



ÖSSZEHASONLÍTÓ JÓLÉTI ELEMZÉSEK

SZERKESZTETTE: NYILAS MIHÁLY
A TANULMÁNYOKAT FORDÍTOTTA: SIMONYI ÁGNES

Az elektronikus kiadvány a TÁMOP-4.1.2-08/2/A/KMR-2009-0043 –
„A szociálpolitikus és a szociális munkás képzés megújítása az ELTE és a BCE együttműködésében”
(SZOCMEG) projekt keretében készült.

Szerkesztés © Nyilas Mihály, 2012
Hungarian translation © Simonyi Ágnes, 2012
Hungarian edition © ELTE TáTK, 2012



Budapest, 2012

Tartalom

HERWIG IMMERVOLL: Minimumjövedelem-ellátások az OECD-országokban	3
Köszönetnyilvánítás	4
1. Bevezetés	7
2. A minimumjövedelem-ellátások tipológiája: alkalmazási területük és más transzferprogramokkal való kapcsolatuk	9
3. Bőkezűség: ellátási szintek és kapcsolódó támogató intézkedések	18
4. Az ellátottak	39
5. Az ellátásokban részesülők kötelezettségei	42
6. Intézményi összefüggések, programvégrehajtás és szolgáltatásnyújtás	63
7. Következtetések: jelenlegi és jövőbeli kihívások	67
Hivatkozások	69
JIM MANSELL, MARTIN KNAPP, JULIE BEADLE-BROWN ÉS JENI BEECHAM: „Intézménytelenítés” és élet a közösségben – eredmények és költségek: egy európai kutatás jelentése*	72
1. Bevezetés	77
2. A módszer	83
3. Szolgáltatások fogyatékos embereknek	89
4. Szolgáltatásfejlesztés Angliában, Németországban és Olaszországban	117
5. A közösségekre alapozott és az intézményes bentlakásos szolgáltatások gazdasági összefüggései	128
6. A változás dinamikája	178
7. Következtetések és ajánlások	182
Függelékek	194
Hivatkozások	208
A Bizottság jelentése	218
Vezetői összefoglaló	222
2. fejezet: Életminőség	236
3. fejezet: Fenntartható fejlődés és környezet	259

HERWIG IMMERVOLL

MINIMUMJÖVEDELEM-ELLÁTÁSOK AZ OECD-ORSZÁGOKBAN

Szakpolitikai keret, hatékonyság és kihívások*

* A fordítás az OECD alábbi angol nyelvű kiadványa alapján készült:

Immervoll, H. (2010), "Minimum Income Benefits in OECD Countries: Policy Design, Effectiveness and Challenges", OECD Social, *Employment and Migration Working Papers*, No. 100, OECD Publishing.
<http://dx.doi.org/10.1787/218402763872>

Magyar fordítás © 2012 Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Társadalomtudományi Kar. A kiadás az OECD (Párizs) engedélyével készült.

A magyar fordítás minőségéért és az eredeti szöveggel való megegyezéséért az Eötvös Loránd Tudományegyetem (ELTE) Társadalomtudományi Kara viseli a felelősséget.

KÖSZÖNETNYILVÁNÍTÁS

Szeretném megköszönni az OECD Szociálpolitikai Munkacsoportja képviselőinek, hogy válaszoltak a szakpolitikai kérdőívben foglalt kérdésekre. Köszönöm Jonathan Bradshaw segítőkész megjegyzéseit és Sebastian König kutatásban nyújtott nagyszerű segítő munkáját is. A tanulmányban levő összes fennmaradó hibáért és a benne kifejezett nézetekért a szerzőé a felelősség. Mindenekelőtt, a tanulmány nem képviseli az OECD vagy az OECD tagországi kormányainak a véleményét.

TARTALOM

Köszönetnyilvánítás	4
1. Bevezetés	7
2. A minimumjövedelem-ellátások tipológiája: alkalmazási területük és más transzferprogramokkal való kapcsolatuk	9
3. Bőkezűség: ellátási szintek és kapcsolódó támogató intézkedések	18
3.1. Az ellátási szintek a mediánjövedelmekhez és a relatív szegényégi küszöbökhöz viszonyítva	18
3.2. Az ellátási szintek a munkából származó jövedelmekhez viszonyítva	23
3.3. Az ellátási szintek a munkanélküli-támogatásokhoz viszonyítva	26
3.4. Kapcsolódó támogatások: egészségügyi ellátás	30
4. Az ellátottak	39
5. Az ellátásokban részesülők kötelezettségei	42
5.1. Miért „jogok és kötelezettségek”?	42
5.2. Célzás: a jogok és kötelezettségek megfelelő aránya a megfelelő személyek számára, a megfelelő időben	44
5.3. Az ellátásban részesülők kötelezettségeinek szemléltetése	46
5.4. Mi működik? Ellátásfüggőség, foglalkoztatás, szegénység	56
6. Intézményi összefüggések, programvégrehajtás és szolgáltatásnyújtás	63
7. Következtetések: jelenlegi és jövőbeli kihívások	67
Hivatkozások	69

Ábrák

1. ábra: Tipológia a minimumjövedelem-ellátások szintje és alkalmazási köre szerint	17
2. ábra: Pénzbeli minimumjövedelem-ellátások által biztosított jövedelemszintek	19
3. ábra: Támogatottak és teljes munkaidős minimumbéresek nettó jövedelmei a háztartási jövedelmek mediánjának %-ában, 2007	24
4. ábra: Minimumjövedelem-ellátásban részesülő háztartások száma a jövedelemszegény háztartásokhoz viszonyítva	41

Táblázatok

1. táblázat: Szociális közkiadások az OECD-országokban: szintek és összetétel, 2005	10
2. táblázat: Teljes munkaképességű munkaképes korúaknak és családjaiknak nyújtott főbb pénzübeli ellátások, 2007 12	
3. táblázat: Az ellátásokra való jogosultág megszüntetési pontjai és az ellátások visszavonási rátái	22
4. táblázat: Minimumjövedelem-támogatások viszonya a munkanélküli-ellátásokhoz	28
5. táblázat: Az ellátásokban részesülők és az alacsony jövedelműek egészségügyi támogatása	32
6. táblázat: Magatartási követelmények és ellátási szankciók, 2007 (vagy jelzett év)	49
7. táblázat: Egyedülálló szülők munkatesztje néhány országban, 2006 táján	55

1. BEVEZETÉS

1. Majdnem mindegyik OECD-ország működtet munkaképes korú polgárai számára átfogó minimumjövedelem-programokat, vagy az elsődleges jövedelempótló ellátások melletti, utolsó menedékül szolgáló biztonsági hálóként, vagy pedig a szociális védelem biztosításának fő eszközeként. A biztonsági hálónak ezekkel az ellátásaival elsősorban az a céljuk, hogy elfogadható életszínvonalat biztosítsanak azoknak a családoknak, amelyek nem képesek más forrásból elégséges jövedelemhez jutni. Szegénységellenes intézkedésként csökkentik a jövedelmi skála alján a jövedelemegyenlőtlenségeket, és mint ilyenek, az újraelosztási politikáknak fontos építőelemeit alkotják. Éppen ennyire fontos az is, hogy egyesek számára biztonsági hálót jelentenek alacsony jövedelmű időszakokban, s így időben is egyenletessé teszik a jövedelmek szintjét.

2. A tanulmány bemutatja az OECD-országok jelenlegi minimumjövedelem-ellátásainak széles körét.¹ A politikai vitákban, a közgazdasági modellekhez hasonlóan, ezeket a transzfereket időnként egyszerűen jövedelemszinteként írják le. Természetesen a támogatások szintje fontos mutató, de az, hogy az ellátások milyen elosztási hatásokkal járnak, számos tényezőtől függ. Ahhoz, hogy megértsük a minimumjövedelem-ellátások szerepének országonkénti és a támogatottak helyzetében előidézett különbségeit, számos egymással összefüggő jóléti politikai tényezőt kell figyelembe venni.

3. Az egyik ilyen fontos tényező az a mód, ahogy az ellátások legalsó szintjét jelentő segélyek beépülnek a tágabb szociálpolitikai keretekbe. Az újraelosztásban betöltött szerepük például nyilvánvalóan országonként különbözik aszerint, hogy a szociális biztonsági háló erős első szintű ellátásait egészítik-e ki (miként a kontinentális Európa nagyobb részén), vagy ezek a segélyek maguk jelentik-e a fő ellátást (mint Ausztráliában, Új-Zélandon). Ebből következően a felső szintű ellátások reformjai gyakran lesznek hatással a minimumjövedelem-támogatások programjaira, kiadási szintjeire, az ellátottak számára és jellemzőire, valamint az őket támogató optimális stratégiákra.

4. Az OECD-országokban az „aktív” és „aktiváló” támogatások szükségessége egyre erősebb hangsúlyt kapott a szociálpolitikai vitákban az 1990-es évek óta. Az arányok ugyan országonként és szociálpolitikai területenként igen

¹ A különböző országok szociális segélyezési politikáinak még átfogóbb áttekintései között található Early és mtsai (1996), OECD (1998a, 1998b, 1999), valamint Adema és mtsai (2003). A különböző országok politikáiról mélyebb elemzések és információk érhetők el az OECD *Ellátások és bérek (Benefits and Wages)* sorozatában, amely a politikai intézményekről és keretekről, valamint a jövedelmek megfelelő voltáról és a munkára ösztönzésről egyaránt tartalmaz adatokat (www.oecd.org/els/social/workincentives). Az aktiválási politikák a jelenleg folyó OECD- (politikai áttekintés) és más elemző munkák tárgyát képezik (lásd www.oecd.org/els/employment/alm).

különböznek, de az ilyen típusú ellátások az öngondoskodás visszanyerésére törekvők támogatását az igénybe vevők erőfeszítéseit nem megfelelőnek találó ítélet esetén összekötik a támogatási szankciók lehetőségével. Számos szociálpolitikai területen a reformkezdeményezéseknek, legalábbis elviekben, központi elemét jelentették azok a kísérletek, amelyek a passzív jövedelemtámogatásokról az önfenntartást erősítő politikákra helyezték a hangsúlyt. Ezeknek a törekvéseknek a sikerei azonban meglehetősen egyenetlenek. Miközben azok, akik valamilyen szempontból közelebb vannak a munkaerőpiachoz, jobban ki tudják használni a munkába állást támogató ellátásokat, addig a szociálpolitika más célcsoportjai, köztük a segélyben és más legalsó szintű támogatásban részesülők számára a tartós foglalkoztatási integráció és a megfelelő jövedelem elérése jóval nehezebb.

5. A jelenlegi gazdasági válság tapasztalatai alapján ebben a vitában újra megfogalmazódott az a kérdés, vajon a gyenge munkaerő-piaci helyzetben hogy lehet fenntartani az aktív szociálpolitikákat.

6. A tanulmány egy olyan egyszerű tipológia kidolgozásával kezdődik, amely a teljes újraelosztási rendszer elemeiként ragadja meg a minimumjövedelem-ellátások különböző típusait (2. fejezet). Az ezt követő 3. fejezet az ellátások bőkezűségét és a pénzbeli támogatásokat kiegészítő egészségügyi támogatások szerkezetét foglalja össze. A 4. fejezet az ellátásra jogosultakról rendelkezésre álló kevés összehasonlító adatot ismerteti, és azt elemzi, vajon a szociális háló keretében nyújtott szociális segélyezés megítélésében ezeknek milyen súlyuk van. Az 5. fejezet a „kölcsonös kötelezettségekről” folyó vitát bemutatva, az értékelő szakirodalom alapján áttekinti a különböző országok különböző megközelítésű, munkába visszavezető és más aktiváló intézkedéseinek logikáját és főbb eredményeit. A 6. fejezet az ellátások folyósításának és a reintegráló szolgáltatások igazgatásának néhány intézményi és alkalmazási módozatát mutatja be. Az utolsó, 7. fejezet azokra a kihívásokra hívja fel a figyelmet, amelyekkel a minimumjövedelem-programok szembesülnek a jelenlegi gazdasági visszaesés közepette.

2. A MINIMUMJÖVEDELEM-ELLÁTÁSOK TIPOLOGIÁJA: ALKALMAZÁSI TERÜLETÜK ÉS MÁS TRANZFERPROGRAMOKKAL VALÓ KAPCSOLATUK

7. Az ellátások legalsó szintjét képviselő segélyek mást és mást jelentenek a különböző országokban és a különböző lakossági csoportoknak. E tanulmány az elemzési céljaihoz azokat a *pénzbeli és természetbeni ellátásokat* tekinti ilyen végső szintnek, *amelyek célja a szélsőséges nehézségek megelőzése, és amelyek központi jogosultsági kritériuma az alacsony jövedelem*. A legalsó ellátási szint tehát jelenti a szociális segélyeket, valamint a többi olyan rászorultságtól függő ellátást, amelyeket jellemzően a más jövedelemmel nem rendelkező családok kapnak (bár, ahogy majd később látni fogjuk, ezek az ellátások kiegészíthetők alacsony bérű foglalkoztatottak és más alacsony jövedelmű csoportok jövedelmeit is). Ilyen az egyedülálló szülők jövedelemtől függő segélye, de ilyenek azok a munkanélküli-támogatások is, amelyek nem függenek a korábbi munkában töltött vagy járulékfizetési időtartamtól (mint Ausztráliában, az Egyesült Államokban, Finnországban, Írországban, Németországban, Új-Zélandon). Országonként eltérőek a legalsó szintű ellátás meghatározásai is. A következőkben a „szociális segély” azt az általános minimumjövedelem-támogatást jelenti, amely nem céloz meg valamilyen specifikus lakosság csoportot. A minimumjövedelem-támogatás egy szélesebb kategória, aminek része a szociális segély, továbbá más, hasonló funkciójú, de célzottabb programok is (pl. a már említett egyedülálló szülőket támogató ellátás). A „minimumjövedelem-ellátás”, „a szociális háló minimumellátása”, „a jóléti támogatás” vagy „az utolsó menedéket jelentő legalsó szintű ellátás” kifejezéseket a továbbiakban szinonimaként használok. Az elemzésre összpontosítás érdekében a tanulmány csak a teljes munkaképességű munkaképes korúakat és családjaikat célzó ellátásokkal foglalkozik.²

8. A szociális kiadások legtöbb területén az összkiadások jó kiindulási pontot nyújtanak ahhoz, hogy a különböző problémák kezelését célzó politikák országonként eltérő jelentőségét értékelni tudjuk. A kiadások országonként

² Azok, akik egészségi problémákkal küzdenek, vagy (korai) nyugdíjasok, szintén bekerülhetnek tágran meghatározott minimumjövedelem-programokba. Ugyanakkor több OECD-országban előfordul, hogy a fogyatékkal élők vagy a korai nyugdíjasok ellátásai nem az eredeti szándékok szerint működnek, hanem más eshetőségekben, például a tartós munkanélküliség esetében használják ezeket az eszközöket. E két támogatott csoport sajátos problémái túlmutatnak ezen a tanulmányon. A fogyatékkal élők vagy más egészségi problémákkal küzdők ellátási jogosultságaival összefüggő kérdésekkel az OECD *Sickness, Disability and Work* sorozata foglalkozik (www.oecd.org/els/social/pag). A nyugdíjpolitikát, ezen belül a rászorultságvizsgálathoz kötött nyugdíj, alapnyugdíj és a minimumnyugdíj kérdését a *Pensions at a Glance* (www.oecd.org/els/social/pag) tárgyalja. E sorozat egyik közelmúltbeli publikációjában egy fejezet témája az időskorúak szegénysége (OECD, 2009a). Idősebb munkavállalók foglalkoztatási korlátairól pedig országtanulmányok készültek (www.oecd.org/olderworkersforum).

eltérő mintázatának különbségeit mutatja be az 1. táblázat, amely a szociális kiadásokról az OECD által összegyűjtött adatokra épül. A jobb oldali oszlopok a közkiadások megoszlását mutatják kilenc szociálpolitikai terület között, míg az első három oszlopban a teljes kiadások, s ezen belül a pénzbeli ellátások és a jövedelemfüggő programok GDP-hez viszonyított szintjeinek adatai találhatók. Látható, hogy számos OECD-országban – köztük az Egyesült Királyságban, Írországon, Kanadában, Új-Zélandon és közismerten Ausztráliában – a pénzbeli ellátásokkal jellemzően az alacsony jövedelmű csoportok támogatását célozzák. A kiterjedt társadalombiztosítási ellátásokkal rendelkező országokban viszont a rászorultságtól függő támogatások költségvetési súlya természetesen kisebb.

1. táblázat: Szociális közkiadások az OECD-országokban: szintek és összetétel, 2005⁽¹⁾⁽²⁾

Ország	Összes	Kézpénz	Jövedelem- tesztelt	Időskorú	Túlélők	Munkaképte- lenség	Egészségügy	Család	Aktív mun- kaerő-piaci program	Munkanélkü- liség	Lakhatás	Más szoc. pol. területek
	a GDP %-ában			a teljes kiadások %-ában								
Ausztrália	17,1	8,1	6,3	26,0	1,2	14,2	34,3	16,5	2,2	3,2	1,5	0,8
Ausztria	27,2	18,4	1,1	46,5	1,3	8,8	25,1	10,4	2,3	4,2	0,4	1,1
Belgium	26,4	16,2	0,9	27,2	7,7	8,9	27,8	9,9	4,1	12,6	0,3	1,7
Cseh Köztársaság	19,5	11,4	1,6	38,3	0,9	12,4	32,4	8,9	1,3	3,2	0,4	2,3
Dánia	27,1	13,6	1,0	26,8	0,0	15,9	21,6	12,5	6,5	10,4	2,6	3,7
Egyesült Államok	15,9	8,0	1,2	33,3	4,8	8,1	43,7	3,9	0,8	1,9		3,6
Egyesült Királyság	21,3	10,3	2,7	28,6	0,9	11,2	32,9	15,0	2,5	1,2	6,8	0,9
Finnország	26,1	15,3	2,6	32,6	3,4	14,7	23,8	11,4	3,4	7,7	1,1	1,9
Franciaország	29,2	17,5	1,9	37,4	6,1	6,3	26,9	10,3	3,1	5,9	2,8	1,2
Görögország	20,5	13,4	1,3	52,5	3,9	4,4	27,4	5,3	0,3	1,9	2,5	1,8
Hollandia	20,9	11,1	1,1	26,5	1,4	17,3	28,5	7,9	6,4	7,3	1,6	3,0
Írország	16,7	8,4	2,6	17,3	5,0	9,7	38,8	14,9	3,8	5,4	3,1	2,1
Izland	16,9	5,7	1,0	22,6	0,2	15,9	37,4	17,6	0,5	1,8	1,2	2,9
Japán	18,6	10,2	0,5	46,4	6,9	3,8	34,0	4,4	1,4	1,8		1,4
Kanada	16,5	6,8	3,3	22,6	2,4	5,6	41,5	6,4	1,8	3,8	2,7	13,3
Korea	6,9	2,9	0,7	22,3	3,6	8,2	46,2	4,0	1,9	3,1		10,7
Lengyelország	21,0	15,7	1,1	49,7	4,8	12,8	20,5	5,4	2,0	2,6	0,6	1,7
Luxemburg	23,2	13,9	0,5	22,6	8,7	14,1	30,1	15,5	2,2	4,2	0,7	1,9

folytatódik

Ország	Összes	Kézpénz	Jövedelem- tesztelt	Időskorú	Túlélők	Munkaképte- lenség	Egészségügy	Család	Aktív mun- kaerő-piaci program	Munkanélkü- liség	Lakhatás	Más szoc. pol. területek
	a GDP %-ában			a teljes kiadások %-ában								
Magyarország	22,5	13,6	0,6	39,2	1,2	12,5	26,6	13,8	1,3	2,5	2,3	0,7
Mexikó	7,4	2,5	0,5	13,8	4,0	0,9	39,2	13,5	0,3		14,9	13,4
Németország	26,7	15,9	1,5	42,0	1,4	7,0	28,7	8,1	3,6	6,2	2,3	0,8
Norvégia	21,6	10,9	1,1	29,2	1,3	20,3	26,7	13,1	3,4	2,5	0,7	2,8
Olaszország	25,0	16,7	0,7	46,4	9,9	6,8	27,3	5,2	2,3	2,0	0,1	0,1
Portugália	22,9	13,9	1,7	36,3	6,6	10,5	31,0	6,5	2,9	4,7	0,0	1,4
Spanyolország	21,2	13,1	1,6	37,1	2,6	11,7	27,5	5,4	3,6	10,4	0,8	0,9
Svájc	20,3	11,8	1,1	32,7	1,8	16,3	29,9	6,6	3,7	4,6	0,8	3,7
Svédország	29,4	14,5	0,6	32,6	2,1	19,0	23,0	10,9	4,4	4,1	1,8	2,0
Szlovák Köztársaság	16,6	10,2	0,6	37,3	1,3	10,1	31,9	12,8	2,1	1,6	0,0	3,0
Törökország	13,7	8,1	0,5	46,7	11,5	1,5	39,6	0,2	0,0	0,4		
Új-Zéland	18,5	9,7	3,4	22,8	0,8	15,5	37,2	14,2	2,1	2,4	4,3	0,8
OECD – összesen	20,6	11,6	1,5	33,2	3,6	10,8	31,4	9,7	2,5	4,3	2,2	2,9

- (1) Az adatok adózás előtti állapotokra vonatkoznak, és nem adnak számot sem arról, hogy a támogatásokat az adórendszerek miként kezelik, sem pedig az ún. adókiadásokról (mint pl. a gyermekek utáni adólevonás), tartalmazza viszont a pénzben fizetett adókedvezményeket. Az OECD ugyanakkor figyelmet szentel ezeknek a kérdéseknek is, és számon tartja a nettó kifizetéseket (lásd a táblázat forrásában megadott linket).
- (2) Az üres helyek azt jelzik, hogy ott nincs elérhető adat. A portugál adatok 2003-ra vonatkoznak. A „jövedelemtesztelt” kategóriába a következő rászorultságvizsgálathoz kötött kiadási tételek kerültek: „más eshetőségekben folyósítható – más szociálpolitikai területek” kiadásai, munkanélküliek jövedelemtesztelt ellátása (pl. munkanélküli-segély Németországban), időskorúak és fogyatékkal élők jövedelemtesztelt támogatása (pl. Belgiumban és az Egyesült Királyságban), más jövedelemtesztelt kifizetések (családok pénzbeli transferei). A kiadások nem tartalmazza azonban a speciális lakhatási támogatásokat, az aktív munkaerő-piaci politikák kiadásait vagy a jövedelemtesztelt egészségügyi támogatást.

Forrás: kivonat az OECD Social Expenditure Database (Szociális kiadások adatbázisa) 2005-ös előzetes felvételéből (www.oecd.org/els/social/expenditure).

9. Számos okból azonban ezek a számok valószínűleg torzítják az így definiált minimumjövedelem-támogatásokra fordított kiadásokról alkotott képet. Először is, a programok, ellátástípusok szintjén nem áll mindig rendelkezésre adat a ráfordításokról, ezért az ellátástípusok szélesebb körének besorolása a jövedelemtesztelték közé nem minden esetben egyértelmű. Ugyanezért nem helyénvaló kizárni ebből a körből azokat a támogatásokat, amelyek ugyan jövedelemtesztelték, de ténylegesen nem minimumjövedelem-ellátások (példaként az olyan munkanélkü-

li-segélyt lehet említeni, ami a korábbi foglalkoztatási státusztól és/vagy a járulékfizetésektől függ, vagy az olyan családi pótlékot, amelyeket csak a közepestől a magas keresetűekig terjedő rétegektől vonnak meg). Másodszor, a főbb szociális segélyekről rendelkezésre álló adatok minősége általában gyengébb, mint az egyéb közkiadási tételeké.³ Végül, a kiadások összesített számai nem bonthatók le korcsoportokra, ezért a munkaképes korú lakosságra fordított ilyen típusú kiadásokról nincsenek adatok.

10. Ezek a megkötések teszik hasznossá az intézményi politikák közelebbi vizsgálatát annak érdekében, hogy a minimumjövedelem-támogatásoknak a különböző országokban betöltött szerepéről képet tudjunk alkotni. Hasonló intézkedések – alkalmazásuk intézményi kontextusától függően – nagyon különböző hatásokkal járhatnak. Általában nehéz egyes intézkedésekből következtetéseket levonni anélkül, hogy a jövedelmeket és a foglalkoztatási ösztönzőket érintő teljes közpolitikai csomagot ne vizsgálnánk. A 2. táblázat funkcióik szerint csoportosítva mutatja be a munkaképes korúak legfontosabb pénzbeli ellátásait.⁴

2. táblázat: Teljes munkaképességű munkaképes korúaknak és családjainak nyújtott főbb pénzbeli ellátások, 2007

Ország	Munkanélküliség		Szociális segély (SzS) (2)	Lakhatási támogatás	Családtámogatások (CsT)		Egyedülálló szülők támogatása	Foglalkoztatási feltételhez kötött
	Biztosítás	Segélyezés			Univerzális	Jövedelem-tesztelt		
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
Ausztrália		•	•	•		•	•	•
Ausztria	•	•	•	•	•		A	
Belgium	•	•	•		•		CsT	•
Cseh Közt.	•		•	•		•	•	
Dánia	•		•	•	•		CsT	

folytatódik

³ A pénzbeli, a pénzbeli jellegű és a természetbeni ellátások közötti különbségtétel problematikus lehet, és néhány elemet nem megfelelően sorolhatnak be (lásd a kivételes körülmények esetén történő kifizetéseket vagy más olyan diszkrecionális kifizetéseket, mint például az újfoglalkoztatási támogatás). A minimumjövedelem-támogatások decentralizált folyósításából adódóan az adatok nem, vagy nem teljes körűen kerülhetnek be a helyi hatóságoknak a központi kormány felé továbbított nyilvántartásaiba. Fontos lehet az is, hogy a nem kifejezetten szociális segélyként meghatározott támogatásokat, amelyek a legtöbb országban a legfőbb utolsó menedéket nyújtó, legutolsó lehetőséget jelentik, az „egyéb szociálpolitikai területek” címen veszik számba, s így az adatszolgáltatásnál reziduális kategóriaként jelennek meg.

⁴ Az egyes ellátásokra való jogosultságról és kritériumairól további részletek találhatóak a www.oecd.org/els/social/workincentives oldalon (a „tables summarizing tax-benefit policy features” címnél).

Ország	Munkanélküliség		Szociális segély (SzS) (2)	Lakhatási támogatás	Családtámogatások (CsT)		Egyedülálló szülők támogatása	Foglalkoztatási feltételhez kötött
	Biztosítás	Segélyezés			Univerzális	Jövedelem- tesztelt		
	[1]	[2]	[3]	[4]	[5]	[6]	[7]	[8]
Egyesült Áll.	•		•			•	A	•
Egyesült Kir.	•	•	•	•	•			•
Finnország	•	•	•	•	•		CsT	
Franciaország	•	•	•	•	•	•	•	•
Görögország	•	•		•	•			
Hollandia	•		•	•	•		A	•
Írország	•	•	•	SzS	•		•	•
Izland	•		•	•	•	•	•	
Japán	•		•	•		•	•	•
Kanada	•		•			•	T	•
Korea	•		•	•			•	•
Lengyelország	•		•	•		•	CsT	
Luxemburg	•		•	•	•		A	
Magyarország	•	•	•	•	•		CsT	•
Németország	•	•	•	•	•		A	
Norvégia	•	•	•	•	•		•	
Olaszország	•			•		•	CsT	
Portugália	•	•	•			•	A	
Spanyolország	•	•	•			•	A	
Svájc	•		•	•	•			
Svédország	•	•	•	•	•		•	•
Szlovák Közt.	•		•	•	•			•
Új-Zéland		•	•	•		•	•	•

Megjegyzések: (1) • jel azt mutatja, hogy adott országban az adott ellátás vagy adókedvezmény létezik. Ahol nincs speciális lakhatási vagy egyedülálló szülőknek nyújtott támogatás, ott SzS (szociális segély) vagy CsT (családtámogatások) részeként léteznek lakhatási vagy egyedülálló szülőknek nyújtandó speciális ellátások. (2) Csak pénzbeli ellátások, de az egyesült államokbeli élelmi-szerjegyek (Food Stamps), mint pénzbeli jellegű támogatási forma, beszámításra került. Az „A” adókedvezményt jelöl.

Forrás: OECD Benefits and wages policy database (www.oecd.org/els/social/workincentives)

11. A munkájukat elvesztőknek és más nem foglalkoztatottaknak a legfőbb támogatást a munkanélküli-ellátások jelentik. A legtöbb OECD-országban léteznek [munkanélküliségi biztosítási ellátások](#), amelyek a foglalkoztatáshoz kötődő feltételek szerint kompenzálják az elvesztett jövedelmeket. A biztosítási elveknek megfelelően az igénylők akkor lehetnek jogosultak, ha korábban bizonyos ideig munkában álltak, és járulékot fizettek. Jogosultsági feltétel még az aktív munkakeresés, és legtöbbször az is, hogy a munka nélküli állapot ne az igénylő akaratából következzen be. Az ellátás folyósításának időtartama a legtöbb – bár nem minden – országban korlátozott. A biztosítás a legtöbb foglalkoztatott számára kötelező, de egyes észak-európai országokban önkéntes.

12. Azok az álláskereső, akiknek munkanélküli-ellátásra való jogosultsága kimerült, vagy akiknek korábbi munkában töltött ideje nem elegendő e jogosultsághoz, kaphatnak [munkanélküli-segélyt](#). Néhány országban a munkanélküli-segély a fő munkanélküli-ellátás. A korábbi munkaviszony gyakran, de nem mindig a jogosultság feltétele. A munkanélküliségi biztosítási ellátásokhoz hasonlóan ezeknek is folyósítási feltétele a rendelkezésre állás és az aktív munkakeresés. A támogatások lehetnek határozott vagy határozatlan időtartamra szólók. Bár mind a biztosítási, mind a segélyezési támogatásokat tipikusan (ám nem teljes körűen) a munkanélküliségi biztosítási alapokba befizetett járulékokból finanszírozzák, e segélyek fő célja nem a jövedelemvesztés elleni biztosítás, hanem az erőforrások egy minimális szintjének nyújtása a munkanélküliség ideje alatt. Így ezek a segélyezési szintek jellemzően alacsonyabbak, és kevésbé keresetfüggők. A munkanélküli-segélyeket csökkentik más jövedelemhez jutás esetén, a rászorultságvizsgálat azonban kevésbé átfogó, mint a szociális segélyezés esetében.

13. Végül, akik nem jogosultak semmilyen munkanélküli-támogatásra, azok a központi vagy az alsóbb szintű kormányzatok által utolsó menedékként, legalsó szintű ellátásként folyósított [szociális segélyben](#) részesülhetnek. Ezek esetében a jogosultsági kritériumok minden rendelkezésre álló jövedelemre és vagyontárgyra kiterjednek, és a jogosultságok nem függenek kifejezetten az igénylő korábbi foglalkoztatási történetétől. A jövedelem- és vagyontesztet lehetnek nagyon szigorúak, és mindig beszámítják az ellátást igénylővel együtt élők erőforrásait is. A jogosultság feltételül szabhatják azt is, hogy az igénylő tegyen erőfeszítéseket saját önfenntartásának visszanyerésére. A szabályok és a gyakorlat országonként igen eltérőek lehetnek, de a munkakeresés és más tevékenységek követelményei kevésbé szigorúak, mint a munkanélküli-ellátások esetén.⁵ A szociális segélyezésnek általában nincsenek időbeli korlátai, a segélyeket mindaddig folyósítják, amíg a jogosultsági kritériumok fennállnak. A támogatások gyakran a más forrásokból származó jövedelmeket egészítik ki annyira, hogy megfelelő jövedelmi szintet biztosítsanak. Az

⁵ A munkanélküli-ellátásokban részesülőktől eltérően a szociális segélyezettek a legtöbb országban nem részesülnek semmilyen törvényes foglalkozási besorolási vagy státusz védelemben, amely számukra meghatározná a „megfelelő munka” fogalmát. Formálisan tehát el kell fogadniuk minden rendelkezésre álló munkaalkalmat, bár nehéz megállapítani, hogy ezt a gyakorlatban mennyire erősen követelik meg tőlük. A formálisan szigorú rendelkezésre állási kritériumtól való eltérés összefügghet például azokkal a munkáltatói aggodalmakkal, hogy a „tülképzett” ellátást igénylőkre gyakorolt nyomás ronthatja munkahelyi motiváltságukat (lásd pl. Tergeist és Grubb, 2006: 3. Box).

ilyen kiegészítések nagyobb valószínűséggel járnak azoknak az igénylőknek, akiknek eltartott családtagjaik vannak, hiszen a nagyobb családok több forrást igényelnek adott életszínvonalhoz.

14. A főbb szociális segélyezési ellátások mellett vannak más kormányzati transzferek, amelyek jellemzőikben hasonlóak a segélyekhez, azokat vagy kiegészítik, vagy helyettesítik:

- Az alacsony jövedelmű háztartások jogosultak lehetnek pénzbeli **lakhatási támogatásokra**, amelyek hasonló jövedelemteszteken alapulnak. A támogatási összegeket bizonyos plafonok mellett az aktuális lakhatási költségek alapján állapítják meg. A lakhatási támogatásokat önálló program keretében vagy a szociális segélyezésre való jogosultságok részeként folyósítják. A szociális segélyektől eltérően a kifejezetten lakhatási célokat szolgáló támogatásoknak nincsenek a munkavállalással vagy az önfenntartást célzó beavatkozásokkal kapcsolatos feltételei.
- A legtöbb országban a gyermekes családok **családtámogatásokban** részesülnek (az eltartott gyermek definíciója azonban országonként jelentősen különbözik). Az egyedülálló szülők támogatásai is léteznek a legtöbb országban, vagy a rendszeres család- vagy gyermekellátások keretein belül, vagy pedig külön programként. Névleg különbözhetnek, de egyébként nagyon hasonlóak a szociális segélyekhez a gyermekek vagy az egyedülálló szülők jövedelemtesztelt támogatásai.⁶ Egy jellemző különbség a munkavégzéshez kötődő követelményekkel kapcsolatos. A jövedelemtesztelt családtámogatásokat gyakran azzal a céllal hozzák létre, hogy az időlegesen folyósított ellátás révén valamelyik szülő több időt tudjon tölteni a gyermekekkel. Az időkorlátoktól eltekintve (amelyek lehetnek bőkezűek, és gyakran értelemszerűen adódnak, például az eltartott gyermek maximum életkorának meghatározásából: lásd 7. táblázat), így a munkával kapcsolatos kötelezettségek e támogatásoknál minimálisak vagy nem léteznek.
- Célzott jövedelemtámogatások növekvő mértékben kezdenek megnyílni munkában állóknak. Ezek bizonyos mértékben helyettesítik a jövedelemkiegészítő szociális segélyeket vagy más minimumjövedelem-ellátásokat. Az OECD-országok közel fele jelenleg működtet foglalkoztatáshoz kötött ellátást, vagy a **munkában állók támogatásának** egyik vagy másik fajtáját (a táblázatban még nem látható, de több ország, köztük Németország, 2007-től vezetett be ilyen programokat). A minimumjövedelem-ellátásokhoz hasonlóan ezeknek a munkában állókat célzó támogatásoknak is az alacsony családi jövedelem a feltétele (de mivel fennálló munkaviszonyhoz

⁶ Emellett számos ország működtet szülői szabadság ideje alatti ellátásokat, amelyek nem jövedelemtesztelttek, vagy pedig biztosítási alapúak (részletek az OECD Family Database-ben: www.oecd.org/els/social/family/database).

kötődnek, értelemszerűen nem folyósíthatók jövedelemmel nem rendelkezőknek, s ezért nem is tekinthetők utolsó menedéket jelentő, legalsó szintű ellátásnak).⁷

15. Ebből az áttekintésből látható, hogy a minimumjövedelem-támogatások különféle közpolitikai címek alatt folyósíthatók. Ami közös bennük, hogy olyanok kapják, akik nem rendelkeznek saját jogon jövedelemmel, vagy csak nagyon alacsonnyal, s ezért ezek a támogatások a más jövedelemhelyettesítő ellátásokra nem jogosult családok számára a biztonsági hálót jelentik. Az 1. ábra két dimenzió mentén mutatja be a különböző országok programjait:

- (1) **Szint:** munkaképes korúak fő jövedelemtámogatása vagy alsó szintű ellátás.
- (2) **Alkalmazási kör:** széles körű biztonsági háló vagy meghatározott csoportokra célzott program (pl. egyedülálló szülők).

16. A legtöbb országban a minimumjövedelem-támogatások a más forrásból nem támogatottak legalsó szintű ellátásainak formájában jelennek meg. A széles hatókörű utolsó menedéket jelentő, legalsó szintű támogatások az 1. ábra jobb felső mezőjében találhatók. Ebben a kategóriában a legnagyobb csoportot a pénzbeli és ahhoz hasonló támogatások (mint az Egyesült Államokban az élelmiszerjegyek, vagy 2008 óta az élelmezési kiegészítő program – SNAP) képezik. Ezek mellett a széles körű alsó szintű ellátások közé tartoznak a brit, finn, ír és német munkanélküli-segélyek, amelyek korábbi munkaviszonytól és járulékfizetéstől függetlenek.⁸ Más típusú, egyedülálló szülőknek nyújtott célzott ellátások léteznek az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban és Franciaországban (a jobb alsó mezőben; ide került a kiskorúak egyedülálló szüleinek folyósított, jövedelemtesztelt norvégiai támogatás is, amely ugyan formálisan biztosítási ellátás, de a rá való jogosultság nem igényel korábbi munkaviszonyt).

⁷ Az ilyen típusú támogatásokkal és a „legyen a munka kifizetődő” programokkal kapcsolatos különböző országbeli tapasztalatokat foglalja össze Immerwoll és Pearson (2009). Néhány esetben a munkaviszonyban levők támogatása időszakosan folyósított formában az új munkába állás kifizetődőbbé tételét célozza. Ennél több országban léteznek alacsony keresetű dolgozók meghatározott csoportjainak adott, a jogosultsági kritériumok fennálltaig ismétlődő ellátások (vagy adó-visszatérítések). Bizonyos munkaviszonyban állók ellátásainak célzása érdekében a jogosultság és a támogatás összege számos körülménytől és jellemzőtől tehető függővé. Így például eltartott gyermektől, bizonyos minimálisan ledolgozott óraszámától, munkajövedelemmel rendelkezéstől vagy munkahelyváltástól, munkába állástól. Ezek közül legalább egyet minden munkaviszonyhoz kötődő támogatás feltételül állít, de előfordul az is, hogy a célzás érdekében speciális be- és kilépési küszöbököt állítanak fel a keresetek vagy a ledolgozott munkaórák alapján. Az alacsony keresetűek célzásához a támogatást igénylő egyén, a házaspár vagy a család egészének kereseteit vehetik számításba. Az egyedülállók számára ennek nincs jelentősége, de a nagyobb háztartások ellátási jogosultságait a jövedelmek alapjául vett egység nagyban tudja befolyásolni. A családi jövedelmeket figyelembe vevő támogatások újraelosztási jellemzői általában kedvezőbbek. Az egyéni munkaviszonyhoz kötődő ellátások kevésbé jól érik el a szegény háztartásokat, viszont elkerülik a családi jövedelemfüggő ellátások ellenőrző hatását a második kereső munkára.

⁸ Írországban a munkanélküli-segély (ún. „álláskeresési támogatás”) lényegesen fontosabb szerepet tölt be, mint az általános szociális segély (ún. „kiegészítő támogatás”).

1. ábra: Tipológia a minimumjövedelem-ellátások szintje és alkalmazási köre szerint

A teljes munkaképességük birtokában levő munkaképes korúak és családjaik főbb szociális ellátásai, 2007

	Ellátások felső szintje	Ellátások alsó szintje
Széles körű alkalmazás	<i>Ausztrália (munkakezdési támogatás)</i> <i>Új-Zéland (munkanélküli-ellátás)</i>	<i>Szociális segély:</i> Ausztrália, Ausztria, Belgium, Csehország, Dánia, Egyesült Államok, Finnország, Franciaország, Hollandia, Írország, Izland, Japán, Kanada, Korea, Lengyelország, Luxemburg, Magyarország, Norvégia, Portugália, Spanyolország, Svédország, Új-Zéland <i>Munkanélküli-segély:</i> Egyesült Királyság, Finnország, Írország, Németország
Célzott alkalmazás	<i>Ausztrália (nevelési ellátás, fiatalok támogatása)</i> <i>Írország (egyedülálló szülők támogatása)</i> <i>Új-Zéland (háztartási célú támogatás)</i>	Egyesült Királyság (jövedelemtámogatás) Egyesült Államok (TANF, SSP programok) Franciaország* (egyedülálló szülők támogatása) Norvégia (átmeneti támogatás)

*2009 közepétől Franciaországban az új Aktív Szolidaritási Jövedelem (RSA) minden alacsony jövedelmű család, köztük az egyedülálló szülők számára biztosított. Az egyedülálló szülők támogatása ezt követően megszűnt.

17. Néhány esetben a minimumjövedelem-támogatások képezik a munkaképes korú lakosság (1. ábra bal felső mező) vagy különböző egyének (Ausztráliában fiatalok, szintén Ausztráliában, valamint Írországban és Új-Zélandon⁹ az egyedülálló szülők) fő támogatási formáját. Ezek mellett a felső szintű programok mellett Ausztráliában és Új-Zélandon léteznek alsóbb szintű, vészhelyzetekben folyósítható támogatások is, de jóval ritkábbak, és nem is kerültek be az 1. ábrába.

18. Egyes országokban az itt feltüntetettek mellett léteznek egyéb alsóbb szintű minimumjövedelem-támogatások olyanoknak, akik fogyatékoságuk miatt nem munkaképesek, mint például az egyesült államokbeli „kiegészítő biztonsági jövedelem” és az ír „fogyatékosági ellátás”. Ezek azonban mindkét esetben biztosításalapú felső szintű ellátásként működnek. Az új-zélandi „fogyatékos ellátás” és az ausztráliai „fogyatékosági támogató nyugdíj” e csoport jövedelemfüggő, célzott, felső szintű ellátását képezik.

⁹ Új-Zélandon a háztartási célú támogatás olyan más csoportoknak is nyújt ellátást, mint például a családtagjukat otthon gondozóknak.

3. BŐKEZŰSÉG: ELLÁTÁSI SZINTEK ÉS KAPCSOLÓDÓ TÁMOGATÓ INTÉZKEDÉSEK

3.1. Az ellátási szintek a mediánjövedelmekhez és a relatív szegénységi küszöbökhöz viszonyítva

19. A minimumjövedelem-támogatások elsődleges célja a szegénység megelőzése vagy enyhítése. Az ellátások bőkezűségének országonkénti összehasonlításához egy lehetséges kiindulási pont a támogatások szintjének viszonyítása az általában használt szegénységi küszöbökhöz. A 2. ábra az OECD adóellátás-számításán alapuló modellszámításokat mutat be. Az így számított nettó jövedelmeket a jövedelemmegoszlások mediánjövedelmeihez hasonlítja. Ez mutatja, hogy az OECD-országok nagy többségében, amelyeket illetően ilyen számítások elérhetők, a legalsó szintű – utolsó menedéket jelentő – támogatások lényegesen alacsonyabbak lehetnek, mint a három különböző relatív szegénységi szint (a mediánjövedelem 40%-a, 50%-a, illetve 60%-a). A szegénységi rés néhány országban nagyon nagy (Görögországban, Olaszországban, Törökországban nincs általánosan alkalmazható szociális segélyezés), és mindenhol szükség van egyéb jövedelmekre is a jelentős szegénységi kockázatok elkerüléséhez.

20. Számos országban ugyanakkor a lehetséges ellátások köre igen tág lehet. A 2. ábrán ezt a hibavonalak jelzik, amelyek mutatják a lakhatási támogatást nem igénylő jogosultsága és a magánlakás-bérlés költségeihez részleges vagy teljes hozzájárulást igénylő támogatási jogosultsága között. A lakhatási támogatás kiszámítása ebben az esetben egy feltételezett, nem indokolatlanul magas lakbérszámításon alapul (a teljes munkaidős foglalkoztatottak bruttó átlagbérének 20%-án).¹⁰ Sok igénylő esetében a támogatás valahol a „lakhatási költséggel” és a „lakhatási költség nélkül” számított között lesz. Az országok felében a támogatások szintje semmilyen, vagy csak igen csekély eltérést mutat a lakhatási költségek függvényében, hiszen nem léteznek, vagy nagyon alacsonyak a lakhatási támogatások (az egyesült államokbeli élelmiszerjegy vagy élelmezési kiegészítő programban nincs külön mód pénzbeli lakhatási támogatást nyújtani, bár egyes államokban a lakhatási költségek bizonyos mértékben levonhatók a rendelkezésre álló jövedelemből). Az is előfordul, hogy a lakhatási támogatás egységes (pl. az elfogadható lakhatási költségeket a szociális segélyek összegébe tervezik be).

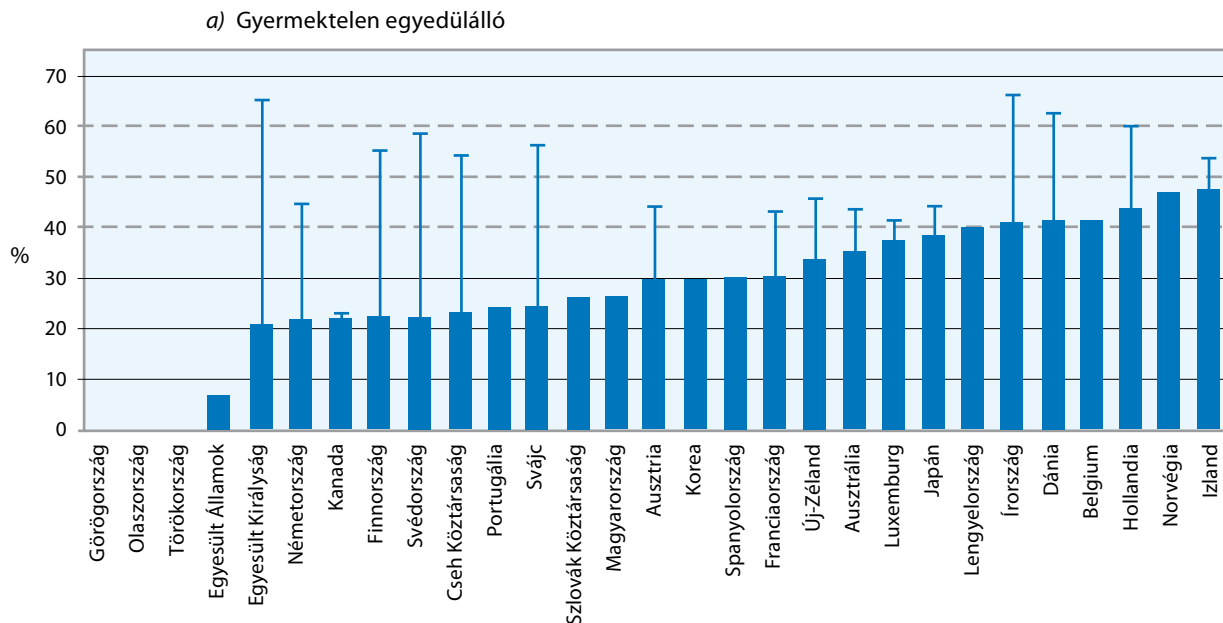
21. A családtípusok szerinti összehasonlítás azt mutatja, hogy a minimumjövedelem-támogatásban részesülő gyermekes családok nettó jövedelme (2b és 2c ábra) közelebb van a szegénységi küszöbökhöz, mint az egyedülál-

¹⁰ Az átlagbér 20%-ának feltételezését az indokolja, hogy megragadhatók legyenek a különbségek az „elfogadható lakbérplafonokat” alkalmazó, illetve nem alkalmazó országok (vagy az ilyen döntéseket nagy diszkrecionális szabadsággal meghozók) között. Ennek érzékeltetésére szükséges egy megfelelően magas, az adott korlátokat befogadni képes lakbérszintet választani.

lóké (2a ábra). Ez a gyerekszegénység feletti aggodalmak egyes országokban kiemelt politikai jelentőségével összefüggően azt mutatja, hogy a gyermekeknek és más családtagoknak folyósított ellátások – legalábbis a szegény családok számára – általában bőkezűbbek, mint lennének a jövedelemszámításoknál tipikusan használt ekvivalencia-skálák alkalmazásával.¹¹

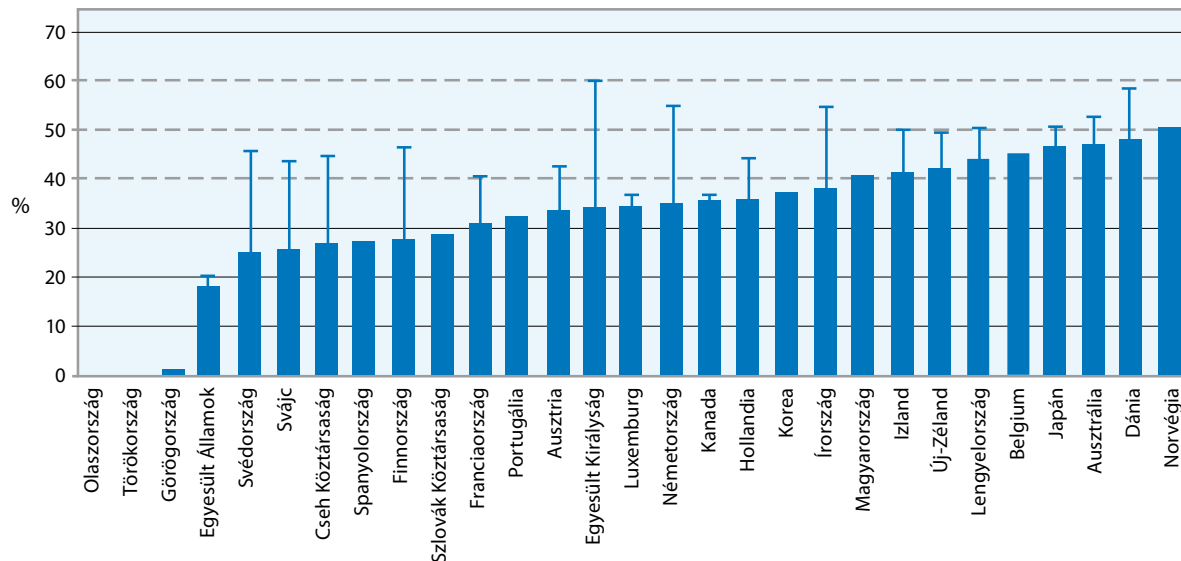
2. ábra: Pénzbeli minimumjövedelem-ellátások által biztosított jövedelemszintek

A háztartások mediánjövedelmének nettó értéke %-ban, 2007

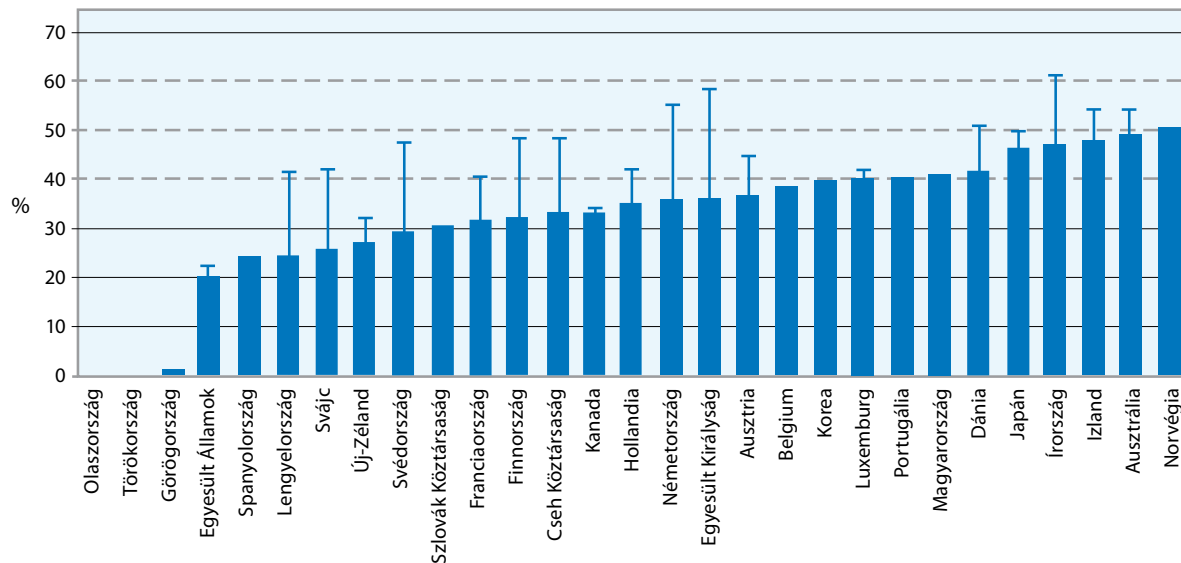


¹¹ A 2. ábrán a mediánjövedelmek a „háztartásnagyság négyzetgyöke” skála szerint kerültek kiigazításra. A súlyok a „módosított OECD-skálával” készültek, amelyet Európában használnak (de az OECD-ben nem), s amely egyes (a 2. ábrában szereplő) családtípusoknál nagyobb, másoknál kisebb megtakarításokat mutat.

b) Egyedülálló szülő két gyermekkel



c) Házaspár két gyermekkel



Megjegyzések: Az itt szereplő 2005 körüli mediánjövedelmeket 2007-es árakon számították ki, mégpedig a lakhatási költségek (vagy egyéb célra meghatározott kiadások) nélkül. A táblázat ekvivalens eredményeket mutat (az ekvivalencia mértéke a háztartástagyságok négyzetgyöke), és tartalmaz minden releváns pénzügyi ellátást (szociális se-

gélyt, családtámogatásokat és a jelzett módon a lakhatáshoz kötődő pénzbeli ellátást). Az Egyesült Államok adatai tartalmazza a pénzbeli ellátásokhoz közeli élelmiszerjegy-kiadásokat. A jövedelemszintek magukban foglalják az egy munkaképes korú családfővel rendelkező családok minden pénzbeli ellátási jogosultságát, de nem terjednek ki egyéb jövedelemforrásokra, így nem tartalmaznak egyéb első szintű támogatásokat, mint például a munkanélküli-ellátást. Mentések jövedelemadóktól és járulékoktól. Az eredmények tipikusnak tekintett helyzetet tükröznek olyan országok esetében, ahol az ellátásokat nem országos szinten szabályozzák, és eltérőek lehetnek regionálisan vagy a helyi szinteken (pl. az egyesült államokbeli Michigan államét vagy más országokban a fővárosokét). A családok esetében 4 és 6 éves gyermekekkel számoltak. A „hibavonalak” mutatják az ellátások kiterjedését azokban az országokban, ahol azok a lakhatási kiadásoktól függőek. A hibavonal alsó vége azt a szintet mutatja, amikor nem igényelnek lakhatási támogatást, felső szintje pedig azt a szintet, ami magánlakás-bérlés esetén a bruttó teljes időszak átlagbér 20%-ának szintjéig terjedő lakbér és egyéb költségek támogatása esetén igényelhető.

Forrás: Az OECD adóellátás-modelljei (www.oecd.org/els/social/workincentives) és az OECD jövedelemeloszlások adatbázisa.

22. A minimumjövedelem-támogatások elosztási hatása azonban nem korlátozódik azokra az igénylő családokra, amelyek a 2. ábrán bemutatott szintek alatti jövedelemmel rendelkeznek. Számos ország a munkavállalás ellenében ható ösztönzés feletti aggodalmak miatt fokozatosan szünteti meg az ellátásokat, a maximális támogatási szint felett munkajövedelemmel rendelkezők még részesülhetnek jövedelemkiegészítésekben.¹² Ezt mutatja a 3. táblázat a minimumjövedelem-támogatások teljes kifizetése utáni hozzávetőleges kereseti szintekkel és az ezekhez társuló nettó jövedelmekkel.

23. Az országok valamivel kevesebb, mint felében a munkajövedelmeket 90 százalékot meghaladó marginális adókulccsal (METR) teljesen levonják az ellátásokból. Ahol lényegesen lassabban csökkentik a támogatásokat, ott a minimumjövedelem-támogatások kiterjednek a nem szegényekre is, annak ellenére, hogy a legalacsonyabb jövedelműeket viszont nem emelik ki a szegénységből. A 3. táblázatban bemutatott adatok csak az egyedülállókra vonatkoznak, de a megszüntetési szintek hasonlóak más családtípusok esetében is. Mivel a nagyobb családokban a támogatások összege magasabb, így a megszüntetési szintek is magasabbra tolják a kereseteloszlást ezekben az esetekben. Egyes országokban és bizonyos családtípusoknál a jövedelemfüggő, munkaviszonyhoz kötött támogatások a körül a kereseti szint körül nyílnak meg, amelynél a minimumjövedelem-ellátások teljesen megszűnnek. Ekkor az ellátások fokozatos csökkenésével előálló magas marginális adókulcs megmaradhat a 3. táblázatban bemutatott megszüntetési szintek után is.

¹² A támogatások fokozatos megszüntetése és a munkajövedelmeket terhelő magas adók együttesen jelentős „lyukas vödör” típusú hatékonyságvesztésekhez vezetnek, azaz a szegényeknek nyújtott minimumjövedelem-támogatások emelésével a többletösszegek igen magas marginális költségeihez. Az Immervoll és mtsai (2007) által készített tanulmányban összefoglalt 15 uniós tagállam adatai azt mutatják, hogy a jelenleg bőkezű jóléti ellátásokat nyújtó országokban egy euró többlettámogatás 2,5 euróba kerül. A számítások azonban azt is mutatják, hogy még igencsak szükséges a biztonsági háló erősítése ott, ahol ez még kevésbé fejlett. Nevezetesen a dél-európai országokban, ahol a minimumjövedelem-ellátások javításának költségei lényegesen alacsonyabbak.

3. táblázat: Az ellátásokra való jogosultság megszüntetési pontjai és az ellátások visszavonási rátái

Egyfős háztartás, 2007

Ország	Minimumjövedelem-ellátások, feltételezve, hogy a lakhatási költségek nullával egyenlők, vagy a támogatást nem igénylik			Az ellátások magukban foglalják a magánlakás-bérlés költségeit, ahol ezek relevánsak		
	Keresetek az átlagbér %-ában	Nettó jövedelem, ezen a kereseti szinten a háztartási mediánjövedelem %-ában	A megszüntési időszak alatti marginális tényleges adószint	Keresetek az átlagbér %-ában	Nettó jövedelem, ezen a kereseti szinten a háztartási mediánjövedelem %-ában	A megszüntési időszak alatti marginális tényleges adószint
Egyesült Királyság	11	24	86	52	91	78
Svédország	14	23	97	41	59	100
Kanada	17	24	90	17	25	90
Cseh Köztársaság	17	23	100	41	56	100
Svédország	17	24	100	41	56	100
Magyarország	17	25	105	23	34	82
Portugália	19	31	80	19	31	80
Finnország	19	28	82	44	61	88
Spanyolország	19	30	100	19	30	100
Németország	20	37	67	38	63	79
Franciaország ^(a)	20	32	95	37	57	80
Ausztria	20	31	97	30	46	98
Korea	22	40	76	22	40	76
Belgium	22	44	94	22	44	94
Írország	23	42	98	41	75	100
Szlovák Köztársaság	24	35	77	24	35	77
Lengyelország	24	41	97	39	65	71
Egyesült Államok	25	30	32	33	38	30
Izland ^(b)	31	48	100	>150		
Japán	32	51	79	32	51	89
Hollandia	33	45	98	47	61	98
Norvégia	34	48	98	34	48	98

folytatódik

Ország	Minimumjövedelem-ellátások, feltételezve, hogy a lakhatási költségek nullával egyenlők, vagy a támogatást nem igénylik			Az ellátások magukban foglalják a magánlakás-bérlés költségeit, ahol ezek relevánsak		
	Keresetek az átlagbér %-ában	Nettó jövedelem, ezen a kereseti szinten a háztartási mediánjövedelem %-ában	A megszűnési időszak alatti marginális tényleges adószint	Keresetek az átlagbér %-ában	Nettó jövedelem, ezen a kereseti szinten a háztartási mediánjövedelem %-ában	A megszűnési időszak alatti marginális tényleges adószint
Ausztrália	37	61	61	45	73	65
Luxemburg	39	45	86	42	48	88
Új-Zéland	45	59	66	70	90	61
Dánia ^(b)	46	51	38	106	109	45

Megjegyzések: Lásd a 2. ábra magyarázó megjegyzéseit. A marginális tényleges adószintet (METR) a 0-tól az ellátás megszüntetési pontjáig terjedő intervallumba tartozó bérekre számították. Minden további foglalkoztatási jövedelem bizonyos töredéke elvonásra kerül az adók és az ellátások csökkentésének kombinált hatására, aminek következtében az ellátások fokozatosan csökkennek, az ellátásban részesülők pedig jövedelemadó és járulékok fizetésére válnak kötelezetté.

(a) Franciaország esetében az RMI- (beilleszkedési minimumjövedelem) programtól eltérően, az ezt és az egyedülálló szülők támogatását (API) 2009-től egyesítő aktív szolidaritási jövedelmet (RSA) azonos megszüntetési szint és egységes, 38%-os levonási arány jellemzi. A teljes munkaidős minimumbér 120%-ánál rögzített megszüntetési szint egyedülállók esetében közel háromszor akkora, mint volt a korábbi ellátásoknál.

(b) Izland esetében a marginális tényleges adószint nincs feltüntetve, mivel a lakhatási támogatást széles kereseti sávban vonják vissza, így ezt inkább az adószint határozza meg, nem pedig az ellátások kurtítása. Kisebb mértékben, de ez érvényes Dánia esetében is.

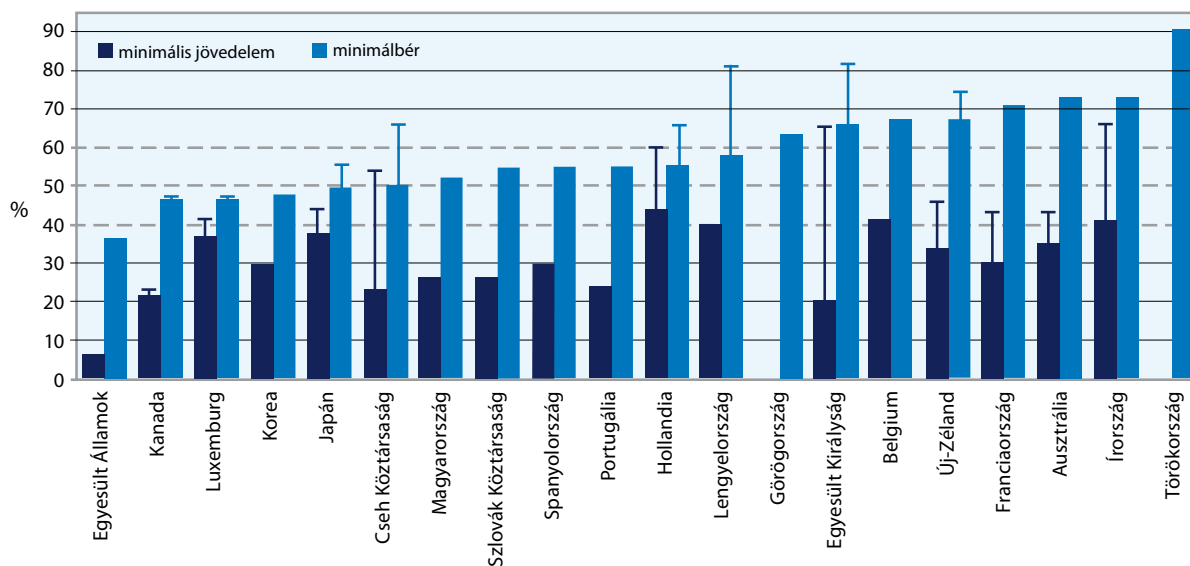
Forrás: Az OECD adóellátás-modelljei (www.oecd.org/els/social/workincentives) és az OECD jövedelemeloszlások adatbázisa.

3.2. Az ellátási szintek a munkából származó jövedelmekhez viszonyítva

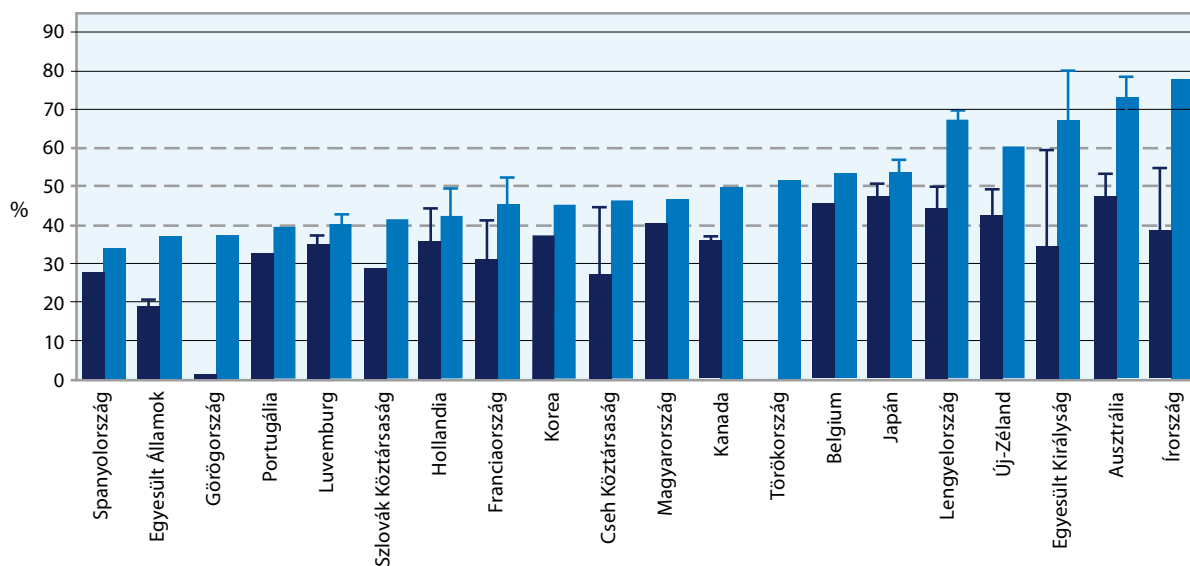
24. Mint a marginális tényleges adókulcsoknál láttuk, a munka kifizetődővé tétele szempontjából az ellátásoknak kulcsszerepük van, különösen a korlátozott keresőképességűek számára. Minthogy a munkakereset nélküli minimumjövedelem-ellátásban részesülők legtöbbször a bevett szegénységi küszöbök alatti nettó jövedelemmel rendelkeznek, ezért az a lényeges kérdés, hogy mennyit kell valakinek keresnie ahhoz, hogy kikerüljön a jövedelmi szegénységből (3. ábra). Ezt az összeget két tényező határozza meg. Először, a jelentős egyéni „szegénységi réssel” (ami az adott szegénységi szint és az ez alatti nettó jövedelem különbsége) jellemezhető országokban magasabb keresetek lennének szükségesek. Másodszor, a szegénységi szint meghaladásához szükséges kereset nagyságát az is meghatározza, hogy a munkajövedelem mennyit tesz hozzá a háztartás nettó jövedelméhez (és így a marginális tényleges adóhoz).

3. ábra: Támogatottak és teljes munkaidős minimumbéresek nettó jövedelmei a háztartási jövedelmek mediánjának %-ában, 2007

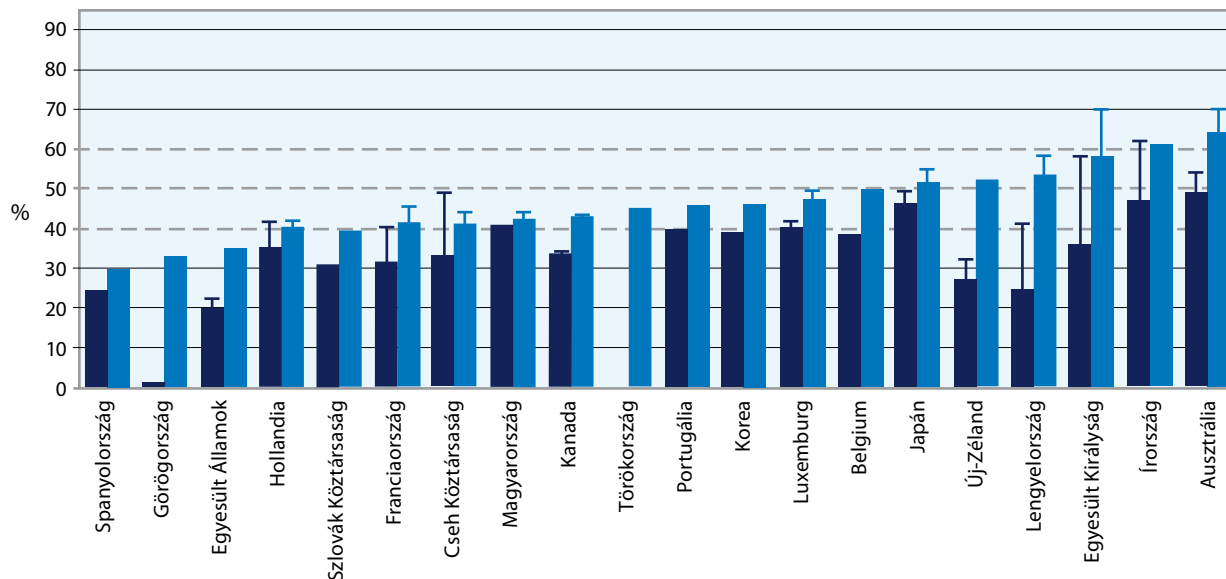
a) Gyermektelen egyedülálló



b) Egyedülálló szülő két gyermekkel



c) Házaspár két gyermekkel



Megjegyzések: Lásd a 2. ábra megjegyzéseit. A minimum-órabérek heti 40 órás munkahéttel lettek havi munkabérre átszámítva. Ahol a minimálbér kor, szakma vagy szektorfüggőek (mint Belgiumban, Görögországban, Portugáliában), ott a magánszektor fehérgalléros dolgozóira érvényes felnőtt bérekre vonatkoznak az adatok. Az Egyesült Államokban szövetségi minimum használatos. Ahol nincs országosan elfogadott minimum (mint Japánban), ott a regionálisan használatos minimumok súlyozott átlagát tüntettük fel. Házaspárok esetében azzal számoltunk, hogy közülük csak egyikük kap munkajövedelmet.

Az OECD adóellátás-modelljei (www.oecd.org/els/social/workincentives) és az OECD jövedelemeloszlások és minimumbér adatbázisai.

25. Az alacsony keresetűek helyzetének bemutatásához az egyik mutató a minimálbér. Az OECD-országok kétharmadában a béreknek létezik törvényben meghatározott minimuma. A bruttó minimumbér-szinteken alapuló összehasonlítások azonban nem veszik figyelembe az adók és a támogatások különbségeit, s ezért a bérszintek valódi értékét nem teljesen tükrözik. A 3. ábra a teljes munkaidős törvényes bérminimumot kereső foglalkoztatottak jövedelmeit mutatja adózás és támogatások után, és – mint korábban a 2. ábrán – a rendelkezésre álló háztartási jövedelmek mediánjához viszonyítva.¹³ A legtöbb országban egy teljes munkaidős, minimálbért kereső egyedülálló eleget keres ahhoz, hogy elérje a háztartási jövedelem mediánjának 50 százalékát, és az Egyesült Államok kivételével, a teljes munkaidős minimálbéres keresetek mindenütt elegendőek ahhoz, hogy meghaladják a 40 százalékos küszöböt. (Az Egyesült Államokban a szövetségit meghaladó minimumokat megszabó államokban a nettó jövedelmek viszont szintén lehetnek magasabbak.)

¹³ Az OECD (2007a) elemzi a minimálbér adózási kezelését mind a munkáltatók, mind a munkavállalók oldaláról.

26. Családok esetében egy minimálbéres foglalkoztatás általában nem elég ahhoz, hogy a jövedelem az 50 százalékos szegénységi küszöb fölé emelkedjen. A gyermekes családok foglalkoztatáshoz kötődő támogatásai és/vagy ellátásaik fokozatos megszüntetése azonban jelentős jövedelememelkedést eredményezhet. Egy egyedülálló szülő, aki teljes munkaidőben minimálbért keres, Ausztráliában, az Egyesült Államokban, Írországbban és Új-Zélandon eléri a mediánjövedelem 60 százalékát vagy afeletti jövedelemszintet. A teljes munkaidős munkából származó nettó jövedelemnyereség általában meghaladja a 20 százalékot. De egyes esetekben (pl. Franciaországban, Hollandiában, Luxemburgban) a nettó jövedelemnyereség meglehetősen korlátozott, annak ellenére, hogy a minimálberek magasak. A munkaösztönzés problémái különösen azoknál jelentkeznek, akik lakhatási ellátásokra jogosultak (ezeket a jogosultságokat a hibavonalak jelezték a 2. ábrán). Végül fontos megjegyezni, hogy a jövedelemadatokba nem számították be a gyermeknevelés költségeit. Még viszonylag jelentős jövedelemnövekedés mellett is úgy találhatják a gondozást igénylő gyermekek egyedülálló szülei, hogy a teljes munkaidős foglalkoztatás kevésbé javítja a családi költségvetést, és anyagilag jobban járnak az ellátásokkal [Az OECD (2007b) részletesen elemzi a gyermeknevelés költségeit és a foglalkoztatási ösztönzőket].

27. A szegénységi küszöb meghaladásához szükséges keresetek általában nőnek a család nagyságával, ezért a minimálbéres egyedülálló szülők nettó jövedelme többnyire alacsonyabb a mediánjövedelmekhez viszonyítva, mint a gyermektelen egyedülállóké. De mind mennyiségi, mind minőségi mutatókat tekintve e téren is jelentős különbségek az országok között. A gyermekes családok támogatását például gyakran aszerint strukturálják (pl. Ausztráliában, az Egyesült Királyságban, Írországbban, Új-Zélandon), hogy könnyebb legyen a szegénységből való kiemelkedésük, mint a gyermekteleneknek, miközben léteznek ellenpéldák is néhány országban (Egyesült Államok, Spanyolország).

3.3. Az ellátási szintek a munkanélküli-támogatásokhoz viszonyítva

28. A minimumjövedelem-támogatások az újraelosztási rendszer integráns részét képezik. A támogatások összegének megállapításakor a politikusoknak nemcsak a szegénységi küszöböket és az alacsony keresetűek jövedelmi helyzetét kell figyelembe venniük, hanem más, magasabb szintű ellátások színvonalát is. Ahol a minimumjövedelem-programok azokat támogatják, akik nem (vagy már nem) jutnak munkanélküliséget kompenzáló ellátáshoz, ott bőkezűségük jelentős hatással van a munkanélküli-ellátásokra.

29. A hatékony munkakeresés megkönnyítését ösztönző eszközként például a munkanélküli-ellátásban részesülők általában az idővel csökkenő támogatást kapnak, és bizonyos munkanélküliségben töltött időszak után meg is szűnik jogosultságuk erre. Ilyen „fenyegető pontok” erősítik a munkakeresés ösztönzését, tapasztalatok szerint javít-

ják a munkahelyszerzés esélyét már azelőtt, hogy az ellátást csökkentenék.¹⁴ De részben a munkanélküli-segélyeket kiegészítő vagy azokat egészében helyettesítő minimumjövedelem-ellátások lététől és bőkezűségétől függ, hogy ezek az eszközök valóban elérik-e a tőlük várt hatást. Ezek a kölcsönhatások lehetnek szándékoltak vagy esetlegesek. Egyrészt aggodalomra adhat okot helyettesítés esetén az, hogy a szociális segélyezettektől általában kevesebb (az esetmenedzserrel való) kapcsolattartást és munkakeresési aktivitást várnak el, mint a munkanélküli-ellátásban részesülőkötől.

30. Másrészt a munkanélküli-ellátás két fő céljának (a munkakeresés megkönnyítésének és bizonyos fokú jövedelmbiztonság nyújtásának) az egyensúlya változhat a munkaerő-piaci helyzettől függően. Ahogy például az üres munkahelyek eltűnnek, és a keresleti korlátok megkeményülnek recesszió idején, úgy a munkakeresés ösztönzése kevésbé hatékony lehet, miközben a növekvő számú tartós munkanélküli jövedelemtámogatásának megfelelő volta miatti aggodalmak felerősödnek. Ebben az esetben a minimumjövedelem-ellátások léte és rendelkezésre állása olyan elfogadott mechanizmus, amely a munkát keresőknek és családjaiknak további védelmet biztosít.

31. A 4. táblázat a minimumjövedelem-támogatásban részesülők jövedelmeit mutatja a munkanélküli-ellátáshoz viszonyítva. Ahol a munkanélküli-ellátást a munkanélküliség időtartamától függően különböző kulcsok szerint számítják, ott a lehetséges támogatási szintek soronként fel vannak tüntetve. Nem meglepő, hogy a minimumjövedelem-ellátás és a munkanélküli-ellátás közötti arányok magasabbak a tartósabb munkanélküliséggel csökkenő munkanélküli-ellátások esetén, azaz azokban az országokban, amelyek mind munkanélküliségi biztosítási, mind segélyezési rendszert működtetnek (lásd 2. táblázat). A legtöbb esetben azonban a kezdeti munkanélküli-ellátások a minimumjövedelem-szinteknél lényegesen magasabb jövedelmet biztosítanak. A kettő közötti távolságok Magyarországon és Lengyelországban, Japánban és Koreában, Portugáliában és Spanyolországban, valamint az Egyesült Államokban és Kanadában a legnagyobbak – különösen az egyedülálló munkanélküliek esetében. Ugyanakkor a korábban átlagbér alatt keresők esetében egyes keresetfüggő munkanélküliségi biztosítási ellátások igen közel vannak a szociális segély vagy más minimumjövedelem-támogatások szintjéhez, sőt néha alattuk is maradnak. Számos kontinentális országban és minden észak-európaiban, valamint a Cseh Köztársaságban ez a helyzet az egykeresős házaspárok esetében.

32. Azokban az országokban (mint Ausztrália, Új-Zéland), ahol a minimumjövedelem-támogatások jelentik egyúttal a munkával nem rendelkezők fő ellátását, ott az arány 100 százalékos. Ugyanez igaz az Egyesült Királyságra és Írországra nézve is, ahol a munkanélküli jogosultak egyösszegű támogatást kapnak munkanélküliségük kezdeti szakaszában, majd az ezt követő segély ugyanekkora mindaddig, amíg a családban nincs más jövedelem.

¹⁴ Ezt a hatást számos egyesült államokbeli (Card és Levine, 2000; Katz és Meyer, 1990) és európai (Roed és Zhang, 2003; Lalive és mtsai, 2006) tanulmány mutatta ki. Újabban azonban néhány szerző megkérdőjelezte, hogy vajon ez a jelenség valóban annyira jelentős lenne, mint ahogy azt a korábbi elemzések feltüntették (Card és mtsai, 2007; Boon és van Ours, 2009).

4. táblázat: Minimumjövedelem-támogatások viszonya a munkanélküli-ellátásokhoz⁽¹⁾

Két különböző színvonalú kereset %-ában a munkanélküliségi időszak különböző szakaszaiban

Ország	Munkanél- küliségi időtartam (hónapok) (2)	Átlagbér alatt kereső (ÁB 67%-a)				Átlagbért kereső (ÁB 100%-a)			
		Gyermektelen		2 gyermekes (4–6 éves)		Gyermektelen		2 gyermekes (4–6 éves)	
		egyedülálló	egykeresős házaspár	egyedülálló szülő	egykeresős házaspár	egyedülálló	egykeresős házaspár	egyedülálló szülő	egykeresős házaspár
Ausztrália	1+	100	100	100	100	100	100	100	100
Ausztria	1–9	91	114	97	113	66	84	79	92
	10+	99	124	103	119	72	91	84	97
Belgium	1–12	61	81	91	87	61	81	91	87
	13+	73	81	89	85	73	81	89	85
Cseh Közt.	1–6	92	120	98	122	76	100	88	106
Dánia	1–48 ⁽³⁾	97	89	94	103	97	89	94	103
Egyesült Államok	1–6 ⁽⁵⁾	14	25	73	90	11	19	57	71
Egyesült Királyság	1–6	100	100	100	100	100	100	100	100
Finnország	1–23 ⁽³⁾	92	107	79	110	87	98	74	104
	24+	122	140	94	141	122	140	94	142
Franciaország	1–23	70	91	86	97	51	65	71	80
	24+	105	121	111	125	105	121	111	125
Hollandia	1–2	103	106	90	101	73	89	79	88
	3–22	108	109	92	102	78	94	83	92
Írország	1–15	100	100	100	100	100	100	100	100
Izland	1–4	81	113	85	108	70	93	78	94
	5–36	92	135	90	118	92	135	90	118
Japán	1–9	64	92	107	134	54	78	103	115
Kanada	1–8	49	75	80	85	36	55	64	68
Korea	1–7	45	73	97	119	34	55	75	89
Lengyelország	1–12 1–18 ⁽⁴⁾	54	76	77	97	54	76	77	97
Luxemburg	1–12	70	97	79	100	50	67	58	73
Magyarország	1–3	42	73	75	89	39	68	72	85
	4–9	70	127	107	127	70	127	107	127
	10–12	102	185	130	156	102	185	130	156

folytatódik

Ország	Munkanél- küliségi időtartam (hónapok) (2)	Átlagbér alatt kereső (ÁB 67%-a)				Átlagbért kereső (ÁB 100%-a)			
		Gyermektelen		2 gyermekes (4–6 éves)		Gyermektelen		2 gyermekes (4–6 éves)	
		egyedülálló	egykeresős házaspár	egyedülálló szülő	egykeresős házaspár	egyedülálló	egykeresős házaspár	egyedülálló szülő	egykeresős házaspár
Németország	1–12	79	99	107	106	58	76	92	90
Norvégia	1–24	80	111	92	134	60	85	83	106
	24+	80	111	92	134	60	85	83	106
Portugália	1–28	30	60	65	92	20	40	45	65
	29–42	56	89	91	129	56	89	91	129
Spanyolország	1–6	43	54	64	72	38	46	47	51
	7–24	49	63	75	84	38	46	54	60
Svájc	1–18	87	110	97	109	68	84	69	78
Svédország	1–9(3)	84	105	71	105	84	105	71	105
	10–28	93	116	74	111	84	105	71	105
Szlovák Közt.	1–6	46	76	77	93	31	51	54	65
Új-Zéland	1+	100	100	100	100	100	100	100	100

Megjegyzések: (1) A lakhatási támogatás része mind a munkanélküli, mind a minimumjövedelem-ellátásban részesülők nettó jövedelmeinek (a 2. ábránál kifejtett lakhatási költség-kalkuláció szerint). Görögország, Mexikó, Olaszország és Törökország nincsenek feltüntetve, mert nem működtetnek széles minimumjövedelem-támogatásokat pénzbeli ellátások formájában, és Mexikónak általános munkanélküli-támogató rendszere sincs. (2) A munkanélküliségi időtartamnál egy 40 éves, hosszabb foglalkoztatási és járulékfizetési viszonyal rendelkező személy maximális munkanélküli-ellátásra való jogosultsága van feltüntetve. Egyes ellátási programok (a biztosítási és a segély típusú ellátások) különböző időszakokra oszlanak, így a táblázat azt is mutatja, ahol az adott ellátás csökken a jogosultság időtartama alatt. (3) A munkanélküliségi biztosítási alapon való tagság önkéntes. (4) A gyermekes családok esetében a munkanélküli-ellátás időtartama hosszabb. (5) Az ellátás időtartama hosszabb a bizonyos meghatározott munkanélküliségi rátát meghaladó államokban.

Az átlagbér a teljes munkaidős ipari munkás bérét jelenti itt (ISIC Revision 3.1 C-K ágazatok).

Forrás: Az OECD adóellátás-modelljei (www.oecd.org/els/social/workincentives).

33. A munkanélküli-ellátások 100 százalékát meghaladó minimumjövedelem-támogatások jelzik az utóbbiak potenciális jövedelemkiegészítő jelentőségét az alacsony munkanélküli-segélyben részesülők számára.¹⁵ A támogatásokban részesülők jellemzőinek megértéséhez ez hasznos kontextuális ismereteket nyújthat. A legtöbb család-típus számára például a finn (keresetfüggő biztosítási ellátásra való jogosultsággal nem rendelkező, vagy azt már kimerítő, munkát keresők számára folyósított) alapjövedelem-ellátás és munkaerő-piaci támogatás a szociális segély szintje alatt marad. Ennek eredményeként a szociális segélyezettnek 40 százaléka egyidejűleg ezekben a munkanél-

¹⁵ A minimumjövedelem-támogatásokban részesülők szegénységi küszöb alatti jövedelemszintje mutatja (2. ábra), hogy a jövedelemszegénység milyen nagymértékben érinti a munkanélküli-segélyt igénylőket.

küli-támogatásokban is részesül (STAKES, 2008). Így ők munkát keresőkként nyilvántartásban vannak, és jogosultak a foglalkoztatási szolgálat támogatására, aminek a szociális igazgatás által nyújtott reintegrációs szolgáltatások hatáskörére is kihatással kell lennie.

3.4. Kapcsolódó támogatások: egészségügyi ellátás

34. A pénzbeli támogatások mellett egyes országok a szociális segélyben részesülők szükségleteinek kezelésére más programokat is működtetnek. A pénzbelihez hasonló vagy természetbeni támogatások között vannak olyanok, amelyek rendszeresen vagy esetenként alapvető fogyasztási javakhoz (élelmiszerhez, ruházathoz, lakhatáshoz vagy közlekedéshez) nyújtanak támogatást, és olyanok, amelyek a társadalmi befogadást és az önfenntartást segítik (mint az oktatás, a képzés vagy a rehabilitációs intézkedések).

35. Az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzájutás azok közé a támogatások közé tartozik, amelyek a felhasználók és családtagjaik jelenlegi és jövőbeli jóléte szempontjából különösen fontosak. Azokban az esetekben, amikor a foglalkoztatási korlátok egészségi problémákkal függenek össze, az egészségügyi szolgáltatások lényeges elemét képezik a reintegrációs és rehabilitációs stratégiáknak is. Az egészségügyi szolgáltatások és termékek magas költségei miatt e támogatás jelentős mértékben befolyásolja az ellátottak életszínvonalát és munkára ösztönöztségét.

36. Az 5. táblázat az OECD-országok érintett kormánysszerveinek az egészségügyi támogatások témájában kiküldött kérdőívre adott válaszait foglalja össze. A kérdőív a jövedelemtámogatásban részesülők és a – többek között az alacsony bérű vagy rendszertelen munkáik miatt – alacsony jövedelműek alapvető egészségügyi szolgáltatásokban való részesedéséről gyűjtött információt; ezen belül a szolgáltatások biztosításának költségeihez nyújtott támogatásról, valamint a „zsebből fizetendő” hozzájárulásokhoz folyósított segítségről. Ez utóbbi kategória különösen fontos, hiszen a kórházi ellátás, az orvosi látogatások vagy olyan tételek, mint a szemüveg vagy a fogászati termékek készítése, az alacsony jövedelműek családi költségvetésén belül viszonylag magas zsebből fizetendő kiadásokkal járnak még azoknál is, amelyek részesei az egészségügyi alapellátások rendszerének.

37. Ahol általános adóbevételekből finanszírozzák az egészségügyi alapellátást, ott az univerzális ellátás (mint Ausztráliában, Dániában, az Egyesült Királyságban, Izlandon, Kanadában, Norvégiában, Portugáliában, Spanyolországban, Svédországban, Új-Zélandon) és a hozzájutás egyedüli feltétele az állampolgárság vagy a bejelentett lakhely. Így a jövedelemtámogatásokban részesülők és más alacsony jövedelmű csoportok automatikusan részesülnek az egészségügyi szolgáltatásokban, ezek igénybevételéhez külön támogatásra nincs szükség (Ausztráliában a személyi jövedelemadó részeként szednek be egészségügyi hozzájárulást, de a fizetése alól az alacsony jövedelműek mentesülnek). Ugyanakkor viszont ezeknek az országoknak a többsége (pl. Ausztrália, Dánia,

Izland) nyújt segítséget az alacsony jövedelműeknek, a munkanélküli-ellátásban (MnS a táblázatban) vagy szociális segélyben (SzS) részesülőknek zsebből történő kifizetéseikhez is.

38. Az egészségügyi ellátás biztosításalapú rendszereiben a magán- vagy állami biztosításban való részvétel lehet kötelező, s ekkor lefedettségüket tekintve ezek a rendszerek is *de facto* univerzálisak, mindenkre kiterjedőek (mint a Cseh Köztársaságban, Finnországban, Hollandiában, Japánban, Koreában, Svájcban). Ahol nem ez a helyzet, ott a nem biztosított munka nélküli családtagok többletköltség nélkül, a család egy biztosított tagján keresztül juthatnak hozzá egészségügyi ellátáshoz (mint Belgiumban, Franciaországban, Görögországban, Lengyelországban, Luxemburgban, Németországban). Az Egyesült Államokban a dolgozók jelentős részére nem terjed ki foglalkoztatási viszonyhoz kötődő biztosítás, miközben kereseteik túl magasak ahhoz, hogy állami támogatásra jogosultak legyenek.

39. Szinte az összes OECD-országban a jövedelemtámogatásokban részesülők automatikusan és költségmentesen, vagy csekély hozzájárulással részesül az egészségügyi ellátási rendszernek. Ez a kedvezmény gyakran elvész, amikor valaki alacsony bérű munkába áll (pl. Franciaországban, Japánban, Magyarországon, Németországban), bár az egészségügyi járulékokat a keresetek bizonyos százalékában állapítják meg, s így ezek az alacsony keresetűek számára alacsonyabbak. A felvételben részt vevő országok több mint egyharmadában a jövedelemtámogatásokban részesülők és az alacsony keresetűek az orvosi szolgáltatásokért és termékekért fizetendő térítési díj csökkentésére is jogosultak. Az Egyesült Államokban a jövedelemtámogatottak nem részesülnek automatikusan semmilyen egészségügyi ellátórendszernek (a Medicaid, az alacsony keresetű munkaképes korúak fő állami rendszere 2007-ben a hivatalos szegénységi küszöb alatt élők 40 százalékát fedte le).

40. Egyes országokban a jövedelemellátásokban részesülők egészségügyi támogatását közvetlenül az adott ellátást finanszírozó biztosítja (5. táblázat alsó sorai). Az ellátásokat folyósító intézményeket az egészségügyi támogatások költségeinek viselésére is kötelező finanszírozási megállapodások erősebben ösztönözhetik az ellátásfüggőség csökkentésére.

5. táblázat: Az ellátásokban részesülők és az alacsony jövedelműek egészségügyi támogatása

Egészségügyi alapellátás	Ausztrália	Ausztria	Belgium	Cseh Köztársaság	Dánia	Kanada	Finnország	Franciaország
	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)
Univerzális lefedettség	igen	nem	nem	igen	igen	igen	igen	igen
Nem biztosított családtagoknak származtatott jogok	n. a.	igen (többszörös költséggel)	igen	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	igen (költségmentesen)
Potenciális kimaradók (pl. akiknek nem kell kötelező hozzájárulást fizetni)	n. a.	ha a keresetek < járulékfizetési küszöb	ha a keresetek < járulékfizetési küszöb	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
1. engedmények: Biztosítási költség								
Alacsony jövedelműek	nincs egészségügyi járulék, ha jövedelemküszöb alatti	csökkentett járulék (saját és családtag)	csökkentett vagy nulla járulék	–	n. a.	n. a.	nem	nem
Ellátásban részesülők	nem	regisztrált munkanélküli	MnS	regisztrált munkanélküliek, anyasági támogatásban részesülők	n. a.	n. a.	nem	SzS, MnS (jövedelemhatárhoz kötött)
Mások	–	–	–	4 éves alatti gyereket gondozó felnőtt	n. a.	n. a.	nem	nem (munkáltatók egyes régiókban, egyes dolgozói csoportokra csökkentett hozzájárulást fizethetnek)
Kedvezményes befizetések révén eltérő hozzájárulás	nem	nem	nem	nem	n. a.	n. a.	n. a.	nem

folytatódik

Egészségügyi alapellátás	Ausztrália	Ausztria	Belgium	Cseh Köztársaság	Dánia	Kanada	Finnország	Franciaország
	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)

2. engedmények: Zsebből fizetendő költségek

Alacsony jövedelműek	igen	igen	igen	nem (2008-ban bevezetett vizitdíj-rendszer)	eü. és fogászati kezelés, gyógyszer	nem	nem	igen (ingyenes vagy támogatott kiegészítő hozzájárulás)
Ellátásban részesülők	igen (automatikus)	SzS	MnS 50 év felett (jövedelemtől függően)	nem (2008-ban bevezetett vizitdíj-rendszer)	n. a.	SzS (gyógyszerfelírás)	SzS	SzS, MnS (jövedelemhátértól függően)
Mások	–	–	–	–	egészségkárosodottak és szociális problémákkal küzdők	„első nemzetek” és „bennszülöttek” (gyógyszerfelírás)	plafonok a zsebből történő éves kifizetések számára	–

Az engedmények finanszírozása

Alacsony jövedelműek	központi kormány	egészségbiztosítási intézmény	egészségbiztosítási intézmény	–	helyi önkormányzat, központi kormány	n. a.	–	központi kormány, biztosítási intézmény, magánbiztosítók
Ellátásban részesülők	–	MnS – ÁFSZ; SzS – állam	lásd mint fent	központi kormány	n. a.	tartományi kormányok	–	lásd mint fent
Mások	–	–	–	–	önkormányzat, a központi kormány 50%-ot visszatérít	központi kormány	központi kormány támogatása önkormányzatnak (a helyi munkanélküliségi rátával változóan)	központi kormány

5. táblázat folytatása

	Görögország	Izland	Japán	Korea	Magyarország	Németország
Egészségügyi alapellátás	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalom biztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)
Univerzális lefedettség	nem	igen	igen	igen	nem	nem
Nem biztosított családtagoknak származtatott jogok	igen (költségmentesen)	n. a.	igen (költségmentesen)	igen (költségmentesen)	nem (2008. ápr. 8-i állapot)	igen (költségmentesen, kivéve magas jövedel- műek)
Potenciális kimaradók (pl. akiknek nem kell kötelező hozzájárulást fizetni)	rövid korábbi munkaviszonnyal rend. munkanélküliek (viszont természetben eü. biztosítással lefedve)	n. a.	–	n. a.	–	(i) keresetek < járulék- fizetési küszöb; (ii) keresetek > felső határ
1. engedmények: Biztosítási költség						
Alacsony jövedelműek	nem	n. a.	70%-ig csökkenthető	nem	szociális szükséghely- zetben élők (pl. hajléktalanok)	alacsony jövedelmű önfoglalkoztatottak- nak csökkentett min. hozzájárulás
Ellátásban részesülők	nem	n. a.	SzS, járulékfizetés alól felmentve	nem	munkanélküli, szociális és családi ellátásokban részesülők	MnS, SzS (ha igénylés előtt nem biztosított)
Mások	nem	n. a.	nem	nem	–	
Kedvezményes befizetések révén eltérő hozzájárulás	n. a.	n. a.	nem	nem	nem	nem
2. engedmények: Zsebből fizetendő költségek						
Alacsony jövedelműek	nem	igen	–	nem	lehetséges kivételek (pl. alacsony jövedel- mű idősek)	házt. jöv. 2%-áig éves hozzájárulás

folytatódik

Egészségügyi alapellátás	Görögország	Izland	Japán	Korea	Magyarország	Németország
	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalom biztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)
Ellátásban részesülők	nem		–	nem	nem	mint előbb, plusz: terhesség, gyermek- születés
Mások	nem	nem	–	súlyos betegek	fogászat kiadásoknál kivételek (pl. gyerme- kek, terhes vagy idős szülők, sürgősségi beavatkozás)	–
Az engedmények finanszírozása						
Alacsony jövedelműek	n. a.	központi kormány	reg. közig. hivatalok, önkormányzatok	n. a.	kormány, egészségbiz- tosítási alap	egészségbiztosítási intézmény
Ellátásban részesülők	n. a.	központi kormány	központi kormány	n. a.	lásd mint fent	MnS és SzS: felelős ellátást folyósító szervezet
Mások	n. a.	n. a.	n. a.	nemzeti alapok és helyi önkormányzat	lásd mint fent	–

5. táblázat folytatása

	Hollandia	Lengyelország	Luxemburg	Norvégia	Új-Zéland
Egészségügyi alapellátás	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (leginkább adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)
Univerzális lefedettség	igen	nem	nem	igen	igen
Nem biztosított családtagoknak származtatott jogok	nem	igen (költségmentesen)	igen (költségmentesen)	n. a.	n. a.
Potenciális kimaradók (pl. akiknek nem kell kötelező hozzájárulást fizetni)	n. a.	rendszeretlen vagy időszakos foglalkoztatottak	rendszeretlen vagy időszakos foglalkoztatottak (< évi 3 hónap)	n. a.	n. a.
1. engedmények: Biztosítási költség					
Alacsony jövedelműek	igen (a járulék egy részét fedező adókedvezmény)	nem biztosítottak, kérhetnek ingyenes eü. ellátást	felülről behatárolt járulék	n. a.	n. a.
Ellátásban részesülők	nem	regisztrált munkanélküliek, SzS-ben részesülők, szülői szabadságon levők	lásd mint fent	n. a.	n. a.
Mások	nem		lásd mint fent	n. a.	n. a.
Kedvezményes befizetések révén eltérő hozzájárulás	nem	nem	nem	n. a.	n. a.
2. engedmények: Zsebből fizetendő költségek					
Alacsony jövedelműek	nem	bizonyos rehabilitációs programoknál hozzájárulás jövedelemtől függően	nem	éves felső határ alatt a kifizetésekhez hozzájárulás	n. a.
Ellátásban részesülők	nem	SzS; eü. kezelési költségek megtéríthetők	nem	mint fent	n. a.
Mások	nem	nem	nem		
Az engedmények finanszírozása					
Alacsony jövedelműek	központi kormány	központi kormány	egészségbiztosítási intézmény		n. a.
Ellátásban részesülők	n. a.	központi kormány és önkormányzatok	lásd mint fent		n. a.
Mások	n. a.	központi kormány	lásd mint fent		központi kormány

5. táblázat folytatása

Egészségügyi alapellátás	Egyesült Államok	Egyesült Királyság	Portugália	Spanyolország	Svájc	Svédország
	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)
Univerzális lefedettség	nem	igen	igen	igen	igen	igen
Nem biztosított családtagoknak származtatott jogok	nem	n. a.	n. a.	n. a.	nem	n. a.
Potenciális kimaradók (pl. akiknek nem kell kötelező hozzájárulást fizetni)	foglalkoztatáshoz kötődő biztosítás nélküliek és célzott közprogramokban nem résztvevők (összességében 15% nem lefedett)	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.	n. a.
1. engedmények: Biztosítási költség						
Alacsony jövedelműek	Medicaid: államonként változó jövedelem és egyéb körülmény alapján; CHIPs: gyermekek esetében magasabb jövedelemhatárok	n. a.	n. a.	n. a.	csökkentett biztosítási díj	n. a.
Ellátásban részesülők	munkanélküliek csökkentett hozzájárulással csoportos biztosításba léphetnek; SSP: Medicaid fedezi	n. a.	n. a.	n. a.	—	n. a.
Mások	Medicaid fedezi vakok, kisgyermekes, terhes fiatal nők költségeit	n. a.	n. a.	n. a.	—	n. a.
Kedvezményes befizetések révén eltérő hozzájárulás	sürgősségi ellátás kötelező; nem biztosítottak hozzájárulása nehéz	n. a.	n. a.	n. a.	nem	n. a.
2. engedmények: Zsebből fizetendő költségek						
Alacsony jövedelműek	államonként változó szabályok a Medicaid hozzájárulás szabályairól	nem	az anyagilag hátrányos helyzetben élők esetében kivételek	nem	nem	nem
Ellátásban részesülők	lásd mint fent	MnS, SzS; munkaviszonyhoz kötött ellátásban részesülők; gyermekek utáni adókedvezményben részesülők		nem	nem	SA

folytatódik

Egészségügyi alapellátás	Egyesült Államok	Egyesült Királyság	Portugália	Spanyolország	Svájc	Svédország
	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (adóból finanszírozott)	Állami (társadalombiztosítási alap)	Állami (adóból finanszírozott)
Mások	lásd mint fent	speciális eü. problémákkal élők, terhes nők, anyák szülést követően	terhes nők, gyermekek, alacsony jövedelmű nyugdíjasok kivételek	nem	–	nem
Az engedmények finanszírozása						
Alacsony jövedelműek	Medicaid: államok és szövetségi kormány; CHIPS: szövetségi kormány	n. a.	központi kormány	n. a.	szövetségi kormány, kantonok	n. a.
Ellátásban részesülők	Medicaid: államok és szövetségi kormány	központi kormány	n. a.	n. a.	–	–
Mások	lásd mint fent	n. a.	központi kormány	n. a.	–	n. a.

Megjegyzés: A tanulmány írásáig nem válaszoló országok nem szerepelnek a táblázatban. „n. a”: nem alkalmazható, „—” nem elégséges vagy nem megfelelő információ, MnT: munkanélküli-támogatás, MnS: munkanélküli-segély, SzS: szociális segély.
Forrás: Az OECD-nek a szociális ellátásokban részesülőknek nyújtott egészséggel kapcsolatos támogatásokat felmérő kérdőívére adott ország válaszok.

4. AZ ELLÁTOTTAK

41. A minimumjövedelem-támogatásokban részesülők számát illetően az OECD-országokban nem áll rendelkezésre jelenleg összehasonlításra alkalmas adat.¹⁶ Az egyik lehetséges forrás Carcillo és Grubb (2006) munkája, amely a különböző elérhető igazgatási adatforrások felhasználásával több OECD-országra nézve feldolgozta a különböző segélyekben és az egyedülálló szülők támogatásaiban részesülők számát (lásd OECD, 2003a, amely további adatokat és módszertani elemzést is tartalmaz). Tanulmányukban el kellett kerülniük a többféle jogosultság alapján ellátásban részesülők kettős vagy többszörös számbavételét (vagy az egy év folyamán többször is támogatottak többszöri feltüntetését). Ebből a célból hasznos az ellátottak kategorizálása a számukra folyósított fő, munkaviszonyon kívüli támogatás alapján. Így azok, akik mind szociális, mind pedig munkanélküli-segélyt kapnak, nem fognak bekerülni a szociális segélyezettek létszámába. De talán ennél is fontosabb az összesítések elemzésénél, hogy az igazgatási adatok az igénylőket tartják nyilván, miközben a minimumjövedelem-támogatások családokat céloznak. E támogatások újraelosztási hatásának elemzői számára tehát nem is annyira az igénylők száma, mint a támogatott családokban élők száma lenne a fontos.

42. Carcillo és Grubb (2006) adatai ezeket a megkötéseket szem előtt tartva azt mutatják, hogy az utolsó menedéket jelentő, legalsó szintű jövedelemtámogatásban részesülő munkaképes korúak aránya igen alacsony, 2 és 4 százalék között van, egyes országokban 2 százalék alatt. Ezeknek az ellátásoknak a politikai jelentősége azonban nagyobb annál, mint amit a számok sugallnak. A fentebb bemutatottak szerint ugyanis a statisztikák családonként csak egy felnőttet tekintenek ellátottnak, a minimumellátásokban részesülő családokban így a támogatottak száma viszont nagyobb. Ennél is lényegesebb, hogy magatartási követelmények és más korlátok (mint az igénylés ügyének intézésével járó terhek) miatt egyes jogosultak kimaradnak az ellátásokból. Az ezzel kapcsolatos tanulmányok azt mutatják, hogy a jövedelemtesztelt támogatások esetében az igénybe nem vételi arány igen magas, 40 százalékos vagy azt meghaladó arányt találtak, ami azt mutatja, hogy a különböző korlátok kombinált elriasztó hatása valóban igen jelentős (Hernanz és mtsai, 2004; Bargain és mtsai 2009). Végül azáltal, hogy a munkában nem állók ellátásai mind a jövedelemszinteket, mind a munkára ösztönzést befolyásolják, bőkezűségük és szerkezetük az ellátottakat

¹⁶ Mivel az „aktiváló”politikai megközelítések bátorítják a munkaerőpiachoz való kötődést, és csökkenteni igyekeznek az ellátásoktól való függőséget, az ilyen törekvések kritikus elemei, hogy az ellátásokba való bekerülés és az onnan való kikerülés átmeneteit milyen megoldásokkal biztosítják. Az ellátottak aggregát számának összehasonlítására alkalmas statisztikák igen kevés adatot tartalmaznak a támogatásokba újonnan bekerülőkről, a támogatásban való részesülés tipikus időtartamáról és arról, hogy a kikerülők gyorsan visszakérülnek-e az ellátásokba, avagy hosszabb ideig maradnak ellátáson kívül. Cappellari és Jenkins (2008) tanulmánya az Egyesült Királyság háztartáspaneljének adataiból fontos ismereteket tárt fel ezeket a dinamikákat illetően. Egyúttal módszertani kérdéseket is összefoglalnak, és bemutatják, miként lehetne a más országokban rendelkezésre álló jó minőségű háztartáspanel-adatokat felhasználni hasonló elemzésekre.

