

A TÁRSADALMI TŐKE SZEREPE AZ ORVOSOK ÉRDEKÉRVÉNYESÍTÉSÉBEN*

Bevezetés

A tanulmány az orvosok érdekérvényesítéséről végzett empirikus szociológiai felmérés eredményeit ismerteti. A kérdést azért tartom lényegesnek, mert az orvosok, vagy egyes csoportjaik meglehetősen sikeresek e téren, ugyanakkor ez számos anomália forrásává válhat:

„A lakosság ellátása érdekében sokkal jobb lenne, ha kevesebb beteg jutna egy orvosra. Nyilván az ellátás színvonala is növekedhetne ezzel, mert kiszámítottuk, hogy a jelenleg vállalkozó orvosnak volt 2800 kártyája... Az az orvos, akinek 2800 kártyája van, és napi 80–100 beteg jelenik meg a négy és fél órás rendelésén, ott nem lehet minőségi betegellátás, sőt előbb-utóbb olyan gondok jelentkezhetnek, amik komoly problémákat vethetnek fel. Egy két-három perces foglalkozás után nem biztos, hogy jó döntést hoz, vagy nem tud úgy foglalkozni a betegével, ahogy egy háziornosnak, vagy családorvosnak kellene. A településen 4500 a felnőtt lakosság száma, tehát 1500-zal is meg lehet kezdeni a három körzet kialakítását. Mivel levittek 1200-ra a körzethatárt, így még inkább adott volt a lehetőség. Az is inspirált bennünket, hogy a Népjóléti Minisztérium is kilátásba helyezett bizonyos támogatást, ami sajnos nem jött össze. ...

A képviselő-testületben nem talált nagy ovációra ez a kezdeményezés. Három orvos tagja van, ezek közül az egyik 2800 kártyaszámmal rendelkező orvos, a másik a gyermekorvosnak a férje, aki a közeli városban belgyógyász, nyilván ő is a többiek érdekét képviseli, és tagja egy nyugdíjas orvos is...

Nincsenek többségben, de azért azt tudjuk, hogy az összes többi képviselő vagy az egyiknek vagy a másiknak a betege. Tehát innentől kezdve érdekes lehet az, hogy hogyan merjen véleményt nyilvánítani a képviselő, aki holnap – mint beteg – ki van szolgáltatva az orvosnak”. (a település jegyzője)

A házi orvosok jövedelme az úgynevezett fejkvótás finanszírozás jóvoltából a hozzájuk leadott betegbiztosítási kártyák számától függ, így elemi érdekük, hogy sok betegük legyen, és ezért érthető, hogy miért ragaszkodnak annyira a nagy lélekszámú körzetekhez. Az idézetből meggyőződhetünk róla, hogy az orvosok milyen hatékonyan képesek bizonyos helyzetekben érdekeiket érvényre juttatni. Jelen esetben befolyásuk az orvos-beteg kapcsolat aszimmetriájából, a betegek kiszolgáltatottságából ered. Az érdekérvényesítésnek azonban számos formája létezik. Ezek közül a továbbiakban a társadalmi tőke szerepét vizsgáljuk.

* A kutatást támogatta az OTKA (Témaszám: F 18134)

A társadalmi tőke, mint az érdekérvényesítés eszköze

Gondolatmenetünk elméleti keretétől James Coleman (1994) társadalmi tőkével kapcsolatos megfontolásai szolgálnak. Coleman elmélete sok szállal kötődik a gazdaságsszociológiához – erre utalnak fogalmi hálójának egyes kifejezései, mint például a fent említett társadalmi tőke. Úgy vélem azonban, ez az elmélet termékenyen alkalmazható a jóléti rendszer egyes folyamatainak elemzésében is.

Coleman szerint társadalmi tőke akkor jön létre, amikor az emberek közötti viszonyok úgy változnak meg, hogy elősegítsék a cselekvést. A társadalmi tőke szerte személyek közötti viszonyokban ölt testet. Akik rendelkeznek vele, előnyre tehetnek szert másokkal szemben: az olyan csoport például, amelynek a tagjai megbízhatónak mutatkoznak, és nagymértékben megbíznak egymásban, sokkal többre képes, mint egy hasonló, de a megbízhatóságnak és a bizalomnak híján lévő csoport. A társadalmi tőkét e tőke birtokosai felhasználhatják érdekeik érvényesítésére.

Coleman a társadalmi tőke számos formáját különbözteti meg, ezek közül a továbbiakban a kötelezettségek elvárások, valamint a szándékosan létrehozott szervezetek lesznek lényegesek, ezért az alábbiakban csak e két fajtát tárgyalom.

Kötelezettségek és elvárások: Ha A megtesz valamit B-nek, és bízik abban, hogy B ezt a jövőben viszonozza, akkor ez A-ban elvárást ébreszt, B-ben pedig azt a kötelezettséget, hogy ne veszítse el ezt a bizalmat. A viszonzás egyik lehetséges formája, hogy B rendelkezésére bocsátja A-nak személyes kapcsolati hálóját. A másik személy kapcsolati hálójához, mint erőforráshoz való hozzáférés jelentősen megnövelheti az érdekérvényesítés hatékonyságát. Granovetter (1994) a személyes kapcsolatháló ezen elemét a kapcsolat szorossága alapján, gyenge kötéseknek nevezi, amelyek hídyszerű kapcsolatot létesít az kapcsolati háló erős kötésű elemei között.

