumulált előnyök forrása jelentős részben az állami beavatkozás, részben szubvenciók, részben változások szelektív feloldásának formájában. (Ennek változatos konkrét formái alakulnak ki: készpénztámogatás, árrendszer, építési szabályozás, építési tilalmak illetve feloldásuk.) Nagyon fontos hangsúlyozni, hogy közgazdasági értelemben nem a piaci gazdasági kapcsolatok öntörvényű terjedéséről, hanem „állam és piac” illetve „családi gazdaság és piac” interakcióiról van szó.

Ebben az átmeneti időszakban tág tere nyílik a spekulatív és korrupciós típusú befektetéseknek. Ezek forrása az állami szabályozás megváltozása, amikor különböző kampányok keretében az értékesítési ár piaci alatti, és a rendelkezési (tulajdonosi) jogok kiszélesedése és politikai elfogadtatása miatt a vagyoni felértékelődik.

Az állami tulajdonú bérlakások elidegenítése pusztán egyik eleme ennek a folyamatnak.

A bérlakások privatizációjának története

A bérlakásoknak a bentlakó bérlők tulajdonába adására 1969 óta van jogszabályi lehetőség. A nyolcvanas évek második feléig azonban csak jelentéktelen mennyiségű lakás eladására került sor, mivel a rendelet nagyon sok korlátot szabott a megvásárolható lakások körét és a megvásárlás módját illetően (pl. csak 12 lakásosnál kisebb épületek kerülhettek szóba, ahol a lakóknak legalább $\frac{3}{4}$ -e kérte a megvásárlást stb.). Az utóbbi 1—2 évben azonban a megvásárlás iránti lakossági igények ugrásszerűen megnöttek (ld. 1. tábla), főleg annak hatására, hogy — folyamatos jogszabály-módosítások eredményeként — az eladás tiltó rendelkezései oldódtak, és a megvásárlás a bérlők számára egyre kedvezőbb feltételekkel vált lehetségessé.

Az érvényben lévő szabályozás alapján Budapesten a bérlők rendkívül kedvező áron vehetik meg lakásaikat. A vételár a többlakásos épületben lévő lakások esetén a becsült forgalmi érték (mely általában a reális értéktől jelentősen elmarad) 15%-a, ha a lakás 15 éven belül nem volt felújítva, 30%-a, ha az épületet 15 éven belül felújították, és 40%, ha 5 éven belül volt a felújítás. Az ilyen módon megállapított vételár 10%-át kell a bérlőnek készpénzben kifizetnie, a maradék 90%-ra 20—30 éves részletfizetési kedvezmény kérhető, amelyre évi 3%-os kamatot számolnak (egyösszegű fizetésnél a teljes vételárból kedvezményt adnak).

A magyar bérlakáseladás szabályozása a bérlők számára sokkal kedvezőbb feltételek mellett történik, mint a nyugati országok esetében. Még a privatizációt a legnagyobb mértékben megengedő, ideológiai okokból támogató Angliában is sok olyan feltétel van beépítve az eladási szabályokba, amely fékezi a negatív társadalmi hatásokat. Így a különbségek a magyar rendszerhez képest a következők: a) a megvásárlásnak feltétele, hogy a bérlő legalább 2 éve lakjon a lakásban; b) a lakás piaci árából adott engedmény függ attól, hogy hány éve lakik a bérlő a lakásban: az árengedmény az érték 44%-a, plusz minden két éven túli bentlakott év után két százalék; c) az árengedmény maximálva van, a lakás értékének 70%-ában, vagy 3500 fontban; d) három éven belüli eladás esetén az engedményt vissza kell fizetni. Ebben a szabályozásban lemérhető a törekvés a privatizációs nyereség korlátozására, ami teljesen hiányzik a magyar szabályozásból. Nálunk a bérlő nyeresége egyenes arányban növekszik a lakás értékével, a nagyértékű villalakások esetében a nyereség sokszorosa a lakótelepi lakások esetében elérhetőnek.

Korábban az említett kedvező pénzügyi feltételek kötelezők voltak, ma már csak „ajánlások”, hiszen a helyi tanácsok rendelettel eltérhetnek ezektől, és akár ingyenesen, vagy akár teljes forgalmi értéken is eladhatják bérlakásaikat. A Fővárosi Tanács azonban nem élt a differenciálás lehetőségével, és elrendelte a korábbi szabályozás kötelező jellegű fenntartását.

Az adatok mutatják, hogy az eladási folyamat gyorsuló ütemben beindult. A vételi igények rohamosan növekedtek, és 1989-ben már meghaladták az állomány 10%-át. Budapesten, becsült adatok szerint, az 1990. év végére mintegy 120—150 ezer bérlakás elidegenítésre való kijelölése történt meg, ami már a bérlakásállomány közel egyharmadát jelenti. Ugyanakkor feltételezhető, hogy a vásárlási szándék a leg-

Az állami bérlések eladásának alakulása (1988—1989)

1988. év végi állomány (db)	1988-ban				1989-ben				1990. VI. 30-ig	
	vételi igény	VB által kijelölt	eladott		vételi igény	VB által kijelölt	eladott		VB által kijelölt	eladott lakások
			db	%			db	%		
Budapest	421 483	13 852	6 160	1854*	0,4	42 214	28 131	6 232	1,3	10 450
Miskolc	29 608	2 472	1 698	1 206	4,1	1 573	2 751	1 891	6,4	
Debrecen	22 546	—	3 617	635	2,8	420	1 176	1 738	7,7	
Pécs	22 401	1 950	102	108	0,5	5 100	1 140	167	0,7	
Szeged	22 388	2 446	1 199	103	0,5	2 051	2 271	883	3,9	
Győr	15 694	619	230	37	0,2	1 151	272	109	0,7	
Székesfehérvár	11 169	205	35	32	0,3	171	40	34	0,3	
Nyíregyháza	7 688	388	128	36	0,5	868	1 612	120	1,2	
Megfigyelt	552 977	(Ország összesen 767 336)								

Forrás: BM—OT—PM, 1990: Előterjesztés a Minisztertanács részére... az állami tulajdonú bérlések elidegenítésére és a lakóépület fenntartás racionálisabb megszervezésére, 2. melléklet; Bp. Főváros önkormányzata Szociálpolitikai, Foglalkoztatási és Lakásügyi Bizottság elnöke: 1991. januári adatok.

* A főváros adatai a VI. kerület nélkül.

jobb színvonalú lakásokra irányul. Így például a Budapesten 1982 és 1989 között beadott vásárlási igények 43%-a a „legjobb” kerületekből (I., II., XI. és XII.) érkezett, miközben a bérlakásoknak csupán 17%-a van ezekben a kerületekben.

A bérlakások privatizációjának fejleményeit értékelve nemcsak az eladott vagy eladásra kijelölt lakások száma alapján tudunk különbséget tenni az utóbbi 1—2 év és a korábbi időszak között. A privatizáció felgyorsulásával párhuzamosan új típusú problémák is jelentkeznek. A korábbi, „lassú privatizáció” időszakának fő problémája az volt, hogy a legjobb területeken lévő, legértékesebb lakásokat tudták megvásárolni bérlők, akik e lakásokhoz legtöbbször pozíciójuk révén jutottak hozzá, s ezt az előnyüket most már piaci előnnyé is át tudták váltani. A legutóbbi időszakban a tömegessé váló privatizáció új problémákat is felvet. Egyrészt azt, hogy zsugorodik a rászorulóknak számára újraelosztható lakásállomány (egyes kerületekben, részben a nagyarányú privatizáció következtében, már alig van megüresedő bérlakás, ami pedig az egyetlen lakáshoz jutási lehetősége jónéhány társadalmi csoportnak). Másrészt azt, hogy a már-már hisztérikussá váló tömeghangulatban olyanok is tulajdonossá akarnak válni, akikről nyilvánvaló, hogy hosszabb távon nem lesznek képesek a lakóépület fenntartásának minimális terheit se vállalni.

Mi lehet a magyarázata a privatizáció felgyorsulásának-felgyorsításának a nyolcvanas évek második felében? Többféle magyarázat is lehetséges, s ezek nem zárják ki egymást:

— az állami bérlakások „tulajdonosi” oldaláról politikai és gazdasági érvek merültek fel az eladások felgyorsítása mellett: egyrészt a politikai elit az addiginál szélesebb körben szeretett volna részesülni a megvásárlás konkrét előnyeiből, másrészt ez tűnhetett az állami lakáspolitikával kapcsolatos növekvő elégedetlenség levezetése legegyszerűbb módjának (az alternatíva a lakbéremelés és/vagy a bérlakás-fenntartás rendszerének radikális átalakítása, az IKV-k monopolhelyzetének felszámolása lett volna, melyek egyike sem könnyű politikai feladat), s emiatt a pénzügyi kormányzat minden lehetséges fórumon hangoztatta a bérlakások eladásának szükségességét;

— a bérlők zöme eleinte gyanakvással fogadta a megvásárlás számukra egyre előnyösebb feltételeit, s először csak azok mentek bele, akik esetében teljesen nyilvánvalóak voltak az előnyök (magas telekérték, a ház jó állapota); később azonban, az egyoldalú lakbéremeléseket hangsúlyozó koncepciók hatására (és látva, hogy az IKV-kkal nem történik semmi) eluralkodott a lakbéremeléstől való félelem és tehetetlenség érzete, s olyanok is beadták a vételi igényüket, akik racionális számítások esetén sohasem akartak volna tulajdonosokká válni (mindehhez még hozzájött a tulajdonosi retorika erősödése, melynek azonban a bérlakások esetében — szemben a termőfölddel — nem volt döntő szerepe).

A privatizáció, mint az előnyök és hátrányok egyoldalú kombinációja

a) Koncentráltan jelentkező előnyök, szétszórtnan jelentkező hátrányok:

A bérlakások eladásával kapcsolatos jelenlegi politikai helyzetnek

létezik egy tágabb értelmű magyarázata is, amely a központi lakáspolitikai beavatkozások társadalmi hatásaival érvel. Nagyon leegyszerűsítve ezt a sémát, a kérdés az, hogy egy politikai döntésnek mennyire specifikáltak a haszonélvezői illetve kárvallottjai. (Lényegében egy politikai költség/haszon elemzési modelltől van szó.)

Ha jól definiálható csoport a kárvallottja egy döntésnek, akkor számítani lehet arra, hogy jelentős ellenállásba fog ütközni a döntés keresztülvitele. Gondoljunk itt a mai lakbéremelési tervek által kiváltott ellenállásra, vagy a „kamatadó” miatti ellenállásra. Ebben az értelemben másodlagos kérdés, hogy mennyire „fair” vagy „nem fair” egy döntés, a kérdés pusztán az, hogy milyen erős társadalmi csoportok érdekeit érinti.

Ugyanakkor fontos kérdés, hogy a döntés haszonélvezőinek milyen erős a politikai befolyása, azaz ha egy jól definiálható csoportról van szó, akkor várható, hogy komoly lépéseket tesznek e döntés keresztülvitelére. Ha viszont nehezen definiálható, „diffúz” társadalmi csoportról van szó, akkor aligha várhatók jelentősebb politikai lépések ennek érdekében. Így például a „kamatadó” esetében az előnyöket a lakáspiacra ma belépő lakástalanok, vagy általában az adófizetők élveznék, de semmi esetre sem lehet konkrétan körülhatárolni ezt a társadalmi csoportot.

Világos, hogy politikailag az a koncepció vihető könnyen keresztül, amelyiknek jól megfogható haszonélvezői vannak, kárvallottjait viszont nehezen lehet körülhatárolni. Tipikusan ilyen a bérlakások elidegenítése. Itt a haszonélvezők köre jól definiálható, a kárvallottak pedig (a jövőbeni generáció) nem alkotnak befolyásos társadalmi csoportot.

b) A központi költségvetés tehermentesítésének eszköze (jól hangzó gazdasági érvek központi szinten):

A központi pénzügyi szervek egyértelmű, rövid távú költségvetési megfontolásokon alapuló elkötelezettsége a bérlakások gyors és széles körű privatizálása mellett eleinte közvetlen módon érvényesült: a helyi tanácsok az ármegállapításba nem szólhattak bele, s a bérlők megvásárlási kérelmét csak listával védhették ki (magát a listát azonban egyre nehezebben tudták megvédeni). 1989-ben lényeges változás történt annak megengedésével, hogy az eladási ár helyi szinten kerülhetett megállapításra (Budapesten ezt a lehetőséget a kerületekre nem érvényesítették). Ekkor sem ért véget azonban a közvetlen központi beavatkozás, hiszen az eladási feltételek egyik legfontosabbika, a hosszú lejáratú részletfizetési kedvezmény továbbra is kötelezően jár a vásárlóknak. Jól mutatja a pénzügyi kormányzat teljes privatizáció melletti elkötelezettségét, hogy ez az egyetlen olyan lakáscélú kölcsön (mert hogy lényegét tekintve ez kölcsön, még ha részletfizetésnek hívják is), melynek kamata nem változott, s még mindig az infláció előtti időszakra emlékeztető, fixen rögzített 3⁰/₀-os szinten van megállapítva.

A központi-helyi konfliktus új mederbe terelődött az őszi helyhatósági választások után, amikor is a kormánynak viszonylag gyorsan sikerült meglepnie minden áremelési elképzelését, s a helyi önkormányzatokra csak a helyi adók kivetésének lehetőségét hagyta. (Az önálló helyi lakáspolitikai leglényegesebb elemeit, így pl. a szabad lakbér-megállapítás jogát ma még nem gyakorolhatják az önkormány-

zatok.) A helyi adók kivetése azonban a lakosság leterheltsége miatt a legtöbb helyen csak illúzió, s így ma az önkormányzatok közvetett módon vannak arra kényszerítve, hogy bérlakásaik gyors — és ezért elkerülhetetlenül áron aluli — privatizációjával jussanak némi bevételhez rövid távú anyagi problémáik megoldására. A helyi önkormányzatoknak ma tehát „önként” kell azt tenniük, amit eddig lényegében kötelező volt megtenniük.

c) A központi lakáspolitikai elkerülésének eszköze (jól hangzó politikai érvek központi szinten):

A bérlakások előnyös feltételekkel történő privatizációját megengedő politikusoknak nincsen nagy kockázatuk (legalábbis rövid távon), s könnyen népszerűségekre tehetnek szert. A privatizáció leállítását vagy piaci árviszonyok közé helyezése ezzel szemben nagy politikai kockázatot jelent, hiszen ezt a lépést lehetetlen „igazságos” módon végrehajtani (mindig lesznek olyanok, akik e lépés kárvallottjainak vallhatják magukat, a szomszédjuk megvehette, de ők nem stb.).

A lakáspolitikai ma nem választható el az elmúlt egy-másfél év politikai küzdelmeitől. Minden komolyabb politikai erő számára világos, hogy a lakásprobléma ma is fontos társadalmi kérdés, amely szerves része a legnagyobb társadalompolitikai kérdéseknek (szegénység, munkanélküliség stb.). A központi kormányzat számára ugyanakkor ez komoly terhet jelent.

Itt érdemes párhuzamot vonni az angliai privatizáció politikai hátterével. Angliában a privatizáció egyik indoka a központi kormányzat lakáskiadásainak visszaszorítása, amelyet a bérlakások eladása révén kívántak elérni. Ugyanakkor emögött az a politikai érv is meghúzódott, hogy a privatizáció révén csökkentik a többnyire munkáspárti helyi önkormányzatok hatalmát, amire a központi törvények lehetőséget adtak. A mai helyzet nagyon hasonló Magyarországon, hiszen a privatizáció feltételeit a központi törvények befolyásolják, és a politikai nyomás a helyi önkormányzatokra nehezedik, amelyek gyakorlatilag nem tudnak ellenállni ennek a nyomásnak.

A privatizáció alternatívái

Gyakran hangoztatott érv, hogy a bérlakások olcsó áron történő eladása lehet, hogy hátrányokkal is jár, de „nincs ennél jobb megoldás”. Az érv mögött egy olyan gondolatmenet húzódik meg, hogy az elmúlt negyven év állami lakáspolitikája züllesztette le ezt a szektort mai állapotára, s ebből csak egyetlen kiút van, az állami irányítás minél teljesebb és gyorsabb megszüntetése. Ebből a gondolatmenetből annyi kétségtelenül igaz, hogy az állami bérlakásszektor mai formájában rosszul működtetett vagyon. Következik-e ebből az, hogy a problémák egyetlen megoldása a vagyon minél gyorsabb — s ráadásul a mai állapotából következően minél olcsóbban történő — eladása? Természetesen nem. Létezik egy másik megoldás is, amellyel véleményünk szerint a közösségi bérlakásszektor működtetésének hatékonysága jelentősen megnövelhető, anélkül, hogy a szükséges szociális feladatok ellátása csorbát szenvedne.

Az általunk elképzelt jobb megoldás alap gondolata az, hogy a bérlakásszektorban a szubvenciókat nem a tárgyaknak (lakásoknak) kell

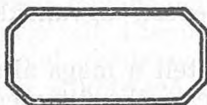
adni, általánosan alacsony lakbérek formájában, hanem a ténylegesen rászoruló személyeknek, lakbértámogatás formájában. A közvetlen és nagyarányú lakbérkontrollt tehát fel kell váltani a lakbértámogatásokkal, ami számos nyugati ország tapasztalata szerint sokkal kevésbé ellentmondásos formája az állami szubvenciók nyújtásának.

Egy másik fontos összetevője egy működőképes bérlakásmodellnek a tulajdonosi (bérbeadói) és a kezelői funkciók szétválasztása, s az ingatlankezelő vállalatok mai monopolhelyzetének megszüntetése. Itt nem csupán arról lehet szó, hogy egy-egy ház működtetését, fenntartását a legkedvezőbb ajánlatot tevő cég nyerje el nyílt verseny alapján, emellett szóba jöhetnek „non-profit” megoldások is. Így elképzelhető alternatíva a mai bérlőközösségekhez hasonló rendszer, melyben a lakóházak bérlői közvetlen beleszólást kapnak az adott ház ügyeinek intézésébe, s a lakbérbevétel meghatározott hányada felett maguk rendelkeznek. Az ilyen, esetenként kaláka típusú elemeket is tartalmazó megoldások a piaci logika alapján talán nem a legoptimálisabbak, de a lakossági jövedelmek mai szintje mellett még hosszabb ideig elkerülhetetlennek tűnik az ilyen alternatívák megengedése is.

Írásunk elemző része alapján joggal felvethető a kérdés: ha létezik is a mainál sokkal racionálisabb, hatékonyabb modell a bérlakásszektor működtetésére, vajon van-e bevezetésének politikai realitása? Véleményünk szerint igen, de csak akkor, ha a központi kormányzat ennek néhány lényeges elemét keretszabályozás jelleggel felvállalja, és a helyi önkormányzatok vezetésében is nagyobb hangsúlyt kapnak a hosszabb távú megfontolások. A bérlakásokban lakók egy részét a lakbértámogatásokkal, egy másik részét pedig átmeneti ideig érvényben lévő kompenzációs mechanizmusokkal (pl. a bérlők mai tulajdonosi jogosítványának átmeneti jelleggel tulajdoni hányadra váltása) lehet az új bérlakás-politika mellé állítani, vagy legalábbis ellenállásukat csökkenteni.

MŰLT ÉS JÖVŐ

ZSIDÓ KULTURÁLIS FOLYÓIRAT



A MŰLT ÉS JÖVŐ

zsidó kulturális folyóirat a két világháború közötti három évtizedes pályája után 1989-től ismét megjelenik évente négyszer. A folyóirat azokra a szellemi értékekre támaszkodik, amelyek megőrzik és újraélesztik az egyetemes és magyar zsidó kultúra hagyományait, és feltárják újabb kincseit.

A MŰLT ÉS JÖVŐ hosszabb távú megjelenése csak az előfizetők táborának szélesítésével érhető el. A szerkesztőség arra kéri olvasóit, hogy előfizetésükkel támogassák a folyóirat életben tartását.

Az előfizetési díjat az alábbi számlára lehet befizetni:

Magyar Hitel Bank — Múlt és Jövő Alapítvány 222—20378

Előfizetési díj: egy évre 592,— Ft, fél évre 296,— Ft.

Az előfizetők kedvezményes áron vásárolhatják meg a folyóirat korábbi számait.

Szerkesztőség: 1012 Bp., Márvány u. 17.

Válasz az ESÉLY körkérdésére

Friedman klasszikussá vált hasonlata szerint a jóléti szolgáltatások úgy működnek, mint ha ahelyett, hogy meghívnám a barátomat egy jó, általa is élvezett ebédre, valakinek fizetnék, hogy általam ellenőrizhetetlen módon, esetleg teljességgel a barátom ízlése ellenére őt szinte kényszerrel vendégül lássa. A szellemes hasonlat végül is csak aforisztikus megfogalmazása annak a gazdaságfilozófiának, amely a jóléti szolgáltatásokban kizárólag az egyéni racionalitás — és valójában mindenfajta racionalitás — korlátozását látja. Ha pedig igaz, hogy az egyéni racionalitás korlátozásmentessége egyben a társadalmi jólét megvalósulása, azaz annak korlátozásával a társadalmi optimum romlik, akkor a friedmani logika méginkább elfogadhatónak tűnik. Ha például egyértelműen bizonyítható lenne, hogy a társadalombiztosítás bevezetése negatív hatással van a tőkeakkumulációra, és megakadályozza a társadalom jóléte szempontjából optimális egyensúlyi pályára való eljutást, akkor a társadalmi többletnyereségből, amit a be nem vezetetés (avagy a megszüntetés) jelent, a társadalombiztosításnál magasabb szinten lehetne kompenzálni a látszólag vesztes rétegeket (például a negatív jövedelemadó bevezetése helyzetüket nem rontja a társadalombiztosítás meglétéhez képest, ugyanakkor növeli döntési szabadságukat).

Mind ez idáig azonban a tételt a maga általánosságában nem sikerült bizonyítani, pontosabban nem sikerült megcáfolni ennek ellenkezőjét — miszerint az egyéni racionalitás kollektív korlátozása a társadalmi jólét javulásához vezethet. Ugyanakkor számos tanulmány mutatott arra példát, hogy a jóléti programok a meglévő jövedelemegyenlőtleniséget nem csökkentik, a hatékonyságot azonban igen. Tehát parciális esetekben lehet bizonyítást produkálni, ugyanakkor úgy vélem, hogy teljesen általános bizonyítás valószínűleg nem is adható. Nem véletlen, hogy a jóléti szolgáltatások létjogosultságát tagadó gazdaságfilozófia széles körben való elterjedése ellenére sem szűntek meg az álmilag szervezett nagy szolgáltatórendszerek, illetve a belső arányok folyamatos módosulásával továbbra is a magán- és közösségi felelősségre alapozott szolgáltatások egymás mellett élése figyelhető meg.

A volt tervgazdaságokban nem az egyéni racionalitást korlátozták valamifajta szocializáció bevezetésével, hanem egyszerűen a magánfelelősséget felváltották a kollektívnek mondott állami felelősségvállalással, noha gazdaságfilozófiailag soha senki nem bizonyította, hogy az egyéni racionalitás teljes kizárása bármifajta magasabb rendű társadalmi, gazdasági optimumhoz vezetne. A jóléti szolgáltatásokról, a jóléti államról Nyugaton folyó vitákban viszont fel sem merül az a

kérdés, hogy egy tökéletesen kollektív felelősségre alapozott rendszerben érdemes-e magánracionalitáson alapuló intézményeket is működtetni. Éppen ellenkezőleg, nem a privát döntés jogát, hanem annak társadalmi korlátozását tartják szükségesnek indokolni. Mivel a magánfinanszírozáson alapuló magánellátás hiányával jellemezhető rendszer sem elméletileg, sem gyakorlatilag nem bizonyította létjogosultságát, ezért úgy vélem, ez a véglet mint a jövőben lehetséges alternatíva kizárható a vizsgálódásból, és tényként kezelhető a jóléti programokban a magánkezdeményezések megjelenése.

Nem könnyű azonban felmérni, hogy milyen hatása lehet a magán alapon működő intézmények bevezetésének. Ugyanis nem egyszerűen arról van szó, hogy egyes jóléti szolgáltatások egyes részeit reprivatizálják, és ezzel bizonyos, az egyén racionális döntését módosító korlátok megszűnnek. A privatizáció utáni helyzetre — akár részleges, akár teljes körű a privatizálás — azt a magatartást kellene megjósolni, amikor az egyén döntés-elfogadóból döntéshozóvá válik. Mivel ez az eddigi magatartás akár gyökeres megváltozásával is együtt járhat, nem hiszem, hogy egyértelmű receptet lehetne adni a szükséges privatizáció méretére, és a kialakuló új helyzet társadalmi, gazdasági következményeire. Az egyetlen dolog, amit nagy biztonsággal előre meg lehet jósolni, csak annyi, hogy rövid távon a társadalomnak szinte minden rétege jogainak, eddig látszólag garantált jövedelmének elvesztéseként fogja megélni a folyamatot.

Az általános megközelítésen túlmenően némileg részletesebben szeretnék foglalkozni a társadalombiztosítással. A kérdés lényegének valójában azt érzem, hogy vajon milyen érvekkel indokolható a társadalombiztosítás további fenntartása a feltételezetten fokozatosan terjedő magán- (illetve munkahelyi) biztosításokkal szemben. A továbbiakban megkülönböztetem a valamifajta biztosítási logikát is tükröző, járulékfizetés ellenében járadékfizetést biztosító, a költségvetéstől részben vagy egészben külön kezelt társadalombiztosítást (social insurance) az adókból fedezett, kizárólagosan állami feladatnak tekintett társadalmi segélyprogramoktól (social assistance).

A modern szakirodalomban a kötelező társadalombiztosítás szükségességének indoklása az információ közgazdaságtanában használatos kontraszelekció fogalmához kapcsolódik. A dolog lényege az, hogy amennyiben a biztosítást a biztosító és az ügyfél közötti aszimmetrikus információs játékként értelmezzük, akkor belátható, hogy a biztosítási piacról fokozatosan kiszorulnak a biztosítónak alacsony kockázatot jelentő ügyfelek, és a biztosítási piacon az árakat a „legrosszabb ügyfél” fogja meghatározni. A mechanizmus azon alapszik, hogy a magasabb kockázatot jelentő ügyfél a magasabb biztosítási díjat (illetve az alacsonyabb kártérítési díjat) is hajlandó elfogadni, míg az alacsonyabb kockázatú ügyfél ilyenkor már visszalép az ügylettől. Klasszikus példa: ha valaki tudja, hogy nagy valószínűséggel el fogják bocsátani, hajlandó akár magasabb járuléku (avagy alacsonyabb járadékú) munkanélküli biztosítást is kötni, miközben a biztosító nem ismeri az ügyfél szándékát motiváló tényezőket. Azonban innen egy lépéssel eljuthatunk ahhoz a helyzethez, hogy a folyamat során kialakuló ár nem lesz egyensúlyi ár, mivel ez már a legrosszabb ügyfélnek sem fogja megérni. A kötelező társadalombiztosítást felfoghatjuk úgy is, mint a kontraszelekciós problémára adott egyfajta választ: a kötelező

jelleg megakadályozza a kontraszelekciót, az alacsony kockázatú rétegek kiszorulását.

Megítélésem szerint, egy pótlólagos korlát bevezetésével másfajta gondolatmenet is elképzelhető. Ha feltételezzük, hogy az ügyfélkör egy adott része eleve kiszorul a játékból, mivel képtelen akár a minimális kockázatot fedező járulék fizetésére is, akkor a kötelező társadalombiztosítás lehetővé teszi a játék „társadalmasítását”. Ebben a szemléletben a társadalombiztosítás — a társadalombiztosítás piacáról kiszorulókat, akik általában a legelesettebb rétegek — annyiban mintegy beemeli a társadalom által általános humán kockázatnak elismert területek biztosítási piacára, melyek közül a leglényegesebbek: öregség, betegség, rokkantság, gyermekvállalás, munkanélküliség. Mindezek alapján úgy gondolom, hogy a kötelező társadalombiztosítás fennmarad az általa eddig teljességgel lefedett területeken, azonban ezzel korántsem állítom, hogy a magán- és a társadalmi felelősségvállalás szempontjából teljesen egyformák lennének ezek a területek. Nem egyforma a kockázatoságuk, nem egyforma az időtartamuk, nem egyforma a finanszírozhatóságuk. Ennek megfelelően nem egyforma módon fognak kiépülni a magánbiztosítási programok.

Megítélésem szerint a magánbiztosítás belépésének lehetőségeit érdemes a potenciális kereslet oldaláról megvizsgálni. A magánbiztosítások különféle formái (lett legyen szó tiszta magánbiztosításról, avagy valamifajta munkahelyhez kötött biztosításról) a piacgazdaságokban kevésbé épültek ki azokon a területeken, amelyeken a biztosított esemény bekövetkeztének valószínűsége alacsonyabb, és így, feltehetőleg, a kereslet is alacsonyabb.

Igy például a munkanélküliségi biztosítás jellemzően kollektív felelősségvállalással megoldott biztosítási forma, talán leginkább éppen a fentebb említett játékelméleti probléma miatt. A baleset-, beteg-, rokkantsági és egészségügyi biztosítás olyan „káreseményeket” érint, amelyek mindenki számára nagyobb valószínűséggel következnek be, és megfigyelhető, hogy elterjedtebbek a különböző magánbiztosítási formák, amelyeknek bővülése Magyarországon is kiszámíthatóan bekövetkezik a közeljövőben. A társadalombiztosítás fennmaradása ennek ellenére valószínűsíthető. A finanszírozás viszonylag egyszerűbben megoldható, ezekre a kockázati faktorokra ugyanis építhető rövid távú (legfeljebb egy-két éves átfutású) finanszírozási rendszer, ahol az értékőrzés nem megoldhatatlan feladat. A társadalombiztosítás nehézségeit inkább az esetlegesen szintén idetartozó egészségügyi biztosítás intézményi megoldása jelenti. Ennek mélyebb elemzése azonban messze meghaladná e rövid válasz kereteit.

A „gyerekkor elleni biztosítás” intézménye mégsem létezhet, mivel az esemény azelőtt következik be, hogy az egyén racionális döntéshozóként foglalkozhatna annak biztosításával. A gyerekvállalás viszont már nem szükségszerűen bekövetkező esemény, sőt, valamennyi eddig tárgyalt esethez képest bekövetkeztében a legnagyobb szerepet játssza az egyéni döntés, és a legkisebbet a „külső környezet”. Ily módon a legkevésbé alkalmas hagyományos magánbiztosításra, egyértelműen továbbra is a társadalombiztosítás, sőt talán inkább az adókból finanszírozott állami szociálpolitika hivatott a gyerekvállalás támogatására. Ennek pontos kereteit a nemzedékek közötti szerződés megkötöttség-

gének a politikai döntéshozatalban kifejeződő társadalmi igénye adhatja meg.

Az időskor bekövetkezte mindenki számára elkerülhetetlen (ha csak korábban meg nem hal), így a „hosszú élet elleni biztosítás”-t szinte mindenki hajlandó megkötni. Abban a pillanatban, hogy felbomlott a tradicionális család a maga időseket ellátó belső mechanizmusával, elkerülhetetlenné vált, hogy mindenki megtakarításain keresztül (amelyeknek egy része biztosításban testesül meg) gondoskodják idős koráról. A magánbiztosítás kiépülése és formáinak sokfélesége igen változatos képet mutat ezen a területen, amelynek kezdeti — talán nem mindig a legszerencsésebb formában megjelenő — csíráit Magyarországon is tapasztalhatjuk.

A nyugdíjbiztosítás mai rendszere nem tartható fenn. Úgy gondolom, hogy durván a következő alternatívával állunk szemben. Vagy az történik, hogy a kötelező társadalombiztosítás csak értékörző minimum-ellátást fog garantálni, és a társadalombiztosítási járulék drasztikus csökkentésével alapvetően a munkahelyi illetve egyéb magánbiztosításokra bízva a differenciált időskori ellátást; vagy továbbra is a társadalombiztosítás adja az időskori jövedelem zömét, és a magánbiztosítások csak kiegészítést fognak jelenteni. Az első variáns az induló nyugdíjak drasztikus csökkentését jelenti, de egy parciálisan tőkefelhalmozó rendszer kiépítésével az értékörző finanszírozás középtávon megoldhatóvá válik. A második esetben gyakorlatilag nem lehetne a jelenlegi nyugdíj/kereset arányhoz hozzányúlni, a finanszírozási feszültség legfeljebb valamifajta plafon bevezetésével lenne mérsékelhető, de az értékörzés még hosszú távon sem lenne megvalósítható. A jelenlegi inflatorikus időszakban mindkét variáns átmenetileg csak értékvesztő nyugdíjakat garantálhatna, de hosszabb távon az első variánsban mód nyílik ennek megváltoztatására. Az első változat esetén a rendszer meghirdetése azonnali ösztönzést jelentene a magán- (munkahelyi) nyugdíjbiztosítási programok beindítására, amelyek kezdetben a társadalom felső, majd egyre inkább középrétege számára is védelmet jelentenének az időskori jövedelemcsökkenéssel szemben. A jelenlegi tényleges helyzethez azonban a második változat áll közelebb, ily módon megvan az a veszély, hogy a döntés halogatásával a rövid távon talán kevesebb társadalmi konfliktust jelentő második változat fog automatikusan megvalósulni. Mivel ekkor a jelenlegi társadalombiztosítási járulék jelentősen nem mérsékelhető, valószínűleg forrás hiányában szűk maradna a magánbiztosítások kínálata, és az általuk megcélzott réteg is.

Úgy gondolom, hogy a társadalombiztosítás létjogosultságát mindenképpen jelenlegi szervezeti kereteinek megváltoztatása, az általa finanszírozott programok jól követhetően különvált finanszírozása bizonyíthatja a feltehetően a közeljövőben kíváncsian elszaporodó magánjellegű, illetve részben kollektív biztosítási programok mellett.

Magánoktatás: perspektívák és problémák

Manapság újra kell értelmeznünk hagyományos felfogásunkat az állami ingyenes jóléti szolgáltatásokról, ellátásokról. Ha elméleti megfontolásokból nem éreznénk is indíttatást az újraértelmezésre, rákényszerít erre az élet: az állam hagyományos szerepe átalakulóban van, új szereplők jelennek meg a jóléti szolgáltatások piacán. Nem kivétel ez alól az oktatás sem. Egyházi, alapítványi, vegyes finanszírozású, sőt, magániskolákról hallani. Meghalt az állami iskola, éljen a magániskola? Ilyen egyszerű volna ez? Attól tartok, nem egészen ez a helyzet.

