
társadalom- és szociálpolitikai folyóirat

TANULMÁNYOK

- 3 Kovács Ilona: Az egészség ára az Egyesült Államokban

TÁRSADALOMBIZTOSÍTÁSI KÖRKÉP

Az Európai Közösség országainak társadalombiztosítási rendszeréről

- 28 Danny Pieters: Bevezetés az EK országainak társadalombiztosítási törvényhozásába: Olaszország

MAGYAR VALÓSÁG

- 38 Vajda Júlia: „Mi a húst hússal szeretjük” – Háztartásgazdálkodás a városi munkásháztartásokban

CIVIL TÁRSADALOM

- 49 Wéber Attila: „Az ember csak akkor tud másokkal békében élni, ha önmagával összhangba jut”
Beszélgetés Lányi Andrással a FIDESZ Akadémia új programjáról

ESETEK

- 54 Harry Blackmun bíró: Többségi vélemény a Wyman kontra James ügyben
61 Kádár Sára: Esetleírás a családgondozás gyakorlatából

A SZOCIÁLIS MUNKA MODELLJEI

- 68 Bill Jordan: A szociális munka bemutatása

HÍREK, INFORMÁCIÓK

- 88 Horánszky Nándor: Kisgyermeket váró családok longitudinális vizsgálata
92 Tóth László: A homoszexualitás problémája a modern társadalmakban

Kovács Ilona

Az egészség ára az Egyesült Államokban*

Bevezetés

Még soha nem fogalmazódott meg az Egyesült Államokban ilyen élesen az egészségügyi rendszer radikális és átfogó reformja iránti igény, mint napjainkban. A viták két probléma körül forrósodnak fel: 1/ az ellátás soha nem látott mértékű költségnövekedése és 2/ az egészségügyi biztosításon kívülrekedtek rendkívül magas aránya körül. A baj korántsem az, hogy keveset költenek egészségügyre, hanem ellenkezőleg, túlságosan is sokat, az eredmények viszont nem állnak arányban a ráfordításokkal. Szakértők szerint egy megreformált rendszerben a jelenleg elköltött milliárdokat sokkal hatékonyabban lehetne felhasználni.

A fejlett ipari országok közül az Egyesült Államokban a legmagasabb az egészségügyi kiadásoknak mind a színvonala, mind a bruttó hazai termék (GDP)-beli hányada: 1950-ben 12,7, 1990-ben 700 milliárd dollár. Ez a meredeken emelkedő összeg egyre nagyobb részt hasított ki a GDP-ből: 1950-ben 4,4, 1990-ben közel 13,0 százalékot.

Mindazok, akikre e hatalmas rendszer szolgáltatásai kiterjednek, a legmagasabb színvonalú, a legfejlettebb technológiákat alkalmazó egészségügyi ellátásban részesülhetnek. Ezzel szemben áll azonban az a megrázó erejű statisztikai adat, amely szerint 34 millió embernek, a lakosság 13 százalékának nincsen egészségügyi biztosítása. Az egészségügyi költségek viharos gyorsaságú – az 1970-1989-es időszakot tekintve (folyó áron) éves átlagban 11,7 százalékos – emelkedése egyrészt messze meghaladta a gazdaság egészének 7,7 százalékos növekedését, másrészt egyre több embert rekeszt ki a biztosítottak táborából. Azok pedig, akik kimaradnak a biztosításból, kimaradnak a magas színvonalú ellátásból is.

Az egészségügy költségeinek hihetetlen mértékű növekedése és a biztosítási rendszer erősen kirekesztő jellege a társadalom minden érintettje számára olyan súlyos gondokat vetett fel, amelyek már csak a jelenlegi rendszer gyökeres reformjával orvosolhatók. A radikális változtatások

* A cikk a szerző hasonló című, az MTA Közgazdaságtudományi Intézetében megvitatott hosszabb tanulmánya alapján készült (Kovács, 1992.)

célja: legyen az egészségügyi biztosítás univerzális, mindenki számára hozzáférhető; csökkentsék a költségeket vagy legalábbis állítsák meg növekedésüket, eközben őrizzék meg az egészségügyi ellátás magas színvonalát, és növeljék hatékonyságát.

Hosszabb ottlétem során mélységesen megdöbbenetek az amerikai egészségügy elképesztő ellentmondásai: egyfelől a hihetetlen gazdagság, a világ legfejlettebb orvostudománya, másfelől a száraz statisztikai tények mögött meghúzódó, nap mint nap olvasható családi drámák, sorsokat igazgató félelmek és az esélyegyenlőségnek az a mérhetetlen hiánya, amely ma Amerikát jellemzi. Dolgozatomban egyrészt leíró, informatív képet kívánok adni az ottani egészségügyi rendszerről, másrészt tanulságként is szántam az éppen aktuális magyar reformkoncepciók körvonalazása előtt.

Ki fizeti a számlát, és ki viseli a terheket?

Amerikában az egészségbiztosítás nem kötelező! A magán- és az állami biztosítás változatos kombinációján alapuló biztosításban a magánbiztosítás dominál, amely a biztosítottak kb. 70 százalékára terjed ki, tehát 30 százalék körüli az állami biztosítottak aránya. A magánbiztosítások túlnyomó hányada, kb. 85 százaléka munkahelyhez kötődő csoportos, 15 százaléka egyéni biztosítás. A biztosítottak mintegy 60 százalékára kiterjedő munkahelyi csoportos biztosítás a rendszer alappillére. A munkáltatók többnyire csoportos biztosítás formájában, önként biztosítják alkalmazottaikat.^{1,2}

A magánbiztosítótársaságok skálája széles és színes, működésükben kétféle elv érvényesül: a nonprofit-elv és a profitszerzés elve. A nonprofit biztosítók, mint a két legismertebb társaság, a *Blue Cross* és *Blue Shield*, a velük szerződésben álló intézményekben rögzített árak alapján *kórházi ellátásra*, illetőleg *orvosi szolgáltatásokra* nyújtanak biztosítást, amely lehet csoportos, és lehet egyéni is. Nonprofit jellegükből fakadóan adómentesek, és számos kedvezményben részesülnek mind a szövetségi kormányzat, mind pedig az állami kormányok szintjén. Működésüket államilag, sőt államonként eltérő módon, törvényben szabályozzák.

A profitorientált biztosítótársaságok általában közvetlenül az állampolgárokkal vannak kapcsolatban. Számuk meghaladja az ezret is, de több ezerre rúg azoknak a biztosításfajtáknak a száma, amiket szolgáltatásként ajánlanak. A biztosítótársaságok szerződésben állapodnak meg a biztosítottakkal a járulék nagyságáról s egyéb feltételekről, például arról, hogy mekkora legyen a biztosított önrészesedésének mértéke, továbbá a biztosító behatárolja azoknak a szolgáltatásoknak a körét, amikre a biztosítás kiterjed.

Az állami programok két ismert változata, a *Medicare* és *Medicaid* 1965-ben, Johnson elnök alatt vált a szövetségi kormány hivatalos programjává, s ezzel új korszak kezdődött a kormányzatnak az egészségügyben játszott szerepét illetően.

A *Medicare* program a 65 éven felülieknek, a *Medicaid* pedig a szegényeknek nyújt egészségügyi ellátást. Ezen belül is elsősorban a kórházi és orvosi szolgáltatásokat finanszírozza. A *Medicaid*, tehát a szegények ellátása, alapvetően az államok kötelessége, s ez az oka annak, hogy a jogosultak köre államonként változik, mert államonként állapítják meg azt a minimális jövedelmet, amely alatt az ellátás igénybe vehető. Az összes állam átlagában e jövedelemhatár értéke egy négytagú családra számítva 1986-ban 5665 dollár volt. Ez a szövetségi szinten megállapított, ugyancsak négytagú családra számított 11.203 dolláros szegénységi küszöb 51 százalékát érte el (Davis et al., 1990). Vagyis a szegénységi küszöb alatt élőknek is csupán a legszegényebb fele igényjogosult, noha rászoruló jelentősen több van.

Az elmúlt húsz évben a kormányzati vagy állami programok keretében kifizetett egészségügyi kiadások is óriási mértékben megnövekedtek, s ezért állandó célpontjaivá váltak az egymást követő elnökök költségcsökkentő intézkedéseinek. 1967 és 1970 között, amíg a gazdaságban éves átlagban 5,2 százalékos inflációt mértek, addig a *Medicare* által fizetett kórházi költségek évente 18 százalékkal nőttek. Ezt követően a Nixon adminisztráció 1972 és 1974 között, Gazdaságstabilizációs Programja keretében befagyasztotta a béreket és az árakat, beleértve az egészségügy teljes területét is, és jelentős mértékben megnyirbálta e két központi programra fordítható pénzeket (Davis et al., 1990, Starr, 1982, Law, 1974, Davis és Schoen, 1978).

Az egészségügyi biztosítás forrásai között hosszú távon jelentős eltolódás ment végbe. 1950-ben a kiadások túlnyomó hányada, 65,5 százaléka, közvetlenül zsebből, a fogyasztóktól származott, 9,1 százalékát a magánbiztosító társaságok és 22,4 százalékát az állam fedezték. Ezzel szemben 1989-ben a fogyasztók az egészségügyi kiadások 20,7 százalékát fizették, a magánbiztosítók 33,1 százalékát, a szövetségi, állami és helyi kormányzat pedig 42 százalékát.

A kormányzati forrásokon belül is jelentős módosulás ment végbe: 1950-ben az állami és helyi kormányzati kiadások az összes kiadás 12 százalékát tették ki, a szövetségi kormányé pedig 10,4 százalékot, 1989-re viszont e hányadok 13,0 illetve 28,9 százalékra módosultak (Levit et al., 1991).

Aszerinti csoportosításban, hogy a vállalat, a háztartás vagy a kormányzat finanszírozza-e a költségeket, 1965-ben a vállalatok kiadásai 17, a háztartásoké 60,5 és a kormányzatoké 20,7 százalékot tettek ki. Ezek a hányadok 1989-re 29,7, 36,9 és 30,6 százalékra módosultak, tehát jelentősen megváltoztak a háztartások javára, s a vállalatok és a kormányzat terhére (Levit et al., 1991).

Elemzések mutatják, hogy nem önmagában az egészségügyi ellátás költségeinek emelkedése a probléma. A baj akkor kezdődik, amikor a jövedelmek és a bevételek növekedése már nem tart lépést az egészségügyi költségek növekedésével. Ezt a folyamatot szemlélteti a már említett három szektorban az egyes teherjelző mutatók 1965 és 1989 közötti alakulása (1. táblázat).

1. táblázat

Különböző teherjelző mutatók három szektorban
(az egyes kategóriák százalékában)

	1965	1970	1980	1985	1987	1989
Magánszektor						
Egészségügyi kiadások						
a szektor GDP-je	1,0	1,7	2,9	3,3	3,5	4,2
a bérek és keresetek	2,2	3,5	6,1	7,3	7,5	8,3
az adózás utáni profitok	14,0	36,1	44,4	91,6	92,8	100,5
Háztartás						
Egészségügyi kiadások						
a személyes jövedelem	4,2	4,1	3,9	4,7	4,9	5,1
Kormányzat						
Egészségügyi kiadások						
a kormány bevételei	5,0	7,7	11,9	13,6	13,7	14,8

Forrás: K. R. Levit, H. C. Lazenby, S. W. Letsch és C. A. Cowan, 1991

Különöző teherjelző mutatók három szektorban
(Az egyes kategóriák százalékában)

Bármelyik mutatót nézzük is, a fizetési képesség nem tartott lépést az egészségügy növekvő költségeivel. A kormányzat és a vállalatok terheivel összehasonlítva a háztartások közvetlen terhei nőttek a legkevesbé drámai módon. 1965-től a nyolcvanas évtized legelejéig a háztartások jövedelemnövekedése lényegében lépést tartott az egészségügyi kiadások növekedésével, az évtized második felében azonban nőni kezdett a szakadék, noha korántsem oly mértékben, mint a két másik szférában. A magánszektorban a egészségügyi kiadások hányada az itt mért GDP-hez viszonyítva az időszak alatt 1,0-ről 4,2 százalékra emelkedett, a bérekhez és keresetekhez viszonyítva 2,2-ről 8,3 százalékra, az adózás utáni profitához viszonyítva pedig 14,0-ről 100,5 százalékra ugrott. Ez utóbbi tendencia különösen a nyolcvanas évtized második felében erősödött fel, kiváltva ezzel az üzleti élet növekvő aggodalmát. Ebből következik az is, hogy a vállalatok igyekeznek megszabadulni a növekvő kiadások terhétől, azok jelentős részét áthárítják dolgozóikra, vagy a kisebb cégek egyszerűen beszüntetik alkalmazottaik biztosítását.

1989-ben a kormányzat egészségügyre fordított kiadásai a kormányzati bevételek 14,8 százalékát tették ki, szemben az 1965 évi 5 százalékkal.

E növekedés fő tényezője a már említett két program, a Medicaid és Medicare bevezetése és nagymértékű kibővülése.

Bármilyen módon csoportosítják is azonban a kiadások forrásait, tisztában kell azzal lennünk, hogy végső soron mindig az állampolgárok viselik a terheket: több adót fizetnek, drágább termékeket és szolgáltatásokat vásárolnak, bérnövekményük kisebb lesz, mert munkáltatóik így próbálják kompenzálni az általuk fizetett, egyre növekvő egészségügyi járulékokat.

Az egészségügyi ellátás finanszírozásának elvei

Az elmúlt évtizedekben az egészségfinanszírozás alapelvei gyakran változtak, főként a költségnövekedés mérséklése céljából. Tömören ismertetem a költségek elszámolásának három ismert formáját:

1. A két állami program, a Medicare és Medicaid esetében egy prospektív fizetési eljárást, az ún. *DRG*, „*diagnózishoz kapcsolódó csoportok*” (*diagnosis-related group*) módszerét alkalmazzák. Lényege a következő: a betegségfajtákat a főbb szervrendszerek alapján 23 csoportba, majd további kisebb diagnózis-csoportokba sorolják. Jelenleg közel 500 diagnózis-csoport létezik, s mindegyikre fix árat állapítanak meg. A rendszer azon a feltételezésen nyugszik, hogy az egyes csoportokba tartozó betegek a kórházi erőforrások felhasználása szempontjából homogének. A megállapított ár országszerte mérvadó a Medicare és Medicaid betegekre. Mivel a kórházak minden beteg után fix összeget kapnak, a rendszer hatékonyságra ösztönöz, mert ha a kezelési költség alacsonyabb, mint a fix összeg, a többletet a kórház megtarthatja, de ha magasabb, a többletköltséget viselnie kell.

2. A második elszámolási mód az amerikai egészségügyi rendszerbe nehezen beilleszthető forma, az *HMO* – *Health Maintenance Organization* –, magyarul *Egészségmegőrző Szervezet intézményeinek „prepaid” elszámolási módja*. A koncepció lényegében egy csomagterv: a magán, többnyire *nonprofit HMO* intézmények előre megállapított, fix fejenkénti átalány összeg ellenében nyújtanak meghatározott szolgáltatásokat meghatározott egészségügyi intézményeknél a náluk biztosítottak számára. A szabadon választható orvosok köre adott. A „*prepaid health care*” a hagyományos „*fee-for-service*” (*FFS*) – szolgáltatásonkénti díjazás – rendszerénél alacsonyabb költségtartalmú ellátási forma. A koncepció 1973-ban törvény formáját öltötte. A szövetségi kormány kölcsönökkel, vissza nem térítendő juttatásokkal támogatja az *HMO* hálózatban résztvevő intézményeket, ha azok hajlandók a szövetségi előírások szerint működni. Az előírások tartalmazzák az *HMO* intézmények szervezeti felépítésére vonatkozó kikötéseket, beleértve a biztosítottak kellő képviselését a döntéshozó testületben; a biztosítottak panaszainak orvoslását és az ellátás magas színvonalának fenntartását célzó programokat; az előírások szerint senkit sem szabad kirekeszteni a biztosításból egészségi állapotra való hivatkozással, s a biztosítottak összetételének tükröznie kell az adott te-

rület korcsoportok, társadalmi és jövedelmi csoportok szerinti összetételét; és tartalmazzák az előírások az HMO intézmények működésére vonatkozó pénzügyi követelményeket is.

A Rand Corporation tanulmánya szerint (Manning et al., 1984) az HMO intézményeknél biztosítottak egy főre jutó évi kiadásai 25 százalékkal alacsonyabbak, mint a többi magánúton biztosítotté. A nyolcvanas évtizedben megnőtt az HMO intézmények száma, 1988-ra elérte a 650-et. Ezzel párhuzamosan nőtt a biztosítottak száma is: a lakosság kb. 13 százaléka HMO intézményeken keresztül biztosított, s 1995-re ez az arány elérheti a 25 százalékot is.

3. A harmadik elszámolás a magánbiztosítás hagyományos, költségalapú fizetési módja, az ún. „*fee for service*”, azaz „*szolgáltatásonkénti díj*”. Esetben a „*kerül, amibe kerül*” elv alapján írják a kórházak és az orvosok a számlát. Ez az eljárás kifejezetten költségnövelő, különösen ha azt is figyelembe vesszük, hogy a Medicare és a Medicaid betegeket is ellátó kórházak az e programokra vonatkozó szigorú, költségmérséklő előírások miatt bizonyos költségeket áthárítanak a magán-biztosítottak számlájára.

A biztosítottak köre és akik kívül rekednek

Az egészségügy megreformálása kapcsán az egyik szenvedélyesen vitatott kérdés a biztosításhoz, az ellátáshoz való hozzájutás.

A munkahelyhez kötődő csoportos biztosítás, mint Amerikában legjellemzőbb forma, nem mindenki számára nyújt lehetőséget, a munkavállalók között óriási egyenlőtlenségek vannak. A nagyvállalatoknál alkalmazott, szakszervezetekbe tömörülő dolgozók általában jobb biztosításban részesülnek, mint a kisvállalkozások alkalmazottai, akik többnyire nem is tartoznak szakszervezetekhez. Még másként is rosszabbul járnak a kisvállalkozások: az egy főre jutó biztosítási járulék esetükben jelentősen magasabb, mint például a General Motors, vagy IBM méretű vállalatnál. 1989-es adatok szerint egy vállalat átlagosan, egy főre vetítve 2300 dollár járulékot fizetett, de egy tízezer embert foglalkoztató vállalat lényegesen az átlag alatt tudott maradni, miközben az 50-nél kevesebb embert foglalkoztató nagyszámú kisvállalat több mint 3000 dollárt fizetett.

1989-es adatok szerint az összes vállalat 43 százaléka nyújtott biztosítást dolgozóinak, s minél kisebb egy vállalat, annál nagyobb a valószínűsége, hogy az ott dolgozók nem kapnak biztosítást. Pedig a kisvállalatok száma igen nagy, hiszen a vállalatok 87 százaléka 20 főnél kevesebbet foglalkoztat. Lényegesen kedvezőbb a kép, ha azt nézzük, hogy a létszámtól függően alkalmazottaik hány százalékanak nyújtanak biztosítást a vállalatok. Az összes vállalatnál ez az arány 77 százalék, de továbbra is érvényesül az a tendencia, hogy amíg a nagyvállalatok gyakorlatilag 100 százalékgig, addig a kisvállalkozások csupán 40 és 72 százalék között biztosítják dolgozóikat.

Adatokkal lehet alátámasztani, hogy az amerikai egészségügy szolgáltatásai a legfejlettebbek a világon. S mindazok, akik ehhez hozzájutnak,

a legmagasabb színvonalú, a legfejlettebb technológiákat alkalmazó ellátásban részesülhetnek. *De a világ egyik leggazdagabb társadalmában nem engedi meg állampolgárainak azt a luxust, hogy mindenki állampolgári jogon kapjon biztosítást, s a társadalom egyik legszégyenletesebb vonása, hogy lakosságának kb. 13 százaléka, mintegy 34 millió ember ki van ebből rekesztve.* A felmérések azt is mutatják, hogy azok száma, akik a közelmúltban egy kétéves periódusban időlegesen elveszítették biztosításukat, elérte a 63 milliót. További milliók vannak, akiknek nem teljeskörű a biztosításuk, s félelemben élnek, mert egy súlyosabb betegség a családban teljes anyagi csőddel járhat. Az egészségügyi költségek viharos gyorsaságú – az 1970-1989-es időszakot tekintve éves átlagban 11,7 százalékos – emelkedése egyre több embert rekeszt ki a biztosítottak táborából (Lewin, 1991).

A nem-biztosítottak többsége, 62 százaléka, a közhiedelemmel ellentétben állásban van, 23 százalékuk rész munkaidőben dolgozik, 15 százalékuk pedig munkanélküli. A Census Bureau (Népszámlálási Hivatal) 1991-ben végzett felmérése szerint egy 28 hónapos időszakra számítva a nem-biztosítottakon kívül még további 50-60 millióra tehető azoknak a száma, akik legalább egy hónapon át biztosítás nélkül maradtak (Lewin, 1991).

A növekvő biztosítási díjak egyre több ember számára megfizethetetlenek, s a betegségtől való félelem lidércnyomásként nehezedik nem csak a szegényekre, hanem egyre inkább a középosztályhoz tartozók mindennapi életére is. A biztosítási költségek minden hét évben megduplázódnak, s a munkáltatók egyre nehezebben viselik a növekvő költségek terheit. Igyekeznek ezt úgy kivédeni, hogy növelik a dolgozókra eső járulék összegét, vagy a szolgáltatásért benyújtott számlából kell a dolgozónak nagyobb hányadot, önrészesedést vállalnia, vagy egyszerűen szűkítik a biztosításért kapható szolgáltatások körét. A költségáthárítás más módja, ha a vállalat árakat emel, vagy alkalmazottainak fizet kevesebbet. A munkavállalók számára azonban az a legrosszabb, ha a munkahely egyáltalán nem nyújt biztosítást. A dolgozók egyre többet fizetnek egyre kevesebb szolgáltatásért, s már előre tudják, hogy a kollektív szerződés következő alkuján során a vállalat tovább faragja, nyirbálja a meglévő szolgáltatásokat is (Lewin, 1991).

A biztosítótársaságok hatalmi pozíciójuknál fogva diktálhatják a feltételeket, s úgy próbálják mérsékelni kockázatukat, hogy igyekeznek kizárni a biztosításból azokat, akiknek valószínűsíthetően nagyon drága műszeres kezelésre van szükségük. Ez különösen nehezíti azoknak az életét, akik előzőleg súlyos betegségben, például szívinfarktuszban vagy rákban szenvedtek, mert egyszerűen képtelenek biztosítást kapni, vagy rendkívül magas összegre, például 20.000 dollárra rúgó önrészesedést kellene a költségekből vállalniuk.

Általános a kirekesztés alkalmazása, ugyanis korábban meglévő betegség esetére a biztosítás nem terjed ki. A biztosításnak ez az abszurd és kegyetlen vonása nagyon sok ember életét gazdaságilag ellehetetleníti. Ezzel függ össze az ún. „állás vagy munkahely csapda” terjedőben lévő jelensége is: nagyon sokan vannak, akik vagy saját maguk, vagy család-

tagjuk előzetesen meglévő betegsége miatt nem mernek állást változtatni, kénytelenek ahhoz a munkahelyhez kötődni, amit (már) nem szeretnek, de ahol biztosításuk korábban kezdődött, mint ahol a betegségüket kapták, mert a munkahelyváltatással járó új biztosítás nem terjedne ki meglévő betegségük gyógykezelésére. Mások viszont álláshoz sem tudnak jutni, mert a biztosítás nem terjedne ki előzetesen meglévő betegségeikre, biztosítás nélkül viszont nem dolgozhatnak az adott munkahelyen. Ez aztán igazán a „22-es csapdája”!³

Különösen magas a nem-biztosítottak között a gyerekek és fiatalok aránya. A nem-biztosítottak kb. a fele 25 év alatti, egyharmaduk pedig 18 év alatti. Igaz, a társadalomban ők a legegészségesebbek! Ugyanazon időszak alatt, amíg a nem-biztosítottak száma átlagosan 24 százalékkal nőtt, addig a nem-biztosított gyerekeké 40 százalékkal, s ezek többnyire a munkáscsaládok gyermekei.

„Biztosítási rendszerünk elvben arra a gondolatra épül, hogy a munkáltatók biztosítást nyújtanak a foglalkoztatottaknak, de négy nem-biztosított közül három munkás, vagy pedig munkás eltartottja...s ahogy egyre nő a biztosításon kívül rekedtek száma, ez mindenkit károsan érint, mert végülis ezek az emberek is kórházba kerülnek, s minthogy ellátásukat senki sem téríti meg, a kórházak arra kényszerülnek, hogy a felmerülő költségeket a többi biztosítottra hárítsák át.” – nyilatkozta a princetoni Robert Wood Johnson alapítvány programvezetője a New York Times-ban (Lewin, 1991).

A biztosításból kiszorultak országos átlaga mögött azonban óriási különbségek húzódnak meg; a nem-biztosítottak aránya az átlagnak több mint kétszerese, 26,5 százalék a spanyol-nyelvű (latin-amerikai eredetű) lakosság körében, 20 százalék a feketék körében, míg a fehér lakosság körében 11,7 százalék.

„Égészségesnek maradni” – mindennapi gondolatá és növekvő aggodalomná vált az Egyesült Államokban egészségesek és betegek, biztosítottak és nem-biztosítottak között egyaránt.

A költségek alakulása, összetevői és a költségnövekedés tényezői

Az egészségügyre fordított költségek alakulása

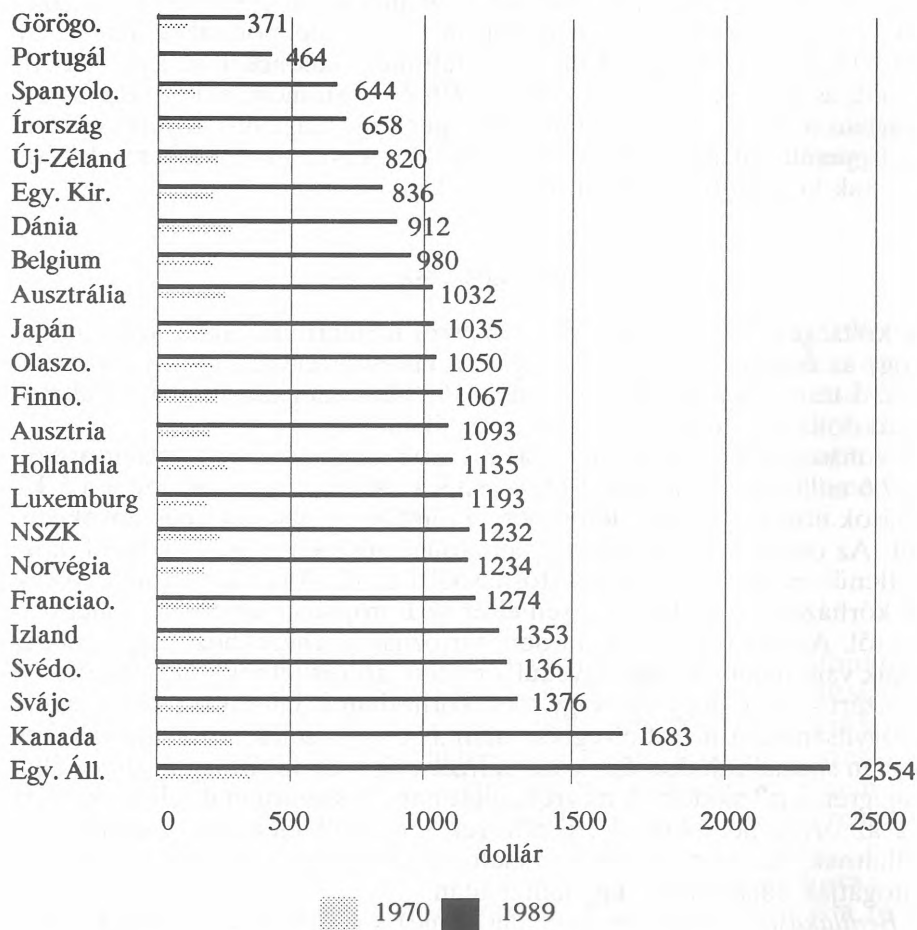
Az egészségügyi költségek 1950 és 1990 között 12,7 milliárd dollárról 700 milliárdra, nominálisan ötvenötszeresükre nőttek. Az egész időszakban az egészségügyre fordított kiadás kb. 3 százalékkal gyorsabban nőtt, mint az Egyesült Államok gazdaságának többi része. Ez a növekedés-különbség azonban jelentős erőforrás-átcsoportosítást igényelt, hiszen relatíve kevesebb maradt lakásra, tartós fogyasztási cikkekre, oktatásra és más szolgáltatásokra.

Az 1990 közepén kezdődő gazdasági recesszió, az egészségügyet kivéve, valamennyi ágazatban éreztette hatását, a munkanélküliség nőtt. Ezzel szemben 1989 harmadik negyedétől 1990 hasonló időszakáig a ma-

gán-egészségügyben dolgozók száma közel 8 százalékkal nőtt. A kiadások ugyanúgy vagy még gyorsabban nőttek, mint az előző évben. A gazdaság visszaesése az egészségügy növekvő kiadásaival párosulva tovább fokozta a terheket.

1. ábra

**Az egy főre jutó egészségügyi kiadások
az OECD országokban, 1970-ben és 1989-ben
(nemzetközi dollárban)**



Az egészségügyre fordított költségeknek mind a színvonala, mind a GDP-beli hányada az Egyesült Államokban a legmagasabb a fejlett ipari országok között. Amíg 1970-ben az egy főre jutó kiadások 23 országban Görögország 62 és az Egyesült Államok 346 dollárja között szóródtak, 175 dolláros OECD átlag körül, addig 1989-ben 371 (Görögország) és 2354 dollár (Egyesült Államok) között, 1094 dolláros OECD átlag körül

(1. ábra). Az Egyesült Államok kiadása mindkét évben duplája volt az OECD országok átlagának, s 1989-ben 40 százalékkal meghaladta Kanada és 71 százalékkal Svájc, a második és a harmadik legtöbbet költő országok kiadását. Az ábrából érzékelhetjük az OECD tagországok egy főre jutó kiadásainak mind időbeli, mind egymáshoz viszonyított alakulását is (Health OECD, 1991).

Az egészségügyre fordított kiadásoknak a GDP-hez viszonyított részaránya egyetlen év kivételével – 1980: Svédország – minden évben az Egyesült Államokban a legmagasabb: 1970-ben 7,4, 1989-ben 11,8 százalék, s az előbbi évben 2, az utóbbiban 4,2 százalékponttal felülmúlta az OECD országok átlagát. Különösen feltűnő a különbség az Egyesült Államok és a többi tagország között 1985 és 1986 után: ekkor számos országban a részarányban némi csökkenés vagy stagnálás következett be, az Egyesült Államokban viszont e kiadások egyre nagyobb hányadot hasítottak ki a bruttó nemzeti termékből.

A költségek összetevői

A költségeknek a felhasználás oldaláról történő vizsgálata azt mutatja, hogy az összkiadáson belül a legnagyobb és az egyik leggyorsabban növekvő tétel a *kórházi kiadás*, amely 1989-ben megközelítette a 230 milliárd dollárt, az összkiadás 38,5 százalékát.

A második legnagyobb tétel az *orvosok szolgáltatásaiért fizetett összeg*, 117,6 milliárd, a kiadások 19,5 százaléka. A nyolcvanas évtizedben e kiadások növekedése minden évben felülmúlta az összes kiadás növekedését. Az orvosi szolgáltatásokat kétharmad részben magánforrásból, közvetlenül zsebből és magánbiztosításból fizetik. Amerikában az orvosok és kórházak kapcsolata teljesen eltér az Európában ismerttől és megszokottól. Az orvosok általában nem tartoznak kórházakhoz, magánrendelőjük van, teamben vagy egyedül, de jogot szerezhetnek – természetesen pénzért – arra, hogy egy vagy több kórházban is műtéteket végezzenek, gyógyítsanak. A műtét elvégzése után a beteg kezelése a rendkívül széles skálán specializálódott ápolószemélyzet dolga, de kizárólag az orvos által „megrendelt” módon. A megrendelést nagyon szigorúan értelmezik, mert ha az orvos nem írta elő, a nővérek maguktól még egy aszpirint sem adhatnak. Az orvosok persze telefonon állandóan elérhetők, s naponta látogatják pácienseiket egy műtét után.

Bentlakásos gondozásra (nursing home) a kiadások 7,9 százalékát fordítják, szemben az 1960-beli 4 százalékkal. Az idősgondozást lényegében egyforma arányban finanszírozzák központi programokból (Medicaid) és közvetlenül magánforrásokból. Minél hosszabb ideig tartózkodik egy páciens egy otthonban, annál valószínűbb, hogy a Medicaid válik elsődleges finanszírozóvá. Az átlagos életkor meghosszabbodásával – ami az egészségügy vívmánya – és az idősek arányának megnövekedésével az otthonokra fordított költségek további emelkedésével kell számolni a jövőben is.

A gyógyszerekre és egyéb nem tartós orvosi eszközökre fordított kiadások a negyedik olan tétel, amely megközelíti a 45 milliárdot. A közületi programok és a magánbiztosítás adminisztrációs költségei elérik a 35 milliárd dollárt, az összkiadások közel 6 százalékát.

A kutatásokra fordított kiadások 11 milliárdra rúgnak, nem érik el az összkiadások 2 százalékát.

A költségnövekedés tényezői

A legáltalánosabb kategorizálás szerint a költségnövekedésnek három fő eleme különböztethető meg: általános infláció, reálnövekedés és pazarlás. A felsoroltakon belül azonban még további részelemek vizsgálatára van mód, amely érdekes betekintést enged az amerikai egészségügyi ellátás komplex világába.

Az infláció hatása

A növekvő költségek egyik legfőbb eleme az általános infláció. 1960 és 1990 között 330 százalékkal nőtt az általános fogyasztói árindex, ezzel szemben az egészségügyi ellátás árindexe 611 százalékkal. Az első és a második olaj- és energiaár robbanást követően, 1974 és 1981 között, a kétszámjegyűvé vált inflációt a nyolcvanas évtizedben visszaszorították évi 4-5 százalék közötti szintre. Az egészségügyi árakat azonban, amelyek továbbra is évi 11 százalékkal nőttek, nem tudták visszaszorítani.

Reálnövekedés

Elemzések mutatják, hogy 1960-tól kezdődően az egészségügyre fordított kiadásoknak megközelítőleg 70-75 százaléka tulajdonítható az általános inflációnak, s csupán 25-30 százaléka a reálnövekedésnek. A kiadások reálnövekedése több okra vezethető vissza: a biztosításban részesülők köre jelentősen bővült, javult az ellátáshoz jutás lehetősége, s nem kis mértékben előregedett a társadalom az átlagos életkor figyelemreméltó meghosszabbodása következtében. S világszerte ismert jelenség, hogy idősebb korban gyakrabban és több egészségügyi szolgáltatást vesznek igénybe. Az orvostudományban végbemenő műszaki fejlődést is a reálnövekedés tényezőjeként tartják számon, mivel azonban e kérdés nagy horderejű és érdekes problémákat vet fel, külön foglalkozom vele.

Számítások szerint a reálnövekedés 60-70 százalékos mértékben a műszaki fejlődésből következik, 11 százalékban a lakosság számának növekedéséből, 9 százalékban a korösszetételnek az öregek javára történő eltolódásából, 3 százalékban az ellátáshoz jutás megnövekedett mértékéből és 7-17 százalékban pazarlásból, a hatékonyság hiányából (McCue, 1989).

Az egészségügyi ellátásban részesülők köre drámaian kibővült a hatva-

nas évtized közepén, amikor 1965-ben bevezették a két állami programot, a Medicaidet és a Medicare-t. Amíg 1963-ban a nem-fehér lakosságnak 55, a fehér lakosságnak 75 százaléka keresett fel orvost, addig 1972-ben már nem volt szignifikáns különbség a két arány között, s az arány elérte a 80-82 százalékot.

Az Egyesült Államok lakossága 1950 és 1990 között 68 százalékkal nőtt, 151 millióról 253 millióra, de talán ennél is sokkal többet mond az a változás, amely a lakosság korösszetételében következett be. Amíg 1960-ban a 18 évesnél fiatalabbak aránya az összlakosságban 35,7, a 18 és 64 év közöttieké 55,0 s a 65 évesnél idősebbeké 9,2 százalékot tett ki, addig 1990-re ezek az arányok a következőképpen módosultak: 25,6, 61,8 illetve 12,6 százalék. Az idősök aránya még e jelentős arányeltolódás ellenére sem éri el az európai országok 13-14 százalékos átlagos arányát.

