

ANTAL Z. LÁSZLÓ

*A gyógyítás társadalmi
beágyazottsága*

ANTAL Z. LÁSZLÓ

*A gyógyítás társadalmi
beágyazottsága*

Argumentum

A kötet megjelentetését a Magyar Tudományos Akadémia
Könyv- és Folyóirat-kiadó Bizottsága támogatta.



A kutatások elvégzését és a könyv megírását
az MTA Társadalomtudományi Kutatóközpont
Szociológia Intézet támogatta.

Lektorálta:
Kolozsi Béla és Dr. Páldy Anna

© Antal Z. László, 2016

ISBN 978-963-446-772-4

A kiadásért felel: az Argumentum Kiadó igazgatója
Felelős szerkesztő: Tóth Magdaléna
Borítóterv és tördelés: www.gallaidesign.hu
Nyomta az Argumentum Kiadó nyomdaüzeme

Tartalomjegyzék

| | |
|---|----|
| Bevezetés..... | 9 |
| I. fejezet A gyógyítás szociológiai megközelítésben | 11 |
| 1. A gyógyítás fogalma..... | 11 |
| 2. A társadalmi beágyazottság értelmezése..... | 13 |
| a) A gyógyítás szubsztantív racionalitása..... | 13 |
| b) A társadalmi beágyazottság vizsgálata..... | 16 |
| 3. A gyógyítás integrációs formái | 21 |
| a) Az öngyógyítás | 22 |
| b) Az önségítés | 23 |
| c) A jótékony ellátás | 23 |
| d) Az önkormányzati ellátás | 24 |
| e) A magánellátás | 25 |
| f) Az állami ellátás | 25 |
| 4. Az integrációs formák néhány jellemző vonása | 26 |
| II. fejezet A gyógyítás integrációs formái az egészségügy államosítása előtt..... | 33 |
| 1. A gyógyítás első állami szabályozása..... | 33 |
| 2. Az öngyógyítás háttérbe szorulása | 37 |
| a) A népi gyógyászat elterjedtsége..... | 39 |
| b) A népi gyógyászat határai..... | 41 |
| c) Az öngyógyítás társadalmi beágyazottsága | 43 |
| 3. A társadalmi beágyazottság meggyengülése az önkormányzati ellátásban | 45 |
| 4. Az integrációs formák közötti verseny..... | 59 |
| a) A „túlkínálat” kialakulása..... | 60 |
| b) Küzdelem a piaci pozíciók megszerzéséért | 63 |
| c) A verseny következményei | 70 |
| Jegyzetek a II. fejezethez..... | 76 |

III. fejezet

A gyógyítás integrációs formái

| | |
|--|-----|
| az egészségügy államosítása után | 81 |
| 1. Az állami és a magánellátás rejtett összefonódása | 81 |
| a) Az állami ellátás eredményes működésének feltételei | 83 |
| b) A működés feltételeinek kielégítetlensége | 87 |
| c) A piaci mechanizmusok újbóli megjelenése | 91 |
| d) Az állami és a magánellátás összefonódása az állami egészségügyi rendszerben | 92 |
| e) Az összefonódás következményei | 105 |
| 2. Az önségítés növekvő szerepe a gyógyításban | 110 |
| a) Az önségítő csoportok és az önségítő szervezetek | 110 |
| b) Hazai tapasztalatok | 115 |
| 3. Az öngyógyítás változó jelentősége | 121 |
| a) A társadalmi-gazdasági feltételek megváltozása | 121 |
| b) Az öngyógyítás visszaszorítása Magyarországon | 122 |
| c) Az öngyógyítás modern változatai | 126 |
| Jegyzetek a III. fejezethez | 129 |

IV. fejezet

Helyzetelemzés a gyógyítás és a gyógyulás

| | |
|--|-----|
| jelenlegi és jövőbeli lehetőségeiről | 131 |
| 1. A tudományos forradalmak jellegzetes vonásai | 132 |
| 2. A forradalmi helyzetre utaló anomáliák | 136 |
| a) A lakosság egészségi állapota, mint társadalmi „anomália” | 136 |
| b) Az orvosok egészségi állapota, mint társadalmi „anomália” | 139 |
| c) Az egészségügyi intézmények működésének „anomáliái” | 144 |
| d) A gyógyítás és a betegek szempontjainak háttérbe szorulása | 144 |
| e) Az „összemérhetetlenség” az egészségügyi intézményekben | 146 |
| f) Az egészségügyi intézmények rugalmatlansága | 147 |
| 3. Az egészségmegőrzés anomáliái | 148 |
| a) Társadalmi körülmények | 150 |
| b) Az egészségmegőrzés elvi és gyakorlati akadályai az egészségügyben | 152 |
| c.) A társadalom önvédelmi képességének meggyengülése | 157 |

| | |
|--|-----|
| 4. A forradalmi helyzet megjelenése a médiában..... | 159 |
| 5. A tudományos forradalmak jellegzetes vonásai a beteg-utakon | 162 |
| a.) A paradigmák túlbujánzása | 165 |
| c) A növekvő bizonytalanság | 169 |
| d) Az élesedő küzdelem..... | 171 |
| e) Egy „új” tudományos paradigma megjelenése | 173 |
| f) A „forradalom” áldozatai..... | 174 |
| 3. Az anomáliákra adott társadalmi válaszok..... | 177 |
| a) Az integrációs formák bővülése és erősödése | 177 |
| 2. Az alternatív gyógymódok növekvő szerepe..... | 182 |
| 3.. A tudatos egészségmegőrzés..... | 187 |
| 4. Az egészségügy válsága a tudomány válsága | 191 |
| Záró gondolatok | 197 |
| Függelék Tankönyvekből származó idézetek | 203 |
| Felhasznált irodalom..... | 206 |
| | |
| Két tanulmány a gyógyítás társadalmi beágyazottságáról..... | 217 |
| | |
| I. A „kisebbség” és az intézmények közötti együttműködés akadályai és lehetőségei az egészségügyben | 218 |
| A „kisebbségi kultúra néhány jellegzetes vonása | 219 |
| A kultúra titkainak őrzése | 226 |
| Az egészségügyi intézmények kultúrája | 227 |
| A „kisebbség” viszonya az egészségügyi intézményekhez | 229 |
| Különböző kultúrák találkozása a kórházi osztályokon..... | 230 |
| Gyermekvárás, szülés..... | 233 |
| Kiegészítések..... | 248 |
| 1) Patika | 248 |
| 2) A pünkösdista imaházban..... | 249 |
| Jegyzetek | 250 |
| Irodalom..... | 252 |
| | |
| II. Az időszemlélet változásának hatása a népesedési folyamatokra | 255 |

| | |
|--|-----|
| 1. Új tendenciák a népesedési folyamatokban..... | 255 |
| 2. A tér- és időszemlélet jelentősége a társadalom életében..... | 263 |
| 3. Az időszemlélet változásának hatása a korfára..... | 270 |
| Hivatkozások..... | 274 |

Bevezetés

Különböző természeti adottságok között, különböző korokban a társadalom tagjai különböző megoldásokat dolgoztak ki egészségi állapotuk megőrzésére, illetve megromlott egészségi állapotuk helyreállítására. Az MTA Szociológia Kutatóintézetében – amelynek az új elnevezése MTA TK Szociológia Intézet – éveken keresztül folytatott egészségszociológia kutatásaim alapján a gyógyítás különböző formáinak szociológiai szempontú elemzését végeztem el. Ebben a vizsgálatban a következő kérdésekre kerestem a választ: a gyógyítás milyen formákban intézményesedett; ezek az intézményes formák hogyan integrálódtak a társadalom egészébe és különböző időszakokban milyen funkciókat töltöttek be a társadalom életében; hogyan alakultak az egyes integrációs formák közötti kapcsolatok Magyarországon az egészségügy államosítása előtt és azt követően.

Fontos része az elemzésnek a hazai a hazai egészségügyi ellátás történetének új szempontok alapján történő vizsgálata és az angol egészségügyi rendszerrel való összehasonlítása is.