Szándékosan létrehozott szervezetek: ennél a típusnál említi meg Coleman az úgynevezett önkéntes társulást, amely valamilyen közjóságot teremt. Esetünkben a szakszervezet, illetve az orvosi kamara tekinthető ilyen szervezetnek. Azt hiszem, a szakszervezet funkciója mindenki számára világos, nem így a kamaráé, ezért ehhez a fogalomhoz szükséges némi magyarázatot fűzni.

Az orvosi kamara szerepét akkor érthetjük meg igazán, ha a professzionális autonómia oldaláról közelítjük meg. Freidson (1970) szerint professzióról akkor beszélhetünk, ha egy foglalkozás tagjai kizárólagos jogokat kapnak az államtól valamely tevékenység folytatására – ez egyfajta monopóliumot is jelent. A professzionális autonómia alatt pedig azt érti, hogy e tevékenységet legitim módon csak a professzió tagjaiból alakult testület ítélheti meg. Ez nem zárja ki annak a lehetőségét, hogy a betegek minősítsék kezelőorvosukat, de ítéletük – például egy műhiba per során – a bíróság számára nem fogadható el. Legitimé csak akkor válhat, ha a professzió tagjaiból álló testület ezt megalapozottnak tartja. A laikusok véleményalkotása mindezek ellenére – a piaci típusú egészségügyi rendszerekben – nagy jelentőségűvé válhat, hiszen a betegek az orvosnak rossz hírért kelthetik, ami hatással lehet a betegforgalomra. Különösen akkor válik ez fontossá, amikor a betegforgalom bővülését jórészt pácienseik ajánlásától remélhetik, és csak kis mértékben máshonnan, például a reklámoktól (Gyukits–Koltay 1993).

Az orvosok kontrollja egy független testület, az orvosi kamara révén biztosított. A kamara többnyire etikai és szakmai ügyekben jár el. Szankcióinak hatásosságát

erősíti, hogy az orvosok közül csak az praktizálhat, aki tagja a kamarának. Ebből következik, hogy ha valakit kizárnak, akkor nem folytathat legitim módon gyógyító tevékenységet. A kamara nem tipikus érdekérvényesítő szervezet, szemben a szakszervezettel, de közvetetten elláthat ilyen funkciókat is, például amikor meghatározta az orvosi egyetemre felvehető hallgatók számát az USA-ban a XX. század elején. A hallgatói létszám szabályozásával – ami a gyakorlatban a medikus létszám alacsony szinten tartását jelentette – ugyanis sikerült az orvosok bérét magasán tartani (Conrad–Schneider 1990).

A professzionális autonómia ideáltípusa leginkább a XIX. században valósult meg. A XX. században azonban mindinkább megkérdőjeleződött. Ezt a folyamatot de-professzionizációnak nevezik. E jelenség okai közül kettőt emelnék ki: egyrészt, míg a XIX. században az orvosok – mai kifejezéssel élve – vállalkozók voltak, és jövedelmük közvetlenül a felső vagy a középosztály tagjaitól származott, addig a XX. században mindinkább jellemzővé válik, hogy beosztottakká lesznek az egyre hatalmasabb dagadó egészségügy intézményrendszerében. A kórházakban és a klinikákon a főnök ítéletet alkothat a beosztott orvosok munkájáról, sőt felül is bírálhatja tevékenységüket. Végso soron a munkahelyi vezető gyakorolhatja a kamarai funkciókat. Másrészt a biztosítók is beleavatkozhatnak a szakmai kompetenciába, például oly módon, hogy takarékosági szempontból előírják, milyen gyógyszereket írhatnak fel a betegnek és milyen nem, vagy ellenőrzik, hogy az alkalmazott kezelésre tényleg szükség volt-e. Ha az orvosok nem tartják be a biztosító ajánlásait, akkor az felbonthatja a velük megkötött szerződést.

Amíg XIX. században és a XX. század elején a kamarai funkciókat ellátó Magyar Királyi Orvosi Egyesület egy alulról szervezett, független társaság volt, addig a harmincas évek közepén létrehozott Orvosi Kamara már az állam által kisajátított szervezet, amely inkább képviselte a politikai elit, mint a tagság érdekeit. Később, a magát szocialistának nevező rendszerben éppen arra való hivatkozással szüntették meg a kamarát, hogy kiszolgálta a Horthy rendszert.

