

25. Moxon, D.: Sentencing Practice in the Crown Court. Home Office Research Study No. 105. London, 1988. 6. old. és Van Kalmthout, A. M. — Tak, P. J. P.: Sanctions System... 274—275. old.
26. Van Kalmthout, A. M. — Tak, P. J. P.: Sanctions System... 291—293. old.
27. Patterson, T. — Bagge, L. — Bishop, N.: Sojourns away from the Prison, Stockholm, 1979. Inprisonment and the Criminal Justice System in Sweden. Stockholm, 1980.
28. Szük László: A rövid tartamú szabadságvesztés. *Publ. Jur. et Pol.* Miskolc, 1987.
29. Nagy Ferenc: A büntetésvégrehajtási intézetek túlterheltségéről. *Belügyi Szemle*, 1986. 12. szám, 50. old.
30. Kabódi Csaba: Alternativitás és az emberi szabadságjogok, különös tekintettel a nemzetközi szerződéseinkből fakadó kötelezettségeinkre. Kézirat. 1989. 12—13. old.

C. WOLFGANG MÜLLER:

HOGYAN VÁLT HIVATÁSSÁ A SEGÍTÉS. I. KÖTET. A SZOCIÁLIS MUNKA MÓDSZERTANÁNAK TÖRTÉNETE. 1883—1945.

1988. Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Minden történeti munka — ha jó — a mához és a máról (is) szól. Ilyen ez a könyv is. Milyen problémákkal kell ma szembenéznünk szociális munkásként? Vannak-e olyan — mondjuk — tudományos módszerek, melyekkel hatékonyabb munkát végezhetünk? A válasz természetesen igen — ha a miénknél hosszabb utat bejárt országok szociálismunkás-képzésének irodalmát megnézzük.

A recenzált mű egy nyugat-berlini professzor tankönyvként használt munkája, a szociális munka gyakorlata című tárgy oktatásában. Üdítő olvasmány, élvezetes stílusban, képekkel illusztrálva.

Mivel is kezdődhet egy könyv, mely a szociális munka történetéről szól? Vagy azzal, hogy már a régi görögök is..., vagy azzal, hogy már a Bibliában is... Itt az utóbbi megoldást választja a szerző: egy történetet kezd elemezni bevezetőjében, mely a gyakorló felebaráti szeretet módszertani buktatóit mutatja be.

A történet az irgalmas szamaritánusé, aki az úton a rablók által helybenhagyott ember sebeit ellátja, az embert elviszi egy fogadóba, ott pénzt ad a fogadósnak a további esetleges költségekre, aztán megy tovább a dolgára. Több szempontból példaszzerű az eset. A jószívű samáriainak kellett, hogy legyen megosztanivalója (sebkötéshez, szállításhoz és a további ellátáshoz). Figyeljünk: a felebaráti szeretet önmagában nem elég sebek ellátásához! Továbbá: a történet egyetlen esetről szól, ez az eljárás nem valószínű, hogy megismételhető lett volna, ha az irgalmas szamaritánus másodszer, harmadszer stb is találkozott volna szerencsétlen helybenhagyott sorstársaival a Jeruzsálem—Jerikó útvonalon. Hogyan folytatta volna az evangélium szerzője a történetet, ha netán minden nap több hasonló esettel találkozott volna az irgalmas szívű? Elképzelhető — könyvünk szerzője legalábbis így gombolyítja tovább —, hogy a szamaritánus egyre több sebkötözésre alkalmas eszközt, szállító szamarat stb. fog magánál tartani és szinte egy mozgó elsősegély-szolgálatá válik. De végül is felmerül a kérdés

— hiszen emberünk mégiscsak kereskedő —, hogy ellenszolgáltatás nélkül meddig nyújthat ilyen mennyiségben segítséget? Ha azonban tevékenységét megfizetik, lehet, hogy egyre több utazó, kereskedő fog hasonló tevékenységbe fogni. De mi legyen azokkal, akik nem tudják a segítség fejében nyújtandó anyagi ellenszolgáltatást megfizetni? Csak nem hagyják ott az úton, vérében fekvve? Feltehetően a gyakran utazó kereskedők biztosítást fognak kötni. Az egyes helyzetből tömeges jelenséggé lett könyörületesség ily módon teszi az irgalmas samaritánust az országút profi segítőszolgálatává. Vagy esetleg megszervezi a veszélyes útvonalon közlekedők csapatát, hogy ne egyedül induljanak el.

Lukács a felebaráti szeretet példájaként meséli el a történetet, mégpedig a samáriai utazó szempontjából. Próbáljuk újra átgondolni a történetet, de most a helybenhagyott utazó szempontjából miféle közbiztonság az olyan, hogy fényes nappal, a forgalmas Jeruzsálem—Jerikó útvonalon kiraboljanak és megtámadjanak egy békés utazót? Az adófizetők pénzéből a közbiztonsági szolgálatra ténylegesen többet kellene áldozni, vélheti az utazó. Vagy gondoljuk át a történetet, de most, harmadjára, az útonálló szempontjából.

Vajon mi vihette rá a történetnek a színen meg sem jelenő szereplőjét, hogy azt tegye, amit tett? Lehet, hogy egy olyan nomád törzshöz tartozott, akik egy hosszan tartó klímaváltozás következtében elvesztették addigi legelőiket és éhínség pusztít közöttük?

A szociális munka legkülönbözőbb problémáit felvető, az olvasók érdeklődését felkeltő bevezetést azért próbáltam ilyen hosszasan idézni, mert talán érzékelteti a könyv könnyed, szórakoztató stílusát, a módot, ahogy ismert történetekre rácsodálkozhat.

A folytatás a továbbiakban „klasszikus”, hiszen a szociális munka története az iparosodás történetével fut közös szálon. A könyv három színhelye az ipari fejlődés, a „modernizáció” három országa: Anglia, Németország és az Egyesült Államok.

Samuel és Henrietta Barnett, a settlement mozgalom megalapítóinak munkásságát mutatja be a könyv 2. fejezete. Megtudjuk, hogyan vezetett Barnett útja az első settlement, a Toynbee Hall megalapításáig — az érdeklődő cambridge-i diákok levele és az ugyancsak érdeklődést mutató volt oxfordi diáktársak támogatása nyomán. Itt a szegénygondozás, a szociális munka addig teljesen szokatlan formája alakult

ki. A lelkész és felesége nem volt hajlandó arra, amit tulajdonképpen mindenki elvárt volna tőlük azaz, hogy jótékony adományokat osztogatva enyhítsenek valamit (természetesen csak az arra érdemeseket részesítve könyöradományokban) a londoni nyomoron, és egyúttal a gazdagok lelkiismeret-furdalását is megszüntessék, elfogadva a jótékony célra felajánlott pénzüket. A jótékony adományok szétosztását az arra érdemesek között, mint az egyik fő lelkészi feladatot, ugyanis elutasították, mivel az emberek megalázásához vezető utat láttak benne. Ehelyett azt akarták, hogy mindenki maga legyen képes emberhez méltó életet teremteni magának, s ehhez kívántak segítséget adni, különböző *módszerek* alkalmazásával. De mire idáig jutottak, sok éves tapasztalatuk volt a nyomorban élőkkel. Henrietta már fiatal lányként megismerkedett Bristol munkásnegyedeivel s mint a 19. század utolsó harmadában gyakorolt angol szegénygondozás „részesé”, ő is részt vett több „jó házból való úrilány” társával együtt olyan családlátogatásokon, melyek célja egyértelműen az „érdemesség” kiderítése volt. Későbbi férje is Bristolban ismerte meg a szegények életét, s alakította ki elképzeléseit a szegénység okairól. Henrietta Barnett visszaemlékezéseiből válik világossá az olvasó számára, hogyan jutott el a szinte eredménytelen lelkész-feleségi jótékony tevékenységtől az új utakon járó valódi szociális munkási attitűdig.