Mivel ebben a könyvben elsősorban a gyógyítás integrációs formáival foglalkozom, kimaradnak az elemzésből az egészségszociológia olyan fontos témakörei, mint például a lakosság egészségügyi állapotát befolyásoló társadalmi folyamatok elemzés és az egészségügyi rendszerek érdekviszonyainak vizsgálata, amelyekkel más tanulmányimban részletesen foglalkoztam.

Ez a könyv az 1994-ben megvédett kandidátusi értekezésem alapján készült, amelyet kiegészítettem két azóta megjelent tanulmánnyal. Az első tanulmányban azt vizsgáltam meg, hogy a gyógyítás társadalmi szerepét hogyan és miként változtatják meg az egészségügyi ellátásban érvényesülő társadalmi értékektől és normáktól eltérő a „kisebbség” által képviselt értékek és normák. A másik tanulmányban pedig azt mutatom be, hogy a modern társadalmak időszemlélete, amelynek következményeként az emberi élet a születéstől a halálig terjedő időszakra szűkült le, milyen jelentős mértékben befolyásolta a népesedési folyamatokat és a gyógyítás társadalomban betöltött szerepét.

I. fejezet

A gyógyítás szociológiai megközelítésben

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, kultúraantropológiai 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.

Dolgozatomban a gyógyítás társadalmi beágyazottságában bekövetkezett változásokat fogom megvizsgálni, 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 önszolgáltató 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 szóhasználathoz 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 figyelembe vételével – 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.) **elégít 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 szükséglet-kielégítés 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**” – **megkülönböztetése** és racionalitás 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 szükséglet-kielégítésének eszközeihez.

A »gazdasági« kifejezés formális jelentése a cél-eszköz viszony logikai jellegéből származik, mint a »gazdaságos« vagy »gazdálkodás« szavak mutatják. Meghatározott választási szituációra 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 keretei 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 szeretnének meggyógyulni.

Emellett vizsgálhatjuk a gyógyítást s formális megközelítés logikája szerint is. Ebben a megközelítésben a gyógyítás eredményessége mellett a gyógyítást végző személyek és intézmények gazdasági érdeke is szerepet játszik a gyógyító tevékenységük végzésében. Ennek következtében a gyógyítás eredményessége mellett megjelenik tevékenységükben a „nyereségérdekeltség” motívuma is, amely háttérbe szoríthatja a szubsztantív racionalitás érvényesítését.

Ennek a szempontnak a megjelenése a gyógyításban hasonló ellentétet 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, meggyógyíthatóak 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 dolgozatban, de fontos megemlíteni, hogy a vallási, ideológiai, politikai, hatalmi racionalitások érvényesítésében érdekelet 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 érvényesüljön. 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 kérdéskör, amelyet a gyógyító tevékenységek elemzésére szintén felhasználok, a **társadalmi beágyazottság** problematikája.

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 különbségeket 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 megszüntették 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 lehetőségei 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 megszűnt a legerősebben a **nyereségszerzésben** érdekelték részéről vetődött föl» (Weber 1987: 101). A piac szabadságáért folytatott sikeres küzdelemnek az lett az egyik következménye, hogy a gazdasági tevékenységekben korábban domináns **szükséglet-kielégítés** helyett az önszabályozó piacok térnyerése után a **nyereségszerzés** lett a domináns motívum.

Polányi Károly ennek a változásnak a jelentőségéről sokat írt 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 vált: 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. Ezek közül a legfontosabb a szerepe a **versenynek**, ahol 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.

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, erényes 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 visszaterelésére”. 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 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” visszaterelni a „társadalmi intézmények megfelelő működéséhez szükséges viselkedési szabályok követésének útjára”.

A gyógyítás racionalitását (amelyen a szubsztantív racionalitás érvényesülését értem) mint azt az előzőkben már írtam, több fajta racionalitás is sértheti. A dolgozatban 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 – következményeit vizsgálom 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 nemgyógyító 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, hogy 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 szükséglet kielégítésre irányuló tevékenység háttérbe szorulhat.

A gyógyítás társadalmi beágyazottságának „erősségtől” illetve „gyengeségtől” 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” dolgozatomban 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 asszimetria). Az információs asszimetria 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 betegei 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 asszimetria alakul ki, ami az egészségügyi intézmények autonómiájának megerősödését és ugyanakkor a társadalmi kontroll gyengülését eredményezi.

A fenti szempontok figyelembevételével fogom a gyógyítás társadalmi beágyazottságának erősségét illetve gynegeségét elemezni a gyógyítás különböző integrációs formáiban.

3. A gyógyítás integrációs formái

A gyógyítás integrációs formáinak kialakításában a Polányi Károlynak a gazdasági tevékenységek szubsztantív elemzésére kidolgozott kategóriáira támaszkodtam.

Polányi gondolatmenetének lényeges eleme, hogy az **önszabályozó piac** csak az **egyik** lehetséges módszer (forma) az anyagi javak termelésének és elosztásának társadalmi szintű integrálására. Ezen kívül szerepet kapnak a „gazdasági” feladatok ellátásában más integrációs formák is, amilyenek a háztartások, a reciprocitás és a redisztribúció, 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” vitá-

ra korlátozódik, amit mindenképpen szeretnék elkerülni. Ez a tágabb vonatkoztatási rendszer lehetőséget ad arra, hogy eltávolodjam ettől a sokat elemzett dimenziótól és tágabb összefüggésrendszerbe helyezve elemezsem 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 teszek, 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, nem csak 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 belü-

li 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 terciér prevenció) és a betegségek káros következményeinek csökkentésére terjed ki a csoportban résztvevő 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 **önsegítés**, 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 kezdeménnyel”

, 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 – idősek, betegek, szegények, megsegítésére – alakultak, és létrehozásukban az alapvető motiváció a **jótekonyság**, 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 azokat egészen az egészségügyi ellátás államosításáig. Az egyházak mellett ide tartoztak még a jótekonny célú alapítványok is, és az olyan nem állami szervezet, amelyek a nyereségérdekeltség motívuma nélkül segítettek a rászorulókon (például a Vöröskereszt, Zöld Kereszt, 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 tekinthetőek. 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 két gyógyító orvosok tevékenységét. A gyógyításnak ezt az integrációs formáját a továbbiakban **önkormányzati ellátásnak** nevezem.

e) A magánellátás

A gyógyítás következő önálló integrációs formájába a **magánellátás** tartozik. A gyógyítás már nem más, nem-gyógyító intézményekbe beágyazottan történik. 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:

- az ellátásban részesülők köre alapján
 - az ellátás univerzális (állampolgári jogon mindenkire kiterjedő); az ellátás szelektív (a rászorulóknak vagy privilegizált csoportoknak, pl. az állami hivatalnokoknak, a fegyveres testületek tagjai részére);
- 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

A dolgozatban nem foglalkozom részletesen az összes integrációs formával. Enélkül is felrajzolhatóak azok az általánosítható tendenciák, amelyek a gyógyítás társadalmi beágyazottságának változását jellemzik.

Mielőtt azonban a kiválasztott integrációs formákat, és változásait bemutatnám, röviden ismertetem az egyes integrációs formák közötti hasonlóságokat és különbségeket.

1. Anélkül, hogy az egyes integrációs formák történetével részletesen foglalkoznék, röviden bemutatom, hogy az egyes formák mikor alakultak ki, és milyen társadalmi változások eredményezték az egyes új formák létrejöttét.

Az archaikus társadalmakban a gazdasági tevékenységek ellátásában (ahogy ezt műveiben Polányi Károly részletesen bemutatta) a redisztribúciónak, a reciprocitásnak és a háztartásnak volt lényeges szerepe. A gazdasági tevékenységekhez hasonlóan ezekben a társadalmakban a gyógyításnak is ezek a formái intézményesültek – amelyeket **öngyógyításnak**, illetve **jótejkony szervezeteknek** nevezünk azzal a különbséggel, hogy a korabeli elemzésekben nem találunk az önségítésre utaló leírásokat.