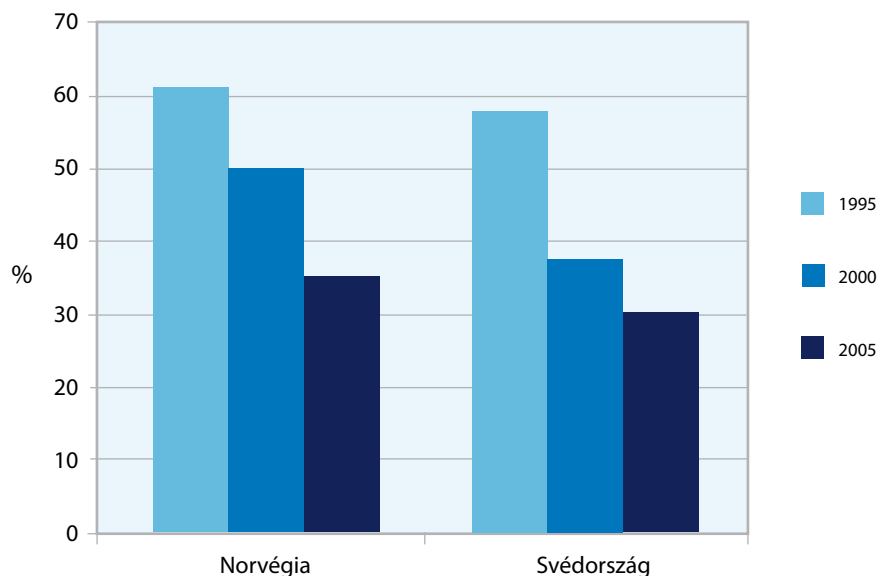
és a nem ellátottakat illetően is következményekkel jár. Ha például a munkával kapcsolatos követelmények elérik céljukat, akkor a munkaerő-piaci kötődés erősödésével csökkenhet az ellátásoktól való függőség.

43. Az előbb említett kombinált hatásokból adódóan a szociális segélyezés által célzott alacsony jövedelmű csoportok *potenciálisan* lényegesen nagyobbak, mint amit az ellátottak fenti statisztikai mutatók mutatnak. A jogosultsági szabályokkal összevetett adatfelvételek is megerősítik a megállapítást. Az 1990-es évek végén például az Egyesült Államok munkaképes korú felnőttjeinek 8 százaléka élt olyan háztartásokban, amelyek jövedelmi helyzetük alapján az év valamely szakaszában jogosultak lettek volna szociális segély típusú pénzbeli ellátásokra (nem számítva a pénzhez hasonló élelmiszerjegy-támogatást). Németországban ez a népességhányad 14 százalékot tesz ki.¹⁷ Hosszabb időtávval számolva azok is tovább növelnék ezt az arányt, akik családi jövedelme adott időszakban legalább egyszer a minimumjövedelem-szint alá süllyed.

44. A minimumjövedelem-támogatások szegénységnyhító céljainak és a nem igénybevétel magas arányainak ismeretében a támogatottakról szóló statisztikák lényeges szempontja a támogatásokkal elért szegények hányadának kimutatása. A nagyságrendek szemléltetésére a 4. ábra két észak-európai országra nézve veti össze az ellátottak igazgatási adatait a jövedelemszegény háztartásokról készített adatfelvétellel. A bemutatott arányok ún. „ál”-lefedettség arányok, amennyiben két, egymást csak részben átfedő csoport egymáshoz viszonyított arányát mutatják (hiszen a minimumjövedelem-támogatásban részesülők között lehetnek nem szegény háztartások is). Az ábrából két következtetés szembetűnik. Először is nyilvánvaló, hogy a jövedelemszegény háztartások jelentős része még olyan országokban sem részesül minimumjövedelem-támogatásban, amelyekben pedig az ellátások szintje viszonylag bőkezű. Mivel a (2. ábrán bemutatott) támogatási szintek mindkét országban közel vannak a szegényégi küszöbhez, ezért feltételezhető, hogy az okok a nem igénybevétel, valamint az egyes jövedelemszegény háztartásokat kizáró, nem jövedelmi jellemzők lehetnek (mint pl. bizonyos vagyontárgyakkal való rendelkezés, vagy a munkakereséshez és egyéb tevékenységekhez kötődő követelmények nemteljesítése).

¹⁷ Az OECD titkársága a számításokat a „Welfare Implications of Social Protection” program keretében végeztette el (lásd erről Dans és mtsai, 2006). Ezeket a magasabb arányokat a jogosultak 100%-ának feltételezett jelentkezése, a kritériumoknak és a követelményeknek, valamint feltételeknek való ugyancsak feltételezett teljes megfelelés alapján számolták ki.

4. ábra: Minimumjövedelem-ellátásban részesülő háztartások száma a jövedelemszegény háztartásokhoz viszonyítva
Háztartások munkaképes korú családfővel



Forrás: A szerző számításai a következők alapján: ellátásokban részesülők adatai Carcillo és Grubb (2006) adatsorainak aktualizálásával; a szegény háztartások adatai az OECD jövedelemmegoszlások adatbázisából.

45. Az „ál”-lefedettség arányok másik szembeötlő sajátossága időbeli változékonyságuk. Ismerve az észak-európai országok kilencvenes évekbeli magas munkanélküliségi rátáját, a 4. ábra jól illusztrálja a minimumjövedelem-támogatások biztonsági hálójának anticiklikus szerepét ezekben az OECD-átlagot meghaladóan bőkezű és hosszabb időszakokra szóló munkanélküli-ellátásokat nyújtó országokban. Ez egyúttal az is jelzi, hogy a jelenlegi gazdasági válságban a minimumjövedelem-támogatások iránti igény és a biztonsági hálókra nehezedő nyomás erősen nőni fog. A csökkenő trend viszont rávilágít a „kölcsonös kötelezettségek” politikájának és a legalsó szintű segélyektől való függést csökkentő egyéb intézkedéseknek a jelentőségére. Miközben mind Norvégiában, mind Svédországban 2000 és 2005 között gyengültek a munkaerőpiacok, a minimumjövedelem-ellátásokat igénylők száma is csökkent (mind abszolút értékben, mind a szegény háztartásokon belül).

5. AZ ELLÁTÁSOKBAN RÉSZESÜLŐK KÖTELEZETTSÉGEI

5.1. Miért „jogok és kötelezettségek”?

46. A minimumjövedelem-ellátásokra jogosultak potenciálisan nagy száma rávilágít annak az egyensúlynak a jelentőségére, ami az önfenntartás bátorítása és a magukat fenntartani nem tudók támogatása között kell legyen. Egy feltételek nélküli egyszerű jövedelemgarancia nagyarányú ellátásfüggéshez vezetne, és a munkára ösztönzés, valamint a foglalkoztathatóság csökkenésének lefelé ható spirálját eredményezné. Az ellátások bőkezűségétől függően ez a közfinanszírozás számára igen költséges is lenne. A költségvetési nyomás lehet az egyik oka annak, hogy a kormányok a minimumjövedelem-támogatásoknál erősebben a foglalkoztatást segítő megközelítésekre helyezték a hangsúlyt. A „segély helyett munkát” megközelítés egyúttal politikailag elfogadhatóbbá is teheti az alacsony jövedelmű csoportok jövedelemtámogatását.

47. Egy másik ok lehet az, hogy a legtöbb országban az ellátások legalsó szintje nem is nyújt önmagában elég-séges jövedelmet a jövedelemszegénység elleni védelemhez. Ahol gazdasági vagy politikai okok miatt nem való-síthatók meg bőkezűbb ellátások, ott erős érvek szólnak amellett, hogy a pénzeszközöket úgy használják fel, hogy az képessé tegye és bátorítsa a támogatottakat munkajövedelmek megszerzésére. Meggyőző bizonyítékai vannak annak, hogy a „segély helyett munkát” programok hatékonyan *tudják* növelni a minimumellátásokra szoruló társa-dalmi csoportok foglalkoztatási szintjeit. A támogatottakat célzó kezdeményezések tapasztalatai azt mutatják, hogy jelentős részük megfelelő feltételek megléte esetén *fog* dolgozni, és csökkenti a köztámogatástól való függését.

48. Ugyanakkor a minimumjövedelem-ellátásokra „potenciálisan jogosultak” nagy létszáma azt is jelezheti, hogy sokan közülük egyszerűen nem képesek az ellátások szintjét meghaladó keresetek elérésére. Így fennáll annak a valós veszélye, hogy a szigorúan számon kért, szigorú magatartási követelmények jóval magasabb szegénységi kockázatokhoz vezetnek. Tudható például, hogy az Egyesült Államokban, miközben az egyedülálló szülők jelentős része munkát talált, és „feladta” a jóléti ellátásokat, az érintettek 25 százalékának nincs se munkája, se ellátása.¹⁸ Még ha a szigorú jogosultsági kritériumok sikeresen növelik is a foglalkoztatást és csökkentik az általános szegény-ségi rátákat, a támogatásokból kimaradó családok jóval mélyebb szegénységbe süllyedhetnek, ami önmagában is veszély, de politikai következményekkel is járhat. A közvetlen jövedelmi hatások mellett a túl szigorú jogosultsági kritériumok és az ellátásokba való belépés nehezítése a foglalkoztatást ösztönző politikák hatékonyságára is negatív következményekkel járhat: a támogatásokból kizártak így nem, vagy csak nagyon elégtelenül jutnak munkakere-sési és tanácsadási, vagy reintegráló szolgáltatásokhoz; a rendszerből kiesve nem „elérhető”. Végül, aggodalmak

¹⁸ Lásd Blank (2007).

fogalmazódtak meg magának az önfenntartás céljának válogatás nélküli hangoztatását illetően is. Ez a kérdés erőteljesen felmerül azzal kapcsolatban, hogy az egyedülálló szülőket kell-e – és ha igen, mennyi ideig – felmenteni a munkakövetelmények alól, és hogy az ilyen követelmények helyénvalóak-e a súlyos szociális nehézségekkel küzdők esetében. Lehetséges, hogy „éppen a bajban levő családok, vagy azok, akik nem tudják az elvárt szabályoknak megfelelően rendezni az életüket, esnek el a jóléti támogatásoktól, akik így valószínűleg még rosszabb helyzetbe kerülnek” (Moffitt, 2008: 22).

49. Az alsóbb szintű ellátásokban részesülők általában nagyobb foglalkoztatási nehézségekkel küzdenek, mint a munkanélküli-ellátásban részesülők. A képzés, a közsféra foglalkoztatást teremtő és más aktív munkaerő-piaci programjai képesek lehetnek e nehézségek kezelésére. De a kutatások szerint a célzás kulcskérdés, és a sikermutatók nagyon alacsonyak lehetnek, különösen a súlyos és többszörös foglalkoztatási hátránnyal küzdők esetében. Az az ellátottak kötelezettségeivel kapcsolatos koncepció, hogy a szociális támogatást magatartási követelményekhez kössék, még ellentmondásosabb, amikor olyanokra vonatkozik, akik több és különösen kemény kihívásokkal szembesülnek munkakeresésük során, vagy olyanokra, akik számára alig van hozama az ellátások keresettel való helyettesítésének.

50. E kihívások ellenére a minimumjövedelem-ellátásoknak kitüntetett jelentősége van ebben a vitában. Először is azért, mert abból adódóan, hogy vészhelyzetekben általában kevés más eszköze van a társadalmi támogatásnak, a magatartási jogosultsági kritériumok túl szigorú alkalmazása szélsőségesen alacsony jövedelmekhez vezetne az ellátásokból kizártak esetében. A „repedéseken való kihullás” veszélye különösen akut lehet azok számára, akik nem akarát, hanem képesség és eszközök hiányában nem tudják a kötelezettségeiket teljesíteni.

51. Másodszor pedig azért, mert az alsó és a magasabb szintű támogatási rendszerek között fontos kapcsolatok léteznek. Mivel az olyan elsődleges ellátások, mint a munkanélküliségi biztosítás kifizetései jól láthatóan a munkakereséshez és a rendelkezésre állás kritériumához kötődnek, az alsóbb szintű támogatások fontosabb támogató szerepet töltenek be veszélyhelyzetek idején. Legyenek bármilyenek a szándékok az egymást felváltó ellátásokkal, de mindenképpen szükség van a különböző támogatási szintek aktiválási és reintegrálási törekvései közötti összehangolásra. (Mint előbb látható volt, egyes angol nyelvű országokban csak egyszintű jövedelemtámogatási rendszer van, bár speciális körülmények bekövetkezte esetén ezt az erre nem jogosultak is igénybe vehetik).

52. Végül, a végső menedéket nyújtó, legalsó szintű ellátást igénybe vevők csoportja igen heterogén. Magában foglalja az alacsony bérű, rendszertelen vagy be nem vallott foglalkoztatásban dolgozókat, a tartós munkanélkülieket, olyanokat, akik sohasem dolgoztak, a fogyatékkal vagy egészségi problémákkal élőket, a kábítószer-függőket, azokat, akik családi vagy szociális körülményeik miatt (egyedülálló szülőként, migránsként, családi erőszak áldozataként) igényelnek támogatást, a hajléktalanokat, a büntető intézményekből szabadultakat és mindazokat, akik több előbb felsorolt hátrány miatt igénylik a segítséget. Ennek a nagyon vegyes összetételű ügyfélcsoportnak az önfenntartásra ösztönzéséhez igen komplex és körületekintő stratégiák szükségesek. Nagy kihívás a számos külön-

bőző körülménynek és szükségletnek megfelelő, az adott igénylő réteg speciális szükségleteihez igazított támogatás célba juttatása.

5.2. Célzás: a jogok és kötelezettségek megfelelő aránya a megfelelő személyek számára, a megfelelő időben

53. Lényegében a „jogok és kötelezettségek” alapú megközelítés azért vonzó, mert potenciálisan növeli a foglalkoztatást, miközben javítja a minimumtámogatások célzását. A támogatások igénybevételéhez előírt szigorúbb magatartási feltételek a munkát viszonylag vonzóbbá teszik, és az „érdemtelennek” tartott igényléseket korlátozzák (pl. a feketefoglalkoztatásból jövedelemmel rendelkezők vagy a szabadidőt előnyben részesítők esetében). Ugyanakkor a munkavállaláshoz kötődő követelmények célja a foglalkoztathatóság javítása. Elméletileg mindkét szándék csökkenti az igénylők számát, s ezt a hatást munkakeresési és más foglalkoztatási támogatással még tovább lehet erősíteni. Az ellátottak számának csökkentésével és az erőteljesebb munkaösztönzéssel viszont javulhat azoknak a támogatása, akiknek arra a leginkább szükségük van.

54. Az ellátások hatékonnyá tételére irányuló törekvésekkel kapcsolatos másik aggodalom abból fakad, hogy az önfenntartás elérésére képteleneket nem lehet megfelelő támogatás nélkül hagyni. Mint a korábbiakból látható, a szigorú követelmények hozzáférhetetlenné teszik a támogatásokat egyesek számára. Az újraelosztás szempontjából nem sok értelme van, hogy a szabályoknak megfelelni nem tudók szankcionálásával csökkentsék a segélyezési kiadásokat. A politikacsinálók akár aggódhatnak is, ha a munkakövetelmények nemteljesítése miatt gyakran zárnak ki az ellátásokból olyanokat, akik valójában nem képesek munkavégzésre. Kutatások szerint ez létező veszély az Egyesült Államokban (Pavetti és mtsai, 2003). Adminisztratív hibák is vezethetnek büntető határozatokhoz, amelyek súlyos következményekkel járhatnak a szankcionált családokra nézve. Ebben az összefüggésben az átlátható és hatékony, bár költséges fellebbezési eljárások működtetése a hatékony szociális igazgatás fontos feltétele. A jogtalan szankciók gyakoriságának feltárása segíthet megoldani olyan rejtett strukturális problémákat, mint például az igénylők körülményeinek alapos feltárásához szükséges erőforrások hiányát. Az ellátások megszüntetésében közvetlenül érintett, de ellene tenni nem tudó csoport a gyermekeké, ami szintén aggodalomra ad okot (bár néhány ország ennek tudatában a gyermekekhez kötődő ellátásokat védi a szankcionálástól, mert nem nyújt védelmet akkor, ha a gyermekekhez nem kötött támogatási elemek megszüntetésével romlik a gyermekek életszínvonala).

55. A problémát két oldalról lehet kezelni. Először, a magatartási kötelezettségeknek és az ezeket erősítő szankcióknak tekintettel kell lenniük az egyéni életkörülményekre. Másodszor, azoknak, akik nem képesek még munkavégzésre, alkalmat kell teremteni arra, hogy foglalkoztatási akadályaik leküzdését segítő programokban vegyenek részt. Az ezekben való részvétel viszont lehet kötelező. Más munkához kötődő támogató intézkedésekkel nem elsősorban az egyének foglalkoztathatósági korlátait kell megcélózni (pl. szülők esetében a gyereknevelés támogatását).

56. A célzás ezért a kölcsönös kötelezettségek mindkét oldalán kulcskérdés. A minimumjövedelem-támogatásokban résztvevők csoportjának igen nagy heterogenitása miatt azonban a hatékony célzási mechanizmusok alkalmazása nagy kihívás.

57. Az egyénre szabott ellátások és kötelezettségek kialakításához részletes ismeretekre, megfelelő támogató személyzetre és egyéb forrásokra van szükség. Statisztikai ügyfél-kategorizálási megközelítéssel a rendelkezésre álló információkat ki lehet ugyan aknázni, de az igénylőkkel való intenzív, személyes kapcsolatok nem pótolhatók, különösen nem azokban a nehezebb esetekben, amikor az ügyfeleket súlyos és kemény akadályok tartják vissza a társadalmi és gazdasági részvételtől. Az ilyen típusú interakciókhoz elegendő szociális igazgatási személyzetre és a szükséges szolgáltatói kapacitás biztosításához elégséges közkiadásokra van szükség. Az igénylők körülményeinek potenciálisan jobban megfelelő szolgáltatásnyújtás elérésének egyik lehetséges útja a szociális szolgáltatások és lehetőség szerint a szociális segélyfizetés igazgatási felelősségeinek decentralizálása. A finanszírozási mechanizmusok maguk is közvetlen hatással vannak a támogatás célzásának gyakorlatára. A jogokon alapuló pénzbeli támogatási rendszer például kevésbé tartja az ellátás megtagadásával összefüggő nyomás alatt a segélyezettekkel foglalkozó esetmenedzsereket, mint a „sorban állás” rendszere, amelyben a támogatás a pénzeszközök rendelkezésre állásától függ. (Ahogy ez a 2004-es reform előtt Lengyelországban történt, és ahogy ez történik az Egyesült Államokban a TANF-támogatás igénylése esetén, annak ellenére, hogy a válság előtt az igénylők csökkenő számából adódóan a pénzeszközök nem korlátozták az ellátást.) Ezekről az intézményi kérdésekről a tanulmányban később még lesz szó.

58. Az igénylőkre szabott beavatkozások kialakítása mellett a célzásnak fontos idődimenziója is van. Az álláskeresés támogatása, a munkaerő-piaci reintegrációs programok és a munkába állás követelményei akkor hatásosak, ha megfelelő időrendben követik egymást. Ez azt is jelenti, hogy egy időben különböző típusú követelményeket és támogatásokat lehet alkalmazni. Szinergiákat lehet például várni a munkakeresési kötelezettségek és a foglalkoztatási tanácsadás kombinálásától. Ugyanakkor nemkívánatos hatása lehet különböző tevékenységekre kötelezni az igénylőket, ha ezzel veszélyeztetik a segélyfüggésből való kikerülésüket szolgáló saját kezdeményezéseiket. A képzés vagy a tanácsadás például kevés időt hagyhat a formális és informális munkakeresésre (lásd az aktív munkaerő-piaci programokban való kötelező részvétel „bezáró” hatását). Mindemellett a mielőbbi elhelyezkedés túl agresszív sürgetése nem hagy elég időt a körültekintő munkahelykeresésre, s ezzel rontja a megfelelő munkahely kiválasztásának esélyét, és gyengíti a foglalkoztatás stabilitását.

59. A felső szintű munkanélküli-ellátások igénylőinek aktiválásával kapcsolatos vitákban az időzítéssel kapcsolatos kérdések nagy figyelmet kaptak, de a hátrányosabb helyzetben levő szociális segélyben részesülőkkel kapcsolatosan úgy tűnt, nincs gyakorlati jelentőségük. Valószínűleg azért, mert az utóbbiak foglalkoztatási korlátai olyan természetűek, hogy önálló munkakeresésük általában kevesebb sikerrel kecsegtet. De e réteg heterogenitásából adódóan az időzítés kérdései egyik-másik csoportjuk számára mégis fontosak lehetnek. A fiatal ellátottak esetében például a kutatások azt bizonyítják, hogy a munkába állás követelményét idejekorán érdemes számukra megfogalmazni, mert

foglalkoztatásuk fő akadálya a munkatapasztalat hiánya (Martin és Grubb, 2001). Fontos és ellentmondásos időzíti kérdések merülnek fel az egyedülálló szülők munkára vagy aktiváló programokban való részvételre kötelezésével kapcsolatban is – mint látható volt a korábbiakban –, hiszen emiatt kevesebb időt tudnak tölteni kisgyermekükkel.

5.3. Az ellátásban részesülők kötelezettségeinek szemléltetése

60. A 6. táblázat egy kérdőíves felmérés válaszai alapján összegzi a főbb magatartási követelményeket és a meg erősítésüket szolgáló szankciókat. A magatartási követelmények országonként és országokon belül programonként is különböznek. Fontos szempont, hogy a táblázat főként a *törvényekben* (néha igazgatási irányelvekben) meghatározott rendelkezésekre vonatkozik. Az eljárásoknak a gyakorlati *alkalmazásáról* azonban csak töredékes ismeretek állnak rendelkezésre, annak ellenére, hogy az aktiváló politikák folyó felülvizsgálata számos országban alapos információkat eredményezett (lásd 1. lábjegyzet). Ezeknek az információknak a különböző követelmények helyénvalóságának megítélése szempontjából azokban az országokban van különös fontossága, ahol a programok alkalmazása erősen decentralizált.

61. A magatartási követelmények általában jól definiáltak azokban az országokban, ahol a fő szociális segélyezési program egyúttal az összes vagy sok regisztrált munkanélküli számára is a legfőbb ellátást jelenti (mint Ausztráliában, az Egyesült Királyságban, Új-Zélandon). A legtöbb országban, ahonnan információk érkeztek, a magatartási követelmények szabályozása kevésbé átfogónak tűnik.

62. Az állami foglalkoztatási szolgálatnál való regisztráció követelménye azt mutatja, hogy cél az önellátás helyreállítása vagy biztosítása, de ez nem jelenti automatikusan, hogy explicit munkakeresési követelmények léteznének, vagy hogy ezeket szigorúan alkalmazzák is. Az önálló munkakeresés explicit sztenderdjeinek legtöbb országban hiánya arra a mögöttes feltételezésre utal, miszerint a jövedelemtámogatásokban részesülők kevésbé sikeresek az informális munkakeresésben, s ezért a sikeres munkaerő-piaci integráció valószínűségét strukturáltabb és formális eljárás révén lehet növelni.

63. A megfelelő munka specifikus kritériumai (a munkaidő és munkafeltételek kereset, helyszín vagy tevékenységtípus tekintetében) léteznek a Cseh Köztársaságban, Magyarországon, Németországban, Spanyolországban, Szlovákiában és Új-Zélandon. Ilyen esetekben a támogatás folyósításának veszélyeztetése nélkül elutasíthatók felajánlott munkahelyek, ha nem felelnek meg a meghatározott kritériumoknak. Számos más országban léteznek ugyan megfelelőségi kritériumok, de ezek nem explicitek, vagy megítélésük jelentős mértékben az esetenedzsek megítélésén múlik.

64. A rendelkezésre álló rendszeres munka elfogadásának kötelezettsége mellett olyan követelmények is megfogalmazhatók, mint a közzsférában vagy a nonprofit szektorban végzett, munka jellegű tevékenységeket is magukba

foglaló munkaerő-piaci programokban való részvétel, amelyek az alapvető munkakészségek erősítését célozhatják. Tükrözhetnek olyan szigorú kölcsönös kötelezettségeket is, amelyek keretében az ellátásokban részesülőknek el kell fogadniuk, hogy a segélyek fejében bármilyen többletbér nélkül, vagy csak nagyon csekély bér ellenében dolgoznak (workfare) (ilyenek pl. Ausztráliában a segélyért végzett munkák, vagy Németországban az ún. „1 eurós munkák”).

65. A minimumjövedelem-ellátások családi juttatás jellegéből kiindulva a magatartási követelményeket több országban az igénylő mellett más családtagokra is kiterjesztették (lásd a 6. táblázatban a „családtagokra kiterjesztő követelmények” sort). A munkára való rendelkezésre állás követelményét néhány ország az igénylő társára nézve is szigorította (pl. az Egyesült Királyságban, Németországban, de több országból erre a tételre nem érkeztek részletes válaszok), bár ez alól azok a partnerek, akik nevelési, gondozási tevékenységet folytatnak otthon, vagy hivatalos képzési programban vesznek részt, felmentést kapnak.

66. Minden olyan országban, ahonnan e tételt illetően válaszok érkeztek, egyszeri vagy ismétlődő intenzív interjúkat készítenek az igénylőkkel. Az intenzív interjúk a magatartási követelmények (kötelező a részvétel) és az előbbieken említett reintegráló szolgáltatások kombinálására épülnek (az interjú egyúttal munkakeresési tanácsadásra vagy az igénylő támogatási jogosultságának megállapítására is szolgálhat). Így vagy úgy, az interjúk lényeges eszközök az ügyfelek szükségleteinek megállapításához, a megfelelő integráló szolgáltatások kiválasztásához és a célok elérése terén tapasztalható előrehaladás megállapításához. A kezdő intenzív interjú alapján lehet megállapodni az egyéni „cselekvési tervről”, arról a szerződészerű dokumentumról, amely explicit módon rögzíti az igénylő jogait és kötelezettségeit, és meghatározza azokat az eszközöket, amelyekkel az igénylő nehézségeinek leküzdését és reintegrációs céljait segítik. A későbbi interjúk során értékelni lehet a támogatások és a reintegrációs eszközök eredményességét a megfogalmazott célok tekintetében, s ezzel meg lehet erősíteni vagy – szükség esetén – módosítani a cselekvési tervet. A cselekvési tervek a beilleszkedési folyamat egyéni alakításában és irányításában betöltött szerepük mellett ösztönzik azt is, hogy az ügyfelek kialakítsák az e folyamat során követendő személyes céljaikat.

67. A legtöbb – bár nem minden – ország rendelkezik a jóléti ellátásokban részesülők szankcionálási lehetőségével (ellátáscsökkentés, felfüggesztés vagy megvonás). A szankciók iránya és struktúrája tükrözi a mögöttes célt. Ha például a cél a szabályokat be nem tartó magatartás korrekciója, akkor a szankciók részlegesek vagy időszakosak. Ha viszont a cél a támogatásokhoz való hozzájutás általános szűkítése vagy az ellátottak számának csökkentése, akkor jóval szigorúbb szankciókat vezetnek be. A kérdőívre adott válaszok azt mutatják, hogy kisebb vétségek esetén, mint például a támogatást folyósító szerv által kért információadás elmulasztásakor, egyes országok (Ausztrália, Japán) csak figyelmeztetéssel élnek. Más válaszadó országokban kisebb vétségek esetén részlegesen csökkentik az ellátást. Az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Spanyolországban, Új-Zélandon a folyósítást a szankcionált vétség kiküszöböléséig vagy egy minimális ideig szüneteltetik. A legtöbb országban a szabályok súlyosabb megsértésekor (pl. egy betervezett interjú elmulasztása) vagy ismételt szabályszegés esetében van lehetőség az ellátás folyósításának felfüggesztésére. A szabályok megszegésének olyan súlyos esetei, mint például egy felajánlott

munkahely vagy egy munkaerő-piaci programban való részvétel elutasítása, az ellátásra való jogosultság megszűnésével járnak, bár a folyósítás teljes megszűnése helyett gyakran csak adott időszakra függesztik fel a támogatást.

68. A gyakorlatban a jövedelemelégtelenséggel kapcsolatos aggodalmak miatt a szankciók gyakran részlegesek. A csökkentések vagy felfüggesztések például csak a szabályokat megszegő egyénre vonatkozhatnak, miközben a házastárs és a gyermekek szükségleteinek fedezésére szolgáló összegek változatlanok maradnak (pl. Németországban). Néhány országban (a Cseh Köztársaságban, Lengyelországban, Norvégiában) a szankcionálás hatását enyhíti, hogy a szabályok védik a szankcionált egyének és családjaik jövedelmét a létminimum alá süllyedéstől. E három ország és Szlovákia olyan érdekes korlátozott szankciórendszert működtetnek, amelyek nagyobb hangsúlyt helyeznek a gazdasági ösztönzésre, mint az ellátások csökkentésére (lásd a 6. táblázatban). Míg a Cseh Köztársaságban és Szlovákiában a létminimum szintű szociális segély jogosultsága nincs explicit magatartási követelményekhez kötve, addig az állami foglalkoztatási szolgálatnál regisztrált és az ebből adódó magatartási követelményeket betartó ellátottak ún. „aktiválási támogatásban” részesülnek. 2007-ben Norvégia „képzettségi támogatást” vezetett be, amely az egyéves képzési programokban résztvevők számára nyújt olyan magasabb ellátást, ami még bizonyos munkakeresettel is kombinálható. Hasonlóképp, 2005 óta Lengyelországban a foglalkoztathatónak ítélt szociális segélyezettek a Szociális Integrációs Központnál foglalkoztatási reintegrációs programokba jelentkezhetnek. Az ezekben való részvétel ideje alatt és bizonyos magatartási követelmények betartásával a segély folyósítása mellett még „beilleszkedési támogatást” is kapnak.

69. Általában az ellátási szankciók szigorúságával kapcsolatos információkat, amelyek a hivatalos szabályokat írják le, nehéz országonként összehasonlítani, hiszen csak kevés utalás történik alkalmazásuk gyakorlatára. Több ország „lehetséges” opcióként jelzi a szankciókat, vagy azt, hogy a körülményektől, a regionális vagy a helyi hivataloktól függően „eltérhetnek” a részletek (pl. Ausztriában, az Egyesült Államokban, Hollandiában, Lengyelországban, Norvégiában, Svédországban). Más országok nem adtak szankciókról szóló információt. Az ellátási szankciók részletes igazgatási statisztikái segíthetik az országok objektívebb összehasonlítását. De a tartalmas elemzésekhez szükséges adatbontás (pl. a szabályszegések természete szerint) gyakran hiányzik. Igaz, az adatszolgáltatás gyakran gazdagabb azokban az országokban, ahol a minimumjövedelem-támogatás egyúttal a fő munkanélküli-ellátást is jelenti (lásd Grubb és mtsai, 2009: 4.4 fejezet).

6. táblázat: Magatartási követelmények és ellátási szankciók, 2007 (vagy jelzett év)

Program(ok)	Ausztrália	Ausztria	Cseh Köztársaság		Dánia	Finnország		Kanada
	„Új Kezdet” támogatás; ifjúsági támogatás	Szociális segély (Sozialhilfe)	Segély anyagi szükséghelyzetben (létminimum)	Aktíváló támogatás (az anyagi szükséghelyzetben járó magasabb szintű segély munkateszthez kötve)	Szociális segély (Kontanthjælp), lakhatási segély (Starthjælp)	Munkaerő-piaci támogatás	Önkormányzati szociális segély	Szociális segély
Magatartási kritériumok								
Munkahely-keresési kötelezettség	igen	–	igen	igen	igen	igen	igen	igen
Regisztráció ÁFSZ-nél	igen	igen	igen	igen	–	igen	–	–
Részvétel integrációs programokban	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen
Munkavállalási kötelezettség	igen	–	körülményektől függően	körülményektől függően	igen	igen	igen	igen
Cselekvési tervek	igen, gyakran frissítve	igen	–	igen, 6 hónap után	–	egyes csoportok számára kötelező	egyes csoportok számára kötelező	–
Intenzív interjúk	kezdő interjú	–	–	kezdő interjú és utánkövetések	–	kezdő interjú és utánkövetések	önkormányzatonként változóan	–
A körülmények rendszeres vizsgálata	2 hetente	régióként és kifizetési helyenként változik	6 hetente	4 hetente	–	4 hetente	önkormányzatonként változóan	régióként és kifizetési helyenként változik
Önálló munkahely-keresés tanúsítása	2 hetente	–	–	nem	–	1–4 hetente	önkormányzatonként változóan	–
A megfelelő munka definíciója	–	–	igen	igen	–	–	–	–

folytatódik

Program(ok)	Ausztrália	Ausztria	Cseh Köztársaság		Dánia	Finnország		Kanada
	„Új Kezdet” támogatás; ifjúsági támogatás	Szociális segély (Sozialhilfe)	Segély anyagi szükséghelyzetben (létminimum)	Aktíváló támogatás (az anyagi szükséghelyzetben járó magasabb szintű segély munkateszthez kötve)	Szociális segély (Kontanthjælp), lakhatási segély (Starthjælp)	Munkaerő-piaci támogatás	Önkormányzati szociális segély	Szociális segély
Magatartási kritériumok								
Családtagokra kiterjedő követelmények	külön igénylés (otthon levő szülők a nem munkához kötődő szülői ellátást igénylik általában)	–	nem	nem	igen	–	–	–
Szankciók a szabálysértések típusa szerint: (1) csekélyebb (2) közepes v. ismétlődő (3) jelentős	(1) figyelmeztetés (2) 100% / 8 hét (3) 100%	régióként és kifizetési helyenként változik	nem	(1) – (2 + 3) 100%	(1) lehetséges (2 + 3) igen, pl. a kimaradt napok számával arányosan	(1) – (2) 100% / 60 nap (3) 100% / 90 nap	(1) – (2 + 3) igen, önkormányzatonként változóan	(1) részleges (2) – (3) 100%

6. táblázat folytatása

Program(ok)	Franciaország	Hollandia	Írország	Japán	Korea	Magyarország	Németország	Új-Zéland
	Aktív szolidaritási jövedelem (2009-ben bevezetett RSA)	Szociális segély	Munkakeresők támogatása	Megélhetési segély	Nemzeti Megélhetési Biztonsági Alap Ellátás	Rendszeres szociális segély	Munkanélküli-segély II. (Arbeitslosengeld II)	Munkanélküli-segély
Magatartási kritériumok								
Munkahely-keresési kötelezettség	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen	igen
Regisztráció ÁFSZ-nél	igen	igen	igen	nem	nem	körülményektől függően	igen	igen
Résztétel integrációs programokban	igen	igen	igen	nem	igen	igen	igen	nem
Munkavállalási kötelezettség	–	önkormányzatonként változóan	igen	nem	–	igen	igen	nem
Cselekvési tervek	igen	önkormányzatonként változóan	igen	–	igen	helyzetfüggő	igen, 6 havonta frissítve	igen, 6/12 hetente frissítve
Intenzív interjúk	igen	önkormányzatonként változóan	3 havonta	kezdő interjú	hetente vagy havonta	kezdő interjú és havonta utánkövetés	kezdő interjú	kezdő interjú és utánkövetés két évente
A körülmények rendszeres vizsgálata	–	periódus változik önkormányzatonként	4 hetente	4 hetente	–	két évente	–	6 és 12 hetente
Önálló munkahely-keresés tanúsítása	–	önkormányzatonként változóan	3 havonta	igen	2 hetente	3 havonta	–	igen
A megfelelő munka definíciója	–	nem explicit	–	–	nem explicit	explicit	explicit	explicit
Családtagokra kiterjedő követelmények	igen	igen	–	lehetséges	igen	nem	igen	igen
Szankciók a szabálysértések típusa szerint: (1) csekélyebb (2) közepes v. ismétlődő (3) jelentős	–	(1) önkormányzatonként változóan (2 + 3) igen, önkormányzatonként változóan	100% / 9 hét	1) figyelmeztetés (2) 100% / a megfelelésig (3) 100%	(1 + 2) – (3) 100%	(1) 25% / 6 hónapig (2 + 3) 100%-ig	(1) 10% (2 + 3) 30–100% / másfél–3 hónap	(1) 100%-ig / a megfelelésig (2) 100%-ig / 13 hét (3) –

6. táblázat folytatása

Program(ok)	Lengyelország		Norvégia		Portugália	Spanyolország
	Időszakos segély (zasilek okresowy)	Integrációs támogatás (a Szociális Integrációs Központokkal együttműködők főellátásá- nak munkateszthez kötött kiegészítése)	Szociális gazdasági segély	Képzési ellátás (képzési programokban résztevők fő ellátá- sának munkateszthez kötött kiegészítése)	Szociális integrá- ciós jövedelem	Beilleszkedési minimumjövedelem (RMI)
Magatartási kritériumok						
Munkahely-keresési kötelezettség	körülményektől függő (társ. aktiválás elsőbbséget élvez)	nem	körülményektől függő	körülményektől függő	–	igen
Regisztráció ÁFSZ-nél	körülményektől függő (társ. aktiválás elsőbbséget élvez)	nem	nem	nem	igen	igen
Részvétel integrációs programokban	nem	igen	igen	igen	igen	igen
Munkavállalási kötelezettség	nem	igen	nem	körülményektől függő	–	igen
Cselekvési tervek	igen (de nem kötelező)	igen	igen	igen	igen	igen
Intenzív interjúk	igen, gyakoriság önkor- mányzatonként változik (pl. 3 havi)	igen	–	–	–	3 havonta
A körülmények rendszeres vizsgálata	3 havonta	–	önkormányzatonként változik	önkormányzatonként változik	–	3 havonta
Önálló munkahely- keresés tanúsítása	helyzetfüggő	nem	önkormányzatonként változik	–	–	–
A megfelelő munka definíciója	–	–	–	–	–	explicit
Családtagokra kiterjedő követelmények	nem	–	külön igénylendő	külön igénylendő	igen	nem
Szankciók a szabálysér- tések típusa szerint: (1) csekélyebb (2) közepes v. ismétlődő (3) jelentős	önkormányzatonként változik, törvényi kötelezett- ség az ellátottak jövedelmi helyzetének vizsgálata	(1) – (2 + 3) 5% minden indokolatlan hiányzás után; 100%, ha 3 vagy annál több hiányzás egy hónap alatt	(1) ritka (2 + 3) jövedelem nem süllyedhet megélhetési minimum alá	(1) – (2 + 3) 100%	–	(1) 100% / 4 hét (2) 100% / 3-tól 6 hónapig (3) 100% / 3 hótól határozatlan ideig

6. táblázat folytatása

Program(ok)	Egyesült Államok	Egyesült Királyság		Szlovák Köztársaság		Svájc	Svédország
	Rászoruló családok időszakos segélye (TANF)	Munkakeresők támogatása (jövedelemfüggő)	Élelmiszerjegyek (FS)	Segély anyagi szükséghelyzetben	Aktiválási támogatás (a fő ellátás munkatesztől függő kiegészítése)	Szociális segély	Jóléti támogatás
Magatartási kritériumok							
Munkahely-keresési kötelezettség	igen	igen	igen	nem	igen	igen	igen
Regisztráció ÁFSZ-nél	államonként vagy segélyfizető helyenként változóan	igen	igen	nem	igen	kantononként vagy segélyfizető hivatalonként változóan	igen
Résztétel integrációs programokban	államonként vagy segélyfizető helyenként változóan	igen	igen	nem	igen	igen	igen
Munkavállalási kötelezettség	államonként vagy segélyfizető helyenként változóan	igen	igen	nem	igen	kantononként vagy segélyfizető hivatalonként változóan	igen
Cselekvési tervek	–	igen, negyedévente frissítve	–	nem	igen, 6 hónapon belül	–	önkormányzatonként változik
Intenzív interjúk	–	kezdő interjú, negyedéves utánkövetések	–	–	–	–	önkormányzatonként változik
A körülmények rendszeres vizsgálata	–	kéthetente	államonként vagy kifizetőhelyenként változóan	–	1–4 hetente	–	4 hetente
Önálló munkahelykeresés tanúsítása	–	kéthetente	ha szükséges	nem	igen, gyakoriság helyileg változik	–	–
A megfelelő munka definíciója	–	–	–	nem	explicit	–	–

folytatódik

Program(ok)	Egyesült Államok	Egyesült Királyság		Szlovák Köztársaság		Svájc	Svédország
	Rászoruló családok időszakos segítéje (TANF)	Munkakeresők támogatása (jövedelemfüggő)	Élelmiszerjegyek (FS)	Segély anyagi szükséghelyzetben	Aktiválási támogatás (a fő ellátás munkatesztől függő kiegészítése)	Szociális segély	Jóléti támogatás
Magatartási kritériumok							
Családtagokra kiterjedő követelmények	–	igen, körülményektől függően (pl.elismert gondozási tevékenységek esetén)	igen	nem	igen	–	–
Szankciók a szabálysértések típusa szerint: (1) csekélyebb (2) közepes v. ismétlődő (3) jelentős	államonként és kifizetőhelyenként változóan	(1) 100% / 2 hétre (2 + 3) 100% / 26 hétig	(1) 100% / ≥ 1–3 hónap (2) 100% / ≥ 3–6 hónap (3) 100% / ≥ 6 hónap	nem	(1 + 2) nincs (3) 100% / 12 hónap	– / max. 12 hónap	önkormányzatonként változik

Forrás: A szociális segélyben részesülők aktiválásával kapcsolatos megközelítésekről készített OECD-körkérdés. Cseh Köztársaság: Kalužná (2008a); Dánia: Európai Bizottság (2007): MISSOC Tables, http://ec.europa.eu/employment_social/social_protection/missoc_tables_en.htm; Kanada: Federal-Provincial territorial (FPT) (2005): *Social Assistance Statistical Report 2005*, <http://www.hrsdc.qc.ca/en/cs/sp/sdc/socpol/page00.shtml>; Szlovákia: Kalužná (2008b); Svájc: A Swiss Conference of Institutions for Social Action nem kötelező irányelvei (2005): *Aide Social: concepts et normes de calcul*, http://www.skos.ch/store/pdf_f/richtlinien/richtlinien/RL_franz_2008.pdf. A Finnországra és Írországra vonatkozó adatokat a titkárság gyűjtötte 2008 januárjában, illetve 2007 novemberében folytatott tényfeltárási látogatásai során.

Az egyedülálló szülőket érintő tevékenységi követelmények

70. A magatartási követelmények nem azonos módon érintik az összes ellátotti csoportot. Az egyedülálló szülőket például gyakran kihagyják egyes követelmények címzettjei közül, vagy e családok sajátos körülményeivel összhangban módosítják kötelezettségeiket. Az egyedülálló szülőkkel kapcsolatos magatartási kötelezettségek országonként eltérő jellemzőit mutatja a 7. táblázat, amely a munkakövetelményekkel kapcsolatban korábbi OECD-anyagokban fellelhető információkat dolgozza fel. Az egyedülálló szülők ellátásait általában úgy alakítják ki, hogy a legfiatalabb gyermek bizonyos koráig a szülő el tudja látni családján belül a fő nevelői feladatokat. Ez idő alatt a munkahelykeresés megkövetelése az egyedülálló szülőkkel szemben igen csekély mértékű, és részvételük munkakeresési vagy más reintegrációs programban csak önkéntes alapon várható el. Amikor a legfiatalabb gyermek eléri az adott felső korhatárt, akkor az egyedülálló szülő automatikusan átkerül a fő munkanélküli-ellátásba (és meg kell felelnie az adott követelményeknek, mint pl. Ausztráliában). Más elvárások szerint (pl. az észak-európai országokban) az egyedülálló szülők legtöbbje elvileg képes munkát találni. Belgiumban és Japánban nincsenek ezekre a helyzetekre előírt

irányelvek és az esetmenedzserekre bízzák a döntést. Portugáliában és Spanyolországban az egyedülálló szülőknek nyújtott támogatások nem függenek munkatesztől.

7. táblázat: Egyedülálló szülők munkatesztje néhány országban, 2006 táján

Nincs munkateszt	Munkateszt	
	A gyermek életkorától független	A gyermek életkorától függő (az életkori határ évben megadva)
Portugália Spanyolország	Belgium ⁽¹⁾ <i>(diszkrecionális)</i> Dánia <i>(feltétel a gyermekgondozás)</i> Finnország Japán ⁽⁵⁾ <i>(diszkrecionális)</i> Svédország	Írország <i>(18 vagy 22 év, ha nappali oktatásban résztvevő)</i> Új-Zéland ⁽²⁾ <i>(18 év)</i> Egyesült Királyság ⁽³⁾ <i>(16 év)</i> Ausztrália ⁽⁴⁾ <i>(16/17 év)</i> Luxemburg <i>(6 év)</i> Kanada ⁽⁶⁾ <i>(0,5–6 év)</i> Hollandia ⁽⁷⁾ <i>(5 év)</i> Cseh Köztársaság <i>(4 év)</i> Ausztria <i>(kb. 3 év)</i> Franciaország <i>(3 év)</i> Németország <i>(3 év)</i> Norvégia <i>(3 év)</i> Svájc <i>(3 év)</i> Egyesült Államok ⁽⁸⁾ <i>(néhány kivétellel rendszerint 0,25–1 év)</i>

Általános megjegyzés: Számos országban létezik az alacsony jövedelműek és családjaik támogatásának valamilyen általános rendszere, de az egyedülálló szülőket más ellátást igénylőktől eltérően kezelhetik a munkavállalással kapcsolatos követelmények terén. Egyes országokban – Ausztráliában, az Egyesült Államokban, az Egyesült Királyságban, Franciaországban, Írországban, Norvégiában, Új-Zélandon – az egyedülálló szülők speciális jövedelemtámogatásban részesülnek. Az egyedülálló szülői státusz elsősorban a legkisebb gyermek életkorától függ. Az Egyesült Királyságban például, ha a legkisebb eltartott gyermek eléri a 16 éves kort, akkor a (korábban egyedülállónak minősült) szülő más jövedelemtámogatási formákra lesz jogosult (amelyek munkavállalási követelményekkel járhatnak, ha csak nem jogosult fogyatékosság, kor stb. miatt más ellátásra az igénylő).

- (1) Minden szociális segélyben részesülő, köztük az egyedülálló anyák is, elvileg kötelesek munkát keresni és készen állni a foglalkoztatásra. De egyedülálló szülők, különösen kisgyermekesek, esetében ezt a követelményt nem kérik szigorúan számon.
- (2) Követelmény a részvétel ún. tervezőértekezleteken és „személyes fejlődési és foglalkoztatási terv” készítése, amelyben a célokat és az elérésükhöz szükséges lépéseket határozzák meg.
- (3) Jövedelemtámogatás igénylésekor (majd később folyósítása során meghatározott időnként) követelmény egy „személyi tanácsadóval” ún. „munkaközpontú interjú” részt venni. 2008 októbere óta a 12 éves vagy annál idősebb gyermekeket nevelő egyedülálló szülőknek a jövedelemtámogatás helyett a munkanélküliek segélyét (JSA) kell igényelnie, s ezáltal munkahely-keresési kötelezettségük keletkezik.
- (4) A 6 évesnél fiatalabb legkisebb gyermeket nevelő szülői támogatásban részesülőkkel szemben 2006-ig nem támasztottak részvételi követelményeket; annak, akinek legkisebb gyermeke 6 és 12 éves közötti volt, évente egyszer kellett megjelennie

egy „személyi tanácsadóval” folytatandó interjú; a 13 és 15 éves közötti gyermekeket nevelőknek 26 hetenként 150 óra elfogadott tevékenységet kellett végezniük. 2006. június 30. óta azoknak az egyedülálló szülői támogatásokban részesülőknek, akiknek legkisebb gyermeke eléri 7 éves korát, legalább részidős munkát kell keresniük; a 8 éves és annál idősebb gyermeket nevelőknek pedig munkanélküli-segélyre („Új Kezdet”) kell jelentkezniük hasonló részmunka-keresési követelménnyel. Vannak kivételek: nagy családok vagy fogyatékos gyermeket nevelő szülők esetében (<http://mediacentre.dewr.gov.au/mediacentre/>, www.centrelink.gov.au/internet/internet.nsf/services/welfare_parents.htm).

- (5) A japán szociális segélyezés rendszerének legfontosabb jellemzője a szociális esetmunkások mérlegelési hatásköre. Nincs az egyedülálló szülőket érintő speciális bánásmód, és 1993-ban csak a szociális segélyben részesülő munkaképes korúak egyhatoda volt egyedülálló szülő (Eardley és mtsai, 1996; *Social Assistance in OECD Countries...*, 1996)
- (6) A részvételi kötelezettségek a következő életkorokban jelentkeznek a felsorolt államokban; Alberta: 6 hónapos kortól; British Columbia: 3 éves kortól; Saskatchewan: 2 éves kortól; Manitoba: 6 éves kortól, New Brunswick, Prince Edward Sziget, Nova Scotia és Yukon: nincs formális követelmény; Ontario: iskoláskortól; Quebec: 5 éves kortól; Newfoundland és Labrador: 2 éves kortól; Northwest Territories és Nunavut: 3 éves kortól, illetve két gyermek esetén 6 éves kortól.
- (7) A nemzeti irányelvek szerint 2004-ig az önkormányzatok a legkisebb gyermek 3 éves koráig nem írtak elő rendelkezésre állási kötelezettséget az egyedülálló szülőknek. 2004 óta azonban az önkormányzatok maguk állapíthatnak meg rendelkezésre állási követelményeket, és egyes helyi hatóságok minden egyedülálló szülő számára az egyéni körülmények mérlegelésével állapítanak meg rendelkezésre állási kötelezettséget.
- (8) Néhány államban a gyermekeket nevelő felnőtt ellátottakat nem mentik fel a munkavállalás követelménye alól, de 44-ben léteznek kivételek. Ezeknek felében (23) a gyermek egyéves koráig, másik 16-ban a gyermek egyéves kora alatt, 5-ben pedig fölötté határozzák meg a munkával kapcsolatos kötelezettségek alóli felmentés időkorlátját. Emellett 19 államban a gyermekneveléshez segítségben nem részesülő szülőket is felmentik a kötelezettségek alól, közülük 13-ban azonban csak akkor, a gyerek 6 éves vagy annál fiatalabb (a 2005-ös helyzet összefoglalása a www.spdp.org/tanf/work/worksumm.htm alapján).

Forrás: OECD (2007): *Babies and Bosses – Reconciling Work and Family Life in OECD Countries*. Volume 5. OECD, Paris.

5.4. Mi működik? Ellátásfüggőség, foglalkoztatás, szegénység

71. Számos OECD-ország vezetett be a jóléti ellátásokban részesülők számára aktív munkaerő-piaci programokat, és szigorította a munkára ösztönző beilleszkedési együttműködés követelményeit. Az ilyen típusú intézkedésekkel kapcsolatban szélesebb körű ismeretek a felső szintű munkán kívüli ellátásokat illetően állnak rendelkezésre. A legtöbb tapasztalat arról, hogy „mi működik”, a munkanélküli-juttatásokkal kapcsolatos (Heckman és mtsai, 1999; Martin és Grubb, 2001; OECD, 2005; Carcillo és Grubb, 2006; Kluve, 2006). Ennek a szakirodalomnak a kulcsüzenetei a következők¹⁹:

¹⁹ Az itt megfogalmazott „pozitív” üzenetek azt jelentik, hogy az intézkedések által közvetlenül érintettek jobban élnek. A tanulmányok szinte soha nem alkalmaznak teljesebb költség-haszon elemzési kereteket, amelyekben helyet kapnának a különböző programok végrehajtásának költségei, vagy a dolgozók munkanélküliségből való gyorsabb kiáramlásának következményei (a helyettesítési vagy kiszorító hatások). Emellett a tanulmányok nagyobb része rövid távon vizsgálódik, így az aktiváló intézkedések hosszú távú hatásai figyelmen kívül maradnak.

- *Munkakeresési támogatás és munkakeresési követelmények.* A legtöbb empirikus tanulmány azt mutatja, hogy a munkakeresés támogatásának és a tanácsadásnak viszonylag alacsony költségek mellett pozitív foglalkoztatási hatásai vannak, különösen, amikor enyhébb ellátási szankciókkal alátámasztott munkakeresési kötelezettségekkel is kombinálják a támogatást. Ezek az eszközök a jó munkaerő-piaci kilátásokkal rendelkezők esetében működnek a leghatásosabban. A keresetekkel és a foglalkoztatás tartósságával mérhető foglalkoztatási minőségre gyakorolt hatásokat illetően azonban kétségek fogalmazódnak meg.
- *Képzés.* Az aktiváló eszközökre fordított kiadásokon belül a legnagyobb tételt a képzési és oktatási programok képviselik. A gyakorlati tapasztalatok és az elmélet is azt mutatja, hogy a hatások különbözőek a képzési programok alatt, illetve azokat követően. A programokban való részvétel alatt kevesebb idő jut a munkahelykeresésre, ami csökkentheti a keresés intenzitását és sikerességét (a korábban említett „bezáródási hatás”). A képzés befejezését követően azonban a foglalkoztatási eredmények döntően pozitívak, és kiegyenlítik a rövid távú veszteségeket. Az eredmények ugyanakkor csoportonként igen különbözőek; a felnőtt korú nők esetében a foglalkoztatási nyereség nagyobb, míg kisebb hatás tapasztalható a középkorú (25–54 éves) férfiak körében. A viszonylag jó munkaerő-piaci esélyekkel bírók számára – úgy tűnik – jelentős előnyökkel járnak ezek a programok, a fiatal munkát keresők esetében viszont a negatív bezáródási hatás a domináns. A programok típusaitól függően is változik az emberi erőforrás-fejlesztő intézkedések hatékonysága; a munkavégzés során történő képzések foglalkoztatási hatásai kedvezőbbek, mint a tantermi képzéseké. Miközben ezeknek az intézkedéseknek a foglalkoztatási hatásai pozitívak, addig az órabérekre nem, vagy csak alig gyakorolnak hatást a képzések.
- *Munkakeresési követelmények és foglalkoztatási programok.* A magánszektor foglalkoztatási programjai eredményesen képesek növelni a résztvevők foglalkoztatási esélyeit. Ezzel ellentétben a közszféra munkahelyteremtési megoldásaival a segélyezetteket általában nem sikerül tartósan visszaintegrálni a szabályos munkaerőpiacra. Ezek a programok más megfontolásokon alapulnak. Munkatesztként szolgálnak olyanok esetében, akiknél a munkakeresési motivációk hiányoznak. De segíthetik (munkavégzés során történő képzésként) a foglalkoztatásból már hosszabb ideje kiesettek munkára szoktatását és társadalmi szocializációját. A közfoglalkoztatási programok ilyen, nem foglalkoztatási jellegű eredményeinek érdemeiről azonban kevés a konkrét bizonyíték.

72. Mindezek a tapasztalatok hasznosak a minimumjövedelem-támogatásokban részesülők jogai és kötelezettségei közötti megfelelő egyensúly megítéléséhez. Ugyanakkor látni kell, hogy az ő munkaerő-piaci nehézségeik jellege lényegesen különbözik a munkanélküli-ellátásban részesülőkétől. Így a fenti megállapítások, amelyek heterogén csoporthatásokat jeleznek a munkanélküli-segélyben részesülőkhöz belül is, nem valószínű, hogy teljes mértékben érvényesek a szociális segélyben részesülők csoportjaira. Emellett a fentiek kizárólag a foglalkoztatás és az ellátotti státusz alapján vizsgálták az aktiváló eszközök hatásait. Ez ugyan nyilvánvalóan fontos, de a legalsó szintű ellátásban részesülők magas szegénységi kockázata feletti aggodalmak azt sugallják, hogy az eredmények olyan szélesebb körű mérései szükségesek, amelyek az aktiváló politikáknak a különböző csoportok jövedelmeire gyakorolt hatásait is képesek bemutatni.

a) Szakpolitikai intézkedéscsomagok

73. A szociális segélyben és hasonló támogatásokban részesülőket célzó és szélesebb körű segély helyett munkát intézkedéscsomagokról kevés az átfogó értékelés.²⁰ Annak ellenére, hogy a jövedelembiztonságot szolgáló szociális háló átalakítása során a jövedelmi hatások döntőek, a legtöbb értékelés mégsem vizsgálja a szegénységi arányokra és hasonló mutatókra gyakorolt befolyást, és csak a foglalkoztatásra, valamint az ellátásban részesülők számára korlátozódva vizsgálják az eredményeket. Az egyetlen kivétel az 1996-os, alaposan megkutatott egyesült államokbeli jóléti reform, ezért ennek főbb következtetéseit érdemes részletesebben megvizsgálni.²¹ Ezek persze számos okból nem alkalmazhatók közvetlenül más politikai környezetben (az egyesült államokbeli reform például lényegében csak az egyedülálló szülőkre korlátozódott). Ugyanakkor jól érzékeltetik a különböző politikai választásokra jellemző optimalizálási megfontolásokat.

74. Számos amerikai tanulmány a munkára ösztönző intézkedéseknek a „rászoruló családok időszakos segélyében” (TANF) részesülők számára gyakorolt hatását vizsgálta. A folyósítási esetszámok statisztikái azonban igen tökéletesen eszközei a „siker” mérésének, mivel semmit nem mondanak sem a sikeresen munkahelyet találók, sem az ellátásban maradók, sem pedig az akár munka, akár segély nélkül maradók jóllétéről. Természetesen ha más mutatók nem jeleznek romlást, akkor az alacsonyabb ellátásfüggőség valóban pozitív eredmény (ha időközben más ellátások nem váltják fel a vizsgáltat).

75. Mindenesetre az ellátásban részesülők számának csökkentése az Egyesült Államok legtöbb államában a jóléti ellátások reformjának legfőbb célja volt – s ezt az is megerősítette, hogy az esetek csökkentésével arányosan részesültek a tagállamok előnyben a TANF segélyhez való szövetségi hozzájárulások elosztása során. Ez a cél tükröződött például az ún. „elterelő juttatásokban” (a szabályos és rendszeres ellátásra meghatározott ideig nem jelentkezőknek folyósított egyösszegű átalányfizetés), amivel az államok több mint fele élt. Vannak beszámolók azokról a „zaklatási technikákról” is, amelyekkel az ellátást igénylőket bátorítanították el (Midgley, 2008). Ezekben az esetekben valószínű, hogy a szigorú támogatási szankciók alkalmazásának oka a folyósítás megszüntetése és az ellátásban való részvétel befejezése. Más államokban a szankciók csak részlegeseek, és inkább ösztönzőnek szántak a pozitívnak tartott magatartások kiváltása vagy a jogosultsági feltételek teljesítése érdekében. Nyilvánvaló, hogy az ilyen részleges szankciók hatása az ellátást igénybe vevők számára kevésbé lesz számottevő.

²⁰ Még azokban az országokban is csak kevés tanulmány létezik a magatartási követelményeket be nem tartóknak továbbra is folyósítható ellátásokat illetően (speciális támogatás Ausztráliában, élelmiszerjegyek az Egyesült Államokban), ahol az aktíváló eszközök értékelése során a jövedelemfüggő támogatásokban részesülőkre koncentráltak (az „Új Kezdet” támogatás Ausztráliában, a „rászoruló családok időszakos segélye” az Egyesült Államokban).

²¹ Ennek a reformnak az volt a fő eleme, hogy a „családok és eltartott gyermekek segélyét” (AFDC) felváltotta a „rászoruló családok időszakos segélye” (TANF), amelynek időkorlátai vannak, és szigorúbb magatartási kötelezettségeket ír elő (miközben az időkorlátok és a jogosultsági kritériumok, valamint az ellátási szintek államonként különbözőek lehetnek). Midgley (2008) kitűnően mutatja be a tudományos és politikai vitákat, amelyek e reformhoz vezettek.

76. A legtöbb egyesült államokbeli tanulmány azt mutatja, hogy az új, időszakosnak nevezett segélyben (TANF) részesülők száma 1994 és a 2000-es évek között 60 százalékkal csökkent, és ennek a változásnak az egyharmadát kifejezetten az „előbb a munka” megközelítésű ösztönzőknek lehet betudni (Besharov, 2006). Ugyanakkor az egy adott ellátási formára fordított kiadások visszafogása nem feltétlenül jelenik meg a kiadások általános csökkenésében. A segélyezésre (TANF) fordított összegek nagymértékű visszaesése ellenére az összes jövedelemtesztelt támogatás – beszámítva a fizetések adókedvezményét (EITC) is – fejenkénti összege 1990 és 2004 között majdnem megduplázódott. Ez azt mutatja, hogy jelentősek voltak a helyettesítési hatások, és a munkát ösztönző eszközök – mint például a fizetések adókedvezménye és a gyermeknevelési, valamint az egészségbiztosítási támogatások – lényeges alkotóelemei a munkaviszonyon kívüli ellátásoktól való függés enyhítését célzó intézkedési csomagoknak (Moffitt, 2008: Figure 1).²²

77. A kutatások bizonyítékkal szolgáltak arra nézve is, hogy az (amerikai reform fő célcsoportjának tekintett) alacsony jövedelmű egyedülálló szülők *keresetei és foglalkoztatása* nőtt a „segély helyett munkát” jellegű jóléti intézkedések eredményeként. De nem meglepő, hogy a jóval szigorúbb kritériumok következtében az ellátásokra jogosultak leszűkült körében a háztartások *átlagjövedelme* kevésbé nőtt, vagy csak stagnált (Cancian és mtsai, 2003). A segélyezésből (TANF) kilépő nők egyharmada nem lett foglalkoztatott (abban az időszakban, amikor az ellátás időtartama még nem volt korlátozott, lásd Acs és Loprest, 2004). Valójában a munkakeresetek hatása a munkát találok között is csak alig volt nagyobb, mint az ellátás megszűnte miatti veszteségük. Moffit áttekintő tanulmányában például megjegyzi, hogy „ha a »legyen a munka kifizetődő« jelszó annak biztosítását jelenti, hogy egy segélyezésből kikerült nő keresete legyen nagyobb a segélyként kapott jövedelménél, akkor ilyen változást a tapasztalatok alig jeleznek vissza” (Moffitt, 2008: 24). Lényeges az is, amit számos elemzés kimutatott, tudniillik hogy a támogatás elvesztését gyakran nem az ellátott, hanem a háztartás *más* tagjának magasabb keresete kompenzálta (Bavier, 2001). Az amerikai vitákban ritkán említik meg azt, hogy tekintettel a segély (TANF) egyedülálló szülőket célzó jellegére, ezek a „más” családtagok gyermekek vagy fiatal felnőttek lehetnek, ami aggodalomra adhat okot.

78. A kutatások egy másik vonulata azt mutatja, hogy nem a segélyezést elhagyók, hanem az abba *be sem kerülők* körében nőtték a jövedelmek, és csökkent a szegénység (Grogger és Karoly, 2005), ami sokat elárul a munkára ösztönző intézkedések fontos szerepéről. Abból adódóan, ahogyan a szövetségi forrásokat az államok között elosztják, a pozitív foglalkoztatási hatások azoknak az egymást erősítő folyamatoknak tudhatók be, amelyek az ellátottak számának visszaesésével a munkán kívüli ellátásokra fordított kiadások csökkenéséhez vezetnek, majd ebből

²² Acs és Loprest (2004) azt jelezte, hogy a korábban az „időszakos segélyben” (TANF) részesülők 70%-a kapott élelmiszerjegyet, és a segélyből kilépők 20%-a részesült ún. „kiegészítő biztonsági jövedelemben” (az alacsony jövedelmű háztartásoknak folyósított, fogyatékosághoz kötődő ellátásban).

adódóan a foglalkoztatást támogató pénzeszközök növelését teszik lehetővé.²³ Mindez együtt megkönnyítette az egyedülálló szülők munkába állását és foglalkoztatásban maradását. Mivel azonban ez a mechanizmus a gazdasági ciklusokkal egybeeső (prociklikus), s így gazdasági visszaeséskor visszafordul, számos értékelés azt hangsúlyozza az Egyesült Államokban, hogy a munkára ösztönző jóléti intézkedések hatékonyságához erős gazdaságra van szükség (pl. Blank, 2003). Egy másik fontos, az amerikai tapasztalatokból adódó következtetés szerint a munkát előtérbe helyező („work first”) támogatások alkalmasak a foglalkoztatás növelésére és az ellátásoktól való függés gyengítésére, de csak kevésbé javítják a családok jövedelmi helyzetét. Ugyanakkor a magát a munkavégzést támogató („work support”) eszközök csak kevésbé hatnak a foglalkoztatásra, de hatásosan növelik a jövedelmeket és csökkentik a szegénységet. Ezek az eszközök egymással kombinálva erősítik a foglalkoztatást, és javítják a munkát találók jövedelmi pozícióit. De továbbra is követni kell, hogy mi hogyan hat.

b) Egyes szakpolitikai intézkedések

79. Az Egyesült Államok tapasztalatai azt bizonyítják, hogy a munkavállalást ösztönző jóléti politikák hatékonysága számos tényezőtől múlik. Ezért nehéz egyes, egymástól különálló intézkedések hatásait illetően következtetéseket levonni. Valójában a különböző intézkedések interakcióiból adódóan hasznosabb ezeket egyben, csomagban értékelni. Ugyanakkor érdeklődésre tarthat számot annak a kérdésnek a megválaszolása, hogy lehetnek-e az egyéni intézkedések szélesebb reformcsomagba való beágyazottság nélkül hatásosak, s hogy mely jellemzőik függenek össze pozitív vagy negatív kimenettel.

80. A mérsékelt **szankciókkal** támogatott **munkakeresési kötelezettségek** általában jól működnek, mint a szociális segélyezésből a munkába való átmenet előmozdításának eszközei.²⁴ A munkahelykeresés intenzitását és a keresési készségek fejlesztését célzó intézkedések viszonylag költséghatékonyak, és még a csekély szankciók „fenyegető” hatása is figyelemre méltó. A hollandiai Rotterdamban egy időszakos és részleges (20%-ig terjedő) szankció például kétszeresére növelte a segélyezésből munkába állók arányát (van den Berg és mtsai, 2004). Tapasztalatok támasztják alá azt is, hogy kisebb a „bezáródás” előfordulása az olyan ellátottak esetében, akik önállóan valószínűleg nem találnának munkahelyet. A rotterdami tanulmányban a szankciók alkalmazása az ellátás korábbi szakaszában kisebb tartós munkanélküliséggel járt. A szociális segélyezettnek időigényes tanácsadásban való kötelező részvétele a dániai Aarhusban jelentősebb „bezáródási hatással” járt a lényegében munkára kész munkanélküliek esetében, a súlyosabb foglalkoztatási korlátokkal küzdő csoportokban azonban nem (Bolvig és mtsai, 2001, idézi Ochel, 2004).

²³ A szövetségi költségvetésből az államok számára átutalt alaptámogatás összegét több évre állapítják meg (ún. „blokkfinanszírozás”), de a tényleges szövetségi hozzájárulások számos „sikermutatótól” függenek (esetszám, az ellátottak munkában vagy foglalkoztatáshoz kötődő tevékenységekben való részvételi arányai). Emellett abból adódóan, hogy az egyes államoknak meglehetősen nagy mérlegelési jogkörük van annak eldöntésében, mire használják a szövetségi finanszírozást, az alap segélyezési kiadások csökkentésével több lehetőséget teremtettek más típusú támogatásokra, nevezetesen a gyerekek nevelés támogatására.

²⁴ Az önkéntes munkahely-keresési támogatások, mint például az Egyesült Királyság 1990-ben egyedülálló szülőknek bevezetett programjában (New Deal for Lone Parents), szintén hatásosak, de a bennük való részvétel alacsony szintű.

Hasonló eredményekről számoltak be norvégiai kutatások (Roed és Raaum, 2006). Ugyanakkor a szigorodó kötelezettségek intenzív tanácsadás és más munkakeresési támogatások nélkül főként a viszonylag jó munkaerő-piaci lehetőségekkel rendelkezők foglalkoztatását növelik.²⁵ Sőt, a túlzottan szigorú követelmények esetén fennáll az a veszély, hogy a jobb elhelyezkedési eséllyel rendelkezők munkába állás nélkül elhagyják az ellátást, s így jóval kevesebb munkakeresési és foglalkoztatási támogatásban részesülnek.

81. Kisebb bezáródási hatások a **foglalkoztatási programok** és a szigorúan megerősített **munkavállalási követelmények** terén is megfigyelhetők. Egy közelmúltban bevezetett németországi programot, az ún. „1 eurós munkákat” értékelő tanulmány a *program ideje alatt* a résztvevők munkába való átmenetére csak csekély negatív hatást talált (Hohmeyer és Wolff, 2007). A szigorúan vett munkavállalási és munkaerő-piaci programokban való részvételi követelmények szintén nem mutatnak gyakorolnak negatív hatást. Az OECD (2005) is olyan empirikus kutatásokról számolt be, amelyek szerint az „előbb a munka” megközelítésű stratégiák csak csekély hatással voltak a foglalkoztatás stabilitására, sőt még javíthatták is azt. Ugyanakkor a német tanulmány azt jelzi, hogy a „workfare” típusú eszközöknek a foglalkoztatás valószínűségére gyakorolt, remélt hosszabb távú hatása igen korlátozott (a programot követő hatás jelentéktelen a férfiak és szerény a nők esetében). Más országok kutatási tapasztalatai ennél pozitívabbak, és azt mutatják, hogy a munkába állás követelménye különösen hatásos, ha a foglalkoztatás a magánszektorban történik. Ezt tanúsította például az Egyesült Királyság fiatalokat aktiváló programja (New Deal for Young People) (Dorsett, 2001). Az „Aktív Szociálpolitika” program keretében a dán önkormányzatoknál bevezetett munkára ösztönző intézkedések különösen hatékonyan bizonyultak, 300 százalékkal megnövelve az ellátásokból foglalkoztatásba kerülők arányát (Bolvig és mtsai, 2003).

82. Az „előbb a munka” típusú stratégiák egyik csalódást keltő jellemzője a bérnövekedésre gyakorolt észrevehető hatásuk elmaradása (Card és mtsai, 2001). De ezekkel összehasonlítva az **emberi erőforrásokba beruházó megközelítések** viszont kevésbé eredményesek a foglalkoztatás rövid távú növelésében. Az sem teljesen tisztázott, hogy ez utóbbiak a munkahely stabilitását és a keresetnövekedést tekintve jobban teljesítenének, miközben viszont működtetésük költséges. Hosszabb távon azonban lehetséges, hogy a foglalkoztatás bővülését eredményezik (Bloom és Michaelopoulos, 2001; Hotz és mtsai, 2006). Az a néhány kutatás, amely hosszabb távon követte az **oktatási és képzési programokban** résztvevőket, azt mutatta, hogy a foglalkoztatásban és a keresetben megnyilvánuló pozitív hatások két-három év elmúltával jelentkeznek (Dyke és mtsai, 2005; OECD, 2005). Az, hogy az oktatás és képzés javítja-e a munkaerő-piaci kilátásokat, nagymértékben a támogatásban részesülő körülményein múlik. Carcillo és Grubb (2006) utalnak azokra a tapasztalatokra, melyek szerint a munkára kevésbé kész résztvevőknek több előnyük származik a szakmai képzésből. Ugyanakkor ez az a csoport, amelyeknek foglalkoztatási esélyei jelentősen nőnek a workfare és a foglalkoztatási programokban való részvétellel is. Így a rendelkezésre álló bizonyítékok alapján ne-

²⁵ Ebből a szempontból tipikusnak mondhatók azok az ausztráliai tapasztalatok, amelyeket a „Munkakeresési napló” (Job Search Diary) bevezetéséről szóló tanulmány tárt fel (Borland és Tseng, 2007).

héz megítélni, vajon a munkatapasztalat hiánya vagy az elégtelen képzettség képezi-e a szociális segélyben részesülők foglalkoztatásának fő akadályát.

83. Számos egyesült államokbeli tanulmány (mint pl. a portlandi JOBS-program értékelései) úgy találta, hogy a legsikeresebb programok a munkára kész ügyfelek munkába állítására és az alacsonyabb képzettségűeknek célzott oktatási és képzési programokra egyaránt erősen összpontosító, kombinált stratégiák (Blank, 2003). A norvégiai tapasztalatok is a munkavállalást előtérbe helyező és a képzési programok elegyítéséből származó kedvező eredményekről adnak számot (Dahl és Lorentzen, 2005). Ahogy várható, az „előbb a munka” és a „humán tőke” stratégiák foglalkoztatási hatásai összehasonlításának eredménye erősen függ attól, hogy a programokon belül mely speciális elemeket vetnek össze. Az egyesült királyságbeli fiatalokat aktiváló program (New Deal for Young People) hatásainak elemzése azt mutatta, hogy a magánszektorban való munkavállalás támogatásának sokkal nagyobb a pozitív hatása a foglalkoztatásra, mint a teljes idős oktatásnak és képzésnek. De az oktatásban és képzésben résztvevők foglalkoztatásba kerülésének arányai nem voltak rosszabbak, mint az önkéntes vagy helyi közösségi munkában résztvevőkéi (Dorsett, 2001).

6. INTÉZMÉNYI ÖSSZEFÜGGÉSEK, PROGRAMVÉGREHAJTÁS ÉS SZOLGÁLTATÁSNYÚJTÁS

84. A munkaerő-piaci reintegráció erősebb hangsúlyozása az utolsó menedéket nyújtó, legalsó szintű ellátásokat a munkanélküli-segélyekhez közelíti. A munkaképes korúak számára több ellátási szintet működtető országokban ezért felmerült a kérdés, hogy mennyiben kezeljék a különböző ellátások részeként, vagy mennyiben különítsék el ezektől a foglalkoztatással kapcsolatos szolgáltatásokat, például a munkahelykeresés támogatását. Az integrált kezelésnek nyilvánvaló haszna származhat a méretgazdaságosságból. Ezzel együtt a szociális segélyben részesülőknek előnyük származhat az állami foglalkoztatási szolgálatoknál rendelkezésükre álló szakértelemből és megalapozott munkáltatói kapcsolatokból. Ugyanakkor a különböző szervezetek közti koordináció hiányából fakadóan az erőfeszítések meg is kettőződhetnek. Előfordulhat az is, hogy az állami foglalkoztatási szolgálat személyzetének nincs gyakorlata a súlyos foglalkoztathatósági problémákkal küzdő ügyfelek támogatásában. Ilyenkor, speciális foglalkoztatási korlátok esetén, a speciális szolgáltatásokat nyújtó szervezetek jobban látják a teendőket, és jobban meg tudják ítélni, vajon nem kell-e adott esetekben a munkakeresést inkább felfüggeszteni vagy kiegészítő reintegrációs eszközökkel társítani.

85. Természetesen az állami foglalkoztatási szolgálatok ügyfélcsoportjainak megnövelése többletforrások nélkül többletterheket ró a személyzetükre. Az erőforrások átcsoportosítása a foglalkoztathatóbbaktól a kevésbé foglalkoztathatók felé csökkentheti a teljes körű „sikermutatókat”, amit például a sikeresen munkába helyezetttek számával mérnek (Carcillo és Grubb, 2006). Ha azonban az állami foglalkoztatási szolgálat számos, alacsonyan képzetekkel betölthető üres munkahelyet jelez, akkor előnyös lehet, ha nagyobb és vegyesebb összetételű álláskeresői listára lehet támaszkodni. A szociális segélyben részesülők más munkanélküliekhez hasonló bánásmódban való részesítése növelheti motivációs szintjüket és csökkentheti stigmatizáltságukat a lehetséges munkáltatók körében.

86. Számos OECD-országban létező trend az „egyablakos” rendszer vagy szolgáltatási központok kialakítása az ellátásban részesülők és a munkát keresők számára. A felhasználók szempontjából ennek az a fő előnye, hogy a szolgáltatásokhoz könnyebb a hozzáférés, és az információk hamarabb elérhetők, ha egy helyen biztosítják őket. Emellett az összes ügyfél egy helyen történő belépése a rendszerbe megkönnyíti az egyének szükségleteire és körülményeire szabott szolgáltatások célzását, és segíthet lebontani a különböző intézmények közötti korlátokat (pl. a szakkifejezések egyeztetésével). A szociális segélyben részesülők körülményeinek és igényeinek sokféleségéből adódóan e csoport számára az egyablakos rendszer által elérhetővé tett szolgáltatási paletta jóval szélesebb köre kifejezetten előnyös.

87. A különböző szolgáltatások egy fedél alá csoportosítása nem vezet automatikusan a folyamatok és intézményi célok jobb koordinációjához. A különböző intézményeknek (önkormányzatok, állami foglalkoztatási szolgálat, társadalombiztosítási intézmények) az egy épületben való elhelyezkedéstől függetlenül lehetnek eltérő céljaik, és nem összehangolt ösztönzőik. A szociális segélyezést finanszírozó önkormányzatok például ösztönözve lehetnek arra, hogy az ügyfelekért viselt pénzügyi felelősséget áttolják más programokba, miközben az állami foglalkoztatási szolgálatok esetleg csak kevésbé érdekeltek abban, hogy ügyfélkörüket nehezen elhelyezhetőkké bővítsék.²⁶ Az egyik kimenet az ügyfelek „forgatása” a különböző munkaerő-piaci programokban, ami költséges, és nem is hatékony. Ha ezekkel a kérdésekkel nem néznek szembe (pl. árnyaltabb kimeneti célokkal és a foglalkoztatási szolgálat minden egyes ügyfélcsoportjára lebontott önálló teljesítménymutatókkal), akkor a különböző intézmények egymással párhuzamosan fognak működni a közösen vagy integráltan koordinált működés szinergiái nélkül.

88. A különböző munkaerő-piaci programok és támogatási eszközök közötti koherencia javítása érdekében néhány ország a programok összehangolására önálló intézményt hívott életre (ilyen pl. az Egyesült Államokban a Workforces Investment Board). Néhány más országban, köztük Ausztriában, Finnországban, Franciaországban és Németországban gyakran igen komplex intézményi környezetben működtetik a sokfajta ellátást, de az utóbbi időben intézkedéseket hoztak a különböző testületek közötti együttműködés javítására. Ezeknek az intézményi innovációknak az értékelései (Finnországban és Németországban) értékes tapasztalatokat tárhatnak fel a különböző megközelítések előnyeivel és hátrányaival kapcsolatban.

89. A szociális ellátások és szolgáltatások igazgatásának decentralizáltsága részben történelmileg, időnként pedig merev jogi kööttségek által meghatározott. A decentralizált rendszer eszközül szolgálhat a támogatási csomagok helyi munkaerőpiacokhoz és az ügyfelek munkaerő-piaci nehézségeihez való igazításában. A közelmúltban számos ország decentralizálta munkaerő-piaci politikájának egyik vagy másik összetevőjét (OECD, 2003b). A decentralizálás lényegében az ellátások és a hozzájuk kötődő jogok és kötelezettségek jobb célzásának stratégiáját jelentheti. Egyúttal pedig jobban alkalmazkodhat a helyi munkaerőpiacokhoz és politikákhoz. A magasan centralizált igazgatási struktúrákhoz képest a regionális és helyi intézmények kedvezőbb pozícióban lehetnek ahhoz, hogy a munkáltatók értékes kapcsolatokat építsenek ki közösségi csoportokkal és támogató hálózatokkal. A finanszírozási és az operatív felelősségek regionális vagy helyi szintre telepítésével elvileg erősíteni lehet az intézményi ösztönzőket, ami a költségvetési kiadások, a reintegrációs szolgáltatások választéka és időtartama, valamint az ellátásoktól való függőség megszüntetése között jobb összhangot tud teremteni.

²⁶ Belgiumban például a szociális segélyben részesülők közösségi munkákra kötelezése az 1980-as évek végén jelentősen csökkentette a munkanélküliségből munkába lépők arányát. Ennek egyik oka az volt, hogy a munkaprogramokban való részvételrel a segélyt kérők ismét jogosulttá váltak munkanélküli-ellátásra. A jóléti kiadásokat finanszírozó szerv arra volt ösztönözve, hogy az időszakos közösségi munkába helyezze el a segélyezetteket, s ezzel a költségvetésre háruló ellátási kiadásokat áttolja a munkanélküliségi biztosítási intézményekhez (Cockx és Ridder, 2001).

90. A szociális segélyezéssel összekötött szolgáltatások a legtöbb országban igen decentralizáltak. A szövetségi berendezkedésű országokban is regionális vagy helyi önkormányzati szintekre telepített a politikai felelősség (a törvényi szabályok és irányelvek alakítása). Ugyanakkor, mint láttuk, a munkába helyezésre nagyobb hangsúlyt fektető „segély helyett munkát” megközelítés szorosabb kapcsolatokat eredményez szinte minden OECD-országban a központilag meghatározott politikai keretek között működő állami foglalkoztatási szolgálatokkal. Fontos szem előtt tartani, hogy a kormányzati szintek és intézmények között különbségek lehetnek a céljaikat és prioritásaikat illetően (pl. a helyi fejlődés versus az országos szintű inaktivitási arányok minimalizálása tekintetében). Így egy új intézményi egyensúly implicit módon módosíthatja a kimeneti célokat, még ha nem is ez az intézményi változások explicit szándéka.

91. Az innovációk bátorítása és a jó gyakorlatok szélesebb körű elterjesztése is a decentralizálás mellett szóló érvek. De a gyakorlatban a decentralizált igazgatásokat nehéz (a) rábírní befektetésekre az adatgyűjtésbe és a szigorú értékelésbe; és (b) ösztönözni a megfelelő értékelések más igazgatási szervekkel való megosztására.

92. Miközben a decentralizálás értelme a megközelítések sokféleségének bátorítása, az is aggodalomra adhat okot, ha a pénzbeli és nem pénzbeli támogatások túlzottan nagy választéka és elérhetősége áll elő. Esélyegyenlőségi alapon számos amerikai értékelő aggódik például amiatt, hogy a különböző államokat illetően nagy különbségek vannak az ellátások színvonalában, valamint a magatartási követelmények és a szankciók szigorúságát illetően. Ausztriában ugyan a kilenc tartomány (länder) között a szociális segélyezési politikákat illetően nem olyan nagyok a különbségek, mint az Egyesült Államokban, de az osztrák szövetségi kormány és a tartományok kormányai a kifizetések és a jogosultsági kritériumok egységesítése érdekében egyeztetéseket kezdtek. Az esélyekkel kapcsolatos aggodalmak akkor is megfogalmazódnak, ha a követelményekről és a jogosultságokról szóló határozatok jelentős mértékben az igénylőkkel foglalkozó szociális munkások, esetfelelősök mérlegelésén alapulnak. Összetett információs kötelezettségek és formális szabályok hiányában a szociális esetfelelősök egyik lehetséges stratégiája az lehet, hogy sztereotípiák alapján hozzák meg a jogosultsági döntéseket, és terelik szolgáltatások és programok felé az ügyfeleket. Ez még valószínűbb akkor, ha az ellátásokat folyósító hivatalokban nincs elégséges erőforrás ahhoz, hogy az ügyfelek körülményeit, munkaképességét és szükségleteit átfogóan meg tudják vizsgálni.

93. A számos különböző szereplőt és összetett felelősségi viszonyokat mutató, szétterjedt intézményi kontextus közepette a szolgáltatások elérhetőségének és minőségének érzékelt egyenlőtlenségeiből fakadó problémák még súlyosabbá válhatnak. A nem közintézményeknek, hanem saját profit vagy nonprofit céljaikat követő szervezeteknek való szolgáltatáskiszervezés például teljesen új minőség-ellenőrző kontrollrendszerek bevezetését és igazgatását igényli, hogy biztosítsák a minőségi előírásokat, és elejét vegyék a „lefölözésnek”, vagy más ártalmas profitmaximalizáló stratégiáknak. A szolgáltatások ilyen decentralizált rendszereiben nagy kihívás a teljesítmény-mutatók és sztenderdek összehasonlíthatóságának biztosítása. Számos OECD-országban nagy múltja van a képzési és munkahely-teremtési programok kiszervezésének. Néhány ország megkezdte a munkaközvetítési szolgáltatások külső szolgáltatóknak való kiszervezését, néhányan a reintegrációs szolgáltatások széles körére is külső közremű-

ködőkkel szerződnek (pl. Ausztrália és Hollandia, lásd OECD, 2003; Tergeist és Grubb, 2006). Az Egyesült Államoknak nagy tapasztalata van a szociális szolgáltatások terén a nem kormányzati, kereskedelmi és nonprofit szervezetekkel, köztük vallási szervezetekkel való kisserződésben. Ezek között a szervezetek között sok a nagy tekintélyű szociális szolgáltató. Ugyanakkor az Egyesült Államokban régóta vita folyik a vallási szervezetek szerepéről, hiszen az 1996-os jóléti reform életbelépése óta e szervezeteknek nem kell szigorúan elkülöníteniük szociális szolgáltatásaikat felekezeti tevékenységeiktől (lásd Midgley, 2008).

7. KÖVETKEZTETÉSEK: JELENLEGI ÉS JÖVŐBELI KIHÍVÁSOK

94. A jelenlegi gazdasági válság nyomást gyakorol a kormányokra, hogy erősítsék meg jövedelemtámogatási rendszereiket (OECD, 2009b). Ahogy a 90-es évek közepétől az élénk munkaerőpiacok számos OECD-országban segítették az ellátásokban részesülők számának visszafogását, úgy a gazdasági tevékenység jelenlegi gyors visszaesése várhatóan erőteljesen megnöveli az igényt a minimumot biztosító biztonsági háló megerősítése iránt.

95. A munkanélküliség átlagos időtartamának várható növekedésével a munkanélküli-ellátásra való jogosultságot kimerítő növekvő száma mellett az időszakos munkákon és nem sztenderd formákban dolgozók is ritkán jogosultak munkanélküli-juttatásra. Az utóbbiak foglalkoztatási viszonyai általában rövidebbek, gyakran szakadnak meg, így biztosítási ellátásokban kevésbé részesülnek, és általában könnyebben esnek ki a foglalkoztatásból. Az ilyen atipikus, nem sztenderd formákban dolgozók számos OECD-országban megnövekedett arányának²⁷ az lehet a következménye, hogy a szociális segélyek listái erősebben fognak reagálni (kontraciklikusok lesznek) a munkaerő-piaci feltételek változására, mint régebben. Középtávon ezek a kihívások vita tárgyává teszik a biztosítási és szociális ellátások egymáshoz viszonyított szerepét. Ki kell-e terjednie például a biztosítási ellátásnak a nem sztenderd formában foglalkoztatottakra, vagy inkább az alsó szintű segélyeket kell megerősíteni?

96. Még sürgetőbb arra választ találni, hogy amikor gyenge a munkaerő-kereslet, és amikor a létező üres állás-helyekért intenzív verseny folyik, lehet-e továbbra is a középpontban tartani az aktiválást és a reintegrálást (OECD, 2009b). Ahol alsó szintű ellátások biztosítják a minimumjövedelem-támogatásokat, ott a szociális segélyezettek lényegesen kisebb foglalkoztatási perspektívákat látnak maguk előtt a pangó munkaerőpiacon, mint a frissebb munkatapasztalattal rendelkező munkanélküli-segélyben részesítettek. A legtöbb országban a minimumjövedelem-támogatásban részesülők heterogén csoportot alkotnak, köztük olyanokkal, akiknek munkaviszonyai gyakran megszakítottak és más, a biztosítási ellátásra nem jogosult munkanélküliekkel. Az ellátásokban részesülők számának növekedése valószínűleg próbára teszi a jóléti igazgatás és az állami foglalkoztatási szolgálatok képességét; kérdés, hogy vajon tudnak-e jó minőségű aktiváló programokat és munkakeresési támogatást nyújtani mindenkinek. Az aktiválás és a támogató eszközök célzásával szemben megnyilvánuló kihívás arra is ki fog terjedni, miként lehet a leginkább foglalkoztathatók ellátásban töltött idejét csökkenteni, és egyidejűleg megakadályozni a kevésbé foglalkoztathatók segélyfüggőségének állandósulását.

²⁷ Bár az OECD-országok trendjei messze nem azonosak, de az EU-15-ökben az időszakos foglalkoztatás 20%-kal növekedett az elmúlt évtizedben (a 2007-es 14%-ra). Lengyelországban és Portugáliában az időszakos munkák foglalkoztatáson belüli aránya elérte a 20%-ot, Spanyolországban pedig minden harmadik munkaszerződés határozott idejű. Európán kívül Japánban nőtt különösen erőteljesen a nem sztenderd formákban foglalkoztatottak száma.

97. Legközvetlenebb prioritásként azonban azt kell megelőzni, hogy a támogatást keresők hatásos minimális biztonsági háló nélkül maradjanak akkor, amikor leginkább szükségük van rá. A szegénység kiterjedésének és mélységének növekedése elleni teendők különösen azokban az országokban jelentenek súlyos és már rövid távon jelentkező kihívást, amelyek még nem rendelkeznek széles körű minimumjövedelem-ellátásokkal. A jelenlegi szociális segélyezésbe egyre több ügyfél fog egyre gyorsabban bekerülni, ahogy a munkanélküliség időtartama hosszabbodik. A szegénység visszaszorításának és az aktiválásnak a céljait csak akkor fogják tudni teljesíteni, ha pénzügyi és operatív szolgáltatókapacitásait megerősítik annak érdekében, hogy el tudják látni az új igénylőket és a növekvő számú támogatásban részesülőt.

- Acs, G. and P. Lopprest (2004): *Leaving Welfare*. Upjohn Institute, Kalamazoo, MI, USA.
- Adema W., D. Gray, and S. Kahl (2003): Social Assistance in Germany. *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, No. 58, OECD, Paris.
- Bargain, O., H. Immervoll, and H. Viitamäki (2009): No Claim, No Pain; Measuring the Non-Take-up of Social Assistance using Register Data. Unpublished manuscript.
- Besharov, D. (2006): *Two Cheers for Welfare Reform*. American Enterprise Institute, Washington D.C.
- Blank, R. M. (2003): U.S. Welfare Reform: What's relevant for Europe? *CESifo Economic Studies*, 49 (1): 49–74.
- Blank, R. M. (2007): Improving the Safety Net for Single Mothers who Face Serious Barriers to Work. *The Future of Children*, 17 (2): 183–197.
- Bloom, D. and C. Michalopoulos (2001): *How Welfare and Work Policies Affect Employment and Income: A synthesis of Research*. Manpower Demonstration Research Corporation, New York.
- Bolvig, I., P. Jensen, and M. Rosholm (2001): *Effekter af aktiveringsindsatsen i Århus Kommune*. University of Aarhus, Aarhus.
- Bolvig, I., P. Jensen and M. Rosholm (2003): The Employment Effects of Active Social Policy. *IZA Discussion Paper* No. 736. Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Boon, J. and J. C. van Ours (2009): Why Is There a Spike in the Job Finding Rate at Benefit Exhaustion? *IZA Discussion Paper* No. 4523. Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Borland, J. and Y.P. Tseng (2007): Does a Minimum Job Search Requirement reduce Time on Unemployment Payments? Evidence from the Job Seeker Diary in Australia. *Industrial and Labour Relations Review*, 60 (3): 357–378.
- Cancian, M., R. Haveman, D. R. Meyer, and B. Wolfe (2003): *The Employment, Earnings, and Income of Single Mothers in Wisconsin Who Left Cash Assistance: Comparisons among Three Cohorts*. Institute for Research on Poverty, Special Report No. 85, Madison, WI.
- Cappellari, L. and S.P. Jenkins (2008): The Dynamics of Social Assistance Receipt: Measurement and Modelling Issues with an Application to Britain. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 67, OECD, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Carcillo, S. and D. Grubb (2006): From Inactivity to Work: The Role of Active Labour Market Policies. *OECD Social, Employment and Migration Working Papers*, No. 36, OECD, Paris. www.oecd.org/els/workingpapers
- Card, D. E., R. Chetty, and A. Weber (2007): The Spike at Benefit Exhaustion: Leaving the Unemployment System or Starting a New Job? *American Economic Review*, 97 (2): 113–118.
- Card, D., C. Michalopoulos, and P. Robins (2001): The Limits to Wage Growth: Measuring the Growth Rate of Wages for Recent Welfare Leavers. *NBER Working Paper* No. 8444, National Bureau of Economic Research, Cambridge, MA.

- Card, D.E. and P.B. Levine (2000): Extended Benefits and the Duration of UI Spells: Evidence from the New Jersey Extended Benet Program. *Journal of Public Economics*, 78 (1): 107–138.
- Dahl, E. and T. Lorentzen (2005): What Works for Whom? An Analysis of Active Labour Market Programmes in Norway. *International Journal of Social Welfare*, 14 (2): 86–98.
- Dyke, A., C. J. Heinrich, P. R. Mueser, and K. R. Troske (2005): The Effects of Welfare-to-Work Program Activities on Labor Market Outcomes. *IZA Discussion Paper No. 1520*, Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Eardley, T, J. Bradshaw, J. Ditch, I. Gough, and P. Whiteford (1996): *Social Assistance in OECD Countries: Synthesis Report*. OECD, Paris and Department of Social Security, Her Majesty's Stationary Office, London.
- Grubb, D., S. Singh, and P. Tergeist (2009): Activation Policies in Ireland. *OECD Social Employment and Migration Working Paper No. 75*, OECD, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Heckman, J. J., R. J. LaLonde, and J. A. Smith (1999): The Economics and Econometrics of Active Labor Market Programs. In O. Ashenfelter and D. Card (eds.): *Handbook of Labor Economics*. Elsevier, Amsterdam.
- Hernanz, V., F. Malherbet, and M. Pellizzari (2004): Take-up of Welfare Benefits in OECD Countries: A Review of the Evidence. *OECD Social Employment and Migration Working Paper No. 17*, OECD, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Hohmeyer, K. and J. Wolff (2007): A Fistful of Euros: does one-euro-job participation lead means-tested benefit recipients into regular jobs and out of unemployment benefit II receipt? *IAB Discussion Paper No. 3207*, Institute for Employment Research, Nuremberg.
- Hotz, V. J., G. Imbens, and J. Klerman (2006): Evaluating the Differential Effects of Alternative Welfare-to-Work Training Components: A reanalysis of the California GAIN program. *Journal of Labor Economics*, 24, 521–566.
- Immervoll, H. and M. Pearson (2009): A Good time for Making Work Pay? Taking stock of in-work benefits and related measures across the OECD. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper No. 81* and IZA Policy Paper No. 3. www.iza.org/en/webcontent/publications/policypapers
- Immervoll, H., H. J. Kleven, C. T. Kreiner, and E. Saez (2007): Welfare Reform in European Countries: A Micro-simulation Analysis. *Economic Journal*, 117 (517): 1–44.
- Kalužná, D. (2008a): Main Features of the Public Employment Service in the Slovak Republic. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper*, No. 72, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Kalužná, D. (2008b): Main Features of the Public Employment Service in the Czech Republic. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper*, No. 74, Paris. www.oecd.org/els/workingpapers
- Kalužná, D. (2009): Main Features of the Public Employment Service in Poland. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper*, No. 80, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Katz, L. F. and B. D. Meyer (1990): The Impact of the Potential Duration of Unemployment Benefits on the Duration of Unemployment. *Journal of Public Economics*, 41, 45–72.
- Kluve, J. (2006): The Effectiveness of European Active Labor Market Policy. *IZA Discussion Paper No. 2018*, Institute for the Study of Labor, Bonn.
- Lalive, R., J. C. van Ours, and J. Zweimüller (2006): How Changes in Financial Incentives Affect the Duration of Unemployment. *Review of Economic Studies*, 73, 1009–1038.

- Martin, J.P. and D. Grubb (2001): What Works and for Whom: A Review of OECD Countries' Experiences with Active Labour Market Policies. *IFAU Working Paper* No. 2001:14, Office of Labour Market Policy Evaluation (IFAU).
- Midgley, J. (2008): Welfare Reform in the United States: Implications for British Social Policy (with Commentaries by Kitty Stewart, David Piachaud, and Howard Glennerster). *LSE STICERD Research Paper* No. CASE131, London.
- Ochel, W. (2004): Welfare-to-Work Experiences with Specific Work-first programmes in selected Countries. *CESifo Working Paper* No. 1153, CESifo, Munich.
- OECD (1998a): *The Battle against Exclusion, Social Assistance in Australia, Finland, Sweden and the United Kingdom*. Vol. 1. OECD, Paris.
- OECD (1998b): *The Battle against Exclusion, Social Assistance in Belgium, the Czech Republic, the Netherlands and Norway*. Vol. 2. OECD, Paris.
- OECD (1999): *The Battle against Exclusion, Social Assistance in Canada and Switzerland*. Vol. 3. OECD, Paris.
- OECD (2003a): Benefits and Employment, Friend or Foe? Interactions Between Passive and Active Social Programmes. *Employment Outlook*, OECD, Paris.
- OECD (2003b): *Managing Decentralisation. A New Role for Labour Market Policy*. OECD, Paris.
- OECD (2005): *Employment Outlook*, OECD, Paris.
- OECD (2007a): Special Feature: The Tax Treatment of Minimum Wages. In *Taxing Wages*. OECD, Paris, 22–34.
- OECD (2007b): Can Parents Afford To Work? Childcare Costs, Tax-Benefit Policies and Work Incentives. In *Benefits and Wages. OECD Indicators*. OECD, Paris, 119–166.
- OECD (2008): *Growing Unequal? Income Distribution and Poverty in OECD Countries*. Paris.
- OECD (2009a): Incomes and Poverty of Older People. In *Pensions at a Glance. Retirement-income Systems in OECD Countries*. Paris, 55–84
- OECD (2009b): The Jobs Crisis: What are the Implications for Employment and Social Policy? In: *OECD Employment Outlook: Tackling the Jobs Crisis*. Paris, 17-116.
- OECD (2009c): *Maintaining the Activation Stance during the Crisis*. Background paper for the Meeting of the Employment, Labour and Social Affairs Committee at Ministerial Level, DELSA/ELSA/MIN(2009)4.
- Roed, K. and O. Raaum (2006): Do Labour Market Programmes speed up the Return to Work? *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, 68 (5): 541–568.
- Roed, K. and T. Zhang (2003): Does Unemployment Compensation Affect Unemployment Duration? *Economic Journal*, 113 (January): 190–206.
- STAKES (2008): Social Assistance 2007. *Statistical Summary*, 37/2008.
- Tergeist, P. and D. Grubb (2006): Activation Strategies and the Performance of Employment Services in Germany, the Netherlands and the United Kingdom. *OECD Social, Employment and Migration Working Paper*, No. 42, Paris, www.oecd.org/els/workingpapers
- Van den Berg, G., B. van der Klaauw, and J. van Ours (2004): Punitive Sanctions and the Transition Rate from Welfare to Work. *Journal of Labor Economics*, 22 (1): 211–241.

JIM MANSELL, MARTIN KNAPP, JULIE BEADLE-BROWN ÉS JENI BEECHAM

„INTÉZMÉNYTELENÍTÉS” ÉS ÉLET A KÖZÖSSÉGBEN
– EREDMÉNYEK ÉS KÖLTSÉGEK: EGY EURÓPAI KUTATÁS JELENTÉSE*

2. kötet, Canterbury, Tizard Centre, University of Kent**

2007

* Mansell J., Knapp M., Beadle-Brown J. and Beecham J. (2007): Deinstitutionalisation and community living – outcomes and costs: report of a European Study. Volume 2: Main Report. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.

** A kutatási jelentés 1. kötete vezetői összefoglaló, 3. kötete pedig az itt bemutatott összehasonlító elemzést megalapozó országtanulmányokat tartalmazza – *a szerk.*

TARTALOM

1. Bevezetés	77
A háttér	77
Az európai cél	78
Miért ez a helyes irány	79
A projekt hozzájárulása	80
A projekt célja	81
A kutatási jelentés szerkezete	82
2. A módszer	83
A projekt feladatköre	83
1. szakasz	83
2. szakasz	85
3. szakasz	88
3. Szolgáltatások fogyatékos embereknek	89
A rendelkezésre álló adatok	89
Az adatok teljessége	90
A bentlakásos szolgáltatások típusai	101
A bentlakásos ellátásban részesülő fogyatékos emberek száma	107
A létesítmények nagysága	107
A bentlakók életkora	109
A bentlakók nemek szerinti megoszlása	110
A bentlakók fogyatékosága	112
A személyzet	113
4. Szolgáltatásfejlesztés Angliában, Németországban és Olaszországban	117
Bevezetés	117
A szolgáltatásfejlesztés szakaszai és folyamata	117
Németország	117
Olaszország	119
Anglia	121

A szolgáltatásfejlesztés szereplői	123
Nemzeti, regionális és helyi kormányzatok	123
A nem kormányzati szervezetek	124
A fogatékos emberek és családjaik	126
A személyzet és szervezeteik	126
5. A közösségekre alapozott és az intézményes bentlakásos szolgáltatások gazdasági összefüggései	128
Bevezetés	128
Rendszerstruktúrák	129
A szolgáltatásnyújtás mintái	129
Finanszírozási megoldások	133
Támogatási csatornák	134
Akadályok és segítségek	135
Politikák és tervek	137
A nemzetközi összefüggések	138
A politikai keretek	139
Bezárási és fejlesztési tervek	141
Preferenciák	142
Tanulás és adaptálás	143
Költségek, szükségletek és eredmények	143
A jólét előállítás	143
A költségek, szükségletek és eredmények kulcskérdései	146
A bizonyítékok	149
Kínálati korlátok	162
Helyi gazdaságfejlesztés	165
A tőke használdozati költségei	166
Támogatási csatornák	167
Sokrétű támogatási források	173
6. A változás dinamikája	178
Kérdések a dinamikákat illetően	178
A mentális egészségügy tapasztalatai Angliában és Walesben	180
7. Következtetések és ajánlások	182
A létező források és információk áttekintése	182
Ajánlások	182
A változási folyamat három országban	183

A közösségi gondozás költséghatékonyasága a bentlakásos intézményes ellátással összevetve, és az idő múlásával változóan	184
Rendszerstruktúrák	184
Politikák és tervek	185
Költségek, szükségletek és eredmények	185
Kínálati korlátok	187
Helyi gazdaságfejlesztés	188
A tőke használdozati költségei	188
Támogatási csatornák	188
Sokrétű támogatási források	189
A változás dinamikája	189
Ajánlások	189
Erősíteni a közösségben az új lehetőségek vízióját	190
Fenntartani a jelenlegi intézményi helyzettel való közelégedetlenséget	192
Alkalmakat teremteni annak gyakorlati bemutatására, hogy miként javítható a helyzet	192
A folyamatban részt vevő különböző szereplők ösztönzésével csökkenteni a változással szembeni ellenállást	193

Függelékek	194
1. függelék	194
A konzorcium összeállítása	194
2. függelék	195
A kutatáshoz szükséges adatok rendelkezésre állásának és megszerzésének bemutatása	195

Hivatkozások	208
--------------------	-----

Abrák

1. ábra: A „jólét előállításának” kerete	144
2. ábra: Költségek és fogyatékoság kórházban és közösségben	147
3. ábra: A Friern Kórház bezárása: a kiköltözők évenkénti kohorszainak közösségi szolgáltatási költsége (£)	148
4. ábra: A súlyos értelmi fogyatékos gyermekeknek nyújtott szolgáltatások költségeinek megoszlása	174
5. ábra: Skizofréniás személyeknek nyújtott szolgáltatások költségeinek megoszlása	174
6. ábra: Költségek és fogyatékoság a gondozás egyensúlyának változása során	179
7. ábra: A jó minőségű közösségi szolgáltatásokra való áttérés hatásai a költségekre és a minőségre	187

Táblázatok

1. táblázat: Az adatok teljessége a férőhelyek és a különböző típusú szolgáltatások nagysága szerint	90
2. táblázat: A szolgáltatásban részesülők fogyatékoságával, korával és nemével kapcsolatos adatok teljessége ...	94
3. táblázat: A személyzet létszámáról és képzettségéről szóló adatok teljessége	100
4. táblázat: Az intézményi ellátás nyújtása és finanszírozása azokban a szolgáltatástípusokban, amelyekre vonatkozóan részletes adatokkal rendelkezünk	103
5. táblázat: A bentlakásos intézmények nagysága a hivatalos klasszifikációk alapján	108
6. táblázat: A bentlakók életkora a hivatalos források szerinti csoportosításban	109
7. táblázat: A bentlakók nemek szerinti megoszlása a hivatalos források alapján	111
8. táblázat: A bentlakásos intézményekben élők fogyatékosági típusok szerint, a hivatalos források besorolása alapján	112
9. táblázat: Az alkalmazott személyzet létszáma és típusa	114
10. táblázat: A férőhelyek, a bentlakásos ellátás és az intézményesítés becsült arányai	115
11. táblázat: Szolgáltatások igénybevétele és költségei két londoni kórház elhagyását követően az 1980-as és 1990-es években	130
12. táblázat: Nemzetközi emberi jogok és önálló életvitel	139
13. táblázat: Andrew – a pszichiátriai kórházból a független életvitelbe	152
14. táblázat: Bryan – a pszichiátriai kórházból magas támogatású közösségi otthonba	153
15. táblázat: Korábbi kórházi bentlakók elhelyezése 12 éves időtáv alatt ($n = 103$)	159
16. táblázat: A heti szolgáltatások összköltsége elhelyezési típusok szerint, £ (2002–2003-as árakon, $n = 273$)	160

1. BEVEZETÉS

A projekt célja az volt, hogy 28 európai országból összegyűjtse a bentlakásos intézményekben élő fogyatékos emberekről az elérhető információkat, és felkutassa az intézményeket helyi közösségi ellátásokkal felváltó sikeres stratégiákat. Mindeközben fokozott figyelmet szentelt az átmenet gazdasági kérdéseinek is. Ebben a témában ez a valaha készített legszélesebb körű kutatás.