Annak ellenére, hogy a rendszerváltás előtt nem volt kamara, és a szakszervezet is csak papíron létezett, az orvosok egyes csoportjai az érdekérvényesítés terén egyáltalán nem bizonyultak eredménytelennek. Ezt példázza, hogy a fogászok, a szülészek és a szemészek fenntarhatták magánpraxisukat még a Rákosi érában is, holott e rezsim a piaci jellegű tevékenységek minden formáját illegálisnak minősítette és üldözte. Hogyan sikerülhetett mindez? A politikai elit valószínűleg önös érdekeit szem előtt tartva hunyt szemet a magánpraxis ügyében: Rákosi is maszekhoz járt, állítja egy fogász professzor. Egy-egy befolyásos vezető jelenléte a páciéntúrában nagyfokú védettséget jelentett az orvos számára: az említett fogorvos például amulettként használta azt az elismerő oklevelet, amit személyesen Rákositól kapott: az oklevél a rendelője falán lógott, hogy mindenki jól láthassa. Az eset a kötelezettségek és elvárások típusú társadalmi tőke jelentőségét húzza alá.

A magánpraxist persze csak megtűrték, soha nem lehetett tudni, hogy meddig folytatható, és azt sem, hogy nem viszik-e el ezért az orvost. Az idézett professzor szerint mindenki rettegett, aki maszekolt. Ő is állandóan attól félt, hogy eljön érte a fekete autó. Egyszer aztán csakugyan megállt a ház előtt. A rendelő ablakán ugrottam ki és meg sem álltam a határig – emlékszik vissza a történetekre. Még utoljára hazatelefonált, és csak ekkor derült ki, hogy nem érte, hanem a rendelésére jöttek.

A rendszerváltást követően az érdekérvényesítő szervezetek létrehozásának ideológiai és jogi akadályai megszűntek, az orvosok ettől kezdve szabadon létrehozhatták ezeket. Sorra alakultak a legkülönbözőbb szervezetek, mint például a Vállalkozó Orvosok Szövetsége, a Keresztény Orvosi Kamara vagy a Magyar Orvosi Kamara.

Hogyan tudják érvényre juttatni az orvosok érdekeiket abban az egészségügyben, amelyben a rendszerváltást követően drasztikus változások következtek be? Továbbra is kötelezettségeké és elvárásoké, vagy pedig az újonnan létrehozott szervezeteké lesz-e a fő szerep? Betöltheti-e funkcióját a Magyar Orvosi Kamara és a szakszervezet? Hogyan értékeli e két szervezet működését az orvosok? Ezek voltak azok a kérdések, amelyekre választ szerettem volna kapni a kutatás során.

A kutatás módszere

A kutatás során interjú technikát alkalmaztam, több mint hatvan interjú készült. Ezek többnyire strukturált interjúk voltak, csak néhány esetben mélyinterjúk. A felmérést 1994 és 1998 között végeztem. Végül fel szeretném hívni a figyelmet arra, hogy e szociológiai kutatás érvényességi igénye korlátozott, ami elsősorban az orvosoknak a kamaráról és a szakszervezetről alkotott véleménye esetében intenek nagyfokú óvatosságra.

Eredmények

A kutatás folyamán esettanulmányok formájában próbáltam meg feltérképezni az orvosok érdekérvényesítési stratégiáit. A történetek kiválasztásánál arra törekedtem, hogy különböző probléma és konfliktus típusokat jelenítsenek meg.

Személyes összeférhetlenség

Egy kardiológiai osztály vezetőjének nézeteltérése támadt a kórház igazgatójával, aminek az lett a következménye, hogy a főorvost „büntetésből” áthelyezték a kórházon belül egy másik osztályra, ahol javarészt öngyilkosságot megkísérelt betegek feküdtek. A történetek nem csupán szakmailag, hanem pénzügyileg is súlyosan érintették, hiszen a kardiológiai osztály paraszolvencia tekintetében egy osztályvezető főorvos számára kifejezetten kedvező munkahely, szemben a másik osztállyal, ahol az öngyilkossági kísérletet elkövetőktől nemigen számíthatott hálapénzre.

Az eset rávilágít az orvosok kiszolgáltatott munkavállalói helyzetére, hiszen az igazgató a kórház érdekeire hivatkozva áthelyezheti a főorvost egy olyan tevékenységi körbe, amelynek ellátásához még szakvizsgája sincsen. Nézzük meg az főorvos érdekérvényesítő stratégiáját: A konfliktus kirobbanása után rögtön betegállományba megy, s mire innét visszajön, addigra már megvan az új munkahelye. E munkahelyet kötelezettségek elvárások típusú társadalmi tőkéjének mozgósításával találja meg.

„Felhívtam egy volt évfolyamtársamat, akivel az egyetem óta baráti viszonyban vagyok mind a mai napig, és előadtam neki mi történt velem a munkahelyen. Nem is kellett kérnem, ő ajánlotta fel, hogy megnézi mit tehet értem, mivel ő x kórház igazgatója. ...Nem, egyáltalán nem éreztem, hogy ez a megkeresés kellemetlen lett volna a számomra, mert én is többször segítettem neki, amikor valamilyen problémája volt, és itt nem szakmai, hanem személyes jellegű problémákról is szó van.”