Egyik céljuk az volt, hogy kapcsolat alakuljon ki a settlement tanult lakói és a környék szegényei között. Ezt a megismerési folyamatot alapvetőnek érezték és minden lehetséges eszközzel elő is segítették. Együtt ült vacsoráikon a környék kiérdemesült prostituáltjával az esetleges támogatást nyújtó arisztokrata, ugyanolyan kézzel frott meghívó birtokában. Kortárs művészek tárlatvezetéssel egybekötött kiállítását rendezték a környék lakóinak. Barnett igen rossz véleménnyel volt az oktatási rendszerről, hiszen lépten-nyomon azzal találkozott, hogy a rosszul képzett emberek nem képesek jól fizető munkához jutni. Ezért nem is az iskolábajárásra kapacitált, hanem csoportokat szervezett, ahol releváns tudást szerezhettek az érdeklődők. Mindezen munkák és a zajló élet közepette minden egyes, a settlementben szociális munkát végző lakó számára biztosította azt a heti fél órát, amely csak Barnetté és a szociális munkásoké volt, megalapítva ezzel a szupervíziós munkát.

Újabb és újabb problémák felmerülésére újabb és újabb válaszok voltak. Nem kerülhették ki pl. a lakásinszégéből fakadó gondokat. Ezekre válaszul szervezték meg — saját vagyonukból adva az induló tőkét — az első, kertvárosi lakásokat építő bérlőközösségeket.

Módszertani hármasszabályuk így foglalható össze: társasélet — képzés — szabadidő.

Természetesen nemcsak barátokra tettek szert radikálisnak tekinthető munkájuk kapcsán. Gúnyrajzok jelentek meg róluk, mint akik zongoramuzsikával akarják jóllakítani a rongyosokat, s a dühös ellenkezést csak a kötelező angol jómodor tompította egy-egy Barnett-féle előadás után, ahol is mint keresztény követelte a tisztességes munkabért, a munkaidő rövidítését, a nők munkalehetőségét, valamint az állam felelősségét abban, hogy ingyenes oktatást, egészségügyi ellátást biztosítson mindenkinek stb.

Van-e aktuálisabb üzenet, mint ezé a 19. század végi emberpáre? Együtt élve, dolgozva, egy radikális elképzelést mindenki ellenében véghezvinni, harcolni azok helyett, akik ezt nem tudják megtenni, támogatni azokat, akik tudnak magukért harcolni.

A következő helyszín Amerika, Chicago. Jane Addams, 28 éves, felsőfokú tanulmányokat végzett gazdag amerikai lány, aki második európai útja alkalmával felkeresi a Toynbee Hall-t 1888-ban. Nem talált magának való foglalkozást addig, amíg meg nem látta a londoni settlementet. Nem volt képzett szociális munkás, de annyira mély benyomást gyakorolt rá Barnették működése, hogy a következő évben már be is indította Amerika első settlementjét, a chicagói Hull House-t. Nem ismerte sem ő, sem társnője, Ellen Starr, az amerikai munkások életét vagy az ipari nagyvárosok kommunálpolitikai gondjait. De merészen belevágtak, lelkesek és jószándékúak voltak. Abban az időben Chicagóban forrongott az élet: a gyárosok, üzlemberek az „anarchista agitáció” letörését követelték, a szakszervezetek elvisekelhető munkakörülményekért, nyolcórás munkaidőért, gyári törvényért szálltak harcba, a bevándorlók tömegei pedig a frontok között egy-egy munkahelelyet és egy-egy olyan helyet akartak szerezni maguknak, ahol álomra hajthatják fejüket. A város liberális polgárai békét óhajtottak az osztályok között és rokonszenvvel fogadták Addamsékat.

Mivel a zömében olasz eredetű bevándorló szomszédságot is megnyer-

ték — mégpedig olyan olvasóesték tartásával, ahol egyértelművé tették, hogy elfogadják a munkások olasz kultúráját —, rövid időn belül ki sem látszottak a munkából, hiszen őket hívták ha pl. újszülött érkezett, ha gyereket kellett pesztrálni. Így nemsokára óvodát, klubot, lánycsoportot hoztak létre a mindig hangos házban, később felnőttoktatási feladatokat is végeztek. Az első évben 1000, a másodikban már 2000 ember fordult meg náluk. Céljuk volt, hogy a mindig is élő, szomszédsági kapcsolatokban rejlő erőt fejlesszék, erősítsék. Ahogy megismerték „klienseiket”, egyre világosabb lett számukra, hogy feladatuk az ilyen típusú csoportontudat erősítése. Egyre inkább politikai érdeklődésűvé váltak a bővülő számú munkatársak, belátván, hogy az életkörülmények jobbítását csakis a munkakörülmények radikális javításával lehet elérni. Nem a társadalmi berendezést akarták átalakítani, nem forradalmárok voltak a Hull House munkatársai, de aktívan politizáltak. Addams tevékenységi köre főként három területet ölelt fel: a gyermekvédelmet, a nők egyenjogúsítását folytatott harcot és a békemozgalmat. Megszívlelendő *módszerük*: a másság tisztelete, a csoportok megtanítása egymás megismerésére és tiszteletére, lehetőség teremtése a megismerésen keresztül a tanulásra.

A színhely továbbra is Amerika, Baltimore. A következő fejezet főhőse Mary Richmond, aki az ottani Charity Organization Society (COS) alkalmazásába kerülve válik fontossá a *módszertan történetében*. A COS-t 1877-ben alapította Buffalóban S. H. Gurteen, azzal a céllal, hogy pontosan fel lehessen mérni, kik azok, akik támogatásra szorulnak, és honnan lehet pénzt szerezni számukra. A szegény-regiszter előállítását itt is a már emlegetett családlátogató hölgyek segítségével történt. Mary Richmond 6 évvel Addamsék settlement alapítása után úgy ítélte meg egy előadásában, amelyet a baltimore-i női kollégium társadalomtudományi munkacsoportja számára tartott, hogy bár érthető, ha a frissen végzett hölgyek egymás között óhajtanak maradni egy settlementben, és ily módon javítani az amerikai elesettek katasztrofális helyzetén, de mégsem a settlement az igazi út. A már meglévő, de rosszul működő jóléti intézményekbe kell menni, és azokat megjavítva, az eseti munkákra helyezni a súlyt. Kitűnő szervező és tárgyalópartner volt, a szociális munkát „üzleti” szellemen s alapon szervezte. Legfőbb tö-

rekvése volt, hogy olyan, egyre képzetlenebb munkatársai legyenek, akik segítségével a lehető leghatékonyabban legyenek felhasználva a „felhajtott” támogatások. Richmond nyomán terjedt el Amerikában a 19. század utolsó évtizedében az a felfogás, miszerint nem a segítségkérőknél kell a pénzt „beinvestálni”, hanem a kvázi professzionális segítőkénél.