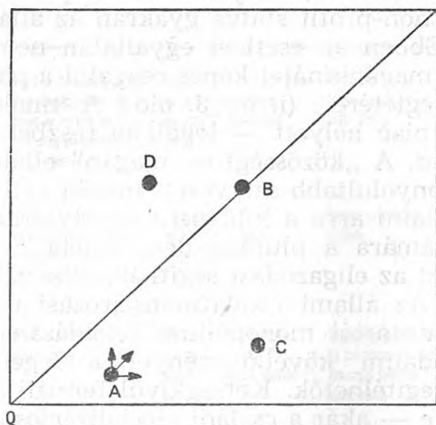
Ahhoz, hogy képesek legyünk értékelni, megítélni ezeket az új jelenségeket, egyfelől finomabb distinkciókat kell tennünk, másfelől pedig tisztáznunk kell, hogy oktatásügyünk problémái mennyiben következtek annak közösségi finanszírozásából, illetve az intézményrendszer állami, központi kontrolljából. Míg ez utóbbi elutasítása egyre egyértelműbb a hazai oktatásszociológiában, az előbbi kérdés megítélése sem ilyen egyöntetű.

Közismertek az oktatáshoz kapcsolódó pozitív externális hatások, melyek következtében az oktatást általában a kvázi-közjavakhoz sorolják. Az oktatás állami támogatása mellett felhozott tipikus érvek¹ a következők: 1. Mivel az oktatás társadalmi hozamai meghaladják az egyéni hozadékot, a kormányzati (közösségi) pénzügyi támogatás nélkülözhetetlen az alulköltség megelőzéséhez, illetve a szektorba történő megfelelő (társadalmilag optimális) szintű erőforrás-allokáció biztosításához. (Azt, hogy e támogatás döntően központi kormányzati pénzekből vagy helyben képződő önkormányzati bevételekből származzon, általában annak függvényében döntenek el, mit tartanak az oktatási túlcsoportulások, tovaggyűrűző hatások hatóköréről.) 2. *Költséggazdaságosság*: nagyobb intézményekhez gyakran alacsonyabb fajlagos költségek tartoznak. A centralizált rendszerekben a korrupció veszélye is kisebb, és az adminisztratív költségek is alacsonyabbak. 3. *Méltányosság*: az oktatási esélyegyenlőség megvalósulását sokan inkább vélik biztosítottnak egy állami közoktatási rendszerben, mint egy vegyes rendszerben, ahol a tandíjak, — illetve az a tény, hogy a jobb iskolák gazdagabb körzetekbe települnek —, ez ellen hathatnak. Persze az oktatás egyéni megtérülése mellett is felhozhatók nyomós érvek — mindazonáltal nyilvánvaló, hogy az oktatás tradicionálisan nem a tiszta magánjavak kategóriájába tartozik. A kvázi-közjavak biztosításában azonban sem a finanszírozás, sem az ellátás megszervezése szempontjából nem szükséges az állami monopólium. Következésképp, a tiszta megoldások sem nem szükségesek, sem nem ésszerűek, helyettük valamilyen ma-

gán-közösségi keverék kialakítását kell célul kitűzni, s a keveréken belül az egyes elemek arányát kell a közgazdasági és társadalmi racionalitás, illetve a tudatos értékválasztás alapján kialakítani.

Nyilvánvalóan nem elégséges tehát pusztán egy szempontot figyelembe vennünk (pl. hogy ki fedezi a költségeket), amikor a magán-, illetve a közösségi szektor határait kívánjuk meghatározni az oktatásügyben — ugyanilyen fontos szempontot jelent az irányítás, a kontroll is. E két szempont alapján az elméleti szélső pontok a teljesen központi-lag finanszírozott és irányított állami oktatás, illetve a teljesen egyéni és helyi erőforrásokra építő, helyileg — vagy az autonóm iskola által — irányított magánoktatás. Ábrázoljuk grafikusan a *jelenlegi*, mind a finanszírozás, mind az irányítás szempontjából *túlzott centralizációval* jellemezhető helyzetet (A), és a számításba jövő elmozdulások irányait.²

Az oktatási kiadások felhasználók, iskolák, illetve helyhatóságok által finanszírozott hányada (%)



Az oktatási szolgáltatások felhasználók, iskolák, illetve helyhatóságok által irányított hányada (%)

Korábbi — az oktatás kvázi-közjó jellegére vonatkozó — érveléséből következően, a teljes decentralizáció, azaz az ábra jobb felső sarkába történő elmozdulás a fellépő hatékonysági és méltányossági veszteségek miatt nem is lenne kívánatos, és társadalmilag is aligha volna kivitelezhető. Azonban a B (arányos, kiegyenlített finanszírozási-igazgatási decentralizáció), a C (adminisztratív decentralizáció) és a D (finanszírozási decentralizáció) pontok által jelölt helyzetek, irányok lehetségesek. Az elmozdulás kívánatos vagy várható irányát valamint mértékét csak további — a hazai fejlődést és a nemzetközi tendenciákat figyelembe vevő — elemzés után határozhatjuk meg pontosabban. Vizsgálódásunkat újabb szemponttal egészítheti ki az oktatáspolitikai játéktér mind önállóbbá váló szereplőinek elemzése. Tekintetbe kell vennünk a korábbi, alapvetően monolitikus oktatásügy állami szektorán keletkezett mind nagyobb réseket — a pártállam lebomlásával, az irányítás legitimációs válságával párhuzamosan mind autonómbbá váló iskolákat, illetve az önálló arculatot felmutató helyi oktatáspolitikát. Vizsgálódásunkat ki kell terjesztenünk a rendszer új elemeként megjelenő, potenciálisan önálló oktatáspolitikai-formáló erő, az *önkormányzat* által fenntartott és irányított önkormányzati iskolákra is.

Az önkormányzati szektor (azaz az irányítási szempont) explicit figyelembe vétele azért is fontos, mert csak így léphetünk ki abból a hamis — és sajnos túl általánosan elterjedt — leegyszerűsítésből, mely szerint a közösségi (állami) iskola jellemzője a *kínálati rugalmatlanság* (azaz a lakossági igények változásaihoz történő alkalmazkodás hiánya), míg a magánintézmények jelenléte a *piaci kínálati alkalmazkodás* gyorsaságát hozza a rendszerbe. Ezt az ismerős érvet az utalványrendszer amerikai és hazai támogatói (pl. Friedman, Sugarman illetve Besenyey István, Surányi Bálint) egyaránt sokat hangoztatták.³ Ugyanakkor a kísérleti tapasztalatok (Alum Rock) illetve más elméleti megfontolások fényében az érvelés relevanciája némiképp megkérdőjeleződik. Estelle James rámutat arra, hogy magániskolákat általában (s a fejlett országokban különösképpen) *non-profit szervezetek* működtetnek, azaz olyan szervezetek, melyek nem osztják szét a megmaradó hasznot. Ráadásul a non-profit státus gyakran az állami támogatások feltétele is egyben. „Ebben az esetben egyáltalán nem tehetjük fel automatikusan, hogy a magánkínálat képes reagálni a potenciálisan nyereséget hozó kereslet meglétére”. (i. m. 8. old.) A kínálati alkalmazkodás feladata eszerint a piac helyett — legalább részben — a helyi önkormányzatokra marad. A „közösségi — magán” ellátás dichotómiája helyett tehát jóval bonyolultabb szervezeti mezőn kell eligazodnunk, ha választ próbálunk találni arra a kihívásra, amelyet az állam által monopolizált iskolaügy számára a plurális demokrácia és a piaci versenyelv diadala jelent. Ezt az eligazodást segíti Winkler táblázata.⁴

Az állami iskolafinanszírozási rendszer megváltozásának, az iskolafenntartói monopólium feloldásának alighanem a hosszabb távú társadalmi következményei a legellentmondásosabbak, legnehezebben megítélhetők. Kétségtől fennáll az elkülönülés, a szegregáció veszélye — akár a családi szocializációs értékek, akár a vagyoni helyzet szerint —, mint ahogy erre egyes baloldali amerikai szerzők pl. az utalványrendszert bírálva is felhívták a figyelmet. (Lásd pl. Levin írását Lukács—Semjén, i. m.) Azonban ilyen tendenciák a korábbi — csak retorikájában egalitáriánus — magyar oktatási rendszerben is megfigyelhetők voltak. Az előzőekben az oktatás állami támogatása, másszóval *centralizált finanszírozása és irányítása mellett felhozott érvek* valójában nem annyira a centralizáció erősítését, mint a kormányzati beavatkozás szerepének pontos körülhatárolását igénylik illetve támasztják alá. Az egyenlőtlenség növelése például kiküszöbölhető a magánoktatás központi kormányzati támogatásával, más szóval a lakossági kereslet kormányzati elősegítésével, piacépítéssel — a magyar oktatáshoz szociológia nyelvén: szektorsemleges normatív finanszírozással.⁵ Ha lehetővé tesszük a magánoktatás vegyes finanszírozását, állami támogatását, ezáltal csökkenthetjük a jövedelmi szegregáció esélyét. A támogatás nagysága tükrözheti a hátrányos helyzetűek pozitív diszkriminációját is — ezáltal még jobban segítve az esélyegyenlőség fokozottabb megvalósulását.

Mindez — finanszírozási szempontból — aláhúzza a „*vegyes*” esetek (a magyar zsargon szerint a „többszintű finanszírozás”) kitüntetett jelentőségét. Mint Estelle James kiváló tanulmányában megállapítja: „Ha a magánszektor kiterjedt, akkor egyben valószínűleg államilag támogatott is, és a támogatások velejárója az ellenőrzés bizonyos szintje, létrehozva egyfajta közösségi — magánhibridet.” (39. old.) A ma-

		Magánszektor		Közösségi szektor		
		Tiszta magánmodell	Vegyes modell	Tiszta decentralizált modell	Vegyes modell	Tiszta centralizált modell
F I N A N S Z Í R O Z Á S	Bevételi források	Magán (fogysztói) befizetések (tandíjak stb.)	Magánbefizetések plusz kormányzati* pénz- és természetbeni juttatás	Helyi önkormányzati saját forrású erőforrások	Saját forrású önkormányzati bevételek plusz központi** támogatások és természetbeni juttatások	Központi kormányzati finanszírozás
	Finanszírozás módja	Minden oktatási inputot az iskola bevételeiből fedeznek	Egyes inputokat (pl. tanárok) közvetlenül kormányzatilag* finanszíroznak	Iskolai inputokat teljesen az önkormányzati bevételekből fedezik	Egyes iskolai inputokat központi** biztosítanak (természetben)	Az iskolák az összes inputot közvetlenül természetben kapják, központi elosztás alapján
I R Á N Y Í T Á S	Döntés a kiadások színvonaláról és módjáról	Iskolai döntéshozatal, amely a klientúra preferenciáit tükrözi	Az iskola döntéseit a kormány* ellenőrzi	Helyi önkormányzat autonóm döntése a helyi lakosság preferenciái alapján	Helyi önkormányzati döntések központi** kontrollal	Központi kormányzat egyetemes dönt
	Tandíjpolitika	Piaci erők határozzák meg a tandíjak színvonalát	Kormányzati* tandíjplafon	Önkormányzat autonóm módon állapítja meg a díjakat	Központi** ellenőrzés a tandíjak mértéke felett	Nincsenek tandíjak
	Szolgáltatás tartalmi kérdései	Tantervvel szabadság	Bizonyos mértékű tantervellőrzés	Helyi tantervválasztás	A helyi önállóságot központi** korlátozások csökkentik	Egységes nemzeti tantervek az összes iskola számára

*) Kormányzat alatt itt a helyitől a szövetségi az irányítás minden szintjét értjük.

**) Központ alatt a jelölt helyeken minden, a helyi önkormányzatnál magasabb irányítási szintet értünk.

Forrás: Winkler, I. m.

gániskolák költségeihez történő állami hozzájárulás mértéke a fejlett országokban gyakran a 95 százalékos mértéket is eléri. A vegyes megoldások szükségességét támasztja alá a decentralizáció mellett felhozható számos érv is — ezek legnyomósabbika alighanem a *kínálati alkalmazkodás* megkönnyítéséből, a helyi igényekhez való idomulásból fakadó *hatékonysági nyereség*. Hatékonysági nyereséget eredményezhet az is, hogy a helyi, vagy az iskolai szintű irányítás képes lehet az inputok hatékonyabb (kisebb költségű) kombinálására, vagy a tanulmányi eredményesség javítására. A magán- és az állami iskolák eredményességének és költséghatékonyságának összehasonlító vizsgálatával foglalkozó irodalom igen szerteágazó mind a fejlett, mind a fejlődő országokban.⁶ A számos módszertani probléma, a mintavételi torzítások (melyek kiszűrése bonyolult becslési eljárások alkalmazását teszi szükségessé) ellenére is, ezek eredménye meglehetősen egybehangzó. Tömören: a magániskolák tanulmányi hatékonysága általában jobb az állami iskoláknál (a mérések objektív tantárgyi teljesítménytesztok összehasonlításán alapulnak, s a tanulók különbségeiből eredő hatások

kiszűrésével történtek). A vizsgálatok ráadásul sokszor ahhoz a zavarba ejtő következtetéshez vezettek, miszerint a jobb eredményeket az alacsonyabb fajlagos költségekkel működő iskolákban érték el. (Colemanék vizsgálata mellett pl. ugyanezt mutatják a Jimenez—Lockheed—Wattanawaha hármashatái eredményei: „A kritikus kérdés az, hogy vajon a hatékonyabb iskolák szükségképpen költségesebbek-e. A költségadatok azt mutatják, hogy a válasz *határozott nem*”. I. m. 161. old.)

Mindez arra utal, hogy a magániskolák elterjedése Magyarországon is felszabadíthat bizonyos hatékonysági tartalékokat. A magam részéről ezt inkább csak a tanulmányi hatékonyság tekintetében érzem valószínűnek — a várható költségmegtakarításokat illetően egyes fejlődő országok (pl. Kolumbia és Tanzánia) tapasztalatainak elemzése szkepszisre ad okot. Cox és Jimenez (i. m.) vizsgálatai szerint ugyanis az iskolák inputellátottsága és eredményessége a fejlődő országokban határozott pozitív korrelációt mutat, szemben a fejlett országok (így pl. az Egyesült Államok) tapasztalataival, melyek szerint nincs szignifikáns összefüggés a változók között. A szkepszis nemcsak a költséghatékonyság, de a kínálatbővítés szempontjából is indokolt. Számos szerző (pl. Estelle James, Jee-Peng Tan) egybehangzó állítása szerint a magánoktatás kínálatbővítő szerepe inkább csak a fejlődő országokban, az oktatási szektor fejlettségének alacsony szintjén érvényesül.⁷ Később a nem állami szektor fejlődése inkább az állami oktatás valamilyen alternatívája iránti lakossági igényt tükrözi. A kritikus kérdés persze itt is (mint az előző Cox—Jimenez-féle következtetés alkalmazásánál is) az, mennyire tekinthető hazánk fejlődő (vagy éppen fejlett) országnak. A magam részéről — bár az előző példa szempontjából Magyarországot hajlamos lennék fejlődő országnak tekinteni — ezúttal inkább az állami oktatási rendszer relatív fejlettségét érzem meghatározónak. Ezért hazánkban a (vegyes) magánoktatás szerepét elsősorban a kínálat színesítésében látom. Persze egyelőre — elsősorban a képzési piac egyes szegmenseiben — a kínálat bővítése sem kizárható. Talán — a távolság és a fejlettség különbségei ellenére is — relevánsak lehetnek egyes kelet-afrikai országok tapasztalatai, melyek arra utalnak, hogy amennyiben az állami oktatási szolgáltatás kifejezetten rossz minőségű, még a szegény háztartások is hajlandók magániskolákra költeni. (Tan, i. m. 114. old.)

Jegyzetek

1. Bővebben lásd pl.: George Psacharopoulos — Maureen Woodhall: *Education for Development*, The World Bank — Oxford University Press, 1985. 327. old.; Emanuel Jimenez—Jee Peng Tan: *Decentralised and Private Education: the Case of Pakistan*, *Comparative Education*, Vol. 23. No. 2, 1987, 173—190. old.; Semjén András: *Piac vagy közösségi finanszírozás? Arat a magyar, MTA Szociológiai Kutatóintézete*, 1988. 211—220. old.
2. Az ábra forrása Jimenez—Tan, i. m. Hasonló gondolatok természetesen számos más szerzőnél megtalálhatók. Estelle James például azt írja, hogy „valójában a közösségi- illetve magánfinanszírozás és kontroll *kétdimenziós kontinuumával* van dolgunk”. (Estelle James: *The Political Economy of Private Education in Developed and Developing Countries*, The World Bank, Education and Training Series Discussion Paper, 1987, 61. old.)
3. Az utalványrendszerről bővebben lásd Lukács Péter—Semjén András (szerk.): *Oktatásfinanszírozás, Oktatáskutató Intézet*, Budapest, 1988. 251. old.
4. Donald Winkler: *Federalism and Education Finance: the Case of Elementary Education in Brazil and the USA*; konferencia-előadás (*International Conference on Economics of Education*, Dijon, 1986), Idézi Jimenez—Tan, i. m.
5. Lásd erről bővebben Semjén András: *Iskolapiac-építés, Magyar Narancs*, II. évf. 19. szám, 1990. szeptember 27.
6. E vizsgálatok egyik „klasszikusa” (James Coleman—Thomas Hoffer—Sally Kilgore: *High School Achievement: Public, Catholic and Private Schools Compared*, New York, Basic Books, 1982) az Egyesült Államok iskoláit elemezve jutott arra a meglehetősen meglehetősen, hogy pl. a katolikus magániskolák nemcsak alacsonyabb fajlagos költséggel

működnek, mint állami társaik, de hátrányosabb társadalmi-gazdasági helyzetű növendékeik dacára jobb tanulmányi teljesítményt is érnek el amazoknál. (Bővebben lásd még Norman Macrae cikkét, Lukács-Semjén, i. m.) A fejlődő országokra vonatkozó irodalomból, eset-tanulmányokból módszertanilag is kiemelkedően érdekes pl. Emanuel Jimenez—Marlaine Lockheed—Nongnuch Wattanawaha: The Relative Efficiency of Private and Public Schools, The Case of Thailand, *The World Bank Economic Review*, Vol. 2. No. 2, 1988. 139—164. old. illetve Donald Cox—Emanuel Jimenez: The Relative Effectiveness of Private and Public Schools: Evidence of Two Developing Countries, *Journal of Development Economics* (meg-jelenés alatt).

7. Jee-Peng Tan kimutatta, hogy a 60-as évektől kezdődően a beiskolázási ráta emelkedésével párhuzamosan a magánoktatás részaránya csökkent a legtöbb fejlődő országban. (Jee-Peng Tan: Private Enrollments and Expenditure on Education: Some Macro Trends, *International Review of Education*, XXXI (1985) 103—117. old.

Intenzív pénzhiány

Interjú dr. Hirsch Tiborral,
a Heim Pál Gyermekkórház intenzív osztályának
főorvosával

Esély: Elgondolkoztató az Önök felhívása. A Heim Pál Kórház, egy országos intézet, Budapest egyik ún. elit kórháza, végső megoldásként a szülők anyagi támogatását kéri abban, hogy életmentő fontosságú készülékeket vásárolhasson beteg gyerekek számára.

dr. Hirsch Tibor: Elgondolkoztató, ugye? Nyolc—tízezer altatást végzünk évente olyan körülmények között, ahogyan ma már nem szabadna dolgozni. Nincsenek megfelelő ellenőrző berendezések, monitorok, így hagyományos módon számláljuk a pulzust, figyeljük a légzést, ami nyilvánvalóan óriási rizikóval jár. Nem csekély szakmai, etikai dilemma előtt állunk, amikor el kell döntenünk, hogy melyik beteg kapjon korszerű lélegeztetőgépet, és kinek jusson egy kevésbé jó. A két gép között annyi lehet a különbség, mint mondjuk egy Mercedes és egy Trabant között.

E.: Az államtól semmilyen támogatást nem kapnak?

dr. H. T.: Gyakorlatilag nem. Olyan szűkös volt a költségvetésünk, hogy évente mindössze két, két és fél millió forintot tudtunk műszerre fordítani. Manapság a legegyszerűbb készülék ára is minimum félmillió Ft. Ez azt jelenti, hogy az elmúlt öt évben, amióta megalakult az intenzív osztály, semmilyen komoly fejlesztésre nem volt lehetőségünk. Ezért az alapítvány kizárólagos célkitűzése az aneszteziológiai és az intenzív terápiás osztály műszerezettségének javítása.

E.: A költségvetés nem méltányolja azt a szempontot, hogy életmentő készülékről van szó?

dr. H. T.: Méltányolja, és az együttérzéséről biztosít, de a szűkös keretekre hivatkozva nem ad pénzt.

E.: Úgy gondolom, hogy ma, amikor még nem alakult ki az egyéni mecénatúra Magyarországon, és az emberek anyagi helyzete általában lehangoló, egy ilyen alapítvány létrehozása csak a végső eszköz lehet és kevés reménnyel kecsegtet.

dr. H. T.: Természetesen ez végső eszköz, amit végül is szívegyünk. . . senki sem szeret pénzt kunyerálni. Nagyon sokat tépelődtem azon, belevágjunk-e egyáltalán. Jogunk van-e ahhoz, hogy a szülők támogatását kérjük, sok esetben olyan szülőkét, akiknek a gyereke nálunk gyógyult. A felhívás szövegében figyeltünk erre, és tulajdonképpen nem a szülőket kérjük, hogy adományozzanak a kórház számára, hanem a segítségüket kérjük abban, hogy a környezetükben élő kisiparosok, vállalkozók, vállalatok körében terjesszék a felhívást, segítsenek mecénásokat találni. Az eddigi tapasztalatok azt mutatják, hogy gyakran a kisemberekben több a segítőkészség. Sokan fizettek már be kisebb-nagyobb összeget, kaptunk pénzt a Nyugdíjasok Klubjától is.

Sajnos már lehetőségeink nemigen vannak. A kórház a legkülönbözőbb módokon igyekszik nyereségesé válni. Még mosást, főzést is vállalunk más intézmények részére, de hát az mégsem lehet egy egészségügyi intézmény célja, hogy melléküzemágban gazdálkodjon. Ez valahol alapvetően elhibázott. A kórháznak a betegért kell működnie, a beteg az első. Ha a felső szervekhez fordulunk, empátiában ott sincs hiány, de ettől a betegnek nem lesz jobb. Ez vitt odáig, hogy a társadalomhoz forduljak segítségért.

E.: Ezt a vállalkozást az államnak kellene finanszíroznia. Mi történik, ha a várakozások ellenére nem jön össze a megfelelő mennyiségű tőke?

dr. H. T.: Akkor minden marad a régiben.

E.: Mit mutatnak a statisztikák? Hogyan alakult a beteg gyerekek száma az elmúlt években?

dr. H. T.: A baleseti betegek száma egyértelműen óriási növekedést mutat. Csak ki kell menni az utakra, ahol nap mint nap elszabadul a pokol. Rengetegen vezetnek, akiknek nemhogy autóra, de még rollerre sem adnék jogosítványt.

E.: Hogyan változott a légzőszervi betegek száma?

dr. H. T.: Az is nőtt, ez elkerülhetetlen. Aki hallgatja reggelenként a levegőszennyeződésről szóló híreket, annak napnál világosabb, mi ennek az oka. Alig van olyan reggel, amikor ne azt hallanánk, hogy a levegőszennyezettség meghaladja a megengedettet, vagy annak közeliében van.

E.: Egészségügyi statisztikáink Európában messze a legrosszabbak között vannak.

dr. H. T.: A statisztikák sok mindent tükröznek. Környezetszennyezést, rossz táplálkozást, mozgásszegény életmódot stb. Ezen mind változtatni kellene, és ez nem kizárólag az anyagiakon múlik, hanem hozzáállás, szemléletmód kérdése is.

E.: A kórház befogadóképessége elegendő a betegek növekvő számához képest?

dr. H. T.: Pillanatnyilag többé-kevésbé még igen. Ennek az az oka, hogy jóval kevesebb a születések száma. A gyermeknépesség száma évek óta lefelé megy, igaz, közben a balesetek és légzőszervi megbetegedések aránya nő. Mégsem a férőhely szűkössége a gondunk. Ha az ellátás és ápolás színvonalát nézzük, akkor a mi kórházaink többsége, sajnos, megintcsak jócskán lemarad pl. egy nyugat-európai kórház színvonalához képest. Gyermekkórházaink elrendezése a hagyományos, porosz szemléletet tükrözi. Egy osztály kórtermekből áll, orvosi megfigyelési szobából, és kész. Ez nagyjából a régi beosztás. Hiányoznak a játszósobák, olyan helyiségek, ahol a gyerekek étkezhetnének stb.

E.: Nincs étkező a kórházakban?

dr. H. T.: Nem mindenütt. Több helyen a folyosón esznek. Az osztályok modernizálása nyilvánvalóan az ágyszám rovására menne. Ez újabb problémákat vetne fel.

E.: Az egészségügyi rendszeren belül mennyire részesül előnyben vagy szorul háttérbe a gyermekegészségügy?

dr. H. T.: Van egy határozott koncepció arról, hogy a gyermekegészségügyet nem kell fejleszteni, mivel nem születik kellő számú gyerek. De ez rossz koncepció. Nagyon sok fontos minőségi változtatásra lenne szükség, a korszerű felszereltségtől a modern elrendezésű kórtermekig. Eleve rosszak azok a normatívák, amelyek megszabják, hány ágyra

hány nővér juthat. Alacsonyok a fizetések, nehéz a munka, rendkívül előnytelen az időbeosztás... Jelenleg az egészségügyben óriási munkaerőhiány van. Megdöbbentő, hogy munkanélküli segélyeket fizetünk, miközben egy fontos szakma munkaerőhiánnyal küzd. Ha a társadalombiztosítás rendszere nem fejlődik tovább néhány éven belül, és nem alakul ki olyan helyzet, amelyben a betegért végzett munkát aszerint fizeti a biztosító, hogy milyen teljesítmény áll mögötte, addig nem reménykedhetünk lényeges javulásban.

Az interjút készítette: Lévai Katalin

Alapítvány

Tisztelt Szülők!

A Heim Pál Gyermekkorház anaesthesiológiai és intenzív therápiás osztálya „Életveszélyben lévő csecsemők és gyermekek megmentéséért” alapítványt létesített.

Az osztály 25 éve foglalkozik életveszélyesen beteg újszülöttek, csecsemők és gyermekek intenzív gyógyításával, évente 200—300 rendkívül súlyos állapotban lévő csecsemő és gyermek életéért küzd, nemzetközi összehasonlításban is jó eredménnyel. A kiterjedt műtétet igénylő, balesetet szenvedett, súlyosan égett, lélegeztetésre szoruló, fuldokló betegek mellett a mérgezett, máj-vese elégtelenségben szenvedő, eszméletlen vagy egyéb életveszélyben lévő újszülöttek, csecsemők és gyermekek folyamatos magas szintű ellátásáról kell gondoskodnunk.

Mindezen feladatok megoldása korszerű műszerezettséget igényel. Az alapítvány kizárólagos célja az eredményesebb gyógyítás alapfeltételét jelentő műszerezettség javítása. Ennek szükségességét igazolja néhány adat. Műszerparkunk hiányos, korszerűtlen, másrészt kevés és elhasználódott. Az osztály évente 8—10 ezer altatást végez és egyetlen korszerű altatás alatti betegellenőrző rendszerrel sem rendelkezik, pedig ez ma alapkövetelmény, mert a beteg biztonságát szolgálja. Osztályunknak egyetlen korszerű „Siemens” lélegeztetőgépe van, mely ha meghibásodna, katasztrofális helyzet alakulna ki. A többi lélegeztetőkészülék már elavult. Elgondolható, hogy milyen nehéz szakmailag és etikailag a döntés akkor — és erre már volt példa —, ha egyszerre több beteget kell lélegeztetőgépre helyezni. Az említett példák jelzik gondjainkat, egyre nehezítik a munkát és rontják eredményeinket. Súlyos betegeinknél szükség volna kiterjedt műszeres ellenőrzésre, folyamatos gyógyszeradagolást biztosító készülékekre, méregtelenítő eljárás alkalmazására. Mindezt sajnos jelenleg, korszerű műszerek hiányában nem tudjuk maradéktalanul biztosítani.

A gyermekekkel szemben lelkiismereti kötelességünk, hogy ezen negatív jelenséggel szemben mindent megtegyünk. Mivel állami támogatásra a közeljövőben nem számíthatunk, ezért fordulunk segítségért a társadalomhoz: vállalatokhoz, kisiparosokhoz és vállalkozókhoz, közösségekhez és egyénekhez, akik átérzik az alapítvány célkitűzéseinek jelentőségét, hogy belső indíttatásból, kényszer nélkül, lelkiismeretük szavára hallgatva pénzbeli adomány formájában járuljanak hozzá az alapítványhoz.

A hozzájárulás összegét adóalapjuktól levonhatják. Az alapítványt támogatókat igazolvánnyal látjuk el, mely feljogosítja őket, hogy gyermekek a területi beosztástól függetlenül, a szakmai szempontok figyelembevételével kórházunk ambulanciáján és osztályain ellátásban részesüljenek.

Kedves szülők, ha egyetértenek az alapítvány célkitűzésével, tisztelettel kérem, fejtsenek ki széles körű propagandát munkahelyükön és baráti körükben e nemes cél érdekében.

Az Alapítvány a Magyar Külkereskedelmi Bank Rt.-nál vezetett elszámolási számlája: „Intenzív kezelést igénylő gyermekek megmentéséért” Alapítvány MKKB 203-25831-7007.

Devizabefizetés: Swift: MKKB HUHB/HOLD/C 8. Heim Pál Gyermekekórház „Intenzív kezelést igénylő gyermekek megmentéséért” Alapítvány.

Budapest, 1990. szeptember

Köszönettel
Dr. Hirsch Tibor
oszt. vez. főorvos
c. egyetemi docens

Csaba Iván

A jóléti állam privatizációja Nagy-Britanniában

Az új jobboldal szociálpolitikája és a privatizáció jelentése

A nyolcvanas években új kulcsszavak honosodtak meg a brit szociálpolitikában. A „közösségiség”, „szolidaritás”, „egyenlőség” és „szociális jogok” fogalomrendszerével szemben a „szabad választás”, az „önsegítés”, a „személyes függetlenség”, a „szabad verseny” és a „magánvállalkozás” fogalmai emelkedtek be a hivatalos politika szótárába. Napirendre került a jóléti állam privatizációja.

Az 1979-ben hatalomra került konzervatív kormányzat számára ideológiai háttérként szolgáló neoliberalizmus a fejlett országokban létrejött jóléti államokat alapjaikban kérdőjelezte meg. A jóléti állam kritikája közgazdasági és morális jellegű érveket egyaránt tartalmaz.

Az új-jobboldali gondolkodás számára a jóléti állam pazarlónak mutatkozik, mert a szolgáltatások finanszírozására kivetett adók lefojtják a gazdaságot, miközben a szociális juttatások is teljesítményviszatarató hatásúak. A redistribúció ezen álláspont képviselői számára ésszerűtlen méreteket öltött. Ezt az is példázza, hogy azoknak fizetik a szociális juttatásokat, akiket egyúttal az állam súlyosan megadóztat. Emellett a jóléti szolgáltatások állami előállítása is hatékonyságrontó. A verseny minden elemét kiiktató univerzális rendszerek valójában nem a fogyasztók, hanem a szolgáltatók és a bürokrácia érdekeit szolgálják, akik a közösségi erőforrások felhasználásáról minden anyagi kockázatot és gazdaságossági kényszer nélkül dönthetnek. Ilyen körülmények között az igénybe vevők kiszolgáltatottak, miközben a szolgáltatások kínálatukban rugalmatlanok. Az univerzális szolgáltatások okozta veszteséglista tovább növekszik, ha figyelembe vesszük azokat a lehetséges újításokat és változatos megoldásokat, amelyek elmaradtak, mert a monopolizált állami rendszerek kiszorították a magánkezdeményezést. A közösségi jóléti szolgáltatások hatékony működését, a kritikusok szerint, kizárja azok ingyenes volta is. Ez, túl azon, hogy elkerülhetetlenül túlkeresletet eredményez, nem teszi lehetővé a kínálati oldal számára a kereslet reális felmérését, sem a fogyasztók számára a gazdaságilag

racionális döntéshozatalt. A fogyasztók csupán szavazópolgárként gyakorolhatnak közvetett hatást a jóléti kiadások méretére és jellegére, ami a piaci kereslethez képest nagy hibalehetőségeket rejt magában.

Morális alapon egyrészt azért tartják elfogadhatatlannak a neoliberaisok a kiépült jóléti rendszereket, mert szerintük a jóléti állam tartósítja az eltartottság helyzetét. A segélyek nem teszik érdekeltté a leszakadt csoportokat, hogy változtassanak helyzetükön, így a szociálpolitika maga gerjeszti a segélyekért jelentkezők számát. Létrejött egy „függőségi kultúra”. Az egyenlősítő célok nem veszik figyelembe az ösztönzési problémákat, azt, hogy a segélyezettnek kötelezettségeik is vannak a társadalommal szemben. Másfelől, libertáriánus szemszögből a jóléti állam igazolhatatlan módon korlátozza az egyéni szabadságot is. A szociális szolgáltatások azon az elven működnek, hogy az állam jobban tudja, mi szolgálja az egyének érdekeit, mint ők maguk. Ez a paternalista felfogás annál inkább sújtja a szegényeket, mivel az állami rendszerekhez ők kevésbé tudnak hozzáférni. Ezért helyzetüket is lényegesen javítaná és szabadságukat is szélesítené, ha a természetbeni szolgáltatások helyett pénzutalványban részesülnének, és maguk dönthetnék el, hogy milyen jellegű szolgáltatást kívánnak igénybe venni.