Figyelemre méltó, hogy a főorvos beosztottai, akik a konfliktus következtében szintén otthagyták a munkahelyüket, ugyancsak a főorvos kötelezettségek elvárások típusú társadalmi tökéjét vették igénybe. A főorvos beosztása, szakmai presztízse révén valószínűleg értékesebb kapcsolatokkal rendelkezett, mint beosztottai, és ezért tudott segíteni. Az eset egyben a Granovetter által leírt hídszerű gyenge kötésnek erőforrásként való felhasználására is példa.

A kamara szerepvállalását az ügyben jól jellemezi, hogy a helyi szervezet vezetője nem engedte magnóra felvenni az interjút, így az elmondottakat utólag kellett feljegyezni. A kamara képviselője annyira félt attól, hogy véleményét mások meghallhatják, hogy be kellett ülnünk a várakozó betegek közé, imitálva az orvos-beteg konzultációt. A beszélgetésből világossá vált számomra, hogy a kamara semmit sem fog tenni, mégpedig azért nem, mert képviselői nagymértékben függnek a kórháztól, többek között azért is, mert onnan kapják fizetésüket. Pedig a történetekkel kapcsolatban komoly szakmai kifogásokat lehetne felvetni: milyen megfontolásból küldhetnek egy kardiológust a toxikológiai osztályra?

A kamara tehát azért válik működésképtelenné, mert a helyi képviselői egzisztenciális okokból nem merik felvállalni a konfliktust a kórház vezetőivel. A jelenség az előzőekben tárgyalt deprofesszionalizáció tipikus példája.

Nem csoda, hogy a kórházat otthagyo főorvosnak lesújtó véleménye van a kamaráról:

„A kórházi kamara abszolút semmi, meg sem tud szólalni. Igazság szerint azért nem tudnak semmit sem tenni – ez főleg a területi kamarára vonatkozik –, mert nem partnerek. Az orvosok nem fordulnak hozzájuk, s a többi intézmény nem fogadja el őket partnerként. Egyszerűen nincs beszélőlásuk semmibe.”

Bérharc

A helyi önkormányzat az ügyeleti ellátást – elég szokatlan módon – egy kft-re bízta. Ennek megfelelően, a szerződést az orvosokkal nem az önkormányzat, hanem a kft. kötötte. A kft. azonban csak a minimál bért volt hajlandó kifizetni az ügyeletet ellátó orvosoknak, akik ezt méltán kevesellték, és nem akartak ilyen feltételek között ügyelni. A cég ezzel szemben – egy jogszabályra hivatkozva – azt az álláspontot képviselte, hogy az orvosoknak kötelességük az ügyelet biztosítása.

„Itt a gond most az, hogy miután vállalkozókról van szó, tehát a háziorvos is vállalkozó, a kft. is vállalkozó, és az önkormányzat is ilyen értelemben annak számít, tehát a három vállalkozó hogyan tudja ezt összekapcsolni a kötelezettségekkel?”

Arra jelenleg nincs mód, hogy két vállalkozó köt egy szerződést és abban benne foglaltatik a harmadik vállalkozónak a kötelezettsége. Ezt többszörösen aláírtam a Népjóléti Minisztériumi állásfoglalás, a Magyar Orvosi Kamara, a Közigazgatási Hivatal is.”

(ügyelet ellátására kötelezett orvos)

A szerződés kedvezőtlen volta az orvosok szempontjából nyilvánvaló, de ugyanilyen az önkormányzatnak is, e konfliktus ugyanis állóháborút eredményezett az orvosok és az önkormányzat között, aminek a helyi politikai elit számára nemkívánatos következményei lehetnek.

Az ügyeletre kötelezett orvosok számára is felvetődött a kérdés, vajon az önkormányzat miért köt ilyen előnytelen megállapodást a saját maga és a területén lévő orvosok számára:

„Egy vállalkozásnál a döntő alappillér az, hogy megvan-e a személyi feltétele. Innen indult ki a dolog, hogy nyilvánvalóan nem volt meg. A kft. megnyert egy pályázatot, elindult és nem volt meg ez sem, sem az...”

Mindannyiunknak rejtély volt, hogy hogyan mehetett ez át a különböző szűrőkön, mert ezt meg kellett vizsgálnia az Egészségügyi Bizottságnak, véleményeznie kellett a Jogi Bizottságnak és szerintem még a Pénzügyi Bizottságnak is, hogy ezt a pályázatot ki nyeri, hogy nyeri...”

(ügyelet ellátására kötelezett orvos)

A magyarázat az egészségügyi bizottság üléseinek jegyzőkönyvében található: A kft. igazgatója a bizottság elnökének a sógora, ennek következtében a dolgok rendre a kft. javára dőltek el. Az is jellemző, hogy milyen módon, az egészségügyi bizottság vezetője ugyanis összeférhetetlenség miatt ezekben a kérdésekben tartózkodott a szavazástól az ülésen, de a többi bizottsági tag azért megszavazta, hogy a kft. nyerve el a munkát.