Később, amikor már docensként oktat, három problémakört emel ki, amely a leendő szociális munkások képzésében alapvető: a dolgok kiderítésének művészetét; a családlátogató és a problémákkal küszködő család közötti kapcsolat teremtésének művészetét; és az élethelyzeteknek megfelelő tanácsadásának művészetét. Később igen széles körű adatgyűjtést kezdett, kutatói munkája alapján 1917-ben megírta a több mint 500 oldalas „Szociális diagnózis” c. könyvét, amely az egyedi esetkezelés egyik alapműve lett az USA-ban. Véleménye jól összegezhető az alábbi idézettel: „Maradjon csak az egyedi eseteknél... ha az egyedi esetet jól megoldotta — tanácsolta egyik szociális munkásának —, ebben az egész szociális reform teljességét ragadta meg.”

Amerikából Németországba vezet minket a könyv, ahol ismét egy helyét nem találó bankárlánnyal találkozunk, aki nem nagyon viselte el, hogy mint egy rendes, jó házból való úrilánynak, fő tevékenységén — a házasságra váráson — kívül, a kanárik etetése és a viráglocsolás töltse ki az életét. Alice Salomon 1893-ban, 21 évesen kötelezte el magát szociális munkásnak, amikor a berlini tanácsházán megalapították „a szociális segítőmunka leány- és asszonycsoportját”. Önkéntes munkát végeztek bölcsődéktől kórházakig. Mivel egyre nagyobb hiány mutatkozott képzett segítőkben, 1899-ben beindították az akkor még önkéntes képzést. Az oktatás bővült. Az az iskola, melyet Salomon a saját pénzen később felépíttett (1908-ban az első szociális nőiskolát Berlinben), ma is áll és működik, szociális munkásokat és szociálpedagógusokat képeznek benne. 1911-ben Salomon és a „csoport” támogatta a berlini varrónőknek a 10 órás munkaidőért folytatott sztrájkját, mivel a női feladatok ellátásához való időt fontosnak vélték. Más politikai ok nem játszott szerepet náluk a sztrájk támogatásában. Ennek következtében Salomonnak vitája támadt Lily Braunnal, aki azzal vádolta őt, hogy a munkások aktivitását rossz irányba befolyásolja. Beszélgetésük során ilyen alap-

vető kérdések merültek fel Alice számára: lehet-e szociális munkával egy jobb világot létrehozni? Nem volna-e helyesebb az egész társadalmi rendet radikálisan megváltoztatni? Mi mellett kötelezze el magát az ember, a reform vagy a forradalom mellett? De ugyanannyira nem lett forradalmár — pedig még August Bebel is fáradozott meggyőzésén —, mint a Barnett házaspár, Jane Addams vagy Mary Richmond. Jelentősége abban van, hogy a jóakarató közép- és felsőosztálybeli hölgyeket mozgósította, számukra képzést szervezett, és ezt a területet a nők számára kitágította.

Alice Salomon is megírja (1923-as amerikai látogatása után) a „Szociális diagnózisok” c. tankönyvét. Itt olvashatjuk a számunkra ma is fontos *metodikai alapelvet*: a gondozás, az eseti munka alapja, hogy a problémával küszködőnek is segíteni kell abban, hogy az adott világba beilleszkedjék, de a világot is úgy kell alakítani a problémával küszködő körül, hogy képes legyen erejét és képességeit kibontakoztatni.

Feltehetően azért, mert a nyugat-német képzési rendszerben a szociális munkásokat zömmel a szociálpedagógusokkal együtt képzik, a könyv meglehetősen nagy helyet szentel az ifjúsági csoportmunka történetének. A 6. fejezet „A fiatalok csoportok nevelési erejének felfedezése” alcímet viseli. Mind a polgári, mind a munkásfiatalok körében kialakult mozgalmakat tárgyalja a múlt század végétől kezdve, melyek módszertani alapjait a század vég Berlinjében rakták le.

A szociális munka reformálásának ideje az első (weimari) köztársaság idejére esett. Sajnos mindössze öt év állt a köztársaság rendelkezésére, hogy a világháborút követően meg hozza, finanszírozza, és az egyre elkeseredettebben harcoló reakció ellen meg is védelmezze az idevonatkozó törvényeket. Müller professzor szerint a három legfontosabb reformintézkedés: a családgondozás bevezetése, az önálló ifjúsági hivatalok (Jugendamt) felállítása, és a gondozás módszertanának kifejlesztése volt.

Vajon miért jelentett az egységes családgondozás a 20. sz. eleji Németországban akkora gondot? Ennek oka, hogy az ellátás a bismarcki elveken alapult és két szinten zajlott: egyrészt volt egy biztosítási rendszer, mely betegség, öregség, majd később munkanélküliség ellen biztosította azokat, akik valamely szolgálatban álltak, s fizették a kötelező biztosítási díjat. A másik

póluson pedig a szegénygondozás szerezte, ahol szigorúan megvizsgálták, ki és mennyi ideig kaphatja a viszonylag kevés ellátást. És hogy biztosan ne legyen visszaélés, vagy a túlságosan „vajszívű” családlátogató nehogy pazarolja az adófizetők pénzét, kialakították az ún. belső- és külső szolgálat rendszerét (az utóbbiak jártak a helyszíneken, az előbbieket voltak hivatva felülbírálni a javaslatokat). A Weimari Alkotmány elvi lehetőséget adott egy nem diszkriminatív gondozási gyakorlat megvalósítására.

A reformerek leginkább az 1910 körül felállított önálló ifjúsági hivatalok működésében bíztak. Itt tanácsadás, szociális munkások képzése, és jogi segítségnyújtás egyaránt folyt. Működésében mintaszerűnek volt mondható a berlini Prenzlauer Berg nevű munkáskerületben működő ifjúsági hivatal, melynek vezetését 1921-ben vette át Dr. Walter Friedlander ügyvéd, aki egyúttal fiatalok bírja és elszánt iskolareformer volt. Segítői ifjúsági mozgalmak vezetői, nőmozgalmak aktivistái, pszichoanalitikusok és munkásjóléti harcosok közül kerültek ki.

A *metodikai fejlesztés* ebben az időben főleg az egyedi esetkezelés módszertanánál látszott. A szociális munka és az orvostudomány kapcsolata látható pl. Sidy Wronsky és Arthur Kronfeld 1932-ben megjelent „Szociálterápia és pszichoterápia a gondozási módszerekben” című könyvében. Az amerikai *case work* nyomán dolgozva, eseteket feltárva próbálták meg a diagnózis-terápia orvosi szempontjait belevinni a szociális munka módszereibe. Az a liberális pszichológiai beállítódás, amely jellemző a kor e fontos módszertani művére, a nemzeti szocialista nézeteket egyre inkább magukévá tevő kritikusok céltáblája lett. És így érkezünk el a szociális munka történetének legszomorúbb szakaszához, a szociális munkások szerepéhez a harmadik birodalom időszakában.

