

Antal Z. László

A GYÓGYÍTÁS TÁRSADALMI BEÁGYAZOTTSÁGA

Magyarországon a hatvanas évek közepén megtört a születéskor várható átlagos élettartam addig folyamatosan emelkedő trendje. Ebből a tényből és a hetvenes évek óta végzett kutatási eredményekből a lakosság egészségi állapotának folyamatos romlására következtethetünk. Ezek a kedvezőtlen tendenciák az európai volt szocialista országok mindegyikében kialakultak, miközben a fejlett ipari országokban folyamatosan emelkedik a születéskor várható átlagos élettartam. Olyan társadalmi tény ez, amelynek — számos e kérdéssel foglalkozó kutatás ellenére — ma még nem ismerjük a magyarázatát. Tanulmányomban ilyen összefüggésben eddig nem vizsgált szempont elemzésével próbálok e társadalmi tény magyarázatához közelebb jutni.

A megromlott egészségi állapot helyreállítása, az élet védelme mindig megoldandó feladatként jelentkezett az egyén, a közösség és az egész társadalom számára. A betegségek, bajok, sérülések megelőzésére és kezelésére; a halál „elkerülésére” a lehető legváltozatosabb módszereket dolgozták ki az emberiség története során.

A gyógyítás évezredes történetét több tudományág is feldolgozta már saját vizsgálati szempontjai alapján. A gyógyítás legváltozatosabb formáit ismerhetjük meg a néprajzi, antropológiai, kultúrantropológiai leírásokból és a történelmi, orvostörténeti munkákból. De szépirodalmi művek és ma már dokumentumfilmek segítségével is betekintést nyerhetünk a gyógyító tevékenységek változatosságába. Ezekből a forrásokból arról is képet alkothatunk, hogy mennyire eltérő volt egy adott korban a különböző fejlettségű és kultúrájú országokban, az egyes országokon belüli kisebb régiókban, illetve a különböző társadalmi intézményekben a gyógyítás társadalmi beágyazottsága.

Tanulmányomban a gyógyítás társadalmi beágyazottságában bekövetkezett változásokat vizsgálom, különös tekintettel arra, hogy ezek a változások mennyiben szolgálták a gyógyulni vágyók, a gyógyítók és az állam érdekeit.

E kérdések vizsgálata előtt azonban elengedhetetlen a gyógyítás fogalmának, a társadalmi beágyazottság dolgozatban használt értelmezésének bemutatása és a gyógyítás integrációs formáinak ismertetése.

1. A gyógyítás fogalma

A gyógyítás kategóriájába sorolok minden olyan tevékenységet, amely az *egészségi állapot megőrzését, a megromlott egészségi állapot helyreállítását és a betegek ápolását, gondozását szolgálja*. E fogalom határai tehát igen szélesek. Pontos kijelölésüket megnehezíti, hogy — a tudományos és a köznyelvben általánosan elterjedt értelmezéssel szemben — gyógyítást nem csak az erre specializálódott egészségügyi intézményekben végeznek, hanem a családokban, az önszorgító csoportokban és a társadalom számos más intézményében is. (Amikor a szülő vagy a pedagógus a gyermek felsebzett kezét bekötözi, egyértelműen gyógyít — hogy csak a legegyszerűbb példát említsem.) Emellett a gyógyítás dolgozatban használt értelmezése nem szűkül le csupán a testi bajok kezelésére, hanem magába foglalja a lelki egészség megőrzésére, helyreállítására és a „lelki betegek” ápolására, gondozására irányuló tevékenységet is. Ebben az értelemben egyaránt gyógyításnak számít a lelki sérelmet enyhítő vigasztalás és a súlyos depresszió kezelése is, függetlenül attól, hogy milyen keretek között (családi, baráti, rokoni, egészségügyi, egyházi stb.) kerül erre sor.

A gyógyítás ilyen tág értelmezése mellett használatos a fogalom szűkebb jelentése is. A lakosság egészségi állapotával és az egészség–betegség kérdéseivel foglalkozó szakirodalomban általában az „egészségügyi ellátásról”, az idetartozó intézményekben végzett gyógyító tevékenységről olvashatunk. Ez a szóhasználat azt a képzetet erősíti, hogy a modern társadalmakban a gyógyítás fogalma csak az egészségügyi ellátás keretében folyó tevékenységeket foglalja magába, és a gyógyítás feladata egyértelműen ezekhez az intézményekhez kapcsolódik. (Egyebek között ezzel is magyarázható, hogy a köznyelvben is a gyógyításnak ez a jelentése terjedt el: ha beteg vagy, fordulj orvoshoz.)

A kizárólag az egészségügyi ellátás keretében végzett tevékenységekkel foglalkozó elemzések ezért nem alkalmasak arra, hogy megvilágítsák a gyógyítás társadalmi szerepét a maga teljességében, s annak vizsgálatára sem, hogy a gyógyítás különböző formái hogyan intézményesedtek, és milyen szerepet töltenek be a gyógyításban.

A fogalomnak a megszokott szóhasználatához képest kiterjesztett, azaz inkább eredeti alapjelentéséhez visszatérő értelmezése a gyógyítás társadalmi szerepe elemzésének a megszokottól eltérő megközelítését igényli.

2. A társadalmi beágyazottság értelmezése

A gyógyítás társadalmi beágyazottságának vizsgálata során a gazdasági tevékenységek szociológiai elemzésének fogalmi rendszerére és eredményeire támaszkodom. Ez a fogalmi rendszer és az ezen a területen született eredmények alkalmazása azért lehetséges módszer, mert a két tevékenység között számos hasonló vonás

fedezhető fel, ezekre a kifejtés során utalni fogok. A gazdasági tevékenységek társadalmi beágyazottságához kapcsolódó kutatási eredmények azért is fontosak számunkra, mert az ezen a területen született eredmények — a terület specifikumainak figyelembevételével — a gyógyítás társadalmi beágyazottságának megértésében is segítségünkre lesznek. A társadalmi beágyazottság értelmezéséhez a tevékenységek alapvető racionalitásának bemutatása után juthatunk el.

a) A gyógyítás szubsztantív racionalitása

A gazdasági folyamatok elemzése során az egyik legfontosabb szempont a gazdasági tevékenységek kettős racionalitásának megkülönböztetése. Ez a megkülönböztetés — más és más fogalmakkal — számos jelentős társadalomtudós munkájában megtalálható. Egy gazdasági tevékenységre (mezőgazdasági termelés, állattartás, házépítés stb.) alapvetően azért került sor, mert *emberi szükségleteket* (táplálkozás, alvás stb.) *elégíti ki*. A szükségletkielégítésre irányultság jelenti a gazdasági tevékenységek alapvető célját, „szubsztantív” racionalitását.

A társadalmi fejlődés során csak később jelent meg és jutott a gazdasági tevékenységekben egyre nagyobb jelentőségre a gazdasági, „formális” racionalitás, amelyben már nem a szükségletkielégítés volt az elsődleges motivációs tényező, hanem a *nyereségérdekeltség*. Azaz a tevékenység végzésében a szükségletkielégítés mellett az „eladhatóság” is fontossá vált. Ez a változás újfajta ellentéteket generál a gazdasági tevékenységek végzői és felhasználói között (eladók–vevők; termelők–fogyasztók), és olyan következményei lehetnek, amelyek megzavarhatják a társadalom harmonikus működését.

A gazdasági tevékenységekben meglévő kettős — „szubsztantív” és „formális” — racionalitás megkülönböztetése és vizsgálata Polányi Károly munkáiban kapott különös jelentőséget: kulcsfontosságúnak tartotta a gazdasági tevékenységek társadalmi integráltságának elemzésében.

Polányi Károly gondolatmenetét azért ismertetem, mert olyan fogalmi keretet konstruált a gazdasági folyamatok szubsztantív elemzésére, amelyre támaszkodni fogok a gyógyítás társadalmi beágyazottságának elemzése során. Híres tanulmányában így fogalmazza meg a két megközelítés közötti különbségeket. A gazdasági kifejezés szubsztantív jelentése az ember megélhetésének a természettől és embertársaitól való függéséből származik. A természeti és társadalmi környezettel folytatott cserefolyamatra utal, amennyiben ez a csere hozzájuttatja az embert anyagi szükségletei kielégítésének eszközeihez.

