

NAGY ANDRÁS

A jóléti rendszer Franciaországban

A tanulmány a francia jóléti rendszer két nagy területével: a nyugdíjrendszerrel és az egészségügyi ellátással foglalkozik, különös tekintettel egyes reformjavaslatokra és az akörüli vitákra. Ezt megelőzően azonban szükséges bemutatni azt az évek óta tartó vitát, ami a jóléti állam kialakulásáról, feladatairól és jövőjéről Franciaországban folyik. Végül a szerző a francia tapasztalatokból néhány tanulságot von le a magyar reformok számára.*

Vita a jóléti államról Franciaországban

A jóléti államot franciául „gondviselő államnak” (*l'état providence*) hívják, ami még erősebben asszociál az „isten gondviselésre”, mint a magyar kifejezés.¹ Már néhány éve, hasonlóan más országokhoz, Franciaországban is széles körű vita bontakozott ki a jóléti állam válságáról, ami megkérdőjelezte mind magát a fogalmat, annak tartalmát, kiterjedését – vagyis az állami szerepvállalás indokoltságát és mértékét –, mind pedig a fenntarthatóságát és a jövőjét.

A gondviselő államon szűkebb értelemben általában az egyének és társadalmi csoportok támogatását (*protection sociale*²) értik, ami magában foglalja a szociálpolitikát, a társadalombiztosítást és a társadalom különféle rászorultjainak az állami támogatását. Tágabb értelemben a gondviselő állam fogalma mindazon hatósági beavatkozásokat jelöli, melyek az egyének és társadalmi csoportok helyzetét befolyásolja (lásd *André* [1995]). Ebbe tehát az oktatás- és foglalkozáspolitikát éppúgy beletartozik, mint a vállalati érdekegyeztetés szabályozása vagy a lakáspolitikát. Legtágabb értelemben az állami beavatkozás mindenféle formája ide tartozna.

A francia hatósági beavatkozások hosszú távú vizsgálata két korszakra osztja az állam és a gazdaság kapcsolatát a 19. sz. kezdete óta.³ Az első korszak a francia forradalom

* A tanulmány A magyar jóléti szektor reformja című kutatás keretében készült, amely *Kornai János* vezetésével a Collegium Budapestben folyik. A tanulmány első változatához fűzött kritikai megjegyzéseikkel sokat segített *Barát Mária*, *Ferge Zsuzsa*, *Losonczy Ágnes*, *Kornai János* és *Szalai Júlia*. A tanulmány anyagújtását 1997 májusában fejeztem be, ezért az új, szocialista kormány hatalomra kerülésével kapcsolatos változásokra nem térhetek ki.

¹ A „gondviselő állam” fogalma Franciaországban a múlt század közepéről származik és az akkori vitákban gúnyos felhangot kapott, mivel az állami szerepvállalás túlzott kiterjesztése elleni tiltakozásként keletkezett.

² *Protection sociale*-nak fordítják a *welfare*-t.

³ Az állami gondviselés eredetét kutatva *Marshall* [1954] rámutatott, hogy az keveréke a feudális főurak és a katonai közösségek becsületfelfogásának. A főuraknak, a feudális felfogás szerint, gondoskodniuk kellett alattvalóik jólétéről, a katonai közösségeken belül pedig minden tagnak felelősséget kellett éreznie a többiekért.

nyomán kialakult szabályozásoktól indult és az első világháborúig tartott. Ebben az időben a gazdasági feladatokat illetően az erősen korlátozott állam felfogása uralkodott, mivel a gazdaságot a társadalom autonóm szférájának tekintették. A két világháború között – különösen a népfront győzelmét követően, majd a Vichy korszakban is – ez a felfogás sokat változott, de valójában csak a második világháborúval kezdődött az a korszak, amelyben az állam sokkal nagyobb gazdasági szerephez jutott. Ezt Franciaországban az állami felelősségvállalás két lényeges újdonsága jellemezte: egyrészt a közvetett bérek, vagyis a nagy társadalmi jövedelemátcsoportosítások intézményesítése, másrészt a monetáris politika és a gazdaságpolitika hatósági koordinálása. A „gondviselő állam” fogalma ehhez az utóbbi korszakhoz és intézményrendszerhez kapcsolódik.

A francia állam megnövekedett szerepvállalásának legitimációjában a társadalombiztosítás és az oktatás játszott döntő szerepet. A gondviselő állam kialakulását több szerző (például *Delorme–André* [1983], *Rosanvallon* [1981], *Donzelot* [1986]) az *intézményesített kompromisszumok* létrejöttével kapcsolja össze, amin azt értik, hogy ha hosszabb időn keresztül meghatározott társadalmi-gazdasági csoportok között feszültség és konfliktus keletkezik, akkor ennek feloldása során gyakran olyan implicit kompromisszumok keletkeznek és olyan szervezeti formák alakulnak ki, amelyek a partnerek számára szabályokat, jogokat és kötelezettségeket teremtenek. Az intézményesített kompromisszum olyan keretet alkot tehát, melyhez a lakosság és egyes csoportjai hozzáigazítják a magatartásukat és a stratégiájukat, és amelynek az alapelvei hosszabb időn keresztül érvényesek maradnak. Az így kialakuló elvek és szabályok különösen ellenállónak mutatkoznak a társadalmi és politikai változásokkal szemben, és döntő befolyást gyakorolnak az állami beavatkozások dinamikájára. Az így kötött, sokszor meg nem fogalmazott megállapodások gyakran maguk is intézményesülnek, megmerevednek és saját – jól vagy rosszul felfogott érdekükben – ellenállnak a változásoknak.

Az állami gondoskodás gyökerei Franciaországban jelentősen eltérnek más országokétól. Igaz ugyan, hogy a legtöbb európai országban az állami szerek a múlt század második felében kezdik lerakni a társadalombiztosítás, a kötelező oktatás, a lakásépítés szabályozása és a munkaügyi törvénykezés alapjait, ezek előzményei és kialakulásuk körülményei azonban országonként jelentősen különböznek. Franciaországban a múlt század nyolcvanas évtizedében a harmadik köztársaság legitimációját elsősorban az ingyenes, kötelező és központosított elemi oktatás szolgálta annak érdekében, hogy elterjesszék és megerősítsék a köztársasági eszmét és a racionális, világi gondolkodást az egyházi befolyással szemben. Míg ugyanabban az időben Bismarck – az új német birodalom legitimációja érdekében – a szocialista befolyás terjedésével szemben vezeti be a társadalombiztosítást, a szakszervezetek elnyomásával párhuzamosan kényszeríti a munkaadókat a munkaszerződéses és munkásbiztosítások elfogadására, addig Franciaországban a társadalombiztosítási intézmények csak a sztrájkok és szakszervezetek nyomására, viszonylag szűk körben tudnak kialakulni (*Hatzfeld* [1971]). Míg tehát ebben az időben az intézményesített kompromisszum Németországban már a társadalombiztosításra, addig Franciaországban csak az oktatásra terjed ki.

Az ipari társadalmak kialakulásakor a gazdasági hatalom igen egyenlőtlenül oszlott meg, és erősen korrelált a társadalom rétegzettségével: a gazdagoké volt nemcsak a gazdasági, hanem nagyrészt a politikai hatalom is. Az általános választójog elterjedésével és a demokratikus szabadságjogok kiteljesedésével azonban növekvő feszültség alakult ki a gazdasági és a politikai hatalom között. Ennek következtében a hátrányos gazdasági helyzetben lévő különböző csoportok arra próbálták meg a politikai erejüket felhasználni, hogy megváltoztassák a piacon kialakuló eloszlás feltételeit és eredményeit. Az egyenjogúvá váló állampolgárok társadalmi jogait érvényesítve (*citoyenneté sociale*), politikai úton próbálták meg – és részben sikerült is nekik – megváltoztatni a javak

tisztán piaci eloszlásának mechanizmusát. A társadalmi jogok törvényekbe iktatása hatásos volt az elosztás körül kialakult feszültségekre is (bővebben: *Huber–Ragin–Stephens* [1993], *Korpi* [1985], [1989], *Esping-Andersen* [1990]).

A második világháborút követően gyökeres fordulat következett be, amelyben egyaránt szerepet játszott a társadalombiztosítás szélesedése és népszerűvé válása a két háború közötti időszakban,⁴ a keynesi elmélet terjedése, Angliában a Beveridge-reformok hatása és általában a baloldal háború utáni előretörése Európa-szerte. A változások jellegzetes vonása a „közvetett bérek” intézményesítése, a társadalombiztosítási juttatások kiterjesztése és növelése, valamint a munkaügyi kapcsolatok, a munkaerőpiac és a lakásügyek állami szabályozása volt. Franciaországban a felszabadulást követően különösen kedvező körülmények alakultak ki e téren a reformok számára: a németekkel szembeni ellenállás különböző irányzataiból koalíciós kormány alakult valamennyi politikai párt részvételével, feléledtek és megerősödtek a szakszervezetek, meggyengültek a részben kollaborációval kompromittálódott korábbi munkaadói érdekszervezetek, az Ellenállás Nemzeti Tanácsának programja a modernizálás és a széles körű állami gondoskodás ígéretével lépett fel. 1945-ben ilyen körülmények között helyezték új alapokra, szélesítették ki és alakították át gyökeresen a társadalombiztosítás rendszerét, amely az intézményesített kompromisszumnak sajátos francia alakját öltötte (*Delorme–André* [1983]). Az állami szervek nemcsak közvetítettek és döntőbíráskodtak a társadalmi partnerek között, hanem szabályozták is a társadalombiztosítási járulékok és juttatások mértékét, miközben a biztosítottakra és a munkaadókra bízta az intézmények működtetését.

A társadalombiztosítási rendszer további fejlődése folyamán összekeveredtek a biztosítási elven, illetve a jövedelmek átcsoportosításán és szociálpolitikai elveken nyugvó rendszerek, miközben a költségek, a szabályozás bonyolultsága és adminisztrációja egyre nőtt. E téren a hetvenes évektől megfigyelhető válság kialakulásában természetesen a demográfiai tényezők, a munkaügyi változások, a biztosítási garanciák és a nyugdíjjogosultságok kiterjedése, az egészségügy technikai fejlődése és a munkanélküliség növekedése egyaránt szerepet játszott.

A világgazdaság egyre jobban terjedő globalizációja, a nemzetközi megállapodások és a kereskedelem liberalizálása erősen csökkentette az állami szervek gazdasági hatókörét és beavatkozási lehetőségeit. Ugyanakkor a munkaerő- és szociálpolitika az államok területéhez kötődik, a „gondviselő állam” gazdasági beavatkozásai és szabályozásai nagyrészt megőrizték nemzeti karakterüket. A gazdasági növekedés lassulása az állami bevételek csökkenésével járt, és ez növelte a költségvetésekre nehezedő pénzügyi nyomást. Miközben a szociális kiadások erősen emelkedtek, a bevételek növekedése lelassult, különösen azóta, hogy a munkanélküliség nagymértékűvé és tartóssá vált. A francia lakosság erősen öregszik, ami különösen az ezredfordulóra a társadalombiztosítási rendszerek súlyos pénzügyi nehézségeivel fenyeget. A jóléti állam válsága jelenleg főként mint finanszírozási válság jelentkezik.

A „gondviselő állam” elleni kritikák és támadások azonban ezen túlmenően a szociálpolitikai kiadások túlzott mértékét és hatékony felhasználását is kétségbe vonják, a közvetett bérkiadások nagyságát okolják a nemzetközi versenyképesség csökkenéséért és ezen keresztül a gazdasági növekedés lassulásáért. A bírálatok egy másik vonulata azt veti az állami szociális intézmények szemére, hogy képtelenek válaszolni a fokozódó elszegényedés és a társadalmi keretből való kiszorulás problémáira, mivel a meglévő szociálpolitikai szervek és rendelkezések nem alkalmazkodtak a tömeges munkanélküliség és a rendszertelen munkavégzés körülményeihez. Hallani olyan véleményt is, hogy

⁴ Feltáratlanak, de nem jelentéktelennek tartom e téren mind a nemzetiszocialista, mind a szovjet rendszerek szociális intézményeinek hatását.

az állami szabályozás és beavatkozás hatékonyságának kétségbe vonása és a szociális összetartozás gyengülése, ha tovább folytatódik és erősödik, a francia állam legitimációjának válságához vezethet.

