

Gyukits György–Szántó Zoltán

PRIVATIZÁCIÓ ÉS TÁRSADALMI TŐKE. GAZDASÁGI FOLYAMATOK TÁRSADALMI BEÁGYAZOTTSÁGA EGY KÓRHÁZI OSZTÁLY PRIVATIZÁCIÓS KÍSÉRLETEINEK PÉLDÁJÁN*

A modern gazdaságszociológia főárama (Granovetter 1985; 1992; 1994) szerint a gazdasági folyamatokat alapvetően és többféleképpen befolyásolják azok a társadalmi kapcsolatháló, amelyekbe ágyazottan zajlanak: a gazdaság társadalmi beágyazottségének fogalma termékeny kiindulópontot kínál gazdaságszociológiai elemzések számára. Tanulmányunk alapvető célja, hogy felvázoljuk a gazdaság társadalmi beágyazottségének lehetséges értelmezési keretét, majd ebben a keretben bemutassunk egy konkrét egészségügyi privatizációs kísérletet, hangsúlyozva a személyes kapcsolatháló erőforrásként történő hasznosítását a folyamatok alakulásában.

Gazdasági folyamatok és társadalmi kapcsolatháló¹

A gazdaság társadalmi beágyazottségének modern gazdaságszociológiai közelítésmódját a következő alapelvek révén összegezzük:

1. *A gazdasági jelenségek (cselekvések és intézmények) társadalmi kapcsolathálóba ágyazódnak.* Társadalmi kapcsolathálókön meghatározott típusú hálózati pontok (pl. személyek, csoportok, szervezeti egységek, szervezetek, régiók, iparágak, nemzetgazdaságok) közti meghatározott típusú kapcsolatok (pl. rokonszenvelenszenv, barátság, rokonság, ismeretség, kommunikáció, hatalom-uralom, kereskedelem, adásvétel, egyéb gazdasági tranzakciók) mintázatait értjük.

A gazdasági intézmények formális (rögzített) viszonyai nem tükrözik az intézmény működését alakító valamennyi kapcsolathálót. Az intézmények „rejtett” (informális, spontán módon kialakuló) hálózatainak feltárásával közelebb juthatunk az intézmények belső szerkezetének és működési mechanizmusainak megértéséhez.

*A tanulmány háttérül szolgáló kutatást az MKM és az OTKA támogatta. (MKM K+F 287/1996: A privatizáció elmélete és gyakorlata; OTKA F 18134: Az orvosi professzió alternatívái.) Az interjúk elkészítésében és összegzésében részt vett Farkas Edit (ME BTI Szociológia Tanszék) egyetemi hallgató.

Hálózati megközelítésben tehát az intézmények struktúráját az intézményen belüli többszörös – formálisan rögzített és spontán módon kialakuló – kapcsolatháló terminusaiban elemezzük.

2. *A gazdasági szereplők cselekvéseit a társadalmi kapcsolatok hálózataiban elfoglalt pozíciójuk terminusaiban értelmezhetjük.* A társadalmi kapcsolatháló-elemzés gazdaságszociológiai szempontból fontosnak tűnő alapfogalmai: a kohézió, az ekvivalencia, a presztízs, a kiterjedés (range) és a közvetítés (brokerage). Ezek segítségével egyrészt pontosan leírható a cselekvők hálózati pozíciója, másrészt megmagyarázható a hálózati pozíció hatása az egyéni cselekvésre és az intézmény működésére. A kohézió és az ekvivalencia fogalmaival a cselekvőket csoportosíthatjuk. A kohézió alapján létesülő csoportokra (klikkekre) az jellemző, hogy tagjaik között erős, sűrű és kölcsönös kapcsolatok alakulnak ki, a strukturálisan ekvivalens cselekvőkből álló csoportok tagjait hasonló kapcsolatok fűzik a szervezet többi tagjához. Az efféle cselekvők – sajátos értelemben: strukturálisan azonos helyzetű szereplők összességéként – akkor is csoportot alkotnak, ha nincsenek közvetlen kapcsolatok köztük. A kohézió és az ekvivalencia révén általában a gazdasági szereplők attitűdjének és viselkedésének hasonlóságát tudjuk – legalábbis részlegesen – megmagyarázni. A kohézióknak köszönhető hasonlóságok mindenekelőtt a véleményeknek és cselekvési stratégiáknak erős, többrejtű és szocializáló hatású kapcsolathálóknak történő megvitatására vezethetők vissza. Az ekvivalencia szülte hasonlóságok viszont jórészt abból fakadnak, hogy az érintettek hasonló pozíciót töltenek be másokhoz képest, és az ilyen pozíciók nagyobb esélyt teremtenek közös vélemény és viselkedés kialakulására.

A presztízs, a kiterjedés és a közvetítés fogalmaival azt mutathatjuk be, hogy adott cselekvő milyen mértékben jut relatív *előnyökhöz* betöltött hálózati pozíciója folytán, hogyan hasznosíthatja erőforrásként (tőkeként) társadalmi kapcsolathálóját. Adott cselekvő presztízse annál nagyobb, minél több kapcsolata van. A cselekvők presztízsiüket saját céljaik elérésére használhatják, sajátos társadalmi tőkeként kiaknázva kapcsolataikat. A kiterjedés legegyszerűbb mutatója a kapcsolatok száma: minél több kapcsolata van egy adott cselekvőnek, annál több társadalmi erőforráshoz (pl. információhoz, tanácshoz, segítséghez) tud hozzájutni, illetve annál nagyobb az esélye, hogy társadalmi tőkét másfajta tőkére (pl. anyagi vagy emberi tőkére) képes váltani. A közvetítés fogalma a következő alapelven nyugszik: adott cselekvő annál jobban tudja saját érdekeit követni, minél inkább olyan szereplőkhöz fűződnek kapcsolatai, akik nincsenek kapcsolatban egymással, akik között ún. „strukturális lyukak” vannak. Ezeket a szereplőket például kijátszhatja egymás ellen az oszd meg és uralkodj stratégia révén, hasznot húzhat konfliktusukból a netvető harmadik szerepében,² vagy – sajátos értelemben vett vállalkozói tevékenységet folytatva – közvetítőként kapcsolatot teremthet köztük, s élvezheti az ebből fakadó előnyöket.³