Az önszabályzó piaci mechanizmusok a XIX. századtól kezdve töltene be domináns szerepet a gazdasági folyamatok társadalmi szintű integrálásában (folyamatosan háttérbe szorítva a háztartás és a redisztribúció integrációs formáit). Az önszabályzó piaci mechanizmusok kialakulásával párhuzamosan bővült a gyógyítás területén a **magán-ellátás** 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 jótékony 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 ismertett integrációs formái nem terjedtek ki a társadalom minden tagjára, például a városi szegény lakosság egészségügyi ellátása megoldatlan volt. Az állami támogatásra Magyarországon először a XIX. század végén került sor, amikor az állam külön pénzalapokat biztosított a városi szegények kórházi ellátására.

Az első önszegítő 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 egészségügy államosítása 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.

2. Egyedül az öngyógyítás az a forma, amelyben egy autonóm közösség nem a gyógyító feladat ellátására szerveződött. Ebben az integ-

rációs 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.

3. 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.

4. Az orvostársadalom saját autonómiatörekvései közben, „a gyógyítás Szabadságát” hangoztatva a társadalmi kontrollt igyekezett csökkenteni, ezért autonómiájának növekedését a gyógyítás társadalmi beágyazottságának csökkentéseként értelmezem.

5. 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 újramezlik.

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

„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 profit-mechanizmus 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).

6. 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 szim-

metrikus kapcsolatok kialakulásának nincsenek jelentős akadályai. (Erősen hierarchizált társadalomban kevés az esély arra, hogy azonos helyzet összetartó ereje áttörje a merev hierarchia határait.)

A **jótekonyszervezetekre** 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.

7. A gyógyítás társadalomban betöltött szerepének elemzését számos módszertani probléma nehezíti. Nem tudjuk meghatározni, hogy 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 társadalomban betöltött szerepe, jelentősége a XIX. 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, 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 emelkedé-

séből 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.

8. Már itt fontos megemlíteni, hogy az egyes integrációs formák más és **más fajta betegségek** ellátására „spe0.alizálódtak”, 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.

9. 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 eredmé-

nyeiben 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 dolgozat 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.

II. fejezet

A gyógyítás integrációs formái az egészségügy államosítása előtt

A dolgozat egyik kardinális kérdése, hogy az egészségügyi ellátás államosítása milyen hatással volt a gyógyítás integrációs formáira. Az államosítás hatásának elemzéséhez azonban elengedhetetlen a megelőző időszak integrációs formáinak rövid bemutatása.

Ebben a fejezetben azt vizsgálom meg, hogy a különböző integrációs formák milyen szerepet töltek be a gyógyításban és a közöttük lévő arányok hogyan és miért változtak az államosítást megelőző időszakban. Nem törekszem tehát a gyógyítás történetének még vázlatos áttekintésére sem, a történeti elemzés mindössze a dolgozat gondolatmenetével adekvát mozzanatok kiemelésére koncentrál.

1. A gyógyítás első állami szabályozása

A hazai egészségügyi intézményhálózat kialakulásában meghatározó jelentőségű volt az 1876-ban elfogadott Közegészségügyi Törvény.¹ A törvény több szempontból is jelentős hatást gyakorolt a gyógyítás integrációs formái közötti arányok változására. Ezért tekintsük át azokat az új elemeket, amelyek ilyen jellegű változásokat céloznak. A legjelentősebb közülük a körzeti és a körorvosi hálózat első, országos szintű szabályozása volt.

A körzeti és körorvosi hálózat kialakítása az önkormányzati ellátás szerepének növekedését eredményezte. A törvény előírta, hogy „Minden törvényhatósági joggal felruházott vagy már tanáccsal ellátott város,továbbá minden község, mely 6000 lakossal bír, orvost tartani köteles” (142.§.).

A törvény olyan szabályokat is megfogalmazott, amelyek az orvosok társadalmi ellenőrzését szolgálták.

Az ellátott közösségek vezetői választották meg az alkalmazott or-

vost, és a fizetéséről is ők gondoskodtak. Mindez a gyógyítás társadalmi beágyazottságát biztosította.

„... községi orvos előzetes pályázat alapján választatik. A községi, valamint a közegészségi körök orvosainak fizetését az illető községek képviselőtestületeinek, továbbá a kis és nagy községeket illetőleg a járási tisztviselőnek, a rendezett tanácsú városokat illetőleg pedig az alispánnak meghallgatásával és anyagi viszonyaikhoz képest, a törvényhatóság állapítja meg” (144.§.).

A törvény jelentőségét növelte, hogy lehetőséget teremtett az ekkor még vezető haláloknak számító fertőző betegségek elleni eredményes küzdelemre, s a járványok visszaszorítására.

A városiasodási folyamat felgyorsulásával a fertőző betegségek eddigieknél gyorsabb terjedési lehetősége komoly társadalmi feszültségeket idézett elő, amelyeknek kezelésére a törvényekben számos javaslat fogalmazódott meg.

A Közegészségügyi Törvény Európában az elsők között foglalta egyéges keretbe az egészségügyi ellátás egész rendszerét. Korábban csupán Svédországban (1874) és Angliában (1875) készültek hasonló törvények, amelyeknek tartalma azonban csak a járványügyi és higiéniai viszonyok szabályozására terjedt ki.

A törvény cikk azonban sok tekintetben „megelőzte korát”, mivel számos olyan szabályt fogalmazott meg, amelyek – a megfelelő feltételek híján – eleve nem valósulhattak meg.

A falvak lakossága olyan szegény volt, hogy „az orvoseltartó képességük” alatta maradt a törvény által előírt szintnek.²

Az integrációs formák közötti arányok változására jelentős hatást gyakorolt a törvény VI. fejezete, amely először mondta ki, hogy „az országban orvosi gyakorlatra csak olyan egyén jogosult, akinek vagy valamilyen hazai egyetemen szerzett vagy külföldön kiállított, de szabályszerűen nosztrifikált oklevél van a birtokában s azt előzetesen a hatóságoknak kihirdetés végett bemutatta”. Szorosan kapcsolódik ehhez a törvény következő fejezete, amely „minden orvosi gyakorlatra nem jogosított egyén” gyógyító tevékenységét „kuruzslásnak” minősítette.

Ekkor fogalmazódik meg először immár egy törvény szövegében is, hogy a lakosság többségét ellátó népi gyógyítókat a pejoratív tartalmú

„kuruzsló” kifejezéssel minősítették. A törvény – figyelembe véve, hogy a lakosság közel 80 százaléka falvakban él és a tradicionális gyógy módokat használja – ekkor még magát a „kuruzslást” **nem tiltotta**. A gyógyítás piacéért folyó küzdelem adott szakaszában a «kuruzsló» még gyógyíthatott, de pénzt nem kérhetett ezért. Ettől kezdve a díjazásért történő gyógyítás az orvosok privilégiuma lett.

A törvény – amelyet orvosok készítettek elő – olyan szabályozást eredményezett, amely a diplomával rendelkező orvosok számára tág teret nyitott az önszabályozó piac törvényeinek érvényesülésére a gyógyítás területén.

A törvény a magánellátás szabályaira is kiterjedt. A magánorvosi tevékenység társadalmi integrálódását – a kor szellemének megfelelően – az orvosok és intézmények közötti szabad versenytől várták.

A versenyfeltételek szabályozásának számos eleme megtalálható a törvényben:

- községi vagy körorvos díjazásért kezelje a vagyonos betegeket, a szegény betegeket pedig ingyen;
- az ország területén gyakorlatra jogosított magánorvos bárhol szabadon letelepedhetik;
- a magánorvos díjazása kölcsönös megegyezéstől függ;
- a magánkórházak maguk szabták meg a napi ápolási díjaikat.

Ezek az előírások a gazdaságban alkalmazott piaci szabályokat kívánták érvényre juttatni és általánossá tenni a gyógyítás területén is, ott, ahol – mint azt a későbbiekben látni fogjuk – egészen más szabályok érvényesültek még ebben az időben.

A törvényi szabályozás eredményeképpen a gyógyítás területén egyre erőteljesebben érvényesült a gazdasági racionalitás.