Ezekre a nehézségekre a „gondviselő állam” többek között azért is reagál nehézkesen, mert az *intézményesített kompromisszumok* keretei megmerevedtek és nehezen, vagy egyáltalán nem tudnak alkalmazkodni a változó körülményekhez. Ebben az értelemben a jóléti rendszerek válságát úgy is fel lehet fogni, mint az *intézményesített kompromisszumok* válságát, amelyek felbomlása és új alapokon való létrejötte a válságból való kilábalás feltétele.

Az újabban kiéleződött feszültségek hatására nélkülözhetetlenül szükségesek a reformok a nagymérvű munkanélküliség és a szegénység kezelése terén. A jelenlegi szociális intézmények ugyanis alapvetően a munkahelyhez és a rendszeresen végzett munkához kötődnek. A különböző társadalmi rétegek közötti egyenlőtlenségek erőteljes növekedése és a társadalmi kohézió csökkenéséhez hozzájárul, hogy sok helyütt a családon belüli szolidaritás is visszafejlődést mutat. Többen lehetségesnek tartják, hogy mindez egy duális társadalom kialakulásához vezethet, ahol a szegénység kezelése állami feladat marad, ugyanakkor a középrétegek igényeinek növekedése bizonyos jóléti szolgáltatások iránt a privatizált szféra terjedését és a szolgáltatások diverzifikálódását hozhatja. A szociális feladatok egy részének privatizálása azonban, általános francia vélekedés szerint, nem helyettesítheti, hanem csak kiegészítheti a „gondviselő államot”. Egy másik irányzat szerint az államnak nem ki-, vagy visszavonulnia kell, hanem megújulnia a beavatkozások módját és mértékét tekintve, miközben az általa képviselt szolidaritásnak még erősödnie is kellene.

Többen a különböző érdekképviseltek közötti tárgyalások formáinak és színvonalának az átalakítása révén új *intézményi kompromisszum* kialakítását ajánlják, amely az állam megrendült legitimitását újra megerősítheti. A reformok és a rendszer megújulása azonban csak folyamatos lehet (lásd például: *Leca-Palier* [1995]), a „*path dependency*” elvét alkalmazva. Ez azt jelenti, hogy a sokféle kialakult és részben megcsontosodott társadalmi és intézményesült érdek következtében gyors és gyökeres változásokat nem lehet végrehajtani, a különféle társadalombiztosítási rendszereket csak az eddig megtett út figyelembevételével és folytatásaként, fokozatos reformok útján, újabb és újabb kompromisszumokat kötve, lehet átalakítani.

A „gondviselő államról” évek óta folytatott vita merőben új fénybe került, amikor 1995 végén a francia kormánynak a társadalombiztosítási rendszer reformjavaslatára olyan méretű társadalmi megmozdulás és közalkalmazotti sztrájk válaszolt, ami a legszélesebb körű korábbi sztrájkmozgalmakhoz volt csak hasonlítható. Ez egyszerre felhívta a figyelmet arra, hogy egyfelől a jelenlegi világ gazdasági helyzetben a kormányok gazdaságpolitikai manőverezési lehetőségei mennyire korlátozottak, másrészt, hogy a társadalom és a gazdaság között kialakult intézményi kompromisszumot nem lehet felülről jövő reformokkal, konzultációk nélküli kormányrendeletekkel alapvetően megváltoztatni. A váratlanul kitört nagymérvű társadalmi felháborodás jól mutatta, hogy a jóléti rendszerek átalakítását nem lehet sem finanszírozás-technikai kérdésre, sem a biztosítási és a szolidaritási elvek érvényesülési arányainak átalakítására leegyszerűsíteni, hanem ebben a tekintetben egy új „társadalmi szerződés” megkötésére van szükség.

A jóléti rendszerek válságát a francia szerzők egy része a tőkés gazdaság fejlődésének dinamikus változásaira, ahogy ők nevezik: a *fordizmus* válságára vezeti vissza (lásd például: *Barbier-Nadel* [1996], *Guibert* [1989], *Saillard* [1995]). *Fordista* szabályozáson azt értik, hogy az intenzív tőkefelhalmozás párhuzamosan halad a bérből élők számának gyarapodásával, és a termelékenység növekedéséből származó nyereségnek a tulajdonosok és alkalmazottak közötti megosztása jelentősen növeli az összerkesletet. A *fordista*

modell tehát egy olyan „*circulus virtuosus*” fejlődésre vezet, amelyben a termelés és a tömegfogyasztás egymást erősíti, a termelékenység dinamikus emelkedése pedig mind a tőkések, mind a bérből élők jövedelmeit növeli. Felteszik a kérdést, hogy a *fordista* gazdasági szabályozás válsága vajon véget vet-e a „gondviselő állam” létének is?

E szerzők szerint a jóléti rendszerek kiterjedése akkor jött létre és azon alapult, hogy a *fordista* termelési rendszerek elterjedtek és a tömegfogyasztás növekedésével párosultak. A bérből élők válnak a társadalom legszélesebb rétegévé, és az ő életformájuk lesz a társadalmi norma (Aglietta–Brender [1984]). Az állam szerepe és a gazdaságba való beavatkozása ebben az időben erősen megnő, és főként az „életre szóló” társadalmi szabályozásra irányul. Életre szóló⁵ szabályozáson olyan intézményesített *kompromisszumot* értenek, amely a bérek és a munkaszerződések közvetlen megállapodásain túl az egész életciklusra és a bérből élők rétegének társadalmi újratermelésére vonatkozik. Ez több mint a közvetett bérek elterjedése, mert azt az elvet foglalja magában, hogy ebben a fejlődési szakaszban a kapitalizmus azzal stabilizálja magát és biztosítja a dinamizmusát, hogy a tőke és a munka kapcsolatában új intézményi formákat hoz létre. A társadalom egész rendszere átalakul azáltal, hogy a bérből élők már nem csak a magánfelhalmozástól és a munkaadókkal kötött megállapodásaiktól függenek, mentesülnek a munkaerőpiac kockázatainak és a konjunktúraciklus hatásainak jelentős részétől. Ezek a fejlemények elősegítették, hogy a szakszervezetek monopol- vagy oligopolhelyzetbe kerülve szervezzenek kollektív megmozdulásokat a bérek vásárlóerejének növelése, a munkaidő csökkentése és a munkakörülmények javítása érdekében. Az úgynevezett életre szóló szabályozás rendszere a bérből élőket és szervezeteiket intézményesen az állami szervekhez kapcsolták, az egyes rétegek közötti különbségeket meg nem szüntetve sok tekintetben homogenizálták őket és arra ösztönözték, hogy a politikai erők klienseivé váljanak, vagy azokkal korporatista kapcsolatba kerüljenek.

Ezeknek a változásoknak köszönhetően a korábbi – Dickens és Zola által leírt – nyomor nagyrészt eltűnt,⁶ a bérből élők jövedelmének vásárlóereje jelentősen és hosszabb időn keresztül emelkedett, vagyis fokozatosan létrejött az, amit a fejlett országok jóléti rendszereinek nevezünk. A társadalom bérből élő része nemcsak jelentősen kiterjedt,⁷ hanem az „életre szóló” társadalombiztosítás modelljével olyan mintát is adott, amely a többi réteg (kisvállalkozók, iparosok, kiskereskedők) intézményeire is átterjedt.

A nagy francia társadalmi megmozdulásokban 1995 végén nem egyszerűen a társadalombiztosítási reformok elleni tiltakozás jelentkezett, hanem az *életre szóló* szabályozás egész rendszerének a megkérdőjelezését vagy felmondását utasította el a lakosság nagy része. Sőt, e mögött a jóléti rendszereknél sokkal mélyebb válság rejlik: nemcsak az *életre szóló* szabályozás került válságba, hanem maga a *fordizmus* is és mindazok az intézményi kompromisszumok és szervezeti formák is, amelyek ahhoz kapcsolódtak. Franciaországban az utóbbi években erősen csökkent a termelékenység növekedéséből származó felhasználható nyereség is, a beruházások jövedelmezősége is, és a munkaszervezés javításából származó megtakarítási lehetőségek is. Ehhez járult a nemzetközi pénzügyi rendszer válsága, az országok nagy részének súlyos eladósodása, a nemzetközi verseny kieleződése, különösen Japán és az újonnan iparosodó országok előretörésével.

Ez a válság a munkaerőpiacon mint az alulfoglalkoztatottság és a munkaerő alkalmazásának rugalmasabbá válása, a részmunkaidő és az otthoni munkavállalás elterjedése jelentkezett. Ennek nyomán vált kérdésessé a korábbi bér- és szociálpolitika fenntarthatósága. A bérből élők kettészakadásával pedig egy újfajta szegénység jelent meg tömege-

⁵ Ezt franciául „*viager*”-nak, vagy „*l’inscription a titre viager*”-nak nevezik.

⁶ Ebben jelentős szerepet tulajdonítanak a minimálbér bevezetésének, illetve állami előírásának.

⁷ Franciaországban az aktív lakosság 80 százaléka él bérből, lásd: *Barbier–Nadel* [1996] 30. o.

sen, amit két okból is új jelenség: egyrészt mert zömében új rétegekre terjed ki – mint például a korábban jól kereső felnőtt férfimunkások és a szakképzett fiatalok –, másrészt mert nem tűnik el a gazdasági növekedés beindulásával. Ennek a szegénységnek a terjedése hosszabb ideig rejtett maradt, mert semmilyen szervezet sem képviselte az érdekeiket, sem a szakszervezetek, sem a politikai pártok nem törődtek velük. A teljes foglalkoztatottság időszakában, amikor a bérből élők érdekeit számos stabil intézmény és megállapodás védte, a szegénység marginális jelenség volt, és nagyrészt a bérből élőkön kívüli rétegekre korlátozódott. A szegénység növekedésével, új rétegekre való kiterjedésével és krónikussá válásával azonban az intézményi és szabályozási keretek nem változtak Franciaországban.

Akik az életre szóló megállapodások válsága mögött a *fordizmus* válságát vélik, kétségbe vonják a munkanélküli-segélyezés, a mindenkire kiterjedő egészségbiztosítás és a jövedelemátcsoportosításon nyugvó nyugdíjrendszer létjogosultságát. Úgy gondolják, a béreknek, valamint a munkaerő újratermelésének a gazdaság ciklikus változásától, illetve a piaci versenytől kell függniük. Ezek a nézetek azonban nem népszerűek, úgy tűnik, hogy a lakosság többsége meg szeretné őrizni és – amennyire tudja – védi a meglévő szociálpolitikai intézményeket és az állami gondoskodást. Sokan ugyan már a felemelt adók és társadalombiztosítási hozzájárulások miatti lázadásokat jósolták, ennek ellenére a közvélemény-kutatások azt jelzik, hogy a többség inkább választaná az adók további emelését, mint a juttatások csökkentését (*Barbier-Nadel* [1996] 38. o.)

Mivel a válság okai sokkal mélyebbre nyúlnak, nem indokolt csak a szociálpolitikai rendszerek finanszírozási nehézségeit vagy válságát tekinteni a bajok gyökerének. A finanszírozási problémák azért is kerültek ennyire előtérbe, mert sem a társadalom, sem a politikai és érdekszervezetek nem akarnak vagy tudnak szembenézni az igazi okokkal és a bajok nagyságával. Amíg nem szakítanak a szociálpolitika korábbi elveivel és intézményi biztosítékaival, addig csak a finanszírozási problémákat próbálják reformokkal megoldani. A finanszírozás problémái természetesen valamennyi jóléti társadalomban igen súlyosak: csökken az aktív népesség, előregszik a lakosság, rohamosan nőnek az egészségügyi kiadások és a nyugdíjkifizetések, nő a képzési idő és költség, emelkednek a munkanélküliek és szegények támogatására fordított kiadások, miközben a bevételek csökkennek és az adóterhelést nem lehet tovább fokozni. A francia helyzetre az a jellemző, hogy egyelőre nem vonják kétségbe a korábbi *intézményesített kompromisszumokat*, a szociálpolitika elveit és legitimitását – a reformjavaslatok ezért viszonylag mérsékelték –, és vigyáznak arra, hogy azok ne vezessenek nagyobb társadalmi konfliktusokhoz.