Az eset ugyancsak a kötelezettségek és elvárások típusú társadalmi tőke egészségügyi rendszeren belüli szerepét példázza. A kft. vezetője kapcsolatát nem csupán a munka elnyeréséhez, hanem az ügyelet biztosítása során is kamatoztatta:

„Na most az egyik főnöknek rokona van a bizottságban ...Hát, amikor mi ágálunk az ügyeleti főnökkel, akkor az állandóan az önkormányzattal takarózik.”

(ügyelet ellátására kötelezett orvos)

Jellemző, hogy orvosok az ügyeleti díj emelésének érdekében nem a szakszervezethez, hanem az Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálathoz (ÁNTSZ) fordulnak, teszik ezt azért, mert nem bíznak saját érdekképviselői szervezetükben:

„Van valami szakszervezet is ami igazán nem jó emlékü. Se az orvosokat, sem senki mást nem igazán védelmezett. Csak arra volt jó, hogy pártfunkcionáriusok dolgozzanak benne, meg nyaraltattak, és ilyesmi. Én abból kiléptem, és a rendszerváltáskor sem mentem vissza.”

(ügyeleti ellátásra kötelezett orvos)

Munkahelyek megszűnése

A kilencvenes évek közepétől többször megfogalmazódott az egészségügyi kormányzat részéről a kórházi struktúra átalakításának igénye. A kórházi ellátórendszer „leépítésére” irányuló legkomolyabb kísérlet talán a Bokros-csomag idején volt. Ebben az időszakban több településen is nyomon követtük a kórházak bezárását, az osztályok megszüntetését, illetve az ágyszám csökkentését.

Egy szülészeti osztály „megmentése” példáján láthatóvá válik, hogyan dőlt el a különféle egészségügyi intézmények sorsa a megyei önkormányzat egészségügyi bizottságában (az idézetek az egészségügyi bizottság jegyzőkönyvéből származnak):

„Tiszti főorvos: ...*Felkérést kapott dr. L. helyettes államtitkártól, hogy négynapos határidővel készítse el a megye kórházi struktúraváltoztatási javaslatát.*”

„Az egészségügyi bizottság titkára: *A Népjóléti Minisztérium egyik illetékesével beszélgetett és kérte, hogy az önkormányzati álláspontok kifejtésére és megismertetésére is legyen lehetőség megfelelő módon és időben. A válasz az volt, hogy kit érdekel az önkormányzat álláspontja.*”

Az idő rövidsége miatt csak az alábbi előterjesztésre futotta:

„Az egészségügyi bizottság elnöke: *A szülészeti-nőgyógyászati osztályon egyetértünk az onkológiai tevékenység bevezetésével, azonban az osztály jelenlegi struktúrája és a betegellátó tevékenysége nem tenné lehetővé az onkológiai tevékenység negyven ágyon történő létesítését. A betegellátás sérülése nélkül ez maximum harminc ágyon lehetséges...*”

„Dr. S. Gy. bizottsági tag: *Ez egy akut ellátást végző kórházi osztály, ami ráadásul most nyerte el a »papa-mama« címet. Hogy néz az ki, hogy odatesznek haldokló betegeket, akik egészen más jellegű ellátást igényelnek. Nagyon jól tudja mindenki, hogy ennek egy különálló épületben kellene lennie, más problémákkal, más bajjal, más szakszemélyzetel. Átmeneti ideig is csak izoláltan lehet megvalósítani. Egyszerűen nem lehet ebben az épületben ilyen betegeket elhelyezni. Ez szakmailag nonszensz. Nem tudja, hogy ez a negyven ágy kivel lett egyeztetve, de az a véleménye, hogy senkivel.*”

„Dr. M. L. bizottsági tag: *Megerősíti, hogy nem lett senkivel egyeztetve... Senki sem tudott róla. Ezt az egészet a tisztiorvosi szolgálat gondolta ki.*”

„Bizottsági elnök: *Ennek a nőgyógyászati onkológiának a végleges elhelyezése ...a majd körülbelül kétezerben megépítendő onkológiai centrumban lenne. Mindenképpen bele kellene venni, hogy csak ideiglenesen teszik ezt a javaslatot.*”

„Dr. M. L. bizottsági tag: *Szeretné, ha a bizottság állást foglalna abban a kérdésben, hogy csak huszonöt ágy és csak átmeneti időre.*”

Végül a bizottság többsége elfogadja és megszavazza a javaslatot, amit később a képviselőtestület szentesít. A minisztérium azért ad négynapos határidőt az ÁNTSZ-nek, hogy helyi szinten ne legyen idő az ágyszám csökkentésének szabotálására. A döntés előkészítésében egytől-egyig orvosok vesznek részt, akik maguk is jól tudják, hogy szakmailag enyhén szólva megkérdőjelezhető e kezdeményezés, de politikus-ként köti őket a pártfegyelem:

„Az egészségügyi bizottság nem egy kimondottan szakmai testület, hanem ez egy politikai testület elsősorban. Szakma-politikai testület, ahová a pártok – ahogy a választás megtörténik – a választási eredmények alapján koalíciós egyeztetéssel megegyeznek, hogy melyik bizottságban kit és hány főt delegálnak. Innentől kezdve nyilvánvaló, ha van egy kérdés a városházán, az egészségügyi bizottságban előtte történik az adott pártnak egy állásfoglalása. Mit kell az ott lévő tagoknak képviselnie. Ebből aztán adódhat ellentmondásos helyzet is, mert lehet, hogy egy adott pártnak van egy kialakult állásfoglalása, de ugyanakkor annak, akinek ezt képviselnie kellene, annak nem ez az érdeke... Az én helyzetem egy kicsit ilyen, mert engem egy párt kért fel, mint párton kívülit, de mint x kórház munkatársát, hogy vállaljam el ezt a tagságot az egészségügyi bizottságban. Úgy érzem, becsülettel, tisztelegéssel helyt tudtam állni

idáig, és próbálok ezután is, de azt gondolom, hogyha nagyon veretes döntéseket kellene magam ellen megfogalmazni, akkor ezt nem fogom tudni felvállalni.”
(bizottsági tag)

A fenti idézetben a pártfegyelem határait feszegeti a bizottsági tag, éppen saját munkahelyének megszüntetését kellene ugyanis pártérdekből megszavaznia, és ezt már talán nem, de ezen kívül mindent megszavaz, például a daganatos betegek szülészetben való elhelyezését is.

Elvileg az ÁNTSZ-nek is szakmai szempontokat kellene képviselni, de hát tőle származik a javaslat. Tárgyilagosan meg kell jegyezni, hogy tapasztalataim szerint az ÁNTSZ sokszor korrekt módon jár el, de jelen esetben egy szinte végrehajthatatlan minisztériumi utasítást kell teljesítenie. A megyei ÁNTSZ – ismerve a megye egészségügyi ellátásának helyzetét – (a minisztérium biztos hogy nem ismeri ennyire) próbálja menteni a menthetőt, az önkormányzattal sem szívesen kerül konfliktusba, ráadásul szorít az idő, ezért csak ilyen javaslatra futja.

A történetben semmilyen szerepet sem játszik a kamara, mint a szakmai érdekérvényesítés független szerve, ezért nincs szervezett ellenállás az abszurd javaslat megvalósításával szemben, annak ellenére, hogy ezzel a döntést előkészítő szervezetek orvos tagjai külön-külön tisztában vannak.

Nem csak a fenti esetben, hanem a kórházbezárások, az átszervezések, és a kórházi ágyszám csökkentés egész menetében sem jut szóhoz a kamara, illetve a szakszervezet, pedig orvosok egzisztenciájáról valamint szakmai tevékenységük feltételeit súlyosan érintő döntések meghozataláról van szó. Ennek okát így fogalmazza meg az egyik interjúalany:

„A Magyar Orvosi Kamara elvben a magyar orvosok érdekképviselői szerve, azért elvben, mert sajnos mind a mai napig nem sikerült az Orvosi Kamarát ilyen értelemben kormányzati, illetve minisztériumi szinten partnerként elfogadtatni. Meglehetősen furcsa módon minden orvos számára kötelező az Orvosi Kamarába való belépés, illetve a belépés hiányában elvesz például a receptfelírás joga. Az orvosi társadalmat érintő gondok orvoslásában a Magyar Orvosi Kamara nem sokat ért el eddig, aminek nem feltétlenül az az oka, hogy az Orvosi Kamara vezetése nem megfelelő, hanem a fent említett elfogadottság hiánya.”

Ennek a folyamatnak talán a legelszomorítóbb következménye, hogy a vidéki kis kórházak áldozatul esnek a leépítésnek:

„Az egészségügyi bizottság elnöke: Javaslatunk szerint az x kórházban működő infektológiai osztály százhuszonöt ágyon elláthatná a megye infektológiai betegeit és így K. településen az infektológiai osztály megszüntethető lenne.... A jelenlegi ágyszámon az osztály el tudná látni a megye bőrgyógyászati fekvőbetegeit is, és így kiválthatná az S. település huszonöt ágyas osztályát.”

A kórházi ellátás központosítása – azon túl, hogy egzisztenciálisan ellehetetleníti a vidéki szakorvosokat – a betegeket arra kényszeríti, hogy állandóan a megyei egészségügyi központba utazgassanak. A megyei önkormányzat egészségügyi bizottságában kivétel nélkül a megyei kórház, illetve a megyeszékhely kórházainak orvosai foglalnak helyet, ezért nem is csodálkozhatunk azon, hogy a vidéki települések kórházai húzzák a rövidebbet. A kisebb kórházak bezárása mellett vannak ugyan gazda-

sági indokok, ezzel szemben fennmaradásukért súlyos szakmai és szociális érvek szólnak. Független érdekérvényesítő szervezetek híján e két utóbbi szempont elszikkadt.

Privatizáció

Egy privatizációs kísérlet kapcsán a privatizációt kezdeményező és az azt ellenző orvoscsoporthoz tartozó érdekvédelemző stratégiáit követtük nyomon (Gyukits–Szántó 1998).