A megnövekedett élettartamnak Amerikában ára van. Egy 1983-as adat szerint, amíg az egy főre jutó egészségügyi kiadások átlagosan 1290 dollárt tettek ki, addig a 65 éves és idősebb népesség kiadásai 3590, a 65 év alattiaké 995 dollárt tettek ki. Az egy foglalkoztatottra fordított egészségügyi költségek 1990-ben átlagosan 3160 dollárra rúgtak. De mint minden átlag, ez is eltakarja a mögötte húzódó tendenciát. Ezesetben azt, hogy „a növekvő egészségügyi költségek fő oka abban rejlik, hogy a nagyon súlyos betegségekből szenvedő, viszonylag alacsony számú beteg gyógykezelése nagyon sokba kerül” – állítja egy, a Blue Cross-Blue Shield által Cleveland környékén készített felmérés és tanulmány. A tanulmány szerint amíg a vizsgálatban szereplő biztosítottak 90 százalékanak fejeként évi 794 dollárba, addig a maradék, súlyos egészségügyi problémákkal küzdő 10 százaléknak 10.529 dollárba került a gyógykezelése. Ugyanezt az elvet továbbviszi a tanulmány a drága 10 százalékra, s végül megállapítja, hogy az 1 százalékot kitevő legsúlyosabb esetekre az összes költség egynegyedét fordították. Az említett Blue Cross-Blue Shield biztosítótársaság igazgatója tovább érvel, és javaslatot tesz: a vállalatoknak olyan stratégiákat kellene alkalmazniuk, hogy az egy főre vetített költségek mérséklésére irányuló törekvéseikben vegyék figyelembe a drága esetek egyedi módon való kezelését, hogy a viszonylag kevés számú, de nagyon drága ellátás ára ne tudja felhajtani az egész csoport biztosítási költségeit.

A költségek ilyen aránytalan megoszlása az egyik legvitatottabb etikai és egészségpolitikai kérdés, amely ma intenzíven foglalkoztatja az amerikai társadalmat, hasonlóan ahhoz az ugyancsak etikai problémához, hogy a legmodernebb, drága technológiák kifejlesztése lehetővé tette gyógyíthatatlan, kómás állapotban lévő betegek életben tartását. „Vajon tisztességes dolog ezeknek a sok esetben kvázi-kísérleti eljárásoknak és technológiáknak a csillagászati költségeit ráruházni a munkáltatóra és/vagy az egyénre?” – teszi fel a kérdést ugyancsak az előbb idézett úr (Wicker, 1991).

A vita folytatódik, s mind hevesebbé válik, egyre élesebben fogalmaznak meg kérdéseket a közegészség és egyéni gondoskodás, megelőzés és gyógykezelés témakörökben: az élet minőségének javítása vagy csupán

annak meghosszabbítása; milyen legyen az egyén és a közösség szerepvállalása a költségviselésben; folytatódik-e a gyógyításban sokszor vitatható eredményeket hozó technikai „csodák” létrehozása, vagy korlátozóakkal szabályozzák a technológiai és tudományos eljárások alkalmazását?

Műszaki fejlődés

A jelentős költségfelhajtó tényezők egyike az orvosi technológia vívmányainak széleskörű alkalmazása. Az Egyesült Államok az elmúlt húsz év során az egészségügy terén látványos műszaki forradalomnak volt tanúja. Tekintet nélkül a költségekre, a társadalom adottságként el is várja a legjobb orvosi ellátást, az orvosok pedig meg is tesznek mindent a fejlett, szupermodern berendezések és műszerek alkalmazása érdekében.

Az elemzések három drága műszeres vizsgálatot emelnek ki, mint az orvosi technológia „fegyverkezési versenyének” legfőbb eszközeit, amelyeknek az alkalmazása sok-sok milliárd dollárral növeli meg a nemzet számláját. Talán nem érdektelen röviden szólni ezekről.

Az egyik a nálunk is ismert és alkalmazott komputeres tomográfia, CT vagy CAT (computerized axial tomography), amely a szövetek struktúrájáról, keresztmetszeti szeleteiről készít képeket. Leggyakrabban agyi rendellenességek, komplex törések, mellkasi és hasi szervek betegségeinek diagnosztizálására használják. Ára 0,4 és 1,2 millió dollár között van, a vizsgálat 300-500 dollár.

Az MRI (magnetic resonance imaging) – mágneses rezonancia képet készít a testről, annak részeiről. Hasonlóan a CT-hez, ezzel is a belső szervek struktúráját vizsgálják, azzal a különbséggel, hogy a lágy szövetekről ez sokkal finomabban megkülönböztethető képet ad. Ára 1,2-2,5 millió dollár, a vizsgálat díja 600-1000 dollár.

A legkifinomultabb és legrágább műszer a PET (positron emission tomograph), amellyel a szív szöveteinek az állapotát vizsgálják, betekintést nyernek a belső szervek működésébe, s ezáltal korábban megszerzhetetlen információkhoz juthatnak az orvosok. Idegrendszeri betegségek korai felismerésére is alkalmazzák. A gép ára 3,6 és 4,2 millió dollár, egy teszt 1500-2000 dollárba kerül.

Ezeknek a nagyon értékes műszereknek a használata a nyolcvanas évtized második felében terjedt el az Egyesült Államokban, a CT valamivel korábban, a PET készülék csupán az utóbbi két-három évben került bevezetésre, s az egész országban mindössze 50-et működtetnek (Pollack, 1991). Az orvosok rajonganak e műszerekért mint csodálatos technológiai találmányokért – különösen népszerű az MRI alkalmazása –, mert a vizsgálat sokkal olcsóbb és biztonságosabb, mint egy műtét, amely egyébként szükséges lenne egy sérülés mértékének megállapításához. Másrészt pénzt lehet vele megtakarítani azáltal is, hogy egy esetleg szükségtelen műtét miatt a páciens nem esik ki hosszabb időre a munkából – érvelnek az orvosok.

Az American Medical Association 1989-ben készített tanulmánya szerint az Egyesült Államok sokkal inkább támaszkodik a fejlett technológiára, mint bármely más fejlett ország. Egy főre vetítve négyszer annyi MRI gépük van, mint Németországnak, és nyolcszor annyi, mint Kánadának. Az amerikai orvosok 2,6-szer annyi szívűtűtet végeztek, mint a kanadai, és 4,4-szer annyit, mint a német orvosok.

Kritikus elemzők állítják, hogy számos, drága orvosi eljárás alkalmazása túlhajtott. Sok minden ösztönöz arra, hogy az orvosok megrendeljék pácienseiknek az említett tesztek. A kórházak versenye az egyik tényező: az egyik kórház ösztönzi a másikat drága gépek vásárlására, s ha már megvették, érdekük, hogy minél jobban ki is használják azokat. És a kórházak nagyon sokszor saját orvosaik nyomására vásárolnak gépeket, hogy meggarthassák a kórház „mindenféle szolgáltatást nyújtani tudó” státusát.

Nemritkán maguk az orvosok is vállalkozók, társtulajdonosok akár egy kórház, klinika, laboratórium vagy egy egészségügyi központ modern gépeiben, felszereléseiben. Az sem ritka, hogy orvosi társulások kölcsönzik gépeiket a kórházaknak, bérleti díj fejében. S mindez arra ösztönzi az orvosokat, hogy minél több páciens utaljanak ilyen vizsgálatokra (Pear and Eckholm, 1991).

A kormány és magántársaságok megbízásából készült tanulmányok szerint az orvosok 10 százalékanak van befektetése az egészségügyi üzletágban, de vannak olyan államok, ahol ez eléri a 30-50 százalékot is. Vonzóak a vállalkozások, mert nagyon gyűmölcsozók, hiszen nem ritka az évi 50 százalékos, gyors megtérülés sem. Például egy Atlantában 1990 júliusában felállított MRI központ menedzsereinek becslései szerint 1992 decemberére befektetéseiknek több mint kétszeresét nyerik vissza a beruházók (Pear and Eckholm, 1991).

Sokan úgy ítélik meg, hogy a tesztek díja szükségtelenül magas. Ennek részben az az oka, hogy a kifinomult eljárásokat végző szakorvosokat mindig jobban megfizették, mint a rutin eljárást nyújtókat. A stanfordi egyetem két professzora az amerikai és kanadai orvosok fizetését összehasonlítva kimutatta, hogy az előbbieket rutin vizsgálatokat végezve 80 százalékkal, a kifinomult tesztek végzők pedig háromszor többet kerestek, mint kanadai kollégáik. A sebészek után a radiológusok a legjobban fizetett orvosok – állapítja meg az American Medical Association. A radiológusok átlagjövedelme 1989-ben 210.500 dollár volt, az orvosok 155.800 dolláros átlagos évi jövedelmével szemben.

Szenvedélyes vita középpontjába került a kérdés: etikus-e, hogy az orvosok saját érdekeltségű intézményekhez utalják pácienseiket a tesztek elvégzése céljából, mivel történt nagyon sok visszaélés is. A kérdés már olyannyira nem csupán a viták szintjén merült fel, hogy a szövetségi kormány 1992. január 1-jétől betiltotta a Medicare és Medicaid páciensek olyan intézményekhez utalását, ahol az orvosnak üzleti érdekeltsége van. Ezzel szemben az American Medical Association védi az orvosoknak azt a jogát, hogy egészségügyi intézményekbe beruházhassanak, s különösen sérelmesnek találja a kormány intézkedéseit a farmer jellegű települések lakóival szemben, ahol az orvosok beruházásai jelenthetik az egyetlen,

az egészségügy területén új vállalkozások alapításába bevonható tőkeforrást.

Hatékonyság és pazarlás

A növekvő költségek elemzésével foglalkozó tanulmányok, elemzések egybehangzóan állapítják meg, hogy az egészségügyi intézményekben alacsony a hatékonyság, túlhajtott a szolgáltatások igénybevétele, s nagy visszaélések folynak.

A rossz hatékonyság egyik alapvető okának az orvosi műhiba elleni biztosítás, felelősségbiztosítás – malpractice insurance – közvetlen és közvetett költségnövekedését tekintik. Az 1975 és 1982 közötti hétéves időszakban a közvetlen biztosítási költségek megnégyszereződtek, 700 millió dollárról 3 milliárdra, viszont az azt követő három év alatt, 2,4-szeresükre, 7,2 milliárdra nőttek. A nyolcvanas évtizedben átlagosan évi 18 százalékos növekedés mutatható ki (McCue, 1989). Jelenleg az orvosoknak fizetett minden 100 dollárból 11 dollárt tesz ki a műhiba esetére történő biztosítás. Chicagóban az idegsebészek és nőgyógyászok 1991-ben évi 150 ezer dolláros biztosítás mellett dolgozhattak, s hasonlóan kollégáikhoz, e költségeket áthárították pácienseikre (Domenici and Koop, 1991).

Az orvosok már csak saját védelmük érdekében is előszeretettel végzik az estenként nagyon drága teszteket, mert nagyon nagy az orvosi műhibától, illetve annak jogi következményeitől való félelem. Így viszont egy esetleges per során a bíróságon elmondhatják, hogy ők minden lehetőt megpróbáltak a beteg jobb ellátása érdekében.

A „malpractice” biztosítás költségeinek hatvan százaléka az ügyvédi díjakat és az adminisztrációs költségeket fedezi, s csupán negyven százalék vagy még annál is kevesebb marad a pácienseknek.

A kutatások arra is fényt derítettek, hogy az orvosok gyakran előnyben részesítik a drágább gyógyszer felírását, ha azonos hatású gyógyszerek közül kell választani. Példaként említik a szívinfarktus kezelésére alkalmazott, a vérrög felbomlását, eltávolítását segítő, kétféle – a kutatások szerint hatásfokában azonos – életmentő gyógyszer felírását. Az egyik a legtöbb európai országban is használt streptokinaze, amely 76-300 dollár (számos kórház árengedménnyel jut hozzá), a másik a T.P.A. (tissue plasminogen activator) néven ismert gyógyszer, amelynek ára dózisonként 2200 dollár. Az utóbbit 1987-ben vezették be, s a gyártó cég óriási propagandát folytatott, a közzétett adatok a T.P.A. jobb hatásfokát mutatták ki, felkeltve ezzel a kardiológusok érdeklődését, akik mintegy kötelezőnek érezték e gyógyszer felírását.

A gyógyszerek felírása és használata körüli vita egyrészt élesen megosztja az orvostársadalmat, másrészt jól példázza, hogy milyen szerepet játszanak a gyártócégek a gyógyszerek bevezetésével kapcsolatos piackutatás és propaganda során abban, hogy az orvosok végül is milyen terápiát alkalmazzanak.

Számítások szerint az egészségügyi kiadásoknak mintegy 20-25%-a

szükségtelen, fölösleges, s a gyógyítás szempontjából irreleváns tesztekre fordított összeg (Domenici and Koop, 1991).

Tükrözi-e Amerikában a nemzet egészsége a nemzet gazdagságát?

Az egészségügyi rendszer megítélésének döntő kritériuma, hogy egy ország milyen eredményeket ér el lakossága egészségének megőrzésében és a gyógyításban. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) ajánlása alapján az egyik legjobb mutató a *csecsemőhalandósági arányszám*, „amely nem csupán a gyermekek, hanem az egész lakosság egészségi helyzetének, valamint azoknak a társadalmi-gazdasági feltételeknek is jó indikátora, amelyek között az emberek élnek.

2. táblázat

Csecsemőhalandósági és születés-körüli halandósági arányszám (százalék)

Ország	1960		1970		1980		1987	
	a	b	a	b	a	b	a	b
Ausztria	3,75	3,5	2,59	2,7	1,43	1,4	1,03	0,9
Belgium	3,12	3,2	2,11	2,3	1,21	1,4	0,97	–
Dánia	2,15	2,6	1,42	1,8	0,84	0,9	0,82	0,8
Egyesült Áll.	2,60	2,9	2,00	2,3	1,26	1,3	1,04	1,0
Egyesült Kir.	2,25	3,4	1,85	2,4	1,21	1,3	0,95	–
Finnország	2,10	2,8	1,32	1,7	0,76	0,8	0,58	0,6
Franciaország	2,74	3,1	1,82	2,3	1,01	1,3	0,80	–
Görögország	4,01	2,6	2,96	2,7	1,79	2,0	1,22	1,5
Hollandia	1,79	2,7	1,27	1,9	0,86	1,1	0,64	1,0
Írország	2,93	3,8	1,95	2,4	1,11	1,5	0,87	–
Luxemburg	3,15	3,2	2,49	2,5	1,15	1,0	0,80	0,7
Norvégia	1,89	2,4	1,27	1,9	0,81	1,1	0,78	0,8
NSZK	3,38	3,6	2,34	2,6	1,27	1,2	0,87	–
Olaszország	4,39	4,2	2,96	3,1	1,43	1,8	1,01	–
Portugália	7,75	4,1	5,51	3,7	2,43	2,4	1,59	1,8
Spanyolország	4,37	–	2,81	–	1,23	1,4	0,87	–
Svájc	2,11	–	1,44	1,8	0,91	1,0	0,68	0,8
Svédország	1,66	2,6	1,10	1,6	0,69	0,9	0,59	0,7

Forrás: Organization for Economic Cooperation and Development, 1989

Magyarázat: a = csecsemőhalandósági ráta

b = születéskörüli halandósági ráta

Emellett a csecsemőhalandóság nagyon érzékenyen tükrözi az ellátás hozzáférhetőségét, kihasználtságát és hatékonyságát. (WHO, 1981)

A csecsemőhalandóság nagymértékben csökkent az OECD országokban az elmúlt 30 év alatt. Figyelemreméltó eredményeket értek el a mediterrán országokban, azaz Portugáliában, Spanyolországban, Görögországban és Olaszországban, valamint Ausztriában és az NSZK-ban, ahol 1960-ban még 34 és 70 ezrelék között volt a csecsemőhalandósági arány, míg a fejlett ipari országokban már ekkor 17 és 31 ezrelék között mozgott. Az időszak végére az említett országok látványosan ledolgozták hátrányukat. Igaz, az Egyesült Államokban is jelentős csökkenés ment végbe, de jóval lassabban, mint ahogy az jövedelmi színvonalához, különösen pedig az egészségügyre fordított kiadásainak színvonalához képest várható lett volna. 1960-ban a bemutatott tizennyolc közül hét országban, 1970-ben kilencben, 1980-ban tizenkettőben és 1987-ben tizenötben alacsonyabb volt a csecsemőhalandóság, mint az Egyesült Államokban (2. táblázat).

Az átlagos értékek mögött nagyon nagy különbségek húzódnak meg az Amerikában élő etnikumok között: a feketék és az amerikai indiánok között 2,1-szer, ill. 1,5-szer magasabb a csecsemőhalandóság, mint a fehérek között, és legalacsonyabb az amerikai japánok között, 6 ezrelék.

3. táblázat

Születéskor várható átlagos élettartam
(év)

	1970		1980		1987	
Ország	férfi	nő	férfi	nő	férfi	nő
Ausztria	66,5	73,4	69,0	76,1	71,5	78,1
Belgium	67,8	74,2	70,0	76,8	–	–
Dánia	71,0	76,1	71,4	77,6	71,8	77,6
Egyesült Áll.	67,2	74,7	69,6	76,7	71,5	78,3
Egyesült Kir.	68,8	75,2	70,2	75,9	71,9	77,6
Finnország	66,2	74,5	69,2	77,6	70,7	78,7
Franciaország	68,6	76,1	70,2	78,4	72,0	80,3
Görögország	70,1	73,6	72,2	76,6	–	–
Hollandia	70,9	76,6	72,4	79,2	73,5	80,1
Írország	68,5	73,2	69,5	75,0	–	–
Luxemburg	67,0	73,9	68,0	75,1	70,6	77,9
Norvégia	71,0	77,5	72,2	79,0	72,8	79,6
NSZK	67,3	73,6	69,7	76,5	71,8	78,4
Olaszország	68,6	74,6	70,7	77,4	71,6	78,1
Portugália	65,3	71,0	68,9	76,6	69,9	76,9
Spanyolország	69,6	75,1	72,5	78,6	74,0	80,0
Svájc	70,1	76,3	72,4	79,1	73,6	80,3
Svédország	72,2	77,1	72,8	78,1	74,2	80,2

Forrás: OECD, 1990

A csecsemőhalandósági mutató mellett a *születéskor várható átlagos élettartam* is beszédes mutató. Világjelenség, hogy a nők születéskor várható élettartama meghaladja a férfiakét. Az OECD országokban ez a különbség átlagosan 5-6 évre tehető, s lényegében semmit sem változott 1970 és 1989 között (3. táblázat).

Az Egyesült Államok e mutató tekintetében sem jár élen. A férfiak várható élettartama alapján rangsorolva az országokat, 1970-ben tizenhárom, 1980-ban tizenkettő és 1987-ben tíz ország megelőzte Amerikát. A nők várható élettartama alapján jobb a helyzete, de így is csak a közepmezőnybe tartozik, nyolc-tíz ország mögött.

Amerikának az európai országokhoz viszonyított rosszabb helyzete több okkal is magyarázható, de elsősorban talán az alapellátásban és betegségmegelőzésben meglévő különbségekkel. Az európai egészségügyi rendszerek tanulmányozásából az lehet Amerika számára az egyik legfontosabb tanulság, hogy az európai univerzális, egyenlő esélyt adó, mindenki számára hozzáférhető és mindenkinek alapellátást biztosító rendszerek hatékonyabbak az erősödően kirekesztő jellegű amerikai rendszernél (Lembeck, 1986; Anderson, 1972; Navarro, 1974; Reinhardt, 1981; Rosenthal, 1986; és Enthoven, 1990). Az európai országokban az igényjogosultság és az állami finanszírozás magasabb aránya nem jelent több kiadást, éppen ellenkezőleg: az egészségügyre fordított kiadások színvonala és a GDP-hez viszonyított aránya az Egyesült Államokban minden európai országénál magasabb. S lényegesen magasabb, mint egy főre jutó GDP-je alapján várható lenne.

Sok szakértő érvel úgy, s érvelésükben sok az igazság, hogy a társadalom mindennapjait átható gondok, kábítószer- és alkoholfüggőség, erőszak, emberölés és a bűnözés számos formája – amelyek rendkívül rontják az egészségügy hatékonyságát – alapvetően e területen kívül eső szociális problémák. Az egészségügyre fordított több kiadás nem nyújt megoldást ezekre a problémákra. Fordítva inkább lehetne javulást elérni, ti. a szociális gondok csökkentése jelentős hatással lehet az emberek egészségének javulására is (Jönsson, 1990).

A sokszor hangoztatott és hallott érvelés az emberi szabadságjogok gyakorlása, az egyén szabad döntése és az egyéni felelősség védelmében „csak” azt hagyja figyelmen kívül, hogy az Egyesült Államok etnikailag, kulturálisan, jövedelemszínvonal, képzettség tekintetében rendkívül heterogén lakosságának nem éppen kis hányada tudatlan, képzetlen, föl sem ismeri saját érdekeit, nemhogy azok védelmében tenne is valamit. Szervezett terhesség gondozás, felvilágosítás nem lévén, egy terhes nő a saját és leendő gyermeke egészsége védelmében saját döntése alapján megy orvoshoz. Nincs azonban mindenki abban a helyzetben, hogy képes lenne saját érdekeit felismerő döntést hozni. Nagyon sokan úgy szülik meg gyermekeiket, hogy terhességük alatt orvosnál nem is voltak. Felmérések szerint a terhes nők 8 százaléka a terhesség alatt drogot vagy alkoholt fogyaszt, a gyerekek egynegyede, a fekete gyerekek fele házasságon kívül születik (National Center for Health Statistics, 1989). Az Egyesült Álla-

mokban lényegesen magasabb a nyomorban élő gyermekek aránya, mint az európai országokban (Sawhill, 1988).

Reformelképzelések, aggályok, akadályok

Hogyan békíthető össze az igényjogosultság teljessé tételére és a költség-növekedés mérséklésére irányuló törekvés? – ez az egészségügy egyik alapvető dilemmája ma Amerikában. Egyre több republikánuspárti szenátor is elismeri már, hogy „valamit tenni kell”, de nagyon nagy véleménykülönbségek vannak demokraták és republikánusok között, s számos politikai akadály gátolja a kongresszusban a javaslatok keresztülvitelét (McQueen, 1991). Az, hogy hogyan is történjék az egészségügy megreformálása, alapvetően politikai kérdés, amelynek megoldásához eltérő érdekű csoportok konszenzusára lenne szükség, és a kérdés nehezen oldható meg a mindenkori elnök aktív közreműködése nélkül. Éppen Bush elnök volt az, aki a legkevésbé tanúsított változtatási szándékot ezügyben. Bill Clinton, a megválasztott elnök, akinek választási kampánybeszédeiben az egészségügy reformja kulcskérdés volt, realissá teheti aggódnó milliók reményét: az egészségügyi biztosítás és alapellátás állampolgári joggá válik.

Az a tény, hogy több millió ember nyomorszint alatt él, s nincsen egészségügyi biztosításuk, mind társadalmilag, mind erkölcsileg elfogadhatatlan, és elfogadhatatlan közgazdaságilag is (Pear, 1991a). A négy legnagyobb hatalmú egészségügyi szervezet, az American Medical Association, az American Hospital Association, a Blue Cross and Blue Shield Association és a Health Insurance Association of America vezetői is kijelentették, hogy elfogadják és támogatják azt az alapelvet, hogy az egészségügyi szolgáltatások univerzálisan kiterjedjenek minden amerikaiakra (Hilts, 1991a).

A Wall Street Journal és az NBC TV társaság Híradójának közös, 1991 júniusában végzett közvéleménykutatása alapján 1006 megkérdezett 51 százaléka gondolja úgy, hogy elsősorban a kormány feladata és felelőssége lenne a problémák megoldása, még ha alapjában véve nem is a kormányt tekintik a hibák okozójának. S arról, hogy konkrétan milyen intézkedéseket kellene a kormánynak hoznia, a megkérdezettek 2:1 arányban úgy vélekedtek, hogy a munkáltatókat kényszeríteni kell arra, hogy alkalmazottaiknak biztosítást nyújtsanak. E ponton széles a társadalmi konszenzus: a republikánusok 59, a demokraták 77%-a egyetért a gondolattal. A széleskörű egyetértés ellenére is maradnak még különbségek: a republikánusok elsősorban a növekvő költségek miatt, a demokraták a biztosításból kirekedtek sorsa miatt aggódnak.

Van az Egyesült Államoknak olyan állama, mint Hawaii, ahol már megvalósult az univerzális egészségügyi ellátás, ahol ezt alapvető emberi jognak tekintik, s mindennél fontosabbnak tartják a megelőzést. A nemzeti átlaghoz képest kétszer annyian keresnek fel orvost évente rutinvizsgálatra, de fele annyian kerülnek kórházba (Egan, 1991).

Hawaiiiban minden munkáltatónak kötelező biztosítania alkalmazottait, ha legalább heti 20 órát dolgoznak. A munkanélküliek, a munkáltatók által nem biztosítottak és a szezonmunkát végzők biztosításáról pedig az állam gondoskodik. A foglalkoztatottak nem többet, mint bruttó bérük 1,5 százalékát fizetik be járulékként, ami átlagosan az összes járulék harmadát teszi ki, a másik kétharmadot a munkáltató fizeti. A biztosítási járulék jóval a nemzeti átlag alatt van, és kb. 50 százaléka Kalifornia és New York államok átlagának. A gyermekhalandóság alacsony, a várható átlagos élettartam 78 év, majdnem a legmagasabb a tagállamok között. A szakértők számára talán az a legmeglepőbb, hogy a csaknem univerzális ellátás költségei mégsem tesznek ki csillagászati összegeket, jóllehet a többi államéhoz képest a szigetországban a legmagasabb az egy főre jutó megélhetési költség, viszont az egy főre jutó egészségügyi kiadások itt a legalacsonyabbak.

A költségmegtakarításnak figyelemre méltó módja Hawaiiiban, hogy a biztosítási hozzájárulást nem kisebb csoportokra, hanem a teljes lakosságra vetítve határozzák meg. Ily módon a felmerülő kockázati költségek szétterülnek, megoszlanak az egész lakosságon belül.

Új egészségügy – kanadai mintára?

Az Egyesült Államokban nagyon sokan támogatnak egy, a kanadaihoz hasonló egészségügyi rendszert, amely univerzális, szabad orvosválasztáson alapul és amit a kormány finanszíroz. Kanadában az orvosok 95 százaléka a kormánytól függetlenül dolgozik, a kórházak 90 százaléka magán non-profit intézmény. Amíg az Egyesült Államokban sokféle magánbiztosító, valamint az állami és a szövetségi kormány, addig Kanadában a tartományi és a területi kormányok finanszírozzák az egészségügyi ellátást. Ott a rendszer viszonylag jól működik, s 30-40 százalékkal kevesebbet költenek egy főre, mint az Egyesült Államokban. Különösen figyelemreméltó, hogy a születéskor várható átlagos élettartam magasabb, a gyermekhalandóság pedig alacsonyabb.

A General Accounting Office (GAO) kormányhivatal (magyarul Számvévőszék) egyik tanulmánya szerint egy, a kanadaihoz hasonló reform bevezetésével évente 75 milliárd dollárt meg lehetne takarítani, ami bőségesen elegendő lenne a biztosításon kívülrekedt 34 millió ember költségeinek a fedezésére. A jelentés alátámasztja vezető politikusok azon érveit, miszerint az amerikai egészségügyi rendszert állami és szövetségi kormányzati irányítás alá kellene vonni a magán biztosítótársaságok megszüntetése mellett.

A javaslat óriási ellenállást és felzúdulást váltott ki a magán biztosítótársaságok képviselőiből, hiszen ezek sorsa megpecsételődne, ha egy kanadai mintájú rendszert vezetnének be. Carl Schramm, a mintegy háromszáz biztosítótársaságot képviselő szövetség, a Health Insurance Association of America elnöke nyilatkozta: „A Számvévőszék minden objektivitását elveszítette. Meg vagyok döbbenve. A General Accounting

Office (GAO) soha nem szokott kiállni javaslatok mellett, mint ahogy most tette” (Hilts, 1991b).

Menedzselt versus korlátlan verseny, illetve állami biztosítás

Az ún. menedzselt verseny propagálói, többek között a Stanford egyetem professzora, Alain Enthoven szerint ez a megoldás nyújtaná a válságból kivezető legjobb utat: ellenőrizné a költségeket, javítaná az ellátás minőségét, és minden amerikai számára biztosítaná az igényjogosultságot. Senkinek sem kéna egyenkénti biztosítást kötni, ehelyett óriási csoportok alakulnának, s akár egy nagy munkáltató vagy egy kormány szerv mint szponzor, a magán biztosítóktól és az ellátást nyújtó intézményektől kért és kapott ajánlatok alapján mindenki számára megszerezné a biztosítást. A rendszer kompetitív jellegét az adná, hogy a magánbiztosítók kénytelenek lennének vonzó árakon magas színvonalú ellátást ajánlani, irányított jellegét pedig az, hogy a szponzorok kedvező árakon, magas színvonalú ellátást nyújtó egészségügyi intézményekkel kötnének szerződéseket (Enthoven, 1990).

A rendszer előnyei a két szélsőségesnek tekintett – a korlátlanul versengő, és az állami ellátási – szisztémával szembeállítva mutatkoznak meg leginkább. Kiküszöbölné a korlátlan versenynek azt az alapvető hiányosságát, hogy senki sem érdekelt a költségek mérséklésében.

Megszüntethető lenne a jelenlegi rendszer erősen diszkriminatív jellege, a biztosítók kirekesztő magatartása is, mert a szponzorok erős alkupozícióból tárgyalhatnának a biztosítókkal és az orvosokkal a nagy csoport – amelynek bárki tagja lehet mindenféle korlátozás nélkül – nagyszámú, potenciális betegének képviselőjében.

E koncepció hirdetői úgy gondolják, hogy a kanadai mintára megvalósítandó egészségügy nem működne olyan jól az Egyesült Államokban, mint Kanadában. Az állami program legfőbb hátrányának azt tartják, hogy elsorvasztaná az innovációt, az egészségügyi intézményekben megszűnne az ellátás javítását célzó ösztönzés, hiszen nem ők élveznék eredményeik hasznát. Ezzel szemben a menedzselt versenyben az egészségügyi intézmények egymással versenyeznének a fejlesztés, innováció terén is. Kanada előnyös helyzetben van, hiszen haszonélvezője lehet az Amerikában végbemenő műszaki fejlődésnek.

Utószó: Van-e Magyarországra érvényes tanulság?

Jóllehet Magyarország és az Egyesült Államok – akár az egér és az elefánt – nemigen hasonlíthatók össze, a kérdésre mégis egyértelmű igennel válaszolok. Magyarország is piacgazdasággá akar válni, egészségügyi rendszerét meg akarja reformálni. Van tehát realitása annak, hogy a világ egyik legfejlettebb országának – amely ugyan létrehozta a világ legfejlettebb orvostudományát, de nem a világ legjobb egészségügyi rendszerét –

negatív és pozitív tapasztalataiból is okuljunk. Következtetéseimet vázlatosan, mértéktartóan foglalom össze, de ez a lehetőség a Tisztelt Olvasó előtt is nyitva áll, ki-ki ízlése szerint vonhatja le a tanulságokat.

1. Ha abból a fejlett európai országok által elfogadott minimális követelményből indulunk ki, hogy az egészségügyi alapellátás mindenki számára alapvető emberi jogként biztosított legyen – és ha ezt az elvet Magyarország is elfogadja –, akkor számunkra *Amerika példájából az lehet a legfőbb tanulság, hogy egy univerzális, esélyegyenlőségre alapozott egészségügyi rendszer csupán a szabad piac működésére bízva nem valósítható meg.* Nemcsak hogy ez nem valósul meg, de a rendszer oly mélységes igazságtalanságot, diszkriminációt enged szabadjára, amely nemcsak erkölcsileg, hanem gazdaságilag is romboló hatású, s emberéletek tízmillióit teszi ki megbocsáthatatlanul annak a kockázatnak, hogy nem juthatnak egészségügyi biztosításoz. Ennek végül is az egész társadalom kárát látja.

A fenti tanulságokat nem csupán az Egyesült Államok negatív tapasztalatai példázzák, hanem egyértelműen és határozottan alátámasztják a fejlett európai országok és Kanada központi befolyás alatt álló egészségügyi rendszerének pozitív tapasztalatai is. Ezek a rendszerek abban az értelemben központi irányításúak, hogy az egészségügyet a költségvetésből finanszírozzák, de mindenki számára biztosított a szabad orvosválasztás, a kórházak és általában az egészségügyi intézmények versenyeznek egymással.

A magyar egészségügy megreformálásánál fontos, hogy a változtatásokban ne elsősorban politikai indíttatású és politikai szempontokat érvényesítő döntések legyenek meghatározók. Nem lenne jó, sőt kifejezetten káros lenne, ha az előző rendszer minden elvének és elemének tagadása jegyében feladnánk a szociális igazságosság koncepcióját, hogy mindenki állampolgári jogon jusson a kor követelményeinek megfelelő alapellátáshoz. Nem lehet azonban figyelmen kívül hagyni azt a meghatározó összefüggést, hogy a gazdasági fejlettség színvonala alapvetően meghatározza az egészségügyre fordítható kiadások színvonalát is.

2. Kézenfekvő az a tanulság, hogy időben felismerjük: a társadalmi feszültségeket, problémákat nem szabad olyan mértékben megoldatlanul hagyni, hogy azok az egészségügy számlájára írható, visszafordíthatatlan kárt okozzanak. Magyarországon is terjed a kábítószeresítés, az AIDS, és terjednek a társadalom oly égető és feszítő problémái, mint a növekvő alkoholizmus, a cigánykérdés, a hajléktalanok problémája s a fokozódó elszegényedés. Mindezek intő jelek, amelyek már nem csupán szociális, hanem egészségügyi gondokként is jelen vannak. Nem kétséges számomra, hogy ezeknek a megoldása először szociális téren jelent nagy kihívást a társadalom számára, s ha itt sikerül eredményt elérni, remélhető, hogy az egészségügy gondjai is kisebbek lesznek.

3. Az amerikai biztosítási rendszerben fontos szerepet játszik az a tény, hogy a biztosítási járulék adóból levonható. Hasonló javaslattal élt az angol kormány is 1989-ben a magánbiztosítás bátorítására. A gondolat megvalósult formájában azonban rendkívül diszkriminatív. Kimutatta, hogy minél magasabb jövedelemkategóriába tartozik valaki, annál na-

gyobb adókedvezményben részesül. A szövetségi kormány költségvetéséből ennek következtében hiányzó évi 40 milliárd dollár – ami évente 10-15 százalékkal nő – nyolcvan százaléka az átlagosnál magasabb jövedelmű háztartások adóját csökkenti. Ez az „állami támogatás” drága vagy még drágább biztosítás megvásárlására ösztönzi a gazdagokat, akik amúgy is biztosítanak magukat, miközben alig kapnak támogatást, vagy semmilyen támogatást nem kapnak az alacsony jövedelemkategóriákhoz tartozók. A költségvetés vesztesége az elmaradt adók révén lényegesen meghaladja azt az összeget, amelyet a szövetségi kormány a központi programokra fordít.

4. Tanulság az is, hogy az egészségügy területén dolgozókat, orvosokat, ápolószemélyzetet szaktudásuktól függően nagyon jól meg kell fizetni ahhoz, hogy a pálya vonzó legyen. Amerikában az orvosi pálya nagyon vonzó, a magasan kvalifikált szakemberek között az orvosok a legjobban fizetettek közé tartoznak. Az orvos hírneve tudásától, szakértelmétől és dokumentált⁴ eredményeitől függ, s a piac ezt kellőképpen honorálja egyre több páciens és több kereset formájában. Az is igaz, hogy a magánpraxist folytató orvosok jelentős része nem tud szabadulni a sok pénz bűvöletétől, ezért túlhajtja magát, még több és több beteget vállal, mert abban a – nem tudom, mennyire megalapozott – hiedelemben élnek, hogy nem szabad egyetlen páciens sem visszautasítani, mert így az orvosnak rossz híre terjed, s további pácienseket is elveszíthet.

Az ápolószemélyzet a sokrétű feladatok elvégzésére renkívül differenciált módon van specializálva. Különböző munkák különböző színvonalú szaktudást igényelnek, s ennek megfelelően kategorizálják a maguk területén nagyon jól képzett nővéreket, s fizetésüket is ennek megfelelően, differenciáltan kapják.

5. Kapcsolódik az előbbi pontban leírtakhoz az orvosok felelősségvállalásának kérdése, nemcsak a gyógyításban, megelőzésben, de az elkövetett hibák következményeinek viselésében is. Ide tartozik a nyíltság, őszinteség, az információ szabad áramlása.

6. Végül, de nem utolsósorban, nagyon fontos tanulság lehet számunkra Amerika példájából a gazdasági szemlélet meghonosítása. Az a tisztánlátás, a költségek pontos regisztrálása, a „mi mibe kerül” kérdés mindenkor megválaszolhatósága és megválaszolása, ami Amerikára olyanra, minden más fejlett országnál jobban jellemző.

Irodalom

- Anderson, O.W. 1972. *Health Care: Can There Be Equity? The United States, Sweden and England*. New York, Wiley.
- Davis, K., G.F. Anderson, D.Rowland, E.P. Steinberg 1990. *Health Care Cost Containment*. The Johns Hopkins University Press. Baltimore and London.
- Domenici, P.V. and C.E. Koop, 1991. „Sue the Doctor? There's a Better Way”, *The New York Times*, June 6. 1991.
- Egan, T. 1991. „Hawaii Shows It Can Offer Health Insurance for All” *The New York Times*, July 23, 1991.