3. *A kapcsolatháló kijelölik (korlátozzák vagy tágitják) a cselekvési lehetőségek halmazát, ugyanakkor a cselekvők folyamatosan alakítják kapcsolathálójukat.* A hálózatok folyamatosan – az érintettek cselekvéseinek szándékolt vagy nem szándékolt következményeként – társadalmilag formálódnak, újratermelődnak és változnak. A hálózati modellek szereplőinek viselkedését nem determinálja mechani-

kusan a hálózatban elfoglalt pozíciójuk. A szereplők aktív, célkövető egyének, akik saját céljaik elérése során számolnak a kapcsolataikban rejlő lehetőségekkel és korlátokkal. A társadalmi kapcsolathálók egyszerre folyamatok és struktúrák: a hálózati cselekvők – akiknek a cselekvési lehetőségeit részben éppen strukturális helyzetük szabja meg – folyamatosan alakítják őket.

A hálózatelemzők a cselekvőket többnyire célkövető, intencionális aktoroknak tekintik. Arra törekszenek, hogy egyaránt elkerüljék a társadalmi cselekvés aluszocializált (atomisztikus) és túlszocializált (normatív) modelljeiben rejlő egyoldalúságokat (Granovetter 1985), és bemutassák, hogy a cselekvőknek egyaránt vannak gazdasági és társadalmi motívumaik, s – mindenekelőtt –, hogy cselekvéseiket nagyban befolyásolják a kapcsolathálók, amelyekbe ágyazódnak.

A hálózati szereplők társadalmi kapcsolataikat többféleképpen hasznosíthatják erőforrásként. Ennek alapján a társadalmi tőke konkrét megjelenési formái közé (Coleman 1994 [1990]) kötelezettségek és elvárások, információs potenciál, bizonyos normák és hatékony szankciók, hatalmi viszonyok, valamint (kisajátítható és szándékosan létrehozott) társadalmi szervezetek tartoznak.

A privatizáció társadalmi beágyazottsága egy kórházi osztály privatizációs kísérleteinek példáján

Az alábbi esettanulmányban azt kívánjuk bemutatni, hogy a kilencvenes évek derekán egy kórházi osztály privatizációs kísérletei során az eset kulcsfigurái hogyan használják fel személyes kapcsolataikat (én-hálózatukat) saját céljaik eléréséhez. A kórházi osztály magánklinikává alakításának folyamatát a szereplők „privatizációnak” nevezik. A továbbiakban mi is átvesszük ezt a fogalmat, noha kétségesnek tűnik, hogy a vizsgált esetben ténylegesen a szó szigorú értelmében vett privatizációról van-e szó. Kétségeiknek adnak hangot maguk a szereplők is, amikor néha „félprivatizációnak” nevezik a folyamatot.

Az egészségügyi rendszer néhány sajátossága

A privatizációs kísérletek bemutatása előtt szükségesnek tartjuk, hogy ismertessük a magyar egészségügy működésének némely – gondolatmenetünk szempontjából fontos – sajátosságát, a könnyebb érthetőség kedvéért némileg leegyszerűsített formában.⁴

Magyarországon a helyi önkormányzat a felelős a területén élő lakosság egészségügyi ellátásáért. Az egészségügyi intézmények a helyi önkormányzat tulajdonában vannak, az esettanulmányunkban szereplő kórház is a megyei önkormányzat tulajdonát képezi. Az egészségügyi intézmények fenntartásával és fejlesztésével kapcsolatos kiadásokat az önkormányzat fedezi, de a gyógyítás költségeit már az Országos Egészségügyi Pénztár (OEP) finanszírozza. Például egy vakbélműtét elvégzéséért előre meghatározott összeget fizet az OEP a kórháznak. Fontos hangsúlyozni, hogy az OEP a kórháznak és nem a műtétet elvégző kórházi osztálynak fizet. Így gyakori eset, hogy a kórháznak egyszerre vannak nyereséges és vesz-

teséges osztályai. Az tehát, hogy egy kórházi osztály nyereséges vagy veszteséges lesz-e, nem csupán az ott dolgozók munkájától függ, hanem egyéb tényezőktől is. Például attól, hogy az egyes orvosi szakterületek (mint szemészet vagy fül-orr-gégészet) gyógyító tevékenységei mennyire vannak megfizetve. Könnyen előfordulhat, hogy a fül-orr-gégészet alulfinanszírozott a szemészethez képest, és ennél fogva hiába dolgoznak hozzávetőleg ugyanannyit a két osztályon, az előbbi veszteséges, az utóbbi nyereséges lesz. Az OEP által fizetett összeg ugyanakkor független attól, hogy a beteg hány napot tölt a kórházban: az az osztály tehát, amelyik hamarabb haza tudja küldeni betegeit, jobban jár. Képzeljük el, hogy van két sebészeti osztály. Az egyik hagyományosan gyógyít, ahol az átlagos ápolási idő tíz nap, a másik, csúcstechnika alkalmazásával, úgynevezett egynapos sebészet szerint. Itt az ápolási idő két nap. Az egynapos sebészetet folytató osztály minden betegnél nyolc ápolási nap költségét takaríthatja meg, ám a legnagyobb előnye mégis az, hogy azonos idő alatt sokkal több beteget képes ellátni. A kedvezőbb finanszírozás érdekében azonban előbb a csúcstechnikát kell megvásárolni, de az ilyen drága eszközvásárlás nem a kórházi osztály vezetésének, hanem a tulajdonosi funkciót ellátó önkormányzatnak a kompetenciájába tartozik. Ez tehát azt jelenti, hogy az egyes kórházi osztályok versenyképességét az önkormányzat a fejlesztések révén döntően tudja befolyásolni. Az önkormányzat egészségpolitikájában – többek között beruházási döntéseiben – a különböző érdekcsoportok érvényesíthetik törekvéseiket, így végső soron ezek a csoportok befolyásolhatják az egyes kórházi egységek versenyképességét.