A jóléti rendszerek reformjáról folyó franciaországi viták során többen elvetették a biztosítás és a szolidaritás szembeállítását, mivel – szerintük – a biztosítás egy vállalkozásfajta, a szolidaritás pedig egy érték. Az emberek vagy csoportjaik közötti szolidaritás meghatározott etikai magatartást jelent, értékválasztást, amit nem lehet összehasonlítani vagy szembeállítani a biztosítással mint szolgáltatással. Rádásul a létező társadalombiztosítási rendszerekben, az esetek nagy részében, nem lehet élesen szétválasztani a biztosítási és szolidaritási elemeket. Amennyiben például a járulékok függetlenné válnak a kockázatok mértékétől és a jövedelmekhez kapcsolódnak, annyiban a biztosítási elvek újraelosztási vagy más szóval szolidaritási elvekkel keverednek (*Blanchet* [1996]). Ebben az értelemben a biztosítás és az újraelosztás ugyanannak két oldala: minden biztosítás megfelel egy *ex post*, vagyis a kockázat bekövetkezése utáni újraelosztásnak, és ezzel párhuzamosan minden újraelosztást fel lehet fogni úgy is, mint egy *ex ante* biztosítást.

Hangsúlyozzák, hogy a szociálpolitika mindenféle formájában szolidaritási elvek vagy értékek jelennek meg, de ezek igen sokfélék lehetnek és feltételekhez kötöttek: másféleképpen szolidáris a társadalom a szegényekkel, a mozgáskorlátozottakkal, a munkaképtelennel, a sokgyermekesekkel vagy a munkanélküliekkel. Mindezekben az esetekben

a biztosítási rendszerek nyilvánvalóan nem helyettesíthetik az állami vagy államilag szabályozott támogatásokat.

A közgazdászok rámutatnak arra, hogy az állam beavatkozása a szociálpolitika különböző területein közgazdaságilag csak a piac korlátozottságai esetén indokolható. A biztosítások területén azonban ezek a korlátok azt jelentik, hogy mivel csak egyfajta „technika” – a kockázatok megosztása – létezik, a verseny hatására a költségeket csak a kockázatok csökkentésével lehet csökkenteni, ami a biztosítókat a kliensek kiválogatására és a díjak differenciálására ösztönzi. Az állami beavatkozást az indokolja, hogy a piaci biztosítás önmagában nem, vagy rosszul biztosít a nagy kockázat ellen. Az említett piaci korlátozottságot a széles körű kötelező alpbiztosítás korrigálhatja azáltal, hogy a különböző jövedelemcsoportok között is és a különböző kockázatfajták között is újraelosztást hajt végre. A legtöbben viszont célszerűnek látják, hogy erre az alpbiztosításra további kiegészítő biztosítások épüljenek rá, ahol már figyelembe veszik a kockázatok eltérő mértékét és a biztosítottak igényeit.

A reformokkal kapcsolatban természetesen Franciaországban is az egyik komoly érv, hogy a vállalatokat terhelő igen magas társadalombiztosítási járulékok veszélyeztetik a nemzetközi, sőt egyes esetekben már a belföldi versenyképességet is, és ezért azok csökkentésére mindenképpen szükség volna. Ezért a javaslatok jelentős része arra irányul, hogy a vállalatok terheit csökkentve, a szociális költségek nagyobb részét fizessék az alkalmazottak, a biztosítási elvet kiterjesztve, a szolgáltatások váljanak „személyre szabottabbakká” és a választási lehetőségek bővebb skáláját nyújtsák (*Palier-Bonoli* [1995]). Ez együtt járna a biztosítási tevékenység és a szolidaritási elvnek megfelelő intézkedések határozottabb szétválásával is: ami biztosítható, azt fedezzék járulékokból, és ami nem – mint például azok támogatása, akik nem tudják biztosítani magukat –, azt fedezzék adóbevételekből. Az elesettek szociális támogatása, a marginalizáltak visszavezetése a társadalomba, az átképzés különböző formái válnának állami feladattá, míg a társadalombiztosítás szabályozását és finanszírozását az érdekeltekre bízva, azokból az állam egyre jobban kivonulhatna.

Vannak ezzel szemben, akik attól tartanak, hogy a szociálpolitika ilyen liberális átalakítása a társadalom hármass rétegződésére vezetne. Esping-Andersen szerint „az egyéni felelősség és a dualizmus furcsa keveréke jönne létre: a társadalom alján lévő csoport a stigmatizáló szociális segélyektől függene; egy középső csoport válna a társadalombiztosítás fő klienseivé; egy privilegizált csoport pedig a piacon biztosíthatná a saját védelmét”. (*Esping-Andersen* [1990] 65. o.) Mások éppen ettől a veszélytől tartva kívánják elérni a jóléti rendszer alapját jelentő intézményesített kompromisszumok újragondolását és az átalakult társadalmi csoportok közötti megújítását.

A francia nyugdíjrendszer

A francia nyugdíjrendszer három lábon áll, vagy ahogy ők mondják, három pilléren nyugszik (ami azonban nem tévesztendő össze a magyar nyugdíjrendszer pilléreivel). Az eredete a második világháború utáni időre nyúlik vissza, amikor általánossá akarták tenni a kötelező nyugdíjbiztosítást, de nem akarták megszüntetni a korábbi különböző biztosítási rendszereket. A háború előtt egy bizonyos jövedelmi „plafon” alatt már kötelező volt a bérből élők számára a nyugdíjbiztosítás. 1945-ben a biztosítási kötelezettséget minden bérből élőre kiterjesztették, és a járulékfizetésre állapítottak meg egy viszonylag alacsony „plafont”, ami a magasabb jövedelműek számára lehetővé tette, hogy kiegészítő biztosításokat kössenek. 1961-től a kiegészítő biztosítások valamilyen formáját is kötelezővé tették, így alakult ki a második pillér. Ezenfelül is a dolgozók sok vállalatban

kötnek vagy köthetnek további nyugdíjbiztosításokat, ez a harmadik pillér. A rendszer meglehetősen bonyolult, jellemző, hogy mintegy 120 biztosítási forma tartozik az első pillérhez és 400 a kiegészítő második pillérhez.⁸

Az *első pillér* kötelező minden bérből élő számára, a nyugdíjjárulékot a munkaadók és az alkalmazottak fizetik, és a nyugdíjalap kezelése is meghatalmazottaik kezében van – az állam ellenőrzése mellett. Az alkalmazottak járuléka egy meghatározott bérplafonhoz kötött, és az adóalapból levonható. Ide tartozik a parasztok nyugdíjrendszere, továbbá számos autonóm és különleges nyugdíjpénztár, mint például az állami alkalmazottaké, amit a költségvetés finanszíroz. Bizonyos feltételek mellett ebből fedezik továbbá a korhatár előtti csökkentett nyugdíjakat, illetve az öregek minimális támogatását. Az első pillér fedezi a nyugdíjkifizetéseknek mintegy a háromnegyedét.

A *második pillért* eleinte a kollektív szerződésekből rögzítették, később ezek széles körben kötelezővé váltak.⁹ A kiegészítő biztosítások számos lehetőséget nyújtanak, a kötelezettség rendszerint a járulékfizetés minimumára vonatkozik, a magasabb járulékok választása fakultatív. Az újonnan bevezetésre kerülő reformok előíranyozzák, hogy a járulékfizetést fokozatosan a maximumhoz közelítik, és ezáltal eltüntetnek e téren a választási lehetőségeket. A járulékfizetés ebben az esetben is adómentes egy meghatározott plafonig, és a nyugdíjalap kezelése hasonló az első pilléréhez. A kiegészítő biztosítások második pilléréhez igen sokféle rendszer tartozik, melyek szakmánkénti, ágazatonkénti vagy vállalatonkénti nyugdíjpénztárakba vagy kölcsönös segítő egyletekbe szerveződnek, és amelyek a szerint is eltérnek, hogy tőkevárományosi vagy felosztó-kirovó rendszert működtetnek.

A *harmadik pillérhez* a kiegészítő biztosításokon felüli pótbiztosítások tartoznak, amelyben a vállalatoknak mintegy az egyharmada vesz részt (*André* [1996] 248 o.). Ezek főleg a jól menő nagyvállalatok és bankok, amelyek elsősorban a magasabb beosztású munkatársaiknak és a vezetőiknek biztosítanak sokszor kiemelkedően kedvező nyugdíjbiztosítási és végkielégítési lehetőségeket. A második pillérhez tartozó biztosítási formák az alkalmazottaknak bizonyos csoportjaihoz, kollektíváihoz kapcsolódnak, ezzel szemben a harmadik pillér biztosításai egyéniek. Sokféle rendszer létezik, a járulékok különböző részét fizetik a vállalatok és széles választék áll az alkalmazottak rendelkezésére attól függően, hogy mekkora járulékokkal milyen mértékű nyugdíjat kívánnak maguknak biztosítani. A pótbiztosítások túlnyomórészt tőkevárományosi rendszerben működnek, és nagy részüket magánbiztosító cégekkel kötik.

A harmadik pillérhez tartozó nyugdíjbiztosításokkal kapcsolatban 1996 novemberében fogadott el a francia parlament egy új törvényt, amely minden magánalkalmazott és vállalat számára lehetővé teszi, hogy az első két pilléren nyugvó nyugdíjakon felül még egy nyugdíj-biztosítási rendszerben vegyenek részt akár egyénileg, akár a kollektív szerződések alapján, és ehhez adókedvezményeket kapjanak. A biztosítók nyugdíjba menetelkor lehetőséget nyújtanak az összegyűlt járulékok egyösszegű kifizetésére, munkahely-változtatáskor pedig arra, hogy a munkavállaló folyamatossággal magával vigye biztosítását az új munkahelyre. Azt várják, hogy az így összegyűlt megtakarítások fontos szereplőivé válnak a francia tőkepiacnak, hasonlóan ahhoz, ahogy ez az angolszász országokban van. A parlamenti vitában a baloldali pártok élesen bírálták a kormány javaslatát, de a törvénybe iktatását nem tudták megakadályozni. Ebben a biztosítási rendszer privatizálásának az első jelét látták, elfogadhatatlannak és túlságosan kockázatosnak tartották a felosztó-kirovó rendszerről a tőkevárományosi rendszerre való áttérést, és

⁸ Lásd: *OECD* [1996] 60. o. A francia nyugdíjrendszer részletesebb leírása megtalálható: *Gouvernement Français* [1991], *André-Saillard* [1994], *OECD* [1994].

⁹ A kiegészítő biztosítás nem kötelező az állami funkcionáriusok számára, az ő alapbiztosításuk viszont bőségesen fedezi azt, amit mások számára a kiegészítő biztosítások nyújtanak.

elítélték, hogy ez fokozza a társadalom kettészakadását, kiterjesztve a növekvő jövedelmkülönbségeket a nyugdíjakra is.

A nyugdíjkiadásoknak a GDP-hez mért arányát mutatja az 1. táblázat 1980-ban és 1989-ben. A GDP 8,4 százalékát tették ki a nyugdíjak 1980-ban, ez a részesedés az évtized végére közel tíz százalékra emelkedett. Mint látható, az első pillér alapján történő kifizetések teszik ki a nyugdíjak teljes összegének legnagyobb részét. A nyugdíjakon felül egyéb segélyekben is részesednek az időskorúak, az özvegyek, a hátramaradott családtagok, továbbá a mozgássérültek. Ha ezeket a kiadásokat is hozzászámítjuk a nyugdíjakhoz, akkor az a GDP közel 15 százalékát tette ki 1989-ben.

1. táblázat

Megnevezés	Nyugdíjak a GDP százalékában	
	1980	1989
Első pillér	6,3	7,5
Második pillér	1,5	1,9
Harmadik pillér	0,6	0,5
Összesen	8,4	9,9

Forrás: Eurostat, Dépenses et recettes de protection sociale 1980–1989.

A nyugdíjrendszer reformja

A második és harmadik pillérben szereplő sokféle biztosítási rendszer igen eltérő nyugdíjakat biztosít, ami nagyfokú egyenlőtlenségekre és igazságtalanságokra vezet. A reformjavaslatokban ezek közelítése és hosszabb távon az egységesítésük szerepel. A legtöbb szakértő ezeknek az erőfeszítéseknek a kudarcát jósolja, mivel a szakszervezetek, különösen az állami vállalatokban és intézményekben, ettől a privilégiumaik csökkentését vagy elvesztését féltik, és ezért mereven szembeszegülnek. A reformok másik irányzata arra irányul, hogy a vállalatok ne köthessenek adómentesen a többi alkalmazottétól eltérő nyugdíjbiztosításokat a vezetők számára. Ez viszont a nagy magánvállalatok ellenállásába ütközik, és ezért e téren sem várnak sikert. Bármennyire is bonyolult a francia nyugdíjrendszer, és bármennyire ésszerű is lenne azt egyszerűbbé és igazságosabbá tenni, a különböző csoportok hozzá fűződő erős érdekeltsége miatt – a legtöbben úgy vélik – azt a közeljövőben nem fogják tudni lényegesen megreformálni. Ennek egyébként az is az oka, hogy a második pillérhez tartozó nyugdíjalapok függetlenek az államtól, teljesen a szakszervezetek és a munkaadói szervezetek, illetve az ott kialakult bürokrácia kezelésében vannak. Az Európai Unió számos országában folynak kutatások a nemzeti nyugdíjrendszerek közelítése, illetve egységesítése érdekében (lásd például: *André-Saillard* [1992], *André* [1996]), ami az Unión belüli szabaddá váló munkaerőmozgás miatt szükséges is lenne. A legtöbb szakértő azonban az intézményi rendszer merevségei miatt a közeljövőben kevés lehetőség lát e téren az igen jelentős országonkénti eltérések csökkentésére.