A szociálpolitika új-jobboldali programja a kötelező és univerzális rendszerek lebontását és az ún. reziduális jóléti állam megteremtését javasolja. A reziduális jóléti állam a szociális szolgáltatások működtetését, mértékben amennyire ez csak lehetséges, a piacra bízta. Az állami intézményeknek csak kiegészítő szerepet szabad játszaniuk a család, az önkéntes adományozás és a szabad vállalkozás intézményei mellett. A reziduális jóléti állam annyiban is kiegészítő jellegű, hogy figyelme a teljes lakosság helyett csak a legszegényebbekre terjed ki. Ugyanakkor a redistribúció nem szolgálhat egyenlősítő célokat, csupán a legalapvetőbb létfenntartási szükségletek kielégítését biztosíthatja, de csak abban az esetben, ha a segélyezett maga is erőfeszítéseket tesz helyzete javítása érdekében. (A jóléti állam új-jobboldali kritikájáról lásd még: Flynn 1989, Murray 1984, Anderson 1990, Seldon 1977.)

Ahhoz a radikalizmushoz képest, amelyet a konzervatívokhoz közelálló agytröszt (mint az Adam Smith Intézet vagy a Gazdasági Ügyek Intézete) szociálpolitikai javaslatai képviselnek, a ténylegesen végbe ment változások nem tűnnek olyan drámainak. Ha szemügyre vesszük Nagy-Britannia szociális kiadásait Thatcher miniszterelnök kormányzása alatt, azt látjuk, hogy ezek összege reálértékben nem hogy csökkent, hanem évről évre növekedett; a lakásra, egészségügyre és személyes szociális szolgáltatásokra, társadalombiztosításra valamint az oktatásra fordított kiadások az 1989/1990-es költségvetési évben együttesen mintegy 18 százalékkal haladták meg az 1978/1979-es szintet. Az a konzervatív párti jelmondat, miszerint „a mi ellenőrzésünk alatt a jóléti állam biztos kezekben van” ugyanakkor azt is jelenti, hogy megszigorították a szociális szféra költségvetési korlátját. A hetvenes évek végétől a szociális kiadások a bruttó nemzeti termékhez (GDP) mért aránya — kisebb ingadozások mellett — azonos szinten maradt a korábbi időszak dinamikus növekedésével szemben. Emellett a jóléti kiadások összetétele átrendeződött. A lakáscélú kiadások abszolút értelemben mintegy egyharmadnyira szűkültek. Az oktatás rész-

aránya a GDP-hez képest valamelyest csökkent (5,3 százalékról 4,8 százalékra), míg az egészségügyi szektoré némileg emelkedett (5,2 százalékról 5,6 százalékra). A társadalombiztosítási juttatások összege viszont jelentősen növekedett a vizsgált időszakban: 1986/87-ben több mint 40 százalékkal magasabb szintet ért el, mint 1978/79-ben. Az összképet árnyaltabbá teszi, ha figyelembe vesszük a demográfiai változásokat (a társadalom előregedését) és azt, hogy a társadalombiztosítási kiadások rendkívüli mértékben érzékenyek a gazdasági változásokra (pl. a munkanélküliség alakulására). (Lásd a táblázatot). A szociális kiadások alakulása azonban nem tükrözi teljesen a valóságot. Egyfelől igaz, hogy nem ment végbe a jóléti állam lebontása. Másfelől a szociálpolitikában egy egészen újfajta megközelítés érvényesült, és — a politikai támogatottságtól is függően — területenként különböző mélységű strukturális változások zajlottak le (leglátványosabb módon a lakásszektorban, legkisebb mértékben az egészségügyi szolgáltatások esetében). A szociálpolitika egész rendszerében határeltolódásról beszélhetünk a piac és a magánszféra javára (Gretton, Harrison, Beeton 1987).

A kulcsfogalommá vált privatizáció jelentése differenciáltabbá lesz, ha megkülönböztetjük a jóléti szolgáltatásokban való állami részvétel különböző formáit, amint azok a szolgáltatások előállításában, finanszírozásában vagy szabályozásában megnyilvánulnak. Másodsor, bár Nagy-Britanniában, más fejlett tőkes országokkal összehasonlítva, a szociális szektorban az állam dominanciája egyike a legnagyobb mértékűeknek, a szigetországban az állam korábban nem volt a jóléti politika egyedüli felelőse. Ezen a téren is egyfajta vegyesgazdaság működött. Továbbá, a nem állami nem azonosítható egyszerűen a magánvállalkozással, emellett a munkahelyi szociálpolitikát, a non-profit intézményeket és a karitatív szervezeteket, valamint az informális szektort (család, szomszédság) is külön tényezőként célszerű kezelni. A privatizáció címszóval több eltérő jellegű tevékenységet jelölnek meg az angol gyakorlatban (O'Higgins 1989, le Grand-Robinson 1984, Walker 1984).

1. *Szimulált piac.* Az „államtalanításnak” ez a módja tulajdonképpen sem a kereslet, sem a kínálat oldaláról nem jelent tényleges privatizációt. A konzervatív kormány igyekezett a tervezés hatókörét minél szűkebbre vonni, és a korábbi központosított allokációt az állami szektoron belül létrehozott piac működtetésével helyettesíteni. Ennek tipikus formája, amikor egy állami tulajdonú intézmény lehetőséget kap arra, hogy kilépjen (*opt out*) a közvetlen állami irányítás szervezeti kereteiből, és gazdaságilag önálló egységként versenyezzen a fogyasztókért. Mindemögött az a meggyőződés húzódik meg, hogy a profitmotívum nem idegen a szociális szektortól sem, sőt pozitívan hat tevékenysége határfokára.

2. *Magánhozzájárulás növelése.* Bizonyos, korábban ingyenes szolgáltatások esetén a díjszabás bevezetésétől nemcsak egyszerűen bevételnövekedést vártak, hanem a fogyasztói magatartás megváltozását is. A térítési díjak ugyanis a konzervatív érvelés szerint, növelik a fogyasztói felelősséget, és visszatárhathatnak a túlfogyasztástól. Az esetek többségében az árszabás továbbra is a piaci érték alatt maradt.

3. *Az állami felelősség átruházása (contracting out).* A privatizációnak előszeretettel alkalmazott módszere ez Nagy-Britanniában. Az árak

A jóléti kiadások alakulása Nagy-Britanniában az 1978/79-es költségvetési évtől az 1989/90-esig
 reálértékben 1989/90-es árszínvonalon és a GDP-hez viszonyított arányukban (milliárd font)

	1978—79	1979—80	1980—81	1981—82	1982—83	1983—84	1984—85	1985—86	1986—87	1987—88	1988—89	1989—90
Lakás (GDP %)	9,6 (2,4)	10,3 (2,6)	8,7 (2)	5,9 (1,5)	5,1 (1,3)	5,6 (1,4)	5,4 (1,3)	4,7 (1,1)	4,5 (1,0)	4,4 (0,9)	3,2 (0,6)	3,4 (0,7)
Egészségügy és személyes szociális szolgáltatások (GDP %)	20,3 (5,2)	20,8 (5,3)	22,5 (5,1)	22,9 (6,0)	23,3 (6,0)	23,6 (5,9)	24,1 (5,9)	24,2 (5,7)	25,1 (5,7)	26,2 (5,6)	27,0 (5,6)	27,5 (5,6)
Társadalombiztosítás és szociálpolitikai juttatások (GDP %)	37,2 (9,6)	37,7 (9,6)	38,4 (8,8)	42,7 (11,3)	45,2 (11,7)	47,4 (11,8)	48,9 (12,0)	50,5 (11,9)	52,6 (12,0)	52,3 (11,3)	49,9 (9,5)	49,7 (9,7)
Oktatás és tudomány (GDP %)	20,8 (5,3)	20,5 (5,2)	21,1 (4,8)	20,9 (5,5)	21,0 (5,4)	21,1 (5,2)	20,9 (5,1)	20,6 (4,8)	21,8 (4,9)	22,5 (4,8)	22,7 (4,7)	23,3 (4,8)
Összes összeg	87,9	89,3	80,7	92,4	94,6	97,7	99,3	100,0	104,0	105,4	102,8	103,9
Kiadási növekmény (GDP %)	100,0 22,8	101,5 22,7	103,1 20,8	105,1 24,4	107,6 24,5	111,1 24,4	112,9 24,3	113,7 23,6	118,3 23,7	119,9 22,8	116,9 21,5	118,2 21,5

Forrás: A Kormány költségvetési tervvel, Öfelsége Pénzügyminisztériuma, 1990. január

bevezetésétől eltérően ebben az esetben az állam nem a finanszírozásból, hanem a szolgáltatás előállításából vonul vissza. Az állam „kiszereződik” egy magánvállalattal vagy karitatív szervezettel egy bizonyos tevékenység ellátására. Az állam vagy a teljes költséget megtéríti, vagy egy fix összeget a szolgáltatónak, illetve utalványt (*voucher*) ad magának a fogyasztónak. Gyakori módja a kiszereződésnek a versenypályázati forma, amikor magán- és állami szervezetek egyaránt versenyezhetnek ajánlataikkal. A szolgáltatás ilyen típusú privatizálásától a gazdaságosság növekedését és a kínálat rugalmasabbá válását remélték.

4. *Az állami szolgáltatások csökkentése és/vagy a magánszektor ösztönzése.* A privatizálásnak tulajdonképpen az a legpasszívabb formája, amikor az állami szolgáltatások mennyisége és minősége nem tart lépést a lakosság igényeivel, arra készítetve a fogyasztókat, hogy magánmegoldás után nézzenek. Fontos itt megjegyezni, hogy az ún. humán szolgáltatások iránti kereslet a személyes jövedelem növekedésénél általában nagyobb ütemben növekszik, ami előrevetíti a fejlett országokban a nem állami szolgáltatások térnyerését. Ez fokozottabban igaz az Egyesült Királyságra, ahol a kormány megfékezte a szociális kiadásokat.

A fogyasztók magánszektorba való átirányításának aktív eszköze keresletük támogatása valamilyen pénzügyi ösztönző (szubvenció, adókedvezmény) bevezetésével. Az ilyen jellegű nyílt vagy burkolt költségvetési ráfordítások nagyságrendekkel nőttek az utóbbi évtizedben. Végül a magánszektor közvetlenül is részesül állami támogatásban. (A különböző karitatív és önkéntes szociális tevékenységet folytató szervezeteknek nyújtott állami támogatás például mintegy kétszeresére növekedett a nyolcvanas években, nem számítva az adományozóknak nyújtott adókedvezményeket (Knopp 1989).

A kormány többek között úgy érvel a magánszektor igénybevételeinek támogatása mellett, hogy ezáltal csökkenthető az állami rendszerekre nehezedő teher, és változatosabb módon elégíthetők ki a speciális igények.

5. *Az állami javak privatizálása.* A privatizációnak ez a klasszikus fajtája nem jellemző a jóléti intézményekre, az állami iparra annál inkább. A szociális szektoron belül a javak magánkézbe adása lényegében egy területre, a lakásvagyonra koncentrálódott.

A következőkben az egyes szociálpolitikai részterületeken mutatom be a privatizáció mértékét, és az itt felsorolt privatizációs technikák alkalmazását.

A társadalombiztosítás és a szociális juttatások rendszere

Annak ellenére, hogy a Thatcher-kormány az állami kiadások megfaragására törekedett, a társadalombiztosítás költségvetése masszívan ellenállt minden erőfeszítésnek. A végbement költségrobbanás mögött a juttatásokra szorulóknak drasztikus növekedése húzódott meg: nőtt a nyugdíjra jogosult népesség, a nyolcvanas évek első felében rekordméreteket öltött a munkanélküliség, és ezzel párhuzamosan a minimum segélyekből élők száma is majdnem megduplázódott, az 1978-as 4,3 milliőről 8 millióra emelkedett 1987-ig.

Ilyen körülmények között a kormány igyekezett az egyes juttatásokat fokról fokra megkurtítani, illetve a jogosultak körét szűkebbre fogni. Ez egybecsengett azokkal a meghirdetett célkitűzéseivel, hogy a szociálpolitikának is ösztönöznie kell a munkavállalásra, a juttatásokkal való állítólagos kiterjedt visszaéléseket vissza kell szorítani, valamint a kiadásokat a legrosszabb helyzetben lévők csoportjaira kell koncentrálni.

Ennek keretében többek között módosították a nyugdíj-megállapítás módját (pl. eltörölték a reálbérszínvonalhoz történő indexálást), töredék szolgálati idő esetén eltörölték a társadalombiztosításra való részleges jogosultságot, egyes juttatásokat adókötelessé tettek, megszüntették az anyasági, betegségi és a munkanélküli segély jövedelemarányos részét. Ez utóbbi már összefüggésben van a munkavállalási kényszer politikájával, mint ahogy az is, hogy az újabb rendelkezések szerint már 26 hétig nem fizethető munkanélküli segély annak, aki saját hibájából veszítette el állását. A fiatalkorú munkanélküliekkel szembeni állami szigor még jobban érvényesült, akik csak akkor részesülhettek segélyben, ha 2—6 hetenként lakóközteret váltottak munkahely keresése céljából. A hivatalos propaganda a fiatalkorúak esetében is hangsúlyozta a család felelősségét az állami szociálpolitikával szemben, ily módon a szociális transzferek megnyirbálása is felfogható egyfajta privatizációként.

A legrászorultabbak megcélzása praktikusán azt jelentette, hogy a szociális juttatások rendszerén belül megnőtt — az egyéb juttatások csökkentésének logikus következményeként — a jövedelemigazoláshoz kötött segélyek jelentősége (ami egyébként ellentmondásos módon erősíti az ún. szegénységi csapda hatását). A jövedelemfüggő segélyek iránt látványosan emelkedő kereslet viszont érvet szolgáltatott ezek visszafogására is. Ismét megjelent az „érdemes” és „érdemtelen” szegények közötti megkülönböztetés, a lecsúszottak morális megbélyegzése. A szociális segélyezés piacositásának egy sajátos formája az 1986-os társadalombiztosítási törvény nyomán felállított Szociális Alap, amely a korábbi egyszeri segélyek helyett (pl. temetési segély), többnyire kamatmentes hiteleket nyújt a rászorulóknak. Ezzel a technikával tulajdonképpen a legszegényebbek finanszírozzák egymás segélyeit.

Az elmúlt időszak másik jellegzetessége a társadalombiztosítás terén, hogy nőtt a munkahelyi szociálpolitika jelentősége. A táppénzbiztosítást és a gyermekgondozási díjat úgy mond privatizálták azáltal, hogy a foglalkoztatók kötelezettségévé tették ezen juttatások alkalmazottaik számára történő fizetését. Valójában arról van szó, hogy az adminisztrációs tevékenység elvégzését a vállalatokra bízták, hiszen azok kifizetéseiket teljes egészében levonhatják társadalombiztosítási járulékukból. Az is kétséges, hogy ezáltal az adminisztrációs költségek jelentősen csökkentek volna. A nyugdíjbiztosítás esetén a kormányzat eredetileg radikálisabb terveket dédelgetett: a nyugdíj jövedelemarányos részét kivonni a társadalombiztosításból, és a kötelező jelleget megtartva az állampolgárok választására bízni a nyugdíj e részének biztosítását. Nagy-Britanniában ugyanis 1975 óta a nyugdíj két elemből tevődik össze: egy fix összegű alapnyugdíjból, és egy ezen felüli jövedelemfüggő részből. Ez utóbbira a dolgozók foglalkoztatói kiszereződhetnek, ha garantálni tudták a megfelelő összegű nyugdíj biztosítását, az állam viszont kötelezettséget vállalt e nyugdíjak értékének fenntartá-

sára is. Végül is a nagyfokú ellenállás hatására a kormány letett szándékáról, de erőteljesebb támogatásban részesítette az állami nyugdíjbiztosításból való kilépést. Ezen túl egy bizonyos mértékű hozzájárulásra, nem pedig adott mértékű nyugdíj garantálására lehet szerződést megkötni. A dolgozók arra is lehetőséget kaptak, hogy a munkahelyi nyugdíjbiztosítás helyett nyugdíjszerződést kössenek üzleti biztosítókkal. Ezek adminisztrációs költségeit is átvállalta a társadalombiztosítás. Ezen intézkedések hatására nem nőtt látványosan a társadalombiztosításon kívüli nyugdíjbiztosítások mértéke, amely korábban is tekintélyes volt: az összes dolgozó 50 százaléka, és a teljes munkaidőben foglalkoztatottak 60 százaléka rendelkezett alkalmazotti nyugdíjjogosultsággal (Papadakis, — Taylor-Gosby, 1990).

A nyugdíjbiztosítás esetében világosan kimutatható a konzervatívok ideológiai elfogultsága, ami a magánbiztosítás pozitív diszkriminálását is elfogadhatóvá tette. A következő megjegyzés a jövedelemelosztásra és annak hatásra vonatkozik. Mivel alkalmazotti nyugdíjjal jóval nagyobb arányban rendelkeznek a magasabb iskolai végzettségű és nagyobb jövedelmű dolgozók, mint az alacsonyabbak, így a társadalombiztosítás nagyobb járulékösszegtől esett el, és a kiszereződés negatív hatást gyakorolt a redistribúcióra is. Ezt tetézi a magánhozzájárulásra vonatkozó adókedvezmény, ami mint „láthatatlan” kiadási tétel, arányosan növekedett a szociális juttatások megnyírbálásának időszakában is. Bár az alkalmazotti nyugdíjak fontos, kiegészítő szerepet játszanak egy rugalmas társadalombiztosítási rendszerben, ezek növelhetik a dolgozók munkahelyi függőségét. Ez vonatkozik a munkahelyi szociálpolitikára általában is, ami a tapasztalatok szerint a munkahely elhagyásokat illetve a kevésbé fontos dolgozókat hátrányosan kezeli. Továbbá, a munkahelyek által menedzselt nyugdíjalapok működtetésének ellenőrzése sem teljesen megoldott. Így fennáll a veszélye annak, hogy a vállalatok „belenyúlhatnak” a nyugdíjalapokba (Lister 1989, McGlore 1990, Van Langendonck 1986, Munnel 1982).

Egészségügyi szolgáltatások

A Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS), amely 1948 óta működik, általános népszerűségnek örvend Nagy-Britanniában. Bár a radikális privatizálás és magánbiztosításra való áttérés javaslata is felvetődött szakértői berkekben, a Thatcher-kabinet — elsősorban politikai megfontolások alapján — elvetette ezt a lehetőséget. Nagy hangsúlyt fektettek ugyanakkor a hatékonyság kérdésére. A gazdasági szemlélet meghonosítását úgy igyekeztek elérni, hogy az egészségügyi körzetek élén menedzseri stábokat hoztak létre. (Viszont eltávolították a helyi lakosság és az érdekcsoportok képviselőit, ugyancsak elszigetelték az egészségügyi szervezetet az önkormányzatoktól.) A fenntartási, karbantartási, takarítási munkákat lebonyolítását a gazdaságosságra hivatkozva szerződéses formára állították át. Szerepet kapott a politikai nyomás és a demonstrációs hatás kiváltása is a magánvállalkozások növekvő mértékű megbízásában, hiszen esetenként a kimutathatóan drágábban dolgozó magánszervezetekkel kötöttek szerződést az olcsóbb állami helyett (Maynard 1984). A térítési díjakat is emelték; a gyógyszerárak úgy ötszörösére emelkedtek, de a fogászati és az optikai ke-

zelést is nagyobb egyéni hozzájáruláshoz kötötték. Mindezzel együtt is a lakossági térítési díjak részaránya az NHS össz-költségvetésében mindössze 1 százalékkal emelkedett 1979-től 1987-ig, és 3,2 százalékot tett ki. Növekedett az állami kórházakban az ún. fizetett ágyak száma is, ami lehetőséget ad az orvosoknak magánpraxis folytatására. Bár ennek nagysága elenyésző (az összágyszám 4 százaléka), az ellenzők szerint demoralizáló hatásuk annál nagyobb. Továbbá, a közpénzek ellenőrizhetetlenül átszivároghatnak ily módon a magánkezelésbe.

Az állami egészségügyön kívüli magánegészségügy jelentős fejlődésen ment keresztül az elmúlt évtizedben. Ehhez hozzájárult az NHS szolgáltatásainak viszonylagos elmaradása a növekvő kereslethez képest. Annak ellenére, hogy az egészségügyre fordított állami kiadások mintegy 30 százalékkal növekedtek, a kezelésre várók sora meghosszabbodott. (Nem sürgős kezelést igénylő betegség esetén egy angol beteg akár egy évnél is hosszabb ideig várhat, míg sorra kerül.) A lakosság előregedése mellett azt is figyelembe kell venni, hogy a technikai fejlődés jellege miatt a költségek az egészségügyben az átlagosnál gyorsabban emelkednek. A magánbiztosítás és a magánkezelés igénybevétele tehát az állami szolgáltatásokkal szembeni elégedetlenség kifejeződése is lehet. A magánegészségügy egyszerre versenytársa és kiegészítője az államinak, de igazából csak a magasabb jövedelmű csoportok számára bővíti a választási szabadságot.

1979-től 1987-ig az egészségügyi biztosítás valamilyen formájával rendelkező lakosság aránya 5 százalékról 9 százalékra bővült. Itt említést érdemel, hogy újabban az időskorúak levonhatják adóalapjukból a betegbiztosítási prímiumalapot. A biztosítások túlnyomó többsége csoportos vagy alkalmazotti biztosítás, és nagyrészt három nagy non-profit társaság bonyolítja le azokat. A biztosítások általában nem terjednek ki a hosszabb kezelést igénylő, illetve krónikus betegségekre (ami mutatja a magánbiztosítás korlátait is), és gyakori az a forma, amikor az NHS-nél való hosszabb sorban állás esetén vállalják a finanszírozást. A magánkórházak a biztosításokéhoz hasonló növekedésen mentek keresztül: az össz-ágykapacitás 7 százalékat képviselik az 1979-es 4 százalékhoz képest. Érdekes tendencia a profitért tevékenykedő (főleg amerikai) kórházi vállalkozások térnyerése a non-profit és karitatív kórházakhoz képest (az 1979-es 29 százalékhoz képest 50 százalék 1986-ban). Láthatjuk, hogy az arányeltolódás ellenére az állam elsőpró túlsúlya továbbra is érvényesül az egészségügyi szektoron belül (Papadakis—Taylor—Grooby 1987).

A brit egészségügyi rendszer még előtte áll a radikális változásoknak. Az NHS „napja” 1991. április 1., amikor is életbe lép az új finanszírozási rendszer. Ennek lényege, hogy a finanszírozást és a szolgáltatást elválasztják egymástól, de a beteg helyett az őt képviselő intézmény választja ki a kezelés elvégzését. Az eddigi allokációs rendszerből kilépett kórházakkal és egészségügyi egységekkel az egészségügyi körzetek ezentúl szerződést kötnek adott kezelésfajták elvégzésére, mégpedig a kedvezőbb árajánlatok alapján. A körzetek viszont fejpénzben részesülnek (különböző mutatók alapján). A családi orvosoknak is lehetőséget adnak arra, hogy ők kezeljék a hozzájuk tartozó betegek egészségügyi költségvetését. A most bevezetendő reform tulajdonképpen belső piacot hoz létre az állami rendszeren belül, és igyekszik a költségvetési adagolást a biztosítási finanszírozással előnyösen kom-

binálni. Az amerikai egészségfenntartó szervezetek (HMO — amelyek a klasszikus biztosítási modellhez képest a biztosító és a kezelés szorosabb összekapcsolásával törekednek a takarékosabb gyógykezelésre — kétségkívül mintaként szolgáltak ehhez. A Thatcher-kormányzatot a politikai ellenállás mellett a költségrobbanástól való félelem tántorította vissza a radikálisabb biztosítási rendszer bevezetésétől.

Ma még nem sokat tudhatunk e piaci reform következményeiről. Az elemzők egy része az NHS univerzális jellegének megszűnésétől tart. Mások a valós verseny lehetőségét vonják kétségbe, és a költségek növekedését jósolják a minőség romlása mellett. Van, aki arra hívja fel a figyelmet, hogy az új rendszerben a kórházak és a családi orvosok igyekeznek majd megszabadulni a drágább, idős és krónikus betegektől. Az orvos és beteg közötti bizalmi viszony megszűnését is a lehetséges károk között tartják számon. Az kétségtelen, hogy e változások eltolják az orvos szerepkörét a beteg ügynöke pozíciójából a szolgáltatói szerepkörbe (Paton 1990, Allsop 1989, Kendall—Moon 1990).

Oktatás

Az oktatási kiadásokat visszafogta a kormány: egyes években az oktatásra fordított összeg reálértékben is alacsonyabb volt, mint a Thatcher-kabinet előtti szint. Az igazsághoz az is hozzátartozik, hogy minderre egy demográfiai hullámvölgyben került sor. Mindenesetre az oktatás alulfinanszírozottsága is közrejátszhatott abban, hogy növekedett azon szülők aránya, akik magániskolákba írták gyermekeiket. Ez a változás nem drámai: 1987-ben az összes tanuló 7,8 százaléka járt magániskolába az 1979-es 6,2 százalékhöz képest; a 16 éven felüliek körében 1985-ben 17%-ot ért el a magániskolákban tanulók aránya. Az állam jelentősebben nem ösztönözte a magániskolák térnyerését, ha csak nem tekintjük azt, hogy ezek 75 százaléka az önkéntes illetve a non-profit szférába tartozik, és ezért szponzorai adókedvezményben részesülnek. A magánoktatásban való részvételt az alacsonyabb jövedelműek számára egy speciális jövedelemigazoláshoz kötött ösztöndíj-rendszer bevezetésével igyekeztek elérhetőbbé tenni. Ennek hatása azonban elenyésző, mivel ez valamennyi évfolyamban együttvéve mindössze csupán 30 ezer diákot érint.

Az állami oktatáson belül ugyanakkor radikálisabb változások történtek egy kvázi piaci rendszer irányába, ami párhuzamba állítható az NHS reformjával. Az iskolákat önállóan gazdálkodó egységekké tették, üzleti gondolkodásra kényszerítve ezzel az iskolák vezetését. Az elüzletiesedésnek az is jele, hogy az iskolák egyre szélesebb körben kérnek térítési díjat a szigorúan vett alapoktatáson túli oktató tevékenységért. Az iskolaválasztás szabadságát szélesre vonták, ami gyakorlatban a szülők döntési szabadságára vonatkozik. Az iskolákat így versenyhelyzetbe kívánták hozni, hiszen a rossz eredményt felmutató iskoláknak csökkenő tanulói létszám esetén alacsonyabb bevétellel vagy éppen kapubezárással kell számolniuk. Az egészségügyhöz hasonlóan az oktatásban is a fogyasztási jelleget hangsúlyozták, és így a tanár szerepkörét kommercializálták. Az oktatás szolgáltatás jellegét azzal is alátámasztották, hogy növelték a szülők részvételével működő, az iskolaszékhez hasonlatos irányítótestületek hatáskörét a tanári szabadság

és legfőképpen a lokális közoktatási irányító szervek rovására. Az fel sem vetődött a konzervatív oktatáspolitikusokban, hogy esetleg a szülői előítéletektől is meg kell óvni a gyermekeket, és ezért a fogyasztói modell nem helytállóan írja le a valóságot, hiszen nem beszélhetünk szuverén fogyasztókról. Az önkormányzati oktatásirányítás befolyásának csökkentése egyik fő jellegzetessége a végbement reformoknak. A magasabb fokozatú oktatási intézmények jelentős részét kivonták a helyi irányítás alól. Az iskolák is lehetőséget kaptak a „kilépésre” és a közvetlen minisztériumi felügyelet alá való kerülésre, ha a szülők több mint fele megszavazta ezt. Ez gyakorlatilag teljes finansziális önállóságot is jelent. Az oktatást másfelől központilag egységesítették a nemzeti tanterv bevezetésével, amely előírja a tantárgyi alapkövetelményeket. Az 1988-ban elfogadott oktatási törvény alapján a tanulókat tanulmányaik alatt négyszer tesztelik a tantervi követelmények szempontjából. A teszteredmények a tanárok illetve az iskolák megítélésének legfőbb kritériumai. Ez a fajta eredménycentrikusság áll leginkább ellentétben (a konzervatív oktatáspolitikai már fentebb bemutatott eleme mellett) a közoktatás egyik eredeti céljával, az esélyegyenlőtlenség elősegítésével. Ugyanis az iskolák vizsgaeredményét rontja, ha hátrányos helyzetű családból származó diákokat vesznek fel. Érdemes felfigyelní arra is, hogy az oktatási rendszer új elemei előkészítették a terepet egy régen dédelgetett libertáriánus javaslat, az utalványrendszer bevezetése számára. Ezzel a kormány eddig már kétszer előhozakodott, és minden bizonnyal nem állt el végleg ettől a szándékától.

Az oktatás feladatáról vallott konzervatív elképzelést jellemzi ugyancsak az ipar és a termelői szektor bevonása az oktatásügybe. Az instrumentalista megközelítés alapján az oktatás feladata mindenekelőtt az, hogy képzett munkaerőt szolgáltatson a gazdaság számára. Ennek jegyében az anyagilag megszorongatott középfokú oktatási intézmények magasabb állami támogatásban részesülhettek, ha tantervükbe a termelési prioritásoknak megfelelő elemeket is beépítettek. Ez a módszer felfogható a munkaerőpiaci tervezés alternatívájaként is. Új oktatási intézménytípus Nagy-Britanniában a „városi műszaki kollégiumok” rendszere, amelyeket részben az ipar finanszíroz közvetlenül. Ezek gyakorlati szemléletű iskolák, ahol a műszaki ismeretek állnak középpontban. A bírálók rámutatnak arra, hogy ezáltal az alapfokú oktatás szintjétől kezdve elszikkadnak az oktatás más szocializációs és kulturális feladatai.

A felsőfokú oktatás finanszírozásába is bevonta a kormányzat a gazdasági élet képviselőit; ők is helyet kaptak az egyetemek és főiskolák állami juttatásáról döntő testületekben. A piacot azzal is szimulálni próbálták a műszaki főiskolák juttatási rendszerében, hogy egy sajátos árversenyt vezettek be. A főiskolák ugyanis akkor kaphatnak egy csökkentett összegű alapjuttatásnál többet, ha több diákot hajlandók felvenni, és ezért versenyképes „árat” kérnek cserébe. Az egyetemeket ugyanakkor arra szorították, hogy a költségvetésen kívüli alternatív források után nézzenek. A leglényegesebb változás azonban a hallgatói hitelek bevezetése. Ezentúl a hallgatóknak részt kell vállalniuk oktatási költségeik viselésében, amire államilag garantált kedvezményes hitelet vehetnek igénybe. Ez az intézkedés mindenesetre ellentétben van azzal a hirdetett célkitűzéssel, hogy növeljék a szigetországban a fel-

sőfokú iskolai végzettséggel rendelkezők arányát (David 1989, McVicar 1990, Restan 1984).

Lakásszektor

A konzervatívok azt a célt tűzték ki, hogy az állam látványosan kivonuljon a lakásszektorból, mind a kiadások, mind a tulajdoni részarány tekintetében. Minden bizonnyal a legmesszebb ezen a területen jutottak el. Mindenekelőtt nagy lendületet adtak a tanácsi bérlakások magánkézbe adásának. Ezt egyrészt azzal indokolták, hogy a lakástulajdonosok érdekeltek lesznek a bérlakások felújításában, másrészt ez egybevágott a tulajdonnal rendelkezők gyarapításának programjával. (Nem utolsó sorban szavazótáborát kívánta növelni a kormány a kiárúsítások meglehetősen nagyvonalú módjával.) Családi házak esetében a bentlakók számára az árengedmény a bérleti viszony időtartamától függően 33 és 50 százalék között mozgott. A későbbiekben a felső határ az árleszállításban 60 százalékra emelkedett, ugyanez a lakások esetében 75 százalékot ért el. Ily módon nem egészen tíz év alatt mintegy 1,2 millió tanácsi bérlakást vásároltak meg. A jobb minőségű családi házak szinte teljes mértékben elkeltek. Gyakorlatilag sikerült elérni azt az abszolút határt, ameddig a privatizáció ilyen úton még egyáltalán elvihető. Ennek következtében az állami tulajdonú bérlakások aránya a teljes lakásállományhoz képest 1979-től 1987-ig 35 százalékról 26 százalékra süllyedt. Az eladásból származó bevételt a helyi tanácsok nem fordíthatták újabb lakásépítésre, ami újabb példája az ideológiai korlátoknak. A fennmaradt bérlakásokat az önkormányzatokkal szembeni politikai irányvonalnak megfelelően igyekeztek kivonni a helyi kezelésből. A lakók a kezelői jogkört többségi szavazattal magán-személyeknek adhatták át, de ezt az állami bérlakás kezelésére vállalkozni szándékozók is kezdeményezhették.

Fokozatosan átsztrukturálódott a lakástámogatási rendszer a lakbérek szubvencionálásából a lakók közvetlen támogatása irányába. 1983-ban bevezették az egységes lakhatási segílyt. Ez jövedelemigazoláshoz kötött juttatás, az önkormányzatok ítélik oda bármely lakástípusban lakó rászorultak számára. Ez jelzi azt a koncepciót, hogy a helyi tanácsoknak inkább a juttatások oldaláról, mintsem a lakásépítés és fenntartás oldaláról kell részt venniük a lakásszektorban. A lakbérek emelkedése nyomán megemelkedett segélyfizetés miatt azonban szigorították a jogosultság kritériumait, és korlátozták a segély összegét az egyes esetekben túlzottan magasnak ítélt lakbérekre hivatkozva. Mindez azért ellentmondásos, mert a lakbéremeléseket ugyanakkor azzal indokolták, hogy a lakókat segélyek formájában kompenzálni fogják. Még kiáltóbb ellentmondásnak tekinthető azonban az, hogy miközben a lakáskiadásokat a kormány drasztikusan csökkentette, és megbélyegződtek a lakhatási segélyben részesítettek, a lakáshitelt felvevők egyre nagyobb összegű rejtett állami támogatást élveztek. Ez a tétel az 1979-es 1,5 milliárd fontról 4,7 milliárd fontra növekedett 1987-ig, mely összeg felülmúlja az az évi lakáscélú költségvetési kiadásokat. A jelzáloghitelt törlesztők ugyanis a konzervatívok által megemelt összehatárnál alacsonyabb hitel esetén törlesztőrészletük egynegyedét

levonhatják az adóalapjukból. Ez az adóbevétel-csökkentő költségvetési juttatás egyértelműen a magasabb jövedelműeknek kedvez.