A háttér

Európában a 19. századtól kezdődően a mindennapi életvitelhez segítséget igénylő fogyatékos emberek elhelyezésére és szükségleteinek kielégítésére a bentlakásos intézmények jelentették a megoldást. Ezeknek az intézményeknek az alapítását gyakran humánus ideálok és a szenvedés enyhítésének céljai ösztönözték, de az intézményes gondoskodás fokozatosan az elkülönítés és az ellenőrzés eszközévé vált, amelyben elfogadott lett az alacsony színvonal. A második világháborút követően néhány ország elmozdult a nagy bentlakásos intézményektől. Ezekben az országokban a kormányok programokat kezdtek kidolgozni, hogy az intézményes ellátásról áttérjenek a helyi közösségekben való támogatásra és gondozásra. Az egyes országokban az elképzelést különböző tényezők sarkallták. Országonként eltérően keveredve három tényező játszott fontos szerepet: a normalizálás igényének terjedése és változó ideológiája, az intézményekbeni botrányok napvilágra kerülése és lobbiszervezetek születése. Három mozgalom különösen nagy befolyást gyakorolt ebben a folyamatban:

- Az *Önálló Élet Mozgalom* fizikai károsodással élők között indult, és az volt a célja, hogy személyes támogatással és környezeti átalakításokkal képessé váljanak – mindenki máshoz hasonlóan – a helyi közösségekben élni.
- Az *Antipszichiátria Mozgalom* a mentális egészségügyi szolgáltatásokban kezdődött. Ennek középpontjában az állt, hogy a szolgáltatások felhasználóit és a túlélőket képessé tegye arra, hogy a társadalomban éljenek. A mentális egészségügy medikális modellje helyett szociális modell alkalmazására törekedett.
- Az *intézménytelenítés és a közösségi élet* különösen az értelmi fogyatékos emberek számára volt nagy jelentőségű, és befolyást gyakorolt a mentális egészségügy szolgáltatásaira is. Középpontjában a nagy intézetek rendezett leépítése és helyükbe a személyes szolgáltatások és a helyi közösségekben való elhelyezés fejlesztése állt.

Az 1960-as évektől az intézménytelenítés mozgalma jelentősen megerősödött. Bár kezdetben csak az enyhén fogyatékos emberekre szorítkozott, de az utóbbi években kiterjedt a legösszetettebb fogyatékos emberekre is.

Az európai cél

A jó gyakorlatok tapasztalatainak terjedésével a különböző tradíciók közeledtek egymáshoz. A fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokat egyre kevésbé gondolják pusztán egy adott épület vagy program kialakításának, és egyre inkább úgy tekintik, mint támogatások és erőforrások rugalmas választékát, amelyet hozzá lehet igazítani minden egyes fogyatékos ember igényeihez oly módon, hogy segítségükkel és védelmükkel képesek legyenek a maguk elképzelései szerint élni az életüket. Ennek a megközelítésnek a legutóbbi megfogalmazásait a következők jellemzik:

A lakóépületek és a támogató szolgáltatások elkülönítése

Az emberek támogatásának és segítő szolgáltatásainak megszervezését nem az határozza meg, hogy milyen típusú épületben laknak, hanem sokkal inkább az egyéni szükségletek és az, hogy hol és hogyan akarnak élni. A helyi közösségben lakva például a támogatás magas szintjét lehet biztosítani. Ebben a megközelítésben egyénként kezelnek mindenkit, elegendő segítséget nyújtanak szükségleteik kielégítéséhez és jó minőségű életükhöz, nem pedig a már meglévő szolgáltatásokba próbálják beilleszteni őket.

Mindenki mással azonos lehetőségek

Annak meghatározása helyett például, hogy minden fogyatékos embernek csoportos lakóotthonokban kell élnie, a politikának olyan kereteket kell teremtenie, hogy a mindenki számára elérhető lehetőségek közül a fogyatékos emberek is kiválaszthassák, hol akarnak élni, és választásukhoz megkapják a szükséges segítséget. Ez az elv szorosan kötődik az egyetemes tervezés elvéhez, melynek szellemében a nagyközönséget kiszolgáló létesítményeket úgy kell tervezni, hogy a fogyatékos emberek helyzetét, az általuk való használatot ne nehezítsék.

A választás és kontroll lehetősége a fogyatékos emberek és képviselőik számára

A segítséget azon az alapon szervezik, hogy a fogyatékos ember minél nagyobb befolyást tudjon gyakorolni arra, hogy a kapott szolgáltatást miként szervezik és biztosítják, és hogy az illeszkedjen a saját törekvéseihez és preferenciáihoz. Azokban az esetekben, amikor egyesek nem képesek befolyással lenni saját életükre minden téren, ott az őket gondozók számára vannak olyan eszközök, amelyek védik az érdekeiket, és segítenek meghozni azokat a döntéseket, amelyekkel az egyének életminősége javítható.

A támogatásnak ezt a megközelítését időnként „támogatott életvitelnek” szokták nevezni, ami maga után vonja a segítő szolgáltatások elválasztását a lakhatás biztosításától. Az emberek saját tulajdonukban vagy bérleményben laknak, ott részesülnek támogatásban, vagy szolgáltatásokkal könnyítik meg, hogy lakókörnyezetükben jussanak foglalkoztatáshoz, oktatáshoz, és folytassanak szabadidős vagy más tevékenységeket. Amikor a rendszeresen látogatott személynek a segítségről egy, a helyi közösségben elérhető szakmai csapat gondoskodik, amely meghatározott feladatokban nyújt neki támogatást, vagy meghatározott tevékenységekhez segíti őt hozzá, akkor ezt „önálló életvitelnek” nevezik. Amikor az érintettek részt vesznek a nekik nyújtandó támogatás megtervezésében, lakóhelyük és segítők megválasztásában, s így abban is, hogy az őket támogató erőforrásokat hogyan osszák be, akkor

„önirányított támogatásról” beszélünk. Ez a „közösségi szolgáltatások” kifejezés helyett választott terminológia világossá teszi, hogy a szolgáltatások célja az emberek segítése abban, hogy teljes jogú polgárként éljék életüket, nem pedig az, hogy sztenderdizált modellekbe és struktúrákba legyenek beillesztve.

Miért ez a helyes irány

A fogyatékos emberek támogatása abban, hogy egyenlő polgárként éljenek közösségükben, emberjogi kérdés. Az intézményekben való elkülönítésük önmagában is az emberi jogok megsértése. Sőt, a kutatások azt mutatják, hogy az intézményi ellátás gyakran olyan elfogadhatatlanul alacsony színvonalú, hogy az a nemzetközileg elfogadott emberjogi normák súlyos megsértését jelenti. Az Európai Parlament 1996-os határozata a fogyatékos emberek jogairól (Resolution on the Rights of Disabled People) felszólította az Európai Bizottságot és a tagállamokat, hogy támogassák a fogyatékos emberek társadalmi befogadását, valamint kiállt diszkriminációjuk és az ellenük irányuló erőszak ellen. Javasolta, hogy a fogyatékos emberek jogait polgárjogi kérdésként kezeljék, hogy az intézményesítést el kell kerülni, és egyetlen fogyatékos ember se legyen akarata ellenére intézménybe kényszerítve. Az Európai Unió Alapjogi Chartája (2000) tiltja a fogyatékoság alapján való megkülönböztetést és kimondja a fogyatékos emberek jogainak kötelező tiszteletét, ami alapján az őket érintő intézkedéseknek önállóságukat, integrációjukat és a közösségben való részvételüket kell szolgálniuk. Az Egyesült Nemzetek Konvenciója a Fogyatékos Emberek Jogairól (amit az Európai Unió és a tagállamok aláírtak, de még nem ratifikáltak¹) tartalmazza az önálló élethez és a közösségben való részvételhez való jogot (19. cikk).

A kutatási tapasztalatok és az intézményi gondoskodás alternatíváinak értékelései alátámasztják ezt a változást. Ahol az intézményeket a helyi közösségekre alapozott szolgáltatásokkal váltották fel, ott az eredmények általában kedvezőek voltak. Igen nagyszámú kutatás mutat mind a szolgáltatásban részesülőket, mind családjaik és az őket segítő szakemberek számára jobb eredményeket [hiv. 2–6²]. A tapasztalatok ugyanakkor azt jelzik, hogy a közösségi szolgáltatásokra való áttérés önmagában nem garantálja a jobb eredményeket: az új szolgáltatásokba nem szándékoltnak, de átkerülhetnek és újratermelődhetnek az intézményi gondoskodás gyakorlatai [1, 2]. A jobb eredményeknek a közösségi szolgáltatásfejlesztés *szüksége*, de nem *elégsége* feltétele [3].

A jó közösségi szolgáltatások bizonyos alapelvekre épülnek:

- *Személyközpontúak*. Azaz az egyének szükségleteire, kívánságaira, törekvéseire szabottak; támogatják azt, ami leginkább segíti az egyéneket céljaik elérésében, és az időben változó igényekhez alakítják a szolgáltatások összetételét és színvonalát.

¹ Magyarország a 2007. évi XCII. törvénnyel ratifikálta az Egyezményt és a hozzá kapcsolódó Jegyzőkönyvet – *a szerk.*

² A szerző az irodalmi hivatkozásokat nem a ma szokásos módon adja meg, hanem sorszámozott rendszerben, szögletes zárójel közé zárva. A kötet végi hivatkozásjegyzékből a tételek a számok alapján azonosíthatók.

- *Támogatják a családi és közösségi életet.* Erőforrásaik növelésével többlet-erőfeszítéseket tesznek annak érdekében, hogy a fogyatékos emberek, családjaik és barátaik képesek legyenek a közösségekben és azok részeként élni, ahelyett hogy forrásokat vonnának el és csoportosítanak máshova.
- *A fogyatékoság szociális modelljére* építenek. Elismerik, hogy a károsodás tapasztalatát társadalmi struktúrák és folyamatok közvetítik, s a beavatkozásoknak ezeket kell megcélozniuk.
- *Kiterjednek az egyének életének minden vonatkozására.* Minden olyan segítséget megadnak, ami a károsodás és a fogyatékoság hatását leküzdheti, és jó minőségű életet eredményezhet. Nem színleli azt, hogy a fogyatékos emberek többletsegítség nélkül is megélnék.
- Biztosítják azt, hogy *az általuk támogatott egyéneknek nyújtott mindennapi segítő szolgáltatásokban ezek az elvek érvényesüljenek.*

A projekt hozzájárulása

Az Európai Bizottság 2003-ban támogatta az európai nem kormányzati szervezetek konzorciuma által végrehajtott „Included in Society” projektet, ami azt mutatta, hogy az intézményi gondoskodásban élő fogyatékos emberek számáról nagyon kevés adat áll rendelkezésre. Egyúttal beszámolt arról is, hogy a létező nagy intézmények az 1970-es években tapasztaltakhoz nagyon hasonló gondoskodást nyújtanak, ami pedig sokkal gyengébb, mint amit a helyi közösségek szolgáltatásai már fel tudtak mutatni. Ez arra készítette a Bizottságot, hogy prioritásként jelölje meg annak gyakorlati megfontolását, miként lehet segíteni a tagállamokat a közösségi szolgáltatásokra való áttérésben és az ezzel járó költségek kigazdálkodásában. Európa-szerte közös kihívás a fogyatékos emberek közösségi szolgáltatásainak megszervezése oly módon, hogy sikeresen biztosítsák önállóságukat, integrációjukat és részvételüket a közösségben. S ezzel együtt az is, hogy az intézményekre alapozott rendszerből a helyi közösségekben szervezett új modellre térjenek át.

Ezt az itt bemutatott projektet a 2003-ban elfogadott diszkrimináció elleni Közösségi Akcióprogram támogatta. A program első témájának középpontjában a diszkrimináció jellegének és következményeinek tanulmányozását szolgáló erőfeszítések támogatása áll. A projektet ezért aszerint alakítottuk ki, hogy megerősítse az Európai Uniót a változások előrelátásában és menedzselésében, s egyúttal katalizálja a fogyatékoságon alapuló diszkrimináció megszüntetésére irányuló politikákat.

A projektet egy széles körű európai partnerségen alapuló konzorcium hajtotta végre egy referenciacsoporttal és a létező tudományos hálózatokkal együttműködve.

A projekt célja

A projekt általános célja az volt, hogy tudományos tényekkel szolgáljon a szakpolitikai fejlesztés számára, és ösztönözze a pénzügyi erőforrások olyan újraelosztását a nagy intézményektől a közösségi szolgáltatások és az önálló életvitel rendszere felé, ami a leginkább segíti a fogyatékos emberek szükségleteinek kielégítését.

Részleteiben a következő célokat tűzte ki a projekt:

1. A nagy intézményekben elhelyezett fogyatékos emberekről, fogyatékosági típusaikról, életkor és nem szerinti összetételükről, a részükre nyújtott szolgáltatások jellegéről és az ezeket nyújtó személyzet szakmai képzettségéről, létszámáról 28 európai országban rendelkezésre álló statisztikai és egyéb számszerű adatok összegyűjtése, elemzése és értelmezése. (Intézménynek azokat a legalább 30 főt ellátó tartós bentlakást nyújtó ellátásokat tekintjük, ahol a lakók legalább 80 százaléka fogyatékossgal él.)
2. A nagy intézmények rendszeréből a közösségi szolgáltatások és az önálló életvitel rendszerére való áttérés optimális gazdasági, pénzügyi és szervezeti megoldásainak elemzése három országról (Angliáról, Németországról és Olaszországról) készített esettanulmány felhasználásával. Ebben a kutatási szakaszban elkészült
 - a nemzeti, regionális és helyi önkormányzati hatóságok, a fogyatékos emberek, családjaik és képviselőik, valamint a szakmai személyzet szervezetei és a nem kormányzati szervezetek (NGO-k) szerepeinek részletes leírása;
 - az intézményi és a közösségi szolgáltatások összehasonlító költségelemzése, valamint a létező intézmények kiváltását szolgáló alternatívákra való áttérés átmeneti költségeinek elemzése;
 - a közintézményekre és más szervezetekre háruló kiadások, valamint az egyének (a fogyatékos emberek és családjaik) költségeinek tisztázása, tekintettel a férfiak és nők közötti különbségekre is.
3. Az 1. és 2. pontban vizsgált kérdésekről jelentés az érdekeltek és a közpolitikák alakítói számára, s egyúttal összefoglaló jelentés a nagyközönségnek, amelyek a fogyatékos emberek helyzetéről a szabályok szerint a Bizottságnak készített második jelentésnek is részei voltak. A projekt eredményei mellett a jelentés kitérően foglalkozik
 - az egyes országokban elérhető adatok teljesség, konzisztencia és összehasonlíthatóság szempontjából való megítélésével;
 - az intézményi gondoskodásból a közösségi szolgáltatásokba való költséghatékony átmenet ajánlásaival és a fogyatékos emberek különböző csoportjai számára – illetve ahol releváns a különböző tagállamok számára – kidolgozható stratégiák beazonosításával.

A projekt ezért legalább annyira foglalkozik a teendőkkel és a kihívásokkal, mint a meglevő tények és tapasztalatok számbavételével. A korábbi kutatások azt mutatták, hogy az országok számára a felelősségük gyakorlásához szükséges adatok töredezetten és nem teljes körűek. E projekt funkciója ezért részben azoknak a teendőknek a feltérképezése, amelyek révén az országok képessé válnak a fogyatékos emberek egyenlő jogainak biztosítására.

A kutatási jelentés szerkezete

A jelentés 2. fejezete a kutatás különböző elemeiben használt módszereket írja le röviden. Az eredményeket a későbbiekben négy fejezetben (3–6. fejezetek) mutatjuk be. A 3. fejezet az első kutatási szakasz eredményeit szemlélteti: a nemzetközi és európai adatforrásokat tekinti át, beazonosítja és összeveti a létező nemzeti adatforrásokat, elemzi és tisztázza az adatok megfelelő voltát és teljességét. A jelentés harmadik kötetében állnak rendelkezésre országonként a részletes információk.

Az eredmények második csoportja a három esettanulmányban bemutatott ország szolgáltatásfejlesztésének szakaszait és folyamatát tekinti át (4. fejezet), és a folyamat különböző résztvevőinek szerepeit írja le. Itt azokat a főbb kérdéseket tekintjük át, amelyek a szolgáltatásfejlesztés folyamatára alapozva gazdálkodási következtetésekhez vezetnek.

A jelentés 5. fejezete a közösségi és intézményes szolgáltatások költségeit hasonlítja össze. A rendelkezésre álló európai tapasztalatok áttekintésével és a sikeres átmenetekhez szükséges teendők beazonosításával azokat a korlátokat és rásegítő tényezőket tekintjük át, amelyeket a döntéshozóknak figyelembe kell venniük az intézmények közösségi szolgáltatásokkal való felváltása során.

A jelentés a 6., utolsó fejezetében a szolgáltatásfejlesztési folyamat változási dinamikájának tapasztalataival foglalkozik. Számba veszi az átmeneti költségek (pl. „kettős működés”) tételeit, és bemutatja, hogyan változnak idővel a kiadások. Ahogy a gondoskodás belső egyensúlya átalakul, úgy változnak különböző összetételben a relatív költségek, hiszen a költöző egyének nem feltétlenül képviselik az átlagot azokban a közösségekben, amelyekből és amelyekbe mozognak. A változás közvetlen következményei így egyszerre járhatnak hozadékkal és teherrel.

A jelentés záró, 7. fejezete tartalmazza a projekt egészéből adódó következtetéseket és ajánlásokat.

2. A MÓDSZER

A projekt feladatköre

A bentlakásos ellátásokat igénybe vevők gondozásának minőségével kapcsolatos aggályok elsősorban a nagy létszámú (családi, illetve közösségi életkörülményeknél lényegesen nagyobb méretű), fogyatékos emberek csoportos elhelyezésére szolgáló és őket a társadalomtól, helyi közösségektől elszigetelő intézményekre összpontosultak. Az intézményekben nyújtott szolgáltatásokról szóló tanulmányok az elszemélytelenedésre, a szociális távolságokra, az uniformizált bánásmódra, valamint a rugalmatlan napi időbeosztásra mutattak rá. A tanulmány számára az Európai Bizottság a bentlakásos intézményt olyan létesítményként határozta meg, amelyben több mint harmincan élnek, akiknek legalább nyolcvan százaléka értelmi vagy fizikai fogyatékos.

Az intézményből a közösségi gondoskodás modelljére való áttérés fő kérdése az intézmények *bezárta előtt* a megfelelő mennyiségű közösségi szolgáltatások biztosítása. Ezért a harminc főnél többet ellátó létesítményekről történő adatgyűjtéssel egy időben ismereteket kellett szerezni a különböző országokban a bentlakásos intézmények által a fogyatékos embereknek nyújtott minden szolgáltatásról. Ez teszi lehetővé az intézményi és közösségi gondoskodás jelenlegi mérlegének megvonását.

A tanulmány minden korcsoportra kiterjedt, de ezen felül, ahol lehetett, a gyermekeknek, a felnőtteknek és az időskorúaknak szóló szolgáltatásokról külön is kértünk adatokat, hogy a különböző demográfiai jellemzőkkel bíró országok közötti összehasonlítás érdemi legyen. A tanulmány hasonlóképpen kiterjedt a fogyatékoság minden típusára, köztük a mentális problémákra is.

1. szakasz

1. feladat: Az európai és nemzetközi adatbázisok áttekintése és az adatok összevetéséhez szükséges formátum kidolgozása

A kutatás számára fontos anyaggyűjtés érdekében áttekintettük a létező adatforrásokat. Ezek tartalmazták az Eurostat, a WHO, az OECD, az ILO hivatalos jelentéseit, különböző nem kormányzati szervezeteknek a témába vágó jelentéseit (pl. az „Inclusion Europe” és a „Mental Health Economics European Network” országjelentéseit), valamint a témával foglalkozó különböző tanulmányokat [4, 5]. Ezt a munkát a Kenti Egyetem és a London School of Economics által felügyelt projektmunkatárs végezte el. A munka eredménye a különböző országok adatainak összevetésére képes formátum kidolgozása lett. Sok szakértővel folytatott konzultációk alapján ezt a formátumot Jim Mansell professzor és dr. Julie Beadle-Brown fejlesztette ki.

2. feladat: A létező nemzeti adatbázisok beazonosítása és összevetése

A létező adatforrásokban való jártasság biztosítása érdekében az egyes kutatási partnerek kisebb országcsoportokkal végzett munkáért voltak felelősök. Minden egyes ország esetében kapcsolat létesült a megfelelő kormányzati szervvel a lehetséges adatforrások beazonosítására, a Bizottság és létező szakmai hálózatok („Mental Health Economics European Network” és „International Association for the Scientific Study of Intellectual Disability” gyakorlati és politikai összehasonlító kutatócsoportja) tanácsai és támogatása révén. A nemzeti adatgyűjtésben a partnerek közötti felelősség a következőképpen oszlott meg:

Partnerek	A felelősségükbe tartozó országok
Kenti Egyetem, Egyesült Királyság	Egyesült Királyság, Dánia, Finnország, Írország, Málta és Svédország
Siegeni Egyetem, Németország	Ausztria, Észtország, Lettország, Litvánia, Németország, Szlovákia és Szlovénia
PSCIOST, Jerez, Spanyolország	Ciprus, Görögország, Olaszország, Spanyolország, Portugália és Törökország
Károly Egyetem, Cseh Köztársaság	Cseh Köztársaság, Bulgária, Lengyelország, Magyarország és Románia
Leuveni Katolikus Egyetem/EASPD, Belgium	Belgium, Franciaország, Hollandia és Luxemburg

A hatékony projektmenedzsment érdekében ugyan a nemzeti adatgyűjtés felelősségének megoszlását világossá kellett tenni, a projekt egyik erőssége mégis abban állt, hogy a konzorciumi tagok korábbi munkáik alapján egymást átfedő kapcsolatokkal és hálózatokkal rendelkeztek. Így kapcsolataik és információforrásaik megtöbbszörözödtek.

3. feladat: A különböző adatbázisokban használt definíciók tisztázása

A statisztikák egységes felhasználása érdekében a definíciókat minden országban a lehető legjobban pontosítani kellett. A kutatók (e-mailben, telefonon vagy személyesen) minden ország adatszolgáltatóit arra kérték, hogy tisztázzák a következőket:

1. az „International Classification of Functioning, Disability and Health” nevezetű funkcionális klasszifikáció alapján az intézményi szolgáltatásokat igénybe vevő csoportok definícióját annak érdekében, hogy a felhasználói csoportok definíciói koherens rendszert alkossanak;
2. a bentlakásos létesítmény típusainak definícióját. Az *a priori* meghatározások előnyben részesítése helyett az adatszolgáltatókat arra bátorítottuk, hogy saját kifejezéseikkel írják le a bentlakásos szolgáltatások különböző típusait;
3. a megkövetelt végzettségi szint, specializáció és szakmai hovatartozás alapján a személyzet képzettségi típusainak definíciót.

4. feladat: Az adatok egybevetése

Az egyes országok létező forrásaiból kinyert adatokat a partnerek által alkalmazott kutatók vetették össze. A gyűjtött adatok (ahol lehetséges) tartalmazták az intézményekben élők számát, az intézményekben ellátott korcsoportokat és főbb fogyatékosságokat, a személyzet létszámát és képzettségi szintjét, a szolgáltató rendszer szervezetét és struktúráját általában, a gondozási kiadások finanszírozási mechanizmusait. Erre az adatösszevetésre az a formátum szolgált, amelyet minden partner megkapott, hogy a létező forrásokból az adatok kinyerését és a koordináló partnerhez konzisztens formában való visszajuttatását biztosítsa.

5. feladat: Az adatok teljességének és minőségének ellenőrzése

Az egyes országokból származó adatok belső konzisztenciáját megvizsgálták, hogy az adatszolgáltatókkal a felmerülő kérdéseket és a lehetséges problémákat át tudják tekinteni. Minden egyes ország adatszolgáltatóját (köztük a hivatalos forrásokat, de a konzorcium hálózatain és a referenciacsoporton keresztül létesített kapcsolatokat is) arra kértük, hogy mondják el véleményüket a használt adatforrások pontosságáról, megbízhatóságáról és érvényességéről. Ahol lehetséges volt, az adatokat összevetettük más kutatási és epidemiológiai adatfelvételekkel. Bár az intézményes gondoskodás országonként változó arányú [6, 7], a további munkák lehetséges irányainak meghatározására országonkénti összehasonlításokra is sor került.

2. szakasz

A kutatásnak ezt a szakaszát a London School of Economics-on és a Kenti Egyetemen Martin Knapp és Jim Mansell professzorok, valamint dr. Julie Beadle-Brown szakmai útmutatásával Robert Hayward kutatási munkatárs és az érintett tanszékek munkatársai végezték.

1. feladat: A szolgáltatásfejlesztés szakaszai és folyamata

Három országot – Angliát, Németországot és Olaszországot – választottunk ki az esettanulmányok készítésére. Anglia és Olaszország jelentős fejlődést ért el a fogyatékos emberek intézményi gondoskodásának helyi közösségi szolgáltatásokkal és önálló életvitellel való felváltásában. Ezekről az érett rendszerekről számos kutatás folyt, és tapasztalataik már széles körben ismertek [8, 9]. Mindkét országban kiterjedt tapasztalatok alapján lehet dolgozni, és az általuk dokumentált sikerekről és kudarokról is lényeges következtetéseket lehet levonni. Bár a jóléti rendszerek különböző típusaihoz tartoznak [10], az Egyesült Királyság a liberális, Olaszország a konzervatív típusba, mindkét országnak adókból finanszírozott egészségügyi és szociális ellátórendszere van. Németországot azért választottuk, mert az intézménytelenítés útján csak nemrég indult el, de elért már bizonyos sikereket. Fontos szempont volt az is, hogy Németország egészségügyi és szociális finanszírozási mechanizmusai és szolgáltatásfejlesztési múltja eltér az előző két országtól. A három esettanulmány a sikeres intézménytelenítés és a közösségi élet elérésének különböző megközelítéseit is illusztrálja. A német helyzet vizsgálata két szövetségi állam (Észak-Rajna-Weszfália mint nyugati és Brandenburg mint keleti szövetségi állam) adatainak mélyreható elemzésén alapul; az olasz helyzet bemutatása

Campania, Emilia-Romagna és Veneto tartományok tapasztalataira épül. A létező anyagok áttekintése alapján minden ország szolgáltatásfejlesztési szakaszairól és folyamatáról leírás készült.

2. feladat: A folyamat szereplőinek beazonosítása

A folyamatban résztvevők szerepeit különös figyelemmel vizsgáltuk a kutatás e szakaszában. A következő kérdéseket tekintettük fontosnak:

1. A nemzeti, a regionális, és a helyi szintű kormányzatok viszonya a folyamatban, különösen az irányítás, az együttműködés és a pénzügyi folyamatok menedzselése során. Ez azt jelentette, hogy az egészségügyi és szociális szolgáltató rendszer irányítási struktúrájával kapcsolatos információgyűjtésnek fel kellett térképeznie a három országban a jóléti rendszer vegyes gazdaságát (az ellátástípusokat és támogatási csatornákat).
2. Az irányítási szintek szerepeinek változását a folyamat különböző szakaszaiban (pl. a belső differenciálás ellenében való fellépés során a központi felelősség helyi szintre helyezését az Egyesült Királyságban és Svédországban).
3. A fogyatékos emberek, családjaik és képviselőik szerepét az intézményiből a közösségi alapú szolgáltatásokba való átmenet előmozdításában, irányításában és támogatásában.
4. A szakmai személyzet és szervezeteik szerepe a politikai és gyakorlati változásokra adott válaszokban, beleértve új foglalkozási csoportok, képzések és képzettségek kifejlesztését.

A szerepek azonosítása és értelmezése szempontjából összpontosítani kellett azokra a gazdasági korlátokra és lehetőségekre, amelyek az intézményi dominanciájú rendszerből a közösségekre alapozott rendszerek felé történő elmozdulással növeli a fogyatékos emberek saját életükre és viszonyaikra gyakorolt befolyását.

3. feladat: A közösségi és az intézményi költségek összehasonlítása

A különböző modellek kiadásai közötti összehasonlítás olyan módszertani megközelítést igényel, amely minden erőforrást elkülönít, költségeiket számításba veszi, továbbá a szolgáltatás felhasználóinak jellemzői, a gondoskodás minősége és – ahol lehet – az elért eredmények függvényében értelmezi ezeket [12, 13]. Az így kialakított módszertan alapján a különböző költségelemeket, az összkiadásokon belüli részesedésüket, a felhasználók és a létesítmények jellemzőivel való összefüggéseiket széles körű kutatások írják le. Az elkészült tanulmányokat mind feldolgoztuk annak érdekében, hogy a költségek összevetéséről koherens elemzés szülessen. Fontos volt számba venni nemcsak az intézménytelenítés költségkihatásait, hanem a közösségi gondoskodás költséghatékonyságát is, különösen ott, ahol az intézményi gondoskodás gyenge minőségű és olcsó. Ezért ahol lehetséges (pl. befejezett kutatásokból, kormányzati vagy más jelentésekből) adatgyűjtéseket végeztünk a fogyatékos emberekről való intézményi és közösségi gondoskodás költséghatékonyságának összehasonlításáról, ami nemcsak az intézményi és a közösségi opciók erőforrásigényeire, hanem minőségére és a felhasználók (és ahol lehet, családjaik és a tágabb társadalom) számára biztosított előnyeire is kiterjedtek.

A (főként elektronikus, de néha hagyományos kereséssel nyert) irodalom szisztematikus feldolgozása először Angliára nézve gyűjtötte össze a gazdasági adatokat, az összes releváns felhasználó csoportra nézve, majd ez a

munkafolyamat Németországra és Olaszországra is kiterjedt. E két utóbbi országról jóval kevesebb ismeret áll rendelkezésre. A keresési stratégia szándékosan tág körű volt, hiszen várhatóan a kulcsszavak vagy absztraktok alapján csak kevéssé jól nyerhetők ki az ismeretek. Emellett minden országban a terület számos szakértőjével konzultációkra került sor az adatok kinyerhetőségét és az elektronikus irodalomban való esetleges hiányait illetően.

E munkafolyamatban a szolgáltatások három szempontból való összehasonlítása során – a „hasonlót a hasonlóval” összevetésének követelményét szem előtt tartva – a következőket vettük figyelembe:

1. a bentlakók fogyatékoságának színvonalát, és ebből adódóan szükségleteiket és az igénybe vett szolgáltatásokat, hogy e tényezők alapján a költségkülönbségeket korrigálva lehessen mérlegelni;
2. az elért szolgáltatási választékot és minőséget, hogy a költségekre gyakorolt hatásukat is lássuk;
3. A közintézmények és mások, nevezetesen a fogyatékos emberek családjai által viselt költségek mérlegét, hogy a kiadási különbségek ne csak az informális gondozóknál növekvő vagy csökkenő kiadásokat tükrözzék.

4. feladat: Az átmenet költségeinek (pl. „kettős működtetés”) tisztázása

A kórházak vagy nagy intézmények bezárása esetenként fel tud szabadítani forrásokat, amelyek a közösségi vagy más szolgáltatásokat tudják támogatni, de a létesítmények bezárásának levezénylése időt és rövid távon többleterőforrásokat igényel. Az új közösségi létesítmények beindítása, a bennük dolgozó személyzet képzése olyan kezdeti beruházásokat igényelnek, amelyek ideiglenesen költségnövelők, miközben a régi szolgáltatás teljes lezárásáig eltelő néhány évig az új és a régi szolgáltatások párhuzamos működtetéséből adódóan a működési költségek megkettőződése is előfordulhat. Rövid távon az ilyen típusú átmeneti költségek többlettámogatásokat igényelnek, amelyeket aztán későbbi megtakarítások ellensúlyozhatnak. Bevezetésüket az életminőségben és más tekintetben megjelenő minőségi javulás indokolhatja. Az, hogy mennyire jelentősek ezek az átmeneti költségek, és hogy mennyire kifizetődőek, szintén vizsgálat tárgya volt.

5. feladat: A költséggazdálkodás politikai és gazdasági stratégiáinak elemzése

Az esettanulmányokban megvizsgált három ország az intézményiből a közösségi gondoskodásba való átmenet során felmerült szélesebb gazdasági és költségproblémák kezelésére különböző stratégiákat alkalmazott. A különbségek a következőkben nyilvánultak meg:

1. a szolgáltatás színvonalának javítása érdekében az intézményi gondoskodásra fordított kiadások növelése;
2. új szolgáltatási modellek fejlesztését ösztönző mechanizmusok, mint például az intézményekből közösségi szolgáltatásokba kiköltözők után fizetett egyszeri, egyösszegű juttatás, úgynevezett „hozomány”, társadalombiztosítási és más ellátásokhoz való hozzájutás és a jóléti csapda elkerülésére szolgáló stratégiák;
3. a közösségi szolgáltatások kifejlesztéséig az intézmények és a teljes kapacitásáig éretté nem váló közösségi rendszerek átmeneti vagy áthidaló finanszírozása;
4. a fogyatékos emberek szükségletei alapján az erőforrások szorosabb célzásának kísérletei;
5. a közös tervezést és kisserződést is magában foglaló komplex rendszerek működtetése az egyébként erőfeszítéseiket össze nem hangoló, különböző ellátók és finanszírozók együttműködésével a felhasználók és a közösségek érdekében;

6. személyközpontú szolgáltatások (személyközpontú tervezés, közvetlen kifizetés³, személyre szóló költségvetés stb.), hogy a közösségi támogatási rendszeren belül megnövelje a felhasználók saját helyzetükre és viszonyaikra gyakorolt befolyását.

3. szakasz

Az interim jelentést, a záró jelentést és az összefoglalót a Kenti Egyetem és a London School of Economics készítette. Az eredmények értelmezését és a következtetéseket a szakmai véleményeket összpontosító referenciacsoport, a jelentéstervezetet a résztvevőkkel, valamint az Európai Bizottsággal lefolytatott viták erősítették meg.

³ Az eredeti szövegben „direct payment”: olyan pénzbeli ellátás, amelyből az ellátásra jogosult személy közvetlenül vásárolhat magának az önálló életvitelét segítő szolgáltatást, például személyi segítő. Bentlakásos ellátás nem vásárolható belőle – *a szerk.*

3. SZOLGÁLTATÁSOK FOGYATÉKOS EMBEREKNEK

A rendelkezésre álló adatok

Az európai és nemzetközi statisztikák azt mutatták, hogy Európában nincs átfogó információ a bentlakásos intézményekben élők számáról és jellemzőiről. Az Eurostat szolgáltat adatokat a pszichiátriai kórházak ágyszámairól, de arról nem, hogy a bentlakók az egyes országokban tartós mentális problémával élőkhez tartoznak-e. A más fogyatékkal élő embereknek nyújtott szolgáltatásokról az Eurostat nem közöl adatokat. Az Egyesült Nemzetek statisztikái a fogyatékos emberek számáról szolgáltatnak adatokat, de a nekik nyújtott bentlakásos szolgáltatásokról nem. Az Egészségügyi Világszervezet (WHO) mentális egészségügyi atlaszt adott ki, és folyamatban vannak az értelmi fogyatékoság atlaszának munkálatai. Jelen projekt ezekből az atlaszokból csak elnagyolt információkat tudott kinyerni, így a projekt eredményei a WHO számára is fontos adatforrást jelenthetnek.

A bentlakásos intézményekről néhány európai NGO országjelentéseiben találtunk hasznos információkat, főként az „Inclusion Europe” értelmi fogyatékoságról szóló anyagaiban. Az „Included in Society” projekt szintén közzétett információkat a bentlakásos intézményekben lakókról, de ezek az intézmények által adott jelentéseken alapultak, és nem valószínű, hogy kellően átfogóak.

Országonként különbségek voltak tapasztalhatók aszerint, hogy [1] milyen kulcs-adatközlőt jelöltek meg, aki a szükséges adatokhoz való hozzáférésben kész volt segíteni, (2) létezett-e már nemzeti szinten hozzáférhető adat, és (3) voltak-e információk a használt definíciókról, valamint az adatok minőségéről és teljességéről.

Az Európai Unió Fogyatékosággal Foglalkozó Magas Szintű Munkacsoportjának tagjai tudtak a projekt indulásáról, és 2007 februárjában megkapták az előrehaladási jelentést is. A projektben részt vevő 28 országból 26-ban segítségükkel meg is találtuk a kulcs-adatközlőket (2. függelék). Cipruson és Görögországban és az ismételt erőfeszítések ellenére sem sikerült a projekt számára segítőt találni. Az igen korlátozott ciprusi adatok publikációkból származnak.

Bár korlátozott lefedettséggel, de a 28-ból 23 országban rendelkezésre álltak nemzeti adatok, ellenben Ausztria, Ciprus, Görögország és Málta esetében nem. Ausztriában csak tartományi szintű információk voltak elérhetők, országos összeállítások nem. Németországban ugyan bizonyos országos adatok léteztek, de nem e tanulmány számára könnyen összevethető formában – a férőhelyek aktuális számáról és a fogyatékoságról, illetve életkoráról csak egy szolgáltatástípust, az idősellátást illetően jutottunk adatokhoz, és országos adatok csak a pénzübeli támogatásban részesülők számáról voltak elérhetők, de arról nem, hogy a pénzeket hogyan használták fel.

A definíciók tisztázása és az adatok teljesszűrése és pontossága csak abban az öt országban volt elérhető, amelyben a kutatók közvetlen kapcsolatokkal és szakértelemmel rendelkeztek; emellett a kutatók 13 országban készítettek interjúkat hivatalnokokkal.

Átfogó országos adatokhoz általában igen nehéz volt hozzájutni. A különböző kormányzati szervek rendszerint más és más felhasználói csoportért, más és más típusú szolgáltatásért felelősek. Általában nem egyetlen, meghatározott kapcsolat révén lehetett a szükséges adatok áttekintését elérni. Számos országban nemzeti szinten nincsenek összesített adatok, még akkor sem, ha tartományi vagy helyi szinteken rendelkezésre álltak is az információk. Ez azt jelentette, hogy egyes országokban (mint Ausztriában vagy Németországban) alig voltak nemzeti szintű információk az intézménytelenítésről és a fogyatékos emberek közösségi életviteléről. Ahol pedig rendelkezésre álltak ilyen adatok, ott általában a sztenderdizált definícióknak és osztályozásoknak kevés nyoma volt. Így az országokon belüli vagy az országok közötti eltérő forrásokból származó információk teljes körű összehasonlíthatóságában csak kevésbé lehetett bízni.

Az adatok teljessége

Az 1. táblázat országonként mutatja a férőhelyek számát és a létesítmények nagyságát illetően elérhető adatok körét. Jelzi, hogy az adatok elérhetősége igen egyenetlen az országok között. (A kutatás 3. kötetében található országjelentések részletesen bemutatják az adatok jellegét és elérhetőségét.)

1. táblázat: Az adatok teljessége a férőhelyek és a különböző típusú szolgáltatások nagysága szerint

Ország	Év*	Férőhely	Nagyság
Ausztria		Országos szinten nincsenek adatok, tartományi szinten részleges információkat találhatunk.	
Belgium	2005	A brüsszeli adatok kivételével az adatbázis majdnem teljes. A felsorolt szolgáltatási típusok közül egyről nincsenek elérhető adatok. Nagyságukról van adat, bár nem minden bentlakásos intézménytípusra (úgy tűnik, a pszichiátriai kórházak hiányoznak az adatbázisból). A hivatalos statisztikák pontosságát és teljességét helyben ellenőriztük.	
Bulgária	04/05	A 13-ból 11 felsorolt szolgáltatástípusra majdnem teljes adatbázis áll rendelkezésre. A pszichiátriai osztályokról, pszichiátriai kórházakról és a szociális szakkollégiumokról nem találhatók adatok.	A 14 138 bejegyzett helynél csak 300 nagyságáról nem tudunk adatot.
Ciprus		Nincsenek országos adatok, és nincs kapcsolattartó, hogy az informális források adatait ellenőrizni tudjuk.	
Cseh Köztársaság	04/05	A férőhelyekre vonatkozó adatok minden felsorolt szolgáltatástípusnál megtalálhatóak.	A bentlakásos intézmények nagyságára vonatkozóan csak a pszichiátriai szakintézményeknél találhatunk adatokat.

folytatódik

Ország	Év*	Férőhely	Nagyság
Dánia	2005	A férőhelyek száma ismert mind a 15 felsorolt szolgáltatástípusra. Úgy tűnik, a pszichiátriai intézmények nem szerepelnek a listában.	Az intézmények méretéről nincs adat.
Egyesült Királyság	02/05	14 szolgáltatástípus lett beazonosítva, melyből 13-ra voltak elérhető adatok a férőhelyekre vonatkozóan. Egyes gyermekeknek szóló szolgáltatásokra azonban az adatok között érzelmi és viselkedészavaros gyerekeknek fenntartott helyeket is találtunk. Hat szolgáltatástípus nem fogyatékos időseknek szólt – csak azok a férőhelyadatok kerültek be az elemzésbe, amelyek fogyatékos embereknek vannak fenntartva.	A méretet tekintve négy szolgáltatástípusra vonatkozóan majdnem teljes az angliai adatbázis, de Skóciára és Észak-Írországra vonatkozóan nincsenek ilyen elemzések.
Észtország	2005	A férőhelyek számát illetően a felsorolt 6-ból 5 szolgáltatástípusra vonatkozóan vannak adatok. A pszichiátriai intézmények nem kerültek a listára.	A méretre vonatkozó adatok majdnem teljesek négy szolgáltatástípusra, nagyon részlegesek a kórházak osztályaira vagy egységre vonatkozóan.
Finnország	02/05	12-ből 5 szolgáltatástípusra van adatunk a férőhelyekről.	Nincs adat a bentlakásos szolgáltatások nagyságáról.
Franciaország	2005	A gyerekek számára fenntartott férőhelyekről van adat, de nincs lebontva szolgáltatástípusok szerint, a felnőttek férőhelyeit illetően 7-ből 4 szolgáltatástípusra vonatkozóan van adat. Nincs adat a pszichiátriai kórházakat és a kisebb közösségalapú szolgáltatásokat illetően.	A szolgáltatások méretét illetően nincsenek rendelkezésre álló adatok.
Görögország	Nincsenek rendelkezésre álló adatok – nem találtunk hivatalos kapcsolattartót.		
Hollandia	2005	A férőhelyeket illetően a 11 beazonosított szolgáltatástípusból 10-re vannak adatok (kivételek a értelmi fogyatékos emberek szolgáltatástípusa).	Nagyságukat tekintve 6 beazonosított szolgáltatástípusra vannak adatok, és csak azokra, amelyek kisebb méretű szolgáltatások. A „nagyobb méretűekre” nincsenek adatok.

folytatódik

Ország	Év*	Férőhely	Nagyság
Írország	03/06	Nem a férőhelyekre, hanem az emberek számára vonatkozó nyilvántartásokból nyertük ki az adatokat. 23 szolgáltatástípusról és az ezekben a szolgáltatásokban ellátott emberek számáról vannak adatok. Mindemellett valószínű, hogy hiányoznak adatok, mivel 9400-nál kevesebb férőhely lett beazonosítva. Ez a hiány valószínűleg a mentális egészségközpontokra vonatkozik.	A szolgáltatások méretéről nincsenek adatok.
Lengyelország	2005	Férőhelyre vonatkozó adatok 6 szolgáltatástípusra vannak.	Méret szerinti felbontás nem áll rendelkezésre.
Lettország	04/06	Férőhelyek tekintetében a 15 beazonosított szolgáltatástípus között 13-ról vannak adatok.	A méretek tekintetében nem kaptunk adatokat.
Litvánia	2005	A férőhelyekre vonatkozó adatok mind a 8 beazonosított szolgáltatástípusra megtalálhatók (ebből egy időseknek, de különböző típusú fogyatékkal élő idős emberek számára fenntartott szolgáltatástípus).	A méretre vonatkozó adatok majdnem teljesek 6 szolgáltatástípusra vonatkozóan, a rehabilitáció és a pszichiátriai kórházak mérete hiányzik.
Luxemburg	2006	Mind a 11 beazonosított szolgáltatástípusra vonatkozó adatok teljesek.	
Magyarország	01/04	A férőhelyekről a 6 beazonosított szolgáltatástípusból háromra vonatkozóan találtunk adatokat.	A méretre vonatkozóan nagyon részlegesek az adatok, szolgáltatástípusra való lebontás nélkül.
Málta	06/07	Nincsenek országos adatok, de az intézményektől és a kapcsolattartóktól közvetlenül kaptunk adatokat. Úgy tűnik, az adatok nem teljesek, és forrástól függően változnak. A beazonosított szolgáltatásokból három az idősebb embereknek szólt, ezért azok nem képezik az elemzés részét.	Méretüket tekintve a fogyatékos embereknek nyújtott négy beazonosított szolgáltatásból kettőre vonatkozóan vannak adatok.
Németország	03/07	Csak egy szolgáltatástípussal (nyugdíjasotthon, ahol a bekerülő idős emberek nem fogyatékosok) kapcsolatban vannak adatok. A más szolgáltatástípusokra vonatkozó hivatalos adatokat túl pontatlannak és hiányosnak ítéltük meg ahhoz, hogy szerepeljenek a sablonban.	

folytatódik

Ország	Év*	Férőhely	Nagyság
Olaszország	03/05	A férőhelyek számát tekintve mind a 19 beazonosított szolgáltatásra vonatkozó adatok elérhetőek. Ezek közül négy időskorúaknak nyújtott szolgáltatás, de a bentlakókat mint különböző típusú fogyatékos embereket tartják nyilván, és nem tisztázott, hogy ezek a fogyatékoságok a korral járnak, vagy már előtte is fennálltak.	15 szolgáltatástípus nagyságára vonatkozó adatok teljesek, egy szolgáltatástípus adatai majdnem teljesek.
Portugália	06/07	15-ből 13 szolgáltatástípus férőhelyadatai érhetőek el.	Teljes adatbázis 13-ból 12 szolgáltatásra.
Románia	2006	Nincs adat a gyerekek szolgáltatásairól. A felnőtteknek szóló 8 szolgáltatás adatai érhetőek el.	5 szolgáltatástípus méretéről vannak majdnem teljes adatok, illetve részleges adatok másik két típus méretéről.
Spanyolország	06/07	Férőhelyek szempontjából 16 beazonosított szolgáltatástípusból 15-ről van adat, de ezekből az egyik egy geriátriai kórház, ahol nem volt világos, hogy nem a korhoz köthető, hanem már előtte meglévő fogyatékoságú embereknek van-e fenntartva.	Ezekből 6 szolgáltatástípus méretéről vannak adatok – leginkább a kisebb típusúakról.
Svédország	05/06	3 szolgáltatástípusnál vannak adatok a férőhelyekről.	Nincs elérhető méret szerinti felbontás.
Szlovákia	2005	A beazonosított 13 szolgáltatástípusból 10-ről található a férőhelyre vonatkozó adatok, de kettő ezekből idős embereknek szóló szolgáltatás – nehéz megerősíteni, mivel nincs a fogyatékos emberekre vonatkozó felbontás ezekre a szolgáltatásokra.	Méretükre vonatkozóan hat szolgáltatástípusra találhatunk majdnem teljes adatot (nem tartoznak ide az idős embereknek szóló szolgáltatások).
Szlovénia	99/00	7 szolgáltatástípus lett beazonosítva, de csak kettőről vannak adatok a férőhelyekről.	Nincs méret szerinti felbontás, arra a két szolgáltatástípusra sem, amelyekről volt némi adat.
Törökország	2007	A 8 beazonosított szolgáltatástípusból 7 férőhelyeiről vannak adatok.	6 szolgáltatástípus méretre vonatkozó adatai majdnem teljesek.

* Ahol több mint egy év van megadva, pl. 03/07, ott több mint egy év alapján lettek összeállítva az adatok, a példa esetében 2003–2007 között. A második szám a legfrissebb adatforrás idejét jelzi.

A 2. táblázat a bentlakók főbb fogyatékosági típusairól, koráról és neméről országos szinten elérhető adatok teljeskörűségéről ad áttekintést. E téren is töredezettek és hiányosak az ismeretek. Az észtországi adatok például egyes szolgáltatástípusok esetében korcsoportokra (gyermekekre, felnőttekre, időskorúakra) megosztottak, másokra nem. Ha-sonlóképpen, a cseh adatok a felsorolt szolgáltatástípusok közül csak néhány esetében vannak fogyatékoságtípusokra lebontva. Néhány országban adatok inkább érhetők el személyekről, mint férőhelyekről. Írországban például léteznek értelmi, fizikai és érzékszervi fogyatékoságregiszterek, amelyek a személyek jellemzőit és az általuk igénybe vett szol-gáltatás megnevezését tartalmazzák, de a szolgáltatások méreteiről semmilyen további információval nem szolgálnak. A mentális problémákat illetően nincs is ilyen regiszter, így az ilyen típusú adatokat Írországot és néhány más országot ille-tően is több forrásból kellett összegyűjteni. Amint a táblázatból is látható, a mentális egészségügyi szolgáltatások adatai különösen hiányosak, vagy teljes mértékben hiányoznak.

2. táblázat: A szolgáltatásban részesülők fogyatékoságával, korával és nemével kapcsolatos adatok teljessége

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Ausztria	Országos szinten nincsenek adatok, tartományi szinten részlegesek.		
Belgium	A 9-ből 3 szolgáltatástípusra teljesek az adatok – ezek az értelmi fogyatékos emberekre vonatkoznak. Csak 1477 mentális betegségre és 550 fizikai vagy érzékszervi fogyatékoságra fenntartott hely lett beazonosítva. Nincs semmilyen információ a fogyatékoság szerinti felbontásról két szolgáltatástípusra.	4 szolgáltatástípusra teljesek az adatok, ebből három értelmi fogyatékos 18 év feletti felnőtteknek, egy gyermekeknek nyújt szolgáltatást. Részleges adatokat találtunk a másik három szolgáltatást tekintve.	Nemek tekintetében majdnem teljes az adatbázis, kivéve Brüsszelt, ahonnan semmilyen adat nem áll rendelkezésre.
Bulgária	A 14-ből 9 szolgáltatástípusra teljes a fogyatékoság szerinti lebontás, főként a értelmi fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokra vonatkozóan. 869 férőhely (egy szolgáltatástípus) van fenntartva az időskorú, betegségben vagy demenciában szenvedők számára.	Az adatok teljesek 8 szolgáltatástípust tekintve, és egy másik szolgáltatásról részleges adatok állnak rendelkezésre – a felnőttekre vonatkozó adatok fiatalabb és idősebb felnőtt csoportokra többnyire nincsenek lebontva.	Nemek szerint minden adat ismert, kivéve 465 férőhelyet.
Ciprus	Nincsenek elérhető hivatalos adatok, kapcsolattartók nem lettek beazonosítva.		

folytatódik

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Cseh Köztársaság	A 14 szolgáltatástípusból csak háromra teljesek az adatok. A pszichiátriai intézmények adatai nagyon korlátozottak.	A pszichiátriai intézmények kor szerinti csoportbontása teljes, és majdnem teljes az idősök otthonában lakóké is – a többi szolgáltatástípusra vonatkozóan nincs kor szerinti lebontás.	Nemi lebontás csak két szolgáltatástípusra található.
Dánia	Nincs fogyatékoság szerinti lebontás.	Teljes korcsoportok szerinti lebontás mind a 15 felsorolt szolgáltatástípusra.	Nincs adat a bentlakók nemi megoszlásáról.
Egyesült Királyság	A fogyatékoság szerinti csoportosítás 14-ből négy szolgáltatástípusra hiánytalan, egynél majdnem teljes, másik öt szolgáltatástípus adatai részlegesek – a legtöbb adat a másik három országéhez képest Angliából van. Vannak olyan férőhelyek, amelyek a bekerülés előtt még nem idős fogyatékos idős emberek számára vannak fenntartva, ezek a férőhelyek nem kerültek be az elemzésbe.	14-ből 13 szolgáltatástípusra legalább részleges adatok találhatóak, de a házi gondozás nyilvántartása korlátozott (fiatalabb vagy idősebb felnőttek esetében).	Csak két gyermekek számára fenntartott szolgáltatástípusra található nemek szerinti bontás, de fogyatékoság szerint csoportosítás nélkül.
Észtország	Két szolgáltatástípust tekintve majdnem teljes a fogyatékoság szerinti felbontás, és részleges adatok találhatóak másik két szolgáltatástípusra. A mentális betegek számára csak 940 férőhely lett beazonosítva.	Három szolgáltatástípusra teljes, másik kettőre részleges a korcsoport szerinti bontás.	Nemek tekintetében majdnem teljes körűek az adatok két szolgáltatástípusra, és korlátolt vagy teljesen hiányzó adatok a másik négy típusra.
Finnország	A fogyatékoság szerint 12-ből 6 szolgáltatásról teljes körűek az adatok. Nincsenek adatok a fizikai vagy érzékszervi fogyatékos emberekről és a értelmi fogyatékos emberek adatainak többségéről – a mentális problémákkal küzdők számára 5500 férőhely lett beazonosítva.	Csak három szolgáltatástípusra teljesek vagy majdnem teljesek a korcsoport szerinti lebontás adatai, ezek a értelmi fogyatékos emberekre vonatkoznak.	A nemek szerinti lebontás adatai három szolgáltatástípust tekintve megfelelőek, a többinél hiányoznak.

folytatódik

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Franciaország	A gyerekekre vonatkozó fogyatékoság szerinti lebontás nem a gyerekek számára fenntartott szolgáltatások szerint, hanem az összes szolgáltatástípusra vonatkozik. Ugyanakkor az adatok alapvetően teljesek. Négy másik szolgáltatástípus adatai majdnem hiánytalanok.	Inkább csak gyermek és felnőtt korcsoport szerinti lebontás van – kevés adatot találhatunk a fiatalabb és idősebb felnőttek szerinti korcsoportokról. Hiánytalan korcsoport szerinti adatok csak két szolgáltatásról vannak.	Nemi lebontás tekintetében négy (felnőttek számára fenntartott) szolgáltatástípusra megfelelőek az elérhető adatok. Gyerekek nemek szerinti lebontásáról nincs adat.
Görögország	Nincsenek elérhető hivatalos adatok, kapcsolattartók nem lettek beazonosítva.		
Hollandia	Nincs fogyatékoság szerinti csoportosítás.	11-ből három szolgáltatástípusra teljesek az adatok és másik háromra majdnem teljesek. Ahol az adatok elérhetők voltak, ott a fiatalabb és idősebb felnőttek közötti különbségtétel is lehetséges volt.	Két szolgáltatástípusra a nemi bontás adatai teljesek, a többi típusra nincsenek adatok.
Írország	A 23-ból 17 szolgáltatástípus adatai teljesek a fogyatékoság szerinti lebontás tekintetében. Majdnem teljes adatokat kaptunk egy szolgáltatástípusra. Ugyanakkor ezekből az adatokból a mentális problémákkal küzdők csoportjának férőhelyei nem azonosítottak.	13 szolgáltatás adatai teljesek. Majdnem teljes adatok – lehetővé téve a fiatalabb és idősebb felnőttek szerinti felosztást. Néhány adat a gyermekekről – 317 gyermek ellátásban.	8 szolgáltatás nemi lebontásáról vannak adatok.
Lengyelország	A 6 szolgáltatástípusból kettőre részleges adatokat találhatunk a fogyatékoság szerinti osztályozást tekintve. Nincsenek összegzett adatok a mentális problémákkal küzdők szolgáltatástípusaira, miközben közülük egy, úgy tűnik, kimondottan a krónikus mentális betegekkel foglalkozik.	Négy szolgáltatástípus adatai majdnem teljesek – két típusnál lehetséges a fiatalabb és az idősebb felnőttek megkülönböztetése is.	Négy szolgáltatástípus nemi lebontása majdnem teljes (csak 1% nincs kategorizálva).

folytatódik

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Lettország	15-ből 7 szolgáltatástípusra hiánytalan adatokat találhatunk a fogyatékosági csoportosításokat tekintve. Másik két szolgáltatástípus adatai majdnem teljesek. A legnagyobb fogyatékosági csoportok besorolása: vegyes/kettős, vagy más.	A korcsoportok tekintetében 15-ből 13 szolgáltatástípusra hiánytalanok az adatok.	Abból a 13 szolgáltatástípusból, amelyről vannak adatok, 9-nek az adatai hiánytalanok.
Litvánia	8-ból négyenél teljesek, egy másik szolgáltatástípusra majdnem teljesek a fogyatékoság szerinti lebontásból nyert adatok. Bár a legtöbb férőhely vegyes/kettős diagnózisként csoportosított – nincsenek adatok a értelmi fogyatékos emberekről, és csak 2814 mentális problémákkal küzdőről és 805 fizikai vagy érzékszervi fogyatékos emberről van adat.	Három szolgáltatástípusra teljes, másik háromnál majdnem teljes az adatbázis. Különbséget lehet tenni a fiatalabb és az idősebb felnőttek között.	Minden szolgáltatástípusra majdnem teljes adatokat kaptunk a nemi lebontásról – az 50 581 beazonosított bentlakó közül, csak 2043-nak nem tudjuk a nemét.
Luxemburg	Nincs fogyatékoság szerinti csoportosítás.	Mind a 11 szolgáltatástípus adatai teljesek.	Mind a 11 szolgáltatástípus adatai teljesek.
Magyarország	A felsorolt 6-ból 3 szolgáltatástípus adatai majdnem teljesek – főleg összetett diagnózisként osztályozva, azaz minden egyes szolgáltatástípus több fogyatékos embercsoportot gondoz.	Három szolgáltatásra majdnem teljes az adatbázis.	Nemi lebontásban két olyan szolgáltatástípusra kaptunk adatokat, amelyek együttvéve csak 459 férőhelyet biztosítanak az összes bejegyzett 24 400-ból.
Málta	A 6-ból 3 szolgáltatástípus lát el fogyatékos embereket (a másik három idős beteg embereket).	A korcsoport szerinti lebontás a három fogyatékos embercsoportot ellátó szolgáltatástípusból kettőre teljes.	A nemi lebontás egy fogyatékos embercsoportot ellátó szolgáltatástípusra található csak meg.

folytatódik

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Németország	Az elsősorban idősök számára fenntartott otthonokon kívül nincs más szolgáltatásokról adat.	Egy szolgáltatástípusra – az ápolási otthonokra – hiánytalanok az adatok, a legtöbb férőhely (650 ezer) idősebb felnőtteknek (60 év felett), kevesebb a fiatalabb felnőtteknek (31 ezer) és néhány a gyermekeknek (2410) van fenntartva.	Csak egy szolgáltatástípusról – a korábban nem fogyatékos, főleg idősök számára működő szanatóriumokról – vannak adatok. Más szolgáltatástípusok hivatalos adatait túl pontatlannak és hiányosnak ítéltük meg, hogy szerepeljenek a mintában.
Olaszország	2 szolgáltatástípus adatai hiánytalanok. Majdnem minden másik szolgáltatástípus adatai részlegesek, beleszámítva a vegyes/kettős diagnózisokat – a értelmi fogyatékos emberekről nincsenek részletes adatok. Több adat van a mentális problémákkal küzdőkről és a fizikai és érzékszervi fogyatékos emberekről.	2 szolgáltatástípus kivételével legalább részleges adatok vannak. Korcsoportok szerint nincsenek adatok.	8 szolgáltatásra vannak adatok a nemi megoszlásról.
Portugália	A 15-ből tíz 10 szolgáltatástípus adatai hiánytalanok. Nincs adat a fizikai vagy az érzékszervi fogyatékoságról – lehet, hogy a vegyes/kettős fogyatékosági kategóriába kerültek.	6 szolgáltatástípusra a korcsoportokra vonatkozó adatok hiánytalanok. Másik két szolgáltatástípusra részleges adatok vannak.	A nemi lebontás hiánytalan adatai csak három kisebb szolgáltatástípusra találhatók meg. Egy másik szolgáltatástípus adatai részlegesek.
Románia	Nincs gyermekekre vonatkozó adat. Két szolgáltatástípus fogyatékoság szerinti lebontása teljes, egy másik szolgáltatás adatai majdnem teljesek, és három másik szolgáltatás adatai részlegesek. Minden fogyatékosági csoportra vannak adatok.	Nincs adat a gyermekekről. 8-ból öt szolgáltatás adatai teljesek a felnőtt populációt illetően.	Nemi lebontásban nincs adat.

folytatódik

Ország	Fogyatékoság	Kor	Nem
Spanyolország	A fogyatékoság tekintetében 16-ból kilenc 9 szolgáltatástípusra az adatok hiánytalanok. Csak 2948 hely azonosítható a mentális problémákkal küzdők számára.	Korcsoport szerint csak az idős fogyatékos emberekről vannak adatok.	Nincs nem szerinti elemzés.
Svédország	Nincsenek fogyatékoság szerinti csoportosítások.	A beazonosított három szolgáltatásból kettő adatai hiánytalanok.	Nemek szerinti lebontás két szolgáltatástípusra hiánytalan, és a harmadik szolgáltatás adatai is elfogadhatók.
Szlovákia	A fogyatékoság szerinti lebontásnál 13-ból három szolgáltatástípusnak hiánytalanok az adatai. Másik két szolgáltatás adatai majdnem teljesek. Az értelmi fogyatékoságról és a mentális egészségügyi csoportosításról nincsenek részletes adatok. Leginkább a fizikai vagy érzékszervi fogyatékoságról és a vegyes/más kategóriákról van a legtöbb adat. Két szolgáltatás az idős embereket gondozza.	Öt szolgáltatástípus korcsoportra vonatkozó adatai hiánytalanok; másik három adatai majdnem teljesek, és még egy másik szolgáltatás adatai részlegesek.	A nemi lebontás szempontjából majdnem teljes adatokat találhatunk 8 szolgáltatásra és részleges adatokat egy másik szolgáltatásra.
Szlovénia	Korcsoport vagy fogyatékoság tekintetében elérhető részleges adatok lebontása nem történt meg.		
Törökország	A fogyatékoság szerinti csoportosítás a beazonosított 8-ból öt szolgáltatástípusra hiánytalan. Egy másik szolgáltatástípus adatai majdnem teljesek. Nincs adat a mentális egészségről.	Hat szolgáltatástípus adatai teljesek, és egy másik adatai részlegesek. Fiatalabb és idősebb felnőttek közötti felosztás nincs.	Hat szolgáltatástípus nemek szerinti bontásának adatai hiánytalanok.

A 3. táblázat a szolgáltatásokat nyújtó személyzet létszámáról és képzettségéről rendelkezésre álló adatok körét mutatja be. A létszámadatok viszonylag teljesek Belgiumot, Franciaországot, Hollandiát, Lettországot, Litvániát, Luxemburgot és Olaszországot tekintve, de a képzettségi adatok csak Belgium és Hollandia esetében összehasonlítható minőségűek.

3. táblázat: A személyzet létszámáról és képzettségéről szóló adatok teljessége

Ország	Személyzet létszáma	Személyzet képzettsége
Ausztria	Országos szinten nincs adat, tartományi szinten korlátozott mennyiségű információ.	
Belgium	A 9 felsoroltból 7 szolgáltatástípusra elérhetők a személyzet létszámának és a személyzettípusok felbontásának adatai.	A 9-ből három szolgáltatástípusra majdnem teljes a személyzet képzettségéről szóló adatbázis.
Bulgária	Nincs adat a személyzetről.	
Ciprus	Nincs elérhető hivatalos adat – hivatalos kapcsolattartó nem lett beazonosítva.	
Cseh Köztársaság	Nincs adat a személyzetről.	
Dánia	Csak egy szolgáltatástípusra van adat a személyzet létszámáról.	Nincs adat a képzettségről.
Egyesült Királyság	Csak a gyermekotthonok személyzetének létszáma és típusai ismertek – nincs adat a felnőttek szolgáltatásairól.	Nincs adat a képzettségről.
Észtország	A 6-ból négy szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól majdnem teljes adatok vannak.	Nincs adat a képzettségről.
Finnország	Nincs adat a személyzetről.	
Franciaország	A 13-ból tíz szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól hiánytalan az adatbázis.	Nincs adat a képzettségről.
Görögország	Nincs elérhető hivatalos adat – hivatalos kapcsolattartó nem lett beazonosítva.	
Hollandia	11-ből négy szolgáltatástípus személyzetének létszámáról van adat, de nincs a személyzet típusairól.	A 11-ből négy szolgáltatástípus személyzetének képzettségére mutató adatok majdnem teljesek.
Írország	Nincs adat a személyzetről.	
Lengyelország	Nincs adat a személyzetről.	
Lettország	A 15-ből kilenc szolgáltatástípus személyzetének létszámáról van adat. A személyzet típusainak adatai is majdnem teljesek.	Részleges adatok a képzettségről.
Litvánia	Mind a nyolc szolgáltatástípus személyzetének típusok szerinti létszáma majdnem teljes.	Nincs adat a képzettségről.
Luxemburg	A 11-ből 9 szolgáltatástípus személyzetének létszámáról van adat.	Részleges adatok a képzettségről.
Magyarország	A hatból két szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól vannak adatok.	Nincs adat a képzettségről.
Málta	Csak két szolgáltatástípus személyzetének létszámáról vannak nagyon korlátozott adatok.	

folytatódik

Ország	Személyzet létszáma	Személyzet képzettsége
Németország	Egy szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól van adat (leginkább idősebb embereknek szóló szolgáltatás).	Nincs adat a képzettségről.
Olaszország	A 19-ből 18 szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól hiánytalanok az adatok.	Nincs adat a képzettségről.
Portugália	A 15-ből három szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól teljes adatok vannak.	Nincs adat a képzettségről.
Románia	Nincs adat a személyzetről.	
Spanyolország	Csak egy szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól van adat.	Nincs adat a képzettségről.
Svédország	Nincs adat a személyzetről.	
Szlovákia	9 szolgáltatástípus személyzetének létszámáról teljes adatok, a típusokról majdnem teljes adatok vannak.	Részleges adatok a képzettségről.
Szlovénia	Nincs adat a személyzetről.	
Törökország	A 8-ból hat szolgáltatástípus személyzetének létszámáról és típusairól majdnem teljes adatok vannak.	Nincs adat a képzettségről.

Az adatok hiányosságai nagymértékben tükrözik a szolgáltatásnyújtás struktúráit és az információgyűjtéssel kapcsolatos különböző elvárásokat és eltérő gyakorlatokat. A regionalizáció azt is jelenti, hogy bizonyos adatokat országos szinten nem összesítenek, még akkor sem, ha azok alacsonyabb kormányzati szinteken léteznek is. A különböző kormánysszervek által támogatott és biztosított különböző szolgáltatások gyakorlata a statisztikai adatok jelentését illetően igen eltérő, ezért az adatok összesítése nehéz. Egyes országok gyűjtenek adatokat a bentlakásos szolgáltatásokban elérhető férőhelyekről, de az azokat ténylegesen elfoglaló személyekről nem. Más országokban rendelkezésre állnak a szolgáltatásokban résztvevők létszámai, de nincs adat az igénybe vett szolgáltatások jellegéről. Azt is figyelembe kell venni, hogy bár a szolgáltatások a megcélzott felhasználói csoport szerint csoportosítottak, de igen nagyok a különbségek a DSM- vagy ICF⁴-kritériumok gyakorlati alkalmazásának mértékét illetően. Ezért egyes csoportoknak nyújtott szolgáltatások más csoportokhoz tartozókra is kiterjedhetnek.

A bentlakásos szolgáltatások típusai

Minden országból sikerült leíró ismereteket gyűjteni a fogyatékos embereknek nyújtott bentlakásos szolgáltatások különböző típusairól. A főbb fogyatékosági csoportok a következők voltak: fizikai és érzékszervi fogyatékoság, mentális egészségi problémák és értelmi fogyatékoság. Kimaradtak viszont – amennyire tehettük – azok a szolgál-

⁴ DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; ICF = International Classification of Functioning, Disability and Health – a szerk.

tatások, amelyeket krónikus vagy akut betegeknek, érzelmi, magatartási vagy tanulási nehézségekkel küzdőknek, túlzott szerhasználóknak és fizikai, értelmi vagy mentális problémáktól mentes időskorúaknak nyújtanak. Néhány esetben azonban (pl. az Egyesült Királyságban) nehéz volt ez a különbségtétel – a magatartási és érzelmi rendellenességet mutató és a speciális nevelési igényű gyermekeket a bentlakásos ellátások statisztikái egyaránt „fogyatékos embereknek” tekintik. Ezért a tapasztalt problémák tágabb kategóriáiból kellett megbecsülni a fogyatékos emberek számát. Ugyanakkor az is tudott, hogy ezeknek a figyelembe nem vett problémákkal küzdő csoportoknak nyújtott szolgáltatásokból részesülnek fogyatékos emberek is, így az itt később bemutatott számok a főként fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokkal ellátottakra vonatkoznak – miközben egy viszonylag fontos kisebbség számbavétele elmaradt.

Csak a legalább valamilyen hosszabb távú bentlakásos elhelyezést nyújtó szolgáltatásokra terjedt ki e kutatás (az olyanokra nem, amelyek például csak akut pszichiátriai kezelést vagy fogyatékos embereket otthonukban gondozó családoknak rövid távolléteket tesznek lehetővé). Ismert az is, hogy néhány országban, mint az Egyesült Királyságban és Svédországban, a támogatott életvitel és a személyi költségvetés volt az ellátás fő vagy legalábbis fontos formája, ami terjedőben van többek között Észtországban, Németországban, Olaszországban és Spanyolországban is. Az alábbi számokban ezek az új paradigmák nem jelennek meg, de ahol ilyen adat rendelkezésre állt a támogatott és önálló életvitelről, azt a 3. kötet országjelentéseiben bemutatjuk.

Csak nagyon kevés ország jelezte, hogy a tipikus szolgáltatási modellje nagyon kis létszámú (1–5 férőhelyes) egységekből állna. Közülük néhányban (pl. az Egyesült Királyságban és Svédországban) a kis bentlakásos otthonok és az egyéneknek saját otthonukban nyújtott magas szintű támogatások közötti határ eltűnőben van. A lakáshoz jutásnak a lakosság egészéhez hasonló feltételekkel való biztosítása mindazzal a segítséggel tud megvalósulni, amelyet az adott környezetben a legsúlyosabb és legösszetettebb szükségletekkel rendelkezőknek biztosítanak.

Az országok valamivel több mint fele nyújtott tipikusan 6–30 férőhelyes bentlakásos szolgáltatásokat. Tizenhárom ország ilyen típusú ellátást értelmi fogyatékosoknak biztosított; a következő csoport (11 ország) pedig a különböző fogyatékos emberek vegyes csoportjainak. Nagyobb – 30 fő feletti férőhelyes – létesítmények 21 országban léteztek, legalábbis néhány fogyatékos embercsoport számára. Általánosságban elmondható, hogy az intézménytelenítés és a közösségi szolgáltatásfejlesztés terén már lényeges lépéseket tett országokban a mentális egészségügyi intézmények általában nagyobbak voltak, mint a többi felhasználói csoport bentlakásos intézményei, és az iskolák és kollégiumok is rendre nagyobbak voltak, mint az egyéb gondoskodási formák. Néhány országban viszont minden felhasználói csoport esetében a nagy intézmények képviselték a jellemző szolgáltatási formát. A 3. kötet országjelentései ismertetik részletesen a szolgáltatástípusok adatait.

A fenti – és az országjelentésekben szereplő – különbségek ellenére minden ellátási területen hat fő szolgáltatási típust lehetett megkülönböztetni:

- **Lakóotthonok:** 5–6 – bizonyos esetekben akár 10 – együtt élő személlyel. Egyes esetekben enyhe vagy mérsékelt fogyatékossgú emberek laknak ilyen létesítményekben, más esetekben viszont súlyosabb és összetettebb fogyatékossggal élő emberek (pl. súlyos értelmi fogyatékosok, akik magatartása is nagy kihívás, vagy intenzív ápolásra szoruló). A bentlakók szükségleteitől függően a személyzet lehet látogató vagy 24 órás szolgálatban levő.

- *Bentlakásos otthonok:* 10–30 férőhellyel és rendszerint 24 órás szolgálatban levő személyzettel. Néhány országban az ilyen intézmények egészségügyi ápolást is biztosítanak, bár ezek az intézmények inkább az otthon helyettesítő gondoskodás ethoszán alapulnak.
- *„Campus”:* telepszerű intézmények, adott területen lakóotthonok együttese közös személyzettel és bizonyos közös létesítményekkel. A személyzet 24 órában elérhető.
- *Fogyatékos gyermekek bentlakásos iskolái és fiatal felnőttek kollégiumai:* férőhely szerint tág határok között léteznek, a 10 férőhelyestől a több száz fős létesítményekig. Közös jellemzőjük, hogy iskolákként és kollégiumokként működnek, amelyek a bentlakásos gondoskodás mellett oktatást nyújtanak.
- *Szociális gondozó otthonok vagy bentlakásos intézetek:* több (néha sokszorosan több) mint 30 férőhellyel. Ezekben a nagy intézményekben esetenként csak egyféle, máskor különböző fogyatékoságú embereket (és néha nem fogyatékosokat) látnak el ugyanabban a létesítményben.
- *Kórházak vagy ápolási otthonok:* általában nagyobb, 30 feletti férőhelyes létesítmények, amelyek elsősorban orvosi és ápolási feladatokat látnak el 24 órában.

A 4. táblázat bemutatja azokban a szolgáltatástípusokban az ellátást nyújtókat és a finanszírozókat, amelyekre vonatkozóan részletes adatokkal rendelkezünk. A 25-ből 16 országban a száznál több férőhelyet biztosító intézményeket legalább részben állami eszközökből finanszírozzák. 21 országban állami pénzeszközökkel támogatják a 30-nál több férőhelyes létesítményeket. Az állami eszközök a regionális és helyi önkormányzatok támogatásait is magukban foglalják. A 25-ből 12 országban, ahol általában a kisebb (1–30 férőhelyes) létesítmények a jellemzőek, döntően nem kormányzati szervezetek (NGO-k) az ellátók, de szerény mértékben az állam is nyújt ilyen típusú ellátást. 17 országban a kisebb szervezetekben való gondoskodást nem kormányzati szervezetek nyújtják. Hat országban nem volt található 31 férőhelyesnél kisebb intézmény, és Ausztriából, Ciprusból, Dániából és Görögországból nem állt rendelkezésre adat a szolgáltatások méreteit illetően.

4. táblázat: Az intézményi ellátás nyújtása és finanszírozása azokban a szolgáltatástípusokban, amelyekre vonatkozóan részletes adatokkal rendelkezünk

Ország	Szolgáltatástípus > 30 férőhely	Szolgáltató: állam/helyi önk./regionális kormány.	Finanszírozó: állam/helyi önk./regionális kormány.
Ausztria	Nincs adat		
Belgium	Van, 8-ból 5 szolgáltatástípusra.	Nem	Igen, ötből négy típusra. Egy szolgáltatástípus (SzF) 100 férőhely felett.
Bulgária	Van, 13-ból 12 szolgáltatástípusra.	Igen, mind.	Igen, mind az 5 szolgáltatástípus (mind fogyatékos csoport) 100 férőhely felett.
Ciprus	Nincs adat		

folytatódik

Ország	Szolgáltatástípus > 30 férőhely	Szolgáltató: állam/helyi önk./regionális korm.	Finanszírozó: állam/helyi önk./regionális korm.
Cseh Köztársaság	Van, 9-ből egy a fogyatékos embereknek szóló szolgáltatástípusok között (nincs információ a nagyobb szolgáltatásokról, mint a szociális ellátás intézeteiről)	Igen	Igen, egy szolgáltatástípus (a vegyes fogyatékoság) 100 férőhely felett.
Dánia	Nincs adat a tipikus méretről, de majdnem minden szolgáltatástípus szolgáltatója és finanszírozója a helyi önkormányzat.		
Egyesült Királyság	16-ból négy szolgáltatástípusra (plusz egy beteg időseknek).	Igen, a nagyobbak vegyesen állami (pl. NHS) és magánellátások.	Vegyes finanszírozás – általában juttatásokon és magánfinanszírozáson keresztül. Az egészségügyi szolgáltatások államilag finanszírozottak. Két szolgáltatástípus tipikusan több mint 100 férőhelyes intézményeket tart fenn – védett és törvényszéki kórházak (Skócia) és az NHS campusos ellátásai (vegyes SZF komplex szükségletekkel)
Észtország	Van, hétből öt szolgáltatástípusra.	Igen, vegyes szolgáltatás és néhány állami.	Igen, mindet a helyi önkormányzatok és a regionális kormányzatok finanszírozzák. Két szolgáltatástípus (vegyes fogyatékoság) 100 férőhely feletti.
Finnország	Van, 10-ből kettő szolgáltatástípusra.	Igen, helyi önkormányzatiak és néhány független.	
Franciaország	Van, 10-ből hét szolgáltatástípusra.	Nem, mindegyik független szolgáltatás.	Igen, a hét nagyobb szolgáltatástípusból három államilag finanszírozott.
Görögország	Nincsenek adatok a mintában.		
Hollandia	Egy szolgáltatástípus (FF) több mint 30 férőhellyel lett besorolva, de ez más forrásokkal ellentmondásos és a mentálhigiénés intézetek nem kerültek be.	Nem, mind független.	Igen, minden szolgáltatás államilag/regionálisan/önkormányzati szinten finanszírozott. Nem tudunk 100 férőhely feletti szolgáltatásokról.

folytatódik

Ország	Szolgáltatástípus > 30 férőhely	Szolgáltató: állam/helyi önk./regionális korm.	Finanszírozó: állam/helyi önk./regionális korm.
Írország	Van, 23-ból 14 szolgáltatástípusra 30–50 férőhelyes (megjegyzés: nincsenek adatok a pszichiátriai kórházakról).	Igen, leginkább állami/önkormányzati, vagy önkéntes szolgáltatás.	Főként állami finanszírozás.
Lengyelország	Igen, mind a hat szolgáltatástípusra.	Igen, vegyes szolgáltatás, az államot is beleértve. Két szolgáltatás teljesen állami fenntartású.	Igen, vegyes finanszírozási rendszerek, de néhány teljesen állami/önkormányzati szinten finanszírozott. Három típus (SZF és MH) 100 férőhelyesnél nagyobb szolgáltatás.
Lettország	A 14-ből 12 szolgáltatástípusra.	Igen, majdnem mind állami szolgáltatás.	Igen, mind állami vagy regionális/önkormányzati szinten finanszírozott. 10 szolgáltatástípus (minden fogyatékoságtípusnál) több mint 100 férőhelyes szolgáltatásokat nyújt.
Litvánia	Nyolcból hat (plusz egy idős, beteg embereknek) szolgáltatástípusra.	Igen, főként állami/önkormányzati/regionális szolgáltatás.	Igen, mindegyik kap állami finanszírozást. Hat szolgáltatástípus (minden fogyatékosági típusnál) több mint 100 férőhelyes szolgáltatásokat nyújt.
Luxemburg	11-ből két szolgáltatástípusra.	Nem, mindegyik független szektor.	Igen. Vegyes finanszírozási rendszer, de állami hozzájárulással, ami nem használható fel egyéni juttatásként. Mindkét szolgáltatástípus (az ASR-rel küzdőknek, a viselkedéses és érzelmi zavaros fiataloknak) több mint 100 férőhelyes szolgáltatást nyújt.
Magyarország	Van, nyolcból öt szolgáltatástípusnál.	Igen, vegyes ellátási rendszer, de néhány nagyobb szolgáltatás állami/önkormányzati szolgáltatás.	Mindegyik államilag finanszírozott. Egy szolgáltatástípus (mentális problémákkal küzdők) több mint 100 férőhelyes.
Málta	Egy szolgáltatás kevesebb, mint 30 férőhelyes, a másik három idősgondozó szolgáltatás nem.	Igen	Igen, egy 18 évet betöltött vegyes fogyatékoságú embereknek nyújtott szolgáltatás 100 férőhelynél nagyobb.

folytatódik

Ország	Szolgáltatástípus > 30 férőhely	Szolgáltató: állam/helyi önk./regionális korm.	Finanszírozó: állam/helyi önk./regionális korm.
Németország	Van három szolgáltatástípusra (plusz egy az idősebb embereknek).	Igen, vegyes szolgáltatás, de a nagyobb szolgáltatások általában függetlenek.	A nagyobb szolgáltatástípusokból három államilag/önkormányzatilag/regionálisan is finanszírozható. Egy másik adományokból/társadalombiztosításból finanszírozott. Egy szolgáltatástípus (FÉF) több mint 100 férőhelyes.
Olaszország	20-ból 9 szolgáltatástípusra (30–50 férőhely).	Igen, nagyon vegyes ellátórendszer, de néhány állami/önkormányzati szolgáltatás.	Igen, vegyes finanszírozás, de a nagyobb szolgáltatások egy kivételével állami/önkormányzati szinten finanszírozottak.
Portugália	A 8-ból két szolgáltatástípus (plusz másik kettő, csak idős emberek számára).	Nem, mindegyik független szektor szolgáltatása.	Igen. A nagyobb szolgáltatások államilag finanszírozottak. Mindkét szolgáltatástípus (SZF összetett szükségletekkel) 100 férőhelynél nagyobb szolgáltatást biztosít.
Románia	9-ből nyolc szolgáltatástípusról vannak adatok.	Igen, mind állami/önkormányzati szolgáltatás.	Igen, vegyes finanszírozási rendszer – de néhány csak állami/önkormányzati.
Spanyolország	14-ből 5 szolgáltatástípusra vannak adatok.	Igen, vegyes rendszerek, de a nagyobbak állami/önkormányzati szolgáltatások.	Igen, vegyes finanszírozási rendszerek, de a nagyobb szolgáltatások államilag finanszírozottak. Három szolgáltatástípus (idős fogyatékos embereknek, FÉF, MH) nagyobb, mint 100 férőhelyes szolgáltatások.
Svédország	Egyik szolgáltatástípus sem nagyobb 30 férőhelyesnél.		
Szlovákia	10-ből öt szolgáltatástípus (plusz egy csak idős embereknek).	Igen, vegyes szolgáltatói rendszerek, de az állam/önkormányzat is fenntart néhány szolgáltatástípust.	Igen, vegyes finanszírozási rendszerek, de a nagyobb szolgáltatásokból néhányat közvetlenül az állam/önkormányzat finanszíroz. Két szolgáltatástípus (vegyes fogyatékoság) több mint 100 férőhelyes.

folymatodik

Ország	Szolgáltatástípus > 30 férőhely	Szolgáltató: állam/helyi önk./regionális korm.	Finanszírozó: állam/helyi önk./regionális korm.
Szlovénia	Egy szolgáltatástípus tipikus méretére kaptunk adatokat – többnyire 50–100 férőhely között – más információ nem volt elérhető.		
Törökország	6-ból öt szolgáltatástípusra.	Csak egy szolgáltatástípusról vannak adatok, amely vegyes szolgáltatás és vegyes a finanszírozása. Nincsenek tipikusan 100 férőhely feletti szolgáltatások.	

Megjegyzés: ASR – autizmus spektrum zavarral élők; FÉF – fizikai és érzékszervi fogyatékos emberek; FF – fizikai fogyatékos emberek; SzF – értelmi fogyatékos emberek; NHS – National Health Service/Állami Egészségügyi Szolgálat; MP = mentális problémák; ÉF = értelmi fogyatékos; ÖSZ = összetett szükségletek, súlyos fizikai fogyatékos, egészségügyi és mentális problémák, magatartászavarok, autizmus esetén.

A bentlakásos ellátásban részesülő fogyatékos emberek száma

Ebben az alfejezetben a hivatalos statisztikai forrásokból és – néhány esetben – a részt vevő országok más kvantitatív forrásaiból nyert adatokat mutatjuk be. Az elérhető adatok a már korábban ismerttetett okokból nem teljes körűek, és kiindulópontul szolgálhatnak az adatgyűjtés javításához. Először fogyatékosági csoportokra lebontva az intézmények mérete, a bentlakók életkora, neme és a szakszeméllyel való ellátottság szerint mutatjuk be az adatokat.

A létesítmények nagysága

Az 5. táblázat tartalmazza a tanulmányozott országokban bentlakásos intézményben gondozottak létszámát. Mutatja, hogy az adatokat szolgáltató 25 országban közel 1,2 millióan élnek a fogyatékos embereket gondozó bentlakásos intézményekben. Nagy többségük lakóhelyének méretéről nincsenek adatok, és a rendelkezésre álló adatok is csak részlegesek. Az Egyesült Királyságban például az angliai bentlakásos otthonokról vannak pontos adatok, de a skóciaiakról, a walesiekről vagy az észak-írországiakról már nincsenek, ahogy nincsenek adatok az Egyesült Királyságból az olyan egészségügyi ellátásokról sem, mint például a tartós pszichiátriai kezelést nyújtó kórházak. Franciaországban hivatalos forrásból nem volt adat a létesítmények férőhely szerinti nagyságáról, és a francia hivatalos adat nem különbözteti meg a bentlakókat és a csak nappali ellátásban részesülőket. A francia országjelentés azonban arról tanúskodik, hogy a következő számok a hivatalos források gondos elemzésével a bentlakásos ellátásban részesülők számát mutatják.

5. táblázat: A bentlakásos intézmények nagysága a hivatalos klasszifikációk alapján

Ország	Férőhelyek száma	< 30 férőhelyszámú intézményben	>30 férőhelyszámú intézményben	Méret szerint nem besorolt intézményben
Ausztria				
Belgium	25 750	5 164	18 130	2 456
Bulgária	13 269	216	11 540	1 513
Ciprus	495			495
Cseh Köztársaság	66 865		9 858	57 007
Dánia	62 081			62 081
Egyesült Királyság	129 548	33 530	48 781	47 237
Észtország	22 421	1 805	7 243	13 373
Finnország	18 032			18 032
Franciaország	224 827			224 827
Görögország				
Hollandia	64 144	59 450		4 694
Írország	24 390	1 114		23 276
Lengyelország	73 741			73 741
Lettország	10 053			10 053
Litvánia	45 464	180	14 924	30 360
Luxemburg	704	410	294	0
Magyarország	24 390	1 114		23 276
Málta	642	88	544	10
Németország				
Olaszország	117 241	14 514	81 428	21 299
Portugália	11 422	4 427	6 995	0
Románia	32 783	214	28 348	4 221
Spanyolország	181 636	2 425	777	178 434
Svédország	29 578			29 578
Szlovákia	12 252	716	3 142	8 394
Szlovénia	821			821
Törökország	9 494	86	3 127	6 281
Összesen	1 186 962	124 339	265 131	827 492

Az előző adatokból néhány ellentmondás más források tényeinek. Buntinx [14] például arról számolt be, hogy Hollandiában 2002-ben 34 051 férőhely létezett értelmi fogyatékosok bentlakásos intézményeiben, ebből 22 209 telep-szerű létesítményekben; az átlagos intézménynagyság a 13 holland tartományból 9-ben 30 fölött volt.

A bentlakók életkora

A 6. táblázat hivatalos források alapján a bentlakásos létesítményekben gyermekek és felnőttek számára rendelkezésre álló férőhelyek számát mutatja. A felnőttkor általában a 18. évvel kezdődik, tehát a gyermek és a felnőtt lakók között 18 évnél húzódik a határ, de ez nem minden országban konzisztens, hiszen egyes szolgáltatásokat a 16–23 éves ún. fiatal felnőtteknek nyújtanak.

6. táblázat: A bentlakók életkora a hivatalos források szerinti csoportosításban

Ország	Férőhelyek száma	Gyermekek	Felnőttek	Nem meghatározott
Ausztria				
Belgium	25 750	6 940	15 036	3 774
Bulgária	13 269	4 752	6 984	1 533
Ciprus	495			495
Cseh Köztársaság	66 865	3 292	38 427	25 146
Dánia	62 081	23 673	38 302	106
Egyesült Királyság	129 548	33 530	48 781	47 237
Észtország	22 421	1 134	18 163	3 124
Finnország	18 032	418	9 599	8 015
Franciaország	224 827	108 903	81 420	34 504
Görögország				
Hollandia	64 144	59 450		4 694
Írország	9 369			9 369
Lengyelország	73 741			73 741
Lettország	10 053			10 053
Litvánia	45 464	180	14 924	30 360
Luxemburg	704	410	294	0
Magyarország	24 390	1 114		23 276
Málta	642	88	544	10
Németország				

folytatódik

Ország	Férőhelyek száma	Gyermekek	Felnőttek	Nem meghatározott
Olaszország	117 241	14 514	81 428	21 299
Portugália	11 422	4 427	6 995	0
Románia	32 783	214	28 348	4 221
Spanyolország	181 636	2 425	777	178 434
Svédország	29 578			29 578
Szlovákia	12 252	716	3 142	8 394
Szlovénia	821			821
Törökország	9 494	86	3 127	6 281
Összesen	1 186 962	124 339	235 131	827 492

A 28 országból 21-ben, ahol erről van valamilyen adat, a bentlakásos férőhelyek átlagban 15 százalékát gyermekeknek tartják fenn. Ez az átlag azonban bizonyos különbségeket takar – 16 ország ennél kisebb arányban tart fenn férőhelyeket gyermekeknek, míg a többi 5 ország 27–48 százalékot. A bentlakásos férőhelyek száma tükrözheti azt, (1) hogy az alacsony színvonalú szolgáltatások miatt – támogatás nélkül – a családok gondozzák a gyermekeket, de azt is, (2) hogy a gyermekeket felnőtteknek szánt férőhelyeken látják el, vagy pedig azt, (3) hogy kellően magas szintű otthoni szolgáltatást nyújtanak a családoknak, így bentlakásos elhelyezés nélkül képesek a gyermekeiket gondozni.

Egyes országok magasabb számait illetően különösen óvatosan kezelendő a francia adat, amely a bentlakásos gondoskodásban részesülők között tünteti fel azokat is, akik csak nappali ellátást kapnak ezekben az intézményekben. Ez különösen érvényes lehet a gyermekeknek nyújtott szolgáltatásokat illetően. Fontos azt is látni, hogy Lengyelországban, Romániában és Törökországban a férőhelyek mintegy felét illetően nincs kor szerinti nyilvántartás, és az ismert adatok alapján a gyermekek számára rendkívül kevés férőhely áll rendelkezésre. Mivel az ezekben az országokban bentlakásos ellátásban részesülő gyermekek és felnőttek egymáshoz viszonyított arányáról más adatforrásból sem lehetett eleget megtudni, ezért esetükben pontosabb becsléseket sem tudtunk végezni.

A bentlakók nemek szerinti megoszlása

A 7. táblázat a bentlakásos intézményekben férfiakkal (és fiúknak), illetve nőkkel (és lányoknak) fenntartott férőhelyek megoszlását mutatja a hivatalos források alapján. Nyolc országban a férőhelyek több mint 90 százalékát illetően nincs nemek szerint bontott adat. Azokban az országokban (Lettországban, Litvániában, Magyarországon, Svédországban), ahol a nemek szerinti nyilvántartás viszonylag teljes körű, átlagosan a helyek 53 százalékát férfiak foglalják el.

7. táblázat: A bentlakók nemek szerinti megoszlása a hivatalos források alapján

Ország	Férőhelyek száma	Férfi	Nő	Nem besorolt
Ausztria				
Belgium	25 750	11 150	9 997	4 603
Bulgária	13 269	4 080	3 797	5 392
Ciprus ⁽¹⁾	495			495
Cseh Köztársaság ⁽²⁾	66 865	455	125	66 285
Dánia ⁽³⁾	62 081			62 081
Egyesült Királyság	129 548	1 134	427	127 987
Észtország	22 421	2 425	2 800	17 196
Finnország	18 032	5 616	4 357	8 059
Franciaország	224 827	54 447	41 017	129 363
Görögország				
Hollandia	64 144	22 267	16 557	25 320
Írország	117 241	35 987	67 939	13 315
Lengyelország	73 741	22 711	19 065	31 965
Lettország	13 463	5 844	4 219	3 400
Litvánia	45 464	24 061	19 550	1 853
Luxemburg	704	395	309	0
Magyarország	24 390	12 951	10 980	459
Málta ⁽⁴⁾	582	27	15	540
Németország				
Olaszország	117 241	35 987	67 939	13 315
Portugália	11 422	1 625	2 615	7 182
Románia ⁽³⁾	32 783			32 783
Spanyolország ⁽³⁾	181 636			181 636
Svédország	29 578	15 654	11 674	2 250
Szlovákia	12 252	5 586	4 586	2 080
Szlovénia ⁽⁵⁾	821			821
Törökország	9 494	1 904	1 394	6 196
Összesen	1 186 962	232 498	225 297	729 167

(1) Korlátozott ciprusi adat, nemekre nem bontható.

(2) A Cseh Köztársaságot illetően csak igen kisszámú bentlakásos férőhely esetén volt nemek szerinti bontásban elérhető adat,

- (3) Dánia, Románia, Spanyolország esetében nem volt elérhető nemek szerinti bontásban adat.
- (4) Máltát illetően csak igen csekély számú bentlakásos férőhely esetében volt nemek szerinti bontásban elérhető adat.
- (5) Korlátozott szlovéniai adat, nemekre nem bontható.

A bentlakók fogyatékosága

A 8. táblázat a főbb fogyatékosági csoportokra lebontva mutatja a bentlakásos férőhelyek megoszlását az egyes országok hivatalos forrásai alapján.

8. táblázat: A bentlakásos intézményekben élők fogyatékosági típusok szerint, a hivatalos források besorolása alapján

Ország	Férőhelyek	ÉF	MP	FÉF	Vegyes	Nem meghatározott vagy egyéb
Ausztria						
Belgium	25 750	13 345	1 477	550		10 378
Bulgária	13 269	8 482	1 376	2 078		1 333
Ciprus	495					495
Cseh Köztársaság	66 865	16 047	1 122	1 399	2 213	46 084
Dánia	62 081					62 081
Észtország	22 421	1 945	940	2 009	334	17 193
Finnország	18 032	12 532	5 500			0
Franciaország	224 827	107 188	34 239	28 777	14 352	40 271
Németország						
Görögország						
Magyarország	24 390		5 351		19 038	1
Írország	9 369	8 073		515		781
Olaszország	117 241		32 806	3 258	72 906	8 271
Lettország	13 463	2 405	1 642	1 128	3 299	4 989
Litvánia	45 464		2 814	805	11 495	30 350
Luxemburg	704					704
Málta	642	199	314		10	119
Hollandia	64 144					64 144
						folytatódik

Ország	Férőhelyek	ÉF	MP	FÉF	Vegyes	Nem meghatározott vagy egyéb
Lengyelország	73 741	17 294		4 047	2 586	49 814
Portugália	11 422	360	2 216		8 114	732
Románia	32 783	7 040	7 563	1 120	1 457	15 603
Szlovákia	12 252			1 093	5 585	5 574
Szlovénia	821					821
Spanyolország	181 636	20 376	2 948	3 514	1 822	152 976
Svédország	29 578					29 578
Törökország	9 494	2 805	86	367	3	6 233
Egyesült Királyság	129 548	46 877	23 205	8 606	18 330	32 530
Összesen	1 190 432	2 64 968	123 599	59 266	161 544	581 055

Megjegyzés: ÉF – értelmi fogyatékos ember, MP – mentális problémákkal élő, FÉF – fizikai és érzékszervi fogyatékos ember.

A férőhelyek felét illetően a fogyatékosági csoport nem meghatározott a hivatalos forrásokban, ami igen nehézé teszi az országok közti összehasonlítást. A legnagyobb felhasználói csoport az értelmi fogyatékos embereké, akik számára kb. 265 ezer bentlakásos férőhely biztosított. A következő legnagyobb ellátotti kategória közel 162 ezer bentlakásos férőhellyel a vegyes csoport (amelybe egyaránt bekerülhetnek értelmi fogyatékkal vagy mentális problémákkal élők).

A személyzet

Az intézmények személyzetet illetően is folyt adatgyűjtés minden olyan országban, ahol voltak ilyen források. A kutatás elsősorban a szolgáltatásokban működő személyzet létszámára, munkahelyi besorolására és a közvetlen gondozásban résztvevők képzettségére irányult. A legtöbb országban azonban a személyzettel kapcsolatos adatok nem, vagy csak nagyon korlátozottan álltak rendelkezésre. Belgium, Franciaország, Lettország, Litvánia, Luxemburg, Olaszország nyújtott a személyzettel kapcsolatos bontott adatokat, Hollandia pedig a foglalkoztatott személyzet összlétszámát tudatta. Ezeknek az országoknak az intézmények személyzetével kapcsolatos adatait foglalja össze a 9. táblázat.

9. táblázat: Az alkalmazott személyzet létszáma és típusa

Ország	Összes	Gondozás	Nappali	Gondozás/ nappali	Vezetés/ admin.	Klinikai	Egyéb	Nem meghatá- rozott
Belgium	21 842	152	5 927	7 985	1 330	2 509	3 939	0
Franciaország	128 420	18 734	65 138		15 934		28 614	0
Hollandia	85 935							85 935
Lettország	6 977	1 382	1 501		360	560	3 174	0
Litvánia	10 780	3 237	1 787		250	1 146	4 360	0
Luxemburg	561			325	17	123	95	1
Olaszország	114 296	41 726	9 410		6 824	33 260	23 614	0

Mint már jeleztük, egyes franciaországi szolgáltatástípusokban nincs elkülönítve a bentlakásos és nappali ellátásban résztvevők létszáma, ezért a nappali személyzet (az oktatókat is magában foglaló) létszáma igen magas Franciaországban.

Képzettségi szinteket illetően csak Belgiumban 9047 gondozó és nappali személyzet, valamint Hollandiában 67 097 gondozó és nappali személyzet esetében állt rendelkezésre információ. A belgiumi esetekben 49 százalék, a hollandiaiakban pedig 69 százalék volt felsőfokú végzettségű.

A bentlakásos és intézményi gondoskodás szintjének becslése

Az előbbiekből nyilvánvaló, hogy a bentlakásos intézményekben ellátottakról rendelkezésre álló országos adatforrások igen gyenge alapot nyújtanak a szolgáltatások igényelt átalakításához. Bizonyos adatok megalapozottabbak voltak, mint mások, viszont a hivatalosak mellett léteznek más olyan források is, amelyekből a hiányzó adatok megbecsülhetők voltak. A kutatócsoport az elérhető adatok jellegétől függően azonos becslési módszereket használt.

A 10. táblázat a hivatalos és az országjelentések adatait ezekkel az alternatív forrásokból elérhető adatokkal kiegészítve az intézményekben élők és ezen belül a 30 fősnél nagyobb létesítményekben élők számát tekintve a lehető legmegbízhatóbb becslést mutatja. Mivel a férőhelyek száma függ az ellátott népesség nagyságától, a táblázat az ENSZ 2006-os statisztikaiban használt 100 ezer főre számított ellátási arányszámot is bemutatja.

Mint a táblázat alatti jegyzetekből látható, a becslésekhez különböző módszereket kellett igénybe venni. Ahol az ellátottakról hivatalos forrásból rendelkezésre álló adat a lehető legpontosabb volt, ott ebből kiindulva számoltuk ki az intézményi gondoskodás arányát. Egyes országokban a bentlakásos férőhelyek/ellátottak számát más forrásokból kellett megbecsülni. Németországban például elérhetőek voltak egy korábbi, az értelmi fogyatékoságról folytatott EU-projekt („Intellectual Disability Research Network” – IDRESNET) [15] adatai mellett nem hivatalos források és a helyi kutatókkal való kapcsolatokról származó ismeretek is (amint ezt a német országjelentés bemutatja). Finnországot illetően az értelmi fogyatékoságról a projekt formátumában rendelkezésre álló adatok mellett a fizikai fogyatékosággal és a mentális problémákkal élőket vizsgáló 2003-as „Included in Society” (IIS) [16] adatait

is felhasználtuk. Az intézményi ellátás (30 fősnél nagyobb létesítményekben) arányainak megbecsüléséhez, ahol a férőhelyek 60 százaléka beazonosítható volt, ott ezt az adatot kiterjesztettük 100 százalékra. Franciaország, Írország, Spanyolország, Svédország esetében a 30 fősnél nagyobb intézményekre vonatkozó adatokat a különböző szolgáltatástípusok tipikus méreteit ismerve becsültük meg. Lettországot illetően a számítások a szolgáltatások leírásaiban szereplő tipikus intézményméretek és az intézményszámok alapján készültek. A formátumban a Hollandia által feltöltött adatok döntően a mentális problémákkal és fizikai fogyatékkal élő emberekre vonatkoztak, és a már említett IDRESNET-kutatás információit használtuk az értelmi fogyatékosok számának becslésére. A formátumban jelzett hivatalos holland adatok csak a 12 férőhelyesnél nagyobb létesítményekben nyújtott szolgáltatásokat különböztették meg, de nem adtak számot a hivatalos leírásokban is szereplő és jóval 30 fő feletti intézményekben nyújtott szolgáltatásokról. Kutatási tapasztalatok és a holland országjelentés azonban azt mutatták, hogy számos szolgáltatást 12 fősnél nagyobb létesítményekben nyújtanak, és az ennél kisebb létszámmal működő intézmények között is sok olyan van, amely elkülönítve vagy településszerűen működik.

Összességében ezek a becslések kiindulópontként szolgálnak ahhoz, hogy az egyes országokban javuljanak a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokról elérhető információk. Az intézményi gondoskodásból a közösségi szolgáltatásokra való átmenet programjának kidolgozása során az országok egyre pontosabb adatokat fognak előállítani.

10. táblázat: A férőhelyek, a bentlakásos ellátás és az intézményesítés becsült arányai

Ország	A teljes férőhelyszám	A bentlakásos ellátásban részesülők aránya 100 ezer főre vetítve	A 30 fősnél nagyobb intézményekben levő férőhelyek száma	Az intézményi ellátásban részesülők aránya 100 ezer főre vetítve
Ausztria				
Belgium	23 294	222	18 130	172
Bulgária ^(h)	12 921	167	12 561	163
Ciprus	495			
Cseh Köztársaság ^(d)	35 004	341	30 987	302
Dánia ⁽ⁱ⁾	62 070	1144		
Egyesült Királyság ^(h)	129 548	215	66 342	110
Észtország	9 050	673	7 243	539
Finnország ^{(e) (h)}	23 903	455	8 500	162
Franciaország ^{(a) (j)}	203 700	324	155 522	247
Görögország				
Hollandia ^(f)	115 844	709	40 924	251

folytatódik

Ország	A teljes férőhelyszám	A bentlakásos ellátásban részesülők aránya 100 ezer főre vetítve	A 30 fősnél nagyobb intézményekben levő férőhelyek száma	Az intézményi ellátásban részesülők aránya 100 ezer főre vetítve
Írország ^(a)	9 001	214	5 123	122
Lengyelország ^(a)	73 741	193	73 741	193
Lettország ^(b)	12 295	536	12 275	535
Litvánia	15 114	444	14 924	439
Luxemburg	704	153	294	64
Magyarország	24 390	242	22 546	224
Málta ^(h)	582	144	555	137
Németország ^(c)	237 682	288	190 146	231
Olaszország ^(h)	178 830	304	153 798	262
Portugália	11 422	108	6 995	66
Románia	29 828	138	29 482	136
Spanyolország ^(a)	181 636	415	156 004	357
Svédország ^(a)	27 328	302	0	0
Szlovákia ^(a)	19 043	353	18 755	348
Szlovénia ^(g)	5 510	275	5 414	270
Törökország	9 411	13	9 301	13

Megjegyzések:

- (a) A 30 fősnél nagyobb intézmények száma a tipikus méretből becsült adat.
- (b) Az intézmények számából és a tipikus méretből becsült adat.
- (c) Az ÉF száma a különböző tartományok adatai alapján becsült – az ÉF 70–80%-a 30 fősnél nagyobb intézményekben él – IDRESNET, országjelentés és szakmai kapcsolatok; az integrációs támogatás törvény alapján támogatott bentlakásos létesítményekben fogyatékos emberre vonatkozó adatok, amelyek nem tartalmazzák az ápolási otthonokban élő időskorúakat.
- (d) A szolgáltatások nagyságából becsült adat és liS-adat a gyermekeket ellátó intézmények nagyságáról.
- (e) liS-adatok alapján becsült adat, valamint ÉF hivatalos adat.
- (f) MP és FF a formátumban közölt hivatalos adat; IDRESNET ÉF-adat – a teljes férőhelyszámot és a 30 fősnél nagyobb intézményi férőhelyeket illetően. A formátumban a 12 fősnél nagyobb intézményekre megadott adatokat 30 fősnél nagyobbakra érvényesnek tekintettük, mivel bizonyos, a leírásokban 30 fősnél nagyobb intézményben nyújtott szolgáltatásként megjelölt ellátástípusokra a formátum nem tartalmazott információkat, és a 12 férőhelyesnél kisebb formák is elkülönítve, vagy telepszerűen nyújtják a szolgáltatásokat.
- (g) Az liS-adatok átlagos nagyságából és észrevételek alapján becsült adat.
- (h) Amennyiben a férőhelyek számát illetően 60%-ban rendelkezésre álltak a méret szerinti adatok, akkor ezeket extrapoláltuk a 30 fősnél nagyobb intézmények férőhelyeire.
- (i) Tartalmazhat előzetesen fogyatékosággal nem rendelkező időskorúakat.
- (j) Tartalmazhat olyanokat is, akik nem laknak az intézményben, hanem nappali ellátásban veszik igénybe szolgáltatásait.