Az integrációs formák közötti kapcsolatok vizsgálatához célszerű végigkísérni azt a folyamatot, amelynek során az egészségügyi ellátás a dolgozatban vizsgált szereplőinek mindegyike – a lakosság, az orvosok és az állam – igyekezett az önszabályozó piaci mechanizmusok hatását a maga javára fordítani. Fontos tanulságokkal szolgál annak bemutatása is, hogy a szerepelők között milyen kapcsolatok (koalíciók, illetve ellentétek) alakultak ki ebben a küzdelemben.

Az alkufolyamatokra bízott „szabad egyezkedés” és „kölcsönös meg-

egyezés” a lakosságot és az orvosokat is olyan lépések megtételére készítették, amelyekről saját piaci pozíciójuk javulását remélték. A piaci mechanizmusok az eladókat (orvosokat) és vevőket (lakosság) egyaránt arra ösztönözték, hogy csökkentsék a piaci viszonyoknak való kiszolgáltatottságukat.

A verseny ilyen szintű intézményesítése gyökeres fordulatot eredményezett a gyógyítás társadalmi beágyazottságában.

A 19. század végétől kezdve egyre jelentősebb szerepet töltöttek be a beteggondozásban, egészségvédelemben már korábban is meglévő **jótékony célú szervezetek**. Olyan feladatok ellátására vállalkoztak ebben a keretben, amelyekre sem a közegészségügyi ellátás, sem a biztosítás nem terjedt ki, és amelyekre a fizetőképes kereslet hiánya miatt a magánellátás nem volt „nyitott”.

Mindezen változásoknak a kedvezőtlen hatásait igyekeztek tompítani a jótékony célú szervezetek, amelyeknek megalakításában és működtetésében az egyházak játszottak vezető szerepet. A kórházak többsége egyházi keretek között működött.

Az egyházak domináns szerepe mellett a századfordulón számos olyan társadalmi kezdeményezés bontakozott ki, amelyek szintén a **jótékony** célú szervezetek keretében fejtették ki tevékenységüket.

„A magyar **társadalom** érdeklődése elsősorban a gyermekek védelme felé irányult az 1906-ban alakult Országos Gyermekvédő Liga, az 1911-ben alakult Zsófia Gyermekszanatórium Egyesület és a vallásfelekezetek patronage egyesületei keretében. Legnagyobb szabású és működése révén legnagyobb jelentőségre jutott társadalmi gondozó alakulatunk, az Országos Stefánia Szövetség 1915-ben létesült és 1917-től 1940-ig az államtól átruházott hatáskörben gondoskodott az anyák és csecsemők védelméről. Ugyancsak társadalmi alakulatok intítették meg a tuberculozis elleni védekezést 1901-ben a budakeszi, 1907-ben a gyulai, 1914-ben a debreceni tüdőbetegszanatóriumok létesítésével, és társadalmi alakulat volt a belügyminiszter által 1911-ben alapított a »Tuberculosis Elleni Küzdelem Országos Bizottsága«, amely 1936-ig tartó tevékenységével a ma fennálló tüdőbeteggondozók legnagyobb részét létesítették” Scholtz 1941:6).

Hasonlóan az önkormányzati ellátási forma többi alcsoportjához, a

jóteköny célú szervezeteknél is egyre jelentősebb lett az állami támogatás. Ez azonban itt a hiányzó anyagi források kiegészítését jelentette, de ekkor még nem került sor ennek a területnek az államosítására.

„Az utóbbi időben különösen gyorsan csökkent a társadalom által adott pénz is, a mutatkozó hiányt pótolni kellett az államnak...” – írta 1934-ben az egészségügyet irányító államtitkár (Johan 1934:8). A „pótlás” a korábban kizárólag társadalmi alapra támaszkodó intézmények állami támogatása formájában történt. „A Stefánia Szövetség például 1933-ban több mint két és fél millió pengő állami és helyi hatósági támogatásban részesült, ami összes bevételeinek közel háromnegyedét jelentette” (Hahn 1960:16).

A továbbiakban az öngyógyítás, az önkormányzati ellátás és az egyes integrációs formák közötti verseny bemutatásával fogom azt a folyamatot bemutatni, amelynek eredményeképp a gyógyítás társadalmi beágyazottsága jelentősen meggyengült az elmúlt közel száz évben Magyarországon.

Az elemzésben nem térek ki minden egyes integrációs formában bekövetkezett változás bemutatására, mert e nélkül is érzékelhetőek azok a tendenciák és azok az érdekviszonyok, amelyek a társadalmi beágyazottság csökkenéséhez vezettek.

2. Az öngyógyítás háttérbe szorulása

Az egészségügyi ellátás gyorsütemű fejlődése előtt az öngyógyítás jelentősebb szerepet töltött be a betegségek gyógyításában, megelőzésében és az ápolásban. Amíg a lakosság közel kétharmad része nem volt biztosítva, és legfeljebb szegényrendelés keretében, illetve a jóteköny célú szervezetekben, vagy pénzért juthatott orvosi ellátáshoz, a kevésbé tehető emberek igen gyakran az öngyógyítás módszereit alkalmazták betegségeik gyógyítására.

De nemcsak azok az emberek alkalmazták az öngyógyítást, akiknek anyagi helyzetük miatt nem volt más lehetőségük, s nem csak falvakban, hanem városokban is ismerték és használták ezeket a módszereket.

Az öngyógyítás városi méreteiről nem állnak rendelkezésre adatok. Elterjedtségére csak következtetni tudunk a témára vonatkozó kiadvá-

nyok, az ilyen információkat tartalmazó könyvek, cikkek és tankönyvek megjelenéséből és forgalmából.

A második világháborút megelőző évtizedekben az alsó- és középfokú oktatásban egyaránt kötelező tananyag volt az egészségtan. A tankönyvek számos olyan információhoz, ismerethez juttatták a tanulókat, amelyeket az öngyógyítás keretében szükség esetén maguk is használhattak. Külön fejezetben foglalkoztak „a test ápolásával” és a „betegek ápolásával” is. Részletesen ismertették a fertőző betegségeket és az ellenük való védekezés módjait. Emellett olyan praktikus ismereteket is közöltek, amelyeket „véletlen szerencsétlenségek” (törés, rándulás, napszúrás, fulladás, fagyás) esetén segélynyújtásra lehet felhasználni. Így az iskolai oktatás keretében minden gyerek megtanulhatta, hogyan állítható el a vérzés, vagy mi a teendő mérgezések esetén.⁵

A tankönyvekben közölt alapismeretek mellett rendszeresen jelentek meg kézikönyvek, amelyek a betegségek otthoni gyógyításához és ápolásához adtak hasznos tanácsokat a kevésbé iskolázottak számára is elérhető nyelven megfogalmazva.

A városokban is hasznait öngyógyító módszerek elterjedésére utal az is, hogy a városi piacokon is árultak gyógynövényeket, és az is, hogy a patikákban még az 1960-as évek elején is forgalmaztak gyógynövényeket.

A falvakban alkalmazott gyógyító módszereket részletesen ismertető néprajzi gyűjtések mellől hiányoznak azok a munkák, amelyekből a városi lakosság öngyógyító tevékenységét részletesen megismerhetnénk. (Így azt sem tudjuk, hogy az öngyógyítás a családi körön túl kiterjedt-e a szomszédságra, baráti körre, esetleg a munkatársakra is.) Pedig a város és a falu között ezen a téren nem lehettek éles határok. A tankönyvekből és a kézikönyvekből szerezhető tudnivalók, ismeretek mellett az öngyógyító módszerek alkalmazásában nagy szerepe lehetett az „otthonról” (falusi környezetből) hozott tudásanyagnak is. (Ez a tudás nem ment feledésbe azonnal a városba költözéssel, és a hazalátogatások is alkalmat kínáltak a hagyományos gyógymódok megtanulására, illetve használatára.)