Az önkormányzatok és az OEP mellett a Népjóléti Minisztérium a harmadik – a későbbiek során fontossá váló – szereplő. A minisztérium az egészségpolitikai koncepciók kidolgozása révén elsősorban szabályozó funkciót lát el az egészségügyi rendszeren belül. Végül a tisztiorvosi szolgálatot kell megemlítenünk, amely a szakmai és közegészségügyi felügyeletet gyakorolja a kórházak felett.

Az első privatizációs kísérlet

A privatizációt kezdeményező professzor nemzetközileg elismert szakember. Hírnevét azzal szerezte, hogy új szemészeti eljárást dolgozott ki. A professzor nemzetközi hírneve, nemzetközi kapcsolatai és kiemelkedő *presztízse*, ami elsősorban a világ számos részéről származó kapcsolatok sokaságát jelenti, még a privatizációs kezdeményezések előtt lehetővé tették, hogy kórházi osztálya számára minden eszközt és berendezést megszerezzen, ami az új műtéti eljáráshoz szükséges: így osztálya a világon az elsők között alkalmazhatott új mikrosebészeti eljárást:

„Ez a készülék kezdetben hihetetlen ellenállásba ütközött, és amikor a műlencse implantáció kezdett bejönni, akkor ezt a módszert tőlem egy osztrák kolléga átvette, az átadta egy németnek, a német elvitte Amerikába, és két év múlva engem meghívtak Amerikába, és ott ünnepeltek. Az egész világ átvette. Ott voltam a legnagyobb műlencse-implantációs műhelyekben. Mi itt elkezdtük a világszínvonalon a legelsők között – hamarabb, mint Ausztriában, Németországgal körülbelül egyidőben – azoknak a modern mikrosebészeti hályogműtéteknek a végzését, az ún. cataracta sebészetet, ami kifinomodott, kicsúcsosodott, és ma

már az egész világon végre elfogadják. Engem ezért annak idején fegyelmi elé kívántak állítani. El tudtam intézni a későbbiek során, hogy behozzák ezt a szemlencsét Magyarországra, hogy megkaphassa mindenki. Megkerestek engem külföldi cégek, akik a lencsét hozták Magyarországra, és én abban a privilegiált helyzetben voltam, hogy ha valamely műszerről egy külföldi kongresszuson azt mondtam, hogy én azt használom, akkor ez a cégnek horribilis pénzeket hozott. Nekem abban a szegény világban semmi gondom nem volt, mert mindent megkaptam. A legújabb műszereket hozták, azokat mind kipróbáltam, az mind itt maradt, és így tudtunk fejlődni.”

Az új műtéti eljárás révén robbanásszerűen megnőtt a betegforgalom: amikor a professzor átvette az osztályt, évente 250 műtétet végeztek, az új mikrosebészeti eljárás bevezetése után pedig 3400-at, változatlan orvosi és ápolói létszám mellett. A betegforgalom több mint tizenháromszoros növekedése egyrészt az eljárás hiánypótló jellegével, tehát a betegek részéről tömeges ellátási igénnyel magyarázható, másrészt azzal, hogy a már említett egynapos sebészeti eljárás nagyon lerövidíti a betegek kórházban töltendő idejét, ami lehetővé teszi azonos kórházi férőhely mellett is a betegforgalom megsokszorozását.

A kórházi osztályon ennek következtében óriási lett a tolongás, a betegeket, illetve hozzátartozóikat sokszor már le sem tudták ültetni a váróban, és a kórtermek is túlszűfoltakká váltak. Egyszóval: az ellátottak körének bővülése miatt kicsi lett az osztály. A professzor az osztályon kialakult állapotot használta fel érvként a privatizáció kezdeményezésére.

A privatizációs elképzelés: A betegforgalom növekedése miatt már nem biztosítható a kulturált orvosi ellátás, ezért a szemészeti osztály Buda egyik elit részén 180 milliós banki hitelből megvásárolandó különálló épületbe költözne. Magát az épületet a professzor és munkatársai által létesített kft vásárolná meg. Pest megyében nincs megoldva a vesedializálás, ezért a szabaddá váló kórházi épületrészben vesedializáló osztályt létesíthetnének, ennél fogva az önkormányzatnak nem kellene a vesedializáló számára új épületről gondoskodnia. Az önkormányzat a magánkézbe kerülő szemklinikának 26 milliót fizetne évente a szemészeti osztály után fel szabaduló épületrészért és a szemészeti ellátás fenntartási költségeiért. A gyógyításért az OEP-től befolyt összeg viszont a kórházat illetné meg, ami a kft becslései alapján évi 60 milliót tenne ki. A kft számításai szerint az évi 26 millió, amit az önkormányzattól kapnának, nem lenne elég a fenntartási költségekre és a hitel törlesztésére, ezért egyéb bevételekre is gondolni kell. A klinika betegforgalmának 30 százalékos tervezett bővülése nyomán luxusellátást biztosítának „fizetővendégek” számára. A magyar fizetőbetegeknek csak a különleges szolgáltatásokért (pl. egyágyas szoba, színes televízió, magasabb színvonalú étkezés) kellene fizetniük, orvosi ellátásukat továbbra is az OEP finanszírozná. A szolgáltatás világviszonylatban is magas színvonala és az olcsó hazai árak miatt a klinikán külföldi betegek ellátását is tervezték. Elsősorban amerikai betegekre gondoltak, mivel az amerikai egészségügyi ellátás piaci típusú, és ezért lehetőség kínálkozna amerikai magánbiztosítókkal szerződést kötni. Számításaik alapján egy átlagos amerikai biztosítónak Amerikában 3500 dollárba kerül egy szemműtét, ugyanez a magánklinikán 1000-be

plusz a repülőjegybe (500 dollár), tehát összesen 1500 dollárba kerülne, ami így is 2000-rel olcsóbb az amerikai ellátásnál.