- Enthoven, A. 1989. *Management Information and Analysis for the Swedish Health Care System*. Lund, Sweden. The Swedish Institute for Health Economics.
- 1990. „What Can Europeans Learn from Americans?” In: *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris.
- Health Care Statistics, 1991. United States.
- Health OECD, 1991. Facts and Trends, Paris, OECD.
- Hilts, P.J. 1991a. „Demands to Fix U.S. Health Care Reach a Crescendo” *The New York Times*, May 19, 1991.
- 1991b. „Canadian-Style Health System Gains Support”, *The New York Times*, June 4, 1991.
- Jönsson, B. 1990. „What Can Americans Learn from Europeans” In: *Health Care Systems in Transition*, OECD, Paris.
- Kovács I. 1992. *Az egészség ára Amerikában*, Műhelytanulmányok, Discussion Paper, 6. sz. MTA, KTI
- Levit, K.R., H.C. Lazenby, S.W. Letsch and C.A. Cowan, 1991. „National Health Care Spending”, 1989. *Health Affairs*, Spring.
- Lewin, T. 1991. „High Medical Costs Affect Broad Areas of Daily Life”, *The New York Times*, April 28, 1991
- Manning, W.G., A. Liebkowitz, G.A. Goldberg, W.H. Rogers, and J.P. Newhouse. 1984. „A Controlled Trial of the Effect of a Prepaid Group Practice of the Use of Services”, *New England Journal of Medicine* 310, no. 23. 1505-10.
- McCue, J.D. 1989. *The Medical Cost Containment Crisis – Fears, Opinions, and Facts*, Health Administration Press Perspectives, Ann Arbor, Michigan.
- OECD, 1990. *Health Care System in Transition*, OECD Social Policy Studies, No. 7. Paris.
- Orosz É. 1992. *Egészségügyi rendszerek és reformtörekvések*, Politikai Tanulmányok Intézete Alapítvány.
- Pear, R. and E. Eckholm. 1991. „When Healers Are Entrepreneurs: a Debate Over Costs and Ethics”, *The New York Times*, June 2, 1991.
- Pear, R. 1991a. „Democrats Offer Wide Health Plan”, *The New York Times*, June 6, 1991.
- 1991b. „U.S. Limits Doctors in Their Referrals”, *The New York Times*, July 26, 1991.
- Pollack, A. 1991a. „Medical Technology 'Arms Race' Adds Billions to the Nation's Bills”, *The New York Times*, April 29, 1991.
- 1991b. „Both Heart Drugs Are Effective; Doctors Prescribe the Costly One”, *The New York Times*, June 30, 1991.
- Reinhardt, U.E. 1981. „Health Insurance and Cost Containment Policies: The Experience in Abroad”. In: Olson, M. ed. *A New Approach to the Economics of Health*. Washington. American Enterprise Institute
- Sawhill, I.V. 1988. *Children in Poverty*. Washington D.C. The Urban Institute.
- Survey of Current Business, July, 1990.
- Wicker, T. 1991. „A Costly 10 Percent” *The New York Times*, July, 1991.
- World Health Organization, 1981. *Development of Indicators for Monitoring Progress Towards Health for All by the Year 2000*. Health for All Series, No.4. Geneva.

Jegyzetek

1. A csoportos magánbiztosítás nagy előnye az egyénenkénti magánbiztosítással szemben, hogy lényegesen olcsóbb, mert a felmerülő kockázati költségeket nem egyénenként, hanem a csoport egészére számítják ki. Ennek következtében a költségek egy nagyobb populációra vetítve megoszlanak.

2. Az amerikai egészségügyi rendszernek tanulmányoméhoz sok vonatkozásban hasonló aspektusú leírását lásd Orosz Éva (1992).

3. Óriási vívmánynak számított New York államban annak a törvénynek az elfogadása a közelmúltban, amely megszüntette az államon belül a meglévő betegségekre való hivatkozást, s kötelezte a biztosítótársaságokat ennek betartására.

4. Minden orvosról nyilvántartják a legfontosabb információkat, a sebészek esetében pácienseik halálozási statisztikáját, amelyek bárki számára hozzáférhetők.

Danny Pieters

Bevezetés az EK országainak társadalombiztosítási törvényhozásába*: Olaszország

Olaszországban régebben nagyon fontosnak tartották azt, hogy különbséget tegyenek a társadalmi biztonságon belül a *szociális támogatás* (*assistenza sociale*) és a *társadalombiztosítás* (*previdenza sociale*) között. Szociális támogatáson általában a rászoruló személyeknek – a társadalmi biztonsági intézmények anyagi lehetőségein belül – nyújtott általános védelmét értették; a társadalombiztosítás hatásköre pedig az alkalmazottak bizonyos szociális kockázatokkal szembeni védelmére terjedt ki. Csak azoknak a személyeknek voltak személyes jogaik, akikre kiterjedt a társadalombiztosítás; azok, akik szociális támogatásban részesültek, csak „törvényes részesedést” (*interesse legittimo*) kaptak. Az 1948-as olasz alkotmány összemosta a különböző kategóriákat. A megélhetés valamint a polgári és politikai jogok gyakorlásának tekintetében az állampolgárok ma teljes körű alanyi jogokat élveznek a juttatások terén. Ugyanakkor a társadalombiztosítás olyan közszolgáltatássá változott, amely kiterjed minden nehéz anyagi helyzetben lévő állampolgárra, szakmai tevékenységétől függetlenül. A változás olyan mértékű, hogy a társadalombiztosítás és a szociális támogatás közötti különbség elvesztette jelentőségét; az alkalmazási területen és a szociális védelem erősségében észlelhető különbségek részben abból erednek, hogy a két rendszer különbözőképpen becsüli fel az állampolgárok szükségleteit.

A továbbiakban lemondunk a társadalmi biztonság fogalmának körüljárásáról, és megelégszünk azzal, hogy felvázoljuk a társadalmi biztonság legfontosabb ágait. Ezek alkotják az általános társadalmi biztonsági rendszert. A különböző társadalombiztosítási rendszerek azokat az eseteket ölelik fel, amikben az illető betegség, anyaság vagy tuberkulózis következtében veszítette el munkából származó jövedelmét, vagy önhibáján kívül vált munkanélkülivé. Négyféle nyugdíjat különböztethetünk meg: rokkantnyugdíjat, munkaképtelenségi nyugdíjat, túlélési nyugdíjat és

* A tanulmányt rövidített formában közöljük. A további fejezeteket folytatólagosan adjuk közre az *Esélyben*.

öregségi nyugdíjat. A szociális visszavonulási nyugdíjat (amelyre 65 év feletti, nehéz anyagi körülmények között élő személyek jogosultak) és a részidős munkanélküli kiegészítést (amelyet a *Cassa integrazione guadagni* fizet ki) speciális rendszerek biztosítják. Az Országos Egészségügyi Szolgálat felelős az egészségügyért. A munkahelyi baleset és a foglalkozási ártalom kockázatára külön biztosítási rendszer vonatkozik.

Az általános társadalmi biztonsági rendszer mellett (amely magánvállalkozók alkalmazottaira terjed ki) számos speciális rendszer létezik; ezek igazgatását általában az I.N.P.S.-re bízák. Az I.N.P.S., az *Országos Társadalombiztonsági Intézet*, hatásköre a következőkre terjed ki: pénzbeni juttatás betegség és anyaság esetén, az öregség, halál, rokkantság és a munkanélküliség kockázatával szembeni biztosítás valamint a családi pótlék. Bizonyos esetekben pedig speciális alapot hoznak létre. Mivel a speciális rendszerek rendkívül összetettek, további megállapításaink kizárólag az általános rendszerre vonatkoznak. Ezúttal csak arra szeretnénk felhívni a figyelmet, hogy vannak bizonyos, speciális biztosítási rendszerbe tartozó foglalkozási kategóriák, amelyeket integráltak az I.N.P.S.-be. Ezek a következők: a repülőgépek személyzete, a tömegközlekedési alkalmazottak, az elektromos művek alkalmazottai, a magánvállalkozók és még néhány kategória. Léteznek azonban az I.N.P.S.-től független igazgatási szervek is az igazgatók, színészek, újságírók és a gyakorló ügyvédek stb. számára.

A társadalmi biztonság elve azt jelenti, hogy minden egyénnek biztosítani kell a szükségletei kielégítéséhez szükséges eszközöket, valamint azt, hogy a nemzet egészének érdekében minden állampolgár teljes mértékben élvezhesse polgári és politikai jogait. A társadalmi biztonság elve az Alkotmány 3. cikkelyén alapul: „A köztársaság feladata minden olyan gazdasági és társadalmi akadály leküzdése, amely korlátozza az állampolgárok szabadságát és egyenlőségét, és akadályozza a nép fejlődését, vagy bármely aktív személynek az ország politikai, gazdasági és társadalmi szervezésében való tényleges részvételét.”

Az Alkotmány 32. cikkelye az egészség védelmét „az egész közösség alapvető jogának és a közösségre nézve nagy jelentőségűnek” tartja, a 38. cikkely pedig a szolidaritási elv további lényeges vonásait tartalmazza: „Minden olyan munkaképtelen állampolgár, aki nem rendelkezik a megélhetéshez szükséges eszközökkel, jogosult az eltartásra és a szociális támogatásra. Azok a gazdaságilag aktív személyek, akik baleset, betegség, rokkantság, öregség vagy önhibájukon kívüli munkanélküliség következtében nem tudják eltartani magukat, jogosultak ellátásra valamint napi szükségleteik kielégítését biztosító eszközökre. A munkaképtelen vagy fogyatékos személyeknek joguk van álláshoz és szakmai képzéshez. A fenti cikkelyben rögzített feladatok végrehajtásáért a kormány által felállított testületek és intézmények felelősek. A magántámogatás ingyenes.” Az Alkotmány 38(4)-es cikkelye különösen fontos: az állam nemcsak szabályozza az alkotmány és a társadalmi biztonsági intézmények kapcsolatát, hanem integrálja is őket, mivel az egyén szociális védelme közérdek.

Az egyes esetekben az életszükségletek és a meglévő anyagi eszközök mérlegelése után a törvényhozó dönt arról, hogy egy személy jogosult-e az Alkotmány 38. cikkelyében lefektetett juttatásokra, és arról is, hogy kell-e változtatni a juttatások szintjén. A *Corte costituzionale* (alkotmánybíróság) azonban fenntartja magának azt a jogot, hogy az alkotmányosan garantált juttatások minimumszintjét meghatározza.

Az Alkotmány 36. cikkelyének, amely leszögezi, hogy a munkásoknak joguk van annyit keresni, amennyi „szabad és emberhez méltó életet biztosít maguk és családjuk számára”, az az egyik következménye, hogy a társadalombiztosítási juttatásoknak biztosítaniuk kell, hogy az igénylő mind saját, mind családtagjai szükségleteit ki tudja elégíteni.

A *Corte costituzionale* jogértelmezése alapján az olasz alkotmány szociális rendeleteit jogi normáknak kell tekinteni, amelyeknek érvényt kell szerezni. A rendeletek jogi hatálya változó: az alanyi jogok megadásától a jogilag kötelező értelmezési irányelvekig terjed. Ebből az következik, hogy az alkotmány szociális rendeleteinek ellentmondó törvényeket, rendeleteket és közigazgatási döntéseket érvényteleníteni lehet. Az alkotmány számos szociális rendeleténél a törvényhozó közvetítése szükséges ahhoz, hogy az érintett jogi alany alanyi jogokat kapjon. Vitatható, hogy az Alkotmány 38. cikkelyénél szükség van-e ilyen közvetítésre vagy sem, de a 36. cikkelyt alanyi jogokat tartalmazó közvetlenül alkalmazható normának tekintik.

Az alkotmányban rögzített társadalmi biztonsági elveket a törvényhozó ültette át a gyakorlatba, habár nem egyformán és nem konzisztensen. Mégis, ha az olasz társadalmi biztonsági rendszert az alkotmányban rögzített elvek fényében szemléljük, a rendszert egységesnek (unitary) tekinthetjük. Egyébként az alkotmány bevezetésével (1948) a társadalombiztonsági törvénykezésen belül megjelentek bizonyos tendenciák, pl. a társadalombiztosítás és a szociális támogatás közti különbség elmosása, a járulék és a juttatás közötti egyenlőségtétel gyengítése és az alkalmazási terület kiszélesítése.

A teljesség kedvéért meg kell említenünk, hogy az egyes régiók törvényeiben találunk olyan rendelkezéseket, amelyek az egyének szabad fejlődését és alapvető egyenlőségét gátló gazdasági és társadalmi akadályok elmozdítását, valamint a család, a társadalmi biztonság, az egészség, a tanulás és a munka alapvető jogát érintő helyi kezdeményezéseket támogatják. Habár ezek a rendeletek különböző formában jelennek meg, már megfogalmazásuk is mutatja, hogy programjellegűek. Ráadásul, mivel a rendeletek egyazon szinten találhatók a törvényrendeletekkel, ez utóbbiakat akár félre is tehetjük. Természetesen nem tudunk foglalkozni azokkal az intézkedésekkel sem, amelyeket a különböző vidékek, községek és megyék hoztak a szociális védelem, elsősorban a szociális és orvosi támogatás terén.

A társadalmi biztonsági törvénykezés nem terjed ki a társadalombiztosítási juttatásokat kiegészítő munkahelyi (nyugdíj)rendszerekre; ezeket a rendszereket a magánjog és a munkajog szabályozza. Kétféle formában jelenhetnek meg: vállalaton belüli félretett tőkeként vagy speciális alap-

ként. A munkahelyi (nyugdíj)rendszerekkel a továbbiakban nem foglalkozunk.

Kockázatok és juttatások

Mivel Olaszországban nem létezik egységes létminimum, és a szociális és orvosi ellátás általában az egyes régiók hatáskörébe tartozik, ebben a tanulmányban nem szerepel „szükségletek” című fejezet.

A társadalmi biztonsági juttatások újraigazításáról a következőket mondhatjuk el: a nyugdíjakat negyedévenként igazítják újra, a megélhetés költségeinek növekedésével arányosan. A minimumszint feletti nyugdíjakat csak részben igazítják újra:

- a nyugdíjminimum legfeljebb kétszeresét elérő nyugdíjak egészét újraigazítják;
- a nyugdíjminimum kétszeresét meghaladó, de háromszorosánál alacsonyabb nyugdíjaknak csak a 90%-t igazítják újra;
- a nyugdíjminimum háromszorosát meghaladó nyugdíjaknak pedig csak a 75%-t igazítják újra.

Ezen felül a nyugdíjakat évenként újraigazítják az iparban dolgozó fizikai munkások átlagos bérminimum növekedésének megfelelően.

A munkahelyi baleset és foglalkozási ártalom kockázatát felölölő biztosítási rendszer keretében járó évjáradékokat évenként automatikusan újraigazítják az ipari béremelkedéseknek megfelelően.

Öregség

Mindenki, aki legalább 15 évig járulékot fizetett, *öregségi nyugdíjra* (pensione di vecchiaia) jogosult. A nyugdíjkorhatár férfiaknál 60, nőknél pedig 55 év; a foglalkoztatottság terén a két nem egyenjogúságát biztosító törvénykezésnek megfelelően a nők a nyugdíjkorhatár elérése után 60 éves korukig tovább dolgozhatnak. Az alkalmazottak a nyugdíjkorhatár elérése után 65 éves korukig folytathatják szakmai tevékenységüket, így a járulékfizetés révén 40 éves járulékfizetési katonra tehetnek szert. A nyugdíj összegét az utolsó öt munkaév alatti évi átlagkereset 2%-ának és a járulékfizetési évek számának szorzata adja meg (a járulékfizetési évek száma nem haladhatja meg a 40-et). A nyugdíj alapjául vett évi kereset felső határa kötött, akárcsak a nyugdíj alsó határa, amelynél kevesebb nem adható.

A nehéz gazdasági helyzetben lévő vállalatok alkalmazottai rendes nyugdíjra jogosultak 5 évvel a szokásos nyugdíjkorhatár előtt; a hatóságok a nyugdíjkorhatár eléréséig hátralévő éveket beszámítják a járulékfizetés idejébe.

Az *idősn nyugdíj* (pensione di anzianita) az öregségi nyugdíj egy speciális formája. Idősn nyugdíjat kaphat életkorától függetlenül minden olyan sze-

mély, aki 35 évig dolgozott, és ez idő alatt járulékot is fizetett. További feltétel az, hogy az igénylő beszünteti a szakmai tevékenységét.

A *nehéz anyagi körülmények között élő idősök nyugdíjára* (pensione agli anziani in disagiata condizione economiche) jogosult személyekre nem vonatkoznak a szakmai tevékenységet érintő fenti feltételek. Erre a nyugdíjra minden olyan 65 év feletti, Olaszországban lakó állampolgár jogosult, akinek jövedelme nem ér el egy bizonyos minimumot. A nyugdíjat a szociális alap fizeti, a nyugdíj fix összegű, és nem haladja meg az általános szociális rendszer keretében nyújtott minimum juttatás összegét.

Halálozás

Nyugdíjas, illetőleg az öregségi vagy rokkantsági nyugdíjra jogosultság feltételeit kielégítő személyek halálakor az elhunyt családtagjai *túlélési nyugdíjra* (pensione ai superstiti) jogosultak. A túlélési nyugdíj összege az elhunyt nyugdíjának egy meghatározott százalékát teszi ki; az alsó és felső határ, akárcsak az öregségi nyugdíjnál, kötött. A túlélő házastárs a nyugdíj 60%-át, a gyermekek 20-20%-át kapják (ha az elhunytnek nem volt házastársa, a gyermekek a nyugdíj 40%-át kapják). Csak azok a gyermekek jogosultak túlélési nyugdíjra, akik még nem töltötték be 18-dik életévüket, munkaképtelenek vagy még tanulnak.

A túlélők csak akkor jogosultak túlélési nyugdíjra, ha az elhunyt legalább öt évig fizetett járulékot (az öt évből kettőnek a halált megelőző 5 évre kell esnie).

A *kiemelt túlélési nyugdíjra* jogosult személyekre semmilyen járulékfizetési kötelezettség nem vonatkozik; ez a juttatás azoknak jár, akiknek a házastársa olyan munkahelyi baleset következtében halt meg, amelyre nem terjed ki a munkahelyi balesetbiztosítási rendszer.

A túlélési nyugdíj özvegy férfiaknak és nőknek egyaránt jár. Abban az esetben, ha az elhunyt tartásdíjat fizetett volt házastársának, bíróság dönt arról, hogy a volt házastárs megkapja-e az özvegyi nyugdíj egészét.

Ha az özvegy újból megházasodik, elveszti nyugdíjjogosultságát; az újrarázasodó egyösszegű végkielégítést kap, amely az éves túlélési nyugdíj kétszeresének felel meg.

A túlélési nyugdíjak együttes összege nem haladhatja meg a 100%-ot. Ha a nyugdíjak összege várhatóan meghaladja a 100%-ot, a házastárs az özvegyi nyugdíj teljes összegét megkapja, az árvák között pedig a fennmaradó összeget osztják el.

Ha az elhunytnek nincs házastársa vagy gyermeke, nyugdíjának 15-15%-a szüleit és testvéreit illeti. A túlélési nyugdíjak együttes összege ebben az esetben sem haladhatja meg az elhunyt nyugdíjának 100%-át.

Ha az elhunyt még nem volt nyugdíjas, a túlélők egyösszegű végkielégítésre jogosultak, amelynek összege a befizetett járulékok negyvenöt-szörösének felel meg (az alsó és felső határ azonban kötött). A végkielégítést a túlélő házastárs kapja; ha az elhunytnek nincs házastársa, ak-

kor gyermekei, és ha gyermekei sincsenek, akkor a végkielégítést a szülők kapják.

Ha az elhunyt munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében vesztette életét, a túlélők túlélési nyugdíjra jogosultak. A nyugdíj összege az áldozatnak ténylegesen vagy feltételesen járó tartós munkaképtelenségi juttatás meghatározott százaléka: 50% jár a túlélő házastársnak, 20% minden egyes félárvának, és 40% minden egyes teljes árvának. Ha az elhunytnek nincs házastársa vagy sincsenek gyermekei, 20-20% jár a szülőknek, nagyszülőknek, unokáknak és testvéreknek. A túlélési nyugdíjak együttes összege ebben az esetben sem haladhatja meg az évjáradék 100%-át. Ha egy elvált személy tartásdíjat kapott volt házastársától, és ez a házastárs munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében elhunyt, bíróság dönti el, hogy a volt házastárs megkapja-e a túlélési nyugdíj teljes összegét vagy egy részét. Munkahelyi balesetből vagy foglalkozási ártalomból eredő halálozás esetén a túlélő egységes összegű végkielégítésre is jogosult.

A teljesség kedvéért meg kell említenünk a *halálozási juttatást* is, amely a betegbiztosítási rendszer keretében jár.

Munkaképtelenség

Betegségi juttatásra akkor jogosult egy alkalmazott, ha munkaképtelen. A jogosultság három napos várakozási idő letelte után lép érvénybe. A juttatás időtartama nem haladhatja meg az évi hat hónapot. A juttatás a kiesett kereset 50%-a; a betegség 21-dik napjától azonban 66%-ra emelkedik. Ha a munkaképtelen személy kórházi ápolásban részesül, a juttatás a kereset kétötödére csökken (abban az esetben, ha nincs eltartottja).

A TBC biztosítás feltételeit szűkítették. Ez a biztosítás egyébként a betegségi biztosítási rendszer része.

A biztosítással rendelkező terhes nők/kismamák (és általában az apák is) *anyasági juttatást* kapnak; a juttatást a szülés várható időpontja előtt két hónappal kezdik folyósítani, és a szülés utáni harmadik hónapig jár. A juttatás összege az kiesett kereset 80%-ának felel meg. Azok a terhes nők/ kismamák, akik fizetésüket továbbra is megkapják munkáltatójuktól, nem jogosultak juttatásra. Az eredeti juttatás lejártá után az anya (illetőleg az apa, ha az anya nem kéri, vagy az apa egyedül felelős a gyermekért) további hat hónapig igényelhet juttatást. A juttatás összege ebben az időszakban az előző keresetnek csak 30%-a.

Az olasz törvénykezés különbséget tesz a rokkantak és a munkaképtelenek között. Rokkantnak tekintik azokat a személyeket, akiknek a munkaképessége az eredeti munkaképesség 1/3-a alá csökkent; munkaképtelennek tekintik azokat, akik teljes mértékben és tartósan képtelenek bármiféle munkavégzésére.

Ha a munkaképesség betegség, illetőleg fizikai vagy szellemi fogyatékosság következtében csökken, a rokkant 18 éves korától havi juttatásra jogosult. Ezzel szemben a munkaképtelen személy *rendes munkaképte-*

lenségi nyugdíjra jogosult. Ez egyben azt is jelenti, hogy az érintett semmilyen rehabilitációs programban nem vehet részt, és jövedelmet szintentartó segítyt sem kaphat. Első alkalommal sem a *rokkantjuttatást* (assegno di invalidita), sem a *munkaképtelenségi nyugdíjat* (pensione di inabilita) nem életreszólóan utalják ki; a jogosultságot háromévenként meg kell újítani. Három egymást követő periódus után a juttatás meghosszabbítása automatikussá válik.

A munkaképtelen személy csak akkor jogosult rokkantnyugdíjra illetőleg munkaképtelenségi nyugdíjra, ha legalább öt évig fizetett járulékot (ebből legalább két évnek az utolsó öt évre kell esnie). A járulékfizetési követelmények nem vonatkoznak azokra, akik olyan munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében váltak rokkanttá vagy munkaképtelenné, amelyekre a munkahelyi balesetbiztosítási rendszer nem terjed ki (szakmai munkaképtelenség). A rokkantjuttatás összegét az utolsó öt munkaév (amelyből az első négyet indexálták) évi átlagkeresete 2%-ának és a biztosított évek számának szorzata adja meg (a biztosított évek száma nem lehet több ötvennél). Ha az igénylő évi adóköteles jövedelme nem haladja meg a 65 év feletti, nehéz anyagi körülmények között élő személyeknek járó szociális öregségi nyugdíj kétszeresét, a rokkantjuttatás összegét a szociális nyugdíj szintjére emelik. A munkaképtelenség esetén járó nyugdíj összegét hasonló módon számítják ki, itt azonban a ténylegesen biztosított évek számán túl a munkaképtelenné válás és a nyugdíjkorhatár közötti éveket is figyelembe veszik. A számítás alapjául vett évi átlagjövedelem felső határa kötött.

Azok a 100%-osan munkaképtelen személyek, akik mind a helyváltoztatásban, mind a szükséges napi teendők ellátásában segítségre szorulnak, fix összegű havi extra juttatásra jogosultak; a házastárs és a gyermekek után 5%-os kiegészítés jár.

Speciális szabályok vonatkoznak azokra, akik valamilyen munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében váltak munkaképtelenné.

A munkahelyi kockázatok esetén járó *ideiglenes segíty* a baleset utáni negyedik naptól fizetendő; a munkáltató a baleset napjára az áldozat bérének 100%-át, az azt követő három napra pedig 60%-át köteles kifizetni. Az áldozat addig kap juttatást, amíg egészsége teljesen helyre nem áll, illetőleg munkaképtelensége állandósul. Az ideiglenes juttatás a munkaképtelenség első 90 napjában a balesetet megelőző 15 nap átlagkeresetének 60%-a, 90 napon túl pedig a kereset 75%-a.

A munkaképtelenség mértékét egy, a munkahelyi balesetekre vonatkozó fix munkaképtelenségi százalékokat feltüntető táblázat alapján állapítják meg. Foglalkozási ártalom esetén a munkaképtelenség mértékét a tanácsadó orvosnak az I.N.A.I.L. számára készített becslése alapján állapítják meg. A munkaképtelenség mértékét az első négy évben évente felülvizsgálják; ezt követően a munkaképtelen személy csak háromévenként vizsgálható felül. Tíz év után további felülvizsgálat nem lehetséges. 10%-os vagy annál kisebb munkaképtelenség esetén nem jár juttatás.

Munkahelyi balesetből illetve foglalkozási ártalomból eredő, állandó

munkaképtelenség esetén a munka beszüntetését megelőző egy év átlagkeresetét veszik alapul a juttatás kiszámításához. A számítási alap alsó és felső határa kötött. Az így kapott számítási alapot ezután megszorozzák a munkaképtelenség mértékével.

Ha az áldozatnak állandó segítségre van szüksége, kiegészítést kap, akárcsak a 100%-osan munkaképtelen személyek.

Vannak speciális rendeletek, amelyek lehetővé teszik, hogy egyes esetekben a nyugdíjat fix összeggé változtassák.

Ha valaki munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom következtében 100%-osan és tartósan munkaképtelenné válik, fix összegű extra juttatásra jogosult.

Munkanélküliség

Különbséget kell tennünk a valódi munkanélküli biztosítási rendszer és a speciális munkanélküli kiegészítés között. Ez utóbbi kizárólag azoknak jár, akik nem tettek eleget a munkanélküli-biztosítási rendszer keretében meghatározott járulékfizetési kötelezettségeknek. A munkanélküli-biztosítási rendszer keretében azok a személyek jogosultak *munkanélküli juttatásra*, akik legalább két évig fizettek biztosítást, és ebből 52 hét a munkanélküliség előtti két évre esik. A munkanélküli személy csak akkor jogosult *munkanélküli kiegészítésre*, ha legalább öt hétig fizetett biztosítást. Azok a személyek tehát, akik még egyáltalán nem dolgoztak (pályakezdők), nem jogosultak sem biztosítási juttatásra, sem kiegészítésre.

Mindkét munkanélküli rendszerben érvényes az, hogy csak azok a munkanélküliek jogosultak juttatásra, akiket a munkaközvetítő irodában munkakeresőkként nyilvántartásba vettek.

A munkanélküli biztosítási rendszer keretében nyújtott juttatás kiutalását 7 napos várakozási idő letelte után kezdik meg; a munkanélküli kiegészítésnél csak egy napos várakozási időt kell letölteni. A munkanélküli biztosítási rendszer minden évben 180 napig fizet munkanélküli juttatást. A munkanélküli kiegészítés évente 90 napig jár (ez azonban meghosszabbítható 180 napra). Mind a munkanélküli juttatás, mind a kiegészítés fix összegű napi juttatás.

Azok, akik a vállalat bezárása vagy létszámleépítés következtében válnak munkanélkülivé, speciális munkanélküli juttatásra jogosultak. A juttatás összege a korábbi kereset kétharmadának felel meg. A juttatás 180 napig fizetendő. A járulékfizetés minimális időtartama ebben az esetben csak 13 hét.

Azok a személyek, akik azért válnak átmenetileg munkanélkülivé, mert a munkáltató – felelősségén kívül eső okok, avagy a piacon fellépő átmeneti problémák miatt – csökkenti a munkaidőt, bérkiegészítést igényelhetnek; a bérkiegészítést a *Cassa integrazione guadagni* fizeti ki. A kiegészítés összege a kiesett munkaórák alatt megkereshető bér 80%-a. A *Cassa* a normális kiegészítésen kívül az átmeneti munkanélküliség kockázatára kiterjedő speciális rendszereket is felállított. A rendszerek be-

vezetésére azért volt szükség, hogy megbirkózhassanak az egyes szektorokban és körzetekben kialakult gazdasági válsággal, illetőleg, hogy átszervezhessenek egyes vállalatokat. A speciális rendszer keretében igényelhető kiegészítések megegyeznek a szokásos kiegészítésekkel. Az alkalmazott csak akkor igényelhet kiegészítést a *Cassa integrativa guadagnitól*, ha munkáltatója engedélyt kért az I.N.P.S.-től alkalmazottai átmeneti elbocsátására. A kiegészítést csak három hónapig fizetik, lehetőség van azonban a juttatás meghosszabbítására. A kiegészítés havi összege nem emelkedhet egy bizonyos szint fölé.

Orvosi ellátás

Az Országos Egészségügyi Szolgálat az Alkotmány 32. cikkelyének gyakorlati megvalósítása. Az Országos Egészségügyi Szolgálat felel a lakosság testi és szellemi egészségéért és a gyógyulásért. Az Országos Egészségügyi Szolgálat biztosítja a megelőzést, a kórmeghatározást, a gyógyítást és a rehabilitációt. Felelős továbbá a lakó- és munkahelyen előforduló egészségkárosító tényezők felismeréséért és kiszűréséért. Az Országos Egészségügyi Szolgálat feladata a lakosság egészségének biztosítása.

Az Országos Egészségügyi Szolgálat minden lakost biztosít (kérésre a külföldieket is). Mindenki jogosult orvosi ellátásra a betegség kezdetétől és meghatározatlan ideig. Az Országos Egészségügyi Szolgálat kebelén belül dolgozó orvosok szerződést kötnek egy-egy régióval, közkórházzal, elismert magánkórházzal vagy más együttműködő szervvel.

A körzeti orvosok havi fix fizetést kapnak, ennek összege a betegek számától függ. Az összeget egy bizonyos skála alapján állapítják meg, amelyet az egészségügyi miniszter, a régiók és a körzeti orvosok szervezete közösen dolgoz ki. A betegek után járó fix összeg egyrészt a betegek életkorától függ, másrészt attól, hogy mióta praktizál az orvos. Egy körzeti orvosnak maximum 1500 betege lehet.

A kórházi orvosok havi fix fizetést kapnak. Ha a beteg olyan szakorvost választ, aki nem áll szerződéses viszonyban semmilyen kórházzal, egyedi megállapodást kötnek. A megállapodás a szakorvosnak konzultációs órábáron alapuló fix honoráriumot biztosít.

A közkórházakat és az elismert magánkórházakat területi alapon irányítják.

A betegek szabadon választhatnak körzeti orvost, elismert szakorvost és (elismert) kórházat. A klinikai és laboratóriumi vizsgálatoknál személyes hozzájárulást kell fizetni; ez a hivatalos ár 25%-a (a hozzájárulás alsó és felső határa kötött; összetett vizsgálat esetén a felső határ megduplázódik). Személyes hozzájárulást kell fizetni a gyógyszerértékek esetében is: a hozzájárulás az ár 25%-a, és receptenként egy bizonyos összeg, amelynek felső határa kötött (egy receptre nem kerülhet 3 gyógyszernél több).

Az alacsony jövedelmű és a sokgyermekes családoknak, a súlyos testi

és szellemi fogyatékosoknak és betegeknek illetőleg a kismamáknak nem kell személyes hozzájárulást fizetniük.

Minden terhes nő igénybe veheti szülésznő szolgáltatásait; a kórházi ápolás és a gyógyszerek ingyenesek.

A gyógyászati segédeszközök árát az Országos Egészségügyi Szolgálat csak abban az esetben téríti vissza, ha az igénylő a vásárláshoz előzetes beleegyezést kapott. A visszafizetendő összeget egy hivatalos skála alapján állapítják meg.

A munkahelyi baleset vagy foglalkozási ártalom áldozatainak, ha a juttatásra való jogosultságuk forog veszélyben, ki kell használniuk az I.N.A.I.L. által kijelölt orvos szolgáltatait, és útmutatásának megfelelően kell cselekedniük. Adott esetben tanácsos elfogadniuk, ha sebészeti beavatkozást javasol. Az I.N.A.I.L. fizeti a juttatásokat és az orvosi ellátásért fizetendő személyes hozzájárulást is.

Család

Az Alkotmány 36. cikkelyének megfelelően a családi pótlék hivatott annak biztosítására, hogy az alkalmazott jövedelme kielégítse mind a saját, mind a családja szükségleteit. Az I.N.P.S. *családi pótlékot* (asignii familiari) fizet a házastárs, a szülők, a gyermekek és más eltartott családtag után (az utóbbi kategóriába tartozók esetében csak akkor jár pótlék, ha munkaképtelenek).

Fix összegű családi pótlék jár havonta minden 18 évesnél fiatalabb gyermek után. A korhatár a szakmát tanuló gyermekek esetében 21 év, a felsőoktatásban tanuló gyermekek esetében 26 év; súlyosan fogyatékos gyermekeknél nincsen korhatár. Ha azonban a gyermek jövedelme magasabb egy bizonyos, törvényileg meghatározott szintnél, nem jogosult (teljes összegű) családi pótlékra.

A családi pótlék mellett (amely minden egyes gyermek után, elvileg egyforma összegben jár) *kiegészítő pótlék* fizetendő. A kiegészítő pótlék összege a család jövedelmétől és a gyermekek számától függ. A kiegészítő pótlék relatíve fontosabb, mint a normál pótlék.

Családi pótlék jár az után a házastárs után is, akinek a jövedelme alacsonyabb egy bizonyos, törvényileg meghatározott szintnél. Eltartott (nagy)szülők után akkor jár családi pótlék, ha a (nagy)szülő megfelel a korhatárra és a keresetre vonatkozó feltételeknek. A korhatár férfiaknál 60, nőknél 55 év; ez azonban nem vonatkozik a rokkantakra. A jövedelemszint kiszámításánál figyelembe veszik, hogy az eltartó egy vagy két (nagy)szülőt tart-e el. Általában alacsonyabb családi pótlékot kapnak azok a családok, amelyeknek az évi jövedelme egy bizonyos szintnél magasabb. Azok a családok pedig, amelyeknek a jövedelme a maximum szintet meghaladja, nem kapnak családi pótlékot.

Fordította Andor Eszter

Vajda Júlia

„Mi a púst hússal szeretjük”

Háztartásgazdálkodás a városi munkásháztartásokban*

Előjáróban röviden a háztartásgazdálkodás fogalmáról:

A háztartásgazdálkodás a háztartások mindennemű gazdasági tevékenységének együttese. Magában foglalja mindazt, amit a háztartás tagjai anyagi javaik megszerzése, megtartása, gyarapítása, megváltoztatása érdekében tesznek. A háztartásgazdálkodás eszerint olyan komplex gazdasági tevékenység, amelynek alapvető összetevői a család anyagi javaival (tárgyaival és pénzeszközeivel) és a család munkaerejével való gazdálkodás, az ezek megszerzése, gyarapítása, illetve elfogyasztására irányuló tevékenységek együttese.

A háztartásgazdálkodást jellemző szokások alapvető kiindulópontja a család (illetve háztartás) biztonsági stratégiája. E biztonsági stratégia hivatott arra, hogy a család szokásait, normáit, cselekedeteit, a világban való mozgását olyan módon irányítsa, hogy ezáltal a család biztonságérzetét az elérhető legmagasabb szinten biztosítsa, egzisztenciális szorongásukat a legkisebbé tegye. A biztonságérzettel kapcsolatos elvárások különbözősége mentén elkülönülő háztartástípusok esetenként élesen elváló (szub)kulturákként írhatók le: ezek olyan csoportok, amelyeket alapvetően elhatárol egyenástól annak módja, ahogyan az élet egyes szféráiban, s így a háztartásgazdálkodásban is, megteremtik biztonságérzetüket, megélik a biztonságot. Emiatt másként és másként „kénytelenek” az egyes életszférákban viselkedni, ugyanazokra a problémákra más és más biztonsági stratégiát „kell” hogy kidolgozzanak.