A kormány erőfeszítéseket tett a „független” bérlakás piac fellendítése érdekében, de eredménytelenül. A magánbérlakás-szektor folyamatosan hanyatlik ebben az évszázadban: míg pl. 1945-ben a lakások 50 százalékát képviselte, részaránya a nyolcvanas évekre 10 százalék alá esett. A konzervatívok a túlzott állami szabályozást és a lakbér-kontrollt kárhóztatták emiatt a visszaesés miatt. Ezért egyrészt a meglévő bérleti szerződések esetében csökkentették a bérlők jogi védettségét, másrészt az újabb bérleményekre vonatkozó megkötöttségeket enyhítették, illetve az egyik bérleti formában a lakberek mértékét szabad megállapodás függvényévé tették. Mindez azonban nem vezetett kínálatnövekedéshez, csak a korábbi bérlők helyzetét rontotta. A jelenlegi körülmények között ugyanis meglehetősen szűk a fizetőképes kereslet a jelenleginél magasabb lakberek esetén, ami a magánbefektetők számára már vonzó jövedelmezőségi szintet biztosítana. Egyrészt a magasabb jövedelműek a lakásvásárlást előnyösebbnek tartják ennek állami támogatása miatt. Másrészt az alacsony jövedelműek csak a jelenleginél lényegesebben nagyobb lakhatási segély esetén tudnák ezt megfizetni, amelynek emelésére nem mutatkozik a kormány részéről túlzott hajlandóság. A nem állami bérlakások fennmaradó része az állami támogatást élvező non-profit lakásszövetkezetekhez tartozik. A lakásszövetkezetek csupán 1–2 százalékot képviselnek a lakásszektoron belül. A kormány ellentétes módon kezelte a lakásszövetkezeteket: egyrészt itt is lehetővé tette a lakások megvásárlását, másrészt igyekezett az állami bérlakások kezelését ezek számára átadni.

Az elmúlt időszakban az új lakások építésének üteme lelassult, ugyanis a lecsökkent állami építkezéseket a magánberuházások nem tudták helyettesíteni. A konzervatívok politikája nyomán egyre nagyobb problémát okoz az olcsó vagy elérhető bérlakások hiánya, ami többek között akadályozza a munkaerő mobilitását. Miközben az állami bérlakásszektor szerepe marginalizálódik, a lakásigénylők száma növekedett. A hivatalosan hajléktalannak nyilvánítottak száma megduplázódott (100 ezerre rúgott 1987-ben), ezen felül 200 ezren élnek a hajléktalanság peremén. Állami bérlakások hiányában az önkormányzatok kénytelenek a hajléktalánokat drága és rossz minőségű hotelszobákban elhelyezni (Atkinson—Durden 1990, Monk—Izleinman 1989, Kriwan 1984, Whitehead 1984, Raynsford 1989).

A személyes szociális szolgáltatások és a közösségi gondozás (community care)

A hivatalos definíció szerint „a személyes szociális szolgáltatások körébe azok a szolgáltatások tartoznak, amelyek ápolással, tanácsadással és egyéb támogató tevékenységgel gondoskodnak a társadalom legvédtelenebb tagjairól” (Az Egészségügyi Minisztérium költségvetési felosztása 1990). Ide sorolható például a rokkantak, a mentálisan betegek, az idősek és a gyermekek számára nyújtott speciális szociális munka. Ezen a területen az állami illetve a helyi hatóságok szervezésében működő intézmények korábban sem töltötték be egyeduralkodói szerepkört. A nyolcvanas években megfogalmazódott célkitűzések alap-

ján egyrészt az önkormányzatoknak elsősorban a szociális gondozás szervezésében és finanszírozásában, nem pedig annak nyújtásában kellett közreműködniük; a szociális tevékenységek többségét a magán- és önkéntes szervezetekre kívánták bízni. Másrészt a bentlakásos intézményekkel szemben előnyben részesítették az otthoni gondozást. Továbbá, az intézményesített formákkal szemben hangsúlyozták az informális szektor, a rokonság, szomszédság és elsősorban a családi gondozás szerepét. A közösségi gondozás így egyszerre jelenti a közösségekben való és a közösség általi gondoskodást. Mindezen változások mellett a költségmegtakarítás szempontjából is hathatós érveket sorakoztattak fel.

E politika jegyében radikálisan csökkentették az elmeógyógyintézetekben kezelték számát, akik vagy magánotthonokba, vagy a családjukhoz kerültek. A hosszú távú idősgondozás feladata is a magán elhelyezhető otthonokhoz került a kórházaktól. Eközben a magán szociális otthonok is virágzásnak indultak: az ott lakók száma 5 év alatt 1985-ig megduplázódott. A gyermekgondozásban viszont nőtt a nevelőszülők szerepe, míg az intézetben ellátottak aránya zsugorodott.

A magán szociális otthonok elterjedésével érdemes egy kicsit alaposabban foglalkozni, mert állatorvosi lóként illusztrálja a magánszolgáltatás és a közösségi finanszírozás összekapcsolásakor felvetődő lehetséges problémákat a szociális szektorban. A magán szociális otthonok felívelése tulajdonképpen a szociális kormányzat számára váratlan fejlemény. Erre az adott lehetőséget, hogy azon időskorúak számára, akik esetében az otthonban való elhelyezés látszott a legmegfelelőbbnek, a szociális juttatásokra szánt alapból lehetővé tették ellátásuk állami finanszírozását. Így egy „negyedik fél fizet” típusú probléma állt elő, hiszen az időskorú kapja, a magánotthon nyújtja — az önkormányzat szervezésében — a szolgáltatást, amelynek költségeit a költségvetés állja (Knabb 1989). Ez a szituáció a gondozási díjra kivetett költségvetési korlát hiányában kiadási expanziót eredményezett. Az így jó jövedelmezőséget biztosító ellátás a magánvállalkozások számára vonzóvá vált, és a kínálat bővült. A kormányzat védekezésnek előírta a helyi hatóságoknak, hogy szabjanak meg felső árhatárt. Ennek meg az lett a következménye, hogy azok az intézmények, amelyek korábban alacsonyabb árat kértek, a maximum szintjére emelték díjtételüket. Az ellátottak ugyanis nem voltak érdekeltek a költségek visszafogásában. A másik figyelemre méltó jelenség a színvonalbani tapasztalható nagy szóródás, ami felhívja a figyelmet az ellátottak korlátozott választási szabadságára és a minőségi szabályozás szükségességére. További érdekesség, hogy a magánotthonok tartózkodtak a nehezebben kontrollálható vagy költségesebben gondozható időskorúak felvételétől (Evans 1990, Walker 1989).

Tanulságok

1. Az elmúlt egy évtized kétségtelenül jelentős változást jelent a brit szociálpolitika történetében. Leegyszerűsítés volna azonban a történeteket úgy interpretálni, hogy a Thatcher-kormány dühödt offenzívát indított a szociális kiadások ellen, és eközben egy olyan avitt ideológiára támaszkodott, amely az eddigi ideológiai ciklusokban korábban

is már nemegyszer felszínre került. A szociálpolitikában ugyanis a „mennyit” kérdése mellett a „hogyan” problémája is előtérbe került. A gazdasági kategóriák és a közgazdasági megközelítés legitimé váltak e korábban gazdaságossági megfontolásoktól függetlennek tekintett szférában. A konzervatív politikai vonal azonban a „hogyan” kérdésre sok esetben dogmák és előítéletek szülte válaszokat adott. A reformkísérletek ugyanakkor megmutatták, hogy számos alternatíva létezik a szociálpolitikában. Eközben olyan újítások is születtek, amelyek abszurdnak nevezhetők. (pl. szociális segélyezés hitel formájában), de akadnak olyanok is, amelyek hasznos eszköznek bizonyulhatnak egy más értékrendszer kontextusában is (pl. szerződéses forma).

2. A hangzatos retorika ellenére nem a jóléti állam radikális privatizációja zajlott le a nyolcvanas években, hanem a magánszektor részleges térnyerése egy jóléti vegyesgazdaság keretei között. Ebben az arányeltolódásban egy történelmi trend is kitapintható. A jóléti rendszerek érett szakaszokba érkeztek, amikor is a jóléti szolgáltatások iránti igény egyszerre nő és differenciálódik, amikor a jóléti intézményekkel kapcsolatba kerülő egyének egyre határozottabb fogyasztói igényeket fogalmaznak meg. Ez a körülmény ösztönzően hat a piaci humán szolgáltatásokra is.

3. A konzervatívok privatizációs programja mögött egy olyan világkép húzódik meg, ahol az egyik oldalon az idealizált tökéletes piac, míg a másik póluson a defektusokkal küszködő állami szféra helyezkedik el. A privatizáció azonban korántsem tűnik olyan csábítónak, ha figyelembe vesszük a piaci elégedetlenségeket. A piaci megoldás elmaradhat a közgazdasági optimumtól, ha a kínálat monopolisztikus (pl. az iskolák többsége helyi monopóliumnak tekinthető), ha a fogyasztói választás lehetősége korlátozott (pl. sürgős sebészi beavatkozás). A jóléti intézményekkel kapcsolatba hozhatók a külső gazdasági hatások különböző típusai, ami a redisztribúció mellett indokoltá teheti a közösségi finanszírozást. A szociális szférában a profitmaximalizáló vállalkozás nem garantálja minden esetben a tágabb értelemben vett hatékonyságot, mivel itt számos olyan tényező játszik szerepet az input-output oldalon, amely nem rendelkezik valódi piaci árral. Mindezelőtt az ember maga és a humán tőke — ami a szociális szolgáltatások „terméke” — ilyen korlátozottan piacképes tényező. Az univerzális jóléti rendszerek tehát nemcsak a szociális integráció, hanem a gazdasági hatékonyság érdekeit is szolgálhatják. A privatizációs vita azonban mindaddig siketek párbeszéde marad, amíg nem a ténylegesen létező piacot vetik össze a valóságos nem piaci intézményekkel, a tökéletlen piacot a kormányzati elégtelenségekkel. Ebben a gondolkodási keretben válhat reálissá az intézményi alternatívák közötti választás. Ez általában a különböző típusú előnyök és hátrányok összevetését jelenti: pl. a magánegészségügy hajlamos a betegek túlkezelésére, míg az állam az alulszolgáltatásra. Még nagyobb problémát okozhat, ha az előnyök és a hátrányok egyáltalán nem összehasonlíthatók egymással.

4. A brit privatizációs gyakorlat általában nem a teljes szociális szolgáltatást, hanem annak előállítását privatizálta illetve piacosította. A finanszírozás és a szolgáltató személyének elválasztása a verseny lehetőségével és a költséghatékonysággal kecsegtet, ugyanakkor pótlólagos költségeket is hozhat magával. Előfordulhat például, hogy a

ráfordítások növelése teljesen a szolgáltatók jövedelmét növeli a kínálat változatlansága mellett (bérlakásszektor). A „harmadik fél fizet” típusú szituációk költségrobbanást idézhetnek elő (magán szociális otthonok esete). Külön problémát jelenthet a valóban elvégzett tevékenység értékelése, az elvárt minőség teljesítése. Ez viszonylag egyszerű szolgáltatások esetén (pl. kórházi takarítás) nem jelent gondot. Azonban minél komplexebb az elvégzett tevékenység, minél nehezebben megfigyelhető az eredmény, annál kockázatosabb lehet a szerződéses forma, különösen a profitorientált szervezetekkel. A perverz hatások kiszűrése ilyenkor erőteljes és esetenként költséges ellenőrző tevékenységet igényel. Végül megjegyzendő, hogy a marginális helyzetben működő szervezetek könnyen elveszthetik rugalmasságukat, innovációra való hajlamukat, ha elveszítik a kis méretből származó előnyöket. (Ez figyelhető meg azon lakásszövetkezetek esetében, amelyek kezelésre nagyobb számú állami bérlakást adtak át.)

5. A privatizációnak nincs eleve meghatározott redisztribúciós hatása. Az, hogy a privatizáció milyen hatást gyakorol a jövedelmi viszonyokra, az jellegétől függ. Például a hallgatói hitelek rendszere csökkent a negatív irányú redisztribúciót, hiszen mérsékli a magasabb várható jövedelemmel rendelkező egyetemisták számára nyújtott transzfert. A profitorientált magánintézményeknél azt tapasztalhatjuk közfinanszírozás esetén, hogy igyekeznek a költségesebb klienseket távoltartani, az orvosok a rosszabb állapotú beteget, az iskolák a gyengébb felkészültségű és képességű tanulót. Ez a hátrányos helyzetűeket sújthatja, de a probléma megoldható úgy is, ha az állam magasabb összeget fizet ellátásukért. Azonban az a fajta privatizáció, amelyet a brit konzervatívok véghez vittek, tendenciájában — munkahelyi privilégiumok és adókedvezmények az egyik oldalon, jövedelemigazolás-hoz kötött, romló színvonalú szegényellátás a másikon — a társadalmi egyenlőtlenségek növekedése irányába hat.

Irodalom

- J. Allsop: Health. In: *The Politics of Welfare*, 1989.
D. Anderson: The State of the Social Policy Debate. *Social Policy Review* 1989–1990, Longman Group.
R. Attkinson—P. Durden: Housing Policy in the Thatcher Years. In: *Public under Thatcher*, 1990.
R. Brown—R. Sparks (eds.): *Beyond Thatcherism Social Policy, Politics and Society*, Open University Press, Philadelphia, 1989.
M. David: Education in The New Politics of Welfare, 1989.
N. Deakin: *The Politics of Welfare*, Boddlers, 1987.
N. Evans: A Caring Community? Personal Social Services in the 1980s. In: *Public under Thatcher*, 1990.
N. Flynn: The New Right and Social Policy, *Policy and Politics*, April 1989.
The Government's Expenditure Plans. HM Ministry of Finance, January 1990.
The Government's Expenditure Plans: DOH HM Ministry of Finance, January 1990.
R. Harris—A. Seldon: Welfare Without the State. The Institute of Economic Affairs, 1987.
B. Hagwood: The Hidden Face of Public Expenditure: Trends in Tax Expenditures in Britain, *Policy and Politics*, April 1989.
I. Kendall—G. Moon: Health Policy. In: *Public Policy under Thatcher*, 1990.
M. Knapp: Private and Voluntary Welfare. In: *The New Politics of Welfare*, 1989.
I. Le Grand—R. Robinson (eds.): *Privatisation and the Welfare State*, George Allen and Unwin, 1984.
R. Lister: Social Security. In: *The New Politics of Welfare*, 1989.
A. Maynard—A. Williams: Privatisation and the National Health Service. In: *Privatisation and the Welfare State*, 1984.
S. Monk—M. Kleinman: Housing. In: *Beyond Thatcherism*, 1989.
M. McCarthy (ed.): *The New Politics of Welfare. An Agenda for the 1990s?* McMillan, 1989.
F. McGlone: Away from the Dependency Culture? Social Security Policy. In: *Public Policy under Thatcher*, 1990.
M. McVicar: Education Policy: Education as a Business? In: *Public Policy under Thatcher*, 1990.
A. Munnel: *The Economics of Private Pensions*. Brookings Studies, Washington D. C. 1982.

- C. Murray: *Losing Ground*. Basic Books, 1984.
- M. O'Higgins: *Privatisation and Social Services: The British Experience*. In: S. Kohn—A. Kammermann (eds.): *Privatisation and the Welfare State*. Princeton University Press, 1989.
- C. Paton: *The Prime Minister's Review of the National Health Service and the 1989 White Paper Working for Patients*. In: *Social Policy Review 1989—1990*, Longman Group.
- E. Papadakis—P. Taylor—Goody: *The Private Provision of Public Welfare*. St Martin's Press, 1987.
- M. Peston: *Privatisation of Education*. In: *Privatisation and the Welfare State*, 1984.
- N. Raynotand: *Housing*. In: *The New Politics of Welfare*, 1989.
- S. Savage—L. Robins (ed.): *Public Policy under Thatcher*. McMillan, 1990.
- A. Seldon: *Charge*. Temple Smith, 1977.
- I. Van Langendonck: *Privatisation and Social Security*, European Institute of Social Security, Louvain, 1986.
- A. Walker: *The Political Economy of Privatisation*. In: *Privatisation and the Welfare State*, 1984.
- A. Walker: *Community Care*. In: *The New Politics of Welfare*, 1989.
- C. Whitehead: *Privatisation and Housing*. In: *Privatisation and the Welfare State*, 1984.

Az egészségügy finanszírozásának néhány nemzetközi tapasztalata

Az egészségügyi kiadások gyors növekedése miatt — már a hetvenes évek eleje óta hallatszó — aggódó hangok a finanszírozás válságáról szóló globális vitává terebélyesedtek az évtized végére. Az egészségügy-politikák szinte egyetlen — a napirendről minden mást lesöprő — kérdésévé a kiadások korlátozása vált. A politikusok nyugtalansága nem volt alaptalan: a hatvanas évek eleje és a hetvenes évek közepe között az egészségügyi kiadások növekedése lényegesen meghaladta a gazdaságét; az OECD országok átlagát tekintve 60%-kal volt meredekebb, mint a bruttó nemzeti termék növekedése (OECD, 1987). A válsághangulat eluralkodásának alapvető oka azonban a gazdasági növekedés megtorpanása, és az azt kísérő költségvetési deficit növekedése volt. Ezt az is mutatja, hogy az egészségügyre a legtöbbet és a relatíve legkevesebbet költő országok (így például az egészségügyre 1975-ben a GDP 8,6%-át költő USA és a GDP 5,6%-át fordító Anglia) egyforma hevességgel beszéltek az egészségügy túlköltekezéséről, és a kiadások megfékezésének elodázhatatlanságáról.

A konzervatív politikai retorika a privatizációban, a piac újjáélesztésében vélte megtalálni minden bajok orvosságát. Tanulságos paradoxon, hogy míg az egészségügy-politikai viták középpontjában a piac szerepének fokozása, az állam visszavonulásának szükségessége állt, a nyugat-európai országok többségében valójában növekedett az állami szabályozás (Eyles, 1989).

A nyolcvanas évtized végére nyilvánvalóvá vált, hogy a közfinanszírozáson alapuló nyugat-európai egészségügyi rendszerek alkalmazkodóképesnek bizonyultak — legalábbis abban az értelemben, hogy sikerült stabilizálniuk az egészségügyi kiadások globális szintjének a GDP-hez viszonyított részarányát. Ezzel szemben az USA-ban töretlenül folytatódott az egészségügyi kiadásoknak a gazdaságét meghaladó növekedése — és 1987-re elérte a GDP 11,2%-át (Levit és mások, 1989.) Tehát az USA magánbiztosításon alapuló egészségügyi rendszere nem volt képes a kiadások megfékezésére.

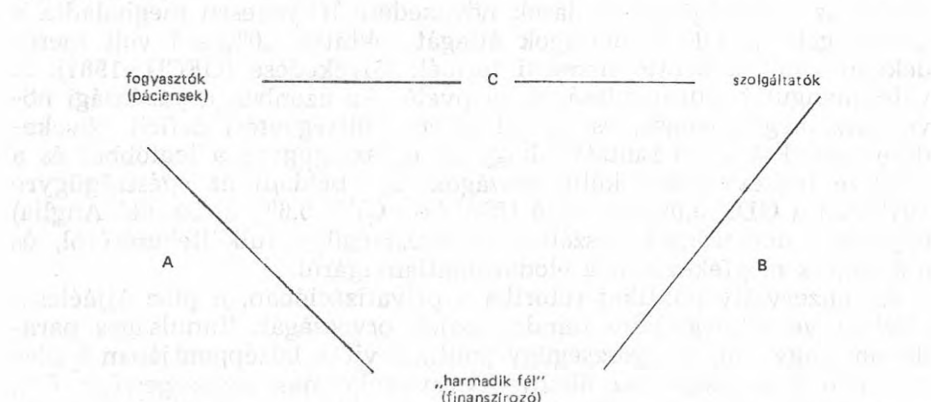
Írásomnak nem célja, hogy átfogó képet adjon a finanszírozás bonyolult és szerteágazó problémáiról. Néhány, a magyarországi viták, alternatívák tisztázása szempontjából alapvető fontosságú kérdés vázlatos tárgyalására törekedtem csupán.

Az egészségügy finanszírozásának fő típusairól

Az egészségügy finanszírozásának három alapvető típusa ismert: a *magánbiztosítás* (USA), a *társadalombiztosítás* (pl. NSZK, Hollandia), és a *költségvetés* (pl. Anglia, Svédország, Kanada) dominanciáján alapuló rendszer. Valójában minden egészségügyi rendszer finanszírozása többcsatornás — mindenütt megtalálható (bár országonként különböző mértékben) a biztosítás, a központi és/vagy helyi költségvetés, valamint a közvetlen fogyasztói kifizetés is. Például Angliában és Svédországban is létezik magánbiztosítás, az NSZK-ban a társadalombiztosítás csak a folyó kiadásokat fedezi, a beruházásokat pedig a tartományi költségvetésből valósítják meg. Az USA-ban pedig a szövetségi kormányzat és az államok költségvetései finanszírozzák a szegények egy részének egészségügyi ellátását biztosító *Medicaid* programot. A típusok elnevezése tehát csak azt mutatja, hogy a finanszírozás különböző csatornái közül melyik a domináns.

A magyar egészségügyi reform alternatíváinak mérlegelését segítheti annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy milyen különbség van a finanszírozás fenti három fő típusa között.

A különbségek megfogalmazásához az egészségügyön belüli gazdasági kapcsolatok leegyszerűsített modelljéből célszerű kiindulni (Reinhardt, 1989).



A gazdasági (finanszírozási) viszonyok három jól elkülöníthető viszonyt („A”, „B”, „C”) jelentenek (amelyek azonban jelentősen hatnak egymásra). Az „A” kapcsolat, azaz a *fogyasztó* és a „harmadik fél” (továbbiakban: *finanszírozó*) közötti kapcsolat lényege, hogy a finanszírozó — bizonyos (adó- vagy járulék-) befizetésekért cserébe átvállalja a fogyasztók pénzügyi kockázatát. Ez a kapcsolat határozza meg elsősorban azt, hogy a társadalmon belül hogyan oszlanak meg az egészségügyi rendszer működtetésének terhei.

A „B” kapcsolat, azaz a *finanszírozó* és a *szolgáltató* közötti kapcsolat fő kérdése a kórházak és az orvosok finanszírozásának módszere. Azaz, hogy milyen szabályok alapján téríti meg a finanszírozó a páciens ellátásának költségét a szolgáltatóknak (pl. az orvosok havi fizetést vagy szolgáltatásonkénti díjtételeken alapuló térítést kapnak-e), továbbá, hogyan határozódnak meg ezek a szabályok (állami előírás-

ként, vagy a finanszírozó és a szolgáltatók képviselői közötti alkufolyamatban). Az erőforrások racionálisabb felhasználása szempontjából — az ábra által mutatott kapcsolatok közül — ennek, azaz a finanszírozó és a szolgáltatók közötti viszonynak a szerepe a meghatározó.¹

A „C” kapcsolat, azaz a *fogyasztó* és a *szolgáltató* közötti gazdasági kapcsolat alapvető kérdését az egyének közvetlen terhei jelentik. Azaz, hogy a szolgáltatás igénybevételekor az ár jelentős részét fizeti-e a páciens vagy névleges díjat, avagy egyáltalán nem fizet közvetlenül.

A magánbiztosítás és a kötelező egészségügy-biztosítás (társadalombiztosítás) közötti különbség

Magánbiztosítás esetén a fogyasztó döntésén múlik a biztosítás megkötése (az „A” kapcsolat létesítése), míg kötelező biztosítás esetén ezt a törvény előírja. A fejlett nyugati országok közül egyedül az USA egészségügyi rendszerében játszik domináns szerepet a magánbiztosítás. Itt az esetek túlnyomó többségében nem az egyének, hanem a munkáltatók vásárolják a biztosítást — csoportos biztosítást kötnek munkavállalóik számára, amelynek díját a csoport kockázata alapján állapítja meg a biztosító.² A biztosítás feltételeinek meghatározása — pl. hogy az egészségügyi szolgáltatások milyen körére terjed ki, és azok árának milyen hányadát fedezi, valamint, hogy a biztosítási díj fizetése hogyan oszlik meg a munkáltató és a munkavállaló között stb. — lényegében a munkáltató „előjoga” (ahogy az is, hogy egyáltalán nyújt-e egészségügyi biztosítást a dolgozóinak). A magánbiztosításon alapuló rendszer ezen immanens jellemzőjének egyik következménye, hogy annak a 37—39 millió amerikaiinak, akik nem rendelkeznek biztosítással, többsége olyan dolgozó szegény, akinek a munkahelye nem nyújt egészségügyi biztosítást (Capron, 1985). A munkahely tehát alapvetően befolyásolja, hogy milyen egészségügyi ellátáshoz és milyen feltételekkel juthat hozzá az adott egyén.³

Társadalombiztosítás, azaz kötelező egészségügyi biztosítás esetén törvény írja elő a lakosság egészére (vagy meghatározott részére) a biztosítást, ez tehát nem az egyén szabad választásának függvénye. A legtöbb esetben bizonyos jövedelmi plafon alatti jövedelmű egyénekre terjed a kötelező egészségügy-biztosítás. Törvény írja elő, hogy a biztosítás milyen szolgáltatásokra terjed ki, továbbá törvények szabályozzák a járulékfizetés módját is. A biztosítás jogosultságainak csökkentése így olyan politikai döntésnek számít, amelyben országos (vagy tartományi szintű) egyeztetésre van szükség.

A munkáltatók „előjoga” és a törvényi szabályozás fentiekben vázolt különbsége korántsem csak elméleti kérdés.

A nyolcvanas években az USA egészségügyének meghatározó tevékenysége volt a biztosítási feltételek megszigorítása, és a munkáltatók által nyújtott juttatások „karcsúsítása”. (Blendon és mások, 1990). Ennek mértéke igen különböző volt — nagyban múltott azon, hogy milyen erőt képviseltek az érdekvédelmi szervezetek (ha egyáltalán voltak).

Alapvető különbség van a biztosítási díj fizetésében (a kockázat megosztásában is) a két rendszer között. A magánbiztosítás esetén a biztosító az egészségi állapot milyenségéből fakadó kockázat alapján álla-

pítja meg a biztosítási díjat az adott csoport vagy egyén számára. A kötelező biztosítás esetében a biztosítási díj független az egyén egészségi állapotától. Az egyének fizetségük arányában járulnak hozzá az egészségügyi rendszer működtetéséhez — azaz jövedelmük meghatározott százalékát fizetik biztosítási díjként. (Tanulmányom végén részletesen foglalkozom a két fizetési mód társadalmi konzekvenciáival.)

A magánbiztosításon alapuló rendszer alapvető jellemzője, hogy a lakosság jelentős rétegei biztosítás nélkül maradnak. Részben a szegények, akik alacsony jövedelmük miatt nem képesek megfizetni a biztosítási díjat, részben pedig a súlyosabb krónikus betegségben szenvedők (az időskorúak jelentős része), akik a biztosítási díj — egészségi állapotukból következő — nagysága miatt nem képesek biztosítást kötni. Elvileg megoldást jelenthetnek az ezen rétegeket célzó állami programok. Az USA példája azonban azt mutatja, hogy az ilyen programokkal járó gyakorlati nehézségek — mindenekelőtt a jogosultság feltételeinek megfelelő megállapítása — óriásiak. Amíg a *Medicare* program, azaz az időskorúaknak a szövetségi kormányzat által nyújtott egészségügyi biztosítás teljes mértékben átfogja az időskorúakat, addig a *Medicaid* program — azaz a szegényeknek nyújtott ellátás — esetében a gyakorlatban nem voltak képesek megoldani ezt a problémát. Az USA lakosságának kb. 17%-a semmilyen biztosítással nem rendelkezik, és az említett állami programokra sem jogosult. Tegyük hozzá, hogy a nyolcvanas évek költségvetési lefaragásainak is a szegények számára szóló egészségügyi program volt az egyik fő áldozata, míg a jóval nagyobb összeget kitevő (de jelentős politikai támogatottságot élvező), időskorúaknak szóló program lényegében érintetlen maradt.

Hatékonysági szempontból is komoly problémákkal jártak ezek a programok. A rendszer logikájából következően az állam csak mint újabb vásárló lépett fel a magánbiztosítás piacán, azaz alkalmazkodott az adott finanszírozási feltételekhez — így az áraknak a szolgáltatók által történő szabad megállapításához. (A kórházak esetében az 1983-ban bevezetett diagnózishoz kötött tarifamódszer részleges változást jelentett ezen a téren.) Így az állami beavatkozásnak csak a keresetnövelő, azaz a kiadásokat növelő hatása érvényesült. Az állami beavatkozás tehát nem önmagában, hanem a finanszírozási feltételek érintetlenül hagyásával párosulva vezetett a száguldó egészségügyi inflációhoz az USA-ban.

A „finanszírozó” az USA esetében (magánbiztosítás) több ezer koordinálatlan, a szolgáltatókkal szemben alárendelt pozícióban lévő intézményt jelent. A közfinanszírozás viszont (mind a kötelező biztosítás, mind a költségvetési finanszírozás) megfelelő ellenérőt képvisel a szolgáltatókkal szemben. Igaz ez például az NSZK (több mint ezer biztosítási alappal rendelkező) decentralizált intézményrendszere esetében is — ahol az alapok területi szövetségei állnak szemben a szolgáltatók képviselőivel. A közfinanszírozás esetében tehát az állami beavatkozásnak nemcsak a keresetnövelő hatása, hanem a kiadások korlátozására való képessége is érvényesülhet. A makroszintű szabályozás eredményessége azonban nem jelenti azt, hogy mikroszinten, azaz egyes szolgáltatók esetében sikerült volna megteremteni az ösztönzést az erőforrásokkal való hatékony gazdálkodásra.

A költségvetési finanszírozás és a kötelező biztosítás közötti különbség

Az előzőek azt is jelentik, hogy a „B” kapcsolatot tekintve az alapvető különbség nem abban áll, hogy költségvetési finanszírozásról vagy kötelező biztosításról van szó. (Az egyes közfinanszírozású rendszerek között természetesen igen lényeges különbségek lehetnek.)

Az egyén szempontjából lényeges különbség, hogy míg a költségvetésnek befizetett adó felhasználása az egyén számára áttekinthetetlen, addig a kötelező biztosítás esetén látható, hogy mit fizet az egészségügyi ellátásért. Uralkodó vélemény, hogy ezért az emberek szívesebben fizetnek járulékot, mint adót. Továbbá, az egészségügy a kötelező biztosítás esetén védettebb a költségvetési lefaragások önkényével szemben. Ellenvéleményként azonban megfogalmazódik, hogy valójában semmi sem indokolja, hogy az egészségügy nagyobb védelmet élvezzen, mint pl. az oktatás, vagy a környezetvédelem (Nolan, 1988). Általában sem indokolható, hogy a közkiadások prioritásainak megállapításakor az egészségügynek ne kelljen versenyeznie a többi ágazattal. Már csak azért sem, mert az egészségi állapotot nemcsak (és nem elsősorban) az egészségügy, hanem számos más közpénzből finanszírozott ágazat tevékenysége is befolyásolja (Evans—Stoddart, 1990).

További különbség, hogy a fizetőképesség alapján történő teherviselés költségvetési finanszírozás esetén progresszív módon valósul meg. A kötelező biztosítás esetén nem érvényesül progresszivitás (mivel mindenki ugyanazt a százalékot fizeti), vagy amennyiben létezik olyan jövedelemlafon, amely fölött már nem emelkedik a járulék, akkor ez valójában regresszivitást jelent. A jövedelmek újraelosztásának mértéke azonban csak az adózás, és az összes (nemcsak az egészségügyre vonatkozó) társadalombiztosítási befizetések együttes figyelembevétele alapján vizsgálható.

Történelmileg a társadalombiztosítás az önkéntes biztosításból, a költségvetési finanszírozás pedig a társadalombiztosításból alakult ki. Ez utóbbi esetében a hagyományok miatt különböző rendszerek létezhetnek a foglalkoztatás bizonyos jellemzői szerint (pl. a közalkalmazottak, a mezőgazdaság, egyes iparágak vagy a nyugdíjasok esetében). Ezek eltérő feltételeket jelenthetnek a társadalom egyes csoportjai számára. A hatvanas és hetvenes évtized folyamán elsősorban ezen különbségek megszüntetésére törekedve tért át néhány ország a biztosítási típusú finanszírozásról a költségvetési típusúra (pl. Finnország, Kanada, Olaszország).

Manapság nem jellemző, hogy az egyes országok az egyik finanszírozási típusról át akarnának térni a másikra, inkább az adott típuson belül keresik a megoldást a hatékonyság növelésére. Kivételt képez Anglia, ahol a Thatcher-kormányzatot a nyolcvanas évek elején komolyan foglalkoztatta az Állami Egészségügyi Szolgálat (NHS) felszámolása, s ennek részeként a költségvetési finanszírozásról az egészségügy-biztosításra való áttérés gondolata. Végül azonban a költségvetési finanszírozás fenntartása mellett döntöttek — ezt ugyanis alkalmasabbnak ítélték a kiadások növekedésének fékmentartására. (Valamint kénytelenek voltak azzal is szembenézni, hogy a lakosság körében még mindig meglehetősen népszerűségnek örvend az ingyenes ellátást nyújtó állami egészségügy.)

A finanszírozás és a szolgáltatás kapcsolatáról

A finanszírozási típusok önmagukban nem adnak elegendő támpontot az egészségügyi rendszerek működésének megértéséhez. További lényeges kérdés egyrészt, hogy a finanszírozás intézményrendszere centralizált-e avagy decentralizált, másrészt hogy az adott finanszírozás a szolgáltatások milyen strukturális jellemzőivel (elsősorban milyen tulajdonviszonyokkal) párosul. Nem tehető tehát egyenlőségjel két egészségügyi rendszer közé csak azért, mert mindkettőben költségvetésből történik a finanszírozás. Pl. Kanada vagy a skandináv országok alapvetően decentralizált (tartományi, megyei önkormányzatok által finanszírozott) rendszerei nem azonosíthatók Anglia centralizált egészségügyi rendszerével. Hasonlóan lényeges különbségek vannak a francia kötelező egészségügy-biztosítás centralizált, és a német biztosítás decentralizált intézményrendszere között.