Ilyen információk hiányában az öngyógyításnak főleg (ha nem is kizárólagosan) a falusi lakosság körében használt formái, a néprajzi kutatásokból részletesen megismerhető „népi gyógyászat”⁶ alapján fogom

bemutatni az ebbe az integrációs formába tartozó gyógyító tevékenységeket.

A népi gyógyászattal foglalkozó bőséges néprajzi anyagokból kiemeltem azokat az elemeket, amelyekből az öngyógyítás társadalmi beágyazottságának az erősségére következtethetünk. A fő elemzési szempont mellett kitérek az egyes gyógyítási módszerek és elterjedtségük ismertetésére is. Ezek segítségével próbálom meg a néprajzi gyűjtések eredményeit a szociológiai elemzésbe illeszteni és a többi integrációs formával összehasonlíthatóvá tenni. Az elemzést ezen a területen megnehezíti, hogy a népi gyógyászatról két, egymással teljesen ellentétes kép bontakozik ki előttünk a korabeli forrásokból. A törvényekből, a tankönyvekből és az orvosi véleményekből arra kell következtetnünk, hogy a népi gyógyászat elítélendő, veszélyes, „kuruzslás”, amelyet üldözni, tiltani kell. A néprajzi gyűjtésekből ezzel szemben idealizált kép rajzolódik ki az alkalmazott módszerekről, a gyógyítókról és a lakossággal való kapcsolatukról. Ebben a fejezetben a népi gyógyítók tevékenységét tanulmányozó, irántuk kétségtelenül elfogult néprajzi gyűjtések eredményeire támaszkodom, és a későbbiekben ismertetem az ezzel ellentétes véleményeket.

a) A népi gyógyászat elterjedtsége

A népi gyógyászattal foglalkozó néprajzi források – a gyűjtés módszertanából következően – egy-egy kisebb terület megfigyelésére terjednek ki. Kevés összefoglaló mű áll rendelkezésünkre, amely a tapasztalatok összegzésére vállalkozna, és amelyből a népi gyógyászat országos elterjedtségére következtethetünk. A források nem teszik lehetővé a népi gyógyászat alkalmazásának számszerűsítését (nincsenek adatok arról, hogy hány gyógyító tevékenykedett az országban, hogy egyes „szakterületekre” hányan specializálódtak, és nem tudjuk felmérni a „betegforgalmukat” sem). Ennek hiányában a népi gyógyászat elterjedtségére és méreteinek változására csak következtetni lehet.

A gyűjtések eredményeit összefoglaló művekből megtudhatjuk, hogy a **népi gyógyászatnak két szintjét** (a köznapit és a professzionálisát) különböztetik meg. Általánosan elfogadott álláspont, hogy az első

szinthez tartozó gyógymódokat minden családban használták. „Az orvoslás – a különböző betegségek, traumák gyógyítására való törekvés – egyidős az emberi civilizációval. Ez az orvoslási tevékenység, melyet feltételezünk, s részben paleopatológiai anyaggal, részben etnológiai analógiákkal támaszthatunk alá, a társadalmi munkamegosztás kialakulásakor, amikor a szellemi és fizikai munka szétvált, két rétegre oszlott. Az egyik réteg a köznépi, mely nemzedékről nemzedékre gyarapodó, átöröklődő tudásanyag: ennek tulajdonosa lehet minden ember. A másik réteg pedig a már „**professzionista**” sámánok, javasok, varázslók stb. tudásanyaga. ... Az orvoslásnak tehát már az osztálynélküli társadalmakban kialakult két olyan jól elkülöníthető rétege, mely a népi orvosláson belül napjainkig fennmaradt. Az egyik a köznapi vagy köznépi, melynek hordozója egy-egy közösség minden tagja, a másik, melyet sámánok, varázslók, javasok stb. alakítottak ki, létrehozván a specialisták mindmáig megtalálható, aránylag szűk körét” (Gémes 1979:17). (A népi gyógyászatnak „köznépi” változatát használták és használják mind a mai napig minden családban függetlenül attól, hogy a család városban vagy falun él.)

Más források is arról számolnak be, hogy az alkalmazott gyógymódok egy része széleskörűen ismert volt, és ezért nem is fordultak minden esetben „specialistákhoz”. “Saját gyűjtéseim szerint is csaknem minden magyar parasztasszony ért többé-kevésbé a kenéshez. Fáradtság miatti »merevedés«, fájdalom, kisebb betegségek – például hűlés miatti tagfájdalmak – esetén családon belül intézik el a kenést. Az öregek a fiatalokkal, nemegyszer unokájukkal, a fiatalok meg az öregekkel kenetik meg magukat, vagy pedig a szomszédok segítik ki egymást. Alkalomadtán a közeli és távoli rokonok kezelik egymást. Csak ... ha a betegség súlyosabbnak bizonyul annál, mint amilyennek kezdetben látszott, ha nem gyógyul meg házi kenésre, vagy ha mindjárt nagy fájdalommal, súlyosabbnak látszó betegség jelentkezik, akkor hívnak kenőasszonyt – olyan szakértőt, aki »elhíresült a kezéről«, keze tapintásáról, és fogásáról” (Oláh 1986:230).

A falvak közötti távolságok áthidalásának nehézségéből, a közlekedés (a betegszállítás) megoldatlanságaiból is arra következtethetünk, hogy minden közösségen belül voltak gyógyítók, akik szükség esetén segíté-

ni tudnak a betegeken. Ezt erősíti meg Gémes Balázs a népi gyógyászatról készült összefoglaló tanulmányában is. „Minden közösségben éltek azok az alkotó egyéniségek: a gyógyító ember vagy asszony..., illetve a különböző népi specialisták (füves, kenőasszonyok, ráolvasók, helyretevők, csontrakók, foghúzó, köpölyözők, nadályosok veszett orvosok stb.), akik a tudásanyag letéteményesei, alakítói, továbbvivői voltak.” (Gémes 1979:26). Hasonló következtetéseket fogalmazott meg Hoppál Mihály és Törő László a „Népi gyógyítás Magyarországon” című tanulmányában. „Az elmúlt századok orvos nélküli világában majd minden falunak megvolt a maga gyógyító személyisége (néha több is). Az egyik értett egyfajta betegséghez, a másik másikkhoz. Némelyeknek közülük messze földre is eljutott a híre – mégis a magyar népi gyógyítás jellegzetes alakjai, a számszerű többség, a kis falvak névtelen parasztyógyítói voltak. A paraszti szóhasználatban a gyógyító hírében álló személy neve: tudó, tudós, tudákos-, javas-, urus-, ember, asszony, vagy látó, a korábbi századokban **néző** volt. Kuruzslónak, a szó negatív jelentésárnyalatával, csak a városi szóhasználat nevezi ezeket a gyógyító személyeket” (Hoppál-Törő 1975:50).

A néprajzi gyűjtésekből arra következtethetünk, hogy a népi gyógyászatnak még a 20. század első felében is óriási jelentősége volt a gyógyításban. Ennek az integrációs formának a jelentőségét a többi integrációs forma megjelenése fokozatosan háttérbe szorította, ami – mint a későbbiekben látni fogjuk – csak részben volt természetes folyamat következménye. Az, hogy ennek az integrációs formának a szerepe a gyógyításban visszaszorult, jelentős mértékben közrejátszott abban, hogy egyszerre mind a gyógyítás szubsztantív racionalitása is háttérbe szorult.

b) A népi gyógyászat határai

A különböző néprajzi feljegyzésekből egyértelműen arra következtethetünk, hogy a népi gyógyászat specialistái kénytelen-kelletlen minden betegség gyógyításával megpróbálkoztak. Az évszázadok alatt felgyülemlt tapasztalatok alapján és az állatok betegségeinek kezeléséből szerzett ismeretek segítségével dolgozták ki azokat a módszere-

ket, amelyekkel a betegségek gyógyításának specialistáivá váltak.