Egy kórház szemészeti osztályának privatizációját annak vezetője, egy nemzetközileg is elismert professzor kezdeményezte. A professzor a privatizációtól jelentős hasznot remélt, mivel olyan új műtéti eljárásokat alkalmazott, amelyekkel rövid idő alatt sok beteget lehetett meggyógyítani, és ennél fogva több jövedelemre tehetett szert a társadalombiztosítástól (TB), mint a többi osztály, amelyek hagyományos eljárást folytattak. A TB ugyanis egységárat fizet az orvosi beavatkozások után.

A professzor stratégiája az volt, hogy ügyéhez befolyásos támogatót próbált szerezni. Megkereste ezért az egészségügyi minisztert, aki kezdetben kitért a privatizációs kezdeményezés melletti állásfoglalástól, annak ellenére, hogy professzor korábban különféle szívességeket tett neki, és ezért számított a támogatására. Végül is a professzor egy közös ismerős, a püspök révén, megszerezte a miniszter támogató levelét. Ezt a levelet olvasta fel a kórházban a főorvosi karnak, a privatizációról való állásfoglalás előtt. Azt hitte, hogy a miniszteri levél előtt meghajolnak a kollégák és zöld utat engednek a privatizációnak, de nem így történt, mert a kezdeményezését elvetették, aminek legfőbb oka az volt, hogy a professzor társadalmi tőkéjében rejlő lehetőséget csak a legfelsőbb szinten aknázták ki, és nem fordított kellő figyelmet az alsó – kórházi- és a középső – önkormányzati – szintre.

Amit elmulasztott a professzor, azt megtette a privatizációt leginkább ellenző kórházigazgató, aki a privatizáció ellen hangolta a főorvosi kart. A kórházigazgató, illetve a privatizációt ellenző csoport társadalmi tőkéjének mozgósításával sikeresen befolyásolja a felsőbb szinteket is: egy önkormányzati képviselő segítségével még azt is elérte, hogy a minisztert a professzor ellen hangolják. A kórházigazgató szerepe ellentmondásosnak tűnhet, hiszen a professzor joggal számított segítségére a privatizáció kapcsán, mivel támogatta őt az igazgatói szék elnyerésében. Ennek ellenére a kórházigazgató volt az, aki a leginkább ellenezte a privatizációt. Ennek oka az volt, hogy a veszteségesen működő kórház egy olyan osztályt veszített volna el a privatizáció révén, amelyik nyereséget termelt. Az eset rávilágít arra, hogy a kötelezettségek elvárások típusú társadalmi tőkét elsősorban akkor lehet beváltani, ha ez nem kerül túlságosan sokba, de a történetből az is kiderül, hogy a társadalmi környezet megbízhatóságának alacsony a szintje, ami fontos szerepet játszik a privatizációs kísérlet bukásában. Az eset paradoxona, hogy a privatizációt ellenző orvoscsoporthoz tartozó döntési helyzetbe kerülhet annak ellenére, hogy nem is volt ilyen jogköre, mivel a döntés tulajdonképpen az önkormányzat hatáskörébe tartozik, ez is a társadalmi tőke kötelezettségek elvárások típusának jelentőségét húzza alá.

Következtetések

A fentiek alapján megállapítható: érdekérvényesítésük során az orvosok gyakran veszik igénybe társadalmi tőkéjüket. Az egyes tőkefajtáknak azonban különböző a súlyuk: a szándékosan létrehozott szervezeteknek – mint amilyen az orvosi kamara és a szakszervezet – a rendszerváltást követően sem jut jelentősebb szerep, ezzel szemben a kötelezettségek elvárások típus továbbra is megőrizte vezető helyét.

Mi az oka a kamarának és a szakszervezetnek a társadalmi tőke másik fajtájával: a kötelezettségek elvárásokkal szemben alárendelt szerepének. A jelenség hátterében az orvosok szocializációja áll, rendszerváltás előtt ugyanis csak ez utóbbit alkalmazhatták, ami ráadásul hatékony eszköznek bizonyult. Ennek a társadalmi tőkének a választását valószínűsíti az orvostársadalom tekintélyelvűsége is, ami ugyancsak szocializációs termék, és az erre való kondicionálás már az egyetem padsoraiban elkezdődik. Az orvosi egyetem ugyanis nagyfokú konformitást vár el a medikusoktól, ennek egyik eleme az egyetem hierarchikus struktúrájának feltételek nélküli elfogadása. Ráadásul ennek az egyetemnek nincs vészkijárata, a megszerzett tudást ugyanis nem, vagy csak nagyon nagy veszteséggel lehet átváltani, ami arra ösztönzi a hallgatókat, hogy mindenáron végezzék el az egyetemet.

További fontos tényező, hogy az orvosok szervezetei gyengék és alulmaradnak az ÁNTSZ-szel szemben. Az orvosok tehát racionálisan döntenek akkor, amikor az ÁNTSZ-t részesítik előnyben, hiszen e szervezeteknek nagyon komoly hatásköre van. Láthattuk, hogy a tisztí főorvos ott van az önkormányzat egészségügyi bizottságának ülésein, így első kézből értesül a helyi hatalom egészségügyet érintő döntéseiről, már a döntéselőkészítés során kifejezheti véleményét. Nagy bátorság kell ahhoz, hogy valaki ujjat merjen húzni vele, az ÁNTSZ ugyanis indokolt esetben bezárhatja az egészségügyi intézményeket. Ismerve a hazai egészségügyben uralkodó állapotokat, közegészségügyi szempontokra hivatkozva szinte bármelyik egészségügyi intézményt be lehetne csukni, aztán a betegek leszavazzák a következő választáson a polgármestert a képviselő urakkal együtt.