A gazdasági kifejezés formális jelentése a cél–eszköz viszony logikai jellegéből származik, mint a gazdaságos vagy gazdálkodás szavak mutatják. Meghatározott választási situációkra vonatkozik, mégpedig olyanra, amelyben az eszközök különböző felhasználási módjai között azért kell választani, mert ezek az eszközök nem

állnak rendelkezésre elegendő mennyiségben valamennyi cél realizálásához (Polányi 1976: 228–229).

Polányi tanulmányában részletesen bemutatja, hogy az önszabályozó piac kerekei között a szubsztantív és formális jelentés összeolvad, de ez nem jelenti azt, hogy e kettő között megszűnnének az alapvető különbségek, amelyekről a szociológiai elemzésekben természetesen nem lehet eltekinteni.

A gazdasági tevékenységekben meglévő kettős racionalitás hasonló módon megragadható a gyógyító tevékenységet vizsgálva is. *A gyógyító tevékenységek lényege* (szubsztanciája) *olyan alapvető emberi szükségletek kielégítése*, amelyek az egészség megőrzésére, illetve helyreállítására irányulnak.

Ebből a szempontból racionálisnak tekinthető minden olyan tevékenység, amely eredményes a gyógyításban, függetlenül attól, hogy azt sámán, varázsló, népi gyógyító, családtag, másik beteg vagy orvos végzi. *A társadalom gyógyulni vágyó tagjai alapvetően a gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülésében érdekeltek, azaz a betegek szeretnék meggyógyulni.*

Emellett vizsgálhatjuk a gyógyítást a formális megközelítés logikája szerint is. Ebben a megközelítésben a gyógyítás eredményessége mellett a gyógyítást végző személyek és intézmények gazdasági érdeke is szerepet játszik a tevékenységükben: megjelenik a „nyereségérdekeltség” motívuma is, amely háttérbe szoríthatja a szubsztantív racionalitás érvényesülését.

Ennek a szempontnak a megjelenése a gyógyításban hasonló ellentéteket generál a gyógyítók és a betegek között, és hasonló következményekkel jár, mint amilyenek a gazdasági tevékenységek végzői és felhasználói közötti viszony esetében.

A gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülését azonban nemcsak a gazdasági racionalitás megjelenése szoríthatja háttérbe. A gyógyítás különleges társadalmi tevékenység, hiszen e tudás birtokában csökkenthetőek a fájdalmak, meggyógyíthatók a sérülések, és a gyógyító adott helyzetben az élet megmentésére, meghosszabbítására is képes. Ez a körülmény a gyógyítók egy részét különböző időszakokban eltérő mértékű, de máig érvényesülő hatású transzcendens hatalommal ruházta fel.

A gyógyításnak ez a különlegessége azt eredményezte, hogy a szubsztantív és a gazdasági racionalitás mellett másfajta racionalitások is érvényesülhetnek a gyógyítás területén. Ezeknek a hatásoknak az elemzésével nem foglalkozom e tanulmányomban, de fontos megemlíteni, hogy a vallási, ideológiai, politikai, hatalmi racionalitások érvényesítésében érdekelt társadalmi csoportok megpróbálják saját előnyükre kihasználni a gyógyításban rejlő különlegességet. Ezeknek a hatásoknak az érvényesülése azt eredményezheti, hogy a gyógyítás szubsztantív racionalitása egyre kevésbé tud érvényesülni. Éppen ezért fontos annak a kérdésnek a vizsgálata, hogy a társadalom hogyan próbálja a gyógyítástól idegen racionalitások hatását csökkenteni azért, hogy a gyógyítás szubsztantív racionalitása minél jobban érvényesülhessen. A gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülését pedig a gyógyítás társadalmi beágyazottságának erőssége nagymértékben meghatározza.

Éppen ezért van különös jelentősége a gyógyítás társadalmi beágyazottsága vizsgálatának.

b) A társadalmi beágyazottság vizsgálata

A gazdasági tevékenységek elemzése során részletesen vizsgált másik terület, amelyet a gyógyító tevékenységek elemzésére szintén fölhasználok, a *társadalmi beágyazottság* kérdése.

A 19. század folyamán a hierarchikus viszonyok mentén szerveződő *nem-gazdasági intézmények* hatása fokozatosan gyengült a gazdasági tevékenységek ellenőrzésében. A gazdasági tevékenységek szabályozásában egyre nagyobb szerep jutott az önszabályozó piacnak. A nem-gazdasági intézmények céljai eltérnek a piac diktálta racionalitástól. A nem-gazdasági és gazdasági intézmények céljai közötti különbségekről és az ebből származó konfliktusokról így ír Max Weber: „Kezdetben részben tradicionális és mágikus jellegű, részben vérségi, rendi, katonai, illetve szociálpolitikai természetű okok miatt végül, pedig részben az adott szervezetben uralkodó személyek szükségletei miatt szabályozták a piacot, de minden esetben olyan érdekek érvényesültek a piaci szabályozásban, amelyek nem a *piac* nyújtotta tisztán célracionális lehetőségeknek — a nyereségszerzési lehetőségeknek és a javakkal való ellátás lehetőségeinek — maximalizálására törekedtek; azaz nem estek egybe a piacon érdekeltek törekvéseivel, hanem gyakran ütköztek vele” (Weber 1987: 100). Weber részletesen elemzi azokat a társadalmi intézményeket és szabályokat, amelyek a gazdasági tevékenységek formális racionalitásának érvényesülését korlátozzák, és a társadalmi feszültségek elkerülése/csökkentése, a kialakult hierarchikus viszonyok fenntartása érdekében az önszabályozó piac kialakulása előtt korlátozták a piac önállóságát:

- bizonyos tárgyakat kizártak a piacon értékesíthető tárgyak közül (például éhínség esetén a gabonát);

- bizonyos személyeket kizártak a piaci nyereségszerzésben való részvételből (például nemeseket, parasztokat és bizonyos esetekben a kézműveseket);

- a fogyasztás szabályozásában korlátozták a fogyasztók piaci szabadságát (rendeletekkel szabályozták egyes társadalmi rendek fogyasztását, illetve háború vagy éhínség idején megsabták a fejadagokat);

- rendi, fogyasztáspolitikai, keresletpolitikai és szociálpolitikai alapon korlátozták az ugyanolyan lehetőségekre pályázó konkurencia piaci szabadságát;

- fönntartották bizonyos kedvező ökonómiai lehetőségek kihasználását a politikai hatalomnak (lásd Weber 1987: 98).

Mindezek a korlátozó intézkedések arra utalnak, hogy a gazdasági tevékenységek társadalmi beágyazottsága erős volt, hiszen a piac racionalitását képesek voltak korlátok közé szorítani a nem-gazdasági intézmények. A polgárság sikeres küzdelmének eredményeképpen gyengültek meg a nem-gazdasági intézmények le-

hetőségei a gazdasági tevékenység korlátozására, és csökkent ezáltal a gazdasági tevékenységek társadalmi beágyazottsága. „A piac szabadságáért szálltak síkra a felsorolt piaci szabályozásokkal szemben a cserére pályázók közül mindazok, akiknek — akár mint fogyasztóknak, akár mint értékesítőknek — szükségképpen ahhoz fűződött érdekük, hogy a lehető legtöbb jószág a piacon cseréljen gazdát. Az önkéntes piaci szabályozás igénye először és tartósan messze a legerősebben a nyereségszerzésben érdekeltek részéről vetődött föl” (Weber 1987: 101). A piac szabadságáért folytatott sikeres küzdelemnek az lett az egyik következménye, hogy a gazdasági tevékenységekben korábban domináns *szükségletkielégítés* helyett az önszabályozó piacok térnyerése után a *nyereségszerzés* lett a domináns motívum.

Polányi Károly ennek a változásnak a jelentőségét részletesen bemutatta műveiben és az egész gazdaságtörténet legfontosabb változásának tartotta.