A néprajzi gyűjtések és irodalmi források arról tanúskodnak, hogy a népi gyógyászat „specialistái” minden betegséget, panaszt megpróbáltak meggyógyítani. A népi gyógyítók Illyés Gyula szavaival – „nem ismertek reménytelen esetet”. A betegségekkel kapcsolatos attitűdjeikről és a betegekkel való kapcsolatukról a „Puszták népé”-ben így ír Illyés Gyula: „A tudósok titokban jöttek, ez már a mesterségükhöz tartozott, noha megérkezésük híre villámgyorsan elterjedt a pusztán. Itt van az igazi ember, a Hajaséknál!” – szállt a jelentés... Az igazi ember valóban ott volt, a konyhában ült, mezítláb. Máskor az udvardi asszony jött meg, vagy a Menyhárt Szilasról. Mindnyájan gyógyítással foglalkoztak, testivel és lelkivel egyaránt. Önzetlen cselekedet volt ez részükről, ez az utazás, hisz odahaza is bőven akadt dolguk... Valamelyik bizalmasuknál szálltak meg. A szoba azon nyomban szentéllý alakult. A cselédek egymásnak adták a kilincset... A bajosztatók rendszerint csak egy éjszákára maradtak, noha a cselédek hónapszámra maguknál tartották volna ezeket az éneklő hangú, töpörödött anyókákat és ájtatos képű aggasztányokat. Bár nem mind volt öreg. A szilasi ember például javakorabeli szép szál férfi volt, szakálltalan; tudósságát csak az jelezte, hogy beszélni hunyt szemmel beszélt. De sehol sem virradhattak meg, mert ha világossal mentek el, elvitték a szavuk erejét... Az orvos sejtette, hogy a beteget valamelyik javas kezelte, de semmit sem tehetett ellene, akkor sem, ha akart. A pusztaiak az orvost is az urak közé számították, s hacsak nem tette le a népi rokonszenv megnyerésének hétpróbás nagy vizsgáját: a szívvel, idegekkel, pórusokkal elsajátított egyenlőséget, nem bíztak benne. A tudós emberekben bíztak. Nemcsak azért, mert azok közülük valók voltak s érthető emberi nyelvet beszéltek, de azért is, mert azok nem ismertek reménytelen esetet” (Illyés 1950:183).

Mai szemmel visszatekintve szinte hihetetlen, hogy milyen komoly betegségek gyógyítására vállalkoztak ezek az emberek, „...a rendszer néprajzi gyűjtésekben a harmincas évektől kezdve több adatközlés is megjelent a falusi gyógyító specialistákról. Így például a »csont rák«-ról és »öntőasszonyok«-ról, a falusi foghúzókról, »veszett- orvosok«-ról és javasokról. Mind-mind fontos volt a maga idejében – hiszen az ún. »csonttrák« a ficamodás vagy törés esetén igazították helyre

a csontokat, a »veszett-orvosok« azokat gyógyították, akiket a veszett kutya megmarta, a foghúzókat egyszerű fogóikkal és fogtörőkkel a fájós fogaktól szabadították meg a rászorulókat. Voltak specialistái egy-egy betegség gyógyításának, de inkább csak egy családban (esetleg a rokonság körében) – akik a sárgaságra, szájszébrére, szemén lévő „árpára” tudtak ráolvasni, vagy akik tudták a torokfájást, gyomorrontást, derékfájást gyógyítani. ... Igazi specialisták voltak a falusi bábák, akik nemcsak a szülésnél segítettek, hanem másfajta betegséget is orvosoltak gyakran babonás-mágikus módon” (Hoppál-Törő 1975:51).

A népi gyógyítók tevékenységét leíró néprajzi kutatásokban több orvos is részt vett (Vajkai Aurél, Grynaeusz Tamás, Berde Károly, Oláh Andor). Ők a néprajzi gyűjtés mellett azt is vizsgálták, hogy a „kuru-zlásnak”, „babonának” nevezett népi gyógyászatnak vannak-e tudományos alapjai. Ennek a vizsgálatnak az eredményeit részletesen leírja Oláh Andor az „Újhold, új király” című 1986-ban megjelent könyvében. Vizsgálatai nyomán arra az eredményre jutott, hogy a népi gyógyászatban az irracionális, misztikus, sámánizmusig visszanyúló elemek mellett tudományos megközelítések is megtalálhatók. – Ezek sok hasonlóságot mutatnak az orvostudományban a XVI. és XVII. században alkalmazott elvekkel (Oláh 1986).

Gémes Balázs pedig arra mutat rá, hogy ez a szájról- szájra terjedő tudásanyag kiegészült „az állatkísérletekből származó eredményekkel is” (Gémes 1979).

c) Az öngyógyítás társadalmi beágyazottsága

Az ebbe az integrációs formába tartozó tevékenységeket egyértelműen a gyógyítás érdekében végezték. A gyógyítónak (a családon és a közösségen belül egyaránt) ez volt a „feladata”, ennek köszönhette tekintélyét, megbecsültségét. A feladat elvégzését nem zavarták más, a gyógyítástól idegen szempontok (egzisztenciális kérdések, hatalmi harcok, jogi viták, nyereségérdekeltég) . A parasztorvos a gyógyítás eredményességében nemcsak azért volt érdekelt, hogy a közösség tagjai megbecsülését megszerezze, és a beteg ember újra folytatni tudja a közösségben rárótt feladatát, hanem azért is, mert a betegek hozzá jöttek

vissza (nem küldhette „tovább” a betegeit).

A gyógyítást végző ember nem „nyereségérdekeit”. A gyógyítást nem pénzért végzi sem a családban, sem a tágabb közösségen belül. A gyógyítók általában van más foglalkozásuk, csak akkor használják tudásukat, ha erre szükség van. (Előfordul, hogy ajándékot vagy akár pénzt is kapnak a segítségükért – főleg a „messziről jött betegektől” -, de tevékenységüknek nem a pénzszerzés a motívuma.)

A népi gyógyítás mindkét szintjén a gyógyítók munkáját megkönyvitette, hogy ők is **tagjai a közösségnek**, és így nemcsak a betegeket, hanem a hozzájuk forduló **embert is** ismerték. (Ennek megfelelően a gyógymódjuk is „testreszabott”. (Ezért „hiányosak”, „pontatlanok” a népi gyógyászatban használt szerek adagolásáról szóló gyűjtések. Mindig annyit adtak, „amennyi kellett”, és azt csak ők tudták, hogy kinek, mikor, mennyi szükséges a gyógyulásához.) A gyógyító tevékenységét nemcsak „páciensei” közösségbe ágyazott viselkedésének és személyiségének alapos ismerete könnyítette meg, hanem a betegekhez való „közelsége”, az azonos társadalmi helyzet, a szimmetrikus kapcsolat, a gyógyító tevékenységébe vetett egyéni és közösségi bizalom is. „Hírnevüket elsősorban nem a néha valóban sikeres gyógyításaiknak köszönhették, hanem a falusi nép között elterjedt mély hitnek, amellyel tevékenységüket körülvették. Sikereik lélektani alapját egyfelől éppen ez a bizalom adta, másfelől pedig a beteg, bajbajutott ember kétségbeesett erőfeszítése, amikor mindenfajta segítséget megragad, különösen ha ez a segítség a magafajtatól, olyan gyógyítótól jött, akinek mindennapi élete hasonló volt, gondolkodása pedig teljesen megegyezett az övével” (Hoppál- Törő, 1975:51).

Magyarországon a „lappangva gyógyító” „veszedelmes paraszt orvosok” üldözése már a 18. század végén megkezdődött és azóta változó intenzitással napjainkig tartó folyamat.

A külföldről jött vagy külföldön tanult, más (német, latin) nyelvet beszélő orvosok helyett – akik a falusi lakosság szemében az „urak közé” tartoztak – a betegek továbbra is szívesebben fordultak a „lappangva gyógyító”, de „közülük való”, a közösséghez szervesen hozzátartozó, abba integrálódott parasztorvosokhoz.

A népi gyógyítók eredményességéről nincsenek megbízható informá-

cióink. Ezt a népi gyógyítók elleni kampányok során sosem vizsgálták, amiről arra következtethetünk, hogy ennek az integrációs formának a visszaszorításában nem a gyógyítás szubsztantív racionalitásának erőteljesebb érvényesülése miatt került sor.