A francia rendszerben viszonylag sokféle nyugdíjat kapnak a jogosultak. Ez részben az alacsony korhatárnak,¹⁰ a három pilléren nyugvó rendszernek és a viszonylag alacsony járulékfizetési kötelezettségnek köszönhető. Az a nyugdíjas, aki az előírt időt le-

¹⁰ A hatvanéves francia nyugdíjkorhatár azért számít alacsonynak, mert az Európai Unióban általában 65 év a korhatár, Dániában 67 év és Olaszországban 60.

dolgozta, átlagosan 2,8 különféle nyugdíjfajtában részesül. A nyugdíjkifizetések és a hozzá kapcsolódó segélyek összege 1960-ban a GDP 5 százalékát tette ki, ez a kilencvenes évek elejére mintegy a két és félszeresére emelkedett. A nyolcvanas évek elejéig a növekedés főként annak volt köszönhető, hogy a kormányok a nyugdíjak emelésére törekedtek. A nyolcvanas évtizedtől kezdve ez a növekedés főként a nyugdíjasok létszám-emelkedésének a következménye volt. Ez utóbbi egyrészt a nyugdíjkorhatár 65 évről 60-ra való leszállításából, másrészt a munkanélküliek korengedményes nyugdíjazásából származott. Kevésbé ismeretes, és a magyar olvasó számára alighanem meglepő, hogy Franciaországban a nyugdíjasok átlagos életszínvonala a hetvenes és nyolcvanas évtizedben jelentősen emelkedett, és a kilencvenes évek elejére elérte a munkásokét (*Gouvernement Français* [1991]). *André-Saillard* [1992] számításai szerint 1990-ben a nyugdíjak átlaga a bruttó átlagbérek 78 százalékát, a nettó átlagbéreknek pedig a 96 százalékát tették ki.

Az első pillér szerinti nyugdíjra a hatvan évet betöltöttek tarthatnak igényt. Teljes nyugdíját 37,5 év letöltött munkaviszony alapján lehet kapni, ez a korlát 1993 óta fokozatosan emelkedik egészen 40 évig. Ezt a fajta nyugdíjat a legjobb 25 év fizetése alapján számítják ki, de egy meghatározott fizetési plafon 50 százalékában van maximálva.

A nyugdíjadiadások gyors növekedése már a nyolcvanas évek végén komoly finanszírozási problémákat vetett fel, és még aggasztóbbá vált a hosszabb távú pénzügyi fedezet kérdése. Általánosan elismerték, hogy a nyugdíjjárulékok szintje viszonylag magas, és nincs lehetőség annyira megemelni, hogy a kiadások növekedését fedezze. A reformjavaslatok azonban rendre megbuktak a rendszer komplikáltságán és az érdekeltek ellenállásán. A költségek emelkedését a nyugdíjak indexálásának változtatásával próbálták fékezni, először a bruttó keresetek növekedése helyett a nettó keresetekhez kapcsolták, 1993 óta pedig a várható áremelkedésekhez. Egyes években az infláció mértékének alábecslése miatt a nyugdíjasok reáljövédelme csökkent.

A nyugdíjrendszerrel kapcsolatos vitákban felmerült, hogy a nyugdíjak kérdésében valójában nem helyes biztosításról beszélni, mivel az öregséggel kapcsolatban nem értelmezhető a kockázat úgy, mint a betegség vagy a munkanélküliség esetében. Egyesek igazságosnak, mások semlegesnek azt a rendszert nevezik, ahol a befizetések és a nyugdíjak összege átlagosan megegyezik. Jövedelemátcsoportosításról (vagy a szolidaritási elv érvényesítéséről) akkor beszélhetünk, ha ettől eltérítik akár a befizetéseket, akár a nyugdíjakat. Ez akkor következik be például, ha nem veszik figyelembe az eltérő kockázatokat, vagy ha a jövedelemarányos befizetésekkel nem arányosak a nyugdíjak összegei.

A nyugdíjrendszerek kialakulásában sokféle elv és érdek érvényesült. Ami ezek nyomán kialakult, az olyan *intézményi kompromisszumként* írható le, melyben a biztosítás, az újraelosztás, a semlegesség és az igazságosság követelményei egy sajátos keveréket alkotnak. Számos francia szerző hangsúlyozza, hogy az egyenlőséget és a méltányosságot (*égalité* és *équité*¹¹) e téren összhangba kell hozni, ami eltérést jelent a semlegességtől az újraelosztás irányába. Az újraelosztás természetesen többirányú lehet. *Legros* [1996] például rámutat arra, hogy a francia rendszer (hasonlóan a legtöbb nyugdíjrendszerhez) a kockázatok tekintetében nem semleges, mert nem veszi figyelembe, hogy a jobb módúak általában hosszabb életre – és következésképpen hosszabb ideig tartó nyugdíjkifizetésekre – számíthatnak, mint a szegényebbek. Másfelől viszont biztosítási elvnek megfelelő újraelosztás történik azok esetében, akik valamilyen okból nem töltik ki a nyugdíjazáshoz szükséges munkaéveket, és ha csak a befizetések arányában kapnának nyugdíjat, az elégtelen és méltánytalan lenne.

Az első pillérhez tartozó nyugdíjak be- és kifizetései a nyolcvanas években egyensúly-

¹¹ Az angol szóhasználatban ez ugyanígy megtalálható: *equality* és *equity*.

ban voltak, de 1991-re deficit alakult ki. Világossá vált, hogy amikor az ezredforduló után a második világháborút követő „baby boom” korosztály nyugdíjas korba kerül, a rendszer finanszírozhatatlanná válik. Ez a felismerés vezetett az 1993. évi reformokhoz. Mind a francia tervbizottság, mind az OECD számos vizsgálatot végzett a nyugdíjrendszer jövőjére és fenntarthatóságára vonatkozóan különféle hipotézisek alapján (*Commissariat Générale du Plan* [1995], *OECD* [1993]). Megállapításuk szerint a reformok hatására a nyugdíjrendszer várhatóan 2010-ig nagyjából egyensúlyban lesz. Azt követően azonban a lakosság előregedése és az aktív dolgozók számának csökkenése következtében a jelenlegi rendszer súlyos pénzügyi válságba kerülhet, a deficit 2030-ra a GDP 4 százalékát is elérheti. Az OECD javaslata szerint ez úgy csökkenthető, ha a nyugdíjkorhatárt 65 évre emelik, és a járulékokat a jelenlegihez képest 3 százalékkal megnövelik. A prognózisok egybehangzóan szükségesnek tartják, hogy a közeljövőben megszüntessék azt a lényeges különbséget, ami a magán- és az állami alkalmazottak nyugdíjrendszere között van, mivel az utóbbit nem sikerült megreformálni. Igen méltánytalannak tartanak, ha a jelenlegi helyzetet extrapolálva, az állami alkalmazottak nyugdíjai a jövőben sokkal gyorsabban nőnének, mint a magánalkalmazottaké.

A jobbközép Chirac–Juppé-kormány 1995 novemberében terjesztette a francia nemzetgyűlés elé az egész társadalombiztosítási rendszer reformjavaslatát, amit nagy többséggel fogadtak el (*Matignon* [1995]). Ebben megismételték az 1993. évi törvénynek azt az alapelvét, amely garantálta a jövedelemátcsoportosításon nyugvó (felosztó-kirovó) rendszer „örökös fennmaradását”, és legfőbb feladatként azt jelölték meg, hogy a nyugdíjrendszert igazságosabbá és egyenlőbbé tegyék. Hangsúlyváltást csak abban lehet felfedezni, hogy az első két pillért finanszírozó kötelező jutalékrendszer mellett a kormány ösztönzi az egyéni vagy csoportos önkéntes megtakarításokon nyugvó nyugdíjrendszerek kialakítását és elterjesztését. Emellett számos olyan változás kidolgozását ígérték, amelyek az eltérő kiegészítő rendszerek közötti különbségeket csökkentik, hogy a különböző foglalkozási ágak és szektorok közötti egyenlőtlenségeket mérsékeljék. A legfőbb különbségek azonban az állami tisztviselők és az államosított vállalatok dolgozóinak a magánszektornál sokkal kedvezőbb nyugdíjrendszerei között vannak, ennek megszüntetését azonban ez a törvényjavaslat sem helyezte kilátásba.

A francia jobboldali vagy jobbközép irányzatoknak az államhoz való viszonya sokban eltérő attól, ami az angolszász demokráciákban kialakult. Talán még azt is lehetne mondani, hogy fordított a helyzet: a jobboldal centralizálabb és etatistább a szocialista baloldalnál, amely jobban támogatja a decentralizálást és a helyi vagy szakmai szervezetek önállóságát és érdekérvényesítését. Ezzel lehet magyarázni, hogy a korábbi jobboldali kormányzat központi utasításra történő egységesítő és pénzügyi megszorító intézkedései a baloldali ellenállás hatására hiúsultak meg.

Az egészségügyi biztosítás Franciaországban

Franciaországban a betegek szabadon választhatnak orvost, fizetik a szolgáltatásait és hasonlóképpen fizetnek az orvosságokért, majd kérhetik ezeknek a költségeknek a megtérítését az egészségbiztosítástól. Az orvosi honoráriumok nincsenek szabályozva, de a költségek és az orvosságok árának visszatérítése előírt tarifákhoz igazodik. Mindkettő a költségek alatt van, vagyis a túlfogyasztás korlátozása érdekében a beteg fizeti a költség egy részét. Ennek a mértéke 1993-ban az átlagos orvosi tiszteletdíjak 25 százalékát, a „szükséges” orvosságok 30 százalékát és a „komfort” orvosságok 60 százalékát tette ki.¹² Köthetők – és az esetek nagy részében kötnek is – olyan kiegészítő biztosítások, amelyek a betegekre jutó költségek egy részére vagy egészére is fedezetet nyújtanak.

Az orvosok egy része állami alkalmazott, akiknek többsége állami kórházakban dolgozik,¹³ a másik részük magánorvos, akik számára az egészségügyi biztosítás foglalkoztatási garanciát nyújt. (Az orvosoknak csak 3 százaléka nem tartozott az egészségügyi biztosításhoz.) A biztosításhoz tartozó magánorvosok két rendszer között választhatnak: vagy vállalják, hogy előírt tiszteletdíjakat kérnek, és ennek fejében ingyenes egészségügyi és nyugdíjbiztosításra jogosultak (ezt választotta a 70 százaléku), vagy maguk szabhatják meg a tiszteletdíjukat – a megállapodás szerint: „tapintattal és mérséklettel” –, és maguknak kell az egészség- és nyugdíjbiztosításukról gondoskodniuk. Az utóbbit főként kiemelkedő specialisták és nagyobb városok orvosai választották.

A betegek választhatnak az állami és magánkórházak között. Az előbbi költségeit a költségvetés, az utóbbiakét az egészségügyi biztosítás fedezi. A magánkórházakban van a kórházi ágyaknak mintegy egyharmada, nagy részük specializált szolgáltatást nyújt, és a benne dolgozó orvosok tulajdonában van. Az állami kórházak orvosai állami alkalmazottak, és korlátozott engedélyük van magánpraxis folytatására. Az állami kórházak számára központilag állapítják meg a globális költségvetést az ágyszámok alapján, ami csak kis eltérést enged meg a helyi adottságoktól függően.

Az orvosságok felhasználásában nincs korlátozás, csak az új gyógyszerek bevezetését ellenőrzik állami szervek. A gyógyszereknek csak 10 százaléka olyan, amire egyáltalán nem ad térítést a biztosító. A gyógyszerárakat és változásukat, valamint a térítés mértékét egy állami szakmai bizottság hagyja jóvá.