4. SZOLGÁLTATÁSFEJLESZTÉS ANGLIÁBAN, NÉMETORSZÁGBAN ÉS OLASZORSZÁGBAN

Bevezetés

A jelentésnek ez a fejezete bemutatja, hogyan ment végbe három európai országban a szolgáltatásfejlesztés. Röviden áttekinti, miként alakultak a fogyatékos emberek bentlakásos szolgáltatásai, és értékeli a különböző szereplőknek a változásban játszott szerepét. Végül meghatározza az intézményiből a közösségi gondoskodás felé való átmenet főbb kérdéseit.

Az esettanulmányokhoz kiválasztott mindhárom ország érett demokrácia jól fejlett nem kormányzati szervezetekkel és a civil társadalom hálózataival, amelyek képesek hangot adni a fogyatékos emberek érdekeinek, és képesek befolyásolni a törvényalkotási és politikai folyamatokat. Mindhárom országban múltja van a fogyatékos emberek intézményi ellátásának, és mindhárom elindult azon az úton, amely az intézményi gondoskodásból a közösségi szolgáltatások felé vezet. Németország és Olaszország az ún. „konzervatív” jóléti állam típusba [10] tartozik, amelyben a szolgáltatásokra való jogosultságot és hozzájutást jellemzően a társadalombiztosításon keresztül teremtik meg. Anglia a „liberális” típust képviseli, amelyben az állam szerepe a „biztonsági háló” fenntartására szorítkozik, és a szolgáltatásokkal való ellátást a piacra bízzák.

A kutatási jelentés 3. kötete minden egyes ország szolgáltató rendszeréről részletes leírást ad. Németországot és Olaszországot illetően fontos megjegyezni, hogy mindkettőben igen erősek a regionális struktúrák, ami mind politikai, mind gyakorlati téren lényeges területi eltéréseket von maga után. Így az alábbiakban bemutatott elemzésben leírt törvények és szakpolitikák hatásai régióként különböznek. A területileg változó végrehajtás jelensége Angliában is tapasztalható a helyi önkormányzatok szintjén.

A szolgáltatásfejlesztés szakaszai és folyamata

Németország

A 20. század elején Németországban fejlett – döntően kiterjedt hálózatokba szervezett, egyházi csoportok által fenntartott – intézményi szolgáltató rendszer működött, különösen az értelmi fogyatékos emberek ellátása terén. Az állam szerepe elsődlegesen a szolgáltatások finanszírozása volt. A politikai cél az volt, hogy enyhítsék az intézmények létesítése és fenntartása miatt a helyi önkormányzatokra gyakorolt pénzügyi terheket, ezért a finanszírozást regionális alapon szervezték. Bár az intézmények gyógyászati célokat is magukévá tettek, de ezeket fokozatosan eugenikai elvek váltották fel, amelyek 200 ezer fogyatékos embernek a nácik általi legyilkolásához vezettek [17].

A második világháborút követően Kelet- és Nyugat-Németországban a fejlődés különböző utakon járt. A Német Demokratikus Köztársaságban a fogyatékosági koncepciók és politikák a „defektológia” (lásd pl.: http://www.pedlexikon.hu/index.php?title=Pedag%C3%B3gia_Lexikon%2C_1997:Defektol%C3%B3gia) szovjet megközelítésén alapultak. A súlyos értelmi fogyatékos gyermekeknek és felnőtteknek szóló szolgáltatásokat vagy a törvényes állami egészségügyi ellátás keretei között, orvosok, rendszerint pszichiáterek irányítása alatt, vagy a háború előtt már létező protestáns egyházi intézmények keretei között nyújtották. A működési feltételek ezekben az intézményekben az akkori idők többi szocialista országáéhoz hasonlóak és anyagiakban igen szegényesek voltak. Nyugat-Németországban a háború utáni fejlődés a háborút megelőző kor modelljén alapult. Visszaállították a helyi és a központi finanszírozásmegosztás rendszerét. A helyi struktúrák könnyítése érdekében az értelmi fogyatékos embereket nagy központosított és központi forrásokból finanszírozott intézményekben helyezték el. Ez a helyi hatóságok szempontjából anyagilag kedvezővé tette az intézményesítést, és megakadályozta, hogy a közösségekben integratív megközelítésű fejlesztések valósuljanak meg. Az „új paradigma” alapján a fejlesztések, a családokat támogató szolgáltatások, az értelmi fogyatékos emberek támogatott életvitele a helyi költségvetésekre hárultak, miközben a bentlakásos intézmények (lakóközösségek, intézetek stb.) a központi állami költségvetés részei voltak.

Az 1970-es évek elején, más országokhoz hasonlóan, súlyos kritikák fogalmazódtak meg az intézményi gondoskodást illetően, különösen a mentális problémákkal élők ellátásával kapcsolatban. 1971-ben egy országos vizsgálat az mentális egészségügyi intézmények, kórházak feltételeinek azonnali javítását ajánlotta, és a beható strukturális reformok irányítására négy elvet fogalmazott meg:

- az ellátást a közösségek közelében kell biztosítani;
- az ellátásnak a szükségletekre alapozottnak és komplexnek kell lennie;
- ugyanakkor területi egységenként koordinálnak is kell lennie; és
- biztosítani kell az egyenlő hozzáfutást és a szolgáltatások minőségét.

Az ellátás továbbra is a pszichiátriai kórházakon alapult, de a javaslatok alapján az általános kórházakhoz csatolt akut pszichiátriai egységeket, elkülönített részlegeket kezdtek fejleszteni. Egy további, 1988-as vizsgálat a közösségi szolgáltatások átfogó fejlesztését tűzte ki célul. A központi cél az volt, hogy a krónikus mentális betegségekben szenvedők saját közösségükben jussanak ellátáshoz, és biztosítani lehessen a hosszabb távon kezelésre szorulókat hazabocsátását. Az ország minden részében új szolgáltatásokat hoztak létre. Ugyanakkor még mindig számos (20 ezer fő) tartósan gyógykezelt személyt nem engedtek el saját lakóközösségébe, s ők továbbra is pszichiátriai kórházakban élnek. Egy átfogó rendszer kiépítését akadályozták a szolgáltatások nagy részét nyújtó jótékonyági és más, gyakran önértékeket is képviselő szervezetek közötti tevékenység koordinálásának problémái. Ennek ellenére a közösségi szolgáltatásoknak igen jelentős hálózata alakult ki. Az ellátás továbbra is elsősorban pszichiátriai kórházakban történt, miközben számos kísérlet tettek arra, hogy a dolgozók kötelező minimális létszámának szabályozásával javítsák a gondozás színvonalát.

Az értelmi fogyatékoság terén jelentékeny lobbiszervezetté és fontos szolgáltatásnyújtóvá nőtte ki magát egy erős szülői szervezet („Lebenshilfe für geistig Behinderte”), amely kritikus volt az intézményi rendszerrel szemben, és a nagy intézetek hagyományos modellje ellenében alternatív megoldások mellett érvelt. A szociális segélyezést

szabályozó 1962-es törvény (Bundessozialhilfegesetz) [18] pénzügyi eszközöket juttatott az értelmi fogyatékos embereknek nyújtandó helyi szolgáltatások, köztük lakóközösségek fejlesztésének beruházásaihoz. Ezek a nagy intézményekkel párhuzamosan az értelmi fogyatékos emberek egy kisebb részének nyújtanak lakással összekötött ellátást. Körülbelül 120 ezer értelmi fogyatékos ember lakik bentlakásos intézményekben, 16 ezer közösségi otthonokban, 60 ezer intézetekben és egy további 20 ezer főre becsült csoport pszichiátriai létesítményekben vagy más gyógyászati jellegű nagy intézményben. Azoknak az értelmi fogyatékos felnőtteknek az aránya, akik nem családjuk körében, de nem is intézményekben, hanem önállóan, nem bentlakásos szolgáltatásokat igénybe véve élnek, nem ismert (de a fenti adatok alapján reálisan kb. 10 ezer főre tehető a számuk).

Az 1980-as évek elejétől Németországban létrejött a fogyatékos emberek jogainak mozgalma, amely támogatta az embereket abban, hogy képesek legyenek közösségeikben saját belátásuk szerint élni. Ez a mozgalom nem igazgatási és szakmai megítélés tárgyává, hanem minőségi és emberjogi üggyé tette a fogyatékos embereknek nyújtandó támogatás fajtájának és mennyiségének meghatározását. Az intézményi gondoskodás folyamatos kritikájával és a pénzügyi támogató rendszer iránti növekvő költségigényekkel mindez 1994-ben elvezetett a tartós gondozás kötelező és általános szociális segélyezési programjának életre hívásához. Ez a politika sokat elért kitűzött céljai közül: szövetségi szintre emelte a tartós gondozás korábban tartományi és helyi kormányzati terheit; kiterjesztette az otthoni és közösségi ellátást; lazította a függést a jövedelemtől függő jóléti eszközöktől; és megnövelte az informális gondozók támogatását. Természetesen okozott bizonyos nehézségeket is a jóléti igazgatásban és a szolgáltatók között azzal, hogy tevékenységeik átalakultak az egyénre szabott, személyközpontú megközelítés térnyerésével.

Olaszország

Olaszországban a szolgáltatásfejlesztés fő területe az mentális egészségügyi reform volt. 1978-ban a 180-as törvény rendelkezett a pszichiátriai kórházak bezárásáról, a regionális keretek között létrehozandó új – a gondozás közép-pontjába az egyént helyező – mentális egészségügyi intézményhálózatról. Az új felvételek tilalma következtében a kórházi ágyak száma az 1978-as 60 ezerről 1998-ra 2500-ra esett vissza. Bejáró betegek számára új mentális egészségügyi szervezetrendszer jött létre; általános kórházakban új osztályok, mentális egészségügyi központok és bentlakásos létesítmények, amelyek differenciált kezelések nyújtásával csökkentették a kórházi kezelés iránti igényeket és a kezeléshez szükséges időt. Az 57 kórházban kezelt utolsó 15 ezer beteget 1992-ben helyezték el bentlakásos létesítményekben és családi csoportokban. Egyes kórházak azonban részlegesen megmaradtak, és a területileg kialakítandó szolgáltatások csak lassan fejlődnek. A reformok ütemét és terjedését illetően három modell különböztethető meg, bár a közelmúltban bizonyos felgyorsulás tapasztalható:

- Észak- és a Közép-Olaszországban a kis és közepes városokban – a reform teljes körű végrehajtása;
- nagyvárosokban és vonzáskörzeteikben – új közösségi szolgáltatások kialakulása, de a létező létesítmények fennmaradása mellett: szolgáltatásdiverzifikáció és csekély koordináció;
- Dél-Olaszországban nincs változás, kevés reform [19].

Olaszország igazgatási decentralizáltsága kedvez a helyi kezdeményezéseknek, de akadályt is gördít az új törvény végrehajtásának útjába – helyi és regionális szinten, a túlpolitizált helyzetekben nehéz volt országos sztenderdekben megállapodni. Az Észak-, Közép- és Dél-Olaszország, valamint Szicília és Szardínia szigetei között fennálló mély egyenlőtlenségek az erőforrásokat, az intézményi ellátások szintjeit, a szakszeméllyezettel való ellátottságot, a magán- és jótékonsági kezdeményezésektől való függőség mértékét illetően nehezítik az összhatás megítélését. Olaszország 95 tartományából például 1979-ben csak 52 volt közvetlenül felelős a területén nyújtott összes pszichiátriai ellátás irányításáért – a többi különböző mértékben ilyen szolgáltatásokra leginkább egyházi irányítású pszichiátriai kórházakkal szerződött [19]. A legtöbb ilyen, a magánszektorra koncentráló tartomány délen és a Róma körüli Lazio régiójában található.

A kórházszámcsökkenés trendje 1978 előtt megkezdődött; a törvény csak felgyorsította a hanyatlást. 1983-ra a húsz évvel korábbi 98 ezerből már 43 ezerre csökkent az ágyszám (100 ezer lakosonként 76-ra). A közkórházak ágyszámának visszaesésével nem emelkedett a magánintézmények ágyszáma sem, ami 1972 óta szintén visszaesőben volt. Délen és Lazio régiójában a magánkórházak ágyai azonban továbbra is szerepet játszanak az ellátásban.

Az új bentlakásos helyek kis 15 ágyas egységek voltak az általános kórházakban. 1984-ben 236 ilyen egység volt összesen több mint 300 ágygal (ami 100 ezer lakosra vetítve 5,5 ágyat jelentett). A színvonalat tekintve régióként igen nagyok voltak a különbségek; a venetói magas ellátottságtól (11 ágy/100 ezer fő) a Lazióig (1,4 ágy/100 ezer fő). Ezek az eltérő arányok jelezhetik a létesítmények hiányát (pl. Rómában), de a kevés bentlakásos ápolást igénylő, jól működő közösségi szolgáltatások elterjedését is (pl. Emilia-Romagna tartományban).

A bentlakásos létesítmények nagymértékben helyettesítették az „elme-kórházakat” a mentális problémákkal élők tartós bentlakásos gondozásában. Ezek lehetnek panziók, félutas házak, nem felügyelt szállók vagy lakások és különböző köztes létesítmények. A helyi elme-egészségügyi osztályok intézik a beutalást, amelyek fizetnek a bentlakásos gondozásért. Ezeknek a létesítményeknek a jellemzőiről, környezetéről, személyzetéről azonban csak korlátozottak az információk [20]. E szolgáltatások otthonias környezetet nyújtanak, de korlátozzák a lakók magatartását. A bentlakás határozatlan idejű, és a lakók cserélődése nem gyakori. 2000-ben 1370 négy- vagy többágyas szolgáltatás volt Olaszországban 117 138 lakóval, 29/100 ezres aránnyal. Ezek felét 1997 és 2000 között hozták létre, és nagy részük magántulajdonban volt, bár a kiadásokat az állami egészségügyi rendszer fedezte. A régiók között a bentlakásos ellátással való ellátottság terén akár tízszeres különbségek is előfordultak. A legtöbb létesítményben 24 órás ügyelet van, bár a személyzet jelentős részének nincs speciális mentális egészségügyi végzettsége. Az északi régiókban a gondozás kevésbé restriktív, és gyakran lazán összefüggő egységekben folyik. Nem lehet 20 feletti ágyszámuk, bár 16-ban (5,7%-uknál) e feletti, egyben pedig 60 feletti számot jelentettek. A magánlétesítmények általában magasabb ágyszámmal működnek, mint az államiak (14,9 : 11,6).

265 bentlakásos pszichiátriai ellátás véletlenszerűen kiválasztott mintájában a legtöbb létesítmény városi vagy városkörnyéki önálló épület volt. Az átlagos lakószám 10 volt. A 20-nál több ágygal működőkben nagyobb kimaradási és szökési arány volt megfigyelhető. A szobákban rendszerint ketten laktak együtt, és 2,5 lakóra jutott általában egy fürdőszoba. A legtöbb létesítménynek két vagy több közös használatú helyisége volt, de a felénél is kevesebb volt azok aránya, ahol a lakók látogatókat tudtak fogadni. Csak kétharmadukban főztek helyben, a többiek szolgáltatónál rendelték meg az étkeztetést. A létesítmények több mint a felében építészeti akadályok nehezítették a fizikai

fogyatékossgal ott élők helyzetét. A legtöbben volt kert, és gyalog megközelíthető távolságban voltak hozzájuk bevásárló vagy szórakoztató létesítmények, bár 30 százalékukban a lakók egyedül nem járhattak ki. Háromnegyed részükben volt 24 órás ügyelet.

Anglia

Az angol bentlakásos intézmények fejlődésének útja a 17. század végétől a hajléktalanok és a nélkülözők számára létesített általános intézmények („dologházak”) megteremtésével indult. Ezt az intézmények növekvő specializálódásával a specializált intézmények, például a betegek számára létesített kórházak és a mentális problémákkal vagy értelmi fogyatékossgal élő emberek [22] számára létesített menhelyek fejlődése követte; majd a gyógyító rendszerről az eugenetikai ideológiával összhangban a felügyeleti rendszerre való áttérés következett [23]. Az újabb szakaszt a legutóbbi időkben az intézményi gondoskodás kritikája és új alternatívák fejlődése jelenti [6]. De nem szabad szem elől téveszteni, hogy mindezen idő alatt a családok biztosították a legtöbb fogyatékos embernek a gondoskodás és támogatás legnagyobb részét, és a szolgáltatások általában akkor nyújtották a végső támaszt, amikor a családok képtelenek voltak maguk megoldani az ellátást.

A második világháborút követően az intézményi gondoskodás hatása iránt megnyilvánuló nagyobb figyelem a működésük növekvő kritikáját váltotta ki. Hivatalos jelentés fogalmazta meg 1946-ban azt az ajánlást, hogy a gyermekeket a nagy árvaházakból kis, otthon helyettesítő, 12 fősnél nem nagyobb házakba kell átköltöztetni; az időskorúak 200–1500 férőhelyes intézményei helyébe a Nuffield Foundation jelentése 1947-ben 30–25 férőhelyes otthonokat javasolt. Ezek a változó elképzelések még nem terjedtek ki ekkoriban az értelmi fogyatékkal vagy mentális problémákkal élőkre. Az e csoportokat gondozó intézményeket a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat 1948-as létrehozásakor az új rendszerbe tartozó kórházakhoz helyezték, hiszen rendszerint amúgy is egészségügyi személyzet irányítása alá tartoztak már. Az intézmények ebben az új rendszerben éltek tovább.

Az intézményekkel kapcsolatos kritika azonban az NHS, az állami egészségügyi szolgáltatásaival kapcsolatban is megjelent. Egy királyi vizsgálóbizottság 1957-ben [24] javasolta, hogy a helyi önkormányzatok a kevésbé súlyos problémákkal élők számára a kórházakon kívül nyújtsanak több szolgáltatást. Az elme-kórházakban ellátottak száma 1955-ben 150 ezer fővel érte el csúcspontját, ezt követően azonban részben a kezelések terén elért fejlődésnek, részben a kórházakon kívüli gondoskodást előtérbe helyező szakmapolitikai hangsúlyoknak köszönhetően a létszám fokozatosan csökkent. Az értelmi fogyatékos emberek intézményi gondozásának alternatív megoldásai is fejlődésnek indultak [25, 26].

Az értelmi fogyatékkal vagy mentális problémákkal élők bentlakásos szolgáltatásaival kapcsolatos fordulópont az 1960-as években következett be különböző kórházi botrányok nyomán [29–33]. Ezek a rossz bánásmóddal, az ápolás elmaradott és hanyag módszereivel, a szakmai hozzá nem értéssel, az adminisztratív szabálytalanságokkal, a túlzsúfoltsággal, a személyzet hiányával, a szegényes körülményekkel, a vezetési kudarcokkal, a panaszok kivizsgálásának elmaradásával, a jelenségek ellen szót emelő személyzet áldozattá válásával voltak kapcsolatosak [6]. A politikusok ugyan kezdetben e jelenségeket kivételekként kezelték, de egy országos felmérés az értelmi fogyatékos emberek intézményeiről azt mutatta, hogy a hasonló jelenségek mindennaposak [27]. Így az egészségügyi kor-

mányzatban hosszú évekre kiemelt prioritás lett az értelmi fogyatékkal és a mentális problémákkal élők bentlakásos ellátásának minősége.

Az értelmi fogyatékosok szolgáltatásaival kapcsolatban 1971-ben [28], az mentális egészségügyi szolgáltatásokkal kapcsolatban 1975-ben [29] megfogalmazott új kormánytörekvések az intézményi helyek csökkentését javasolták (az értelmi fogyatékoság esetében nyíltabban, mint a mentális egészségügyben), az intézeteken kívüli kis létszámú bentlakásos létesítményekben lévő helyek megnövelésével egyidejűleg. Ezek a politikák azon a feltételezésen alapultak, hogy az embereknek két csoportja létezik: azok, akik intézeti gondoskodást „igényelnek”, és azok, akiket lehet támogatni abban, hogy a közösségben kis létszámú bentlakásos otthonokban éljenek. E határ meghúzását, mint nem helytállót rögtön megtámadták azok, akik szerint elégséges támogatással mindenki meg tud élni közönséges lakókörnyezetben az átlag lakossággal együtt [30]. Egy évtizeden belül az értelmi fogyatékos embereknek nyújtott ilyen szolgáltatások programjai már működni is kezdtek [31–33], és a közösségekre alapozott bentlakásos szolgáltatások mindenre kiterjesztett elve elfogadott lett a politikában [34, 35]. E modellek fejlődésének nagy lendületet adott egy országos bemutató program [43–47].

Az 1980-as és 1990-es években az intézménytelenítés, valamint az értelmi fogyatékkal és mentális problémákkal élők közösségi életvitelére terén jelentős volt a fejlődés, anélkül hogy a kormány valaha is nyíltan megfogalmazta volna az intézmények bezárásának célját. A világosan artikulált politikai célkitűzés és a nem intézményi szolgáltatások szilárd törvényi alapjainak hiányai bizonyos intézményesüléshez vezettek (néhány új szolgáltatás, különösen a profitorientált és a kormányzati szektorban, a magánotthonoknál nagyobb és jellegében intézményi lett). Az értelmi fogyatékos emberek ellátása terén, ahol a legjobb hivatalos információk állnak rendelkezésre, 2005-ben 58 ezer bentlakásos hely létezett otthonokban felnőttek számára (átlagban 8 fős létesítményekben), szemben az intézmények kb. 2500 helyével [36, 37]. Amint ennek az átmenetnek a nagyobb része lezajlott, a kormánypolitika is elfogadta végül a közösségi szolgáltatások elvét [38].

Angliában az intézmények közösségi szolgáltatásokkal történő felváltása jelentős mértékben szakmailag vezérelt folyamat volt [6]. Ugyanakkor az 1980-as évektől kezdődően a fizikai és érzékszervi fogyatékos emberek által vezetett önálló életvitel mozgalom kifejlesztette a közösségi szolgáltatásoknak azt az alternatív modelljét, amely nem az épületekre, hanem a személyes támogatással való ellátásra alapozott. Ez a mozgalom sikeres volt abban is, hogy elérte azokat a törvényi változtatásokat, amelyek nyomán a fogyatékos emberek szolgáltatások helyett egy bizonyos összeget kapnak, ami fölött szabadon rendelkezve saját maguk vásárolhatják meg a számukra szükséges segítséget [39]. Az ilyen önálló megállapodások aránya alacsony maradt, nem kis mértékben az adminisztratív akadályok [40] miatt, de a kormány továbbra is ösztönzi az egyénre szabott finanszírozást és szolgáltatásnyújtást, mint a fogyatékos emberek ellátásának kívánatos jövőbeli modelljét [41, 42].

A szolgáltatásfejlesztés szereplői

Nemzeti, regionális és helyi kormányzatok

Mindhárom országban a nemzeti kormányok a felelősség a törvényi keretek kialakításáért, a szakpolitikák általános irányításáért és az egészségügyi, valamint a szociális gondoskodás intézkedéseinek finanszírozásáért. Németországban és Olaszországban ugyanakkor erős a regionális kormányzatok rendszere is. Németországban a fogyatékos embereknek nyújtott egészségügyi és szociális szolgáltatások tervezéséért elsődlegesen a tartományok és a helyi önkormányzatok a felelősek, ebben a szövetségi kormánynak csak kis szerepe van. Olaszországban a regionális kormányzatoké az elsődleges felelősség az egészségügyi rendszer tekintetében, míg az ez alatti szinten, a tartományokban a helyi önkormányzatok felelnek a szociális ellátásokért. A közelmúltban általános decentralizáció zajlott le az alsóbb szintű kormányzatok felé. Mindkét országban ez a folyamat korlátozza a központi kormányok részvételét és felelősségét a fogyatékos emberek helyzetét illetően.

Angliában nincs regionális szintű kormányzat, és a központi kormány a felelős az egészségügyi ellátásért és a szociális biztonsági juttatásokért, a lakhatási támogatás (beleértve néhány lakhatási segílyt), valamint az oktatási és a szociális szolgáltatások viszont a helyi kormányzatok felelősségébe tartoznak. Az egészségügyi ellátás legnagyobb részét a National Health Service (NHS) állami rendszere biztosítja, amit az adóbefizetésekből tartanak fenn, és a felhasználók számára ingyenes. Ezzel párhuzamosan létezik egy fizetős magánszektor is. 1948-as létrehozásakor az NHS átvette a helyi hatóságoktól és a független szervezetektől a kórházakat és intézményeket, köztük a fogyatékos emberek bentlakásos létesítményeit is.

Angliában az egészségügyi ellátástól eltérően a szociális szolgáltatások nem ingyenesek, hanem rászorultság-vizsgálathoz kötöttek. A helyi önkormányzatok küszöbököt (jogosultsági kritériumokat) állítanak fel azok számára, akiket bizonyos támogatásokban részesítenek. Az a tény, hogy az egészségügyi szolgáltatások ingyenesek, míg a szociális szolgáltatások nem azok, negatív ösztönzőket teremtenek az olyan szolgáltatásokkal kapcsolatban, amelyeket az egészségügyi és a szociális szolgáltatók is nyújtani tudnak. Mivel a helyi önkormányzatokat lényegében a központi kormány finanszírozza, ezért ez utóbbinak van módja arra, hogy a helyi szolgáltatások formáját és menüjét befolyásolja.

A szolgáltatásnyújtás felelősségének és egyes politikai vonatkozásainak áthárításából következően a különböző térségek és helyi önkormányzatok eltérő prioritásokat vallhatnak magukénak, eltérő jogosultsági kritériumokat állapíthatnak meg, és különböző szolgáltatási modelleket követhetnek. Ez ahhoz a jelenséghez vezethet, amit Angliában „irányítószám-lottónak” neveznek – ami azt jelenti, hogy a felhasználóknak nyújtott szolgáltatások fajtái (és néha még az is, hogy részesül-e egyáltalán bármilyen szolgáltatásban) nem az érintettek szükségleteitől, hanem a lakóhelyétől függenek.

A fogyatékos emberek emberi jogainak biztosítása érdekében ezért különösen fontos az alapjogosultságok és a sztemderdek meghatározásában a központi kormány szerepe. Mindhárom országban van példa ilyen irányú központi tevékenységre. Németországban például az Alaptörvényt (Grundgesetz) [43] 1994-ben kiegészítették azzal, hogy fogyatékosága okán senki nem kerülhet hátrányos helyzetbe. 2002-ben elfogadták a fogyatékos emberek egyenlő esélyeiről szóló törvényt (Bundesgleichstellungsgesetz) [44] és a gondnoksági törvényt (Betreuungsgesetz)

[45], amely utóbbi a támogatás nélkül döntésképtelennek tekintettek számára helyettesítő döntéshozatali mechanizmust állított fel. Olaszországban az 1978-as 180-as törvény [46] megszüntette a pszichiátriai kórházakat. Az 1992-es 104-es törvény [47] az értelmi fogyatékos emberek polgári jogait és társadalmi integrációját erősítette meg; az 1998-as 162-es törvény [48] a súlyos fogyatékos emberek számára nyújtott szolgáltatásokat terjesztette ki; a 2000-es 328-as törvény [49] a fogyatékos emberek integrált szolgáltatású ellátását célozta. Angliában a fogyatékosági diszkriminációs törvények [50, 51] tiltják a fogyatékos emberek megkülönböztetésének bizonyos típusait. A cselekvőképességről szóló törvény [52] a támogatás nélkül döntésképtelennek tekintett felnőttek számára állít fel helyettesítő döntéshozatali mechanizmust. A gondozási színvonal törvénye [53] a fogyatékos embereknek nyújtott bizonyos szolgáltatások minimumszttenderdjait, valamint szabályozásukat és ellenőrzésüket határozza meg.

A döntéshozatal decentralizációja azzal is együtt jár, hogy a központi kormányoknak fontossá válik a fogyatékos emberek életkörülményeiről az adatgyűjtés, hogy monitorozni tudják a jogaik biztosításában elért haladást – nem utolsósorban az intézményi gondoskodásból a közösségi szolgáltatásokra való átmenet során. Ezért e tanulmány adatai különösen értékesek azokban az országokban, amelyekben a decentralizálás és a szubszidiaritás retorikája fontos (az *Oxford English Dictionary* szubszidiaritásnak azt az „*elvet tekintí, mely alapján a központi hatóságnak kiegészítő funkciója van, és csak azokat a feladatokat látja el, amelyeket alacsonyabb helyi szinteken nem tudnak ellátni*”). Bár a szolgáltatások nyújtását és tervezését el lehet látni helyi vagy regionális szinteken, az elvek és kritériumok harmozított megvalósítása országos monitorozást igényel.

Hasonlóképpen, mindhárom országban azt mutatják a tapasztalatok, hogy az intézményektől a közösségi szolgáltatások felé való átmenet pénzügyi következményeinek menedzselése is központi vagy regionális kormányzati részvételt igényel. A helyi hatóságok nem biztos, hogy képesek a teljes folyamat finanszírozására vagy koordinálására. Az Egyesült Királyságban és Svédországban például a központi és regionális kormányok egészen hosszú ideig vezető szerepet játszottak az átalakulási folyamatban, amíg át tudták adni az irányítást a helyi kormányzatoknak [6].

A nem kormányzati szervezetek

A nem kormányzati szervezetek minden országban fontos szerepet játszottak a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatások fejlesztésében. Mielőtt az állam szerepe felértékelődött volna, vallási, önkéntes és önszolgáltató szervezetek voltak a fontos szolgáltatók.

Angliában az állam a 19. és 20. században vette át lényegében az értelmi fogyatékkal és mentális problémákkal élők bentlakásos szolgáltatásellátását [22]. A fizikai és érzékszervi fogyatékos emberek bentlakásos szolgáltatásait továbbra is nem kormányzati szervezetek látták el, bár e csoport bentlakásos gondoskodást igénylői közül is sokan kerültek tartósan általános vagy geriátriai kórházak elkülönített egységeibe [54]. Az 1980-as évek során a központi kormány azt tűzte ki célul, hogy a „jóléti vegyes gazdaság” létrehozásával a szolgáltatásnyújtásban nagyobb hatékonyságot érjenek el (s egyúttal az idős bentlakásos ellátásának férőhelyeit is megnöveljék). Ez a következőket jelentette: (1) a szolgáltatástervezés és az ellátásfinanszírozás felelősségeinek szétválasztását (meglevő szolgáltatóktól történő „vásárlás”); és (2) mind a profitorientált, mind a nonprofit szervezetek fokozottabb bekapcsolása a szolgáltatás ellátásába. Ezek a változások egybeestek az értelmi fogyatékos emberek számára tartós bentlakást

nyújtó intézetek bezárásának fő időszakával, és összekapcsolódtak a normál ingatlanállományt igénybe vevő ellátási formák terjedésével, különösen e csoport számára. 2005-re az angliai szociális gondoskodást felügyelő bizottságnál nyilvántartott 65 év alatti felnőttek 90 százaléka olyan otthonokban lakott, amelyeket piaci és nonprofit szervezetek tartottak fenn [36].

Angliában a szolgáltatásnyújtás területén jelenleg a kormányügynökségek (főként a helyi kormányzatok) választják ki és finanszírozzák a bentlakásos ellátási helyeket, melyek nagy többségét független szervezetek tartják fenn. Ezek lehetnek nagy országos vagy regionális szervezetek, de érdekeltek által működtetett egyéni otthonok is. Elvárás, hogy tegyenek eleget a nemzeti minimum sztenderdjeinek (bár ez nem minden esetben történik meg), de az ellátás mennyisége és minősége tekintetében igen nagy különbségek lehetnek köztük.

A fogyatékos emberek számára Olaszországban is kormányzati és nem kormányzati szervezetek is nyújtanak szolgáltatásokat. A mentális problémákkal élők valamivel több mint felének az olasz állami egészségügyi rendszer nyújtja a bentlakásos szolgáltatásokat; a többiek önkéntes vagy piaci magánszervezetek, esetenként a kettő keverékének szolgáltatásait veszik igénybe [55]. A nem kormányzati szolgáltatók többnyire nonprofit szervezetek, amelyek között felhasználói és szülői egyesületek is találhatók. A működéshez a regionális – építészeti követelményekre, személyzeti képzettségre, programokra és a helyi szolgáltatási igényekre (várólistákra) vonatkozó – szabályok szerint akkreditálniuk kell magukat.

A német helyzet különbözik mind az anglitól, mind az olaszországitól. Németországban is nagy hagyománya van a nem kormányzati szervezetek szolgáltatói tevékenységének. Kezdetben a bentlakásos gondoskodás döntően intézményi volt, ezek építési költségeinek nagysága miatt azonban a kormány helyi szintről regionális szintre emelte az ellátási felelősséget. A szolgáltatásellátásban így néhány szervezet hálózatai – az ún. „Freie Wohlfahrtspflege” – váltak dominánssá (Diakonie, Caritas, Munkás Jóléti Egyesület, a Német Vöröskereszt, a Független Önkéntes Jóléti Egyesület és a Szabad Jóléti Szolgáltatások Zsidó Ligája). E hat ernyőszervezet jogi autonómiáját az állam elismerte, és a „preferált szolgáltató” jogi státuszát is megkapták. Az államnak kötelezően az önkéntes jóléti szervezetekre kell rábíznia a szociális szolgáltatásokkal való ellátást, miközben a költségeket fedeznie kell.

Az 1990-es évektől megindult közigazgatási reformok a „teljesítményorientált ellenőrzés formáival” összekötendő piaci mechanizmusok bevezetésére fókuszáltak. A költségek fedezésének hagyományos elvétől eltérően (amely alapján utólag egyenlítették ki a felmerült kiadásokat) a cél az volt, hogy olyan szerződéses finanszírozási rendszer jöjjön létre, amely révén a tevékenységek leírásán, céljának és minőségének előzetes meghatározásán alapuló megállapodásokkal finanszírozzák az ellátásokat. A reformok révén megtakarításokat is reméltek a piac kitégítésétől és a „Freie Wohlfahrtspflege” hálózatán kívüli új szolgáltatók beengedésével megteremtett erősebb versenyhelyzettől. Ezek a magánszolgáltatók azonban továbbra is csak kisebb szerepet játszanak (Észak-Rajna-Wesztfália tartományban például mindössze a férőhelyek 4 százalékát biztosítják).

Így Németországban a helyzetet az intézményi gondoskodás erős hagyományaira épülő és viszonylag erős harmadik szektor jellemzi. Az állam a pusztán finanszírozói szerepből próbál elmozdulni a szolgáltatásfejlesztés és tervezés befolyásosabb szerepe felé, de az ehhez kezdettől fogva szükséges szakmai tudások és emberi erőforrások nélkül.

A fogyatékos emberek és családjaik

A fogyatékos emberek és családjaik szerepe ezekben az országokban három szempontból volt fontos: (1) a szolgáltatások ellátásában, (2) a szolgáltatások megújításában, és (3) a szakpolitika alakításában. A szolgáltatásellátás terén a családok gyakran a közösség elégtelen segítsége ellenére is saját otthonukban támogatták fogyatékos családtagjaikat. Szolgáltatásokat is létrehoztak és működtetnek – a „Mencap” például Angliában az értelmi fogyatékosok bentlakásos gondozó otthonainak legnagyobb fenntartója, Németországban a „Lebenshilfe” működteti a bentlakásos otthonok ötödét [17]. A szolgáltatások finanszírozása és az átfogó szakpolitikai keretek felett csak korlátozottan gyakorolt kontroll következtében ezek az ellátások nem annyira innovatívak, mint lehetnének. Olaszországban általában a közszférát tartják teljes mértékben felelősnek a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokért. A fogyatékos embereket képviselő egyesületek a törvényi szabályozástól és az ellátások meghatározásától a minőségbiztosításig és a szolgáltatások közvetlen működtetéséig a folyamat minden lépésében strukturáltabb részvételért küzdenek.

A fogyatékos emberek és családjaik az elmúlt években vezető szerepet játszottak új típusú szolgáltatások kifejlesztésében. Ennek legjobb példája a fizikai fogyatékos emberek önálló életvitelének elterjedése, amit maguk a fogyatékos emberek [56] kezdeményeztek és irányítanak, és ami ma az európai politikai akciókban fő helyen szerepel az Önálló Életvitel Európai Hálózatának („European Network for Independent Living”) támogatásával. Ezzel a kampányszereppel párosult a szakpolitika alakításában való részvétel is, a fogyatékos emberek kormány által igényelt bekapcsolódása a különböző testületek munkájába – Angliában például az Egyenlőség 2025 („Equality 2025”) mint tanácsadó testület „a politikacsinálás centrumába juttatja el a fogyatékos emberek hangját” [57].

Fontos azt is megjegyezni, hogy a fogyatékos emberek családjai időnként ellen is álltak az intézmények közösségi szolgáltatásokkal való felváltásának. Azokban az országokban, ahol az intézménytelenítés és a közösségi életvitel útját követik, a kutatások szerint az átmenet előtti aggodalmakat a családok nagyobb részénél az átalakulást követően a támogató hozzáállás váltotta fel [63–66].

A személyzet és szervezeteik

A szakmai személyzet kulcsszerepet játszott az intézményi szolgáltatásoktól a közösségekre való áttérésben. Az intézményben élő fogyatékos személyek életminősége nagymértékben függ attól, hogy milyen minőségű segítséget kapnak a gondozó személyzettől. A súlyos értelmi fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatos friss kutatások azt jelezték, hogy az egyén életminőségét leginkább meghatározó faktorok között a fogyatékossgot magát követő legfontosabb faktor a személyzettel való kapcsolat, a tőlük kapott támogatás [67–70].

A nagy intézmények kiterjedt földrajzi térségből fogadják lakóikat. Amikor ezeket az intézményeket a közösségekre alapozott szolgáltatások váltják fel, előfordul, hogy a személyzet nem helyezhető át az új szolgáltatásokat nyújtó helyi közösségekhez. Ezért fontos, hogy a személyzet elhelyezési lehetőségeire megfelelő stratégiák készüljenek [58]. Ahol a személyzet az intézetekből az ellátottakkal együtt mozdul a közösségi életvitel felé, ott az új szerepek és a döntően nagyobb felelősség kihívásaival kerülnek szembe [59, 60]. Az új szolgáltatási modelleknek ezért közös jellemzőjük a személyzet bevonása új képzési formákba. Ezeknek az új képzési formáknak a kifejlesztése során

nagy kihívás, hogy nemcsak arról kell gondoskodni, hogy a személyzet megértse az új feladatokat és elsajátítsa a szükséges tudásokat, hanem egyúttal azt is biztosítani kell, hogy a személyi segítőként való működés gazdagabb szerepének megfelelő értékeket is magukévá tegyék.

A közösségekben támogatással élők az általános közszolgáltatásokat és létesítményeket veszik igénybe – a sportközpontokat, a kórházakat, a családorvosokat, a rendőrséget stb. E szolgáltatások személyzetét is fel kell készíteni a fogyatékoságok mibenlétéről, a fogyatékos emberek jogairól és támogatásuk rájuk háruló felelősségeiről. A szakmai személyzet szervezeteinek és akkreditáló testületeinek kulcsszerepük van az elfogadható teljesítmények mindezen elemének követelményként való meghatározásában.

5. A KÖZÖSSÉGEKRE ALAPOZOTT ÉS AZ INTÉZMÉNYES BENTLAKÁSOS SZOLGÁLTATÁSOK GAZDASÁGI ÖSSZEFÜGGÉSEI

Bevezetés

Hosszú évtizedekig a legtöbb európai országban a nagy intézmények jelentették a súlyos és tartós fogyatékossgal élő emberek ellátásának meghatározó formáját. A kialakulásakor a gondoskodás e modelljének megválasztásában számos tényező játszott szerepet. Feltételezték, hogy az emberek létfenntartásának és netán még „gyógyításának” is leghatékonyabb módja, ha nagy létszámban összegyűjtik és (egy kevés) képzett személyzettel is ellátják őket. Logisztikailag ez segítette a (nagyon kevés) képzett szakember munkáját egy-egy helyre koncentrálni. Az intézményi gondoskodás a preferált választása volt számos olyan családnak is, amely nehéznek vagy veszélyesnek, vagy (leggyakrabban) társadalmilag zavarónak találta az együttélést fogyatékos rokonaival. Legtöbbjük jóhiszeműen cselekedett, abban a szilárd hitben, hogy beteg, fogyatékos rokonaik a messzi, elzárt létesítményekben, távol a mindennapi élet gúnyolódásaitól és megaláztatásaitól, jobb életet tudnak élni. Néhány országban az intézetek a társadalmi kontroll eszközei lettek. A gazdasági megfontolások szintén fontos szerepet játszottak – emberek nagy létszámú csoportjainak egy helyen való „raktározása” révén a szolgáltatók a „méretnagyságból” adódó gazdasági megtakarítást érhetek el. De megtakarítások könnyen származhattak abból is, ha a gondoskodást az őrzéssel váltották fel, az individualizációt pedig uniformitással helyettesítették. Az östípusnak megfelelő „intézetet” olcsó fenntartani.

A méretgazdaságosságból adódó megtakarítások kérdése azonban összefügg a nyújtott szolgáltatások minőségével. Létfontosságú a költségek és a minőség együttes számbavétele, azaz meg kell bizonyosodni arról, hogy a létesítményeket és a gondozási körülményeket, a szolgáltatás felhasználóinak szükségleteit és más jellemzőit, valamint a minőséget és költségvonzatait tekintve azonos alapokon vetjük össze.

Az ilyen viszonylag körültekintő összehasonlítás része a szolgáltatást igénybe vevők szükségleteinek és igényeinek körültekintő figyelembevétele. Ahogy ebben a fejezetben később bemutatjuk: ha a közösségi szolgáltatások csak a kevésbé súlyos fogyatékos embereket céloznák meg, akkor kevésbé lennének költségesek, mint az intézetek. Amikor azonban a súlyosabb és összetettebb fogyatékossgal élő emberek számára is fejlesztik e szolgáltatásokat, akkor ezek valószínűleg a jelenlegieknél költségesebbek lesznek.

Ez azt jelenti, hogy az intézményi gondozástól a közösségi szolgáltatásokba történő átmenet tervezése során a szükségletfelmérésnek mindenkiére ki kell terjednie. Néhányan az intézményi gondoskodásból kikerülve kevés támogatással önálló életet tudnak élni; mások a napi otthoni és lakókörnyezeti tevékenységekhez állandó segítséget igényelnek. Az elérhető szolgáltatási választéknak a legkülönbözőbb támogatási igények kielégítésére is alkalmasnak kell lennie. A szükségletek időben is változhatnak – az emberek időnként több, időnként kevesebb támogatást igényelnek. Az ilyen támogatások egy része rövid utazásokhoz vagy kórházi vizsgálatokhoz, kezelésekhöz lehet

szükséges. A döntéshozóknak úgy kell tervezniük, hogy a közösségek szolgáltató rendszerei mindenki szükségleteit képesek legyenek kielégíteni.

Rendszerstruktúrák

Mielőtt megvizsgálánk az intézményi szolgáltatásoktól való elmozdulást akadályozó vagy segítő tényezőket, lényeges megérteni azt a kontextust, amelyben az átmenet végbemegy. A döntéshozóknak alaposan ismerniük kell a szolgáltatásellátás struktúráit, a mögöttük meghúzódó finanszírozási megoldásokat, a szolgáltatások támogatási módjait ahhoz, hogy a közösségi ellátás előmozdítását szolgáló különböző megközelítések valószínű sikereit és kudarcait egyaránt értsék. A gazdasági megfontolások és ezeknek a politikára gyakorolt hatásai három dimenzióban tekinthetők át:

- a szolgáltatás nyújtásának mintái,
- a finanszírozási megoldások,
- a támogatási csatornák.

A szolgáltatásnyújtás mintái

A fogyatékos emberek a legtöbb segítséget a családoktól, a barátoktól, a szomszédoktól – a fizetetlen, ún. „informális” gondozási szektorból – kapják. E segítő tevékenységek nagy része nem elismert és nem támogatott. Ugyanakkor az informális gondozás elérhetősége jelentős mértékben befolyásolja a formális támogatás iránti igény szintjét, amihez viszont anyagi támogatás szükséges a személyzet alkalmazására. A politikai keretekből időnként úgy tűnik, mintha az informális gondozás „ingyenes” lenne, holott a családokra ez igen nagy terheket és alkalmi költségeket ró, ami hosszabb távon az ilyen gondozási kínálat csökkenéséhez vezet. (A családi gondozás jövőbeli elérhetőségének lehetséges korlátairól a későbbiekben még szót ejtünk.)

A fogyatékos emberek szükségletei részben egészségi állapotukkal, részben a mindennapi tevékenységekhez szükséges fizikai és kognitív képességeikkel, részben szociálisan elszigetelt és szegényes körülményeikkel, és végül részben életvitelük korlátokat is tartalmazó szociális összefüggéseivel kapcsolatosak. Egyes szükségletek ezért egészségügyi gondozást igényelnek, míg mások megfelelőbben elégíthetők ki szociális szolgáltatásokkal, lakhatási vagy oktatási támogatással, netán a bűnügyi igazságszolgáltatás vagy bármely más speciális funkciójú testület révén. Ha rendelkeznek a megfelelő tudásokkal és erőforrásokkal (az időt is beleértve), akkor a családok és a fizetetlen gondozók általában – különösen a kevésbé súlyos fogyatékos emberek esetében – könnyen ki tudják elégíteni ezeket a szükségleteket. De amikor a felelősség részben vagy egészben átkerül a gyakran közsférához tartozó formális gondozáshoz – részben azért, mert túl bonyolult vagy túl megterhelő a családok számára, vagy egyszerűen csak a család már nem alkalmas e funkció ellátására –, akkor nagy valószínűséggel egynél több szolgáltatót kell bevonni. Különböző országokban a nemzeti kultúrák, finanszírozási megoldások, igazgatási eljárások, a képzett személyzettel való ellátottság – és néha és csak igen kis mértékben a felhasználók és családjaik preferenciáinak – hatására

különböző szolgáltatásmodellek fejlődtek ki. Ezeknek a befolyásoknak a hatása alatt egy országon belül is változhatnak az idő múlásával a különböző szolgáltatások és szervezetek közötti határok.

A 11. táblázat azt a tendenciát mutatja be, amely szemlélteti, hogy a fogyatékkal – ez esetben a mentális problémákkal – élők többféle szolgáltatást vesznek igénybe. Az adatok annak a két nagy londoni pszichiátriai kórháznak a vizsgálatából származnak, amelyeket az 1980-as évek elején jelöltek ki felszámolásra, s amelyek bezárása 8–10 évet vett igénybe [61]. Az 1. és 2. szövegdox röviden leírja a kórházakból ebben az időszakban kiköltöztetett két személy kezdeti lakhatási és szolgáltatási tapasztalatait.

11. táblázat: Szolgáltatások igénybevétele és költségei két londoni kórház elhagyását követően az 1980-as és 1990-es években

A közösségben használt szolgáltatások	Az egyes szolgáltatásokat használó egyének, % ⁽¹⁾
Lakhatás és megélhetési költségek	100
Kórházi járóbeteg-szolgáltatások	25,9
Kórházi fekvőbeteg-szolgáltatások	14,8
Kórházi bejáróbeteg-szolgáltatások	22,9
A helyi kormányzat által fenntartott nappali gondozást biztosító szociális szolgáltatások	17,4
Önkéntes szervezetek által működtetett nappali gondozás	15,2
Társas klubszolgáltatások	6,6
Oktatás	4,5
Közösségi pszichiátriai szolgáltatások	57,8
Pedikűr	41,3
Ápolási szolgáltatások	29,1
Pszichológiai szolgáltatások	14,4
Munkaterápia	8,6
Gyógyszerek (elnyújtott hatású injekciók)	14,3
Vegyes szolgáltatások ⁽²⁾	18,6
Fizioterápia	2,4
Általános orvos	74,5
Fogorvos	25,3
Optikus	19,9
Közösségi gyógyszerész	5,8

folytatódik

A közösségben használt szolgáltatások	Az egyes szolgáltatásokat használó egyének, % ⁽¹⁾
Szociális munka terepen	23,6
Rendőrség és pártfogói szolgálat	5,8
Ügyfelek utazása	29,3
Önkéntesek felhasználása	1,7
Eset felülvizsgálások	9,9

Megjegyzések:

- (1) A teljes szolgáltatást igénybe vevőkről rendelkezésre álló adatok alapján ($n = 533$).
- (2) Csak néhány résztvevő által használt különféle szolgáltatások, pl. pénzügyi, hallásjavító, aromaterápiás, foglalkoztatási, otthoni és különböző klubszolgáltatások.

Ebben az összetett szükségletű és több ellátóra épülő helyzetben gyakoriak lehetnek a problémák. A szolgáltatások és a szervezetek között a határok nem mindig stabilak és világosak. Az egészségügyi, a szociális gondozó, a lakhatásért felelős vagy egyéb szektorok meghatározó kultúrái különbözhetnek (ahogy létezik pl. feszültség a fogyasztósság orvosi és szociális modelljei között), eltérőek lehetnek a jogosultsági kritériumaik (amelyek pl. a hozzáférés küszöbeit befolyásolhatják). Ez ösztönözheti a költségek áthárítását és növeli annak kockázatát, hogy a szolgáltató rendszerek között rések keletkeznek, aminek következtében egyes szükségletek vagy egyes személyek ellátatlanok maradnak. A közösségi szolgáltatásokban viszont a koordináció alapvető követelmény.

1. szövegdoz: Della útjai a közösségi befogadásban

Della az észak-londoni Friern (pszichiátriai) Kórházat az 1980-as évek kórházbezárási és közösségi szolgáltatás-fejlesztési programja keretében elhagyó egyik első lakó volt. Egy barátjával (aki korábban szintén bentlakója volt a Friern Kórháznak) a helyi kormányzattól bérelt lakásba költözött. De ez nem bizonyult megfelelő megoldásnak, mivel Della tartósan a nappali szobában aludt.

A kórház elhagyását követő egy évben Dellának rendszeres kapcsolata volt egy szociális munkással, egy családorvossal és kétszer keresett fel egy pszichiátert. Támogató csomagja alacsony költségű volt. Bár az első évben nem került kórházi felvételre, de ezt követően hamarosan újra felvették a Friern Kórházba, ahol több mint egy évig volt bentlakó. Második kilépésekor egy 24 órás ügyelettel működő bentlakásos közösségbe került. Bár itt jóval magasabb szintű gondozási támogatásban részesült, hamarosan ismét visszavették a Friern Kórházba, ahol ismét egy évet töltött, mielőtt egy másik kórházba helyezték volna, ahol a kutatók aztán nyomát veszítették.

2. szövegdoz: Freddie útja a kórházból egy személyzettel jól ellátott gondozási otthonba

Freddie a kórházfelszámolási program utolsó szakaszában költözött ki egy hatfős személyzettel 24 órás ügyeletet biztosító gondozási otthonba. A létesítményt, amely egy lakásszövetkezet tulajdonában volt, az egészségügyi hatóság és egy önkéntes szervezet konzorciuma irányította. Freddie közepesnek ítélt gondozási szükséglettel egyike volt a kilenc lakónak.

A lakókat rendszeresen látogatta egy foglalkozási terapeuta. A hathavonta készülő eset-felülvizsgálatokban egy közösségi pszichiáter és a családorvos vett részt. Freddienek egy szociális munkással is rendszeres kapcsolata volt, és több ízben, amikor utcai zavarokat okozott, rendőröket is bevontak ügyeinek intézésébe.

Ez a gondozási csomag viszonylag költséges volt, tekintettel arra, hogy pszichiátriai kezelés céljából tartalmazott több rövidebb általános kórházi felvételt is. Ilyenkor a helyét továbbra is fenntartották számára, ami gondozási csomagját költségesebbé tette, hiszen mindkét férőhelyet finanszírozni kellett. Ugyanakkor ez azt jelentette, hogy Freddie közösségi elhelyezése stabil volt egy olyan helyen, amit ismert és ahol őt ismerték, s így többé nem került hosszabb távú kórházi ellátásba.

A szervezetek és költségvetések közötti koordináció nehézségei még súlyosabbak lehetnek, amikor az ellátás megoszlik az állami, az önkéntes (nonprofit, jótékonyági) és magán-(profitorientált, üzleti) szektorok között. Néhány országban az állami szektor uralja az ellátásokat, de Európában számos szolgáltatói felelősség az önkéntes és a magánszektoré. A felhasználók képviselője, a családok támogatása és a különböző kampánytevékenységek terén pedig a civil társadalomé a legnagyobb befolyás. Ezek a felelőségek számos ösztönző hatására erősödtek meg, és számos következménnyel járnak [62]. Fejlődni és erősödni tudnak azokban a rendszerekben, amelyekben a (központi, regionális vagy helyi) kormányok megőrizték teljes stratégiai felelősségüket az ellátás, a hozzájutás, a területi elosztás és a minőségbiztosítás szakpolitikai, törvényi és finanszírozási keretei felett, mint például Angliában és Olaszországban. Jóval kisebb a központi politikai kontroll vagy befolyás Németországban. Ugyanakkor mindhárom országban a nem kormányzati szolgáltatók fontos szerepet játszanak a tartós elhelyezést biztosító intézetek bezárását követően a helyi közösségek keretei között nyújtott különböző lakhatási és egyéb ellátásokban, amelyek fenntartásában azonban erősen állami támogatásra szorulnak. A nem állami szolgáltatások szerepeit illetően bővebb ismeretek találhatók a projekt országjelentéseiben, valamint Olaszországot illetően Crepet [63], de Girolamo és Cozza [64], Angliát és Walest illetően pedig Lelliot és munkatársai [65], valamint Knapp és munkatársai [66] tanulmányaiban.

A szakpolitikák alakítóinak ismerniük kell a nem kormányzati szektor változatos tevékenységeit, és be kell tudniuk építeni a fogyatékos embereket koordináltan támogató, közösségekre építő ellátási tervekbe. Bonyodalmat okozhat, hogy a nem állami szervezetek különbözőképpen szabályozott keretekben működnek, különböző motivációkat követhetnek, és különböző ösztönzőkre reagálnak. Következésképpen az állami és nem állami szektor eltérő felhasználói rétegekkel, eltérő költségekkel, minőséggel működnek, és talán még a felhasználókkal elért eredményeik is különbözni fognak. A közösségi szolgáltatók megbízásával és összehangolása terén ezért valószínűleg nagyon markánsan eltérő megközelítéseket kell integrálni.

Az egészségügyi és szociális ellátások finanszírozásának számos módja ismert. Ezeket általában négy csoportba sorolják (lásd az egészségügy európai finanszírozásáról Mossialos és munkatársai [67]; az időskorúak tartós gondozásának pénzügyi megoldásairól Wittenberg és munkatársai [68]; az európai mentális egészségügyi rendszerekről Knapp és McDaid [69] munkáit).

A főbb típusok:

- a felhasználók vagy családjaik által „zsebből történő” kifizetések (felhasználói térítés);
- az önkéntes biztosítás, időnként magánbiztosítás néven;
- a közvetlen és/vagy közvetett (országos, regionális vagy helyi) adókból finanszírozott támogatás és szükségletek alapján nyújtott szolgáltatások;
- a társadalombiztosítás, amely a foglalkoztatáshoz kötött járulékokkal finanszírozott, és szükségletek alapján nyújt szolgáltatásokat.

A legtöbb gondozási rendszer számos finanszírozási megoldást ötvöz, a döntően adóbevételekből finanszírozott rendszerekben is létezik például a felhasználók bizonyos térítési díja. Megvizsgálandó ezért, hogy adott szolgáltatás vagy szektor finanszírozási forrásainak kombinálása akadályozza-e a változást; azaz az intézményi és a közösségi rendszerek közti finanszírozási különbségek, vagy mondjuk az egészségügyi, szociális és lakhatási rendszerek közti különbségek nehézséget vagy valójában könnyebbséget jelentenek. Angliában például feszültséget okoz, hogy az egészségügyi ellátás a felhasználók számára ingyenes, a szociális ellátás viszont rászorultsági alapon nyújtott, ami problémát okoz, amikor valakit elbocsátanak a (számára ingyenes) kórházból egy gondozási otthonba, amelyért viszont térítési díj fizetésére lehet kötelezett.

A négy fő finanszírozási megközelítés több szempontból is különbözik; a magán- és közfinanszírozás közti viszonyt, a kockázatmegosztás jellegét és kiterjedését, a kormányzati beavatkozás jellegét és kiterjedését és – ha van, akkor még – az újraelosztó politikákban betöltött szerepüket illetően is eltérnek. Ezek közül különösen helyénvaló az utóbbi sajátosságát megvizsgálni, hiszen a fogyasztó emberek legtöbbször az alacsony jövedelmű csoportokhoz tartoznak, ezért térítési díjra kötelezésük számukra hátrányos és büntető jellegű lenne. A térítésdíj-fizetés kiterjesztése vagy bevezetése gyorsan a szükséges szolgáltatások kihasználatlanságához vezet [70], nem szándékolt – és talán szörnyű következményekkel más szolgáltató rendszerekre, az életminőségre vagy akár az elhalálozásokra nézve (lásd az egyesült államokbeli tapasztalatokról Soumerai és munkatársai [71]). Számos európai (és OECD-) országban közös kérdés az arányok némi elmozdítása az (adókból és társadalombiztosítási járulékokból fedezett) közös felelősségektől az egyéni és családi felelősségek irányába (zsebből történő kifizetések vagy önkéntes biztosítás révén). Lengyelországban egy széles körű gazdaságátalakítási politika részeként vezették be a pszichiátriai szolgáltatások utáni térítésdíj-fizetést [72]. A mérleg elmozdulása az állami felelősségtől a magánfelelősség irányába az időskorúak tartós gondozásában legnyilvánvalóbb, tekintettel a gyorsan előregedő népességek támogatásából adódó jövőbeli kihívásokra.

Egy másik közös ügy, bár nem ennyire általános Európa-szerte, az önirányított vagy a felhasználó által irányított gondozási rendszerek iránt megnyilvánuló növekvő figyelem [73]. Németországban a tartós gondozás finanszírozása ilyen megoldásokon alapul, és jelentős fejlemények történtek ebbe az irányba Angliában, Hollandiában és Svédországban is. A fő cél itt az, hogy a fogyatékos embereknek nagyobb önállóságuk és választási lehetőségük legyen, s ezáltal életvitelüket is nagyobb mértékben tudják alakítani.

Szintén németországi fejlemény az időskorúak tartós gondozási társadalombiztosítása, ami a pénzügyi ösztönzők befolyásának másik lehetséges példája [74, 75]. Ez a munkáltatók és munkavállalók befizetéseiből finanszírozott rendszer, amit 1994-ben vezettek be, napjainkra a lakosság 90 százalékát lefedi, míg a kimaradtakat továbbra is állami támogatással gondozzák. A lakosság nyomására és a növekvő költségek miatt a rendszernek bizonyos „perverz” hatásai is vannak. A három (jelentős, intenzív és nagyon intenzív) támogatási szint felmérésére a gondozási rendszerbe való belépéskor kerül sor, és az újraértékelésre nincs formális kötelezettség, csak ha az idős személy, a rokonai vagy az intézmény, ahol gondozzák, ezt kéri. A rehabilitációt az egészségbiztosítási költségvetés fizeti, amely inkább mutat némi érdekeltséget a költségeknek a tartós gondozási biztosítás kiadásai felé terelésében, mint a magas szolgáltatások térítésében. Ez ellenösztönzés a rehabilitációs programok támogatását illetően, és a magasabb tartós gondozási arányok irányába hat. Összességükben ezek a mechanizmusok szinte kivételessé teszik, hogy az emberek a magasabb gondozási szintekről alacsonyabb szintek felé mozduljanak el, még akkor is, ha javul az állapotuk.

Támogatási csatornák

Hogyan érik el a szolgáltatót az adókból, a társadalombiztosításból, az önkéntes biztosításoktól vagy a felhasználók és családjaik zsebéből származó pénzek? A „támogatás” (funding) az az általános fogalom, ami leírja azt a sokféle utat, ahogy a pénz eljut a szolgáltatásokhoz. Különböző elosztó mechanizmusokat és ösztönző struktúrákat jelenthet.

Egyes rendszerekben a központilag összegyűjtött pénzeszközöket közvetlenül a szolgáltatóhoz juttatják el (pl. az állami kórházak esetében) a feladatalapú állami átutalások mechanizmusain keresztül, esetenként teljesítményhez kötődő ösztönzőkkel, amelyek révén a szolgáltatókat adott területen nagyobb vagy kisebb mennyiségű szolgáltatás felé terelik. Egyes rendszerekben – mint például az angliai egészségügyi és szociális ellátó struktúrákban – a támogatásokkal járó széles körű teljesítménycélok igen hatásosan működnek.

Egy másik megoldás, amikor a központi erőforrásokat a szolgáltatásvásárlással vagy a szolgáltatások kiszámlázásával megbízott tisztviselőhöz (általában az önkormányzatoknál) – nem az előbbi megoldásban leírt „kínálati” oldalhoz, hanem a „keresletet” képviselő szervezetekhez – juttatják. Az elosztás történhet létszámra, szükségletekkel súlyozva és/vagy az ellátás előzményeihez viszonyítva, vagy bekerülési költségekkel módosítva, és akár néhány teljesítménymutatóval kiegészítve. E modell egyik fajtája adott egészségi állapothoz (vagy diagnózishoz) rendelt csomagokat alkalmaz, vagy azok más szolgáltatási rendszerben egyenértékű megfelelőit, amelyek előírják azt az árat, amit a megbízó adott diagnózisú beteg vagy adott szükségletekkel rendelkező felhasználó ellátása esetén fizet a szolgáltatónak.

A megbízottak feladata a lakossági és az egyéni szükségletek felmérése, az ezek ellátására potenciálisan kész szolgáltatók beazonosítása, majd ezt követően valamilyen szerződéses kapcsolat kialakítása velük. A szolgáltatásokat a felhasználók számára a szolgáltatóktól lehet megvásárolni bármilyen típusú szerződéssel; több férőhelyet magában foglaló keretszerződéssel, egyenként vagy mennyiségarányos költség alapján. A szerződések tartalmazhatnak utalást külső nehézségek bekövetkeztével (pl. az infláció mértékével) előálló következményekre, és szabhatnak a gondozás minőségével vagy az elért eredménnyel kapcsolatos feltételeket. A szerződés időtartama fontos szempont, hiszen a szolgáltatónak elégséges biztonságra van szüksége ahhoz, hogy épületekbe és a személyzet fejlesztésébe ruházzon be, miközben a szolgáltatásvásárló rugalmasságot igényel. A szerződésekről meg lehet állapodni a gondozás hierarchikus rendszereiben vagy piacorientált struktúrákban, természetesen egy sor különböző működési – és talán teljesítményre ható – következménnyel. Szintén megfontolandó az is, hogy – a fogyatékos emberek ellátásának gyakran összetett modelljeivel kapcsolatban már leírtakra visszautalva – nem szükséges-e valamilyen közös megbízási forma például az egészségügyi ellátást, a szociális gondozást és a lakhatást biztosító szervezetekre kiterjedően.

Egy harmadik lehetőség a felhasználó által irányított gondozás, ami azt jelenti, hogy a szolgáltatásban részesülő vagy gondozója felelős a szükségletei alapján igényelt szolgáltatások megvásárlásáért, vagy a támogatás közvetlen felhasználásával, vagy közvetítő szervezeteken keresztül történő személyre szabott szolgáltatásvásárlással.

Végül van még egy megemlítené szempont, ami azzal kapcsolatos, hogy bizonyos köztámogatások jóléti juttatásként vagy szociális ellátásként jutnak el a fogyatékos emberekhez. Ezek kimutatott fogyatékoságuknak szólhatnak, és a magasabb életviteli (pl. közlekedési vagy fűtési) költségeiket ellensúlyozhatják; de kompenzálhatják a fogyatékos emberek magasabb munkanélküliségi szintjéből adódó kereseti veszteségeket is. Néhány országban léteznek a fogyatékos embereket gondozó személyeknek folyósított támogatások is.

Ha az egyének által igénybe vett minden támogatást és szolgáltatást ugyanaz a szervezet nyújtaná, akkor a támogatás megoldható lenne egyetlen költségvetésből. De még ilyen esetben is valószínűleg lennének egyes, más csatornákon támogatott szolgáltatások. A gyakorlatban a támogatási csatornák igen változatosak. Explicit vagy implicit módon a különböző csatornákat különböző ösztönzők jellemzik. A támogatások mindig bizonyos feltételekkel jutnak el a szolgáltatókhoz. Egyesek erősebben kitettek politikai befolyásoknak, mások az egyéni felhasználó befolyásának adnak nagyobb súlyt. Vannak rövid és hosszú távú megállapodások. És a dolgot tovább bonyolítja, hogy a fogyatékkal közösségben élők különböző szolgáltatóktól vesznek igénybe számos szolgáltatást, ami az ösztönzési struktúrák sokféleségéből adódóan járhat egymással ellentétes hatásokkal is. Tehát a különböző támogatási megoldások és az általuk bátorított vagy korlátozott szervezeti magatartások házasításából adódó komplexitás különösen nagy kihívást jelent.

Akadályok és segítség

A változatos ellátási modellek, az egészségügyi és szociális gondozás sokféle finanszírozási megoldásai, és az ezeket összekötő komplex támogatási csatornák hátterében el lehet különíteni a gondozás egyensúlyainak változását akadályozó és elősegítő tényezőket. „A bizonyítékok” című pontban (lásd később) ezeket az akadályozó és segítő

tényezőket tekintjük át a három (angol, német és olasz) esettanulmányból, valamint a szolgáltatásokat felhasználó csoportok (egészségügyi szolgáltatásokban részesülők, értelmi fogyatékkal, fizikai fogyatékkal vagy érzékszervi károsodással élők, fogyatékos gyermekek vagy időskori szükségletekkel gondozásra szoruló) tapasztalatai alapján. Hangsúlyozni kell, hogy kontextustól függően egyes tényezők éppúgy lehetnek akadályozók, mint amennyire előmozdítók is.

A legalapvetőbb szinten a fő támogató tényező egy széles *szakpolitikai keret* léte. Érdekes módon Európa számos országa még mindig nem alakított ki minden felhasználói csoportot lefedő formalizált politikákat. A Egészségügyi Világszervezet (WHO) számon tartja azokat az országokat, amelyeknek nincs formális mentális egészségügyi politikájuk. Az intézmények bezárására vonatkozó speciális terv is lényeges segítő tényezőt jelent. Azok az országok, amelyek anélkül akarják megváltoztatni az ellátások egyensúlyait, hogy megfelelő tervek készítésével kijelölnék az érintett területeket, és előremutatnának a jövő fejleményei irányába, egy sor problémát halmoznak fel maguk előtt. A siker egyik fontos összetevője a közösségi szolgáltatások révén elérhető helyzet (reális) felvázolása; számos intézményeket felszámoló politika azonban az egyéni felhasználók számára csak nagyon kevésbé ambiciózus terveket tartalmaz.

Egy ideális világban ezek a politikák és tervek teljes mértékben lefednék a szolgáltatások használói, családjaik (amennyiben a család figyelembevétele releváns) és a szélesebb társadalom (ismét, amennyiben ez releváns) igényeit. De a preferenciák egyaránt lehetnek akadályozó és támogató tényezők. Tanulmányok mutatták be például azt, hogy a tartósan intézeti ellátásban élők közül sokan nem akarnak közösségi elhelyezésbe kerülni – természetes módon tartanak az ismeretlentől –, de az az általános tapasztalat, hogy a költözést követően az emberek már maradni akarnak, és nem akarnak visszatérni a kórházba.

Mint már korábban említettük, azok a szakpolitikai törekvések, amelyek formálisan a tartós ellátási szükségletekkel élők gondozásának egyensúlyaival foglalkoztak, általában egy meghatározott egyensúly megteremtése érdekében léptek fel a viszonylagos eredményesség tapasztalatai és feltételezései alapján. Sokan úgy vélik például, hogy a tartós gondozási szükségletekkel élők életminőségét az intézményeken kívül hatékonyabban lehet javítani. Néhány országban az is tapasztalható volt, hogy a szakpolitikások az intézményi és a közösségi létesítmények komparatív költségeit illetően bizonyítékokra, vagy legalábbis feltételezésekre alapoztak. Az akadályozó és segítő tényezők újabb csoportja ezért a különböző létesítmények valós vagy feltételezett relatív költségeivel és eredményeivel kapcsolatos. Fontos különbséget tenni a valós vagy feltételezett különbségek között, mivel számos szakpolitika alapult rendkívül törékeny feltételezéseken, és a későbbi fejlemények aztán a feltételezéseket megalapozatlannak és indokolatlanul optimistának vagy pesszimistának mutatták. A későbbiekben részletesebben elemezzük a költségekkel és eredményekkel kapcsolatos bizonyítékokat.

A gondozás egyensúlyaiban való változtatás egyik legnagyobb akadálya a kínálati oldal feszültségeiben rejlik, s ezen belül is a legtartósabb és legnehezebb problémában, a megfelelően képzett személyzet hiányában (feltételezve – és ez is ellenőrizendő –, hogy a családok többnyire nem tudják a közvetlen gondozás súlyát viselni, vagy nem tudnak a gondozásra szoruló családtag minden szükségletének megfelelni). Ezeket a kínálati oldalú feszültségeket később szintén bemutatjuk, kezdve a családi szerepektől és az informális gondozás elérhetőségétől az emberi erő-

források, elsősorban a megfelelő személyzet alkalmazásának és képzésének problémáig. Léteznek egyéb megfontolandó kínálati feszültségek is, mint például a tőkeberuházás problémája.

Számos országban régebben az volt a gyakorlat, hogy a nagy intézményeket a városi területeken kívül helyezték el, ahol a föld olcsó volt, és rendelkezésre álltak épületek is, vagy azért, hogy elrejtse a szociális problémának tekintett embereket. Az intézmények köré idővel közösségek települtek, a legtöbben lakóként közvetlenül, mások csak gazdaságilag közvetett függésben tőlük. A nagy kórház az adott környéken az egyetlen fontosabb munkáltató volt. Az intézmények bezárása ezért komoly csapást mérhet az adott közösség gazdaságára, a szénbányák vagy nagy gyárak helyi gazdaságokat romba döntő bezárásaihoz hasonlóan. Ezzel szemben a fogyatékos embereket ellátó közösségi létesítmények fejlesztése természetesen értékes munkahelyteremtő program is lehet. A gondozás egyensúlyainak megváltoztatása útjában az egyik akadály tehát a helyi gazdaság lehet.

Mivel számos intézet már igen előregedett, és az évek folyamán hagyták is leromlani őket, ezért épületeik értéke manapság igen alacsony. Csekély az értékük más felhasználáshoz is: gazdasági kifejezéssel élve a használdozati költség, hogy például bármely tartós tartózkodásra használják ezeket az épületeket, ténylegesen alacsony. A változásnak egy további akadályát a lehetőségek megvalósításával összefüggő költségekkel kapcsolatos kérdéseket a közösségi létesítményekbe fektetett tőkeberuházás és a beruházás időzítése kapcsán még elemezni fogjuk.

A finanszírozási forrásokat a begyűjtő szervezettől (ami lehet a központi kormány adóbevételeket kezelő minisztériuma vagy a társadalombiztosítási alap) a szolgáltatóhoz eljuttató módszerek és eljárások különböző, a változást ösztönző vagy ellenősztönző hatást generálhatnak. Ezzel kapcsolatban fel szokott merülni az a kérdés is, hogy nem szükséges-e a finanszírozási forrásokat valamiképp megvédeni, a támogatásokat bekeríteni intézmények bezárásakor, hogy azok továbbra is a korábban megcélzott felhasználókat tudják szolgálni. Ezt a kérdést a 167. oldaltól tárgyaljuk.

A változatos támogatási csatornák által életre hívott ösztönzők és ellenősztönzők hatása és a költségvetések védelmének igénye a több forrásból történő finanszírozás rendszereiben még bonyolultabb. Mint már korábban megjegyeztük, a tartós gondozást igénylők közül sokan nemcsak az egészségügyi vagy a szociális szervezetektől igényelnek támogatást, hanem a lakhatás, a jövedelemtámogatás, az oktatás területén is vannak szükségleteik. A különböző finanszírozási források összehangolása nagy akadály lehet a változásnak. Ezzel a problémával kapcsolatos az a kihívás is, amit a néhány európai országban, így Angliában is terjedő „új menedzseri” politikák részeként a teljesítménymérés kapcsán jelentkezett. A teljesítménycélok ösztönözhetik a szolgáltatókat egyre jobb gyakorlatok meghonosítására, de lehetnek akadályai is a fejlődésnek.

Politikák és tervek

Ahogy már sokan megjegyezték, viszonylag könnyű bezárni egy intézményt, de jóval nehezebb helyettesíteni olyan helyi közösségekre alapozott intézkedések összehangolt rendszerével, amely a fogyatékos emberek által akart és igényelt lehetőséget és támogatást nyújtja. Az intézményi gondoskodás közösségivel való felváltásában a siker kulcseleme a nemzeti (és esetenként regionális) szakpolitikai keret és szolgáltatásoknak a jól felkészült közössé-

gekbe való áttérítésének részletes helyi tervei. Mindkét szinten a terveknek az emberek jövőjét illetően pozitív és reális képet kell felrajzolniuk. Természetesen gazdaságilag is megalapozottaknak kell lenniük; finanszírozási források lekötése nélküli politikák, források nélküli tervek csak megtévesztő optimizmust vagy politikai szemfényvesztést jelentenek.

A nemzetközi összefüggések

A nemzetközi keretrendszer és a különböző megállapodások a nemzeti szinten alakított szakpolitikák fontos hátterét szolgáltatják. A legtöbb európai országban a (tágra értelmezett) fogyatékos emberek nem élveznek ugyanolyan jogokat és lehetőségeket, mint a lakosság egésze. Az emberi jogok elsődleges nemzetközi forrásait és az önálló életvitellel való kapcsolatukat mutatja be a 12. táblázat (amit Parker [76], 2007 engedélyével közlünk). A fogyatékos emberek közül sokak jogai a deklarációk szerződéseiben megfogalmazott kötelező jellege ellenére sem élveznek védelmet.

Egyes speciális csoportokat illetően is léteznek nemzetközi deklarációk, mint például a mentális betegségekkel élők védelméről és a mentális gondozás javításáról szóló elvek deklarációja, amelyet 1991-ben fogadott el az ENSZ Közgyűlése, és amely a mentális gondozási szükségletekkel élők alapvető jogait és szabadságát rögzítette, és később kapcsolódott az 1996-os gazdasági, szociális és kulturális jogok deklarációjához. Ezek az elvek olyan témákban fogalmaznak meg álláspontokat, mint a mentális betegségek meghatározásának kritériumai, a titoktartás védelme, a gondozási szttenderdek, az intézményekben élők jogai és a forrásokkal való ellátás.

Európai szinten kiemelkedő jelentőségű a 46 országot tömörítő Európa Tanács által elfogadott Emberi Jogok és Alapvető Szabadságjogok Európai Konvenciója. Az Európai Uniónak számos statútuma, elve és irányelve – például az EU Szerződés 6. cikke vagy az Alapjogi Charta – is foglalkozik ezekkel a jogokkal. Az Európai Bizottságnak a mentális egészséggel foglalkozó 2005-ös Zöld Könyve az emberi jogokat helyezte javaslatának középpontjába, amit összekötött a tisztelet biztosításának igényével, a stigmatizálás és a megkülönböztetés elleni fellépéssel, az egyenlőség és a társadalmi befogadás előmozdításával és a döntésekben való részvétel bátorításával. A közösségi gondoskodás fejlesztése alapvető volt a javaslatban. A Zöld Könyv az európai egészségügyi miniszterek Helsinkiben tartott találkozásának 2005-ös deklarációjára épült (WHO, „Mentális egészség európai deklarációja”; „Megoldások építése szemben a kihívásokkal”). A mentális egészség terén az uniós stratégia célja, hogy támogassa az önállóan fellépő tagállamok tevékenységét.

Természetesen ezeknek a deklarációknak és elveknek egyike se ér sokat, ha nem alkalmazzák őket, és be nem tartásuk csak nagyon enyhe szankciót von maga után. A rácsos ágy, a vegyi fegyelmelés, magánzárka, fizikai és szexuális abúzus, túlsúlyosság, érzéstelenítés nélküli elektrosokkos terápia, izomlazítók, amelyek Európában több intézményben továbbra is jellemzőek, nyilvánvalóan ellentétesek a nemzetközileg elismert elvekkel. Bár számos akadály torzysul azok előtt, akik jogaik megsértése miatt panasszal akarnak élni, de az Emberi Jogok Európai Konvenciójának hatálya alatt panaszaikkal az Emberi Jogok Európai Bíróságához fordulhatnak.

Egy szinttel lejjebb, a nemzeti szinten az a lényeges kérdés, hogy létezik-e a mentális problémákkal, az értelmi fogyatékkal, a fizikai vagy érzékszervi károsodással élők kezelésével és gondozásával kapcsolatos szakpolitika. S ezen belül van-e olyan nemzeti (és esetleg regionális és helyi szintre lebontott) szakpolitika, amely az intézményi és közösségi létesítményekben nyújtott ellátások közti egyensúly megváltoztatására irányul? Ilyen célirányos politika nélkül nem valószínű, hogy jelentős elmozdulás történik a gondozás egyensúlyaiban, és még kevésbé valószínű, hogy a végbemenő változások strukturáltak, összehangoltak és a felhasználók jóllétét illetően végső soron sikeresek lesznek.

A három országtanulmányban részletesen leírt nemzeti szakpolitikai kezdeményezések közül megemlíten-dők az olasz pszichiátriai kórházakat bezáró 180-as törvény (1978), a németországi közösségi szolgáltatások fejlesztésének céljait kitűző Szakértői Bizottság (1988) és Anglia esetében a mentális problémákkal élők és az időskorúak Nemzeti Szolgáltatási Keretrendszere, valamint az értelmi fogyatékos emberekkel kapcsolatos Fehér Könyv, a „Valuing People – Megbecsülni az embereket”. Az Egészségügyi Világszervezet szerint a mentális egész-séggel kapcsolatos nemzeti politika kialakítása elengedhetetlen a közfigyelem felkeltése és a források biztosítá-sa szempontjából. Ugyanakkor arra is felhívják a figyelmet, hogy ennek a politikának korszerűnek és széles kör-ben elismertnek kell lennie, kellően széles alapokra kell építenie, hogy akcióival a fogyatékos emberek sokféle szükségleteit ki tudja elégíteni, és meg is kell valósítani (miközben mindhárom országból vannak tapasztalatok a végrehajtás régióként és helyi szinteken eltérő különbségeit illetően). Lényeges az is, hogy e szakpolitikát az általa érintett emberekkel konzultálva alakítsák ki.

12. táblázat: Nemzetközi emberi jogok és önálló életvitel

Eszköz	Fontossága az önálló életvitel szempontjából
Emberi Jogok Egyetemes Nyilatkozata, 1948	<i>Civil és politikai jogok sora, gazdasági, szociális és kulturális jogok, mint például: az élethez és szabadsághoz való jog, a házassághoz és családalapításhoz való jog, a munkához való jog és megfelelő életszínvonal joga.</i> 1. cikk: „Minden emberi lény szabadnak, egyenlő méltósággal és jogokkal születik...”
Polgári és Politikai Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (ENSZ, 1966)	<i>Tartalmazza: az élethez, a szabadsághoz, a házassághoz és a családalapításhoz való jogokat, a közügyekben való részvétel jogát, a választás jogát. Az egyenlőség alapelve megvalósításáért: „az államoknak időnként megerősítő akciókat kell alkalmazniuk annak érdekében, hogy csökkentsék vagy megszüntessék azokat a feltételeket, amelyek okozzák vagy terjesztik a diszkriminációt”.⁽¹⁾</i>

folytatódik

Eszköz	Fontossága az önálló életvitel szempontjából
Gazdasági, Szociális és Kulturális Jogok Nemzetközi Egyezségokmánya (ENSZ, 1966)	<i>Tartalmazza: a munkához való jogot, annak a jogát, hogy mindenki a testi és lelki egészség elérhető legmagasabb szintjét élvezze. A fogyatékos emberekkel kapcsolatban a kötelezettsége az, hogy „pozitív akciókkal kell segíteni a strukturális hátrányok leküzdését, és megadni a megfelelő kezelést, hogy a teljes társadalmi részvételük és társadalmon belüli egyenlőségük megvalósuljon”.⁽²⁾</i>
Egyezmény a Gyermekek Jogairól (ENSZ, 1989)	<i>23. cikk: elismerése annak, hogy a fogyatékos gyermekeknek „teljes és rendezett életet kell élniük, olyan körülmények között, amelyek biztosítják emberi méltóságukat, előmozdítják önállóságukat és a közösségi életben való tevékeny részvételüket”.</i>
A fogyatékos személyek jogairól szóló egyezmény (ENSZ, 2006 – nem teljes körben életbe léptetett)	<i>A 3. cikk az általános alapelveket sorolja fel, köztük: „az emberrel született méltóság, az egyéni autonómia tisztelete, beleértve az önálló döntéshozatal szabadságát és a személyek függetlenségét”. A 19. cikk elismeri, hogy „a fogyatékos személyeknek másokkal azonos joguk van lakóhelyüknek és annak megválasztására, hogy hol és kivel élnek...”.</i>
A fogyatékos személyek esélyegyenlőségének alapvető szabályai (ENSZ, 1990)	<i>Központi témája a részvétel. A részvétel előfeltételei tartalmazzák annak szükségességét, hogy „biztosítsák a támogató szolgáltatások fejlesztését és nyújtását, beleértve a segítséget ahhoz, hogy a mindennapi életben önállóságuk fokozódjon, és hogy gyakorolják jogaikat” (4. szabály). A részvétel célterületei tartalmazzák az oktatást (6. szabály), a foglalkoztatást (7. szabály) és a családi életet, valamint az egyéni integritást (9. szabály). Az államok „felelősek azért, hogy megteremtsék a fogyatékos személyek teljes részvételét és egyenlőségét biztosító intézkedések törvényi alapját”.</i>
Az Emberi Jogok Európai Egyezménye, 1950	<i>Olyan polgári és politikai jogokat tartalmaz, mint a szabadság, a magánélet és családi élet joga, a házasság és a családalapítás joga. Adott körülmények között a kötelezettségek meghaladják a jogokat sértő magatartástól való tartózkodás követelményét, és az államoktól pozitív akciókat várnak el ezen jogok védelme érdekében, például a fogyatékos emberek saját otthonukban való gondozása terén.</i>

folytatódik

Eszköz	Fontossága az önálló életvitel szempontjából
Európai Szociális Karta, 1960 (átdolgozott Karta, 1996)	Tartalmazza: a munkához való jogot, a tisztességes keresettséghez való jogot, a szakmai képzés jogát és a családok szociális, jogi és gazdasági védelmének jogát. A 15. cikk arról rendelkezik, hogy biztosítják „a fizikailag vagy szellemileg fogyatékos személyek szakmai képzésre, rehabilitációra és újrabeilleszkedésre való jogának tényleges megvalósulását...” Az átdolgozott Karta 15. cikkének megfogalmazása ennél sokkal határozottabb: „A fizikailag vagy szellemileg fogyatékos személyek szakmai képzéshez, a rehabilitációhoz és a társadalomba történő újrabeilleszkedéshez való joga.”
Az Európai Unió Alapjogi Kartája, 2000	26. cikk: „Az Unió elismeri és tiszteletben tartja a fogyatékos személyek jogát az önállóságuk, társadalmi és foglalkozási befogadásuk, valamint a közösség életében való részvételük biztosítását célzó intézkedésekre.”

Megjegyzések:

(1) PPJNE, General Comment 18./1989. 37. ülészak

(2) GSZKJNE, General Comment 5./Persons with disabilities, 1994. 11. ülészak

Bezárási és fejlesztési tervek

A nemzetközi és nemzeti kontextusból a helyi szintek felé haladva azt látjuk kulcskérdésnek, hogy van-e az intézet vagy más intézmény bezárására vonatkozó terv. Egy ilyen terv (ha jól kialakított) hosszú távú stratégiát nyújt a bentlakók kiköltözéséhez, a személyzet újraalkalmazásához, a finanszírozás átalakításához és a megfelelő közösségi szolgáltatások kifejlesztéséhez. Terv nélkül is be lehet természetesen zárni egy kórházat, de a későbbiekben előjönnek majd a hibák. Olaszországban például a 180-as törvény fontos reformokat vezetett be, de a folyamatnak nem volt központi koordinációja, ráhagyták a regionális kormányzatokra az alkalmazásához szükséges, igen különböző erőforrások biztosítását, ami például az egyik intézetből másikba kerülés különböző formáihoz vezetett. Hasonlóképpen, a tartós ellátást nyújtó angliai intézetek bezárása is a támogató és helyettesítő szolgáltatások fejlesztésének igen eltérő helyi válaszait váltotta ki.

Az intézménybezárás és a jobb, közösségre alapozott szolgáltatásfejlesztés részletes helyi terveinek számos dimenzióra kell kiterjedniük, és tartalmazniuk kell az alábbiakat:

- az emberek egyik létesítményből a másikba való átköltöztetésének reális időrendje, ami teljes mértékben figyelembe veszi az egyéni szükségleteket és igényeket (amit még szükségszerűen az intézeteknek kell értékelniük, de már a külső, közösségi élettel kapcsolatban). Egyesek hosszabb időt is igényelhetnek a korábbi életük nagy részének színteréül szolgáló intézetből való kiköltözéshez;
- reális időrend ahhoz, hogy a támogatások (köztük – ha szükséges – az egészségügyi) átirányíthatók legyenek a intézettől a helyi közösségek költségvetésébe;

- reális időrend a személyzet újraalkalmazásához, figyelembe véve a preferenciákat, a foglalkoztatási szabályozást és a más környezetben végzendő munkához szükséges képzettségigényt;
- egy sor közösségi létesítmény és szolgáltatás fejlesztésének megalapozott (épületet és személyzetet illető) tervei, amelyek tiszteletben tartják az egyének választásait, de tekintettel vannak a rendelkezésre álló erőforrásokra is;
- a intézet vagy más épületek eladására vonatkozó tervek, amelyek révén a bevétel az új, közösségi létesítményekbe fektethető;
- a közösségi szolgáltatásokba való kezdeti beruházások támogatása – még mielőtt az intézményekben lakók számának csökkentéséből, majd a létesítmény eladásából bármi bevétel származna –, hogy a szolgáltatások áttelepítése előtt már biztosíthatók legyenek a működési keretek és a személyzet;
- teljes körű tájékoztatás a családoknak (ahol még megvan a kapcsolatuk a szolgáltatások felhasználóival), amelynek során fontos a családok és a szolgáltatásokat használó egyének preferenciái közötti egyensúly gondos kialakítása;
- a helyi közösség felkészítése, különös tekintettel a helyi gondozással kapcsolatos negatív beállítottságokra;
- legfőképpen a változásban érintettek tájékoztatása jövőbeli lehetőségeikről, bevonásuk a megfelelő tájékoztatáson alapuló döntések meghozatalába.

Az elképzelt jövő

A szakpolitikákkal és tervekkel kapcsolatos viták kapcsán meg kell említeni az előrelátás, a „vízió” kérdését is. Számos ország tapasztalata mutatja, hogy kiábrándítóan hiányzik annak átgondolása, hogy mi érhető el a közösségi keretek között, miközben gyakran kapnak hangot az egyének teljesen vagy részben önálló életvitelre való képességeivel kapcsolatos pesszimista nézetek. Természetesen a tartósan intézetben élők közül sokan „hospitalizálódtak”, és elvesztették a felvételük előtt még esetleg létező életviteli készségeiket. Ezért nehéz a távoli és egysíkú, valóságtól elzárt intézményekben élők jövő szükségleteit és készségeit értékelni, hiszen az adott korlátok közé zárva nem sok alkalmuk volt önkifejezésre vagy önállóságra. Következésképpen – és a nem szükségszerű kockázatok elkerülésének vágya hatására – kialakult egy olyan tendencia, hogy az embereket az intézményekből a szükségesnél még több személyzettel ellátott létesítményekbe költöztetik.

Preferenciák

Az alapos helyi terveknek az érintettekkel, leginkább nyilvánvalóan a szolgáltatások felhasználóival való széles körű konzultációkra is ki kell terjedniük. A felhasználók preferenciái egyaránt jelenthetnek akadályozó és támogató tényezőket. Ugyanez lehet érvényes a családok és a tágabb társadalom preferenciái esetében is. A intézetlakók például gyakran nem akarják elhagyni az intézményt, de amikor már gyökeret eresztettek a közösségben, nem akarnak visszamenni. A családok gyakran aggódnak a tartós ellátás nyújtó intézet védett környezetéből a közösségek ismeretlen veszélyei közé költöző fogyatékos családtagjaikért (különösen, amikor a közösségek vagy egyes tagjaik ellenséges magatartást tanúsítanak a fogyatékosággal és a fogyatékos emberek szomszédságukba költöztetett

létesítményeivel szemben, ami jobban érzékelhető volt Angliában, mint Németországban és Olaszországban). Ilyen negatív magatartások vezettek el az „átintézményesülés” jelenségéhez, amikor a régi angol és más egyesült királyságbeli „szellemi fogyatékos intézetek” értelmi fogyatékos bentlakóit faluszerű közösségekbe, vagy az intenzív mentális gondozási szükségletekkel élőket a pszichiátriai kórházakból védett környezetbe költöztették.

A társadalmi preferenciák fontosak azok miatt az utak és módok miatt, ahogy az intézetbezárásokról esetenként döntő, választott politikusok beállítottságait befolyásolják. Igen erőteljesen hathatnak a számos fogyatéktypust és következményeit illetően (a veszélyességüket illető eltúlzott aggodalmakat is beleértve), s így az intézménybezárásokkal és a fogyatékos emberek „mindennapi” közösségekbe való integrálásával kapcsolatban is szélesebb körben meggyökeresedett nézetek. Hasonló hatást gyakorolhatnak az időnként negatív és rövidlátó szakmai szolgáltatók véleményei is. Az ilyen társadalmi preferenciák, bár önmagukban nem szükségszerűen akadályozó/előmozdító tényezők, de mindenképpen gazdasági következményekkel járnak. A legnyilvánvalóbb ilyen következmény az a nyomás, amely igencsak korlátozó, s ezért igen költséges környezetek (mint az angliai közepesen védett egységek) létrehozására irányul, és az az ellenállás, amely a fogyatékos emberek döntési jogainak növelését és egyéni költségvetésük kialakítását célzó szándékok (pl. Angliában a személyközpontú tervezés, közvetlen kifizetések és a személyes költségvetések) ellenében nyilvánul meg. Ezzel szemben hagynák az embereket a hagyományos és paternalista gondozási rendszerben, amelynek működtetése a bizonyítékok szerint költségesebb.

Tanulás és adaptálás

Az intézmények helyébe lépő közösségi szolgáltatásfejlesztés terveivel kapcsolatos utolsó megjegyzés azzal kapcsolatos, hogy a kezdeti tervek rendszerint módosulnak, hiszen a tapasztalatok és az ismeretek az átmenet során keletkeznek és gazdagodnak. A folyamat elején a tervek gyakran a teljes tudatlanság és tapasztalatlanság körülményei közepette születnek. Ebből adódóan gyakran konzervatívabbak, mint lenniük kéne, és változniuk kell, ahogy a döntéshozók egyre jobban értik, miként tudnak sikeres szolgáltatásokat létrehozni a helyi közösségben. Az első javaslat például az angliai Darenth Park kórház bezárásakor új, kisebb létesítmények létrehozását célozta [58]. Ahogy azonban néhány közönséges lakókörnyezetben élő számára sikeresen kifejlődtek a szolgáltatások, a tervet a közösségi szolgáltatás teljes körű kiterjesztése mellett döntve elvetették. Addigra az első négy új létesítményt már nemcsak megtervezték, de meg is építették (bár kisebbre, mint az eredeti tervekben). Húsz évvel később ezeket a kisebb intézményeket már hibának tekintik, és bezárják.

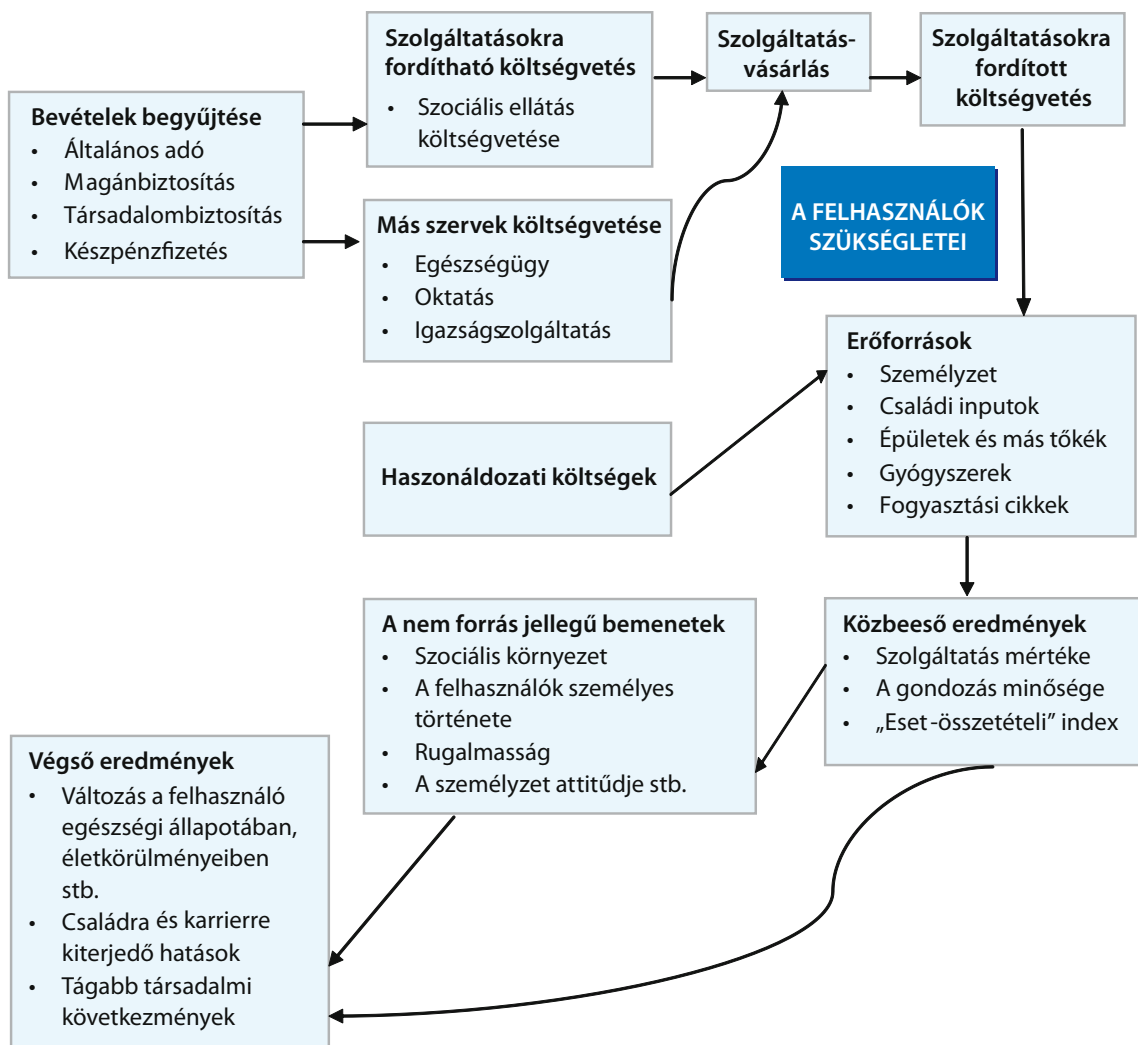
Költségek, szükségletek és eredmények

A jólét előállítása

A fogyatékos emberek gondozásának változtatása mellett szóló gazdasági lehetőségek és következmények megfontolása során lényeges, hogy a vitákban és a döntések meghozatalánál ne csak a költségekre alapozzanak, hanem a költségek, szükségletek és eredmények közötti összefüggésekre. Ezért hasznos lehet, ha a tapasztalatokat és a

gyakorlati, valamint a szakpolitikai következményeket megvitatásuk során megfelelő konceptuális keretbe illesztik. Az 1. ábrán – a jólét előállítását illusztráló keretben [77, 78] – leegyszerűsítve látható az a milliárdnyi kapcsolat, ami a költségvetések, a személyzet és más bérelt vagy megvásárolt erőforrások, valamint az ezek révén teremtett szolgáltatások és az egészségbeli, magatartási és életviteli minőségekben – a felhasználók, családjaik és a tágabb társadalom számára egyaránt – megtestesülő eredmények között fennállnak. Ez a keret segíti a rendelkezésre álló bizonyítékok értelmezését és a döntéshozók előtt álló problémák beazonosítását.

1. *ábra*: A „jólét előállításának” kerete



Az ábra az alábbi elemek közötti összefüggéseket szemlélteti:

- az egyének gondozásra és támogatásra irányuló szükségleteit, amelyeket a nemzeti és helyi fejlesztési politikák, a megállapított szolgáltatási célok és a felhasználók, valamint más érdekelték véleménye alapján határoznak meg;
- a leginkább személyzetet, fizikai tőkét, gyógyítást és más javakat jelentő forrásberuházás a jobb egészségi állapot és életminőség eléréséhez;
- ezeknek a forrásoknak a költségei pénzben kifejezve;
- a szolgáltatásoknak a források kombinálásával elérhető mennyisége és minősége (esetleg a felhasználók szükségletei és más jellemzői szerinti súlyozásban), amit közbeeső eredménynek lehet nevezni;
- a végső eredmények, amelyek a megelőzéstől, a kezeléstől és a gondozástól kezdve főként a szolgáltatásokat igénybe vevőknél jelentkeznek, a tünetek enyhüléséig, a magatartásokban elért változásokig, a jobb személyes és társas működésig, a (családokra is kiterjedő) jobb életminőségig, amelyeknek még tágabb társadalmi következményei is lehetnek;
- a nem forrás jellegű inputok, amelyeknek nincs beazonosítható költsége (hiszen nem közvetlenül piaciak), de amelyek a felhasználóknál jelentkező eredményekre hatással vannak, és amelyek a forrásfelhasználás befolyását közvetítik. A példák a gondozási környezetet körülvevő társadalmi hangulattól, a felhasználó személyes múltjáig (korábbi kezelési/gondozási tapasztalataiig) és a személyzet beállítottságáig terjednek;
- szolgáltatásvásárlási vagy finanszírozási kapcsolatok a költségek (vagy költségvetések) és közvetítő eredmények (a szolgáltatások) között; és
- a bevételek összegyűjtése, amit az Egészségügyi Világszervezet [79] úgy határoz meg, mint „a háztartásoktól és szervezetektől, vállalatoktól, valamint adakozóktól az egészségügybe pénzt áramoltató folyamatot”.

Ez a „jólét előállítási” folyamat mutatja, hogy a gondozási rendszernek az egészségi és életviteli minőség javításában elért sikere az erőforrások és az általuk nyújtott szolgáltatások mennyiségének és alkalmazási módjának vegyítésén múlik, ami viszont függ a különböző finanszírozási és szolgáltatásvásárlási csatornákon elérhetővé tett pénzeszközöktől.

Az, hogy mit sorolunk az eredmények (vagy végső eredmények) kategóriájába, függ attól, hogy mely csoportok gondozását vizsgáljuk – a mentális egészségügyi problémákkal élők esetében a tünetek javulását és a személyes működőképességet, az értelmi fogyatékos emberek esetében a magatartást és az önállóságot kellene valószínűleg figyelembe venni. Az életminőség mérlegelése minden felhasználói csoport esetében szükséges az eredmények megítélése során.

Az erőforrások befektetését és költségeit igen tágan, több dimenzióban kell mérlegelni, a következő bontásban:

- a vezető szolgáltató által nyújtott szolgáltatások költségei (pl. az egészségügyi rendszer által nyújtott, mentális egészséget támogató szolgáltatások), ezek az ún. közvetlen költségek;
- a többi szolgáltató által nyújtott szolgáltatások költségei (pl. a szociális jóléti rendszer által nyújtott mentális szolgáltatások), ezek az ún. közvetett költségek;
- a családok és más informális gondozók támogatásának költségei, ezeket hívják közvetett költségeknek, de rejtett költségeknek is;

- a kiesett lehetőségek költségei (pl. amikor a gondozóknak fel kell adniuk munkájukat, és jövedelmet veszítenek), ezek is közvetett vagy rejtett költségek;
- köznap értelemben vett „költségek”, ami ki nem elégített szükségletre vagy teherre utal (pl. a gondozással járó stressz költségei). Az ilyeneket immateriális költségeknek szokták nevezni.

A költségek, szükségletek és eredmények kulcskérdései

Mit kell tudniuk a döntéshozóknak, amikor az intézmények és a közösségi szolgáltatások relatív gazdasági költségeit mérlegelik? Lényegében a következő négy kulcskérdésre kell tudniuk választ adni:

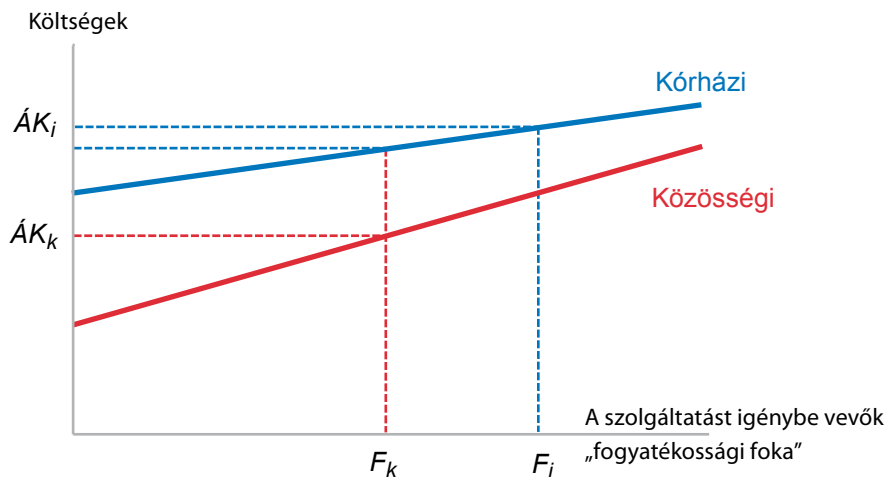
- A) kérdés:** A közösségi gondozás mai költségei alacsonyabbak-e, mint az intézményi gondozásé?
- B) kérdés:** A több klinikai, szociális és magatartási problémával, s ezért nagyobb szükségletekkel élők közösségi és intézményi költségei magasabbak-e?
- C) kérdés:** Hasonló ellátási szükséglettel bírókat összehasonlítva a közösségi ellátás költsége alacsonyabb-e az intézeti ellátás költségénél?
- D) kérdés:** Amennyiben a közösségi ellátás költségesebb az intézeti ellátásnál, jelenhet-e ez magasabb költség-hatékonyságot? Azaz a felhasználók és családjaik számára elért eredmények megérik-e a többletköltséget?

A kérdések mögött meghúzódó hipotézist illusztrálja a következő diagram (2. ábra).

A 2. ábrán a két lassan felfelé emelkedő vonal a (jelenleg feltételezett) költségek és az egyének klinikai, szociális és magatartási jellemzői (röviden: fogyatékosági fok) közti viszonyt fejezi ki, az egyik egy intézményben (itt: tartósan kórházban) gondozott személy, a másik egy közösségben ellátott személy esetében. A vízszintes tengelyen jobbra történő elmozdulás a fogyatékoság súlyosbodását jelzi, a függőleges tengely mentén pedig a költségek emelkedését. Az itt megrajzolt két vonal emelkedéséből az látható, hogy a költségek mindkét esetben pozitívan korrelálnak. A B) kérdés tárgya, hogy megalapozott-e ez a feltételezés. A két vonal helyzete és alakja arra is utal, hogy hasonlókat összehasonlítva a kórházi ellátás költségesebb, mint a közösségi, bármekkora is legyen a mentális probléma súlyossága vagy a függőség foka, ami a C) kérdés tárgya.

F_k és F_i a közösségi és a kórházi ellátásban részesülők fogyatékosági szintjeinek átlagát mutatja. Feltételezhető, hogy a fogyatékoság átlagos foka a kórházban ellátottak esetében magasabb, mint a közösségben ellátottak esetében. Erre bizonyosság például Lelliot és munkatársai [65] elemzése az angliai mentális gondozásról. Az $\bar{A}K_i$ (átlagköltség/intézmény) és az $\bar{A}K_k$ (átlagköltség/közösség) a kórházi (intézményi) és a közösségi költségek megfigyelt átlagai, amelybe a lakhatásra szolgáló létesítmény és a nem létesítményhez kötött költségek egyaránt beszámítottak.

2. ábra: Költségek és fogyatékoság kórházban és közösségben



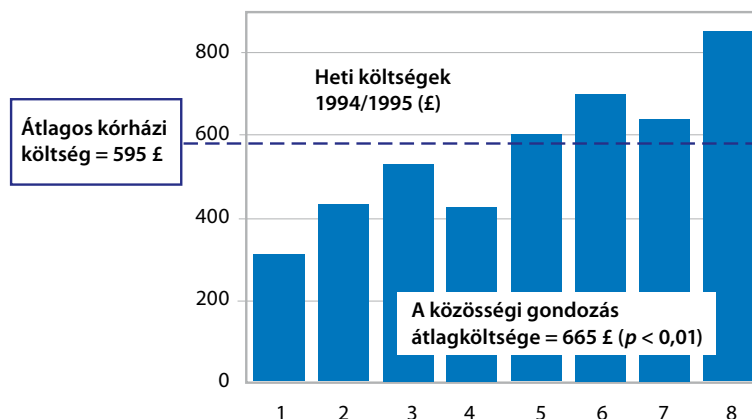
Megjegyzések: $\bar{A}K_i$ – intézmény/kórházi átlagköltség; $\bar{A}K_k$ – közösségi átlagköltség;
 F_k – fogyatékkal közösségben élő; F_i – fogyatékkal intézményben, kórházban élő.