Az öngyógyítás (és ezen belül főleg a „specialistáknak”) szerepe a gyógyításban azonban nem csak e hiányosságok miatt szorult vissza. Ebben sokkal jelentősebb szerepet játszott az, hogy a népi gyógyászat és a modern orvostudomány gyógyító eljárása közötti választást nem bízták magukra a betegek. Míg az Európán kívüli országokban a tradicionális és a modern gyógymódok együttes használatával próbálják a lakosság egészségi állapotát megőrizni, javítani, addig az európai országokban – Anglia kivételével – (eltérő szigorúsággal) tiltják, üldözik a tradicionális gyógymódokat alkalmazó „kuruzslókat”. (Szántó, Lege A., 1992)

3. A társadalmi beágyazottság meggyengülése az önkormányzati ellátásban

Az önkormányzati ellátás két formája (munkahelyi, illetve lakóhelyi) közül a munkások által saját egészségügyi kockázataik csökkentésére létrehozott „biztosítók” történeti bemutatásával fogom a társadalmi beágyazottság csökkenését bemutatni.

Ennek az új integrációs formának a megalakításakor igen erős volt a gyógyítás társadalmi beágyazottsága és a szubsztantív racionalitás érvényesülése. De ebben az integrációs formában már megjelentek a „főállású” gyógyítók, akik óhatatlanul fölerősítették a gyógyítás gazdasági racionalitását, és akik a gyógyítás társadalmi beágyazottságának gyengítésével igyekeztek saját érdekeiket eredményesebben érvényesíteni. Ezért gyakran konfliktushelyzetbe kerültek az okát alkalmazó biztosítottakkal.

Ebben a fejezetben az orvosok és a biztosítottak közötti érdek-összeütközéseket, az állam fokozatosan növekvő „szerepvállalását” és az ezek következtében az integrációs formán belül kialakult változásokat fogom bemutatni.

A biztosítás hazai fejlődéstörténetének vázlatos áttekintéséből egy- szersmind választ kapunk arra is, miként formálódtak ki ennek az integrációs formának a főbb jellegzetességei: milyen módon oldották meg a gyógyítás társadalmi ellenőrzését, milyen változások következtek be ezen a területen, és milyen társadalmi nyomás miatt került sor ezekre a változásokra; hogyan növekedett ennek az integrációs formának a jelentősége, s végül, hogy a miért nőtt folyamatosan az állam befolyása ezen a területen már az egészségügy államosítása előtt.

A gyógyításnak ezt az integrációs formáját a veszélyes munkahelyeken dolgozó munkások alakították ki. A nagyobb – több száz embert foglalkoztató – bányákban a bányászok egymás támogatására segélyszervezeteket hoztak létre, amelyeket a pénz összegyűjtési helyéről „bányatárs-ládának” neveztek.

„A társládák önkéntes elhatározáson alakultak és a kifizetéseket a tagok hozzájárulása biztosította. Az 1700-as évekből már több följegyzés található a társládákra vonatkozóan. Ezekből megállapítható, hogy bár a tagság önkéntes volt, a tagjárulék összegét a munkabérből levonták. Kezdetben a heti munkabér 1%-át, később 2%-át fizették a munkások. Ennek ellenében a következő segélyeket kapták:

- betegség esetén pénz, orvosi kezelés, gyógyszersegély,
- munkaképtelenség esetében nyugbér, vagy végkielégítés,
- özvegyek és árvák ellátása,
- temetési segély” (Kertész 1986:6).

A gyógyítás társadalmi beágyazottsága azért volt erős a társládákban, mert a társládák ügyeit **maguk a bányászok** intézték. A döntéseket a tagokból álló közgyűlés hozta, és a közgyűlés választotta meg a társláda vezetőit, társláda- atyákat, és a társláda jegyzőit.

A 19. században felgyorsuló ipari fejlődést követte az önsegélyező pénztárak megalakulása. Egyre több szakma képviselői alakították meg a saját önsegélyező pénztáraikat (bádogosok, lakatosok, kályhások), és megalakultak az első területi elven szerveződő „biztosítók” is (Budai Általános Betegsegélyező Egylet, Pesti Női Betegsegélyező Egyesület).

A nagyszámú „kis” biztosítókból 1870-ben megalakult a biztosítás első önálló országos szervezete, az Általános Munkás Betegsegélyező és Rokkant Pénztár, melyet a hagyományoknak megfelelően **kizárólag**

munkások irányítottak „Az Általános Pénztár segélyezési tevékenysége – a vitathatatlan fejlődés ellenére is – a munkásság viszonylag kis létszámára terjedt ki. A kiegyezés idején Magyarországon mintegy 3 00.000 munkás volt. Ebből Budapesten kb. 60.000, ezen belül gyári munkás 30.000 fő. A Pénztár tagsága pedig még 15 évi működés után is 26.644 fő volt” (Kertész 1986:9).⁸

1885-ben a munkások 40 százaléka volt „biztosítva” és körülbelül háromnegyed részük önálló szakmai, illetve területi pénztárhoz tartozott. Az Általános Pénztár a munkások mindössze 10 százalékának nyújtott ellátást.

Az ipar fejlődését követte a szakszervezetek megalakulása, amelyeknek egyik legfontosabb követelésük volt a betegbiztosítás kiterjesztése, és a baleset- és rokkantság esetére kötelező biztosítás bevezetése.

1891-ben került sor a betegsegélyező pénztárak első általános szabályozására az „Ipari és gyári alkalmazottaknak betegség esetén való segélyezéséről” szóló XIV. Törvénycikk keretében. Ennek 2.§.-ában ezt olvashatjuk: „betegsegélyező pénztárhoz e1 saeyí*kell* (kiemelés tőlem **A.Z.L.**) tartozniuk nemre, korra és honpolgárságra való tekintet nélkül mindazoknak, akik a Magyar Korona országai területén ... oly fizetéssel vagy bérrel vannak alkalmazva, amelynek egy munkanapra eső összege 4 Ft-nál nem magasabb, és akikkel szemben a munkaadó munkába álláskor világosan ki nem kötötte, hogy az alkalmazás 8 napnál rövidebb időre terjed”.

E törvény témánk szempontjából két érdekes momentumot is tartalmaz: az egyik az, hogy nem szelektív módon szabályozza, hanem kötelezővé teszi az alkalmazottak biztosítását, de ez akkor még nem terjedt ki minden iparágra. A másik pedig az a 4. §-ban szereplő kitétel, amely szerint „szabad elhatározásuk alapján beléphetnek a betegsegélyező pénztárba a biztosítottak családtagjai és azok is, akik 1200 Ft-nál magasabb évi vagy 4 Ft-nál magasabb napi fizetést vagy bért kapnak”. Azaz ez a szabályzat nem zárt ki a munkavállalók közül senkit a biztosításból, és a családtagoknak is lehetővé tette az önkéntes csatlakozást.

A törvény előírása szerint a járulék – a napi kereset alapján megállapított bérosztály szerint – 2, illetve 3 százalék volt. (A járulék kétharmadát a munkavállalók, egyharmadát a munkáltatók fizették.) 1891-ben

az Általános Pénztár önállósága csökkent, és a neve is megváltozott. Általános Munkásbetegsegélyező Pénztár néven működött tovább, és az iparhatóság felügyelete alá került, de **tevékenységét továbbra is kizárólag munkások irányították.** A törvény hatására több új, önálló pénztár alakult, amelyeknek az irányításában most már a befizetések arányában (kétharmad-egyharmad) vettek részt a munkavállalók és a munkáltatók. Ez a változás még mindig módot adott arra, hogy maguk a **munkások,** akiknek ellátását a pénztáron keresztül biztosították, **válasszák meg saját kezelő orvosukat és a számukra kedvező feltételekkel kössenek velük munkaszerződéseket.**

Tizenhat évvel később, 1907-ben került sor a törvény módosítására, ez a „munkásbiztosítás részleges államosítását” jelentette. Erre a miniszteri előterjesztés, Kossuth Ferenc kereskedelemügyi miniszter indoklása szerint a következő szempontok miatt volt szükség. „Eltekintve ugyanis az egyes vállalatoknál és gyárakban alakult biztosító intézményektől, az 1884. évi XVII. törvénycikkbe foglalt ipartörvény 142. és 143. paragrafusa alapján a kézműipari munkásoknak és munkaadóknak biztosított az a jog, hogy a munkásoknak betegsége esetén való segélyezésre segélypénztárak alakíthatók, az érdekelték által alig vétetett igénybe, miután az ipari törvény idézett szakaszai alapján az 1891 :XIV. te. életbe léptéig mindössze 28 ipartestületi betegsegélyező pénztár létesült” (1907:XIX. t.cz. biztosít, betegs. és baleset ellen).