Az egészségügyi biztosítás átalakításának szükségességét Franciaországban is elsősorban a költségek rohamos emelkedése és finanszírozásának nehézségei vetették fel. A francia egészségügyi rendszer ugyanis az amerikai után a legdrágább a világon (*OECD* [1993]), és nemzetközi összehasonlításban a költségek emelkedése is kimagaslóan rohamos volt. Az *OECD* [1993] vizsgálata szerint az egy főre jutó egészségügyi reálköltségek Japán után Franciaországban a legmagasabbak, 25 százalékkal vannak a német és 60 százalékkal az angol költségek fölött. Az *1. ábra* mutatja az egy főre jutó változatlan áras egészségügyi költségeket hét fejlett ipari országban. A költségemelkedés mindenütt igen erős volt a hatvanas évek óta, de mint látható, a francia költségek növekedése a második leggyorsabb volt.

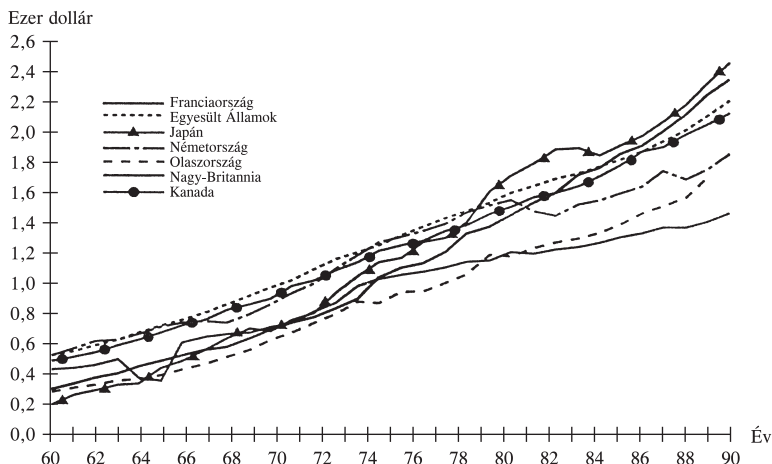
Az egészségügyi kiadások legnagyobb része, mintegy 50 százaléka a kórházi költségeket fedezi, 30 százaléka a háziorvosi és járóbeteg-ellátást, a további 20 százaléka az orvosságokat. A költségek emelkedése Franciaországban 1960–1965 között évi átlagban 10 százalékos volt, 1965–1975 között 7,5 százalék és 1975–90 között 4,25 százalék. A csökkenő tendencia ellenére az egész időszakban az egészségügyi kiadások gyorsabban növekedtek a társadalmi összterméknél, ezért a GDP 1960. évi 4,2 százalékaról, annak 9,7 százalékára emelkedtek 1994-re (*Bloch-Ricordeau* [1996]). Ez a részesezés jóval magasabb, mint Angliában vagy Németországban.

Az egészségügyi kiadások háromnegyedét a kötelező biztosítás fedezi, ami európai átlagban nem magas, ez azonban igen különböző mértékben oszlik el az egyes költség-típusok között: a biztosítás fedezi a kórházi költségek 91 százalékát, a háziorvosi és járóbeteg-ellátás 57 százalékát és a gyógyszerek, gyógyászati eszközök 58 százalékát. A költségemelkedések következtében a munkaadó által fizetett egészségügyi alapbiztosítás járulékait fokozatosan növelték, 1980 és 1994 között például 17,2 százalékról 19,6 százalékra. A francia szakértők szerint mindez súlyos gazdasági torzulások forrása: megdrágítja a munkabéreköltségeket, ezzel számos területen csökkenti vagy megszünteti a francia ter-

¹² Ez a besorolás hasonló a magyar gyógyszerek árának teljes, illetve részleges támogatottságához.

¹³ Egyes információk szerint az állami alkalmazásban lévő orvosok jövedelme jóval elmarad a magánpraxist folytatókéétól.

1. ábra
Az egy főre jutó egészségügyi kiadások
(Változatlan áron, ezer dollárban)



Forrás: OECD [1993].

mékek versenyképességét, így növeli a munkanélküliséget, főként a szakképzetlen vagy alacsony képzettségű munkások körében, és elvonja az erőforrásokat más fontos társadalmi feladatok megoldásától, mint amilyen például az oktatás, a lakásépítés, a környezetvédelem, holott azok a jóléthez esetleg nagyobb mértékben tudnának hozzájárulni, mint amennyivel az egészségügy marginális költségei javítják a közegészséget.

A francia lakosság egészségi állapota jelentősen javult, de ezt nem lehet mind az egészségügyi kiadások növekedésének tulajdonítani. A születéskor várható élettartam 1991-ben már 73 év volt a férfiaknál és 81 év a nőknél, a csecsemőhaláloság az 1960. évi 27,4 ezrelékről 7,2-re csökkent 1990-re, a 35 és 65 közötti korosztályoknál a betegségek okozta halálozás 31 százalékkal csökkent. Ezek, és a hasonló mutatók igen számottevő javulást mutatnak ugyan, de nem támasztják alá azt, hogy a nagyobb mérvű francia egészségügyi kiadások jobb eredményekhez vezettek volna, mint a többi fejlett ipari országban. Az egészségi helyzet javulásában ugyanis számos más tényező, mint a jövedelmek emelkedése, a környezeti hatások, az oktatás, az életmód átalakulása, a munkakörülmények javulása stb. is fontos szerepet játszott. Az OECD vizsgálata szerint például a halálozási arányok különbségének csak 20 százalékat magyarázzák az egészségügyi kiadások eltérései a fejlett országokban. A kiadások emelkedését a következő főbb tényezőre vezetik vissza (Oxley–MacFarlan [1996]).

1. Az egészségügyi kínálat bővülése, vagyis a korábbi szűkösség megszűnése mind a kórházi, mind a járóbeteg-ellátás területén jelentős költségemelkedést okozott. Nemcsak a hiány szűnt meg, hanem feleslegek is keletkeztek: egyes becslések szerint 1993-ban 44 ezer kihasználatlan kórházi ágy volt. Az orvosok száma is rendkívüli mértékben emelkedett, 1970 és 1990 között ezer lakosra számítva megduplázódott, amit az indokolt szükségletekhez képest túlzottnak tartanak. Ezért is korlátozzák az orvosképzést, *numerus clausus* vezettek be.

2. A technológiai fejlődés jelentősen javította és megnövelte mind a diagnosztikai, mind a terápiás lehetőségeket, és miközben ez a gyógyítás és megelőzés terén jelentős eredményekre vezetett, a kezelések iránti keresletet jelentősen megnövelte. Míg az egészségügyi innovációk kifejlesztése és elfogadtatása viszonylag időigényes, az elfogadott új

eljárások bevezetése rohamosan gyors, részben mert az előállítók jövedelmezősége ezt igényli, de részben azért is, mert az új eljárásokhoz való hozzájutás terén az egyenlőtlenségek kiküszöbölése miatt a költség szempontokat sokszor figyelmen kívül hagyják. Vannak esetek, amikor az egészségügyi technológia fejlődése költségkímélő, például a megelőző oltások bevezetése, vagy amikor műtétek helyett gyógyszeresen lehet gyógyítani. Más esetekben viszont jelentős költségemelkedésre vezet, például amikor gyógyítás helyett csak a tüneteket korlátozza, vagy a betegséget elnyújtja, mint például gyakran a rák esetében, vagy amikor újfajta gyógyszerekkel és kezelésekkal növelik a keresletet az egészség számottevő javulása nélkül. Azzal hogy a biztosítási rendszerek szinte korlátlanul fizetőképessé teszik a keresletet, elősegítik az igen költséges újítások elterjesztését, azzal pedig, hogy a kiadásokat utólag fedezik, mind a kezelőszemélyzetet, mind a betegeket érzéketlenné teszik a költségek iránt.

3. *Az egészségügyi ellátás kiterjesztése* a lakosság korábban ellátatlan részére az egyenlőtlenségek csökkentésével együtt természetesen a kiadások emelkedését is okozta, ez azonban nem magyarázza azt, hogy a költségek mitől nőnek gyorsan azután is, hogy a biztosítás már az egész lakosságra kiterjedt.

4. *A lakosság öregedése*, vagyis a korösszetételben az időskorúak arányának növekedése természetesen szintén költségemelkedést von maga után, mivel az időskorúak egészségügyi ellátásának kétszer-háromszor akkora a költsége, mint a fiatal felnőtteké. Az OECD [1993] számításai szerint azonban ez a hatás igen kismérvű: csak 0,2–0,3 százalékkal növelte volna önmagában az egészségügyi kiadásokat 1980 és 1990 között a fejlett országokban. Becsléseik szerint ez a hatás az öregedés fokozódásával nőni fog ugyan 2000 után, de akkor sem fog 0,5 százaléknál nagyobb mértékben hozzájárulni a költségek emelkedéséhez. Az öregek társadalmi helyzete és kezelésük körülményei nagymértékben befolyásolják, hogy az öregedés milyen mértékben növeli az egészségügyi költségeit, mivel a családi ellátás és otthoni kezelés természetesen sokkal olcsóbb a kórházi ellátásnál.

5. *Az életszínvonal javulása* az egészségügyi szolgáltatások iránti fokozott kereslettel jár. Számos vizsgálat kimutatta, hogy az egészségügyi fogyasztás jövedelemrugalmassága egynél nagyobb, vagyis a jövedelmek emelkedésénél gyorsabban nő. Ezt egyébként nem csak pozitív, hanem negatív irányban is alátámasztják a francia adatok: 1980 óta a jövedelmek növekedésének lassulásával párhuzamosan az egészségügyi költségek növekedésének lassulása is megfigyelhető volt.

6. *Az egészségügyi szervezet jellegzetességei* igen erősen befolyásolják a költségek alakulását. Az egészségügyi ellátás szereplői információs lehetőségeinek aszimmetriái, különösen a betegek és az orvosok között, az ellátás kínálatának monopolisztikus vagy oligopolisztikus szerveződése, vagy a kiadások ellenőrzésének nehézségei, mind a költségek növelését teszi lehetővé. Vagyis azt, hogy az ellátás szolgáltatói érdekeiknek megfelelően, autonóm módon gerjesszék a keresletet. Ezt természetesen nagyban elősegíti, ha a biztosítás a passzív keresletet fizetőképessé teszi. Bizonyos szervezeti formák különösen kedveznek az ilyen költségnövelésnek: ha például az orvosokat a vizsgálatonként vagy beavatkozásonként honorálják, akkor az növeli a vizsgálatok és beavatkozások számát. Vagy ha a biztosítottak a háziorvos véleményezése nélkül korlátlanul fordulhatnak a specialistákhoz, akkor az a szakorvosi szolgáltatások indokolatlan igénybevételével járhat. Az orvosok közötti versengés is vezethet például gyógyszer-túlfogyasztáshoz, ha a medikalizációt kedvelő pacienseket ezzel próbálják elhódítani egymástól. A francia szakirodalom sok példát ismertet az egészségügyi pazarlásról, a felesleges vizsgálatokról, kezelésekről, gép- és műszerbeszerzésekről, amelyek jelentős része csak az orvosok és a kiszolgáltató személyzet jövedelmi érdekeivel, illetve az egészségügyi termékeket gyártó vállalatok nyomásával vagy vesztegetéseivel magyarázható.

Az egészségügyi szolgáltatások reformjáról folyó vitában a francia szakértők többsége megegyezik abban, hogy valami közbülső megoldást kell találni a „teljesen állami” és a „teljesen piaci” megoldások között. A piac fogyatékosai és a gyógyítás mindenkire való kiterjesztése indokolják az állami beavatkozást, ellenőrzést és szabályozást, ami azonban menthetetlenül rontja a hatékonyságot. Ezért olyan mechanizmusokat igyekeznek találni, mely a szereplők közötti megfelelő érdekeltség és – indokolt esetekben – a verseny kialakításával javítja a hatékonyságot, anélkül hogy ez a kezelés színvonala és a méltányosság rovására menne.