Az A) és a C) kérdések közti különbségtétel oka abból fakad, hogy a létesítmények és a szolgáltatások számos lényeges kérdésben különböznek, és az emberek nem véletlenszerűen oszlanak meg a szolgáltatások között. Szükségeik és preferenciáik szerint kell (vagy kellene) szolgáltatásokban részesülniük. Hasonlóképpen, a személyzet sem véletlenszerűen oszlik el: aszerint alkalmazzák őket, hogy a szervezetek milyen szükségletekhez keresnek képzettségeket. A bezárásra ítélt kórházak vagy más intézmények nem véletlen eloszlásban helyezik át az embereket a közösségi létesítményekbe, hanem gondosan választják ki és helyezik el őket, vagy legalábbis így kellene eljárniuk [80, 81]. Más szóval, az átalakulások nem véletlenszerű eloszlásban (randomizáltan) mennek végbe; az emberek csoportjai a két különböző ellátástípusban nem lehetnek azonosak sem szükségleteiket, sem más, a költségekre és eredményekre hatással bíró jellemzőiket illetően. Ha viszont a két különböző létesítménytípusban nem azonos a populáció, akkor a kutatásnak kell kiigazítania a különbségeket az összehasonlítás érdekében. Klinikai kutatásokban ezt randomizált kontrollcsoportos próbával végzik, de bizonyos körülmények közepette – mint a gondozási egyensúlyok megváltoztatásának következményeire irányuló vizsgálat során – ez a módszer nem használható, sőt etikátlan is lehet. Másik lehetőség a gyűjtött adatok kvázikísérleti „megfeleltetése” vagy statisztikai kiigazítása.

A 3. ábra azoknak az adataival szemlélteti a költségeket, akik az észak-londoni Friern Kórház bezárásának az 1980-as években [82] közzétett tervét követően költöztek ki ebből az intézményből. Amikor a közösségbe költözésük után egy évvel meginterjúvolták őket, akkor ellátásukról és az általuk használt szolgáltatásokról gyűjtöttek adatokat, amiket aztán beáraztak. Ha áttekintjük a nyolc évig tartó kórházbezárás alatt a Friern elhagyó éves kohorszokat, nyilvánvaló, hogy a bentlakókat nem véletlenszerűen választották ki a kiköltözésre. Valójában az első évekbeli kiköltözők önállóbbak (kevesebb vagy enyhébb fogyatékoságú emberek) voltak, kevesebb támogatást igényeltek, kevesebb közösségi szolgáltatást vettek igénybe, így költségeik is alacsonyabbak voltak.

Az A)–C) kérdések megfogalmazása azért szükséges, mert az ezekre adott válaszok jelzik a döntéshozóknak, hogy mi várható az összkiadások és a költségek alakulása terén a gondozás egyensúlyainak módosításától. A D) kérdés ennél tovább megy, és az eredmények kérdését is felveti. Egyes szakpolitikák inkább a költségek alakulására alapoznak, mások viszont az eredményekre helyezik a hangsúlyt. A helyes eljárás, ha a „jólét előállításának” mindkét oldalát egyaránt figyelembe veszik.

3. ábra: A Friern Kórház bezárása: a kiköltözők évenkénti kohorszainak közösségi szolgáltatási költsége (£)



Hogyan érhető ez el? A költséghatékonysági érvelés a következőkön alapul:

- Ha a közösségi szolgáltatás lényegesen eredményesebb, mint a kórházi gondozás, és ha egyúttal lényegesen olcsóbb is, akkor ezen a költség/eredmény (hatékonyság) alapon nem lehet kétséges az ellátások közötti egyensúly megváltoztatásának kívánatossága.
- Ha viszont a közösségi gondozás lényegesen eredményesebb, de egyúttal jóval költségesebb, akkor a döntést azon az alapon kell meghozni, hogy a jobb eredmények feljogosítanak-e adott embercsoport több pénzzel való támogatására. A döntéshozót meg kell győzni arról, hogy a közösségi szolgáltatásokba annál többet kell beruházni, mint amennyi az intézmények bezárásával megtakarítható, mégpedig azon az alapon, hogy az érintettek életminőségében akkora javulás érhető el, ami megéri ezt a többletkiadást.
- Ha a közösségi gondozás kevésbé eredményes, de költségesebb, mint a kórházi, akkor az ellátás egyensúlyainak módosítása az utóbbitól az előbbi irányába nem alapul gazdasági megfontoláson, ami nem jelenti azt, hogy más hathatós okai ne lennének egy ilyen irányú változásnak.
- Végül, ha a közösségi gondozás kevésbé eredményes, de kevesebbe is kerül, mint a kórházi, akkor a csekély költségmegtakarítás némi alappal szolgálhat a kórházi ellátástól a közösségi irányába történő elmozduláshoz, de a szolgáltatások felhasználóinak életkörülményei rosszabbodnának, és egy ilyen megoldás támogatása súlyos morális és más problémákat vetne fel.

A bizonyítékok

Mit mondanak a bizonyítékok? A fentiek alapján milyen válaszokat lehet adni az A)–D) kérdésekre? Itt a három esettanulmányból, Anglia, Németország és Olaszország tapasztalataiból származó bizonyítékokat mutatjuk be. Angliából jóval több empirikus tapasztalat áll rendelkezésre, mint a másik két országból. Ugyanakkor nincs ok azt feltételezni, hogy az országok különböznenek a levont következtetéseket illetően. A bizonyítékokat a szolgáltatások felhasználóinak következő három csoportjára nézve vizsgáltuk:

- a mentális segítő szolgáltatások felhasználói,
- az értelmi fogyatékos emberek,
- a fizikai és érzékszervi károsodással élők.

A rendelkezésre álló gazdasági bizonyítékok nem azonos mértékben oszlanak meg e három csoport tekintetében. Jóval több a tapasztalat a mentális egészségi szükségletekkel élőkkel kapcsolatban, és kellően sok az értelmi fogyatékos emberekre vonatkozóan is. A gyermekeknek és az időskorúaknak nyújtott szolgáltatások működésébe is volt némi betekintése a kutatásnak, de viszonylag kevés a gazdasági tapasztalat az e csoportokat szolgáló ellátások közötti egyensúlyokat illetően.

Mentális egészségügyi szolgáltatások

A mentális egészségi szükségletekkel rendelkezőknek nyújtott szolgáltatások terén a rendelkezésre álló bizonyítékok több kategóriába sorolhatók:

- a kórházi és a közösségi ellátást adott időpontban keresztmetszetileg összehasonlító tanulmányok;
- a kórházbezárást vizsgáló, a pszichiátriai kórházi bentlakás után a közösségben új életet kezdő személyek követésére épülő kutatások;
- az otthoni gondozás intenzívebb vagy jobban célzott támogatásával a kórházi felvételtől az embereket elterelni akaró szolgáltatási modellekről szóló tanulmányok;
- a különböző szolgáltatótípusok, különösen az állami versus nem kormányzati ellátók közötti különbségeket bemutató tanulmányok;
- a költségvariációk elemzései.

Ahogy korábban jeleztük, az alábbi elemzés főleg Angliából származó bizonyítékokon alapul. Bár léteznek hasznos tanulmányok Olaszországból és Németországból is, ezeknek mind a mennyisége, mind az érvényességi köre jóval korlátozottabb. Az olasz esetben ez az időzítésből is adódik, hiszen az 1980-as éveket megelőzően az egész világon jóformán semmilyen kutatás nem volt a mentális egészségi szolgáltatások gazdasági vonatkozásairól, s mikor az ilyen munkák elkezdődtek, addigra a legtöbb pszichiátriai kórház már be is zárt Olaszországban.

Keresztmetszeti összehasonlítások

A legátfogóbb keresztmetszeti elemzést ezen a területen az 1990-es évek közepén Anglia és Wales nyolc körzetében, majd a 2000-es években Olaszország egészére kiterjedően végezték. Az angliai és a walesi kutatás majdnem

400 helyi közösség lakhatási létesítményeire és pszichiátriai bentlakásos egységeire [65, 83, 84] terjedt ki. Ez az A)–C) kérdésekre ad közvetlen választ.

Mielőtt a különböző létesítményekben élők jellemzőinek különbségeit kiigazították volna, a kórházi ellátás költségei lényegesen nagyobbak voltak, mint a közösségi elhelyezésben való gondozás költségei [83]. Ez az összehasonlítás az A) kérdést célozza. A kórházi pszichiátriai kezelés láthatóan magas költségei magyarázzák azt az érdeklődést, ami a kórházi szolgáltatásoknak a közösségi alternatívák javára történő csökkentése iránt Angliában és más országokban megnyilvánul [85, 86].

De ahogy korábban megjegyeztük, a gondozást a hasonlók összehasonlításával kell vizsgálni. A B) kérdés megválaszolásához többszörös regressziós elemzéseket végeztek. Többek között ezekkel lehetett tesztelni, hogy az egyének gondozási költségei összefüggnek-e:

- a demográfiai és helyzeti jellemzőkkel (kor, nem, etnikum, családi állapot);
- korábbi életkörülményekkel (a kórházi felvétel előtti lakókörülményekkel);
- korábbi pszichiátriai szolgáltatások történetével, különös tekintettel a kórházi kezelésekre;
- tünetekkel, napi életviteli készségekkel, társas interakciókkal és egyéb segítséget igénylő jellemzőkkel;
- az aktuális jogi státusszal (mentális egészség törvény – Mental Health Act – alapján).

Az egyének közötti költségek megfigyelt varianciájának 11–45 százalékát magyarázzák statisztikailag a bentlakók jellemzőinek különbségei. Számos pozitív összefüggés volt található a mentális tünetek és a költségek között. Ugyanakkor volt néhány jelentős negatív összefüggés is, például az agresszív magatartás és a napi életvitel tekintében, ami váratlan volt, hiszen az ellátási rendszer számos erőforrást szánt a szükségletek kielégítésére. A változók közötti nagyon erős lineáris összefüggések vagy a tesztek igen nagy száma magyarázhatják ezeket a „nem várt” korrelációkat [87].

E tanulmány adatai alapján a C) kérdést nem lehet átfogóan megválaszolni, és a következtetések szélesebb kontextusokra való kiterjesztése sem könnyű. A tanulmány nem fed le minden kórházi bentlakót, csak azokat, akik a helyi személyzet szerint nem megfelelően elhelyezettek, vagy legalább hat hónapja folyamatosan bentlakók voltak. Lehettek mellettük más olyan bentlakók, akik tünetei vagy szükségletei más költségvonzatokkal járhattak, mint azokéi, akikre kiterjedt a kutatás. Mindezek ellenére a tanulmány azt mutatja a hasonlók összevetése alapján, hogy a kutatásba bevont mentális problémákkal élők esetében a közösségi gondozás költsége tüneteik és szükségleteik súlyosságától függetlenül alacsonyabb volt, mint a kórházié, még a folyamatos ápolói jelenlét esetén is. Megjegyzendő, hogy legalább két másik tanulmány – köztük egy németországi [82, 88] – azt jelezte, hogy a jóval súlyosabb mentális problémákkal élők esetében a közösségi gondozás költségei magasabbak, mint a kórházi ellátáséi.

A költségek a függőség/súlyosság tartományban az akkori kórházi és közösségben ellátott populációkat alapul vevő lineáris extrapolációk (a becslött regressziós egyenletek alapján). Ezek ugyanakkor két okból is korlátozottak. Először azért, mert elképzelhető, hogy a jelenlegi populáción túlmenően nem érvényesek a lineáris összefüggések, ami a valamikor kórházban ellátottak közösségi költségeit felfelé, a közösségben élők kórházi ellátását viszont lefelé nyomná. Másodszor, néhány regressziós egyenletben elég nagy a statisztikai „zaj”; azaz elég nagy arányban vannak a nem indokolt varianciák. Az eredményekkel kapcsolatban még megjegyzendő, hogy a keresztmetszeti

összehasonlítás lehetővé tette a gondozás minőségének értékelését (és a C) kérdésre adott válasz keresése során a költségek statisztikai kiigazításakor ilyen típusú mutatókat is felhasználtak), de az eredmények mérése nem volt lehetséges, hiszen a változások csak bizonyos idő elteltével vizsgálhatók.

Ennek a kiterjedt angliai és walesi kutatásnak egy további említést érdemlő komponense volt a helyi kormányzati és a mentális szolgáltatásokat nyújtó önkéntes, valamint a magánszektor költségeinek összehasonlítása [89]. Londonban az önkéntes szektor létesítményei költséghatékonyabbak voltak, míg Londonon kívül mind az önkéntes, mind a magánszektor költségelőnyöket mutatott a helyi hatóságok ellátásaihoz képest.

Hafner és Heiden [88] azonos időtartamú kórházi kezelésben részesültek, és egy népességekohorsz átfogó közösségi gondozásának átlagos költségeit hasonlította össze a németországi Mannheim városában. A közösségi gondozás költségei a felét sem tették ki a kórházi költségeknek. Amikor a közösségben történő egyéni gondozás költségeit vizsgálták, akkor egy meredeken emelkedő trendet találtak:

„...amely végül átlépte a folyamatos kórházi gondozás költségeinek küszöbét. Nyolc esetben (a kohorsz 6%-ánál) a kiegészítő közösségi gondoskodás költsége magasabb volt, mint a hagyományos kórházi ellátásé (...) A közösségi mentális gondozás a folyamatos kórházi ellátáshoz képest jelentősen olcsóbb akkor, ha a nagyon beteg és súlyosan fogyatékos embereket, akik intenzív ellátásra szorulnak, nem bocsátják el a kórházakból.” (15. o.)

Tekintettel a magas szintű ellátási szükségleteikre – a szerzők ajánlása szerint – ezeknek a betegeknek inkább a kórházakban a helyük, ahol biztosított a 24 órás orvosi és ápolási ügyelet éppúgy, mint a megfelelő elhelyezés, foglalkoztatás, szabadidő és rehabilitáció (16. o.). Ugyanakkor valószínűleg az ilyen folyamatos kórházi bentlakásnak is kifejleszthető a közösségekre alapozott alternatívája, mint ahogy ez az értelmi fogyatékosoknak nyújtott szolgáltatások esetében meg is történt.

Kórházbezárások

A tartós bentlakásos gondozásról a közösségi ellátásra való áttérésnek a felhasználóknál jelentkező eredményeiről és az erőforrásokat illető következményeiről néhány longitudinális, az idő múlásával megnyilvánuló hatásokat összegző tanulmány született [82, 83, 90–92]. Ezek az angliai és észak-írországi tartós bentlakásos páciensek rehabilitációjáról készült kutatások a közösségi gondozást a legtöbb esetben költséghatékonyabbnak találták, mint a kórházit. Ez különösen a kevésbé súlyos mentális zavarokkal vagy a kevesebb függőséggel élők esetében volt igaz [93]. Ugyanakkor számos olyan, tartós bentlakásban igen nagy kihívást jelentő szükségletekkel kezelt személyt találtak, akiket csak a kórházihoz képest jóval magasabb költségek mellett lehetett (legalábbis az akkor létező) közösségi létesítményben elhelyezni, bár klinikai és szociális eredményeik kétségtelenül mutattak javulást. Ezeknél a felhasználóknál az eredményesség döntően a személyzettel való intenzív ellátottság függvénye volt [94–96].

A korábban tartós bentlakásos kezelésben részesülők közösségi ellátásának legátfogóbb értékelését két észak-londoni kórház bezárásakor készítették. Ennek adatai (kezdetben kórházi kontrolcsoportokkal összevetve, később tükrözéses módszerrel) azt mutatják, hogy a korábbi páciensek az elbocsátásukat követő egytől öt évig terjedő idő alatt legalább olyan jó életminőséget értek el, mint a kórházban. Az elhalálozási arányok nem változtak, és sem

hajléktalansági, sem bűnözési problémák nem jelentkeztek. Az elhelyezések lenyűgözően stabilak maradtak, és a gondozási környezet (a kutatók és a bentlakók értékelése szerint) sokkal jobb volt, mint a kórházakban. A társas kapcsolatok állandósultak: legtöbbjük nem integrálódott a helyi közösségekbe, de egy kisebbségnek voltak e téren sikerei. A kórházi bentlakással járó kezelések rendszeresek maradtak (öt év alatt 38%-uknak volt legalább egy kórházi kezelése). A klinikai eredmények szerint mind a pszichiátriai tünetek, mind a társas magatartások időben nagyfokú stabilitást mutattak. A páciensek lényegesen jobban kedvelték a közösségi életvitelt, mint a kórházit [97, 98].

A gazdasági értékelés azt találta, hogy a közösségi gondozás során számos szolgáltatást használnak változó összetételben (lásd korábban, 11. táblázat). A 13. és 14. táblázat két esettanulmányt foglal össze. A közösségi és a kórházi ellátás teljes költségei nem mutattak eltérést [82]. A költségek és az eredmények csoportosítása ugyanakkor arról tanúskodott, hogy a közösségi ellátás költséghatékonyabb volt. A költségesebb közösségi szolgáltatási csomagokkal jobb egyéni eredményeket értek el. A közszektorban költséghatékonyabb volt a gondozás, mint a magánszektorban (lásd később).

Megfigyelések alapján más szerzők is kimutatták ezt az azonos költségek mellett elért nagyobb költséghatékonytságot. Ahogy de Girolamo és Cozza [64] az olasz tapasztalatok során írta:

„...[az ellátás egyensúlyainak megváltoztatása során] szükség van a politikai és igazgatási kötelezettségvállalásra. A közösségi gondozás nem olcsó megoldás és nem is lesz az (bár az elfogadható szttenderdek minimumával működő elmekórházak költségesek). Valójában, ha a közösségi ellátást hatékonná akarjuk tenni, beruházásokat kell végrehajtani az építményekbe, a személyzetbe, képzésükbe és a támogató létesítmények kialakításába.” (211. o.)

13. táblázat: Andrew – a pszichiátriai kórházból a független életvitelbe

Andrew 39 éves, és egyedül él egy lakásszövetkezettől bérelt lakásban. Nincs se formális, se informális személyi segítője. Emésztőrendszeri zavarai vannak, amelyek miatt családorvosának rendszeres ellenőrzését igényli és bőrproblémája miatt rendszeresen szed gyógyszert. Különös magatartási problémája nincs.

A kapott szolgáltatások	Heti kiadások, £ (2006-os árakon)	Leírás
Szociális gondozás – szociális munka	22	A szociális munkás és a kapcsolattartó kéthetente fél órára meglátogatják.
Egészségügyi gondozás		
Orvosi alapellátás	2,20	10 orvosi látogatás az elmúlt egy évben.
Pedikűr	0,50	Két alkalom az elmúlt évben
Járóbeteg-rendelés	21,00	Havonta egyszer kivizsgálás és elnyújtott hatású injekciók.
Más szolgáltatások – lakásügyi előadó	8,00	Kéthetente látogatja meg 15 percre.
Lakbér	155,00	A lakásszövetkezet intézi.
Megélhetési költségek	145,00	A fogyatékosághoz és a jövedelemhez kapcsolódó jóléti támogatások.
A támogatás teljes heti költsége	354,00	

14. táblázat: Bryan – a pszichiátriai kórházból magas támogatású közösségi otthonba

Brian 51 éves, és több más lakóval együtt egy magas szintű személyzeti támogatással működő közösségi otthonban él, amit a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat (NHS) közösségi szolgáltató szervezete tart fenn. Légzési problémák miatt napi ápolást igényel. Erős dohányos és kétszer okozott tüzet. Havonta legalább egyszer verbálisan agresszív lesz, és időnként szélsőségesen izgatott lesz, amikor inkontinenssé válik. Bryan csak rövid ideig képes koncentrálni és szociálisan elkülönülésre hajlamos.

A kapott szolgáltatások	Heti kiadások £ (2006-os árakon)	Leírás
Szociális gondozás – szociális munka	1,40	
Egészségügyi gondozás		
Elnyújtott injekciók	7,60	A személyzet által adott gyógyszer költsége.
Pedikűr	2,00	Havonta egyszer, alkalmanként négy bentlakót látnak el.
Fogorvos	0,20	Egy kivizsgálás az elmúlt évben.
Szemészet	0,30	Egy szemészeti vizsgálat az elmúlt évben.
Más szolgáltatások – napközi otthon	5,00	Körülbelül heti egy órát tölt ott.
Lakbér	1737,00	Egy bentlakó heti költsége. A teljes költség 82%-a a személyzet költsége.
Megélhetési költségek	42,20	Személyes zsebpénz és buszjegy.
A támogatás teljes heti költsége	1796,00	

A leghosszabb időtartamot átfogó kutatás kórházbezárás/helyettesítés témában az a tizenkét évig tartó követéses vizsgálat volt, amelyet az Egyesült Királyság „Közösségi Gondozás” címen az 1980-as években elindított programja keretében a tartós kórházi bentlakásból közösségi keretek közé helyezettakkal folytattak le [80, 90, 99, 100]. Tizenkét évvel azután, hogy elhagyták a kórházat, ezek az emberek különböző létesítményekben laktak: 39 százalékuk bentlakásos vagy ápolási otthonokban, 17 százalékuk állandó segítői jelenlét nélkül működő lakóotthonokban vagy panziókban, 34 százalékuk minimális (formális) támogatással működő környezetben – családoknál elhelyezve, segítő nélküli lakóotthonokban, védett házakban és önálló lakásokban –, 9 százalékuk pedig tartósan pszichiátriai osztályokon.

Az idő múlásával számos képességük hanyatlott (mobilitás, tisztálkodás, öltözködés és általános megjelenés tekintetében), de a beszélgetés és a szociális interakciók tekintetében javulást mutattak. Az együttműködő magatartások értékei csökkenést jeleztek. Marginálisan szignifikáns mértékben nőttek a furcsa gesztusok és modorosságok, a mániákus magatartások, depressziók és öngyilkossági gondolatok előfordulásai. A zavartság jeleit mutató gondozottak arányában is marginálisan szignifikáns növekedés történt. Mindennek ellenére a mintába bevontak többsége jól, viszonylag kevés tünettől és magatartási problémával élt. A közösségi elhelyezéssel elégedettek aránya jóval nagyobb volt, mint a kórházzal elégedetteké, és csak kevesen jelezték, hogy vissza akarnának kerülni a kórházi ellátásba. A személyzettel való kapcsolat általában jó, de még tovább javítható volt. A bentlakásos létesítményekben és ápolási otthonokban élők közül sokan nem érezték, hogy életvitelükben lettek volna választási lehetőségeik. A társas hálózatok átlagos nagysága (23 kapcsolat) a más tanulmányokban tapasztaltaknál kedvezőbb volt. A kap-

csolatok azonban leginkább a személyzetre és a többi szolgáltatásban résztvevőkre terjedtek ki. Az interakcióik szintere még a közösségben leélt évtized után is a közösségen belüli közelebbi közösségük volt. A kórházakban, panziókban vagy kis lakóotthonokban lakóknak a többi elhelyezési módban élőkhez képest kevesebb közeli és bizalmas kapcsolatot ápolt.

A közösségi szolgáltatásokat igénybe vevők támogatásában számos szervezet vett részt [101]. Annak viszont kevés nyoma volt (más kutatásokhoz hasonlóan), hogy a szervezetek a hagyományos szervezeti határokat átlépve közös támogató csomagok kereteiben dolgoztak volna. Azok például, akik mentális problémákkal a szociális szolgáltatók által fenntartott létesítményekben éltek, ritkán vették igénybe az egészségügy által biztosított szolgáltatásokat, míg az egészségügyi szolgáltatóknál bentlakásban gondozottak ritkán fordultak szociális szolgáltatókhoz. Az egy bentlakóra jutó heti közösségi költség alacsonyabb maradt, mint a tartós kórházi bentlakás egy főre jutó költsége. A felhasználók képességeit és magatartási problémáit sztemenderizáló számítások szerint a támogatott életvitel költségei jelentősen alatta maradtak az előzetesen vártaknak, miközben a tartós kórházi kezelésben élők költségei a vártnál magasabbak voltak. A támogatási költségeket nem lehetett megjósolni az ellátottak tizenkét évvel korábbi, a kórházban mért jellemzői alapján. Nem volt bizonyíték a költségek és a képességek változásai közötti összefüggésre, de bizonyos jele volt annak, hogy a gondozottak magatartásának tizenkét év alatti rosszabbodásával gondozási csomagjuk költségesebb lett.

A szolgáltató szektorok közötti különbségek

Az észak-londoni kutatás adatainak további elemzése a gondozás minőségével, eredményeivel és a kórházi költségekkel, majd 12 hónappal az elbocsátást követően az adott szolgáltató szektor költségeivel foglalkozott [102]. Ezekre az elemzési célokra 429, a közösségek által fenntartott speciális mentális egészségügyi ellátásban élőket figyeltek meg, azaz az önálló lakáskörülmények között, illetve a kórházi és közösségi bentlakásos ellátásban élőket kizárták ebből a kutatási fázisból. A különböző szektorok nem azonos szükségletekkel és függőségi profillal rendelkezőket helyeznek el, de ezek a különbségek nem jelentek meg a költségek szektorok közötti eltéréseiben. A bentlakók jellemzőinek a költségekre gyakorolt hatásait kiegyenlítve a közösségi alapú ellátás kiadásai a magánszektorban alacsonyabbak voltak, mint a többi szektorban, és magasabbak voltak a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatnál (NHS), mint a konzorciumoknál (az NHS és az önkéntes szektor közti együttműködési formákban). A magánszektor költségei a többi szektor költségeinek felét tették ki, részben azért, mert lakóelhelyezésük kevésbé volt költséges, részben pedig azért, mert az általuk magánlétesítményekben ellátottak kevesebb külső szolgáltatást vettek igénybe.

De valószínűleg létezik egy harmadik, legfontosabb oka a magánszektor alacsony költségeinek, ami a támogatási csatornákkal kapcsolatos későbbi mondanivalónk irányába mutat. A (gyakran a közösségbe költözés előtt a bentlakókat már ismerő, korábbi kórházi ápolókból lett) tulajdonos menedzser által fenntartott kisebb otthonokban az állami szolgáltatásvásárló (akkortájt a központi kormány) által fizetett térítési díjak nem tudták fedezni a lakhatás teljes költségeit. Számos tulajdonos ezekre a térítésekre mint akadályokra tekintett, s az interjúk során az volt a benyomás, hogy a tulajdonos menedzserek ismétlődő veszteségekkel küzdöttek. Az alacsonyabb költség-szintet a magánszektor az alacsonyabb minőségű gondozás révén érthette el, és nem tekinthető véletlennek, hogy a tapasztalatok szerint a magánlétesítményekben ellátottak számára kevesebb választási lehetőség és több környe-

zeti korlátozás létezett. Az állami egészségügy (NHS) önmagában és az önkéntes szektorral alkotott konzorciumai e tekintetben – bár kétségtelenül a legdrágábban –, de lényegesen jobban is működtek, mint a többi szektorhoz tartozó szolgáltatók. Kevésbé egyértelmű, hogy a gondozás minőségi különbségei a felhasználók eredményeiben is jelentkeztek volna, mivel a közösségi ellátás első évében csak kevés változás történt az egészségi állapotokban vagy az életminőségben.

A Községi Gondozás (Care in the Community) mintaprogram tizenkét éves követéses vizsgálata (az egyéni jellemzők kiigazítása után) nem talált költségkülönbségeket a fenntartók között [101].

Közöségi „elterelés”

Bár ennek a jelentésnek a középpontjában az intézmények potenciális bezárása és közösségekre alapozott ellátásokkal és más szolgáltatásokkal való felváltása áll, nem mehetünk el amellett sem, hogy a közösségi gondozás modelljének létezik olyan szerepe, amely „eltereli” az embereket attól, hogy első helyen a kórházi felvételt keressék.

Az *asszertív kezelésbe vonás* először az Egyesült Államokbeli Wisconsinban kifejlesztett megközelítését gyakran másolták és adaptálták, és széleskörűen elemezték is más országokban. A modell egy londoni változata – a „Maudsley’s Daily Living Programme” (DLP) – olyan súlyos mentális betegségekkel küzdő embereknek szólt, akik időnként kórházi krízisfelvételre szorultak. Egy véletlenszerű minta ellenőrzött kísérlete azt mutatta, hogy rövid távon a DLP jobb eredményeket, a gondozottak és családjaik körében pedig nagyobb elégedettséget ért el alacsonyabb költségek mellett, mint a hagyományos ellátás [103, 104], de négy évvel később sem költségekben, sem klinikai vagy más eredményekben nem mutatkoztak különbségek [105, 106]. Mindennek ellenére a DLP költséghatékonyabbnak bizonyult a teljes négyéves periódus alatt, mint a sztenderd (bentlakásos periódusokból és ezeket követő bejáró kezelésekből álló) kórházi gondozás. Más tanulmányok, köztük egy angliai is [107], szintén megerősítik az asszertív kezelésbe vonás jegyeit mutató, közösségekre alapozott krízismegelőzés költséghatékonyágát. A tények erőteljesen azt mutatják, hogy az asszertív kezelésbe vonásnak az eredeti wisconsini modellhez hasonló formái költséghatékonyabbak, mint a hagyományos kórházi alapú szolgáltatások vagy más közösségi megoldások [108, 109].

Legalább egy tanulmány mutatja azt, hogy az esetenedzsmet bizonyos formái (beleértve annak intenzív formáját is) eredményesek és költséghatékonyak [110, 111], míg mások nem [107]. A UK700 tanulmány – egy nagy, véletlenszerűen kiválasztott mintával végzett ellenőrzött kísérlet – szerint a két megközelítés egyaránt költséghatékony, és arra a következtetésre jutott, hogy az esetszámok csökkentésének nincs egyértelműen jótékony hatása azon túlmenően, mint amit a sztenderd esetenedzsmetrel el lehet érni [112]. Egy kétéves periódusban az életminőségben jelentős javulást lehetett elérni, de nem voltak érdemi különbségek e téren az intenzív és a sztenderd esetenedzsmet között [113].

Egy londoni tanulmány, amely a kórházi bentlakásos ellátásból elbocsátottak közösségi vagy kórházi teamek által irányított gondozási programjait (lényegében gondozásmenedzsmet formáit) hasonlította össze, az eredményektől függetlenül a kórháziaknál magasabb költségeket talált [114]. Ugyanakkor egy térségben a magánkórházak magasabb helykihasználása némileg ellentmond ezeknek a tapasztalatoknak. A közösségi mentális szolgáltatóegységekről készített más tanulmányok eredményei sem egyértelműek [115–117].

A költségek eltérései

Az olaszországi pszichiátriai bentlakásos ellátásról folytatott PROGRES-tanulmány rengeteg hasznos friss ismeretet halmozott fel a közösségi bentlakásos ellátás jellemzőiről, az ilyen létesítményekben élőkről és dolgozókról, és a költségekről. Amaddeo és munkatársai [118] leírják és elemzik az egész Olaszországból kiválasztott 265 létesítményt tartalmazó mintán alapuló, egy bentlakóra eső költségek variációit. Számos olyan tényezőt találtak, így a létesítmények típusát, elhelyezkedését, (ágyszámban mért) nagyságát, és az egyes bentlakók korát és pszichiátriai diagnózisát, amelyek a költségekben tapasztalt különbségekkel függenek össze. A létesítmények kiadási különbségei mellett más, a felhasználók által (a létesítmények költségvetésén kívül) igénybe vett szolgáltatások költségei jelentős eltéréseket mutattak. Ez utóbbiak eltérései is adott mintázatot követtek, és például az igénybe vevők korával, diagnózisával, önálló működésének szintjével és azzal függtek össze, hogy volt-e már az illetőnek akut pszichiátriai problémából adódó kórházi kezelése.

Ugyanezt a PROGRES-adatbázist használva, de Girolamo és munkatársai [55] leírták az ellátás mintáinak és színvonalának jelentős különbségeit Olaszországban, bemutatva az egy évtizeddel azelőtti hasonló angliai kutatásban [65] kimutatottnál lényegesen alacsonyabb általános ellátási szintet. Ez a szint fordítottnak volt arányos a helyi bejáró betegek szolgáltatásaival és nappali ellátásukkal, de az oksági viszony iránya nem volt egyértelmű. Érdekes módon a létesítményekből csak kevesen kerültek önálló elhelyezésbe [120]. Ezeket a bentlakásos otthonokat úgy tekintették, mint a 180-as törvényt követően bezárt elmekórházak kiváltóit, és fel kell tenni a kérdést: vajon az egyéni szükségletekre az ilyen létesítmények jelentik-e a megfelelő választ? Annyit lehetett biztosan megállapítani, hogy a mentális problémákkal élők életük hosszú szakaszaiban 24 órás támogatásra vagy felügyeletre szorulnak.

Egy másik olasz kutatás, amelyet Bonizzato és munkatársai [121] folytattak Dél-Veronában a mentális problémákkal élőket támogató szolgáltatások költségeltéréseiről, erős kapcsolatot talált a költségek, a korábbi pszichiátriai kórházi kezelések, a mentális egészségi rendszerrel való előző kapcsolatok időtartama és intenzitása, a munkanélküli lét, valamint az emberi működésmód mérése és diagnózisa között. Az ebben a fejezetben korábban hivatkozott angol tanulmányok a szolgáltatásokat használó egyének szintjén jelentkező kiadások különbségeit vizsgálták, és azt elemezték, hogy az eltérések milyen egyéni jellemzőkkel függtek össze (lásd Knapp [122] a költségeltérések lehetséges forrásairól). Volt néhány németországi kutatás is, amely a költségeltérésekkel összefüggő tényezőket tárta fel [123, 124]. Eredményeiket itt nem mutatjuk be, de megjegyezzük, hogy a jelentős egyéni szintű költségkülönbségek a stratégiai szinten és a szolgáltató szervezetekben dolgozó döntéshozókat egyaránt a személyes körülmények és az egyéni szükségletek teljes körű és megfelelő feltérképezésére kell, hogy készítsék.

Az értelmi fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatások

Az értelmi fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokat vizsgáló kutatásokat e jelentés céljai szempontjából három kategóriába lehetett sorolni:

- az ellátás létesítményeit adott időpontban összehasonlító keresztmetszeti kutatások;
- azok a kórházbezárásokkal foglalkozó kutatások, amelyek a „szellemi fogyatékos” kórházból az új közösségi életvitelbe kerülő személyeket követték;
- a támogatás költségeinek eltéréseivel foglalkozó kutatások.

Ismét elmondható, hogy Angliából sokkal több tapasztalat áll rendelkezésre, mint Németországból vagy Olaszországból.

Keresztmetszeti összehasonlítások

Angliában Shiell és munkatársai [125] végeztek nagy keresztmetszeti összehasonlítást az értelmi fogyatékos emberek elhelyezéséről. Azt tapasztalták, hogy a gondozás minőségének számos tényezője hatott a költségekre. A kifinomultabb eljárások (pl. a bentlakók tevékenységének megtervezése és a személyes egyéni tervek) általában magasabb kiadásokkal jártak. Ugyanakkor ahol a személyzet képzésének és felügyeletének kevésbé kifinomult eljárásai voltak érvényben, a költségek ott is magasabbak voltak. Ez azért fordulhatott elő, mert a személyzet támogatásának és képzésének rosszul meghatározott belső eljárásai magasabb elvándorláshoz, rosszabb munkahelyi hangulathoz és a személyzet gyakoribb betegállományban töltött idejéhez vezettek. Ebből és más tanulmányokból az a fontos következtetés adódott, hogy az elhelyezést biztosító létesítmények költségeltérései nemcsak összesített szinten, hanem a költségösszetevők szintjén is figyelmet kell, hogy kapjanak.

Keresztmetszeti kutatás volt az is, amely a (főként az értelmi fogyatékos emberek családjainak támogatását élvező szervezetek által kedvelt) faluközösségek, az állami egészségügy (NHS) által fenntartott bentlakásos (a korábbi intézetek területén, néha a korábbi épületek megtartásával kialakított telepszerű ellátások) campusok és a szétszórva elhelyezkedő kis létszámú lakóegységek előnyeit hasonlította össze. A vizsgált létesítmények és a bentlakók az Egyesült Királyság és Írország területéről kerültek be a kutatásba. A gazdasági elemzés minden elhelyezési mód esetében gondosan felbecsülte a kiadásokat, és átfogóan mérte a három csoport által igénybe vett összes szolgáltatást [126]. Az elhelyezés és a napi tevékenységek együttesen tették ki majdnem az összes támogatási költséget (közel 100%-ot), a maradék a kórházi szolgáltatások és a közösségben működő szakemberek igénybevételének költsége volt.

A bentlakásos campusok, a faluközösségek és a szétszórta lakóhelyek összehasonlítása azt mutatta, hogy a legkevésbé költségesek, ugyanakkor a leggyengébb minőségűek a campusok voltak. Mind a faluközösségek, mind a szétszórta lakóhelyek a különböző szükségletekkel és preferenciákkal bíró emberek számára megfelelő létesítményekként sajátos előnyöket mutattak. A gondozás minősége nem volt annyira jó a faluközösségekben, de az adaptív viselkedés és viselkedési problémák és az életkor különbségeit kiigazítva költségeik némileg alacsonyabbak voltak. A tanulmány, az Egyesült Királyság kormányának 2001-es Fehér Könyvében leírtakhoz hasonlóan, különböző modellek fejlesztését támogatta azzal, hogy a felhasználóknak természetesen hiteles információkat és választási lehetőségeket kell kapniuk elhelyezésükről.

Perry és munkatársai [127] tanulmánya több angliai és walesi területen a félig önálló életvitelt és a teljes személyzettel támogatott lakóotthonok ellátását hasonlította össze. Az otthonokban teljes személyzettel nyújtott gondozás összes költségei háromszor nagyobbak voltak, mint a számos azonos jellemzővel bírók félig önálló életvitelének támogatási költségei (2003/04-es árszínvonalon: 1076 és 376 font). A félig önálló életvitel emellett számos életmódbeli előnyt mutatott (nagyobb fokú önrendelkezést és a nagyobb függetlenséget otthon és a közösségben), de természetesen kockázatokkal is járt a gondozottak jólétét illetően, és a szerzők figyelmeztettek például a rendszeres egészségi, látás- és hallásvizsgálatok szükségességére. A németországi Észak-Rajna-Wesztfália tartományban az intézményi ellátás (stationäre Unterbringung) költségei szintén hasonlóan magasabbak, mint a támogatott életvitel

(2005-ben 39 ezer euró és 7 ezer euró – Johannes Schadlernek a 2007-es projektmegbeszélésen adott információja szerint), amely adat nincs kiigazítva a támogatottak jellemzői szerint, de azt egyértelműen jelzi, hogy az elérhető erőforrások hatékony felhasználásában jelentős tartalékok rejlenek.

Kórházbezárások

Az Egyesült Királyságban számos tanulmány becsülte meg és hasonlította össze a kórházi és a közösségi gondozás költségeit azok esetében, akiket a helyi közösségekben helyeztek el. Korman és Glennerster [58] például úgy találta, hogy az állami egészségügy (NHS) által fenntartott helyi létesítmények költségesebbek voltak, mint a kórházi elhelyezés. Észak-Írországban a kórházakból elbocsátottak nagymintás kutatása során azt mutatták ki, hogy a közösségi ellátás kevésbé költséges, mint a kórházi gondoskodás, a kórházakon kívül pedig a közsféra létesítményei többbe kerülnek, mint a magánfenntartású bentlakásos és ápolási otthonok [128]. Egy másik észak-írországi tanulmányban Hughes és munkatársai [129] a közösségi újraelhelyezés folyamatának költségeit viszonyították a kórházi költségekhez. Dockrell és munkatársai enyhe értelmi fogyatékos emberek egy kis csoportjának kórházi és közösségi ellátásának költségeit hasonlították össze, de adataik általánosítása nem tűnik lehetségesnek.

Bátorítóak viszont az eredményei azoknak az öt és tizenkét éves követéses vizsgálatoknak, amelyek az 1980-as évek közepén a brit Egészségügyi Minisztérium „Care in the Community” (Közösségi Gondozás) címen kezdeményezett programjának keretében elhelyezettekkel folytak. Ennek a több klienscsoportra kiterjedő programnak a keretében csaknem 400 értelmi fogyatékos személy került Anglia-szerte tizenkét különböző helyi modell keretei között létrehozott közösségi lakólétesítményekbe [131]. A 15. táblázat mutatja a lakhelyét mindazoknak, akikről mindhárom időpontra nézve rendelkeztek adattal.

A teljes időszakra nézve a kutatás azt mutatta ki, hogy a támogatott közösségi elhelyezés egy évvel a kiköltözés után költségesebb volt, mint a kórházi ellátás [90], a kiadások azonban az ötödik évre némileg csökkentek [133], ám tizenkét év múlva már (az inflációval kiigazítva) nem mutattak változást [132]. Sem öt, sem tizenkét év elteltével nem találtak szignifikáns összefüggéseket a támogatások költségei és a képességek vagy a magatartások problémái között sem a kórházi, sem pedig a közösségi értékelésekben [132, 133].

A 16. táblázat nagyobb költségkategóriákra és elhelyezési típusokra bontva tartalmazza a tizenkét éves követés végpontján a heti szolgáltatási kiadásokat. Ebben a tizenkettedik évi időpontban a szolgáltatások igénybe vevői igen különféle – az állami egészségügy, a helyi hatóságok, az önkéntes szervezetek, a magánszektor és (néhány esetben) maguk a szolgáltatásban részesülők fenntartásában működő – elhelyezési körülmények között éltek. A gondozottak képességeinek és készségeinek, magatartási szintjének sztenderdizálását követően a minimális támogatással működő elhelyezés lényegesen kevesebbe került, mint a bentlakásos és ápolási otthonokban való elhelyezés; a személyzettel ellátott lakóotthonokban pedig jelentősen többbe, a panziókban pedig némileg kevesebbe. A tanulmány erre a kohorszra nézve az életminőség javulását is kimutatta, azt sugallva, hogy e téren hosszabb távon tartós eredmények is elérhetők, a kórházi gondozástól alig eltérő költséggel.

15. táblázat: Korábbi kórházi bentlakók elhelyezése 12 éves időtáv alatt (n = 103)

Az elhelyezés típusa és definíciója	Mikor hagyták el a kórházat		
	1 éve	5 éve	12 éve
Bentlakásos/ápolási otthonok – hat vagy több férőhelyet biztosítanak, folyamatos nappali és éjszakai személyzettel.	2	7	24
Panziók – hat vagy több férőhelyet biztosítanak, nappal folyamatosan vagy időlegesen jelen lévő személyzettel, éjszakai vagy telefonos ügyelettel.	44	25	21
Személyzettel ellátott lakóotthonok – 2–5 fős férőhelyek, nappal folyamatos vagy időlegesen jelen lévő személyzettel, és igénytől függően éjszakai ügyelettel.	40	37	41
Személyzet nélküli lakóotthonok – 2–5 fős férőhelyek, ahol nappal vagy nincs, vagy alkalmi a személyzet, éjszaka vagy nincs, vagy csak telefonos ügyelet van.	4	11	1
Felnőttek „nevelőszülői” elhelyezése – ahol egy családhoz kerülnek, időlegesen jelen lévő támogatást kapnak nappal, elérhető ügyeletet éjszaka. A támogatott lakásokban a személyek egy családhoz költöznek, ahol nappal alkalmi segítségben részesülnek, hívható éjszakai ügyelettel. A két lehetőséget összevontuk.	5	6	5
Védett házak – az emberek egy lakóegységet bérelnek, ami egy nagyobb épületegyüttes része, és elérhető bizonyos személyzeti segítség nappal és éjszaka is.	6	11	10
Elhelyezés önálló lakásban – egyéni vagy csoportos albérlet egy lakásban, beleértve a rokont vagy háztársat, ahol nappal vagy nincs, vagy csak eseti a személyzet, éjszaka nincs személyzet.	2	4	0
Kórház – azok az egyének, akiket a közösségi elhelyezésből újra felvettek.	0	0	1
Besorolatlan	0	2	0

16. táblázat: A heti szolgáltatások összköltsége elhelyezési típusok szerint, £
(2002–2003-as árakon, $n = 273$)

	Bentlakásos/ápolási otthon ($n = 77$)	Panzió ($n = 44$)	Személyzettel ellátott otthon ($n = 102$)	Minimálisan támogatott ($n = 50$)
Elhelyezés és megélhetés költségei				
Költségskála, £	247–1676	187–1148	199–2071	149–1581
Átlag, £	812	593	819	354
Kórházi költségek				
Költségskála	6–533	6–57	6–686	6–391
Átlag, £	17	3	17	17
A kórházi szolgáltatásokban részesülők, %	27%	23%	29%	40%
Nappali tevékenységek költségei				
Költségskála	1–200	5–221	6–426	9–213
Átlag, £	68	95	92	82
A nappali szolgáltatásokban részesülők, %	70%	84%	77%	78%
Közösségi szakemberek költségei				
Költségskála	1–128	0–41	0–220	1–347
Átlag, £	16	7	15	49
Legalább egy szolgáltatásban részesülők, %	97%	91%	91%	92%
Heti összköltségek				
Költségskála, £	253–1856	298–1349	348–2113	183–1731
Átlag, £	913	697	942	502

Megjegyzések:

Az átlagokat a minta egészére, nem csak a felhasználókra számították.

Minimálisan támogatott kategória (utolsó oszlop): a személyzet nélkül működő otthonokat, a nevelőszülőihez hasonló gondozást, a támogatott bérleményeket, a védett házakat és az önálló életvitelt foglalja magában.

Ebből és más, rövidebb időtávokat átfogó kutatásokból levonható az a tanulság, hogy az emberek támogatásának költségei állandó változásban vannak. Ahogy az egyének szükségletei változnak, úgy kell változniuk a szolgáltatók ezekre adott válaszainak, és eszerint fognak változni a költségek is. Az előbbiekben összefoglalt kutatás úgy találta, hogy az idősödéssel változó igények nem emelik meg jelentősen a költségeket. Valójában az egykor tartós kórházi bentlakásban élők életminőségének javulása anélkül volt elérhető, hogy az erre fordított kiadások meghaladták volna a korábbi kórházi ellátás költségeit. Ezt az értelmi fogyatékos emberek megnövekedett élettartama miatt igen fontos szem előtt tartani.

A költségek eltérései

Néhány kutatás elemezte az egyének közötti különbségekkel összefüggő költségeltérések összetevőit. Egybehangzóan azt állapítják meg, hogy a magasabb szintű szükségletekkel magasabb kiadások járnak együtt. Az ezt kimutató egyik 1996-os kutatás az értelmi fogyatékosokkal kapcsolatban „erőforrás-csoportok” és „támogatott csoportok” kialakítását célozta (hasonlóan az általános egészségügyi ellátások kutatásainak diagnózishoz kötött csoportjaihoz). 2000 olyan értelmi fogyatékos ember jellemzőiről gyűjtöttek információkat, akik Angliában éltek, tizenegy az állami egészségügy (NHS) által, négy önkéntes szolgáltató (köztük lakóegyesületek) által, három nagyobb és számos kisebb magánszolgáltató által fenntartott létesítményben. A szolgáltatások igénybevételének és költségeinek adatait egy 900 fős minta alapján számolták ki [134].

A mintában igen nagyok voltak a költségkülönbségek, az egy főre eső heti 220 fonttól heti 1570 fontig (1996/97-es árakon). Többszörös regressziós analízissel a megfigyelt költségeltérések egyharmadát lehetett statisztikailag megmagyarázni azzal, hogy az igénybe vett szolgáltatások részben a ellátottak egyéni jellemzőinek és a kutatásban mért ellátó létesítmények sajátosságainak felelnek meg. A megfigyelt költségkülönbségek kétharmadát azonban (statisztikailag) a keresztmetszeti elemzéssel nem lehetett megmagyarázni.

A költségek magasabbak voltak a súlyosabb fogyatékkal élők és a magatartásuk miatt nagyobb kihívást jelentő személyek esetében. A költségkapcsolatok nemlineárisak, és kölcsönösen egymástól függők: az értelmi fogyatékoság alacsonyabb szintjein egyszerű pozitív lineáris viszony mutatható ki a költségek és a magatartások között; a fogyatékoság súlyosabb szintjein (ami csak kevesekre volt jellemző a mintában) enyhén görbülő linearitású költségmagatartás összefüggés tapasztalható, bár a költségek általában magasabbak az adaptív viselkedést és viselkedési problémákat tanúsítók esetében. Az értelmi fogyatékoság hatását a költségekre két tényező közvetíti: az elhelyezés szektora [az állami egészségügy (NHS) szektorához tartozó létesítményeknek a magán-/önkéntes szektorhoz képest alacsonyabb meredekségű linearitásával], és a létesítmények mérete (a nagyobb létesítményekben az értelmi fogyatékoság enyhén alacsonyabb költségkihatásával). Ezek a szignifikáns összefüggések azt mutatják, hogy a nagyobb létesítményeknek több lehetőségük van arra, hogy a személyzet kiegészítésével megfeleljenek a magatartási kihívásoknak és az értelmi fogyatékoságnak. Ez a kutatás azonban nem vizsgálta a szolgáltatások minőségét, sem pedig a különböző méretű létesítményekben a felhasználóknál elért eredményeket.

A kutatás az értelmi fogyatékoság színvonala mellett még a fenntartói szektor és a létesítménynagyság szerint talált költségnövelő hatásokat. Általában más tényezők változatlansága mellett az állami egészségügy (NHS) létesítményei költségesebbek voltak, mint a magán-/önkéntes szektoréi. De, ahogy ezt megjegyeztük, a szektorok közötti költségeltérés nem közvetlenül mutatkozott, hanem a létesítmény nagyságához és a bentlakók értelmi fogyatékoságának jellegéhez kapcsolódóan. Ezért óvatosan lehet csak interszektorális következtetéseket levonni egy olyan mintából, amelyben a független szektorok ellátói csak relatíve kis számban vannak jelen.

A létesítmény mérete, amelyet ebben a kutatásban az adott otthonban egy év alatt bentlakóként nyilvántartottak számával mértek, szektoronként eltérő különbséggel hatott a költségekre. Az állami egészségügy (NHS) létesítményei nyilvánvalóan élvezték a „méretgazdaságosság” előnyeit, amit az mutatott, hogy az egy bentlakóra jutó heti költség 2 fonttal csökkent minden újabb bentlakóval. Ennek részben az az oka, hogy az NHS-mintába bekevert néhány igen nagy kórházi létesítményben lakó személy. Másrészt viszont a magán-/önkéntes létesítményeket

a „méretgazdaságtalanság” sújtotta azáltal, hogy minden újabb bekerülő 2,48 fonttal növelte az összes bentlakóra jutó heti kiadásokat, ami látszólag kis összeg, de jelentős lehet, ha az 5 és 40 fős létesítményeket hasonlítjuk össze.

Ebből és más tanulmányok adataiból világos, hogy egyének között értelmi fogyatékoságuk mértékétől, magatartási zavaraik megnyilatkozásától és súlyosságától függően igen nagy költségkülönbségek vannak. Miközben létezik egy olyan tendencia, mely szerint a nagyobb szükségletű személyek ellátása magasabb kiadásokkal jár – ami a célzás némi sikerességét mutatja –, az egyének közötti költségkülönbségek nem magyarázhatók meg egyszerűen a megfigyelt vagy mért jellemzőkkel, ami talán alátámasztja a ki nem elégített igényekről korábban leírt tapasztalatokat.

Fizikai fogyatékkal és érzékszervi károsodással élőknek nyújtott szolgáltatások

Az európai országokból csak kevés tapasztalat áll rendelkezésre a fizikai fogyatékkal vagy érzékszervi károsodással élők ellátási egyensúlyának gazdasági vonatkozásairól. A korábban az A)–D) pontokban a fogyatékos embereknek nyújtott szolgáltatásokkal kapcsolatban megfogalmazott kérdéseket illetően nem lehetett ebben a témában kutatásokat találni. Volt néhány kutatás, amely a fogyatékos emberek – ezen belül a fizikai fogyatékkal [135] és a tartós neurológiai problémákkal [136] élőket, az összetett fogyatékkal élő fiatalokat [137] és más itt nem felsorolt szükségleteket – ellátására számított ki költségeket, hangsúlyozva a támogatás többszektörű jellegét és a különböző szolgáltatók közötti jó koordináció fontosságát. Lafuma és munkatársai [138] a látássérülteket illetően francia, olasz, német és egyesült királyságbeli adatokból számoltak előfordulási gyakoriságot és gazdasági hatásokat. Csak csekély különbségeket találtak (a franciaországi 7,8%-tól az olaszországi 10,9%-ig) az intézményesítettség foka és az egy ellátottra jutó (franciaországi 8434 eurótól az egyesült királyságbeli 13 674 euróig terjedő) éves átlagos kiadás tekintetében. A fő költségtételek között a jövedelem elvesztését (termelékenység), a gondozók terheit és a napi tevékenységekhez szükséges segítséget vették számba.

Ez a tanulmány szokatlan, amennyiben országokat hasonlít össze, de eredményei a témával foglalkozó kevés gazdasági szakirodalmon belül meglehetősen tipikusnak tekinthetők: a szolgáltatásokon kívüli költségek magasak, ami erősen összefügg a fogyatékos emberek korlátozott munkalehetőségeiből adódó kieső termelékenységgel, valamint a családok nem fizetett gondozói tevékenységével. A szolgáltatások költségei (a relatíve kevés) intézményi ellátásban élőkre jelentősek, de még esetükben is gyakran igen alacsony a gyakran igen magas szükségletekhez viszonyítva.

Kínálati korlátok

A változás egyik fő akadály a közösségi szolgáltatások nem megfelelő kínálata. Tudják-e a családok és barátok támogatni a fogyatékoságukból adódóan tartós szükségletekkel bíró személyeket? És ha nem, akkor vannak-e a támogatás nyújtására kellő számban képzett (alkalmazott) szakemberek? Mind az informális, mind a fizetett gondozás kínálati korlátai akadályt képeznek a közösségi ellátás fejlesztésének útjában.

Mint korábban már hangsúlyoztuk, a legnagyobb „szolgáltató szektort” azok a családok alkotják, akik fogyatékos rokonaikat támogatják. A családi gondozás mindenhol, de különösen a mediterrán országokban fontos. De ennek is van három lényeges korlátja. Először, a hosszú ideig intézményi bentlakásban ellátott emberek közül sokan elvesztették a kapcsolatot a családjaikkal, vagy csak alkalmanként és nagyon korlátozott mértékben vannak velük kapcsolataik, úgyhogy a családi környezetbe való visszatérésnek nincs esélye. Másodszor, az informális gondozás pszichológiai, szociális és gazdasági terhei óriásiak lehetnek, különösen, ha a családok nem kapnak támogatást gondozói szerepeik ellátásához. Ezért érthető, hogy számos család hosszabb távon nem tudja a szükséges intenzitású és minőségű gondoskodást nyújtani. Harmadszor, a rokonok maguk is gyakran szeretnék – teljesen jogosan – a függetlenséget, ahogy fogyatékos gyermekük is önálló életvitelre törekedhet.

Angliai bizonyítékok mélyrehatóan leírták ezt a terhet. Angliában a Miniszterelnök-helyettes Hivatala által a mentális egészségről és a társadalmi kirekesztésről készített nagy hatású jelentés [139] azt mutatta, hogy a mentális problémákkal élőket „gondozó személyeknek kétszer olyan nagy valószínűséggel lesznek maguknak is mentális problémái, ha jelentős gondozást végeznek” (4. o). Az értelmi fogyatékosággal élők leicestershire-i nyilvántartásán (Learning Disabilities Register) alapuló két kutatás leírta azt a nagyfokú stresszt, amelyről az általában 40 évesnél idősebb (hatból egy 70 évesnél idősebb) családi gondozók számoltak be [140, 141]. A munkaképes korú női gondozók 40 százalékkal több egészségi panaszt jelentettek, mint általában az ugyanilyen korú lakosság, és általában depresszióról, „rossz idegállapotról”, izom- és csontrendszeri problémákról számoltak be. Emerson és munkatársai [142] bemutatják az immateriális személyes „költségek” magas szintjét azoknak a családoknak az esetében, amelyek értelmi fogyatékos gyermekeket nevelnek. Ezek és más tanulmányok rámutattak azokra a kapcsolatokra, amelyek a terhek és a családok anyagi helyzete között állnak fenn: azok a családok, amelyeknek fogyatékos tagja van, a foglalkoztatást gátló korlátok miatt szűkös anyagi körülmények közé kerülnek.

A fizikai és érzékszervi fogyatékos emberek családjai gyakran számoltak be a kutatások során a gondozási felelősségekből [143] adódó pszichológiai stresszről és rossz egészségről éppúgy, mint a gondozással összefüggő jelentős költségekről [144, 145]. Számos fogyatékos gyermeket és fiatal nevelő szülőnek fel kellett adnia a munkáját, csökkentenie kellett a munkaidejét, vagy el kellett fogadnia alacsonyabb keresettel járó beosztásokat [146, 147]. Minél hosszabb ideig tart a gondozói felelősség, annál nehezebb a gondozónak a foglalkoztatási piacra lépnie [148].

Az időskorúak legtöbb fizetetlen gondozója nő, és a gondozott személy hozzátartozója. A változó demográfiai viszonyok, a családok összetétele, a munkapiaci aktivitás és a földrajzi mobilitás mind csökkenti a gondozók potenciális körét [149]. Egy OECD-jelentés mindezt a demensek gondozását illető nagy kihívásoknak tekintette [150]. Az idősgondozásnak az intézményi szolgáltatásoktól a közösségek felé való egyensúlyváltozása, ami az Európai Unió legtöbb országában szakpolitikai cél, növelni fogja a családokra és más gondozókra háruló terheket. De nem kevés bizonyíték mutat arra, hogy gondozási felelősségeik miatt a családok és más fizetetlen gondozók – különösen az elvesztett munkahely, a csökkent keresetek és a kieső nyugdíjjogosultság miatt – jelentős veszteségeket szenvednek, és mindennek egészségüket és jóllétüket illetően is lesz immateriális hatása. Livingston és munkatársai [151] a közösségben élő depressziós, demens vagy fizikai fogyatékkal élő időskorúakat gondozók között a depresszió magas előfordulását tapasztalták. Buck és munkatársai [152] a gondozók körében a pszichológiai szorongás kiterje-

dését és összefüggéseit vizsgálták, és azt tapasztalták, hogy a stressz magasabb volt azokban az esetekben, amikor a gondozott időskorúnak több magatartászavara volt. Öt európai uniós ország adatai alapján Colvez és munkatársai [153] úgy becsülték, hogy a házastársukat gondozók háromnegyede és a demens szülőket gondozó gyermekek fele depressziótól szenvedett. Az Egyesült Királyságban Evandrou [154] úgy találta, hogy azok a férfiak és nők, akik heti húsz vagy annál több órában nyújtanak informális gondozást, 25 százalékkal kevesebb munkakeresetet érnek el, mint a gondozást nem végző foglalkoztatottak. Valóban, a gondozás mind a keresetekre, mind az egyéb jövedelmekre az egész életen át tartó hatást gyakorol [155].

A gondozók támogatása

Az európai kormányok általában tudatában vannak annak, hogy a családokat és más informális gondozókat támogatni szükséges, elsősorban azért, mert az alternatíva – a bentlakásos létesítményekben képzett gondozókkal végzett ellátás, vagy a házigondozás intenzív modelljei – költségei túl magasak. Néhány ország nyújt anyagi támogatást a gondozóknak, ami egyre gyakoribb [156]. A támogatást lehet nyújtani adójóváírásként (mint az Egyesült Államokban és Spanyolországban), szociális juttatásként, a szociális gondozási költségvetés átutalásaként (mint Franciaországban és Svédországban), nyugdíjkezelésként (mint az Egyesült Királyságban és Németországban), a fogyasztók által szabadon megválasztott felhasználásra nyújtott támogatásként (mint pl. Németországban a tartós ápolási biztosítás és Angliában az egyéni költségvetések), vagy az önkéntes szektor által folyósított kifizetésként. Természetesen ezeknek a különböző transzfereknek megvannak a maguk használati költségei: a kormányoknak mérlegelniük kell, hogy előnyösebb-e a gondozókat pénzügyileg támogatniuk, vagy ezeket az összegeket nem kellene-e inkább fizetett személyzet foglalkoztatására fordítaniuk.

Néhány országban foglalkoztatásbarát politikák bevezetésével segítik a gondozókat abban, hogy a gondozási teendőiket össze tudják egyeztetni a karrierjükkel. Svédországban például az 1989-es gondozási szabadság törvény (Care Leave Act) lehetővé tette, hogy az idős és beteg rokon gondozására fizetett szabadságot lehessen igénybe venni. 1998-ban a szociális szolgáltatási törvény kiegészítése arra ösztönözte a helyi önkormányzatokat, hogy támogassák a családok gondozást végző tagjait. Más, a gondozókat támogató kezdeményezések oktatási programokat is magukban foglalnak, amelyek javíthatják a gondozók jóllétét, de amelyeket támogatással és tanácsadó vagy a hozzátartozókat rövidebb időszakokra tehermentesítő, helyettes gondozói szolgáltatásokkal is kombinálni kell. A támogatást, információkat, tanácsot és képviselőket biztosító önkéntes szervezetek fontos szerepet játszanak sok gondozást végző életében.

Számos országban a gondozást végzőket támogató programokban központi helyen vannak – sokféle formában – a hozzátartozókat rövidebb időszakokra tehermentesítő, helyettes gondozói szolgáltatások. Van némi bizonyíték több európai uniós országból is arra nézve, hogy a csoportos életviteli megoldások hatásosak és népszerűek [153]. Egy alapos vizsgálat tapasztalatokat tárt fel arról, hogy az idősek gondozóit helyettesítő gondozás bizonyos pozitív hatással jár a gondozók által észlelt terhek, valamint mentális és fizikai egészségük tekintetében [157]. Ugyanakkor úgy tűnik, hogy a helyettesítő gondozás nem befolyásolja a gondozásban részesülőket, és nem halasztja el bentlakásos ellátásba való felvételüket sem.

A munkaerő

Amikor a családok nem tudnak gondozást nyújtani, akkor formális szolgáltatásokhoz fordulnak, ami képzett személyzet alkalmazását igényli. A közösségi szolgáltatásfejlesztés egyik akadálya az lehet, hogy nehéz kellő számú és megfelelő képzettségű személyzetet találni, beleértve a szolgáltatások irányítására képes szakembereket is. A személyzet átirányítása az intézményekből a közösségi szolgáltatásokba nyilván lehet az egyik megoldás, de az is lehet, hogy nem ők a megfelelő emberek: magatartásuk esetleg túlságosan „intézményi”, túlzottan koncentrálhatnak a korlátozásra és a kockázatok elkerülésére, és megeshet, hogy szakmai tapasztalataik nem nyújtanak megfelelő alapot a kontroll új megoldásait megteremtő és az életminőséget javító struktúrák kiépítésére. Mivel az intézmények rendszerint egy-egy nagyobb régióból érkezett embereknek nyújtják szolgáltatásaikat, elképzelhető, hogy a személyzet nem akar az emberek otthoni közösségeibe települt szolgáltatókhoz kerülni. Az is előfordulhat, hogy a kórházi és más intézményi személyzet egyszerűen csak nem akar a közösségi szolgáltatások új formáiban dolgozni.

Az Európai Unió néhány tagállamával összefüggő probléma a képzett személyzet elvándorlása a magasabb béreket nyújtó országokba.

Az egyik megoldás nyilvánvalóan a magasabb bérek fizetése, hogy ösztönözzék az embereket a közösségi szolgáltatásokban végzett munkára (mivel a gondozási tevékenységek alacsony státusza nehezíti a munkaerő-felvételt), majd pedig meg is tartásuk őket (hiszen a személyzet elvándorlása a közösségi szolgáltatások egyik problémája). A legtöbb országban a gondozási szektor bérei hírhedten alacsonyak. A magasabb béreknek azonban használdozati költségei vannak: több pénzt költeni ugyanakkora személyzetre azt jelenti, hogy a rendelkezésre álló költségvetés egy nagyobb részét ugyanannyi vagy kevesebb gondozottra költik, vagy más területekről, például az egészségügyből, szociális gondozásból, lakástámogatási vagy egyéb szektorokból irányítanak át erőforrásokat annak érdekében, hogy a személyzet minőségét és stabilitását, s ezen keresztül a gondozás minőségét javítsák.

Egy merőben más típusú munkaerő-kínálati akadályt képez az, hogy néhány intézményben a jobb képességű bentlakók ingyenes vagy olcsó munkaerőforrást képviselnek, magának az intézménynek vagy a helyi gazdaságnak (helyi üzemeknek, gazdaságoknak). Ez is egyike lehet a kórházakból a közösségi rehabilitáció irányába mutató folyamat ellenébe ható tényezőknek. Meglehet, hogy az elsők között nem a legjobb képességű bentlakókat kell a közösségi ellátás felé irányítani – amiként ez az angliai kórházbezárási programok során is történt –, hiszen ezeket az embereket túl értékeseknek tekintik ahhoz, hogy elveszítsék őket.

Helyi gazdaságfejlesztés

Amikor egy intézmény az egyetlen vagy a legfőbb foglalkoztató egy helyi közösségben (mondjuk, egy faluban vagy egy kisvárosban), akkor a bezárása a helyi gazdaságot veszélyezteti. Természetesen az egyik megoldás ilyen helyzetben az lehet, hogy ezeken a településeken felépítik a közösségi elhelyezés és a hozzá tartozó szolgáltatások létesítményeit, és foglalkoztatást ajánlanak a korábbi kórházi alkalmazottaknak az új szolgáltatásokban. De ha a kórháznak helyet adó településen csak nagyon kevés egyéb foglalkoztatási lehetőség van, akkor ahhoz is kevés lesz, hogy sok korábbi kórházi bentlakót közösségi létesítményekbe fogadjon be. Még valószínűbb, hogy a nagy intézmény bezárásával korábbi lakói földrajzilag szétszóródnak – néhányan közülük visszakerülnek „otthonuk” kör-

nyékére – így a munkaalkalmak is szétszóródnak. Ezért egy nagy intézmény bezárása majdnem elkerülhetetlenül nagy munkahely-vesztéseket is okoz a helyi közösségben. Nem meglepő, hogy a munkanélküliségtől való félelem a közösségi ellátással szembeni ellenállás lényeges forrása lehet a személyzet soraiban, mint ahogy a helyi gazdaság várható hanyatlása is visszafoghatja a helyi kormányzat bezárás iránti lelkesedését. A központi vagy a regionális kormányok gyakran elismerik annak szükségességét, hogy a bányák, kikötők vagy nagyüzemek bezárása miatt lepusztult közösségekbe irányuló beruházásokat támogassák, de hányszor fordult elő hasonló akció a nagy intézetek bezárásakor?

Ugyanakkor az új közösségi szolgáltatások fejlesztése, különösen azoké, amelyek magasabb személyzeti ellátással működnek (mint a gondozási otthonok és panziók) vonzó alkalmakat tudnak teremteni a helyi gazdaság újraélesztéséhez. A városok meghatározott övezeteibe települő létesítmények, amelyek a korábbi kórházi bentlakók elhelyezését szolgálják, fel tudják lendíteni a helyi gazdaságot.

A tőke használdozati költségei

Az intézményi és a közösségi gondozás költségeinek összehasonlító számításaiban fontos, hogy a tőkeforrásoknak megfelelő értéket tulajdonítsunk. Ami az új közösségi szolgáltatásokat illeti, az lenne a feladat, hogy a létesítmény megépítésének és az ehhez megvásárolt földterületnek a teljes költségét kiszámoljuk, majd ezt a létesítmény várható élettartamára kiterjesszük. Egy bezárásra ítélt intézmény tőkeköltségének megfelelő becslése az épület és a telek értékének lehető legjobb alternatív felhasználásán alapul. Ha ez az alternatív érték – a használdozati költség – alacsony, akkor az intézményi gondozás összköltsége is relatíve alacsony lehet, a másik oldalról nézve viszont a közösségi gondozás relatíve költséges opciónak fog tűnni.

Európában a fogyatékos embereket jelenleg gondozó számos intézmény esetében alacsony lehet a tőke használdozati költsége: az épületek gyakran öregek, rosszul karbantartott állapotban és kevés alternatív használati lehetőséggel. Az intézményekhez tartozó földterület értékes lehet újrakezlesztésre, például lakásépítésre olyan területeken, ahol az ingatlanárak magasak. Sok intézmény viszont távol eső vidékeken épült, és az általuk használt terület nem különösebben értékes. Ez volt a helyzet Angliában az 1980-as és 1990-es években bezárt legtöbb korábbi pszichiátriai és „szellemi fogyatékos” kórházzal. Lowin és munkatársai [158] azt mutatták ki, hogy a korábbi kórházi ingatlanok jelentős része még mindig alulfejlett volt: a már nem az eredeti használatban levő ingatlanok területének fele üres volt, és annak a 40 teleknek a 90 százaléka is üresen állt, ahol a korábban ott létesült kórházat bezárták. Ez azt jelzi, hogy a legtöbb kórházi ingatlannak az újrakezlesztés szempontjából nincs nagy közvetlen értéke. Annak az egy ingatlannak volt magas használdozati költsége, amit az észak-londoni Friern Kórház foglalt el, s ennek nagyobb részét tekintélyes összegért lakásépítésre vásárolták meg, kisebb részét pedig megtartották mentális gondozó létesítményekre.

Természetesen semmilyen, az intézmény épületének vagy telkének értékesítéséből befolyó jövedelem nem használható fel teljesen, amíg az intézmény nem zár be. Közben pedig már szükségesek lesznek a tőkealapok telkek vásárlására és létesítmények építésére (átalakításokra vagy vásárlásokra) az új közösségi gondozás szolgáltatásaihoz, hogy ezek készen várják az intézmények átköltöző bentlakóit. Ezenkívül, még ha el is indul a bezárás folyamata,

időbe telik, amíg egy intézmény folyó kiadásai csökkenni kezdenek. Az 1980-as évek közepén 119 angliai pszichiátriai kórház kiadásainak statisztikai elemzése azt mutatta, hogy egy kórház páciensenkénti átlagos költségének négyötöde megtakarítható a bentlakók számának csökkenését követő relatíve rövid idő alatt [159]. Nem meglepő, hogy minél gyorsabban zajlik egy kórház leépítése, annál nagyobb arányban lehetnek megtakarításai. Ennek azonban lehetnek káros hatásai is, amint ezt a későbbiekben tárgyalni fogjuk.

Hangsúlyozni kell azonban, hogy számolni kell egyes kiugró költségekkel – a közösségi létesítmények elindításához szükséges kezdeti beruházások igényével – és a teljes bezárásig a régi, valamint az új szolgáltatások támogatásának néhány évig párhuzamos működési költségeivel is [160]. Az intézményi rendszerről a közösségre való áttérés az erőforrások átirányításának nagyon körültekintő *ütemezését* igényli, ahogy az emberek és a személyzet átirányításához is nagyon gondos menedzselés szükséges. Rövid távon mindig szükség lesz többletforrások becsatornázására ahhoz, hogy a gondozási egyensúlyok elmozduljanak. A gondozási egyensúly megváltoztatására irányuló költségsemleges kísérletek – sőt, rosszabb esetben a gyors pénzmegtakarítást célzó kísérletek – oda vezethetnek, hogy sok embertől megvonják a megfelelő ellátást, vagy kevéssé támogatott, a sztenderdektől elmaradó létesítményekbe irányítják őket.

Támogatási csatornák

A támogatás mindazokat a csatornákat, utakat jelenti, ahogy a pénzeszközök az adózásból, a társadalombiztosításból vagy önkéntes biztosításból, a felhasználói díjakból vagy a zsebből történő kifizetésekből eljutnak a szolgáltatóhoz. Négy témát kell ezzel kapcsolatban átgondolni:

- Szükség van-e elkülönített vagy „védett” szolgáltatási költségvetésre, például a mentális problémákkal élők vagy az értelmi fogyatékos emberek esetében, avagy jobb, ha a költségvetések integráltak?
- Mik a központosított és a leosztott támogatási megoldások relatív érdemei?
- Hogyan történik a szolgáltatók megbízása és a szolgáltatásvásárlás, milyen ösztönzőkkel és előnyökkel?
- Vannak-e a gondozást finanszírozó költségvetést egyéni felhasználókhoz vagy gondozókhoz helyező, ún. „fogyasztók által irányított” (vagy önrányított) gondozás bevezetésének előnyei?

Védett költségvetések?

Amikor egy nagy intézmény – egy pszichiátriai kórház – bezárásának tervei készülnek, gyakran felmerül, hogy a kórház költségvetését be kellene „keríteni”, el kellene különíteni mentális egészségi szolgáltatásokra, hogy elejét vegyék az erőforrások el- vagy átszivárgásának az egészségügy vagy a közpolitikák más területeire. Az 1990-es években Magyarországon a pszichiátriai kórházi ágyak száma 50 százalékkal csökkent a korábbi költségvetési források védelme nélkül, és csak csekély fejlesztés történt a közösségi szolgáltatások terén [161].

Angliában is voltak hasonló aggodalmak, amikor döntöttek a központi kormány által korábban a kórházaknak nyújtott támogatásnak az akkori helyi egészségügyi hatóságokhoz való átirányításáról. Egy nyilvánvaló előnye ennek az áttételnek az volt, hogy ösztönözte a helyi egészségügyi hatóságokat arra, hogy a felelősségi körükbe tartozókat átirányítsák a kórházakból a helyi közösségek ellátásaiba, ahol általában azt várták, hogy változatlan költség-

gekkel jobb gondozást lehet biztosítani. (Valójában az állami egészségügyben (NHS) csökkentek a költségek azáltal, hogy a korábbi kórházi bentlakók magán-, illetve önkéntes szolgáltatók létesítményeibe kerültek, ahol a szociális biztonsági költségvetés fedezte a költségeket.) Ugyanakkor általában nem ellenőrizték, hogy a területi igazgatás miként használta fel ezeket a támogatásokat, és számos esetben tényleg a mentális egészségügyön kívüli szolgáltatásokra fordították ezt a pénzt. Ez volt az oka annak, hogy néhány regionális egészségügyi hatóság bevezette a „hozományokat”: a korábbi tartós kórházi bentlakókat saját ellátásuk (legalábbis rövid távon) védett költségvetésével együtt irányították át a közösségi gondozásba. A 3. szövegdoboz az angliai Darenth Park Kórházban ellátott értelmi fogyatékos emberek közösségi gondozásba átkerülésének folyamata alatti hozományszerűen védett finanszírozást foglalja össze.

3. szövegdoboz: A hozomány, ami ösztönzi az intézetből kiköltözést – Darenth Park Kórház

Az 1970-es évek elején a Darenth Park Kórház 1500 ágyas volt. A következő évtizedben a Regionális Egészségügyi Hatóság a kórház méreteinek csökkentésére és egy esetleges bezárásra felkészülve épületeinek feljavítására törekedett, de ezek a tervek erőforrások és alternatív ingatlanok hiányában gyakran a fiókokban maradtak. Az 1970-es évek végén egy cementgyárnak a Darenth Park-i ingatlan megvásárlására tett ajánlata felgyorsította a kórházbezárás tervezését, és célul tűzték ki az 1980-as évek közepéig megvalósítandó teljes megszüntetést. A vásárlási ajánlat, ami igen nagy helyi ellenállásba ütközött, végül nem valósult meg, de a kórházbezárás tervei tovább éltek, bár már némileg lazább időkorláttal. 1983-ban a régióban elfogadták a „hozomány”-finanszírozást, amely révén a Darenth Park által ellátott egészségügyi körzet a kórházból elbocsátott minden bentlakó után egy adott éves összeget kapott. A kórházat és környékét támogató állami (NHS) források felett rendelkezők nem akarták mások gondozását támogatni, csak azokét, akikért korábban felelősek voltak. A területen a hozomány „új pénzt jelentett a régi bentlakók gondozásának” támogatására. Az erre vonatkozó országos szabályozás lehetővé tette az erőforrások átirányítását más szervezetekhez, ösztönözve ezzel a helyi igazgatást és az önkéntes szervezeteket, hogy ellátást biztosítsanak Darenth Park egykori lakóinak. A kórházat végül 1988 augusztusában zárták be úgy, hogy az ezt megelőző öt évben megvalósult a szolgáltatásfejlesztés legnagyobb része.

A mentális egészségi problémákkal, valamint az értelmi és más fogyatékkal élő embereknek nyújtott szolgáltatások megfelelő forrásokkal való ellátása terén tapasztalható történelmi és elhúzódó nehézségek miatt a legtöbb országban törekednek az elkülönített vagy védett finanszírozási stratégia alkalmazására. Jobban járnak-e ezek a szolgáltatások, ha költségvetéseik teljesen elkülönülnek az egészségügyi vagy szociális ellátások fő vonulatától, avagy előnyösebb, ha integrálódnak a fősodorba?

Vegyük a mentális problémákkal élőknek nyújtott szolgáltatások esetét! Az integráció előnyökkel jár. Az adminisztrációja egyszerűbb. Bátoríthatja a többszakmás döntéshozatalt és munkavégzést, mivel a mentális egészségügyi specialisták és más egészségügyi szakértők ugyanakkor a szervezetnek a tagjai, vagy ugyanabból a költségvetésből támogatják őket. Természetesen az azonos szervezeti keretekben végzett munka önmagában még nem biztosítja az együttműködést, de az integrált költségvetés csökkentheti a szakemberek ellenősztonzését a fogyatékos emberek legszélesebb körű szükségleteinek kielégítése érdekében. Az integráció segíthet csökkenteni (a példában hivatko-

zott esetben) a mentális betegségek stigmáját és az ezzel társuló megkülönböztetést. Ha a költségvetés rugalmasan használható fel, adott szervezeten belül az integráció bátoríthatja az innovációt, például nagyobb hangsúlyt adhatnak a megelőző tevékenységeknek, valamint a krónikus mentális és fizikai egészségi problémák közös kezelésének.

Másrészt viszont az egészségügyi rendszer fő áramához tartozó döntéshozók körében krónikusan hiányzik a mentális egészségi problémák és kezelésük iránti figyelem. Következésképpen az integrált rendszer részeként a mentális egészség forrásai és prioritásai nem védettek, és nem élveznek elsőbbséget. Az integráció további hátránya, hogy mások a szükségleteket generáló tényezők a mentális egészség terén, mint a többi egészségi probléma kapcsán. Ez a fő oka annak, hogy Angliában más formulák alapján osztják el a mentális egészséget, illetve az egyéb egészségi tevékenységeket szolgáló forrásokat. Az intézménybezárások folyamatában a mentális egészséget szolgáló költségvetések védelme létfontosságú az embrionális állapotban levő közösségi gondozási rendszer sikere érdekében. De ezt a tiszteletre méltó célt meg kell különböztetni attól az érveléstől, mely szerint a pszichiátriai bentlakásos létesítményeket azért nem szabad bezárni, mert a mentális egészségügy rendszeréből kiszivárgó források veszélyével szemben ezek testesítik meg az egyedül megkülönböztetett és elkülönített mentális egészségügyi finanszírozást.

Németországban a bentlakásos intézmények elkülönített regionális (vagy a fölötti) finanszírozása a helyi igazgatást a költségek átrendezésére bátorította azzal, hogy inkább a bentlakásos ellátás felé terelték az embereket, ahelyett hogy a nem bentlakásos szolgáltatási lehetőségeket fejlesztették volna. Adott szolgáltatástípus finanszírozásának elkülönítése (védelme) perverz ösztönzők életre hívásának kockázatával jár.

Nincs egyszerű válasz tehát az integrálás vagy elkülönítés kérdésére, mint ahogy nincs az újrafelvezetési folyamatnak sem egyetlen olyan jó megoldása, amely különböző országokban, különböző időkben egyaránt működne. A különböző egészségügyi és szociális gondozási rendszerekben és összefüggésekben valószínűleg eltérő döntéseket kell hozni. Bármely döntéstől elvárható viszont, hogy a különböző szolgáltatók és szolgáltatások közötti jó közös munka megfelelő ösztönzőit teremtsen meg a fogyatékos emberek szükségleteinek minél teljesebb kielégítése érdekében.

Központosított vagy leosztott támogatás?

A gondozási rendszerben a költségvetési felelősségek különböző szintek között oszlanak meg. Néhány felelősség makroszintű – az egészségügyi és szociális ellátási rendszer csúcsain összpontosul –, lehet országos vagy regionális, míg néhány felelősség a helyi szervezetek, önkormányzatok és egyének szintjére delegált. A makro- és mikroszintű felelősségek egyensúlya sok tényezőtől függ, az ország alkotmányos struktúrájától kezdve az alsóbb szintekre delegált döntéshozatalnak és felelősségvállalásnak, valamint a felhasználói önállóság felé nyitott tágabb szakpolitikai kereteken át a központi politikai befolyás és ösztönzés képzelte és valós hatékonyságáig. Mindez összefügg azzal, hogy a támogatás a szolgáltatásokat egy közvetlen, „felülről lefele” irányuló („top-down”) elosztás révén – például a központi költségvetésből egy kórháznak juttatott egyösszegű támogatással, vagy az elfoglalt betegek alapján számított finanszírozással – éri-e el, vagy egy területi vagy regionális testület dönt a hozzá leosztott eszközökből finanszírozandó kiadásokról. A decentralizálás további foka az lenne, hogy a finanszírozási felelősség teamekhez és egyéni szakértőkhöz – esetmenedzserekhez vagy családorvosokhoz – kerül tovább, ahogy ezt néhány európai ország egészségügyi és szociális ellátórendszerében tervezik, vagy kezdik megvalósítani.

Elvileg a leosztott költségvetések és vásárlási felelősségek növelik annak valószínűségét, hogy a döntéshozatal a felhasználók szükségleteire és preferenciáira érzékenyebb lesz. Mindennapi munkájukon keresztül a szolgáltató szakemberek vannak abban a helyzetben, hogy felismerjék az egyéni és (helyi) közösségi szükségletek igényeit és szándékait. Az ő szintjükre vagy a helyi szervezetek szintjére telepített felelősségdecentralizálásban a gondozási rendszer arra való bátorítását lehet látni, hogy legyenek még inkább „szükségletvezéreltek” vagy „preferenciákat követők”, bár a költségvetések birtokosai igénylik a megfelelő információkat, képzettségeket, autonómiát, és elvárják a rugalmas, hatékony és eredményes munka ösztönzését. Lehet, hogy a leosztott költségvetés birtokosainak kevesebb az információjuk, mint a központinak, kevesebb technikai erőforrásuk van létező információik feldolgozására, és a hibás döntések esetén kevesebb a pénzügyi tartalékuk.

A decentralizált döntéshozatal ezért jól tervezett költségvetés-allokálási mechanizmust és robusztus elszámolási eljárásokat igényel. Nagyobb pénzügyi kockázatúnak tartják, s így a konzervativizmust erősítheti, amennyiben a helyi szolgáltatásvásárlók el akarják kerülni a ki nem próbált (s ezen belül az innovatív) gondozási megoldásokat. Ezzel szemben a központilag kontrollált költségvetés lehetővé teszi a kockázatok összegyűjtését és terítését, így nagyobb beszerzési szabadságot ad (s akár jobb áralkukat is). A központositott költségvetés azt is könnyebbé teszi, hogy *stratégiai* válaszokat adjanak országos vagy területi szükségletekre. A központilag ellenőrzött döntéshozatalnak a szolgáltatásokhoz való hozzájutásban és az ellátás minőségében előforduló egyenetlenségeket is „ki kell vasalnia”, amihez megfelelő és hatékony szabályozó eljárásokra van szükség, s amelyek révén jobban tudja védeni a fogyatékos emberek jogait. A költségvetési felelősség különböző szintjein különbözőek az ösztönzők. A magasan centralizált költségvetés mellett kevésbé ösztönöztek a helyi testületek vagy az egyéni szakemberek arra, hogy hatékonyságnövelő megoldásokat keressenek: előfordulhat, hogy az adott évi hatékonysági megtakarítás jutalma a következő évben a költségvetési elvonás lesz.

Allokációs mechanizmusok

Bizonyos formulák szükségesek ahhoz, hogy a decentralizált finanszírozási rendszerben a helyi szervezetek felé, a centralizált rendszerben az egyéni szolgáltatókhoz (pl. a kórházakhoz) osszák el a költségvetési pénzeket. Ideálisan ezeknek a formuláknak tükrözniük kell a szükségletek megoszlását és az elfogadott szakpolitikai prioritásokat. Alapjában négy mechanizmus van, amelyen keresztül a rögzített költségvetés rendszerében az erőforrások a szolgáltatásvásárlókhoz eljutnak [162]:

- a vásárlók kérelmeinek nagyságára alapozott módszer,
- a szakpolitikai tárgyalás,
- a történeti előzmények,
- a gondozási szükségletek független mérése.

Az első három opció széles körben használatos, bár nem tartalmaz ösztönzőt az egyenlőség és a mentális egészségi szolgáltatásnyújtás hatékonyságának javítására, vagy – célzottan – arra, hogy megváltoztassák a gondozás egyensúlyait. A negyedik opció alapján a forrásokat egy fejenkénti szükségletalapú formula szerint allokálnák, figyelembe véve a helyi lakosság társadalmi-demográfiai összetételét, a társadalmi deprivációt, a halálozási mutatókat és

a költségeltéréseket (ahogy pl. az angol és a svéd egészségügyben). Egy allokációs formula kidolgozása nem egyszerű, és számos – itt nem tárgyalt – bonyodalommal jár. Azt viszont hangsúlyozni kell a decentralizált költségvetés esetében, hogy a költségvetések tulajdonosai kellő szabadsággal, a forrásokat rugalmasan használva növelhetik annak valószínűségét, hogy a vásárolt szolgáltatások megfelelnek az egyének szükségleteinek és kifejezésre juttatott preferenciáinak, s egyúttal elmozdíthatják a gondozás egyensúlyát az intézmények által uralt modellektől.

Szolgáltatásvásárlás

A szolgáltatásvásárlás számos feladatból és szakaszból áll [90]:

- egy vagy több cél kidolgozása és ezekről való megállapodás;
- a lakosság szükségleteinek felmérése;
- a tervezési tevékenységek által szükségesnek talált szolgáltatások felkutatása, értékelése és fejlesztése vagy ösztönzése, az adott és lehetséges szolgáltatókkal való kapcsolatok révén;
- szolgáltatásspecifikáció;
- a szolgáltatókkal való szerződéses megállapodás;
- teljesítményértékelés, a szerződésekben meghatározott monitorozási eljárások révén formálisan vagy informálisan;
- szerződésmegújítás vagy befejezés;
- a folyamat indításához visszajelzés a kielégített és ki nem elégített szükségletekről.

A szolgáltatásvásárlásokra való kiválasztásnak következményei lesznek a források felhasználásának módjaira és végső soron a gondozási rendszer költségeire, eredményeire és költséghatékonyására. Az 1000 fölötti ágyszámú orosz kórházakkal például bőkezűbben bánnak, mint a kisebb kórházakkal, és az általános finanszírozási környezet az intézmények teljes kapacitással történő működtetésére ösztönöz [163]. A független szektor szolgáltatóival kötött rövid távú szerződések a megbízóknak nagy rugalmasságot biztosítanak, de a szolgáltatóknak nehéz hosszabb távra tervezniük, például beruházniuk személyzetbe vagy tőkefejlesztésbe.

Nyilvánvaló, hogy a gondozás rendszerében a szolgáltatásvásárlási kultúra hatással lesz a nyújtott szolgáltatásokra. Van-e hosszú távú kapcsolat a költségvetésért felelős szervezet és a szolgáltató között, vagy csak rövid távúak a kapcsolatok? A kapcsolatok szilárdak (kiterjedt explicit szerződéseken alapulnak) vagy „barátiak” (implicit informális forrásátadáson alapulóak)? A szolgáltatók között a szerződésekért folyó piaci jellegű versenyt, vagy inkább az irányítás és kontroll hierarchikusabb modelljét bátorítják? A kapcsolatok fenyegetésen alapuló „ellenfelek közötti” viszonyokhoz hasonlóak-e, vagy inkább a bizalmon alapuló „elköteleződés” jellemző rájuk? Milyen formákat öltenek a szerződések – nagy tömbmegállapodások a vásárlásokról, vagy egyedileg elkülönülő esetekre épített vásárlási modell? Tartalmaznak-e teljesítménykövetelményeket, mint például egy adott szolgáltatási portfólió biztosítása, vagy adott gondozási minőség elérése? Milyen monitorozási követelményeket állítottak a teljesítmények és a szerződés szerinti működés ellenőrzésére, és mennyire terelik el a forrásokat az aktuális szolgáltatásnyújtástól?

Még ha egyes szolgáltatásvásárlási módoktól elvárt, hogy *a priori* jobban működjenek, mint mások, a sikernek nincs kész sablonja. Különösen széles körű viták folynak a piac által vezérelt és a hierarchikus struktúrák komparatív

előnyeiről, de ez a kérdés túlmutat ennek a jelentésnek a keretein. (Egy korábbi beszámoló az angliai szociális gondozási piacokról részletesen elemezte a piaci struktúrákat és ösztönzőket, a szerződéstípusokat és az ármeghatározást; lásd Wistow és munkatársai [164: 7–8. fejezet]. Közelebbi tapasztalatokat írnak le Netten és munkatársai [165].) Ami a bentlakásos szolgáltatások szolgáltatásvásárlásai terén működik az egyik rendszerben, az nem biztos, hogy működik a nappali szolgáltatások terén egy másik rendszerben. A helyi döntéshozóknak kell a helyi körülményeknek és preferenciáknak megfelelniük a helyileg lényeges célok elérése érdekében.

A fogyasztó által irányított gondozás

Néhány országban új irányzat az önvezérelt vagy fogyasztó által irányított gondozás fejlesztése [73]. Az elsődleges cél, hogy az emberek nagyobb önállóságot és választási lehetőséget kapjanak, s ezzel életük felett nagyobb legyen a saját befolyásuk. A személyközpontú tervezés egyike ezeknek a megoldásoknak [166]. Utalványokhoz hasonló eszközöket is használnak. Behatóbb tanulmányozást igényel még az a növekvő népszerűségű modell, amely a finanszírozást átadja az egyéneknek azzal, hogy vásárolják meg saját gondozásukat. Ez fontos alapelve a németországi tartós gondozási biztosítás reformjának, Angliában pedig a közvetlen kifizetések (foltokban alakuló) fejlődésének [167] és az egyéni számlákkal [69] való kísérletezésnek egyaránt. Olaszországban is van néhány példa a finanszírozás ilyen irányú leosztására.

Számos érv szól az ilyen kezdeményezések mellett, leginkább természetesen az, hogy az önállóságot és a hatalommal való felruházást (*empowerment*) hangsúlyozzák. Létezik olyan hiedelem, hogy az ilyen intézkedések költség-hatékonyságuk mellett a gondozás minőségét is javítják, bár ezt még bizonyítani kell. A megközelítés vonzó a politikai jobboldalnak, mert a piacszerű működésre utal, de a középbalnak is az egyéni választás és a közszolgáltatások elszámoltathatóságának ösztönzése révén. A felhasználók oldaláról nézve az önmaguk által irányított szolgáltatások vonzóak, hiszen ily módon a befolyásuk lényegesen nagyobb, és teljesen összhangban vannak a jogokra alapozott felfogással. Képesek lebontani a szolgáltatások, szektorok és költségvetések közti korlátokat, mivel a támogatás a hagyományos területek, az egészségügy, a szociális gondoskodás és a lakhatási szolgáltatások között megosztva használható fel.

Másrészt azonban az önirányított megoldások a szolgáltatások felkutatásával, monitorozásával és megvásárlásával kapcsolatban jelentős felelősséget tesznek az egyéni felhasználók vagy családjaik vállára (amennyiben ez utóbbiak is elérhetők a segítség igénybevételére) [40]. Az egyének rendelkezésére bocsátott támogatás kevés lehet ahhoz, hogy hozzájussanak azokhoz a szolgáltatásokhoz, amelyeket szeretnének, vagy amelyeknek szükségét érzik. Az egyéni vásárlók alkuereje a szolgáltatókkal szemben csekély (összehasonlítva, mondjuk, az olyan nagy szolgáltatásvásárlókkal, mint az önkormányzatok vagy a társadalombiztosítási alapok), és fennáll a szolgáltatóknak vagy a „pénzügyi tanácsadónak” való kiszolgáltatottság kockázata. Bár az önirányított gondozási rendszerekben rendszerint létrehozják a közvetítő (tanácsadó, támogató) szolgáltatásokat, de nem biztos, hogy ezek kiterjedtsége és minősége elégséges, márpedig a jó szakmai támogatás alapvető az ilyen ellátási formában. Ha pedig az egyéneknek nem állnak rendelkezésükre a megfelelő szolgáltatások, akkor az önirányított gondozás rendszere igencsak korlátozóvá válhat.

Sokrétű támogatási források

Összetett szükségletek

Mint már a korábban megjegyeztük, nem szokatlan a tartósan fogyatékkal vagy egészségi problémával élők számára az, hogy életük különféle területein támogatási igényük legyen. Ebbe valószínűleg beleértendő az egészségügyi szükségletek, de igényelhetnek segítséget ahhoz, hogy fizetett foglalkoztatást találjanak, vagy megtartsák munkahelyüket. Ha nem dolgoznak, akkor valószínűleg jogosultak lesznek szociális ellátásra. A szociális gondozás szervezetei részt vehetnek az elhelyezésben, vagy otthoni szolgáltatások és felszerelés biztosításában. Szükség lehet lakásátalakításra vagy szociális lakásra. A családtag gondozóknak lehetnek igényeik az informális gondozás terhei miatt. Szélsőséges esetekben néhány magatartási zavarokkal küzdő személynek lehet – elkeseredettség vagy áldozattá válás révén – az átlagnál gyakoribb kapcsolata a bűnügyi igazságszolgáltatással.

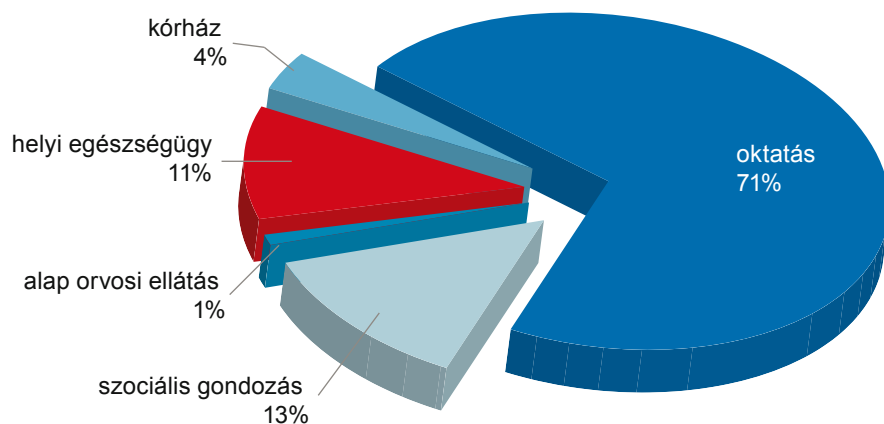
Ahogy a gondozási rendszer egyensúlyai elmozdulnak az intézményektől a közösségi megoldások irányába, úgy fognak a finanszírozási csatornák is az egészségügyi rendszerre való kizárólagos támaszkodástól (valójában egy nagy konszolidált intézményi költségvetéstől) elmozdulni a szolgáltatások vegyes gazdasága felé, amely forrásait a költségvetések potenciálisan széles köréből nyeri. Ezeknek a sokrétű támogatási forrásoknak az összehangolása a különböző szervezeti és szakmai kapcsolódásokkal és az őket kísérő ösztönzőkkel komoly kihívás. Azok, akik a tartós gondozásból kikerülnek, továbbra is igényelni fognak támogató szolgáltatásokat, köztük alkalmi bentlakásos pszichiátriai kezeléseket, úgyhogy a kórház-közösség együttműködés kihívásoknak néz elébe.

Összetett kiadások

Az összetett szükségletek kérdéseiről és rájuk adott összetett válaszokról számos példát lehetne említeni. A korábbi kórházi bentlakók által használt szolgáltatások körét a 11. táblázat szemléltette, az esettanulmányok példáit pedig a 13–14. táblázatok. A 4. és 5. ábrák az angliai kutatások alapján [168, 169] két további illusztrációt nyújtanak.

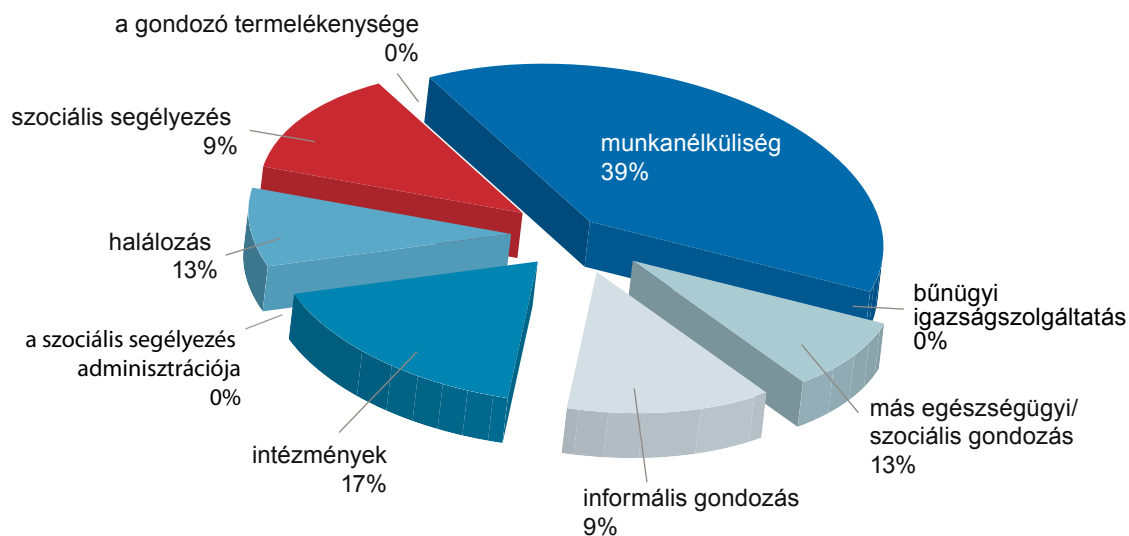
A két ábra közül a 4. ábra a súlyos értelmi fogyatékos gyermekeket támogató szolgáltatások költségeit összefoglalva jelzi az oktatás, a szociális gondozás és az egészségügyi szolgáltatások nagyarányú jelenlétét [168]. A 5. ábra a skizofréniával élőkre fókuszál, és bemutatja a szolgáltatói költségek széles körét, az informális gondozásból származó költségeket és a skizofréniának a foglalkoztatásra, s ezen keresztül a termelékenységre gyakorolt hatásából adódó becsült költségeket [169]. Hasonló kép rajzolódik ki – bár némileg eltérő százalékos arányokkal – Olaszországot (Tarricone és munkatársai [170] és Németországot (Rössler és munkatársai [171]) illetően is. A szolgáltatások széles körének hatásai és ezen belül az elvesztett foglalkoztatás teljes költségének, valamint a gondozó időbefektetésének nagy súlya – úgy tűnik – nemzetközi jelenség.

4. ábra: A súlyos értelmi fogyatékos gyermekeknek nyújtott szolgáltatások költségeinek megoszlása



Csak ezeknek a szolgáltatásoknak az átlagos költsége 15,700 £/gyermek/év volt 1997/87-as árakon

5. ábra: Skizofréniás személyeknek nyújtott szolgáltatások költségeinek megoszlása



Az átlagos költség = 54,596 font/fő/év (Anglia, 2005)

Ezek és más hasonló kutatások mutatják a gazdasági hatások széles körét. Egy londoni, ismétlődően antiszociális magatartást tanúsító gyermekekről készített kutatás [172] azt találta, hogy a költségeknek csak 5 százaléka terhelte az egészségügyet. A többi kiadás (a speciális tanulási igények miatt) az iskolákra, a szociális gondozás szervezeteire, a helyi önkéntes szervezetekre, (a szülők megszakított foglalkoztatása és a háztartási károk miatt) a családokra és (a fogyatékossgal járó vagy hasonló transzferek révén) a jóléti rendszerre hárult. Egy korábbi kutatás kimutatta, hogy azok a felnőttek, akik gyermekkorukban valamilyen magatartászavarral küzdöttek, egy nem kóros kontrollcsoporttal összevetve jelentősen nagyobb kiadásokat generáltak számos szervezetnél; a leginkább figyelemreméltó, hogy a bűnügyi igazságszolgáltatás rájuk fordított költségei a 18-szorosát tették ki a kontrollcsoportra fordítottaknak [173]. Az időskori szükségletek hasonlóan hatnak a szolgáltatások és költségvetések széles körére. A legutóbbi „Dementia UK” jelentés [174] úgy becsülte, hogy a demencia teljes költsége elérte a 17 milliárd fontot, amelynek 41 százalékát az elhelyezés, 8 százalékát az egészségügyi szolgáltatások, 15 százalékát a szociális gondozás teszi ki, míg az informális gondozás, valamint az elvesztett foglalkoztatás imputált költségei az összköltség 36 százalékát adják.

A szolgáltatások felhasználói mintázata és ebből adódóan a költségek mintázata országról országra különbözik. A skizofréniával élőkéről készített két, több országra kiterjedő európai kutatás illusztrálja ezt. Az EPSILON-kutatás [175] azt mutatta be, mennyire különböznek egymástól az angol, a dán, a holland, az olasz és a spanyol szolgáltató rendszerek és elérhetőségük. Az ERGOS-kutatás [176] szintén jól körvonalazható országgülönbségeket talált a kezelés és a gondozás összetételében.

Nem meglepő, hogy számos koordinációs probléma származik a jogosultságok és a hozzájutás különbségeiből és a „menedzseri” megközelítésekre épített teljesítménymutatókat követő gondozási rendszerek által életre hívott (gyakran perverz) ösztönzőkből. A probléma gyökere a döntéshozatal széttöredezettségben és a „siló” (ágazatilag lehatárolt) költségvetések korlátaiban található. A 4. szövegdoxoz példaként leírja az idős emberek angliai kórházból való elbocsátását, ami szemlélteti a koordinációs problémákból adódó rossz erőforrás-kihasználást és a szolgáltatásokat igényve vevőknél jelentkező gyenge eredményeket. Mindebből a szolgáltatások közötti pazarló átfedések és – még gyakrabban – a támogatási spektrum nagy üres foltjai állnak elő, valamint az a veszély, hogy az emberek kihullanak a támogatások hálójából.

Egy teljesítménycél felállításá (pl. adott számú kórházi ágy megszüntetése, adott számú közösségi szolgáltatás kifejlesztése) elősegítheti a gondozás egyensúlyainak megváltoztatását: a teljesítménycélok szerves részei és elkerülhetetlen folyományai a helyi vagy az országos stratégiáknak. Másrészt a szűken meghatározott teljesítménycélok ellenősztonözhetnek egyes szervezeteket, hogy tágabb érdekeket szolgáló döntéseket hozzanak, hogy egyszerűen csak önérdeküket kövessék, mivel a teljesítményértékelés rendszere erre készíti őket. Szakmai rivalizálás, rövidlátó költségvetés-védelem, tudatlanság, közömbösség, vagy egyszerűen a nevelséses bürokrácia szintén arra bírhat egyes szervezeteket, hogy saját forrásaikból ne akarjanak, vagy ne legyenek képesek átadni egy másik szervezetnek, még az egész szolgáltatási rendszer működésének megtakarításai vagy jobb eredményeinek elérése érdekében sem. Ez összefügg a „siló” költségvetések széles körben osztott problémájával: a címkézett támogatások nem fordíthatók más célokra.

4. szövegdoboz: Időskorúak kórházi elbocsátásának késleltetése Angliában

Régóta közismert probléma, hogy az akut kórházi ágyakon elhelyezett időskorúakat nem engedik el azt követően, hogy egészségi problémáikat orvosolták. Az angol egészségügyi kormányzat erre a növekvő kihívásra egy országos ágyszámvizsgálattal (National Beds Inquiry, NBI) válaszolt 1998-ban, „hogya az *általános és akut kórházi szolgáltatások növekedésével kapcsolatos feltételezéseket és ezeknek az egészségügyi szolgáltatásokra és a kórházi ágyszámokra az elkövetkező 10–20 évben gyakorolt hatásait áttekintse*”. A vizsgálat által megrendelt szakirodalmi feldolgozás arra a következtetésre jutott, hogy alternatív szolgáltatási megoldások hiányában a kórházi ágyak 20 százalékát helytelenül idős emberek foglalják el [177]. A vizsgálat hangsúlyozta, hogy a kórházi szolgáltatásokat az egészségügy és a szociális gondozási rendszer más elemeivel együttesen, szélesebb összefüggésben kell vizsgálni.

A helyi hatóságok (amelyek a szociális gondozásért felelősek) most fizetni kötelesek az egészségügyi szolgáltatónak a „szükségtelenül”, az azonnali egészségi ellátásigényük kielégítésén túl kórházi ágyon maradó idős emberek költségeiért.