Az egyedi esetkezelés lehetetlenné vált a problémák halmazában: a 30-as évek elején Németországban 30%-os volt a munkanélküliség, emiatt a biztosítási rendszer összeomlott, mert nem voltak a biztosítási díjat fizetni tudó dolgozók. A liberalizmustól, szocializmustól, parlamenti demokráciától elfordulva, a társadalom erős kezű vezetőt óhajtott. Az osztályharc gondolatától eljutott a rasszista harchoz, a „Jugendamt” intézményétől a „Gesundheitsamt”-hoz. A nemzetiszocialisták 1933-ban, kampányuk során még csak a német nemzet kihalásának víziójával

ijesztgették honfitársaikat. A szociális munkásokat csak valamivel később használták fel arra, hogy a nemzet egzenikai céljait is szolgálják. Feladatuk volt kizárni, definiálni és diagnosztizálni; elkülöníteni meghatározott zárt területeken; kiselejtezni elaltatással.

Természetesen a szakmának ez a szakasza is fontos tanulságokkal szolgál. Sose feledhetjük kritikusságunkat a hatalommal szemben, és sose feledhetjük kinek az oldalára állunk. A különböző elméletek, és metodikai fogások csak ezen alapvetés után befolyásolhatják munkánkat.

Pik Katalin

OROSZ ÉVA:

EGÉSZSÉGI ÁLLAPOT — EGYÉNI ÉS TÁRSADALMI FELELŐSSÉG

(Megjegyzések Kopátsy Sándor cikkéhez kapcsolódva)

Kopátsy Sándor „Az egészségügyi szolgáltatások hatékonysága” c. cikkében¹ az erőforrások racionális felhasználásának hiányára, az erőforrásokkal való pazarlásra kívánja irányítani a figyelmet.

A magyar egészségügynek — véleményem szerint is — egyik (de nem egyetlen) alapvető problémája, hogy hiányoznak azok a mechanizmusok, amelyek lehetővé tehetnék a gazdasági tisztánlátást, ugyanakkor az erőforrások racionális felhasználására ösztönöznének.

A cikk — kimondva, kimondatlanul — felveti az egészségügy olyan alapvető kérdéseit is, amelyek, bár szorosan kapcsolódnak az egészségügyi szférára társadalmi, makrosztintú hatékonyságának kérdéséhez, de túl is mutatnak azon. Ez utóbbi kérdésekről alapvetően más gondolok: ez készített írásra.

Melyek ezek a kérdések? Mindenekelőtt az alábbiak:

a) Mi az alapvető oka a betegségnek (a lakosság kedvezőtlen egészségi állapotának) — az egyéni felelőtlenség vagy a társadalmi-gazdasági környezetből eredő hatások? Elválaszthatók-e egymástól az egyéni és társadalmi okok? Hogyan kapcsolódik össze ez a két tényező? Mi az alapvető oka az egészségi állapot társadalmi (pl. foglalkozási csoportok közötti, területi) különbségeinek?

b) Az előző kérdésből következően: közös felelősséget kell-e vállalnia a

társadalomnak tagjai egészségi állapotaért vagy ez az egyén kizárólagos felelőssége kell, hogy legyen? Erősíthető-e egyszerre az egyéni és a társadalmi felelősségvállalás? Hogyan erősíthető az egyéni felelősség: a „felelőtlenség” (betegség) anyagi következményeinek az egyénekre hárításával, vagy a politikai és társadalmi feltételek alakításával? Az 1980—1990-es évek fordulóján hogyan egyeztethetők össze a gazdasági szférának és a lakosság egészségi állapotának az egészségügyi rendszerrel szembeni ellentétes kihívásai?

Felelőtlen milliók vagy egy politikai, gazdasági modell társadalmi költsége?

Kopátsy Sándor szerint az emberek többsége azért lesz beteg, „mert alkoholisták, mert erős dohányosok, mert kábítószerrel fogyaszt, mert abnormálisan túlsúlyos, mert a pénzhajhászásban nem vigyáz az egészségére. Túlzás nélkül mondhatjuk, hogy az állam, illetve a társadalom abnormális méretű támogatásban részesíti azokat, akik önhibájukból betegek, akik nem hajlandók vigyázni az egészségükre.” (121. old.)

A szerző általános érvennyel fogalmazza meg állítását — az alábbiakban a magyar lakosság egészségi állapotával szeretném azt szembesíteni.

A magyar férfiak várható élettartama az 1960-as évek közepétől előbb stagnált, az 1970-es évek eleje-közepé óta pedig csökken — a születéskor és a 65 éves korban várható élettartam visszasüllyedt az 1950-es évek végének szintjére, a 40 éves korban várható élettartam pedig nem magasabb annál, mint amekkora az 1930-as évek végén volt. A várható élettartam hosszú távú trendjeinek nemzetközi összehasonlítása alapján azt állapíthatjuk meg, hogy nem csupán mennyiségi különbségekről van szó, hanem egy sajátos, a fejlett nyugati országok fejlődési irányától elkanyarodó trendvonalról. Az 1970-es évek közepéig (1900-tól vizsgálva az adatokat) a magyar férfiak átlagos élettartamának trendje még abban a sávban haladt, amelyet a jelenlegi OECD-országok legjobb és legrosszabb helyzetű országainak értékei határoznak. Az 1970-es évek közepétől azonban Magyarország trendje elkanyarodott, kilépett az említett sávból — e tekintetben Európa perifériájára szorultunk.

További adatok a probléma súlyának érzékeltetésére: Magyarország 23 OECD

országgal (Törökország kivételével) rangsorba helyezve 1950-ben a férfiak 40 éves korban várható élettartama alapján a 16., a 65 éves korban várható élettartam alapján a 11. helyet foglalta el. Az 1980-as évek elejére azonban mindkét esetben (valamint a születéskor várható élettartamot tekintve is) az utolsó helyre szorult.² Ha a szerző logikája szerint próbálnám magyarázni a fenti tényeket, akkor azok azt tükröznék, hogy az 1970-es évek közepétől egyre inkább vagyunk, mi magyarok, felelőtlenebbek, mint a fejlett nyugati országokban lakó egyének. Felelőtlenségünk pedig — a szerző szerint — szoros összefüggésben van az- zal, hogy az állam, a társadalom átvállalja a betegség (egészségügyi ellátás) anyagi terheit.

A szerző koncepciójával szemben a nemzetközi szakirodalomban *materi- alistának* nevezett irányzat álláspontját osztom, amely „a társadalom gazdasági, politikai és társadalmi struktúráját tekinti a fő tényezőnek az egészség és az egészségügyi ellátás alakításában”.³ Ebből kiindulva, a fenti adatok az 1945 utáni társadalmi-gazdasági fejlődés „társadalmi költségeként” értelmezhetők. Az embert legfőbb értéként hirdető ideológia mellett a valóságban a gazdaságnak olyan bővített újratermelése valósult meg, amely számos összetevőben lehetetlenítette a társadalom szélesebb értelemben vett bővített újratermelését.⁴ A piaci viszonyok kiiktatása a gazdaságból alacsony hatékonyságú gazdaságot eredményezett, ami tartósította az erőforrások elszívását a jóléti szférából, ugyanakkor kizsigerelte a természeti és emberi erőforrásokat (környezetszennyeződés, az egyének által kifejtett munka és az elért eredmény közötti szakadék szélesedésének hatása az egyének fizikai és mentális egészségére stb.). Ezzel a folyamattal sokszálúan kötődik össze, komplexen ágyazódik abba az egészségi állapot romlása.