A finanszírozás és a szolgáltatások (a tulajdonlás együttes figyelembevétel) alapján az alábbi fő típusok határozhatók meg: „magánfinanszírozás + magánszolgáltatás”, „közfinanszírozás + magánszolgáltatás” „közfinanszírozás + vegyes szolgáltatás” és „közfinanszírozás + közszolgáltatás”.

A magánfinanszírozás esetén nyilvánvaló, hogy a szolgáltatások magánjellege (az orvosok magánpraxisa és az intézmények magántulajdona) a domináns. Azonban még ebben az esetben is alapvetően eltérnek az egészségügy tulajdonviszonyai a gazdaságéitól. A kórházak esetében ugyanis a „magán” alapvetően non-profit magánintézményt jelent. Még az USA-ban is csak a kórházak 9–10%-a tartozik a profitérdekeltségű kórházak körébe. A nyolcvanas évtized elején (elsősorban az USA leggazdagabb államaiban) elindult térhódításuk az évtized végére megállt — úgy tűnik, hogy határa van a profitérdekeltségű kórházak működésének (Scarpaci, 1989).

A kötelező biztosítás általában az önkormányzati tulajdon és a non-profit magántulajdon együttesével párosul. Számos országban gyakorlatilag elenyésző a profitérdekeltségű kórházak aránya.

A költségvetési finanszírozásból sem következik még az állami tulajdon dominanciája. A központi adóbevételeken és az állami tulajdonon alapuló angol egészségügy (amelyet sokszor tipikus példaként szoktak felhozni) tulajdonképpen inkább kivételt jelent. A skandináv országokban a finanszírozás megoszlik a helyi és központi adóbevételek között, az intézmények pedig az önkormányzatok tulajdonában vannak. Ennek következtében a döntéshozatal decentralizált, jobban képes alkalmazkodni a helyi igényekhez.

Jóval több figyelmet érdemelne Kanada egészségügyi rendszere, amely tipikus példája a „közfinanszírozás + magánszolgáltatás” együttesének. A finanszírozás (központi támogatás mellett) a tartományi költségvetésből történik, a kórházak túlnyomó többsége non-profit magánintézmény, az orvosok pedig magánpraxist folytatnak. A lakosság számára az egészségügyi ellátás az igénybevételkor ingyenes (Ham, 1990).

A magyarországi reform szempontjából is alapvető annak figyelembe vétele, hogy mást jelent a „köz” és a „magán” a finanszírozás, és mást a szolgáltatások területén. Azt, hogy az egészségügyi ellátáshoz való hozzájutás állampolgári jog-e, vagy az egyén fizetőképességén múlik,

a finanszírozás módja határozza meg (tehát nem szükségeltetik hozzá az állami, de még a közösségi tulajdon sem).

Piaci retorika — növekvő szabályozás: A kiadások horlatozására irányuló törekvések

A hetvenes évek közepe-vége óta az egészségügyi rendszerek alapvető kérdése (függetlenül attól, hogy a finanszírozás melyik típusába tartoztak) a kiadások (növekedésének) korlátozása, a GDP-n belüli részesedésének a stabilizálása volt.

Az egészségügy-politikai retorika középpontjában a privatizáció, az állam szerepének visszaszorítása állt. Privatizáció alatt sokan csak a közintézmények magánkézbe adását értik. A privatizáció — ha ezen az állam szerepének csökkenését széles értelemben értjük — nem feltétlenül a profitérdekeltségű magánvállalkozás szerepének fokozását jelenti. A privatizáció megnyilvánulhat a juttatások mértékének csökkenésében (azaz a páciensek közvetlen fizetéseinek növelésében, mind társadalombiztosítás, mind magánbiztosítás esetén), az állami szabályozás csökkenésében, és végül jelentheti a köztulajdonban lévő intézmények (vagy azok egy részének) szerződéses kezelésbe vagy magántulajdonba adását. Az egészségügyi rendszerek előzőekben tárgyalt típusainak eltérő jellemzői nagymértékben meghatározták, hogy valójában milyen formában és milyen mértékben érvényesült a privatizáció. A legtöbb nyugat-európai országban a privatizáció fő formáját a juttatások mértékének csökkentése, a szolgáltatásokért való közvetlen fizetés bevezetése vagy ezen díjak növelése jelentette. Nyilvánvaló, hogy ahol a szolgáltatások széles körét korábban is magánintézmények nyújtották (pl. Franciaország, NSZK), a privatizáció másként merült fel, mint Angliában.

A legerőteljesebben az angol és az amerikai retorikát uralta a privatizáció. Számunkra az angol tapasztalatok az igazán elgondolkodtatóak. A Thatcher-kormányzat a nyolcvanas évek elejétől erőteljesen ösztönözte a magánbiztosítást. Mrs Thatcher egy évtizeddel ezelőtt azt nyilatkozta, hogy napjainkra az angol lakosságnak minimum 25%-a magánbiztosítással fog rendelkezni. Jelenleg ez az arány 90%. Mind a társadalmi rétegek, mind a földrajzi elhelyezkedés szerinti megoszlás igen jellemző: elsősorban a magasabb jövedelmű értelmiségiek, valamint a Londonban és a gazdagabb déli országrészben élők rendelkeznek magánbiztosítással. Ami nem jelenti azt, hogy egyidejűleg ne vennék igénybe az állami egészségügy szolgáltatásait is. Jól körülhatárolható az a kör is, ahol az új magánkórházak jelentősebb szerepre tettek szert — ezek a nem sürgősségi sebészeti beavatkozások. Gyakran a magánkórházat az állami kórház közelébe telepítették, és a magánkórház az utóbbi magasabb színvonalú diagnosztikai kapacitását veszi igénybe. Amellett, hogy vitathatatlan a magánegészségügy iránti igény, nem feledkezhetünk el a kevésbé pozitív következményekről sem. Mivel a magánkórházakban dolgozók, illetve magánpraxist folytatók jelentős része főállásban az Állami Egészségügyi Szolgálatban dolgozik, a sokat emlegetett várakozási lista nem tűnt el, a várakozási idő nem csökkent, hanem nőtt. Ugyanis az orvosoknak az az érdekük, hogy a betegeket a magánellátás felé tereljék. Tehát a privatizálás az

Állami Egészségügyi Szolgálatot nem tehermentesítette. Viszont a társadalom magasabb jövedelmű, nagyobb politikai nyomás kifejtésére képes rétegeinek — amelyek a magánbiztosítás és a magánintézmények révén magas színvonalú ellátáshoz jutnak — tovább már nem annyira érdekük, hogy az adóbevételből finanszírozott állami egészségügy színvonala emelkedjék. A romló színvonal megerősítheti azt a vélekedést, hogy nem is lehet magas színvonalú az állami egészségügy, azaz eródlódhat a lakosság támogatása (Griffith, 1987; Higgins, 1988). Ennélfogva alapvető fontosságú a mérték kérdése: mekkora a lakosnagnak az a köre, amely kilép a közfinanszírozás keretei közül.

A piaci retorikától eltérően, az európai országok elsősorban makroszintű szabályozással törekedtek a kiadások csökkentésére, pl. a beruházások ellenőrzésével, az árak szabályozásával (Altenstetter, 1987; Godt, 1987). A végeredmény: *a nyolcvanas évtizedben az európai országokban sikerült stabilizálni a kiadások GDP-n belüli részarányát, míg az USA nem volt képes erre. A közfinanszírozásán alapuló rendszerek sikeresnek bizonyultak a kiadások globális szabályozásában*, ami azonban nem jelenti azt, hogy meg tudták volna teremteni az orvosok és a kórházak érdekeltségét az erőforrások hatékonyabb felhasználásában.

Az NSZK-ban 1977-ben törvényt fogadtak el az egészségügyi kiadások korlátozására. Ezt — a német hagyományokhoz híven — az érdekegyeztetési mechanizmusok révén kívánták elérni. A törvény az érdekegyeztetés új intézményi kereteit hozta létre: az Egészségügyi Konferenciát (Konzertierte Aktion). Az évente kétszer ülésező, 60 főből álló testület legfontosabb funkciója az volt, hogy a gazdasági növekedés üteméhez igazítsa az egészségügyi kiadásokat. (Így például felső határt állapított meg az orvosi díjakból eredő kiadások éves globális összegére.) Az Egészségügyi Konferencia résztvevői: az egészségügy fő szereplőinek képviselői (biztosítási alapok, gyógyszeripar, orvosszövetségek, kórházak), a munkavállalók és munkáltatók (azaz a járulékfizetők) képviselői, továbbá a kormányzat képviselői.

Az egészségügyi kiadásoknak a gazdasági növekedés üteméhez kötésével tulajdonképpen „kvázi-zárttá” tették az amúgy — természetéből eredően — „nyitott” biztosítási finanszírozást.⁴ (Hasonlóan járt el az egészségügy-politika Franciaországban is.)

Az európai rendszerek egyik legfontosabb jellemzője a *decentralizáltság* — az egyes régiók nagyfokú autonómiával rendelkeznek (mind a finanszírozás, mind a szolgáltatások terén). Ennek következtében a *költségek szabályozásának fő eszköze: a regionális szinten történő érdekegyeztetés* a szolgáltatók és a finanszírozók regionális szintű szervezete között (Jönsson, 1989). (A költségvetési finanszírozású rendszerekben ez nyilvánvalóan a megyei vagy tartományi kormányzat.) Az NSZK-ban is — ahol több mint ezer független betegségbiztosítási alap működik — megvan az a kvázi-kormányzati hatalommal felruházott szervezet, amely a makroszintű ellenőrzést gyakorolja: a biztosítási alapok területi szövetsége. Ez tárgyal és köt megállapodásokat a szolgáltatók (orvosok, kórházak) területi szervezeteivel.

Az *amerikai egészségügy-politika* a piac újjáélesztésétől remélte a kiadások megfékezését (Fuch, 1988). Az ezt kikényszerítő erőnek a piac hívei a „fogyasztóvá átalakított páciens” szánták. A költségérzékennyé tett fogyasztó azonban nem bizonyult megfelelő ellenőrnél a szolgál-

atatók hatalmával szemben. Az USA magánfinanszírozáson alapuló rendszere sem a kiadások globális szabályozásában, sem a szolgáltatók hatékonyságra ösztönzésében nem bizonyult sikeresnek (Davis, 1985; Ham, 1990). „A szolgáltatók és a biztosítók a jó egészségi kockázat alapján versenyeznek, mert eddig még nem lettek arra kényszerítve, hogy a hatékonyság alapján versenyezzenek.” (OECD, 1990.)

Valójában az USA-ban végrehajtott intézkedések közül a legjelentősebbek ellentmondanak a piaci logikának. A kórházak finanszírozására (a *Medicare* programban) bevezetett DRG rendszer sokkal direkter központi kormányzati beavatkozás, mint amilyen a nyugat-európai országokban honos.⁵ A legjelentősebb innovációk, a HMO-k (*Health Maintenance Organization* — Egészségmegőrző szervezetek) és a DRG valójában a költségvetési szabályozással mutatnak rokon vonásokat. (A HMO egy páciensre alkalmaz előre meghatározott, azonos összegű fizetést, míg a DRG egy adott típusú betegségre teszi ugyanezt.) Az USA-ban tehát fokozódó mértékben szakítanak az orvosoknak a hagyományos *fee-for-service* (szolgáltatásonkénti díjtételek) alapján történő, valamint a kórházak esetében a tényleges költségeket utólagosan térítő finanszírozással. A magánbiztosítás „klasszikus formája” is egyre inkább háttérbe szorul (Gabel, 1987). Az egészségügyi infláció következtében nagymértékben növekvő biztosítási díjak egyre nagyobb problémát jelentenek a vállalatoknak. Ez szerepük módosulására készítette őket — vásárlóból szolgáltatóvá váltak. A hagyományos biztosítás jelentősen csökkent a nyolcvanas évtizedben, és növekedett a HMO-k és a vállalati saját biztosítás szerepe. Az utóbbi esetben a vállalat saját biztosítási programot működtet dolgozói számára (amelynek bonyolítását erre a feladatra specializálódó szervezetekre bízzák). A legnagyobb munkáltatók a nyolcvanas évek közepén már nem vásárolnak hagyományos biztosítást, hanem saját biztosítási alapot hoznak létre. Ezáltal a biztosítás működtetésének általános (adminisztratív) költségeit számos esetben 50%-kal sikerült csökkenteni (Goldsmith, 1987). 1985-ben a biztosítási piac közel 30%-át ezek a vállalati biztosítási alapok tették ki.

Úgy tűnik, hogy az amerikai egészségügy-politika a kilencvenes évtizedben újra a szabályozás felé fordul, nem utolsósorban a gazdasági menedzserek felől jelentkező nyomás miatt. (A korábbi évtizedekben a kormányzati beavatkozást, pl. a kötelező biztosítás bármilyen formáját ellenző gazdasági körök magatartása alapvetően változott meg.) „Különös módon, épp akkor kezdi el sok európai sóvárogva figyelni az amerikai piaci megközelítést, amikor úgy tűnik, hogy az amerikai közvélemény kiábrándult ebből a stratégiából.” (OECD, 1990.)

A nemzetközi összehasonlítások egyetértenek abban, hogy az USA-ban:

- a legköltségesebb az egészségügyi rendszer;⁶
- teljesítménye számos szempontból alacsonyabb, mint a nyugat-európai rendszereké;⁷
- az ellátáshoz való hozzáférhetőség egyenlőtlenségei olyan mértékűek, amilyeneket az európai társadalmak nem tolerálnának;
- a lakosság jelentős része alapvetően elégedetlen az egészségügyi ellátással (míg a nyugat-európai rendszerek meglehetősen népszerűek — még a sokat szidott angol rendszer is).

Az európai reformkoncepciók fő eleme: a szabályozott verseny⁸

A finanszírozó és a szolgáltatók közötti kapcsolat átalakításának „kulcsszava” a *szabályozott verseny*, amely a *verseny szerepét* nem a fogyasztó és a szolgáltató közötti kapcsolatban, hanem a *finanszírozó és a szolgáltató közötti* kapcsolatban kívánja fokozni. Ez egyaránt érvényes az Angliában már bevezetett reformra, a Hollandiában kidolgozott — a korábbi kormányzat által elfogadott, de a jelenlegi által visszavont — Dekker-javaslatra, valamint a Svédországban folyó vitákra is. Ezek a koncepciók hangsúlyozzák, hogy a szabályozás és a verseny nem egymást kizáró fogalmak.

A költségvetési típusú rendszerek egy részében a finanszírozó egybeesik a szolgáltatóval. Egyetértés mutatkozik abban, hogy a *szolgáltatók hatékonyabb ellenőrzésének előfeltétele, hogy elkülönüljön egymástól a finanszírozó és a szolgáltató szerep.*

Az angol reform esetében a finanszírozó a területi menedzser (az egészségügyi szakigazgatás vezetője), de egy alapellátást nyújtó orvoscsoport is vállalkozhat a finanszírozó szerepére (ez utóbbi lényegében egy HMO típusú megoldás). A reform talán egyik legfontosabb eleme, hogy a finanszírozók és a kórházak között új típusú, gazdasági ösztönzőkön alapuló *szerződéses viszony* jön létre, amelyben (elvileg) pontosan meghatározzák, hogy mit vár el a finanszírozó a kórháztól (Klein, 1990). A finanszírozó nemcsak az adott egészségügyi körzetbe tartozó közkórházzal köthet szerződést, hanem más közkórházakkal és magánintézményekkel is. A közkórházakat továbbá arra ösztönzik, hogy alakuljanak át non-profit alapítványi kórházakká. Meg kell jegyezni, hogy éles viták folynak a bevezetett változtatások (és általában a piac szerepe) körül.⁹

Miért éppen Kanada?

Megszaporodtak a szakirodalomban az USA és Kanada összehasonlításával foglalkozó tanulmányok. Ezt nemcsak a földrajzi közelség magyarázza. A legnyilvánvalóbb ok: a Kanadában 1968 és 1971 között minden tartományban bevezetett közfinanszírozás hatására, a két ország (addig hasonló tendenciákat mutató) egészségügyében markáns különbségek alakultak ki.

A kiadások szempontjából az összehasonlítások alapvető következtetése az, hogy azok hasonló ütemben növekedtek és ugyanazon a szinten álltak a hetvenes évek elején. A társadalombiztosítás bevezetése után szétnyílt az olló a két ország között: Kanadában a nyolcvanas évtizedben 8,5% körül stabilizálódtak a kiadások, míg az USA-ban folyamatosan növekedtek, és 1987-ben a GDP 11%-át tették ki. *Megdőlt tehát az USA-ban korábban uralkodó nézet, hogy a mindenkire kiterjedő biztosítás túl drága, s egyben inflatorikus hatású lenne* (Evans, 1987).

A kiadások alakulása önmagában nem magyarázat a Kanada iránti fokozódó érdeklődésre. A kanadai egészségügy rendelkezik az amerikaiak számára fontos majdnem valamennyi pozitívummal:

— a páciensek szabadon választhatnak orvost és kórházat;

- az orvosok magánpraxist folytathatnak;
- a kórházak általában magán (nonprofit) intézmények;
- magas színvonalú az ellátás.

Ezen túl Kanada vitathatatlan előnye, hogy mindenkire kiterjed az ellátás. Ezzel szemben az USA-ban a nyolcvanas évtizedben növekedtek az egyenlőtlenségek (és a lakosság egészségi állapotának mutatói is kedvezőbbek Kanadában).

Egy közvélemény-kutatás szerint az amerikaiak több mint 60%-a a kanadai rendszert preferálná. A kanadaiaknak viszont 80%-a elégedett volt saját egészségügyi rendszerével (Blendon, 1990).

Az egészségügy-biztosítás néhány alapvető kérdése

Az egészségügy-biztosítási rendszerek legfontosabb jellemzőinek az alábbi kérdések tekinthetők:

— Milyen alapon történnek az egyéni befizetések? Avagy milyen társadalmi hatások lehetnek a biztosítási elv, és milyenek a szolidaritási elv érvényesítésének?

— Az egyének mely köre viseli a közös kockázatot: az egész társadalom (centralizált befizetések újraelosztása), vagy csak egy szűkebb (területi vagy foglalkozási) csoport?

— A szolgáltatások milyen körére terjedjen ki a biztosítás?

(E kérdések megválaszolása alapvető fontosságú a magyar egészségügyi finanszírozási rendszerének átalakítása szempontjából is.)

Az első kérdést tekintve két alapvető típus választható fel:

1. *az egyéneknek (a biztosító által meghatározott) egészségi állapota (egyéni kockázat) képezi a biztosítási díj meghatározásának az alapját.* (Mivel a társadalom alsóbb rétegeinek kedvezőtlenebb az egészségi állapota, ez azt jelenti, hogy ezen rétegek számára relatíve jóval nagyobb terhet jelentene ez a fajta biztosítás.)

Nem található olyan rendszer, ahol az *egyéni* kockázat elve dominálna — az amerikai egészségügyben uralkodó kockázati elv is egy csoportra vonatkozik. Mint ahogy arról már volt szó, az USA-ban nem az egyéni, hanem a csoportos magánbiztosítás játssza a fő szerepet, amely egy adott vállalaton (vagy annak egy részén) belül alkalmazza a szolidaritáson alapuló újraelosztást. Más példa: az NSZK-ban a magánbiztosítás alapja az életkor — nem játszik szerepet az egészségi állapot.

2. *A biztosítási díj független az egyén egészségi állapotától.* Az egyének *fizetőképességük* arányában járulnak hozzá az egészségügyi rendszer működtetéséhez — azaz a jövedelmük meghatározott százalékát fizetik biztosítási díjként. *Az összes európai rendszer ezen az ún. szolidaritási elven alapul.* Az európai közgondolkodásban továbbra is uralkodó az a nézet, mely szerint az egészségi állapottól függő biztosítási díj nem fér össze a társadalmi igazságossággal. A jövedelem nagyságán alapuló biztosítási díj jövedelem-átcsoportosítást valósít meg a gazdagabbaktól a szegényebbekhez, az egészségesebbekről a rosszabb egészségi állapotúakhoz, a fiatalabbaktól az idősebbekhez¹⁰ (Evans, 1983).

A szolidaritás tehát nem kiegészítő eleme, hanem alapvető jellemző-

je a nyugati társadalombiztosítási rendszereknek. (Természetesen a szolidaritás elvén alapuló jövedelem-átcsoportosítás még inkább jellemző a költségvetési finanszírozásra.)

Mire terjed ki a társadalombiztosítás?

A társadalombiztosítás (a fogászati ellátás egy része, a kórházon kívüli bizonyos gyógyszerköltségek, egyes gyógyászati eszközök, valamint az időskorúak ápolási otthona kivételével) általában teljeskörűen kiterjed az egészségügyi szolgáltatásokra. Rendszerint törvény szabályozza, hogy a társadalombiztosítás milyen szolgáltatásokra terjed ki. Azokra a szolgáltatásokra, amelyekre nem terjed ki, valamint bizonyos kórházi hotelszolgáltatásokra (átlagosnál jobban felszerelt egyágyas szoba stb.) kiegészítő magánbiztosítások köthetők.

A nyugat-európai országok jelenlegi egészségügyi rendszereire tehát nem jellemző az a magyarországi vitákban gyakran felmerült elképzelés, hogy társadalombiztosítás csak egy minimális szintet biztosítson, azon felül különböző kiegészítő biztosítások között válasszon a fogyasztó (amelyek díja az egyéni kockázat alapján határozódna meg).¹¹

A nyugat-európai rendszerekben máshol húzódik a magánbiztosítás és a társadalombiztosítás közötti határ: a legmagasabb jövedelmű elit számára lehetőséget biztosítanak a magán-egészségügyre, azaz a társadalombiztosításon való kívülmaradásra (ezen rétegek számára a magánegészségügy nyilvánvalóan olcsóbb, mint amilyen a társadalombiztosítás lenne).

Érdemes itt kitérni az amerikai és európai rendszerek közötti alapvető különbségre. Az európai egészségügyi rendszerek a lakosság kb. 90%-a számára egységes rendszert alkotnak (mind a finanszírozást, mind a szolgáltatásokat tekintve). A rendszerből nem a társadalom legalsó rétegeit zárják ki, hanem a legmagasabb jövedelmű (általában 5–10%-ot kitevő) rétegnek van lehetősége a kívülmaradásra. (Hasonlóképpen, a költségvetési finanszírozású országok többségében is létezik magánbiztosítás.) Az amerikai rendszerben a legalsó rétegek (a társadalom 10–15%-a) azok, amelyek egyáltalán nem rendelkeznek biztosítással. Azonban nem egységes a 80–85%-ra kiterjedő magánbiztosítás sem — a lakosság különböző jövedelmű csoportjai jelentősen eltérő körű biztosítással rendelkeznek. Az amerikai rendszer lényegében a jövedelmi csoportok szerint fregmentált rendszer (az európai, lényegében „kétosztályos” rendszerrel szemben).

Az európai rendszerek egyik alapvető kérdése, hogy a kilencvenes évtizedben a felső középosztály hogyan viszonyul majd az előzőekben vázolt szolidaritási elvhez — hajlandó-e továbbra is fenntartani (fizetni) az egységes egészségügyi rendszert, vagy az — némiképp az amerikaihoz hasonlóan — fregmentálódni fog.

Tanulságos ebből a szempontból a holland reform sorsa. Az 1986/87-ben kidolgozott Dekker-jelentés által javasolt változtatások egyik eleme az volt, hogy szűkítették volna azt a kört, amelyre a társadalombiztosítás kiterjed. Egyidejűleg bevezették volna a mindenkre kiterjedő kötelező biztosítást is. (Jelenleg a balesetek és súlyos betegségek kapcsán mindenkre kiterjed a kötelező biztosítás. A többi egészségügyi szolgáltatásnál csak a lakosság alacsonyabb jövedelmű 2/3-ára terjed

ki a társadalombiztosítás, a legmagasabb jövedelmű kb. egyharmad magánbiztosítással rendelkezik.) A biztosítók versenyét az jelentette volna, hogy a (jelenleginél szűkebb, de nem minimális körű) társadalombiztosításon túli szolgáltatásokra különböző magánbiztosítási csomagokat kínálhattak volna. Jelenleg úgy tűnik, hogy a reformot mégsem vezetik be: a társadalom széles körei ugyanis határozottan ellenezték, éppen azért, mert kedvezőtlenül érintette volna a hátrányosabb helyzetű rétegeket.

Központi alap vagy decentralizált alapok

1. A *centralizált befizetésekből* nem következik, hogy egyetlen központosított biztosító intézet működhetne csak. Hollandiában például 40 non-profit biztosító társaság bonyolítja a kötelező egészségügy-biztosítást.

A központi alap esetében alapvető kérdés, hogy:

- milyen elvek alapján osztja el a központ a bevételeket;
- milyen mértékben önállóak a biztosító intézetek a szolgáltatókkal való szerződéskötésben;
- hogyan érvényesül a laikus kontroll.

2. Az NSZK *decentralizált rendszere* jelenti a másik típust. (A decentralizált szervezetnek nem gazdasági, hanem elsősorban történelmi okai vannak.) Az NSZK-ban mintegy 1200 biztosítási alap működik. Az egyes biztosítási alapok által nyújtott juttatásokban nincs különbség, vagy csak minimális — a társadalombiztosítás által nyújtott szolgáltatások körét ugyanis törvény szabályozza. Ezzel szemben az egyének által fizetett biztosítási díjakban kétszeres különbség is fennállhat (atekintetben, hogy az egyének jövedelmük hány százalékát fizetik biztosítási díjként). A magasabb százalékot fizető alapok esetében nagyobb a tagok egészségi kockázata és/vagy alacsonyabb a jövedelme. Ebből eredően az NSZK-ban a reformviták középpontjában álló egyik legfőbb probléma, hogy milyen kiegyenlítő mechanizmust valósítsanak meg az egyes alapok között.

Az alapok nagy száma ellenére is mindössze a lakosság 50%-ának (többségükben a szellemi foglalkozásúaknak) van lehetősége az alapok közötti választásra. A szellemi foglalkozásúakat magukban foglaló alapok tiltakoztak legjobban az ellen az elképzelés ellen, hogy szabadon lehessenek az alapok között választani — az általában rosszabb egészségi állapotú fizikai dolgozók ugyanis növelnék a közös kockázatot, vagyis az adott alap esetében a jövedelem nagyobb hányadát kellene biztosítási díjként fizetni.

Összegzés

Nem szorul bővebb magyarázatra, hogy az írásomban vázolt folyamat, azaz az egészségügyi kiadások megfékezésére irányuló törekvés része a jóléti állam intézményrendszerében végbemenő, a hetvenes évtized elejétől radikálisan átalakuló gazdasági és társadalmi környezet-hoz való — megrázkódtatásokkal és bizonytalansággal terhes — alkalmazkodási folyamatnak. Az egészségügy azonban számos sajátossággal

rendelkezik a többi jóléti szférához képest. Az egyik alapvető különbség a modern technika egyre nagyobb szerepe, ami számos nyugtalanító és megválaszolandó kérdést vet fel. Milyen haszonnal jár az egészségügy technikai fejlődése (?) az egyén és a társadalom számára? Képes-e a társadalom, az egészségügy-politika ellenőrizni az új, költséges (más céloktól erőforrást elvonó, sokszor súlyos etikai kérdéseket is felvető) technika bevezetését és alkalmazását? Egyre inkább nyilvánvalóvá válik, hogy ezek a kérdések a kiadások szempontjából is lényegesen fontosabbak, mint a finanszírozási rendszer kérdése. Bővebb tárgyalásukra azonban ez a tanulmány nem vállalkozott.

A kiadások növekedésével kapcsolatban számos alapvető kérdés került a figyelem középpontjába. Ezek az alábbiak:

— Az egészségügyi kiadások növekedési üteme hogyan egyeztethető a gazdasági növekedés mértékével?

— A finanszírozók és a szolgáltatók közötti érdekegyeztetési, tárgyalási mechanizmusok hogyan teremthetők meg?

— Melyek a kínálati oldal ellenőrzésének megfelelő módszerei?

— Hogyan alakíthatók ki a kereslet csökkenésére szolgáló olyan ösztönzők, amelyek nem akadályozzák meg az ellátáshoz való hozzájutást?

— Hogyan oldható fel az orvosi tevékenység ellenőrzésének szükségessége és az orvosi autonómia közötti konfliktus?

— Hogyan hozhatók létre a központi politika védelmét szolgáló mechanizmusok egy decentralizált rendszerben?

— Hogyan alakítható ki a „köz” és a „magán” kínálat aránya? (S ki dönti el, hogy mi a „kívánatos”?)

Ezekkel a kérdésekkel a magyar egészségügy-politikának szembe kell néznie egészségügyi rendszerünk átalakítása során.

A finanszírozás lehetséges típusait tekintve az elmúlt évek egyik legfontosabb tanulságának az tűnik, hogy a finanszírozás makro-szinten hatékonyabbnak bizonyult a magánbiztosításnál. Másrészt azonban a kiadások globális szintjének korlátozása nem megoldás az alapvető problémára, nem jelent érdekeltséget a szolgáltatók számára az erőforrások hatékony felhasználásában. További alapvető tanulság, hogy önmagában a kötelező biztosítás nem lenne megfelelőbb, hatékonyabb módja a finanszírozásnak, mint a költségvetésen alapuló (azaz adóbevételekből történő) finanszírozás. Úgy tűnik, hogy az alapvető kérdés nem az, hogy „biztosítás vagy költségvetés”, hanem sokkal inkább az, hogy a költségvetési finanszírozás vagy a biztosítás milyen konkrét formája a megfelelőbb, hatékonyabb finanszírozási mód. Az igazi kérdés tehát az, hogy egy adott finanszírozási módon belül milyen eszközökkel érhető el a szolgáltatók (orvosok, kórházak) nagyobb mértékű ellenőrzése a finanszírozók által. (Hogyan érhető el az egészségügyi szférán belül a hatalom újraelosztása a finanszírozók javára — a szolgáltatókkal szemben.)

Egyetértés mutatkozik abban, hogy a szolgáltatók hatékonyabb ellenőrzésének előfeltétele, hogy elkülönüljön egymástól a finanszírozó és a szolgáltató szerep.

Számos kérdésben — pl. a „köz” és a „magán” vagy a piac és a szabályozás viszonyában nem a „vagy-vagy”, hanem az „is-is” tűnik a megfelelő válasznak. Azaz az igazi kérdést az jelenti, hogy ezeknek milyen aránya alakuljon ki a magyar egészségügyben.

Más országok tapasztalatainak elemzése abból a szempontból is üd-
vös lehet, hogy mit nem kellene követni. A magyar egészségügy re-
formja körüli néhány elképzelés az egy évtizeddel ezelőtti amerikai-
angol retorikára emlékeztet. Pedig már hozzáférhetők a kissé óvato-
sabb véleményalkotásra intő tapasztalatok is. A konkrét tapasztalatok
tanulmányozása persze kevesebb optimizmussal töltheti el az embert
— sehol egy igazi panacea.

Jegyzetek

1. Az ingyenességről szóló magyarországi „hitviták” szempontjából is érdemes egy pillantást vetni erre az ábrára. Nyilvánvaló, hogy gazdasági tisztánlátásra, megfelelő árak alkalmazására a finanszírozó és a szolgáltatók között akkor is van lehetőség, ha a páciens közvetlenül nem fizet az ellátásért. Tehát a magyar egészségügyben ezek hiányát (azt, hogy nem tudni, hogy mi mibe kerül) nem az ingyenség okozta. Ennek nem mond el-
lent, hogy — más megfontolásból — szükségesnek látszik a szolgáltatások bizonyos köré-
ben a „hivatalos” ingyenség megszüntetése.
2. Az egyéni kockázaton alapuló biztosítás lelkes híveinek figyelmébe ajánlom azt a
tényt, hogy *nincs* olyan fejlett ország, amelynek egészségügyében az *egyéni* kockázaton
alapuló biztosítás lenne a domináns.
3. Ezekről a tényekről a magánbiztosítás magyar hívei — úgy tűnik — hajlamosak
megfeledkezni.
4. A „zárt” és a „nyitott” terminuson azt érve, hogy előre meghatározzák-e az egész-
ségügyre fordítható erőforrások globális nagyságát. A finanszírozásnak mind makro-, mind
mikroszinten egyik alapvető kérdése, hogy nyitott vagy zárt-e (Desrochers, 1986).
5. Az európai rendszerekben a fő szereplők közötti érdekegyeztetés határozza meg az
alkalmazott költségteleket. Az egyes DRG kategóriákra fizetett költségterítést azonban
minden évben a szövetségi kormányzat egymaga szabja meg.
6. Az USA relatíve többet (a GDP nagyobb hányadát) költ az egészségügyre, mint
ami az egy főre jutó GDP alapján várható lenne. Az USA összes egészségügyi kiadásainak
22%-a adminisztrációs költség (mindenekelőtt a biztosítás adminisztrációjának költségei).
Ez a kiadás felére (azaz az összes kiadás 8–10%-kal) csökkenthető lenne, ha kötelező tár-
sadalombiztosítás lenne az USA-ban (Himmelstein és Wollhandler, 1986).
7. Pl. az egy főre jutó egészségügyi kiadások kb. háromszorosát teszik ki Anglia egy
főre jutó kiadásainak, valamint a GDP-ből való részesedés közel kétszeres. A másik ol-
dalon: mind a csecsemőhalandóságot, mind a várható élettartamot tekintve Anglia hely-
zete a kedvezőbb. (Az összehasonlításkor figyelembe kell venni azonban, hogy az egész-
ségi állapotot elsősorban az egészségügyi ellátáson kívüli társadalmi-gazdasági tényezők be-
folyásolják.)
8. A „szabályozott verseny” koncepciója mindenekelőtt Alain Enthoven amerikai pro-
fesszor nevéhez fűződik, akinek nagy befolyása volt a nyugat-európai reformkonceptiók
kidolgozói (Enthoven, 1981, 1988). Enthoven szakít azzal a tipikusan amerikai elképzelé-
ssel, hogy a piac szerepének fokozása a páciensek és szolgáltatók közötti kapcsolatban al-
kalmas lenne a kiadások korlátozására. Javaslatok két fázist különböztet meg: első lépésben
az egészséges egyének választanak a különböző (versenyző) biztosítások (illetve az azokat
kínáló „szponzorok”) között („A” típusú kapcsolat). A második lépésben a „szponzorok”
(ezek lehetnek kormányzati vagy magán szervezetek is) választanak a különböző (versenyző)
szolgáltató szervezetek (pl. HMO-k) között („B” típusú kapcsolat).
9. Számos fenntartás fogalmazódott meg. Így például az erőforrások különböző elosz-
tását igényelheti: a) a szűken értelmezett gazdasági hatékonyság, és b) a lakosság egész-
ségi állapotából eredő sokféle szükséglet. Az elkövetkező évek fogják megmutatni, hogy
ez a két szempont hogyan egyeztethető össze, továbbá, hogy milyen szerep juthat a laikus
kontrollnak ebben a rendszerben, valamint, hogy valóban növekszik-e a finanszírozók sze-
repe a szolgáltatókkal (és a gyógyszer- és orvostechnikai iparral) szemben.
10. A politikai döntéshozóknak nálunk is dönteniük kell arról, hogy szükségesnek tart-
ják-e ennek a szolidaritási elvnek az érvényesülését, vagy az európai országokétól eltérő
elvek alapján kívánják felépíteni a biztosítást.
11. Másrészt azonban mind az NSZK-ban, mind Hollandiában a reformviták egyik fő
kérdése a biztosítók közötti verseny megteremtése. Ennek feltétele lenne annak a körnek
a szűkítése, amelyre a kötelező biztosítás kiterjed.