Véleménye szerint az önszabályozó piac keretei között a gazdaság társadalmi beágyazottsága megszűnt. Tudatos társadalmi kontroll nélkül a gazdaság elkülönülten fejti ki tevékenységét, és így öncélúvá válik: gazdaságon kívüli célokra való tekintet nélkül működik, ami dezorganizálja a társadalmat. Polányinak ezt a nézetét sokan vitatták, és kifejtették, hogy az önszabályozó piac keretei között is működnek olyan mechanizmusok, amelyek a gazdaság társadalmi beágyazottságát (ha nem is olyan mértékben, mint az önszabályozó piac kialakulását megelőző időszakban) erősítik. Ezt az álláspontot fejtette ki igen részletesen Mark Granovetter, aki 1992-ben publikált tanulmányában amellett érvelt, hogy a gazdaság társadalmi beágyazottságának mértéke nem változott meg lényegesen a piacgazdaság dominanciájának kialakulása óta (Granovetter 1992).

A gazdaság társadalmi beágyazottsága nagyfokú gyengülésével szemben Hirschman azt fejtette ki, hogy az egymással versenyző fogyasztók és termelők viselkedése a társadalmi, gazdasági, kulturális viszonyok által meghatározott. Hasonlóan a versenyhez, a gazdaság társadalmi beágyazottságát erősíti a hűség, a tiltakozás, a kivonulás és a különböző szokások, normák érvényesülése is (Hirschman 1984).

A Polányival vitatkozó szerzők véleménye szerint ezek az intézmények képesek megvédeni a társadalmat a gazdaság formális racionalitásának korlátlan érvényesülésétől.

A gazdaság valóban nagyfokú autonómiára tett szert az önszabályozó piac kialakulásával, de ez nem jelenti egyben azt, hogy a társadalmi beágyazottsága megszűnt volna. Mind a termelők, mind a fogyasztók viselkedését számos olyan társadalmi körülmény befolyásolja, amelyek csökkenthetik a gazdasági tevékenységek formális racionalitása érvényesülésének veszélyeit.

„Nincs olyan gazdasági, társadalmi vagy politikai rendszer, amelyben az egyének, üzleti vállalkozások, vagy általában a szervezetek ne sértenék meg néha a hatékony, racionális, törvénytisztelő, érelyes vagy egyéb módon funkcionális viselkedés szabályait. Bármilyen jól vannak is kigondolva egy társadalom alapvető intézményei, mégis megtörténik, hogy bizonyos cselekvők — esetleg akaratlanul — nem

felelnek meg a viselkedésükkel szemben támasztott követelményeknek. Minden társadalom megtanulja, hogy miképpen élhet együtt bizonyos mértékű diszfunkcionális vagy szabálysértő viselkedéssel, ám a szóban forgó viselkedési megnyilvánulások csak akkor tarthatók korlátok között, s csak akkor nem vezetnek általános hanyatláshoz, ha a társadalom képes arra, hogy olyan erőket mozgósítson, amelyek minél nagyobb számú megtévedt cselekvőt terelnek vissza a társadalmi intézmények megfelelő működéséhez szükséges viselkedési szabályok követésének útjára" (Hirschman 1984: 9). Hirschman részletesen elemzi, hogy a *verseny önmagában nem alkalmas* a „megtévedt cselekvők visszatérésére”. Ezért a társadalomban más megoldások is kialakultak, amelyek a társadalom alapvető intézményeinek diszfunkcionális működése esetén fontos szerepet játszanak a gazdasági tevékenységek társadalmi beágyazottságának erősítésében: a tiltakozás, a kivonulás és a hűség.

A gazdaság társadalmi beágyazottságával foglalkozó közgazdasági és szociológiai szakirodalomban megfogalmazott gondolatok felhasználásával alakítottam ki a gyógyítás társadalmi beágyazottságával kapcsolatos saját nézeteimet.

• A gazdasági tevékenységekhez hasonlóan vizsgálható a gyógyító tevékenységek társadalmi beágyazottságának kérdése, és ezen a területen is felvetődnek a „diszfunkcionális vagy szabálysértő viselkedések”, s annak kérdése is, hogy a társadalom hogyan képes a „megtévedt cselekvőket” visszatéríteni a „társadalmi intézmények megfelelő működéséhez szükséges viselkedési szabályok követésének útjára”.

A gyógyítás racionalitását (amelyen a szubsztantív racionalitás érvényesülését értem), mint már említettem, többfajta racionalitás is sértheti. A dolgozatban azt vizsgálom, hogy ezek közül a gazdasági racionalitás — amelynek hatása az önszabályozó piac térnyerése után erősödött föl — és a politikai racionalitás — amely az egészségügyi ellátás államosítása után vált dominánssá — milyen következményekkel jár a szubsztantív racionalitás érvényesülésére.

Az itt felmerülő kérdések közül arra keresek választ, hogy miként valósul meg a gyógyítást végző személyek és a gyógyító intézmények társadalmi beágyazottsága; milyen nem-gyógyító intézményekbe beágyazottan végzik tevékenységüket; milyen mértékben képesek ezek az intézmények a gyógyító tevékenységek ellenőrzésére; a gyógyítást végző személyek és a gyógyító intézmények miért és hogyan próbálják meg a társadalmi beágyazottságot csökkenteni, és végül, milyen következményei vannak a társadalmi beágyazottság csökkenésének.

A gyógyítás társadalmi beágyazottságának vizsgálata azért fontos kérdés, mert — akárcsak a gazdasági tevékenységek esetén — *ha a gyógyítás kiszabadul a tudatos társadalmi kontroll alól, akkor ez is dezorganizálhatja a társadalmat. Ilyen helyzetben a gyógyítás alapvető célja — maga a gyógyítás mint alapvető emberi szükségletkielégítésre irányuló tevékenység — háttérbe szorulhat.*

A gyógyítás társadalmi beágyazottságának „erősségétől”, illetve „gyengeségétől” függ, hogy a társadalom intézményei mennyire képesek a gyógyítás szubsztantív

racionalitásának érvényesítésére, azaz milyen mértékben képesek a szubsztantív racionalitás érvényesülését háttérbe szorító törekvések kivédésére. A gyógyítás társadalmi beágyazottságának „erősségét”, illetve „gyengeségét” a következő szempontok szerint vizsgálom:

— a gyógyítók, illetve a gyógyító intézmények és a betegek közötti „távolság” alapján;

— a gyógyító tevékenységek nem-gyógyító intézmények általi ellenőrizhetősége alapján.

A gyógyítás társadalmi beágyazottsága erős, ha a gyógyító személy maga is tagja a közösségnek (például családtag, a faluközösség tagja vagy az önszolgáltató csoport tagja), és a gyógyító tudást is megszerezheti a közösség minden tagja. Azaz a gyógyítást nem egy erre a tevékenységre specializálódott személy végzi, mindenki lehet beteg, más alkalommal pedig már gyógyító. Gyógyító munkája mellett mindenkinek megvan a saját önálló feladata a közösségben, nem a gyógyító tevékenység ellátása biztosítja a megélhetést. A gyógyítás társadalmi beágyazottsága gyengébb, ha olyan különleges tudással rendelkeznek a gyógyítók, amely a társadalom többi tagja számára hozzáférhetetlen, érthetetlen, átláthatatlan (azaz nagyfokú az információs aszimmetria). Az információs aszimmetria növekedésével gyengül a gyógyítás társadalmi beágyazottsága. Ha a gyógyítást végző személyek és a gyógyító intézmények tevékenységét nem-gyógyító intézmények ellenőrzik, ebben az esetben a társadalmi beágyazottság annál erősebb, minél „közelebb” van a gyógyító tevékenységet ellenőrző testület a szolgáltatás fogyasztóihoz. Például egy munkahelyi, lakóhelyi önkormányzat erősebb társadalmi kontrollt gyakorol, mint egy országosan választott testület, hiszen az önkormányzat tagjai az ellenőrzött intézmény betegek is lehetnek, de ettől függetlenül is családtagjaikon, munkatársaikon keresztül közvetlen a kapcsolatuk és az informáltságuk a szolgáltatás minőségéről. A fogyasztóktól távolodó „önkormányzatok” ellenőrző szerepe és lehetősége folyamatosan csökken. Az ellátás megítélésére egyre inkább maguktól a gyógyítást végző személyektől szerzik be a döntés meghozatalához szükséges információkat. A fogyasztókkal való kapcsolat meggyengülése ezért jelentősen csökkenti a gyógyítás ellenőrzésének lehetőségét, hiszen ilyen körülmények között az orvosoknak kedvezőbb lehetőségük nyílik saját érdekeik érvényesítésére. Ezt a lehetőséget az a körülmény is megerősíti, hogy a döntéshozók képtelenek az egyes gyógyító eljárások hatékonyságának megítélésére. Azaz nemcsak az orvosok és a betegek, hanem az orvosok és a gyógyító tevékenységek ellenőrzésére hivatott személyek és testületek között is információs aszimmetria alakul ki, ami az egészségügyi intézmények autonómiájának megerősödését és ugyanakkor a társadalmi kontroll gyengülését eredményezi.