A klinika alagsorában úszómedencét és szaunát építettek, amelyet a kórház reumatológia osztályának szerettek volna bérbe adni. Ez azonban csak lehetőség szintjén merült fel, ezért a bérleti díj összegéről nem tárgyaltak. Ha e privatizációs elképzelés kiadási és bevételi oldalát összegezzük, akkor a kft számára nagy előny, hogy az önkormányzat tervezett költségterítése révén a szemészeti klinika építési és fenntartási költségeinek nagyobbik részét fedezni lehet. De hol a profit? A professzor csak a külföldi betegekre számítva a sok bizonytalansági tényező miatt – amelyek részletezésétől most eltekintünk – nem merné a vállalkozást elindítani, a hazai betegek után járó OEP-finanszírozást pedig a kórház kapja. Egy fontos dologról azonban nem esett ez idáig szó, mégpedig a hálapénzről. Pedig a vállalkozás tervezett profitjának legjelentősebb része a hazai betegektől kapott paraszolvencia. Ha betegenként átlagosan 5000 Ft hálapénz számolunk, és 3400 fő az éves betegforgalom, akkor ez 17 000 000 forint éves tiszta bevételt jelentene.

A privatizációs folyamat fázisai. Első lépésben a kft alakult meg, amelynek – az előzetes elképzeléseknek megfelelően – a professzor és beosztottjai voltak a tulajdonosai. Ezután úgy tervezték, hogy megvásárolják a magánklinika épületét és a gyógyításhoz szükséges berendezéseket. De hogyan lehet előteremteni a szükséges 180 millió forintot?

„Miután eljutottunk ehhez a szinthez, és már csináltunk itt évi 2000 lencsebeültetést, valamit tennünk kellett. Erre a privatizáció jutott az eszünkbe. A külföldi cégek azt mondták, hogy miért nem csináljuk meg? Magyarországon megvan rá a lehetőség. De nekem nincs tőkém, nem tudok elindulni. Azt mondták, hogy az is jelent valamit? Hát ha az én nevemmel bárhol kérek kölcsönt, meg fogom kapni. Így a külföldi kapcsolataim révén a CIB-től kaptunk 2 millió dollárt, 3,4 százalékos kamattal, 15 évi futamidőre, 2 év moratóriummal. Hát ilyen kölcsön a világon nincs. De akkor valahogy olyan pillanat volt, olyan nemzetközi szimpátia nyilvánult meg, segítőkészség a magyarok iránt, hogy nekem ekkor ezt megadták. És akkor megvásároltuk ezt a területet.”

(professzor)

Az interjúrészletből egyértelműen kiderül, hogy a professzornak nem pusztán a szakmai kapcsolathálója volt jelentős, de a bankszférában is voltak összeköttetései. Ez egyrészt a professzor társadalmi kapcsolathálójának – formai szempontból vett – magas fokú *kiterjedtségére* utal, másrészt a különböző (egészségügyi és pénzügyi) szférák közti *közvetítésként* értelmezhető. A társadalmi kapcsolatokat tehát *sikerült erőforrásként hasznosítani* a kellő pillanatban: nem pusztán maga a kölcsön, hanem a rendkívül kedvező feltételrendszer is olyan előny, amely – legalábbis részben – a professzor társadalmi tőkéjének hozama.

Az egészségügyön belüli kapcsolatháló feltérképezéséhez vegyük sorra azokat a személyeket, akikre a professzor privatizációs elképzelései megvalósítása során elsősorban számított:

- a népjóléti miniszter,
- a megyei tisztí főorvos,

- a kórházigazgató,
- a kórház gazdasági igazgatója.

A felsorolásból kitűnik, hogy a professzor egyrészt az ügy szempontjából kulcsfontosságúnak tűnő szereplők megnyerésére törekedett, másrészt közvetítői szerepet játszott az egyes szereplők között. A továbbiakban folyamatában mutatjuk be, milyen célokra használja fel a kiépített kapcsolatait.

A megyei tiszti főorvost felkéri, hogy készítsen jelentést a szemészeti osztályon uralkodó tarthatatlan állapotról (zsúfoltság stb.), amelyen a kórház változtatni köteles. A tisztiorvos, illetve a tisztiorvosi hivatal állásfoglalása azért fontos, mivel nyomós érvként szolgál a privatizációs folyamat elindításához. A professzor igyekszik maga mellé állítani a megyei tiszti főorvost. Miután ez sikerül, meghívja a kórházi főorvosi kar ülésére, amely végső soron (mint később látni fogjuk) a privatizáció sorsáról dönteni fog. A tiszti főorvossal kialakított kapcsolatának a súlyát akkor értékeljük megfelelően, ha szem előtt tartjuk, hogy a tiszti főorvos a helyi egészségpolitika és egészségügyi igazgatás egyik kulcsszereplője, mivel a hatályos jogszabályok, továbbá a közegészségügyi rendelkezések betartását felügyeli.

Az új kórházigazgató kinevezését támogatja, így jogosan várja el, hogy privatizációs törekvéseit támogatni fogja. Itt világosan kirajzolódnak a *kötelezettség-elvárás* formájában működő társadalmi tőke elemei. A gazdasági igazgatót is sikerül megnyernie privatizációs törekvéseinek.

Végül vegyük szemügyre a legértékesebbnek tűnő összeköttetést. Személyesen ismeri a népjóléti minisztert, ugyanis a felesége a miniszter édesapjánál volt gyakornok még egyetemista korában. A miniszter azonban első megkeresésére nem reagál, tehát a családi ismeretség nem tűnik eléggé hatékonynak:

„A miniszter úrnak nem volt ideje velem találkozni. Ne azért találkozzon velem a miniszter úr, mert az édesapjának a tanársegéde volt a feleségem 10 évig, meg ne azért találkozzon velem, mert az ő gyerekei a mi gyerekeinknek a kölcsönkért járókájában nőttek fel, hanem azért, mert ennek az országnak az asztalára szakmailag olyat tettem le, amit nem tettek le szemészek az elmúlt periódusban.”