Irodalom

- Aaron, H. J.: Prospective Payment: The Next Big Policy Disappointment? *Health Affairs*,
Fall, 1987. 102–107.
- Altenstetter, C.: An End to a Consensus on Health Care in the Federal Republic of Ger-
many. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1987. Vol. 12., No. 3, 505–537.
- Blendon, R. J. et al.: Satisfaction With Health Systems in Ten Nations. *Health Affairs*,
Vol. 9, No. 2, Summer, 1990. 185–193.
- Capron, A. M.: Allocating Finite Resources: Questions of Equity. In: Lewin, M. E. (ed.):
The Health Policy Agenda. Some Critical Questions. American Enterprise Institute for
Public Policy Research Washington, D. C., 1985.
- Davis, K. et al.: Is Cost Containment Working? *Health Affairs*, Fall 1985.
- Desrochers, G.: Global Budgeting for Canadian Hospitals: A Time for Reform. In: Virgó.
J. M. (ed.): Restructuring Health Policy: An International Challenge. International Health
Economics and Management Institute, 1986.

- Enthoven, A.: Managed Competition of Alternative Delivery Systems. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1988. 2. 305-321.
- Enthoven, A.: A Brief Outline of the Competition Strategy for Health Service Delivery System Reform. In: Olson (ed.): *A New Approach to the Economics of Health Care*. American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981.
- Evans, R. G.: Finding the Levers, Finding the Courage: Lessons from Cost Containment in North America In: Brown, L. D. (ed.): *Health Policy in Transition*, 1987.
- Evans, R. G.: The Welfare Economics of Public Health Insurance: Theory and Canadian Practice. In: *Social Insurance*, Elsevier, North-Holland, 1983.
- Evans, R. G.—Barer: The American Predicament. In: *Health Care Systems in Transition*. OECD Social Policy Studies No. 7., Paris, 1989.
- Evans, R. G.—Stoddart, G. L.: Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science and Medicine*, 1990. Vol. 31. No. 12. pp. 1347-1363.
- Eyles, J.: Privatizing the Health and Welfare State: The Western European Experience. In: Scarpaci (ed.): *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Rutgers University Press, New Brunswick, 1989.
- Field, M. G. (ed.): *Success and Crisis in National Health Systems*. Routledge, New York, 1989.
- Fuchs, V.: The „Competition Revolution” in Health Care. *Health Affairs*, 1988. 3. Summer, 5-23.
- Gabel, J. et al.: The Commercial Health Insurance Industry in Transition. *Health Affairs*, Fall, 1987, 46-60.
- Godt, P. J.: Confrontation, Consent, and Corporatism: State Strategies and the Medical Profession in France, Great Britain and West Germany. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 1987. Vol. 12., No. 3., 459-480.
- Griffith, B. et al.: *Banking on Sickness: Commercial Medicine in Britain and the USA*. Lawrence and Wishart, London, 1987.
- Ham, C.: *Health Check. Health Care Reforms in an International Context*. King's Fund Institute, London, 1990.
- Higgins, J.: *The Business of Medicine*. Macmillan, London, 1988.
- Himmelstein, D.—Woolhandler, S.: Cost without Benefit. *New England Journal of Medicine*, 1986. 7.
- Jönsson, B.: What Can Americans Learn from Europeans? In: *Health Systems in Transition*. OECD Social Policy Studies, No. 7., Paris, 1989.
- Klein, R.: In Search of the Perfect Health Care System: Britain's Pursuit on the Global Mirage Paper prepared for the East-West Workshop on Social Equity and Health in Europe, Stockholm, 1990.
- Levit, K. R. et al.: Health Spending and Ability to Buy Business, Individuals, and Government. *Health Care Financing Review*, 1989. 3. 1-11.
- Long, S. H.—Welch, W. P.: Are We Containing Cost Or Pushing on Ballon? *Health Affairs*, Fall, 1988. 113-117.
- Luft, H. S.—Miller, R. H.: Patient Selection in a Competitive Health Care System. *Health Affairs*, Summer, 1988. 97-117.
- Newhouse, J. P.: The Demand for Medical Care: A Retrospect and Prospect. In: J. Van der Gaag—M. Perlman (eds.): *Health Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland Publishing Company, 1981.
- Nolan, B.: Financing the Health Care System: Is Private Financing an Alternative? The Economic and Social Research Institute, Dublin, 1988.
- OECD 1987. *Financing and Delivering Health Care*, OECD, Paris.
- Olson, M. (ed.): *A New Approach to the Economics of Health Care*. American Enterprise Institute for Public Policy Research, Washington, 1981.
- Pauly, M. V.: A Primer in Competition in Medical Markets In: Frech III (ed.): *Health Care in America*. Pacific Research Institute, 1988.
- Reinhardt, U. E.: *Health Care Systems in Transition*. OECD Social Policy Studies No. 7., Paris, 1989.
- Reinhardt, U. E.: Health Insurance and Cost Containment Policies: The Experience Abroad. In: Olson (ed.): *id. mfi*.
- Rodwin, V. G.: New Ideas for Health Policy in France, Canada, and Britain. In: Field, M. G. (ed.): *id. mfi*.
- Scarpaci, J. L. (ed.): *Health Services Privatization in Industrial Societies*. Rutgers University Press, New Brunswick, 1988.
- Sheingold, S. H.: Unintended Results of Medicare's National Prospective Payment System. *Health Affairs*, Winter, 1986. 5-21.
- Wilson, F. A.: *Health Services in the United States*. Ballinger Publishing Company, 1985.

Antal Z. László

Önsegítő csoportok az egészségügyben

Az egészségügyi ellátás színvonalának javítására szinte minden országban eltérő lehetőségek kínálkoznak a *nem ebben a szférában dolgozó*, de érdekében tenni kívánó emberek részére. Ezek közül a lehetőségek közül a leggyakrabban azokat a módszereket alkalmazzák, amelyek igyekeznek csökkenteni az egészségügyi ellátásban jelentkező hiányokat. Az ilyen típusú tevékenységet végző emberek a *meglévő intézményes keretek* között próbálnak hozzájárulni ahhoz, hogy minél zökkenőmentesebben történjen a betegek ellátása, s minél kevesebb trauma érje a kórházban fekvő betegeket. Ennek egyik módja a személyes részvétel a kórház munkájában. Számos nyugat-európai és amerikai kórházban *önkéntesek* látják el ezt az igen fontos, másképpen nehezen és drágán megoldható feladatot. Sok helyen vállalják kisebb-nagyobb szolgáltatások elvégzését, amelyekkel kellemesebbé tehetik a kórházban tartózkodást, az ott fekvő és dolgozó embereknek.

A másik, ebbe a kategóriába tartozó tevékenység, amelyet az ellátás színvonalán javítani kívánó emberek gyakorolhatnak, a kórházaknak nyújtott anyagi támogatás. Angliában például minden állami kórház mellett működik egy Hospital Friend nevű társaság (a Kórház Barátai). A társaságok a kórházak hotelfunkcióinak javításához járulnak hozzá, pénzt gyűjtenek a kórház ellátási körzetéhez tartozó emberektől, s a kórház vezetőivel való konzultáció után az összegyűlt pénzből különböző felszerelésekkel ajándékozzák meg a kórházakat.

Az elmúlt évtizedekben egyre gyakrabban fogalmazódnak meg olyan törekvések, amelyek az egészségügyi intézményekben tapasztalható feszültséget nem azok működési feltételeinek javításától, hanem *megváltoztatásától* várják. A szakirodalom egyre részletesebben elemzi azokat a jelenségeket, amelyek arra utalnak, hogy az egészségügyi rendszer mint a hatalmi (paternalisztikus) kontroll egy formája infantilizálja a beteget és a lakosságot. Ivan Illich pedig arra a következtetésre jutott, hogy a felnőtt, megfelelő egészségkultúrájú, az egészség-betegség és megfelelő terápia kérdésében döntőképes személyiség kialakulásának legfőbb gátja az egészségügyi hálózat (Illich, 1975).

Ennek a gondolatnak a szellemében az egészségügyi intézmények demokratikus működéséért több akciót szerveztek különböző országokban. Angliában például megjelentették a *Charta for democratic health*

service című kiáltványt. A kiáltványról vitákat rendeztek, és felvonulásokon követelték az egészségügy demokratizálását. Legjelentősebb követeléseik a következők voltak:

- az egészségügy használóinak is legyen képviselőjük az egészségügyben;
- a helyi képviselők szóljanak bele a helyi egészségügy működésébe;
- az egészségügyi dolgozóknak is legyen képviselőjük a kórház vezetésében;
- információt kell adni a lakosságnak az egészségügyi dokumentumokról;
- a járóbeteg-ellátás és a kórházi ellátás között legyen szorosabb kapcsolat.

Az eddig említett két lehetőségen kívül (azaz az intézményrendszer javítása vagy megváltoztatása mellett) más lehetőségek is léteznek a kiszolgáltatottság csökkentésére, a saját egészség védelmére s a betegségek megelőzésére, gyógyítására. Egyre többen ismerkednek meg ezekkel a lehetőségekkel és próbálnak az egészségügyi *intézményektől függetlenül*, az *intézmények keretein kívül* megoldást találni a betegségek különböző módjainak terjedése, a népi gyógymódok újrafelfedezése és népszerűsítése, az újfajta táplálkozási szokások terjedése, az alternatív medicina iránti igények fokozódása és az *önsegítő csoportok megalakulása s aktivizálódása* is.

Jelen tanulmányban azzal foglalkozom, hogy a Magyarországon nehezen, de mégis megalakult csoportok milyen eredményeket tudtak elérni a *betegellátás területén* és a *betegek kiszolgáltatottságának csökkentésében*.

A különböző egészségügyi rendszerek válságjelei, az egészségügyi költségek robbanása, a lakosság romló egészségi állapota, a magyar egészségügy vezetőit arra késztették, hogy újragondolják az önsegítő csoportokkal szemben addig tanúsított fenntartásaikat. Ehhez hozzájárult az is, hogy nemzetközi tapasztalatok szerint a megalakult önsegítő csoportok számos területen jobb eredményeket tudtak felmutatni, mint a szakosodott intézmények. Különösen igaz ez a rehabilitáció egyes területeire, s a különböző szenvedélybetegségek területén elért eredményekre. Az önsegítő csoportok és az önsegítő szervezetek támogatását javasolja a WHO ottawai egészségmegőrzési nyilatkozata is, amelyet a tagországok — köztük Magyarország — 1986-ban írtak alá.

A dokumentum e közösségek „hatalommal való felruházását” sürgeti, hogy „tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak, ... s hogy erősítsék a közösségek részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben”.

Ugyanennek a gondolatmenetnek számos eleme megtalálható a Magyarországon 1987-ben kidolgozott *Egészségmegőrzés társadalmi programjában* is. „Szélesíteni kell az egészségügy munkáját támogató egyesületek, klubok mozgásterét.” Ezzel az alulról jövő kezdeményezésekkel szembeni korábbi merev ellenállás mintha oldódna. Ezt jelzi, hogy a társadalmi program már építeni kíván e csoportok munkájára a különböző célok megvalósításában. „Az egészséges életmód kibontakoztatásában, a veszélyeztető kockázati tényezők elhárításában nagy szerepet vállalhatnak a *közösségek*. A lakóterületen és a munkahelyeken

egyaránt lehetőséget kell kapniuk arra, hogy beleszóljanak az életmódjukat, egészségüket, biztonságukat befolyásoló döntések hozatalába, legyen az akár csak egy sportpálya építése, alkoholmentes klub létesítése, segítő szolgálat szervezése.

Természetesen egy program hatására nem változnak meg egy csapásra a mélyen beidegződött ellenérzések a nemes szándékú és célú önálló kezdeményezéssel szemben. De mindenképpen jelentős lépés volt a támogatásukat deklaráló program megjelenése, mert megkönnyítette a csoportok alakítását. A változást azonban nehezíti, hogy a program leszűkíti a támogatandó egyesületek, klubok körét „az egészségügy munkáját támogatókra”, a közösségek szerepét pedig csupán „az egészséges életmód kialakításában, a veszélyeztető környezeti tényezők elhárításában” látja.

Az önsegítő csoportokról, nemzetközi megközelítésben

A nemzetközi szakirodalomban igen részletesen, sokfajta megközelítésben foglalkoznak az önsegítő csoportokkal (selfhelp groups). A fogalom értelmezése nem mindig egyértelmű, de az utóbbi években konszenzus kezd kialakulni ezen a területen. „Az önsegítő csoportokban közös problémákkal (például egy betegséggel) küszködő emberek gyűlnek össze. Hosszabb időszak alatt, rendszeres üléseken, nagyrészt szakszerű segítség és mindenféle anyagi érdek nélkül megpróbálják megváltoztatni azt a módot, ahogyan problémájukhoz és környezetükhöz viszonyulnak. Vezérelvük az együttműködés és a kölcsönös segítségnyújtás. A gyakran rendkívüli, személyes élmények megosztása, a közvetlen empátia, a szolidaritás és a támogatás jótékony hatásúak. A tagok segítik egymást és egymás modelljévé válnak a közös probléma sikeres kezelésében.” (Katz és Bender, 1976)

Az önsegítő csoportokban fontos az aktív, személyes részvétel, a közös élményfeldolgozás, a kölcsönös bizalom, amely a kölcsönös segítség alapja lehet. Ezeknek a csoportoknak nincs is vezetőjük, s létszámuk korlátozott (5–10 fő). A *face to face* jellegű kapcsolattartás jellemző inkább rájuk. Gyakran nem is formalizálják a csoportot (a kívüllág felé nem jelzik létezését: nem jegyzik be, nem adnak maguknak nevet, s nem kérnek anyagi támogatást). A csoport tagjai megtanulják, hogyan kezeljék konfliktusaikat, s megpróbálnak közös megoldást találni lelki bajaikra. (Ilyen csoportokat főleg mentális problémákkal küzdő emberek hoznak létre, gyakran pszichológus javaslatára s kezdeményezésére, de úgy, hogy a csoportban nem vesz részt a terapeuta.) Ezért ezeket a csoportokat terapeuta nélküli pszichoterápiáknak is nevezik. Ilyen csoportokat alkotnak például a különböző szenvedélybetegségekből gyógyultak, a ritka betegségben szenvedő emberek, a munkanélküliek, s a különböző családi konfliktushelyzetbe került emberek. De ilyen csoportokat hoznak létre a homoszexuálisok, a daganatos betegségekben szenvedők, s a különböző kisebbségi csoportokhoz tartozó emberek is. A csoportokba tartozó emberek felismerik, hogy közösen, egymást segítve könnyebben tudnak megbirkózni gondjaikkal. Igen gyakran maga a segítség, a feladat, az újabb felelősségvállalás, s a „valakinek szüksége van rám” érzése vezet el a saját probléma megoldásához.

Ilyen csoportok Magyarországon is léteznek, de tevékenységükről keveset lehet tudni, épp e sajátos felépítésük és működésük miatt. Az elemzések pontossága miatt a szakirodalomban megkülönböztetik az önsegítő csoportoktól az *önsegítő szervezeteket*. „Az önsegítő szervezetek jellemzői:

- több tagot számlálnak (nemcsak az érintetteket, hanem rokonait, támogatóikat és más, az ügyben érintett személyeket is);

- szupraregionálisak, gyakran országos kiterjedésűek;

- függetlenített szervezőik vannak, akik többé-kevésbé szakképzettek, pl. szociális gondozók, szervezők stb.;

- bürokratikus szervezetűek, társasági státusuk van, elnökeik vannak, tagdíjat szednek, saját folyóirataik, konferenciáik és továbbképzéseik vannak;

- a külvilágra irányuló tevékenységük érdekcsoport jellegű, olykor még a törvényhozást is befolyásolják (pl. a rokkantakra vonatkozó törvény megalkotásakor);

- jelentős a szakértők gyakori bevonása az előadásokba és az értekezletekbe;

- szolgáltatásaik nagy részét kívülállók is igénybe vehetik (pl. kórházlátogatások);

- saját tanácsadó központjaik vannak,

- némelyiknek figyelemreméltó költségvetése is.

Ezek az önsegítő szervezetek sok tekintetben hasonlítanak a jóléti szervezetekre, a közegészségügyi és a szociálpolitikai intézményekre.” (Richardson és Goodman, 1983.)

Magyarországon több önsegítő szervezet is működik, ezek tevékenységéről a hazai folyóiratokban és a sajtóban már több tanulmány is megjelent. Jelen írásomban én is néhány, ebbe a kategóriába tartozó szervezet tevékenységét fogom elemezni.

Előzőleg azonban érdemes röviden áttekinteni, hogy a szakirodalom mivel magyarázza ezeknek a szervezeteknek a szaporodását, tevékenységük aktivizálódását.

Az önsegítés létrejöttének okait elemző szerzők különböző szempontokat hangsúlyoznak, mást és mást tartanak meghatározó jelentőségűnek (Katz és Bender 1976). Hiszen az önsegítés szinte minden korban (és különösen a katasztrófák után) megfigyelhető volt.

„A self-help jelenség *pszichológiai gyökerei* korunk tekintélyválságában keresendők. A nyugati kultúra tömegtársadalmainak dezintegrációs folyamatai, a keleti kultúra paternalisztikus viszonyai egyre 'infantilisabb', éretlenebb, önálló életvitelre egyre kevésbé alkalmas nemzedékeket 'bocsátanak ki' (a tendenciákról szóló szakirodalom tengeri). Olyan nemzedékeket, melyek tagjai függőségi viszonyban vannak a 'tekintélyfigurákkal', ami többek között abban nyilvánul meg, hogy a 'felnőtt' típusú kommunikációs mintákkal szemben (elfogadom a tekintélytől, amivel azonosulni tudok, de elutasítom a számomra elfogadhatatlant) az infantilis kommunikációs minták erősödtek fel (a dac két formája: negativizmus és lázadás, illetve konformizmus). A tekintélyválság másik aspektusa, hogy világháborúkat, gazdasági válságokat, civilizációs ártalmakat létrehozó tekintélyekkel szemben fokozódott az ellenállás, és ennek a történelmi folyamatnak egyik lecsapódása az a pszichológiai szükséglet, amely a vertikális (tekintély-) viszonyokkal szemben a szimmetrikus, partnerszerű, testvér-testvér vi-

szony iránt nyilvánult meg.” (Gerevich, 1989.)

Az önsegítő csoportok tevékenysége beilleszthető a *fogyasztói érdekvédelmi* tevékenységek közé is. A nyilvánosság segítségével a hatalom (politikai vagy szakmai) kontrolljának szerepét is betöltheti.

Mivel azonban az egészségügy területén működő önsegítő csoportokkal, szervezetekkel foglalkozom, számunkra legérdekesebbek az *önsegítés egészségügyi gyökerei*. A betegségükkel küzdő, küszködő emberek egyre gyakrabban érezték, hogy az egészségügyi intézmények nem azt nyújtják számukra, amit várnak tőlük, s az intézmények gyakran nem csökkentették, hanem növelték gondjaikat. Az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni kritika egyik megjelenési formájaként is interpretálható az önsegítő csoportok és szervezetek megjelenése. Az egészségügyi ellátással való elégedetlenség különösen akkor volt szembeszökő, amikor a betegek speciális problémákkal fordultak az intézményekhez. A nagy szervezetek a ritkán előforduló feladatok megoldására nehezen „álltak át”. Ezeknek a feladatoknak egy része könnyebben és gyorsabban megoldható kisebb, rugalmasabb speciális igényekre szerveződő csoportokban, szervezetekben. (Ezt támasztják alá a szakirodalomban elemzett példák az országokból, ahol már hosszú ideje működnek önsegítő csoportok és szervezetek.)

Az önsegítő csoportokkal szembeni ellenérzések fokozatosan csökkennek, s korábbi bírálóik is ma már elismerik, hogy sikeresen birkóznak meg azokkal a feladatokkal, amelyeket felvállaltak. Erre utal, hogy egyre több támogatásban részesítik őket (ami ugyanakkor természetesen kontrollt is jelent). Sikerük egyik jele, hogy mára általánosan elfogadottá vált, hogy néhány területen — mint például a volt kábítószer-élvezőkkel való foglalkozásban — előnyösebben működnek, mint a professzionalisták. Ennek köszönhetően közeledés figyelhető meg a szakemberek és a laikusok között. Néhány olyan terület is kialakult mára, ahol az ellátást kizárólagosan az önsegítő csoportok és szervezetek vállalják magukra.

A csoportok támogatása ma már politikai szinten is megtörténik. A különböző pártok ma már felkarolják és támogatják ezeket a csoportokat.

Ennek a támogatásnak azonban veszélyei is vannak. Több országban az államok vezetői felismerték, hogy ily módon „új erőforrások” mobilizálhatók a társadalmi feszültségeket jelentő problémák megoldására. A közösségekben rejlő erőre támaszkodva olcsóbban oldhatók meg ezek a feladatok, ha megoldásukat átengedik az önsegítő csoportoknak, szervezeteknek.

Az egyértelmű eredmények és a több szempontból is erősödő elvi és anyagi támogatás ellenére, különböző becslések szerint a lakosság mindössze 2–8 százaléka vesz részt az önsegítő csoportok, szervezetek munkájában. Azaz több évtizedes működés után is, a domináns integrációs sémák mellett, az állami s a piaci mechanizmusoktól eltérő elveken működő önsegítő csoportok és szervezetek fontos, de csak marginális szerepet tudnak betölteni a társadalomban.

Hazai tapasztalatok

Magyarországon az elmúlt évtizedekben több hasonló kezdeményezés

indult el, több irányból próbálták meg a hasonló problémákkal küszködő emberek saját érdekeiket közösen artikulálni. A próbálkozások jelentős része kudarcra végződött. Sokáig mindössze az igen kitartóan küzdő mozgássérülteknek sikerült az egyesület megalapítása, 1981-ben. Nehezen kivívott eredményüket (a precedens megteremtését) azonban hosszú ideig nem követték mások.

A politikai változások igen jelentős eredményeképpen ezen a területen is áttörés következett be. Ma már követni is nehéz az egészségügy területén szerveződő egyesületek, klubok, körök, alapítványok számát. Nagyságuk, létszámuk, tevékenységi területük ma még feltérképezetlen. Ennek az igen látványos változásnak néhány jellegzetességére fogok rámutatni az alábbiakban.

Tanulmányomban a sok lehetséges megközelítés közül arra fogok koncentrálni, hogy milyen *akadályokkal* kellett és kell napról napra megküzdieni az egészségkárosodott emberek helyzetén javítani kívánó szervezeteknek; milyen külső és belső körülmények nehezítik, hogy kitűzött céljaikat elérjék. Tanulmányomban a mozgássérültek szervezeteivel (köztük az SM-klubbal), a vesebetegek egyesületével (VORE) s a daganatos betegek klubjainak és „A rák ellen — az emberért, a holnapért” elnevezésű alapítvánnyal fogok foglalkozni.

1. A megalakulás nehézségei

A mozgássérültek első egyesületei már 1977-ben megalakultak, és így közel 15 éves történetük és ma már kiterjedt országos hálózatuk van.

Ebből adódóan a bemutatás során a mozgássérültekről többet fogok írni, de az elemzés minden szempontjánál kitérek (ha eltérő terjedelemben is) a többi csoportra, szervezetre is.

Több év óta látogatom a különböző csoportok rendezvényeit, s veszek részt tanácskozásaikon. A személyes kapcsolatok sokat segítettek a tanulmány elkészítésében, amelyért a csoportok vezetőinek köszönettel tartozom.

A *mozgássérültek* abban is különböznek a többi csoporttól, hogy hosszabb időre visszanyúló történetük van. Már a második világháború előtt működött a mozgássérülteket tömörítő Hadirokkantak Szövetsége. A szövetség feloszlásának és az új érdekképviselési forma kialakulásának történetét dr. Chikán Csaba, a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Országos Szövetsége (MEOSZ) jelenlegi elnöke — aki igen aktív szerepet játszott és játszik a szövetség életében, s részese volt a hosszú évekig folyó csatározásoknak, egyeztető tárgyalásoknak — így foglalja össze:

„A Hadirokkantak Szövetségének vezetői, hazánk második világháborús helyzetéből adódóan, szemben több szomszédos országban tapasztaltakkal, szemben álltak a negyvenes évek legvégén kibontakozó proletárdiktatúrával. Így a szövetséget hatóságilag feloszlatták. Ennek következtében a hivatalos felfogásban a mozgáskorlátozottak önszerveződésének kísérletei évtizedekig „gyanús”, nem támogandó jelenségként tűntek fel.

A korábbi évek elvetélt kísérletei után a hetvenes évek elején kezdődtek párhuzamos, összehangolatlan kísérletek a mozgássérültek or-

számos szövetségének létrehozására, a vakok és a hallássérültek nagymúltú szervezeteinek mintájára. Rövid, kategorikus elhárítás volt a hivatalos válasz: „még nem időszerű”, illetékes szervek foglalkoznak a kérdéssel...”

Létrejöhettek viszont, jogilag egyértelműen szabályozott keretek között, jól meghatározható tevékenységi körrel a mozgássérültek első sportegyesületei, amelyek kényszerűségből elemi érdekképviselési feladatokat is elláttak (túl azon, hogy a sajátos sportolás lehetőségének megteremtése maga is az általános érdekképviselés része).

Fordulatot hozott az első egyesület megalakulása Vas megyében. Ez egyúttal az „egyesület” mint szervezeti forma felfedezését jelentette, és a mozgalmat a főhatóságok hozzájárulásától független, mégis alkotmányos, egyúttal demokratikus útra terelte.

Előrelépést jelentett, hogy 1979. október 6-án az akkor létező hat érdekképviselési egyesület az egyesületek vezetőinek részvételével, az egységes fellépést biztosítandó, létrehozta a Mozgáskorlátozottak Egyesületeinek Együttműködési Bizottságát, mint tanácskozó és koordináló testületet. 1980. március 21-én — akkor már 9 egyesület vezetői — felhatalmazták Kelemenné Szakonyi Júliát, Gaál Pétert és Dr. Chikán Csabát valamennyi egyesület képviselőjére országos szerveknél, egyúttal elhatározták, hogy a meglévő egyesületek vezetői aktívan fellepnek más megyékben újabb egyesületek létrehozása érdekében, számítva arra, hogy 1981 fordulatot hozhat az országos szövetség létrehozása ügyében.

„Közben olyan központi politikai-állami elképzelésről kaptunk hírt, hogy a kormányzat lehetségesnek tartja mozgássérültek országos szekciójának létrehozását a Hallássérültek Szövetségének szervezetén belül, az egyesületek megszűnése mellett. E hírt követően írásos összefoglalót küldtünk az MSZMP KB illetékes osztálya vezetőjének az önálló mozgássérültek szövetség lényegéről, funkciójáról, az általa megvalósítani kívánt érdekképviselés jellegéről. Majd a képviselők látogatást tettek az említett osztályvezetőnél. Engedélyt kaptunk önálló szövetség létrehozására, de az egyesületi önállóság és több fontos egyesületi-szervezeti alapkérdés még függőben maradt.

Ezt követően tárgyalássorozat kezdődött az Egészségügyi Minisztérium szociálpolitikai osztálya akkori vezetőivel a szervezeti felépítés, az alapszabály, a leendő működés lényeges kérdéseiről. Mi, a képviselők mindig az együttműködési bizottság állásfoglalásaira hivatkoztunk. Felváltva tartottunk EB ülést és megbeszélést a Minisztériumban. Végül valamennyi elképzelésünket sikerült elfogadtatni. Így maradtak meg a mozgássérültek egyesületei, azok szervezeti és cselekvési önállósága is.

1981. február 5-én tartotta ülését a MEOSZ Előkészítő Bizottsága 8 mozgássérült és 7 kívülálló, de kapcsolódó tevékenységű jeles személyiség részvételével, Dr. Csehák Judit, a SZOT akkori titkára elnökletével. Mind az Alapszabály és az Egyesületi Alapszabályok Irányelve, mind az első tisztségviselők jelölése tekintetében számos vitás kérdés merült fel, ezeket az egyre gyarapodó létszámú Együttműködési Bizottság állásfoglalásai alapján oldottuk meg.

1981. június 13-án összeült — megelőző egyesületi taggyűlések után — a MEOSZ Alakuló Küldöttközgyűlése, számos jeles közéleti személyiség részvétele mellett.” (Chikán, 1987.)

A Sclerosis Multiplex (SM) klub létrehozásának ötlete közel azonos időben egymástól függetlenül három orvosban is felmerült. 1979-ben dr. Lipcsei Attila, a János kórház főorvosa, 1984-ben Pálffy György pécsi professzor, és a nyolcvanas évek elején dr. Guseó András székesfehérvári ideggyógyász fogalmazta meg az SM-klub létrehozásának tervét. Dr. Guseó András maga kezdte el a klub szervezését, és 1985-ben a mozgássérültek Fejér megyei egyesületének keretében megalakította az első SM-klubot.

Tanulmányomban a Mozcássérültek Budapesti Egyesületében működő SM-klubbal foglalkozom. A történetekre a klub annak megalakulásáért sokat tevő vezetője, Győri Ferencné így emlékszik vissza: „1979-ben a János kórházban, amikor diagnózisomat megállapították, dr. Lipcsei Attila tanár úr megkérdezte tőlem, hogy mi a véleményem a sclerosis multiplexes betegek részére létrehozandó klubról, mert külföldön nagyon sok helyen működnek ilyen klubok. Általában a betegek egymástól jobban elfogadják a jó tanácsokat, mint az orvosoktól, és személyes tapasztalatokkal is segíthetik egymást. Én abban a pillanatban mondtam, hogy szerintem nagyon jó lenne. Kérdezte, hogy részt vennék-e munkájában, mondtam: szíves-örömet. Ezután írtam egy levelet az Egészségügyi Minisztérium államtitkárának. Leírtam, hogy tudomásom van róla, hogy külföldön működnek ilyen klubok, és nagyon jó lenne, ha nálunk is lenne ilyen klub. A Minisztérium osztályvezetője válaszolt. Megköszönte az egészségügyről a jó véleményemet, kritikámat, és azt írta, hogy megfelelő szakmai kollégiumhoz továbbítja ezt az igényt. Elvileg támogatják. De nem történt semmi...

A Mozcássérültek Budapesti Egyesületével úgy kerültem kapcsolatba, hogy ők támogatták a telefonkérelmemet. Akkor megemlítettem a budapesti egyesület akkori elnökének, hogy jó lenne egy ilyen klub, ő is nagyon támogatta. Mondta, hogy szerezzem meg a betegek névsorát, és akkor megpróbálja. A kórházi osztályon azonban azt mondták, hogy fordítsuk meg a dolgot, mert az orvos nem adhatja ki a betegek nevét. Azt javasolták, hogy kezdjük el valamilyen módon a szervezést, és akkor ők majd odaadják a betegeknek a felhívásunkat. Közel hat évig próbálkoztam a klub létrehozásával, kerestem személyes kapcsolatokat, összeköttetéseket, de sehogy sem sikerült elintéznem. Végül a Mozcássérültek Budapesti Egyesületében találkoztam Barna Sándorral, aki szintén egy SM-klub létrehozásával foglalkozott. Ketten együtt sikerült végül is a klubot megalakítanunk.”

„A rák ellen — az emberért, a holnapért” elnevezésű társadalmi alapítvány szervezése jelentősen különbözik az előbb bemutatottaktól. Az alapítványt ugyanis nem daganatos betegek kezdeményezték, hanem a daganatos betegek sorsáért aggódó hét értelmiségi. Közülük hárman az Onkológiai Intézet szervezési és módszertani osztályán dolgoztak. Ők dolgozták fel a daganatos betegekről ideküldött statisztikai adatokat. Az adatok a betegek számának folyamatos és gyors ütemű emelkedését mutatták. Ez indította őket arra, hogy ne csak regisztrálják a súlyos helyzetet, hanem megpróbáljanak valamit tenni is ellene. Barátaikkal beszélgetve határozták el, hogy társadalmi alapítványt hoznak létre a rák ellenes küzdelemre. Az ötlet 1985 tavaszán merült fel, s rendkívül gyorsan — alig fél év alatt — sikerült is megvalósítani.

1985. szeptember 12-én közjegyző előtt hitelesítették a „kötelességvállalás közérdekű célra” című dokumentumot, amelyben az alapítvány működési feltételeit és céljait megfogalmazták. Az alapítók a siker eredményét több tényezővel magyarázták. Jó személyes kapcsolataik voltak, amelyeket sikerült felhasználni az alapítvány engedélyeztetéséhez, de véleményük szerint szerepet játszott a gyors elintézésben az is, hogy a szervezés nyáron történt, amikor „mindenki szabadságon volt”. Az Alapítvány az Állami Ifjúsági Bizottság fennhatósága alatt kezdte meg működését.