E „kényszerűség” – mint ahogy a biztonságérzet is – „lelki” kategória, hatása intrapszichés folyamatok eredménye. A biztonság iránti igény eltérései azonban nem magyarázhatók pusztán individuális különbségekkel, hiszen ez a szocializáción keresztül szoros kapcsolatban áll a környezet kulturálisan is meghatározott viselkedési mintáival, értékeivel, normáival. A társadalmi és individuális pszichológiai tényezők tehát kölcsönösen

* A tanulmány a szerző bölcsészdoktori disszertációjának egyik – kissé rövidített – fejezete: „Addig nyújtózkodj, ameddig a takaród ér!” – variációk egy erkölcsi parancsra (Háztartásgazdálkodási típusok a salgótarjáni munkásháztartásokban) Kézirat, 1992.

hatnak egymásra, s együttesen határozzák meg a családok biztonsági, illetve háztartásgazdálkodási stratégiáit is.

Az alábbi írásomban e „társadalom-pszichológiai” szemléletből kiindulva mutatok be – 1982-es kutatási anyagokra támaszkodva – egy biztonsági stratégiát és az ahhoz kapcsolódó háztartásgazdálkodási típust. (A kutatás színhelye Salgótarján volt.)

* * *

A „városi munkás háztartások” csoportjába azok a salgótarjáni munkáscsaládok tartoznak, amelyeknek nemcsak hogy elsődleges jövedelemforrása a gyári munka, de kiegészítő jövedelmeik jelentős hányadát is valamilyen ipari jellegű munkatevékenység – nagyon gyakran szintén a fő munkahely – biztosítja. Ez nem jelenti azt, hogy közöttük ne fordulna elő olyan család, amely valamilyen módon kapcsolatban ne állna – általában valamely rokon család, de esetenként saját telek révén is – egy háztáji vagy kisegítő gazdasággal. E kapcsolat azonban nem jelent akkora részvételt a gazdaságban, hogy az – bármely más „hobby”-nál jobban – meghatározná a család életét.

Előfordul, hogy azok a családok, amiket a városi munkás háztartások közé sorolok, kapcsolatban állnak paraszt-munkás háztartások gazdaságaival: gyakori az olyan városi munkás háztartás, ahol például a házasfelek valamelyikének a szülei is ilyen családot alkotnak, vagy akár olyan parasztcsaládot, amelyben egyáltalán nincs jelen az ipari munkavégzés. S ez nem is csoda a falusi munkások, illetve a parasztcsaládból származó munkások magyarországi nagy arányát tekintve. Ezzel azonban el is érkeztünk e típus egyik alapvető megkülönböztető jegyéhez.

Itt ugyanis, még ha vannak is paraszti tradíciók a háttérben, szerepük nem jelentős, más tényezők ugyanis ellensúlyozzák, elnyomják ezeket. Az ilyen családok attól „valódi” városi munkáscsaládok, hogy itt minden családtag munkás (s általában gyárban dolgozik), mindenki maga is „bérből és fizetésből él”, s mindenki ezzel a munkával is határozza meg magát. Ehhez járul még az, hogy a család legalább valamelyik ágon már hasonló típusú munkáscsaládokból is származik, s ha van is esetleg – mentalitásában, értékeiben, s nem feltétlenül munkahelyét tekintve – paraszti rokonság, a velük való kapcsolat nem meghatározó, nem igazán szoros.

„A nagybátyám hetvenvalahány éves, és amit ő megtermel, az az ő magáé. Nyulakkal foglalkozik rendszeresen... Hébe-hóba szoktak egy-egy nyulat hozni, aztán kész...”

Így azután nem véletlen, hogy ezekben a családokban sokkal általánosabb, hogy minden felnőtt aktív kereső is egyben. Ezekben a családokban a lánygyerekekkel szemben is alapvető követelmény a szakmaszerzés – azaz a gyári munkaszervezetbe lehetőleg szakmunkásként, tehát minél előnyösebben való beilleszkedés előkészítése, vagyis a család munkás-tradíciójának a továbbadása.

„... Hát én nem tudom, azt hiszem, hogy a mai világban szükség van arra, hogy az ember tanuljon. Én '86-ban végeztem, gyorstalpalón, másfél évig végeztem a szakmunkásképzőt, benn a gyáron belül, nem úgy, mint Andrea, három évig. Szükség van arra, hogy az ember tanuljon, hogy az érettségit letegye valaki, én úgy gondolom, hogy az az általános műveltséghez tartozik, hogy ma már nem a nyolc általános, hanem a minimális az, hogy az érettségit elvégezze valaki ...”

„... Hát gondolom, aki ma fiatalabb, az képezné magát tovább a mai nap, akármilyen nehezen megy, rászorít három évet, az érettségit, mert nem kérdezi senki, ha elmegy a munkahelyére, hogy hányással végezte az érettségit. Meglegyen az érettségi bizonyítvány, kész. Kettessel, hármassal, mindegy. De meglegyen neki.”

„Az érettségi az alapvető, általános műveltség, hogy megtartja az ember, vagyis hogy megcsinálja, mert a mi időnkben elég volt a nyolc általános. Ma már nem elég. Én úgy gondolom.”

Az a jelenség, hogy a háztartásgazdaság működési módja a „demográfiai viselkedésre” hatással van, itt is tettenérhető. Minthogy az e típusba tartozó háztartások nem tartanak fenn olyan gazdaságot, amely munkaerőszükséglete révén megkövetelné a nagyobb családok együttmaradását, itt sokkal általánosabb a kisebb, csak egy-egy nukleáris családból álló háztartás. Mindez szorosan összefügg azzal is, hogy e családok általában városiak, nem pusztán földrajzi értelemben, hanem abban az értelemben is, hogy többemeletes, kifejezetten városias jellegű bérházakban, bérházakokban élnek. A városi lakásokban élés két dolgot is jelent: egyrészt a városi környezetet, amely egy tradicionális városi munkáskultúra színtere, s egyben valamilyen munkás-közösséghez való tartozás lehetőségét. Másrészt azonban a városi lakások nem bővíthetők, s ez szintén a nagyobb családok együttmaradása ellen hat.

Az azonban, hogy e kultúrában a nukleáris családonként való együttlakás az általános, természetesen nem pusztán a lakások nagyságának következménye. Ez a fajta háztartásszerkezet részben a harmincas évek gyári-munkás tradícióiban is gyökerezik. Az akkori salgótarjáni gyárvilág paternalista gondoskodásához ugyanis hozzátartozott az is, hogy a gyár a számára fontos munkaerő, a szakmájához jól értő és minden tekintetben megbízható munkása életéről, létének biztonságáról, mindennapjainak zavartalan menetéről e béren túl is gondoskodik. E gondoskodás egyik alapvető eleme a munkás megfelelő minőségű lakással való ellátása, s így általában a kor színvonalát tekintve nagyon jónak számító szolgálati lakások juttatása is. (Nem közsímet, hogy a szolgálati lakásokhoz – igazodva a parasztság köréből frissen rekrutálódott munkásság igényeihez – az esetek döntő többségében tartozott valamilyen kis kert, akár helyben, akár távolabb, ahol a család valamilyen kiegészítő termelést folytathatott. E termelésre is állnak azonban a városi munkáscsaládok mai termeléséről elmondottak: a termelés mértéke és jellege alapvetően más volt, mint a már akkor is létező parasztmunkásoké – falusi ipari napszámosoké. E kiegészítő gazdaságok ugyanis valóban csak a kiegészítést szolgálták, s a család megélhetésének fő forrása a gyár volt, sőt még a kiegészítő me-

zőgazdasági termelést is a gyár tette lehetővé azáltal, hogy ennek megfelelő lakást illetve telket adott.)

Mindez a „gondoskodás” egy olyan szűk gyári „közösséget” jelentő kolónia keretében történik, ahol mindenki ismer mindenkit. A gyárnak részben ezen keresztül, részben pedig a telepnek a gyárhoz való fizikai közelsége következtében lehetősége van a gyáron kívüli élet kontrolljára is, s ezzel a kettősséggel – valóban paternalista módon – él is. Így tehát a kolónián lakás egyfelől egyfajta polgári biztonsággal és jóléttel párosul, de ennek ára van: a paternalista alávetettség. Ez az alávetettség a magánéletben is a gyár szempontjaihoz való feltétlen igazodást jelenti. A paraszti létforma és munka kötöttségeivel szemben a gyári fix munkaidő, a szabad vasárnap és az évi négy nap fizetett szabadság kisebb kötöttséget jelent, mint amilyet a paraszti gazdálkodás diktál, de ez együtt jár a gyárhoz való alkalmazkodás kényszerével.

Mindez mára természetesen nem maradt fenn ugyanebben a formában. A kolóniák zárt közösségei – részben a gyári lakások tanácsi kézbe kerülése következtében, részben a munkaerőmozgás felgyorsulása következtében – felbomlottak. Emiatt és további tényezők folytán – megszűntek ill. csökkentek a gyári szociálpolitika egyéb lehetőségei is (iskoláztatás, család támogatása, stb.), szaporodnak a munkalehetőségek, a szakképzési rendszer átalakulásával megnőtt a munkások mozgástere – lehetőség nyílt volna arra, hogy csökkenjen a gyár kontrollja munkásai felett.

A paternalista kötöttségek, legalábbis a nyolcvanas évek közepéig korántsem szűntek meg, legfeljebb más formákat öltöttek. De már nem a gyári szociálpolitikai juttatás volt a tét, hiszen ilyen juttatásokból egyre kevesebb volt – bár az sem mindegy, hogy a vállalat adott-e kölcsönt, vagy bármilyen segítséget a lakásépítéshez, vagy hogy élt-e bérlőkijelölési jogával. Az igazi tét azonban a jobban fizető munkákhoz való hozzájutás volt, a vgmk-ban való részvétel, a maszek munkavállalás elősegítése illetve meg nem akadályozása a munkaidő, a műszak, a szabadság, s adott esetben akár a táppénz ehhez való igazításával is. S mindez a gyárat megtestesítő művezető jóindulatának függvénye volt.

„A másik műszakban kiabált is (a csoportvezető), a munkát nem úgy osztotta be, ahogy kellett volna. Hát voltunk úgy, amibe bele is kezdtem az előbb, hogy tényleg leállt negyed egykor a gépünk, nem bírtunk dolgozni, mondtam neki, hogy adjon munkát, mert nem hiába jöttünk be, főleg éjjelesek voltunk, nekünk is jobb lett volna itthon aludni inkább, hát ő nem tud munkát adni, mert a félautomatán egy személy dolgozott, a másik gépen is egy személy dolgozott, oszt mondtam neki, hogy hát akkor csinálja úgy, hogy hát tegye át az egy személyt a félautomatára, hogy azok legyenek ketten, mink meg megüünk a helyére... Mert ott mondjuk kézzel kell beleszórni a szöveget, úgyhogy az rosszabb, az nem félautomata, de vállaltuk volna még azt is, csak hogy munkánk legyen. És nem. Majd ő négy óraker jön nekem szólni, hogy menjek oda a gépre a Bíróné mellé. Én meg azt mondtam neki, nem megyek negyedik személynek oda, azon két személy is nehezen tudja a normát megcsinálni, nem még négy személy. Úgyhogy a másik csoportvezető sokkal megértőbb, ő tényleg egy gépet mindig üresen hagy, úgy osztja az embereket, hogy egy gép mindig szabad legyen, hogy ha valami baj van, az embereket

tudja hová tenni. Ő meg szanaszét ossza az embereket, hogy ha egy gép elromlik, még csak véletlenül sem tudja hová tenni azt a három személyt, aki ott dolgozik. Oszt persze, ez nekem sokáig nem tetszett, oszt mondjuk, megint nem magamtul jöttem el abból a műszakból, mert ő szólt az én főnökömnek, hogy hát ő velem nem tud megegyezni, mert én visszabeszélek neki. Nem úgy csinálom, ahogy ő... Aztán két hétre rá már úgy rimázkodott, hogy menjek vissza, meg a főnökömnek is szólt, hogy tegyen vissza engem, mert amióta szétszedték azt a műszakot, azóta a termelés nem úgy megy ...”

„A szalagtól nem kelhetünk föl öt percre...Sűrgetnek minket örökké. Valaki ki akar menni a WC-re, mindjárt küldenek neki három csomagot, úgy-hogy mindjárt bent kell neki maradni, vagy azt mondják, hogy sürgős, írják a kísérő lapra..”

„Most, hogy iskolába járok, mert beiratkoztam a szakközépbe, és szeretném az érettségit letenni, hát a ruhagyár nem szólt egy szót sem érte, hogy jelentkeztem... Úgy mentünk el az évnnyitóra, úgy, hogy nem engedtek el. Két órákor volt az évnnyitó, és háromnegyed háromkor engedtek el. Mert addig tart a munkaidő... Két óra húszkor kezdődik az iskola, kedden és pénteken, és jöttek velünk kedden aláíratatni a papírt, tizenkettő előtt, hogy pénteken háromnegyed háromig kell dolgozni, tehát túlóra. Hogy nem mehetünk el az iskolába...Ilyeneket csinálnak, ilyen húzásaik vannak...”

„És hét közben is van túlóra, és akkor még szombaton is be kell menni túlórába. Oda is menni kell. A kereset meg minimális. És nem mondhatom, hogy nem megyek, mert korábban volt rá eset, hogy fegyelmit kapott az, aki nem írta alá a túlórapiapírt... És a szabadságot sem lehet évközben kivenni. Olyan export van, vagy mit tudom én, és vannak ilyen leállások, most július huszadika előtt volt, az egész szalag leáll két hétig, és csak akkor lehet a szabadságot kivenni... Ha év közben jön valakinek valami, nem engedik el. Például készülünk októberben Csehbe, IBUSZ által, hát lehet, hogy nem engednek el, csak ha azt mondom, hogy haláleset van, de hát egy haláleset nem tart három-négy napig... Meg hát hogy rászorítják az embert, hogy hazudjon...”

Gyerekeik számára a sok rossz gyári tapasztalatból kiindulva igyekeznek olyan szakmát választani, amely kevesebb kötöttséggel, kellemetlenséggel jár. Ez azonban általában nem sikerül, hiszen a gyári szakmákat általában is e kiszolgáltatottság jellemzi, ezek nem egyedi jelenségek.

„Hát azt nem akartuk, hogy a gyerek is az Acélgyárba jöjjön. Nekem, azt hiszem, a hagyományból elég volt... A húgom például két gépen dolgozik, marós, gyalus. És hogy mondjam, három műszakba jár, egy elrettentő példa egy fiatalnak. Bemegy a fiatal megnézni, ez hol ide kap egy géphez, hol odakap egy géphez, plusz a három műszak, szóval elrettentő példa. Szóval, eszem ágában sem volt, hogy oda, három műszak, két gépen gürizni, hétezer forintért, és akkor azzal nincs más választás, legfeljebb még Miskolc, Ózd...”

„Egyedüli egy gyár, ami ezzel a szakmával foglalkozik, ezzel a ruhaipari szakmával, a Ruhaipari Gyár nálunk. Na, ez alkalmazza ezeket a tanulókat, ott tanulnak, egy hét gyakorlat, egy hét iskola, és szerződéseket írnak alá, hogy ott legyenek, vagy megmaradjanak az iskola után a gyárba. Hát elég az hozzá, hogy fölszabadult a gyerek, nem kötött szerződést második évben, amikor a szerződést kötötték, mert látta a kislány azt, hogy nem olyan a gyár, hogy ő oda szerződést kössön. Más lehetőség nálunk Tarjánban nem nagyon van, vagyis egyáltalán nincsen, mert Síküveggyár, Öblösüveggyár, kinn az Ötvözetgyár Zagyván, meg nálunk a Kohászati üzemek, hát ez mind olyan,

hogy nem a ruhaiparral kapcsolatos. Hát az az egy volt ruhaipar, vagyis a ruhagyár, na erre fel elment a kislány, letette a harmadévet, sikerült a szakmunkásvizsga neki, és elment oda dolgozni. Még a kórháznál volt ilyen munka, de hát az olyan sablonos munka, ilyen össze-vissza foltozzák, meg varrják, szóval nem olyan főlzabadult szakmára való meló.”

E városi munkáscsaládokat természetesen a pénzkereseti lehetőségek biztosításából leginkább a munkahelyi lehetőségek érintik, hiszen szakmájuk révén általában a gyárhoz vannak kötve, ott igyekeznek a napi nyolc órás munka és egyéb munkalehetőségek segítségével az elérhető maximumot megkeresni.

„Mink sem élünk meg a fizetésből, különmunkát vállalunk... Mert kilencezerhatszáz forint egy háromtagú családnak a mai életben... mert a géemkát, azt nem számítom... amit vett az ember, három éve géemkázunk, azt mind abból vettük...”

„Mi dolgoztunk, és így lett arra pénz, amit akartunk venni. Hát többet dolgoztunk, túlóráztunk... Hát dolgoztunk egy héten még nyolc órát, és azt a pénzt már nem költöttük el... Meg elmentem segédmunkára, ismerősökkel, mi, fiatalemberek csak így ismerősöknön keresztül...”

A városi munkás típushoz tartozó családok nem pusztán abban különböznek a szintén a gyárban dolgozó paraszt-munkás társaiktól, hogy gyári munkásként is definiálják magukat, de abban is, hogy fogyasztásukat alapvetően a pénzkeresési és pénzköltési stratégia határozza meg, azaz az ő életükben – szöges ellentétben a paraszt-munkás típussal – a pénznek alapvető szerepe van. Számukra a javak elérésének útja egyértelműen a pénzen keresztül vezet, úgy használják a pénzt, ahogy azt piaci társadalmakban szokás: fizetési eszközként, a csere eszközeként, értékmérőként és értékőrzőként. (Ennek ellenére ezekben a családokban is előfordulhat, hogy valamit megtermelnek saját maguk számára, vagy hogy valamilyen fogyasztási cikket, szolgáltatást munkacsere révén szereznek meg.) S ez a fajta viszony a fogyasztáshoz nem pusztán azt jelenti, hogy az elvégzett munka és az érte megszerezhető javak közé beékelődik közvetítőként a pénz. Ezáltal az általuk is vallott „Addig nyújtózkodj, ameddig a takaród ér!” erkölcsi parancs – egészen új értelmet, értelmezést nyer.* A cél most egyértelműen és elsődlegesen bizonyos szükségletek kielégítése, fogyasztási javak megszerzése, de csak a családi költségvetés egyensúlyának felborítása nélkül – ezt jelenti most az „addig nyújtózko-

* Ugyanezt a parancsot a salgótarjáni munkásháztartások körében talált másik alapvető típus háztartásaiban, a paraszt-munkás háztartásokban egészen másképp értelmezik. Számukra e parancs szoros összefüggésben áll a gyári munka mellett fenntartott parasztgazdaság működésével. A háztartást és e parasztgazdaságot úgy kell együttesen megszervezni, hogy abból, bár természetesen a termelésen keresztül, a háztartás is hasznot húzzon. Központi szereplője a parasztgazdaság, amelynek gazdálkodási rendjét a kisparaszti tradíció erkölcei szabályozzák. Ebből egyértelműen következik a háztartásgazdaság mindennemű igényének a csak és kizárólag a családtagok kétkezi munkájára való alapozása és a pénzgazdálkodás minimalizálására való törekvés. S ebbe az erkölcsi rendbe a kölcsönök felvétele, az ezáltal előrehozott fogyasztás már csak azért sem fér bele, mert számára nem a fogyasztás, hanem a gazdaságnak a normák szerinti jó működése az érték.

dás". Ebből következően viszont a végzendő munka mennyiségét csak részben határozzák meg az erre vonatkozó normák, s ezeknél erősebb a különböző szükségletek kielégítésére irányuló igény – így ennek fényében határozódik meg a végzett pluszmunkák mennyisége is.

Természetesen ez nem azt jelenti, hogy a városi munkáscsalád típusba sorolt családok számára ne lenne alapvető érték a munka, sőt, de ez a napi nyolc órai munkát jelenti, és nem feltétlenül jelenti az összes ébren töltött idő „hasznos” eltöltését. Így ezeknél a családoknál előfordul, hogy „tudnak” pihenni, nem abban az értelemben, hogy objektíve megengedhetik maguknak, hiszen e kérdésben a lehetőség léte vagy nem léte egyáltalán nem képezheti „objektív” megítélés tárgyát egy bizonyos szegénységi szint fölött – s e családok afölött vannak –, hanem abban az értelemben, hogy előfordul: meg *merik* maguknak engedni, hogy pihenjenek. S e pihenésnek a korábbiakban vázolt munkáskultúrában tradíciói is vannak, hiszen az olvasókörok, a vasárnap délelőtti kocsmai politizálások, kórusok stb. éppen a munkásvilág aktív pihenési formái voltak. E tradíciók helyett ma inkább az utazás, nyaralás, horgászás, otthoni olvasás, mozizás stb. jelentek meg aktív pihenési formaként, ez azonban nem változtat azon, hogy az e típusba tartozók – a paraszt-munkásokkal ellentétben – ezt meg *merik* maguknak engedni.

„Szeretünk jönni-menni, eltölteni két hetet Lengyelben. Általában el szoktunk menni tíz napra, két hétre, családotul ... Az más, ha vásárolni megyünk Csehbe, akkor más, oda csak ketten (a nők) megyünk. De amióta idejöttünk, minden évben megyünk, azt hiszem....De megyünk vásárolni is...”

„Szombat-vasárnap el szoktunk menni kirándulni valahova. Például a múlt héten voltunk Bükkszéken.”

E típus esetében gyakori az is, hogy a kis mértékű földművelés, a hobbykert művelése, de a szülőknek való besegítés is az aktív pihenés, a szórakozás, kapcsolódás egyik formájaként jelenik meg – bár természetesen nem mellékes az ebből származó anyagi haszon sem.

„Volt Somlyó-bányatelepen egy telkünk... Nem tudom, jártak-e arra, ez nagyon szép most, üdülőtelepnek van nyilvánítva. No, ott kiadtak parcellába nem tudom, hány négyzetméter földet, kiadták ilyen zártkertnek. És nem kellett adót fizetni utána... Azt, hogy feltörtük, mert abba volt kezdve szederbokortól szakramentumig szüzmária, minden... Na, azt feltörtük, szépen megcsináltuk, műveltük a földet, és amikor már készen voltunk, de mikor már beültettük fákkal, már amikor termett volna a fa, akkor a tanács bedobta, hogy elveszik a telket, amennyiben nem fizetjük ki, négyzetméterenként nem is kis összegért. Úgyhogy azért a négyzetméterért, ami nekünk volt, azért kellett volna huszonháromezer forintot kell fizetni...Amikor öt forint volt tavasszal egy csomag zöldség, zöld levél, én kimentem a telekre, és leszedtem... Meg patisszont, meg hagymát, talán két évig se használtuk, míg elvették, volt szőlős, málnás... ellátni nem tudtam magunkat belőle teljesen, pláne nem eladni, de egy darabig volt belőle, hagyma, zöldség, répa, körte, alma lett volna később... Eredetileg ingyen adták, hobbykertnek, csak azután gondoltak egyet a tanácsnál, és elvették...”

E mai munkáscsaládokat – a harmincas évek munkáscsaládjainál sokkal inkább – jellemzi az állandó hajsza, az éjt nappallá tevő munkavégzés. E munka mellett már nem fér bele az életbe a pihenés. S a különbségnek csak részben oka az, hogy a harmincas évek gyári munkásainak olymértékben volt tilos „fusizniuk”, hogy ezt valóban nem is merték megtenni, míg ma általános a második gazdaságban való részvétel. A másik – ennél talán lényegesebb – ok az, hogy a mai salgótarjáni gyári munkás – szemben a harmincas évekbelivel – nem tud fizetéséből, illetve a gyártól kapott egyéb juttatásokból olyan szinten megélni, ahogy ezt a maga számára megfelelőnek, normának érzi. S a normák és a bérek nyújtotta lehetőségek ilyen mértékű eltávolodásának oka a hatvanas-hetvenes évek „fogyasztói szocializmusában” keresendő, amely a fogyasztói javaknak az addiginál sokkal szélesebb skáláját tette reálisan elérhetővé, s így vágyottá. Ezzel párhuzamosan lehetőséget adott a nyolc órán túli ipari illetve szolgáltató jellegű munkavégzésre, a nyolcórás munkánál sokkal jövedelmezőbb módon. A fogyasztói javak megszerzése csakis ezáltal válhatott reális lehetőséggé. E változások pedig abban az irányban hatottak, hogy e relatíve jól élő városi munkás réteg nemhogy javainak bővítésére, de életszíntvonalának megtartására sem maradt képes egyre jelentősebb mértékű többletmunka vállalása nélkül, sőt egy idő után azzal együtt sem. Így, a kialakult új értékrend fényében már számukra sem feltétlenül megengedhető a pihenés, annak ellenére, hogy szükségleteik közé az aktív pihenési formák is beletartoznak, ezért az ezekhez szükséges anyagi fedezetet is igyekeznek előteremteni. Mindez ellentmondásos helyzetet teremt: nem érték állandóan dolgozni, sőt, érték a pihenés, de a saját maguk számára normának tekintett életszíntvonal, amelynek része pl. a nyaralás is, csak az éjjel-nappali munka árán teremthető meg.

A fentiekben vázolt fogyasztáshoz, pénzhez illetve munkavégzéshez való viszonyhoz szorosan kapcsolódik az a mód is, ahogyan az e típusba tartozók a családi költségvetés egyensúlyban tartását értelmezik. Ebbe az egyensúlyba például – szemben a paraszt-munkás típussal – belefér a kölcsönök igénybevétele, a kritérium csak az, hogy a kölcsön mértéke nem haladhatja meg a biztosan törleszthető összeget. Sőt, nagyon gyakran élnék is a kölcsön-felvétel lehetőségével, s nem elsősorban annak esetleges – az infláció és a kamatlábak eltéréséből fakadó, bár szintűgy figyelembe vett – haszna miatt, hanem azért is, mert számukra könnyebben járható út a kölcsön, mint az előre spórolás. Ha ugyanis egyszer már fölvelték a kölcsönt, annak visszafizetése az egész család számára „morális” parancs, így minden hónapban előteremtik a szükséges összeget. Egy esetleges „előre-spórolás” esetében viszont minden hónapban meg kellene állni egy kéznél lévő pénzösszeg elköltését.

Mit jelent mindez, túl a kölcsönfelvételi hajlandóságon? Azt, hogy ezekben a családokban a költségvetés egyensúlyban tartása úgy megy végbe, hogy ha a nyújtózkodási vágy nagyobb, mint a takaró hossza, akkor összehúzózkodás helyett a takaró megnyújtását választják. Ez adott esetben általában a vállalt munkamennyiség növelését jelenti.

„Hogy jövünk ki a pénzből? Nehezen...Ki jövünk... Feladjuk a részletet, feladjuk az ifjúságit, a nagy életbiztosítást, oszt élünk..., úgyhogy van itt mit aprítani a tejbe, a kettőnk összjövedelme kilencezer hatszáz forint, de esküszöm, ha feladom a részleteket, a rezsit, meg az ő pénzét, hát körülnézhetek. Vagy meghúszom a gatyaszíjat, vagy lemondok mindenről, oszt abszolút sehová nem járok, oszt élek itt bezárkózva, mert ebből a pénzből nem tudok megélni, ez tény és való.”

„Vett föl a férjem káestét, meg kértünk kölcsön a húgomtól, már annyira nem volt pénzünk, hogy kértünk kölcsön. Nem volt olyan sok adósságom, kétezer, háromezer, mikor újra elkezdtem dolgozni, akkor kezdtem törleszteni, akkor visszaadtam.” „Mert hát az alapom az négyezerhat... Az sem sok, amit a gémkában megkeresek, és bent vagyok reggeltől este hatig, meg szombat, vasárnap. És keresek ötezer forintot pluszba, ez sem sok...Együtt majdnem tíz, de azért éjjel-nappal dolgozni kell..., és ahogy hallgatja az ember a rádiót, jövőre még többet fog kelleni dolgoznunk... még majd túlórázunk éjszaka is...”

”Én mióta ... én huszonkét év óta asszony vagyok, én mióta az eszemet tudom, mindent OTP-re vettem. Mink is hárman voltunk testvérek, nem nagyon eleresztve otthonról, ő is úgyszintén, úgy kezdtük az életet, hogy mindent, amit vettünk, OTP-re vettünk. Amint az egyik letelt, jött a másik. Ha valamit venni akartunk, jött a személyi kölcsön. Na és huszonkét év óta ez megy. Most jelen pillanatban tavaly vettem egy mosógépet OTP-re, az már letelt, meg vettük a színes tévét. Ez majd le fog telni novemberbe.”

Nem arról van szó, hogy az e típusba tartozó családok soha ne élnének a szegény-kultúra költségmegtakarító „praktikáival”, de ezt nem szívesen teszik. Ennek egyik legmarkánsabb megnyilvánulási formáját étkezési szokásaikban találhatjuk. Ezek a családok azok, amelyek annak ellenére, hogy drága, a húst szeretik, s ahol nem azért nem esznek üzemi ebédet, mert az otthonról hozott étel olcsóbb, hanem azért, mert otthon ennél sokkal jobb minőségű főtt ételt készítenek, még ha az drágább is.

„Mit szeretünk? Hát a húst, húst hússal, meg a főzeléket is szeretjük, mi legalábbis a Zsuzsival, ő (a férj) kevésbé, nem nagyon eszi meg...”

„... mi húsosak vagyunk... mi a húst hússal szeretjük... a férjemnek is mindig azt csomagolok, mi azt szeretjük, egy jó szelet rántotthúst, vagy sültet... hát eddig télire be szoktam szerezni, téli időszakra, mert ez a szokásom, a savanyútól a káposztáig, paradicsomig szörpig mindent... épp tegnap főztem délután szörpöt még a főzés mellett, hát úgy lesz majd, hogy eddig két zsák krumplit rendeltem, és még két zsák hagymát, most meg három zsák krumplit rendeltem és három zsák hagymát. Hát, eszünk majd paprikáskrumplit, meg sült krumplit, meg ami jön, ha fölmeleg a hús ára...”

A fentiekből látható, hogy e típus „biztonsági stratégiája” egészen más jellegű, mint a paraszt-munkásoké. Nem a „mi a jég hátán is megélünk a magunk módján” attitűd jellemzi őket. Ez az attitűd a külvilág változásaitól maximális mértékben függetlenített, ill. a két lábon – ipar és mezőgazdaság – álló életet jelenti. Egy mondatban talán a következőképpen tudnám biztonsági stratégiájuk lényegét összefoglalni: „mi képesek vagyunk megtalálni azokat a jövedelemforrásokat, pénzgazdálkodási formákat, amelyek számunkra – állandóan bővülő – szükségleteink kielégítését

biztosítják.” Ez tehát egy olyan típusú racionális gazdálkodás, amelyben a racionalizáció alapszempontja a „befektetett munka – szerzett jövedelem” arány maximalizálása – azaz piaci racionalitás. S valószínűleg éppen ezért jellemző a típus tagjaira, hogy munkájukat – amennyiben szakmájuk erre lehetőséget ad – a második gazdaságban is általában pénzért hasznosítják és nem viszont-munkáért.

„Az más, ha vásárolni megyünk Lengyelbe, akkor más, oda csak ketten (a nők) megyünk, neki (a férjnek) más munkája van azalatt... Mi megyünk Lengyelbe, ő meg megy Zsulypusztára festeni. Onnan jött ő, odavalósi az édesapja neki, és hát oda hívják festeni, meg hát minden mást is megcsinál építkezésnél... Kell az a kis pénz még, a fizetésből, abból nem lehet megélni, és a gyereket is iskoláztatni, nem lehet...”

A városi munkás háztartások tehát valódi piaci típust képviselnek – háztartásgazdálkodásuk működésének logikája jelentős részben piaci racionalitáson alapul. Élet- illetve biztonsági stratégiájuk úgy működik, hogy saját magukat a munkaerőpiac egy meghatározott szegmensében – az ipari, gyári világban – próbálják meg a lehető legjobban értékesíteni. Érték- és normaviláguk ehhez a gyáripari munkához köti őket. A piaci jellegű racionális kalkuláció ellenére ez a kötöttség élesen elkülöníti őket a vállalkozók – általam jellemezni nem kívánt – típusától. Annak ellenére ugyanis, hogy esetenként szakmájuk lehetővé tenné számukra a kisiparossá válást, az önállósulást, ez számukra – nem pusztán az induló tőke megszerzésének esetleges nehézsége miatt – nem alternatíva. Pénzben kalkulált biztonságuk egyik alapvető eleme ugyanis a gyártól rendszeres időközönként kapott, előre kalkulálható nagyságú fix jövedelem, amely – ha minden kötél szakad, s pluszjövedelem szerzésére nincs mód – biztosítani tudja a megélhetés minimális szintjét. S ez adja biztonságuk másik alapvető elemét.

Ez a háztartásgazdálkodási forma jelentősen különbözik a paraszt-munkás háztartásokétól abban, hogy logikája sok vonatkozásban piaci. S e piaci logikából további eltérés is adódik: a biztonsági stratégia sokkal több ponton enged teret a családtagok egyéni döntéseinek, szemben a lényegében csak családi döntéseket lehetővé tevő paraszt-munkás háztartásokkal. Minthogy a munkás háztartások úgy működnek, hogy alapvető funkciójuk a kívül megtermelt jövedelem közösen történő elfogyasztása, a jövedelem megszerzésében a családtagok egyéni igényeinek sokkal nagyobb teret enged. A szakma, illetve munkahely megválasztása csak sokkal lazábban, sokkal távolabbról kötődik az egész család biztonsági stratégiájához, mint a paraszt-munkás típus esetében. Minthogy nincsen egy olyan családi gazdaság, amely megkövetelné az otthoni munkára fordítandó szabadidő (értsd: nem a munkahelyen töltött idő) összehangolását, a háztartásgazdaság alapvetően nem avatkozik be sem a munkahelyi, sem az egyéb jövedelem megszerzésének módjába, a jövedelemszerzés formáját nem határozza meg. Az ennek körvonalait meghatározó tényező pusztán a gyári munkás tradíció, amely a jövedelemszerzés alapvető formájaként a gyári, ipari munkát jelöli ki.

A városi munkások a következő generáció számára is ugyanezt a – részben a gyár által nyújtott – biztonságot akarják megadni a megfelelő képzettség, szakma megszerzésével. Ez különbözteti meg őket a modernizálódó paraszt-munkás családok háztartásgazdálkodási jellemzőitől. E típus gyerekei számára ugyanis már alternatíva a vállalkozói lét. Feltételezhető, hogy a városi munkáscsaládok stratégiája a rendszerváltás után a modernizálódó paraszt-munkás családok stratégiájához képest sokkal kevésbé válik majd be. Korábban a gyárban relatíve jól alkalmazkodó szakmunkást a gyár akár még a gyáron kívüli jövedelmének megszerzésében is segítette (pl. szerszámok kölcsönzésével), mára azonban a bomló ipar egyre kevesebb biztonságot nyújt. A második gazdaság felbomlása sem kedvez e típus részben erre alkalmazott élet-stratégiájának. Minthogy pedig a szocializmus munkaerőpiacán a jól végzett munka nem volt alapvető érték, s minthogy a többség a napi 8 óra helyett esetenként 16-ot is dolgozott, s ez szükségképpen az „energiák tartalékolását” eredményezte, egyáltalán nem biztos, hogy a gyárak munkásai könnyen tudnának modern kapitalista gyárakban munkát találni. Helyzetüket súlyosbítja, hogy szakmaik csak az amúgyis deficités nehéziparban alkalmazhatók, más típusú ipar azonban Salgótarján környékén egyelőre nincsen, és kérdés, hogy mennyi időbe telik, amíg egyáltalán megjelenik.

Wéber Attila

„... Az ember csak akkor tud másokkal
békében élni,
ha önmagával összhangba jut”

Beszélgetés Lányi Andrással a Fidesz Akadémia új programjáról

Esély: Kérlek, hogy bevezetőként mondj valamit a Fidesz Akadémia előtörténetéről: az eddigi működésről, a Fidesz Akadémia céljáról, eredményességéről, a tervezett 1993-as tavaszi előadássorozat kapcsán.

Lányi András: Tulajdonképpen nem sokkal a Fidesz megalakulása után, 88-89 telén született meg az Akadémia gondolata a Fidesz két alapítójában, Molnár Péterben és Víg Mónikában. Víg Mónika sajnos tavaly autószerencsétlenség áldozata lett. Tulajdonképpen ők az alapítók. Az volt a szándékuk, hogy azt a fiatal generációt, amely most lép ki a politika színterére, és amelyről úgy gondolták, hogy a Fidesz hívei, szembesíteni kell azokkal a gondolatokkal, alapvető problémakörökkel, amelyekről valószínűleg hiányos, egyoldalú, vagy semmilyen ismeretekkel nem rendelkeznek. Akkor fordultak hozzám, Balassa Péterhez, Karácsony Gáborhoz, tulajdonképpen egy baráti társasághoz, hogy vállaljunk részt a program kidolgozásában és lebonyolításában. Nem is volt más összetartó gondolatmenete a három szemeszterre tervezett első kurzusnak, mint az, hogy a társadalom önismeretéhez nélkülözhetetlen témákban megszólaltathassunk különféle képpen gondolkodó, de általunk tiszteletreméltónak tartott egyéniségeket. A négy témakör: a történelmi múltról való tudatunk vakfoltjai, a szociális feszültségek – elsősorban a szegénység és a szociális érzékenység –, ökológiai problémák és végül a nemzeti kultúra és tradícióink néhány alapkérdése. De hát ez nem is lehetett több mint ízelítő, egy étlap, hogy mi mindenről kellene együttgondolkodnunk, mi mindenről kellene véleményt formálnunk, mielőtt felelős, nyilvános társadalmi cselekvésbe kezdünk. Hiszen ez nem titok, bennünk élt az a félelem, Péterben is Mónikában, akik lelkesen és szorgalommal láttunk a feladathoz, hogy netán a politika színterét egycsapásra elönti az elfojtott gyűlölet, sérelem, vagy a pragmatizmusnak nevezett fölületesség, vagy az új hatalmi csoportosulásoknak a karriervágya. Nem kellett látnoknak lenni ahhoz, hogy az emberben ilyen félelmek keletkezzenek 1989-ben. Ezek azóta részben beigazolódtak. A Fideszhez ennyi köze volt a dologhoz. A megbízás a fideszesek részéről érkezett, a Fidesz támogatta, szer-

vezte és finanszírozta az előadásokat, amelyekre nagyjából az Egyetem téri központi épületben került sor.