(professzor)

A professzor természetesen nem adja fel: befolyásosabbnak tűnő közös ismerőst keres, eredeti célját egy másik kapcsolatának aktivizálásával igyekszik elérni:

„És föl hívtam a püspök urat, és arra kértem, hogy legyen a segítségemre. Egy hét múlva kezemben volt a papír.”

(professzor)

A püspök úr közbenjárására a miniszter levélben értesíti, hogy privatizációs elképzelését támogatja:

„Legelőször is a miniszter urat kértem meg, hogy privatizálni kívánok. Ő ezt hirdette mindenütt, tv-ben, újságban, rádióban, és én erre kértem tőle hozzájárulást, ekkor ezt a levelet küldte nekem: (professzor) »Tervei megvalósításához a magam részéről sok sikert kívánok... « (részlet a miniszter leveléből)”

A miniszter a levelet a privatizációs elképzeléseket tartalmazó anyaghoz csatolta és az egészet elküldte a megyei népjóléti bizottságnak. A professzornak tehát – *első-sorban kiterjedt, ésszerűen alakított és több ízben közvetítői funkciót is betöltő társadalmi kapcsolatainak köszönhetően* – sikerült az összes kulcspozícióban lévő személy támogatását megnyernie, és bizakodva nézett a megyei népjóléti bizottság ülése elé.

„A népjóléti bizottság elnöke az ülésen négy óráig dicsérte ezt a tervet, azután elvetette azzal a felkiáltással, hogy a megyének nincs 26 millió forintja, mikor én tudom, hogy félmilliárdokat dobnak ki nem ilyenre, hanem sokkal rosszabb helyre. Ezenkívül pedig a miniszter úrnak egy pont akkor érkezett levele úgy hangolta át a népjóléti bizottságot, hogy egyszerűen nemmel felelt erre a kérdésre, hiába dicsérte négy órán keresztül az elnök. Azzal a felkiáltással vetették el, hogy nem akarják a gazdasági bizottságot olyan helyzetbe hozni. Ha olcsóbban meg tudom csinálni, akkor jelentkezzem.”

(professzor)

Az anyagi források hiánya mellett más típusú érvek is elhangzottak a bizottságban a privatizáció ellen:

„A megye bekérte tőlem az itteni betegforgalmat. Ez úgy néz ki, hogy 1/3-a a betegforgalomnak pest megyei, 2/3-a azonban az ország minden részéről van. Erre az a felkiáltás hangzott el, hogy minek fizessen a megye nem itt lakó betegekért. Az igazgató úr ott volt mellettem, és azt mondta, ha a szemész főorvosnak nem lesz betege, a kórháznak nem lesz pénze, hiszen ezzel keresi a pénzt. Ezt senki meg nem értette, azt mondták, hogy nem számít.”

(professzor)

A helyzet ellentmondásosságát jól jellemzi a fenti idézet, mert egyfelől igaz, hogy így az önkormányzat területén kívül élő betegek ellátását is támogatnia kellene az önkormányzatnak, másfelől viszont az is igaz, hogy a kórháznak jelentős bevételei származnak a magas betegforgalom révén az OEP-től (mivel az OEP finanszírozza az ellátást), függetlenül attól, hogy a beteg melyik önkormányzathoz tartozik. Az OEP-finanszírozás összege azonban egy főre vetítve lényegesen magasabb, mint az önkormányzat költségei, ezért a „minek fizessen a megye a nem itt lakó betegekért” ellenvetés nem megalapozott, sőt a kórháznak nagyon is szüksége van a megyén kívüli betegek szemészeti ellátására:

„Így nekünk az OEP tavalý kifizetett 174 millió forintot. A kórház levonta a mi bérünket, a fűtést, az amortizációt, a felhasznált gyógyszert, a kötszert, mindent.

Ami csak üzemeltetési költség, mindent levont. Maradt 84 millió tiszta haszon, ezzel a zseniális igazgatóval, akit én hülye, én „tettem igazgatóvá kvázi, mert én voltam akkor a kamara elnöke, és én támogattam. Nem hittem, hogy ekkorát tudok tévedni. Zárt a kórház mínusz 35 millióval. Mondjam tovább? Hát akkor mit csinált a többi osztály?”

(professzor)

A privatizációs elképzelés tehát megbukik a népjóléti bizottság ülésén. Figyelemre méltó tény, hogy a professzort támogatói magára hagyják. A miniszter látványos visszavonulását tartalmazó levél megérkezését valakik a döntő pillanatra időzítik. A levél leglényegesebb része a következő:

„Informális úton került hozzám ... professzornak a szemészeti osztály privatizációjával kapcsolatos tervezete... Nagy meglepetéssel olvastam benne, hogy »Hozzájárulást kaptunk ... miniszter úrtól«. Ez a kijelentés ugyanis nem felel meg a valóságnak... Szeretném leszögezni, hogy az ügyben a ... megyei önkormányzat illetékesei döntenek, az én hozzájárulásom szükségtelen. Teljes mértékben tiltakozom viszont az ellen, hogy a nevemmel visszaélve (a professzor) hamis információkat terjesszen.”

(részlet a miniszter leveléből)

A professzortól egy másik szövetségese is elpártol:

„Na most ezzel az én ügyem borzasztóan el lett fűrészelve, mivel ezen az ülésen sajnos nem tudott részt venni a tiszti főorvos, mert ha jelen van, akkor megváltozott volna a helyzet.”

(professzor)

Annak ellenére, hogy az első privatizációs kísérlet megbukik, a megyei népjóléti bizottság elnöke a jövőt illetően támogatásáról biztosítja a professzort:

„Erre levelet írtam a megyei önkormányzat elnökének. Azt írtam, nagyon sajnálom, hogy engem ilyen vád ért, még jobban sajnálom azt, hogy az a népjóléti bizottság a megyében, amely engem tartott augusztus 20-án az orvosok közt egyedül alkalmasnak arra, hogy kitüntessen, és tudományos díjat adjon, elismerje a 20 évi munkámat, amit a megyében tettem, hogy most nem védett meg a miniszter úrral szemben, nem mondta azt, hogy kérem, mi ezt elintézzük, ez tévedés, ne tessék megítélni egy levél alapján, amely ügyben meg sem kérdezték, hanem ülünk le, tárgyaljuk meg, és nézzük meg, hogy mi az igazság, és most ne döntsünk. Senki egy szót nem szólt, senki. Az elnök azt mondta: ezt a tervet én nagyon jónak tartom, és büszke lennék arra, ha megint ebből a megyéből indulna el valami orvosi vonatkozásban. Ez lenne az első lépés olyan egészségügyi privatizáció irányába, amely az állami egészségügy egyik meghatározó szektorának, a megye szemészeti ellátásának az átvállalása, és nem olyan tevékenység, mint a mellfelvarrás vagy a rántalanítás...”