A *Daganatos betegek és barátai* köre 1986. április 16-án alakult meg a Magyar Vöröskereszt V. kerületi szervezetének keretében. (Az elnevezéseket tekintve mind a négy vizsgált csoportnál más és más formát találunk. Egyesület, klub, alapítvány után most egy kör kezdte el tevékenységét. Az elnevezés azonban hamar megváltozott és a későbbiek során már ők is a klub elnevezést használták.)

Az ötlet Egyedi Lászlónétól származott, akit rokonai segítségével Londonban kezeltek. Az Angliában működő, igen hatékony és jól szervezett betegszervezetek működését látva gondolt arra, hogy érdemes lenne Magyarországon is hasonló szervezeteket létrehozni. Hazatérve hozzákezdett az ötlet megvalósításához, amiben neki is igen komoly segítséget jelentettek a személyes kapcsolatok. A klub szervezését hivatalos fórumok támogatásának megnyerésével kezdte — Vöröskereszt, egészségügyi intézmények —, de első lépésben mint laikust, elutasították. Ezt követően orvos barátai segítségével megkapta a szervezéshez és működéshez szükséges engedélyt, valamint egy termet az összejövetelekhez az V. kerületi Vöröskereszt szervezetben.

A vesebetegek 1988-ban kezdtek hozzá egyesületük megalakításához. Munkájukat nagy mértékben megkönnyítette, hogy ekkor már több éve működtek a mozgássérültek különböző egyesületei is, sőt az országos szövetség is létezett már. Támogatták őket a vesebetegeket kezelő orvosok is, és jogászok segítségét is igénybe vették a megalakításhoz. Az Egészségügyi Minisztérium — ekkor még erre is szükség volt — áldását adta a VORE megalakulására. 1988 végén már egészen más politikai légkörben alakulhatott meg a VORE, mint 1981-ben a MEOSZ. Az alakuló ülésig így is rengeteg munka hárult a szervezőkre, különösen Ádám Editre, a későbbi elnökre, aki ma is az egyesület meghatározó személyisége. Nekik már főleg a jogi és anyagi feltételek megteremtéséért kellett megküzdeniük. Maga az alakuló ülés 1988 decemberében ünnepélyes keretek között történt. Megjelent az egészségügyi miniszter, és a tv-híradó is tudósított az eseményről.

Ma már mindez történelem. Olyannyira leegyszerűsödött az egyesület-, klub- vagy alapítványalakítás, hogy tíz hasonló érdeklődésű személy elzárhatja a kezét. A különböző betegségekben szenvedő emberek és hozzátartozóik gyakran élnek is a felkínálkozó lehetőségekkel. Egyre több klubról, egyesületről lehet hallani, ahol az érdekeltek lépéseket tesznek azért, hogy közösen próbáljanak meg javítani saját helyzetükön, vagy családtagjukén. Az előttünk álló hónapok, évek döntik majd el, hogy a most megalakult csoportok, szervezetek közül melyek lesznek életképesek, melyek fognak igazán komoly eredményeket felmutatni, s tagjaiknak helyzetén érdemi javulást elérni.

2. Az önsegítő szervezetek tevékenysége

Az önsegítő szervezetek előtt igen tág lehetőségek kínálkoznak tevékenységi területük meghatározásánál, hiszen a legtöbb betegségnél (s halmozottan érvényesül mindez a krónikus betegségeknél) több olyan probléma is fölmerül, amelyek megoldásában szerepe lehet egy ilyen csoportnak vagy szervezetnek. Segíthetnek egymásnak a munkahely elvesztéséből, a rokkantositásból, az anyagi helyzet romlásából adódó terhek enyhítésében; a társadalmi előítéletek elleni küzdelemben is eredményesen vehetnek részt együtt; különböző jogszabályban rögzített kedvezmények eléréséért is sikeresebben vehetik fel a küzdelmet közösen, s a betegsükből adódó kiszolgáltatottság csökkentésére is nagyobb az esély közös fellépés esetén. Lehetne még sorolni a csoportokban megfogalmazott célkitűzéseket, de az elemzésben inkább arra térek ki, hogy milyen szempontok befolyásolhatták őket a célok közötti prioritások kialakításában. Milyen feladatok ellátását vállalták, s melyek azok, amelyekről ha nem is mondtak le, de jelenleg nem foglalkoznak velük.

A szervezetek elsődleges céljuknak tartják, hogy tagjaiknak (de sok esetben az összes érintett egészségkárosodottnak) *anyagi helyzetén* javítsanak. Részben a szabályok adta lehetőségek kihasználására hívják fel tagjaik figyelmét, részben segélyeket osztanak, s e tevékenységük kiegészül az általános kedvezmények kivívásáért folyó, nem eredménytelen küzdelemmel.

A MEOSZ igen kemény feladatokat vállalt magára, amelyekkel komolyan tud segíteni a mozgáskorlátozottak helyzetén, de amelyek ellátása ugyanakkor sok energiáját le is köti. Kivívott eredményeik között tartják számon a lakások akadálymentesítésére felvehető kedvezményes kölcsönök igénybevételi lehetőségének elérését. A kölcsön odaítélésének előkészítése (a környezettanulmány) a helyi egyesületekre hárul, és a döntést is a MEOSZ hozza. Így a szövetség a tagok érdekvédelmére helyett gyakran „hatóságként” jelenik meg szemükben.

Az alapítvány mára jelentősen leszűkítette azokat a feladatokat, amelyek megoldására vállalkozott. Az alapítvány felhívásában szinte minden olyan feladat szerepelt, amely a daganatos betegségek megelőzésében, a betegségek gyógyításában és a rehabilitációban szóba jöhet. Több mint 5 éves tevékenysége után „letisztultak” e célkitűzések, s ma már a tudatformálást, a tájékoztatást tartják az egyik legfontosabb feladatuknak. Emellett eredményes lépéseket tettek az onkológiai szűrés elterjesztéséért, a gyógyászati segédeszköz-ellátás javításáért, s a rehabilitáció javításáért. Általánosan is elmondható, hogy a kezdeti időszakban igen széles körű tevékenységi területet jelöltek ki maguk számára e csoportok, amely azután fokozatosan szűkült, átalakult.

A hazai egészségügyi ellátás sokat elemzett és bírált körülményei között különösen tanulságos annak megvizsgálása, hogy milyen lépéseket tesznek azok az emberek, akik e szolgáltatás hiányosságait a legjobban érzik, a kiszolgáltatottságuk csökkentéséért.

Igen lényeges változások következtek be ezen a területen is. Az egyesületek, szövetségek, klubok vezetői abban a pozícióban vannak, hogy betegtársaik érdekében és nevében felléphetnek, ha őket vala-

milyen sérelem éri. Erre már többször is sor került. A mozgássérültek egyesületeinek határozott és kitartó fellépésével sikerült megmenteni a Baba utcai mozgássérülteket ellátó intézményt, amelyet egy közeli gyár próbált magának megszerezni, s az itt ellátott betegek sokkal rosszabb körülmények között kaptak volna elhelyezést.

A Mozgássérültek Budapesti Egyesülete vezetőinek köszönhető, hogy az érszűkületes betegek gyógyítására kidolgozott speciális gyógymód alkalmazására egyáltalán sor kerülhetett Magyarországon. Szegheő Miklós, a módszer feltalálója több éves kemény csatározás után sem tudta elérni, hogy a súlyos fájdalomtól szenvedő és az amputációtól rettegő betegeken segíthessen. Ebben a helyzetben állt ki mellette Mach Róza, az egyesület vezetője, aki az őt ért folyamatos támadások ellenére támogatta ezt a módszert, s helyet adott Szegheő Miklósnak. Csak így válhatott lehetővé, hogy néhány száz érszűkületes beteg elkerülhesse az amputációt.

Az SM Klubban a Mozgáskorlátozottak Ifjúsági Tagozatában, és a daganatos betegek klubjában is gyakran esik szó az alternatív gyógymódokról, amelyekről — különösen néhány évvel korábban — máshonnan csak nagyon nehezen kaphattak volna információt az ezután érdeklődő betegek.

Az alapítvány támogatásával a daganatos betegek szerették volna az Amerikai Egyesült Államokban elterjedt látogató rendszert Magyarországon is bevezetni. Az amerikai tapasztalatok azt mutatták, hogy a gyógyult betegek jó hatással vannak az újonnan kórházba került, daganatos betegekre. Az orvosok és a hozzátartozók sokszor nehezen megoldható, kényelmetlen feladatát is megkönnyíthetik, ha ők közlik a sorstársaikkal, hogy rosszindulatú daganatuk van, de ennek ellenére helyzetük nem reménytelen, van esélyük a gyógyulásra. Több évi előkészítő munka után sem jutottak még el a betegágyig a hazai „látogatók”.

A vesebetegek a legaktívabbak a betegek érdekvédelme területén. Eddigi tapasztalataim szerint ez az az egyesület (ma már szövetség), amely elsődleges céljai között tartja számon az egészségügyi ellátás javítását. Folyamatosan küzdenek azért, hogy emelkedjen Magyarországon a dializált betegek száma (hiszen azok, akik nem kapják meg az ellátást, meghalnak), évek óta sürgetik a transzplantáció Magyarországon nemzetközi mércével alacsony számának emelését. A VORE vezetői nemcsak a dialízis minden rászorulóra való kiterjesztéséért küzdenek, hanem azért is, hogy a jelenlegi körülmények között kezelt betegek ellátása javuljon. Találkozásaik során gyakran megbeszélik a különböző állomásokon alkalmazott módszereket, s így jó áttekintésük van a dializáló állomásokon folyó kezelésekről. Ennek tudatában jól érzékelik a számukra sokszor hátrányos különbségeket. Nem ismerek még egy olyan szervezetet, amely ezeket a máshol is összegyűlő információkat ilyen tudatosan és határozottan használná fel a különböző előterjesztések és célkitűzések megfogalmazásakor. Az őket ellátó orvosokkal ebből adódóan ambivalens a viszonyuk. Az orvosok meglepetten és felháborodottan reagáltak a „laikus” észrevételekre, az „orvosok elleni támadásként” interpretálták a VORE néhány lépését. A viták ellenére a kapcsolat erősödik, és lassan javul az orvosok és a betegek között. Az orvosok értékelik és tisztelik a VORE határozott fellépését,

és egyre inkább partnerként kezelik őket. Fölismerték, hogy a VORE segítségével és támogatásával talán előbb is el lehet érni a vesebetegek ellátásának kiterjesztését, amelyet ők már hosszú ideje sürgetnek.

A VORE eredményeit látva felvetődik a kérdés, hogy a többi egészségkárosodott embereket tömörítő szervezet *miért nem fogalmazza meg ilyen határozottan az egészségügyi ellátás javítását szorgalmazó igényeit*. Erre a kérdésre eddigi vizsgálataim alapján három válasz adható. Az első mindenképpen arra utal, hogy a betegségek között lényeges különbségek vannak, hiszen a vesebetegek hetente kétszer-háromszor látogatják meg a dializáló állomásokat, hosszú ideig tartó kezelésen vesznek részt. Ez az idő rengeteg alkalmat nyújt számukra, hogy megbeszéljék, megvitassák közös problémáikat, másrészt pedig számukra egyértelmű, hogy ez a betegség állandó kockázattal jár, állandó életveszélyben vannak. Ennek következtében sokkal aktívabban és határozottabban küzdenek azért, hogy ellátásuk színvonala megfelelő legyen, s mindennapi életvitelüket minél tovább folytatni tudják. Küzdelmük az életért folyó küzdelemként is felfogható.

De erre a kérdésre válaszolva azt is végiggondolhatjuk: a szervezetek egy részének idejét és energiáját felemészti a tagjaik anyagi helyzetéből adódó gondok enyhítése, hiszen a legtöbb egyesületet, szervezetet azért keresik fel az érintettek, hogy lakásgondjaikra, szociális problémáikra megoldást találjanak. Az a néhány ember, aki a szervezetek életére döntő befolyást gyakorol, ezeket a feladatokat látja fontosabbnak és sürgetőbbnek. Döntésükben mindenképpen szerepet játszhat az is, hogy ezeken a területeken nagyobb esély van eredmények felmutatására, mint az egészségügyi ellátás javításában és a kiszolgáltatottság csökkentésében.

Az eddig említetteken kívül azonban még egy lényeges mozzanat játszik ebben szerepet. A csoportok, szervezetek munkájában jelentős segítséget nyújtanak az orvosok. Már a megalakulásnál komoly szerepet játszottak, s néhány csoport kifejezetten az ő kezdeményezésükre jött létre. A csoportok egy részénél ma is meghatározó a szerepük. A magyar SM Klubok Országos Koordinációs Tanácsának vezetője például az az orvos, aki az első magyar SM klubot létrehozta. A MEOSZ ezzel a kérdéssel eddig is kevesebbet foglalkozott. Erre utal az is, hogy 1989-ig nem is volt betöltve hosszú időn keresztül az egészségügyi titkár funkciója. 1989-ben alakult meg az egészségügyi munkacsoport. Tagjai orvosok, akik az ezt megelőző időszakban nem is voltak részei a mozgalomnak. A daganatos betegek csoportjainak célkitűzéseit is erőteljesen befolyásolta, hogy aktívan közreműködik munkájukban néhány vezető onkológus felesége. Az alapítványnál is komoly szerepet játszottak az orvosok, akik közül az egyik még ma is az egyik befolyásos személyisége az alapítványnak. A bemutatott csoportok közül egyedül a VORE az az egyesület, amelynek munkájában közvetlenül nem vesznek részt az orvosok.

Magyarországon nemcsak az önszervező csoportok száma szaporodik, hanem az olyan kluboké, egyesületeké is, amelyeket orvosok alapítanak és töltenek be bennük vezető szerepet. Az ilyen klubokban, egyesületekben még kevesebb esélye és lehetősége van az orvos-beteg kapcsolat javításának, a partnervizony kialakulásának. Ezek a szervezetek a valódi önszervező csoportok, önszervező szervezetek kialakulásának esélyeit is csökkentik („hiszen már van ilyen”).

Összegezeként elmondhatjuk, hogy az önsegítő csoportok, önsegítő szervezetek és az orvosok, egészségügyi intézmények kapcsolatára ma még sajátos viszony jellemző. Az orvosok főleg nemzetközi konferenciákon való részvételükből, nyelvismeretükből adódó, nagyobb tájékozottságuk, tudásuk segítségével hamarabb felismerték az önsegítő csoportok és szervezetek jelentőségét, mint maguk az érintettek. Ennek következtében jelentős szerepük volt az önsegítő csoportok megalakulásában, és ma is aktívan közreműködnek ezek működésében. Ennek azonban mindenképpen igen komoly jelentősége van a csoportok munkájára vonatkozóan. A csoportok fontos szerepet töltenek be az egészségkárosodott emberek helyzetének javításában, de ugyanakkor egy nagyon lényeges szerepük elvész. A „fogyasztói érdekvédelmi tevékenységük” minimálisra redukálódik. Ilyen értelemben ezek az önsegítő csoportok sokkal inkább az egészségügy „meghosszabbított ellátási formáiként” működnek, mint a klasszikus értelemben vett önsegítő csoportként vagy önsegítő szervezetként.

Ezt a hatást erősíti az is, hogy a csoportok, szervezetek vezetői nem is koncentrálnak ezeknek a kérdéseknek a megoldására, programjaikban, célkitűzéseikben nem is vetik fel a „fogyasztói érdekvédelem” megvalósítását. Erőiket a sürgős, és a tagok részéről sürgetett gondok megoldására, főleg a szociális helyzet javítására összpontosítják.

A Magyarországon működő csoportok munkáját „megnehezíti” az is, hogy az eddigi tiltó intézkedések helyett a különböző hatóságok ma már finomabb eszközökkel próbálják a csoportok munkáját befolyásolni. Ma már lehetetlen egyetlen rendelkezéssel megakadályozni a csoport tevékenységét, de a rendelkezésre álló eszközök ügyes alkalmazásával komoly befolyást lehet gyakorolni rájuk. Ezek közé tartozik például a költségvetési forrásként folytatott versenyben való részvételük. A csoportok megpróbálják anyagi helyzetüket ily módon javítani, de ekkor el kell fogadniuk azokat a feltételeket, amelyeket a költségvetési forrás odaítélése ellenében számukra megszabnak. Támogatási lehetőségek közé sorolható az alapítványok, pályázati pénzek megnyerése is. Ezek között is olyan feltételek szabhatóak, amelyek a csoportok életét, tevékenységét befolyásolják. Mindezek felhasználhatók arra is, hogy a csoportok anyagi tevékenységét ellenőrizzék, és ily módon nyersenek betekintést a csoportok, szervezetek munkájába.

Tevékenységük befolyásolásának eredményes módszere a hatósági funkciók egy részének átadása. Ez jelentős könnyebbséget jelent az állami intézmények, sok esetben a tanácsok (ma már önkormányzatok) számára, azonban leköti a szervezetek energiájának jelentős részét, és kevesebbet tudnak foglalkozni azokkal a kérdésekkel, amelyek számukra szintén fontosak lennének.

S végül fontosnak tartok néhány olyan megjegyzést, amely az önsegítő csoportok tevékenységére jellemző ma Magyarországon. Az első: a csoportok működését, s eredményeik elérését megnehezíti az is, hogy igen éles küzdelmek folynak a csoportokon belül. Nagyon nehezen kötnek okos kompromisszumokat, sokkal inkább az ellenfelek legyőzése, legyűrése a cél. Ezért már sok értékes közreműködőt veszítettek el. Több segítőkész ember hagyta ott ezeket a kezdeményezéseket, megkeseredve és belefáradva az eddigi csatározásokba.

Az önsegítő mozgalmak számára lényeges és fontos, hogy milyen társadalmi, kulturális és szociális körülmények között tevékenykednek.

„Az önsegítés szempontjából a kulcskérdés az, hogy a társadalmi konszenzusban a hatalomgyakorlás paternalisztikus, vagy együttműködésen, koprodukción alapuló formái kristályosodnak-e ki, vagyis a társadalom mennyire képes megteremteni a lehetőséget az egyéneknek ahhoz, hogy közösségivé váljanak. A *közösségiség jellegzetes kulturális képesség*. A szocializáció egyik lényeges kérdése, kialakulnak-e azok az egyéni készségek, amelyek lehetővé teszik, hogy az egyén úgy váljon egy közösség tagjává, hogy autonómiája föladása nélkül tudjon közösségi célokat megvalósítani. Ha a társadalom megteremti e készségek kialakulásának makrofeltételeit (kölsönös függés és kölsönös segítség elvén alapuló nevelési rendszer; lakossági önkormányzat stb.), az önsegítő csoportok kulturális gyökerei szilárd talajba kapaszkodhatnak. Ha nem, vagy csak felemás, csonka, részleges módon, az önsegítő csoportokra hárul a gigantikus föladat: új kulturális hagyományok kialakításával, alternatív együttműködési, segítségi mintákkal „megfertőzni” a paternalisztikus hétköznapi kultúrát.” (Gerevich, 1989.)

Az önsegítő csoportok, szervezetek hazai tevékenységét az is nehezítette, hogy az ilyen típusú társadalmi tevékenységek, azok eddig kihasználatlan lehetőségei nem kaptak kellő nyilvánosságot Magyarországon. Eredményesebben működnek a csoportok azokban az országokban, amelyek elméleti támaszt, ideológiai alapokat nyújtanak a csoportok működéséhez.

Az elmúlt években lejátszódott gyors politikai változások azonban mindenképpen reménykeltőek ezen a területen is. Rengeteg önálló kis csoport, klub, alapítvány élt a kínálkozó lehetőségekkel. Az elkövetkező években fog eldőlni, hogy ezeket a lehetőségeket milyen módon, mennyire eredményesen tudják majd kihasználni a most vagy csak ezután alakuló önsegítő csoportok, önsegítő szervezetek.

Irodalom

- Antal Z. László: Öntevékeny, önszerveződő csoportok szerepe az egészségügy területén (kézirat, 1987).
 Chikán Csaba: A mozgáskorlátozottak szervezeteiről (kézirat, 1987).
 Gerevich József: Terápiák társadalmi — társadalmak terápiája. Változatok a „kakukkfészekre”. Gyorsuló idő, Magvető, 1983.
 Gerevich József: Az önsegítés elve és hazai megvalósulásának nehézségei. *Alkohológia*, 1985. 3.
 Gerevich József: Az öngyógyítás fogalomköre a nyugati kultúrában (In: *Közösségi mentálhigiéne*, szerk.: Gerevich József. Gondolat, Bp. 1989.).
 Illich, I.: *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. Pantheon Books, New York, 1975.
 Katz, A. H.—Bender, E. I.: *Self-help Groups in Western Society: History and Prospects*. *J. Appl. Behav. Sci.* 1976. 12.
 Katz, Alfred: Önsegítés és kölcsönös segítség. — Új társadalmi mozgalom? *Annual Review of Sociology*, 1981/7, magyarul in: *Drogproblémák* Nr. 6. (szerk. Fridli Judit) OET Drogprogramja, Budapest, 1989.
 Trajan, A.: *Wissen ist Macht. Eigenständig durch Selbsthilfe in Gruppe* (Fischer Taschenbuch Verlag), 1986.
 Interjú Galó Pállal, a MEOSZ titkárával.
 Interjú Chikán Csabával, a MEOSZ elnökével.
 Interjú Györi Ferencnével, az SM-klub vezetőjével.
 Interjú Dr. Farkas Ilonával, az Alapítvány alapító tagjával.
 Interjú Mikéné Bodor Máriával, a Daganatos betegek és barátai klubjának vezetőjével.
 Interjú Ádám Edittel, a VORE elnökével.
 A Humanitás megjelent számai (A MEOSZ folyóirata).
 A Tájékoztató megjelent számai (A Mozgássérültek Budapesti Egyesületének időszakos kiadványa).
 SM Tanácsadó (szerk.: Dr. Guseo András) Székesfehérvár, 1986.
 SM Közelevek.
 Kötelességvállalás közérdekű célra. (Alapító dokumentum, 1985. szept. 12.).
 Dr. Juhász György (szerk.) Javaslat a daganatos megbetegedések elleni küzdelem társadalmi programjára (kézirat, 1986).
 A „Vesevilág” megjelent számai (A VORE folyóirata).

A piaci termelés, az állami ellátás és a háztartási önellátás kapcsolódásai a „jóléttermelésben”

„Arra vagyok kíváncsi, azt szeretném megérteni, hogy az emberek hogyan tudnak megélni ilyen nehéz időkben?”¹ Talán így kezdődhetett az első beszélgetés Sheppy szigetén a munkából hazafelé tartó, a pubba betérő emberekkel a Pahl által folytatott empirikus kutatás során. Ugyanezt a kérdést magyarországi vonatkozásban is feltehetnénk, ismerve a hazai gazdaság lassan több mint egy évtizede tartó válságát. Hogyan tudja fenntartani az ország lakossága megélhetésének relatív jó helyzetét, miközben a gazdaságban a stagnálás és a leépülés időszakát éljük? Az ellentmondás feloldására a második gazdaság tényeinek felfedezése és paradigmájának kidolgozása tette meg az első eredményes lépéseket. A második gazdaság fogalma többféle, különböző logikával rendelkező gazdasági tevékenységet fed le. A szakmai és közéleti értelmezéssel szemben, mely e tevékenységspektrum *vállalkozásszerűségét* hangsúlyozza, engem a *háztartásszerű* gazdálkodás és ellátás, a háztartások gazdasági szerepe érdekel.

E szerep vizsgálata során először azt mutattam meg,² hogy a háztartás önellátó tevékenységei sajátos logikával rendelkeznek, amely megkülönbözteti őket a piaci és állami gazdálkodáson belüli folyamatoktól. Az időmérleg-adatok elemzése egyértelműen igazolja, hogy a háztartás intézményét a jólét előteremtésében autonóm szereplőnek kell tekinteni. A társadalom összes munkavégzésének ugyanis 36 százaléka a háztartásokban, önellátás formájában történik. S az is valószínű, hogy a kisegítő gazdaságban eltöltött, az összes munkavégzés 20 százalékát kitevő munka eredményének egy része is a háztartáson belül marad.³

Ha tehát a háztartást elkülönült „jóléttermelő” intézményként értelmezzük, egyben felvetjük azt a kérdést is, milyen viszonyban áll a háztartás a piaccal, az állami szabályozással és ellátással.⁴ Erre a kérdésre keresek választ írásomban.⁵ A téma szakirodalmában általánosan elfogadott az a szemlélet, mely szerint a piac illetve a redistribúció, a vállalkozásszerű termelés illetve az állami szolgáltatás helyettesíti a háztartásban végzett munkákat, termelő folyamatokat. Írásomban azt kívánom bemutatni, hogy a jóléttermelő intézmények több szálon

kapcsolódhatnak egymáshoz, mint azt az említett szemlélet alapján feltételezhetjük. Így a helyettesítő viszony mellett, a jólétermelő intézmények teljesítményei kiegészíthetik egymást és versenyhelyzetben⁶ is állhatnak. Ezen túlmenően közvetett módon befolyásolhatják is egymást.

Piaci termelés és háztartási önellátás

A klasszikus közgazdasági gondolkodás, amikor azt állítja, hogy az árupiacon történő vásárlás megegyezik a fogyasztással, a szükségletkielégítéssel, „rövidre zárja” a kapcsolatot.⁷ A fogyasztási aktusnak kizárólagos előfeltétele egy munkaerő-piaci tranzakció: a vásárlóerő/fogyasztó háztartásnak el kell adnia a munkaerőjét, hogy jövedelmet szerezzen. A háztartás itt a munkaerő-eladásról és áruvásárlásról döntő individuális szereplőt modellezi. A New Home Economics⁸ ismeri fel, hogy ezt a rövidre zárt kapcsolatot ki kell terjeszteni. A vásárlás és a szükségletkielégítés közötti távolságot áthidalandó, a fogyasztónak erőfeszítéseket kell tennie, munkát kell *végeznie*,⁹ s ezen tevékenységeknek materiális s infrastrukturális előfeltételei vannak.

A vásárlás és fogyasztás sokszor olyan „közel áll” egymáshoz, hogy alig tűnhet indokoltnak azon állítás, mely szerint, minden vásárlási-fogyasztási folyamatnak része egy kisebb-nagyobb háztartási munkafázis.¹⁰ Eltekintve azon tényezőktől felsorolásától, amelyek alapján a háztartás egyik vagy másik ellátási mód közötti választ, vizsgáljuk meg azt az esetet, amikor a háztartás jelentékeny mennyiségű munkát is végez.

A szükségletkielégítés úgy is megtörténhet, hogy a háztartás közvetlenül nem veszi igénybe a piacon adott szükségletkielégítési formát, lemond egy meghatározott jószág vásárlásáról. E helyett szükségletét saját munkájának, saját maga által elkészített felszereléseinek igénybevételével elégíti ki. A mai modern társadalmakban azonban (egy-két marginális szükségletkielégítési eljárástól eltekintve) szinte lehetetlen, hogy a háztartás bármilyen otthon végzett munkája folyamán ne használjon ipari eredetű (piacra termelt vagy az állam által létrehozott) anyagot, gépet vagy szolgáltatást. Ha törekszik is arra, hogy szükségleteit saját hatáskörében elégítse ki, nem iktathatja ki az árupiaci kötődéseket.

A háztartás ugyanígy alkalmazkodni kénytelen a *munkaerőpiachoz is*. Egyrészt innen származnak azon jövedelmek — ahogy azt már az előzőekben is jeleztünk —, melyek lehetővé teszik az önellátó tevékenységhez szükséges jószágok megvásárlását.¹¹ Másrészt a munkaviszonyban eltöltött idő a háztartásban folyó tevékenységek *időkorlátját* is meghatározza. A munkaidő napi/heti és éves ritmusa kijelöli a háztartásban munkavégzéssel tölthető időtartamot.¹² Jessen és társai (1988), továbbá néhány magyar szociográfiai írás azt is megmutatja, hogy a háztartásban élők munkaerő-piaci magatartásukat a háztartásban elvégzendő feladatok/munkák szerint is alakítják (különösen házipénzes esetén), s munkaidejüket, szabadságukat az otthoni aktuális munkához igazítják.¹³ Az a tény, hogy a munkaerőpiacon a részmunkaidős foglalkoztatás emelkedő trendet mutat, a háztartási önszolgáltatás és önellátás szükségleteihez való igazodásként is felfogható. A gyermekne-

velésből a formális munka rendszerébe visszatérő női munkavállalók részmunkaidős foglalkoztatását az otthoni önellátó nevelő-gondozó munkát a jövedelemszerző munkával összeegyeztető háztartási stratégiaként értelmezhetjük. Tovább gondolva: a háztartási igények is árnyalják a munkahely kínálatot. Más oldalról a háztartásban folyó tevékenységek egy része függ a munkavállaló munkapiaci pozíciójától és kvalifikáltságától. Ez különösen jelentős a fejlett ipari társadalmakban, ahol az elmúlt 30–40 évben kiszorult a gyakorlatból a háztartásban végzendő munkákhoz szükséges ismeretek áthagyományozása.¹⁴ Így sokszor a munkahelyen eltanulható skillek teszik lehetővé (különösen szerelő, karbantartó munkák esetében), hogy az otthoni munkavégzés intenzívebb legyen. Ezt a problémát az *árupiac* az információs piac célirányos kiterjesztésével oldja meg (tanácsadó-, „csináld magad” könyvek és tanfolyamok; természetgyógyászat stb.). A munkaerő-piaci pozíció „kvalifikált” munkatársak „gratis” igénybevételét is lehetővé teszi — de ezzel már a háztartásközi tranzakciók egy formáját jelöltük meg.

A piaci termelés és a háztartási önellátás előbbieken bemutatott kölcsönkapcsolatai egyértelműen mutatják a piac és a háztartás között fennálló *kiegészítő viszonyt*. A piac által létrehozott jóságok fogyasztása csak a fogyasztói munka közbeiktatásával válik teljessé. A háztartások saját szükségletkielégítése pedig a modern társadalmakban elképzelhetetlen a piac által felkínált termékek s a piac által közvetített jövedelmek nélkül.

Már érintettük, de expliciten nem értelmezhattük azt a helyzetet, amikor a piaci kínálat és a háztartások által előállított jóságok egymás alternatívái. Gershuny (1981, 1983) mutatta meg, hogy ugyanazon szolgáltatási szükséglet kétféleképpen is kielégíthető. Hagyományos módon: a szolgáltatás megvásárlásával, illetve innovatív módon: fizetetlen saját munka, a piacon vásárolt anyagok és (háztartási) gépek s (általában) közüzemi módon biztosított infrastruktúra felhasználásával.

A két alternatíva közötti választást — feltételezve a háztartások optimalizálásra való törekvését — az határozza meg, hogy melyik az olcsóbb.¹⁵ E *versenyviszony* bemutatásánál újólag fel kell hívni a figyelmet arra, hogy a szolgáltatásszükséglet kielégítésének innovatív módját a piaci kínálat teszi lehetővé.

Állam és háztartás: közösségi programok és háztartásszintű gondozás

Az állam és a háztartás kapcsolatát taglalva nem szorítkozhatunk kizárólag az állam szociálpolitikai szerepvállalására. Az ezt lefedő közösségi programokon túl szót kell ejteni az állam társadalmi életet szervező (konstitúciós) s a gazdaságot szabályozó ténykedéséről. Egyben nem szabad az államot monolit egységnek tekinteni, s így állam és háztartás kapcsolatát nagy általánosságban tárgyalni. Az állam viselkedését a következőkben csak a *háztartások aktivitása szempontjából* tárgyalom. Első megközelítés: egymás helyettesítése.

Az állam és háztartás kapcsolatát elemezve első közelítésre a közösségi programok *háztartásokat ellátó*, a háztartásoknak pénzügyi forrásokat s közösségi szolgáltatásokat rendelkezésre bocsátó szerepe kizárólagosnak tűnik. A központi vagy helyi állam biztosítja az egész-

ségügyi ellátást, közművesíti a lakóhelyeket, óvodát, bölcsődét épít s fenntartja azok működését, lakást épít(tet) stb. (Persze tudjuk, hogy a szükséges forrásokat az állam a társadalomtól „szerzi”, de a konkrét szolgáltatás igénybevétele esetén a háztartás ezt elfelejti (illetve elfelejteti vele a forrásbevonás módja). Így ha a háztartás alkalmasint tudatában is van annak, miként keletkezik a pénzfedezet, hajlamos lehet arra, hogy részesedését jótékony ellátásként, ajándékként értelmezze.) A tényleges ellátás a különböző társadalmi csoportok között egyenlőtlenül zajlik.¹⁶ Így azon háztartások, amelyek a társadalom egyenlőtlenségi rendszerében elfoglalt helyük következtében nem juthatnak közösségi szolgáltatáshoz, kénytelenek saját hatáskörben kielégíteni a megfelelő szükségletet. A saját hatáskör általában a háztartástagok munkájának, a piaci ellátásnak, s a kapcsolathálózati segítségnek a kombinálását jelenti, amelyek integrálása a háztartás keretében történik. A teljesség igénye nélkül, példászerűen említem a vidék és város közötti különbségeket. A vidéki sajtóterős lakásépítés, önerős közművesítés, rokon gyermekfelügyelet mutatja meg legplasztikusabban, hogy az állami ellátás hiányában a háztartás látja el az élet fenntartásához elengedhetetlen feladatokat. Az ellátás hiánya — s itt a piaci ellátás surlódásaira is gondolni kell — „ösztönzi” a háztartási aktivitást.

Itt szükséges jelezni azt is, hogy az ellátás igénybevétele, akadálytalan felhasználása „elkényelmesíti” a háztartásokat. Például a szociális lakás intézménye nem csak abban az értelemben „demoralizál”, hogy „bénítja társadalmi aspirációikat, növeli kiszolgáltatottság érzésüket”,¹⁷ hanem úgy is — és ez kiegészíti Szelényi gondolatmenetét —, hogy kevesebb javító-szerelő-karbantartó munkát végeznek el öntevékenyen, mint akik saját erőfeszítésekkel jutottak lakásukhoz.¹⁸

Az eddig taglalt jelenségek kapcsán a háztartás és az állam kapcsolatát a *helyettesítő* viszony fogalmával lehet a legpontosabban megragadni.¹⁹ Mindez a két szereplő perspektívájából is megfogalmazható. Amit az állam magára vállal, azt a háztartásoknak nem érdemes/kell elvégezniök, más oldalról — s erről általában szokás elfelejtkezni —, amit a háztartások saját erőfeszítéssel elvégeznek, arra az államnak nem kell erőforrásokat lekötnie.