Az egyik vállalkozó orvos például arról panaszkodott, hogy az a vízcsap, amely délelőtt az állami ellátás során még megfelelt a közegészségügyi elvárásoknak, délután az ugyanabban a helyiségben működő orvosi vállalkozás esetében már nem volt elfogadható. Az ÁNTSZ megtehetette, hogy bezárta a vállalkozást, miközben az állami ellátás változatlanul folyhatott. A tanulmány elején említett esetben, amikor a képviselőtestületben ülő orvosok megakadályozták az új körzet kialakítását, a történet még nem ért véget. A polgármester a következő ülésre ugyanis meghívta a megyei tisztí főorvost: a képviselőtestület most már egyhangúlag elfogadta az új körzet kialakítására tett javaslatot. Az ÁNTSZ tehát helyi szinten hatékonyan léphet fel az egészségügyet érintő kérdésekben, de – mint a kórházi ágyak számának csökkentésével kapcsolatban láthattuk – felfelé nem tud ellenállni, ez ugyanis egy olyan hierarchikus testület, amelynek a csúcán lévő személyt, az országos tisztí főorvost a miniszter nevezi ki vagy váltja le. Ezért van tehát létjogosultsága az orvosok által létre hozott szakmai és érdekérvényesítő szervezeteknek.

Felvetődik a kérdés, milyen következményei vannak az egészségügyi rendszer működése szempontjából a kötelezettségek és elvárások típusú társadalmi tőke dominanciájának. Ha nem lenne jelen ez a társadalmi tőke típus, akkor valószínűleg

komoly működési zavarok lépnének fel, hiszen az orvosok egyes beruházások, valamint fejlesztések terén – sőt olykor műszerek és gyógyszerek beszerzése esetében is – ezt a társadalmi tőkét mozgósítják.

A kötelezettségek elvárások típusú társadalmi tőke azonban egyenlőtlenül oszlik meg az orvostársadalmon belül, ennél fogva azok az orvosok vannak előnyben, akik nagyobb arányban birtokolják. Körvonalazható-e az orvostársadalmon belül a „nagytekések” csoportja? Szerintem igen: azok az orvosok, akik beosztásuknál fogva maguk is hatalommal és presztízzsel rendelkeznek, hiszen ők azok, akikkel érdemes kapcsolatot teremteni és e kapcsolatot fenntartani. Azok az orvosok viszont, akiknek nincsen befolyásuk, behozhatatlan hátránnyal indulnak a kötelezettségek és elvárások kiépítése terén, ennél fogva érdekérvényesítő képességük is gyengébb.

A szándékosan létrehozott szervezeteknek – mint a társadalmi tőke egyik formájának – lenne még egy előnye a kötelezettségek és elvárások típussal szemben: mégpedig az, hogy e szervezetek képesek lennének orvosetikai normák érvényre juttatására az egészségügyön belül, míg a kötelezettségek és elvárások erőforrásként való felhasználása során nem kell etikai szempontokat figyelembe venni.

A szándékosan létrehozott szervezetek megerősödésétől tehát a kisebb presztízsű orvosok hatékonyabb érdekérvényesítését lehetne remélni, ráadásul etikai normák is beépülhetnének az érdekérvényesítés folyamatába. Így például a körzetek nagyságának kialakítása, a kórházak bezárása és az ágyszámcsökkentés során nem, vagy nem olyan könnyen győzedelmeskedhetnének egyes orvoscsoportok partikuláris érdekei.

Irodalomjegyzék

- Coleman J. S. 1994. Társadalmi tőke. In: Lengyel György–Szántó Zoltán (szerk.) *A gazdasági élet szociológiája*. Budapest: Aula
- Conrad, Peter–Schneider, Joseph 1990. Professionalisation, Monopoly, and Structure of Medical Practice. In: Peter Conrad–Rochelle Kern (eds.) *The Sociology of Health and Illness/Critical Perspectives*. New York: St. Martin's Press
- Freidson, Eliott 1970. *Professional Dominance*. Chicago: Aldine
- Granovetter, Mark 1994. A gazdasági intézmények társadalmi megformáltsága: a beágyazottság problémája. In: Lengyel György–Szántó Zoltán (szerk.) *A gazdasági élet szociológiája*. Budapest: Aula
- Gyukits György–Szántó Zoltán 1998. Privatizáció és társadalmi tőke. *Szociológiai Szemle*, 3.
- Gyukits György–Koltay Erika 1993. Gyógyító vállalkozások Budapesten. *Valóság*, 6.
- Kovács M. Mária 1991. A liberalizmus két útja a szakértelmiség körében. *Világosság*, 6.