3. A gyógyítás integrációs formái

A gyógyítás integrációs formáinak kialakításában Polányi Károlynak a gazdasági tevékenységek elemzésére kidolgozott kategóriáira támaszkodtam, elsősorban azok gondolatmenetét használtam fel a gyógyítás integrációs formáinak kialakítására.

Polányi gondolatmenetének lényeges eleme, hogy az *önszabályozó piac* csak az egyik lehetséges módszer (forma) az anyagi javak termelésének és elosztásának társadalmi szintű integrálására. Ezenkívül szerepet kapnak a „gazdasági” feladatok ellátásában más integrációs formák is, amilyenek a háztartások, a reciprocitás és a redistribúció, amelyekben különböző módon valósul meg a gazdasági tevékenység társadalmi beágyazottsága. „Az empirikus gazdaságok intézményesülési módjának vizsgálatát annak a módnak a tanulmányozásával kell elkezdni, ahogy a gazdaság egységekre és stabilitásra tesz szert, azaz ahogy részei kölcsönös összefüggésre lépnek és újratermelődnék. Ezt néhány (nagyon kis számú) strukturális séma kombinációja biztosítja, amelyeket integrációs formáknak nevezhetünk. Mivel ezek a gazdaság különböző szintjein és különböző szektoraiban egymás mellett fordulnak elő, gyakran lehetetlen egyiküket uralkodó formaként elkülöníteni, és ily módon osztályozni az empirikus gazdaságokat mint egészeket. De mivel ezek a formák elkülönítik egymástól a gazdaság szintjeit és szektorait, lehetővé teszik a gazdasági folyamat viszonylag egyszerű fogalmakban való leírását, s ezzel bizonyos fokú rendet visznek annak végtelen változatosságába” (Polányi 1976: 240–241).

A gazdasági folyamatok elemzésére kidolgozott integrációs formák mintájára konstruáltam meg a gyógyítás integrációs formáit, és ezt a fogalmi keretet fogom a továbbiakban a gyógyítás társadalmi beágyazottságának elemzésére felhasználni. Ez a fogalmi keret alkalmas arra, hogy az egészségügyi ellátáson kívül folyó gyógyító tevékenységeket is egységes fogalmi keretbe foglalva elemezzük, emellett lehetőséget nyújt arra, hogy az állami egészségügyi ellátás társadalomban betöltött szerepét új megvilágításba helyezzük.

A gyógyítás társadalmi összefüggéseinek vizsgálatában a hagyományostól eltérő fogalmi keret kialakítására ösztönzött az is, hogy az egészségügyi intézmények elemzése gyakran az „állami–piaci” vitára korlátozódik, amit mindenképpen szeretnék elkerülni. Ez a tágabb vonatkoztatási rendszer lehetőséget ad arra, hogy eltávolodjam ettől a sokat elemzett dimenziótól, és tágabb összefüggésrendszerbe helyezve elemezzem az egészségügyi intézmények működését és szerepüket a gyógyításban.

a) Az öngyógyítás

Ebbe az integrációs formába azokat a gyógyító tevékenységeket sorolom, amelyekre — a háztartáshoz hasonlóan — az emberek „természetes” közösségében kerül sor. Amint az a gyógyítás fogalmának korábban ismertetett jelentéstartalmából következik, igen tág az ide tartozó tevékenységek köre. E kategórián belül további megkülönböztetést is tesztek, hogy pontosabban körülhatároljuk az ide tartozó tevékenységek körét:

- a szó szoros értelmében vett öngyógyítás (a beteg ember egyedül próbál meg segíteni saját magán);

- a családon belüli gyógyító tevékenységek (a családtagok egymásnak segítenek);

- valamely zárt közösségen belül végzett gyógyító tevékenység (szomszédság, baráti kör, faluközösség tagjai nyújtanak segítséget egymásnak).

Az ebbe az integrációs formába tartozó gyógyító tevékenységek közül külön részletes elemzést igényelne a szó szoros értelemben vett *öngyógyítás*. Ez az *egyetlen* gyógyítási lehetőség, amely az egészségi állapot szükségszerűen bekövetkező romlása esetén mindenfajta kiszolgáltatottságtól megvédi az egyént. Ha panaszai, fájdalmai enyhítésére más segítségét kéri, akkor már függő helyzetbe kerülhet attól, akihez a segítségért fordul. (Ebben a megközelítésben a függő helyzet a családon, a közösségen belül is kialakulhat, nemcsak az egészségügyi intézményekben.) Az emberek életük során többször is olyan helyzetbe kerülnek, amikor mások segítségére szorulnak. A gyógyító tevékenységekben a *mások feletti hatalom* megszerzésére rejlő lehetőségek korlátozását is szolgálják azok a társadalmi intézmények, amelyek a gyógyítás társadalmi beágyazottságáról gondoskodnak.

Ebben az integrációs formában a családon, illetve a közösségen belüli munkamegosztás szabályai szerint végzik a gyógyítást, s csak akkor kerül sor a gyógyításra, ha a közösség valamelyik tagja megbetegszik.

b) Az önsegítés

Ebbe az integrációs formába az egészségkárosodott emberek (pl. mozgássérültek, vesebetegek, alkoholisták, özvegyek stb.), illetve hozzátartozóik által létrehozott közösségekben folytatott gyógyító tevékenységek tartoznak. Ezekben a közösségekben az egészségkárosodott emberek (és hozzátartozóik) *kölcsönös segítség* révén próbálják meg egymás és saját betegségeik gyógyítását és mindazoknak a hátrányoknak a csökkentését, amelyek társadalmi integrációjukat megnehezítik.

Az önsegítő csoportokban résztvevők — főleg pszichés problémákkal küzdő emberek, mint például az anonim alkoholisták vagy az antipszichiátria elvét valló csoportok — gyakran orvoshoz sem fordulnak. De az önsegítő csoportok és

szervezetek többségében inkább a megelőzésre (secunder, illetve tercier prevenció) és a betegségek káros következményeinek csökkentésére terjed ki a csoportban részt vevő egyének aktivitása. A betegségek kezelését, gyógyítását általában orvosokra bízják. Ebben az integrációs formában a részvétel fő motivációja a *kölcsönös jóindulat, a kölcsönös segítség*.

Mivel a gyógyítás legfontosabb motivációja a névhasználatban is megjelenő önségítés, ezért a továbbiakban én is ezt az elnevezést használom az integrációs forma megnevezésére.

c) A jótékony ellátás

A következő integrációs formába az olyan szervezetek keretében végzett gyógyító tevékenységek tartoznak, amelyeket a rászorulóknak megsegítésére, ellátására létesítettek a rajtuk segíteni szándékozók, de a szervezet létrehozását nem nyereségszerzés motiválta (non-profit szervezet), és nem állami intézmények.

Az ebbe a kategóriába tartozó szervezetek egy részét egy-egy aktuális probléma megoldására hozzák létre „társadalmi kezdeményezéssel”, de a modern társadalmakban az állam is kezdeményezheti — a törvény erejével és/vagy anyagi támogatással — megalakulásukat.

A különböző országokban egyszerre több, egymástól független szervezet is működik, amelyek más és más feladatok ellátására — idősok, betegek, szegények, megsegítésére — alakultak, és létrehozásukban az alapvető motiváció a *jótékony-ság, a humanizmus*.

Ebben az integrációs formában a gyógyítás főleg egészségügyi intézményekben történik (kórházak, alapítványok által működtetett intézmények), amelyek erős társadalmi kontroll mellett fejtik ki gyógyító tevékenységüket.