Az állam és háztartás közötti ez idáig tárgyalt viszony alapvető magyarázatát adja a háztartás *szociálpolitikai felfedezésének*. A jóléti állam szolgáltatásainak válsága — a szolgáltatások finanszírozhatatlansága, a szolgáltatások nem megfelelő volta — a háztartások lehetséges feladatvállalására irányította a figyelmet mind a tudományban, mind pedig a politikában. Sik E. (1985) mutatta meg, hogy a szocialista országokban a közösségi szolgáltatások finanszírozásának gondja azok leépítéséhez, s a háztartások kényszerű aktivizálódásához vezetett.

Kapcsolódó ellátás: egymás mellett a munkamegosztási láncokban

Az állami ellátás egy jelentékeny hányada, különösen az infrastrukturális szolgáltatások megélhetést biztosító szerepe nem abban áll, hogy közvetlenül szükségletet elégít ki, hanem abban, hogy megteremti a szükségletkielégítés feltételrendszerét. A közművesítés például új életmódmintákat (automata mosógép, melegvíz), s ezzel együtt háztartási munkavégzéseket tesz lehetővé és szükségessé, hiánya pedig „kényszerítve” szorít rá. Számátalan példát sorolhatnánk arra is,

hogy a telefon hogyan teszi lehetővé a háztartás megélhetésének szervezését, miként tartja életben az interperszonális kapcsolatokat, vagy hogy sokszor egyetlen eszköze a pszichikai-végzetlen segélynyújtásnak. Ugyanakkor a háztartás kommunikációs bázisának kiterjesztésével növeli az állami szolgálatokhoz való hozzáférés esélyét, és néha előfeltételét jelenti a szolgáltatás igénybevétele (segélykérés).

Az említett példákkal azt kívántam hangsúlyozni, hogy az állam szolgáltatásai és a háztartás tevékenységei egymáshoz *kiegészítő* módon is kapcsolódhatnak. A háztartás szempontjából az állam által biztosított (köz)javak gyakran aktivitásuk *előfeltételét* jelentik.

Az állam és a háztartás „együttműködése”

Az embergondozás különböző formáit vizsgálva — itt alapvetően az oktatás-nevelésre és a beteggondozásra gondolok — a felszínen újra egyértelmű szerep- és magatartáshatárolódás mutatkozik meg, amelyeket a következő fogalompárok jeleznek:

állam;	háztartás;
szolgáltatás-	igénybevevő-
adó fél;	fogadó fél;
aktív oldal	passzív oldal.

Vagyis az állam különböző intézményei állítják elő a szolgáltatásokat, s juttatják el az azokat fogyasztó háztartásokhoz. E folyamat sikerességéhez a háztartások aktivitása — a fogyasztási munkához hasonlóan, attól ugyanakkor mégis eltérően — elengedhetetlen.

A háztartás és az állam ezen szolgáltatások esetében fennálló viszonyával kapcsolatban két megjegyzés kívánczik ide. Ezek egyike a szolgáltatást végző és a szolgáltatást igénybe vevő közötti kooperációval, a másik pedig a többi háztartástag részvételével kapcsolatos.

a) A szolgáltató s az igénybevevő viszonyának pontos megragadására a szakértő-kliens fogalmi rendszerének egyik változatát alkalmazom.²⁰ Wadel a szakértő-kliens viszony azon közkeletű értelmezésével szemben, hogy a „kliens valaki más munkájának a »fogadója«”, arra teszi a hangsúlyt, hogy „mindannyian tudjuk, kliensnek lenni időt, tervezést és erőfeszítést jelent”. Gondolkodásának középpontjában a „közös tanulási rendszer” áll: „észre kell vennünk, hogy a kliens mindig hozzájárul a megoldáshoz, s megtanítható, hogy még inkább segítse a szakértő-kliens kapcsolatot” (i. m. 378. old.).

Mindez példászerűen mutatható be a védőnő munkáján. A védőnő hasznos és elengedhetetlen tanácsokkal tudja ellátni a csecsemőt nevelő fiatal anyát. Munkájának eredményessége azonban nagyban függ attól, hogy az anya mennyiben segíti őt. Ellátja-e alapvető információkkal a kisgyermekről, illetve megfogadja-e a tanácsait. A védőnő (szakértő) ismeretei többek között attól is bővülnek, hogy a következő alkalmakkor az anyával együtt újra megbeszéli („kiértékelik”) az elvégzett tevékenységeket stb. Nem ennyire egyértelmű a helyzet abban az esetben, ha a szakértő és a kliens információja, képzettsége és jogosítványai között nagyobb a távolság. A beteggyógyításban az orvosnak mint szakértőnek nagyobb a súlya mint a védőnőnek a csecsemőgondozásban volt. Ennek ellenére a betegnek — mint arra Losonczy Ágnes rámutat — az esetek nagy többségében aktívan hozzá kell járulnia a gyógyítási folyamathoz.²¹

b) Az állami embergondozó ellátás másik jellemzője, hogy általában elképzelhetetlen a *háztartás többi tagjának* részvétele nélkül. Az egészségügy példájánál maradva, a betegek nagy többsége járóbeteg, s a fekvőbetegeknek is csak egy része kerül kórházba, a többiek betegségük idején otthon tartózkodnak. Így ellátásuk, gondozásuk a háztartás többi tagjára hárul. A betegség ténye, s gondozási igénye a háztartás megélhetési gyakorlatának időleges²² átalakítását teszi szükségessé.

Az otthon végzett több munkán túl ez a „rendszeres” munkaviszony szüneteltetését, alkalmi munkákról való lemondást stb. jelent. A kölcsönkapcsolat másik pregnáns példája az oktatás. Az oktató-nevelő „szolgáltatás” sikeressége a kliens részvételén túl (vagy azt megelőzően) alapvetően *függ* a háztartás többi tagja (mindenekelőtt a szülők) magatartásától, nevelésre fordított erőfeszítéseitől. Mindez azon tényben érhető tetten, hogy az oktatás eredményességét mutató indikátorok (képzettség) és státuszok (pl. munkaerő-piaci pozíciói) az oktatás általánosan kötelezővé tétele után is meghatározóan a szülők képzettségétől függenek. A formális szolgáltatás fent jelzett, a *háztartásokhoz kötődő előfeltételeit* Kelen András — példáit tágabb körből merítve, s állítását az itt tárgyaltnál szélesebb jelenségkörre vonatkoztatva — a következőképpen fogalmazza meg: „Amiképpen a betegsépegizódok többsége is a házipatika kompetenciájával oldódik meg, professzionalisták és műintézetek közbejötté nélkül, úgy minden ellátást igénylő szükségleteiről — a közbiztonságtól a városi hőeltakarításig — kimutatható, hogy kizárólagosan formalizált megközelítésben csupán tökéletlenül válik kielégíthetővé.” (I. m. 257. old.)

A társadalom életének szabályozása

Az állam — intézményeinek konkrét szolgáltatásain túl — a társadalom életének szabályozásával is jelentékenyen befolyásolja a háztartásokat. Értem ezen a társadalom intézményeinek létrehozását, az eljárásrendek meghatározását éppúgy, mint a mindennapok „rendjének” kialakításában stb. betöltött szerepét. E vonatkozásban az államot a társadalmi mozgások, az érdekképviselések és érdekérvényesítés keretének és intézményesítőjének is tekintem.²³

a) A háztartás önálló tevékenységének egyik korlátja a tevékenységek elvégzésére szabadon rendelkezésre álló idő. A társadalom aktorainak érdekeit figyelembe véve, azokat harmonizálva az állam határozza meg a gazdasági aktivitás „normáját”, a kereső munka „elvárt” határait, ami egyben determinálja a munkaidő — szabadidő viszonyát.²⁴ Mégpedig két szempontból:

Egyrészt kialakítja annak „normáját”, hogy az élettartam milyen hányadában, s életciklusának mely időszakában folytasson az ember kereső tevékenységet. (A gazdaságilag aktív időszakot a tankötelezettség korhatára és az iskolarendszerbeli lehetőségek, valamint a nyugdíjkorhatár fogja közre.) Az állam meghatározza azt, hogy akik társadalmilag hasznos tevékenységet vállalnak, mennyi időre és milyen feltételek között válhatnak ki *időlegesen* a munkaviszonyból jogilag hátrányos következmények nélkül. Kézenfekvő példa a gyermeknevelés vagy a szülőgondozás. De hogy az élet más dimenzióira is gondoljunk: Gershuny (1988) szerint elképzelhető a továbbtanulás/továbbképzés rendjének meghatározása. Nem zárható ki az a lehetőség, kü-

lönösen a „tudásrobbanás” időszakában, hogy minden dolgozó részére az állam tízévenként 1 év továbbképzést garantál. (Vö. i. m. 24. old.)

Más oldalról a munkaviszony napi rendjének szabályozásával, a munkaidő napi hosszának, a váltott műszak lehetőségének, a szabadnapoknak s egyebeknek meghatározásával az állam (vagy a közösség) a mindennapokban ténylegesen végzendő és végzett önellátó munkák időkorlátját szabja meg. A korlátok természetesen eltolódhatnak — a dolgozó puhítja, a munkaadó keményítheti azokat stb. Világos tehát, hogy a munkaerő-piaci szereplők magatartását nem szabad figyelmen kívül hagyni, de ugyanúgy elvitathatatlan az állam konstituáló szerepe.

A meghúzott határok az egyén és a háztartás szempontjából kétféle módon érdekesek és fontosak. A határok és paraméterek betartása többnyire előfeltételét jelentik az állami szolgáltatások igénybevételének (pl. egészségügyi ellátás, nyugdíj). Másrészt ezen paraméterek az egyén számára társadalmilag elfogadott normákat jelentenek, így megélhetési stratégiája kialakításának feltételeit adják.

b) Az állam végzi a társadalom intézményeinek, azok működésének összehangolását.²⁵ Ennek hiányában vagy diszharmonikus volta mellett lehetetlenné válik egyes szolgáltatások igénybevétele. „... a társadalmi munkaszervezetnek az egyéneket—családokat kiszolgáló, illetve a társadalmi együttélést koordináló—szabályozó (néha túlszabályozó) része ma is úgy működik, mintha a családok többségében volna állandóan otthon tartózkodó családtag. Napközben jön a postás, a díjbeszedő, a hivatalos ügyek nagy részét intézni, de még a szolgáltatások nagy részét igénybe venni is főként munkaidőben lehet.” (Venyige, 1985, 194. old.) Nem hagyható említés nélkül, hogy e tekintetben az utóbbi években jelentős változások történtek (hivatalok, egészségügyi intézmények fogadóidejének kitolása, éjjel-nappal üzletek), de a szolgáltatások egy része még mindig csak munkaidőben érhető el. A probléma felvetése tehát változatlanul időszerű, és sokkal inkább az, ha nem csak a formális nagyszervezetek rendjének kölcsönös harmonizálását, de a háztartás belső szervezetének és a szolgáltató szervezetek egymáshoz kapcsolódását is tekintjük.

c) Az állam meghatározhatja, illetve jelentékenyen befolyásolhatja a már említett szakértő-kliens közötti *illetékesség- és feladatelhatárolódást*. Itt most eltekintek a szakértői csoportok és klienseik érdekének vizsgálatától, nem tagadva azok meghatározó voltát a kölcsönkapcsolatban. Nehezen vitatható el azonban az állam szerepe ebben a sokszereplős alkuban, az érdekek harmonizálásában, mint ahogy az sem, hogy a politikai rendszeren keresztül más csoportok értékei és elképzelései, s az állami apparátus érdekei is megjelennek a legtöbb-ször törvénnyel, előírásokkal stb. körülhatárolt és védett szakértői illetékesség- és feladatelhatárolódásban. Hogy ezek szerepe jelentékeny az állami ellátás és háztartási önellátás kapcsolatában, azzal már az előbbi pontban foglalkoztam, s itt egy újabb példával kívánom plasztikussá tenni. Azon előírások, melyek megszabják, hogy mely gyógyszereket kaphatunk meg recept nélkül, s melyeket csak receptre, alapvetően meghatározzák, mikor fordulunk orvoshoz, s mikor nem, vagyis eltolódásokat jelentenek az állami egészségügyi szolgáltatások igénybevétele és az öngondozás között. Losonczi Ágnes (1986) is ennek tulajdonítja a betegforgalom csökkenését: „A körzeti betegforgalom látható csökkenése (1970-ről 1981-re 10 millióval kevesebb) a recept

nélküli gyógyszervásárlás következménye nagyjából.” (I. m. 226. old.)

d) A központi kormányzat és helyi önkormányzatok rendeletei az állam és háztartás közötti helyettesítési kapcsolatot „*kényszerhelyettesítési*” kapcsolattá alakíthatják.²⁶ A „*potyautas*” megjelenésének kizárására az állam kötelezheti a háztartások jelentéktlenebb részét, hogy az önként szervezkedő (többi) háztartás által létrehozandó és mindenki által használatos közjószág (pl. járda, út) előteremtésében részt vegyenek. Itt az államháztartás kétféle kapcsolata fonódik össze: (1.) Az elmaradó állami infrastruktúraépítést a háztartások *helyettesítik*, vagy (2.) A hatalom kötelezi a részvételt elhárító, de a jószágból részesülni kívánó háztartásokat a teherviselésre.

e) Az (ön)kormányzat *privatizációs politikája* nemcsak a vegyes gazdaság kiépítése, vagy a társadalmi funkciók ellátásának s terheinek újraelosztása szempontjából rendezi át a társadalom életét. Az önkormányzatok *lakásprivatizációs politikája* lehetőséget teremthet egy újfajta háztartási stratégia létrejöttéhez. Pahl — a már említett kutatásban — az önellátó tevékenységek Sheppy szigetén jellemző magas intenzitását részben az önkormányzat privatizációs stratégiájával indokolja. Sheppyn a nagy-britanniai átlagnál (amely 50 százalék körül mozog) jóval magasabb a *lakástulajdon* aránya (kb. 65 százalék), ami a múltbeli telekspekulációknak s az önkormányzat privatizációs politikájának következménye. Ez a helyzet, s a magas férfi munkanélküliség és növekvő női foglalkoztatás lehetővé és szükségessé tesz egy speciális háztartási munkastratégiát: a munkanélküli férfi a lakás felújításán dolgozik; az ehhez szükséges tárgyi és anyagi eszközöket a feleség keresetéből biztosítják; a lakás tőkeértéke ily módon emelkedik, ami a lakás eladásánál realizálható. Ezen stratégiát nemcsak a munkanélküliek, hanem a munkapiacra erős pozícióban lévő szakmunkások is üzik.

A stratégia széles körben való elterjedtségének kifejezője, hogy a megkérdezett családok több mint fele legalább három lakásban lakott, s 15 százalékuk pedig öt vagy több lakásban élt. (I. m. 183. old.) Bár az állami szabályozás és háztartási önellátás kapcsolatára és terjedelmére vonatkozó itt felsorakoztatott tények és példák nem teljeskörűek, arra azonban megítélésem szerint elégségesek, hogy érzékeltessék: az állam társadalomszabályozó hatása nem érdektelen a háztartás önellátása szempontjából.

Egy nyilvánvaló társadalompolitikai következtetés

Nem kívánom itt újra sorra venni a piac, redisztribúció és a háztartás kapcsolatáról elmondott fő állításokat. Összefoglalásként legyen elég annyi, hogy indokolatlan egyszerűsítés a *helyettesítési viszonyt* általánosnak tekinteni. A modern társadalmakban a jólétermelés intézményei *sokszálan* kapcsolódnak egymáshoz és feltételezik egymást.

Tény, hogy a háztartásoknak jelentős a szerepük egy társadalom — s konkrétan a magyar társadalom — jólétének biztosításában. A társadalompolitika, amelynek alapvető célja az országban élők jólétének biztosítása és növelése, nem hagyhatja figyelmen kívül sem a háztartások aktivitását, jólétermelésben való részvételét, sem a jólétermelő intézmények egymáshoz kapcsolódásának a cikkben taglalt jellegzetességeit. Hibás minden olyan politika, amely céljának kizáróla-

gosan a lakosság jóléti-jószágokkal való ellátását, nem pedig a jólétermelő intézmények harmonizálását tekintti.

Jegyzetek

1. Vö. Pahl, R. E. (1984), 10. old.
2. Spéder (1990). A háztartások gazdasági jelentőségének vizsgálata az OKKFT Ts-1/4 Mikrogazdasági Kutatások Program keretében folyik. Itt köszönöm meg Sági Gábornak és Tóth Istvánnak, hogy a dolgozat első változatát elolvasták és javaslataikkal munkámat segítették.
3. Így van ez különösen akkor, ha a háztartások fogalmát tágran értelmezzük, s ide soroljuk a háztartásközi tranzakciókat is (segítség, kalács, ajándék stb.). E cikkben a háztartási tevékenységek fogalmán a háztartás tagjai által a háztartás tagjai számára végzett teljesítményeket értem. Az adatok az 1987 tavaszi időmérleg-vizsgálatból származnak.
4. Az állam mint jólétermelő intézmény a központi kormányzat társadalom- és gazdaság szabályozásán és ellátásán túl magában foglalja a különböző szintű önkormányzatok aktivitását is. A piacról beszélve vizsgálódásunk szempontjából az áru-, munka- és tőkepiac elhatárolásán túl fontos a piacok „hatókör” szerinti megkülönböztetése is. Egyes termékeknek nemzeti és országos a piaca, más termékeknek pedig — pl. egyes szolgáltatásoknak — csak regionális vagy helyi a kiterjedtsége. Mindez azért fontos, mert a háztartás nem általában vett piachoz, hanem az elérhető piachoz kapcsolódik.
5. A magyar szakirodalomban tudommal Sík Endre tárgyalta először a szociálpolitika szereplőinek (állam, vállalat, háztartások, önszolgáltató csoportok) kapcsolatát. Sík az állam és a vállalatok szociálpolitikai visszahúzódása következményének tekintti a háztartások aktivizálódását. (Vö. Sík 1985.)
6. A helyettesítési és versenyszemlék itt azt a különbséget jelzem, hogy helyettesítési viszony esetén nincs alternatív ellátási forma, versenyhelyzet pedig akkor áll fenn, ha különféle racionalitásokra alapozva választani lehet az ellátási módok között.
7. A piac tudománya (közgazdaságtan) szempontjából végző soron csak az az érdekes, hogy sikeres-e a kínálat és a kereslet találkozása a piacon, vagyis az árut megvásárolták-e vagy sem. Elemzésem jelen gondolatmenete pedig éppen a vásárlással kezdődik.
8. A New Home Economics a háztartásban folyó cselekvéseket a neoklasszikus döntésemélet logikájával magyarázza. A háztartásról szóló tanításait nem csak a fogyasztási elmélet kiterjesztésének, hanem egy általános cselekvéseméletnek tekintik. (Vö. Becker, G. 1965.) Az irányzat elemző, kritikai bemutatását ld. Berk (1982). Az itteni elemzésben nem követem a New Home Economics gondolkodásmódját.
9. Jorges ezen aktivitások specifikálására alakította ki a „fogyasztói munka” fogalmát. Jorges (1981).
10. Kelen (1988) a formális (piaci, állami szolgáltatás) és az önkéntes munka kapcsolataira mutatta ki az egymásrautaltságot. (I. m. 255–58. old.) „Valóban minden ellátás típusú munkához elegendetlenül tartozik valami csekélyebbnek látszó, de elmaradása esetén szükségletfedezést meghúsiítani képes öntevékenység is.” (I. m. 255. old.) Ostner (1982) a háztartási munka létezésének és fennmaradásának elemzésekor antropológiai megfontolásokból jut hasonló következtetésekre.
11. Az állami transzferek jelentős része is a munkaviszonyhoz kapcsolódik. Erről bővebben a következők részben.
12. A „Frauenforschung” irányzata ennek kapcsán szépen megmutatja a háztartási munkának a bér munkától (az ipari társadalom hasznos munkavégzésétől) való függését. Vö. Kontos-Walser (1979).
13. Vö. Jessen és társai (1988) különösen az „Ehe als Produktionsgemeinschaft” fejezetben. A magyar szociológiai-szociográfiai irodalomból Sík (1981) és Zsille (1980) írását emlemlém ki.
14. Heinze, R. G.—Offe, C. (1986) hívja fel erre a figyelmet.
15. Gershuny a technika szektoronkénti különböző fejlődésével s annak relatív árakra való hatásával magyarázza, s gazdaságstatistikai adatokkal támasztja alá, hogy a 70-es, 80-as években a nyugat-európai országokban a háztartások a szolgáltatási szükséglet kielégítésének innovatív módját választották.
16. Nem feladatomban a közösségi szolgáltatások a társadalmi egyenlőtlenségek kiküszöbölésében és létrehozásában/feleltetésében játszott szerepének elemzése. Ennek egyik első példája Szelenyi—Konrad (1972) munkája.
17. Szelenyi (1969), 182. old.
18. Vö. Jessen és társai (1988).
19. Haraszti—Szentgáli—Tóth (1990) az elemzés egy másik szintjén *modellszerűen* mutatja meg, hogy ugyanazon funkció (pl. az öregek megélhetésének biztosítása) a premodern társadalmakban a háztartások, a modern társadalmakban pedig a közösségi intézmények látják el, így ezek egymás funkcionális helyettesítői.
20. Az érvelésben Wadel (1979) művére támaszkodom. Wadel cikkében a munka újradefiniálásának okait és lehetőségeit tárgyalja. A patrónus — kliens kapcsolatot általában az intézmények és klienseik kapcsolatára alkalmazza; a viszonyt az egészségügyön és az oktatáson túl a gazdaság, politika, jog, a bürokrácia, a vallás, a művészetek és a sport területére, valamint a családokra is alkalmazza.
21. „A betegnek a gyógyuláshoz mindig mozgósítania kell belső tartalékait.” Losonczy (1986), 19. old.
22. Hosszán tartó betegségek esetében, vagy testileg-szellemileg fogyatékos háztartások esetében a gondozás terne alapvetően a háztartásra hárul, s ez azt is jelenti, hogy a háztartásnak tartósnak át kell alakítania megélhetési stratégiáját. (Ferber—Wedekind 1984.) A cikk azt is megmutatja, hogy a háztartás különböző okok miatt nagyon nehezen tud megbirkózni a felé irányuló ellátási-gondozási szükséglettel.
23. Ennek bővebb fejtegetése külön tanulmányt igényelne, s elvezetne témánktól. A későbbiek remélhetőleg még jobban megvilágítják az elmondottakat.

24. A „puha-foglalkoztatás” koncepciójának egyik sarkköve, hogy más tevékenység is elismertető társadalmilag hasznosnak (pl. házépítés), s lehetséges lenne ennek a fentiekhez hasonló módon — a munkaviszonyból való időleges kiválás — való kezelése (Vö. Kelen 1988).

25. E pontban nagyban támaszkodok Molnárné Venyige Júlia (1985) megfontolásaira.

26. Erre Fábán Tamás hívta fel a figyelmet. A „kényszerhelyettesítés” itt különbözik a Kornai által bevezetett és a közgazdaságtanban bevetté vált fogalomtól.

Irodalom

Becker, G. S.: A Theory of the Allocation of Time, *The Economic Journal*, 1965. LXXV, 493—517. old.

Berk, R. F.: The New Home Economics: an Agenda for Sociological research. In: Berk, S. F. (ed.): Women and Household Labor, Sage, Beverly Hills-London, 1980.

Ferber, Ch. von—Wedekind, R. (1984): Familie, Selbsthilfe, Sozialpolitik. *Soziale Welt*, 1984. 502—521. old.

Gershuny, J.: Die Ökonomie der nachindustrielle Gesellschaft, Produktion und Verbrauch von Dienstleistungen Campus, Frankfurt, 1981. (eredeti angol változat, 1978.)

Gershuny, J.: Social Innovation and the Division of Labour, Oxford University Press, 1983.

Gershuny, J.: Changing Time, The Social Economics of Post-Industrial Societies, University of Bath, 1983.

Glatzer, W.: Die Leistungen privater Haushalte im Prozess der Wohlfahrtsproduktion. Symposiumbeitrag, Hamburg, Manuskript, 1987.

Haraszi Akos—Szentgáli Tamás—Tóth István György: A gyermekvállalás társadalmi támogatása, *Közgazdasági Szemle* 1990/3.

Heinze, R. G.—Offe, C.: Am Arbeitsmarkt vorbei: Sozialökonomische Faktoren einer Reorganisation „Haushaltlicher” Wohlfahrtsproduktion im ihrem Verhältnis zu Markt und Staat. Leviathan, 1986.

Jessen, J.—Siebel-Rebell, Ch.—Walther, U. J.—Weyrather, F.: Arbeit nach der Arbeit, Opladen, 1983.

Jorges, B.: Berufsarbeit, Konsumarbeit, Freizeit. *Soziale Welt*, 1981. Heft 2.

Kelen András: A társadalmi munka szociológiája. Gondolat, 1988.

Koncz Katalin (szerk.): Nők és férfiak. Hiedelmek, tények. Budapest, 1985.

Koncz Katalin: Nők a munkaerő-piacon. KJK. 1987.

Kontos, S.—Walser, K.: ... weil nur zählt, was Geld einbringt..., Gelnhausen, 1979.

Losonczy Ágnes: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben, Magvető, 1986.

(szerk.), id. mű.

Molnárné Venyige Júlia: Női munka és társadalmi munkaszervezet. In: Koncz K.

Opielka, M.—Ostner, I. (szerk.): Umbau des Sozialstaats. Klartext, Essen, 1987.

Ostner, I.: Berufs und Hausarbeit. Campus, Frankfurt, 1982.

Pahl, R. E.: Division of Labour. Basil Blackwell, London, 1984.

Sík Endre: A munkacseré Tiszaigaron. In: Lengyel Zs. (szerk.): Tiszaigár — egy mai magyar falu képe. Művelődéskutató Intézet, 1981.

Sík Endre: A szociálpolitika szereplői a „hosszú 80-as években”. *Mozgó Világ*, 1985/8. szám.

Spéder Zsolt: „Láthatatlan jólétermelés”. *Közgazdasági Szemle*, 1990/11. szám.

Szelényi Iván: A lakáskérdés társadalmi vonatkozásai. In: Társadalmi igények, vélemények. Statisztikai Kiadó, 1969.

Szelényi Iván—Konrád György: Az új lakótelepek szociológiai problémái. Akadémiai, 1969.

Vági Gábor: Az otthoni munka és a szolgáltatások kapcsolata. In: Koncz K. (szerk.), id. mű.

Wadel, C. (1979): The Hidden Work of Everyday Life. In: Walmann, S. (ed.): Social Anthropology of Work. London Academic Press, 1979.

Zsille Zoltán: Fekete ökonomia. Magyar Füzetek 6. sz. Párizs, 1980.

A Boston College Graduate School of Social Work az Eötvös Lóránd Tudományegyetem Szociológiai és Szociálpolitikai Intézetével, valamint a Magyar Tudományos Akadémiával együttműködve 1991. június 3. és 6-a között konferenciát szervez. Témája:

A jóléti állam a tervezgazdaságból a piacgazdaságba való átmenet idején

A konferencia helye: a Magyar Tudományos Akadémia kongresszusi terme, Budapest, I. Országház utca 30.

Regisztrálási díj: 1000 Ft.

További információk kérhetők: Tausz Katalin, ELTE Szociálpolitika Tanszék, 1083 Kun Béla tér 2. Telefon/fax: 1 33 77 97, 1 334 160/197

KÖZLEMÉNY

Volt állami gondozott és büntetésükből szabaduló fiatalok társadalmi beilleszkedését és önállósulását szolgáló alapítvány létesült az Állami Biztosító, a Népjóléti Minisztérium, valamint a Fiatalkorúak Börtöne és Fogháza támogatásával „ÉLETKEZDÉSI ALAPÍTVÁNY” elnevezéssel.

Az alapítvány célja: olyan, elsősorban mezőgazdasági jellegű vállalkozások támogatása, amelyek lehetővé teszik a kezdeményezettek számára átmeneti lakás és munkahely megoldását, illetve sikeres vállalkozás esetén az önállósulást.

Szívesen és nagy hálával fogadunk mindenfajta segítséget — pénzügyi támogatást, gazdálkodáshoz szükséges eszközöket, szakmai támogatást — amely egyre nehezedő körülményeink között egy ilyen új támogatási forma működését elősegítené.

Az alapítvány székhelye: 2316 Tököl, Ráckevei u. 6.

Csekkszám: Fáy András Takarékszövetkezet, Dunavarsány

Ráckeve MNB 336—98307.

Az ESÉLY az alábbi könyvesboltokban kapható:

Litea, Budapest I., Hess András tér 4.

Kossuth Könyvesbolt, Budapest V., Vörösmarty tér 1.

Gondolat Könyvesbolt, Budapest V., Váci u. 10.

Magiszter Könyvesbolt, Budapest V., Városház u. 1.

Studium Könyvesbolt, Budapest V., Váci u. 22.

Egyetemi Könyvesbolt, Budapest V., Kossuth Lajos u. 18.

Medicina Könyvesbolt, Budapest V., Akadémia u. 21.

Fókusz Könyvárúháza, Budapest V., Rákóczi u. 24.

Láng-Téka, Budapest XIII., Pozsonyi u. 5.

Írók Boltja, Budapest VI., Andrásy u. 45.

Téka, Budapest XIII., Váci u. 19.

Alternatív Könyvesbolt, Budapest VIII., Mikszáth K. tér 4.

Pont, Budapest V., Mérleg u. 5.

EVA OROSZ:

SOME FOREIGN EXPERIENCES OF HEALTH CARE FINANCING

A major issue of the Hungarian health care reform is: how to overhaul health care financing. Experiences of other countries might help to understand our problems and clarify policy options.

The first part of this paper compares private insurance, compulsory insurance and tax-financing from the point of view of the three main relationships of financing, namely (a) consumers — third-party payers, (b) third-party payers — providers, and (c) consumers-providers relationships.

It is emphasized that types of financing should be considered together with types of service provision in order to understand the differences between health care systems in different countries. From this approach, the paper draws attention to the model of „public financing and private provision” exemplified by Canada; furthermore the similarities and differences between health care in the USA and Canada.

The second part sketches the main lessons of cost containment strategies in Western Europe and the USA from the mid-70s. Due to the dominance of public financing, the Western European countries has been able to stabilize the share of their health care expenditures in GDP, while the USA failed to. However, public financing in itself can not solve the problem of micro-level efficiency. In relation to this, the paper highlights the core concept of the Dutch and English health care reform, namely managed competition.

In the end it is stressed, that without addressing far greater problems than financing in a narrow sense — e. g., assessment and control of medical technology, and control of the individual physician's decisions etc. — it is impossible to create an efficient and equitable health care system.

IVÁN CSABA:

PRIVATIZATION OF THE WELFARE STATE IN BRITAIN.

This paper reviews the privatization experience in Britain during the 80's. After a review of the debate over state involvement in welfare provision in general, the author gives a typology of possible routes from state provision to a more balanced mixed economy of welfare. Social security and income maintenance, health, education, housing and personal social services are analyzed in the paper, and, as a conclusion, it is stressed:

— During the 80's the question of resource allocation on macro level (that is: the question of how much to spend) has been replaced by a more stringent question of cost effectiveness (that is) how to spend the available resources more effectively.

— Changes during the last decade can be interpreted as a partial increase in private involvement, within the framework of an already existing mixed economy, rather than a radical privatization.

— Privatization has mainly meant a separation of finance from provision, with some more emphasis on privatizing provision. The results are, however, far from unambiguous.

E SZÁMUNK SZERZŐI:

ANDORKA RUDOLF

közgazdász, akadémikus, BKE Szociológia Tanszék

ANTAL Z. LÁSZLÓ

szociológus, MTA Szociológiai Kutató Intézet

A. J. CULYER

közgazdaságtan professzor, University of York

CSABA IVÁN

közgazdász, ösztöndíjas Oxfordban

H. GLENNERSTER

a szociális igazgatás professzora

London School of Economics and Political Sciences

HEGEDŰS JÓZSEF

szociológus, MTA Szociológiai Kutató Intézet,

Városkutatás Kft.

KIRÁLY JÚLIA

közgazdász, Nemzetközi Bankárképző Központ

LÉVAI KATALIN

szociológus, Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület

OROSZ ÉVA

közgazdász, ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet

SEMJÉN ANDRÁS

közgazdász, PM Gazdaságpolitikai Intézet

SPÉDER ZSOLT

közgazdász, BKE Gazdaságpolitikai Tanszék

PAUL STARR

szociológiai professzor, Princeton University

TOSICS IVÁN

szociológus, MTA Szociológiai Kutató Intézet,

Városkutatás Kft.

ESÉLY

Kiadja: a Hilscher Rezső Szociálpolitikai Egyesület

Szerkesztőség címe: 1083 Budapest VIII., Kun Béla tér 2.

Telefon: 133-7797

Felelős kiadó: Ferge Zsuzsa

Készült a Pátria Nyomda Dombóvári Gyáregységében

Táskaszám: 1 20209

Példányszám: 3000

Engedélyszám: III/PHF/164/1989.

Felelős vezető: Vass Sándor vezérigazgató

A megjelenést támogatja: Népjóléti Minisztérium,
Társadalombiztosítási Főigazgatóság, Iparbank Rt.

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

Előfizethető a szerkesztőségnél

Megjelenik kéthavonta

Terjeszti a Magyar Posta

A lapot szerkesztik:

Lévai Katalin főszerkesztő

Léderer Pál olvasószerkesztő

Weber Attila szerkesztő

E számunk szerkesztői:

Harsányi László

Hegyesi Gábor

Kuti Éva

Meghívott szerkesztő:

Tóth István György

Szerkesztőbizottság: Balipap Ferenc, Bíró András, Csepeli György,

Ferge Zsuzsa, Gombár Csaba, Gönczöl Katalin, Hegyesi Gábor

Juhász Pál, Kiss István, Lakatos László, Nagy Endre,

Romhányi Judit, Salgó Lajos (NSZK), Somlai Péter,

Szabó Dénes (Kanada), Szelényi Iván (USA),

Szalai Júlia, Szűcs László, Talyigás Katalin, Tausz Katalin

ISSN 0865-0810