(tiszti főorvos)

A második privatizációs kísérlet

A professzor a bukás után egy másik privatizációs elképzelést dolgozott ki, amelynek lényege, hogy nem kér évi 26 milliót az önkormányzattól a kiköltözésért és a fenntartási költségek fejében, de az OEP finanszírozására igényt tart, és arra, hogy az önkormányzat fizesse ki az amortizációt. Látható, hogy a professzor nem az önkormányzattól igényelt pénzt csökkenti, hanem merőben új elképzeléssel áll elő, ami azt jelezheti, hogy az első privatizációs kísérlet során nem kért sokkal többet a megyétől, mint ami a hitel törlesztésére és a fenntartási költségek fedezésére szükséges.

Új privatizációs elképzelésével a professzor ismét megkeresi az önkormányzatot, ahol azt a választ kapja, hogy ha a kórház, illetve főorvosi kara beleegyezik, akkor ők is támogatják. A főorvos megkeresi a kórházigazgatót, akitől írásbeli engedélyt kér a privatizációra, amit meg is kap. Ezért bizakodva néz a főorvosi kar ülése elé, és nem akarja elhinni, amikor a gazdasági igazgató a főorvosi kar ülése előtt értesíti, hogy:

„...ne jöjjön el az ülésre, mert maga ellen van minden. Az igazgató körbejárta a főorvosokat, hogy szavazzák le magát, mert így akarják elérni, hogy ne legyen belőle valami. És neki lett igaza. A gazdasági igazgató megsejtette, és az igazgató másnap kirúgta.”
(professzor)

Nézzük, mi történik az ülésen:

„Mert gyakorlatilag a kórház főorvosai úgy szavaztak, hogy ellene vannak, a kórház azt úgy interpretálta a megyei önkormányzathoz, hogy a kórház nem járul hozzá... Másrészt ez a döntés, amit a kórházi főorvosok hoztak, szólt a főorvos személyének is, mert igazából a tudását elfogadják, de emberileg nem nagyon fogadják el. Vélelmezik, hogy annyit keres, amennyit akar. Az ő személye sem volt igazándiból biztosíték, hogy meg fogja nyerni a kórházban a csatát. Elkövette azt a hibát, hogy amikor azt javasolták, titkos szavazással dőljön el a dolog, ő ezt elfogadta. Meghagyta nekik azt a lehetőséget, hogy mindenki azt mondjon, amit akar, és neki ne kelljen szembesülnie a döntésével. Mert ha fölállok, és azt mondom, hogy én, X.Y. ellenzem azt, hogy a személy professzor ezt meg azt meg amazt csináljon, akkor megkérddezheti tőlem, hogy miért ellenzem. És akkor lehet, hogy kiderül, én nem értem, hogy ő mit akar. De nem ez történt. Szóval ő adott egy tájékoztatót, ami nem is volt egészen érthető, mert azért ezek az orvosok nincsenek benne az üzleti menetben. És még egyszer mondom, a személyes varázsa pedig nem volt akkora, hogy melléálljanak.”
(gazdasági igazgató)

Lényeges momentum, hogy a végső döntést olyan testület hozza meg, amely tulajdonképpen nem is illetékes a privatizáció kérdésében (erre a későbbiek során még visszatérünk).

Összegzés: A privatizációs kísérletek megghiúsulásának okai

A privatizáció kudarcát végső soron abban kell keresnünk, hogy a professzor rosszul mérte fel az erő- és érdekvizonyokat, társadalmi kapcsolatait *nem* terjesztette ki az intézmény alsó szintjeire. Egyrészt úgy képzelte, hogy az egészségügyi rendszer még mindig ugyanaz a hierarchikus struktúra, mint korábban, és ezért ha a felső vezetők támogatását sikerül megszereznie, akkor zöld utat kap a privatizáció. A mai egészségügyi rendszerben azonban az önkormányzatoknak lényegesen megnőtt az autonómiájuk és súlyuk a döntéshozatalban. Az egészségügyi intézmények felett tulajdonosi funkciót gyakorolnak, és a helyi lakosság ellátásának kötelezettsége is őket terheli: ha a lakosság vagy egy része ellátatlan marad, akkor ennek nem pusztán egészségügyi, hanem politikai vetülete is lehet.

A privatizáció tekintetében végső soron a helyi önkormányzat dönt.⁵ Az is igaz azonban, hogy a miniszter, illetve minisztériuma sokféleképpen tud nyomást gyakorolni a helyi önkormányzatra: például a célzott támogatások odaítélésével, de ilyen nyomásgyakorló eszköz lehet a miniszternek alárendelt tisztiorvosi szolgálat is, amelynek ellenőrzési jogköre van.