Hosszasan sorolhatnánk egyrészt a környezetszennyezésre, az egészségre ártalmas munkakörülményekre és életkörülményekre vonatkozó adatokat (pl. többszáz ezer munkahelyet tartanak hivatalosan is egészségre ártalmasnak; több mint 700 községben nincs egészséges ivóvíz stb.), másrészt a társadalmi beilleszkedés problémáinak, az értékrendszer válságának egészséget veszélyeztető hatásai is ismertek a szakirodalomból.⁵ Amikor azonban többet szeretnénk tudni a konkrét betegségeket létrehozó mechanizmusokról,

arról hogy a társadalmi-gazdasági folyamatok hogyan hatnak egyrészt az egyes betegségekre, másrészt az alkoholizmusra, dohányzásra és az egyéni életvitel többi — a szerző által egyéni felelőtlenségnek tulajdonított — jelen- ségére, számtalan megválaszolatlan kérdésbe ütközünk.

Néhány példa: a népbetegségnek tekinthető, ún. nem specifikus légúti megbetegedések rohamos növekedése milyen mértékben tulajdonítható a környezetszennyeződésnek, és milyen mértékben a dohányzásnak? A dagasztó megbetegedésekből eredő halálozás növekedése milyen mértékben tulajdonítható a környezetszennyező- désnek, a mezőgazdaságban használt kemikáliák, az élelmiszer-ipari feldolgozás káros hatásának, illetve a do- hányzásnak és az alkoholfogyasztásnak?

Milyen mértékben tükröződik az egészségi állapot romlásában a lakos- ság jelentős hányada által — nyilván- való gazdasági kényszer, pl. a lakás- helyzet megoldatlansága — miatt vég- zett túlmunka? Mitől függ az egyének eltérő alkalmazkodása — alkalmazko- dóképessége — a természeti-társadal- mi környezethez? Az egyes egyének esetében hogyan rakódik egymásra az egészséget veszélyeztető tényezők so- ra — az egyén életciklusának folya- mán —, míg végül betegség vagy halál formájában drasztikusan megbomlik az egyén és környezete közötti egyensúly? Milyen szerepet játszik az egészség- kultúra tradicionálisan alacsony szint- je? Milyen politikai-társadalmi felté- telek miatt képes az egészségügyi fel- világosítás számos országban jóval na- gyobb eredményt elérni, mint nálunk?

Nem az egyéni felelőtlenség szerepét vitatom, hanem alapvető meghatározó voltát a betegségek létrejöttében. Ha- sonlóképpen határozottan vitatom az egészségre ártalmas szokások, életvitel individuális, társadalmi meghatáro- zottságából kiszakított — azaz egyéni felelőtlenségként való — értelmezését. Nemcsak az egészség-betegség jelensé- ge az, ami a társadalmi-gazdasági környezet által meghatározott, de a társadalomban erről uralkodó felfogás, (illetve az egymással szemben álló, „versenyző” felfogások) is. Hangsúlyo- zom továbbá ismereteink korlátozott- ságát, azaz azt a tény, hogy a nem- zetközi szakirodalom is csak részleges és ellentmondásos válaszokat ad, illet- ve keresi az utakat ahhoz, hogy az *egészség, az egészségügyi ellátás, va- lamint a természeti-társadalmi-politi- kai-gazdasági környezet* sokszálú össze-

kapcsolódásait, ezek konkrét mecha- nizmusaikat feltárja.

Napjainkban tragikus példák sora igazolja, hogy még a természettudo- mány is csak korlátozott mértékben képes megérteni és feltárni a termé- szet jelenségeit, az emberi beavatko- zás várható hatásait. Ennek ellenére bőven található a társadalmi-gaz- dasági problémákra is „egy ok — egy okozat” típusú magyarázatokat és hoz- zájuk csatlakozó, minden problémát egyszerűen megoldó recepteket. E gondolkodásmód tipikus megnyilvánu- lásának tartom az egészségi állapot egyéni felelőtlenséggel való magyará- zatát, valamint a magyar egészségügy problémáinak megoldását az ingyene- ség megszüntetésétől váró elképzelé- seket.

A társadalmi közös finanszírozás és az egyéni felelőtlenség Kopátsy Sándor által feltételezett kapcsolatát is min- denekelőtt a tényekkel, a nemzetközi tapasztalatokkal szeretném szembesí- teni. A férfiak születéskor várható élettartamát tekintve Svédország a 4., Norvégia a 7. legjobb helyzetű or- szág volt 1980-ban. A cikk logikája szerint így azok közé az országok közé tartoznak, ahol a legkevesbé felelőt- len a lakosság. Ugyanakkor ez — szin- tén a cikk logikája szerint — lehetet- len is, hisz éppen ezekben az orszá- gokban vállalja legnagyobb mértékben magára a társadalom az egészségügyi és szociális ellátás költségeit! (Sietek hozzátenni, hogy nem a miénkénél a valóságban sokkal ingyenesebb egészségügyi rendszerüknek tulajdonítom a gazdasági-társadalmi fejlődésüknek.)

Az USA, ahol az OECD-országok kö- zött az egészségügyi kiadásokban a legnagyobb a közvetlenül a páciensek által fizetett hányad, tehát legkisebb mértékű a közös felelőtlenségvállalás, 1950-ben a 11. helyet foglalta el az OECD országok rangsorában, a férfiak születéskor várható élettartamát tek- intve, 1982-ben pedig a 16. helyet. Miért felelőtlenebbek az amerikaiak a svédekénél, norvégoknál az egészségi állapotot tekintve; amikor épp ellen- kezőleg, felelősebbek a finanszírozás módjából következően — kérdezhet- nénk a cikk logikája alapján. (Hang- súlyozom, hogy nem az egészségügy piaci jellegét tartom a fő oknak ab- ban, hogy az USA nem büszkélkedhet az egészségi állapot mutatóival — az egészségi állapot alakulásában ugyanis másodlagos jelentősége van az egész- ségügyi szférának.)

Az előzőek nem jelenthetik azt, hogy a jóléti állam és különösen az etatista-

paternalista magyar egészségügy ne gyengítette-gyengíthette volna az egyé- nek motivációját egészségi problémáik megoldásában. Így fontos megválaszo- landó kérdésnek tartom, hogy egyrészt a modern nyugati medicinának, más- részről az egészségügyi (jóléti) szférának milyen strukturális jellemzői tették az egyéneket az ellátás passzív „tárgyai- vá”.

Az egészség-betegség jelenségére al- kalmazott, „pofon egyszerűségűknél” fogva logikusnak tűnő, „egy ok — egy okozat” magyarázatokból hasonló jel- legű következtetések adódnak a teen- dőinkre is: „Ma sincs fontosabb egész- ségügyi feladat, mint kimutatni, mibe kerül a társadalomnak az, hogy egyé- nek nem vigyáznak az egészségükre” (122. old.) — írja Kopátsy. (Furcsa program ez a magyar lakosság egész- ségi állapotának ismeretében!) A szer- ző által sürgetett szemléletváltás lé- nyege pedig abban ragadható meg, hogy az egyéneknek kell viselniük fe- lelőtlenségük anyagi következményeit, azaz a lehetséges minimumra kell szorí- títani a társadalmi közös felelőtlenség- vállalást (a közösségi finanszírozás mértékét). Sőt! „Ugyanakkor nem bün- tetjük azt, aki egészségével felelőtlenül gazdálkodva mindnyájunk pénzét po- csékolja” — írja. (Vajon milyen bün- tetésre gondol?)