– *Most részben érintetted a közönséget. Ez a közönség, a hallgatók vagy a hallgatóság, mennyiben fideszes? Az előadók, ebből a tematikából is kiderült, nehezen sorolhatók egyértelműen a Fidesz közvetlen értelmiségi holdudvarához. Jóval szélesebb kört foglalnak magukba.*

– Így igaz.

– *Tehát ennyiben nem a Fideszt képviseli a hallgatóság. Az előadók mennyiben tekinthetők a Fidesz célzott értelmiségi élcsapatának? Hogy látod ezt?*

– Semennyiben. 1989-90-ben az előadók között nagyobb számban szerepeltek politikusok vagy leendő politikusok, akikről mi akkor még esetleg nem is tudtuk, hogy már politikusok lesznek, mire felkérjük őket. Például Szabad György, Katona Tamás, Kulin Ferenc ugyanúgy az előadók között voltak, mint Kis János vagy Rajk László. Alkalmat is akartunk teremteni arra, hogy a hallgatóság minél többféle legyen, esetleg ellenkező gondolatokat is ismerjenek meg, és mindezeknek a személyeknek az égvilágon semmi közük nem volt a Fideszhez. Éppen ellenkezőleg. Gyakran más pártok szószólói voltak. Itt jegyzem meg, hogy 1993-ban talán az egyetlen, történetesen fideszes Fodor Gáboron kívül aktív politikus nem fog szerepelni az előadók névsorában. Abban viszont közös a két program, hogy előadónak egy-egy tématerület lehetőleg legjobb, vagy általunk tisztelt szakértőjét kértük fel, de nem a legkurrensebb neveket választottuk. Inkább azokat, akik esetleg kevésbé ismertek, de úgy gondoljuk, hogy érdekes, eredeti mondanivalójuk van arról, amiről kérdezni fogjuk őket. Ami a hallgatóságot illeti, magától adódott, hogy ezek nagyobb részt egyetemisták és fiatalok. Ez adódott a helyszín megválasztásából, abból a körből, ahol a Fidesz reklámozni tudta az Akadémiáját 1989-ben, meglehetősen sikerrel. Az első előadásokon két-háromszáz, olykor négyszáz hallgató vett részt, és csak a második-harmadik félévben csökkent a látogatottság, amikor kiderült, hogy tényleg nincsen semmi egyébről szó, mint hogy hosszú, alapos, elemző előadásokat kell végighallgatni, és utána ezekről a témákról beszélgetni, vitatkozni. De politikai szenzációnak árnyéka sem fér a vállalkozáshoz. Akkor egy kicsit mérséklődött a hallgatóság létszáma, egy picit kifáradtak, ahogy ez lenni szokott, de úgy is mondhatom, hogy mindvégig nagy érdeklődés mellett folytak az előadások. E tekintetben most sokkal bizonytalanabb és kételkedőbb vagyok, hogy ha úgy tetszik: szabadegyetemi jellegű előadássorozatra vajon hányan és kik fognak összegyűlni. De erről talán majd később.

– *Az 1993-mas tavaszi előadássorozat tervezetéből az derül ki, hogy elsősorban a nemzetiségi, kisebbségi kérdéseket, a szociális kérdéseket, valamint a tolerancia problémakörét vizsgálják különböző dimenzióban az előadások. Vagyis ezek azok a témák, amelyeket a legfontosabbnak tartotatok.*

– Igen.

– *Milyen szempontok vezéreltek benneteket, amikor ezeket a kérdéseket*

választottátok az előadássorozatba, és miért éppen ezt a címet viseli ez az egész akadémiai előadássorozat: „Körkörös gyűlölet”.

– A Fidesz Akadémia új évfolyamának valóban van egy központi gondolata, amely végighúzódik az előadássorozaton, egységesen összefüggő tematika, ami a címben jut kifejezésre. A „Körkörös gyűlölet” azt jelenti, hogy az érdeklődésünk középpontjába szeretnénk állítani, és mintegy csokorba gyűjteni azokat a problémákat, azokat a feszültség-csomópontokat, amelyek köré nagyjából elrendezhetők azok az ellentétek, indulatok, előítéletek és gyűlöletek, amelyek olyan súlyosan megosztják nemcsak Magyarországot, hanem az egész most felszabadult kelet-európai régió népeit. Ezek részben nemzetek közötti, részben társadalmi csoportok, vagy nemzetiségek, vagy különböző meggyőződések hívei közötti ellentétek. Az a közös vonásuk, hogy sem az indítékok, sem a megoldási kísérletek kevésbé a ráció által vezéreltek, sokkal inkább irracionális indulatok, vagy a történelmi, kultúrtörténeti hagyományban gyökerező előítéletek. Tehát amikor a felosztást úgy kezdted el, hogy a tematikában történelmi, szociális problémák szerepelnek, akkor elsőként említheted magát a nagy szociális problémát: a gyűlöletnek mint egy döntő politikatörténeti tényezőnek a jelenlétét. Azt mondják, hogy az ember csak akkor tud másokkal békében élni, hogyha önmagával összhangba jut. És ahhoz, hogy egy nemzet önmagával összhangba jusson – egyébként az egyén is –, ahhoz elengedhetetlen valamifajta történelmi önismeretnek a megszerzése. Így tehát ennek a sorozatnak a központi gondolata ennek a történelmi-társadalmi önismeretnek a megszerzése, hogy legalább értjük is meg, és így kezelni is tudjuk ezeket az ellentéteket és gyűlöleteket. Természetesen egy társadalmi jelenséget megérteni nagyjából annyi, mint a jelenség történetével megismerkedni, ezért került a sorozat első harmadába jónéhány történelmi előadás is. Valóban, ezek az ellentétek történelemben gyökereznek.

– Az előadók között elméleti és gyakorlati szakembereket egyaránt találhatunk, de az is kiderül, hogy a történelem, a történettudomány, a történészek főszerepet kapnak. Az első előadás, vagy minikonferencia, ahogy ezt ti fogalmaztátok, szintén a történelmi örökségről és a történészek adósságáról szól, de legalábbis érinti ezt a kérdést. Mi a történészek adóssága?

– Miután a kifejezetten történeti előadásaink a nemzeti ellentétek történetével foglalkoznak, e tekintetben a történészek adóssága súlyos. Ezeknek az együttélő népeknek a történetét túlnyomó többségük mind-egyik országban saját nemzetté válási folyamatának szükségletei szerint olyan egyoldalúságokkal terhelve írta meg, hogy ezek szöges ellentétben állnak egymással. Ez így is vált a közgondolkodás részévé. Természetesen kölcsönösen hiányoznak a vizsgálódási témák közül olyanok, amelyek más beállításba helyezhetnék a lezajlott történelmi folyamatokat, a szétválások történetét, az ellentétek történetét is, mint ahogyan azt megismerhettük ezekből az így-úgy apologetikus történészi munkákból. De még ha a történészi munka maga nem is volt apologetikus, eleve az a közeg, amely a megrendelést adta, amely kérdezett a történészekről, már nyilván torzító volt. A végeredmény az, hogy nincs olyan történelmi for-

dulópont, amelyről ne szögesen ellenkező szöveg jelenne meg, mondjuk, egy belgrádi vagy zágrábi tankönyvben és egy budapestiben. Hát, ez nem szorul magyarázatra, de alapjaiban eléggé abszurd, hogy milyen nehezen találunk közös nyelvet egymással a történészek. Nem csökkent, hanem újabb és újabb sérelmekkel, torzításokkal terhelődik ez a párbeszéd, vagy létre sem jön. Ennek a lényegét majd Várkonyi Ágnes fogja ennél sokkal árnyaltabban és szakszerűbben kifejteni. Itt mondanám el, hogy a Fidesz Akadémia nem azzal indult, hogy egy rendszeres és állandó tanfolyamot biztosít, minthogy állandó helyszínnel és szervezőkkel sem rendelkezik. Az eredetileg tervezett három szemeszter után, hogy úgy mondjam, szerencsés véget ért, és nem mutatkozott semmi érdeklődés, vállalkozó kedv, hogy folytatódjék. Mondván, hogy majd kibontakoznak értelmiségi viták, lesz komoly tudományos élet, a megújuló egyetemeken ezekkel a problémákkal most már szabadon találkozhatnak a fiatalok, és ezért tulajdonképpen nincs is olyan nagy szükség Fidesz Akadémiára. Ez részben így is történt. A magyar könyvkiadás ezekben a nehéz években tényleg ontotta az olyan irodalmakat, amelyekhez korábban nem férhettünk hozzá. Akinek volt ideje, energiája, az el is olvashatta ezeket. Az olvasók sokkal kevesebben voltak, mint a megjelent könyvek. Aztán mégis úgy tűnt, hogy amikor újra és újra szembesülünk ezekkel a legsúlyosabb, legnehezebb problémákkal, akkor hirtelen nem is tudjuk, hogy milyen szellemi bázisról próbáljuk megítélni ezeket. Rá kell jönnünk, hogy milyen hiányosak az ismereteink. Egyáltalán – nem tudom, észrevettétek-e – keletkezett egy kis légüres tér a politika és az értelmiségi közgondolkodás között. És ennek a betöltésére vállalkozott ezúttal a Narancs Alapítvány, ami a Fidesztől független, de természetesen a Fidesz által finanszírozott kulturális szervezet. Vállalta, hogy újraindítja a Fidesz Akadémiát. A programra a javaslatot én tettem meg, én egy időben a Fidesz kultúrpolitikai tanácsadója voltam, és mindvégig megmaradt a nagyon jó, baráti kapcsolatom Molnár Péterrel, aki a folytonosságot képviseli. Így jutott nekem ez a szerep, hogy az Akadémiát megszervezzem. A döntő különbség – azonkívül, hogy egységesebb a gondolatmenet – az, hogy van egy dramaturgiája az előadássorozatnak. A régi Fidesz Akadémián tényleg nagyon szép előadások sikeredtek, ezt bárki ellenőrizheti a „Hogyan éljük túl a XX. századot?” című kötetben. Borzasztó gúnyos ennek a címe, hiszen éppen Víg Mónika nem élte túl a huszadik századot, aki közöttünk a legfiatalabb volt, és aki ezt a kötetet szerkesztette. De azután a viták, tehát az előadásokat követő viták nyögvenyelősek voltak, és a színvonaluk messze elmaradt az előadásokétól. Egyszerűen azért, mert teljesen esetleges volt a közönség. Mert azt lássuk be, hogy monologizálni mindannyian könnyebben tudunk, mint beszélgetni. Karácsony Gábor, aki egy nagy beszélgetőművész, heroikus erőfeszítéseket tett, hogy beszélgetésekre fordítsa az előadásokat. Nem sikerült igazán, de amennyiben mégis sikerült, az kizárólag neki volt köszönhető. Most én arra gondoltam, hogy ha eleve egy dialogikus szerkezetet adunk ennek a sorozatnak: mindegyik témához legalább két előadót hívunk meg, mégpedig olyanokat, akik a témát különböző megközelítésben – és merem remélni, hogy különböző

meggyőződés szerint találják –, kialakul dialógus az előadók között. Más témáknál, a jelenhez közelebb érve, nem is előadásokról, hanem pódiumbeszélgetésről van szó, három-négy résztvevővel, akiknek még a kompetenciájuk is különböző. Azt remélem, hogy az előadók közötti vita ke-rekedik majd ki egy igazi beszélgetéssé. Ehhez minden egyes esetben szeretnénk meghívni az adott témakörnek más szakértőit is, akiket nem kértünk fel előadónak, de felkérünk hallgatóságnak. Nekik nagyon nagy szerepet szánunk. Tehát több lépcsős hallgatóság alakul ki. A vitán fel-bátorodva az est harmadik órájában már a mezei egyetemista vagy bárki bekapcsolódhat a saját gondolataival, kérdéseivel a vitába. Hogy most aztán sikerül-e vagy sem, hogy igazából kik fognak most eljönni, azt sok-kal kevésbé tudom, mint 89-ben. Akkor a Fidesszel rokonszenvező, Fi-desztől valamit váró fiatalok jöttek elsősorban. Nem egyetemisták, hanem iskolázottságtól függetlenül fiatalok gyűltek össze, meg az előadók bará-tai, illetve olyan magamfajta öregek, akiket egy ilyen Társadalomtudo-mányi Társaság típusú, Galilei kör-szerű gondolkodó közösség vonzott. Hogy van-e, létezik-e ez az igény, és főleg kapcsolódik-e ez az intellek-tuális várakozás a Fideszhez, ezt nem tudom. Gondolom, hogy a Fidesz-nek az is szándéka volt, hogy ezt a várakozást ismét fölkeltsse. Ennyi a propaganda-fogás. De nem kell mondanom, hogy ha más párt ambicio-nálta volna egy ilyen társaság és előadássorozat létrehozását, abban is szerepet vállaltam volna.

Harry Blackmun bíró

Többségi vélemény a Wyman kontra James ügyben

Az eset középpontjában a következő kérdés áll:

Az „Aid to Families with Dependent Children” (Segítség eltartott gyermekekkel rendelkező családoknak, AFDC) program egy jogosultja visszautasíthatja-e, hogy egy szociális esetmunkás látogatást tegyen az otthonában anélkül, hogy ezzel megkockáztatná a támogatás megvonását?

Egy ilyen jogosult, Barbara James, nem engedélyezte az esetmunkás látogatását. Amikor arról értesült, hogy emiatt megszüntetik a támogatás folyósítását, pert indított a New York-i városi tanács szociális főosztályának megbízottja – és mások – ellen.

James azzal érvelt, hogy az esetmunkás látogatása a házkutatás tényállását valósítja meg, és ez ellenkezik a 4. és a 14. Alkotmánymódosítás tartalmával. (A 4. Módosítás deklarálja az emberek jogát arra, hogy biztonságban legyenek a személyüket, házaikat, irataikat és ingóságaikat illetően. A 14. Módosítás megtiltja az államoknak, hogy bárkit megfosztanak életétől, szabadságától vagy vagyonától „megfelelő jogi eljárás nélkül”).

A New York-i kerületi Bíróság James javára ítélt. Az esetet fellebbezték az Egyesült Államok Legfelső Bíróságához, amely elutasította az alsóbb fokú bíróság döntését.

A James ellen hozott ítélet indoka az volt, hogy a szóban forgó „Ott-honba tett látogatás” ésszerű adminisztratív eszköz, és nem sérti a 4. vagy a 14. Alkotmánymódosításban foglalt jogokat.

Amikor felsorolja azokat a tényezőket, amelyek ésszerűnek minősítik ezt az eszközt, Blackmun bíró jótékonyági tényezőként határozza meg az ilyen jellegű kifizetéseket. Mint közérdekű igényt hangsúlyozza

a) azt, hogy a pénzt a támogatottak úgy használják fel, ahogyan a segélyek elosztói igénylik; és

b) hogy a támogatott valóban segítséget kapjon, ill. rehabilitációban részesüljön.

I.

A felperes, Barbara James egy Maurice nevű fiúgyermek anyja. A fiú 1967-ben született, New York városban élnek. Mrs. James először röviddel Maurice születése előtt folyamozott AFDC segélyért. Akkor egy esetmunkás akadálytalanul tett nála látogatást. A segélyt jóváhagyták.

Két évvel később, 1969. május 8-án egy esetmunkás értesítette Mrs. Jamest arról, hogy látogatást tenne otthonában. Az értesítés kézhezvétele után Mrs. James telefonált a szociális munkásnak, mondván, hogy minden, a segélyre vonatkozó „ésszerű és fontos” információt biztosít a számára, de ne az ő otthona legyen a beszélgetés színhelye. Az esetmunkás elmondta Mrs. Jamesnek, hogy a törvény kötelezi őt erre a látogatásra, és hogy ennek a megakadályozása esetén megszüntetik a segély folyósítását. Mrs. James továbbra is megtagadta az engedélyt.

Május 13-án a Szociális Szolgáltatások Városi Főosztálya értesítette Mrs. Jamest arról a szándékáról, hogy a látogatás visszautasítása miatt megszünteti a segély folyósítását.

Az értesítés egyben tájékoztatta a segélyezettet arról a jogáról, hogy meghallgatásban részesüljön egy felülvizsgálati biztos előtt. A meghallgatást kérelmezték, és május 27-én meg is tartották. Mrs. James egy ügyvéd kíséretében jelent meg a tárgyaláson. Továbbra is megtagadták az esetmunkás Mrs. James otthonában teendő látogatásának engedélyezését, de ismételten kifejezték hajlandóságukat az együttműködésre és máshol történő beszélgetésekre. A felülvizsgáló biztos úgy döntött, hogy a visszautasítás elegendő alap a támogatás megszüntetésére.

Az írásbeli indoklásban leírta: „Az otthoni látogatás – amelyet Mrs. James nem engedélyez – célja annak megállapítása, hogy történt-e olyan változás a segélyezett helyzetében, amely érinti a segélyre való jogosultságát, vagy amely érintheti a segély összegét, valamint hogy van-e szükség bármilyen szociális szolgáltatásra, amelyet a Főosztály biztosíthat számukra.” Június 2-án értesítést küldtek ki a folyósítás megszüntetéséről.

Ennek nyomán Mrs. James az állami szintű meghallgatás mellőzésével, saját maga és Maurice, valamint minden hasonló helyzetben lévő személy nevében is, megindította a jelen polgári jogi keresetet.

Azt állította, hogy megtagadták az 1., 3., 4., 5., 6., 9., 10. és 11. Alkotmánymódosításban, valamint a Szociális Bizottságról szóló törvény IV. és XVI. fejezetében a számára megállapított jogokat és az utóbbiban foglalt rendelkezéseket. Azt állította továbbá, hogy sem ő, sem fia nem rendelkezik más jövedelemmel, erőforrással vagy támasszal, mint amelyet az AFDC program számukra biztosít.

II.

Ha egy tényállásban szerepel az otthon, illetve az otthonba történő valamiféle behatolás, miként a szóban forgó esetben is, azonnali és természetes reakciónk a 4. Alkotmánymódosításban foglalt jogok és e jogok számára a Módosítás által biztosított védelem vizsgálata. E Módosítás az

ember otthonában élvezett személyes biztonságának egyik legértékesebb vonatkozását hangsúlyozza: „az emberek joga a személyükben, házukban, irataikban és ingóságaikban való biztonság...” A bíróság ezt úgy jellemezte, mint a „szabad társadalomban alapvető” jogot, és az évek során következetesen meg is védte a magánszférához való jogot.

III.

Ez a természetes és valóban helyes hozzáállás azonban nem mérvadó a tárgyalt esetben, annál a (látszólag) nyilvánvaló és egyszerű oknál fogva, hogy itt nincs szó a New York-i szociális szolgálat által végrehajtandó, a 4. Alkotmánymódosítás értelmében vett házkutatásról. Igaz, úgy tűnik, hogy az ide vonatkozó rendeleti szabályozás kötelezővé teszi az első alkalommal az otthoni látogatást és a későbbiekben a „kontaktus időszakos fenntartását”, tehát esetleges további látogatásokat is a segély kiutalása és folyósítása végett. Igaz az is, hogy az esetmunkás státus e látogatások során végső soron is mind rehabilitációs, mind pedig vizsgálódó – kutató jellegű. Ez utóbbi jellege azonban – véleményünk szerint – túlságosan is tág értelmezést és nagy hangsúlyt kapna, ha a látogatást a hagyományos, büntetőjogi értelemben vett látogatással tennénk egyenlővé. Megjegyezzük azt is, hogy maga a látogatás nem kényszerű vagy kikényszeríthető, és hogy a jogosult elutasító magatartása nem bűncselekmény. Amennyiben nem járul hozzá a látogatáshoz, az elmarad. Ez esetben a segélyt nem kezdik folyósítani, vagy egyszerűen megszüntetik, ahogyan az a jelen esetben is történt. Nem hatolnak be az otthonba, nincs házkutatás.

IV.

Ha mégis feltesszük, hogy az esetmunkás látogatása a támogatásra való jogosultság megszerzése előtt vagy után valamiképpen – pl. azért, mert a támogatásra szorulóknál általában úgy érzik, hogy nem áll módjukban megtagadni a látogatást –, interjú-jellege ellenére is tartalmaz néhány olyan elemet, amelyet a házkutatás tradicionális értelmezése foglal magába – nos, álláspontunk szerint a látogatás ebben az esetben sem esik a 4. Alkotmánymódosítás által előírt tilalom alá. Mégpedig azért nem, mert nem lépi túl az ésszerűség határát. A 4. Alkotmánymódosítás mércéje az ésszerűség, az indokoltság. Egy sor olyan tényező áll rendelkezésre, amely arra a következtetésre engedett jutni, hogy a Mrs. James részére javasolt otthoni látogatás nem ésszerűtlen:

1. A rászorulóknak segélyezésének e speciális területén a közérdek az eltartott gyermekek védelmét és segítségét kívánja meg az olyan családokban, ahol a gyermek érdekében szükség van ilyen támogatásra. A hangsúly tehát a gyermekben van, az eltartott, tehát függő helyzetben lévő gyermekekben. Ennél méltóbb tárgya nem lehet a közösség figyelmének. Az eltartott gyermek szükségletei létfontosságúak, és csak habozva rendel-

hetjük alá e szükségleteket az egymáshoz viszonyított értékek skáláján annak az álláspontnak, amelyet az anya képvisel jogai követelésével.

2. A szociális szolgálat, amely állami és szövetségi szintű adóból befolyó jövedelemmel egyaránt rendelkezik, közmegebiztatást tölt be. Az államnak, amely az e célra létrehozott jóléti intézményein keresztül (is) működik, jogos és fontos érdeke, hogy meggyőződjék arról, illetve biztosítsa azt, hogy az adókból befolyt összegből kibocsátott segélyt a megfelelő személyek kapják meg. Joggal állíthatjuk tehát, hogy a 4. Alkotmánymódosítás vagy bármilyen más forrás értelmezése szerint nem indokolatlan az, hogy az államnak e célból korlátozott mértékben rendelkezésére álljanak „szelíd” eszközök, amelyeket praktikusán és megfontoltan kell alkalmaznia.

3. Természetes, hogy annak, aki pusztán privát jótékonyságot gyakorol, érdekében és jogában áll tudni, hogyan használják fel és működtetik jótékonysági alapjait. És természetes, hogy a köz-alapok bizalmi jellege miatt még többet is elvárhat: mind a segélyezettnek, mind az eszmunkásnak kötelezettségei is vannak, nemcsak jogos érdekei.

4. A New York-i rendeletek és állami jogszabályok az „otthon”-ra helyezik a hangsúlyt, a jogosulttal való „közeli viszony”-ra, arra, hogy a segélyezett számára megteremtse az „önfenntartás feltételeit”, hogy nehez helyzetén enyhítsenek. Ugyanígy jár el a szövetségi szintű szabályozás. A hangsúly az „asszisztencia és rehabilitáció” fogalmán van, a családi élet fenntartásán és megerősítésén, és a „teljes önfenntartás és személyi függetlenség” elérésén, amely azonban szervesen összefügg a folyamatos szülői gondoskodás és védelem szükségességével is. Az állami intézmény részéről meghatározott sztemderdek alapján, meghatározott módon történő együttműködést igényel.

5. Jelentősek a New York-i állami intézmény által alkalmazott módszerek is. Mrs. James például már napokkal előbb írásbeli értesítést kapott a tervezett otthoni látogatásról.¹

6. Mrs. James az ügyben tulajdonképpen nem tesz említést semmilyen, az otthonába történt indokolatlan behatolásról. Mindössze igen általános, nem konkretizálható módon állítja, hogy a korábbi látogatások, egyéb információk és az általános hiedelem alapján azt feltételezi, hogy olyan, a „személyes kapcsolatokra, hiedelmekre és magatartásra vonatkozó kérdések kerülnek terítékre, és kapnak hangsúlyt, amelyek nem szükségesek a segélyre való jogosultság megállapításához.” Úgy tűnik, Mrs. James azt kívánja az őt és fiát alapvető szükségletekkel ellátó intézménytől, hogy pusztán az általa adott információk alapján biztosítsa ezeket az ellátásokat, ehhez a 4. Alkotmánymódosítást szeretné mintegy kényszerítő eszközként felhasználni, és szeretne mindenféle kérdéseket elkerülni.

V.

A mai meghallgatás természetesen nem jelenti azt, hogy az otthoni látogatás megtagadása miatt megszüntetett segély alkotmányellenességét

minden körülmények között el kell vetni. A tömeges kora reggeli razzia sem ismeretlen a segélyjogosultak otthonában. De ez nem vonatkozik a most tárgyalt esetre. Azok a tények egy más napon, egy más eset tárgyalásával kerülnek elbírálásra. Jelen ítéletünkben tehát a következőket állapítjuk meg: a New York állami rendeletekben és szabályozókban felállított otthoni látogatás intézménye indokolt adminisztratív eszköz, amely megfelelő és érvényes adminisztratív célt szolgál az AFDC program megvalósításában; e látogatás nem minősül a magánszféra figyelmeztetés nélkül történő megsértésének, és nem sért semmilyen, a 4. Alkotmánymódosításban foglalt jogot.

William O. Douglas

Legfelsőbb Bíró

Különvélemény a Wyman kontra James esetben

William O. Douglas (1898–1980), aki jogi diplomáját a Yale egyetemen kapta meg, és évekig tanított jogot, az Egyesült Államok Legfelső Bíróságán működött 1939-től 1975-ig. Douglas bíró számos könyv, így a *The Right of People* (A nép joga, 1958), *The Anatomy of Liberty* (A szabadság anatómiája, 1963) és a *The Court Years* (A bírósági évek, önéletrajz) című kötetek szerzője is.

Douglas bíró az alábbi kérdést teszi fel: pozíciójánál fogva hatalmában áll-e a kormánynak „felvásárolni” az Alkotmány által biztosított jogokat? A kormánytól származó kifizetések különböző formáit felidézve Douglas bíró nem tartja következetesnek, hogy e juttatások egy részének jogosultjai nincsenek kitéve „figyelmeztetés nélküli házkutatásoknak”, míg az eltartott gyermekkel rendelkező családoknak folyósított segély jogosultjai igen. Kritikával illeti azt a felfogást, amely szerint a segélyezés e formája a jótékonyosság egy fajtája, amelyben a segélyezettek jogosan válnak felügyeleti-ellenőrző tevékenység alanyaivá, és amelynek során megtagadják tőlük alkotmányos jogukat.

Olyan társadalomban élünk, ahol a tulajdon egyik legfontosabb formája a kormányzati ún. „largesse”, amelyet néhányan „új tulajdonformának” neveznek. A kormányzati bérkifizetések csak egy részét képezik ennek az „új tulajdonnak”. Védelmi szerződések, utakra vonatkozó egyezmények és a szerződések sokféle más formája éppúgy, mint a légi, vasúti és egyéb szállítási eszközök kormányzati támogatásai alkotják a másik oldalt. Ide tartoznak a kormányzat által a tudományos kutatásra elkülönített alapok, és ide sorolhatók még a TV és rádió engedélyek a légtér használatára, amely természetesen a közvagyon része.

A mi érdeklődésünk középpontjában most nemcsak a támogatások állnak, hanem mindazok a kifizetések, amelyek közvetve vagy közvetlenül a támogatottak otthoni életét érintik. 1969-ben durván 127 milliárd dollárt költött a szövetségi, állami és helyi kormányzat a „szociális jólét”-re. Csupán a farmerek részére csaknem 4 milliárd dollárt fizettek ki, részben azért, hogy ne termesszenek bizonyos gabonafajtákat. Közel 129 ezer

farmer kapott 5 ezer dollárt vagy többet, teljes bevételük túllépte az 1 milliárd 450 millió dollárt. E kifizetések egy része igen magas összeg volt, néhányuk évente több mint egymillió dollárt tett ki. Nagyobb részük azonban 5 ezer dollár alatt maradt.

Ugyanakkor minden jogosult – gazdag vagy szegény, vidéki vagy városi – rendelkezik egy házzal: ez szerepel a 4. Alkotmánymódosításban olyan helyként, amely védve van az indokolatlan átkutatásokkal és lefoglalásokkal szemben. A most tárgyalt esetben a kérdés az, hogy a kormányzati „largesse”-ből kapott juttatás indokolttá teszi-e, hogy a felügyeleti intézmény bármilyen vizsgálatot lefolytasson a jogosult otthonában – annak ellenére, hogy a jogosult ezt kifogásolja, valamint, hogy nem teljesülnek a 4. Alkotmánymódosítás előírásai valakinek a házára vagy otthonára vonatkozóan.

A következmény itt természetesen nem Barbara James magánszférájának megsértése, hanem „csak” a szövetségi vagy állami szinten biztosított juttatás elvesztése. Ez azonban pusztán a probléma másképpen való megfogalmazását jelenti. Bárhogyan is írjuk körül, a központi kérdés az, hogy a kormánynak a „largesse” erejénél fogva hatalmában áll-e „felvásárolni” az Alkotmány által generált jogokat. Ez esetben ugyanis alkotmányos jogainak feladása fejében Barbara James megkapta volna a jóléti járadékot...

A See kontra Settle Városa ügyben (1967) úgy ítéltünk, hogy az „üzletember mint egy szálláshely elfoglalója, alkotmányos joga alapján üzleti tevékenységét szabadon, privát kereskedelmi tulajdonának a hivatal részéről történő indokolatlan megsértése nélkül folytathatja.” A legkisebb utalás sincs ebben az ügyben arra, hogy a Kormány a jogosult üzleti engedélyének kiadása során a jogosult hozzájárulását követelte volna meg olyan adminisztratív kutatásokhoz, amelyeket mi alkotmányellenesnek találtunk. Furcsa igazságszolgáltatás az, amely biztosítja az üzletember ilyen jellegű zavartalanságát a munkahelyén, de nem teszi meg ugyanezt az anya részére az otthonában.

Indokolttá válik-e egy figyelmeztetés nélküli kutatás az anya otthonában pusztán azért, mert a kormányzati hatalomtól függ?

Skelly Wright bíró igen velősen határozta meg a problémát: a jóléti intézményeket már régóta azonosnak tekintik a jótékonyssággal, és jogosultjait mindenféle megalázó eljárásnak vetik alá a kormány jóléti politikájának megvalósítása során. A helyzet az, hogy évente több mint 1/2 millió dollárt költenek az AFDC programokkal kapcsolatos adminisztrációra és kivitelezésre. Hogy miért kell ekkora összegeket kiadni adminisztrációra és végrehajtásra, arra sohasem adtak kielégítő magyarázatot. Nem költenek erre ilyen összegeket a farmereknek, légitársaságoknak, gőzhajótársaságoknak adott támogatás esetén, hogy csak néhányat említsünk. Az az igazság, hogy a támogatások e körében a társadalom egyszerűen kettős mércét fogadott el: egyet az üzleti és a mezőgazdasági támogatásokra, egyet pedig a jóléti kérdésekre vonatkozóan. (Szegénység, kisebbségek és a törvény tisztelete, 1970)

Ha a jóléti jogosult nem Barbara James lenne, hanem egy prominens,

jómódú gyapot- vagy búzatermelő farmer, aki azért kap juttatást, hogy ne termesszen gabonát, nem lenne-e más a hozzáállás? Az eltartott gyermek segélyezésére indított jóléti programokat éppúgy, mint a társadalombiztosítást és a munkanélküli járadékot, gyanakvás lengi körül. Csalások és visszaélések kétségkívül előfordulnak bármelyik jóléti szektorban, legyen bár a jogosult Barbara James vagy egy előkelőbb, befolyásosabb személyiség. Az alkotmányos jogok azonban – így az otthon, a magánszféra védettsége – nyilvánvalóan nem függnek a jogosult anyagi helyzetétől. Az otthon területe az, amit a 4. Alkotmánymódosítás védelmez; és ennek privát szféraként való védelme éppoly fontos a szegényebbek, mint a tehetősebbek számára.

Fordította Bullain Nilda

Jegyzet

1. Tény viszont, hogy a vizsgálati anyagban szerepel 12, lényegében egybevágó nyilatkozat más segélyezettektől, amelyek szerint az esetmunkás „legtöbbször” értesítés nélkül érkezik; ilyenkor a jogosult nem tudja véghezvinni eredeti programját; a látogatás „igen zavaró”, ha éppen társaságban van; az esetmunkás gyakran tesz fel „nagyon személyes kérdéseket” a gyermek előtt.



HARMADIK PART teljességügyi értesítő

A KÖRNYEZETTEL,
EGYMÁSSAL
ÉS ÖNMAGUNKKAL
való együttélés új és régi útjait
keresők folyóirata

• • • • •

Megjelenik: 1989 óta,
évszakonként 80 oldalon.
Főszerkesztő: Maurer György

• • • • •

Kapható a nagyobb könyvesboltokban,
klubokban és előfizetéssel.
Címünk: 1124 Budapest, Németvölgyi út 120.
Telefon: 155-7565

INGYENES
mutatványszámot kérésre küldünk.

Kádár Sára

Esetleírás a családgondozás gyakorlatából

A családgondozás nem „mutató” munka, és nem jár együtt gyors eredményekkel. Annak, aki ezt vállalta, ezzel a ténnyel számolnia kell. Flaubert írta: „Számomra a siker nem cél, legfeljebb eredmény”. A családgondozó célja csak az lehet, hogy eredményesen tudjon segíteni. Ha ez kisebb vagy nagyobb mértékben eredményes, ha sikerül a családot vagy egyes tagjait – saját érdekükben – partnernek megnyerni, együttes erőfeszítéssel valamit elérni, az öröm, eredmény, ünnep. A családgondozónak – lelkiismeretes munka ellenére – ritkán van ilyenben része.

A családgondozók mindnyájan tudják, hogy vannak olyan családok, amelyek képtelenek saját érdekeik védelmére, megfelelő képviselésére. Az okok sokfélék, jelentős közöttük az ismerethiány. Senki nem világosítja fel a családokat lehetőségeikről, jogaikról. Félnek – nem indokolatlanul – az eljárások bonyolultságától, a hatóságokként viselkedő szervezetektől, intézményektől, egyénektől. Nem értik a hivatalos szöveget, nyelvezetet, a fellebbezés lehetőségét, módját. Tehát a tudatlanság, a megfelelő fellépés, az érdekvédelem és az információk hiánya miatt nagy a családok kiszolgáltatottsága, anyagi, erkölcsi kára.

De sok évtizedes munkám során is ritkán találkoztam azonban az A. családhoz hasonlóval. A következőkben róluk lesz szó.

A három generációt magába foglaló A. családnál a tudatlanság – hátrányos következményeivel együtt – halmozottan jelentkezett. Zolira, a család 14 éves gyermekére az Ifjúsági Ház egyik népművelője hívta fel a kerületi Nevelési Tanácsadó figyelmét, jelezve, hogy a VI. osztályos tanulót „14 évesen kitették az általános iskolából”. (A szülők nem tiltakoztak!) A népművelő félt a gyerek elkallódásától, és kérte, hogy a nevelési tanácsadó munkatársa foglalkozzon a fiúval. Zoli hívásomra nem jött el a nevelési tanácsadóba, így került sor a családlátogatásra.

Első alkalommal a gyermek édesanyja és nővére volt otthon. Mindketten a szociális foglalkoztató munkatársai, bedolgozóként otthon végezték munkájukat. Gyanakvón, bizalmatlanul fogadtak. Egész magatartásukban – ki nem mondottan – az tükröződött, hogy eddig sem segített rajtuk senki, a jövőben sem fog, akkor meg kár zaklatni, zavarni őket. A későbbiekben, amikor kutattam a korábbi elutasító magatartás okát, kide-

rült, hogy közvetve azt tapasztalták: aki például anyagi segítséget nyújt, az bele is akar szólni az életükbe. S ebből ők nem kértek. Elmondták nekem, hogy a házban lakó, rendszeres nevelési segélyben részesülő családnál az „ellenőr” még a szekrénybe is belenézett. Első látogatásomkor ezt még nem tudtam, de éreztem a család ellenállását, ezt kellett leküzdenem ahhoz, hogy segítségemet elfogadják. (A család az eddigiekben valóban soha nem kért sem segélyt, sem más segítséget gondjai megoldásához.)

A család tagjai (1987-ben, az első látogatás alkalmával):

1. A. Sándor segédmunkás, apa. Rendszeresen dolgozik, rendszeresen iszik is, de – mint elmondták – komolyabb „zűröket” nem okoz.

2. A. Sándorné bedolgozó, anya. 53 éves, de fogatlansága miatt idősebbnek látszik. Hét gyermeket szült, közülük három már családot alapított, és elköltözött. A szülők együtt laknak három kiskorú és egy nagykorú gyermekükkel, és két unokájukkal.