Az ellátási kötelezettség miatt azonban az önkormányzat kezében van egy másik ütőkártya is a minisztériummal, illetve a miniszterrel szemben: ugyanis a miniszter szintén nem meri vállalni annak kockázatát, hogy a lakosság egy részének ellátása veszélybe kerüljön, ha a magánklinika esetleg csődbe jut, amikor éppen hogy csak elkezdték az egészségügy privatizációját. Tehát a professzor nem számolt az önkormányzat tényleges súlyával a döntéshozatali folyamat során, és ezért nem is keresett kapcsolatokat ezen a szinten. *Társadalmi tőkáját ebbe az irányba nem terjesztette ki:*

„A professzor nem igazán jól készítette ezt elő. Ő magas szinten minden papírt összeszedett, minden pártfogót megtalált magának, viszont az alsóbb szinteken, mármint megye, kórház, nem volt igazán jól előkészítve a dolog. Ugyanis megengedhette magának az OEP, a megyei önkormányzat és a kórház, hogy ilyen pingponglabda módszerrel pöckölgessék a professzort. Azt mondta a megyei önkormányzat, hogy akkor hajlandó azt a papírt kiadni, amely szerint ellátási kötelezettségének úgy tesz eleget, hogy a professzor magánklinikájába fognak menni az emberek, hogyha a kórház azt mondja, ez így jó. Az OEP meg azt mondta, hogy akkor köt a proffal szerződést, ha a megyei önkormányzat ezt jóváhagyja. Javasoltam neki, hogy lobbizni kell. Megadom neki a képviselők névsorát, és menjen el, beszélje meg velük, mert ott nagyon sok a vállalkozó, aki ért azon a nyelven, amin a professzor. Nem hitte el, hogy neki ez így jó lesz. Ha ő a megyei önkormányzattól lefelé jobban előkészíti, akkor nyert ügye van.”
(gazdasági igazgató)

Ugyanez érvényes az alsóbb kórházi szinten is:

„Az én megítélésem szerint a profnak valószínűleg meg kellett volna győznie a kórház főorvosait arról, hogy ez nekik nem lesz hátrány. Szerintem ez a kórház

javát is szolgálta volna, mert azért egy területet jelentett volna a kórháznak (voltak ott szűk keresztmetszetű osztályok).”
(gazdasági igazgató)

Most térjünk vissza arra a kérdésre, hogy a privatizáció sorsát megpecsételő döntést végső soron nem a kérdésben illetékes önkormányzat, hanem a kórházi főorvosok hozták meg:

„A főorvos túlbecsülte a miniszteri támogatást. Az igazgató új volt, mindentől félt. És azóta már nem is igazgató. Mindentől félt, ami egyáltalán őt döntéskényszerbe hozza, máropedig ez kemény döntéskényszer. A professzor nagyon támogatta ezt az igazgatót, hogy ő legyen az igazgató. És a professzor biztos számított arra, hogy abban az esetben ő támogatta, most pedig támogassa őt az igazgató. De ez nem így történt. És az igazgató nem is igazán korrekt módon csinálta a dolgot, hanem a professzor ellenségeivel megszerveztette ezt a puccsot a kórházban. Elment a népjóléti bizottság elnökéhez, aki szintén fül-orr-gégész volt, és megszerveztette vele azt, hogy az egészet söpörjék le. Ezért mondom, hogy a professzor azt mulasztotta el, amit ez az igazgató megcsinált. Tehát jól előkészítette a főorvosok számára szimpatikus döntést. Azt már senki nem meri megcsinálni sem a minisztériumban, sem az OEP-nél, hogy minden ilyen döntés ellenére szerződést köt a professzorral. Ellátási kötelezettsége a megyei önkormányzatnak van, illetve a kórháznak, és ha ez nincs jól megszervezve, akkor végzetes problémák jöhetnek, amit senki nem mer vállalni.”
(gazdasági igazgató)

A főorvosi kar tagjai úgy ítélik meg, hogy a nyílt konfrontáció a miniszterrel túl sokba kerülhet a megyei önkormányzatnak, ezért nem lehetnek biztosak abban, hogy maguk mellé tudják-e állítani az önkormányzatot a döntő pillanatban. Ezt elkerülendő az orvoscsoporthoz tagjai felveszik a kapcsolatot egy olyan képviselővel, aki a miniszterrel azonos pártban van:

„Nem tudom a (képvisező) honnan szerezte az információkat, de elképzelhetetlen, hogy ne ... kórház főorvosi karának egyes tagjaitól származzanak. ... A kórházból valakik megkeresték a ... párt eléggé ismert képviselőjét, ő írt egy levelet a miniszter úrnak, hogy tudja-e a miniszter úr, hogy a professzor tönkre akarja tenni a ... kórházat. A miniszter meg sem kérdezett engem, és persze a képviselő sem, mert ezt diktálták neki azok az itteni volt kommunisták.”
(professzor)

A képviselő hatására a miniszter megvonja bizalmát és támogatását a professzortól, és ettől kezdve a történet már könnyen érthető. A miniszter és az önkormányzat számára a legjobb megoldás, ha nem ők utasítják el a tervezetet, hanem ezt rábízák a kórház főorvosi karára. Ez azzal magyarázható, hogy a miniszter, illetve az önkormányzat az egészségpolitikájuk tekintetében elvileg privatizációpártiak, és így kerülhetik el legkönnyebben, hogy az egészségpolitikájuk elvei és gyakorlata közötti különbségek miatt bárki felelősségre vonhassa őket. Ezért kerülhet a főorvosi kar döntési helyzetbe, noha nem is illetékes.

Kérdéses még, hogy miért akadályozták meg a professzor privatizációs terveit a kórház főorvosai. A professzor egyrészt a kollégák meg nem értésében, illetve irigységében keresi a magyarázatot:

„Amikor a miniszter úr bejelentette, hogy a privatizáció elindul minden szinten az egészségügyben – ezt így mondta: minden szinten az egészségügyben –, akkor én láttam, hogy micsoda perspektívák nyílnak meg azok előtt akik nemzetközi szinten tudnának lépni. A magyar orvoskollégák képtelenek voltak ezt átlátni, vagy ha igen, akkor mérhetetlen irigységtől vezéreltetve gátoltak meg mindent.”

Feltételezhető, hogy személyes motívumok, mint például az irigység is szerepet játszottak a döntésben, hiszen a professzor szakmai tekintetben rendkívül sikeres volt, és a privatizáció révén arról lett volna szó, hogy anyagi szempontból is lekörözi kollégáit.