A piac tökéletlenségei – többek között – az információk *aszimmetriáiban* jelentkeznek. Ez okozza, hogy az egészségügyi piac szereplőinek érdekviszonyai, a betegek, az orvosok, az állami és magánbiztosítók számára nem válik lehetővé a piac normális működése és rendre szuboptimális megoldások keletkeznek:

– *aszimmetrikus a tájékozottság a páciens és orvosa között*: a beteg nem tudja, hogy mi a baja és, hogy mi a legmegfelelőbb kezelési eljárás. „M megbízóvá” válik, aki rábízta orvosára a kezelés módját és intenzitását, de nem tudja elbírálni annak eredményét és más eljárásokhoz mért hatékonyságát. Ez felesleges orvosságok szedésére vagy kezelésekre és hosszabb kórházi ápolásra vezethet a „megbízott” orvos érdekeinek megfelelően;

– *aszimmetrikus a tájékozottság a biztosított és a biztosító között*: a biztosító nem ismerheti pontosan sem a biztosított egészségi állapotát, a kockázat nagyságát, sem annak a betegség kockázatával szembeni magatartását (például: elmegy-e időben orvoshoz, megfogadja-e a tanácsát). Emiatt a biztosító nem mérheti fel pontosan a kockázat nagyságát, különösen az úgynevezett *erkölcsi kockázat* mértékét. *Ex ante* erkölcsi kockázatnak nevezik, amikor a biztosítás nyomán egy kockázat előfordulása gyakoribbá válik, vagy a biztosított megváltozott magatartása, vagy önvédekezésének csökkenése miatt. Ha pedig a biztosított vagy orvosa drágább gyógyeljárásokat alkalmaz, mint ha nem lenne biztosítva, akkor *ex post* erkölcsi kockázatról beszélnek;¹⁴

– *aszimmetrikus a biztosító és az orvos közötti tájékoztatás is*: a biztosító számára ismeretlen a különböző gyógyeljárások hatékonysága, nem tudja összehasonlítani azok költségvonzatát és eredményességét. Nem tudja megfigyelni és mérni, hogy az általa alkalmazott vagy finanszírozott orvosok mekkora erőfeszítéseket tesznek a leghatékonyabb és költségkímélőbb eljárások alkalmazására.

Állami beavatkozásra többek között azért is szükség van, mert egy liberalizált egészségügyi piac nem tudja az externáliákat figyelembe venni, illetve a közérdeknek megfelelően kezelni. A betegségek általában – a fertőző betegségek különösképpen – nemcsak a beteg kockázatai, „extern” hatásuk is van. Ezért kell kötelezően előírni oltásokat, eltiltani mérgeket és kábítószereket, ingyenessé tenni bizonyos eljárásokat vagy orvosságokat, és erősen megadóztatni az egészségre káros cikkeket. Állami intézményeknek kell gondoskodni a közegészségügyi előírások betartásáról, az egészségügyi oktatás minőségi követelményeiről, és végül törvényileg kell előírni a kötelező egészségügyi biztosítást.

Az egészségügyi kérdésekkel foglalkozó francia közgazdászok hangsúlyozzák, hogy ezen a piacon gyakran nem érvényesül a szereplők atomizáltsága, ezért gyakran monopol-, vagy oligopolhelyzet alakul ki. Egyes betegségfajtáknál a specializált orvosi tudás korlátozottsága vagy a költséges berendezések ritkasága, másutt a területi ellátás korlátai következtében alakulnak ki a kínálat terén kvázimonopoliumok. Ilyen esetekben a verseny nem, vagy csak korlátozottan tud érvényesülni, nemoptimális egyensúly alakul ki,

¹⁴ Számos francia vizsgálat is alátámasztotta e téren azt, hogy az *erkölcsi kockázat* költségghatása jelentős, lásd például *Manning és szerzőtársai* [1987].

és egyes orvosok járadékra tesznek szert, ami érdekelté teszi őket a verseny kialakulásának megakadályozásában.

Az állami szerepvállalást a nyugat-európai demokratikus társadalmakban a méltányosság (*equity* vagy *fairness*) elvének általános elfogadottsága is szükségessé teszi. Gyakran hangsúlyozzák, hogy „az egészségügy életbevágó kérdés” vagy hogy „az egészségnek nincs ára”, ami mutatja, hogy a társadalom tagjainak nagy része az egészség megőrzésének vagy visszaszerzésének kérdését hajlandó a gazdasági megfontolások fölé vagy elé helyezni. Ehhez hasonlóan általánosan elfogadott elv, hogy mindenkinek, a jövedelmi különbségektől függetlenül, egyenlőképpen hozzá kellene jutnia a gyógyulás lehetőségeihez, és ezért a közösségnek kell magára vállalnia a hátrányos helyzetűek kezelési költségeit, illetve azokat, akiknek a gyógyítása rendkívül költséges. A méltányosság elvének felelnek meg az állami költségvetésből vagy kötelezően előírt biztosításokból fedezett egészségügyi rendszerek, amelyek mind valamiféle jövedelemátcsoportosítást hajtanak végre.

Amint eltér egy rendszerben az egyéni járulékfizetés a kockázat várható nagyságától, jövedelemátcsoportosítás keletkezik. A redistribúció többirányú: kockázatafjárták között, generációk között, jövedelemszintek között és családnagyságok között megy végbe jövedelemátcsoportosítás. Ezek hatása a különböző egészségügyi biztosítási rendszerektől függően igen eltérő: az adókból fedezett biztosítási rendszerekben a redistribúció erősebb, mint a járadékokon, illetve magánbiztosításokon nyugvó rendszerekben. Ez természetesen nemcsak a járulékok fizetésére, hanem a költségek megosztására is vonatkozik: például amennyiben a legszegényebb rétegek morbiditása magasabb, mint a magasabb jövedelműeké, gyógyításukra is többet fordítanak. Másrészt amennyiben a jobb módúak többet törődnek a saját egészségük megóvásával és igényesebbek a gyógyítás minőségével kapcsolatban, annyiban nagyobb költséghányad jut rájuk az átlagosnál.

A legtöbbit vitatott kérdés e téren Franciaországban az, hogy miként lehet az állami-lag előírt és szabályozott, mindenkire kiterjedő egészségügyi biztosítási rendszert olyan ösztönző és versenyztető mechanizmusokkal továbbfejlesztetni, hogy a hatékonysága növekedjen és a költségei csökkenjenek. Az egyik ilyen lehetőség a „fiktív verseny” bevezetése, például egyes betegségfajtákra vagy eljárásokra egységes ár megállapítása, ami a kórházakat vagy az orvosokat versenyhelyzetbe hozná, anélkül hogy tényleges piac jönne létre. Ennek, mint kiderült, az az előnye, hogy a költségeket lecsökkenti ahhoz képest, mint amikor azokat utólag, korlátozás nélkül fedezik, viszont az a veszélye, hogy átminősítik (drágább fajtájúvá) a betegségeket, vagy a költségeket a gyógyítás minőségének rontásával csökkentik.¹⁵ Továbbá ez a rendszer csak akkor tud működni, ha a kórházak költségvetési korlátja kemény, és a veszteséges intézményeket ténylegesen fenyegeti a csőd vagy bezárás veszélye, ami nem is mindig biztosítható, nem is mindig kívánatos.

A francia egészségügyi biztosítási rendszer úgy jellemezhető, hogy az nem teljesen liberális, nem teljesen központosított, és több eltérő cél kielégítését próbálja összehangolni: a szabad orvosválasztást, a betegellátás finanszírozását, a döntések decentralizálását, bizonyos árak és mennyiségek központi előírását és a terhek méltányos elosztását a társadalom különböző rétegei között. Ennek megfelelően a kórházi ellátás túlnyomó részét, és azon belül is a súlyos vagy elhúzódó eseteket és a nagy műtéteket teljes egészében a kötelező biztosítás finanszírozza. A könnyebb és egyszerűbb kezelések egy részének házi-orvosi ellátásában a magánpraxisnak jelentősebb a szerepe, de az egészségügyi összes kiadások 74 százalékát az állam vagy a biztosítók fedezték 1994-ben. A fennma-

¹⁵ Ezek a jelenségek rendkívül hasonlóan a szocialista gazdaságokban jól ismert burkolt áremelési és minőségromlási törekvésekhez.

radó 26 százalék egy részét a családok, másik részét a magánbiztosítások fedezték. A lakosság túlnyomó többsége, mintegy 83 százaléka köt kiegészítő egészségügyi biztosítást. A kiegészítő biztosítások piacán nagy a verseny, mind az árakban, mind a fedezet mértékében igen sokféle ajánlat között lehet választani. Ezek nagy része az egyéni kockázatokhoz igazodó járulékmegállapítás helyett, a nagyobb csoportok közötti kockázatmegosztást vállalják.

A kórházak egyharmadát, de a kórházi ágyak kétharmadát kezeli az állam. Ezek a technikailag legfejlettebb kórházak, itt biztosítják a sürgősségi és ügyeleti ellátást, továbbá az orvosképzést és a kutatást is. A háziorvosok legnagyobb része magánpraxist folytat, de megállapodást köt valamelyik biztosítóval, szabadon kezdhet praktizálni, a beteg szabadon választhat orvost, és az orvos szabadon írhat fel receptet. Honorárium a kezeléseket fajtájától és számától függ.

A francia egészségügyi rendszer elemzői, miközben rámutatnak az egészség jelentős javulásának kétségtelen jeleire, számos súlyos fogyatékoságot, alacsony hatékonyságot és pazarlást tártak fel (lásd például: *Béraud* [1992], *Teulade* [1989]). A pazarlásokról megállapították, hogy azok nemcsak a felesleges költségeik miatt, hanem sokszor – például a túlzott gyógyszerfogyasztás miatt – még egészségügyi szempontból is károsak. *Béraud* [1992] becslése szerint az egészségügyi kiadásoknak mintegy 20 százaléka felesleges. A francia rendszer szabályozásának hiányosságait két csoportba lehet sorolni.

1. *Az állam és az egészségbiztosítás között tisztázatlanok a feladatok és a felelőségek*, ami rendszeresen újrakeletkező konfliktusokat idéz elő. A kormány felelős az egészségügyi rendszer pénzügyi egyensúlyáért, ő állapítja meg a járulékokat és a térítéseket, de ugyanakkor nem avatkozik be közvetlenül az intézmények irányításába, ami a szociális partnerek (a munkaadók és a munkavállalók képviselőinek) feladata. Nem vesz részt az orvosszervezetekkel való tárgyalásokban és megállapodásokban. Az állami kórházakat közvetlenül irányítja, miközben a kezelés más területei a biztosításra tartoznak.

2. Az egészségügyi rendszer irányításának nehézségei részben az *információs rendszer hiányosságaira* vezethetők vissza. Az információk sok helyről származnak, eltérő módon gyűjtik össze és kategorizálják azokat, nagyrészt alkalmatlanok a szabályozás céljaira. Rendszerint megállapíthatatlanok az egyes betegségfajták gyógyításának költségei vagy az egyes betegcsoportokra jutó térítések mértéke.

Mindezek következtében igen nehéz a rendszert irányítani is, és a tevékenységét értékelni és ellenőrizni is. Egyesek szerint ez nem véletlen, az orvosok nem is akarják, hogy őket kontrollálni, tevékenységüket elemezni, mérni és értékelni lehessen. Ezért tartják az információs rendszer megjavítását, átláthatóvá tételét többen (például: *Bloch-Ricordeau* [1996]) az egész egészségügyi biztosítási rendszer javítása kulcskérdésének.

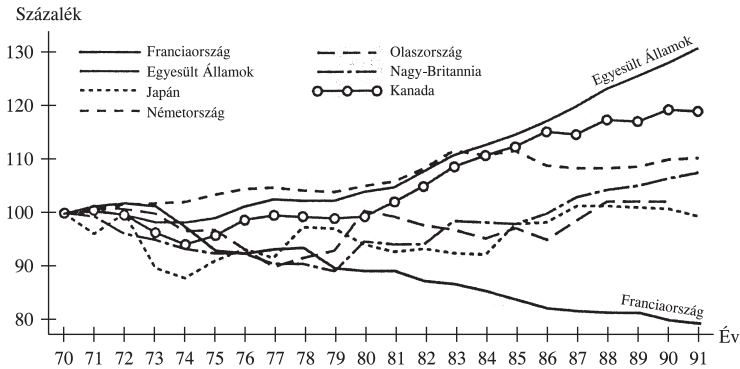
A francia biztosítási rendszer bajai már évtizedek óta napvilágra kerültek és azóta számos reformkísérlet történt, melyek a szabályozás javításával a költségek csökkentésére irányultak. Így az ár megállapítás, a kínálatszabályozás és a felelősségnövelés reformjaival kísérleteztek, melyekről utólag azt állapították meg, hogy nagyrészt sikertelenek maradtak.