3. A. Zsuzsa a szülők még otthon tartózkodó gyermekei közül a legidősebb, 27 éves, bedolgozó, hat osztályt végzett. Két gyermekét neveli 2500-3500 forintos bedolgozói keresetéből (1987. novemberi adat – ez megismerkedésünk ideje). Mindkét gyermeke házasságon kívül született – más-más apától. A nagyobbikat apja elismerte, az ő nevén van, de tartásdíjat nem fizet, a kisebbiket az apja nem ismerte el.

4. A. Laci segédmunkás. Az általános iskolából a VI. osztály elvégzése után kimaradt, a dolgozók általános iskolájának hetedik osztályos tanulója.

5. A. Zoli segédmunkás, hatodik osztályosként kizárták az általános iskolából. Nem jár iskolába.

6. A. Éva túlkorosként ötödik osztályos. Nem napközis, igen gyenge tanuló. Hazajövele után megállapítottam, hogy nem is való az ötödikes gyermekek közé a napközibe, és nem is lenne értelme erre ösztönözni. A védő-óvó intézkedésben előírt kötelezésre gondolok.

A. Zsuzsa gyermekei:

7. A. Zoli négy éves, otthon tartózkodik, óvodába nem jár, játéka nincs. Igen rosszul beszél. Apjával nincs kapcsolata.

8. Norbi nem egészen két éves. Igen erősen fogyatékos, mindig a kiságyban van. Az anya elmondása szerint majdnem vak, jár vele szemorvoshoz. A gyermek nem jár, nem beszél, nem fog meg semmit.

A nyolc tagú család egy lakótelepi, 71 négyzetméteres, egy szoba, két fél szobás, igen elhanyagolt, gondozatlan lakásban él. A mindennapi élet és a munka egy szobában zajlik; ott esznek, dolgoznak, tanulnak, tévéznek, játszanak stb. Itt helyezik el a bedolgozáshoz szükséges eszközöket, nyomtatványokat, tehát raktárként is szolgál.

Az első családlátogatást követték a továbbiak. A beszélgetésekből nyilvánvalóvá vált, hogy a család saját helyzetének, körülményeinek javítása érdekében nem képes lépéseket tenni. A két anya szinte kimozdíthatatlan otthonról, semmit nem intéznek el, ami fontos lenne számukra.

Zsuzsa Norbi esetében nem is kérte az apaság megállapítását. Zoli apját kötelezték tartásdíj fizetésére, de az apa évek óta nem tett eleget

fizetési kötelezettségének. Utoljára akkor kapott az anya tartásdíjat, amikor az apa bevonult tényleges katonai szolgálatra. Az anya a honvédségtől nem kért segílyt. Az apa már leszerelt a katonaságtól, de továbbra sem fizetett. Az anya egyszer felhívta telefonon, megkérdezte, hogy nem akarja-e látni a kisfiát. Az apának erre nem volt igénye, fizetési kötelezettsége elől elzárkózott. Az anya ezt tudomásul vette, sehová sem fordult.

Zsuzsára és édesanyjára a passzivitás és a mindenbe belenyugvás a legjellemzőbb. Ebből a beletörődésből nagyon nehéz kimozdítani őket. Ez a magatartás nagy mértékben akadályozta az intenzív, gyors változtatást, legalább anyagi helyzetük javítását, mint a továbblépés egyik előfeltételét. Elemi dolgok elintézése – a szükséges iratok elővétele, a kereseti kimutatás beszerzése – nehézségekbe ütközött. Kimondva-kimondatlanul az érződött, hogy „úgyis hiábavaló minden erőfeszítés, úgysem változik semmi”. Ezt a beletörődést jól fejezte ki A. Sándorné egyik kijelentése: „Tessék tudomásul venni, hogy nálunk ez már így van, hogy a gyerekek nem fejezik be a nyolc osztályt, mind kimarad az iskolából, vagy az ötödik, vagy a hatodik osztály után, hát nem üthetem agyon őket. Évával is biztos ez lesz.” Jellemző volt reagálása arra a javaslatomra is, hogy Zsuzsa – hasonlóan Lacihoz – járjon a dolgozók iskolájába. Közölte, hogy nem vállalja az unokákat erre az időre, pedig összesen heti két délutánról lett volna szó. Az igazsághoz tartozik, hogy Zsuzsa maga sem akart tanulni.

Bár Zoli miatt mentem a családhoz, megismerésük alapján úgy láttam, hogy Zoli gondjaival korábban kellett volna foglalkozni, mert akkor valószínűleg meg tudtam volna akadályozni az iskolából való eltávolítását. Az adott időben azonban sokkal sürgősebben megoldandó, fontosabb feladatok voltak, miután Zoli helyzetén – a dolgozók iskolájába irányításon túl – nem sokat tudtam lendíteni.

A család megismerése alapján a következő célokat tűztem magam elé:

- Norbi alapos kivizsgálását. Ennek alapján szakemberek segítségével, illetve útmutatásainak megfelelően a gyermek fejlesztésének megoldását, gyógyíttatását, és ha szükséges, elhelyezését.

- Zoli óvodai elhelyezését, és az ehhez szükséges feltételek megteremtését elsőrendű feladatnak tartottam. A prevenciót, a későbbi bajok (iskolaéretlenség, túlkorosság stb.) megelőzését leginkább ez szolgálhatta. Nyilvánvaló volt, hogy ha a gyermek az egész napját ebben az ingerszegény környezetben tölti, a későbbiekben követni fogja anyja és nagybátyjai iskolai „karrierjét”, az általános iskola abbahagyását. Úgy láttam, hogy a család által törvényszerűnek tartott út végigjárását Zolinál még időben meg lehetne akadályozni: óvoda, logopédus igénybevételével, s ha majd szükségesnek látszik, fejlesztő foglalkoztatással.

- Mindkét gyermek játékhoz, mesekönyvhöz juttatását.

- Zsuzsa segítségét abban, hogy maga és gyermekei érdekét jobban tudja képviselni, mint anyja tette és teszi, hogy igazán anyává váljék. Aktivizálását általános iskolai tanulmányainak befejezésére, gyermekeivel intenzívebb törődésre, szabad ideje értelmesebb felhasználására.

– Éva segítségét, hogy az általános iskolát befejezze, szabad idejét tartalmasabban töltsse el.

– Laci és Zoli segítségét a dolgozók iskolájának elvégzésében, majd szakma tanulásában.

– Mindkét anya segítségét nagyfokú elhanyagoltságuk felszámolásában (pl. fogcsináltatás, fodrász stb.).

– Fentiekhez szükséges feltételek megteremtése.

A család érdekében kapcsolatot teremtettem mindazokkal, aki segítséget nyújthattak:

– a családvédelmi csoport illetékes munkatársával (rendkívüli segély(ek), majd rendszeres nevelési segély ügyben);

– egy vidéki bírósággal (apaság megállapítása és gyermektartásdíj);

– egy budapesti bírósággal (megítélt gyermektartásdíj behajtása);

– az apák munkahelyeivel (a megítélt tartásdíj megküldésének többszörös sürgetése);

– óvodával, logopédussal (Zoli felvétele, rendszeres kapcsolattartás, beszédének javítása);

– az általános iskola pedagógusaival Éva miatt;

– a dolgozók általános iskolájának pedagógusaival Laci és Zoli miatt;

– az Ifjúsági Ház vezetőjével és munkatársaival (a tőlük kapott jelzésre visszajeleztem, ezenkívül segítségüket kértem Éva, Zoli és Laci tanulmányi munkájának támogatására szabad idejük lekötése érdekében);

– a fogyatékos gyermekek ügyében jártas győgyopedagógus kolléganőm segítségét kértem Norbi alaposabb szakvizsgálata érdekében;

– ugyancsak Norbi érdekében együttműködtem a gyermekideggyógyással, majd a gyermekgyógyással, a nővérrel (a gyermek teljes kivizsgálása, rendszeres kezelése, egészségügyi otthonba utalás előkészítése stb.).

Eközben megszületett Zsuzsa újabb gyermeke, Niki, miatta ugyancsak az orvosokkal és a védőnővel tárgyaltam.

Fentiek jelzik, hogy a családgondozás komplexitása nem frázis, s azt is, hogy a segítőtársak megtalálásának óriási szerepe van a munkában.

Készítsük el a mérleget: mit sikerült elérnem és mit nem?

Mindenekelőtt Zsuzsát sikerült meggyőzőnöm arról, hogy annak ellenére, hogy ő otthon dolgozik, négy éves kisfiának az óvodában a helye. Számtalan ellenvetése volt, de végül sikerült meggyőzőnöm. Ennek ellenére Zoli óvodába járásához még igen sok gyakorlati akadályt kellett leküzdeni. (Szükség volt az anya fizetési igazolására, Zoli orvosi vizsgálatára, az előírt holmik beszerzésére, jellel való ellátására stb.)

Kérésemre a családvédelmi csoport soron kívül utalt ki segélyt az óvoda befizetésére és a szükséges dolgok megvásárlásához. Az anya ennek ellenére december helyett csak januárban vitte Zolit az óvodába. Először fél, majd egész napra. A gyerek jól érezte magát, szerették, szépen fejlődött. A logopédus lelkiismeretesen foglalkozott vele. Gondosan leírta az anyának, hogy otthon hogyan törődjön Zolival. (A leírtakat az anyával – miután nem egészen értette – pontról pontra végigbeszéltem, mégsem

sikerült elérnünk, hogy a javasoltakat maradéktalanul teljesítse.) Zoli beszéde ennek ellenére sokat javult.

Látogatásaim során soha nem láttam játékot. Zoli unatkozott. Vittem a gyerekeknek játékokat, mesekönyveket. (A nagyobb gyerekek az Ifjúsági Házból kölcsönöztek társasjátékokat.) Sikerült elérnem, hogy az anya rendszeresen mesélt Zolinak. Már 1987 karácsonyára sok játékot kapott Zoli az anyjától és az anya testvéreitől is. Azóta rendszeresen vesznek neki könyvet, játékot. Ez polgárjogot nyert a családban. Öröm látni a Legóval elmélyülten játszó, vagy ügyesen rajzoló, festő gyereket. Bár az anya – munkájára hivatkozva – nem csinált Zolival közös programokat, testvérei vitték magukkal strandra, moziba, térre. Megjegyzem, az óvodába is főleg Éva vitte a gyereket.

Zoli helyzete lényegesen javult, ennek ellenére a nevelési tanácsadó pszichológusa óvodai felmérésekor több területen lemaradást észlelt nála. Ezért javasoltuk, hogy hozza fejlesztő foglalkozásokra. Egyszer elhozta, majd elmaradt. Indok: az anyja mondta, hogy ő is csak egyszer vitte mind-egyik gyermekét. Ismét elmagyaráztam az iskolaérettségi vizsgálat és a fejlesztő foglalkozás különbségét, ezután még egyszer eljöttek, többször nem. A gyerek ügyes mozgású, tornatagozatra akarták felvenni, de miután oda kísérni kellett volna, az anya ezt nem vállalta. Zoli jelenleg második osztályos, nincs vele probléma.

– Norbi eszméletvesztései miatt állandó orvosi felügyelet alatt állt. Az anya erre hivatkozva nem vitte el a Vakok Intézetébe vizsgálatra. Pedig ezt előzetesen megbeszéltük. Mint utóbb kiderült, ebben amellet, hogy Zsuzsa minden „nem muszáj” feladatot halogatott, én is ludas voltam. Amikor kezébe adtam a címet és a telefonszámot mondtam, hogy kérjen időpontot, hogy mikor viheti a gyereket. Ezt – mint egy későbbi beszélgetésben elmondta – nem értette. Tehát nem jól mértem fel, hogy hol tart, pedig tudatosan nem használtam idegen kifejezést. Beszéltem a gyermeket kezelő idegorvossal, aki egyetértett velem a vizsgálat szükségességében, sőt egyéb (hallás stb.) vizsgálatra is elküldte, hogy világosan lássuk a további teendőket. Végül a Vakok Intézetéből kimentek a lakásukra, s az összvizsgálat megállapította, hogy a gyermek képezhetetlen. Egészségügyi otthonba került.

– A későbbiekben a legkisebb gyermek, Niki vizsgálatát is kértem, miután kisebb problémákat észleltem.

A család anyagi helyzetén nagyot sikerült lendítenem. Kérésünkre mindkét bíróság intézkedett, majd a sürgetések után a továbbiakban Zsuzsa már rendszeresen kapta a tartásdíjakat. Miután közreműködésemmel a családvédelmi csoport által megkövetelt saját erőfeszítések eredménnyel zárultak, elhárult az akadály az általam javasolt rendszeres nevelési segítség kiutalása elől. Így anyagi helyzetük lényegében rendeződött. Jövedelmük néhány hónap alatt többszörösére növekedett. Mindez természetesen pozitívan hatott a gyermekek élelmezésére, ruhaneművel, játékkal stb. való ellátottságukra.

Zsuzsát nem sikerült az általános iskola befejezésére rábeszélnem, érveim nem hatottak.

A három nagyobb gyermek, illetve a már nagykorú fiúk helyzetének alakulása:

A két fiúval sokkal kevesebb gond és teendő volt, mint Évával. Laci befejezte a dolgozók iskolájában a nyolcadik osztályt. Dolgozik, szakma tanulásáról hallani sem akart.

Zoli is jár a dolgozók iskolájába, de igen nehezen ment a tanulás, főleg a matematika. Többször bukott, a pótvizsga sem sikerült matematikából. Mégis engedték, hogy járjon a nyolcadik osztályba, és matematikából a két osztály anyagából együtt vizsgázzon. Megbeszéltük, hogy az Ifjúsági Házban segítenek, ha rendszeresen bejár. Nehezen, csekély tudással, de befejezte az általános iskolát.

Évával voltam a legnagyobb bajban, passzivitása, érdektelensége miatt. Magatartásával semmi probléma nem volt. Csendben végigülte az órákat. Az iskolában is, és velem is keveset beszélt. Kérdésekre gyakran csak a vállát vonogatta. Igen nehéz volt vele kontaktust teremteni, beszélgetni. Később ez fokozatosan oldódott. Szinte reménytelennek látszott, hogy elvégezze az általános iskolát. Nyilvánvaló volt, hogy amennyiben nappalin, a megszokott iskolában nem fejezi be a nyolc osztályt, ő – ellentétben fiútestvéreivel – nem fog a dolgozók iskolájába járni. Külön tanulmány lenne, hogy mi mindennel kísérleteztem vele kapcsolatban – sikertelenül. Ezért csak felsorolom próbálkozásaimat: javasoltam, hogy járjon iskolai korrepetálásra, menjen az Ifjúsági Házba tanulni, jöjjön a Nevelési Tanácsadóba. Sehova nem ment. Amikor édesanyja elmondta, hogy csak a barátnőjével jár mindenhová, felajánlottam, hogy jöjjön a barátnőjével együtt. Végül, amikor Éva panaszkodott nekem, hogy a történelmet képtelen megérteni, megtanulni, hajlandó volt elővenni a történelemkönyvet és a füzetét, ami üres volt. Néhány lecke „közös” feldolgozása alapján tanulási módszerének kialakításában (lényeg kiemelése, vázlatkészítés, legyen egy csontváz, amire némi húst tehet stb.) igyekeztem segíteni. A munkát nagyon nehezítette az alapok, elemi ismeretek hiánya. Az új anyagok tárgyalásánál kiderült, hogy nincs mihez kapcsolnia. A lényeg: tanév közben általában három, sőt előfordult, hogy öt tárgyból állt bukásra, tanév végén valamit javított, a pótvizsgán átment. Valószínűleg ő is számított arra, amit anyja fejezett ki: „átlökdösik Évát, nem fogják megbuktatni”. Ebben igaza lett, de abban szerencsére nem, hogy az ő családjukban megváltoztathatatlanul, sorscsapásként minden gyerek kimarad az iskolából az ötödik, de legkésőbb a hatodik osztály után. Évánál – elsőként a családban – ez nem következett be!

A nyolcadikos bizonyítvány megvolt, de nagy problémát jelentett, hogy ilyen kis tudással hogyan tovább? Kivételes, nem is remélt szerencsével ez is megoldódott. A volt általános iskolája két éves szakiskolát indított, oda felvették. Ide szeret járni, hasonlóan gyenge tanulók között jól megállja a helyét. Mindazt, amit tanul – háztartásvezetés, csecsemő- és beteggondozás, varrás stb. – biztosan kitűnően fogja tudni hasznosítani, legalább a saját háztartásában, de remélhetőleg másutt is.

Ahhoz, hogy egy családnál eredményt lehessen elérni, igen sokféle segítségre van szükség. A család érdekében rendszeres kapcsolatot tartot-

tam a pedagógusokkal, orvosokkal stb. Ez természetes, enélkül nem lehet eredményt elérni, ennél a családnál azonban ki szeretném emelni az Ifjúsági Ház szerepét. Csak hálával tudok hivatásszerető munkatársaira gondolni, akik becsalogatták oda ezeket a gyerekeket, kimozdítva őket ingerszegény környezetükből. Programot, hasznos elfoglaltságot, tanulási segítséget nyújtottak nekik. A táborba soha el nem jutó gyerekeket évente vándortáborba vitték, élményt biztosítottak számukra.

(Zárójelben megjegyzem: amennyiben a prevenciót szolgáló alapvető intézményekre a jövőben nem jut pénz, később sokkal több és ezek fenntartásánál jóval drágább alkoholelvonóra, drogambulanciára, kórházi helyre, zárt intézetre és börtönre stb. lesz szükség!)

Rég vallom, hogy a családoknak lehet és kell segíteni, sok mindenre lehet tanítani őket, de nagyon sokat lehet tanulni is tőlük. Ennél a kifelé zárt, nagyon könnyen sértődő, a pedagógusokkal szemben sok fenntartással élő, előítéleteket tápláló, gyakran sündisznó állásba helyezkedő családnál is ezt tapasztaltam. Igen nagyfokú belső kohézióval rendelkeztek, s ez a bajban különösen megmutatkozott. Az anyának az egyik lábát – elhanyagolás és elégtelen orvosi ellátás következtében – térdből amputálni kellett. Megható volt az összetartásuk, áldozatkészségük. Az ott-honról, de méginkább a kerületből ki nem mozduló családtagok naponta 4-5 órát utaztak a kórházba, majd az utókezelésen még messzebb lévő anyjukhoz. Egy napon nem maradt látogatók nélkül!

Sok dilemmával küzd minden családgondozó. Ennél a családnál is voltak ilyen problémáim, de területi korlátok miatt nem érintettem. Ilyen volt, hogy mit csináljak meg helyettük (beadványok megírása stb.) és mihez ragaszkodjam, hogy maguk oldják meg (pl. Éva maga szerezz be hiányzó tankönyveit az Október 6. utcában – hetekig volt beszédtema, amíg rá tudtam erre venni). Lényegesnek tartottam, hogy felkeltsem a felelősségérzetüket saját dolgaikért.

Problémát jelentett az is, hogy mikor fejezzem be a munkát. Bevallom, hogy több ízben is hajtottam rá, amikor úgy éreztem, hogy amit tudtam, megtettem, a további családlátogatásoktól, azok hatékonyságától nem sokat vártam. Ezen szándékomat őszintén elmondtam Zsuzsának és anyjának, akik – passzivitásuk ellenére – élénken tiltakoztak, és kérték, hogy továbbra is jöjjek. Önkritikusan kijelentették: „maga sokat segített nekünk, mi magunktól igazán nem mentünk volna sehová, tanultunk magától...” A kérésen túl, a még elintézetlen és újabb teendők (Zsuzsa harmadik gyermekének születése stb.) egy ideig még a családnál tartottak.

Úgy gondolom, hogy az A. családnál bekövetkezett változásokat sem túlbecsülni, sem lebecsülni nem szabad. A változások értékét csak a jövő fogja megmutatni.

Bill Jordan

A szociális munka bemutatása*

Az átszervezés és hiányosságai

Az előző fejezetben ismertettem néhány olyan tendenciát, amely hozzájárul a szociális munka háború előtti fejlődéséhez. Vázoltam a (főleg amerikai) tanácsadási és pszichoterápiás irodalmat, amely hatással volt az 50-es években a szociális munkások képzésére. A különféle érdek- és státuscsoportok, amelyek a jóléti állam keretei között és a szociális munkás szakmán belül alakultak ki, egyre inkább a szakmaiság és a képzés fogalmára hivatkozva kezdték önmagukat meghatározni. A *szakmai státus* elérésére törekvők speciális képzési programok kifejlesztésébe fogtak, s tették ezt igen szűk bázison. Kialakulásuk idején szorosan kötődtek a különböző politikai mozgalmakhoz, fejlődésüknek ebben a szakaszában viszont a szakmai specializációt tekintették a jövő zálogának. Azok, akik nem hittek ilyen fennkölt státus elérésében, technikaibb megközelítést képviseltek, és a törvényes valamint a szervezeti alapokra helyezték a hangsúlyt. Bár identitásukat inkább hivatali szerepükből nyerték, semmint szakmai képzettségükből, a gyakorlatban ők is kifejlesztettek egyfajta szakosodást, amely elkülönítette őket más munkahelyek alkalmazottaitól.

Az első csoport jellegzetes példája a kórházakban és nevelési tanácsadóknál dolgozó pszichiátriai szociális munkások szűk elitje volt. Az 50-es években ez a csoport teljes szívvel elfogadta az amerikai pszichoterápiás ideálokat és módszereket. Többségük valamilyen formában hatással volt az ekkor létrejött képzési formákra (és azok is befolyásolták őket). A belső, érzelmi problémák megoldásához nyújtott individuális segítséget tekintették fő feladatuknak, és nagy érdeklődéssel foglalkoztak az egyéni esetkezelés és a pszichoanalízis közötti különbségekkel és hasonlóságokkal. A köreiken kívül állók számára gyakran tűntek finnyásnak és a „valódi” szociális munka nyersebb világától elszigeteltnek. Megválogathatták klienseiket, és láthatóan leginkább a neurózis és a bizzarr fantáziák ezoterikája hozta lázba őket. Az is nyilvánvaló volt, hogy szívesebben barát-

* Fejezet a szerző *Invitation to Social Work* c. könyvéből. Robertson, Oxford, 1984

koztak a pszichiáterekkel, mint más munkahelyeken dolgozó szociális munkás kollégáikkal.

A pártfogó felügyelők csoportja szintén nagy megbecsülésnek örvendett. Köszönhették ezt többek között annak, hogy ez a szolgálat elsősorban diplomás férfiakat alkalmazott. A bírósághoz tartozásuk is előnyöket jelentett, mivel viszonylag független szakmai pozíciót biztosított számukra. A pszichoanalitikus megközelítés, amely alapvetően meghatározta a képzést az 50-es években, számukra is vonzó volt, ugyanis magyarázatot nyújtott a bűnelkövető viselkedés néhány irracionális formájára. Az amerikai elmélettel való kacérkodást azonban nagymértékben ellensúlyozta, hogy a szolgálat tagjai közül sokan korábban a Belügyminisztérium egyenruhás állományához tartoztak, ez adta a szolgálat disztिंगvált, pipázó és tweed-felöltős jellegét. Néha meglehetősen nehéz volt megállapítani, hogy az a pipafüst mögül jövő mormogás, amellyel a kliens vonakodó feltárulkozására reagáltak, a reflektív, nem-ítélkező tanácsadási stílusból következett-e, vagy egyszerűen a „katonásan feszes alsójak” tünete volt. A pártfogó felügyeletet óriási és meg nem érdemelt közmegbecsüléshez juttatta a „Pártfogó felügyelő” című hosszú tévé-sorozat is.

Talán az új gyermekjóléti szolgáltatások alkalmazottai voltak a legambiciózusabbak és legidealistábbak az átszervezett helyi hatósági szolgáltatások képviselői közül. A szociális munkának ez az ága még a pszichiátriai szociális munkánál és a pártfogó felügyeleti szolgálatnál is gyorsabban növekedett. Ennek az idealizmusnak a nagy része azonban ebben az időszakban a szolgált kliens-csoport iránti rendkívüli elkötelezettségből és a régi renddel szembeni ellenséges érzületből fakadt. Szakmává szerveződésük nem professzionalizmusból vagy amerikai stílusú képzettségükből következett, hanem sokkal inkább az általuk képviselt küldetés-tudatból. Ahogy John Stroud írta:

„Az új szolgáltatás légköre olyan volt, mint valami fantasztikus keresztetshadjáraté. Az egyetemen az volt a benyomásunk, hogy a külső világ tele van kastélyszerű intézetekkel, ahol a kék posztóba öltöztetett gyerekek százait sípszóval egzecíroztatják. Arra készültünk, hogy leromboljuk e rogyadozó bástyákat. Arra készültünk, hogy leválsuk vagy átképez-zük a sarokba térdepeltető brutális rabtartókat. Akkoriban egyszer azt álmodtam, hogy elhúztam egy függönyt, a napfény elárasztotta az első-tétített szobát, és ahogy őszintén és barátságosan mosolyogva visszafordultam, láttam, ahogy a fény bevilágította a kicsik felfelé fordított arcát.”¹

Ezzel szemben a helyi hatóságok szociális és elmeegészségügyi szolgálatai szürkébb, kevésbé lelkes szervezetek voltak. Az elsősorban idősek, fogyatékosok és hajléktalanok ellátásáért felelős szociális osztályok sokkal nagyobb mértékben örökölték a szegénytörvények intézményeit, alkalmazottait és intézeti lakóit, mint a gyermekekkel foglalkozó részlegek. Emiatt mindennapi gyakorlatukban erőteljesebben voltak jelen a korábbi korszak tradicionális eljárásai és attitűdjei. 1958-ban a szervezetek alkalmazottainak nagy része negyven és hatvan év közötti férfi volt, a gyermekvédelmi szolgáltatások alkalmazottainak túlnyomó többségét viszont fiatal nők alkották.² A szociális osztályokon dolgozó idősebb nemzedék

képzettségét (ha egyáltalán volt valamiféle képzettségük) egy, a szegény-törvények idején szervezett tanfolyam elvégzése jelentette, amely ínség-enyhítő hivatalnoki bizonyítványt adott.³ 1966-ban a jóléti hivatalok alkalmazásában álló szociális munkások mindössze 10 %-ának volt szakmai képesítése, és további 7 %-uknak társadalomtudományi területen szerzett bizonyítványa vagy diplomája. Csak az elmeegészségügyben foglalkoztatott szociális munkások körében volt ez az arány valamelyest magasabb.⁴

Még ennél is rosszabb volt a helyzet a terepen ill. a bentlakásos intézményekben dolgozó szociális munkások körében. 1966-ban Walesben és Angliában a helyi hatóságok 5600 főt foglalkoztattak a gyermekotthonokban és bölcsődékben, további 31.970 főt pedig a bentlakásos intézményekben (a fizikai alkalmazottakat is beleértve). A Williams-jelentés 1967-ben 98%-ra becsülte az öregotthonok dolgozói között a képesítéssel nem rendelkezők arányát, míg ugyanez az arány a gyermekotthonokban 82% volt. Még veszélyesebbnek tekinthető, hogy az intézményvezetők 72%-a sem vett részt szakmai képzésben.⁵

Sok képesítés nélküli dolgozott az értelmi fogyatékosok otthonaiban (több mint 4000), a napközikben (több mint 5000), az oktatásügy területén működő jóléti szolgálatban (több mint 2000), és mindenekelőtt a házi gondozásban (több mint 30.000).⁶ A személyes szociális szolgáltatások alkalmazottainak mindezen csoportjai ad hoc módon fejlődtek, maguk alakították ki saját erkölcsiségüket és munkastílusukat, mindenféle tervezés vagy tudományos megalapozottság nélkül.

Az 1950-es és 1960-as években egyre több pénzt fordított a kormány a szociális szolgáltatásokra – csak a szociális lakásépítésre költött összeg csökkent egy ideig, majd azután az 1960-as évek második felében ismét gyorsan növekedett. Mindegyik szolgáltatási forma fejlődésének megvolt a maga kiemelkedő időszaka. Növekedésük a szakmai és hivatali birodalmak kialakulásával, az érdekcsoportok versenyének és szövetkezésének mindenkori állásával függött össze. A szociális szolgáltatások szakaszos növekedése a fejlett tőkés országok mindegyikében a szociáldemokrata politikai kompromisszum és a gazdasági növekedés korszakának jellemzője volt. Különösen igaz ez Európában, ahol még azok az országok is, amelyek a háború idején nem tértek át a jóléti állam alapelveire, hasonló – és az esetek többségében sokkal nagyvonalúbban finanszírozott – szociális szolgáltatásokat hoztak létre.

A helyi hatóságok személyes szociális szolgáltatásait vizsgálva azt tapasztalhatjuk, hogy a szociális hivatalok költségvetése sokkal gyorsabban növekedett, mint a gyermekjóléti szolgáltatásoké. A szociális hivatalokra szánt összeg 1952 és 1968 között 234%-kal növekedett, a gyermekjóléti osztályoké azonban, azonos áron számítva, csak 127%-kal.⁷ Az összes jóléti szolgálat közül a szociális hivatalok költségvetése növekedett a legnagyobb mértékben. Ennek túlnyomó hányadát az időskorúaknak szánt szociális otthonok építésére, és az ezekben alkalmazott szociális munkások fizetésére szolgáló összeg tette ki. A növekedés elsősorban a demográfiai változásokkal függött össze, ugyanis a nyugdíjaskorúak száma az

1951-es 6.850.000-ről 1971-re 8.898.000-re nőtt, és míg 1951-ben a teljes lakosság 13,6%-át, addig 1971-ben 16%-át tette ki.⁸

Minden helyi hivatali osztály a klienscsoportjának biztosított intézményi ellátással összefüggő feladatok elvégzését tekintette ebben az időszakban elsődlegesnek. Már láttuk, hogyan foglalmazták meg a gyermekek ügyeivel foglalkozó hivatalok saját feladataikat. Elsődleges céljuknak a gyermekek intézeti ellátásának javítását és a családpótló nevelésben részesülő gyermekek számának növelését tekintették. Az idősgondozás területén a szociális osztályok legfőbb céljuknak a túlnyomórészt egykori dologházakban működő öregotthonok körülményeinek javítását, új intézetek építését és személyzettel való ellátását tekintették. Az elmeegészségügyben a helyi hivatalok alkalmazottainak rendeletben előírt feladata a felmérő vizsgálat elkészítése, a pácienseknek bizonyítvány kiállítása és a kórházból elbocsátottak utógondozásának megszervezése volt. Minden munkahelyen növekedett a *preventív* munka lehetősége is. Korábban megvárták, amíg a gyermekeket állami gondozásba kellett venni, az idős emberek felvételüket kérték az öregek otthonába, az elmebetegeket pedig kórházba utalták. Most megkíséreltek a lakóterületen olyan szolgáltatásokat biztosítani, amelyekkel csökkenteni remélték azoknak a számát, akiknek intézményi elhelyezésre volt szükségük. Egyes szociális osztályoknak fenntartásaik voltak a *preventív* munkával szemben, és ragaszkodtak ahhoz, hogy csak olyanokkal foglalkozzanak, akiket – mint állami gondoskodásra szorultakat – hozzájuk küldenek; az ambiciózusabb és bátrabb munkahelyek viszont új szolgáltatásokat hoztak létre. Különösen néhány, gyermekügyekkel foglalkozó osztály tűnt ki újjító kedvével. Például Oxfordshire-ben nemcsak a „veszélyeztetettnek” minősített családokkal foglalkoztak, hanem fiatalkorú bűnelkövetőkkel is, akiket megpróbáltak a bíróság vagy a javítóintézet kapuin kívül tartani azzal, hogy alternatív lehetőségeket biztosítottak számukra a területi gyermekjóléti rendszerben. Más helyi hivatalok ezt nem tekintették feladatuknak. Az úttörők erőfeszítései közismertté váltak, és csakhamar rendeleti támogatást is kaptak – például az 1959-es elmeegészségügyi, az 1963-mas gyermek- és ifjúságvédelmi, az 1967-es egészségügyi szolgáltatással és közegészségüggyel foglalkozó törvényben. Lassan kezdett tehát eltűnni a háború utáni szociális szolgáltatásoknak az a sajátossága, hogy figyelmük középpontjában kizárólagosan a jogosultság előírászerű meghatározása és a sürgető szükségben lévő személyek ellátása állt.

Az 1950-es években kezdtek felfigyelni a „problémás család” jelenségre, ekkortól jelentek meg újságcikkek is a témáról. A háború után a szociális szolgáltatásokat egyéni szükségletek kielégítésére hozták létre, voltak azonban olyan családok, amelyeknek egyidejűleg többféle szolgáltatásra volt szükségük. A „problémás családok” esetében egyszerre jelentett gondot a szegénység, a lakásprobléma, az oktatási és kulturális hátrányos helyzet, és gyermekeik is kiemelt figyelmet igényeltek, mind a jóléti, mind pedig az elmeegészségügyi hivatal részéről. A szociális munka szakmai folyóirataiban elméleti cikkek jelentek meg arról a sajátos pszichés zavarról, amelyet a problémák illetően halmozódása jelezhet. Az in-

tézmények vezetői viszont azon az állásponton voltak, hogy a hatékony megelőzés érdekében szükség lenne egy olyan felelős és szélesebb jogkörrel rendelkező hivatali részleg létrejöttére, amely a „problémás családokkal” foglalkozna. Márcsak amiatt is szükség lenne ezekre, mivel az ilyen családok száma ugyan kicsi, de a szociális munkások munkaidejének aránytalanul nagy hányadát kötik le. Néhány helyen a gyermekügyekkel foglalkozó osztályokon belül jöttek létre speciális szolgálatok, amelyek intenzíven kísérték figyelemmel a sok problémával küszködő családokat. Némi gyakorlati segítséget is nyújtottak, sőt, volt ahol korlátozott pénzbeli segílyt is adtak. Ahol viszont erre nem volt lehetőség, klienseik szükségleteit kielégítendő maguk váltak a szociális osztályok kérelmezőivé, és a jogosultság vizsgálatakor gyakran a társhatósághoz hasonló eljárásokat alkalmaztak.

Az 1960-as évek közepére kialakult egy mozgalom, azt követelve, hogy ezeket a szolgáltatásokat egy munkahely keretein belül egyesítsék. Ezt az elképzelést egyaránt alátámasztotta a preventív tevékenység súlyának növekedése, és annak felismerése, hogy a helyi hatóságok osztályainak ügyszakjai egymást átfedik. Az új koncepció támogatói azzal érveltek, hogy egy ilyen ügyosztály szakítana a régi eljárással, és tevékenységének középpontjában nem az egyes klienscsoportok állnának, hanem képes lenne a lakóhelyi közösség szükségleteit sokkal szélesebb és koordináltabb módon szemlélni. Így a szolgáltatásokat sokkal értelmesebben és hatékonyabban tudná megszervezni. A szakmai közvéleményben egyre világosabbá vált, hogy a szociális munka területeinek közös tudásalapja van. Erre a felismerésre alapozva ajánlott a Younghusband-jelentés új, két-éves tanfolyami képzést azonos tantervvel az összes, helyi hivatalnál személyes szolgáltatást nyújtó szociális munkás számára. Az 1964-es választások után sok olyan kritikai észrevétel és javaslat vált a Wilson-kormány politikájának részévé, amelyet az ellenzékben lévő Munkáspárt vetett fel, és így kerültek be a korábbi kormányjelentésekbe.

A 60-as évek közepének politikai elméleteiből érthetjük meg, hogy miért jelent meg egy új, a helyi önkormányzatok keretein belül létrehozott, kiszélesített jogkörrel rendelkező szolgáltató szervezet iránti igény. Ebben az időben a munkáspárti kormány az ipar és az állami szolgáltatások „racionalizálása” révén próbált meg gyorsabb fejlődési ütemet elérni a gazdaságban. A korszellem mindkét területen előnyben részesítette a nagy egységek létrehozását. Fúziók révén hatalmas vállalkozások jöttek létre az iparban, és az állami minisztériumokat is olyan mammothivatalokká egyesítették, mint amilyen az Egészségügyi, Társadalombiztosítási és Környezetvédelmi Minisztérium volt. A jobb tervezésről és gazdaságosságról alkotott elképzelésekkel összhangban a helyi önkormányzatok személyes szociális szolgáltatásai a racionalizálás fontos célpontjainak tűntek.

Másodszor: egyre világosabbá vált, hogy a háború utáni jóléti állam – megalkotói reményeivel ellentétben – nem oldotta meg a szociális problémákat. Már a munkáspárti kormány hatalomra kerülése utáni első évben elkezdtek a kutatók cikkezni arról, hogy a szegénység továbbra is

létezik, milliók élnek a hivatalos nyomorszint *alatt*, köztük sok olyan nagycsalád, amelynek kenyérkeresője kisfizetésű alkalmazott. Ez a probléma pedig sürgős reformot követel. A munkáspárti kormány elkezdte az Állami Segélyezési Bizottság (National Assistance Board) átalakítását. Az új hivatalt Kiegészítő Jövedelmek Bizottságának (Supplementary Benefits Commission) keresztelték. A Bizottság kiterjedt jogkörrel rendelkezett, és létrehozóinak szándéka szerint szorosabban integrálódott az állami társadalombiztosítási rendszerbe. Az új irányvonal igyekezett megszüntetni a szolgáltatások *széttagoltságát*, ezért az egyesítések következtében már amúgyis óriási szolgáltató rendszerek közötti együttműködés növelésére törekedett. Ez azonban újabb „határvillongásokhoz” vezetett, ami viszont tovább növelte a nyomást, hogy újabb szervezeti fúziók jöjjenek létre.