Ezt a tapasztalatot megerősítette Fernandez és Forder [178], akik azt mutatták ki, hogy a szociális gondozási szolgáltatások (mind a közösségiek, mind az intézményiek) jelentősen csökkentették az elhalasztott elbocsátások arányát. A helyi erőforrások szintje és a bekerülési költségek döntőek voltak: más tényezőket azonosnak tekintve, a gazdagabb helyi hatóságok és azok, amelyeknél a bekerülési költségek alacsonyabbak voltak (alacsonyabb ingatlanárak és bérek). Lényegesen alacsonyabb elhalasztott elbocsátási arányokat mutattak. Ezekben a különbségekben sokszor a helyi hatóságok kontrollján kívül eső tényezők is fontos szerepet játszottak. Más kutatások azt mutatták, hogy a kórházi elbocsátások gyenge tervezése az egyik fő összetevője volt a halasztásoknak. Egy másik publikációjában Fernandez és Forder [178] arra hívták fel a figyelmet, hogy némi, az egészségügyből a szociális gondozás költségvetésébe áthelyezett forrásokkal az időskorúak támogatási költségeiben nettó megtakarítást és az egészséggel, valamint a jólléttel kapcsolatos minőségi javulást lehetne elérni.

Ha a váltás az intézményből a közösségbe változást hoz a gondozás szervezését és finanszírozását illetően, akkor lehetőség van arra, hogy a hozzáférést megváltoztató más jogosultsági kritériumok fogalmazódjanak meg. Angliában például a Nemzeti Egészségügyi Szolgálatot (NHS) jellemző univerzalitás és szolidaritás éles ellentétben áll a szociális gondozást jellemző szelektivitással, jogosultsági küszöbökkel és jövedelemfelméréssel. Ez a demens időskorúak és családjaik számára temérdek problémát okozott, amint a gondozás elmozdult a (felhasználók számára térítésmentes) kórházi osztályoktól az ápolási és bentlakásos otthonok felé (amelyekért a használók fizetésre kötelezettek, ha vagyonuk egy viszonylag szerény összeg felett van). Németországban csak a pszichoszociális gondozás medikális vonatkozásait fedezi a társadalombiztosítás, az elhúzódó mentális problémákkal élők tartós gondozási szükségleteit szociális rehabilitációnak vagy újraintegrálásnak, s ezért a jóléti rendszer felelősségeibe tartozónak tekintik, ami azt jelenti, hogy adókból fedezik, és a családokat térítésre kötelezhetik. A német egészségügyi és szociális ellátórendszer régóta erősebben fragmentált, mint az angol, ami a kormány stratégiai kontrolljának és befolyásának

hiánya [179] miatt további kihívást jelent. A megfizethetőség probléma lehet, és a szolgáltatások igénybevételének elmaradása az életminőség és a tartós egészség rovására mehet.

A rendszer és a szolgáltatás széttagozottsága jellemző az olasz gondozási rendszerre is. Fattore és munkatársai [180] a lombardiai mentális egészséggondozás leírása során bemutatták a segítő szolgáltatások összetett költségeit sokak, és különösen olyanok esetében, akiknek súlyos és elhúzódó szükségleteik vannak. A szerzők aggodalmukat fejezték ki a térítés fejében nyújtandó szolgáltatások bevezetése miatt, amelyek szerintük – a közösségi szolgáltatások alapvető céljaival ellentétben – az integráció ellenébe hatnak.

A gondozás összehangolása az összetett szolgáltatások, összetett költségvetések komplex világában Európában a közösségi ellátórendszerek legnagyobb (és általában megoldatlan) misztériuma. Számos erőfeszítés történt, úgymint:

- megállapodások, amelyek az állami és az önkéntes (valamint ideális esetben a magán-) szektor szervezeteit közös akciótervekben kötik össze;
- adott terület stratégiai koordinálásának felelősségével felruházott „vezető szervezet” (pl. az önkormányzat vagy az egészségügyi alapellátó szolgáltató) kijelölése;
- a szükségletek felmérését és a szolgáltatói válaszokat koordináló eset- vagy gondozási menedzserek, illetve „gondozási közvetítők” formájában egy „utca szintű bürokrácia” (street level bureaucrats) kialakítása;
- a különböző országos és helyi költségvetések közötti pénzmozgások megkönnyítésére megállapodások kérésére, hogy a torzító és a megfelelő akciókat gátló ellentétzőket ki lehessen küszöbölni;
- radikálisabban, az egészségügyön, szociális gondozáson, lakhatási szolgáltatásokon és más ügynökségeken átívelő közös költségvetések létrehozása, amivel közösen és összehangoltan lehet a szolgáltatásokat leszerződni;
- önrányított gondozási megoldások, amelyek a szolgáltatói kínálat felmérésének és a vásárlásnak az egyéni felhasználókra vagy családjaikra helyezett felelősségéből adódó nehézségek leküzdésében segítenek.

6. A VÁLTOZÁS DINAMIKÁJA

Korábban a költségekkel, a szükségletekkel és az eredményekkel kapcsolatban négy kérdést tettünk fel, amelyeket meg kell válaszolni, amikor annak a következményeit – valamint az ellene és mellette szóló érveket – vizsgáljuk, ha az intézményektől a közösségi szolgáltatások felé mozdítjuk el a gondozás egyensúlyát. A kérdések és az általuk leírt körülmények általában statikusak: leírták és összehasonlították a változások előtti és az azt követő kiadásokat és eredményeket. Fontos ugyanakkor az is, hogy a változás alatti helyzetet is lássuk, a statikus állapotból a dinamikusba való elmozdulás folyamatát. Számos tényezőt kell számításba venni, legfőképpen azt, hogy mi történik a költségekkel az alatt, amíg az intézmények haladnak a bezárás felé, és amíg a közösségi szolgáltatások kifejlődnek. A dinamikával kapcsolatos tapasztalatok olyan reakciókhoz vezethetnek, amelyekből aztán az eredményesebb és költségkímélőbb gondozási rendszerek felé vezető úton akadályok emelkedhetnek. Ezek azok az akadályok, amelyek még nem léteznek a folyamat kezdetén, de út közben kialakulhatnak.

Kérdések a dinamikákat illetően

A korábbi négy empirikus kérdést követően három továbbit kell megválaszolni, amint a változás folyamata beindul. Ezeknek a dinamikákra vonatkozó kérdéseknek az ad súlyt, hogy évekig eltart, amíg bezárnak egy olyan nagy intézményt, mint egy pszichiátriai kórház.

E) kérdés: Hogyan viszonyul a jelenleg intézeti ellátásban levők közösségi ellátásban részesítésének várható költsége a jelenleg közösségi ellátásban levők költségeihez?

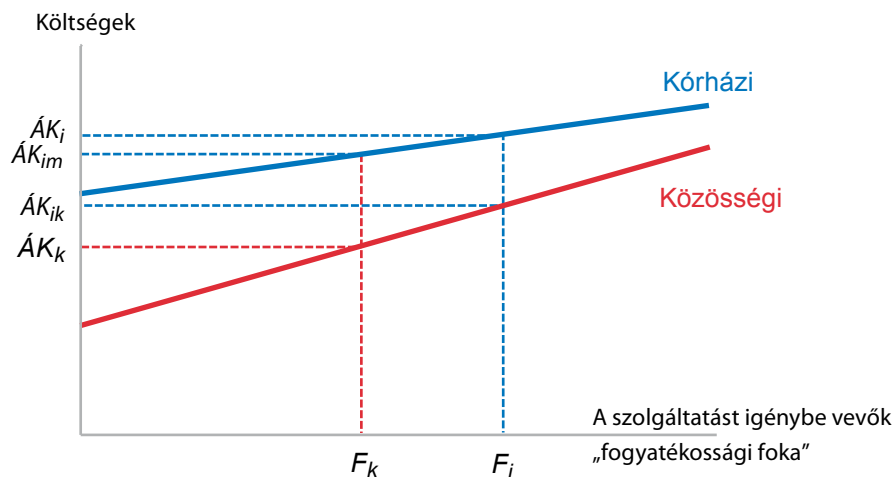
F) kérdés: Hogyan viszonyul a jelenleg intézeti ellátásban levők közösségi ellátásának várható költsége a jelenlegi kórházi ellátásuk költségeihez?

G) kérdés: Az intézményitől a közösségi ellátás felé való elmozdulás során hogyan alakulnak az átlagos költségek az egyes ellátási formákban?

Ezeket a kérdéseket a 6. ábra illusztrálja. Az ábra azt mutatja, ha valaki az intézményben (ebben az esetben a kórházban) lakók összességét tekintve átlagos mértékű fogyatékossgal – amit az $\bar{A}K_j$ jel mutat – átkerül a közösségbe, akkor gondozásának költsége csökkenni fog ($\bar{A}K_i$ -ről $\bar{A}K_{jk}$ -ra), ami az F) kérdésre adott válasz. Ugyanakkor ennek a tipikus kórházi bentlakónak a közösségi költsége ($\bar{A}K_j$) magasabb, mint a közösségi ellátás jelenlegi átlagos költsége ($\bar{A}K_k$), de a különbség nem olyan nagy, mint a két létesítmény ($\bar{A}K_i$ és $\bar{A}K_k$) aktuális átlagai közötti. Más szóval annak

támogatása, aki a kórházból átköltözik a közösségbe, többbe fog kerülni, mint a jelenleg ott élők támogatása. Az *E*) kérdésre adott válasz ezért következményekkel jár arra a finanszírozásra nézve, amivel a döntéshozóknak az egyik létesítményből a másikba való átköltözést kell támogatniuk. De még ha a jelenleg kórházban ellátottak közösségi ellátásának költsége magasabb is, mint a jelenlegi ellátottaké, az *E*) kérdésre adott válasz azt is jelzi, hogy az elmozdulás eredményeképpen bizonyos költségmegtakarításra mégiscsak sor kerül.

6. ábra: Költségek és fogyatékoság a gondozás egyensúlyának változása során



Megjegyzés: $\bar{A}K_i$ – intézményi/kórházi átlagköltség; $\bar{A}K_{im}$ – intézményben maradtak átlagköltségei; $\bar{A}K_{ik}$ – intézményből közösségbe átkerülés után átlagköltség; $\bar{A}K_k$ – közösségi átlagköltség; F_k – fogyatékoság közösségben; F_i – fogyatékoság intézményben/kórházban.

Végül, ha egy kórházbezárási program nemcsak a „legkönnyebb” vagy legkevésbé függő kórházi bentlakókat helyezi át elsőnek (ahogy ezt a mentális problémákkal és az értelmi fogyatékos emberekkel kapcsolatban az előzőekben bemutatott kutatások sugallják), hanem azokat is, akik a közösségi átlagnál erősebben függők (amit a 6. ábrán az F_k és F_i közötti különbségek szemléltetnek), akkor ez azt eredményezi, hogy mind a fogyatékoság szintje, mind az ellátás átlagos költsége mindkét szinten magasabb lesz. Ez tehát a válasz a *G*) kérdésre. Megjegyzendő ugyanakkor, hogy a kórházi és a közösségi csoportok együttes – tehát a rendszer egészében megjelenő – költségei alacsonyabbak lesznek.

Egyszerű a válasz arra, hogy miért lényegesek ezek a kérdések. A változó költségek (és valószínűleg a változó eredmények) a gondozási folyamat változásának elindulásakor adhatnak negatív jelzéseket. A *G*) kérdésre előbb adott válaszból látható, hogy a döntéshozók az egy ellátottra eső egyaránt növekvő kórházi és közösségi költségeket fogják látni, amit nehéz kezelni, amikor az intézménytelenítés politikája mögött az egyik megfontolás és cél a megtakarítás volt. Hasonlóképpen, a ma megfigyelt átlagos költségekből (pl. a közösségi gondozás esetében) nem

lehet előrevetíteni, mekkorák lesznek a jövőbeli költségek, amikor az intézményi bentlakók átköltöztetése megtörténik.

Vannak-e bizonyítékok az *E*) és *G*) kérdések megválaszolására? Angliából és Walesből állnak rendelkezésre megbízható tények ezzel kapcsolatban.

A mentális egészséggondozás tapasztalatai Angliában és Walesben

A mintegy 400 közösségi és pszichiátriai létesítményben Anglia és Wales nyolc körzetében az 1990-es évek közepén végzett (és már korábban idézett) kutatás tapasztalatai [83] támpontokat adnak az előbbi kérdésekre adható válaszhoz. A nyolc körzetből ötben úgy találták, hogy a kórházból kiköltözők közösségi gondozása költségesebb lesz, mint az akkor aktuálisan ott ellátottaké. Következésképpen, a döntéshozónak a „tipikus” kórházi bentlakó (a kórházi átlagos fogyatékosági szinten élő) újraelhelyezéséhez finanszírozási forrást kell találnia, nem a 6. ábrában $\dot{A}K_k$ szinten jelzettnek megfelelően (ami az 1990-es évek közepének árai mellett az egyik körzetben 342 font volt), hanem ennél magasabb szinten, az $\dot{A}K_{ik}$ szintjén (ami az előbbi körzetben akkor 396 font volt). Ez az *E*) kérdésre adott válasz – legalábbis ebben az öt körzetben – azt mutatja, hogy egy kórházbezárási program megtakarításait eltúlzottnak tüntetik fel a jelenlegi átlagköltségekkel számolva. Ebből következően fennáll az a veszély, hogy a korábbi kórházi bentlakók új közösségi elhelyezése *alulfinanszírozott* lesz, mivel adott időpontban a közösségi ellátás alacsonyabb támogatási igénnyel élőknek szólt. Ennek a régebbi kutatásnak a másik három körzetében a kórházi bentlakók átköltöztetése a közösségi létesítményekbe nem járt jelentős többletkiadással.

Ennek a kutatásnak a tapasztalatai az *F*) kérdésre is választ adnak. A jelenleg kórházban élők előrevetített közösségi ellátási költségeit (a 6. ábrában az $\dot{A}K_{ik}$) lényegesen alacsonyabbnak találták, mint aktuális kórházi gondozásukét ($\dot{A}K$) mind a nyolc körzetben. Jelentős megtakarításokat lehetett tehát elérni a tanulmányba bevontak esetében a kórházi ellátásból a közösségi gondozásba való átkerüléssel. A két létesítménytípus megfigyelt heti átlagköltségeinek különbsége például Londonban 518 font volt. Ez a különbség részben a létesítményekben élők fogyatékosági szintjének és szükségleteinek különbségéből adódott, de nagymértékben arra volt visszavezethető, hogy a kórházak általában – „természetüknél fogva” – költségesebbek, mint a közösségi létesítmények. Londonon kívül a megfigyelt átlagos költségkülönbség némileg alacsonyabb (403 £ volt, ami ismét csak a kórházi és a közösségi költség szint különbségeiből adódott). Ez megerősíti az előbb elmondottakat, miszerint a kórházban nem megfelelően ellátott személyek közösségi létesítményekbe való átköltöztetésével nyilvánvalóan lehet megtakarításokat elérni.

Mivel ez a kutatás csak keresztmetszeti adatokat gyűjtött, ezért a *G*) kérdés megválaszolására nem adott alapot. Országosan az inputok áremelkedésével (az ún. „reálköltségekkel”) korrigálva az egy főre jutó kiadások nőtték. Az emberek kórházakból közösségi létesítményekbe való átköltöztetésének kezdeti eredményei (amennyiben az enyhébb fogyatékkal élőket, a legönállóbbakat helyezik át az első között) általában bátorító bizonyítékai lehetnek a sikernek, de a későbbiekben, amikor a súlyosabb fogyatékkal élőket mozgatják, nehezebb lehet hasonló eredményeket elérni. Sőt, mivel az átlagköltségek a bezárási folyamat beindulásával valószínűleg változni fognak, a döntéshozók megriadhatnak a kiadások növekedésétől, ami akadályt jelenthet, ha nincsenek tudatában a szélesebb

összefüggéseknek. Ez megerősíti a gondozás egyensúlyainak változásáról készítendő alapos és hosszú távra szóló terv szükségességéről korábban írtakat. Ha az intézménybezárási terv a legcselekvőképebb bentlakók átköltöztetésével indul (akik képességeik, készségeik és magatartási jellemzőik szerint leginkább alkalmasak a közösségben való önálló életre), akkor helytelen lenne az intézményi költségből az átlagköltségeket áthelyezni a közösségi szolgáltatásokba, mert ezzel megfosztanák erőforrásaitól az intézményt.

Ha az intézményi költségek nőnek az idő múltával, a döntéshozóknak vigyázniuk kell, nehogy túl óvatosak legyenek már az átmenet indulásánál. A gondozás minőségével való elégedetlenség az intézményekben növekvő kiadásokhoz vezet bizonyos idő után. Az Egyesült Államokban például az értelmi fogyatékkal állami bentlakásos intézményekben élők napi költsége (inflációval korrigálva) 1982 és 2002 között több mint kétszeresére nőtt [181]. A költségek azért nőttek, mert az enyhébb fogyatékoságú emberek gyakran először alternatív szolgáltatásokban részesülnek (így az intézményekbe egyre inkább a súlyosabb fogyatékos emberek kerülnek); mert az intézményekben megnőtt a személyzet létszáma; és mert a magasabb gondozási minőség iránti igények miatt csökken a bentlakók száma. Mindezek alapján kijelenthető, hogy azok a költség-összehasonlítások, amelyek az intézményi gondozást a közösséginél kevésbé költségesnek tüntetik fel, középtávon nem helytállóak.

A változás dinamikájának részeként a személyzet helyzetének változásával is foglalkozni kell. Amikor a kórházbezárást bejelentik, a leghasznosabb személyzet távozik először, és viszi magával az intézmény legfontosabb tudásait. Az ilyen személyzet pótlása egy bezárásra ítélt intézményben nem könnyű. Ha egyúttal a legtöbbre képes (legenyhébb fogyatékoságú) lakók költöznek először, akkor a kórház (átlagban) gyengébb minőségű személyzettel és súlyosabb fogyatékoságú lakókkal marad, ami igen nagy kihívás.

Egy másfajta dinamika – ami több országban, köztük közép-kelet-európai országokban – jelentkezik, amikor az önállóbb és jobb képességű intézményi lakókat visszatartják a bezárás megindulásakor, mert őket ingyen munkaerőforrásnak tekintik. Ilyen körülmények között a dinamikák az előbbiektől lényegesen eltérőek.

Általában ezek a bonyolult dinamikák az intézménybezárás hosszú távra szóló megtervezésének szükségességét támasztják alá. A terveket pedig a teljes intézményi populációra kiterjedő pontos és reális szükségletfelmérésre (amely a szükségleteket a közösségben várható szinten, nem pedig korábbi kórházi megnyilvánulásuk szerint fogja számításba venni) és a várható költségkihatások előrejelzésére kell építeni.

7. KÖVETKEZTETÉSEK ÉS AJÁNLÁSOK

A jelentésnek ez a része a kutatás következtetéseit foglalja össze, kezdve a létező információk áttekintéséből adódó következtetésekkel és ajánlásokkal, majd áttérve azokra, amelyek az intézmények kiváltása érdekében a hatékony közösségi szolgáltatásfejlesztés folyamatának, költségeinek és eredményeinek elemzéséből adódnak. Végül következnek azok az ajánlások, amelyek alapján a kormányok előrevihetik a változás ügyét.

A létező források és információk áttekintése

A fogyatékossgal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezmény 31. cikke felszólítja az államokat, hogy gyűjtsenek adatokat, amelyek alapján *„az Egyezményben foglaltak végrehajtására politikákat tudnak kialakítani és végrehajtani”*. Ezeknek az információknak *„megfelelően részletesnek kell lenniük”*, és azokkal az akadályokkal kell foglalkozniuk, amelyek jogaik gyakorlásában korlátozzák a fogyatékos embereket. Az államoknak *„felelősséget kell vállalniuk ezeknek a statisztikáknak a közzétételére, valamint a fogyatékos emberek és mások számára való hozzáférhetővé tételére”*.

Látható, hogy a kutatásban részt vevő országoknak még van teendőjük ennek a követelménynek a teljesítésében. Jelenleg nem áll rendelkezésre átfogó információ sem a bentlakásos szolgáltatások minden típusára kiterjedően, sem az összes érintett klienscsoportra vonatkozóan. A nyújtott szolgáltatások és a szolgáltatásokban részesülők típusainak jellemzőire sincsenek világos definíciók. Ahol ilyen információk léteznek, nem mindig összesítettek országos szinten. Az itt összegyűjtött adatok – mind a rendelkezésre álló információk részletes leírásával, mind a bentlakásos gondozásban részesülő fogyatékos emberek számát illető becslésekkel – kiindulópontul szolgálnak további olyan erőfeszítésekhez, amelyek révén az országok teljesíteni tudják kötelezettségeiket.

Ajánlások

1. Megállapodás európai szinten összehangolt adatkészletről

- 1.1. Az Európai Bizottságnak támogatnia kell a tagállamok és az Eurostat közös munkáját a fogyatékos emberek (tágon meghatározott) bentlakásos szolgáltatásairól készítendő minimum-adatkészlet meghatározására.
- 1.2. Az adatkészletnek tartalmaznia kell azokat az információkat, amelyek alapján áttekinthető a tagállamok előrehaladása az intézmények bezárása, az önálló életvitel és a közösségi szolgáltatások terjedése terén.
- 1.3. Az adatkészletnek használhatónak kell lennie mindazokban az országokban, ahol a szolgáltatások még nagymértékben az intézményeken alapulnak, s a különbség az intézményi és az otthoni gondozás között világos, mind pedig azokban, amelyek az intézmények közösségi szolgáltatásokkal és önálló életvitellel való felváltá-

sában már előrehaladtak. Ez valószínűleg információk kombinációját teszi szükségessé a szolgáltatások férőhelyeiről (pl. hány férőhely van 30 főnél nagyobb bentlakásos létesítményben, amelyeknek legalább 80 százaléka mentális vagy fizikai fogyatékos embereknek biztosított) és az emberekről (pl. hányan laknak saját tulajdonú vagy bérelt házban vagy lakásban, és mekkora személyzet támogatásával).

- 1.4. Az adatkészletnek elégséges információkat kell tartalmaznia (nem, etnikum elsődleges fogyatékból stb.) szerint a szolgáltatásokban résztvevőkről, hogy az államok biztosíthassák: az intézményekből a közösségi alternatívákba való átmenet minden érintett számára előnyös lesz.

2. Statisztikák közzététele az egyes országokban elért előrelépésről

- 2.1. Az Európai Bizottságnak együtt kell működnie az Eurostattal az intézményektől a jobb közösségi ellátási alternatívák felé való átmenet országokénti fejlődését bemutató statisztikák rendszeres közzététele érdekében. Ezeknek a statisztikáknak az interneten elérhetőnek kell lenniük. A fogyatékos embereknek, a nagyközönségnek, a nem kormányzati szervezeteknek és kormányzati szervezeteknek pedig szabadon hozzá kell férniük, hogy észrevételezhessék, és ezzel segítsék jobb szolgáltatások fejlesztését.
- 2.2. A statisztikák közzétételekor az Eurostatnak ki kell egészítenie az adatbázist az adatok pontosságának és teljeskörűségének értékelésével, minden országra kiterjedően.
- 2.3. A Bizottságnak együtt kell működnie a tagállamokkal, hogy minden országban jelöljék ki azt az egyedüli nemzeti szintű információforrást, amelyik kompetens a minimum-adatkészlethez szükséges információk biztosítására, és támogatnia kell az egyes országokról rendelkezésre álló információk nyomtatott és internetes megjelentetését.

A változási folyamat három országban

A három részletesebben tanulmányozott ország szolgáltatásfejlesztési folyamatának legszembevetőbb jellemzője az átmenetben érintett különböző szervezetek közötti kooperáció fontossága volt. Az érintett szervezetek száma, földrajzi elhelyezkedésük és a kormányzat különböző szintjeinek részvétele egyaránt létfontosságúvá teszik a jó koordinálást. Nem lehet egyszerűen ráhagyni az intézményekre vagy az érintett helyi igazgatásra azoknak az intézményeknek a megszüntetését, amelyek a legkülönbözőbb önkormányzatok területéről származó bentlakókat látják el. A regionális és az országos kormányok fontos szerepet játszanak a folyamat előrevitelében, egyrészt a törvényi és szakpolitikai háttér megteremtő saját akcióik révén, másrészt azzal, hogy létrehozzák és működtetik az ösztönző kereteket.

Az új szerepek kialakítása a folyamatban résztvevők számára szintén az átmenet jelentős feladata. A hagyományos szolgáltatók – a szervezetek és a bennük dolgozók – új szerepeket igényelnek, vagy a közösségek modern szolgáltatásaiban, vagy a gondozási tevékenységük elhagyásával. Az új szereplőket – az új szolgáltatási modellek kialakításában részt venni akaró felhasználói szervezeteket és családjaikat, a nem kormányzati szervezeteket, a fogyatékos emberek ellátásában mindaddig részt venni nem kívánó közintézményeket – be kell vonni a folyamatba.

Az Anglia és Németország, valamint Olaszország közötti ütemkülönbségeket – úgy tűnik – jelentősen befolyásolta a döntéshozóknak az intézményekkel való mély elégedetlensége. Mind Angliában, mind Olaszországban az alternatívákra vonatkozó víziók és az intézmények rendkívül rossz feltételeinek napvilágra kerülése egyaránt nagy hatást gyakoroltak.

Végül, Anglia és Németország esetei felhívják a figyelmet a fogyatékos emberek szolgáltatásfejlesztésbe való bevonásának, véleményük és kívánságaik meghallgatásának és megválaszolásának fontosságára. A szolgáltatásvezérelt reform ezekben az országokban a meglévő szolgáltatási struktúrák humanizálására irányult – például az intézmények helyére lépő lakóotthonokkal. A fogyatékos emberek, amint erre lehetőségük nyílt, az önálló vagy támogatott életvitel ennél jóval ambiciózusabb célját tűzték ki, és követték például egyéni költségvetésekre épülő „önirányított szolgáltatások” megszervezésével. A szolgáltatókat önmagukban valószínűleg korlátozná múltbeli és jelenlegi gondolkodás- és működésmódjuk; a szolgáltatások új modellje viszont a fogyatékos emberekkel (és segítőkkel, valamint képviselőikkel) való partnerséget követel a tervezők és a szolgáltatók részéről.

A közösségi gondozás költséghatékonyága a bentlakásos intézményes ellátással összevetve, és az idő múlásával változóan

Rendszerstruktúrák

A gondozási rendszerek struktúráit illetően négy tételt fogalmazunk meg, amelyeket az intézményes ellátás modelljéből a közösségi szolgáltatásokba való átmenet tervezésénél érdemes figyelembe venni:

- A legtöbb támogatást a fogyatékos embereknek a családok, barátok és szomszédok nyújtják, de az ő munkájuk és más fizetetlen gondozók felelősségei és terhei nem elismertek és nem támogatottak. Ha családi segítség nem elérhető, akkor fizetett személyzetet kell alkalmazni a gondozási rendszer nagyobb közvetlen költségével. A családi gondozók rendelkezésre állásának jól ismert problémái vannak.
- A fogyatékos emberek szükségletei gyakran túlterjednek az egy típusú gondozáson vagy szolgáltatási rendszeren, számos különböző szervezet vagy szektor vehet részt a közösségi gondoskodásban, beleértve az egészségügy, a szociális ellátás, a lakhatási szolgáltatások, az oktatás, a foglalkoztatás, a közlekedés, a szabadidős létesítmények, a bűnügyi igazságszolgáltatás és a szociális biztonság rendszereit.
- A fenti szolgáltatásokat finanszírozó támogatások növelésére számos mód van az adórendszeren, a (foglalkoztatáshoz kötött) társadalombiztosításon, az (egyén és családja által meghatározott) önkéntes biztosításon és a szolgáltatásokat igénybe vevők zsebből történő kifizetésein keresztül. Az országok többsége kombinált megoldásokat alkalmaz, amelyek az általuk gerjesztett ösztönzők és ellenősztönzők miatt nehézségeket okozhatnak.
- A legtöbb gondozási rendszer összetett kontextusa (a szolgáltatások és a szolgáltatók sokfélesége, valamint a támogatási források és eljárások sokfélesége) általában azt jelenti, hogy nincs egyszerűen meghúzható „fogantyú”, amellyel a szolgáltatásnyújtásban nagyszabású változtatások indíthatók el.

Politikák és tervek

Az intézmények bezárása egyszerűbb lenne, ha nem törődnék a bentlakók jövő sorsával. A kihívás a közösségekben a jó szolgáltatások kialakítása, és – ahogy ezt Anglia, Németország és Olaszország átmeneteit áttekintve láttuk – az együttműködés és a koordináció szükségességére utal.

- Ideális esetben az intézményekből a közösségi szolgáltatásokra való áttérésre nemzeti szintű felhatalmazás van. Végül pedig az összes lehetséges szolgáltató szektor között helyi megállapodásoknak kell lenniük. A tervnek nemcsak adott intézmény bezárását és annak időpontját kell meghatároznia, hanem tartalmaznia kell a kialakítandó gondozási rendszer részletes tervét is. Az előkészítő konzultációknak széles körűeknek kell lenniük, és a folyamat egészében mind a felhasználóknak, mind családjaiknak részt kell venniük.
- A helyi terveket a megfelelő tudásokra és robusztus bizonyítékokra kell alapozni. A döntéshozóknak tisztán kell látniuk nemcsak azt, hogy milyen gondozási megoldások és kezelések eredményesek, s ezek mennyibe kerülnek (mely költségvetéseknek), hanem azt is, hogy költséghatékonyak-e.
- Jó költséghatékonyság-elemzések vagy más gazdasági értékelések – amelyek az országos szakpolitikák és a helyi tervek informálói – költségesek és időigényesek lehetnek. De korábban elvégzett elemzésekből körültekintő értelmezéssel szintén sok minden gyűjthető ki a helyi rendszer összefüggéseire is érvényes módon. Fontos megérteni, hogy *kinek a számára* lesz költséghatékony egy adott szolgáltatás vagy beavatkozás. A költséghatékonyság például csak az egészségügyi szolgáltatások számára lesz költséghatékony más szolgáltató magasabb költségeinek árán? Ha igen, akkor ez akadályokat emelhet a rendszer egészétől várt javulás elé.

Költségek, szükségletek és eredmények

A költségek, a szükségletek és az eredmények közötti (komplex) kapcsolatok az intézményekből a közösségi szolgáltatások felé való átmenet erős gazdasági érvrendszerét megalapozó bizonyítékok középpontjában állnak.

- Jó gondozási rendszerben a súlyos fogyatékos emberek támogatásának költségei általában magasak, *bárhol* is éljenek ezek az emberek. A szakpolitikák alakítói nem várhatják el, hogy a közösségi megoldásokban a költségek alacsonyak legyenek, még akkor sem, ha a kiváltandó intézményi szolgáltatások kevéssé költségesnek tűnnek. Az olcsó intézményi szolgáltatások csaknem mindig alacsony minőségű szolgáltatást fednek.
- Nincs bizonyíték arra, hogy a közösségi szolgáltatások természetesen költségesebbek, mint az intézményiek, ha az egybevetést a bentlakók összehasonlítható szükségletei és összehasonlítható gondozási minőségek alapján végzik. Az önálló és támogatott életvitel jól felépített és irányított közösségi rendszerei jobb eredményeket hoznak, mint az intézmények.
- A fogyatékos emberek összetett szükségleteire adott válaszként – a számos szolgáltatási és szakpolitikai területre kiterjedő – közösségekre épülő rendszer kiterjedt költségekkel jár. A családok is igen magas költségekkel járó felelőségeket viselnek. Ezért lényeges biztosítani, hogy minden helyi érintett megismerje – és egyetértsen – a politikai szándékkal vagy a tervvel.

- A költségek a szükségletekre válaszul kialakított adott szolgáltatások nyújtása során és a várt eredmények elérése érdekében merülnek fel. Ezért nincs sok értelme úgy összehasonlítani két szolgáltatási rendszert, hogy nem vizsgáljuk meg az egyének szükségleteit és a náluk jelentkező eredményeket.
- Az emberek szükségletei, preferenciái és körülményei változatosak. Következésképpen, valószínűleg a különböző csoportokra fordítandó kiadások sem lesznek azonosak. Ennek két lényeges következménye van. Először is, módszertani szempontból két létesítmény vagy szolgáltatási megoldás költségeinek összehasonlítását csak úgy lehet gondosan elvégezni, ha tudjuk, hogy a kétféle módon ellátottak minden (a költségek szempontjából) lényeges vonatkozásban azonosak, vagy pedig az ekvivalenciát biztosító statisztikai kiigazítások megtörténtek. Ennek hiányában az ellátás alulfinanszírozásának veszélye áll fenn.
- Az idők folyamán az egyének szükségletei változnak, különösen így van ez az intézményből a közösségi elhelyezésbe való átkerülés első néhány hónapjában. A szolgáltató rendszereknek rugalmasan kell tudniuk válaszolni a változó szükségletekre. Ezzel összefüggő követelmény az is, hogy az ellátás rendszere a változó preferenciákra is képes legyen reagálni, figyelembe véve, hogy az intézmények kiköltöző lakóinak még kevés a tapasztalatuk ahhoz, hogy a közösségben való életükkel kapcsolatosan preferenciákat tudjanak megfogalmazni.
- A természetes változatosságból természetszerűleg adódó második következmény a szükségletekre célzott szolgáltatások előtt nyíló lehetőség, amely a rögzített mennyiségű erőforrás alapján képes a szolgáltató rendszer egészét képessé tenni a fogyatékos emberek jóllétének javítására.
- Rendszerint meg kell fontolni számos eredménydimenziót is; nemcsak például a (mentális egészségi szükségletekkel élőket érintő) tünetek vagy (az értelmi fogyatékos embereket érintő) személyes önállóság terén, hanem azt is: vajon a változó gondozási rendszer javítja-e az egyén cselekvőképességét (munkába való visszajutásának vagy szociális kapcsolatok építésére való képességét) és tágra értelmezett életminőségét? A fogyatékos emberek támogatására fordított nagyobb kiadások általában jobb eredményekhez vezetnek, de ez az összefüggés nem egyszerű, és a döntéshozóknak gondosan (a fogyatékos emberekkel együtt) mérlegelniük kell, mely eredményeknek adnak prioritást a gondozási rendszeren belül.
- Egy új ellátási megoldás (mint amilyen a közösségekre alapozott gondozás) költségesebb lehet, mint amelynek (pl. tartós kórházi ápolás) a helyébe lép, de egyúttal lehet költséghatékonyabb is, amennyiben a felhasználók (és családjaik körében) jobb eredményeket ér el, s ezeket elég fontosnak tekintik ahhoz, hogy igazolják a magasabb költségeket.

A döntéshozók számára az intézményitől a közösségi szolgáltatásokra való váltás politikájának megfontolásához a 7. ábra összefoglalja a főbb hatásokat. Ha a létező intézményi gondozás relatíve kevésbé költséges, a döntéshozók arra számíthatnak, hogy az enyhébb fogyatékoságú emberek áthelyezése a jó minőségű közösségi szolgáltatások keretei közé ugyanolyan, vagy alacsonyabb kiadásokkal és ugyanolyan, vagy magasabb minőségi szinten fog megtörténni; a költséghatékonyosság a közösségben ugyanolyan, vagy jobb lesz. A súlyosabb fogyatékkal élő emberek ellátása a jó minőségű közösségi szolgáltatásokban költségesebb lesz, de magasabb lesz a minőség is, s ezzel a kö-

zösségi költséghatékonyság változatlan marad, vagy jobb lesz (de azt nem gondolhatják, hogy – amint ezt korábban írtuk – az intézményi költségeket alacsonyan tudják tartani).

7. ábra: A jó minőségű közösségi szolgáltatásokra való áttérés hatásai a költségekre és a minőségre

A közösségi szolgáltatásokba való átmenet után			
	Költségek	Minőség	Költséghatékonyság
<i>Kevésbé költséges intézmények</i>			
<i>Enyhébb fogyatékkal élők</i>	⇒ = vagy alacsonyabb	= vagy magasabb	= vagy jobb
<i>Súlyosabb fogyatékkal élők</i>	⇒ Magasabb	Magasabb	= vagy jobb
<i>Költségesebb intézmények</i>			
<i>Enyhébb fogyatékkal élők</i>	⇒ Alacsonyabb	= vagy magasabb	Jobb
<i>Súlyosabb fogyatékkal élők</i>	⇒ = vagy alacsonyabb	Magasabb	Jobb

Költségesebb intézményekben a döntéshozók elvárhatják, hogy az enyhébb fogyatékoságú lakók áthelyezése a jó minőségű közösségi szolgáltatásokba ugyanolyan minőségben, de alacsonyabb kiadásokkal fog megtörténni, tehát a közösségi költséghatékonyság jobb lesz. A költségesebb intézményekben ellátott súlyosabban fogyatékos emberek ellátása a jó minőségű közösségi szolgáltatóknál is ugyanannyiba fog kerülni, de a minőség magasabb lesz, s így a költséghatékonyság is.

Kínálati korlátok

- A családon belüli gondozás nem mindig elérhető a fogyatékos emberek támogatásához. Lehetséges, hogy az intézményi bentlakás alatt elvesztették a kapcsolatot. De az is lehet az ok, hogy a fizetetlen informális családi gondozás terhei túlságosan nagyok. A nem támogatott családi gondozók számos kedvezőtlen következménnyel küzdenek: a megszakított foglalkoztatással és a kieső jövedelemmel, a zsebből történő kifizetésekkel és saját gyenge egészségükkel és stresszükkel.
- A családoknak sokféleképpen biztosítható támogatás; közvetlen vagy közvetett anyagi támogatással, foglalkoztatásbarát politikákkal, oktatási programokkal, tanácsadással és rövid távú helyettesítési megoldásokkal. Ezek csökkenthetik a terheket, és valószínűbbé tudják tenni azt, hogy a családok gondozzák fogyatékos rokonaikat, amennyiben ezt kívánják.
- Közös akadály a közösségekre alapozott gondozási rendszerek fejlesztésének útjában a megfelelően képzett személyzet hiánya. A személyzet áthelyezése az intézményektől a közösségi szolgáltatásokba egyfajta megoldást jelenthet, de nem mindenki kész erre a váltásra, és az sem biztos, hogy a megfelelő emberek lesznek azok, akik váltanak.

- A magasabb keresetek is jelenthetik a hiány leküzdésének egy megoldását, de a jobb minőségű közösségi szolgáltató személyzet ily módon való megerősítése nyilvánvalóan felhajtja az összkiadásokat.
- A személyzet közösségi szolgáltatások igényei szerinti kiképzésének és felvételének még a fogyatékos embereknek az intézményekből való kiköltözése *előtt* kell megtörténnie. A jövő emberi erőforrás-szükségleteinek megtervezése magától értetődően minden helyi és országos terv kulcskérdése.

Helyi gazdaságfejlesztés

- Egy nagy intézmény bezárása nagy hatással lehet a helyi gazdaságra, ha térségében ez az egyedüli vagy a fő foglalkoztató. Előfordulhat, hogy a munkaalkalmak helyettesítésére nem ésszerű opció a fogyatékos embereket szolgáló közösségi létesítmények építése az adott településen. A bentlakók az ország különböző tájairól érkezhettek, és elképzelhető, hogy eredeti közösségeikbe akarnak visszatérni. A helyi gazdaságfejlesztés megfontolásait figyelembe kell venni.

A tőke használdozati költségei

- A legtöbb mai intézmény alternatív felhasználás céljából csak csekély értékű, mert az épületek régiek vagy elhanyagoltak, és területük iránt nincs érdemi újrahasznosítási kereslet. Egy intézmény bezárása ezért nem tud jelentős többletpénzt nyújtani a közösségi szolgáltatásokhoz szükséges tőkeberuházáshoz.
- De még ha az épületnek vagy a körülötte fekvő ingatlanak jelentős gazdasági értéke lenne is, az eladásukból származó haszon általában nem realizálható, amíg az intézmény nem zár be teljesen. Következésképpen, szükség lesz kezdeti nagyobb kiadásokra – az új közösségi létesítmények beindításához szükséges kezdeti beruházásokhoz elérhető finanszírozására. A kettős működési költségeket szintén fedezni kell néhány évig az egymással párhuzamosan működő régi és új szolgáltatásokban, az intézmény teljes bezárásáig.

Támogatási csatornák

- A források részleges vagy időleges „körbekerítésével” ki lehet védeni az intézmények bezárásától a költségvetéseknek/forrásoknak a gondozási rendszer más elemeihez vagy más rendszerekbe való átszivárgását. Így például egy aktuálisan pszichiátriai kórházhoz telepített költségvetést fenn lehet tartani a mentális problémákkal élőknek nyújtott közösségi szolgáltatások fejlesztésére. Az ilyen típusú védelem stabilitást tud nyújtani és segítheti az új kezdeményezés indítását.
- A centralizált költségvetések jobb eszközei lehetnek az országos politikáknak és prioritásoknak, a leosztott költségvetések viszont annak kedveznek, hogy a helyi szolgáltatásokat a helyi szükségletek és preferenciák szerint alakítsák. Ezért ez utóbbi révén könnyebb lehet az intézményi és a közösségi szolgáltatások közti egyensúlyok megváltoztatása az utóbbiak javára.

- Az intézmények helyett az egyének támogatása segíthet elmozdítani egy akadályt a bentlakásos szolgáltatásoktól való eltávolodás útjából.
- A szolgáltatásvásárlási környezet – az a mód, amelynek révén a szolgáltatásokat biztosítják – lényeges befolyással lesz a gondozási rendszer teljesítményére, s ezen belül az ellátások egyensúlyaira. A döntéshozóknak a megbízási mód megválasztása során gondosan mérlegelniük kell, hogy a javulás érdekében a megfelelő ösztönzőket alkalmazzák.
- A költségvetésekben az évről évre történő jelentős változásokat el kell kerülni, mert ezek bomlasztóak lehetnek. Másrészt azonban szükséges lehet a status quótól való elszakadás érdekében a fokozatos, lassan előrehaladó megközelítéstől való elmozdulás.

Sokrétű támogatási források

- Mivel számos fogyatékos embernek igen sokrétű szükségletei vannak, ezért a közösségtől szolgáltatások széles körét igénylik, amelyeket különböző költségvetésekből különböző szervezetek nyújtanak. Ezt a sokféleséget szem előtt kell tartani. A (létező vagy lehetséges) kapcsolódások a szolgáltatások és a szervezetek között korlátokat emelhetnek az eredményes és költséghatékony gondozás elé.
- A különböző költségvetés két vagy több szervezet közötti szolgáltatások és ezek hatásainak jobb összehangolása elérhető lehet közös tervezéssel és közös megbízásokkal.
- Bizonyos intézkedési jogkörök és felelősségek leosztása az eset- vagy gondozási menedzserekre, avagy magukra a szolgáltatások igénybe vevőire az önirányított gondozási megoldásokkal, szintén segíthetik ezeknek a nehézségeknek a leküzdését.

A változás dinamikája

- A változások dinamikája összetett s ezért akár félrevezető jelzéseket küldhet költségekről és eredményekről. A döntéshozóknak hosszabb távra kell kitekintést biztosítani.

Ajánlások

A sorra vett következtetések – a szolgáltatásban részesülők képviselővel és családjával szorosan együttműködő – nemzeti és regionális kormányok irányításának és elképzeléseinek központi szerepet tulajdonítanak. Tartalmazzák az átfogó és hosszú távú perspektíva igényét, amely kiterjed az átmenet folyamatának minden költségére és minden hasznára. Aláhúzzák a széles körben felmerülő problémák megoldására irányuló kreativitás szükségességét. Ezzel együtt azt is hangsúlyozzák, hogy a folyamatból tapasztalatok és tudás nyerhető, amik segíthetik a jó minőségű közösségi szolgáltatások kifejlesztését. Megerősítik, hogy a rendelkezésre álló bizonyíték, a bentlakók összehasonlítható szükségletei és a gondozás összehasonlítható minősége alapján elvégzett egybevetés egyértelműen

azt mutatja, hogy semmi alapja nincs annak a vélekedésnek, hogy a közösségi szolgáltatások természetüknél fogva költségesebbek lennének, mint az intézményiek.

Hogyan vihetik tovább a kormányok ezt az ügyet? A változás azt követeli, hogy a kormányok a többi szereplővel együtt:

- erősítsék az új közösségi lehetőségek vízióját;
- tartsák ébren a jelenlegi megoldásokkal szembeni elégedetlenséget;
- néhány gyakorlat felmutatásával érzékeltesék, miként javítható a helyzet;
- jól menedzselt ösztönzőkkel csökkentsék a folyamatban érintett különböző szereplőkben a változással szembeni ellenállást.

Ez a lista nem sorrend, a változási folyamat egész tartama alatt mindegyik fenti tételre figyelmet kell fordítani. A kormányok lépései és különböző akciói közötti egyensúly országonként a körülmények függvényében változik. De erre a négy teendőre az átalakulás egész ideje alatt figyelmet kell fordítani. Bár más szereplők (mint pl. a gondozottak és családjaik szervezetei) jelentős szerepet játszanak, a folyamat tervezésének, koordinációjának és irányításának felelőssége a kormányoké.

Az alábbi ajánlások nemcsak a jelentésben foglalt bizonyítékokon alapulnak, hanem a szerzőknek a területen működő szereplőként nyert gyakorlati tapasztalatain is, valamint azon az egyre gazdagodó irodalmon, amely a fogyatékos embereket segítő szolgáltatások modernizációjával foglalkozik.

Erősíteni a közösségben az új lehetőségek vízióját

3. Befogadást támogató intézkedések kialakítása

- 3.1. Célul tűzni, hogy minden fogyatékos embert a társadalom részének kell tekinteni, a nekik nyújtott segítségnek pedig a mindenkit megillető tiszteleten, életvitelük szabad megválasztásán és általuk történő ellenőrzésén, a társadalomban való teljes körű részvételükön és önállóságuk maximálásán kell alapulnia.
- 3.2. Leállítani az új intézmények vagy a régieken belüli újak építését és az elérhető források nagyobb részét a közösségi szolgáltatások fejlesztésére fordítani.
- 3.3. Meghatározni az intézményiből a közösségi gondozásba történő átmenet időrendjét és tervét.

4. Törvényi szabályozással támogatni a befogadást

- 4.1. Meghozni az önálló életvitelt és a társadalmi befogadást előmozdító törvényeket.
- 4.2. A fogyatékosággal élő személyek jogairól szóló ENSZ-egyezményt elfogadni.
- 4.3. A szolgáltatásokban és létesítményekben megtiltani a diszkriminációt.
- 4.4. Megtiltani, hogy a közpénzeket új intézetek építésére fordítsák.
- 4.5. Biztosítani, hogy egy adott területegység lakosságát szolgáló kormányzati szervek a fogyatékos embereket is szolgálják.

5. Erősíteni a fogyatékos emberek, családjaik és képviselőik politikai „hangját”

- 5.1. Támogatni a befogadásnak elkötelezett és az intézményeket közösségi szolgáltatásokkal felváltani akaró csoportokat.
- 5.2. Kinevezni a befogadásnak elkötelezett fogyatékos embereket, családtagjaikat és képviselőiket hivatalos testületekbe.
- 5.3. Képzést biztosítani a fogyatékos embereknek és családjaiknak a politika világának működéséről és arról, miként tudják azt befolyásolni.
- 5.4. Megkövetelni a szakpolitikák alakítóitól és a közszolgálatban dolgozóktól, hogy rendszeresen találkozzanak a befogadásnak elkötelezett fogyatékos emberekkel, családjaikkal és képviselőikkel és kialakítani, hogyan erősíthetik fel hangjukat a politikában.

6. Összhangba hozni a szakmai testületek politikáját a befogadás támogatásával

- 6.1. Megkövetelni a fogyatékos embereket képviselő, őket képző vagy a velük dolgozó személyzetet akkreditáló testületektől, kötelezzék el magukat a mellett, hogy munkájukba bevonják a fogyatékos embereket.
- 6.2. Biztosítani, hogy a szakmai képzések (alapszintű és továbbképzések) akkreditációja és végrehajtása a társadalmi befogadás elvén alapuljon, és azokba bevonják a fogyatékos embereket is.

7. Bátorítani a befogadás iránti és azt támogató médiaérdeklődést

- 7.1. Az intézetek közösségi ellátásokkal való kiváltását megvalósító programok támogatása hivatalos információkkal és a közvéleményt formáló programokkal.
- 7.2. Segíteni a közösségekben jó minőségű szolgáltatásokat nyújtó embereket és az általuk támogatottakat abban, hogy népszerűsítsék munkájukat.

8. Tanulni más országok jó gyakorlataiból

- 8.1. Az intézményi gondozást nyújtók utaztatása helyett támogatni a fogyatékos emberek, családjaik, képviselőik, valamint a szolgáltatók és a döntéshozók utazásait más országokba a közösségi szolgáltatások jó gyakorlatainak megismerésére és biztosítani a viszontlátogatásokat.
- 8.2. Támogatni a részvételt nemzetközi hálózatokban (mint amilyen a European Coalition for Community Living), aminek révén az emberek tanulhatnak a jó gyakorlatokból.
- 8.3. Megkövetelni, hogy a fogyatékos emberekkel dolgozó személyzet képzésének részei legyenek a más országok közösségi szolgáltatásairól szóló jó gyakorlatok.

Fenntartani a jelenlegi intézményi helyzettel való közelégedetlenséget

9. Megnyitni az intézményeket független átvilágításra

- 9.1. Megkövetelni az intézményektől, hogy a nagyközönség és a nem kormányzati szervezetek, valamint a média képviselői felkereshessék, és találkozhassanak bentlakókkal, családjaikkal, képviselőikkel és az őket kiszolgáló személyzettel, amennyiben ők is így akarják.
- 9.2. Bátorítani az intézményeket arra, hogy szolgáltatásaikat közösségekkel váltsák fel.

10. Létrehozni az egyének jogait védő és erősítő felügyelő hatóságokat

- 10.1. Létrehozni (fogyatékos emberek és más „tapasztalati szakértők” részvételével) azokat a felügyeleket, amelyek látogatják a szolgáltatásokat, találkoznak a bentlakókkal, családjaikkal, képviselőikkel és a személyzettel, s amelyek monitorozzák az életfeltételeket és az életminőséget.
- 10.2. Közzétenni a felügyeleti látogatások eredményeit.
- 10.3. Érvényre juttatni a felügyeleteknek azokat a jelentéseit, amelyekben az egyének védelmét és jogorvoslatot igényelnek.

11. Hangsúlyozni az életminőség különbségeit

- 11.1. Bátorítani az intézményekben élők életfeltételeinek és életminőségének leírását (1) a nem fogyatékos lakossággal és (2) a hasonló szintű fogyatékkal közösségi ellátásban (az ország más tájain vagy más országban) élőkkel összevetve (az adott intézmény korábbi helyzetével vagy a más intézményekkel való összehasonlítás helyett).

Alkalmakat teremteni annak gyakorlati bemutatására, hogy miként javítható a helyzet

12. Innovatív szolgáltatásokat létrehozni

- 12.1. Finanszírozni a közösségekben az önálló és támogatott életvitel fejlesztését az általános lakhatási feltételek között, biztosítva az egyének szükségleteinek megfelelő szintű segítői támogatást.
- 12.2. Biztosítani, hogy a kísérleti programok az ismert jó gyakorlatokra épüljenek tervezésükben és végrehajtásukban egyaránt.
- 12.3. Biztosítani, hogy a kísérleti programok ne csupán az intézetből kiköltözők számára fejlesszenek szolgáltatást eredeti lakóhelyük közelében, hanem az ott élő, szolgáltatásra váró emberek számára is annak érdekében, hogy az adott településen élők az új közösségi ellátás támogatóivá és segítőivé váljanak.
- 12.4. Biztosítani, hogy a bemutató programok mind az elhelyezést, mind a foglalkoztatást (oktatásban, munkában vagy napközbeni tevékenységben való részvételt) illetően opciókat tartalmaznak, amelyekkel erősítik a siker lehetőségeit.
- 12.5. Támogatni a képzés és a szakmai kvalifikáció új formáit, hogy biztosítani lehessen az új szolgáltatások fejlesztésével az emberek megfelelő személyzettel való támogatását.
- 12.6. Monitorozni az új szolgáltatások minőségét és költségeit.

13. Mindenkit bevonni kezdettől fogva

- 13.1. Biztosítani, hogy a programokban már az indulásnál számoljanak a súlyosabb vagy összetettebb fogyatékos-sággal élő emberek bevonásával is, hogy kezdettől legyen mód a velük való tapasztalatok megszerzésére.

*A folyamatban részt vevő különböző szereplők ösztönzésével
csökkenti a változással szembeni ellenállást*

14. Új támogatási eszközöket kialakítani

- 14.1. Létrehozni az egyéni költségvetéseknek azokat a mechanizmusait, amelyek révén az emberek saját magukra szabva tudják új életüket megtervezni.
- 14.2. Alkalmakat teremteni új szervezetek számára ahhoz, hogy az intézményi gondozás keretein kívül a közösségi szolgáltatások ellátásában és új modellek kipróbálásában részt vegyenek.
- 14.3. Anyagi ösztönzőket teremteni a helyi önkormányzatok számára ahhoz, hogy részt vállaljanak a fogyatékos emberek társadalmi befogadásának előmozdításában saját területükön.

15. Lebontani a közösségi szolgáltatások fejlesztésének akadályait

- 15.1. Megoldásokat teremteni új, innovatív szolgáltatások támogatására, megengedve, hogy azok az intézményi ellátásra kidolgozott szabályoktól eltérhessenek, vagy a szabályok módosításával segíteni a közösségi szolgáltatások fejlesztését.
- 15.2. Felülvizsgálni egyéb releváns szolgáltatási terület, mint például az építési engedélyek kiadása, a lakhatásra, a foglalkoztatásra, a szociális biztonságra és az egészségügyi ellátásra vonatkozó szabályokat, hogy biztosítsák a közösségben támogatott fogyatékos emberek ezekhez való egyenlő esélyű hozzájutását.
- 15.3. Együtt dolgozni az Európai Bizottsággal, hogy a foglalkoztatásra, az egészségre és a biztonságra, valamint más, az EU kompetenciájába tartozó területekre vonatkozó uniós szabályok inkább támogassák, mint akadályozzák a jó közösségi szolgáltatások fejlesztését.

16. Az új szolgáltatások támogatását minőségi követelményekhez kötni

- 16.1. Biztosítani, hogy az új szolgáltatások csak akkor részesüljenek támogatásban, ha azok jó minőségűek; a minőséget rendszeresen ellenőrzik (biztosítva azt, hogy a minőség elsődleges mutatójaként a szolgáltatást igénybe vevő emberek tapasztalatait, életminőségét veszik figyelembe); és hogy megszüntetik azon szolgáltatók támogatását, amelyek nem nyújtanak megfelelő színvonalú ellátást.
- 16.2. Ellenállni annak a nyomásnak, ami az intézmények fejlesztésére és „időleges” kiegészítő megoldásként új intézmények építésére irányul.
- 16.3. A nemzetközi szervezeteknek, mint a Világbanknak és az Európai Bizottságnak nem szabad megengednie, hogy a forrásait az intézmények fejlesztésére vagy újak építésére fordítsák.

FÜGGELÉKEK

1. függelék⁵

A konzorcium összeállítása

A konzorciumot prof. Jim Mansell, prof. Martin Knapp és dr. Julie Beadle-Brown vezették a University of Kent (Tizard Centre) és a London School of Economics (Personal Social Services Research Unit) között létrejött együttműködési szerződés keretein belül. Prof. Mansell, prof. Knapp és dr. Beadle-Brown a projekt mindhárom fázisához szakértőként is hozzájárultak.

Konzorciumi tagok:

- *University of Kent, Tizard Centre*
- *London School of Economics, Personal Social Services Research Unit*
- *University of Siegen, Centre for Planning and Evaluation of Social Services*
- *Psicosocial Scientific Association, Jerez*
- *Charles University of Prague, Faculty of Education*
- *European Association of Service Providers for Persons with Disabilities (EASPD) és The Catholic University of Leuven, LUCAS*

Referenciacsoport

A kutatási partnerek mellett működött egy referenciacsoport, ami az *Európai Foglalkoztatási Fórum*, az *Inclusion Europe*, a *Nyílt Társadalom Intézet (OSI)*, a *Mental Health Initiative* és az *Európai Bizottság* megbízottjaiból állt. Ezeknek az érdekelt szervezeteknek a megbízottjai jelen voltak a projekt kulcsfontosságú időpontokban megtartott találkozói, hogy hozzájáruljanak az összegyűjtött adatok kiértékeléséhez és a végső jelentéshez szükséges összefoglaláshoz.

⁵ Az 1. függelékét rövidítve közöljük.

2. függelék

A kutatáshoz szükséges adatok rendelkezésre állásának és megszerzésének bemutatása

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Ausztria	Nincsenek már meglévő országos adatok.	Országos és szövetségi szinten nyilvánosságra hozott jelentések	Minden kormánytisztviselőt levélben, e-mailben és telefonon is megkerestünk.	Egy tervezett látogatást lemondtak. A Belügyminisztérium levélben válaszolt, hogy egy bécsi interjú nem lenne hatékony, mert nincsenek országos adatok. A legtöbb regionális és szövetségi kormányzat azt mondta, hogy nincsenek meg a kért adatok, és nincsenek forrásaik azok előállítására. Amikor az űrlap egy rövidített változatát küldtük el, a válasz ugyanaz volt.	Nincs űrlap, az adatok regionális szinten érhetőek el.
Belgium	Brüsszel kivételével, minden adat megtalálható.	2 forrás: • Services etudes, statistiques et methods (AWIPH) • Vlaams Agentschap voor Personen met een handica	Igen (leginkább sikeres) – hat ügynökség/ember adott át információt. Közvetlen link az AWIPH-en keresztül a vallon adatokhoz.	Igen, három helyi megbízottal (Vlaams Fond és Vlaams Agentschap).	
Bulgária	Az Országos Statisztikai Hivatal és az Egészségügyi Minisztérium adatai (Egészségügyi Információk Országos Központja).	6 forrás: leginkább az Egészségügyi Minisztérium, Az Országos Statisztikai Hivatal, a Szociális ügyek Irodája és a Munkaügyi és Szociálpolitikai Minisztérium.	Igen, kettő sikeres kapcsolattartó.	Igen (az Egészségügyi Minisztérium és a Szociális ügyek Irodájának képviselőivel készült interjú).	További adatokat nem küldtek.
Ciprus	A Munkaügyi és Társadalombiztosítási Minisztérium Jóléti Szolgáltatás Osztályának és az Egészségügyi Minisztériumnak éves jelentéseiben a felnőttekről nagyon korlátozott adatok jelentek meg, a gyerekekről csak a mentális problémákkal kapcsolatban vannak adatok, azok is részlegesek.	5 forrás: • Egészségügyi Felmérés (2003) • Az Egészségügyi Minisztérium Statisztikai Szolgáltatásának éves jelentése (2005) • A Munkaügyi és Társadalombiztosítási Minisztérium Jóléti Szolgáltatás Osztályának éves jelentése (2003)	Bármilyen kapcsolatteremtési próbálkozás sikertelen volt.	Nem voltak (információk kérésére nem kaptunk választ).	A sablont kitöltöttük, de sok helyen hiányoznak a férőhelyek, a személyzet és a fogyatékosok szerinti férőhelyek adatai.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Ciprus (folytatás)		- A Ciprusi Köztársaság Statisztikai Hivatala (http://www.pio.gov.cy/) - Az Egészségügyi Minisztérium Statisztikai szolgáltatása: Egészségügyi és Kórházi statisztikák (2005)			
Cseh Köztársaság	Igen, a Cseh Statisztikai Hivatal és az Egészségügyi Információk és Statisztikák Intézetén keresztül.	5 forrás: leginkább a Cseh Statisztikai Hivatal és az Egészségügyi Információk és Statisztikák Intézete, de az Oktatásügyi Információk Intézete és a Leonardo da Vinci projekt is.	Igen, sikeres kapcsolatfelvétel.	Az Egészségügyi Minisztérium, a Munkaügyi és Szociális Minisztérium, a Cseh Büntetés-végrehajtási Intézet, az Oktatásügyi Minisztérium képviselőivel készítettünk interjúkat a meghatározások tartalmáról (telefonos kapcsolat). A Munkaügyi és Szociális Ügyek Kutatóintézetének, az Oktatásügyi Információk Intézetének, az Egészségügyi Információk és Statisztikák Intézetének képviselőit az adatokról kérdeztük. Segített még két civil szakértővel készített interjú is.	A sablont kitöltöttük, de sok adat nem áll rendelkezésre (most még nincsenek összegyűjtve, de ez 2007 során megtörténik – a szociális szolgáltatások új regisztrációs rendszerén keresztül kapjuk majd meg az adatokat).
Dánia	A szellemi és fizikai vagy érzékszervi fogyatékkal élők adatait a helyi regisztrációs adatok összegyűjtésével országos szinten is összesítik, hogy részleges makrostatisztikákat készítsenek, amelyek, beregisztálás után, elektronikus formában is megtekinthetőek (részletesebb információk csak dán nyelven).	3 forrás: - Dán statisztikák (fő forrás) - Egészségügyi Országos Tanács/ Statisztikai évkönyv (2005) - OECD Egészségügy Adatok 2005 (www.irdes.fr/ecoante/OCDE/506.html)	Szociális Ügyek Minisztériumával sikeres kapcsolatteremtés. A dán Statisztikai Hivatal mérsékelten segítőkész. Nem kaptunk választ: az Önkormányzatok Országos Szövetségétől (a helyi adatok miatt), az Egészségügyi Minisztériumtól, a Dán Fogyatékosügyi Tanácstól, a Fogyatékkal Élők Kutatási és Információs Központjától. Utólagos telefonbeszélgetés és e-mail kapcsolat Søren Andressennel.	Látogatás és találkozó a forrásokkal, 2007. március 18–20 között: Szociális Ügyek Minisztériuma, Szociális Szolgáltatások Központja, Társadalomtudományi Kutatóintézet.	A sablon majdnem teljes, azokban a kérdésekben, amelyekre vonatkozóan léteznek országos adatok. A közési adatok megfelelőek. Nincsenek adatok az idősellátásról és a személyzetről.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselővel/helyi szakértővel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Észtország	A Szociális Ügyek Minisztériuma és a Tudomány és Oktatásügyi Minisztérium készített statisztikákat.	3 forrás: leginkább különböző intézetek statisztikai jelentései, amelyeket a Szociális Ügyek Minisztériuma gyűjtött össze.	Igen	Igen, helyben készültek interjúk a Szociális Ügyek Minisztériumának Egészségügyi Statisztikák Osztályáról két emberrel, a Szociálpolitikai Adatok és Elemzések osztályról egy emberrel és a Tudomány és Oktatásügyi Minisztériumból két emberrel.	
Finnország	Helyhatósági szinten összegyűjtött adatok (nyilvántartások), amelyeket a STAKES országos szinten összehasonlított. Csak makroelemzések. Elektronikus úton korlátozott hozzáférés a statisztikai táblázatokhoz.	5 forrás: - SOTKANet (www.sotkanet.fi) - Az Önkormányzati Alkalmazottak Nyilvántartása (finn statisztikák) (www.stat.fi) - Gondozás és Szolgáltatás Idősebb Emberek számára, 2002 (STAKES) - Stakes a Fókuszban, 2005 - A szociális jólét és egészségügyi gondozás statisztikai évkönyve, 2005 (STAKES)	A fő forrás a STAKES. Nem kaptunk választ a Szociális Ügyek és Egészségügyi Minisztériumtól. A Finn Helyi és Regionális Vezetők Társulásától, Bármilyen más kapcsolatot a STAKES ajánlott. Kiegészítő telefonbeszélgetések és e-mail kapcsolat a STAKES-szel.	A forrásokkal látogatás és találkozó, 2006. augusztus 28–31 között: STAKES-szel és a Mentális Foglalkoztatás Finn Egyesületével.	Befejezett sablon – néhány kategória adatai hiányoznak. Nincs adat továbbá a személyzetéről, a mentális egészség gondozásáról (a befogadókön/elbocsátásokon túl). A fogyatékkal élő gyerekek országos adataival gondok vannak, mert csak az önkormányzatok 50%-a gyűjt róla adatokat.
Franciaország	Vannak, leginkább a CTNERHI in Handicap en Chiffre, 2005.	2 forrás: - Handicap en Chiffre - Etat des lieux des pratiques en CAT	Nem	UNAPEI jóváhagyta az adatok pontosságát és teljességét.	A sablont az UNAPEI töltötte ki.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Németország	Igen vannak. A Német Szövetségi Statisztikai Hivatalon keresztül (Statistisches Bundesamt): • Sozialhilfestatistik und Pflegestatistik (2005) • BAG der Freien Wohlfahrtspflege (Gesamtstatistik) 2004, Berlin, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ 2006) • Con_sens (2005): Kennzahlenvergleich der überörtlichen Träger der Sozialhilfe 2005. • Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutscher Ergebnisse, Wiesbaden, ZPE der Universität Siegen: (2005): ischenbericht zur wissenschaftlichen Begleitforschung (IHNRW)		Igen	Igen, egy minisztériumi dolgozó segített az adatok értelmezésében (Szociális Ügyek Minisztériuma).	
Görögország	Nincsenek.	• Fogyatékoság ma. www.disabled.gr • A közösségi Élet Európai Szövetsége, hírlevél, No. 4, 2007, július. http://www.communityliving.info • Constantinopoulus A., Mental Health Economics Questionnaire – The case of Greece. MHEEN-I Country Reports. MHEEN, 2005 Az adatokat az Egészségügyi és Szolidaritási Minisztérium nyújtotta.	Igen, sokadik próbálkozásra sikerült felvenni a kapcsolatot az Egészségügyi és Társadalmi Szolidaritás Minisztériumával: Mavratzotou Kalliopi, a Minisztériumban a fogyatékkal élő emberek támogatásának igazgatója lett, Mr. Georgakopoulos G.-t váltva le, már későn, ahhoz, hogy a projekt jelentésbe bekerüljenek.	Nem	Nincs kitöltött sablon, mivel nincs elég megbízható adat.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselővel/ helyi szakértővel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Magyarország	Igen vannak: összesítő adatok a szolgáltatások számáról, a férőhelyekről, a szolgáltatótípusokról, a szolgáltatást igénybe vevőkről (nem és életkor szerinti felbontásban), amelyet évente a Központi Statisztikai Hivatal gyűjt össze. Nincsenek adatok az igénybe vevők fogyatékoságának típusairól.	3 forrás: - Szociális Statisztikai Évkönyv 2004 2001 Népszámlálás és táblázatok - TEIR szociális ágazati adatbázis (intézményesített adatok online adatbázisa)	Igen – Szociális és Munkaügyi Minisztérium.	Igen – Interjúk 2006. augusztus: Csátó Zsuzsa szakértővel, Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet (NCSSZI); Szrena Renáta, Fogyatékosügyei és Rehabilitációs főosztály SZMM Erdélyi Ákos, Szociális és Családügyi Osztály, SZMM	Kitöltött sablon
Írország	A szellemi, fizikai és érzékszervi fogyatékkal élőkről vannak nyilvántartások (nem a szolgáltatások szintjén). A Központi Statisztikai Hivatal oldalán elektronikus formában hozzáférhető néhány korlátozott statisztika.	5 forrás: - NIDD adatbázis - NPSDD adatbázis - HRB (2006) Activities of Irish Psychiatric Units and Hospitals Census Bulletin (Health Research Board, Ireland) (Jelentés a pszichiátriai egységek és kórházak aktivitásának számadatairól – Egészségügyi Kutató Tanács) - HSE (2006) Provision of Disability Services by Private Organisations; Directory of Service Providers for Children with Disabilities (A magánszervezetek mint a fogyatékosági szolgáltatások szolgáltatói (HRB 2001) - Central Statistics Ireland (www.cso.ie) (Írország Statisztikai Központja)	Igen. A HRB (az országos adatok felelőse) jó kapcsolatnak minősült. Nem kaptunk választ más kulcsfontosságú intézményektől: Health Services Executive, Dept Health & Children, Special Residential Services Board. Utólagos telefonbeszélgetések: Caraoisa Kelly, a sablontervezet a HRB nyújtotta.	Látogatás és a forrásokkal való találkozások 2006. szeptember 26–30 között: National Intellectual Disability Database (Országos Értelmi Fogyatékoság Adatbázis), National Physical & Sensory Disability database (Országos Fizikai és Érzékszervi Fogyatékoság Adatbázis), Health Research Board (Egészségügyi Kutató Tanács).	Kitöltött sablon – néhány kategória hiányzik. A szellemi fogyatékkal élők adatai bentlakásos nyilvántartásokból, amelyek nem tartják számon a kliens bentlakásának időtartamát. Országos szinten hiányos információk az idősellátás egyházi alapon működő intézeteinek férőhelyeiről.
Olaszország	Vannak összesített adatok, az ISTAT (az Olasz Statisztikai Intézet) és az Egészségügyi Minisztérium által.	5 forrás: - Disabilità in cifre. (Fogyatékos-ság számokban) http://www.disabilitaincifre.it - Olasz Statisztikai Intézet http://www.istat.it/	Igen. A kezdeti kapcsolattartó a Társadalmi Szolidaritás Minisztériumában a fogyatékkal élő emberek politikájáért V. osztályának vezetője volt. Néhány nehézségbe ütköztünk a választást követő politikai...	Igen. Három látogatás történt. Két interjú az ISTAT képviselőivel és egy Giuseppe Tibaldival, A MHEEN Network, EPCAT GROUP képviselőjével.	Kitöltött sablon. Néhány adat hiányzik.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkal/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Olaszország (folytatás)		- Társadalmi Szolidaritás Minisztériuma fogyatékosági terület http://www.solidarietasociale.gov.it/ http://www.disabili.com Amaddeo F., et al. 2007 - Egészségügyi Minisztérium http://www.ministerosalute.it	...változások miatt. Kapcsolatot létesítettünk a Társadalmi Befogadás és Szociális Jogok és Vállalati Társadalmi Felelősségvállalás (CSR) új vezérigazgatójával: de csak a projekt adatgyűjtési fázisának vége felé. A fő kapcsolattartónk az Olasz Statisztikai Intézet Egészség és Jólét Osztályáról Alessandra Battisti és Roberta Crialessi volt.		
Lettország	Igen, különböző intézményeken keresztül – Oktatásügyi Minisztérium, Egészségügyi Minisztérium stb.	3 forrás: - Mentális Egészség (MH) állami ügynökségének információs rendszere - A Mentális Egészségügyi Ellátás Évkönyve - WHO_AIMS a Lettországi MH rendszerek jelentése	Igen, az Egészségügyi Minisztérium Szociális Szolgáltatások és Szociális Jólét Osztályával.	Igen – interjúk a helyszínen a Szociális Szolgáltatások és Szociális Jólét Osztályának két emberével, az Egészségügyi Minisztérium három emberével és az Oktatásügyi és Tudomány Minisztériumának két emberével.	
Litvánia	Igen – a Statisztikai Osztály által.	6 forrás: - A Társadalmi Integráció és a Szociális Szolgáltatások Statisztikai Osztálya - Az Egészségügyi Információk Központja - Közegészségügyi Minisztérium Plusz a Társadalombiztosítás és Munkaügyi Minisztériummal váltott hivatalos levelezés.	Igen, és a Társadalombiztosítás és Munkaügyi Minisztériummal együttműködésben történt a sablon kitöltése.	A sablon kitöltése a helyszínen történt.	A sablon kitöltése a Társadalombiztosítás és Munkaügyi Minisztérium Fogyatékkal élők ügyei osztályán dolgozó tisztviselővel történt.
Luxemburg	Igen – Az Integráció és Családügyi Minisztériumának éves jelentése	1 forrás: az Integráció és Családügyi Minisztériumának éves jelentése.	Igen, az Integráció és Családügyi Minisztériuma.	Nem	A sablont az Integráció és Családügyi Minisztérium tisztviselője töltötte ki.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Málta	Nincsenek összehasonlító országos adatok – nagyon korlátozott általánosabb információk elektronikusan elérhetőek az Országos Statisztikai Hivatalnál.	5 forrás - Egészségügyi Minisztérium, Idős és Közösségi gondozás - St Vincente de Paule Residence - KNPD - Mount Carmel Kórház - Agenzija Sapport	A fő kapcsolat a National Commission for Persons with a Disability (KNPD) (A Fogyatékkal Élőkért Országos Bizottság) és az Agencija Sapport. Nem kaptunk választ az Egészségügyi Minisztérium, Idős és Közösségi Gondozástól, az Appoggtól, az Egészségügyi Információk Osztályától, a civil alapítványoktól, a Máltai Egyetemtől. Utólagos telefonhívásokat, e-maileket, faxokat küldtünk a szolgáltatóknak, a civileknek segítséget kérve – választ nem kaptunk.	Látogatás Máltára és találkozás a forrásokkal 2007. április 10–13. között: National Council for Persons with a Disability (KNPD) (A Fogyatékkal Élőkért Országos Bizottság), St Vincente de Paule Residence, Agencija Sapport, Mount Carmel Hospital.	Kitöltött sablon. Hiányoznak a személyzetről szóló adatok.
Hollandia	Igen – interneten keresztül.	3 forrás: www.brancherapporten.minvws.nl - Statistiek personelssterkte 2004:gehandicaptenzorg - Van der windt and Talma (2006)	Négy tisztviselővel és helyi szakértővel létesítettünk kapcsolatot.	Igen (Mineke Hardeman).	
Lengyelország	Igen, az adatokat a Lengyel Központi Statisztikai Hivaltól (CSO) szereztük be.	2 forrás: - Lengyel Statisztikai Hivatal (CSO) - Munkaügyi és Szociálpolitikai Minisztérium Társadalmi Segély és Integráció Osztálya	Igen, a Munkaügyi és Szociálpolitikai Minisztérium Társadalmi Segély és Integráció Osztálya; Ewa Wapiennik Gyógypedagógiai Főiskola	Igen	Kitöltött sablon
Portugália	Az Egészségügyi Minisztérium csak a mentális egészségre vonatkozó szolgáltatásokat működteti. A többi szolgáltatást vallásos szervezetek tartják fent, és így nincsenek róluk országos adatok és nincs katalógus ezekről a különböző szolgáltatásokról.	6 forrás: - Munkaügyi és Társadalmi Szolidaritás Minisztériuma http://www.mtss.gov.pt - Egészségügyi Minisztérium http://www.dgs.pt - Portugália Kormánya http://www.portugal.gov.pt	Igen, felvettük a kapcsolatot a SNRIPD-vel (a Fogyatékkal élő emberek Rehabilitációjának és Integrációjának Országos Tanácsával) és a Lisszaboni Nova Egyetemmel.	Igen. - Dra. Luísa Portugal SNRIPD - Maria Isabel Fazenda SNRIPD - Prof. Miguel Xavier. Universidad Nova de Lisboa - Prof. Mónica Oliveira. Instituto Superior Técnico. Departamento de Engenharia e Gestão	A sablont kitöltöttük, de sok adat hiányzik. A bentlakásos szociális szolgáltatások adatai nem túl szerteágazóak.

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Portugália (folytatás)		• SNRIPD –Secretariado Nacional para a Reabilitação e Integração das Pessoas com Deficiência http://www.snripd.pt • Mentális Egészség Gazdasági vonatkozásaival foglalkozó Európai Hálózat. MHEEN http://www.mheen.org • Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus http://www.ihscj.pt			
Románia	Igen, de nem könnyen elérhető korlátolt adatok a neten. A felnőttekről kiváló adatok az ANPH-tól, a gyerekekről kevés adat az ANPCA-tól.	4 forrás: • Fogyatékkal élő emberek Országos Hatósága (ANPH – National Authority for People with Handicaps) • Gyermek Védelmének Országos Hatósága (ANPCA – National Authority for Protection of Children) • Szociális Támogatás és Gyermek Védelmének Speciális Központjai, 2005. január 31. (www.anpca.ro) • A romániai mentális egészség politikákról és törvényhozásról fontos információk (www.ms.ro)	Igen, 3 sikeres.	Igen, az ANPH, ANPCA és a Fogyatékkal élők Társadalmi kirekesztése elleni harc és megelőzés Országos Intézetének képviselőivel.	A gyerekekről szóló adatok hiányosak.
Szlovákia	Nem a kívánt formában.	10 forrás: A 8 régió, az Oktatásiügyi Minisztérium és az Egészségügyi Minisztérium jelentései.	Igen	Igen, a Szociális Szolgáltatások és a Fogyatékkal élők Integrációjának Osztályáról három emberrel, az Egészségügyi Minisztériumból két emberrel és az Oktatási Minisztériumból egy emberrel készítettünk interjút.	

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Szlovénia	Csak a gyermekekre és az iskolai elhelyezésre vonatkozó adatok, nincsenek adatok a szellemi fogyatékkal élőkéről.	1 forrás: Open Society Institute: Szellemi Fogyatékkal élő Emberek Jogai	Igen – megtettünk mindent, hogy a Munka, Család és Társadalmi ügyek Minisztériumától, az Oktatásügyi Intézettől és az Egészségügyi Minisztériumtól adatokat szerezzünk, de erőfeszítéseink sikertelenek voltak.		Az űrlap egy nagyon kicsi részét sikerült csak kitölteni.
Spanyolország	Igen. A mentális egészségről vannak összegyűjtött adatok, amelyeket évente közzétesz az Egészségügyi Minisztérium. A Szociális és Munkaügyi Minisztérium támogatja a DESDE-projekt katalógusszolgáltatását, ami az összes autonóm régiótól összegyűjti az információt. Az Egészségügyi Minisztérium adatbázisa nem kezeli a bentlakók nemét, korát stb.	7 forrás: - La Discapacidad en Cifras. IMSERSO, 2002 (PDF) - Las Discapacidades en España: Datos estadísticos (2003). Real Patronato sobre Discapacidad (PDF) - Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estados de salud (1999). Datos básicos Instituto Nacional de Estadística - DESDE Project. www.proyectedesde.com - Information about services in different Autonomous Regions; Catálogo Estatal de Servicios de Discapacidad. Proyecto DESDE - Catálogo Nacional de Hospitales 2007. Ministerio de Salud y Consumo - Estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado. Información Anual. Año 2005.	Igen. Felvettük a kapcsolatot Salazar J. úrral és Salgado J. úrral a Szociális és Munkaügyi Minisztérium Függetlenség és Öregedés Osztályától. Amennyire lehetséges volt, a Spanyolországi 17 autonóm közösség Szociális Szolgáltatások és Egészségügyi Osztályainak különböző tisztviselői is együttműködtek az adatok összegyűjtésében. A DESDE-projekt felelősei is részt vettek az adatok összegyűjtésében és a jelentés megírásában.	Igen. Az Imsero-tól Salazar J.-vel és Salgado J.-vel, Miriam Poole-lal mint a DESDE projekt felelősével, és többek között a Murciai, Madridi és Katalóniai Szociális Szolgáltatások Osztályainak hivatalnokaival készült interjú.	Kitöltött űrlap. Hiteles adatok a férőhelyek és a fogyatékoság szerinti férőhelyek számában. Kevés adat a bentlakók jellegzetességeiről, mind nemük, mind koruk tekintetében. A személyzet számáról és képzettségéről is kevés adat áll rendelkezésre. A különböző autonóm régióktól csak részleges adatokat kaptunk néhány metszet tekintetében. ...

folytatódik

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Spanyolország (folytatás)					...Spanyolországban a régiósítás jelentette a legnagyobb problémát az adatok összegyűjtésének szempontjából.
Svédország	Nincsenek országos statisztikák, kivéve a helyi vagy önkormányzati hatóságok nyilvántartási jegyzékeinek összegyűjtött információit (FÉF, SZF), így a számok tekintetében vannak, a szolgáltatások tekintetében nincsenek összesített adatok. A nyilvántartás adatai elektronikusan elérhetőek.	3 forrás: - Az Egészségügyi és Jóléti Országos Tanács (2006) Funktionshindrede personer – insatser enligt LSS år 2005 - Az Egészségügyi és Jóléti Országos Tanács (2006) Funktionshindrede personer år 2005 - Svédországi Statisztikák: helyi hatóságok kimutatásainak éves jelentése	Az Egészségügyi és Jóléti Országos Tanács és a Statistiks Sweden nyújtotta a legtöbb segítséget. Bizonyos segítséget kaptunk civil ernyőszervezetektől. Nem kaptunk választ a Helyi Hatóságok és Régiók Svéd Egyesületétől, a Fogyatékoság Kutatás Központjától, a Fogyatékoság és Rehabilitáció Kutatóközponttól, a Fogyatékosági Ombudsmantól, a Szociális Kutatás Svéd Intézetétől, a Svéd Fogyatékosági Szövetségtől. További telefonok/e-mailek a Socialstyrelsen-nek.	Találkozások 2006. május 12., 2006. december 6–7-én a Socialstyrelsen-nel, a Szociális és Egészségügyi Minisztériummal.	Kitöltött sablon. Néhány adat hiányzik – pár információ az idősellátásról. Szegényes adataink vannak a mentális problémákkal küzdőkről, mivel az adatok csak regionális szinten voltak rögzítve.
Törökország	Nincs. Az adatokat kérésre kaptuk meg. Hozzáférhettünk a Szociális Szolgáltatások és Gyermekvédelmi képviselő nyersadataihoz – SHÇEK. A mentális egészségre vonatkozó adatokat is kérésre kaptuk meg.	A sablon kitöltéséhez használt fő információforrásnak azok az adatok szolgáltak, amelyeket Szociális Szolgáltatások és Gyermekvédelmi képviselőtől – SHÇEK és az Egészségügyi Minisztériumtól kaptunk.	Igen. Felvettük a kapcsolatot a Szociális Szolgáltatások és Gyermekvédelmi képviselővel, a Fogyatékkal élők Vezetőtestületével és az Egészségügyi Minisztériummal, és mind aktívan együttműködtek a jelentés megírásában.	A Fogyatékkal élők Vezetőtestületéből Tolga Duygan úrral, a Szociális Szolgáltatások és Gyermekvédelmi képviselőtől Irem Cosansu Yalazan hölgygel és Sonnur Ünal hölgygel készítettünk interjút.	Teljes sablon. Ez az egyik legteljesebb sablon, akkor is, ha pár adat a mentális egészség szolgáltatásokról hiányzik. <i>folytatódik</i>

Ország	Vannak-e összehasonlítható statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselővel/helyi szakértővel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Egyesült Királyság	Angliában – van néhány összesítő statisztika arról, hogy hány embert finanszíroz az LA. A Szociális Gondozás szolgáltatásonkénti adataihoz is hozzáférhettünk. Skóciában – összesített statisztikák vannak a férőhelyekről, otthonokról, szolgáltatástípusokról, és fogyatékoság szerint az ügyfelekről. A lényeges adatok a szolgáltatások szintjén lettek összegyűjtve (a Skót Gondozási Bizottság által), a jelentések hozzáférhetőek mindenki számára de statisztikai feldolgozottságuk korlátozott. Szinte semmi sincs a személyzetről. Az adatok összegyűjtése némiképp rendszertelennek tűnik. Nincsenek éves felbontások.	24 forrás: - Care Commission (2005) Annual Report and Financial Statement Scotland Social Work Services (2005) - Care Commission (2004) A Review of the Quality of Care Homes. Scottish Executive: Social Focus on Disability, 2004 (Gondozási Tanács, 2004) - Scottish Executive Scotland: Community Care Statistics, 2001 - Scottish Executive: „Home at Last” (2003) - Scottish Executive: Scottish Care Homes Census (2005) - Welsh Assembly Government (2006) Key Health Statistics for Wales - NAW Statistical Directorate (2006) Staffing of Local Authority Social Services - Welsh Health Survey (2003) - National Assembly for Wales (NAW) (2006) Hospitals & Units for People with Mental Illness (Stats Bulletin) - National Assembly for Wales (NAW) Health and Social Services Committee – Report on Interface Between Health & Social Care (2005)	A nyersadatokért felkerestük a Skót Gondozási Bizottságot, de nem jártunk sikerrel. A Szociális szolgáltatások és Egészségügyi és a Közbiztonsági Osztály Nyilvántartás és Ellenőrzés egységének képviselőivel telefonon egyeztettünk, megerősítették, hogy a legújabb adatokat kaptuk meg.	Nem	4 sablon lett kitöltve, mondván, hogy más a helyzet Angliában, Skóciában, Walesben és Észak-Írorszában.

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Egyesült Királyság (folytatás)		- Care Standards Inspectorate for Wales (CSIW) Annual Report 2005–2006 - Department of Health Social Services and Public Safety, Registration and Inspection Unit (NI) 2003–2004 - NI Statistics & Research Agency (NIRAS) - Department of Health SSPS Community Statistics 2003–2004 Hospital Statistics 2003/04 - NHS Health & Social Care Information Centre: Residential & Nursing Care Placements (2006) - Local Authority workforce Intelligence Group, Social Care Workforce Study, 2006, No. 36. Adult, Children and Young People Local Authority Social Care 2006 - DoH National Statistics – Statistics Bulletin Community Care (2004); - Department of Health (2006) Hospital Activity Statistics – Residential Care Beds http://www.performance.doh.gov.uk/hospitalactivity/data_requests/residential_care_beds.htm ; - Commission for Social Care Inspection (2007) The state of social care in England 2005–2006 http://www.csci.gov.uk/default.aspx?page=1852&key=			

Ország	Vannak-e összehasonlító statisztikák országos szinten	A sablon kitöltéséhez használt források száma	Ahol felvettük a kapcsolatot kormánytisztviselőkkel/ helyi szakértőkkel	A meghatározások és az adatok tisztázására tett látogatások	Más megjegyzések
Egyesült Királyság (folytatás)		- Annual Reviews in Independent and Non- Maintained Special Schools http://www.scrip.uk.net/ Department for Education and Skills/Department of Health (2004) - Disabled Children in Residential Placements. London: Department for Education and Skills/ Department of Health; Pinney, A. (2005) - Disabled children in residential placements. London Department for Education and Skills - Home Office Statistical Bulletin 05/07 Mentally Disordered Offenders 2005			

HIVATKOZÁSOK

1. Mansell J., Ericsson K.: Conclusion: Integrating diverse experience. In Mansell J. & Ericsson K. (eds.): *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman and Hall, 1996: 241–253.
2. Landesman, S. Preventing: „Institutionalization” in the Community. In Janicki M., Krauss M. W. & Seltzer M. M. (ed.): *Community residences for persons with developmental disabilities: here to stay*. Baltimore: Paul H Brookes, 1988: 105–116.
3. Mansell J., Beadle-Brown J., Clegg S.: The situation of large residential institutions in Europe. In Freyhoff G., Parker C., Coué M. & Greig N. (eds.): *Included in Society: Results and recommendations of the European research initiative on community-based residential alternatives for disabled people*. Brussels: Inclusion Europe, 2004: 28–56.
4. Tobis D.: *Moving from residential institutions to community-based services in Eastern Europe and the former Soviet Union*. World Bank, 1999.
5. Helander E.: *The world of the defenseless*. Lisbon, 2004.
6. Ericsson K., Mansell J.: Introduction: Towards Deinstitutionalization. In Mansell J. & Ericsson K. (eds.): *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman and Hall, 1996: 1–16.
7. Hatton C., Emerson E., Kiernan C.: People in institutions in Europe. *Mental Retardation* 1995, 33 (2): 132.
8. Mansell J., Ericsson K., (eds.): *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman and Hall, 1996.
9. Carnaby S.: *Designs for living: a comparative approach to normalisation for the new millenium*. Aldershot: Ashgate, 1999.
10. Esping-Andersen G.: *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity, 1990.
11. Sandvin J.: The transition to community services in Norway. In Mansell J. & Ericsson K., (eds.): *Deinstitutionalization and Community Living: Intellectual Disability Services in Britain, Scandinavia and the USA*. London: Chapman and Hall, 1996: 185–196.
12. Knapp M.: Economic barriers to innovation in mental health care: community care in the UK. In Marks I. & Scott R. (eds.): *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments and Implementation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.
13. Hallam A., Knapp M.: The economics of intellectual disabilities. In Emerson E., Hatton C., Parmenter T. & Thompson T. (eds.): *International Handbook of Applied Research in Intellectual Disabilities*. Chichester: Wiley, 2004.
14. Buntinx WHE. Een Continue Zorg [Continuity of Care. A study into the relation between staff continuity and quality of care in Dutch residential services]. Maastricht: Maastricht University Press, 2004.
15. European Intellectual Disability Research Network. Intellectual disability in Europe: Working papers. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent at Canterbury, 2003.

16. Freyhoff G., Parker C., Coué M., Greig N.: Included in Society: Results and recommendations of the European research initiative on community-based residential alternatives for disabled people. Brussels: Inclusion Europe, 2004.
17. Schadler J.: Service structures in the field of intellectual disability – situation and developments in Germany. *Included in Society: Final Conference*. Brussels: Unpublished presentation, 2004.
18. Bundesrepublik Deutschland. Bundessozialhilfegesetz. Bonn.
19. Donnelly M.: *The Politics of Mental Health in Italy*. London: Routledge, 1992.
20. Picardi A., de Girolamo G., Santone G., et al.: The environment and staff of residential facilities: Findings from the Italian Progress national survey. *Community Mental Health Journal*, 2006.
21. Picardi A., Rucci P., de Girolamo G., Santone G., Borsett G., Morosini P.: The quality of life of the mentally ill living in residential facilities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 2006, 20: 1–10.
22. Jones K.: *A history of the mental health services*. London: Routledge and Kegan Paul, 1972.
23. Ryan J., Thomas F.: *The Politics of Mental Handicap*. Harmondsworth: Penguin Books Ltd, 1980.
24. Royal Commission on the Law Relating to Mental Illness and Mental Deficiency. Report (Chair: Rt Hon Lord Percy of Newcastle) Command Paper Cmd 169: House of Commons, 1957.
25. Tizard J.: Residential care of mentally handicapped children. *British Medical Journal* 1960 (5178): 1041–1046.
26. Kushlick A.: A plan for experimental evaluation. *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 1965, 58 (5): 374–380.
27. Morris P.: *Put Away*. London: Routledge and Kegan Paul, 1969.
28. Department of Health and Social Security. Better Services for the Mentally Handicapped. London: Her Majesty's Stationery Office, 1971.
29. Department of Health and Social Security. Better Services for the Mentally Ill. London: Her Majesty's Stationery Office, 1975.
30. Campaign for the Mentally Handicapped. Even Better Services for the Mentally Handicapped. London: Campaign for the Mentally Handicapped, 1972.
31. Lowe K., de Paiva S.: NIMROD: An Overview. A Summary Report of a 5 Year Research Study of Community Based Service Provision for People with Learning Difficulties. London: Her Majesty's Stationery Office, 1991: 28.
32. Mansell J., Felce D., Jenkins J., de Kock U., Toogood A.: *Developing staffed housing for people with mental handicaps*. Tunbridge Wells: Costello, 1987.
33. Felce D.: *The Andover Project: Staffed Housing for Adults with Severe or Profound Mental Handicap*. Kidderminster: British Institute of Mental Handicap, 1988.
34. King's Fund Centre. *An Ordinary Life: Comprehensive Locally-based Residential Services for Mentally Handicapped People*. London: King's Fund Centre, 1980.
35. Department of Health and Social Security. Report of the Committee of Enquiry into Mental Handicap Nursing and Care (Chairman: Peggy Jay). London: Her Majesty's Stationery Office, 1979.
36. Commission for Social Care Inspection. The state of social care in England 2005–6. London: Commission for Social Care Inspection, 2007.

37. Department of Health. Statistical press notice: bed availability and occupancy. London: Department of Health, 2007.
38. Department of Health. Valuing people: a new strategy for learning disability for the 21st century. London: The Stationery Office, 2001.
39. Department of Health. Direct payments guidance: community care, services for carers and children's services (direct payments) guidance England 2003. London: Department of Health, 2003.
40. Commission for Social Care Inspection. Direct Payments. What are the barriers? London: Commission for Social Care Inspection, 2004.
41. Great Britain Prime Minister's Strategy Unit. Improving the life chances of disabled people. A joint report with the Department of Work and Pensions, Department of Health, Department for Education and Skills, Office of the Deputy Prime Minister. London: Cabinet Office, 2005.
42. Department of Health. Our health, our care, our say: a new direction for community services. London: The Stationery Office, 2006.
43. Bundesrepublik Deutschland. Grundgesetz. Berlin.
44. Bundesrepublik Deutschland. Bundesgleichstellungsgesetz. Berlin.
45. Bundesrepublik Deutschland. Betreuungsgesetz. Berlin.
46. Repubblica Italiana. L180/78 Riforma psichiatrica. Rome, 1978.
47. Repubblica Italiana. L104/92 Legge-quadro sull'handicap. Rome, 1992.
48. Repubblica Italiana. L162/98 Sostegno alle persone con handicap grave. Rome, 1998.
49. Repubblica Italiana. L328/00 Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali Rome, 2000.
50. Great Britain. *Disability Discrimination Act: Elizabeth II. Chapter 50*. London: Stationery Office, 1995.
51. Great Britain. *Disability Discrimination Act: Elizabeth II. Chapter 13*. London: Stationery Office, 2005.
52. Great Britain. *Mental Capacity Act: Elizabeth II. Chapter 9*. London: Stationery Office, 2005.
53. Great Britain. *Care Standards Act 2000: Elizabeth II. Chapter 14*. London: Stationery Office, 2000.
54. Miller E. J., Gwynne G. V.: *A Life Apart*. London: Tavistock Publications Ltd, 1972.
55. De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I., Fioritti A., Morosini P.: Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 2002, 181 (3): 220–225.
56. Gillinson S., Green H., Miller P.: *Independent Living: The right to be equal citizens*. London: Demos, 2005.
57. Office for Disability Issues. Government moves closer to achieving equality for disabled people (press release). London: Department for Work and Pensions, 2006.
58. Korman N., Glennerster H.: *Hospital Closure*. Milton Keynes: Open University Press, 1990.
59. Ericsson K.: *From institutional to community participation: ideas and realities concerning support to persons with intellectual disability*. Uppsala: Uppsala Universitet, 2002.
60. Allen P., Pahl J., Quine L.: *Care Staff in Transition*. London: Her Majesty's Stationery Office, 1990.
61. Beecham J., Knapp M.: Costing psychiatric interventions. In: Thornicroft G. (ed): *Measuring Mental Health Needs*. 2nd ed. London: Gaskell, 2001.

62. Kendall J., Knapp M., Forder J.: Social care and the nonprofit sector in the western developed world. In Powell W & Steinberg R. (eds.): *The Nonprofit Sector: A Research Handbook*. Second Edition ed. New Haven: Yale University Press, 2006.
63. Crepet P.: The Italian mental health reform nine years on. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 1988, 77: 515–523.
64. De Girolamo G., Cozza M.: The Italian psychiatric reform: a 20 year perspective. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000, 23: 197–214.
65. Lelliott P., Audini B., Knapp M., Chisholm D.: The mental health residential care study: classification of facilities and description of services. *British Journal of Psychiatry* 1996, 169 (2): 139–147.
66. Knapp M., Beecham J., Hallam A.: The mixed economy of reprovision In Leff J. (ed.): *Community Care: Illusion or Reality*. Chichester: John Wiley and sons, 1997.
67. Mossialos E., Dixon A., Figueras J., Kutzin J. (eds.): *Funding Health Care: Options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
68. Wittenberg R., Sandhu B., Knapp M.: Funding long-term care: the public and private options. In Mossialos E., Figueras J. & Dixon A. (eds.): *Funding Health Care: Options for Europe*. Berkshire: Open University Press, 2002: 226–249.
69. Knapp M., McDaid D.: Financing and funding mental health care services. In Knapp M., McDaid D., Mossialos E. & Thornicroft G. (eds.): *Mental Health Policy and Practice across Europe*. Buckingham: Open University Press, 2007: 60–99.
70. Tamblyn R., Laprise R., Hanley A., et al.: Adverse events associated with prescription drug cost-sharing among poor and elderly persons. *Journal of the American Medical Association* 2001, 285 (4): 421–429.
71. Soumerai S. B., McLaughlin T. J., Ross-Degnan D., Casteris C. S., Bollini P.: Effects of a limit on Medicaid drug-reimbursement benefits on the use of psychotropic agents and acute mental health services by patients with schizophrenia. *New England Journal of Medicine* 1994, 331 (10): 650–655.
72. Zaluska M., Suchecka D., Traczewska J., Paszko J.: Implementation of social services for the chronically mentally ill in a Polish health district: consequences for service use and costs. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2005, 8 (1): 37–44.
73. Ungerson C., Yeandle S.: *Cash for care in developed welfare states*. Basingstoke: Palgrave, 2007.
74. Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S.: The German Social Long-term Care Insurance – Structure and Options. *Discussion Paper No 06-074*: Centre for European Economic Research, Mannheim, 2006.
75. Arntz M., Sacchetto R., Spermann A., Steffes S., Widmaier S.: Reforming longterm care in Germany: preliminary findings from a social experiment with matching transfers. *Schweizerische Zeitschrift für Volkswirtschaft und Statistik* 2006a: 37–42.
76. Parker C.: *Independent living and the Commission for Equality and Human Rights*. London: Disability Rights Commission, 2007.
77. Davies B., Knapp M.: *Old people's homes and the production of welfare*. London: Routledge and Kegan Paul, 1981.
78. Knapp M.: *The Economics of Social Care*. Basingstoke: MacMillan Publishers Ltd, 1984.

79. World Health Organisation. The World Health Report 2000 Health Systems: Improving performance. Geneva: World Health Organisation, 2000.
80. Renshaw J., Hampson R., Thomason C., Darton R., Judge K., Knapp M.: *Care in the Community: The First Steps*. Aldershot: Gower Publishing Company Ltd, 1988.
81. Jones D.: The TAPS Project II The selection of patients for reprovion. *British Journal of Psychiatry* 1993, 162 (Appendix): 36–39.
82. Beecham J., Hallam A., Knapp M., Baines B., Fenyo A., Asbury M.: Costing care in the hospital and in the community. In Leff J. (ed): *Care in the community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley and sons, 1997.
83. Knapp M., Chisholm D., Astin J., Lelliott P., Audini B.: The cost consequences of changing the hospital-community balance: the mental health residential care study, *Psychological Medicine* 1997, 27 (3): 681–692.
84. Chisholm D., Knapp M., Astin J., Beecham J., Audini B., Lelliott P.: The costs of residential care for people with mental health problems in eight services. *Journal of Mental Health* 1997, 6 (1): 85–99.
85. Goodwin S.: *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London: Sage Publications Ltd, 1997.
86. Rivett J.: *From Cradle to Grave: 50 Years of the NHS*. London: King's Fund, 1998.
87. Chisholm D., Knapp M., Astin J., Lelliott P., Audini B.: The mental health residential care study: predicting costs from resident characteristics. *British Journal of Psychiatry* 1997, 170 (1): 37–42.
88. Hafner H., de Heiden W.: The evaluation of mental health care systems. *British Journal of Psychiatry* 1989, 155: 12–17.
89. Knapp M., Chisholm D., Astin J., Lelliott P., Audini B.: Public private and voluntary residential mental healthcare: is there a cost difference? *Journal of Health Services Research and Policy* 1998, 3: 141–148.
90. Knapp M., Cambridge P., Thomason C., Beecham J., Allen C., Darton R.: *Care in the Community: Challenge and Demonstration*. Aldershot: Ashgate, 1992.
91. Donnelly M., McGilloway S., Mays N., et al. Opening new doors: an evaluation of community care for people discharged from psychiatric and mental handicap hospitals. London: Her Majesty's Stationery Office, 1994.
92. Leff J. (ed.): *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: John Wiley & Sons, 1997.
93. Knapp M., Beecham J., Fenyo A., Hallam A.: Community mental health care for former hospital in-patients; predicting costs from needs and diagnoses. *British Journal of Psychiatry* 1995, 166: 10–18.
94. Trieman N., Leff J.: Difficult to place patients in a psychiatric hospital closure programme. *Psychological Medicine* 1996, 26: 765–774.
95. Hallam A., Trieman N.: The cost effectiveness of specialised facilities for service users with persistent challenging behaviours. *Health and Social Care in the Community* 2001, 9 (6): 429–435.
96. McCrone P., Hallam A., Knapp M., et al.: Service use and costs of supporting the most socially disabled patients in a hospital reprovion programme: a two hospital comparison. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2006, 41: 656–661.
97. Leff J., Trieman N., Gooch C.: The TAPS Project 33: A prospective follow-up study of long-stay patients discharged from two psychiatric hospitals. *American Journal of Psychiatry* 1996, 153: 1318–1324.

98. Leff J. (ed.): *Care in the Community: Illusion or Reality?* Chichester: Wiley, 1997.
99. Carpenter J., Schneider J., McNiven F., Brandon T., Stevens R., Wooff D.: Integration and targeting of community care for people with severe and enduring mental health problems: Users' experiences of the care programme approach and care management. *British Journal of Social Work* 2004, 34: 313–333.
100. Cambridge P., Carpenter J., Beecham J., et al.: Twelve years on: outcomes and costs of deinstitutionalisation for people with mental health problems. *Mental Health Research Review* 2003, 9: 10–13.
101. Beecham J., Hallam A., Knapp M., et al.: Twelve years on: service use and costs for people with mental health problems who left psychiatric hospitals. *Journal of Mental Health* 2004, 13 (4): 363–377.
102. Knapp M., Hallam A., Beecham J., Baines B.: Private, voluntary or public? Comparative cost-effectiveness in community mental health care. *Policy and Politics* 1999, 27: 25–41.
103. Marks I., Connolly J., Muijen M.: Home-versus hospital based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1994, 165: 179–194.
104. Knapp M., Beecham J., Koutsogeorgopoulou V., et al.: Service use and costs of home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1994, 165: 195–203.
105. Audini B., Marks I., Laurence R.: Home-based versus out-patient/in-patient care for people with serious mental illness: phase II of a controlled trial. *British Journal of Psychiatry* 1994, 165: 204–210.
106. Knapp M., Marks M., Wolstenholme J., et al.: Home based versus hospital based care for serious mental illness. Controlled cost-effectiveness study over four years. *British Journal of Psychiatry* 1998, 172: 506–512.
107. Ford R., Minghella E., Chalmers C., Hoult J., Raftery J., Muijen M.: Cost consequences of home-based and in-patient-based acute psychiatric treatment: results of an implementation study. *Journal of Mental Health* 2001, 10 (4): 467–476.
108. Latimer E.: Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry* 1999, 44: 443–454.
109. National Collaborating Centre for Mental Health. Schizophrenia: The treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care. London: National Institute for Clinical Excellence, 2002.
110. Muijen M., Cooney M., Strathdee G., Bell R., Hudson A.: Community Psychiatric nurse teams: intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry* 1994, 165: 211–217.
111. McCrone P., Beecham J., Knapp M.: Community psychiatric nurse teams: cost effectiveness of intensive support versus generic care. *British Journal of Psychiatry* 1994, 165: 218–221.
112. Byford S., Fiander M., Barber J., et al.: Cost-effectiveness of intensive v. standard case management for severe psychotic illness: UK700 case management trial. *British Journal of Psychiatry* 2000, 176: 537–543.
113. Huxley P., Evans S., Burns T., Fahy T., Green J.: Quality of life outcome in a randomised controlled trial of care management. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2001, 36: 249–255.
114. Tyrer P., Evans K., Gandhi N., Lamont A., Harrison-Read P., Johnson T. (eds.): A randomised controlled trial of two models of care for discharged patients: no advantage of better community care with insufficient hospital. *British Medical Journal*, 1998, 316: 106–109.

115. Gater R., Goldberg D., Jackson G., et al.: The care of patients with chronic schizophrenia: a comparison between two services. *Psychological Medicine* 1997, 27: 1325–1336.
116. Merson S., Tyrer P., Carlen D., Johnson T.: The cost of treatment of psychiatric emergencies: a comparison of hospital and community services. *Psychological Medicine* 1996, 26: 727–734.
117. Burns T., Raftery J.: A controlled trial of home-based acute psychiatric services II: treatment patterns and costs. *British Journal of Psychiatry* 1993, 163: 55–61.
118. Amaddeo F., Grigoletti L., de Girolamo G., Picardi A., Santone G.: Which factors affect the costs of psychiatric residential care? Findings from the Italian PROGRES study PROGRES study group, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2007: 115, 132–141.
119. De Girolamo G., Picardi A., Micciolo R., Falloon I., Fioritti A., Morosini P.: Residential care in Italy: National survey of non-hospital facilities. *British Journal of Psychiatry* 2002, 181: 220–225.
120. De Girolamo G., Picardi A., Santone G., et al.: The severely mentally ill in residential facilities: a national survey in Italy. *Psychological Medicine* 2005, 35: 421–431.
121. Bonizzato P., Bisoffi G., Amaddeo F., Chisholm D., Tansella M.: Community based mental health care: to what extent are service costs associated with clinical, social and service history variables? *Psychological Medicine* 2000, 30: 1205–1215.
122. Knapp M.: Making music out of noise: the cost function approach to evaluation. *British Journal of Psychiatry* 1998, 173 (Supplement 36): 7–11.
123. Scheytt D., Kaiser P., Priebe S.: Behandlungsdauer und Fallkosten in unterschiedlichen stationären psychiatrischen Einrichtungen in Berlin. *Psychiatrische Praxis* 1996, 23: 10–14.
124. Kilian R., Matschinger H., Löffler W., Roick C., Angermeyer M.: A comparison of methods to handle skewed distributed cost variables in the analysis of the resource consumption in schizophrenia treatment. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2002, 5: 21–31.
125. Sheill A., Pettifer C., Raynes N., Wright K.: A cost function analysis for residential services for adults with a learning disability. *Health Economics* 1993, 2: 247–256.
126. Hallam A., Knapp M., Jarbrink K., et al.: Costs of village community, residential campus and dispersed housing provision for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research* 2002, 46 (5): 394–404.
127. Perry J., Romeo R., Robertson J., et al.: Outcomes and costs of community living: semi-independent living and full staffed group homes. *American Journal on Mental Retardation* 2007.
128. Beecham J., Knapp M., McGilloway S., et al.: The cost-effectiveness of community care for adults with learning disabilities leaving long-stay hospital in Northern Ireland. *Journal of Intellectual & Developmental Disability* 1997, 41 (7): 30–41.
129. Hughes D., McGinnity M., Kell J., Donnelly O., Donnelly M.: Costing the hospital-based process of resettling people with learning disabilities in the community. *Irish Journal of Psychological Medicine* 2003, 20: 41–44.
130. Dockrell J., Gaskell G., Normand C., Rehman H.: An economic analysis of the resettlement of people with mild learning disabilities and challenging behaviour. *Social Science and Medicine* 1995, 40: 895–901.