Mivel a biztosító korlátozás nélkül téríti a kezelési költségeket,¹⁶ továbbá a betegről nagyrészt független a kereslet, és a verseny nem játszik számottevő szerepet – az egészségügyi szolgáltatások árait kontrollálni kell. Az állami árszabályozás igyekezett az árakat alacsonyan tartani, aminek az lett a következménye, hogy az orvosok és a kórházak a szolgáltatások mennyiségét igyekeztek növelni, hogy a kívánatosnak tartott jövedelmi szintet elérjék. Nőtt a gyógyszerfogyasztás, a vizsgálatok, a műtétek, a kórházban töltött

¹⁶ Ez természetesen csak a biztosítóval kötött megállapodás keretei között történik, ezenkívül az orvosok vagy magánklinikák kérhetnek magasabb árakat is.

napok és a specialistákkal való konzultációk száma. 1980 és 1994 között az egy lakosra jutó kezelések száma 3,5-ről 4,9-re emelkedett. A gyógyszerárakat különös szigorral ellenőrizték és – az OECD vizsgálata szerint (2. ábra) – az áremelkedés alacsonyabb volt, mint más fejlett országokban (*Lecomte-Paris* [1992]). Ennek hatására a francia gyógyszerárak alacsonyabbak a német vagy olasz áraknál. Ezzel szemben – vagy éppen emiatt – a fogyasztás mennyisége rendkívül megnőtt: a gyógyszergyárak úgy alkalmazkodtak az alacsonyabb fix árakhoz, hogy sokkal többet költöttek reklámra és nagyobb erőfeszítéseket tettek a terjesztés növelésére, mint más országokban. 1992-ben az áru-propaganda és ügynöklés a francia gyógyszergyárak árbevételének 14 százalékát tette ki, ami magasabb volt a kutatás és fejlesztés ráfordításainál. A gyógyszerlobby arra panaszkodik, hogy az árrögzítés következtében alacsony az ágazat nyeresége, ami rontja a francia gyógyszerexport versenyképességét.

2. ábra
Az egészségügyi szolgáltatások árindexe
(1970=100)



Forrás: OECD [1993].

Megkísérelték központilag tervezni és szabályozni az egészségügy legköltségesebb ágazatát, a kórházak számát és felszereltségét. Az alkalmazott eszközök és a szakértelem hiánya miatt azonban ezek a kísérletek is csődöt vallottak, nem sikerült a területi különbségeket sem csökkenteni, és a rendszer túl merevnek bizonyult a műtéti és gyógykezelési változásokhoz való rugalmas alkalmazkodás szempontjából. A kórházban töltött idő csökkenésével felesleges kapacitások jöttek létre, ezért kórházi osztályok bezárását írták elő központilag, ez azonban nem csökkentette a költségeket a várt mértékben.

Az egészségügy szereplőinek felelősségnövelésére irányuló kísérletek sem jártak sok sikerrel. A szolgáltatások fogyasztásának korlátozását kívánta szolgálni, hogy a költségek egy részét a betegek viselik. Mivel azonban ezeket a többletköltségeket az esetek többségében a kiegészítő biztosítások átvállalták, ez sem járt a fogyasztás visszafogásával, csak azzal, hogy az alapbiztosításnak nem kellett a teljes költséget fedeznie. Eredménytelennek tartják azokat az erőfeszítéseket is, hogy az orvosok képviselőivel rendszeresen „nemzeti megállapodásokat” kötöttek, amelyekben leszögezték, hogy az orvosok a leginkább költségkímélő eljárásokat választják és csak a legszükségesebb orvosságokat írják fel. Megfelelő információk és ellenőrzés hiányában természetesen nem lehetett szankcionálni ezeknek a megállapodásoknak a megsértését, így azok nagyrészt holt betűk maradtak.

A francia egészségügyi rendszert sokan bírálják amiatt, hogy a betegeknek meg kell előlegezniük a házi- vagy szakorvosi kezelések és az orvosságok költségeit, amelyeket részben vagy egészben csak utólag térít meg a biztosító. Ez ugyanis hátrányos helyzetbe hozza azokat, akiknek nincsenek tartalékaik, ezért sok alacsony jövedelmű beteg elhanyagolja egészségének kellő ápolását. Az utóbbi időben a társadalom egyes rétegeinek elszegényedésével megfigyelhetően nőtt azoknak a száma, akik nem tudták (vagy akarták) megelőlegezni a költségeket. Az, hogy a betegellátás szabályozásának ez a vonása milyen súlyos következményekkel jár, csak az utóbbi időben került nyilvánosságra.¹⁷ A Médecin du monde elnevezésű szervezet ingyenes kezelést nyújtó rendelőintézteit tavaly, minden eddiginél több, 40 ezer esetben keresték fel a szegények és a hajléktalanok. Meglepően magas volt köztük a fiatalok aránya: a betegek több mint a fele harminc év alatti volt, kétharmaduk szociális segítyből vagy egyéb támogatásból tartotta el magát, és csak egynegyedük rendelkezett állandó lakóhellyel. Nagy részük csak véletlenül szerzett tudomást az ingyenes kezelés lehetőségeiről, feltételezhető, hogy még nagyobb azoknak a száma, akik nem jutnak ilyen kezeléshez. Őket is az egészségügyi biztosítási rendszer áldozatai közé lehet számítani.

1995-ben a kormány a korábbiaknál nagyobb mérvű reformok bevezetését határozta el (*Matignon* [1995]). Célul tűzték ki a pénzügyi egyensúly megteremtését, az intézményi rendszer és a biztosítási szervezetek átalakítását, a kórházi irányítás és a járóbeteg-ellátás reformját. Világosabbá és egyértelműbbé kívánták tenni a hatásköröket és felelősségeket, szerződéses alpra helyezni az állam és a biztosítók, a kórházak és a biztosítók, a biztosítók és az egészségügyi érdekképviseletek, valamint a biztosítók és a helyi önkormányzatok kapcsolatait. Célul tűzték ki a sokféle biztosító fokozatos összevonását és egységesítését, továbbá azt, hogy az egészségügyi biztosítás az ország minden lakosára kiterjedjen. Új eljárásokat keresnek a pazarlás megszüntetése, az információk egységesebbé és használhatóbbá tétele érdekében. A reform liberális kritikusan arra mutatnak rá, hogy a kormány elképzelései teljesen etatisták, a centralizálás növelésétől, az állami szabályozás és ellenőrzés szigorításától és nem a piaci elemek és a verseny bevezetésétől várják a javulást.

A reform egyik erősen vitatott intézkedése az lett volna, hogy a betegek csak a házi- orvos beutalásával mehessenek a szakorvosokhoz. Ez azonban a szakorvosok éles ellenállásába ütközött, és mivel az általános orvosok és a szakorvosok külön kamarába szerveződtek, a szakorvosok érdekképviselete megakadályozta ennek általános bevezetését. A szakértők nem egységesek annak megítélésében, hogy egy ilyen intézkedés valóban költségmegtakarítással jár-e, mivel a szakorvosok esetleg felesleges vizitjeinek csökkenését ellensúlyozhatja a házi- orvosoknál tett látogatások számának emelkedése. Az viszont kétségtelen, hogy csökkentené a szakorvosok jövedelmét, és növelné a házi- orvosokét.

Franciaországban az egészségügy reformjaival kapcsolatban nem merül fel még a korábban kormányzó jobbközép politikai körökben sem az, hogy a fennálló biztosítási rendszer privatizálni kellene. A reformjavaslatok mind azon alapulnak, hogy a jó minőségű kezelésnek mindenkire ki kell terjednie, „a minőség kérdése nem vitatható” – jelentette ki 1995-ben a miniszterelnök. Ezért a jövedelemátcsoportosításon alapuló biztosítási rendszer minden bizonnyal fennmarad, és az egyenlőség jelszavát ma is zászlaján hordó francia republikanizmus etikailag sem tartja elfogadhatónak e téren a szolidaritás felmondását. Az egészségügyi ellátásnak azok a redisztribúciós elvei és gyakorlata, amelyek egészségügyiköltség-átcsoportosításokat hajtanak végre a kisebb vagy nagyobb gondozásra szorulóknak között, a különböző szintű jövedelmi csoportok között, a családnagyságok eltérései között, illetve generációk között, fenn fog maradni. Sőt várható, hogy e téren az

¹⁷ Lásd *Le nombre de personnes exclues des soins ne cesse d'augmenter. Le Monde*, 1996. november 13.

egyenlősítés erősödik azzal, hogy a különböző szakmai egészségpénztárakat egységesítik vagy legalábbis közelítik egymáshoz, hasonlóvá téve a járulékok és juttatások arányát.

A fogyasztói felelősség fokozása érdekében foglalkoznak azzal a javaslattal, hogy eltiltsák a kiegészítő biztosítások számára a teljes költségtérítést, vagyis hogy kötelezővé tegyék, hogy a költségek egy részét a betegek viseljék. Az egészségügy pénzügyi egyensúlyának megteremtése érdekében javasolják, hogy a járulékfizetést jelentősen – az adófizetésekhez hasonlóan – alakítsák át és terjesszék ki. Azáltal, hogy az egészségügyi biztosításba az egész társadalmat bevonták, elvesztette a létjogosultságát az, hogy csak a bérből élők fizetnek járulékot. Hangsúlyozzák, hogy akik legjobban rászorulnak az egészségügyi szolgáltatásokra, nem dolgoznak. Másrészt a térítési rendszer átalakítását is javasolják: eltérő térítést fizetnének a nagy és kis kockázatok esetében, csak a hatékony kezeléseket térítenék és az önként vállalt kockázatok (például dohányzás, alkohol, kábítószer) okozta kezeléseket nem, vagy nem teljesen térítenék.

Sokan vélik úgy, hogy a francia egészségügyi rendszerben azért sem lehet radikálisabb változásokra számítani, mert rendkívül erős lobbyk alakultak ki, melyeknek nem fűződik érdekük nagyobb változásokhoz. A két nagy orvoskamara ugyan vitathat olyan kérdéseket, amelyben eltérnek az érdekeik, de igen erőteljesen együtt védelmezik a magánpraxis-államilag garantált piac együttesét és a viszonylag magas jövedelmeket. Politikailag konzervatív beállítottságúak ugyan, de élesen ellenzik a piaci viszonyok, a verseny bevezetését vagy az önkéntes magánbiztosítási rendszer kiterjesztését. Figyelemreméltó jelenség, hogy az orvoskamarák felismerték a politikai hatalomban való részesedés jelentőségét, sok parlamenti képviselőjük van és igen befolyásosak – különösen vidéken – a választási kampányok során. Ezért a törvényhozásban meg tudnak akadályozni minden olyan intézkedést, ami sérthetné az érdekeiket. A változásokkal való szembenállásukat az is motiválja, hogy attól tartanak: véget ér az „aranykor”, az egészségügyi költségek – és azon belül az ő jövedelmek – növekedése nem fog folytatódni, és a radikálisabb változások, a privatizáció vagy a verseny bevezetése – szerintük – „katasztrofális” helyzetbe hozhatja sokukat.

A másik legerősebb lobby az egészségügyi pénztárak vezetői – nagyrészt mai vagy korábbi szakszervezeti vezetők –, akik ugyancsak elleneznek minden lényeges változást. Hatalmas vagyon felett és nagy jövedelmekkel, privilégiumokkal rendelkeznek. A különféle egészségügyi pénztárak magánvállalkozások és a biztosítottak közös tulajdonában vannak ugyan, valójában azonban a „tulajdonosoknak” kevés beleszólásuk van az ügyekbe, és egy sajátos apparatcsikuralom jellemzi ezeket az intézményeket. A karrier különös fajtája ez Franciaországban, mert ezen az úton igen befolyásos pozíciókba lehet jutni jelentősebb képzettség, vagyon vagy állami összeköttetések nélkül. Nem csoda, hogy akik ilyen helyzetbe kerültek, azt mindenképpen védeni próbálják és ellenállnak a privatizálásnak, vagy a verseny bevezetésének.

Két kisebb erejű lobbyként írják le a gyógyszerészek és a gyógyszergyarak érdekszervezeteit. Az utóbbi meglepőnek látszik, és azzal magyarázzák, hogy a sajtó éveken át olyan erős kampányt folytatott a gyógyszergyarak csalásai, áremelési kísérletei és erőszakos marketingje ellen, hogy most jobbnak látják, ha visszafogottabban és csak a háttérben próbálják érvényesíteni az érdekeiket. A három nagy erejű és két kisebb erejű lobbyval szemben a betegeknek nincs számottevő erejű érdekszervezetük, ezért nem is tudnak közvetlenül részt venni és beavatkozni az egészségügyi törvényhozás és szabályozás alakításába. Jó példája ez a „kollektív választás” elmélet megállapításának, hogy a jól szervezett kisebbségek érdekei győznek a szervezetlen többséggel szemben (*Olson* [1987]).