Ezzel szemben, ha az egészség és betegség társadalmi meghatározottsá- gából indulunk ki, ha az egészséget mint a jólét egyik elemét tekintjük, akkor egy integrált társadalompoliti- ka kidolgozása és az egészségügynek — a közösségi felelőtlenségvállalás elvén alapuló — reformja tűnik a legfonto- sabb feladatnak.

Milyen eséllyel mérkőzhet egymással ez a két koncepció az 1980-as évek vé- gén, Magyarországon? Amikor a gaz- daság megújítása érdekében — igaz, ideológiai máz és hurra-optimizmus nélkül, de — az 1950-es évekhez ha- sonlóan minden más szféra igényeit „jobb” időkre elhalasztandónak ítéli egy rövid távú fiskális szemlélet?

Továbbá: amikor az etatista-paterna- lista állami beavatkozás elmúlt 40 éve lejáratva az *egyenlőség, a társadalmi felelőtlenségvállalás, az állampolgári jog* kategóriáit. Tette ezt elsősorban is azzal, hogy egyrészt *voluntarista mó- don deklarálta az ingyenességet és egyenlő hozzáférhetőséget*; másrészt *totálisan államosította az egészségügyet, felszámolta annak pluralizmusát* — az állam (központi egészségügyi bürok- rácia) kizárólagos jogává tette mind a szükségletek („kereslet”) definiálását,

mind a szolgáltatások („kínálat”) alakítását. Másként megfogalmazva: az ingyenesség és egyenlőség nevében felszámolta a szabad választási lehetőséget, az egészségügyi szféra szereplőinek relatív autonómiáját (illetve magukat a szereplőket is — pl. a betegbiztosító társaságokat, alapítványokat); kiiktatta a rendszerből a gazdasági racionalitást.

Összegezhető-e, illetve hogyan egyeztethető össze ezek az egymással ellentmondásban lévő értékek? Lehet-e egyidőben a szűkös erőforrások racionálisabb felhasználását és az egyenlőtlenségek csökkentését is célul kitűzni? Válthatnak-e, illetve hogyan válhatnak a helyi önkormányzatok és a civil társadalom közösségei a társadalmi közös felelősségvállalás elsődleges hordozóivá? Megvalósítható-e „az etatizált szociálpolitika reszocializálása”?⁶ Kiépíthető-e az állami beavatkozás demokratikus kontrollja?

E kérdések megválaszolását sokkal fontosabbnak tartom a magyar egészségügyi jövője szempontjából, mint „kimentetni, mibe kerül a társadalomnak az, hogy az egyének nem vigyáznak az egészségükre”.

Sok tanulsággal szolgál az OECD országok közös törekvése a lehetséges egészségügy-politikai alternatívák kialakítására. Ennek középpontjában az egészségügyi kiadások korlátozását, racionálisabb felhasználását szolgáló módszerek keresése áll, de nem mint az egyenlő hozzáférhetőség célját tagadó, hanem mint azzal részben konfliktusban lévő, de összeegyeztetendő törekvés: „Minden OECD országban az egészségügy-politika fő céljai az újraelosztás, a szociális védelem, az egészségügyi szolgáltatások hatékony termelésének és fogyasztásának biztosítása. Ezek a politikák a piac egészségügyi szektorbeli elégtelenségéből, valamint a — fizetési képességtől függetlenül — egyenlő hozzáférhetőségre vonatkozó normatív társadalmi értékítélet eredményeként alakultak ki.”⁷

Amerika a legszociálisabb?

A cikknek nemcsak az előzőekben tárgyalt koncepcionális kérdéseit, hanem a tőkés országok — elsősorban Anglia és az USA — egészségügyére vonatkozó megállapításainak egy részét is alapvetően tévesnek tartom. A szerző az „angol szociális, mindenkire kiterjedő betegellátási rendszer társadalmi igazságtalanságát” azzal a tényvel kívánja igazolni, hogy a halandó-

ság társadalmi rétegek közötti különbségei növekedtek. A szerző szerint a halálozás társadalmi különbségeit mindenképp az egészségügyi ellátás ingyenes vagy nem ingyenes volta alakítja. „Viszont ott a legszociálisabb a végeredmény, ott csökken a halálozásnak a jövedelemtől függő differenciáltsága, ahol legalább részben meg kell fizetni az egészségügyi szolgáltatásokat, az csak a szegények számára ingyenes.” (Ez utóbbit az USA-ra érti a szerző.)

Az angol halandóság és egészségügyi ellátás egyenlőtlenségeire vonatkozó legalapvetőbb tényeket az 1980-ban publikált — *Black Report* címen ismert — jelentés tartalmazza, amelynek kezdeti fogadtatását „kelet-európai földalatti szamizdat publikáció”-hoz hasonlítja Gray.⁸ A „Black-jelentés” némileg más tényeket közöl az USA-beli egyenlőtlenségekről. Anglia, Svédország, Norvégia, Dánia, Finnország, Hollandia, Franciaország, az NSZK és az USA lakossága egészségi állapota és az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségeinek vizsgálata után azt a következtetést vonja le, hogy csupán Norvégiában és Svédországban csökkentek jelentősen az egészségi állapot (halandóság) különbségei. Továbbá „az egyenlőtlenségek változására vonatkozó amerikai tények javulást mutatnak az újszülöttek és az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetőség esetében, de nem a felnőtt megbetegedések és halandóság esetében”.⁹ (110. old.)

Kopátsy Sándor cikkében meglepő az adatok közlésének „nagyvonalú” módja is. A szerző ugyanis (forrás megjelölése nélkül) „A 20—64 év közöttiek halálozási száma, foglalkozási csoportok szerint Angliában” c. táblázatban azokat az adatokat közli a teljes népességre (tehát mindkét nemre vonatkozóan), amelyeket a *The Black Report* a 15—64 év közötti férfiak halálozására közöl (a mű 67. oldalán)! A szerző által a cikk más adatai esetében hivatkozott *Economist* cikk ugyancsak a férfi lakosságról közöl adatokat.

Az adatok téves és hivatkozás nélküli közlése minősülhetne persze apróbb felületességnek is, amely a levont következtetést nem befolyásolja. Azonban az USA halandóságában bekövetkezett változásra még pongyolán idézett adatok sincsenek! Milyen forrásra alapozza a szerző, hogy csökkentek a halandóság társadalmi különbségei az USA-ban?

Azért is sajnálatos, hogy az USA-beli halandóság alakulására sem adatokat, sem forrást nem jelöl meg, mert

bizonyítást igényelne alábbi, a nemzetközi szakirodalomban egyedülálló megállapítása:

„Egyesült Államok betegellátási rendszere... Dicséretet egy területen érdemel: ott a legszociálisabb a betegellátás.”