Ennek az integrációs formának volt a legnagyobb szerepe a betegek ellátásában a második világháború előtti Magyarországon. Az egyházak építették az első kórházakat és tartották fenn egészen az egészségügyi ellátás államosításáig. Az egyházak mellett ide tartoztak még a jótékony célú alapítványok is, és az olyan nem állami szervezetek, amelyek a nyereségérdekeltség motívuma nélkül segítettek a rászorulókon (például a Vöröskereszt, a Zöld Kereszt, a Stefánia Szövetség).

d) Az önkormányzati ellátás

Az eddig ismertetett formáktól eltérő szabályok szerint működnek azok a szervezetek, amelyeket *maguk az érintettek* hoznak létre azért, hogy esetleges betegségeik esetén ellátáshoz jussanak.

Ide tartoznak elsősorban a munkások (munkavállalók) által alakított „pénztárak”, amelyek a biztosítóintézetek őseinek tekinthetők. De ebbe a kategóriába tartoznak

azok az ellátási formák is, amelyek nem munkahelyi (szakmai), hanem *lakóhelyi* közösség (városi vagy falusi) hozott létre (városi kórházak, körzeti orvos). Ezeknek az ellátási formáknak közös jellegzetessége, hogy a szolgáltatás fogyasztói által választott testület (önkormányzat) irányítja, ellenőrzi a gyógyító tevékenységeket. Ezekben az ellátási formákban erős a gyógyítás társadalmi beágyazottsága, hiszen a „fogyasztók” kollektívája folyamatosan „értékeli” az őket gyógyító orvosok tevékenységét.

e) A magánellátás

A gyógyítás következő önálló integrációs formájába a *magánellátás* tartozik. Erre a formára már nem jellemző a más, nem-gyógyító intézményekbe beágyazottság. Szabályozása az önszabályozó piac szabályai szerint történik. A betegek fizetnek az ellátásért. A gyógyítók (gyógyító intézmények) legfontosabb motívuma a nyereségérdekeltség. Azaz itt érvényesül a gyógyításban legerőteljesebben a gazdasági racionalitás, amely számos társadalmi feszültség forrása.

f) Az állami ellátás

A gyógyítás következő integrációs formájába az *állami ellátás* tartozik. Ez az integrációs forma sok tekintetben hasonlít az önkormányzati ellátásra, de lényeges különbségekkel.

— Az egészségügyi ellátásra fordított pénzeket *kötelező* jelleggel egy „központi pénztárba” kell befizetni (ez lehet az állami költségvetés vagy egy elkülönített alap: társadalombiztosítás, egészségbiztosítás). Az erőforrások újrafelosztásában országos szintű politikai szempontok is fontos szerepet játszanak.

— Az önkormányzati ellátás egy jól körülhatárolható társadalmi csoport ellátására jött létre, ezzel szemben az állami ellátásban a *közérdek maximalizálása* a deklarált cél, még akkor is, ha az ellátás nem terjed ki a társadalom minden tagjára.

— A gyógyító tevékenységnek nem önkormányzati, hanem kormányzati (politikai) ellenőrzése érvényesül.

E kategórián belül is megkülönböztethetők az eltérő állami szerepvállalás — és egyszersmind a gyógyítás társadalmi beágyazottságának eltérő mértéke alapján a következő megoldási lehetőségek:

i) az ellátásban részesülők köre alapján

— az ellátás univerzális (állampolgári jogon mindenkire kiterjedő);

— az ellátás szelektív (a rászorultók vagy privilegizált csoportok, például az állami hivatalnokok, a fegyveres testületek tagjai részére);

ii) az állami részvétel alapján

— az állam tulajdonosként finanszírozza az ellátást;

— az állam finanszírozza az ellátást, de nincsenek tulajdonában az egészségügyi intézmények.

Az állami szerepvállalástól függően erősödhet fel a gyógyításban a politikai racionalitás, ami a gazdasági racionalitás érvényesülését háttérbe szoríthatja — éppen ez a cél legitimálja az állami ellátás bevezetését —, de ugyanakkor korlátozhatja a gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülését is. (Azaz az állami beavatkozás deklarált céljainak érvényesülése csökkentheti a gyógyítás területén érvényesülő gazdasági racionalitás társadalmi feszültségeket keltő hatását, de ez nem jelenti egyben azt is, hogy a gyógyítás szubsztantív racionalitásának érvényesülését elősegíti. A politikai racionalitás érvényesülésének veszélyei az ország politikai berendezkedésének függvényében nőhetnek, illetve csökkenhetnek.)

4. Az integrációs formák néhány jellemző vonása

Anélkül, hogy az egyes integrációs formák történetével részletesen foglalkoznánk, röviden bemutatom, hogy az egyes formák mikor alakultak ki, milyen társadalmi változások eredményezték az egyes új formák létrejöttét, s melyek a legjelentősebb különbségek, illetve hasonlóságok az egyes integrációs formák között.

a) Az önszabályozó piaci mechanizmusok a 19. századtól kezdve töltenek be domináns szerepet a gazdasági folyamatok társadalmi szintű integrálásában (folyamatosan háttérbe szorítva a háztartás és a redistribúció integrációs formáit). Az önszabályozó piaci mechanizmusok kialakulásával párhuzamosan bővült a gyógyítás területén a *magánellátás* szerepe.

Az iparosodás és a városiasodás felgyorsulásával párhuzamosan megjelentek az *önkormányzati ellátási* formába tartozó olyan új intézmények is, mint

— a munkások egészségügyi ellátását biztosító különböző pénztárak (bányászladák, munkások önszegélyező pénztárai), amelyek a non-profit biztosítók előfutárának tekinthetők;

— a városi szegénylakosság ellátásáról gondoskodó városi intézmények.

A *jótevény célú* szervezetek tevékenysége is kibővült olyan feladatok ellátásával, amelyekre sem a városok, sem a pénztárak tevékenysége nem terjedt ki.

A gyógyítás területén az *állami szerepvállalás* akkor kezdődött meg, amikor a lakosság egy részének ellátatlansága súlyos társadalmi feszültségeket idézett elő. A gyógyítás eddig ismert integrációs formái nem terjedtek ki a társadalom minden tagjára, például a városi szegény lakosság egészségügyi ellátása megoldatlan volt. Az állami támogatásra Magyarországon először a 19. század végén került sor, amikor az állam külön pénzalapokat biztosított a városi szegények kórházi ellátására.

Az első *önsegítő szervezeteket* az első világháborút követően a háborús sérültek (rokkantak, vakok) alakították meg, azonban ezeknek a szervezeteknek egészen a hetvenes évek elejéig csak minimális szerepük volt a gyógyításban (ezért nem foglalkozom a gyógyításnak ezzel az integrációs formájával az egészségügyi államosítá-

sa előtt). A hatvanas évek elején alakulnak meg a fejlett országokban nagy számban az *önsegítő csoportok*, amelyek azóta egyre több beteg embernek nyújtanak segítséget. E csoportokra már kialakulásukkor a többi integrációs formától való elfordulás, az új utak keresése a jellemző.

b) Az egyes integrációs formákhoz megfelelő társadalmi háttér is tartozik. Az *öngyógyítás* autonóm egyént, illetve közösséget tételez fel, s az egyéni, illetve a közösségi autonómia csökkenésével csökken az öngyógyítás lehetősége és jelentősége is. Az *önsegítés* azokban a társadalmakban alakult ki, ahol az egészségkárosodott emberek közötti szimmetrikus kapcsolatok kialakulásának nincsenek jelentős akadályai. (Erősen hierarchizált társadalomban kevés az esély arra, hogy az azonos helyzet összetartó ereje áttörje a merev hierarchia határait.)

A *jótekingó szervezetekre* éppen a társadalmi helyzet 'különbözősége' jellemző. Ebben a formában a társadalmi hierarchiában előnyös pozíciókat elfoglaló egyének, illetve csoportok segítenek (ők képesek segíteni) azokon az embereken, akik anyagi lehetőségeik korlátozottsága, betegségük vagy más ok miatt a társadalmi hierarchia aljára szorultak és saját erőből nem tudják a gyógyítás feladatát megoldani.