Azonban nem hagyhatjuk figyelmen kívül a privatizáció kudarcának elemzése során a kórház, illetve az önkormányzat érdekeit sem. A kórház, illetve a kórházi osztályok ugyanis nem érdekeltek abban, hogy a szemészeti osztály az osztály orvosainak tulajdonát képező, a kórháztól különálló épületbe költözzön, mert félő, hogy a magántulajdonú ellátóegység a közeli jövőben kezdeményezi az OEP-nél, hogy az ne az önkormányzaton keresztül, hanem közvetlenül finanszírozza az ott folyó gyógyító tevékenységet. Ezt a vélelmet támasztja alá, hogy a második privatizációs kezdeményezés már lényegében erről szólt. Ennek egyenes következménye lenne, hogy a kórház a szemészeti osztály privatizációja miatt jelentős bevételtől esne el, és az amúgy is veszteséges helyzetben még inkább eladósodna. A területi önkormányzat és a kórház érdekei e tekintetben azonosak, mivel a kórház a tulajdonát képezi, de feltételezhető, hogy az önkormányzat attól is tart, hogy a szemészeti osztály privatizációja veszélybe sodorhatja a lakosság szemészeti szakellátását. Például a rendelő tönkremegy, és eladják az épületét, ahol az új tulajdonos már más típusú tevékenységet akar folytatni. Az önkormányzat pedig kénytelen lesz az ellátási kötelezettségei miatt új kórházi egységet építeni.

A főorvosok számára sem közömbös, hogy az OEP legjobban finanszírozott kórházi osztályának bevételeivel már nem gazdagítja a kórház költségvetését, különös tekintettel arra, hogy a kórház összességében veszteséges.

A professzor még egy érvet említ a kudarc okaként:

„Amikor meghallották, hogy mi még ezt is tervezzük (külföldi betegek gyógyítása), akkor valaki kitalálta, hogy állami fizetéses munkaidőben fog majd maszekolni.”

E mögött az érv mögött is elsősorban személyes motívumokat kell keresnünk, hiszen a hálapénzrendszer is hasonlóan működik: értve ezen, hogy állami fizetéses munkaidőben maszekol. A kritika azonban rámutat arra az általánosabb jelenségre is, hogy az egészségügy területén a privatizációnak nevezett folyamatok kapcsán semmi biztosíték sincs arra, hogy az ágazatban tapasztalható kaotikus viszonyok

automatikusan felszámolódnának a magántulajdon megjelenésével, mivel az állami és magántulajdon nem válik el (az önkormányzat fizeti a fenntartási költségeket, illetve az amortizációt), ugyanígy összemósodik az állami és a magánfinanszírozás, és az annyi kárhozottatott hálapénz is beépül az új ellátási rendszerbe.

Az esettanulmányból reményeink szerint láthatóvá vált, hogy egy kórházi osztály privatizációja társadalmilag nem légüres térben zajlik. Elsősorban azt kívántuk bemutatni, hogy a privatizációt kezdeményező professzor és a privatizációt ellenző orvoscsoporthoz egyaránt társadalmi kapcsolathálója révén akarta céljait elérni. A történetből az is kiderül, hogy azok a szereplők tudták érdekeiket sikeresen érvényesíteni, akik társadalmi tőkéjük elemeit az elérendő célnak megfelelően tudták alakítani és felhasználni. Az egészségügyi rendszer perspektívájából a társadalmi kapcsolatháló értéket elsősorban az szabja meg, hogy mekkora az egyes szereplők (OEP, önkormányzat, minisztérium stb.) mérlegelési jogköre, mennyire függ a privatizáció különböző testületek, befolyásos személyek döntéseitől, állásfoglalásától, mennyire kell a privatizáció során bizonyos jogszabályoknak és szakmai standardoknak megfelelni. Ha a jellemző döntési forma az eseti elbírálás, akkor az ésszerűen kialakított és kiaknázott társadalmi kapcsolatháló értéke igen nagy lehet, mivel az érintettek ezek révén alapvetően befolyásolhatják a döntések kimenetelét.

Jegyzetek

- ¹ Az összegzésben a következő munkákra támaszkodtunk: Burt 1992, Nohria 1992, Granovetter 1992.
- ² A privatizáció személyközi előfeltételeit ilyen szellemben elemzi: Fogarassy–Szántó (1996) esettanulmánya.
- ³ Esettanulmányunkban elsősorban a presztízs, a kiterjedtség és a közvetítés fogalmaira támaszkodunk, mivel felfogásunkban ezek tartoznak közvetlenül a társadalmi tőke koncepciójához.
- ⁴ Célunk nem az, hogy leírjuk az egészségügyi rendszer működését, hanem az, hogy az egészségügy területén kevésbé járatos olvasók számára érthetőbbé tegyük a privatizációs kísérletek egyes lépéseit.
- ⁵ Az önkormányzathoz hasonlóan az OEP-nek is van döntési jogköre: a finanszírozásról dönt. Idáig azonban a privatizációs kísérlet nem jutott el, ezért ezzel a kérdéssel nem foglalkoztunk.

Hivatkozások

- Burt, Ronald S. 1992. The Social Structure of Competition. In: Nitin Nohria–Robert G. Eccles (eds.)
- Coleman, James S. 1994 [1990]. *Társadalmi tőke*. In: Lengyel György–Szántó Zoltán (szerk.) 1994.
- Fogarassy Gabriella–Szántó Zoltán 1996. Privatizáció és a nevető harmadik. *Szociológiai Szemle*, 2.
- Granovetter, Mark 1985. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, 91: 481–510.
- 1992. Problems of Explanation in Economic Sociology. In: Nitin Nohria–Robert G. Eccles (eds.) 1992.
- 1994 [1990]. A gazdasági intézmények társadalmi megformálása: a beágyazottság problémája. In: Lengyel György–Szántó Zoltán (szerk.) 1994.
- Lengyel György–Szántó Zoltán (szerk.) 1994. *A gazdasági élet szociológiája*. Budapest: Aula (2. javított kiadás: 1996)
- Nohria, Nitin 1992. Introduction: Is a Network Perspective a Useful Way of Studying Organizations. In: Nitin Nohria–Robert G. Eccles (eds.) 1992.
- Nohria, Nitin–Robert G. Eccles (eds.) 1992. *Networks and Organizations: Structure, Form and Action*. Boston: Harvard Business School Press