Lássunk egy véleményt a szakirodalomból: „Az USA nyújtja a lakosságának a legkisebb mértékű társadalombiztosítást az egészségügyi ellátás terén, és szintén a legkisebb mértékű közösségi alapokat a kórházi, járóbeteg- és gyógyszerellátásra. Érdemes megemlíteni, hogy a korlátozottság kiterjed a magánbiztosításra is: 39 millió amerikai (a lakosság 19 százaléka) semmilyen magán- vagy társadalmi biztosítással soha nem rendelkezett. 1982-ben az USA családjainak 6 százaléka (4,2 millió) azt nyilatkozta, hogy szükségük volt az év folyamán egészségügyi ellátásra, de nem tudtak hozzájutni; és az amerikai családok 20%-ától (1,4 millió) megtagadták az ellátást pénzügyi okokból.”¹⁰

Kopátsy szerint viszont: „a szegények költségeit teljesen az állam fedezi, mindent igénybe vehetnek...” (Hozzáteszem, valóban számos eredményt értek el az USA-ban a *Medicaid* és *Medicare* állami programok — de ez a „teljesen” és „minden” enyhén szólva olyan túlzás, mint a szocialista egészségügy ingyenes és egyenlő volta!) Ha olyan kiemelkedően szociális lenne az amerikai egészségügyi rendszer, miért éppen az általános társadalombiztosítás hiánya az egyik vitatott kérdés az USA-ban?¹¹

Alapvető fontosságú kérdés, hogy milyen szerepet játszottak az egészségügyi rendszer jellemzői egyrészt az ellátáshoz való hozzáférhetőség, másrészt az egészségi állapot társadalmi különbségeiben. Hogyan befolyásolta az ellátáshoz való egyenlőtlen hozzáférhetőség az egészségi állapot egyenlőtlenségeit?

A halandóság egyenlőtlenségeire vonatkozó adatok azt bizonyítják, hogy az egészségügyi szféra sem Angliában, sem Magyarországon nem volt képes kompenzálni a társadalmi-gazdasági környezetből eredő egyenlőtlenségeket. Fontos kihívás az egészségüggyel foglalkozó társadalomtudományi kutatókkal szemben az a kérdés, hogy az egészségügyi rendszerek milyen jellemzői, milyen mechanizmusokon keresztül és milyen mértékben járulhattak hozzá egyrészt az egészségügyi szolgáltatások igénybevétele egyenlőtlenségeinek, másrészt az egészségi ál-

lapot egyenlőtlenségeinek növekedéséhez.

Az előzőekben már utaltam rá, hogy a magyar egészségügyi alapvető problémájának a „totális államosítást”, azaz a hatalom túlzott koncentrálását, az egészségügyi szakigazgatás felülről lefelé építkező szervezeti rendszerét, hierarchikus-utasításos mechanizmusát tartom. Tehát — a szerzővel ellentétben — nem az igénybevétel ingyenességét. Ha nem népszerű (de téves) közhelyekből indulunk ki, hanem a valószínűleg egészségügyi rendszerekből, akkor nyilvánvaló, hogy az ingyenesség (térítmentesség) önmagában nem szükségszerűen jelent korrupciót, hálapénzt — hiszen ezek ismeretlen jelenségek pl. a skandináv országok egészségügyében.

Nyilvánvaló azonban az is, hogy Magyarországon az egészségügy az igénybevételénél nem ingyenes, hosszú ideig nem is tehető azzá. A jelenlegi helyzetenél sokkal jobb lenne, ha látható, szabályozott keretek között kellene a lakosoknak (az adóbefizetésen vagy biztosításon túl) az igénybevételénél is fizetni. Ettől várható ugyan gazdasági tisztánlátás, a költségvetés terheinek csökkentése, esetleg az egészségügyi intézmények nagyobb fejlesztési lehetősége stb. — de nem várható a halandóság társadalmi különbségeinek csökkenése.

Strukturált társadalomban különböző igények léteznek. A társadalom tehetősebb rétegeinek érdekeit a magánbiztosítás bevezetése, a magánvállalkozás ösztönzése szolgálja, így ezek bevezetésére minden valószínűség szerint sor fog kerülni. Az azonban szükségtelen, hogy ettől a társadalmi egyenlőtlenségek csökkenését várjuk, vagy ezt az amerikai egészségügy legszociálisabbnak deklarálásával ideologizáljuk meg.

A nemzetközi tapasztalatok is azt mutatják, hogy még a leghomogénabbnak tekintett skandináv társadalomban is léteznek a közegészségügy mellett — igaz, szűk — magánegészségügy. Angliában az 1970-es évek vége óta jelentősen növekedett a magánkórházak, magánbiztosítások száma. Az adatok azt mutatják, hogy ez mindenképp a legmódosabbak és a középosztály felső rétegeinek igényeit elégíti ki. 1983-ban „az értelmiségi foglalkozásúak 23%-a rendelkezett egészségügyi biztosítással, míg a betanított vagy képzetlen fizikai dolgozóknak 2%-a.”¹²

Végül, de nem utolsó sorban a hatékonyság fogalmával kapcsolatban is számtalan kérdés vetődik fel. Mit ér-

tünk makro- (társadalmi) szintű hatékonyságon? Mit értünk mikroszintű hatékonyságon, azaz egy kórház vagy egy gyógyító eljárás hatékonyságán? Hogyan mérhetők ezek? A kiadások minél nagyobb mértékű lefaragása szükségszerűen javítja a hatékonyságot? A mikroszintű hatékonyságok növelése szükségszerűen a társadalmi hatékonyságot növeli? És sorolhatnánk tovább.

Összefoglalásként újból hangsúlyozom, hogy egyetértek a szerzővel abban, hogy napjainkban az erőforrások a jelenleginél sokkal racionálisabb felhasználásának szükségessége mind a nyugati, mind a magyar egészségügyi rendszerekkel szemben az egyik legjelentősebb kihívás. Természetesen tartom azt is, hogy ahogy a nyugati országokban létezik a betegség-egészség jelenségére vonatkozó ún. „áldozatot vádoló” (victim-blaming) koncepció, illetve a betegség-egészség társadalmi meghatározottságán alapuló koncepciók vitája, úgy ez a vita szükségszerűen kialakul nálunk is, illetve az elkövetkező években akár éleződhet is. (Zárójelben jegyzem meg, hogy ebben a vitában más országok tapasztalatainak, valós fejlődési folyamatainak, illetve az erre vonatkozó szakirodalomnak árnyaltabb, korrektebb felhasználása szükséges, mint ahogy azt a vitatott cikk teszi.) Ebben a vitában ugyanis — többek között — napjainkban az az alapvető kérdése is megjelenik, hogy a gazdasági szféra (a piac) racionalitásának kell-e uralnia a társadalom valamennyi nem gazdasági alrendszerét — így az egészségügyet is —, avagy ezek a szférák saját racionalitással is rendelkeznek, és az alapvető kérdést az jelenti, hogy hogyan egyeztetethetők össze ezek a különböző —

egymásnak részben nyilvánvalóan ellentmondó — racionalitások.¹³

Ezeket a kérdéseket a társadalomban uralkodó értékek felől is feltehetjük. Az individualizmus mint érték erősödése alapvetően pozitív szerepet játszik a gazdasági fejlődésben. Lehetséges-e ezzel párhuzamosan (és nem szemben) a társadalmi közös felelősségvállalás új kereteit is építeni?

Erre a kérdésre még korántsem adott a válasz. Úgy tűnik azonban, hogy számos — az egészségügyön kívül és belül — alulról szerveződő mozgalom az igenlő válasza „voksol”.

Egyetértek a szerzővel abban is, hogy az egészségügyben is „alapvető reformra” van szükség. A szerző által javasolt „szemléletváltást” azonban ugyanúgy zsákutcának tartom, mint ahogy zsákutcába jutott az egészségügynek az 1950-es évek elején kialakított totálisan államosított modellje is.

Létezik-e harmadik lehetőség? A jóléti államok, (mindenekelőtt a skandináv országok) egészségügyi rendszereinek elmúlt 20–30 éves fejlődése — minden problémájuk ellenére — az igenlő választ látszanak erősíteni.