131. Cambridge P., Carpenter J., Beecham J., et al.: Twelve Years On: the Outcomes and Costs of Community Care for People with Learning Disabilities and Mental Health Problems. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent at Canterbury, 2001.
132. Hallam A., Beecham J., Knapp M., et al.: Service use and costs of support for people with intellectual disabilities twelve years after leaving hospital. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2006, 19: 296–308.
133. Cambridge P., Hayes L., Knapp M., Gould E., Fenyo A.: *Care in the Community: Five Years On*. Aldershot: Arena, Ashgate Publishing Ltd, 1994.
134. Knapp M., Comas-Herrera A., Astin J., Beecham J., Pendaries C.: Intellectual disability, challenging behaviour and cost in care accommodation: what are the links? *Health and Social Care in the Community* 2005, 13 (4): 297–306.
135. Smith N., Middleton S., Ashton-Books K., Cox L., Dobson B., Reith L.: Disabled People's Costs of Living: More than you would think. York: Joseph Rowntree Foundation, 2004.
136. Beecham J., Snell T., Perkins M., Knapp M.: Health and social care needs of young adults with long-term neurological conditions who have started to be supported by adult services: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2007.
137. Knapp M., Beecham J., Perkins M., Dhanasiri S.: Transition pathways for young people with complex disabilities: exploring the economic consequences. submitted.
138. Lafuma A., Brezin A., Lopatriello S., et al.: Evaluation of non-medical costs associated with visual impairment in four European countries,. *Parmacoeconomics* 2006, 24: 193–205.
139. Office of Deputy Prime Minister. Mental Health and Social Exclusion: Social Exclusion Unit, Office of the Deputy Prime Minister, 2004.
140. McGrother C. W., Hauck A., Bhaumik S., Thorp C., Taub N.: Community care for adults with learning disability and their carers: Needs and outcomes from the Leicestershire register. *Journal of Intellectual Disability Research* 1996, 40 (2): 183–190.
141. McGrother C. W., Bhaumik S., Thorp C. F., Watson J. M., Taub N. A.: Prevalence, morbidity and service need among South Asian and white adults with intellectual disability in Leicestershire, UK. *Journal of Intellectual Disability Research* 2002, 46: 299–309.
142. Emerson E., Robertson J., Wood J.: Levels of psychological distress experienced by family carers of children and adolescents with intellectual disabilities in an urban conurbation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 2004, 17: 77–84.
143. Hirst M.: Carer distress: a prospective population-based study. *Social Science and Medicine* 2005, 61: 697–708.
144. Morris J.: Moving into adulthood: young disabled people moving into adulthood. York: Joseph Rowntree Foundation, 2002.
145. Woolley M.: *How do they manage: income and expenditure of families with a severely disabled child*. York: Family Fund, 2004.
146. Harrison J., Woolley M.: Debt and Disability: The impact of families with disabled children. York: Contact a Family & Fund, 2004.

147. Kagan C., Lewis S., Heaton P.: Caring to work: accounts of working parents of disabled children. York: Family Policy Studies Centre (in association with Joseph Rowntree Foundation), 1998.
148. Arksey H.: People in employment: supporting people with disabilities and carers into work. *Health and Social Care in the Community* 2003, 11: 283– 292.
149. Pickard L., Wittenberg R., Comas-Herrera A., Davies B., Darton R.: Relying on informal care in the new century? Informal care for elderly people in England to 2031. *Ageing and Society* 2000, 20: 745–772.
150. Moise P., Schwarzingner M., Um M. Y.: Dementia Care in 9 OECD Countries: A comparative analysis. Paris: OECD 2004.
151. Livingston G., Manela M., Katona C.: Depression and other psychiatric morbidity in carers of elderly people living at home. *British Medical Journal* 1996, 312: 153–156.
152. Buck D., Gregson B., Bamford C., et al.: Psychological distress among informal supporters of frail older people at home and in institutions. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 1997, 12: 737–744.
153. Colvez A., Joel M., Ponton-Sanchez A., Royer A.: Health status and work burden of alzheimer patients' informal caregivers: comparisons of five different care programs in the European Union. *Health Policy* 2002, 60: 219–233.
154. Evandrou M.: Employment and care, paid and unpaid work: the socio economic position of informal carers in Britain. In Phillips J. (ed.): *Working Carers*. Aldershot: Avebury, 1995.
155. Evandrou M., Falkingham J.: The State of Welfare In Glennerster H. & Hills J. (eds.): *The State of Welfare*. Oxford: Oxford University Press, 1998.
156. Knapp M., Comas-Herrera A., Somani A., Banerjee S.: Dementia: international comparisons. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics, 2007.
157. Mason A., Weatherlly H., Spilsbury K., et al.: A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of different models of community based respite care for frail older people and their carers. *Health TechnologyAssessment* 2007, 11: 1–194.
158. Lowin A., Beecham J., Knapp M.: Uses of old long-stay hospital buildings. *Psychiatric Bulletin* 1998, 22 (3): 129–130.
159. Knapp M., Beecham J.: Costing mental health services. *Psychological Medicine* 1990, 20: 893–908.
160. Knapp M.: Economic barriers to innovation in mental health care. In Marks I. & Scott R. (eds.): *Mental Health Care Delivery: Innovations, Impediments andImplementation*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990: 204–219.
161. Harangozó J., Kristóf R.: Where is Hungarian mental health reform? *Mental Health Reforms* 2000, 2: 14–18.
162. Rice N., Smith P.: Capitation and risk adjustment in health care financing: an international progress report. *The Millbank Quarterly* 2001, 79: 81–113.
163. McDaid D., Samyshkin Y., Jenkins R., Potasheva A., Nikiforov A., Atun R.: Health system factors impacting on delivery of mental health services in Russia: multi-methods study. *Health Policy* 2006, 79 (2–3): 144–152.
164. Wistow G., Knapp M., Hardy B., Forder J., Kendall J., Manning R.: *Social Care Markets: Progress and Prospects*. Buckingham: Open University Press, 1996.
165. Netten A., Darton R., Davey V., et al.: Understanding Public Services and Markets: King's Fund for the Care Services Inquiry, PSSRU, University of Kent and London School of Economics, 2005.

166. Robertson J., Emerson E., Hatton C., et al.: The impact of person-centred planning. Lancaster: Institute for Health Research, Lancaster University, 2005.
167. Davey V., Fernandez J. L., Knapp M., et al.: Direct Payments Survey: A national survey of direct payments policy and practice. London: Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, 2007.
168. Beecham J., Chadwick O., Fidan D., Bernard S.: Children with severe learning disabilities: needs services and costs. *Children and Society* 2002, 16: 168–181.
169. Mangalore R., Knapp M.: Cost of Schizophrenia in England. *Journal of Mental Health Policy and Economics* 2007, 10: 23–41.
170. Tarricone R., Gerzeli S., Montanelli R., Frattura L., Percudani M., Racagni G.: Direct and indirect costs of schizophrenia in community psychiatric services in Italy: The GISIES study. *Health Policy* 2000, 51: 1–18.
171. Rossler W., Joachim Salize H., Knapp M.: Die Kosten der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie* 1998, 66 (11): 496–504.
172. Romeo R., Knapp M., Scott S.: Economic cost of severe antisocial behaviour in children – and who pays it? *British Journal of Psychiatry* 2006, 188: 547–553.
173. Scott S., Knapp M., Henderson J., Maughan B.: Financial cost of social exclusion: follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal* 2001, 323.
174. Knapp M., Prince M., Albanese E., et al.: Dementia UK. London: Alzheimer's Society, 2007.
175. Becker T., Hulsmann S., Knudsen H. C., et al.: Provision of services for people with schizophrenia in five European regions. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2002, 37 (10): 465–474.
176. Kovess V., Caldas de Almeida J. M., Carta M., et al.: Professional team's choices of intervention towards problems and needs of patients suffering from schizophrenia across six European countries. *European Psychiatry* 2005, 20 (8): 521–528.
177. Goddard M., Mannion R., Smith P.: Enhancing performance in health care: a theoretical perspective on agency and the role of information. *Health Economics* 2000, 9: 95–107.
178. Fernandez J. L., Forder J.: The importance of social care in achieving an efficient health care system: the case for reducing delay in hospital discharge rates. London: PSSRU London School of Economics, 2002.
179. Kunze H., Becker T., Priebe S.: Reform of psychiatric services in Germany: hospital staffing directive and commissioning of community care. *Psychiatric Bulletin* 2004, 28: 218–221.
180. Fattore G., Percudani M., Pugnoli C., Contonini A., Beecham J.: Mental health care in Italy: Organisational structure, routine clinical activity and costs of a community psychiatric service in Lombardy region. *International Journal of Social Psychiatry* 2000, 46 (4): 250–265.
181. Stancliffe R. J., Lakin C., Shea J. R., Prouty R. W., Coucovanis K.: The economics of deinstitutionalization. In Stancliffe R. & Lakin K. C. (eds.): *Costs and outcomes of community services for people with intellectual disabilities*. Baltimore: Brookes, 2005: 289–300.
182. Beckhard R., Harris R. T.: *Organisational transitions: managing complex change*. Massachusetts: Addison-Wesley, 1987.

A BIZOTTSÁG JELENTÉSE

a gazdasági teljesítmény és a társadalmi haladás méréséről*

2009. szeptember 14.

* Stiglitz, Joseph E., Amartya Sen and Jean-Paul Fitoussi: *Report by the Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress*. www.stiglitz-sen-fitoussi.fr

Szerzők:

Joseph E. Stiglitz

a Bizottság elnöke

Amartya Sen

a Bizottság főtanácsadója

Jean-Paul Fitoussi

a Bizottság koordinátora

A Bizottság tagjai:

Bina Agarwal, Kenneth J. Arrow, Anthony B. Atkinson, François Bourguignon, Jean-Philippe Cotis, Angus S. Deaton, Kemal Dervis, Marc Fleurbaey, Nancy Folbre, Jean Gadrey, Enrico Giovannini, Roger Guesnerie, James J. Heckman, Geoffrey Heal, Claude Henry, Daniel Kahneman, Alan B. Krueger, Andrew J. Oswald, Robert D. Putnam, Nick Stern, Cass Sunstein, Philippe Weil

A Bizottság jelentésének felépítése

Vezetői összefoglaló

A jelentés tartalmának rövid összefoglalása

1. fejezet: Klasszikus GDP-kérdések
2. fejezet: Életminőség
3. fejezet: Fenntartható fejlődés és környezet

A jelentésben bemutatott lényeges tételek

1. fejezet: Klasszikus GDP-kérdések
2. fejezet: Életminőség
3. fejezet: Fenntartható fejlődés és környezet

A fordítás a Vezetői összefoglalót és az első blokk 2–3. fejezetét tartalmazza.

Tartalom

Vezetői összefoglaló	222
Miért született ez a jelentés?	222
Miért fontos ez a jelentés?	224
Kik írták a jelentést?	225
Kiknek szól a jelentés?	225
Melyek a legfontosabb üzenetek és ajánlások?	226
A gazdasági teljesítmény jobb mérőeszközei felé egy komplex gazdaságban	227
A termeléstől a jóllétig	228
A jóllét többdimenziós	231
A jóllétnek egyaránt fontosak az objektív és a szubjektív dimenziói	231
A fenntarthatóság mérését pragmatikusan kell megközelíteni	233
Fizikai indikátorokat a környezeti terheléshez	234
Mi a következő lépés?	235
2. fejezet: Életminőség	236
1. Bevezető	236
2. Az életminőség méréséhez kapcsolódó fogalmi megközelítések	237
3. Az életminőség szubjektív mutatói	238
4. Az életminőséget alakító objektív tényezők	240
4.1. Egészség	240
4.2. Oktatás	242
4.3. Személyes tevékenységek	244
4.4. Politikai érdekképviselő és kormányzás	246
4.5. Társadalmi kapcsolatok	248
4.6. Természeti környezeti feltételek	249
4.7. Személyes biztonsághiány	250
4.8. Gazdasági bizonytalanság	251
5. Több területet érintő kérdések	252
5.1. Egyenlőtlenségek az életminőségben	252
5.2. Az életminőség különböző dimenziói közötti kapcsolatok feltérképezése	253
5.3. Az életminőség különböző területeinek összesítése	254
5.4. Főbb üzenetek és ajánlások	256

3. fejezet: Fenntartható fejlődés és környezet	259
1. Bevezető	259
2. Számvetés	260
2.1. Indikátorkészletek	261
2.2. Összetett indexek	262
2.3. Kiigazított GDP-k	264
2.4. A túlfogyasztással és az elégtelen befektetésekkel foglalkozó indikátorok	266
3. A fenntarthatóság számszerűsítésének konszenzuális lehetőségei: mik lehetnek a főbb buktatók?	272
3.1. Mit akarunk mérni?	272
3.2. Lehetséges egyetlen számban összefoglalni a fenntarthatóságot?	273
3.3. A vegyes megközelítés mellett szóló technológiai bizonytalanságok	275
3.4. A bizonytalanság is normatív	276
3.5. Az összetettség további forrása: a globális dimenzió	277
4. Következtetések	278
Függelék	282
Hivatkozások	283

Ábrák

1. ábra: Az egy főre eső GDP és a születéskor várható élettartam különbségei az Egyesült Államok és Franciaország között	241
2. ábra: Nők személyes tevékenységeinek rangsorolása élvezeti tapasztalatok és a rájuk fordított idő szerint az Egyesült Államokban és Franciaországban	245
3. ábra: A legdepriváltabb népesség jellemzői	256
4. ábra: A kiigazított nettó megtakarítások földrajzi megoszlása	268
5. ábra: Országokénti ökológiai lábnyom	270

Táblázat

1. táblázat: Az európai fenntartható fejlődés indikátorok listája (1. szint)	261
--	-----

Miért született ez a jelentés?

1. Nicholas Sarkozy, a Francia Köztársaság elnöke, mivel elégedetlen volt a társadalomról és a gazdaságról jelenleg rendelkezésre álló statisztikai információkkal, 2008 februárjában felkérte Joseph Stiglitzet (a Bizottság elnöke), Amartya Sent (tanácsadó) és Jean-Paul Fitoussit (koordinátor), hogy hozzanak létre egy bizottságot. Ezt a bizottságot nevezték el később a Gazdasági Teljesítmény és a Társadalmi Haladás Mérésével foglalkozó Bizottságnak (The Commission on the Measurement of Economic Performance and Social Progress – CMEPSP). A bizottság célja annak kimutatása, hogy milyen korlátai vannak a GDP-nek mint a gazdasági teljesítményt és a társadalmi haladást jelző indikátornak, beleértve a mérési problémákat is; hogy felmérje, milyen további információkra lenne szükség olyan indikátorokhoz, amelyek relevánsabb mutatói lehetnének a társadalmi haladásnak; hogy megbecsülje, miként lennének megvalósíthatóak az ilyen alternatív mérési eszközök, és hogy megvitassák, hogyan lehet a statisztikai információkat megfelelően bemutatni.

2. A gyakorlatban az előbbi statisztikai mutatók azért fontosak, mert a szakpolitikai tervezésnél és értékelésnél ezek az eszközök mozdítják elő és alakítják a társadalmi haladást és a piacok működését. Az elmúlt két évtizedben jelentősen nőtt a szerepük, ami a lakosság iskolai végzettségének javulását, a modern gazdaságok komplexitásának növekedését és az információs technológiák széles körű használatát is jelzi. Az „információs társadalomban” sokkal egyszerűbb hozzáférni adatokhoz, így statisztikai adatokhoz is, s egyre több ember olvas statisztikákat, hogy tájékozottabb legyen, vagy hogy megalapozott döntéseket hozzon. A megnövekedett információigény nyomán jelentősen növekedett az előállított statisztikák kínálata, amelyek már új területeket és jelenségeket is lefednek.

3. Az, hogy mit mérünk, hatással van arra, hogy hogyan cselekszünk, és ha a mérésünk hibás, a döntéseink sem lehetnek hibátlanok. Ha a gazdasági teljesítmény mérésekor a környezeti károkat is figyelembe vesszük, hamis lesz a GDP növekedésének és a környezetvédelemnek a szembeállítására vonatkozó döntési alternatíva. Ugyanígy azt, hogy mely szakpolitikák voltak sikeresek, gyakran azon az alapon döntjük el, hogy melyek segítették a gazdasági növekedést, viszont amennyiben a mérőszámaink hibásak, úgy hibásak lesznek a következtetéseink is.

4. Gyakran úgy tűnik, hogy jelentős a különbség a közvélekedés és az alapvető társadalmi-gazdasági változók – a gazdasági növekedés, az infláció, a munkanélküliség stb. – jellemzői között. A szokásos mérőszámok mutathatják például, hogy kisebb az infláció és nagyobb a növekedés, mint ahogy azt az egyén érzékeli, és ez a különbség olykor

olyan nagy, hogy az már nem magyarázható a pénzillúzióval¹ vagy a pszichológiával. Ez a különbség néhány országban aláásta a bizalmat a hivatalos statisztikákban (az Egyesült Királyságban és Franciaországban például csupán a lakosok egyharmada bízik a hivatalos statisztikákban, és ez nem csak ezekben az országokban van így), és érezhetően befolyásolta azt, ahogyan a közbeszédben a gazdasági helyzetről vagy a szükséges szakpolitikai rendelkezésekről beszélnek.

5. Jó néhány magyarázat lehetséges arra, hogy miért tér el egymástól az, amit adott társadalmi-gazdasági jelenségről a statisztikai mérőszámok mutatnak attól, ahogyan a jelenséget a lakosság látja.

- A statisztikai *fogalmak* helyesek, de a mérési folyamat nem tökéletes.
- Sok esetben viták vannak a tekintetben, hogy melyek a jó fogalmak, és hogy a különböző fogalmak mikor alkalmazhatóak.
- Amikor jelentősen változik az egyenlőtlenség (legáltalánosabban: változik a jövedelemeloszlás), nem biztos, hogy a bruttó hazai termék (GDP) vagy egy főre eső más aggregált érték pontosan jelzi azt a helyzetet, amibe a legtöbb ember kerül ilyenkor. Ha az átlagos egy főre eső GDP növekedéséhez képest az egyenlőtlenség nagyobb mértékben növekszik, az emberek többsége rosszabbul élhet, akkor is, ha az átlagjövedelem emelkedik.
- Az általánosan használt statisztikák nem vesznek figyelembe néhány olyan jelenséget, amelyek a lakosság jóllétére egyre növekvő hatással vannak. A forgalmi dugók például növelhetik a GDP-t azáltal, hogy növekszik a benzinfogyasztás, de az életminőségen nyilvánvalóan nem javítanak. Sőt, amennyiben az emberek számára fontos a levegő minősége, úgy azok a statisztikai mutatók, amelyekben a légszennyezettséget nem veszik figyelembe, az emberek jóllétében bekövetkező változásokat nem fogják pontosan becsülni. Ugyanígy, ha az a tendencia, hogy fokozatos változásokat mérünk, akkor ebből az következik, hogy nem tudunk megragadni olyan hirtelen változásokat, mint az éghajlatváltozás.
- Az, ahogy a statisztikai adatokat bemutatjuk vagy felhasználjuk, torzíthatja a gazdasági jelenségek trendjeinek megítélését. A GDP-re például általában nagy hangsúlyt fektetünk, annak ellenére, hogy a nettó hazai termék (amely az értékcsökkenést is figyelembe veszi), vagy a háztartások reáljövedelme (amely a háztartások gazdaságon belüli valós jövedelmét veszi figyelembe) relevánsabb lehet. Ugyanakkor ezek a számok nagyban eltérhetnek egymástól. A GDP tehát nem *önmagában* rossz, csak rosszul használjuk. Az a fontos, hogy mélyebb tudásunk legyen az egyes mérőszámok megfelelő használatáról.

6. Valójában már régóta fenntartások vannak a jelenleg használatos, gazdasági teljesítményt mérő számokat illetően, különösen azokkal kapcsolatban, amelyek kizárólag a GDP-re épülnek. Azt pedig még szélesebb körben kérdőjelezi meg, hogy ugyanezek a mérőszámok mennyiben tudják a társadalmi jóllétet mérni. Az, hogy valami kizárólag élettelen dolgokra koncentráljon (mint pl. a GDP vagy a GNP, amelyekkel megszámlálhatatlan gazdasági

¹ http://en.wikipedia.org/wiki/Money_illusion (a ford.)

fejlődést vizsgáló tanulmány foglalkozik) végső soron csak annyiban – ha egyáltalán – igazolható, amennyiben ezek a dolgok direkt vagy indirekt módon befolyásolják az emberi életet. Mi több, az már régóta világos, hogy a jóllétnek hosszú távon a GDP nem megfelelő mérőeszköze, különösen a jóllét gazdasági, környezeti és társadalmi dimenzióiban, amelyek bizonyos aspektusait gyakran a *fenntarthatósággal* kapcsolatban említjük.

Miért fontos ez a jelentés?

7. A Bizottság munkájának megkezdése és a jelentés befejezése között eltelt idő alatt a gazdasági környezet radikálisan megváltozott. Jelenleg a második világháború óta eltelt időszak egyik legsúlyosabb pénzügyi, gazdasági és társadalmi válságát éljük. A Bizottság által javasolt mérési reformok akkor is szükségesek lennének, ha nem következett volna be ez a válság. A Bizottság néhány tagja azonban úgy érzi, hogy a válság csak még sürgetőbbé tette a reformokat. Ők úgy látják: annak, hogy sokakat váratlanul ért a válság, egyik oka az, hogy mérési rendszerünk cserbenhagyott minket, és/vagy az, hogy a piaci szereplők és a kormányhivatalnokok nem a megfelelő statisztikai indikátorokra figyeltek. A Bizottság ezen tagjai szerint sem a magánszféra, sem a közszféra elszámolási rendszerei nem voltak képesek arra, hogy előre figyelmeztessenek minket, és nem jelezték, hogy a világgazdaság 2004 és 2007 közötti *látszólag* fényes növekedése, teljesítménye esetleg csupán a jövőbeli növekedés kárára volt lehetséges. Az is világos, hogy a teljesítmény egy része csak illúzió volt – a haszon egy buborékban „felfújt” áron alapult. Az talán túlzás, hogy ha jobb mérőeszköz-rendszerünk lett volna, olyan, amelyik előre jelzi a problémákat, akkor a kormányok megelőző lépéseket tehettek volna, hogy elkerüljék vagy legalább mérsékeljék a jelenlegi felfordulást. De talán ha többen tudatában lettek volna a sztenderd mérőszámok (mint a GDP) korlátainak, akkor esetleg kevésbé lett volna euforikus a hangulat a gazdasági teljesítmény láttán a válság előtti években. Olyan mérőszámokkal, amelyekben a fenntarthatósággal kapcsolatos mutatók (pl. az eladósodottság növekedése) is helyet kapnak, a gazdasági teljesítményt is óvatosabban szemléltük volna. Sok országban hiányoznak a naprakész és teljes körű vagyonszámlák – a gazdaság „egyenlegei” –, amelyek átfogó képet nyújthatnának a gazdaság főbb szereplőinek vagyonáról, tartozásairól és kötelezettségeiről.

8. Emellett a globális felmelegedéssel összefüggésben fenyegető környezeti katasztrófával is szembe kell néznünk. A piac árait torzítja, hogy a szén-dioxid-kibocsátás nincs rájuk terhelve; a szokásos nemzetijövedelem-számlákban nem veszik figyelembe ezen kibocsátások költségeit. Nyilvánvaló, hogy a sztenderd mérésekhez képest számottevően mást mutatnának az olyan gazdasági teljesítményt mérő eszközök, amelyekben benne vannak a környezeti költségek is.

9. Bár az előző bekezdésekben kifejtett nézeteket nem feltétlenül osztja a Bizottság minden tagja, a Bizottság egésze meg van győződve arról, hogy a válság nagyon fontos leckét adott nekünk: azok, akik megpróbálják a gazdaságot és a társadalmat irányítani, olyanok, mint a pilóták, akik megbízható iránytű nélkül próbálnak kormányozni. Az általuk hozott döntések (az egyes állampolgárok döntéseihez hasonlóan) attól függnek, hogy mit és milyen jól

mérünk, és hogy mennyire értjük meg a méréseinket. Majdhogynem vakok vagyunk, ha a mérőeszközök, amelyekre a cselekedeteinket alapozzuk, rosszul vannak megalkotva, vagy nem értjük őket eléggé. Több célból is jobb mérőeszközökre van szükségünk. Szerencsére az elmúlt évek kutatásai alapján fejleszteni tudjuk a mérőeszközöket, és itt az idő, hogy néhány eredményt beépítsünk mérési rendszereinkbe. Abban is egyetértés van a Bizottság tagjai között, hogy a gazdaságot jobb mérésekkel tudjuk a válságon át- és abból kikormányozni. Sok indikátor, amelyet javasolunk ebben a jelentésben, megfelelő lesz erre a célra.

10. A jelentésben a mérésről lesz szó, nem szakpolitikákról, így a jelentés nem tárgyalja, hogy a különböző célokhoz a társadalom milyen kollektív cselekedetekkel tudna a legjobban közelíteni. Amit mérünk, az hatással van arra, amit el szeretnénk érni, és ugyanígy: amit el szeretnénk érni, az meghatározza, hogy mit mérünk. Így a jelentésnek és gyakorlati megvalósításának szignifikáns hatása lehet arra, ahogy a társadalom látja önmagát, és ebből következően arra is, ahogyan a szakpolitikákat tervezik, megvalósítják és értékelik.

11. A Bizottság szeretné felhívni a figyelmet a statisztikai mérésekkel kapcsolatban az elmúlt években végbement fontos eredményekre, és szeretné bátorítani azokat az erőfeszítéseket, amelyek célja statisztikai adatbázisaink és az azokból származó indikátoraink fejlesztése. A jelentés készítői különböző területekkel kapcsolatban bemutatják a több vagy más mérési törekvéseket, és remélik, hogy ezzel befolyásolni tudják a fejlett és a fejlődő országokban is a jövőbeli statisztikai szakpolitikákat, valamint hatással lesznek azoknak a nemzetközi szervezeteknek a munkájára, amelyek világszerte meghatározó szerepet játszanak a statisztikai szttenderdek kialakításában.

Kik írták a jelentést?

12. A jelentést közgazdászok és társadalomtudósok írták. A Bizottság tagjai számos szakterületet képviselnek, a nemzetgazdasági könyveléstől az éghajlatváltozás gazdaságtanáig. A tagok olyan témák kutatói, mint a társadalmi tőke, boldogság, egészség és mentális jóllét. Osztoznak abban a hitben, hogy nagyon fontos hidat verni a különböző közösségek között – a statisztikai információk termelői és felhasználói között, bármi legyen is a szakterületük –, akik az elmúlt években folyamatosan távolodtak egymástól. A Bizottság tagjai úgy látják, hogy a szaktudásukkal kiegészítik a hasonló témákról más megközelítésben írt jelentéseket, például a természettudósoknak az éghajlatváltozásáról vagy a pszichológusoknak a lelki egészségről közzétett munkáit. Bár a jelentés döntően inkább szakmai szöveg, a fejezetek összefoglalói a lehető legkevesebb szakkifejezéssel készültek.

Kiknek szól a jelentés?

13. A Bizottság azt reméli, hogy a jelentés négy különböző célcsoportban is értő fülekre talál majd – ezt tartottuk szem előtt az írása közben is. A jelentés elsősorban a politikai vezetőknek szól. A jelenlegi válsággal terhelt idők-

ben, amikor új politikai narratívákra van szükség, mert keressük, hogy milyen irányba haladjon a társadalmunk, a jelentés mellett foglal állást, hogy a hangsúlyokat helyezzük át a jelenlegi „termelés-központú” mérési rendszerről egy, a jelenlegi és jövőbeli generációk jóllétére összpontosító rendszerre, azaz a társadalmi haladás szélesebb körű mérésére.

14. Másrészt a jelentés azoknak a szakpolitikusoknak szól, akik szeretnék jobban érteni, hogy az elérhető indikátorok közül a jóllétet növelő, illetve a társadalmi haladást elősegítő politikák tervezésekor, megvalósításakor és értékelésekor melyek lehetnek hasznosak. A jelentés felhívja a döntéshozók figyelmét a jelenlegi adatok gazdagságára és hiányosságaira, de arra a tényre is, hogy a megbízható kvantitatív információ „nem a fán terem”, hanem jelentős beruházásokra van szükség az előttük álló döntések meghozásához szükséges információkat nyújtani képes statisztikák és indikátorok fejlesztéséhez.

15. Harmadrészt, a jelentés szól a tudományos közösségnek, statisztikusoknak és a statisztikákat felhasználóknak. Arra hívja fel a figyelmüket, hogy milyen nehéz is megbízható adatokat előállítani, és hogy mennyi feltételezés húzódik meg a statisztikai adatsorok mögött. A tudományos élet résztvevői remélhetőleg körültekintőbben szavaznak majd bizalmat bizonyos statisztikáknak. A nemzeti statisztikai hivatalok dolgozói remélhetőleg hasznos tanácsokat találnak arra vonatkozóan, hogy milyen fejlesztések lehetnek különösen értékesek.

16. Végül a jelentés szól azoknak a civil szervezeteknek, amelyek felhasználói és előállítói az adatoknak. Még általánosabban a nyilvánosságnak, a gazdagabb és szegényebb országok nyilvánosságának egyaránt, ugyanúgy, ahogy a társadalmakon belüli gazdagoknak és szegényeknek is. Reméljük, hogy ha jobban értik a rendelkezésre álló statisztikai adatokat és indikátorokat (erényeiket és korlátaikat), akkor jobban fel tudják majd mérni, hogy milyen problémákkal néz szembe a társadalom, amelyben élnek. Azt is reméljük, hogy a jelentés hasznára fog válni az újságíróknak és a médiának, amelyek felelőssége a polgárok tájékoztatása a társadalomban zajló folyamatokról. Az információ a közjavak közé tartozik – minél tájékozottabbak vagyunk azzal kapcsolatban, hogy mi zajlik a társadalomban, demokráciánk annál jobban tudnak majd működni.

Melyek a legfontosabb üzenetek és ajánlások?

17. A jelentésben megkülönböztetjük a *jelenlegi jóllét* értékelését és a *fenntarthatóság* értékelését, azaz a jóllét hosszabb időn keresztül folytathatóságának perspektíváját. Az aktuális jóllét függ mind a gazdasági erőforrásoktól (mint a jövedelem), mind az emberek életének nem gazdasági összetevőitől (mit csinálnak, mit csinálhatnak, hogyan érzik magukat, milyen természeti környezetben élnek). Az, hogy a jóllét adott szintje fenntartható-e, attól függ, vajon az életünk szempontjából fontos tőkéket (természeti, fizikai, emberi, társadalmi tőke) tovább tudják-e adni a következő generációknak.

A Bizottság munkájának megszervezésekor a következő három témára fókuszáló munkacsoportokat alakította ki: (1) a GDP klasszikus problémái, (2) az életminőség és (3) a fenntarthatóság. A jelentésből következő főbb üzenetek és ajánlások a következők:

A gazdasági teljesítmény jobb mérőeszközei felé egy komplex gazdaságban

18. Mielőtt megnéznék, mi jöhet a GDP után, és elkezdenénk foglalkozni a jóllét mérésének sokkal nehezebb feladatával, érdemes megvizsgálni, hogy a gazdasági teljesítményt mérő, jelenleg is létező eszközöket hol kell javítani. A termelés mérése – ami olyan változó, amely többek között a foglalkoztatottságot is meghatározza – elengedhetetlen a gazdasági aktivitás monitorozásához. Az első fontos üzenete jelentésünknek, hogy eljött annak az ideje, hogy mérési rendszerünket alkalmassá tegyük a modern gazdaságok fejlődését meghatározó strukturális változások jobb tükrözésére. A szolgáltatások egyre növekvő aránya és az egyre összetettebb termékek előállítása miatt most nehezebb mérni a kibocsátást és a gazdasági teljesítményt, mint a múltban. Jelenleg rengeteg olyan termék van, amelyek minősége komplex, többdimenziós és gyorsan változó. Ez egyértelmű, ha olyan javakra gondolunk, mint az autók, a számítógépek, a mosógépek és hasonló, de még inkább igaz ez a szolgáltatásokra, elég például az egészségügyi és oktatási szolgáltatásokra, az infokommunikációs technológiákra, a kutatásra és a pénzügyi szolgáltatásokra gondolni. Néhány országban és némely szektorban a „kibocsátás” növelése inkább jelenti az előállított és elfogyasztott javak minőségének javulását, mint mennyiségük növekedését. A minőség változásának megragadása óriási kihívás, ugyanakkor életbevágó az emberek anyagi jóllétében kulcsfontosságú reáljövedelem és reálfogyasztás mérésekor. A minőségi javulás alulbecsülése ugyanolyan, mint az inflációs ráta túlbecsülése, és így a reáljövedelem alulbecsülése. Ennek az ellentéte igaz viszont arra, amikor túlértékelik a minőségben bekövetkezett javulást.

19. A kormányok fontos szerepet játszanak a mai gazdaságban. „Kollektív” típusú (pl. biztonság) és inkább „individuális” típusú (pl. egészségügyi ellátás és oktatás) szolgáltatásokat biztosítanak. Országoként és koronként jelentősen eltér, hogy a közsféra és a magánsféra milyen arányban biztosítja az individuális szolgáltatásokat. A kollektív szolgáltatások hozzájárulnak az állampolgárok életminőségéhez, azonban az állampolgárok majdnem biztos, hogy pozitívan értékelik az individuális szolgáltatásokat is, különösen az oktatást, az egészségügyi szolgáltatásokat, a bérházakat vagy a nyilvános sportlétesítményeket. Ezek a szolgáltatások általában nagy léptékűek, és jelentősen növekedtek a második világháború óta, de sokszor továbbra sem mérik őket megfelelően. A mérések hagyományosan az ilyen szolgáltatások előállításához szükséges ráfordításokon alapulnak (mint pl. az orvosok száma), nem pedig az adott kibocsátáson, amelyeket létrehoznak (mint pl. adott orvosi kezelések száma). A minőségi változásokhoz igazítás még ennél is nehezebb. Mivel az kibocsátásokat általában úgy kezeljük, mint amik együtt mozognak a ráfordításokkal, az ezekben a szolgáltatásokban bekövetkező termelékenységváltozásokat nem vesszük figyelembe. Ebből következik, hogy ha pozitív (vagy negatív) változás áll be a közsféra termelékenységeiben, akkor a mérőeszközök túlbecsülik (vagy alulbecsülik) a gazdasági növekedést és a reáljövedelmet. Éppen ezért ahhoz, hogy megfelelően mérni tudjuk a gazdaság teljesítményét és az életszínvonalat, meg kell birkózni a kormányzati teljesítmény mérésével. (A jelenlegi, kiadásokon alapuló, beismerten hibás mérési rendszerünkben több OECD-

országban a kormányzati teljesítmény körülbelül 20 százalékát teszi ki a GDP-nek, és több mint 40 százalékát a teljes kormányzati kiadásoknak.)

20. Bár a módszertani nézetek ellentétesek egymással azzal kapcsolatban, hogyan kellene a minőségre vonatkozó kiigazításokat megcsinálni, vagy hogyan lehetne továbblépni a kormányzati teljesítmény mérését illetően, azt illetően azonban teljes az egyetértés, hogy a kiigazításokat meg kell tenni, sőt azzal kapcsolatban is, hogy mik azok az elvek, amelyek alapján a kiigazításoknak meg kell születniük. A vélemények a gyakorlati megvalósítással kapcsolatban különböznek. A Bizottság mind az elvekkel, mind a megvalósításhoz kapcsolódó nehézségekkel foglalkozik a jelentésében.

A termeléstől a jóllétig

21. A következő kulcsfontosságú üzenet és az egész jelentést átfogó motívum, hogy elérkezett az ideje annak, hogy *áthelyezzük a jelenlegi mérési rendszer hangsúlyait a gazdasági termelés méréséről az emberek jóllétének mérésére.* A jóllét mérését pedig a fenntarthatóság kontextusában kell megfogalmaznunk. A termelés mérésének hiányosságai ellenére sokkal többet tudunk a gazdasági termelésről, mint a jóllétről. A hangsúlyok áthelyezése nem azt jelenti, hogy el kellene hagyni a GDP, illetve a termelés méréséhez használt eszközeinket. Ezek az eszközök a piaci termeléssel és a foglalkoztatottsággal kapcsolatos aggodalmakkal jöttek létre, és jelenleg is ezekből tudunk választ adni sok fontos kérdésre, például a gazdasági aktivitás monitorozása kapcsán. Ezzel együtt nagyobb szerepet kell adni a jóllétnek, mert egyre nagyobb a szakadék az aggregált GDP-adatokban lévő információ, és aközött, ami az átlagember jólléte szempontjából számít. Ez azt jelenti, hogy tovább kell dolgoznunk olyan statisztikai rendszer kialakításán, amelyben a piaci aktivitás mérését kiegészítik az emberek jóllétéről, illetve a fenntarthatóságról szóló eszközök. Egy ilyen rendszernek szükségszerűen plurálisnak kell lennie, hiszen nincs olyan mérőeszköz, amely egy magában tudna összefoglalni valamit, ami annyira komplex, mint a társadalom tagjainak jólléte – ezért a mérési rendszerünknek magában kell foglalnia egy sor különböző mérőeszközt. A különböző dimenziók összevonásának problematikája (egyszerűbben fogalmazva: hogyan adjuk össze például az egészséggel kapcsolatos számokat a hagyományos javak fogyasztására vonatkozó számokkal) másodlagos ahhoz képest, hogy meg kell teremteni azt a széles körű statisztikai rendszert, amely képes a lehető legtöbb releváns dimenziót megragadni. Egy ilyen rendszernek nem csupán a jóllét *átlagos* szintjét és időbeli változását kell mérnie az adott közösségben, de rögzítenie kell azt is, hogy milyen sokféle élménye, tapasztalata lehet az embereknek, és azt is, hogy milyen kapcsolatok vannak az emberek életének különböző dimenziói között. Jó néhány dimenziója van a jóllétnek, de jó kiindulópont lehet az anyagi jóllét vagy az életszínvonal mérése.

1. ajánlás: Az anyagi jóllét értékelése során termelés helyett a jövedelemmel és a fogyasztással kell foglalkozni.

22. A GDP a gazdasági aktivitás legerőteljesebb mutatója. Számításához nemzetközi sztenderdek léteznek, és sok energiát fektettek a statisztikai és fogalmi alapok lefektetésébe. Az előzőekben már kiemeltünk néhányat azok közül a területek közül, amelyekben a GDP számításával kapcsolatban további fejlesztésre van szükség. Ahogy azt

a statisztikusok és közgazdászok jól tudják, a GDP főként a piaci termelést méri – pénzben kifejezve –, és mint ilyen, hasznos is. Ugyanakkor gyakran úgy kezelik, mintha a gazdasági jóllét mérőszáma lenne. A kettő összemosása félrevezető lehet azzal kapcsolatban, hogy mennyire élnek jól az emberek, és így rossz politikai döntéseket vonhat maga után. Az anyagi életszínvonalhoz közelebb áll a nettó nemzeti jövedelem, a háztartások reáljövedelme és fogyasztása – a termelés növekedhet, miközben a jövedelem csökken, és fordítva; ha figyelembe vesszük az értékcsökkenést, az országból ki- és beáramló jövedelmet és a termékek kibocsátási, valamint fogyasztói árai közötti különbséget.

2. ajánlás: Kapjon nagyobb hangsúlyt a háztartások nézőpontja!

23. Bár informatív a gazdaság egésze teljesítményének figyelemmel kísérése, a lakosság anyagi életszínvonalában bekövetkező változások irányát jobban lehet követni a háztartások jövedelme, illetve fogyasztása alapján. A rendelkezésre álló nemzeti számlák adatai alapján valóban az látszik, hogy a háztartások reáljövedelme jó néhány OECD-országban eltérő növekedési pályát mutat, mint az egy főre eső reál-GDP, és jellemzően kisebb mértékben nő. A háztartások nézőpontjából figyelembe kell venni a szektorok közötti olyan kifizetéseket, mint az államhoz kerülő adók, az államtól származó szociális juttatások és a háztartások hiteleinek kamatai, amelyek a pénzügyi szervezetekhez kerülnek. Helyesen meghatározva: a háztartások jövedelmének és fogyasztásának tükröznie kell az államtól származó természetbeni juttatásokat is, amilyenek például a szubvencionált egészségügyi, illetve oktatási szolgáltatások. Nagy energiákat kell fektetnünk még a statisztikai harmonizációba, hogy megértsük, bizonyos mérőszámok (pl. a háztartások jövedelme) hogyan mozoghatnak különbözően a kiszámítás alapjául szolgáló statisztikai forrástól függően.

3. ajánlás: A jövedelmet és a fogyasztást a vagyonnal együtt kell szemlélni.

24. A jövedelem és a fogyasztás elengedhetetlen az életszínvonal megállapításához, de végső soron csak a vagyonról származó információval együtt lehet értelmezni. Az a háztartás, amely vagyonát költi fogyasztási cikkekre, a jövőbeli jólléte terhére növeli aktuális jóllétét. Az ilyen viselkedés következményeit tetten lehetne érni az adott háztartás mérlegében, és ugyanez a helyzet a gazdaság más szektoraira, valamint a gazdaság egészére is. Ahhoz, hogy ilyen mérleget létrehozzunk, a vagyoni eszközök és kötelezettségek átfogó összegzésére van szükség. Bár az országokra vonatkozó mérlegek létrehozása nem új elgondolás, de ilyenek még csak korlátozottan hozzáférhetők, és fontos, hogy létrehozásukat előmozdítsuk. A vagyont mérő eszközök a fenntarthatóság mérésében központi elemek. Az, amit továbbviszünk a jövőbe, szükségképpen tőkeként kell, hogy megjelenjen – fizikai, természeti, emberi és társadalmi tőkeként. Ezen „készletek” helyes értékének megállapítása létfontosságú, viszont gyakran problematikus. Továbbá arra is szükség van, hogy ezeket a mérlegeket alternatív értékeléssel „stressztesztnek” vessük alá, amennyiben az eszközök piaci árait nem lehet tudni, vagy piaci buborékok és összeomlások hatásának vannak kitéve. Ha a monetáris érték nagyon bizonytalan, vagy nehezen megállapítható, más, nem monetáris indikátorok hasznosabbak lehetnek.

4. ajánlás: Nagyobb hangsúlyt kell adni a jövedelem, a fogyasztás és a vagyon eloszlásának.

25. Az átlagjövedelem, a fogyasztás és a vagyon sokatmondó statisztikai adatok, de nem adnak teljes képet az életszínvonallal kapcsolatban. Lehet például, hogy az átlagjövedelem emelkedése egyenlőtlenül oszlik el a különböző csoportok között, azaz bizonyos háztartások a többihez viszonyítva rosszabbul járhatnak. A jövedelem, a fogyasztás és a vagyon átlagát mutató mérőszámokat tehát azok eloszlását megjelenítő mutatóknak kell kiegészíteniük. A mediánfogyasztás (jövedelem, vagyon) jobb mutató, mint az átlagfogyasztás (jövedelem, vagyon), mert jobban leírja, hogy mi is történik a „tipikus” egyénnel vagy háztartással. Ugyanakkor sok szempontból az is fontos, hogy tudjuk, mi történik a jövedelem- és vagyaneloszlás legalján (amit a szegénységgel kapcsolatos statisztikák írnak le), vagy a legtetején. Ideális esetben ezek az információk nem magukban, hanem összekapcsolva állnak elő, hiszen ha arról szeretnénk információt, hogy mennyire élnek jól a háztartások, akkor ezt az anyagi életszínvonal különböző dimenzióival (jövedelemmel, fogyasztással, vagyonnal) kapcsolatban akarjuk látni. Összességében egy alacsony jövedelmű, de átlag feletti vagyonnal rendelkező háztartás nem feltétlenül él rosszabbul, mint egy vagyon nélküli, de közepes jövedelmű háztartás. (Az emberek jóllétével kapcsolatos dimenziók „együttes eloszlásáról” szóló információk biztosításának szükségességét az élet minőségének mérésével kapcsolatos ajánlásban még említeni fogjuk.)

5. ajánlás: A jövedelem mérésébe be kell vonni a nem piaci tevékenységeket.

26. Az elmúlt időben jelentősen megváltozott a háztartások és a társadalom működése. Például sok olyan szolgáltatást, amelyet a múltban a családtagok biztosítottak, ma a piacról vásárolunk meg. Ez a változás a nemzeti számlákban jövedelemnövekedésként jelentkezik, ami így azt a hamis benyomást kelti, hogy megváltozott az életszínvonal, holott ez csak azt tükrözi, hogy bizonyos szolgáltatások beszerzése nem piaciról piacra változott. Sok szolgáltatást, amit a háztartások maguknak biztosítanak, nem vesznek figyelembe a hivatalos jövedelmi és termelési mutatókban, holott a gazdasági aktivitás fontos összetevőjét képviselik. Bár a hivatalos statisztikákból való kizárásuk inkább az adatok bizonytalanságából ered, mintsem elvi nehézségekből, azért elmondható, hogy volt előrehaladás ezen a téren. Ezzel együtt még több szisztematikus munkára van szükség. A munkát pedig azzal kell kezdeni, hogy információt gyűjtünk arról, hogy az emberek mivel töltik az idejüket, mégpedig olyan információkat, amelyek országok közti és időbeli összehasonlításra egyaránt alkalmasak. A kép kiegészítésére az alapvető nemzeti számlákat a háztartások tevékenységét átfogó, rendszeres számláknak kell kísérniük. A fejlődő országokban fontos szerepük van a háztartások által termelt javaknak (pl. az élelemnek vagy a lakhelynek). Az ilyen háztartásilag előállított javak termelésének követése fontos ahhoz, hogy meg tudjuk becsülni a háztartások fogyasztási szintjét ezekben az országokban.

27. Amint elkezdünk a nem piaci tevékenységekkel foglalkozni, felmerül a szabadidő kérdése. Ha valaki ugyanazokat a javakat és szolgáltatásokat fogyasztja, de évi 1500 órát dolgozik, nem pedig 2000 órát, az azt jelenti, hogy jobb életszínvonalon él. Bár a szabadidő felmérése sok nehézséggel jár, az egyes országok vagy időszakok életszínvonalának összehasonlításához figyelembe kell venni, hogy az emberek mennyi szabadidővel rendelkeznek.

A jóllét többdimenziós

28. Ha meg akarjuk fogalmazni, hogy mit jelent a jóllét, akkor többdimenziós meghatározást kell használnunk. Tudományos kutatásokat és a világ számos országában kifejlesztett kezdeményezéseket alapul véve a Bizottság az alábbi kulcsdimenziókat határozta meg, mint amelyeket számításba kell venni. Ezeket a dimenziókat elméletileg egyszerre, párhuzamosan kellene figyelembe vennünk:

- anyagi életszínvonal (jövedelem, fogyasztás és vagyon);
- egészség;
- oktatás;
- az egyén tevékenységei, a munkát is beleértve;
- politikai érdekképviselés és kormányzás;
- társas viszonyok és kapcsolatok;
- környezet (jelenlegi és jövőbeli állapotok);
- biztonságihiány mind gazdasági, mind fizikai értelemben.

Az emberek jóllétét mindezen dimenziók alakítják, a konvencionális jövedelemfelmérésekből közülük mégis sok kimarad.

A jóllétnek egyaránt fontosak az objektív és a szubjektív dimenziói

6. ajánlás: Az életminőség az emberek objektív körülményeitől és képességeitől függ. Meg kell tenni azokat a lépéseket, amelyek fejlesztik az emberek egészségével, oktatásával és tevékenységeivel, valamint a környezet állapotával kapcsolatos méréseket. Különösen abba kell energiát fektetni, hogy olyan szilárd és megbízható mutatókat fejlesszünk ki és vigyünk át a gyakorlatba, amelyek a társas kapcsolatokat, a politikai érdekérvényesítést és a biztonságihiányt mérik, és amelyeken keresztül az élettel való elégedettség megbecsülhető.

29. Az életminőség értékeléséhez releváns információk köre túlmutat az emberek önbevallásán és érzékelésein, és tartalmazza az emberek „működésének” és szabadságának mérését is. Valójában az adottságok és lehetőségek azon köre és azon szabadságfoka számít, amelyek az emberi választások, az általuk értékelt élet kereteit jelölik ki. Az életminőség mutatójában figyelembe vett releváns működésmódok és képességek megválasztása inkább értékítéleteken, mint szakmai megfontolásokon alapul. Bár az életminőséget befolyásoló tényezők pontos listája kétségtelenül értékítéleten alapul, abban egyetértés mutatkozik, hogy az életminőség az emberek egészségén, képzettségén, mindennapi tevékenységén (beleértve a tisztességes munkához és lakhatáshoz való jogot), politikai részvételén, az őket körülvevő természeti és társas környezeten, valamint a személyes és gazdasági biztonságukat alakító változókön múlik. Ezek méréséhez objektív és szubjektív adatokra egyaránt szükség van. A fenti változókkal kapcsolatban kihívást jelent, hogy az idáig elért eredményeket tovább kell fejleszteni, azonosítani kell a réseket a rendelkezésre álló információkban, és be kell fektetni a statisztikai kapacitásokba mindazokon a területeken (pl. időmérlegekbe), ahol az indikátorok még elégtelenek.

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

30. Az emberek közötti egyenlőtlenség minden életminőséggel kapcsolatos értékelésnek és minden jövőbeli fejlesztésnek szerves része kell legyen minden országban. A legtöbb életminőség-dimenziónak saját külön, egyenlőtlenséget mutató mérőszámra van szüksége, de – ahogy arra a 25. bekezdésben utaltunk – figyelembe kell venni a kapcsolódási pontokat és korrelációkat. Az életminőségbeli különbségeket emberek, társadalmi-gazdasági státuszok, társadalmi nem és generációk metszetében is mérni kell, és különösen oda kell figyelni a legutóbbi időben kialakult egyenlőtlenségekre, például a bevándorláshoz kapcsolódó egyenlőtlenségekre.

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

31. Mindenféleképpen foglalkozni kell azzal a kérdéssel, hogy az életminőség egyik dimenziójában bekövetkezett fejlemény hogyan hat más dimenziókra, és hogy hogyan függnek össze a jövedelemmel a többi területen bekövetkező változások. Azért fontos ez, mert a hátrányok halmozódása messze súlyosabb következményekkel jár az életminőségre, mintha az egyes tényezők hatását külön-külön összeadnánk. Ezeknek a kumulatív hatásoknak a mérésére kifejezetten ebből a célból végzett felmérésekből az életminőség legmeghatározóbb elemeinek „együttes eloszlásáról” kell információt szerezni, egyenként mindenkiről az adott országban. Azzal is tehetünk lépéseket e felé, ha minden felmérésben felteszünk bizonyos sztenderd kérdéseket, amelyek néhány jellemző alapján lehetővé teszik a válaszadók osztályozását. Amikor meghatározott területek szakpolitikáit tervezik, akkor együttesen kell figyelembe venni az életminőség különböző dimenzióit tükröző indikátorokra gyakorolt hatást, hogy kezelni lehessen a különböző dimenziók közötti kölcsönhatást és a halmozottan hátrányos helyzetű emberek igényeit.

9. ajánlás: A statisztikai hivataloknak biztosítaniuk kell az életminőség különböző dimenzióinak aggregálásához szükséges információt, hogy lehetővé tegyék különböző indexek létrehozását.

32. Azzal együtt, hogy az életminőség méréséhez több indikátorra van szükség, nagy igény van egy összegző mutató kifejlesztésére is. Van néhány lehetséges összegző mutató az életminőséggel kapcsolatban, attól függően, hogy milyen kérdésre keresünk választ, vagy milyen megközelítést használunk. Néhány ilyen mutatót már használunk, mint például az egyes országokra vetített, étellel való átlagos elégedettséget, vagy azokat az összetett mutatókat, amelyek egy-egy konkrét dimenzió átlagértékeit összesítik, mint például az emberi fejlettségi index (Human Development Index – HDI). További mutatók használatához be kell ruházni a nemzeti statisztikai rendszerekbe, hogy elő tudják állítani a számításukhoz szükséges adatokat. Ilyen lehet például az a mutató, amely azon időszakok arányát mutatja, amelyben a válaszadó inkább negatív érzésekről számol be; vagy az, amelyik azt számolja, hogy adott objektív jellemzők milyen gyakran és milyen súlyos mértékben bukkannak fel egy ember életében; vagy az emberek állapotán és preferenciáin alapuló ekvivalens jövedelem számításai.

33. A Bizottság úgy gondolja, hogy a jóllét objektív indikátorain túl az életminőség szubjektív mutatóit is figyelembe kell venni.

10. ajánlás: A jóllét objektív és szubjektív mutatói is kulcsfontosságú információkat adnak az emberek életminőségével kapcsolatban. A statisztikai hivataloknak be kellene emelniük olyan kérdéseket saját felméréseikbe, amelyek meg tudják ragadni az emberek saját életükkel kapcsolatos véleményét, örömmel teli élményeiket és prioritásaikat.

34. A kutatások azt mutatják, hogy a szubjektív és az objektív jóllétről is lehetséges értelmes és megbízható adatokat gyűjteni. A szubjektív jóllét különféle aspektusokat foglal magában (adott személy kognitív értékelését életéről, boldogságáról, elégedettségéről, pozitív érzéseket, mint az öröm és büszkeség, és negatív érzéseket, mint a fájdalom és aggodalom): mindegyiket külön kell megmérni, hogy az emberek életét átfogóan értékelő mutatót kapjunk. A szubjektív dimenziók kvantitatív mutatói azért is ígéretesek, mert persze nemcsak az életminőségről kapunk egy jó mutatót, de jobban megérthetjük azt is, hogy ezt milyen, az emberek anyagi körülményein és jövedelmén túlmutató dolgok befolyásolhatják. Annak ellenére, hogy sok a megoldatlan probléma, a szubjektív mutatók fontos információt nyújtanak az életminőséggel kapcsolatban. Éppen emiatt lenne szükség arra, hogy a statisztikai hivatalok által végzett nagy elemszámú felmérésekben is megjelenjenek olyan kérdéstípusok, amelyek a kisebb, nem hivatalos felmérésekben már bizonyítottak.

A fenntarthatóság mérését pragmatikusan kell megközelíteni

35. A fenntarthatósággal kapcsolatos mérés és értékelés a Bizottság számára központi kérdés volt. A fenntarthatóság szempontjából az a feladat, hogy meghatározzuk, vajon biztosítható-e legalább a jóllét jelenlegi szintje a jövő generációinak is. Természetéből adódóan a fenntarthatóság kérdése kiterjed a jövőre, és ennek értékelése rengeteg feltevése és normatív választáson alapul. Erre a kérdésre (különösen az éghajlatváltozásra) pedig hatással van a különböző országok által követett társadalmi-gazdasági és környezeti modellek interakciója. A probléma valóban nagyon összetett, még annál is összetettebb, mint az aktuális jóllét vagy teljesítmény mérésének eleve komplex problémaköre.

11. ajánlás: A fenntarthatósági értékeléshez az indikátorok jól meghatározott készlete szükséges. A készlet elemeit egyes mögöttes témakörök jellemzőiként kell értelmezni. A fenntarthatóság pénzügyi indexének is lehet helye egy ilyen készletben, a jelenlegi tudásunk alapján azonban továbbra is csak a fenntarthatóság gazdasági vonatkozásaira koncentráló indexként.

36. A fenntarthatósági értékelés kiegészítő elem a jelenlegi jóllét és a gazdasági teljesítmény kérdésköréhez, és különállóan kell vizsgálni. Akármennyire is triviálisan hangzik, ezt érdemes leszögezünk, mert néhány aktuális megközelítésben mégsem veszik figyelembe ezt az elvet, és így előfordulhat, hogy zavaros végeredményhez jutnak. Zavar keletkezik például, ha valaki megpróbálja egy indikátorra összekombinálni a fenntarthatóságot és az aktuális jóllétet. Hogy egy hasonlattal éljünk, vezetés közben nem igazán segítené a sofőrt, ha egyetlen számmal jeleznénk a műszerfalon a kocsi sebességét és a fennmaradó üzemanyag mennyiségét. Mindkét információ életbevágóan fontos, de a műszerfalon külön-külön, jól látható helyen kell jelezni mind a kettőt.

37. A fenntarthatóság méréséhez szükséges minimum, hogy olyan indikátoraink legyenek, amelyek a különböző, a jövőbeli jólétet meghatározó dimenziók mennyiségi változásáról tájékoztatnak minket. Másként fogalmazva, a fenntarthatósághoz párhuzamosan kell megőrizni vagy növelni különböző „készleteinket”: a természeti erőforrásokat és az emberi, társadalmi és fizikai tőkét mind minőségében, mind mennyiségében.

38. A fenntarthatóságot készletek alapján vizsgáló megközelítésnek két típusa van. Az egyik típus csupán a változásokat követi az egyes készletekben külön-külön, és azt értékeli, vajon az adott készlet nő-e vagy csökken, miközben figyel arra, hogy megfelelő lépésekkel mindegyik egy adott kritikus szint felett maradjon. A második típus minden készletfajtát átvált annak pénzbeli megfelelőjére, azzal az implicit feltételezéssel, hogy a különböző tőkék egymásra átválthatóak. Azaz – megfelelően súlyozva – a környezeti tőkében bekövetkezett csökkenést ellensúlyozhatja a fizikai tőkében beállt növekedés. Ez utóbbi megközelítésben nagy lehetőségek vannak, de jelentősek a korlátai is. A legfontosabb probléma, hogy sok tőke esetében hiányzik a piac, amely az eszközöket értékelné, és még ha létezik is piac az adott területen, nincs biztosíték arra, hogy megfelelően tükrözi azt, hogy a különböző tőkék mennyiben számítanak a jövőbeli jólét szempontjából. A pénzügyi megközelítéshez számítások és modellek szükségesek, ami információs nehézségeket vet fel. Mindezekből az következik, hogy szerényebb megközelítéssel kell indítani, azaz a pénzügyi összegzésben olyan elemekre kell koncentrálni, amelyeknél elfogadható értékelő technikák léteznek, mint például a fizikai tőke, az emberi tőke vagy bizonyos természeti erőforrások esetében. Amennyiben így teszünk, lehetséges lesz értékelni a fenntarthatóság „gazdasági” elemét, azt, hogy vajon az egyes országok túlfogyasztják-e gazdasági vagyonukat, vagy sem.

Fizikai indikátorokat a környezeti terheléshez

12. ajánlás: *A fenntarthatóság környezeti aspektusait néhány jól megválasztott fizikai indikátorral érdemes külön is nyomon követni. Különösen arra van szükség, hogy világosan lássuk, milyen közel állunk a környezet veszélyes mértékű károsításához (mint pl. az éghajlatváltozással összefüggő környezeti károk vagy a halállomány túlhalászása esetében).*

39. Az előzőekben említett okok miatt a természeti környezet pénzbeli értékének meghatározása gyakran bonyolult, és a környezet állapotának figyelemmel kíséréséhez fizikai indikátorok önálló készleteire lesz szükség. Különösen akkor, ha olyan hatásokról beszélünk, amelyek visszafordíthatatlanul vagy folyamatosan változtatják meg a környezetet. Éppen ezért a Bizottság tagjai meg vannak győződve arról, hogy különösen nagy szükség van olyan indikátorokra, amelyek egyértelműen mutatják az üvegházhatást okozó gázok koncentrációjának növekedését a légkörben, illetve azt, hogy mennyiben közelíti ez az éghajlatváltozás veszélyes szintjét (és azoknak a kibocsátásoknak a szintjét, amelyek potenciálisan ilyen mértékben növelhetik e gázok koncentrációját). A légkörben lévő, üvegházhatást okozó gázok koncentrációjának emelkedése miatti éghajlatváltozás szintén speciális ügy, amennyiben ez igazán globális probléma, amelyet nem lehet az országhatárokat figyelembe véve mérni. Az ilyen típusú fizikai indikátorokat csak a tudományos közösség segítségével lehet megtalálni. Szerencsére ezen a területen már rengeteg munkát végeztek el.

Mi a következő lépés?

- 40.** A Bizottság inkább vitaindítónak, és nem a vita lezárásának tekinti ezt a jelentést. A jelentésben rámutatunk olyan problémákra, amelyekkel egy átfogó kutatás keretében foglalkozni kell. Nemzeti és nemzetközi szervezeteknek meg kellene vitatniuk a jelentésben megfogalmazott ajánlásokat, saját korlátaikat figyelembe véve megkeresni, hogy miként tudnának saját nézőpontjukkal a leghatékonyabban hozzájárulni a jelentésben megfogalmazott átfogó programhoz.
- 41.** A Bizottság hisz abban, hogy a jelentésben megfogalmazott problémák és ajánlások globális vitája fontos alkalmat teremthet arra, hogy megvitassuk a társadalmi értékeket, hogy mint társadalom mivel törődünk, és hogy vajon tényleg azért küzdünk-e, ami fontos.
- 42.** Nemzeti szinten kerekasztalokat kellene létrehozni az érintettek bevonásával, hogy meghatározzák és rangsorolják azokat az indikátorokat, amelyek révén közös álláspont alakulhat ki arról, miként alakul a társadalmi haladás, és ezt hogyan lehet fenntartani a jövőben.
- 43.** A Bizottság reméli, hogy a jelentés nemcsak a szélesebb körben folytatott párbeszédhez ad ösztönzést, de olyan kutatásokhoz is, amelyek segítik a gazdasági teljesítmény növelését és a társadalmi haladást.

[...]

2. fejezet: ÉLETMINŐSÉG²

1. Bevezető

65. Az életminőség tágabb fogalom, mint a gazdasági termelés és az életszínvonal. Mindazon változókat magában foglalja, amelyek befolyásolják, hogy mit tartunk értékesnek az életben, jóval túlmutatva az anyagi vonatkozásokon. Míg a gazdasági elszámolások bizonyos kiegészítéssel lehetővé teszik, hogy a gazdasági jólét mutatóiban megjelenjen az életminőséget befolyásoló változók némelyike, az erőforrásokon (vagy az emberek áruk feletti rendelkezésén) alapuló minden megközelítés több szempontból is korlátozott marad ezen a téren. Először is, az erőforrások olyan eszközök, amelyek egyéntől függően különböző módokon alakíthatók át jóllétre: azok a személyek, akik jobban tudnak örülni, vagy nagyobb tehetségük van ahhoz, hogy az élet értékes területein eredményeket érjenek el, jobban élhetnek akkor is, ha kevesebb gazdasági erőforrással rendelkeznek. Másodszor, sok erőforrás nem érhető el a piacon, vagy ha igen, akkor a költségeik egyénenként eltérőek lehetnek, ami miatt a reáljövedelmek nehezen összevethetőek. Végül pedig sok, az emberi jóllétet meghatározó dolog az emberek életkörülményeinek különböző aspektusait képviseli: ezeket nem lehet kiszámolható árakkal jellemzett erőforrásokként leírni, még akkor sem, ha az emberek átváltják őket egymásra. Önmagában ennyi érv is elegendő ahhoz, hogy belássuk, az erőforrások nem elégséges mérőeszközei az életminőségnek. Az, hogy az életminőség értékeléséhez milyen mérőeszközt használjunk az előbbiek helyett, azon múlik, hogy milyen filozófiai megközelítést választunk.

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

² A leírt állításokat alátámasztó hivatkozások és bizonyítékok a kapcsolódó *Függelék*ben találhatók.

2. Az életminőség méréséhez kapcsolódó fogalmi megközelítések

67. A Bizottság három fogalmi megközelítést talált hasznosnak az életminőség mérésével kapcsolatos dilemmák során.

- Az első megközelítés, amelyet a pszichológiai kutatásokhoz szorosan kapcsolódva alakítottak ki, a *szubjektív jóllét* fogalmán alapul. Régi filozófiai tradíció szerint az egyén a legalkalmasabb arra, hogy megítélje saját körülményeit. Ez a megközelítés szorosan kötődik a utilitárius hagyományhoz, de annál szélesebb körből merít, hiszen az ősi és modern kultúra megannyi áramlatában megtalálható az a határozott elképzelés, hogy a „boldogság” és az „elégedettség” az emberi létezés univerzális célja.
- A második megközelítés a *képességek* (*capabilities*) elméletében gyökerezik. Ez a megközelítés az ember életét különböző „tettek és létezők” (működések) és az adott személy ezen működések közötti választási szabadságának (képessegek) kombinációjaként látja. Néhány ilyen képesség meglehetősen alapvető, mint a megfelelő táplálkozás, vagy a korai halál elkerülése, míg mások összetettebbek, mint az aktív politikai részvételhez szükséges műveltség. A képesség megközelítése, amely erősen kötődik a társadalmi igazságosság filozófiai elméletéhez, az ember alapvető céljait helyezi középpontba, valamint azt, hogy tisztelni kell az egyénnek azt a vágyát, hogy kövesse és elérje a fontosnak tartott célokat. Ez a megközelítés elutasítja azt a közgazdasági modellt, amiben az egyén a cselekedeteivel – tekintet nélkül a kapcsolatokra és az érzelmekre – az önérdekét próbálja maximalizálni; a különféle képességek egymást kiegészítő jellegét hangsúlyozza; elismeri az emberek sokféleségét, ami a figyelmünket az etikai elveknek a „jó” társadalom kialakításában betöltött szerepére hívja fel.
- A harmadik megközelítés, amely a közgazdasági hagyományban alakult ki, a *méltányos elosztás* elvén alapul. A jóléti gazdaságtanban jól ismert alapgondolat szerint az életminőség (a piacon beszerezhető javakon és szolgáltatásokon túlmutató) különféle nem monetáris dimenzióit úgy súlyozzuk, hogy az tükrözze az emberek preferenciáit. Ehhez a megközelítéshez minden egyes nem monetáris dimenzióban ki kell választani egy referenciapontot, és meg kell ismerni az emberek aktuális helyzetét, preferenciáit ezekkel a pontokkal kapcsolatban. Ezzel a megközelítéssel elkerülhető az a csapda, amikor az értékelések egy „átlagos” fizetési hajlandóságon alapulnak, amely egyenlőtlenül inkább a társadalom jobb módú részének preferenciáit tükrözi. Ehelyett a társadalom tagjai közötti egyenlőségre összpontosíthatunk.

68. Ezen megközelítések természetesen különböznek, de vannak bennük hasonlóságok is. A szubjektív jóllét például olykor magában foglalja az összes képességet, amennyiben ezek az emberek által *értékeseznek ítélt* tulajdonságokra és szabadságokra vonatkoznak (amennyiben a képességek erősítése javítja az emberek szubjektív állapotát). Ugyanakkor a képességen alapuló megközelítés hívei hangsúlyozzák azt is, hogy nem egyedül a szubjektív állapot számít. Az emberek lehetőségeinek bővülése önmagában is fontos, még akkor is, ha ez nem jelenik meg a magasabb szintű szubjektív jóllétben. Ugyanígy, a képesség és a méltányos elosztás megközelítés egyaránt az egyes egyének objektív jellemzőin alapul, azonban különböznek abban, ahogy ezeket súlyozzák és összegzik. Bár normatív válasz-

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

3. Az életminőség szubjektív mutatói

69. A közgazdászok hosszú ideig feltételezték, hogy elegendő az emberek választásait megfigyelni ahhoz, hogy információhoz jussunk jóllétükkel kapcsolatban, és hogy ezek a választások megfelelnek bizonyos feltételezések sztenderd rendszerének. Ugyanakkor az elmúlt években sok kutatás foglalkozott azzal, hogy mit tartanak értékesnek az emberek, és hogyan viselkednek a való életben, és rámutattak arra, hogy a közgazdaságtan hagyományos feltevései és a való világ jelenségei nagyban eltérnek egymástól. Ezeket a kutatásokat jórészt pszichológusok és közgazdászok végezték, az emberek jólléttel kapcsolatos tapasztalatait és beszámolóit tartalmazó szubjektív adatokból kiindulva.

70. A szubjektív mutatók mindig is részét képezték a közgazdászok és statisztikusok eszköztárának, hiszen a gazdaság és társadalom sok funkcióját az emberek sztenderd kérdésekre adott válaszai alapján mérjük (pl. a „munkanélküliséget” jellemzően az alapján mérik, hogy a megkérdezettek mit válaszolnak olyan kérdésekre, mint hogy egy adott héten dolgoztak-e, kerestek-e munkát, vagy munkába tudnának-e állni a közeljövőben). Itt az életminőség szubjektív mutatóinak arról a sajátosságáról van szó, hogy annak, amit az emberek saját állapotukról elmondanak, nincs egyértelmű objektív megfelelője: össze lehet hasonlítani például az infláció „érezelt” és „tényleges” mértékét, de csak a válaszadók tudnak információt adni saját szubjektív állapotukról és értékeikről. A szubjektív mutatókkal foglalkozó szakirodalomban mégis széles körben jutnak arra a következtetésre, hogy ezek a mutatók segítenek megjósolni az emberek viselkedését (pl. minél elégedetlenebb egy munkavállaló a munkájával, annál valószínűbb, hogy felmond). Emellett sok más információra vonatkozóan is érvényes állításokat lehet tenni segítségükkel (pl. akik magukat „boldognak” mondják, jellemzően többet mosolyognak, és a körülöttük lévők is boldognak fogják találni őket; az agy elektromos jelei szintén korrelálnak ezekkel az önbevallásokkal).

71. A szubjektív megközelítések különbséget tesznek az életminőség *dimenziói* és azok között az objektív *tényezők* között, amelyek befolyásolják ezeket a dimenziókat. Az életminőség szubjektív dimenziói viszont különböző elemekből állnak. Az első az, amikor az emberek saját életüket összességében vagy különböző szempontok – például család, munka vagy anyagi helyzet – szerint értékelik. Ezekhez az értékelésekhez minden egyes embernek kognitív munkát kell végeznie, számba kell vennie és összegeznie kell az emberek által fontosnak tartott értékeket (pl. a céltudatosságukat, céljaik megvalósítását és azt, hogy mások hogyan látják őket). A második elemcsoportot az emberek aktuális érzései jelentik, mint a fájdalom, az aggodalom és a düh, vagy az öröm, a büszkeség és a tisztelet. Minél közelebbi időpontban számol be valaki ezekről az érzésekről, annál kevésbé torzít az emlékezet, vagy az a

társadalmi nyomás, amit az okoz, hogy mit ítél „jónak” az adott társadalom. Az emberi érzéseknek ezen széles skáláján belül a szubjektív jólléttel foglalkozó kutatásokban megkülönböztetnek pozitív és negatív hatásokat, hiszen mindkettő meghatározza az egyének tapasztalatait.

72. A szubjektív jóllét mindezen elemeit (kognitív értékelés, pozitív hatások és negatív hatások) külön kell mérni ahhoz, hogy az emberek életét megfelelően tudjuk értékelni. Még nyitott kérdés, hogy ezen elemek közül adott szempontból melyek számítanak jobban. A bizonyítékok szerint az emberek úgy cselekszenek, hogy elégedettek legyenek választásaikkal, és hogy a választások emlékeken és értékeléseken alapulnak. Ugyanakkor az emlékek és az értékelések vezethetnek rossz következtetésekhez.

73. Az emberek életük értékeléséről és az őket ért hatásokról szóló szubjektív beszámolóit olyan életminőség-mutatókat adnak, amelyeket időben is figyelemmel lehet követni, néhány mutatót pedig országok közötti összehasonlításokban is megbízhatóan használhatunk. Talán még ennél is fontosabb viszont, hogy ezek a mutatók információval szolgálnak arról is, hogy az *egyének* szintjén milyen változók határozzák meg az életminőséget. Ezek a változók jellemzőket tartalmaznak mind az emberek környezetével, mind az egyén élethelyzetével kapcsolatban, és változhatnak attól függően, hogy milyen szempontból mérlegeljük őket. Például a tevékenységek (mint a közlekedés, a munka, a társas események) a hatások szempontjából lehetnek fontosabbak, míg az élethelyzet (mint a házasság, az elismeréssel járó munka) az élet értékelése szempontjából lehet fontosabb. Ugyanakkor az ilyen mutatók mindkét esetben a jövedelmen túlmutató információkat adnak nekünk. A legtöbb fejlett országban például a fiatalabb és idősebb emberek magasabb értékeket adnak az életük megítélésével kapcsolatban, mint a középkorúak, amely mintázat szöges ellentétben van ugyanezen életkori csoportok jövedelmi szintjével.

74. Az egyetlen terület, ahol a különböző, emberek jóllétével kapcsolatos mutatók megegyeznek, a munkanélküliség életminőségre gyakorolt hatása. A munkanélkülivé vált emberek alacsonyabbra értékelik az életüket, még az után is, hogy alacsonyabb jövedelmükkel korrigáljuk az adatokat, és ez az idővel sem igazán változik; a munkanélküliek gyakrabban számolnak be különféle negatív hatásokról (szomorúság, stressz és fájdalom), és alacsonyabb értéket adnak a pozitívaknak (öröm). Az ilyen szubjektív mutatókból arra következtethetünk, hogy a munkanélküliség ára nagyobb, mint az a jövedelemcsökkenés, amit azok szenvednek el, akik elveszítik a munkájukat. Tükrözik emellett azt is, hogy vannak a munkanélküliekre ható, pénzben nem mérhető következmények, de azt is, hogy a munkanélküliség a társadalom fennmaradó részében is félelmet és szorongást vált ki.

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

4. Az életminőséget alakító objektív tényezők

76. Mind a képességek, mind a méltányos elosztás elméletében fontos szerepe van az emberek objektív körülményeinek és a rendelkezésükre álló lehetőségeknek, viszont eltérnek abban, hogy a különböző tényezők közül melyeket tartják értékesebbeknek vagy fontosabbnak. Bár az egyes objektív tényezőknek van instrumentális értéke a szubjektív jóllét szempontjából, az ember életében mindkét elméleti megközelítés szerint elengedhetetlenül fontos a lehetőségek bővülése ezeken a területeken.

77. Hogy mely objektív tényezőket kell figyelembe venni az életminőség értékelése során, attól függ, hogy a vizsgálatnak mi a célja: egy országon belül szeretnénk mérni a körülményekben beállt változásokat, vagy különböző fejlettségi szinten lévő országokat akarunk összevetni ezen jellemzők szerint? Egyes jellemzők azért lehetnek fontosak, mert leírják az egyén állapotát (pl. egészség), míg mások azt tükrözik, hogy az emberek mennyire szabadok abban, hogy az általuk fontosnak tartott célokat elérjék (pl. politikai érdekképviselés). Bár egyértelműen értékalapú az a döntés, hogy mely elemek tartozzanak az objektív körülmények közé, a gyakorlatban a legtöbb témakör megtalálható a különböző országokban és a „jólléttel” foglalkozó felmérésekben, kutatásokban. De a kapcsolódó elméletekben megfogalmazottak is nagymértékben összecsengenek ebből a szempontból.³ Általában véve minden ilyen objektív tényezőhöz kapcsolódó mutató alapján úgy tűnik, hogy az emberek életében számít, hogy hogyan szerveződik a társadalom, és a konvencionális gazdasági erőforrásokat mérő mutatók nem tudják mindezen hatásokat megfogni.

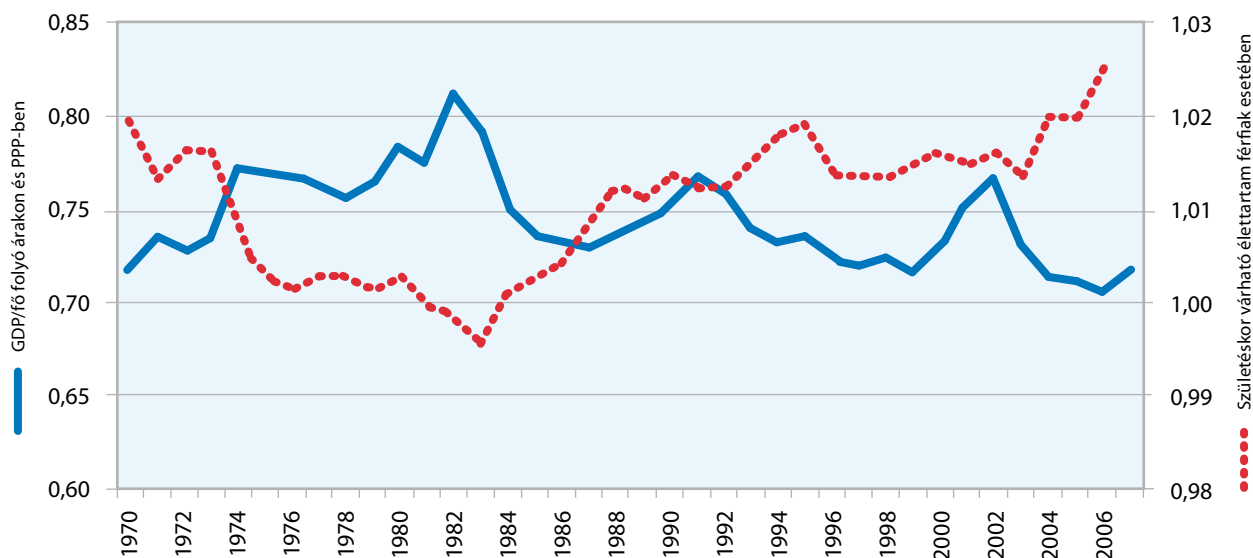
4.1. Egészség

78. Az egészség olyan alapvető jellemző, amely mind az élet hosszát, mind az életminőséget befolyásolja. Ahhoz, hogy az egészséget mérni tudjuk, jó mutatókkal kell leírunk a mortalitást és a morbiditást, az adatokban mutatózó hiányosságok azonban jelentősek mind a két területen. Az életkor és nem szerinti halálozási (mortalitási) statisztikák azt mutatják meg, hogy az emberek milyen eséllyel fognak meghalni, valamint használhatóak arra is, hogy kiszámoljuk az emberek várható élettartamát. Ezek az indikátorok ma már minden fejlett országban hozzáférhetőek, de a fejlődő világ nagy részében csak korlátozottan léteznek – különösen a felnőttek esetében, ami viszont azért is nehézséget jelent, mert ezek nélkül nem lehet megállapítani, hogy hol tartunk az ENSZ Millenniumi Fejlesztési Céljaihoz (Millennium Development Goals) képest. Továbbá, az életkor-specifikus halálozási statisztikák vektorok: hogy olyan mutatót kapjunk, ami egy skálán tudja mérni az emberek élettartamát, ahhoz az adatok megfelelő aggregálására, és az országok, illetve időszakok közötti korstruktúrában mutatkozó különbségeket figyelembe vevő sztenderdizálására van szükség. Mivel különböző aggregálási és sztenderdizálási módszerek léteznek, azok különböző eredményekhez és rangsorokhoz vezetnek, amikor az országokat összehasonlítjuk, és a különböző (életkor

³ Lásd például azt a rendszerezést, amelyet OECD készített a „Global Project on Measuring the Progress of Societies” keretében, <http://www.oecd.org/progress>

szerinti) túlélési görbék keresztezni fogják egymást. Ebből az következik, hogy össze kell válogatni többféle halálozási mutatót, majd azokat rendszeresen monitorozni kell. Mindenesetre fontos, hogy az emberek életével kapcsolatos nem monetáris mutatók jelentősen eltérhetnek a megszokott gazdasági mutatóktól. Franciaországban például alacsonyabb az egy főre eső GDP, mint az Egyesült Államokban, a születéskor várható élettartam viszont magasabb, és a különbség folyamatosan nőtt (1960-ban kevesebb mint 6 hónap volt a különbség, míg 2006-ban közel 2 év), még akkor is, amikor az Egyesült Államokhoz képest az egy főre eső GDP csökkent (1. ábra).

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



Megjegyzés: Az egyesült államokbeli és a francia értékek egymáshoz viszonyított aránya (az 1-nél nagyobb érték azt jelzi, hogy a francia feltételek jobbak). Például 2006-ban az egy főre eső francia GDP az egyesült államokbeli szint 82 százaléka volt, ugyanakkor Franciaországban a születéskor várható életkor az egyesült államokbeli mutatónál 1,025 ezrelékkal nagyobb volt.

Forrás: OECD-adatok.

79. A morbiditással kapcsolatos statisztikák sokkal kevésbé fejlettek, ami hosszú ideje folyó vitákhoz vezetett az-
 al kapcsolatban, vajon a halálozás csökkenéséhez hasonló csökkenés ment-e végbe a morbiditás terén. A morbiditás jelenlegi mutatói különféle forrásokon alapulnak: az emberek magasságával és súlyával kapcsolatos adatokon, egészségügyi szakemberek diagnózisain, egyes betegségekhez kapcsolódó nyilvántartásokon, népszámlálásokon vagy más felmérések során felvett önbevallásokon. Egyes ilyen mutatók a betegségek, illetve sérülések előfordulását jelölik, mások ezek következményeit, mégpedig abból a szempontból, hogy a következmények mennyiben befolyásolták az egyén működését (ami a kezelés minőségétől is függ). A mutatókban és a mögöttük lévő adatokban mutatkozó eltérések elkerülhetetlenek, hiszen a rossz egészségi állapotnak számos megjelenési formája lehet.

Ugyanakkor ez nagyban megnehezíti az egyes országok összevetését, és az emberek morbiditásában bekövetkező változások követését. Még rosszabb a helyzet a mutatók terén, ha nem fizikai betegségekről, hanem mentális problémákról beszélünk, annak ellenére, hogy ezek bizonyítottan az emberek nagy részét érintik (legalábbis az enyhébb típusúak), és sokszor bizonyítottan kezeletlenek is maradnak, sőt némely országban növekszik az előfordulási arányuk.

80. Az ember egészsége sok dimenzióból áll össze, így jó néhány kísérletet tettek már olyan összefoglaló mutató létrehozására, amely a mortalitást és a morbiditást kombinálni tudja. Számos kombinált egészségindex létezik ugyan, de egyik sem vált általánosan elismertté. Ráadásul mindegyik sokszor ellentmondásos erkölcsi ítéleteken alapul, illetve olyan orvosi feltételek súlyozásán, amelyek legitimitása nem mindig világos.

81. A sokféle egészségmutató nemcsak az országok közötti összehasonlítás miatt problematikus, hanem adott országon belüli összehasonlításokban is. Az egészségügyi állapotban mutatkozó egyenlőtlenségekkel kapcsolatos legújabb kutatások különböző mintázatokat találtak. Először is, az alacsonyabb foglalkozási osztályba tartozók, akik alacsonyabb iskolai végzettséggel és jövedelemmel rendelkeznek, jellemzően fiatalabban halnak meg, és – rövidebb életük alatt – több betegségtől szenvednek. Másodszor, ezek a különbségek az egészségi állapotban nem csupán a társadalmi-gazdasági ranglétra legalján lévők számára jelentenek rosszabb esélyeket, de a hierarchia minden szintjére kiterjedve „szociális lejtőt” alkotnak. Az Egyesült Királyságban például a várható élettartam egyre magasabb a képzetlen fizikai munkástól a képzettek felé, a fizikaitól a szellemi munkát végzők felé, az alacsonyabb irodai beosztásban dolgozóktól a magasabb beosztásúak felé haladva. Bár az egészségi egyenlőtlenségek egyértelműen számítanak az életminőség értékelésénél, a jelenleg létező mutatók nem teszik lehetővé, hogy összevessük a különböző országokat az egyenlőtlenség mértéke szerint. Az összehasonlítást az nehezíti, hogy különböznek az egészségügyi eredmények mérésére használt mutatók, a figyelembe vett személyi jellemzők (képzettség, jövedelem, etnikum), az országos méréseket pedig eltérő lakossági mintákon, illetve különböző földrajzi egységeket vizsgálva végzik el.⁴

4.2. Oktatás

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

⁴ Érdemes megjegyezni ugyanakkor, hogy az egészséggel kapcsolatos társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségekkel kapcsolatban folynak kutatások, például az Európai Uniónak is van egy ilyen munkacsoportja (European Union Working Group in Socio-economic Inequalities to Health).

politikai életben, mind a civil szférában. Bár a rendelkezésre álló bizonyítékok nem mindig teszik lehetővé, hogy okozati összefüggést állapíthassunk meg az előbbiekben említett és azokhoz hasonló életminőség-dimenziók, valamint az iskolázottság között (pl. a kevésbé egészséges gyerekek valószínűleg gyakrabban hiányoznak az iskolából), konszenzus *van* abban, hogy az iskolázottság egy sor olyan (pénzbeli és nem pénzbeli) hozadékkal jár, amelyekből mind a tanulásba befektető ember, mind környezete, közössége profitál. Az oktatáshoz kapcsolódó, szélesebb értelemben vett előnyök mértékének felmérése kiemelt kutatási kérdés. Ahhoz, hogy ebben a kérdésben előrébb lehessen jutni, az emberek jellemzőinek jobb mutatóira van szükség több dimenzióban is, és olyan felmérésekre, amelyek hosszabb időn keresztül követik ugyanazt a személyt.

83. A rendelkezésre álló oktatási indikátorok igen széles körűek. Vannak, amelyek a bemeneti változókra (pl. iskolai beiratkozásra, oktatási költségekre és iskolai erőforrásokra) vonatkoznak, és vannak, amelyek az átmeneti és kiemeneti változókra (pl. érettségi átlagokra, befejezett iskolai évekre, az emberek olvasási és számolási teljesítményét tükröző sztenderdizált tesztekre). Az, hogy ezek közül az indikátorok közül melyik relevánsabb, függ az adott ország fejlettségétől és az adott felmérés, értékelés céljától. A rendelkezésre álló indikátorok nagy különbséget mutatnak az egyes országok között, a különböző oktatási indikátorok viszont olykor eltérő mintázatokat is előhozhatnak. Bizonyos országok például egyszerre lehetnek kiemelkedőek a felsőfokú oktatásban részt vevő tanulókat tekintve, és mutathatnak rossz teljesítményt jelentős számú, főként alacsony társadalmi-gazdasági státuszú családokból származó fiatalok esetében. Az eltérő mintázatok kiegyenlíthetik egymást az összegző mutatókban (pl. iskolarendszerben eltöltött átlagos évek számában), azonban minden életminőség-értékelésben fontosak. A tanulmányi eredményekben mutatkozó országos egyenlőtlenségeket mutató mérőszámok különösen figyelmet igényelnek a teljesítményskála alján lévő fiatalok esetében, akiket fenyeget a szegénység, és akik valószínűleg nem tudnak majd felnőttként jól fizető, megbecsült állásokhoz jutni. Mivel a képzettség fontos előrejelzője sok dimenzióknak az egyén életében, minden társadalmi felmérésnek rendszeresen tartalmaznia kell a válaszadók és szüleik tanulási tapasztalataival kapcsolatos információkat is, az egyéb életminőséget befolyásoló jellemzőkkel együtt.

84. Az oktatás életminőségre gyakorolt hatását becslő legfontosabb indikátorok az emberek tudásaihoz, kompetenciáihoz kapcsolódó mutatók. Van néhány mérőeszköz, amit az elmúlt években azért fejlesztettek ki, hogy a mutatókat sztenderd módon lehessen mérni; a mérőeszközöknek azonban még mindig jelentős korlátaik vannak. Az egyik korlát, hogy jelenleg nem minden országban végzik el ezeket a felméréseket. Másrészt a rendelkezésre álló mérőeszközök közül sokat nem olyan szempontok alapján alakítottak ki, hogy azok az emberek képességét tágabb értelemben véve is mérni tudják, hanem jellemzően oktatáspolitikai értékelések kapcsán hozták létre őket, amelyek tipikusan csak a tudások egy szűkebb, mérhető körére terjednek ki. Harmadrészt a jelenleg elérhető értékelő eszközök gyakran inkább szűkebb területeket fednek le, hiszen az iskolázottság csak egy azon ráfordítások közül, amelyek befolyásolják a megszerzett tudást és készségeket, valamint az életminőség javulását. A gyermekek által a korai években megszerzett tapasztalatokról és „puha” készségekről még mindig korlátozottak az ismereteink, annak ellenére, hogy egyre több kutatás bizonyítja: a kora gyermekkori tapasztalatok számítanak majd idősebb korban a tanulás és az életminőség szempontjából. Szintén hiányosak a mérőeszközök, ha a felsőfokú oktatásban tanulók

kompetenciáit akarjuk összevetni, vagy amikor a fizikai munkások felnőttképzésben, illetve felnőttoktatásban szerzett tapasztalatait akarjuk összehasonlítani (bár ez változni fog, amint a felnőttek kompetenciáival kapcsolatos új felméréseket fejlesztenek ki és végeznek majd el). Amint az életminőség más területein, ebben a dimenzióban sem az a probléma, hogy nem állnak rendelkezésre részletes információk magával az oktatással kapcsolatban, hanem inkább az, hogy nem igazán vannak olyan felmérések, amelyek egyszerre mérik a tanulmányokat és más olyan eredményeket, amelyek befolyásolják az egyén életminőségét.

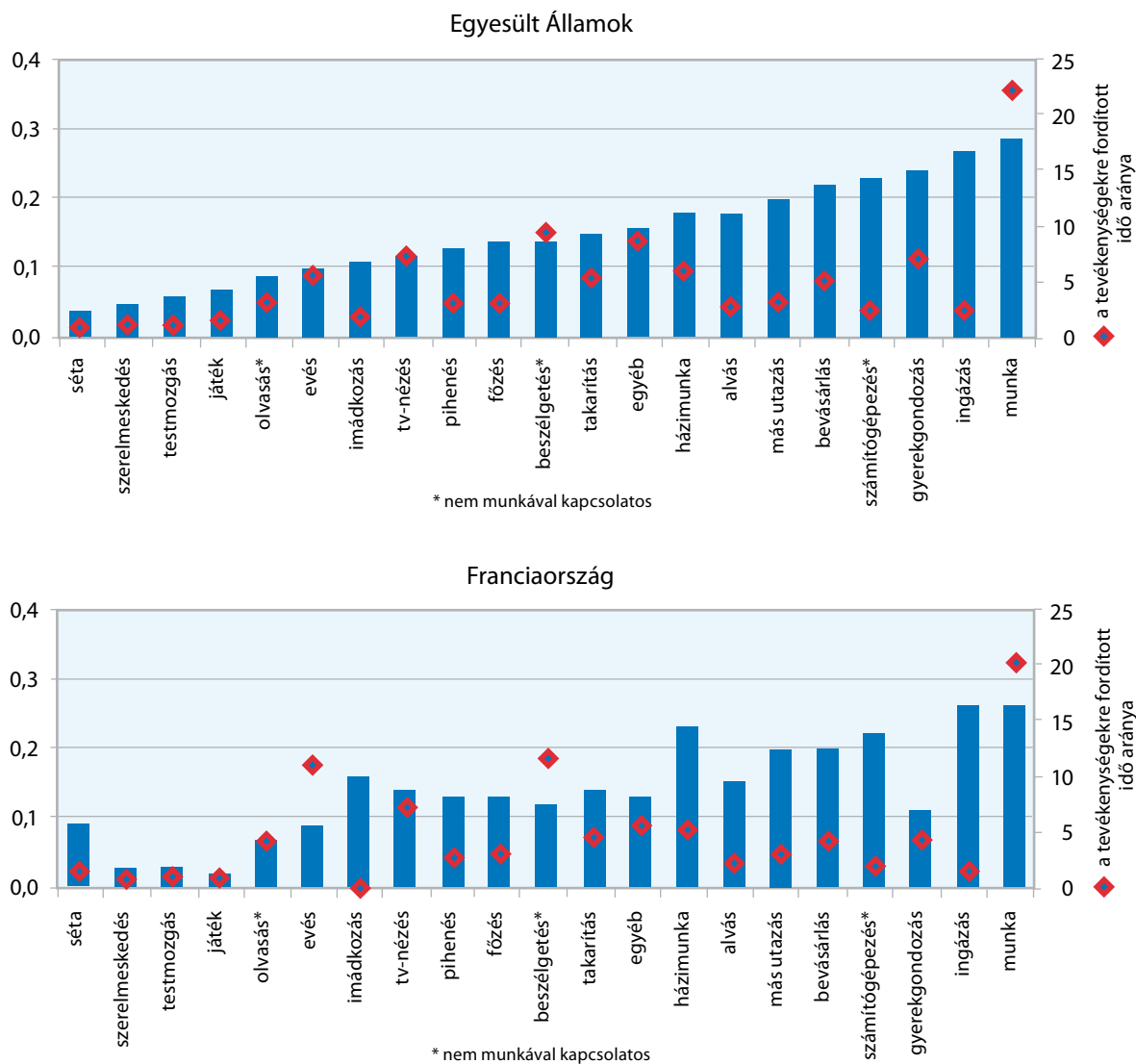
4.3. Személyes tevékenységek

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

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

- A fizetett munka részben azért fontos az életminőség szempontjából, mert identitást ad az egyénnek, és lehetőséget, hogy együtt legyen másokkal. A különböző munkahelyek nem ugyanolyan jók ebből a szempontból, ami aláhúzza annak a fontosságát, hogy még több szisztematikus adatgyűjtésre van szükség a fizetett munka *minőségével* kapcsolatban. Több nemzetközi szervezet már végez ilyen felméréseket a „tisztességes munkához” kapcsolódó kutatások keretében. Néhány országos felmérésből származnak ismeretek a tisztességes munka számos aspektusával kapcsolatban, ilyen például a nem sztenderd foglalkoztatás, nemek közötti különbségek a foglalkoztatásban és a bérekben, munkahelyi diszkrimináció, az élethosszig tartó tanulás lehetőségei, a megváltozott munkaképességű emberek esélye a foglalkoztatásra, munkaidő és nem szokványos munkaidőrend, a munka és a magánélet egyensúlya, munkahelyi balesetek és fizikai kockázatok, a munka intenzitása, szociális párbeszéd és a dolgozók autonómiája. Ezen kutatások gyakorlati alkalmazhatósága azonban korlátozott a kis elemszám és az országonként eltérő felmérések miatt.
- A nem fizetett háztartási munka (pl. a bevásárlás, a gyermekek, illetve más háztartástagok ellátása) két szempontból is fontos: egyrészt a háztartáson belül végzett munkák összes mennyiségének meghatározásához, másrészt annak a megállapításához, hogy férfiak és nők között hogyan oszlanak meg a családi tevékenységek.

2. ábra: Nők személyes tevékenységeinek rangsorolása élvezeti tapasztalatok és a rájuk fordított idő szerint az Egyesült Államokban és Franciaországban
Az adatok az élvezeti érték egyesült államokbeli csökkenő értékei szerint szerepelnek



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

Forrás: Krueger és mtsai (2008).

- A munkába való közlekedés szintén kulcsfontosságú a munka minőségével kapcsolatban. Ennek felméréséhez olyan információkra van szükség, mint hogy meghatározott periódusban hány óra szükséges ahhoz, hogy valaki eljusson a munkahelyére és onnan haza, illetve tudni kell, milyen a közlekedés hozzáférhetősége és mekkora a költsége.
- A kutatások régóta hangsúlyozzák a szabadidő fontosságát az életminőség szempontjából. Jelen kutatás arra mutat rá, hogy fontos kialakítani mind a szabadidő mennyiségét (órák számát), mind a minőségét (szabadidős események számát, helyét és mások jelenlétét) mérő indikátorokat, valamint a kulturális eseményeken való részvétel és a „szegényes szabadidő” mutatóit (pl. azon gyerekek aránya, akik az előző évben nem voltak nyaralni otthonukon kívül).
- Végül, annak ellenére, hogy a lakhatás számos társadalmilag fontos szempontra hatással van (pl. a gyermekek tanulmányaira), nincs olyan alapvető indikátorrendszer, amely a lakhatással kapcsolatos nemzetközi összehasonlítást lehetővé tenné. Ahhoz, hogy ezt a helyzetet orvosolni lehessen, többet kellene tudnunk arról, hogy hány hajléktalan ember van, hányan élnek menhelyeken, és többet kellene tudnunk a lakókörülményekről is (pl. helyben elérhető szolgáltatások, túlszűfolttság).

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

4.4. Politikai érdekképviselő és kormányzás

88. A politikai érdekképviselő az életminőség szerves része. Az, hogy teljes jogú polgárként részt vehessünk a politikában, hozzászólhassunk a szakpolitikák kialakításához, félelem nélkül kifejezhessük nemtetszésünket, felszólalhassunk, ha úgy érezzük, valami rosszul működik, mind alapvető szabadságjogok. A politikai érdekképviselő szerepe, hogy a közpolitikák hibáit ki tudja javítani: biztosítja a köztisztviselők és közhivatalnokok elszámoltathatóságát, megmutatja, hogy mire van szükségük az embereknek, és milyen értékeket tartanak fontosnak, valamint felhívja

a figyelmet a jelentős egyenlőtlenségekre. Ha az emberek hallatni tudják a hangjukat a politikában, akkor csökken a konfliktusok esélye, és lehetséges lesz konszenzusra jutni a fontos ügyekben, amelyek mind hozzájárulnak a gazdaság hatékonyságához, a társadalmi esélyegyenlőséghez és a közélet nyitottságához.

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

90. A jelenleg létező indikátorokkal vizsgálva a politikai érdekképviselés és a kormányzás témakörét, az látszik, hogy hatalmas különbségek vannak az egyes országok között. Különösen a régi demokratikus történelmi hagyományokkal rendelkező országok és az autoriter rendszerből csak mostanában demokratikussá átalakult országok között, amelyekben még nem teremtették meg a szabadságjogok teljes körét. Ugyanakkor a fejlett országokban tapasztalható közintézményekkel szembeni alacsony bizalom és az egyre csökkenő politikai részvétel azt jelzi, hogy még ezekben az országokban is egyre növekvő szakadék van a politikai elit és az állampolgárok között abban, hogy milyenek látják a politikai intézményrendszer működését. Továbbá a fejlett országokban határozott különbségek vannak a politikai érdekképviselés gyakorlásában a társadalom egyes csoportjai között az alapvető jogokat és a civil részvétel lehetőségeit tekintve – különösen az állampolgárok és az egyre növekvő számú bevándorló között.

91. A politikai érdekképviseléssel és a kormányzással kapcsolatos indikátorok segíthetnek abban, hogy felmérjük, mennyiben működik a demokráciákban a többpártrendszer és az általános választójog, a helyi szintű kormányzati döntésekben való részvétel, a szabad sajtó és a különböző szabadságjogok (olyan területeken, mint pl. a civil szervezetek, szakszervezetek, szakmai kamarák létrehozása és azokba való belépés szabadsága, szervezet alapítása, civil szervezetekbe való belépés vagy a részvétel civil és társadalmi mozgalmakban). A fontosabb indikátoroknak le kell fedniük az alkotmányban a polgári és büntető igazságszolgáltatást, az egyenlőséget, a befogadást, az elszámoltathatóságot, a pozitív diszkriminációt megalapozó törvénykezésben megfogalmazott jogokat. De tartalmazzák azokat is, amelyeket emberi jogokhoz és szabadságjogokhoz kapcsolódó nemzetközi egyezmények fogalmaznak meg, valamint foglalkozniuk kell az igazságszolgáltatás rendszerével is (annak politikai függetlenségével, korrupciómentességével, a döntések sebességével és azzal, hogy mennyire hozzáférhető az állampolgárok és lakosok számára). Ezek közül az indikátorok közül sokat jellemzően nem a nemzeti statisztikai hivatalokhoz tartozó szervezetek állíta-

nak elő, és alapvetően szakértői véleményeken alapulnak. Az indikátorokat ki kell egészíteni, néhány esetben pedig le kell cserélni olyan felmérésekkel, amelyek az állampolgárok nézőpontjából mutatják meg, hogy a politikai, jogi és végrehajtói intézmények mennyire működnek jól, a hozzáférés milyen nehézségekbe ütközik, és mennyire vannak bizalommal ezen intézmények iránt. A felméréseknek azt is meg kell mutatniuk, hogy a különböző társadalmi-gazdasági csoportok között a hozzáférésben milyen egyenlőtlenségek mutatkoznak.

4.5. Társadalmi kapcsolatok

92. A társadalmi kapcsolatok sokféleképpen javítják az életminőséget. A sűrű társadalmi kapcsolatokkal rendelkezők magasabbra értékelik az életüket, hiszen a legkellemesebb személyes tevékenységek között sok a társadalmi esemény. A társadalmi kapcsolatok jótékony hatásai az emberek egészségi állapotától a munkakeresés sikerességéig tartanak, és a lakóközösség számos jellegzetessége is ide tartozik (pl. bűnözés előfordulása, a helyi iskolák színvonala). A társadalmi kapcsolatokat gyakran „társadalmi tőkének” is hívják, amivel felhívják a figyelmet arra, hogy számos – direkt és indirekt – haszonnal járnak. Mint minden tőke esetében, a társadalmi tőkéből eredő externáliák lehetnek negatívak is: a csoporthoz tartozás például erős identitásérzéssel is járhat, amely erőszakhoz és más csoportokkal való konfrontációhoz vezethet. Ez azonban inkább a társadalmi kapcsolatok *jellegével és hatókörének nagyságával* foglalkozó elemzések fontosságát húzza alá, semmint azt, hogy túl lehetne becsülni a jelentőségét. A rendelkezésre álló bizonyítékok alapján elmondható, hogy a társadalmi kapcsolatok hasznosak a kapcsolati háló tagjainak, a kívülállókkal kapcsolatos hatások inkább a csoport típusától és a kérdéses hatástól függenek.

93. Arra még mindig nincs teljesen pontos magyarázat, hogy mitől változnak meg az emberek társadalmi kapcsolatai. A társadalmi kapcsolatok különböző szolgáltatásokat nyújtanak az embereknek (pl. biztosítást, biztonságot), a piac és az állami programok azonban az alternatív lehetőségek biztosításával valószínűleg gyengítették a közösség és az egyének közötti kapcsolatokat. Az viszont biztos, hogy az ilyen kötelékek gyengülése negatívan hathat az emberek életére, még akkor is, ha az adott funkciókat átveszi a piac vagy az állam, és ez növeli a gazdasági aktivitás szintjét (mint pl. amikor fizetett biztonsági őrk őrzik a területet, nem pedig informálisán, a szomszédok tartják szemmel a környéket). Ahhoz, hogy az emberek jóllétéről ne elfogult értékelést adjunk, szükség van olyan mutatókra, amelyek a társadalmi kapcsolatokat mérik.

94. A társadalmi kapcsolatokról szóló kutatásokat hagyományosan „proxy” mutatók alapján végezték, amilyen például az egyesületek taglétszáma vagy a feltételezhetően társadalmi kapcsolatokon alapuló tevékenységek gyakorisága (mint pl. az altruista viselkedés, a választásokon való részvétel). Mára azonban világossá vált, hogy ezek nem megfelelő mutatói a társadalmi kapcsolatoknak, és hogy a megbízható mutatókhoz az emberek viselkedésével és tevékenységeivel kapcsolatos felmérésekre van szükség. Az elmúlt években számos ország (Ausztrália, az Egyesült Királyság, Hollandia, Írország, Kanada és legutóbb az Egyesült Államok) statisztikai hivatala indított a társadalmi kapcsolatok különböző formáival kapcsolatos felméréseket. A munkaerő-felmérés az Egyesült Államokban például speciális modulokat tartalmaz, amelyekben arról kérdezik az embereket, hogy mennyire vesznek részt a civil

szférában vagy politikai ügyekben, végeznek-e önkéntes munkát, vagy tagok-e valamilyen szervezetben, milyen a kapcsolatuk szomszédjaikkal és rokonaikkal, és hogy miként szereznek információt, vagy honnan jutnak hírekhez. Máshol is lenne szükség hasonló eljárásokon és kérdéseken alapuló felmérésekre, amelyek lehetővé teszik az eredmények összevetését időben és az egyes országok között. Tovább kell haladni abban is, hogy a társadalmi kapcsolatok egyéb dimenzióit (a másokba vetett bizalom, a szociális izoláció, az informális támogatás szükség esetén, a munkahelyi szerepvállalás, a vallási tevékenységekben való részvétel, az eltérő bőrszínű, nemzetiségű, vallású, társadalmi osztályú emberek közötti barátság terén) is mérni tudjuk. Ebben támaszkodnunk kell azokra a tapasztalatokra, amiket néhány országban már felhalmoztak ezen a téren.