A *magánellátás* szintén hierarchizált társadalomban alakul ki és azoknak nyújt ellátást, akik ezt meg tudják fizetni.

c) A gyógyítás társadalomban betöltött szerepének elemzését számos módszertani probléma nehezíti. Nem tudjuk meghatározni adott társadalomban, adott időszakban a gyógyító tevékenységek kiterjedtségét, „méreteit”. Ennek következtében azt sem tudjuk megmondani, hogy két egymást követő időszakban milyen változások következtek be ezen a területen, és milyen szerepük volt ebben az egyes integrációs sémáknak. Fő tendenciaként megfogalmazhatjuk, hogy a gyógyítás egészének társadalomban betöltött szerepe, jelentősége a 19. századtól folyamatosan nőtt, amire a gyógyítás iránti szükségleteknek és a gyógyítás „infrastruktúrájának” bővüléséből következtethetünk. Ehhez alapul szolgálhatnak olyan adatok, dokumentálható tények, mint

- a lakosság számának növekedése,
- a születéskor várható élettartam növekedése,
- az orvostudomány eredményeinek fejlődése,
- a gyógyító tevékenységeket végző intézmények és dolgozóik számának emelkedése,

- az intézmények technikai felszereltségének (diagnosztizáló és terápiás eszköztárának) bővülése. Ezek az információk azonban nem adnak számunkra biztos támpontot annak megítéléséhez, hogy a gyógyítás egésze hogyan változott, hiszen a számszerűsített adatok főleg az egészségügyi intézmények működéséről tájékoztatnak, de nincsenek adatok az ezeken kívül folytatott gyógyító tevékenységekről. (Ez a gyógyítás formális megközelítésének egyik következménye.) A lakosság számának és életkorának emelkedéséből következtethetünk arra, hogy ezen a területen is növekedés következett be az elmúlt száz évben, de, hogy milyen mértékben, azt már nem tudjuk megmondani.

A gyógyítás társadalmi összefüggéseinek elemzése azért is nehéz feladat, mert arról sincsenek adataink, hogy az egyes integrációs formák milyen szerepet töltenek be a gyógyítás egészében, s hogy a köztük lévő arányok hogyan változnak. E kérdés megválaszolását az is nehezíti, hogy az egyes integrációs formák között gyakoriak az átmenetek. Az aktuális szabályoktól függően például az egészségügyi intézmények egy része egy ideig non-profit, majd később for-profit formában működik. De megfigyelhető az átmenet az önkormányzati ellátásból az állami ellátás formájába (s ennek fordítottja is), és lényegesen változnak a gyógyítás integrációs formái közötti arányok az ellátás „államosításával”, illetve „piacosításával” is.

Megfelelő adatok hiányában azt sem tudjuk megmondani, hogy az egészségügyi ellátás látványos fejlődése milyen hatást gyakorolt a gyógyítás egészére: a gyógyítás más formáinak csökkenését eredményezte-e (s ha igen, akkor milyen mértékben), vagy pedig a gyógyítás egészének növekedéséhez járult hozzá.

d) Fontos megemlíteni azt is, hogy az egyes integrációs formák más- és másfajta betegségek ellátására „specializálódtak”, és ezekre részben hasonló, részben különböző gyógymódokat alkalmaznak. Ebben a dimenzióban sem élesek a határok, és az átfedések miatt éles konfliktusok alakultak ki az egyes integrációs formákban gyógyítók között.

Az ilyen jellegű hasonlóságok és eltérések lehetővé teszik, hogy az emberek a különböző betegségeikkel és panaszaikkal más és más integrációs formák gyógyító tevékenységét vegyék igénybe, és azt is megtehetik, hogy ugyanazzal a betegséggel, panasszal több integrációs formában is keressék a gyógyulás lehetőségeit.

e) Az öngyógyítás, az önsegítés és a jótékony szervezetek keretei között a szükségletkielégítés szab határt a gyógyításnak. A feladat ellátása után ilyen irányú tevékenységüket befejezik és szükség esetén újrakezdik.

A magánellátásra és az állami ellátásra (a racionális redisztribúció megfelelője) ezzel szemben a folyamatos növekedési kényszer a jellemző.

„Az önszabályozó piac és a racionális redisztribúció közös sajátossága ..., hogy mindkettő bővített reprodukciót biztosít és a gazdasági növekedésre orientálja a társadalom tagjait és intézményeit. Kettejük között a különbség inkább a növekedési kihívás értelmezésében mutatkozik: az önszabályozó piac a növekedés kényszerét magába a piaci mechanizmusba építi bele, s az ily módon internalizált növekedési célt a személytelen profitmechanizmus által ellenőrzi. A racionális redisztribúció társadalmi külsődleges kihívásként, politikailag definiált célként fogják fel a gazdasági növekedést, mintegy utolérni akarva a fejlett nyugati társadalmakat” (Konrád—Szelényi 1989: 69).

f) A magánellátás kivételével a többi integrációs forma más, *nem-gyógyító intézményekbe* ágyazottan fejt ki tevékenységét.

A magánellátás esetén a társadalmi kontrollt — akárcsak a gazdasági tevékenységek esetében — elsősorban a verseny látja el, amely mellett szerepet kapnak olyan kiegészítő megoldások is, amilyen a tiltakozás, a kivonulás és a hűség.

g) Egyedül az *öngyógyítás* az a forma, amelyben egy autonóm közösség nem a gyógyító feladat ellátására szerveződött. Ebben az integrációs formában egy meglévő közösség, illetve az egyén *más funkciói mellett* végez gyógyító tevékenységet is. A többi integrációs formában működő intézmények kifejezetten *gyógyító feladatok ellátására* jöttek létre.

h) Az egyes integrációs formák „igénybevételét” illetően lényeges különbségeket találunk az egyes társadalmi csoportok között. Ezek a különbségek több dimenzió mentén is jellemezhetőek. A *falusi* lakosság körében mindig is gyakoribb volt az öngyógyító módszerek használata, ezzel szemben a *városi* lakosság szívesebben fordul orvoshoz, az emberek itt a népi gyógymódok helyett inkább az orvostudomány eredményeiben bízva keresik gyógyulásukat. Az *anyagi helyzet* szintén olyan változó, amely mentén a társadalmi különbségek és integrációs formák használata között szoros kapcsolat mutatható ki. (Elég csak a magánellátás és a szegényellátás különbségeire utalni.) De ezen a téren sincsenek éles határok, és éppen itt alakultak ki az integrációs formák között a legélesebb ellentétek (az ellátandó betegért folytatott küzdelem).

Az egyes integrációs formák használatában lényeges eltéréseket idéznek elő — az előbb említett változóktól nem függetlenül — a *kulturális különbségek* (az egyes gyógyító eljárások ismerete, az orvosok és betegek közti „közelség”, illetve „távolság”), valamint az életkor is (a saját test jelzéseinek egyre pontosabb ismerete).

Ezeknek az összefüggéseknek az elemzésére e tanulmány keretében nem térek ki. Az egyes integrációs formák részletes elemzése után (a kategóriarendszer pontosabb ismeretében) lehetne a különböző társadalmi csoportok és az egyes integrációs formák közötti kapcsolatokat megvizsgálni és azt is, hogy mely társadalmi csoportoknak előnyös, illetve hátrányos, ha egyes integrációs formák jelentősége növekszik, illetve mások háttérbe szorulnak.

5. Az integrációs formák közötti arányok változása és a társadalmi beágyazottság meggyengülése

Tanulmányomban azt kívánom bemutatni, hogy a gyógyítás társadalmi beágyazottságának és a gyógyítás integrációs formáinak elemzésével közelebb juthatunk a gyógyítás társadalmi szerepének megértéséhez. Az egyes integrációs formák részletes elemzéséről *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága* című kandidátusi értekezésemben számoltam be (Antal 1993).

a) Polányi Károly az integrációs formák felhasználásával azt mutatta be, hogy a gazdasági tevékenységeknek az *önszabályozó piacon kívül* léteztek és léteznek más integrációs formái, amelyek korrigálhatják a piac ellentmondásait és kudarcait és ezáltal csökkenthetik a társadalmi feszültségeket. A gyógyítás integrációs formáinak vizsgálata megerősíti ezt a következtetést, kiegészítve azzal, hogy a „*piaci hibák*” korrigálására az *állami ellátás nem alkalmas*. E kategóriarendszer használata

ezenkívül annak a bemutatását is szolgálja, hogy a gyógyítás területén az egészségügyi ellátáson kívül más intézmények is jelentős szerepet töltenek be a gyógyításban. E fogalmi keret lehetőséget teremtett arra is, hogy eltávolodjam az „állami–piac” dimenziótól, és rámutassak arra, hogy e *duális modellben* való gondolkodás mennyire leszűkíti a gyógyítás szociológiai elemzését, és hogy a társadalom ennél sokkal differenciáltabb formákat alakított ki a betegségek kockázatainak csökkentésére.

b) A hazai egészségügyi ellátás története azt igazolja, hogy nemcsak az egészségügyi ellátás, hanem a gyógyítás egészének államosítása is megvalósítható. Ennek a humánus elveket valló, minden integrációs forma feladatát magára vállaló és átfogó rendszernek a működtetése azonban csak olyan szigorú feltételek között lehetséges, amelyek csak diktatórikus eszközökkel biztosíthatók.