Végezetül ezen harmadik lehetőséghez szeretnék néhány gondolatot fűzni. A kiindulópontot az a meggyőződés jelentheti, amely szerint nem kizárólag a paternalista állam lehet a társadalmi közös felelősség hordozója. Éppen ellenkezőleg: társadalmi felelősséget elsősorban a települések önkormányzatainak és a civil társadalom közösségeinek kell hordozniuk. A politikai és egészségügyi rendszer pluralizmusa, az állam és a helyi önkormányzatok közötti hatalommegosztással együtt biztosíthatják azokat a kereteket, amelyek között az állam az egészségügyi szféra egyik, de nem kizárólagos szereplője.

Jegyzetek

1. Gazdaság 88/1.
2. Az OECD-országokra vonatkozó adatok forrása: *Financing and Delivering Health Care*. OECD Social Policy Studies No. 4., OECD, Paris, 1986.
3. Eyles, J. — Woods, K.: *The Social Geography of Medicine and Health*. Croom Helm, 1983. (24. old.) A materialista irányzat néhány közismert műve: Doval, L.: *The Political Economy of Health*, Plento Press, 1979; Illich, I.: *Medical nemesis*. Lancet, 1974. May 11; Iilsley, R.: *Professional or Public Health? The Nuffield Provincial Hospitals Trust*, 1980; Navarro, V.: *Medicine Under Capitalism*. Prodist, 1976.
4. Hasonló gondolatot fogalmaz meg — politológiai megfontolások alapján — Agh Attila *Önfékező modernizáció* c. cikkében (Világosság, 1988., 7., 445–451.)
5. A társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon I, II. Budapest, 1984.
6. A nagyon találó megfogalmazást Pokol Bélától kölcsönöztem. Pokol Béla: *A szociológiai elmélet új útjai*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988. (71. old.)
7. *Financing and Delivering Health Care*. OECD Social Policy Studies No. 4. OECD, Paris, 1986. (94. old.)
8. Gray, M.: *Inequalities in Health. The Black Report: A Summary and Comment*. International Journal of Health Services, 1982. 3. 349–380.
9. Townsend, P. — Davidson, N. (eds): *Inequalities in Health. The Black Report*. Penguin Books, 1982. (110. old.)
10. Navarro, V.: *The Public/Private Mix in the Funding and Delivery of Health Services: An International Survey*. American Journal of Public Health, 1985, 11, 1318–1320.

11. A „Fortune” című magazin az amerikai kongresszus előtt álló kérdésekkel foglalkozva írja: „Ted Kennedy programjában egy ambiciózus egészségügyi biztosítási terv is szerepel. Azt akarja, hogy minden munkáltató nyújtson egy minimális egészségügyi biztosítást.” (Fortune, May 11, 1987.) Miért a „Health care for all” jelmondat szerepelne választási deklarációként Michael Dukakis egyik kampánybeszédében (a Fortune által közölt fényképen)? A kép alatt szereplő szöveg: „A liberális aláírta az USA első univerzális biztosítási törvényét áprilisban.” (Fortune, May 23, 1988.)

12. Eyles, J.: *The geography of the National Health: In Essay in Welfare Geography*. Croom Helm, 1987. (81–941. old.)

13. Ennek a kérdésnek szélesebb értelmezését lásd: Pokol Béla: *A szociológiai elmélet új útjai*. Akadémiai Kiadó, Budapest, 1988.

A Szabadság csele

Szilágyi Ákos, Kovács András Bálint, Jancsó Miklós,
Bikácsy Gergely és Schubert Gusztáv esszéi a tabukról

Faulkner kalandja
de Gaulle tábornokkal

A kegyetlenkedés esztétikája

Kovács István a Kihallgatás c. filmről

John Waters:
Piszkos gyönyörűség

Snée Péter írása

KATALIN GÖNCZÖL:**CAN THE PRISON POPULATION BE REDUCED?**

The large prison population indicates that Hungarian criminal policy is punitive to a far greater extent than the European average. (In 1988 the number of prisoners was in Hungary 20.821, the ratio of prisoners per 100.000 inhabitants 196.0) In this paper, the author can not undertake to expound on what extent the prison-centric outlook of Hungarian criminal policy is the consequence of the monolithic power structure and concept. She did that earlier, elsewhere. Now she searches for the reason in the prevailing legal material itself and the consequently developing practice, from which the broader application of the forms of noncustodial punishment can be originated.

It is not the courts and other interested bodies appearing in the concrete criminal procedure, who can be primarily made responsible for the failure of reducing prison population. It has again been found that the law in itself, however progressive, is not able only to break through the conventional legal practice. Results can only be obtained with structural amendments necessary for the execution and with the provision of the serving infrastructure.

ÉVA OROSZ:**HEALTH STATUS — INDIVIDUAL AND SOCIAL RESPONSIBILITY**

This paper is a critical essay reflecting on Sandor Kopacsy's article titled „The Efficiency of Health Care”. It disputes that it is the individual irresponsibility that accounts for the ill-health, and the free health care, in turn, can be laid the blame for the irresponsibility of the individuals. The author interprets the dramatic deterioration of the Hungarian population as a „social cost” of post — 1945 socio-economic development. Our limited

knowledge is emphasized — for example, as to the intricate web through which health status, health care, the individual life style and the natural, socio-economic and political environment are interwoven. It is not adequately clarified how the macro-level and micro-level efficiency in health care to be interpreted and measured. Some causes having led to the increasing acceptance of „victim-blaming” concepts which deny social responsibility are also discussed. The paper challenges Kopacsy's several statements on international experiences: first of all the assumption that the USA has the most equitable health care system is confronted with the factual data and the foreign literature. The author agrees with Kopacsy that more rational use of resources is needed but, on the other hand, unlike Kopacsy, she asserts that it can not be achieved by allocating health care by the individuals' ability to pay.

KLÁRA KEREZSI:**THE QUANDARY OF PROBATION: SUPERVISION OR HELPING HAND**

The author analyses the probation system as a legal institution and as practical activity of the probation officers on the basis of an empirical research.

The author states that the function of probation has been integrated in the law enforcement system and the lack of social support resources intensified the control function in the activity of probation officers. The author suggests to readjust the probation service and to build it in the criminal justice system. The probation officer as a „social protector” and as an assistant of the court might establish the institutional co-operation between jurisdiction and social affairs. The author considers development of the infrastructural background of social work activity and strengthening of the probation officers professional preparedness of prime importance.

CONTENTS**STUDIES**

- 3 **Gábor Kardos:** Who has the Right to Develop?
6 **Piven, F. Frances—Cloward, A. Richard:** Welfare Policy in the U. S. A.

HUNGARIAN REALITY

- 22 **Katalin Kovács:** The Treatment of Alcoholists in and without the Nagyfa Institute

FROM THE HISTORY OF SOCIAL POLICY

- 32 **Ferenc Balipap:** Chapters from the History of Social Policy

EDUCATION

- 44 **Woods, Ronald:** Field Work Education

LEGAL ISSUES

- 53 **Klára Kerezi:** The Quandary of Probation: Supervision or Helping Hand
66 **Katalin Gönczöl:** Can the Prison Population be Reduced?

REVIEWS

- 85 **Katalin Pik:** How to make Help a Profession?
89 **Éva Orosz:** Health Status — Individual and Social Responsibility