Az egészségbiztosítás finanszírozásának nehézségei és esetleges ellehetetlenülése annak a következménye, hogy az egészségügyi üzlet, az orvosok és bizonyos mértékig a biztosítottak érdekei a költségek növelésében egybeesnek. Eddig sem a biztosítók, sem

az állami szervek nem jelentettek komoly ellensúlyt ezzel a nyomással szemben. Nyitva van a kérdés, hogy lehet-e és kell-e ezen változtatni, vagy az adók és járadékok emelésével továbbra is fenntartható lesz-e az orvosok magas jövedelme és az egészségügyi rendszer költségeinek további emelkedése.

Néhány tanulság

Az általam megkérdezett francia szakértők, akik a jóléti rendszerek reformjával és kutatásával foglalkoznak, igen kritikusan szemlélik saját intézményeiket, és gyakran figyelmeztettek: nehogy példát vegyünk a francia rendszerről, egyáltalán nem tartják azt követendő példának. Ennek ellenére azért – úgy vélem – levonható néhány általánosítható tanulság a francia jóléti rendszer áttekintése nyomán a magyar reformok és viták számára.

1. *Nincs jó rendszer*, csak jobb és rosszabb jóléti rendszer van, rendszerint, ami az egyik fontos szempont szerint jobb, az a másik szempontjából rosszabb. Igen különböző és gyakran egymásnak ellentmondó értékek, elvek és érdekek összeegyeztetésére van szükség, és az így kialakuló kompromisszumok sosem tökéletesek. Ezért mindig az előnyök és hátrányok összevetésével, átváltásokkal (*trade off*) kell számolni a különböző rendszerek vagy szabályozási alternatívák kapcsán.

2. *Nem racionális megfontolások* alapján mennek végbe a változások, mint ahogy a jelenlegi rendszerek sem racionálisan alakultak ki. A különböző társadalmi csoportok érdekei és erőviszonyai a döntő tényezők, miközben a különböző érdekeket képviselők felhasználnak racionális érveket is és rendszerint a köz javaként tüntetik fel azt, amit szeretnének elérni.

3. *A változások a korábbi utat követve (path dependent)* mennek végbe, nem lehet arra számítani, hogy egy másutt kialakult rendszert sikeresen ültessenek át új környezetbe. A jóléti rendszerek tekintetében Európa nagyon más úton fejlődött, mint például az Egyesült Államok vagy az ázsiai országok, és a változások csak a múltbeli fejlődés talaján épülve alakulhatnak át. Ebből a szempontból különösen az európai jóléti rendszerek „éltre szóló” szabályozásának sajátosságait kell kiemelni, amiről – úgy látszik – az európai országok lakosságának nagy része nem kíván lemondani.

4. *Intézményesített kompromisszumok* nyomán alakultak ki az európai jóléti rendszerek, és lényeges megváltoztatásuk is feltehetően csak újabb intézményesített kompromisszumok útján történhet. A reformok szinte minden területen szükségessé váltak, de azok végrehajtása csak az érdekeltekkel együtt, hosszas tárgyalások és egyezkedések útján vezet valószínűleg sikerre. Ezért téves a jóléti rendszerek átalakítását akár finanszírozástechnikai kérdésre, akár a biztosítási és a szolidaritási elvek érvényesülési arányainak átalakítására leegyszerűsíteni, ebben a tekintetben, úgy látszik, egy új „társadalmi szerződés” megkötésére van szükség.

5. *A jóléti intézmények mögött erős érdekszerveződések állnak*, a változások iránya, terjedelme és sebessége nagyrészt az ő érdekeiktől, konfliktusaiktól és kiegyezéseiktől függ, továbbá attól, hogy velük szemben milyen társadalmi erőket sikerül mozgósítani. Az illetékes állami szervek is néha lobbyként működnek, máskor az érdekszervezetek közötti egyezkedéseket segítik vagy döntőbíráskodnak. Az egyes területek erős lobbyjaival szemben csak erős társadalmi támogatottságra támaszkodó politikai akarattal lehet reformokat végrehajtani.

6. Fontos, hogy a jóléti rendszerek a *méltányosság* elvén alapuljanak, átalakítást is a lakosság nagy része méltányosnak érezze. A társadalombiztosítási rendszerek kialakulása is olyan módon történt, amit a lakosság nagy többsége méltányosnak tartott. Ettől sem

nem lehet, sem nem szabad eltérni, úgy kell fejleszteni az intézményeket, hogy a többség méltányosnak érezze és fogadja el. Azt hiszem, ennek az elvnek a betartása különösen fontosá válik a piacgazdaságra való átmenet idején, amikor sem a privatizációt, sem a kárpótlást, sem a régi politikai vezető réteg le-, illetve le nem váltását nem lehet úgy végrehajtani, hogy azt a lakosság túlnyomó része méltányosnak és igazságosnak tartsa. Ha ilyen helyzetben a jóléti intézményeket is úgy alakítják át, hogy azt sokan méltánytalanul tartják, akkor az a társadalom stabilitását veszélyeztetheti, és a demagóg szélsőségesek számára kedvező helyzetet teremthet.

7. *A társadalom szétszakadásának* nagy a veszélye és elég nagy a valószínűsége. Lehet, hogy két részre szakad szét: egy lesüllyedő alsó rétegre és egy emelkedő közép-, illetve felső rétegre, de az is lehet, hogy háromra, amikor a lesüllyedő alsó és stagnáló középrétegek mellett emelkedik fel egy újgazdag réteg. A jóléti intézmények a társadalomban működő erős egalitárius és kohéziós igénynek felelnek meg, azt szolgálják. A változások irányától és a kialakuló új intézményi, szabályozási formáktól sok függ: elősegíti vagy akadályozza-e a társadalom szétszakadását.

Hivatkozások

- AGLIETTA, M.–BRENDER, A. [1984]: *Métamorphose de la société salariale*. Calmann-Lévy, Párizs.
- ANDRÉ, CH. [1995]: *État providence et compromis institutionnalisés, Des origines à la crise contemporaine*. Megjelent: *Boyer, R.–Saillard, Y.* (szerk.) [1995]: *La régulation, l'état des savoirs*. La Découverte, Párizs.
- ANDRÉ, CH. [1996]: *Protection sociale et systèmes de retraite, une comparaison Franco-Allemagne*. MIRE Rencotres et Recherches. Párizs.
- ANDRÉ, C.–SAILLARD, Y. [1992]: *La transformation des systèmes de retraite dans les douze pays de la Communauté*. Solidarité Santé, Études Statistique. No. 3. Párizs.
- ANDRÉ, C.–SAILLARD, Y. [1994]: *Il dibattito sulla riforma del sistema francese delle pensioni di vecchiaia*. Megjelent: *De Cecco, M.–Pizzuti, R.*: *La politica previdenziale in Europa*. Il Mulino, Bologna.
- BABY, J. [1993]: *Retraites: les produits d'aujourd'hui et de demain*. Banque, No. 542.
- BARBIER, J.-C.–NADEL, H. [1996]: *L'évolution des systèmes de protection sociale en Europe*. Revue Française des Affaires Sociales. No. 1. 25–55. o.
- BÉRAUD, L. [1992]: *La sécu c'est bien, en abuser ça craint*. Rapport du service médicale de la CNAMTS. Párizs.
- BLANCHET, D. [1996]: *La référence assurantielle en matière de protection sociale: apports et limites*. Économie et Statistique. No. 1–2.
- BLOCH, L.–RICORDEAU, P. [1996]: *La régulation du système de santé en France*. Revue Française d'Économie. No. 1.
- BONNICI, B. [1992]: *L'hôpital: l'enjeux politiques et réalité économiques*. Les Etudes de la Documentation Française.
- CASES, C.–SAUNIER, J.-M.–VOLOVITCH, P. [1996]: *Solidarité santé – Études statistiques*. La Documentation Française.
- CAUSSAT, L. [1993]: *Dépenses médicales et couvertures sociales*. Economie et Statistique. No. 265.
- CAUSSAT, L. [1994]: *La politique française en matière de retraite. Regard sur l'actualité*. La Documentation Française.
- COMISSARIAT GÉNÉRALE DU PLAN [1995]: *Perspective à long terme des retraites*. La Documentation Française. Párizs.
- COMMISSION DES COMPTES ET DES BUDGETS ÉCONOMIQUES DE LA NATION [1995]: *Dossier Santé*. Ministère de l'Économie et des Finances. Párizs.
- DELORME, R.–ANDRÉ, CH. [1983]: *L'État et l'économie*. Seuil, Párizs.
- DONZELOT, J. [1986]: *L'État providence*. Fayard, Párizs.

- ESPING-ANDERSEN, G. [1990]: The three worlds of welfare capitalism. Polity Press. Cambridge.
- GOVERNEMENT FRANCAIS [1991]: Livre blanc sur les retraites. La Documentation Française.
- Guibert, B. [1989]: Le capital symbolique. *Économie et Société*. No. 11.
- HATZFELD, H. [1971]: Du paupérisme à la sécurité sociale (1850–1940). A. Colin, Párizs.
- HUBER, E.–RAGIN, C.–STEPHENS, J. D. [1993]: Social democracy, christian democracy, constitutional structure and the welfare state. *American Journal of Sociology*. 3.
- KORPI, W. [1985]: Power resources approach versus action and conflict. *Sociological Theory*. 3/2.
- KORPI, W. [1989]: Power, politics and state autonomy in the development of social citizenship. *American Sociological Review*. 54/3.
- KORPI, W. [1995]: Un état-providence contesté et fragmenté. *Revue Française de Science Politique*. No. 4.
- LECOMTE, T.–PARIS, V. [1992]: Consommation de pharmacie en Europe. Rapport CREDES, No. 1048. Párizs.
- LATTES, G. [1996]: La protection sociale: entre partage des risques et partage des revenus. *Économie et Statistique*. No. 1-2.
- LE PEN [1996]: La politique de santé. (Kézirat).
- LECA, J.–PALIER, B. [1995]: Protection sociale. L'intérêt d'une analyse politique. *Revue Française de Science Politique*. No. 4.
- LEGROS, F. [1996]: Neutralité actuarielle et propriétés redistributives des systèmes de retraite. *Économie et Statistique*. No. 1-2.
- MANNING, W. G.ÉS SZERZŐTÁRSAI [1987]: Health Insurance and the Demand for Medical Care: Evidence from Randomized Experiment. *American Economic Review*. No. 3.
- MATIGNON [1995]: La réforme de la protection sociale. *Matignon*, No. 491.
- MARSHALL, T. H. [1954]: Class, citizenship and social development. Doubleday, New York.
- MOUGEOT, M. [1994]: Systèmes de santé et concurrence. *Economica*, No. 3.
- OECD [1993]: OECD Health Systems. *Health Policy Studies*, No. 3. Párizs.
- OECD [1994]: Economic survey of France (1993/1994). Párizs.
- OECD [1995]: Economic survey of France (1994/1995). Párizs.
- OECD [1996]: Aging and pension expenditure prospects in the Western world. *European Economy*. No. 3. Párizs.
- OLSON, M. [1987]: Nemzetek felemelkedése és hanyatlása. Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó. Budapest.
- OXLEY, H.–MACFARLAN, M. [1996]: Réforme des systèmes de santé: maîtriser les dépenses et accroître l'efficacité. *Revue économique de l'OECD*. No. 24.
- PALIER, B.–BONOLI, G. [1995]: Entre Bismarck et Beveridge. „Crises” de la sécurité sociale et politique(s). *Revue Française de Science Politique*. No. 4.
- ROCHET, J.-C. [1996]: Le tout et les limites des systèmes publics d'assurance maladie. *Revue Française d'Économie*. No. 1.
- ROSANVALLON, P. [1981]: La crise de l'État providence. *Seuil*, Párizs.
- ROSANVALLON, P. [1995]: La nouvelle question sociale. *Seuil*, Párizs.
- SAILLARD, Y. [1995]: La régulation, l'état des savoirs. *La Découverte*, Párizs.
- SOUBIE, R.–PORTOS, J. L.–PRIEUR, CH. [1994]: Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. *La documentation Française*. Párizs.
- TEULADE, R. [1989]: Rapport de la commission protection sociale de X-ième plan. Commissariat générale au plan. Párizs.