A diktatúra „felpuhulásával” a szigorú feltételek áthághatókká váltak, és a gyógyítás állami ellenőrzése folyamatosan gyengült. A kialakult rendszer egyik leglényegesebb hibája éppen az, hogy az államosítással megszüntetett integrációs formák közül egyedül a piaci viszonyok, amelyekben a gyógyítás társadalmi beágyazottsága a leggyengébb, érvényesülhettek a hálapénz rendszerén keresztül. A gyógyításnak azok az integrációs formái pedig, amelyekben a gyógyítás társadalmi beágyazottsága erős, és így a gyógyítók szubsztantív racionalitását kevésbé veszélyeztetik más racionalitások, még ilyen „féllegális” formában sem kapcsolódhattak be ismét a gyógyítás folyamatába egészen a nyolcvanas évek közepéig. Mindez azt eredményezte, hogy a gyógyítás társadalmi beágyazottsága a szigorú feltételek megváltozása után nem erősödött, hanem tovább gyengült.

c) Az integrációs formák közötti arányok alakulására gyógyításon kívüli szempontok (politikai, gazdasági megfontolások) gyakoroltak hatást. Ez általánosan érvényes tendencia, amelynek érvényesülését részletesen elemezte Paul Starr az amerikai és David Green az angol egészségügyi ellátás történetének vizsgálatakor.

Ezek a küzdelmek azért is játszhattak lényeges szerepet az integrációs formák közötti arányok kialakításában, mert *nem lehet megmondani, hogy melyik integrációs forma mennyire eredményes magában a gyógyításban*. Ennek a hiányosságnak egyik legfontosabb következménye, hogy a gyógyítás szubsztantív racionalitásának kérdését — alkalmas-e, vagy nem az olyan alapvető emberi szükségletek kielégítésére, mint a megromlott egészségi állapot helyreállítása, a betegek ápolása, gondozása — háttérbe szorította a gazdasági és politikai racionalitás érvényesülése.

d) A gyógyítás több mint százéves történetének rövid áttekintése után elmondhatjuk, az orvostársadalom ugyanúgy küzdött és küzd a gyógyítás társadalmi beágyazottságának csökkentéséért, mint ahogy azt minden más szakma képviselői tették és teszik. Ilyen irányú törekvésük ugyanolyan természetes, mint amilyen például a polgárság küzdelme volt a piac szabadságáért. Hasonló autonómia elérésére törekednek más szakmai csoportok képviselői is (jogászok, művészek, pedagógusok, tudósok stb.), így az orvosok ilyen irányú igyekezetében nincs semmi

rendkívüli. A vizsgált időszak története azt bizonyítja, hogy ebben a küzdelemben az orvosok igen eredményesek voltak.

Sikerüket több, számukra kedvező feltétel egybeesésének köszönheték (az orvosszakma professzionálódott, kiépültek és megerősödtek az intézményeik, a tudományos–technikai fejlődés eredményei, az iparosodás és az urbanizáció felgyorsulása, a politikai kapcsolatok stb.), az ezekből adódó előnyök kihasználását megkönnyítette az orvosok és a beteg kapcsolatában történt lényeges változás.

A 19. század második felében az egészségügyi szolgáltatások legnagyobb létszámú fogyasztói (a biztosítottak és a lakóhelyi közösségek) *kollektívan* képviselték érdekeiket az akkor még erős képviselettel nem rendelkező, velük *egyénileg* tárgyaló, atomizált orvosokkal szemben. Ez a kapcsolat az ellenkezőjére fordult a 20. század második felére. Az orvosok létrehozták saját erős szervezeteiket, amelyek közös érdekeiket képviselték a hozzájuk *egyénileg* forduló fogyasztókkal, betegekkel szemben, akik nem, vagy csak gyenge érdekképviselettel rendelkeztek. Az orvostársadalom jól példázza Olsonnak azt a következtetését, hogy egy jól szervezett kisebbség rá tudja kényszeríteni akaratát a társadalom egészére (Olson 1982).

e) Az orvostársadalom saját autonómiatörekvései közben, „a gyógyítás szabadságát” hangoztatva a társadalmi kontrollt igyekezett csökkenteni, ezért autonómiájának növekedését a gyógyítás társadalmi beágyazottságának csökkentéseként értelmezem. A társadalmi beágyazottság további csökkenését eredményezte az is, hogy az orvostársadalom törekvéseinek következtében az integrációs formák közötti arányok a gyenge társadalmi beágyazottságú gyógyítási formák javára módosultak.

f) Az egészségügyi ellátásban az „eladóknak” nagyobb autonómiája alakult ki, mint az egyéb gazdasági tevékenységekben, mivel a fogyasztóknak ezen a területen sokkal szűkebbre szabottak a lehetőségeik a minőségromlás jelzésére. Nemcsak azért, mert számos szabály korlátozza a verseny moderáló szerepének érvényesülését az egészségügyi ellátásban, hanem azért is, mert itt a fogyasztók számára kockázatos a „tiltakozás” és a „kivonulás” alkalmazása. Az egészségügyi ellátás autonómiáját tovább erősíti az a tény, hogy a fogyasztók mellett az orvosok számára is kockázatos a „tiltakozás” és a „kivonulás” alkalmazása.

g) A gyógyítás néhány történeti összefüggésének elemzése után levonhatjuk azt a következtetést, hogy a gyógyításhoz kapcsolódó hármass (szubsztantív, gazdasági és politikai) racionalitás megkülönböztetésében számos eddig irracionálisnak tűnő társadalmi tény érthetővé válik. (Hiszen ami racionális az egyik szempont szerint, teljesen irracionálisnak tekinthető más megközelítésben.) A gyógyítás társadalmi beágyazottságát éppen ezért vizsgáltuk a tanulmány központi kérdéseként, hogy bemutathassuk: ennek meggyengülése tette lehetővé a gazdasági és politikai racionalitás erőteljes érvényesülését a gyógyítás területén.

h) Az egészségügyi ellátás vizsgálatának egyik alapvető hiányossága az, hogy nem tudjuk megmondani, hogy a tanulmányban bemutatott változásoknak milyen hatása volt magára a gyógyításra, azaz a lakosság egészségi állapotára. Ez a hiányosság megnehezíti az egész folyamat értékelését, hiszen eddig még nem sikerült

egzakt módon megállapítani a lakosság egészségi állapota és az egészségügyi ellátás színvonala közötti kapcsolat jellegét.

Ennek az összefüggésnek a bizonytalanságára mutatnak rá többek között azok a hazai kutatások, amelyek a 20. század első felében a születéskor várható átlagos élettartam növekedésének okait keresték. Első megközelítésben felmerül, hogy ez a kedvező változás az ebben az időszakban gyorsan bővülő egészségügyi ellátásnak köszönhető. De ennek ellentmondanak a tbc és a csecsemőhalandóság csökkenésének okait kutató korabeli elemzések. „A tuberkulózishalandóság javulása már a húszas évek inflációját követő időszakban megkezdődött, amikor szélesebb körű tuberkulózis elleni küzdelem még nem alakult ki. Maga az akkori államtitkár sem tudta mással magyarázni e javulás túlnyomó részét, mint a lakosság »immunizálódásával« a több évtizedes átvészelés következtében...

Végeredményben a halandóság csökkenésében legnagyobb szerepet játszó csecsemőhalandóságnál és a tuberkulózishalandóságnál egyaránt megállapítható, hogy csökkenésük *jelentős mértékben nem egészségügyi vagy szociális intézkedések következménye*" (Hahn 1960: 106). (Az én kiemelésem. – A. Z. L.)