Harmadszor: a Munkáspárt elkötelezte magát a fiatalkorú bíróságok reformja mellett. Célul tűzték ki, hogy a fiatalkorú bűnelkövetőket – amennyire csak lehetséges – a bírósági rendszeren kívül tartják. Ez az alapelv – amelynek kidolgozásában különösen Lord Longfordnak volt nagy szerepe – megkívánta a gyermekügyi hivatalok újjászervezését, illetékességi körük kibővítését, hogy ne csak a szükséglet szenvedő, hanem a „kemény” gyerekekkel is foglalkozzanak, és nagyobb figyelmet fordítsanak a *családgondozásra* és a megelőzésre.

Az 1960-as évek közepén erős nyomásgyakorló csoportok kezdték követelni a helyi hatóságok szolgáltatásainak reformját. A kritikusok felhívták a figyelmet az egyes hivatalok közötti gyenge együttműködésre, amely megnyilvánult a tervezésben és az egyes ügyekkel való foglalkozásban egyaránt. Számos hivatali jelentés bizonyította, hogy minden hivatalnak több figyelmet kell fordítania a hátrányos helyzetek kialakulásának megelőzésére, az intézeti elhelyezés iránti szükségletre, többet kell áldoznia az olyan csoportok területi gondozására, mint például az értelmi és testi fogyatékosok.

A szociális munka szakmai berkeiben is kialakultak olyan érdekcsoportok, amelyek célul tűzték ki egyesített „családsegítő szolgálat” létrehozását, a helyi hatóságok személyes szociális szolgáltatásainak egy intézmény keretei közötti egyesítését. A legfontosabb ilyen érdekcsoport a Szociális Munkások Szervezeteinek Állandó Tanácsa (Standing Conference of Organizations of Social Workers) volt. Ez képviselte ugyan az összes nagy, szociális munkásokat tömörítő szervezet álláspontját, de aránytalanul nagy számban voltak benne jelen azok a szervezetek, amelyek a legképzettebb szakmai csoportokat (a pszichiátriai és kórházi szociális munkásokat, valamint a pártfogó felügyelőket) tömörítették. Abban valamilyen egyetértettek, hogy létre kell jönnie egy új, egyesített hivatalnak, amelynek vezetői székét csak szociális munkás foglalhatja el. A helyi hivatalok közül csak a gyermekügyi hivatalokat vezette szociális munkás, a többiek a helyi egészségügyi tisztviselő (Medical Officer of Health) fennhatósága alá tartoztak. Bár álláspontjuk indoklásaként szakmai érvet hangoztattak (hogy ugyanis nem jó, ha egy-egy család többféle szükségletét különböző ügyosztályok elégitik ki, ahogy az a régi rendszerben volt),

nehéz elkerülni azt a gyanút, hogy az új rendszer szószólóinak szeme előtt más célok is lebegtek. Ugyanis az átalakítás révén sikerült a szakma számára az eddigieknél sokkal jobb előmeneteli struktúrát létrehozni.

1966-ban a Seebohm Bizottságot jelölték ki, hogy vizsgálja meg a helyi hatóságok személyes szociális szolgáltatásaiban az átszervezés lehetőségeit. Az Állandó Tanács választott testületei viszont egymásnak ellentmondó álláspontokat képviseltek az olyan lényegi kérdésekben, mint amilyen például az, hogy az új ügyosztálynak kikből kell állnia, vagy hogy azt miképp kell megszervezni. A Pártfogó Felügyelők Országos Egyesülete például – bár maga sem volt egységes – azt javasolta, hogy a pártfogó felügyeleti szolgálat ne kerüljön az új hivatal kötelékébe. A Gyermekügyi Tisztviselők Szövetségének véleménye szerint a gyermekügyi szolgálatokat kellett volna legelőször beolvasztani az új hivatalba, más szolgáltatásokat csak később. Vitapont volt az is, hogy milyen mértékű szakosodásnak kell megmaradnia az egyesítés után. A nagy hatalommal rendelkező Pszichiátriai Szociális Munkások Szövetsége ragaszkodott ahhoz, hogy tagjainak az egyesítés után is meg kell tartaniuk identitásukat és speciális szerepüket.⁹

Végül a Seebohm Bizottság a gyermekügyi, a szociális, az elmeegészségügyi, az oktatási intézményekhez kapcsolódó jóléti, a nevelési tanácsadási és a házi gondozási területek egy szervezeti egységbe foglalását javasolta. Ez egy rendszer keretei között egyesítette volna a helyi hatóság területi és adminisztratív személyzetét, valamint a bentlakásos intézetekben dolgozó személyzetet és az elmeegészségügyi szolgálatban működő szociális munkásokat, de kihagyta volna a pártfogó felügyelőket (annak ellenére, hogy a skót rendszerben őket is belefoglalták a szociális munka ügyosztályokba). Így is maradtak illogikus megkülönböztetések. A foglalkozási rehabilitáció területén dolgozó terapeuta, aki a klienseit otthonukban látogatta, része volt az új szociális szolgáltató hivatalnak; az az ugyanilyen feladatot ellátó szakember, aki a kórházban találkozott klienseivel, az egészségügyi szolgálat alkalmazásában állt. Az öregotthonokban dolgozó gondozónők bentlakásos intézményben dolgozó szociális munkások voltak, a geriátriai és pszichogeriátriai klinikákon dolgozó gondozónők viszont nővéreknek számítottak. Az élelem házhoz szállítása a szociális ellátás része volt; az iskolai kedvezményes étkeztetés viszont az oktatási rendszer fennhatósága alá tartozott.

Az új szociális szolgáltató hivatalok létrejötte 1971-ben nagyobb adminisztratív átszervezéssel járt, és terepmunkások új munkacsoportjainak létrehozását jelentette. E munkacsoportok többsége a korábbi, még különálló szolgálatok alkalmazottaiból jött létre. Seebohm általános, mindennel foglalkozó csoportok kialakítását javasolta, de kíváncsúnak tartotta bizonyos mérvű szakosodás megmaradását az átszervezés után is. Végül, az új egységek túlnyomó többségét úgy alakították ki, hogy az ezekbe tartozó szociális munkások sokféle üggyel, és különféle klienscsoportokba tartozó ügyfelekkel foglalkoztak. A korábbi szociális osztályok alkalmazottainak volt a legnagyobb esélyük arra, hogy a vezető ál-

lásokat megkapják, mivel számukat tekintve ők alkották a legerősebb csoportot, és ők dolgoztak korábban a legnagyobb költségvetéssel.

Carole Satyamurti festette a legelevenebb képet arról, hogy milyen volt egy belvárosi szociális szolgáltató hivatal a Seebohm nevéhez fűződő egyesítés után. Az új igazgató, aki korábban szociális ügyekkel foglalkozó tisztviselő volt, alkalmazta ugyan a tervezés és menedzsment retorikáját, de Satyamurti vizsgálata szerint kétségbeejtően híján volt a realitásérzéknek.

„Az igazgató, az igazgatóhelyettes és a csoportvezetők minden reggel kilenckor Ames úr szobájában találkoztak másfél órára. Így a résztvevőknek minden héten egy napi munkaórájuk ment el az ilyesféle értekezletekre. A megbeszéléseknek nem volt napirendje, ehelyett ötletszerű beszélgetések zajlottak olyan témákról, amelyek a hivatal postájából való véletlenszerű válogatásnak tűntek, vagy olyan témákról, amelyeket bárki érdemesnek tartott a megvitatásra. A ügyiratokat ritkán használták az általános elvek megtárgyalásához, hanem egyszerűen elolvasta őket valaki, aztán továbbította a megfelelő területi munkacsoportnak. Nem volt egy olyan pillanat sem, amikor legalább a többség ugyanazzal foglalkozott volna, és gyakran volt olyan megbeszélés, amely csak két-három ember érdeklődésére tarthatott számot.”¹⁰

A tervezés és célok megállapítása terén a vezetés hiánya a következőket jelentette:

„Az ügyek fontossági sorrendjét végeredményben a szolgáltatást végzők, azaz a szociális munkások állapították meg. Emiatt nem voltak egyértelmű határozatok. A szociális munkások általában a rájuk nehezedő nyomás éppen aktuális konstellációjának megfelelően döntöttek, és gyakran követhették saját egyéni elképzeléseiket. A felülről világosan megszabott irány hiánya okozta a szociális munkások krónikus rosszérzését, a tevékenységükkel kapcsolatos szorongást, és ez okozta azt a mindent átható érzést, hogy sosem tesznek eleget az elvárásoknak.”¹¹

Satyamurti vizsgálatának eredményei azt bizonyították, hogy a területi szociális munkások és a gyermekotthonokban dolgozó kollégáik közötti viszony feszültebbé vált az újjászervezés után. Az otthonokban dolgozók úgy látták, hogy a területi szociális munkások kevésbé nyitottak, ritkábban látogatják az intézetben elhelyezett gyermekeket, és nem beszélnek meg a gyerekekkel kapcsolatos terveket az intézeti nevelőkkel. A bentlakásos intézmények gondozó személyzetét kevésbé érintették a szervezeti változások. Különösen érvényes volt ez a megállapítás az öregek otthonaira. Ezen a munkaterületen a gondozó személyzet jótékony hatásának érezte az átalakulást, a területi munkások tapasztalataik szerint elérhetőbbek és segítőkészebbek voltak, mint korábban.

Satyamurti megállapította, hogy más hivatalok – különösen a társadalombiztosítással, egészségügyi ellátással és lakásüggyel foglalkozók – az átszervezés következtében a korábbinál jobb helyzetbe kerültek, átküldhették a hozzájuk fordulókat a szociális szolgáltató hivatalhoz, így befolylásolni tudták saját munkájuk mennyiségét.

„Eszközt kaptak a kezükbe ahhoz, hogy megszabják mind a vállalt

ügyek mennyiségét, mind pedig azok természetét. A szociális szolgáltató hivatal viszont nem dolgozhatott hasonló módon, mivel hivatalként ritkán volt olyan helyzetben, hogy visszautasíthassa a hozzá küldött ügyeket, miközben azok az intézmények, amelyekhez ő küldött klienseket, megtehették ezt.”¹²

Ráadásul ezek és más hivatalok is – a bíróság, a rendőrség, az iskolák és a közintézmények – szívesen „passzolták át” a szociális szolgáltató hivatalnak azokat a eseteket, amelyekben az egyéni szükségletek ütköztek össze az önkormányzati felelősséggel:

„Mindezek a hivatalok vagy szervezetek, amikor egy kliens vagy foggyasztó szembesítette őket a 'gondozás kontra ellenőrzés' dilemmájának legsúlyosabb formájával, megkísérelték (gyakran sikeresen), átpasszolni az ezen személyekért vagy családokért viselt felelősséget a szociális szolgáltató hivatalnak. Elvárták, hogy – így, vagy úgy – de a Hivatal oldja meg a dilemmát.”¹³

Végül Satyamurti megállapította, hogy a szociális munkások kevésbé voltak lojálisak az új hivatal iránt. Az ottani tevékenységet a frusztráció forrásának, vagy – legjobb esetben – értelmetlennek látták.¹⁴ Legközelebbi kollégáikhoz és előljáróikhoz fordultak támogatásért és a hatáskörök kölcsönös tisztázása végett. Ez pedig a szervezeti elvárások figyelmen kívül hagyásához vagy elhanyagolásához vezetett. Satyamurti megjegyezte, hogy főleg azoknak a sajátos előírásoknak a végrehajtását nem ellenőrizték, amelyek a gyermekek gondozásba vételét és az ezt követő ellenőrzést szabályozták.

„A vezetés és a szakmai tanácsadók nagy hangsúlyt fektettek a gyermekotthonokban élő gyerekek kötelező látogatásának teljesítésére. Ha ugyanis történt valami egy állami gondozott gyermekkel, és kiderült, hogy a látogatási kötelezettséget nem teljesítették, akkor botrány lehetett belőle. A szociális munkások egy része megértette az előírás értelmét, mások viszont csak újabb adminisztratív terhet láttak benne. Általános volt, hogy a szociális munkások – a vezetés álláspontjával ellentétben – nem tekintették elsődleges kötelességüknek a látogatási előírás teljesítését, és a gyakorlatban úgy viselkedtek, mintha ez saját belátásukra lenne bízva.”¹⁵

Igen lehangoló a kép, amelyet Satyamurti festett a szociális munkás szerepéről egy leromlott belvárosi kerületben az 1970-es évek elején. Jól mutatja, hogyan tékozlódott el a jóléti állam keltette idealizmus, hogyan állandósultak a szervezeti problémák mind az állami szolgálatokon belül, mind pedig azok között. Az új hivatalok igen nagyok voltak, így a kapcsolat a felső vezetés meg a szociális munkások között személytelenné vált. A források és a tervezés javításáról hangoztatott szólások ámitásnak bizonyultak. Állandó problémát jelentett a szociális szolgáltató hivatal és más állami hivatalok közötti határok megvonása, és folytonos viták dúltak a szükséglet szenvedő klienscsoport (különösen gyermekes családok) iránti felelősségről.

A legtöbb konfliktus a szociális munkások és a Kiegészítő Jövedelmek Bizottságának (KJB) tisztviselői között alakult ki. Ennek oka az volt,

hogyan 1963 óta a szociális munkásoknak – nem eléggé egyértelműen ugyan, de – hivatali felhatalmazásuk volt arra, hogy anyagi segítséget nyújtsanak olyan családoknak, amelyeknek gyermekeivel kapcsolatban az állami gondozásba vétel szükségessége merült fel. Ugyanakkor a segélyezési rendszert átszervezték, ennek következtében egy kiterjedtebb és formálisabb adminisztratív struktúra alakult ki. A fiatalabb igénylők – egyedülálló szülők és munkanélküliek – száma ebben az időszakban gyorsan növekedett. Satyamurti azt tapasztalta, hogy a segélyügyekkel foglalkozó hivatalnokok hajlamosak voltak arra, hogy úgy lépjenek fel, mintha nekik kellene az adófizetők érdekeit megvédeni, és „azonosították magukat az- zal, amit ők a szélesebb közvélemény anyagi és erkölcsi érdekének tekintettek”.¹⁶ Rugalmatlanoknak bizonyultak, ha a kérelmezők veszélyhelyzetre vagy átmeneti nehézségeikre hivatkozva nagyobb értékű háztartási eszközökre fennálló tartozásaik kifizetésére kértek sürgős segílyt. A szociális szolgáltató hivatalnak szerintük az volt a dolga, hogy kitöltse az ő gondoskodásuk hézagait, emiatt sok kérelmezőt küldtek át a szociális munkásokhoz. Ahogy Satyamurti leírta:

„A szociális munkások gyengék voltak ahhoz, hogy visszautasítsák azt a szerepet, amelyet a KJB hivatalnokai elvártak tőlük, nevezetesen, hogy a Szociális Szolgáltató Hivatal tegye meg mindazt, amit a családdal kapcsolatban a KJB megtagadott. A szociális munkások dühösek voltak, amikor a KJB hozzájuk küldte a klienseket anyagi segítségért olyankor, amikor érzésük szerint a KJB hivatalnokainak kellett volna megadniuk a segílyt. De látván a kliensek nyomorúságos helyzetét, azt, hogy a részletre vásárolt holmit el fogják veszíteni, és/vagy hogy a gyermeket ki kell emelni a családból, a szociális munkások – persze előljáróik beleegyezésével – rendszerint kiutalták a szükséges összeget.”¹⁷

Hasonló vitáik voltak más nagy állami szolgálatokkal is. Ezek mindegyike kifejlesztett egyfajta szervezeti rugalmatlanságot, mindegyik igyekezett megszabadulni a leginkább szükségét szenvedő és legproblémásabb lakásbérletől, betegeitől, tanulóitól vagy fogyasztóitól. Valamennyien a szociális szolgáltató hivatalt vélték a megfelelő gyűjtőhelynek mindazok számára, akiket a lakóközösség marginális vagy deviáns tagjaként tartottak számon. Ennek következtében az új szociális szolgáltató hivatalok lasanként fölvtették a régi szegénnytörvények alapján működő Állami Segítség Bizottságainak számos funkcióját és strukturális jellegzetességét: végső állomássá váltak mindazok számára, akik nem voltak képesek jogaikat érvényesíteni más szociális szolgálatokkal szemben, vagy akik kétségbeesésükben, utolsó mentsvárként intézeti elhelyezésért folyamodtak.

Satyamurti tanulmánya szerint ez a helyzet, a nagyfokú nyomor és a vizsgált környezet leromlott állapota határozta meg a kliensek és a szociális munkások közötti kapcsolat sajátosságait. Egyrészt: a kliensek a szociális szolgáltató hivatalban elsősorban azokat a forrásokat látták, amelyek felett az rendelkezett (pénzsegély, háztartási segítség, napközi gondozás, intézeti helyek), és azt a jogosítványt, hogy közbenjárjon érdekükben más hivataloknál. De az már egyáltalában nem volt világos

számukra, hogy miképp lehet ezekhez a forrásokhoz és érdekképviselőkhöz hozzájutni. Eltérő, gyakran zavaros elképzeléseik voltak arról, hogy milyen megközelítés vezet leginkább eredményhez. Néhányan azt gondolták, hogy be kell bizonyítaniuk erkölcsi feddhetetlenségüket, mások úgy vélték, hogy haragosnak és követelőzőnek kell lenniük, megint mások nyomorúságuk kétségbeejtő voltát hangoztatták.

Másrészt: a szociális munkások hajlottak arra, hogy a kilensek viselkedését helytelennek, irracionálisnak vagy betegesnek tekintsék. Ha pedig a forrásokra vonatkozó követeléseiket jogosultságuk bizonyításával támasztották alá, akkor „manipulálónak” tartották őket. Úgy vélték, hogy „alacsony fejlettségi szintet” tükröznek azok a viselkedési és családi minták, amelyek pedig az ebben a munkáskerületben tapasztalható mindennapi normáknak feleltek meg. „Ez az általános nézőpont azt jelentette, hogy a szociális munkások egyes kliensek, sőt egész klienscsoportok viselkedését – amely megfelelt társadalmi csoportjuk jellemző mintáinak – irracionálisnak vagy neurotikusnak minősítették.”¹⁸

Ez befolyásolta a kliensekkel való közvetlen kapcsolat stílusát is. A szociális munkások hajlamosak voltak arra, hogy gyermekként – sőt, megbízhatatlan gyermekként – kezeljék felnőtt ügyfeleiket, és láthatóan nem tekintették fontosnak egyéniségük tisztelben tartását.

„A szemtől-szembeni interakció egyik jellegzetessége volt, hogy a szociális munkások elfelejtették, rosszul ejtették vagy összetévesztették a kliensek nevét. Ez kiderült az ügyiratokban található feljegyzésekből is. Mintha a kliens nem is volna személyiség, akinek a neve fontos. A szociális munkások gyakran olyan hangon és úgy beszéltek a kliensekkel, ahogyan gyerekekkel szokás – szigorúan vagy kioktatóan, vagy azt a benyomást keltve, mintha egy sajátosan leegyszerűsített kommunikációs formát használnának.”¹⁹

Ez a tanulmány 1981-ig nem került nyilvánosságra, következtetései azonban egybecsengenek mindazon vizsgálatok megállapításaival, amelyek az előző évtized első felének a szociálpolitikai és szociális szolgáltató hivatali munkájában tapasztalható tendenciákkal foglalkoztak.²⁰ A helyi hivatalok személyes szociális szolgáltatásainak kezdeteit és az alapítók céljait figyelembe véve ezek a tendenciák riasztóak voltak. Sok olyan vád fogalmazódott meg e szolgáltatások kritikájában, amelyeket már a Monckton- és Curtis-jelentés is a közhivatalok szemére vetett az 1940-es években: például hogy a tranzakciók személytelenek és stigmatizálók, a jogi szabályozást nem veszik figyelembe, és hiányzik az „aggályos és felelős szellem” a testület tevékenységéből.

Mindezek miatt a szociális szolgáltató hivatalok kritikusai számára nagyon szomorú volt, ám cseppet sem meglepő, hogy egy újabb nagy gyermekvédelmi botrány robbant ki 1973-74-ben. Maria Collwell halála, amit nevelőapja brutalitása idézett elő, sok szempontból különbözött Dennis O'Neill ügyétől. Fiatalabb volt (mindössze hét éves), korábbi éveit állami gondozásban, de egy nagynéni nevelőszülői felügyelete alatt töltötte, bírósági határozattal került vissza természetes anyjához, és édesanyja családjának egyik tagja gyilkolta meg.

Egyéb szempontokat figyelembe véve viszont, ahogy Tom O'Neill rámutatott, a két ügy félelmetesen hasonlított egymáshoz.

„Mindkét esetben bebizonyosodott, hogy a hivatal súlyos létszámhiánnyal küszködött. Emiatt a gyermekek felügyeletéért felelős személyek képtelenek voltak feladatukat megfelelően ellátni. A területi illetékességgel kapcsolatban ebben az esetben is voltak problémák. Maria ügyében ugyanis Kelet-Sussex megye Tanácsának kellett a felügyeletet ellátnia, miközben a gyerek olyan helyen élt, ahol egyébként a brightoni szociális munkások voltak illetékesek. Mindkét esetben születtek egymásnak ellentmondó jelentések. Az egyik szociális munkás arról tudósított, hogy nem elégedett a helyzettel, egy másik hivatal alkalmazottja szerint viszont minden rendben volt. Az iskolai hiányzást nem követte megfelelő intézkedés, pedig mindkét gyermek esetében jelentés született arról, hogy nehéz testi munkát végeznek, holott iskolában kellene lenniük. Elmondták, hogy Mariát betanították, miképp viselkedjék a látogatókkal. Tudta, hogy mit kell mondania. Dennist is egészen kicsi korban ránevelték arra, hogy mit szabad mondania. Egyik gyermeknek sem volt lehetősége egyedül maradnia a látogató hivatalnokkal. A helyszíni ellenőrzést végző tisztviselő egyik esetben sem láthatta a gyermek valódi helyzetét. Ezek a hasonlóságok már önmagukban is igen zavarbaejtőek, de vannak még riasztóbbak is. Mindkét gyermek – a körülmények és a bánásmód miatt – hosszú ideig szenvedett halála előtt, bár mindkettőjüket látták a hivatalnokok ebben az időszakban. Nyilvánvaló bizonyítékok szólnak arról, hogy e szenvedést az eljáró hivatalnokok *látták és leírták*. Az eljáró hivatalnok mindkét esetben kategorikusan kijelentette, hogy a gyermek leromlott állapotban van. Marián sérülések látszottak, és sántított. Mindkettőt hazugsággal vádolták. Maria sérüléseit 'eleséssel' magyarázták: 'leesett a rollerről'. Dennis sérüléseit a bátyjával való verekedéssel magyarázták. Verések, hiányos ruházat, hazugság vádja, a gondozás hiánya. Számomra mégis az a legborzasztóbb momentum, hogy a verések, megalázások, kihallgatások és szenvedések közepette a gyerekeket lassan, éheztetéssel gyilkolták meg.²¹

Dennis O'Neill ügyétől eltérően Maria Colwell halála, nevelőapjának bírósági tárgyalása és elítélése nagyrészt elkerülte az újságok és más tömegkommunikációs eszközök figyelmét. A közvélemény csak akkor kezdett foglalkozni az ügygel, amikor az egészségügyi és társadalombiztosítási államtitkár – egy politikai beszéd során – bejelentette, hogy az eset kivizsgálását rendeli el. A vizsgálati beszámolót és a következtetéseket széles körben nyilvánosságra hozták, a tömegkommunikációs eszközök támadásainak keretében pedig az ügyben szereplő szociális munkások és a szociális szolgáltató hivatalok álltak.

A Maria Colwell-ügyről szóló jelentés megkérdőjelezte a szociális munkások és hivatali előjáróik szakmai ítélőképességét. Bár kétségeik voltak a várható következményekkel kapcsolatban, mégis elmulasztották megtámadni Maria anyjának a bírósághoz intézett beadványát, amelyben kérte a gyermek állami gondozásának megszüntetését. Nem figyeltek fel arra, hogy Maria hevesen tiltakozott nevelőszüleinek elhagyása és anyjához

való visszatérése ellen. Alábecsülték a fizikai biztonságát érintő veszélyt, és nem vették figyelembe a vele való bánásmódról szóló figyelmeztetéseket és panaszokat. A jelentés rámutatott arra, hogy az új hivatalok szociális munkásai általában kevesebb tapasztalattal rendelkeztek a gyermekvédelmi szakterületen, mint elődeik a gyermekügyi hivatalokban, és kritikával illette őket, mivel túl nagy jelentőséget tulajdonítottak a gyermek és természetes szülei közötti vérségi kapcsolatoknak, olyannyira, hogy még azokat az érzelmi szálakat is figyelmen kívül hagyták, amelyek a gyermeket valódi gondozóihoz – jelen esetben a nevelőszülőkhöz – kötötték.

A jelentés bíráló tárgyává tette mind a szociális szolgáltató hivatalok és más hivatalok közötti, mind magán az ügynökségen belüli kommunikáció hiányosságait is. Ez mutatta, hogy az adminisztratív átszervezés milyen kevés kapcsolati és kommunikációs problémát szüntetett meg, holott erre okvetlenül szükség lett volna ahhoz, hogy az ilyen különleges és veszélyes helyzetet elkerüljék. Valójában az átszervezés bizonyos pontokon nyilvánvalóan rontotta a helyzetet. Az új, sokkal nagyobb méretű szociális szolgáltató hivatalok szervezeti struktúrája jóval bonyolultabb volt, és az információnak olyan hivatalnokok kezén kellett átmennie, akiknek nem volt tapasztalatuk az ilyesfajta ügyek kezelésében. A főbb problémák között sorolták fel más hivatalok félreértését, a velük való rivalizálást és a laikusok megbízhatóságának kétségbevonását. A jelentés megállapította, hogy Maria ügyében az új rendszer egésze vallott kudarcot, éppúgy, ahogy Dennis esetében kudarcot vallott a régi: „Ami világosan kiderült, legalábbis számunkra, az az volt, hogy a sokféle alkotóelemből álló rendszer vallott kudarcot, és ami bizonyára a legnyilvánvalóbb és legnagyobb hibát jelentette, az a kommunikáció és a kapcsolattartás hiánya vagy hatástalansága volt. A rendszernek – amennyire csak lehetséges – képesnek kell lennie arra, hogy az egyéni hibák ellenére is megfelelően működjék.”²²

A kritika és nyomában a bulvárlapok vádaskodás-áradata a szociális munkások ellen a hivatali ellenintézkedések sorozatát váltotta ki. Hamar megérkeztek az iránymutatást tartalmazó körlevelek az Egészségügyi és Társadalombiztosítási Minisztériumból arra vonatkozóan, hogy milyen eljárást kell követniük a helyi hivataloknak a fizikai bántalmazás gyanúját felkeltő ügyekben. A szociális szolgáltató hivataloknak „veszélyeztettségi névjegyzéket” kellett összeállítaniuk az összes olyan gyermekről, akinek biztonsága veszélyeztetve volt, és olyan munkacsoportokat kellett létrehozniuk, amelyek feladata a különböző szakemberektől származó információk koordinációja volt. Olyan kézikönyveket adtak ki, amelyek részletesen tárgyalták a szociális munkásoknak szóló előírásokat és irányelveket. A szupervíziós ülések és a szakmai konzultációk száma növekedett.

Az eljárási szabályok megszigorítása ellenére további tragédiák és botrányok krónikái jelentek meg a sajtóban a Maria Colwell-ügy után is. A legtöbb figyelmet keltő esetek közös sajátossága volt, hogy már a halálos eset vagy a súlyos sérülés bekövetkezte előtt ismertek voltak a szociális

szolgáltató hivatalokban. A média pedig minden alkalmat megragadott, hogy elverje a port a szociális munkásokon, és hozzá nem értéssel, hatástalansággal, káros engedékenységgel, baloldali szimpátiával és bürokratikus vaksággal vádolták őket. A hasonló körülmények között bekövetkezett halálesetek, ha szociális munkások nem szerepeltek bennük, sokkal kevesebb figyelmet keltettek. Más szakemberek (például orvosok és egyéb egészségügyi alkalmazottak) mulasztásait érő kritikák sokkal kisebb publicitást kaptak.

A szociális munkások többsége igazságtalannak tartotta ezeket a támadásokat, és olyanoknak, amik nem veszik figyelembe a realitást. Mindig lesznek gyerekek, akik szüleik vagy gondviselőik kezétől halnak meg, egyszerűen azért, mert a gyerekek testileg gyengék, kiszolgáltatottak, és a szülők abszolút hatalommal rendelkeznek felettük. A családi erőszak hirtelen is kitörhet, és nincsen megfelelő eszköz az előrejelzésére vagy megakadályozására. A gyermekbántalmazás megelőzésére rendelet született, amely a gyanú bejelentésére kötelezte a gyermekkel hivatalból foglalkozókat. Ennek következtében a szociális szolgáltató hivatalok sokkal több olyan családról szereznek tudomást, amellyel kapcsolatban a gyermekek elhanyagolásának vagy súlyos veszélyeztetésének homályos gyanúja merül fel. Sokszor előfordul, hogy a bejelentők, legyenek bár szakemberek vagy a gyanúsított család szomszédai, később elhárítanak minden felelősséget a bejelentésért. Ha minden gyanús esetben kiemelnék a gyermeket a családjából, kitörne a tiltakozás a szociális munkások erőszakos és önkényes eljárása miatt. Arról már nem is beszélve, hogy milyen összegeket emésztene fel az adófizetők pénzéből ennyi gyermek gondozása. Elenyésző különbség van az olyan családok között, amelyekben a gyermekek a családban maradhattak, és az olyanok között, amelyekből a gyermekeket kiemelték. Belátás és megítélés kérdése, hogy melyik gyermek védelme érdekében kell elrendelni kötelező intézkedést – emberi megítélés kérdése, amiben ott a tévedés lehetősége. S miközben a szociális munkásokon csapódik le a társadalom dühe, amit az ilyen felkavaró esetek kiváltanak, munkájukhoz gyakran kevés segítséget vagy támogatást kapnak, és igen csekély erőforrásokkal rendelkeznek. Kétségtelen, hogy sok ügyben van jelen a kockázat mozzanata. A mindennapi élet eseményei azonban nem vonhatók a szociális munkások és az őket alkalmazó hivatalok közvetlen ellenőrzése alá. Bírálják őket néhány tragikus kimenetelű eset miatt, és nem veszik figyelembe, hogy ezek az ügyeknek csak kis hányadát jelentik.

Mindazonáltal a szociális munkásokra hatott a tömegkommunikációs eszközök véleménye, és a szociális szolgáltató hivatalok gyermekvédelmi tevékenysége érzékelhetően elmozdult a határozottabb beavatkozás irányába. Ezt a változást azonban nem csak a kisgyermekek fizikai bántalmazásával kapcsolatos ügyekben figyelhetjük meg, hanem sokkal szélesebb területen. Nem túlzás azt állítani, hogy a szociális munka elveinek és gyakorlatának ilyenén módosulása a család és az állam viszonyában bekövetkezett változást tükrözi.

A jóléti állam szolgáltatóinak (családi pótlék és más társada-

lombiztosítási juttatások, szociális lakáshoz juttatás, ingyenes egészségügyi ellátás és oktatás stb) eredeti célja a családok forrásainak kiegészítése volt, hogy képesek legyenek megfelelőbben ellátni gondoskodásra szoruló tagjaikat, legyen szó gyermekekről, öregekről vagy fogyatékosokról. Így kívánták állami eszközökkel biztosítani a társadalom minden tagja számára az önmegvalósítás lehetőségét. A személyes szociális szolgáltatások legfőbb eszköze a családpótló gondozás alkalmazása volt minden olyan esetben, amikor a család felbomlott, vagy körülményei megakadályozták, hogy ellássa gondoskodásra szoruló tagjait. A családpótló gondozásnak az elképzelések szerint olyan színvonalúnak kellett lennie, hogy az legalábbis megegyezzen a szélesebb társadalom átlagos életminőségével.

Az 1970-es évek közepe óta azonban az állami beavatkozás célja megváltozott. Egyre nyíltabban törekszik a családi élet ellenőrzésére, és egyre nyíltabban avatkozik be a polgárok magánéletébe, hogy megvédje a kiszolgáltatottakat, bántalmazó vagy elhanyagoló családjukkal szemben. A családi gondoskodás támogatásának vagy helyettesítésének eszméje háttérbe szorult, mivel a politika álláspontja szerint a szociális szolgáltatások túl drágák, és elszívják a gazdasági fellendülés erőforrásait. Viszont egyre inkább előtérbe kerülnek azok az elképzelések, amelyek állami intézkedésekkel kívánják ellenőrizni és befolyásolni a családi szférát.

Mindez megváltoztatta a szociális munkások tevékenységének súlypontjait, különösen a gyermekeket érintő ügyekben. Az állami gondozásban lévő gyermekek száma növekedett, főleg azért, mert a gyermekek egyre hosszabb időt töltöttek gyámhatósági felügyelet alatt. Mindez nem azért alakult így, mert fiatalabb korban emelték ki őket családjukból; ezt bizonyítja az is, hogy az 1970-es évek végén csökkent az öt évesnél fiatalabb korban gondozásba vett gyermekek száma. Az ok inkább az volt, hogy nőtt az olyan ügyek száma, amelyekben a szülői felügyeleti jog a gyámhatóságra szállt át, vagy bírósági határozattal, vagy azáltal, hogy a gyermek jogi státusa a gondozás ideje alatt megváltozott. (Ez utóbbi eset azt jelenti, hogy a szülő szabad akaratából mondott le gyermeke neveléséről.) A szülői felügyeleti jognak a helyi hatóságokra való bírósági átruházása miatt ma több családgondozó szociális munkás foglalkozik ezekkel az ügyekkel, és a gyermekek hosszabb időt töltenek el az állami gondoskodás keretei között.

Jean Packman a helyi hatóságok döntéshozási folyamatát vizsgáló tanulmányában leírja, hogy miben nyilvánul meg az elveknek a Maria Colwell-ügy óta eltelt időben tapasztalható megváltozása.

„Ezek a változások erősen hatottak a hivatal és a családok kapcsolataira. A hivatal az utóbbi időben nyíltabban végez ellenőrző tevékenységet, hajlamosabb büntető intézkedések alkalmazására, és legalább olyan gyakran tekintik ellenségnek, mint segítőnek. Ezt a fejlődési vonalat jól példázza a veszélyhelyzetben történő gondozásba vételek számának növekedése. Ez a gyermeknek a családból való azonnali és kötelező kiemelését jelenti, súlyos veszélyeztetettség vagy életveszély esetén. A vizsgálat azt mutatja, hogy egyre nagyobb mértékben élnek a hivatalnokok ezzel

a hatalommal (egy helyi hivatali területen 1979-ben három hónapos megfigyelési idő alatt a gondozásba vett gyermekek harmada esetében hajtottak végre ilyen intézkedést). A beavatkozásnak ez a traumát okozó, gyorsított formája bizonyosan mélyen érinti az érintettet – nem utolsósorban magukat a gyermekeket. A gyorsított eljárások sokkoló hatása tükröződik az érintett családok kommentárjaiban is. Gyakran csak SS-nek rövidítik a szociális szolgáltató hivatal nevét, és a szociális munkásokat nemritkán 'nácinak' vagy 'gestapósoknak' nevezik.”²³

Leggyakrabban azt hányják a szociális munkások szemére, hogy az új hivatali politika egyre több és egyre ellenségesebb kritikát vált ki. Ennek példája a liberális Guardianben 1982-ben megjelent cikksorozat, amelyben állami gondozott gyermekek szüleit szólaltatták meg. A megkérdezettek szerint a szociális munkások visszaélnék a kényszerítő intézkedések megtételére feljogosító hatalmukkal, korlátozzák a szülők jogait – nem pusztán azért, hogy a gyermekek sorsát érintő döntéseket hoznak, hanem még a szüleikkel való kapcsolattartást is korlátozhatják. Ezt a témát felkapták a nyomásgyakorló csoportok, főleg azok, amelyek az egy-
szülős családokat képviselték, mivel az ilyen családoknak igen gyakran van dolguk a szociális munkásokkal. A Berclay Bizottság a szociális munkás szerepére és feladataira vonatkozó vizsgálat kutatási jelentésében a következőket írja :

„A kérdezettek elmondták, hogy a szociális munkások rendszerint nem magyarázzák meg döntésük okait, a klienssel nem közlik a jogaikra vonatkozó alapvető információkat, nem teszik világossá részvételük indokait, vagy azt, hogy milyen hatalommal rendelkeznek. Elmondták például, hogy a szülő először esetleg csak gyakorlati segítségért fordul a szociális munkáshoz, aki olyan kapcsolatot ajánl neki, amely a kölcsönös megállapodáson és bizalmon alapulónak tűnik. A végén kiderül, hogy a szociális munkás egész idő alatt 'veszélyeztettként' figyelte meg a gyermekeket, és most éppen kényszerintézkedés megtételét fontolgatja. Ilyen okok játszanak közre abban – több válaszadó szerint –, hogy a problémákkal küszködő emberek bizonyos csoportjai (például a gyermeküket egyedül nevelő szülők) egyre gyakrabban tekintenek félelemmel és gyanakvással a szociális munkásokra. Úgy vélik, hogy a szociális munkások kiterjedt hatalommal rendelkeznek, és azt önkényesen és előre nem látható módon használhatják. A Mézeskalács (egyedülálló szülők szervezete – a fordító) képviselői például elmondták, hogy általában lebeszéljük az egyedülálló szülőket arról, hogy a szociális munkásokkal kapcsolatba kerüljenek.”²⁴

Ez bizony nagyon messze van attól az ideális énképtől és hivatástudattól, amelyet a „köz első szolgálói” hordoztak. Mi romlott el? Ahhoz, hogy feltárjuk e kérdés bonyolultságát, részletesebben kell foglalkoznunk a szociális munkás hivatalok politikai hátterével. Ez lesz a következő fejezet tárgya. Nem haszontalan viszont ezt a fejezetet azzal zárni, hogy a jóléti állam alapelveinek fényében megvizsgáljuk a szociális szolgáltatásoknak az 1980-as években kialakult struktúráját.