4.6. Természeti környezeti feltételek

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

96. Ugyanakkor komplex feladat a természeti környezet állapotának az emberek életére gyakorolt hatását mérni. A különféle hatások eltérő idő múlva jelentkeznek, és a hatásuk az emberek jellemzőitől függnek (pl. attól, hol élnek és dolgoznak, milyen az anyagcsere-bevitelük). Továbbá, ezen kapcsolatok erősségét gyakran alábecsülik, részben a tudomány aktuális korlátai miatt, részben mert a különböző környezeti hatásokat eltérő mélységben vetették alá módszeres vizsgálatoknak.

97. Az elmúlt két évtizedben jelentős haladást értek el a természeti környezet állapotának mérésében (jobb környezeti adatok állnak rendelkezésre, az indikátorokat és az elszámolási eszközöket rendszeresen monitorozzák), a hatások megértésében (pl. a kapcsolódó morbiditás és mortalitás, a munkatermelékenység, az éghajlatváltozáshoz kapcsolódó gazdasági kockázatok, a biodiverzitásban beállt változások, a katasztrófák pusztításainak felmérése terén) és a környezetünkkel kapcsolatos információkhoz való hozzáférés jogának megteremtésében. Számos indikátor használható arra, hogy megállapítsuk az ember környezetre gyakorolt hatását, az igazgatás, a cégek és a háztartások környezetkárosításra adott reakcióit és a természeti környezet minőségének aktuális állapotát.

98. Ugyanakkor az életminőség szempontjából a rendelkezésre álló indikátorok számos fontos aspektusból csak korlátozottan használhatók. A kibocsátás indikátorai például főként a különböző szennyező anyagok összevont mennyiségét mutatják, nem pedig azt, hogy az emberek mekkora hányada van kitéve veszélyes dózisnak. A létező indikátorokat tehát ki kell egészíteni, többek között a következők rendszeres monitorozásával: a légszennyezettség miatti korai halálozások számával; azon emberek számával, akik nem tudnak hozzájutni vízszolgáltatáshoz és a természethez; vagy azokéval, akik veszélyes szintű zajnak vagy környezetszennyezésnek vannak kitéve; a környezeti katasztrófák okozta károkkal. Szintén szükség lenne olyan vizsgálatokra, amelyek az emberek saját közvetlen környezetük állapotával kapcsolatos érzéseit és értékeléseit mérik fel. Mivel a természeti környezet állapotának sok életminőségre gyakorolt hatása eltérő mértékben érinti az embereket, ezen indikátoroknak a különféle kritériumok mentén felállítható csoportokra bontva kell rendelkezésre állni.

4.7. Személyes biztonsághiány

99. A személyes biztonság hiánya olyan külsődleges tényezőket foglal magában, amelyek az egyén fizikai épségét kockáztatják: a bűnözést, a baleseteket, a természeti katasztrófákat, az éghajlatváltozást.⁵ Extrém esetekben ezek a tényezők az érintett személy halálához is vezethetnek. Bár az ilyen esetek csak az elhalálozások kis részéért felelősek, és az általános mortalitási statisztikákban szerepelnek, mégis érdemes külön mutatót alkalmazni az ilyen halálokokra, mert az emberekre érzelmileg máshogy hatnak, mint az egészségi okokból bekövetkező halálesetek, ahogy azt a gyász szubjektív jólétre gyakorolt nagy hatása is mutatja.

100. A személyes veszélyeztetettség olyan kevésbé extrém esetei, mint a bűnözés, sokkal több ember életminőségére vannak hatással, és még többen számolnak be azzal kapcsolatos félelmeikről, hogy fizikai agresszió áldozatává válhatnak. A bűncselekményekkel kapcsolatos szubjektív félelmekről szóló önbevallásokban az egyik legérdekesebb jelenség az, hogy milyen kevésbé függnek össze a tényleges áldozattá válással. Azokban az országokban, ahol az emberek nagyobb része számol be arról, hogy fél a bűnözéstől, nem magasabb a bűncselekmény áldozatává váltak száma. Adott országon belül pedig az idősebbek és a gazdagabbak kevésbé érzik biztonságban magukat, mint a fiatalabb és szegényebb emberek, annak ellenére, hogy kevésbé valószínű, hogy bűncselekmény áldozatává váljanak.

101. Ezek a jellegzetességek arra mutatnak rá, mennyire fontos rendszeresebb és megbízhatóbb méréseket végezni a személyes biztonsággal kapcsolatban, hogy az kiindulópontként szolgálhasson a nyilvánosságban erről zajló diskurzusban. Az áldozattá válással kapcsolatos felmérések alapvetőek ahhoz, hogy a bűncselekményeket és az általuk generált félelmeket meg tudjuk becsülni. További mérőeszközöket kell kialakítani ezen felül annak érdekében, hogy jobban fel tudjuk mérni a személyes biztonságérzetet veszélyeztető egyéb olyan tényezőket, mint a családon belüli vagy a háborús konfliktusok által sújtott országokban tapasztalható erőszak.

⁵ A környezeti biztonsághiányt itt nem tárgyaljuk bővebben, mert azzal már az előzőekben foglalkoztunk.

4.8. Gazdasági bizonytalanság

102. A jövőbeli anyagi körülményekkel kapcsolatos bizonytalanság egy sor olyan kockázatra utal, mint például a munkanélküliség, a betegség vagy az időskor. Az ilyen kockázatok bekövetkezésének negatív hatása van az életminőségre, a hatás pedig attól függ, hogy milyen súlyos maga a megrázkódtatás, milyen sokáig tart, milyen stigmatizálással jár együtt, mennyire kockázatkerülő az adott egyén, és végül attól, hogy milyen pénzügyi következményekkel jár.

103. A munkahely elvesztése gazdasági bizonytalansághoz vezethet, ha a munkanélküliség ismétlődő vagy tartós, ha a munkanélküli-ellátások a korábbi jövedelemhez képest alacsonyak, vagy ha a munkavállalónak fizetésben vagy munkaidőben, esetleg mindkettőben egyszerre, rosszabb feltételeket kell elfogadnia ahhoz, hogy új munkát találjon. A bizonytalan munkahely következményei egyszerre azonnaliak (hiszen a korábbi fizetésnél jellemzően alacsonyabb a jövedelempótló támogatás) és hosszú távúak is (mivel az új munka megtalálása jövedelemvesztéssel járhat). Az ilyen következményeket leíró indikátorok már léteznek, de nemzetközi összehasonlításuk nehézkes, így lépéseket kell tenni ebbe az irányba. A munkahely bizonytalansága mérhető úgy is, hogy a munkavállalókat kérdezik meg arról, mennyire biztos a jelenlegi munkahelyük, vagy milyen esélyt látnak arra, hogy a közeljövőben elveszítik a munkájukat. A munkahely elvesztésétől való félelem negatívan befolyásolhatja a munkavállalók életminőségét (pl. fizikai és mentális betegségekhez, családi feszültségekhez vezethet), de negatívan hat a cégekre (pl. rossz hatással van az alkalmazottak motivációjára és termelékenységére, a vállalati célokkal való azonosulására), és a társadalom egészére is.

104. A betegség közvetlen és közvetett módon egyaránt okozhat gazdasági biztonságihiányt. Az orvosi költségek tönkretelhetnek azokat, akiknek nincs (vagy csak részben van) egészségbiztosítása, hitelfelvételre kényszeríthetik őket, vagy arra, hogy eladják otthonukat, vagyontárgyaikat, vagy le is mondhatnak a kezelésről, vállalva akár egészségügyi állapotuk rosszabbodását is. A betegségekhez kapcsolódó gazdasági biztonságihiány egyik indikátora az egészségbiztosítással nem rendelkező emberek aránya. Ugyanakkor az egészségbiztosítások különböző csomagokat fedeznek, és még a biztosítással rendelkező emberek életében is adódhatnak olyan magas egészségügyi költségek egy betegség kapcsán, amelyekre nincs fedezetük. Az ilyen egészségügyi költségekhez még hozzá kell adni azt a jövedelemkiesést, ami akkor következik be, ha a betegség miatt abba kell hagynia a munkáját valakinek, és az egészség- (vagy egyéb) biztosítás nem pótolja a kiesett keresetet.

105. A magas kor nem kockázat önmagában, mégis előidézhet gazdasági biztonságihiányt azáltal, hogy a munkaerőpiacról való kivonulással a szükségletek és források bizonytalanná válhatnak. Különösen két kockázattípus fontos. Az egyik az, hogy nem lesznek elégségesek a források a nyugdíjba menetelt követően a jövőbeni elégtelen nyugdíjkiadások vagy a betegségek, fogyatékosság miatt megnövekedett anyagi szükségletek miatt. A másik kockázat a nyugdíjak ingadozása: bár minden nyugdíjrendszer ki van téve *valamilyen* szintű kockázatnak, a magánszektor nagyobb szerepvállalása az időskori nyugdíjak finanszírozásában (a vállalati nyugdíjak és a magánmegtakarítások formájában) sok országban lehetővé tette ugyan a nyugdíjrendszer lefedettségének bővítését, viszont ezzel a kockázatokat áttolták az államtól és a cégekről az egyénekre, és így az ő bizonytalanságuk növekedett.

106. Az, hogy sok a gazdasági biztonságihiányra ható tényező, abból is látszik, hogy a mérésükkel kapcsolatban is sokféle megközelítés létezik. Egyes megközelítések bizonyos kockázatok előfordulási gyakoriságát próbálják meg számszerűsíteni, míg mások az adott kockázat anyagiakban megjelenő következményeire koncentrálnak, és azokra az eszközökre, amelyek az emberek rendelkezésére állnak, hogy védekezzenek az ilyen kockázatok ellen (pl. a társadalombiztosítási programok által biztosított források). Ideális esetben – és már vannak ilyen próbálkozások – a gazdasági biztonságihiány átfogó mutatójában megjelennek az egyes kockázatok előfordulási gyakoriságai, és azok következményei is. További probléma a gazdasági biztonságihiányt befolyásoló különféle kockázatok összegzése, hiszen az ezeket leíró indikátoroknak nincs egységes, súlyosságukat tükrözni tudó mértékegysége. Végül, egy ennél még nehezebben feloldható probléma a gazdasági biztonságihiány csökkentését (a munkanélküliséget és a foglalkoztatási részvételt) célzó különböző szakpolitikák életminőségre gyakorolt hosszú távú hatásának kiszámítása.

5. Több területet érintő kérdések

107. Az előbbieken leírt legtöbb mérési nehézség specifikus az életminőség adott dimenziója szempontjából. A Bizottság csak utalt arra, hogy milyen feladatok szükségesek, és meghagyta az adott terület szakértőinek, hogy konkrét cselekvési terveket dolgozzanak ki. Más kihívások ugyanakkor átfogóak, és nem valószínű, hogy bekerülnének az egyes területeket speciálisan célzó kezdeményezésekbe.⁶ Ezek közül három olyan kérdés van, amely külön figyelmet érdemel.

5.1. Egyenlőtlenségek az életminőségben

108. Az életminőség indikátoraihoz kapcsolódó első átfogó problémakör, hogy az egyes országok *átlagos* jellemzői helyett feltérképezzük az élet különböző területein belüli egyedi feltételekben mutatkozó *egyenlőtlenségeket*. Bizonyos mértékben az ilyen egyenlőtlenségek értelmezésében mutatkozó hiányosságok magyarázhatják azt a „növekvő szakadékot”, ami a politikai diskurzust meghatározó aggregált statisztikai mutatók és az emberek saját körülményeikkel kapcsolatos percepciói között tapasztalható, s amire a Francia Elnökség is felfigyelt, amikor életre hívta a Bizottságot.

109. A bevált módszertan és az adatforrások jól használhatóak arra, hogy a gazdasági erőforrásokban mutatkozó egyenlőtlenségeket meglehetősen megbízhatóan mérjük, ugyanakkor az életminőség nem monetáris dimenzióival kapcsolatban már nem ennyire kielégítő a helyzet. Különösen azért lehet ez így, mert ezek az egyenlőtlenségek nem mindig írhatóak le azzal az információval, hogy milyen *mértékű* az átlag körüli eloszlás a jellemzőkben. Például az

⁶ Bár a biztonságihiánnyal mint az életminőséget alakító objektív tényezővel foglalkozunk, átfogó problémaként is tekinthetünk rá, hiszen az egyének számos területen sokféle kockázatnak vannak kitéve. A biztonságihiány konvencionális besorolása az objektív tényezők közé némi vita tárgya volt.

élettartamban mutatkozó különbségek genetikai különbségeket is tükröznek, amelyek véletlenszerűen oszlanak el a populációban: az élettartam szórásának szűkítése nem tenné kevésbé „egyenlőtlenné” a társadalmat semmilyen morálisan meggyőző módon.

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

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

5.2. Az életminőség különböző dimenziói közötti kapcsolatok feltérképezése

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

lesz, mintha csak összeadnánk a két hatást, és így a kormányzatnak valószínűleg külön, speciális beavatkozással kell megcéloznia azokat, akik mindkét téren hátrányos helyzetűek.

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

5.3. Az életminőség különböző területeinek összesítése

114. Az életminőség kutatásához kapcsolódó harmadik átfogó problémakör: hogyan lehet takarékos módon összesíteni a mutatók hihetetlenül gazdag sorát? Az összesítés (aggregálás) problematikája egyszerre specifikus az életminőség adott jellemzője szerint (mint pl. a halálozást és a morbiditást kombináló mutatók esetében az egészségügy területén), és általános, hiszen az élet különböző területein elért eredményeket kell értékelni és összesíteni mind az egyének, mind a társadalom egésze szempontjából. Az életminőség számszerű mutatója utáni kutatást gyakran tekintik az életminőség-kutatás legfontosabb feladatának. Bár ez a hangsúly nem teljesen indokolt – bármely aggregált mutatónak mindig csak annyi lesz az információtartalma, mint amilyen minőségűek voltak azok a mutatók, amelyeket felhasználtak a megalkotásához –, erős igény mutatkozik ezzel kapcsolatban, és a statisztikai hivataloknak szerepet kell vállalniuk a megoldás megtalálásában.

115. Az életminőség-kutatás szűkös lehetőségeire hagyományosan az az általános megoldás, hogy összegzik az egyes országok szintjén a különböző területekre vonatkozó *átlagos* teljesítménnyel kapcsolatos számos (körültekintően kiválogatott és megfelelően arányosított) indikátort. A legismertebb ilyen az emberi fejlettségi index (HDI). Ennek a mutatónak fontos szerepe volt (és van) a kommunikációban, és olyan országgrangsorokhoz vezetett, amelyek – különösen a kevésbé fejlett országok esetében – jelentősen eltérnek az egy főre eső GDP-n alapuló rangsoroktól. A megalkotásakor (és a más hasonló indexeknél is) használt súlyozás azonban értékítéleteken alapul, amelyek ellentmondásos következménnyel járnak. Például amikor az egy főre eső GDP *logaritmusát* hozzáadják a várható élettartam *szintjéhez* (ahogy ezt az emberi fejlettségi index esetében teszik), az egyúttal azt is jelenti, hogy az index implicite egy évvel hosszabb várható élettartamot az Egyesült Államokban a hússzorosára értékeli, mint India esetében. Még lényegesebb, hogy mivel országos átlagokon alapulnak ezek a mutatók, nem veszik figyelembe az emberek életminőségének különböző vonatkozásai között lévő jelentős korrelációt, és nem lehet megtudni belőlük semmit azzal

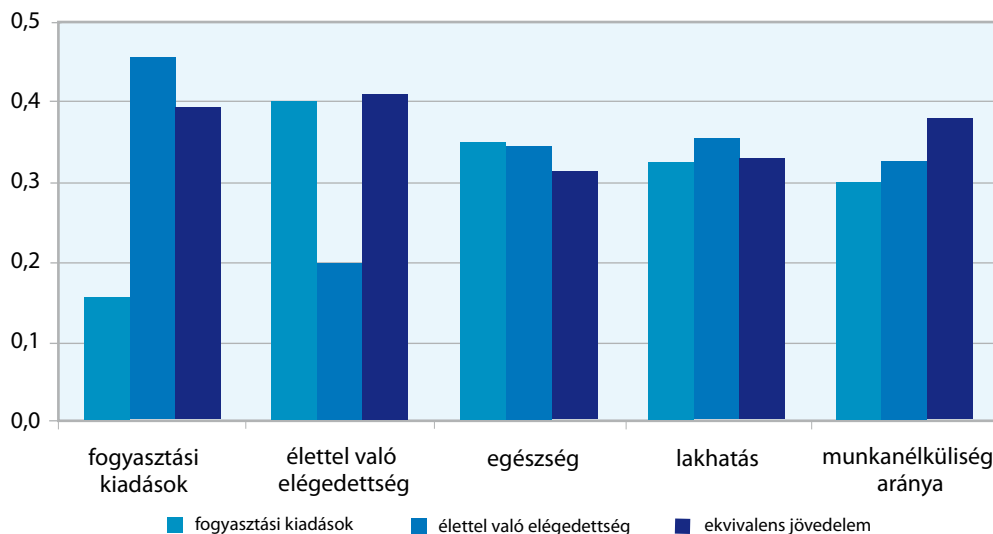
kapcsolatban, hogy a különböző egyéni helyzetek hogyan oszlanak el az országokon belül. Egy ilyen index például nem fog változni, ha az egyes területeken az átlagos teljesítmény ugyanolyan marad, viszont különböző területeken lévő, az egyes emberre vonatkozó hátrányok vagy előnyök halmozódása idővel változik.

116. Az életminőség többféle összesített mutatója lehetséges, az adott kérdéstől és a filozófiai szemlélettől függően. Néhány mutatót már használnak szórványosan (pl. az egy-egy országra vonatkozó étellel való átlagos elégedettségét, az összetett indexeket, mint az emberi fejlettségi indexet, amely főként fejlődő országokra koncentrál), és néhányat ki lehet egészíteni az emberek mentális egészségével, érzéseivel és értékeléseivel kapcsolatos, kérdőíveken alapuló mutatókkal, valamint az életminőség további területeinek figyelembevételével. Más mutatókat ki lehet alakítani, amint a nemzeti statisztikai rendszereket továbbfejlesztik, hogy elő tudják állítani a kiszámításukhoz szükséges adatokat. Ilyen például az U-index, amely azon időpontok eloszlását mutatja, amelyekben a legerősebb közölt érzés negatív érzés volt (lásd 2. ábra), és amely előállításához meghatározott időszakokban időmérleg-felmérések keretében kell információt gyűjteni érzelmekkel kapcsolatban. Ugyanígy, az egyes emberekre vonatkozó objektív körülmények előfordulásának és súlyosságának számbavételén alapuló módszerekhez (amelyek képességek elméleti megközelítéséhez kötődnek) az országos átlagok megállapítása előtt a különböző objektív jellegzetességek együttes eloszlásával kapcsolatos információkra van szükség. Végül, a méltányos elosztás elméletéhez köthető „ekvivalens jövedelem” fogalmához arra van szükség, hogy információink legyenek az embereknek az életminőség egyes dimenzióiban elfoglalt helyéről és az ezekhez a helyzetekhez köthető (minden egyes terület saját referenciaszintjéhez viszonyított) preferenciáikról.

117. A különböző megközelítések általában különböző számszerűsített mutatókhoz vezetnek az életminőséggel kapcsolatban minden országban, és más jellemzőkhöz a „rosszul élő” emberekkel kapcsolatban. Egy orosz válaszadókból álló mintában az egy főre eső ekvivalens jövedelem szerint az alsó ötödbe tartozó emberek rosszabb egészségi állapotról és gyakoribb munkanélküliségről számoltak be, mint azok, akik saját fogyasztási kiadásai vagy a szubjektív életértékelésük alapján „rosszul élnek” (3. ábra). Ebből következően nem arra kellene összpontosítani, hogy egy összefoglaló mutatóval tudjuk leírni az életminőséget, a statisztikai hivataloknak biztosítaniuk kellene azokat az adatokat, amelyekből a különböző elméleti megközelítések, filozófiai perspektívák szerinti különféle összesített változók létrehozhatók.

3. ábra: A legdepriváltabb népesség jellemzői

Oroszországban 2000-ben az életminőség különböző mérései szerint



Megjegyzés: Az adatok azokra vonatkoznak, akiket a „legrosszabb helyzetűeknek” (azaz a legsó kvintilisbe tartozóknak) tartanak három különböző életminőség-mérce alapján: (1) a háztartás fogyasztási kiadásai (a háztartásokban élő emberek számával korrigálva); (2) étellel való elégedettség (a következő kérdésre adott válaszok alapján: „Milyen mértékben elégedett ön általában véve jelenleg az életével?” – válaszok egy ötfokú skálán elhelyezve); (3) az egészségi állapotra, a foglalkoztatási státuszra, a lakhatás minőségére és bérelmaradásra számított ekvivalens jövedelem alapján legrosszabb helyzetűek. Az életminőség mindhárom fenti mérceje esetében az ábra a „legrosszabb helyzetűek” életminőségét alakító különböző tényezők átlagos szintjét mutatja.

Forrás: Fleurbaey és mtsai (2009).

5.4. Főbb üzenetek és ajánlások

118. Az életminőség magában foglalja azon tényezők teljes sorát, amelyek miatt érdemes élni, azokkal együtt, amelyeket a piacon nem lehet megszerezni, és amelyeket pénzügyi mutatókkal nem lehet mérni. Bár a gazdasági könyvelés kiterjesztett változatai tartalmaznak olyan elemeket, amelyek meghatározzák az életminőséget a gazdasági jóllét hagyományos pénzalapú mutatóiban, korlátozott, hogy ezen megközelítések milyen mélységig juthatnak el. Más indikátoroknak fontos szerepe van a társadalmi haladás mérésében. A közelmúlt kutatási eredményei alapján új és hiteles mutatók születtek az életminőség néhány területén. Ezek a mutatók azzal együtt, hogy nem helyettesítik a hagyományos gazdasági indikátorokat, gazdagítják a politikai diskurzust, és lehetőséget teremtenek arra, hogy az emberek információhoz jussanak azzal kapcsolatban, hogy milyen állapotban van a közösség, amelyben élnek. Ma már van esély arra, hogy ezek a mutatók átkerüljenek a kutatásokból a mindennapi statisztikai gyakorlatba. A Bizottság ajánlásai a következőképpen foglalhatóak össze ezen a területen:

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

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

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

120. Az életminőség mérésében releváns információk köre túlmutat az emberek önbevallásán és percepcióin, és olyan mutatókat kell használni, amelyek az emberek működését és szabadságát mérik. Bár az életminőséget befolyásoló tényezők meghatározott listája kétségtelenül értékítéleteken alapul, abban egyetértés mutatkozik, hogy az életminőség az emberek egészségén, képzettségén, mindennapi tevékenységén (beleértve a tisztességes munkához és lakhatáshoz való jogot), politikai részvételén, az őket körülvevő természeti és társadalmi környezeten, valamint a személyes és gazdasági biztonságot alakító változókon múlik. Ezek méréséhez objektív és szubjektív adatokra egyaránt szükség van. Mindezen változóknál egyaránt kihívás, hogy az idáig elérteteket tovább kell fejleszteni, azonosítani kell a hiányokat a rendelkezésre álló információkban és az, hogy be kell fektetni a statisztikai kapacitásokba azokon a területeken (mint pl. időmérés), ahol az indikátorok még elégtelenek.

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

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

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

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

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

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

3. fejezet: FENNTARTHATÓ FEJLŐDÉS ÉS KÖRNYEZET⁷

1. Bevezető

124. Az első két fejezetben részletesen foglalkoztunk az aktuális jóllét mérésének problematikájával: a pénzben kifejezhető dimenziókkal (1. fejezet⁸) és a pénzben kevésbé kifejezhető dimenziókkal (2. fejezet) kapcsolatban.

125. A fenntarthatóság problémaköre, amellyel ebben a fejezetben foglalkozunk, más természetű. A fenntarthatóság kérdésében azt kell meghatározni: vajon reménykedhetünk-e abban, hogy a jövőben, illetve a jövő generációi számára megmarad legalább a jóllét jelenlegi szintje, vagy valószínűbb az a forgatókönyv, hogy a jóllét szintje csökkenni fog? Mostantól tehát nem a jelen felmérése a kérdés, hanem a jövő előrejelzése, s az előre tekintő dimenzióból adódóan megsokszorozódnak azok a problémák, amelyekkel az előző fejezetekben szembesültünk.

126. A nehézségek ellenére számos javaslat született már a fenntarthatóság lehetséges kvantitatív mutatóival kapcsolatban Nordhaus és Tobin „A fenntartható gazdasági jólét mutatója” című, 1973-ban született alpművéből kiindulva, vagy az 1987-ben született nagy hatású Brundtland-jelentés után, vagy a '90-es évek elején tartott riói Föld Csúcstalálkozót követően. Jelen fejezet első részében ezeket a javaslatokat fogjuk röviden áttekinteni. Ahogy látni fogjuk, több ilyen javaslat nem tudja világosan elkülöníteni az aktuális jóllét mérését a fenntarthatósággal kapcsolatos becslésektől. Nagyon leegyszerűsítve azt mondhatjuk, hogy sok javaslatban megpróbálnak mindhárom dimenzióval foglalkozni, amelyeket a Bizottság három alcsoportja is vizsgált, és előfordul, hogy azután mindegyiket egyetlen számban próbálják összesíteni. A Bizottság nem véletlenül máshogy strukturálta a feladatot. Szilárdan hisszük, hogy a fenntarthatóság külön mérést érdemel, és jelen fejezetben a fenntarthatóság szigorúan lehatárolt értelemben vett problémakörével foglalkozunk.

127. Ez a szűkítés lehetővé teszi, hogy arra fókuszáljunk, amit a szakirodalomban „vagyon” vagy „készlet” alapú megközelítésnek hívnak. Az alapgondolat a következő: a jövő generációk hozzánk viszonyított jólléte azon múlik, hogy milyen erőforrásokat adunk át nekik. Sokféle erőforrás tartozik ebbe a körbe. A jövőbeli jóllét attól függ tehát, hogy milyen mértékű készleteket tudunk megőrizni a következő generációknak a nem megújuló erőforrásokból. Emellett attól is, hogy az életünkhöz elengedhetetlen megújuló erőforrásokat milyen mennyiségben és minőségben tudjuk karbantartani. Közgazdasági szempontból pedig azon is múlik, hogy mennyi fizikai tőkét – gépeket és épüle-

⁷ A leírt állításokat alátámasztó hivatkozások és bizonyítékok a kapcsolódó *Függelék*ben találhatók.

⁸ Az 1. fejezet a fordításban nem szerepel (*a szerk.*).

teket – tudunk továbbörökíteni, és hogy mennyire vagyunk elkötelezettek a jövőbeli emberi erőforrások fejlesztésében, azaz mennyit költünk oktatásra és kutatásra. Függ továbbá attól is, hogy milyen minőségű intézményrendszert adunk át a jövő generációi számára, amely szintén a „tőke” egy fajtája, és elengedhetetlen a megfelelően működő társadalomhoz.

128. Hogyan tudjuk felmérni, hogy ezekből a készletekből vajon elegendő maradt-e, vagy elegendő gyűlt-e össze a jövő generációi számára? Másként fogalmazva: honnan tudhatjuk, hogy éppen a lehetőségeinken felül élünk-e? Vajon jogos-e az a feltételezés, hogy képesek lehetünk ezt egy egyszerű számmal jellemezni, amely ugyanazt a szerepet tudja majd betölteni a fenntarthatósággal kapcsolatban, mint amilyen szerepet a GDP régóta betölt a gazdasági teljesítménnyel kapcsolatban? Az ilyen irányú kutatás egyik oka az lehet, hogy megelőzzük az egymással versengő mutatók megsokszorozódását. Ugyanakkor ahhoz, hogy ezt el lehessen érni, arra van szükség, hogy minden, a jövőbeli generációknak átadandó erőforráskészletet le tudjunk írni valamilyen közös, pénzübeli vagy nem pénzübeli mértékegységben.

129. Röviden beszélnünk kell arról is, miért tűnik túlzottan ambiciózusnak egy ilyen célkitűzés. A heterogén elemek összegzése egy bizonyos pontig lehetséges a piacról beszerezhető fizikai tőkék és emberi vagy természeti erőforrások esetében. A legtöbb természeti erőforrás esetében azonban sokkal bonyolultabb a feladat, mivel nincs pontos piaci árak, és sok a bizonytalanság azzal kapcsolatban, hogy a természeti készletek milyen kölcsönhatásban vannak a fenntarthatóság egyéb területeivel. Ezzel eljutottunk egy olyan pragmatikus megközelítésű javaslatához, amelyik kombinálja a gazdasági fenntarthatóságról tájékoztató monetáris indikátorokat és a természeti problémákhoz kapcsolódó fizikai indikátorokat. Bemutatunk néhány ilyen fizikai indikátort, azonban a nyilvános vitára bocsátás előtt a legrelevánsabb indikátorok végső kiválasztását a többi terület szakértőire kell bízunk.

2. Számvetés

130. Nem egyszerű feladat a fenntarthatóság vagy fenntartható fejlődés méréséről szóló igen bőséges szakirodalom rövid összefoglalása. Egy nem teljesen tökéletes, azonban egyszerű tipológiát fogunk használni, amely megkülönböztet (1) nagy és eklektikus indikátorkészleteket, (2) összetett indexeket, (3) a GDP-t többé vagy kevésbé széleskörűen korrigáló indexeket, (4) az erőforrásaink „túlfogyasztásának” mérésére koncentrááló indexeket. Ez utóbbi kategória önmagában is heterogén csoport, hiszen más-más szinten különböző indexeket kell itt tárgyalnunk, mint például az ökológiai lábnyom vagy a korrigált nettó megtakarítás, amelyek – amint azt látni fogjuk – igen eltérő üzeneteket próbálnak közvetíteni.

2.1. Indikátorkészletek

131. Az indikátorkészlet a fenntartható fejlődés általános problematikájának széles körben elterjedt megközelítése. A megközelítés lényege, hogy egy sor olyan mutatót gyűjtenek össze és állítanak sorrendbe, amelyek direkt vagy indirekt módon kapcsolódnak a társadalmi-gazdasági fejlődéshez és annak fenntarthatóságához. Az utóbbi néhány évtizedben a nemzetközi szervezetek – legfőképpen az ENSZ – játszottak fontos szerepet ezeknek a fenntarthatósági indikátorkészleteknek a kialakításában. Különösen az 1992-es riói Föld Csúcstalálkozón elfogadott „Agenda 21” révén, amely 40. fejezetében arra szólítja fel az aláíró országokat, hogy hozzanak létre kvantitatív információforrásokat akcióikkal és eredményeikkel kapcsolatban.

132. A fenntartható fejlődéshez kapcsolódó indikátorkészletek kialakítására más nemzetközi kezdeményezések is voltak, például az OECD vagy az Eurostat részéről, miután az Európai Tanács 2001-ben elfogadta saját Fenntartható Fejlődés Stratégiáját. Az indikátorkészlet 1. szintje jelenleg 11 indikátort tartalmaz (1. táblázat), 2. szintje 33 indikátort, a 3. szintje pedig 78 indikátort, mégpedig úgy, hogy a 2. és 3. szint 29 altémát fed le. Hasonló nemzeti kezdeményezések, bár kevésbé összeszedett módon, de követték ezt az irányt. Helyi kezdeményezésekkel – néhány esetben az „Agenda 21” alapján – szintén találkozhattunk az elmúlt évtizedben.

1. táblázat: Az európai fenntartható fejlődés indikátorok listája (1. szint)

Téma	1. szintű indikátorok
1. Társadalmi, gazdasági fejlődés	Egy lakosra eső GDP
2. Fenntartható fogyasztás és termelés	Az erőforrások termelékenysége
3. Társadalmi beilleszkedés	Szociális transferek utáni szegénységi kockázat
4. Demográfiai változás	Idősebb dolgozók foglalkoztatási aránya
5. Közegészségügy	Egészségben töltött évek száma és születéskor várható élettartam
6. Fenntartható fejlődés	Teljes üvegházhatású gáz kibocsátás Megújuló javak fogyasztása
7. Fenntartható közlekedés	A közlekedés energiafelhasználása
8. Természeti erőforrások	Általános madárindex A biztonságos biológiai korlátokon túli halászat
9. Globális partnerség	Hivatalos Fejlesztési Támogatás (Official Development Assistance, ODA)

Forrás: Eurostat, 2007. (http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-77-07-115/EN/KS-77-07-115-EN.PDF)

133. A felhasználás szempontjából a kapcsolódó bőséges szakirodalom legszembeötlőbb jellemzője a javaslatokban szereplő szélsőségesen nagyszámú indikátor. Egyes mutatók nagyon átfogóak – a GDP-növekedés őrzi a helyét, még az európai indikátorkészletben is első helyen szerepel –, míg mások sokkal specifikusabbak, mint például a do-

hányzók népességen belüli száma. Néhány az eredményekre vonatkozik, míg mások az eszközökre. Vannak, amelyek *egyszerre* kapcsolódnak a növekedéshez és a fenntarthatósághoz is – az írás-olvasás témaköre mind a jelenlegi jóllét, mind a jövőbeli növekedés szempontjából fontos –, míg mások vagy az aktuális növekedésre, vagy a hosszú távú fenntarthatóságra vonatkoznak. Ráadásul létezik néhány olyan elem, amelynél az összefüggés mindkét területtel kapcsolatban megkérdőjelezhető, vagy legalábbis nem meghatározható: például a fenntarthatóság szempontjából jó dolog-e a magas termékenység? A nyugdíjrendszer fenntarthatósága szempontjából talán az, de a környezeti fenntarthatóság szempontjából talán már nem. És a magas termékenység vajon mindig a jó gazdasági teljesítmény jele? A válasz valószínűleg attól függ, hogy mit tekintünk „magas” vagy „alacsony” termékenységeknek.

134. Az indikátorkészletek legalább két szempontból hasznosak. Először is kezdőlépést jelentenek bármilyen, fenntarthatósággal kapcsolatos elemzéshez, ami természetéből fakadóan nagyon összetett, és így szükségessé teszi a releváns változók listájának összeállítását. Emellett arra is ösztönzik a nemzeti és nemzetközi statisztikai szervezeteket, hogy fejlesszék az indikátorokhoz kapcsolódó méréseiket. A második szempont a fenntarthatóság „erős” és „gyenge” típusa közötti különbséghez kapcsolódik. A fenntarthatóság „gyenge” megközelítésében bizonyos területek rossz teljesítményét kompenzálhatják más területek jó eredményei. Ez lehetővé teszi, hogy egy egydimenziós indexszel átfogóan mérjük a fenntarthatóságot. Az „erős” megközelítés szerint a fenntarthatósághoz több környezeti változót kell mennyiségben és minőségben szinten tartani. Ahhoz, hogy ezt követni lehessen, nagyszámú egyedi statisztikai mutató szükséges, amelyben minden egyes mutató a fenntarthatóság egy meghatározott alterületére vonatkozik.

135. Mindemellett az indikátorkészletek nagy problémája a heterogenitás – legalábbis a nagy, eklektikus típusúaknál – hiszen legtöbbjük nem jelzi az oksági viszonyokat, vagy a fenntarthatósághoz való viszonyt, és/vagy a felhasznált indikátorok hierarchiáját. Mint kommunikációs eszközöket gyakran kritizálják az indikátorkészleteket azért, mert nincs meg bennük az, amitől a GDP sikeressé vált: az egy kiemelt szám ereje, amely egyszerűen összehasonlíthatóvá teszi különböző országok és időszakok társadalmi és gazdasági teljesítményét.

2.2. Összetett indexek

136. Az összetett indexek jelentik az egyik módját annak, hogy átlendüljünk az indikátorkészletek sokrétűségének problémáján, és egy egyszerű számmá próbáljuk szintetizálni a bőséges és fontosnak tekintett információkat. A technikai jelentésben áttekintünk néhányat ezek közül.

137. Osberg és Sharpe (2002) „gazdasági jóllét indexe” például egy olyan összetett indikátor, amely (a fogyasztással kapcsolatos mutatókra alapozva) egyszerre fedi le a jelenlegi jóllétet, a fenntartható felhalmozást és a társadalmi kérdéseket (az egyenlőtlenségek csökkentését és a „szociális” kockázatokkal szembeni védeltséget). A környezeti problémákat az egy főre jutó CO₂-kibocsátás költségén keresztül veszik figyelembe. A fogyasztási mérleget és a vagyonfelhalmozást (tág értelemben a K + F készleteket, az emberi tőke jellemzőit és a CO₂-kibocsátás költségeit beemelve) a nemzeti számvitel módszertana szerint számolják. Minden dimenziót egységes formára hoznak egy lineáris

skála segítségével (9 OECD-országban), és egyenlő súlyozást használnak az összesítésnél. Jelenleg azonban ebben a mutatóban a „zöld” szempont még mindig csak másodlagos.

138. A többi példában hangsúlyosabb a zöld dimenzió figyelembevétele, ilyen például a „környezeti fenntarthatósági index” (Environmental Sustainability Index – ESI) és a „környezeti teljesítményindex” (Environmental Performance Index – EPI) esetében. Az ESI öt számba vett területe: a környezeti rendszerek (és azok átfogó egészségi állapota), a környezeti igénybevétel (a környezeti rendszerre nehezedő, emberek okozta nyomás), a társadalmi és intézményi kapacitás (mennyiben képesek elősegíteni a környezeti kihívásokra adott hatékony válaszokat) és a globális szerepvállalás (más országokkal való együttműködés a közös környezeti problémákkal kapcsolatban). Összesen 76 változót használnak arra, hogy ezt az öt területet lefedjék. Közöttük vannak a levegő és a víz minőségével kapcsolatos indikátorok (pl. SO₂, NO_x), az egészségügyi paraméterek (pl. légzőszervi problémákból eredő csecsemőhalandóság), a hivatalos környezetvédelem (pl. helyi „Agenda 21-hez” kapcsolódó kezdeményezések egymillió emberre jutó száma) stb. Az EPI az ESI csökkentett változata, 16 (eredmény)indikátoron alapul, és inkább a politikai döntéshozás szempontjait veszi figyelembe.

139. Az ilyen típusú indexekből származó információk kétértelműek. Van bizonyos értelme az országok sorrendbe állításának, de ennek alapján gyakran túlzottan optimistán lehet látni a fejlett országok szerepét a természeti problémákkal kapcsolatban. A fejlett országoknak is vannak problémáik. Az index például nagyon kis különbséget mutat az Egyesült Államok és Franciaország között, miközben nagyon eltérő a CO₂-kibocsátásuk. Gyakorlatilag az index a környezeti állapotok minőségének, az erőforrásokra nehezedő nyomásnak, valamint a környezetvédelmi politikák intenzitásának egy keverékéről tájékoztat, de arról nem, hogy az adott ország a fenntartható fejlődés útján van-e: egyik szempont szerint sem határoz meg küszöbértékeket, amelyek alapján meg lehetne mondani, hogy az adott ország fenntarthatóan fejlődik-e, vagy sem.

140. Összességében az összetett indikátorokat tulajdonképpen felhívásnak kell tekintenünk, hogy vizsgáljuk meg alaposabban az alapjukat képező változókat. Az összetett változóknak ezt a funkcióját tartják a létjogosultságuk melletti egyik legfontosabb érvnek. Ez azonban nem elegendő indok ahhoz, hogy a szigorúan vett fenntarthatóság mutatói lehessenek, és így nem kerülhetnek hasonló szerepbe, mint a GDP vagy más hasonló elszámolási fogalmak. Két fő oka van ennek. Egyrészt a nagy indikátorkészletekhez hasonlóan hiányzik belőlük annak jól körülhatárolt meghatározása, hogy mit is értenek fenntarthatóságon. Másrészt az összetett mutatókat illetően gyakran megfogalmazott kritika annak önkényességére mutat rá, ahogy meghatározott súlyokat rendelnek a különböző alkotóelemekhez. Ezeket az aggregálási eljárásokat gyakran úgy állítják be, mint amelyek magasabb rendűek azokhoz a monetáris aggregálásokhoz képest, amelyeket a legtöbb gazdasági mutató konstruálásához használnak, hiszen nem kötődnek semmilyen módon a piaci értékelési folyamatokhoz. Ez valóban így van, és ehhez még vissza kell térnünk néhányszor, mert sok oka van annak, hogy a piaci értékben miért nem bízhatunk, ha a fenntarthatósággal kapcsolatos problémákkal, illetve még konkrétabban azok környezeti vonatkozásával foglalkozunk. De akár monetáris, akár nem, az aggregálási folyamatok során mindig relatív értékeket adunk az indexet alkotó egyes elemeknek. Az összetett fenntarthatósági

indikátorok esetében kevésbé érthető, hogy milyen indokok alapján lehet a súlyozás során az egyik vagy másik értéket hozzárendelni a különböző, fenntarthatóság szempontjából fontos változókhoz. Nem az a probléma, hogy a súlyozás folyamata netán rejtett, nem átlátható vagy nem megismételhető – a súlyozási eljárásokat gyakran nagyon is explicit módon mutatják be az index alkotói, és ez az egyik erőssége a kapcsolódó szakirodalomnak. A probléma inkább abban áll, hogy a súlyozás kapcsolódó normatív vonzatai ritkán nyilvánvalóak, és ritkán indokolják meg őket.

2.3. Kiigazított GDP-k

141. A fenntarthatóság mérésének másik típusát azok a mutatók alkotják, amelyek megalkotásakor a GDP hagyományos elképzeléséből indulnak ki, majd megpróbálják azt módszeresen kiegészíteni és javítani olyan elemekkel, amelyeket a szokásos GDP esetében nem vesznek figyelembe, viszont a fenntarthatóság szempontjából számítanak.

142. Nordhaus és Tobin (1973) „fenntartható gazdasági jólét mutatója” (Sustainable Measure of Economic Welfare, SMEW) tekinthető e vonulat közös ősenek. Két indikátort állítottak elő. Az első a „gazdasági jólét mutatója” (Measure of Economic Welfare – MEW), amelyet úgy képeztek, hogy az összes magánfogyasztásból levonták azokat az összetevőket (pl. a közlekedést, a jogi szolgáltatásokat), amelyek nem járulnak hozzá pozitívan a jóléthez, majd hozzátették azoknak a tevékenységeknek (pl. a szabadidőnek, az otthon végzett munkának) a monetáris értékét, amelyek pozitívan hozzájárulnak. A második lépésben a MEW mutatót úgy alakították át SMEW-vé, hogy figyelembe vették a teljes vagyonban bekövetkező változásokat. A SMEW azt méri, hogy a MEW milyen szinten egyeztethető össze a tőkeállomány megőrzésével. Ahhoz, hogy a MEW-et SMEW-vé alakítsák, Nordhaus és Tobin a teljes köz- és lakossági vagyon kalkulált értékét használta, amelybe beletartozott az újratermelhető tőke és a nem újratermelhető tőke (amelyet a földre és a nettó külföldi javakra korlátoztak), az oktatási tőke (amelyhez a munkaerőpiacon résztvevők oktatásban töltött éveinek kumulált költségét vették alapul) és az egészségügyi tőke (évi 20%-os értékcsökkenési rátával csökkentett folyamatos leltározási módszerrel számolva). Végül azonban nem vették figyelembe a környezeti károkkal kapcsolatos értébecsléseket vagy a természeti erőforrások kimerülését.

143. Két irányzat számára szolgált kiindulópontul ez a módszer. Az első irányzatba azok tartoznak, akik Nordhaus és Tobin módszerét megpróbálták kiegészíteni, néha egyre inkább elhagyva a számviteli konzisztencia követelményét. Példa lehet itt a „fenntartható gazdasági jólét indexe” (*Index of Sustainable Economic Welfare – ISEW*), és a „valódi fejlődés indikátor” (*Genuine Progress Indicator – GPI*). Ezek az indikátorok a víz- és a levegőszennyezettség, valamint a zajártalom becsült értékét levonják a fogyasztásból, és megpróbálják beszámítani a vizes élőhelyek, a mezőgazdasági területek, az erdők és más természeti erőforrások kimerülését, valamint a CO₂ okozta károkat és az ózonréteg károsodását. A természeti erőforrások kimerülésének úgy számították ki az értékét, hogy felmérték, mekkora befektetésre lenne szükség ahhoz, hogy megvalósítsák az elhasznált természeti erőforrások egyenértékű, folyamatosan megújuló pótlását.

144. Minden országban, ahol az ISEW és a GPI is elérhető, az értékeik nagyon hasonlóak, és egy bizonyos ponton elkezdtek elválni a GDP-től. Ebből kiindulva néhány szerző megfogalmazta az ún. „küszöbérték”-hipotézist, amely szerint a GDP és a jóllét együtt mozog, de egy bizonyos pont után a GDP további növekedése már nem teszi lehetővé a jóllét további növekedését. Más szóval, az ilyen indikátorok szerint a fenntarthatóság már rég a múlté, és már belépünk a hanyatlás időszakába.

145. A másik irányzat szorosabban kapcsolódik a nemzeti számvitel rendszeréhez. Alapja az ún. „környezetgazdasági számlák rendszere” (System of Environmental Economic Accounting – SEEA), amely a „nemzeti számlák rendszeréhez” (Standard National Accounts – SNA) kapcsolódik. A SEEA egységes rendszerbe foglalja össze a gazdasági és környezeti információkat, hogy meg lehessen állapítani a természeti környezet hozzájárulását a gazdasághoz, és a gazdaság környezetre gyakorolt hatását. Az ENSZ 2005-ben létrehozott Környezetgazdálkodási Számlák Szakértői Bizottsága (Committee of Experts on Environmental-Economic Accounting – UNCEEA) azt tűzte ki célul, hogy megtalálja, hogyan lehetne általánosan használttá tenni a környezetgazdálkodási elszámolást annak érdekében, hogy 2010-ig nemzetközi statisztikai sztenderddé váljon a SEEA, és hogy segítse az egyes országokat a SEEA nemzeti szintű bevezetésében.

146. A SEEA négyfajta számlából áll. Az első tisztán fizikai adatsorokat vesz figyelembe, amelyek az anyagok (a gazdaságban felhasznált anyagok és a hulladékként megjelenő melléktermékek) és az energiahordozók forgalmához kapcsolódnak, amiket az SNA számviteli struktúrája szerint állít sorba – amennyire lehetséges. A számlák második kategóriája az SNA azon elemeit veszi számításba, amelyek a természet megfelelő kezelésében számítanak, és amelyek a természeti környezettel kapcsolatos tranzakciókat világosabbá teszik. A harmadik kategóriába azok a számlák tartoznak, amelyekben fizikai és monetáris szempontból értékelt környezeti erőforrások vannak (mint a fakészlet-nyilvántartások például).

147. A SEEA ezen első három kategóriája létfontosságú, ha bármilyen fenntarthatósággal kapcsolatos indikátort akarunk létrehozni. A következő kategória, amivel itt foglalkozni fogunk, az a SEEA negyedik és egyben utolsó számlakategóriája, amely ahhoz a kérdéshez kapcsolódik, hogyan lehet a jelenleg használatban lévő SNA-t úgy korrigálni, hogy számoljon (szigorúan monetáris értelemben) a gazdaság környezetre gyakorolt hatásával. Háromféle korrekcióról van szó: az erőforrások kimerítéséhez, a védelmi kiadásokhoz és a környezet pusztulásához kapcsolódók.

148. A jelenleg használt SNA ezen környezeti korrekciói azok, amelyeket a „zöld GDP” nem igazán pontosan körülhatárolt kifejezésével emlegetnek, ami a nettó hazai termék fogalmának kiterjesztése. Csakugyan, ahogy az állóeszközök fogyasztásának (a megtermelt tőke értékcsökkenésének) számbavételével hozzák létre a (bruttó) GDP-ből a (nettó) NDP-t, ugyanígy lehet értelme egy „környezettel kiigazított” nettó hazai termék kiszámításának, amelynél figyelembe lehet venni a természeti tőke fogyasztását. Ez utóbbi tartalmazhatná az erőforrások kimerítését (a termelési folyamatok inputjaként a környezeti vagyontúlfogyasztását) és a környezetkárosodást (ami nagyjából az adott erőforrás minőségében bekövetkező csökkenés értéke).

149. A zöld GDP és a „környezettel kiigazított” nettó hazai termék fogalmai azonban a SEEA legellentmondásosabb eredményei, és mint ilyenek, a statisztikai hivatalok által legkevésbé használtak, mert mindkét koncepció sok problémát vet fel. A gazdasági rendszer környezeti inputjait felmérni (viszonylag) egyszerű. Mivel ezeket az inputokat termékekbe építik be, amelyeket azután a piacon értékesítenek, elméletileg lehetséges, hogy piaci alapon közvetlenül állapítsuk meg ezek értékét. Ezzel ellentétben a szennyezőanyag-kibocsátás olyan output, amely esetében nincs közvetlen módja annak, hogy megállapítsuk az értékét. Minden indirekt értékelési módszernek valamilyen szinten a „mi lenne ha” forgatókönyv az alapja. Ebből következően az, amikor a pusztítás értékét makroökonómiai összesítések kiigazítására használjuk, az utólagos elszámolás (*ex-post*) birodalmán is túlra visz minket, egy még annál is sokkal hipotetikusabb helyzetbe. Az ilyen elszámolások nagyon is spekulatív természete megmagyarázza, hogy ezek sok szakember számára miért nehezen emészthetők, és miért állnak ellen annyira az ilyen gyakorlatok alkalmazásának.

150. Létezik azonban egy ennél is alapvetőbb probléma a zöld GDP-vel, amely a Nordhaus–Tobin-féle SMEW-vel és az ISEW/GNI indexekkel kapcsolatban is fennáll. Egyik mérőszám sem jellemzi a fenntarthatóságot *per se*. A zöld GDP csupán levonja a GDP-ből a természeti erőforrások kimerítését vagy károsítását. Ez a fenntarthatóságnak csupán egy része. Amire igazán szükségünk lenne, az annak a megállapítása, hogy milyen messzire vagyunk a fenntarthatósági céloktól. Másképp kifejezve, a túlfogyasztás mutatóira lenne szükség, vagy – hogy ellentétpárokból fogalmazzunk – az elégtelen befektetés mutatójára. Éppen ez az, amivel az utolsó kategóriánkba tartozó indikátorok próbálkoznak.

2.4. A túlfogyasztással és az elégtelen befektetésekkel foglalkozó indikátorok

151. Ebben a fejezetben tárgyalunk minden olyan indikátort, amelyek a túlfogyasztás, a nem elégséges befektetések vagy az erőforrások túlzott kihasználásának problémakörével foglalkoznak. Bár az ilyen indikátorok jellemzően forgalom típusú megfogalmazásokat használnak, arra a feltételezésre épülnek, hogy a fenntarthatóság szempontjából lényeges készletek némelyike együtt mozog a mért forgalommal, mégpedig éppen azoké, amelyeket átadunk a következő generációknak, és amelyek majd meghatározzák lehetőségeik körét. Ahogy a GDP és más aggregált mutatók esetében is történik, ha egyetlen számmal szeretnénk megoldani ezt a feladatot, akkor ki kell választanunk egy mértékegységet, és egyértelművé kell tenni a kérdéses tőkék és változataik aggregálási folyamatát.

2.4.1. Kiigazított nettó megtakarítások

152. A kiigazított nettó megtakarítások (Adjusted net savings – ANS, amelyeket valódi megtakarításoknak vagy valódi befektetésekként is neveznek) olyan fenntarthatósági indikátorok, amelyeket a zöld nemzeti számlák elméletére építettek, azonban átfogalmazták az elméletet úgy, hogy tőkéről és vagyonról szólnak, nem pedig jövedelemáramlásról vagy fogyasztásról. Az elméleti háttér az az elgondolás adja, hogy a fenntarthatósághoz a „kibővített vagyon” állandó készleteinek fenntartására van szükség, ami nem korlátozódik a természeti erőforrásokra, hanem magában foglalja – a hagyományos nemzeti számlákban mért tőkéket – a fizikai és a termelő tőkét, valamint az emberi tőkét. A korrigált nettó megtakarításokat úgy vehetjük, mint az ebben a teljes vagyonban beálló változást egy adott idő-

szakon, például egy éven belül. Egy ilyen elgondolás egyértelműen a közgazdasági megfelelője lehet a fenntarthatóság fogalmának, mivel nemcsak természeti erőforrásokat tartalmaz, hanem – legalábbis elméleti szinten – olyan összetevőket is, amelyek ahhoz szükségesek, hogy a jövő generációi számára biztosíthatóak legyenek legalább azok a lehetőségek, amelyek a jelenlegi generációk rendelkezésére állnak.

153. A gyakorlatban a korrigált nettó megtakarítás a hagyományos nemzeti számlák bruttó nemzeti megtakarítás-hoz kapcsolódó mutatóiból készül, négyféle kiigazítással. Először is, a megtermelt javak tőkefogyasztásának mértékét vonják le belőle, hogy megkapjuk a nettó nemzeti megtakarítást. Másodszor, az aktuális oktatási kiadásokat, mint az emberi tőkébe való befektetés értékét, hozzáadják a nettó hazai megtakarításokhoz (a hagyományos nemzeti számlákban fogyasztásként kezelik ezeket a kiadásokat). Végül a különböző felhasznált természeti erőforrások becsült értékét vonják le, hogy tükrözzék a kitermeléssel és betakarítással a vagyon értékében bekövetkezett csökkenést. Az erőforrások felhasználásának értékét az erőforrások bérletének költségéből számolják ki. A gazdasági bérlet az egy adott termelési tényezőtől származó „többletbevétel” jeleníti meg. A bérleti kiadások a világpiaci ár és egy egység átlagos kitermelésének vagy betakarításának költsége közötti különbségből származnak (beleszámítva a „normális” tőkemegtérülést). Legutolsó lépésként levonják a szén-dioxid-kibocsátásból származó globális szennyezési károkat.⁹ A negatív korrigált nettó megtakarítási ráta azt jelenti, hogy a „kibővített vagyon” csökken, azaz figyelmeztet arra, hogy az adott helyzet nem fenntartható.

154. Hogyan viszonyul ez az indikátor a nemzeti számlákban szereplő megtakarítások és befektetések hagyományos mutatóihoz? A Világbank által a fejlett országokra – például az Egyesült Államokra és Franciaországra – kiszámított kiigazított nettó megtakarítási mutató (ANS) azt mutatja, hogy az időben bekövetkezett változások majdnem kizárólag a bruttó megtakarításokból származnak, és hogy az ANS és a bruttó megtakarítások között lévő különbség oka főként a tőkefogyasztás és az emberi tőke akkumulációja, míg az index szerint a természeti tőkében bekövetkezett változásoknak csak viszonylag marginális szerepe van. Mi több, az ANS-értékek azt mutatják, hogy a fejlett országok többsége fenntartható pályán mozog, míg sok fejlődő vagy felemelkedő ország nem. Ennek a mutatónak az alapján a legtöbb természeti erőforrást exportáló ország nem fenntartható pályán van (4. ábra).

⁹ A helyi környezetszennyezés kárát nehéz kiszámítani helyspecifikus adatok nélkül, Ugyanakkor az ANS bővített változatában a helyi környezetszennyezést is figyelembe veszik a városi légszennyezettség (10 mikronnál kisebb szálló por – PM10) miatti egészségkárosodás beszámításával.

4. ábra: A kiigazított nettó megtakarítások földrajzi megoszlása



Megjegyzés: Az országok a legkevésbé fenntarthatótól (fehér) a leginkább fenntarthatóig (sötét) vannak sorba állítva. A nem fenntarthatóságnak a kimeríthető erőforrások túlzott felhasználása, vagy a humán és fizikai tőkébe való alacsony beruházás lehet az oka. Az adathiányos országok határait nem tüntettük fel.

Forrás: Világbank, 2006-os adatok.

155. Ez a megközelítés sok közgazdász számára vonzó, mert világos elméleti alapokon nyugszik. Ugyanakkor a jelenlegi gyakorlati számítások alapját képező módszertannak vannak ismert hiányosságai. Az ANS relevanciája egyrészt azon múlik, hogy mit számolnak bele (a következő generációknak átadott különböző tőkék közé), azaz mi tartozik bele a „kibővített vagyonba”, másrészt múlik azon az áron is, amelyet az aggregálás során használnak, ha a piaci értékelés nem tökéletes, vagy egyáltalán nem létezik – a problémával már foglalkoztunk az összetett mutatókban használt implicit árakkal kapcsolatban.

156. Az ANS-becslések legfontosabb problémája valójában az, hogy a környezetkárosodással való kiigazítás csak a szennyező anyagoknak egy korlátozottan meghatározott körére nézve lehetséges, amelyek közül a legjelentősebb a szén-dioxid-kibocsátás. A szerzők elismerik, hogy a számítások során nem vesznek figyelembe más fontos környeztkárosító okokat, mint például a föld alatti vízkészletek kimerítését, a nem fenntartható halászatot, a termőföld tönkretételét és különösen a biodiverzitás csökkenését.

157. A figyelembe vett természeti tőkékkel kapcsolatban pedig az árképzési technika a legfontosabb probléma. A kimerülő erőforrásokkal kapcsolatban a Világbank ANS-számításai a jelenlegi árakon alapulnak. Elméletileg a piaci ár használata a forgalom és a tőke értékelésével kapcsolatban csak tökéletes piac esetében elfogadható, a valóságban azonban nyilvánvalóan nem ez a helyzet, és különösen nem a természeti erőforrásokkal kapcsolatban, amelyeknél az externáliák és a bizonytalanságok a legnagyobbak. Továbbá, a fosszilis tüzelőanyagok és más ásványok piaci árai az elmúlt időben sokszor nagy kilengéseket mutattak, ami az ANS aktuális piaci árakon alapuló mutatóit is jelentősen kilendítették, és ez nagyban csökkentette az ANS gyakorlati hasznát az érintett országok számára.

158. A környezetkárosítás beárazása még bonyolultabb feladat, hiszen nincs semmilyen piaci érték, amelyet kiindulópontként lehetne használni: elméletileg ún. „elszámolási árakat” kell kiszámítani úgy, hogy modellezzük az adott természeti erőforrás változását, és hogy az hogyan fogja befolyásolni a jövőbeli jóllétet. A gyakorlati alkalmazás azonban jelentős problémákat vet fel. A tudomány jelenlegi állása szerint a szén-dioxid-kibocsátás értékének meghatározásához jelenleg használt árak az ANS számítása során nem teszik lehetővé, hogy a fenntarthatósággal kapcsolatos globális becslésekben bármilyen fontosabb szerepet kaphasson, és emiatt kétséges, hogy ez az indikátor mennyiben lehet hasznos iránytű a döntéshozatalban.

159. Végül, az ANS országokra bontott kiszámítása éppen a fenntarthatóság globális jellegét hagyja figyelmen kívül. Csakugyan kellemetlenül érezhetjük magunkat, amikor szembesülünk azzal, hogy mi az ANS üzenete a természeti erőforrásokat (pl. olajat) exportáló országokkal kapcsolatban. Az ANS szemszögéből ezekben az országokban a nem fenntarthatóság abból ered, hogy nem megfelelő mértékben forgatják vissza a természeti erőforrások kizsákmányolásából eredő jövedelmüket. Az importáló országok „túlfogyasztásának” problematikájáról viszont egyáltalán nem esik szó. A fejlett országok, amelyek általában kevésbé rendelkeznek természeti erőforrásokkal, viszont az emberi és fizikai tőkét tekintve gazdagabbak, mint a fejlődő országok, így jogtalanul tűnnek fenntarthatónak. Emiatt néhány szerző amellet érvel, hogy a kimerülő energiaforrások felhasználását a végső fogyasztóknál, azaz az importáló országoknál számolják el. Ha a szűkösségük teljes mértékben megjelenne azokban az árakban, amiken a kimerülő energiaforrásokat eladják a nemzetközi piacokon, akkor nem volna szükség ilyen kiigazításra. Ugyanakkor nem kompetitív árak esetében az importáló országok kevesebbet fizetnek az importért, mint amennyit kellene; ez a globális fenntarthatósággal kapcsolatban olyan felelősség, ami nem fog megjelenni az import pénzértékében. Az alacsony árak miatt ezekben az országokban túlfogyasztanak, és lehetővé válik, hogy a túlfogyasztás hosszú távú költségeit az exportáló országokra hárítsák.

2.4.2. Lábnymok

160. Bár nyilvánvalóan eléggé különbözőek a „kibővített vagyon” fogalmától, a fenntarthatóságot a „lábnymokon” keresztül mérni próbáló kezdeményezések szintén abból az elképzelésből indulnak ki, hogy a létező készleteket össze kell vetni a fogyasztás jelenlegi forgalmával, illetve a fogyasztásnak a környezet bizonyos dimenzióira gyakorolt hatá-

sával. Ebből a szempontból „vagyonmutatóknak” is tekinthetjük ezeket, annak ellenére, hogy kizárólag a természeti tőkére koncentrálnak, és értékelési módszereik különböznek az ANS-étől, mert nem használnak piaci árakat.

161. Az ökológiai lábnyom azt mutatja meg, hogy a bioszféra regenerálódási képességének mekkora hányadát használta el az emberi tevékenység (fogyasztás). Úgy teszi ezt, hogy kiszámítja az adott populáció aktuális fogyasztási szintjének fenntartásához szükséges biológiailag termékeny föld és víz mennyiségét. Egy ország lábnyoma – keresleti oldal – az az összes terület, amely ahhoz szükséges, hogy előállítsák az országban elfogyasztott élelmiszert, rostanyagot és fát, hogy eltüntessék a megtermelt hulladékot, és amennyi hely még ezen felül az infrastruktúrához (beépített területek) szükséges. A kínálati oldalon pedig a biokapacitás van, amely a bioszféra termelési kapacitása, és az emberi faj számára hasznos biológiai erőforrások és szolgáltatások folyamatos biztosításának képessége.

162. Az eredmények jól ismertek, és meglehetősen mellbevágóak: az 1980-as évek közepe óta az emberiség lábnyoma nagyobb, mint a bolygó teherbíró képessége, és 2003-ban az emberiség teljes lábnyoma körülbelül 25 százalékkal lépte túl a Föld biokapacitását. Míg összességében fejenként 1,8 globális hektár áll rendelkezésünkre világszinten, az európaiak fejenként 4,9 globális hektárt használnak, az észak-amerikaiak pedig ennek a kétszeresét, ami sokkal több, mint a két földrajzi terület valós biokapacitása (5. ábra).

5. ábra: Országokénti ökológiai lábnyom



Megjegyzés: A sötéttel jelzett országokban a legmagasabb az ökológiai lábnyom értéke, azaz ezek az országok járulnak hozzá legnagyobb mértékben a világszintű fenntarthatatlansághoz.

Forrás: Global Footprint Network, 2005-ös adatok.

163. Az ökológiai lábnyom mint indikátor annyiban rokon a számviteli megközelítésekkel, hogy ebben is heterogén elemeket vonnak össze egy közös mértékegységbe (ez a globális hektár, azaz egy olyan hektár, amely a Föld 11,2 milliárd bioproductív hektárjának átlagos termőképességével megegyező termőképességű hektár). Azaz feltételezi, hogy a természeti tőke különböző formái felcserélhetőek, és hogy a természeti tőke különböző javai összegezhetőek földterületként, viszont határozottan elveti a fenntarthatóság gyenge megközelítését. Valójában ebben az indikátorban nincs szerepe a megtakarításoknak és a tőkefelhalmozásnak: semmilyen ökológiai többlet (az ökológiai lábnyomon felüli biokapacitás) nem jár a természeti tőke növekedésével, azaz nem növeli a jövőbeli termelékenységi kapacitást. Ráadásul sem az előállított termékek, sem az emberi tőke megtakarítása vagy felhalmozása nem járul hozzá a fenntarthatósághoz. Másrészt viszont az indikátor nem veszi figyelembe, hogy a fenntarthatóságra veszélyt jelent a nem megújuló erőforrások (pl. olaj) kiaknázása. A fenntarthatósággal kapcsolatos következményeket csupán a hulladék semlegesítésének (CO₂-kibocsátás) szempontjából veszi figyelembe, nem pedig az elhasználás dinamikáján alapuló elemzés alapján.

164. Az eredmények egy ország fenntarthatóságának mérése szempontjából is problematikusak, az ökológiai lábnyom módszerében lévő nagymérvű kereskedelemellenesség torzító hatása miatt. Ha a sűrűn lakott (alacsony biokapacitású) országokat, mint Hollandia, ökológiai deficit jellemzi, viszont a kis népsűrűségű (magas biokapacitású) országok, mint Finnország, többletet mutatnak, akkor ez olyan alapesetnek tekinthető, amikor a kereskedelem kölcsönösen előnyös, és nem egyszerűen a nem fenntarthatóság jeleként kezelendő. A legújabb kutatásokban érezhető az elmozdulás, a javaslatokban egy ország ökológiai lábnyomát már nem a *saját* biokapacitásával vetik össze, hanem az összes ország ökológiai lábnyomát osztják el a *globális* biokapacitással. E mögött az a felismerés áll, hogy az ökológiai lábnyom nem az adott ország saját fenntarthatóságának mutatója, hanem azt jelzi, hogy adott ország mennyiben járul hozzá a globálisan nem fenntartható viszonyokhoz.

165. Összességében azt mondhatjuk, hogy az ökológiai lábnyom legjobb esetben is egy olyan indikátor lehet, amely *világviszonylatban* mutatja a nem fenntartható viszonyok aktuális helyzetét. Az egyes országok ökológiai lábnyomát a természeti erőforrások kizsákmányolásában mutatkozó egyenlőtlenségek és a földrajzi területek kölcsönös egymásrautaltságának indikátoraként kell használnunk. Ugyanakkor, bár az ökológiai lábnyom a globális ökológiai hiányt hangsúlyozza, mégsem biztos, hogy képes ezt az üzenetet megfelelően közvetíteni. Kimutatható, hogy a globális egyensúlyhiányt főként a szén-dioxid-kibocsátás okozza, amit a megkötéséhez szükséges erdők hektárban kifejezett mennyiségével lehet érzékeltetni. A világon a termőföldre, legelőre és a lakott területekre irányuló kereslet nyilvánvalóan nem haladhatja meg a Föld biokapacitását.

166. Következésképpen kevésbé átfogó, de szigorúbban definiált lábnyomok, mint például a „szénlábnyom”, megfelelőbbek lehetnek ebből a szempontból, mivel sokkal világosabb fizikai mértékegységet használnak a készletek felméréséhez, amihez nem kell becsléseket tenni termelékenységgel vagy hasonló dimenziókkal kapcsolatban. Ha pedig a kommunikációját tartjuk szem előtt, akkor egy ilyen indikátor is pontosan ugyanúgy képes határozott üze-

netet közvetíteni arról, hogy a Föld mennyi kibocsátást tud elviselni. A szénlábnyom azért is érdekes, mert bármilyen szintű bontásban kiszámítható, így az egyes szereplők monitorozásában nagyon hasznos eszköz lehet.

3. A fenntarthatóság számszerűsítésének konszenzuális lehetőségei: mik lehetnek a főbb buktatók?

167. Foglaljuk össze, mik voltak idáig a legfontosabb üzenetek! Az előző alfejezetben megmutattuk azt a sok kísérletet, amelyek révén jelenleg a fenntarthatóságot próbálják számszerűsíteni. Komoly hátrány, hogy rengeteg az ilyen mutató, és a különböző összefoglaló indikátorok nagyon különböző üzeneteket közvetítenek, ami eléggé össze is zavarja a statisztikusokat és a döntéshozókat. Így vissza kell térnünk az alapkérdéshez: pontosan mi az, amit mérni akarunk? Valójában mik az akadályai az egyetlen számból álló, kiemelt mutató létrehozásának?

3.1. Mit akarunk mérni?

168. A Bruntland-jelentés óta a fenntartható fejlődés gondolata egy mindent magába ölelő fogalommá vált, amelybe beletartozik a jelenlegi és jövőbeli gazdasági, társadalmi és környezeti jóllét minden dimenziója. Természetesen ez jogos törekvés, de lefedi az összes területet, amellyel a Bizottság három munkacsoportja foglalkozik. A környezeti/fenntarthatósági munkacsoport megbízatása azonban ennél szűkebb volt: a „fenntartható fejlődés” fogalmából a „fenntarthatóság” elemmel foglalkozott. A fenntarthatóság kérdését pedig a következőképp fogalmazhatjuk meg: feltéve, hogy képesek vagyunk megmérni a jóllét jelenlegi szintjét, vajon lehetséges-e, vagy sem a jelenlegi irány folytatásával ezt fenntartani.

169. Ésszerűnek tűnik különválasztani a két fogalmat, a jelenlegi jóllétet és annak fenntarthatóságát, mert mindkettő érdekes probléma önmagában is. Ez jó kiindulópont lehet ahhoz, hogy különválasszuk a korábban áttekintett sokféle megközelítést.

- A 2.1. pontban áttekintett hatalmas indikátorkészletek hatékonyan kombinálják a jelenlegi jóllét mérését és annak fenntarthatóságát. Ezzel nem azt akarjuk mondani, hogy ezek a készletek használhatatlanok, hanem épp az ellenkezőjét: a végkövetkeztetésben arra mutatunk rá, hogy a fenntarthatóságot nem lehet egydimenzós mutatóval leírni. Viszont nem szeretnénk oda jutni, hogy végül csak néhány indikátor – egy „mikrokészlet” – és egy speciális, a fenntarthatóság világos definíciója alapján megalkotott mutatónk maradjon.
- Az összetett mutatók a hasonló problémákat még tovább bonyolítják a különböző elemek önkényes súlyozásával, illetve a kevéssé egyértelművé tett következtetéseik problematikájával.
- A fenntartható életszínvonal mutatói, mint a zöld GDP, szintén nem elegendőek a fenntarthatóság felméréséhez. Egy ilyen fenntarthatósági mutató szükségszerűen nagyon hasonlítani fog a GDP-hez, ami további félreértésekre adhat okot. Ha két GDP-mutató van, akkor mikor melyiket kellene használnunk? Milyen követke-

tetést tudunk levonni abból, hogy az adott ország zöld GDP-je „x” vagy „y” százaléka a sztenderd GDP-nek? Egyértelműen azt jelenti, hogy az adott ország fenntarthatatlan pályán van?

170. A gyakorlatban a zöld GDP csak a probléma egyik oldalára összpontosít, arra, hogy mennyit fogyaszthatunk évente anélkül, hogy tönkretennénk a környezetünket. De nem mutatja meg nekünk, hogy fenntartható pályán vagyunk-e, vagy sem. Ha a fenntarthatóságot akarjuk mérni, akkor össze kell tudni hasonlítani a valódi termelést és a jelenlegi fogyasztást. Mindezzel a megfelelő fenntarthatósági mutató egyre inkább hasonlítani fog a nettó beruházás vagy tőkekivonás fogalmához, és pontosan erre példa a kibővített vagyon vagy az ANS, amelyet aztán a lábnyom-mutatók követnek, amelyek mind a környezeti vagyon megújulására vagy kimerülésére koncentrálnak. Az érvelés tehát így hangzik: az, hogy a jövő generációinak mennyiben lesz lehetőségük a miénkkel legalább azonos jólétre, azon múlik, hagyunk-e rájuk elegendő, a jólét szempontjából meghatározó javakat. A fenntarthatóság mértékét mérve „W”-vel jelöljük a „kibővített vagyont”, ami számszerűen kifejezi ezeket az erőforráskészleteket, és tesztelni tudja, hogy a globális vagyonban vagy annak elemeiben pozitív (dW) vagy negatív (dWi) elmozdulás történik-e. Ha negatív, akkor az azt jelenti, hogy előbb-utóbb a fogyasztásunkat vagy a jólét szintjét csökkentenünk kell majd. Márpedig éppen ez az, amit a „nem fenntarthatóság” alatt értenünk kell.

171. Álláspontunk szerint a fenntarthatóság ilyen megfogalmazása képes biztosítani a konstruktív vitához szükséges közös nyelvet a nagyon különböző irányból érkező emberek között. Hogy csak egy példát említsünk: fel lehet így oldani a környezetvédők által régóta kinyilvánított ellenérzést a GDP-vel szemben, ami mögött az áll, hogy a természeti katasztrófák is növelhetik GDP-t, hiszen a katasztrófák közvetve növelik a gazdasági aktivitást. A kibővített vagyon megközelítését alkalmazva az ökológiai katasztrófát a tőke megsemmisüléseként kell számításba venni. Így számolunk azzal a ténnyel, hogy a jövő generációk jólétének megteremtéséhez felhasználható erőforrások csökkenésével romlik a fenntarthatóság. Ezt a következményt pedig csak akkor kerülhetjük el, ha teszünk valamit a károk csökkentéséért, amely akciókat viszont el lehet számolni pozitív befektetésként.

3.2. Lehetséges egyetlen számban összefoglalni a fenntarthatóságot?

172. Láthattuk tehát, hogy mind az ANS-sel, mint a lábnyom-mutatókkal szemben sok kifogást lehet felhozni, és így legjobb esetben is csak úgy tekinthetünk ezekre, mint amik közelítenek egy valódi, a kibővített vagyonban, illetve annak egyes elemeiben végbemenő változásokat mutató indexhez. Ha visszatérünk az alapokhoz, akkor fel kell tennünk a kérdést: pontosan mi szükséges ahhoz, hogy az előbbieken említett dW-indexeket megfelelő módon mérni tudjuk? Először, a mérési problémáktól eltekintve, fogalmi tekintetben sokkal konkrétabban kell fogalmaznunk: mit akarunk fenntartani? A következő generációknak átadott különböző javak hogyan befolyásolják a jólétnek ezt a mutatóját? Hogyan kell súlyoznunk ezeket egymáshoz képest?

173. Egyértelműen ez utóbbi kérdés a legproblematiszabbb, és ez az, ami kiélezheti az ellentétet a monetáris indikátorok és a fizikai indikátorok hívei között. Van-e egyáltalán reális esély arra, hogy mindent ki lehessen fejezni pénzben, vagy el kell fogadnunk, hogy ez csak egy bizonyos pontig lehetséges?

174. Ha a javakat tökéletes piacokon teljes mértékben előrelátó szereplők cserélnék, akik tekintetbe veszik a jövő generációk jóllétét, akkor azt lehetne mondani, hogy folyó árak tükrözik a jövő jóllétéhez való, viszont a jövőben csökkenő hozzájárulásukat. De e javak nagy részével egyáltalán nem kereskednek, és amelyekkel viszont mégis, azok esetében sem fogják az árak tükrözni ezt a jövőorientált megközelítést a piac tökéletlensége, rövidlátás és bizonytalanságok miatt. Ez azt jelenti, hogy a fenntarthatóság valós mérőszáma egy olyan dW-indexet kíván, amely a javakat nem piaci értéken, hanem olyan imputált „elszámolási árakon” kezeli, amelyek annak a gazdasági vagy objektív fizikai modellezésére épülnek, hogy a jövőbeli környezeti károk miként érintik a jóllétet – amint az is alapos értékelést igényel, hogy az emberi és fizikai tőkéhez való folyó hozzájárulások miként javíthatják vagy segíthetik a jövőbeli jóllétet.

175. Közelmúltbeli kutatások tisztázták az ilyen gyakorlatok követelményeit. Az egyiket azok a gazdasági és fizikai előrejelzések jelentik, amelyek a kezdeti feltételek gazdasági, társadalmi és környezeti változók együttes mozgására gyakorolt hatását mutatják. Egy másik annak az *a priori* meghatározása, hogy ez az elmozdulás különböző jövőbeli időpontokban miként jelenik meg a jóllét dimenzióiban, azaz a szociális hasznosság funkció ismerete, amit különböző elkövetkező időpontokra lebontott „csökkenő jóllét”-értékek általános formalizálásával vázolnak fel.

176. Ilyen eszközökkel lehetséges lenne olyan fenntarthatósági indexeket előállítani, amelyek képesek az elvárásoknak megfelelően a jelenlegi jóllét jövőbeni hanyatlását előrevetíteni. A jelentés részletesebb technikai fejezetei néhány szimulációval bemutatják az ebben a megközelítésben rejlő lehetőségek néhány elemét. Először is, ez a fenntarthatósági index alkalmas leginkább arra, hogy a megtermelt emberi vagy fizikai tőkéik felhalmozásának vagy megújításának elégtelen színvonala miatt nem fenntartható úton járó országoknak megalapozott figyelmeztetéseket küldjön. Fontos jellegzetesség: még ha a környezeti kérdések nagy jelentőségűek is, a fenntarthatóságnak egyéb dimenzióit sem hagyhatjuk figyelmen kívül.

177. Másodszor, egy ilyen indikátor csak abban az esetben nem konzisztens a nem fenntarthatóság (az emberi jóléthez, sőt fennmaradáshoz szükséges környezeti javak alulértékeléséből fakadó problémákra fókuszáló) „erős” koncepciójával, ha a természeti és nem természeti javak fix árszintjére épül. De ha képesek vagyunk ezt az indexet a gazdaság és a környezet közötti jövőbeli interakciókat megbízhatóan előrejelző fizikai-gazdasági modellből számítani, akkor a mutató helytálló figyelmeztetéseket tudna jelezni a nem fenntarthatóságról azáltal, hogy kimutatja a kritikus természeti javak „imputált” áraiban bekövetkező erőteljes növekedést.

178. A gond az előbbi mondatban levő „ha”. Ez a konstrukció egyelőre teljes mértékben elméleti. Jelzi azt a legjobb irányt, amerre az indexek alkotóinak próbálkozniuk kell. És eszköze lehet annak is, hogy bemutassuk az átfogó index létrehozásának számos akadályát, valamint a pragmatikusabb, második legjobb megoldás szükségességét.

3.3. A vegyes megközelítés mellett szóló technológiai bizonytalanságok

179. A fenntarthatóság mérése egyetlen dW-mutató alapján csak két feltétellel működhet: az egyik, hogy a jövőbeli gazdasági-környezeti fejlődés legyen tökéletesen megjósolható, a másik pedig, hogy ismerjük teljes mértékben a fejlemények hatását a jóllétre. Jelenlegi helyzetünkben ezek a feltételek nyilvánvalóan nem állnak fenn. A gazdasági-környezeti perspektívákat illető vitákat a két szféra eljövendő interakcióival kapcsolatos tudatlanság és bizonytalanság uralja, és nincs egyetértés az objektív funkció meghatározását illetően sem.

180. Nézzük az első pontot! A jövő alapvetően bizonytalan. A bizonytalanság számos formát ölt, amelyek egy része valószínűségi számításokkal megragadható, más részük viszont ennél bonyolultabb. Ez nemcsak a gazdasági-környezeti interakciók előrevetítésére törekvő modellek paramétereire van hatással, de maguknak a modelleknek a struktúrájára, a jelenlegi készletek mérésére, sőt azoknak a javaknak a listájára is, amelyek a jelen és a jövő készleteit szükségesnek látják számba venni. A tartós környezeti változásokkal kapcsolatos viták legtöbbször a jövőbeli gazdasági-környezeti forgatókönyvekkel kapcsolatos eltérő véleményeken alapulnak. Nincs ok arra, hogy a fenntarthatóság mérése megkerülje ezeket a nehézségeket.

181. Létezhetnek bizonyos megoldások erre a problémára. Az egyik, amit a távlatokkal foglalkozók mindegyike követ, amikor a jövő trendjeinek bizonytalan jellegét hangsúlyozni akarja; „forgatókönyvekkel” dolgozik, vagy konfidencia-intervallumokat készít. Lehetséges az is, hogy az indexeket „stressztesztnek” vessük alá, azaz a javak értékét feltételezett külső sokkok hatásait feltételezve újraszámoljuk. Ez a környezeti javak értékében hirtelen felfelé való kiigazítást fog jelenteni, de egyúttal más értékekben – mint az előállított tőke és az emberi tőke – drasztikus csökkenést is. Ez az út további kutatásokkal járható lehet.

182. De ez még mindig kevés vagy nehéz lehet a megfelelő alkalmazáshoz. Olyan kérdések, mint az éghajlatváltozás, speciális megfontolásokat igényelnek, amelyek visszavisznek a gyenge és erős fenntarthatóság közötti megkülönböztetéshez. A lényeg nem az, hogy az összesített indexek természetüknél fogva nem képesek az erős fenntarthatóság helyzeteinek megragadására. A lényeg inkább abban rejlik, hogy csak a döntő fontosságú környezeti javak szélsőséges értékelésével tudnánk ezt megtenni, márpedig nem vagyunk kellően felkészültek ahhoz, hogy pontosan kvantifikálni tudnánk a szélsőséges értékeléseket. Ilyenkor az egyenkénti fizikai számbavétel elkerülhetetlen, és még inkább igaz ez azoknak a javaknak az esetében, amelyekre még pénzbeli becsléseink sincsenek.

183. A probléma viszont egy ilyen index vonzónak tétele. A pénzbeli mutatók előnye, hogy mindenki számára kifejező egységeket használnak. Emellett összeköthetők más monetáris mennyiségekkel; ezt tesszük, amikor a kiterjesztett

megtakarítási arányokat számoljuk, ami alapján könnyen érthetőek lesznek az ilyen megtakarítások nagyságrendjei. Másrészt a CO₂-kibocsátás tonnában való mérése nem nagyon informatív anélkül, hogy némi ismeretünk ne lenne arról, évente hány tonna kibocsátása jár súlyos következményekkel az éghajlatra. Más éghajlatkutatók más fizikai mutatókat javasoltak, például a „CO₂ kisugárzó hatását”, ami a CO₂-nek a Föld energiaegyensúlyára gyakorolt hatását és az állandó jégtakaró csökkenését méri. De a nem szakértőknek nehéz ilyen mutatókat használni. Ha azt akarjuk, hogy az ilyen mutatók hatással legyenek a vitákra, akkor a számokat szuggesztívebben kell megvilágítani. Az ökológiai lábnyom sikereinek egyik oka az volt, hogy egy könnyen érthető egységgel fejezte ki a környezetre gyakorolt nyomást. Sok megfigyelő számára a környezeti lábnyomot a korlátai problematikussá teszik. De tekintettel az éghajlatváltozás-korlátozás céljára, a környezeti lábnyom – mint a Föld regenerálódási képességére az emberiség által különböző formákban gyakorolt nyomás általános mutatója – mégis opció lehet. Ilyen mérőeszköz a célzottabb szénlábnyom vagy a CO₂-háztartás rokon fogalma.

3.4. A bizonytalanság is normatív

184. A technológiai kérdések mellett a fenntarthatóság egyetlen mutatóval való mérése súlyos normatív kérdésekkel is szembesítene minket. A fenntarthatóságnak ugyanis annyi indexe lenne, ahány normatív meghatározása van annak, hogy mit is akarunk fenntartani. A nemzeti számlák sztenderd gyakorlatában a preferenciák meghatározásának normatív kérdése elkerülhető azzal a feltételezéssel, hogy a megfigyelt árak tükrözik az emberek valós preferenciáit. A statisztikus tehát nem áll explicit normatív választás előtt. De ha tekintetbe vesszük, hogy a piaci árakban nem lehet megbízni, akkor alternatív imputált árakkal kell számolni, amelyek már erősen függnek normatív választásoktól.

185. Meg tudjuk oldani ezt a normativitási kérdést? Lehet próbálkozni empirikus megoldással, például úgy, hogy megfigyelések alapján – a környezeti javaknak a szubjektív jóllétre gyakorolt hatásait közvetlenül mérő számok vagy értékelő kérdéscsomagok felhasználásával – összevetjük, miként értékelik az emberek a környezeti tényezőket a gazdaságiakhoz képest. De képesek-e ezek a jelenlegi, mai sajátos gazdasági, környezeti feltételekben kialakított esetleges értékelések vagy szubjektív mutatók előrevetíteni a majdani, valószínűleg változó környezetben élő jövő generációk értékelését? Lehet például azzal érvelni, hogy leszármazottaink igen érzékenyek lesznek néhány olyan környezeti adottság és feltétel relatív hiányára, amelyekre mi jelenleg, viszonylagos bőségük miatt kevés figyelmet fordítunk, s éppen emiatt szükséges ezeknek a javaknak nagy értéket tulajdonítanunk már most, arra gondolva, hogy leszármazottaink várják el ezt tőlünk.

186. Az ilyen normatív kérdésekre egy másik példa annak meghatározása, miként összesítsük a fenntarthatósági indexek az egyéni preferenciákat. Ez függ attól, hogy a jelenlegi jóllét mérése során miként vesszük számításba az elosztási megfontolásokat. Például ha úgy tartjuk, hogy a jelenlegi jóllét fő mutatója inkább a lakosság alsó 80 százalékának vagy alsó 50 százalékának a rendelkezésre álló jövedelme, nem pedig a teljes népesség jövedelme, akkor a fenntarthatósági indexeket ehhez az objektív működéshez kell igazítani. Ez összhangban lenne a Brundtland-féle

fenntarthatóság definíciójának néhány gyakran figyelmen kívül hagyott megfontolásával, így mind a generációkon *belüli*, mind a generációk *közötti* forráseloszlás terén megfogalmazott aggodalmakkal. Egy olyan világban, ahol az országokon belüli egyenlőtlenségek növekvő trendet mutatnak, a fenntarthatósággal kapcsolatos üzenetek céljainktól függően változni fognak. Az elosztási kérdésekre fordított figyelem akár azt is felvetheti, hogy a fenntarthatóság szempontjából fontos tőkejavak listáját bővítsük: a lakosság alsó x százaléka jóllétének fenntarthatósága szükségessé tehet néhány specifikus beruházást olyan intézményekben, amelyek a lakosságot megóvják a szegénységtől. Elvileg a kibővített vagyona alapozó elméleti keretek jelzik, miként értékeljük ideálisan az ilyen „intézményi” beruházást. De szükségtelen mondani, erre való képességünk jövője még távolabbi, mint más javak esetében.

3.5. Az összetettség további forrása: a globális dimenzió

187. A globális összefüggések további problémákat vetnek fel a fenntarthatósági mutatókat illetően. Az ANS mutató hívei azzal érvelnek, hogy a fenntarthatósági problémák általában a szegény, erőforrás-exportáló országokban koncentrálódnak, még ha végső soron az erőforrásokat a fejlett országokban fogyasztják is el. Az érv a következő: ha a piacok jól működnek, akkor a fejlett országok más országok erőforrásaira irányuló nyomását az importáláskor fizetett árak tükrözik. Ha viszont az importjukért fizetett kiadásuk ellenére a fejlett országok pozitív ANS-t tudnak felmutatni, akkor ez azt jelenti, hogy ők maguk eleget fektetnek be a természeti erőforrások általuk történő felhasználásának ellensúlyozására. Akkor viszont az exportáló országok felelőssége, hogy az exportjukból származó jövedelemből elegendő mennyiséget fektessenek be újra, ha meg akarnak maradni a fenntarthatóság útján.

188. Ez a logika a hatékony piacok feltételezésén alapul. Ha a piacok nem hatékonyak, és ha a természeti erőforrások alulárazottak, akkor az importáló országok élvezik az implicit támogatást, míg az exportálók gyakorlatilag adóznak. Ez azt jelenti, hogy a fejlett országok jelenlegi fenntarthatósága túlbecsült, míg a fejlődőké alulértékelt. Ez a probléma még súlyosabb, ha nincs is piac, vagy erős externáliák léte esetében.

189. Ennek illusztrálására képzeljünk el egy egyszerű felállást két országgal, amikor mindkét ország a szabadon rendelkezésre álló közjavaknak minősülő természeti erőforrások készleteire hatást gyakorló módon termel és fogyaszt. Ország2 tiszta technológiát használ, amely nem befolyásolja a természeti erőforrásokat, míg ország1 „piszkos” technológiája az erőforrások elhasználódásához vezet. Fokozzuk az aszimmetriát tovább azzal, hogy tételezzük fel, csak ország2-t fenyegeti adott környezeti jószág romlása. Ország1 számára teljesen közömbös ennek a környezeti elemnek a romlása, mert például földrajzi elhelyezkedése teljes mértékben megvédi a következményektől.

190. Ebben a felállásban természetesen újra kell értékelni ország1 és ország2 vonatkozásában a „kárt okozó” és a „kárt elszenvedő” meghatározást. Kétféleképpen értékelhetjük a fenntarthatóságot. Először is, a természeti erőforrásokat országspecifikus módon (elszámolási árakkal) mérve kell mindkét ország esetében a kibővített vagyon számítását módosítani. A természeti javak közjósággként való kezelésének gondolatát a két esetben eltérően kell alkalmazni, mert a károkozás nem azonos módon érinti őket. Ebben a példában a „kárt okozó” elszámolási ára 0, mert

feltételeztük, hogy a környezeti változások egyáltalán nem érintik, ami azt jelenti, hogy adott környezeti jószágnak semmilyen értéket nem is tulajdonít. Másrészt viszont a „kárt elszenvedő” ország ennek az elemnek pozitív értéket fog tulajdonítani. Ennek a kibővített vagyon fogalmára épülő példának az üzenete az, hogy a „kárt okozó” fenntartható úton van, míg a „kárt elszenvedő” nincs.

191. Bizonyos szempontból helytálló az az állítás, hogy a „kárt okozó” a „kárt elszenvedővel” ellentétben nem szembeesül a jóllét hanyatlásának perspektívájával. De egy másik nézőpontból az üzenet nyilvánvalóan félrevezető. Nincs semmi, amit a „kárt szenvedő” tehet fenntarthatósága helyreállítása érdekében. Csakis a „károkozó” technológiájában tett változtatás segíthet a „kárt elszenvedő” ország fenntarthatóságának helyreállításában. Olyan mutatókra van szükségünk, amelyek közvetíteni tudják az ilyen üzeneteket. A lábnyom típusú indikátorok népszerűsége – minden más korlátjuk ellenére – éppen abban rejlik, hogy a döntéshozókhoz és a közvéleményhez ilyen üzeneteket tudnak eljuttatni. Ez újabb érv a különféle nézőpontok elegyére épülő eklektikus megközelítés mellett. Az országokénti fenntarthatóságra fókuszáló megközelítés egyes dimenziókban hasznos lehet, másokban viszont nem. A globális felmelegedés tipikus példa erre az utóbbi esetre, mivel az éghajlatváltozás perspektivikus következményei nagyon egyenlőtlenül oszlanak meg, anélkül hogy szükségképpen összefügnének az adott ország CO₂-kibocsátásával.

4. Következtetések

192. Összefoglalva: mit tudtunk meg, és mire jutottunk? Ez az utazás a fenntarthatósági mutatók világában kicsit hosszú lett, és nem tudtuk elkerülni teljesen a technikai részleteket. Indikátorok széles választéka érhető már el, és alaposan elemeztük azokat az okokat, amelyek miatt nehéz teljes egyetértésre jutni a fenntarthatóság átfogó értékelését illetően. A fenntarthatóság átfogó értékelése számos feltételezésen és normatív választáson alapul, és további bonyodalmakat okoznak a különböző országok által követett társadalmi-gazdasági és környezeti modellek közötti interakciók. A kérdés valóban igen komplex, még az aktuális jóllét vagy a teljesítmény mérésének szintén bonyolult kérdésénél is összetettebb. De ennek ellenére megpróbálunk néhány, korlátozott számú, és – amennyire csak lehetséges – gyakorlatias ajánlást tenni.

1. ajánlás: A fenntarthatóság értékelése a Bizottság által ajánlott globális indikátorkészleten belül egy jól meghatározott külön csomagot igényel.

193. A fenntarthatóság kérdése komplementer az aktuális jóllét vagy a gazdasági teljesítmény kérdésével, és külön vizsgálendő. A két kérdés ilyen elválasztása triviálisnak tűnhet. Mégis hangsúlyozni kell, mert néhány megközelítés elmulasztja ennek az elvnek az alkalmazását, ami zavaró üzenetekhez vezet. Ez a zavar akkor éri el a csúcst, amikor megpróbálják a két dimenziót egyetlen indikátorba kombinálni. A bírálat nemcsak a kompozit mutatókra vonatkozik, hanem a zöld GDP fogalmára is. Egy analógiával élve, autóvezetés közben nem lenne nagy segítség a vezető számára, ha egy műszer egyetlen számban foglalva mutatná a jármű aktuális sebességét és az üzemanyagszintet. Mindkét információ fontos, de külön-külön feltüntetve a műszerfal jól láthatóan elválasztott részein.

2. ajánlás: A javasolt indikátorcsomag összes eleme közös tulajdonságának kell lennie, hogy információt szolgáltasson az emberi jóllét alapjait jelentő készletek változásairól.

194. A fenntarthatóság mérése érdekében olyan indikátorokra van szükség, amelyek tájékoztatnak minket a jövőbeli jóllét számára fontos különböző tényezők mennyiségeiben végbemenő változás jeleiről. A fenntarthatósági kérdés ilyen megfogalmazása annak elismerésére készült, hogy a fenntarthatóság számos készlet egyidejű megőrzését vagy növelését kívánja meg: nemcsak a természeti erőforrásokét, hanem az emberi, társadalmi és fizikai tőke mennyiségének és minőségének megőrzését és bővítését. Minden olyan megközelítés, amely ezeknek a tételeknek csak egy részére irányul, nem nyújt átfogó képet a fenntarthatóságról.

195. Ily módon a hagyományos nemzeti számlák indikátorai által jelzett üzenetek számos zavaró momentumra elkerülhetők. Például a GDP-mutatóval kapcsolatban gyakori bírálat, hogy az ökológiai katasztrófákat gazdasági áldásként láttatják, mert a helyreállítások többlettevékenységeket generálnak. A fenntarthatóság készlet szemléletű megközelítése nyilvánvalóan elkerüli a kétértelműséget, és a katasztrófákat a természeti és fizikai tőkét romboló eseményként fogja kezelni. Minden adott katasztrófával összefüggő gazdasági tevékenységnek csak annyiban lesz pozitív értéke, amennyiben visszaállítja a tőkekészletek katasztrófát megelőző szintjét.

3. ajánlás: A fenntarthatóság valamilyen monetáris indexének helye van az indikátorkészletben, de a jelenlegi tudásszintünkön lényegében a fenntarthatóság gazdasági vonatkozásaira kell korlátozódnia.

196. A fenntarthatóság készlet szemléletű megközelítése két változatban képzelhető el. Az egyik változat külön-külön vizsgálja az egyes készletek változásait abból a célból, hogy minden szükséges módon megakadályozza a további csökkenésüket, vagy legalábbis a jövő jóllétét veszélyeztető küszöb alá süllyedésüket. Vagy: megkísérélhető a készletek változásainak szintetizált számokban való összesítése.

197. Ezt a második utat járják azok a megközelítések, amelyek az ún. kibővített vagyon vagy kiigazított megtakarítások fogalmán alapulnak, amelyekben közös az az elképzelés, hogy a szóban forgó javak valamilyen pénzbeli egyenértékre válthatók. Az ilyen megközelítésekben rejlő lehetőségeket és korlátokat egyaránt megvitattuk. Bizonyos feltevések mellett ezek lehetővé teszik a nem fenntarthatóság számos formájának előrejelzését, de a követelmények igen nagyok. Ennek oka, hogy az ebben a megközelítésben szükséges összesítés nem alapulhat piaci értékeken: a jövőbeli jóllét szempontjából fontos javak nagy részét illetően nem állnak rendelkezésre piaci árak. És ha léteznek is, nem biztosítják, hogy megfelelően tükrözik, miként befolyásolják ezek a javak a jövőbeli jóllétet. Ilyen árüzeneteknek a hiányában imputált mutatókhoz kell fordulnunk, ami mind normatív és információs nehézségeket is felvet.

198. Mindez egy jóval szerényebb megközelítés mellett szól, azaz csak azoknál a javaknál fókuszáljunk a monetáris összesítésre, amelyek esetében léteznek elfogadható értékelési technikák, mint a fizikai, az emberi és a természeti tőkék piaci csere tárgyát képező tételeinél. Ez többé-kevésbé megfelel a Világbank és nyomában más szerzők által továbbfejlesztett számítások szerint készült „kiigazított nettó megtakarítások” keményebb részeinek. Ennek az indexnek a még intenzívebb „zöldítése” természetesen lehet releváns cél, amit napirenden tarthatunk, de tudjuk, hogy

az elemző apparátus igen komplex: a környezet és a gazdaság közötti interakciókat elemző olyan nagy modellek kel-
lenek, amelyek előrevetítik a különböző javak relatív hiányaiban és a relatív elszámolási árakra gyakorolt hatásaikban
végbemenő változásokat, valamint lehetővé teszik az interakciókat alakító bizonytalanságok és vissza nem fordítható
jelenségek megfelelő kezelését. Mindeközben ezt az indikátort arra kell irányítanunk, amit viszonylag jól csinál, azaz
a fenntarthatóság „gazdasági” összetevőjére, arra, hogy vajon az országok túlfogyasztják-e gazdasági vagyonukat,
vagy sem.

4. ajánlás: A fenntarthatóság környezeti összetevői jól megválasztott fizikai indikátorokra alapozott külön követést igényelnek.

199. Ami a környezeti fenntarthatóságot illeti, a monetáris megközelítések korlátai nem azt jelentik, hogy a környe-
zetben okozott károk pénzre való átszámítására irányuló erőfeszítések ne lennének többé szükségesek: köztudott,
hogy a bármilyen monetarizálással szembeni fellépések gyakran olyan politikákhoz vezetnek, amelyek úgy tekin-
tenek a környezeti javakra, mintha nem is lenne értékük. A helyzet azonban az, hogy messze vagyunk még attól,
hogy megállapítsuk a környezeti javak pénzbeli értékeit, amelyeket aztán más tőkejavak piaci áraival megalapozottan
össze tudnánk vetni. Tudatlanságunknak ebben az állapotában az óvatosság vezérelve alapján jogos az igény a kör-
nyezeti javak elkülönült követésére.

200. Az elkülönült kezelésmód másik oka az, hogy a környezeti kérdések gyakran globális közjavakhoz kötődnek,
mint amilyen például az éghajlat kérdése. Ezekben az esetekben a sztemerd kibővített vagyon megközelítéssel az
a probléma, hogy lényegében az országspecifikus fenntarthatóságokra összpontosít. A globális közjavak esetében
azonban különböző országoknak a globális nem fenntarthatóságokhoz való hozzájárulása a kérdés.

201. Az ökológiai lábnyom lehetne az ilyen típusú követés eszköze. Különös előnye a kiigazított nettó megtakarí-
tások mutatójához képest, hogy a globális nem fenntarthatósághoz való hozzájárulásokra fókuszál, mégpedig azzal
az üzenettel, hogy a fejlett országoké a fő felelősség. Emellett a korlátait is látni kell; nevezetesen azt, hogy ez a
mutató távolról sem csak a környezetre gyakorolt nyomás tiszta fizikai indikátora, hanem problematikusnak mond-
ható aggregálási szabályokon alapul. Valójában a nem fenntarthatósághoz való nemzeti hozzájárulásokról gyűjtött
információk a szénlábnyom egyszerűbb mutatóján alapulnak. Így ez a mutató az éghajlatra gyakorolt emberi nyomás
mérésének egyik jó eszköze lehet az éghajlatkutatók által javasolt több – a jelentés technikai fejezeteiben áttekintett
– más mutatóval együtt.

202. A környezeti fenntarthatóság más aspektusai – például a levegő- és vízminőség, biodiverzitás stb. – vizsgálá-
takor ismét csak meríthetünk ezekből a nagy eklektikus készletekből. Az ilyen készletekben már használatos indiká-
torok közül csak néhányat említve: szmogot előidéző szennyező anyagok, vízbe jutó tápanyagok, természeti fajok
sokasága, természetes élőhelyek más célra való felhasználása, halak biológiai reprodukciós szinten felüli túlhalászása
stb. Ma, a vita jelenlegi állása szerint a közgazdászoknak nincs olyan sajátos tudásuk, ami alapján megjelölhetnék
a helyes választásokat. Ezért mi sem javasunk itt semmilyen zárt indikátorlistát.

203. Röviden: az a gyakorlatias kompromisszumunk, hogy egy kis mutatókészletet javasolunk, amely szilárdan a fenntarthatóság készlet alapú megközelítésének logikájára épül, és amely kombinálja a következőket:

- egy olyan indikátort, ami többé-kevésbé a kibővített vagyon megközelítésből származik, és ami „zöldített”, amennyire jelenlegi tudásunk alapján lehetséges, de amelynek fő funkciója az, hogy a „gazdasági” nem fenntarthatóságról adjon figyelmeztető üzeneteket. Ennek a gazdasági nem fenntarthatóságnak oka lehet az alacsony megtakarítás, az alacsony oktatási beruházás vagy a fosszilis források kitermelésének jövedelméből finanszírozott beruházások elégtelen hatékonysága (az ilyen jövedelemforrásokra jelentős mértékben hagyatkozó országok esetében);
- jól megválasztott *fizikai* mutatókat, amelyek a környezeti fenntarthatóság azon dimenzióira összpontosítanak, amelyek már jelenleg fontosak, vagy amelyek a jövőben fontosakká válnak, és amelyeket nehéz monetáris eszközökkel megragadni.

204. Ez a forgatókönyv több ponton közelít több más, e témával foglalkozó jelentés következtetéseire, így az OECD/Eurostat/UNECE fenntarthatóság-méréséről készült nem régi jelentéséhez, amelynek következtetéseit 2008-ban tették közzé, vagy a francia Gazdasági, Szociális és Környezeti Tanács 2009-ben kiadott jelentéséhez. Különösen az első az, amely erőteljesen érvel a fenntarthatóság készlet alapú megközelítése mellett, és néhány mutatóból álló készletet javasol a megalapozottan monetarizálható javak külön kezelésére, míg a többi jószág esetében külön fizikai mérőeszközöket tart szükségesnek (lásd *Függelék*). A második figyelmeztet az ökológiai lábnyom éghajlatváltozással kapcsolatos korlátaira, és a szénlábnyom-index mellett érvel. Az ilyen típusú közeledés biztató, azt sugallja, hogy a korábban leírt viszonylag zavaros helyzetből folyamatosan elmozdulunk a fenntarthatósági kérdések megértésének a korábbinál nagyobb egyetértésen alapuló keretei felé.¹⁰

[...]

205. Egy további kérdés a felhasználók számára nyújtandó iránymutatás a javasolt indikátorkészlethez. Figyelmeztetni kell arra, hogy a mutatók adott, korlátozott köre nem vállalhatja fel teljes bizonyossággal az igen összetett rendszer fenntartható vagy nem fenntartható jellegének előrejelzését. A cél inkább az, hogy olyan eszközeink legyenek, amelyek a nem fenntarthatóság magas kockázatot mutató helyzeteiben figyelmeztető jelzést küldenek. Bármit is teszünk, a mutatókészletek és indexek a történetnek csak az egyik részét alkotják. A fenntarthatóságot értékelő legtöbb erőfeszítésünk arra összpontosul, hogy többet tudjunk a gazdaság és a környezet jelenlegi és jövőbeli egymásra hatásáról.

¹⁰ Bizonyos pontokon közeledés volt tapasztalható azokban az észrevételekben is, amelyeket az Európai Környezeti Ügynökség (European Environmental Agency) fogalmazott meg e jelentés első tervezetére adott válaszában.

Függelék

A UNECE/OECD/Eurostat fenntarthatóság-méréssel foglalkozó munkacsoportja által javasolt fenntartható fejlődés mutatói (2008)

A mutató területe	Készletmutató	Folyamatmutató
Alapvető jóllét	Egészséggel kiigazított várható élettartam	Korspecifikus halálozási és morbiditási változások mutatója
	A lakosságon belül a középfok feletti képzettséggel rendelkező aránya	A középfok feletti oktatásban résztvevők
	A normálistól eltérő hőmérséklet	Üvegházhatású gáz kibocsátás
	A földfelszín ózontartalma és szállópor-koncentrációja	Szmogképző szennyező kibocsátása
	A minőséggel kiigazított víz elérhetősége	A vízkészletek tápanyag-feltöltése
	A természetes élőhelyek töredezettsége	A természeti élőhelyek átalakítása más célokra
Gazdasági jóllét	Az <i>egy főre</i> eső nettó külföldi pénzjavakkal való rendelkezés	Az <i>egy főre eső</i> külföldi pénzügyi befektetések
	Az <i>egy főre</i> eső megtermelt tőke	A megtermelt tőkébe történt <i>egy főre</i> eső beruházások
	Az <i>egy főre</i> eső emberi tőke	Az emberi tőkébe történt <i>egy főre</i> eső beruházások
	Az <i>egy főre</i> eső természeti tőke	A természeti tőke kiaknázásába történt <i>egy főre</i> eső beruházások
	Energiaforrások tartalékai	Az energiaforrások kiaknázása
	Ásványi források tartalékai	Az ásványi anyagok kiaknázása
	Fakészletek	A fakészletek kiaknázása
	Tengeri források készletei	A tengeri erőforrások kiaknázása

Hivatkozások

- Fleurbaey M., E. Schokkaert and K. Decancq (2009): *What good is happiness?* CORE Discussion Paper, 2009/17, Université catholique de Louvain, Belgium. Computations based on data from the *Russia Longitudinal Monitoring Survey*.
- Krueger, A. B., D. Kahneman, D. Schkade, N. Schwarz and A. Stone (2008): National Time Accounting: The Currency of Life. In A. B. Kruger (ed.): *Measuring the Subjective Well-being of Nations: National Accounts of Time Use and Well-Being*. University of Chicago Press, Chicago, 9–86. <http://www.nber.org/chapters/c5053>
- Nordhaus, W. and Tobin, J. (1973): Is Growth Obsolete? In Milton Moss (ed.): *The Measurement of Economic and Social Performance, National Bureau of Economic Research*. NBER, Cambridge, MA, 509–564. <http://www.nber.org/books/moss73-1>
- Osberg, L. and Sharpe, A. (2002): An index of economic well-being for selected countries. *Review of Income and Wealth*, September.