McKeown 1976-ban megjelent könyvében megkérdőjelezte az egészségügy szerepét a lakosság egészségügyi állapotának javulásában. Amellett érvelt, hogy elsősorban a javuló táplálkozási viszonyoknak, a tiszta ivóvíznek, a családnagyság csökkenésének (és ebből következően a születések időpontja kedvezőbb megválasztásának), a szennyvíz-elvezetés kialakított új módszereinek köszönhető az elmúlt 200 évben tapasztalható javulás, amely a születéskor várható átlagos élettartam növekedésében jelentkezett.

A csecsemőhalandóság mellett a tbc-halandóság csökkenése is számottevő volt Angliában és Walesben a 19. század közepétől kezdve (amióta ilyen adatok egyáltalán rendelkezésre álltak). McKeown a tbc-halandóság 1838 és 1971 közötti csökkenését vizsgálva arra a következtetésre jutott, hogy a közvélekedéssel ellentétben az ezen a területen bekövetkezett csökkenésben minimális szerepe volt a sztreptomycin 1947-ben történt bevezetésének. „A streptomycin bevezetése 51 százalékkal csökkentette a tbc-halandóságot alkalmazása után (1948 és 1971 között), de ha azt a periódust vizsgáljuk, amióta a tbc-t először regisztrálták (1838 és 1971 között), akkor ez a csökkenésnek 3,2 százalékát eredményezte" (McKeown 1986: 82).

De nemcsak Magyarországon nem születtek ilyen jellegű vizsgálatok. Nincsenek a nemzetközi szakirodalomban sem elemzések arra vonatkozóan, hogy melyik integrációs formában milyen gyógyítási eredmények érhetőek el. (Kivételnek számítanak például az önségítő csoportok eredményességét vizsgáló kutatások. Ezek azt mutatják, hogy a szenvedély-betegségek eredményesebben kezelhetők az önségítés elvét valló csoportokban, mint az egészségügyi intézményekben.)

Ilyen információk hiányában továbbra sem a gyógyítás eredményessége fogja meghatározni az egyes integrációs formák közötti arányokat, hanem a gyógyításban érdekelt csoportok közötti erőviszonyok.

Mindebből az is következik, hogy nem bizonyítható az egészségügyi ellátásnak (sem az állami, sem a magánellátásnak) a születéskor várható átlagos élettartamra gyakorolt pozitív hatása.

Magyarországon az egészségügyi ellátás államosítása után a korábban létező integrációs formák visszaszorultak a gyógyítás területéről, a fejlett országokban a hatvanas évek eleje óta gyorsan növekvő önszervező szervezetek és önszervező csoportok megalakítását pedig megakadályozták. A gyógyítás államosításával kiiktatták azokat az integrációs formákat, amelyeket a társadalom a betegségek kockázatának csökkentésére dolgozott ki. Az ezek helyett kialakított új intézményrendszer azonban nem tudta a vállalt feladatait ellátni.

Végkövetkeztetésként azt mondhatjuk, hogy az államosítás a gyógyítás társadalmi beágyazottságát nem erősítette, hanem tovább gyengítette, ami hozzájárulhatott ahhoz, hogy a hatvanas évek közepén megtört a születéskor várható átlagos élettartam addig folyamatosan emelkedő trendje Magyarországon.

Felhasznált irodalom

- Antal Z. László 1986–1987. Beteg-utak. *Medvetánc*, 1.
- 1987. *Az angol egészségügyi ellátásról egyoldalú megközelítésben* (Kézirat)
- 1991a A piaci mechanizmus szerepe az állami egészségügyben. In: Hanák Katalin (szerk.) *Terhesség–szülés–születés II.* Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet
- 1991b Önszervező csoportok az egészségügyben. *Esély*, 3.
- 1993. *A gyógyítás társadalmi beágyazottsága.* (Kandidátusi értekezés)
- Antal Z. László—Szántó Zsuzsa 1992. A természetgyógyászat és az orvostudomány konfliktusa. In: *Leltár.* Budapest: MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja
- Arrow, K. J. 1963. University and the Welfare Economics Medical Care. *American Economic Review*, 12.
- Bayliss D. 1988. The National Health Service versus private and complementary medicine. *British Medical Journal*, May
- Bondár Éva 1987a Az egészségügyi szolgáltatások térítésének külföldi tapasztalatai. *Pénzügyi Szemle*, 1.
- 1987b Az egészségügy hálózat-fejlesztés finanszírozása. *Pénzügyi Szemle*, 6.
- Buda Béla 1989. A betegszerep és a betegviselkedés. In: Molnár László (szerk.) *Orvosi szociológia.* Budapest: Medicina
- Evans, R. G. 1981. Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the health care industry. In: Gaag, Perlman (Ed.) *Health, Economics, and Health Economics.* North-Holland Publishing Company
- Freidson, E. 1970. *Professional Dominance.* New York: Atherton
- 1972. *Medical Men and their Work.* Chicago: Aldine de Gruyter
- Frenk, Julio—Donabedian Avedis 1987. State intervention in medical care: types, trends and variables. In: *Health Policy and Planning*, 17–31.
- Granovetter, Mark 1985. Economic Action and Social Structure: The Problem of Embeddedness. *American Journal of Sociology*, (Vol. 91) 3, 481–519.
- 1990. The Old and New Economic Sociology: A History and Agenda. In: Roger Friedland—A. F. Robertson (Ed.) *The Marketplace.* New York: Aldine de Gruyter
- 1992. *Problems of Explanation in Economic Sociology.* In: N. Nohria—R. G. Eccles 1992.

- Dr. Hahn Géza 1960. *A magyar egészségügy története*. Budapest: Medicina
- Ham, Christopher: 1982. *Health Policy in Britain*. London: Macmillan Education LTD
- 1991. *The New National Health Service Organization and Management*. Oxford: Radcliffe Medical Press
- Harris, Ralph—Arthur Seldon 1979. *Over-Ruled on Welfare*. London: The Institute of Economic Affairs
- Heclo, M.—A. Wildavsky 1974. *The Private Government of Public Money*. London: Macmillan Education LTD
- Hirschmann, O. 1984. Kivonulás, tiltakozás, hűség. *Szociológiai füzetek*, 34. Budapest: Művelődési Minisztérium
- Johan Béla 1934. Egészségpolitika a magyar közegészségügyi munkában. *Egészségpolitikai Szemle*, 1.
- Johnson, Norman 1987. *The Welfare State in Transition, The Theory and Practice of Welfare Pluralism*. Brighton: Wheatsheaf Books
- Konrád György—Szelényi Iván 1989. *Az értelmiség útja az osztályhatalomhoz*. Budapest: Gondolat
- Losonczy Ágnes 1984. Társadalmi ártalom – társadalmi védelem. *Társadalomkutatás*, 1.
- 1987. *A kiszolgáltatottság anatómiája – az egészségügyben*. Budapest: Magvető
- Mackenzie, E. J. M. 1979. *Power and Responsibility in Health Care. The National Health Service as a Political Institution*. Oxford: Oxford University Press
- McKeown, Tomas 1976. *The Role of Medicine*. London: The Nuffield Provincial Hospital Trust
- Olson, Mancur Jr. 1982. A kollektív cselekvés logikája. *Szociológiai füzetek*, 29. Budapest: Művelődési Minisztérium
- Polányi Károly 1976. *Az archaikus társadalom és a gazdasági szemlélet*. Budapest: Gondolat
- 1977. *Dohomey és a rabszolga-kereskedelem. Egy archaikus gazdaság elemzése*. Budapest: KJK
- Scambler, Graham (Ed.) 1991. *Sociology as applied to Medicine*. London: Bovillière Tindall
- Starr, Paul 1982. *The Social Transformation of American Medicine*. New York: Basic Book Inc.
- Stigler, J. George 1989. *Piac és állami szabályozás*. Budapest: KJK
- Szántó Zoltán 1994. A gazdaság társadalmi beágyazottsága. *Szociológiai Szemle*, 3.
- Szelényi Iván 1990. *Új osztály, állam, politika*. Budapest: Európa
- Weber, Max 1987. *Gazdaság és társadalom*. 1. Budapest: KJK
- 1992. *Gazdaság és társadalom*. 1/2. Budapest: KJK
- Zala, I. Kenneth 1972. Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, 11. 495–505.