A háborút közvetlenül követő időszakban úgy tűnt, hogy a brit politikai

és gazdasági rendszer radikálisan szakított a múlttal, újfajta társadalom jött létre, újfajta prioritásokkal és szervezetekkel. Az 1950-es és 1960-as évek folyamán viszont egyre világosabbá vált, hogy a változások nem voltak ennyire mélyrehatóak. Az alapvetően hierarchikus osztály-, státus-, előjog- és egyenlőtlenség-struktúra, valamint az esélyegyenlőtlenség továbbra is fennmaradtak. A jóléti állam sok ilyen jellegzetességet pusztán újratermelt. Így nem csodálkozhatunk azon, ha a szociális szolgáltatások struktúrája is visszatükrözte a szélesebb társadalomnak azokat a valódi jellegzetességeit, amiket a korábbi feltételezések szerint meg kellett volna szüntetnie.

A jövedelmi, a hatalmi és a státusviszonyok azt mutatták, hogy a szociális szolgáltatások területén a legmagasabb adminisztratív és szakmai szintek valamint a legalacsonyabb kétkezi szociális munkások helyzete közötti különbség majdnem olyan nagy, mint a magániparban. Az állami egészségügyben dolgozó tanácsadó sebészek és orvosok ki tudták egészíteni amúgy is csinos fizetésüket magánmunkával; sok millió fontot érő kifinomult eszközök és épületek fölött rendelkeztek. Az ugyanott dolgozó nővérek és a kisegítő személyzet alig keresett annyit, hogy meg tudjon élni belőle, és igen kevés beleszólásuk volt munkakörülményeik alakításába. A közszolgálatok kétkezi munkásai országszerte a legrosszabbul fizetett réteghez tartoztak, a mentősofőrök és a tűzoltók jövedelme pedig semmiféle kapcsolatban nem állt munkájuk veszélyességével és felelősségével.

Hasonló, bár kevésbé látványos egyenlőtlenségeket tapasztalhatunk státus, hatalom és jövedelem tekintetében a személyes szociális szolgáltatások területén is. Egy intézményigazgató évi fizetése 1982-ben 20.000 font fölött volt; az ugyanitt alkalmazott házi gondozó 1,80 fontot keresett óránként. E két véglet között sok fokozat van. A bentlakásos intézmények dolgozóinak többsége képesítés nélküli, és lehetőségeik is korlátozottak a képzettség megszerzésére, nap mint nap nagyon megterhelő, kimerítő és gyakran fizikailag veszélyes munkát végeznek, amikor olyan személyeket gondoznak, akik túlságosan fogyatékosok, problémásak vagy zavartak ahhoz, hogy képesek legyenek egy lakóközösségben élni. Jövedelmük mégis alacsonyabb, mint a területi szociális munkásoké, akik kaphatnak utazási hozzájárulást, titkárnői segítséget, telefont, és hozzájutnak sok más olyan forráshoz is, amelyenhez az intézetekben dolgozók rendszerint nem.

Mindeközben, párhuzamosan azzal, ahogy a szociális szolgáltató hivatalok és a többi szociális intézmény egyre kiterjedtebb és bonyolultabb lett, a kapcsolat a szervezet különböző részlegei és szintjei, valamint az egyes hivatalok között egyre személytelenebbé és sztereotipizáltabbá vált. A nehezítés és félreértés könnyen intézményi formát öltött, és az egyes munkacsoportok kultúrájában folyamatosan újratermelődött.

Carole Satyamurti a londoni Belvárosi Szociális Szolgáltató Hivatal munkáját vizsgáló tanulmányában több példát hoz erre. Az egyes részlegek vezetői között is ellenséges volt a viszony. A területi szociális munkások nem kedvelték vezetőiket, nem bíztak bennük, és csak a velük egy

csoportba tartozó kollégáikkal voltak szolidárisak; az egyes csoportok is gyakran rivalizáltak egymással. Különösen az intézeti dolgozókkal való kapcsolat volt feszült, amit Satyamurti nagyrészt a státus- és hatalomkülönbségnek tulajdonított.

„Az intézeti nevelők majdnem mindig alacsonyabb képzettségűek voltak, mint a szociális munkások, sőt, gyakran képesítés nélkül dolgoztak. Valószínűleg egyfajta beépített feszültségforrás volt, hogy miközben el látták a gyerekek körüli mindennapi gondozási teendőket, nem szólhattak bele a gondozottjaikat érintő nagyobb horderejű döntésekbe, és előzetes bejelentés nélkül bármikor elvihették tőlük ezeket a gyerekeket. A feszültség abból az érzelmi problémából fakadhatott, hogy bár ők nevelték a gyermekeket, mégsem viselhették érte a teljes felelősséget. Az intézeti személyzet folyamatosan látta el feladatát, és szempontjai ellentétesek voltak a szociális munkásokéival, mivel csökkentették önállóságot, a dolgok fölötti ellenőrzésük lehetőségét, és növelték a kiszámíthatatlanságot.”²⁵

Az osztályhelyzetben, státusban és hatalomban megmutatkozó különbségek közrejátszottak a más hivatalokkal kapcsolatos problémák kialakulásában is. Satyamurti a szociális munkások és a Kiegészítő Jövedelmek Bizottságának hivatalnokai közötti konfliktus tárgyalása során a következőket írja:

„Azt kell feltételeznem, hogy a KJB hivatalnokoknak a szociális munkásokkal kapcsolatos viselkedését részben az magyarázza, hogy megpróbálják a lehető legnagyobb mértékben ellenőrzésük alá vonni munkakörülményeiket. A szociális munkások potenciális veszélyt jelentenek a dolgok zökkenőmentes lefolyására, a szabályok és eljárások uniformizált alkalmazására, pedig ezt a KJB hivatalnokok egyre inkább mindenek fölött való célnak tekintik. Ezek a szabályok és eljárások a KJB hivatalnokok társadalmi helyzetével összefüggésben érthetők meg. E hivatalnokok nagy része a munkásosztály felső, és a középosztály alsó rétegeiből került ki – olyan rétegekből tehát, amelyek (az okokat nem nehéz megérteni) a legkevésbé szimpatikusak azoknak a családoknak a számára, akik nem voltak képesek önálló egzisztenciát teremteni. A szakmai szocializációs folyamat még inkább felerősítette ezt a problémát.”²⁶

Velük ellentétben a szociális munkások másféle osztálymeghatározottságot tükröző értékrendet képviseltek, ez sem volt azonban alkalmasabb arra, hogy megértsék olyan emberek szükségleteit és viselkedését, akik egy szegények lakta, leromlott területen éltek.

„A szociális munkások lehetőleg elkerülték a lakosokkal való kapcsolatfelvételt, mivel féltek a telhetetlen követelésektől és a rájuk nehezedő nyomástól. E félelem alapja az volt, hogy nem vették figyelembe, hogyan éltek, gondolkodtak és dolgoztak a lakóközösségbe tartozók. A félelem csökkenthető lett volna, ha közelebbi kapcsolatba kerülnek klienseikkel. A szociális munkások túlnyomórészt a középosztályból kerültek ki, és ügyfeleikre valamint a lakóközösségre vonatkozó elképzeléseikben nem szerepeltek alternatív, a sajátjukétól eltérő életmódok. Másszóval a szolgáltató népség tagjait úgy tekintették, hogy alacsonyabbrendű mintáik van-

nak a gyermeknevelés, idősgondozás, házasság stb. területén, és nem egyszerűen úgy, hogy az övékétől eltérő normák szerint élnek. Jó példa erre, hogy sok állami gondozott gyermek szülője szégyellte gyermekét meglátogatni az intézetben, ha nem tudott neki ajándékot vinni. Emiatt gyakran inkább elhalasztották a látogatást, de nem mentek oda üres kézzel. A szociális munkás ezt a szülői felelőtlenség megnyilvánulásaként értékelte, annak bizonyítékeként, hogy a szülők 'valójában nem törődnek a gyerekekkel'.²⁷

Ahogy a jóléti állam nem tüntette el az osztály- és státuskülönbségeket, valamint a hatalmi egyenlőtlenséget, ugyanúgy az állami szociális munka sem tudta a szakember és kliens kapcsolatából kitörölni az osztályhátter különbözőségének problémáját. Emiatt nem meglepő, hogy korunk középosztálybeli szociális munkásai ugyanazon dolgok miatt aggódnak, és ugyanolyan megoldásokat találnak, mint viktoriánus elődeik az önkéntes szervezetekben. Satyamurti szerint:

„Az urbingtoni szociális munkások (és alkalmazói) ugyanazzal a dilemmával kerültek szembe, mint 19-dik századi elődeik: milyen hatása lehet a lakosságra, ha egyes klienseknek kifizetik például a lakbér- vagy közüzemi díjhátralékát. Ez a szemlélet mutatkozott meg akkor, amikor egy vitában, amelynek az volt a témája, hogy mennyire várható el a közösségtől gyengébb tagjainak támogatása, egy nagy gyakorlattal rendelkező szociális munkás a következőt jelentette ki: nem a tiszteletre méltó családok javítják egy 'problémás család' életmódját, hanem éppen fordítva: egyetlen 'problémás család' képes egy tisztességes lakóhely tiszteletre méltó tagjainak viselkedését lezülleszteni.”²⁸

Így a háború utáni időszak „köz-szolgái” kezdtek igen tradicionális eszméket hirdetni az „érdemtelen” szegényekről és szomszédokról. Ez nem volt meglepő. A brit társadalom nem változott meg alapvetően, a szociális szolgáltatás pedig a háború utáni fejlődés jellegzetes fejleményeinek egyike volt. A férfi ipari munkahelyek száma csak lassan növekedett, 1966 után pedig csökkenni kezdett, és azóta is folyamatosan csökken. A női munkahelyek száma a szolgáltatási szférában sokkal gyorsabban növekedett a háború után, mint a férfiaké az iparban, és a növekedés 1979-ig folytatódott. A szociális szolgáltatások minden szinten elhelyezkedési lehetőséget biztosítottak a női munkavállalóknak. A szociális munka vezetői és szakalkalmazotti posztjai vonzották az egyetemest végzett nőket. De vonzották a formális képzettséggel nem rendelkező munkásosztálybeli asszonyokat is az olyan munkahelyekre, mint például a bentlakásos intézmények kisegítői, az öregotthonok és gyermekotthonok kiszolgálói állásai, vagy a napközi otthoni és házi gondozói szolgálat. Ez utóbbi állások száma messze felülmúlta az előbbiét, és ez 1969-73 között gyorsan növekedett.

Így a jellegzetes szociális szolgáltató hivatali alkalmazott nem a szakmailag képzett szociális munkás volt, hanem a részmunkaidőben dolgozó gondozónő, a házi gondozó vagy a háztartási kisegítő. Ahogy a legtöbb pénzt az öregotthonokra költötték, a legnagyobb költségvetést is az itt alkalmazott képzetlen rétegnek a fizetése tette ki. Amikor az állami költ-

ségvetés csökkentette a szociális szférára szánt összegeket, először 1976-ban, majd nagyobb mértékben 1979 után, ők voltak az elsők, akik – a szolgáltatások kedvezményezettjeivel együtt – ezt megérezték. A leépítések történetének elemzése előtt azonban foglalkoznunk kell a szociális munkára vonatkozó elképzelésekkel.

Fordította Kozma Judit

Jegyzetek

1. John Stroud: *The Shorn Lamb*, Longmans, 1960, 8. old.
2. Report of the Working Party on Social Workers in the Local Authority Health and Welfare Services, HMSO, 1959, 89. oldal 6. táblázat
3. Uo. 97. oldal 9. táblázat
4. Report of the Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, 1968, Függelék M, 336. old.
5. Report of the Williams Committee on Staffing of Residential Homes, Allen and Unwin, 1967, idézi a Report of Committee on Local Authority and Allied Personal Social Services, 173. old.
6. Uo. Függelék L, 329. old.
7. Phoebe Hall: *Reforming the Welfare: The Politics of Change in the Personal Social Services*, Heinemann, 1976, 8. old. 1. táblázat.
8. Uo. 8-9. és kk. old.
9. Uo. 48-49. és kk. old.
10. Carole Satyamurti: *Occupational Survival: The Case of the Local Authority Social Worker*, Blackwell (Practice of Social Work Sorozat), 1981, 31. old.
11. Uo. 32. old.
12. Uo. 105. old.
13. Uo. 108. old.
14. Uo. 35. old.
15. Uo. 35. old.
16. Uo. 87. old.
17. Uo. 89. old.
18. Uo. 103. old.
19. Uo. 152-153. és kk. old.
20. Lásd például Bill Jordan: *Poor Parents: Social Policy and the Cycle of Deprivation*, Routledge and Kegan Paul, 1974, és *Freedom and the Welfare State*, Routledge and Kegan Paul, 1976.
21. Tom O'Neill: *A Place Called Hope*, IX-XI. és kk. old.
22. Report of the Committee of Inquiry into the care and supervision provided in relation to Maria Colwell, Department of Health and Social Security, HMSO, 1974, 245. old.
23. Jean Packman: *The Child's Generation: Child Care Policy in Britain* (2. kiadás), Blackwell and Robertson, 1981, 183-184. és kk. old.
24. Report on the Role and the Tasks of Social Workers, Bedford Square Press, 1982, 188-189. és kk. old.
25. Satyamurti, *Occupational Survival*, 81-83. és kk. old.
26. Uo. 88. old.
27. Uo. 132-133. és kk. old.
28. Uo. 133-134. és kk. old.

Horánszky Nándor

Kisgyermeket váró családok longitudinális vizsgálata

A demográfiai hullámhegyek és hullámvölgyek, az egyke-kérdés, a társadalom egyszeri újratermelődése (a kétgyermekes családok térhódítása), a népesség (relatív) fogyása, a születésszabályozás, az abortusz, annak mértéke, oka s társadalmi, erkölcsi, vallási megítélése, politikai felhangjai napjaink időszerű, sokakat foglalkoztató, megoldásra váró problémái; emellett a „nemzethalál” víziója, a nemzet elöregedése, az időseket eltartók számának csökkenése, népesedéspolitikai intézkedések, újabban a munkanélküliség társadalmat súlyosan érintő kérdése mind-mind olyan tényező, amely le nem zárható, szükségszerű és elkerülhetetlen vitákat kavart és kavart a magyar társadalom életében. Éppen ezért öröndetes, hogy a viták mellett üdvözölhetünk olyan egzakt vizsgálódásokat, amelyek keresik a jelenlegi helyzet kialakulásának okait, azok összetevőit, s ennek alapján néhány szociális, népesedéspolitikai intézkedés megtételéhez is alapot szolgáltathatnak. Az alább ismertetett könyv (a felmérésre rendelkezésre álló anyagi lehetőségek miatt) szerény, de fontos és korrekt dokumentum ezen a téren.

A debreceni Kossuth Lajos Tudományegyetem Szociológia Tanszéke figyelemreméltó, időszerű és fontos sorozatot indított útjára „Házasság, család, gyermek (Családszociológiai műhelytanulmányok)” címmel. A sorozatszerkesztő a tanszék tanára: Kabai Imre. Az ő nevéhez fűződik az első négy kötet is, mely az OTKA támogatásával (OTKA I/3) „A kisgyermekes családok longitudinális vizsgálata” kutatás keretében jelent meg.

A kutatás tárgya az első gyermeküket váró szülők családi viszonyainak feltérképezése, a népesedési folyamatokkal való összefüggések feltárása, illetve az első gyermek születése után beállt változások, hatásmechanizmusok mibenlétének feltárása, kérdőívek segítségével.

Az első kötet – „Az első gyermekre várva...” címet viselő, a kutatás különböző szakaszaiban készült három elemző tanulmány – a vizsgálat eddigi eredményeit foglalja magában (beleértve a családi háttérre vonatkozó megállapításokat és a mai demográfiai helyzet bemutatását). A második kötet tartalmazza a külön a feleség (A), s külön a férj (B) számára készült, az élet minden területére kiterjedő, sokszor intim kérdéseket.

(176, ill. 162 kérdés a következő területeken: gyermekkor, szülői család; életút 14 éves kortól; házasságtörténet; tevékenységrendszer; munka, munkahely; jövedelemre vonatkozó adatok; kapcsolat rokonokkal, ismerősökkel; házasságuk értékelése; családtervezés, a gyermek megjelenése a családban; az elégedettség érzése; lakókörnyezet, lakáskörülmények.) A kérdések összességükben egyeznek egymással, csupán a férfi és nő helyzetéből adódó különbségekre vannak – szemmel láthatóan szakszerűen és igényesen – tekintettel. (Például a házasságtörténet, a házasság értékelése, a tevékenységrendszer esetében.) Vonatkozik ez a negyedik kötet kérdéseire is, amelyeket már az első gyermek születése után tettek fel a szülőknek. (Ez utóbbi felmérés eredményeit egy későbbi kötetben tervezik kiadni.) A harmadik kötet az elsőnek az angol nyelvű változata.

A kötetek tárgyilagos ismertetése megkívánja, hogy a recenzens – aki azonosul a szerző szándékával s gondolataival – néhány kérdést fogalmazzon meg.

1. Mennyire lehet egy bevallottan nem reprezentatív felméréssel a kitűzött célt elérni, azaz a demográfiai kátyúból való kivezető utat megkeresni?

A meginterjúvált családok száma 416 volt, e családok öt jellegzetes településtípushoz tartozó helyen élnek (Budapesten, Debrecenben és Hajdú-Bihar megye középső, illetve dél-keleti részén lévő „település-csoportjaiban”, idesorolva Balmazújvárost és Berettyóújfalut). Ezek az alminták tehát viszonylagosan tükrözik a népesség, a populáció megoszlását. A kérdőívek a legkevésbé iskolázott populáció esetében azonban csak kevéssé voltak alkalmazhatók, ezért az „érintett réteget” – kényszerűségből – kihagyták a felmérésből. Ebből következően az eredmények csak megközelítően adhatnak hű képet, de a megkérdezett rétegre nézve használhatóak, pontosabban jó kiindulópontot jelentenek. Számos szignifikáns adat megerősíti a felmérés hitelességét.

2. Tekintettel a folyamatosan bekövetkező rendszerváltozásra – hogy csak az azzal járó gazdasági gondokra utaljunk –, mennyiben lehet az 1986-ban kezdődött vizsgálatok eredményeinek érvényességét jelenleg is elfogadni? Például a „vállalna-e több gyermeket?” kérdésre adható mai válasz esetében. Úgy vélem, annak ellenére, hogy a nem örvendetes változások (pl. munkanélküliség) a felmérés kérdéseinek csak egy szűkebb körét érintik, s miután az előbb említett réteget kihagyták a felmérésből, az eredmények ebből a szempontból is korlátozottnak tekinthetők.

3. Milyen konkrét és hasznosítható eredményekkel szolgál a felmérés?

A számszerű adatok, grafikonok, diagramok, táblázatok sokasága következtében csak néhány érdekes adat, tény kíváncsozhat ismertetésünkbe a mélyebb összefüggések, változók, szignifikancia értékek, a szórás aránya, variancia-analízisek nélkül. Épp ezért szükséges megemlíteni az 1-3. táblázatot, amelyek 15 változó (testvérei száma, vallásos-e, házasságuk időtartama, boldog-e a házassága stb.) segítségével mutatják be a kívánt gyermekszám összefüggéseit, néhány alapváltozóval.

Érdekesebb megállapítások: a szülők kívánságának összesített eredménye átlagban 2,1 gyermek világra jött. – A 6. ábra többek között a kívánt gyermekek számát illetően az életkor, az iskolázottság, a lakóhely urba-

nizációs szintje és a vallásosság tényezőit mutatja be. A férfiaknál az iskolázottság, a nőknél a vallásosság a legerősebb motiváló tényező a több gyermek vállalására. (Ezt megerősíti a 4. ábra is.) Ugyanakkor a kívánt gyermekszám ott a legmagasabb, ahol mindkét fél vallásos. (Ezen házastársak aránya 12%.) A legkevésbé motiváló tényező a férfiaknál a vallásosság, a nőknél pedig az urbanizációs szint. Érdekes, hogy a megkérdezettek testvéreinek száma nincs kimutatható kapcsolatban a gyermekszámmal. Ugyanakkor a boldogságérzés (variancia-analízissel) a legerősebb magyarázó tényező. – A megkérdezettek csupán 2%-a érzi rossznak, boldogtalannak a házasságát. – A megkérdezettek 67%-a vallja, hogy a boldogsághoz kell a gyermek.

Fontos vizsgálati eredmény az is, hogy a tervezett gyermekek száma annál kevesebb, minél később születnek. Ebben a tekintetben a férfi és a nő álláspontja között nincs lényeges különbség. – Meglepőnek mondható eredmény, hogy a kívánt gyermekszám az önálló lakással rendelkezőknél a legalacsonyabb, míg a szülőknél lakók esetében a legmagasabb. Érdekes tény, hogy a gyermek „tervezése” és az anyagi helyzet nincs szignifikáns összefüggésben a kívánt gyermekszámmal (a nemeken belül azonban van eltérés).

A felmérték 12%-ának volt már abortusza. – A nők 20%-a, a férfiak 35%-a nem ismeri a meglévő népesedéspolitikai intézkedéseket.

4. A vizsgálati eredmények láttán lehet-e, hogyan lehet befolyásolni a családok helyzetét, a népesedési folyamatokat, azaz változtathatók-e a demográfiai magatartásmódok?

A kötetet kísérő tanulmányban (A demográfiai viszonyok alakulása és a család) sikerült megnevezni néhány olyan demográfiai gondot kiváltó okot, amelyek „sajátosan magyar jelenségek”. (Abortuszkérdés, a demográfiai hullámhegyek és hullámvölgyek váltakozása, az ezeket követő népesedéspolitikai intézkedések stb.)

A demográfiai problémák és a családok belső viszonyainak átalakulása között szoros összefüggés van. Ebből következő feladat a feleségek „családösszetartó funkciójának” megerősítése, „társadalmi szintű rendezése”, hiszen az adatok bizonyították, hogy a kulturált feleség szerepe a család harmonikus kapcsolataiban döntő tényező. (Ld. a család belső viszonyait tükröző 4. és 5. ábrát.) Ez a tény a nő szerepének sok esetben áldozatokkal járó átértékelődéséhez is vezet, érintve a „női egyenjogúsítás”, emancipáció politikailag eddig vallott – a családot sok esetben háttérbe szorító – felfogását.

A másik következtetés, hogy a különféle okokból bajba jutott családok számára speciális szociális intézmények kialakítása szükséges.

Mindezen folyamatok, intézmények beindulása esetén a vizsgálati eredmények hasznos adatokkal szolgálhatnak, s közelebb juttathatnak a „demográfiai magatartás és a családi élet közötti összefüggések megismeréséhez”. A felmérés végső soron lépcsőfoknak tekinthető a valóság, s ennek nyomán a teendők teljes megismeréséhez, különös tekintettel arra, hogy az első gyermek születése után feltett kérdésekre még nem olvashatjuk a kiértékelt válaszokat.

A következtetések magukért beszélnek, de feltehető a nehezen megválaszolható utolsó kérdés. Mikor lehet ezeket az eredményeket – még ha azok korlátozottak is – a gyakorlatban hasznosítani? S vajon mennyire izgalmas képet kaphatunk majd a második felmérés eredményeinek tükrében, a társadalmi átalakulások hatására kialakult vélemények alapján?

Irodalom

(Kabai Imre: Az első gyermekre várva...1. Elemző tanulmányok. 2. Kérdőívek. Debrecen, KLTE Szociológiai Tanszék, 1992. – Kabai Imre: Kisgyermek a családban. Kérdőívek. Debrecen, KLTE Szociológiai Tanszék, 1992. Házasság, család, gyermek. Családszociológiai műhelytanulmányok. 1,2, 4.)

FELHÍVÁS

Az Eötvös Loránd Tudományegyetem Szociológiai-
és Szociálpolitikai Intézete által meghirdetett

terület- és településfejlesztési továbbképző szakra

A szakosító továbbképzés célja, hogy a helyi-, regionális és országos közigazgatásban dolgozók, az államigazgatáshoz, a tervezővállalatokhoz, a településfejlesztéshez kapcsolódó gazdálkodó szervek munkatársai számára átfogó ismereteket adjon a terület- és településfejlesztés, a helyi-, regionális és országos közigazgatás elméleti, módszertani és gyakorlati kérdéseiről, megismertesse a hallgatókat a regionális fejlesztés, a településpolitika és az önkormányzatok irányításának nemzetközi tapasztalataival, s fejlessze a tudatos helyi-területi politika gyakorlásához szükséges készségeket.

A továbbképzésben felsőfokú diplomával rendelkezők vehetnek részt. Az oktatás időtartama: két év. Sikeres tanulmányaik végén a résztvevők terület- és településfejlesztő szakos egyetemi oklevelet kapnak.

Az oktatási feladatokat az ELTE és a Magyar Tudományos Akadémia kutatóintézeteinek munkatársai, meghívott elméleti és gyakorlati szakemberek, esetenként külföldi szakértők látják el. A foglalkozások szemeszterenként négy alkalommal, havonta egyszer: csütörtökön, pénteken és szombaton lesznek.

A továbbképzést Enyedi György professzor irányítja.

A képzés önköltsége, a tandíj szemeszterenként 25.000 Ft.

Jelentkezési határidő: 1992. május 10. Jelentkezési lapok az ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézetében (1088 Budapest, Pollack Mihály tér 10.) igényelhetők. A jelentkezők júniusban felvételi beszélgetésen vesznek részt.

Az első két szemeszter alapozó jellegű. Tantárgyak: bevezetés a regionális tudományokba, regionális gazdaságtan, regionális politika, területi társadalmi tervezés, környezetpolitika és civil társadalom, közigazgatási alapismeretek, a modern közgazdaságtan irányzatai, politikatudományi alapismeretek, a társadalmi konfliktusok szociológiája, településszociológia-urbanisztika, szervezetszociológia, szociálpolitika.

A második tanév két fő iránya: településfejlesztő és humán- (szociál-, egészségügy-, oktatás-) politikus. Ekkor a szakdolgozati témaválasztásban kifejeződő egyéni érdeklődéshez, az évfolyamok szakmai összetételéhez igazodó választható tantárgycsoportokat hirdetünk meg.

A képzés kezdete: 1993. szeptember.

Tóth László

A homoszexualitás problémája a modern társadalmakban

(Workshop típusú speciálkollégium 1993. II. félév)

A speciálkollégium célja:

- a.) a régi és modernkori homoszexualitással mint társadalmi jelenséggel kapcsolatos ismeretek átadása;
- b.) a magyarországi homoszexualitás vizsgálatára alkalmas szociológiai módszerek megismertetése és gyakorlása;
- c.) a téma iránt érdeklődők részvételével egy gay kutatóműhely kialakításának megalapozása;
- d.) külföldi és magyar segítséggel homoszexualitásra szakosodott dokumentációs bázis megteremtése.

A kurzus során elérendő közvetlen célok:

- a.) átfogó képet adni a modernkori – elsősorban férfi – homoszexualitás társadalom- és ideológiatörténetéről, valamint a jelenség társadalmi fogadtatásáról;
- b.) a rendelkezésre álló számítógépes adatbázis segítségével (2000 fős 15 éven felüli minta, független változók; továbbá szexuális attitűdkérdések közé besorolt homoszexuálisokkal kapcsolatos kérdések; homoszexuális gyakorlatra vonatkozó kérdések – maximum 50 válaszadót érint; egy, a válaszadók homoszexualitással kapcsolatos megítélését mérő nyitott kérdés), adatbáziskezelési gyakorlat az SPSS-szel (átkódolás, táblaszerkesztés, esetleg komolyabb matematikai statisztikai eljárások);
- c.) magyar homoszexuálisokkal készített interjúkból szerkesztett szöveggyűjtemény segítségével interjúelemzés;
- d.) interjúk készítése interjúalanyak vállalkozott homoszexuálisokkal és leszbikusokkal;
- e.) kérdőíves adatelemzés: a társadalom viszonya a homoszexualitáshoz;
- f.) résztvevő megfigyelés a különböző homoszexuális találkozóhelyeken, „meleg” ismerősök segítségével (szórakozóhelyek, fürdők, strichplatz stb.);
- g.) a homoszexualitásról és a homoszexuálisokról a magyar sajtóban és általában a tömegkommunikációban sugallt kép feltárása;

h.) a magyar homoszexuális sajtó (Mások) elemzése a magyar homoszexuálisok problémáinak megismerése céljából;

i.) filmelemzés: a homoszexualitás és a homoszexuálisok ábrázolása;

j.) magyar és idegen nyelvű irodalom gyűjtése és feldolgozása, ami egy tematikus gyűjteményt teremtené, továbbá a hallgatók önálló tudományos tevékenységének fejlesztését segítené.

Az 1993 februárjában kezdődő speciálkollégium jórészt alapozó és előkészítő jellegű lenne: megteremtené a további képzés és kutatás tárgyi és módszertani ismereti alapjait.

A kivitelezhető tematika – ami természetesen a jelentkezők érdeklődésének függvényében és az egyes témák kiterjedtségéhez igazodva várhatóan változik – a következő lenne:

1. Szexualitás az európai típusú modern társadalmakban (a témában járatos előadó, ha egyáltalán szükséges egy ilyen bevezető).

2. Szexuális attitűdök és viselkedéstípusok Magyarországon.

(Forrás: az 1991. évi OTE survey feldolgozott anyaga.)

3. A homoszexualitás modernkori története: elmélet- és mozgalmatörténet a 19-dik század elejétől. (Forrás: Új Forrás 1992/3.)

4. A modernkori magyar férfi homoszexualitás társadalomtörténete a Horthy-korszaktól napjainkig.

(Forrás: Valóság, 1991/9; továbbá néhány, még élő „nagy öreggel” készítendő interjú.)

5. Homofil és gay liberation irányzatok a magyar homoszexuális mozgalomban; kerekasztal beszélgetés a két bejegyzett egyesület és az informálisan megszerveződött csoportok képviselőinek részvételével.

6. Lesbikusok Magyarországon (egy lesbikus párral készített interjú alapján; további interjúk is készíthetők a rendelkezésre álló idő alatt).

7. A Kinsey Reportok megfelelő részei az amerikai homoszexualitásról.

8-9. A szerkesztett homoszexuális interjúk elemzése.

(Forrás: meglévő megszerkesztett interjúanyag, kb. 120 oldal terjedelemben.)

10-11. Az Orvostovábbképző Egyetemen 1991-ben készült kérdőív számítógépes adatbázisának feldolgozása.

(Forrás: maga az adatbázis, emellett a Konfliktuskutató Intézet által kiadandó egészségpszichológiai kötetbe leadott elemzés.)

12. A hallgatók kötetlen mélyinterjúkat készíthetnének erre vállalkozó férfi és női homoszexuálisokkal, ami könnyen megszervezhetőnek tűnik. (Nem önálló foglalkozás.)

13. Egy homoszexualitással foglalkozó film elemzése (valószínűleg az „Örült nők ketrece”, de lehet valamelyik Fassbinder mű is, ez döntés kérdése).

14. Értékelés, a hallgatók önálló munkáinak megbeszélése

Az értékelés elemei

- a.) az órákon kifejtett tevékenység;
- b.) az önállóan végzett interjúelemző, interjúkészítő és számítógépes adatfeldolgozó munka;
- c.) egy egyeztetett témából készített tanulmány.

A speciálkollégiumra jelentkezhet minden egyetemi hallgató.

A workshop első foglalkozása (óramegbeszélés) 1993. február 2-án volt az ELTE Szociológiai Intézetében (Bp. VIII. Pollack Mihály tér)

Irodalom

- Erőss László: Furcsa párok, *Gondolat*, 1983.
- Géczi János: Vadnarancsok II. *JAK Füzetek* 1987 ill. a *Vadnarancsok* c. kötet megfelelő része, 1991
- Szentágothay János: A homoszexualitásról, *Valóság*, 1991:9. sz.
- Tóth László: A homoszexualitás helyzete Magyarországon, *Mozgó Világ*, 1991:3.sz.
- Tóth László: Egy földalatti mozgalom henyetlása és felemelkedése, *Valóság*, 1991:9.sz.
- Tóth László: A homoszexualitásról elfogultan, *Uj Forrás*, 1992:3.sz.
- Alvarez, Walter: Homosexuality and Other Form of Sexual Deviance, *Pyramid*, 1974
- Bronski, Michael: Culture Clash: The Making of Gay Sensibility, *South End*, 1984.
- Dannecker, Martin: Theories of Homosexuality, *Gay Men's*, 1981
- Denney, Michale et al.(eds.): The Christopher Street Reader, *Wideview-Perigee*, 1983
- Gebhard,Paul; Johnson, Alan: The Kinsey Data: Marginal Tabulations of the 1938-1963 Interviews Conducted by the Institute for Sex Research, *W.B.Saunders*, 1979
- Kinsey, Alfred; Pomeroy, Wardell;Martin, Clyde; Gerbhardt, Paul: Sexual Behavior in the Human Female, *W.B.Sanders*, 1953
- Kinsey, Alfred; Pomeroy, Wardell;Martin, Clyde; Gerbhardt, Paul: Sexual Behavior in the Human Male, *W.B.Sanders*, 1948
- Levine,P.Martin: Gay men. *The Sociology of Male Homosexuality*, *Harper and Colophon Books*, 1979.
- Rueda, Enrique: The Homosexual Network: Private Lives and Public policy, *Devin Aldair*, 1982.
- Shapiro, Nat, ed.: Whatever It is, I'm against it, *Simon and Schuster*, 1984.
- Thompson, Mark ed.: Gay Spirit: Myth and Meaning, *St. Martin's*, 1987

CONTENTS

Ilona Kovács:

The Price of Health in the U.S.

Danny Pieters:

Introduction into the Social Security Law of the Member States
of the European Community

Júlia Vajda:

Household Economy in Worker's Households

Attila Wéber:

You can Live in Peace with Others only if You are in Harmony
with Yourself

An Interview with András Lányi about the Fidesz Academy

Bill Jordan:

Reorganization and its Discontents

Sára Kádár:

Case Study from the Practice of Family Care

Nándor Horánszky:

Longitudinal Research about Families Expecting Babies

László Tóth:

The Problem of Homosexuality in Modern Societies

English Summary

Ilona Kovács:

The Price of Health in the U. S.

This paper being motivated by the most shocking and controversial facts of U. S. health-care system gives a general and brief description of this system from a historical perspective, and strives to allow a deep insight into how controversially it really works. In the United States far more has been spent on health care than in any other nation in the world both in terms of per capita, and share in GDP. Meanwhile the United States is the only highly developed country that fails to provide health insurance for everyone – 34 million remain uninsured –, and leaves more and more families exposed to growing fear from medically induced financial disaster.

The U. S. health care system can be characterized as a patchwork system, dominated by job-linked health insurance – nearly 150 million people are insured such a way –

combined with a rising share of government-financed programs (Medicaid and Medicare) mostly the elderly and poor.

The paper focuses on the most dominant issues in health care: access to insurance, the size and scope of insured and uninsured, and who shoulders the burden of soaring costs.

The author proves with underlying cross-country data that, first, the U. S. spends as high as 25% more to health care than it would fit to its level of economic development, and second, the wealth of the nation is not reflected by the health of the nation, compared to other European highly developed countries.

The role of the contributing factors in rising costs is discussed. And also a touch of debates over how to cure the U. S. ailing health system is shown.

The author's hope is that lessons might be drawn from U. S. experiences for Hungary's health care system too, however different the two systems are.

E SZÁMUNK SZERZŐI

Horánszky Nándor – neveléstörténész,
Országos Közoktatási Intézet

Bill Jordan – szociológus, szociális munkás,
a társadalomtudományok professzora,
Exeteri Egyetem

Kádár Sára – családgondozó

Kovács Ilona – közgazdász,
MTA Közgazdaságtudományi Intézete

Danny Pieters – jogász, egyetemi tanár,
Katholieke Universiteit Leuven

Tóth László – szociológus,
Orvostovábbképző Egyetem

Vajda Júlia – szociológus,
ELTE Szociológiai Intézete

Wéber Attila – szociológus,
Országgyűlés Hivatala