Az 1891-ben hozott törvényben előírt iparágakban sem mindenhol alakultak meg a betegsegélyező pénztárak, és ahol megalakultak, súlyos anyagi gondokkal küszködtek. Megoldásként a miniszter „a biztosítási szervezetek országos központosítását” javasolta, jelentős autonómiát hagyva a helyi testületeknek. A betegség- és most már a balesetbiztosításra is megszervezett kerületi és vállalati pénztárak vezetőségében paritásos alapon kaptak helyet a munkáltatók és a munkavállalók képviselői. A biztosító intézetek létrehozásánál hasonló szabályozási módszerrel találkozhatunk, mint a körorvosi és a körzeti orvosi hálózat kialakításánál. **Az állam kötelezővé teszi működésüket, de mivel finanszírozásukat helyi erőforrásokból kívánja megoldani, számos kérdésben érintetlenül hagyja a helyi autonómiát, s a gyógyítás társadalmi ellenőrzésébe nem szól bele.**

„A kerületi munkásbiztosító pénztárak és az orvosok közötti viszony szabad megegyezés tárgya. Abban, hogy a pénztár a biztosított tagok orvosi gyógykezelését, orvosok alkalmazásával, kijelölésével vagy a szabad orvosválasztás mellett teljesíti, az országos munkásbetegségélyező és balesetbiztosító pénztár igazgatóságának hozzájárulása és az állami munkásbiztosítási hivatal jóváhagyása mellett a pénztár közgyűlése határoz” (1907:XIX. t.cz. Alkalm. biztosit.betegs. és baleset ellen, 134. §).

A törvény előírta, hogy a munkáltatók és a munkavállalók egyenlő arányban viselik a betegbiztosítás költségeit, és ennek megfelelő arányban vesznek részt a pénztár irányításában is. A „paritásos elv” rögzítése ellenére a gyakorlatban a **pénztárak irányításában továbbra is a munkások játszották a döntő szerepet, mivel ők sokkal inkább érdekeltek voltak a biztosítási feltételek színvonalas teljesítésében, mint a munkáltatók.**

A pénztárakban alkalmazott és magánellátásban dolgozó orvosok (pontosabban a már megalakult orvos szervezetek) egyaránt ellentétbe kerültek a pénztárak vezetőségével.

A törvény hatására fokozatosan növekedett a pénztárak szerepe a gyógyításban, ami egyre nagyobb veszélyt jelentett a magánpraxisból élő orvosok számára: „Ezek élesen felléptek a biztosítópénztárak ellen, melyek egyre több orvost foglalkoztattak. E rendszer kialakulásában az orvosi szabad gyakorlat megsértését látták, így a magyar orvostársadalmat a biztosítótársaságok bojkottjára szólították fel” (Ádám 1986:31).

A munkások szakszervezeti keretek között próbálták saját ellátási körülményeiken javítani. Követeléseik között állandóan szerepelt a baleseti és betegség biztosítás rendezése és kiterjesztése családtagokra. Ezeket a törekvéseket és követeléseket, mint láthattuk, figyelembe vették a törvények megfogalmazásakor.

A **pénztárakkal szerződéses viszonyban álló orvosok** pedig nagyobb fizetésért és a bizonytalanságok csökkentéséért léptek fel a pénztárakkal szemben. „A harc a betegbiztosító intézetek és orvosi karunk között majdnem olyan régi, mint ezek az intézetek maguk. Alapja pedig az intézetek vezetőségének az a kezdettől fogva érvényesülő törekvése, hogy az orvosi kar munkásságát minél olcsóbb áron biztosítsák a ma-

guk számára, és az orvosi kart maguktól mindinkább függő helyzetbe hozzák, hogy az orvosi munkát, mely valójában tudomány és művészet és csak kis részben mesterség, bér munkává, orvosi karunkat pedig rab-szolgává süllyesszék” (Ádám-Mikecz-Hegedűs 1989, VIII).

Érdeemes megjegyezni, hogy az orvosok és a pénztárak vezetői hasonló küzdelmet folytattak egymással Angliában is, ahol a XVIII. században kialakultak a munkások, bányászok önszegélyező egyesületei (bányász-ládák, friendly societies).

David Green részletesen elemezte az önszegélyező szervezetek és az orvosi kapcsolatok alakulását a XIX. századi Angliában (Green 1989). Elemzéséből megtudhatjuk, hogy az önszegélyező szervezeteken keresztül megvalósult az orvosi ellátás társadalmi ellenőrzése. Tanulmányában olyan dokumentumokat közöl az orvosok azon munkaköri kötelezettségeinek pontos leírásáról, amelyeket az önszegélyező pénztárak – az orvosok későbbi alkalmazói – pályázati kiírásában fogalmaztak meg. A tanulmány részletesen ismerteti azt a folyamatot is, ahogy az önszegélyező pénztárak az orvosok alkalmazásáról döntöttek. A pénztárak által meghirdetett állásokra jelentkező orvosok közül a pénztár tagjai választották ki a számukra leginkább megfelelőeket. Az **orvosok egymással versenyeztek a megpályázható állásokért**. Ez a verseny gyakran azt eredményezte, hogy az orvosok a pályázatban meghirdetett bérnél kevesebbért is elvállalták a felkínált állásokat és igyekeztek minél jobb kapcsolatot kiépíteni a betegekkel. (Azokat az orvosokat, akikkel a pénztár tagjai meg voltak elégedve, továbbra is alkalmazták – még akkor is, ha a kiírt pályázatra az állást más kevesebb fizetésért is elvállalta volna.)

Az orvos szervezetek megpróbálták ezt a számukra kedvezőtlen versenyhelyzetet megszüntetni. Megtiltották tagjaiknak, hogy bizonyos összeghatár alatt elfogadjanak állást. Ezek a törekvések azonban a kevés álláslehetőség miatt mindig kudarcot vallottak. Hiábavalóságuk egyértelműen arra utal, hogy **amíg az orvosok az önszegélyező pénztárak alkalmazottai voltak, s az egészségügyi ellátás finanszírozását az önszegélyező pénztárak biztosították, addig ez olyan erős társadalmi kontrollt jelentett, amellyel szemben az orvosok képtelenek voltak autonómia-törekvéseiket érvényesíteni.**

Az önszegélyező pénztárak és az orvosok hosszú évtizedekig tartó csatározását végül is a kormány döntötte el. 1911-ben Angliában bevezették a kötelező munkásbiztosítást, ami egyben azt is jelentette, hogy az addig önálló önszegélyező pénztárak szerepét központilag irányított testület vette át. A döntést az legitimálta, hogy ettől kezdve a munkások szélesebb körére terjedt ki az orvosi ellátás. Ez az orvostársadalom autonómiájának növekedése szempontjából jelentős lépés volt, hiszen a társadalmi kontroll egyik formáját (a lakossági kontrollt) jelentősen csökkentette.

Európa többi országában – más és más időpontban – hasonló folyamatok játszódtak le a XX. század első évtizedeiben.

A kötelező társadalombiztosítás bevezetését a szakirodalom pozitívan értékeli, mert a lakosság egyre nagyobb része jutott egészségügyi ellátáshoz. A gyógyítás társadalmi beágyazottsága szempontjából azonban olyan következményeket is indokolt tekintetbe venni, amelyek az eddigi elemzésekben kevesebb figyelmet kaptak, s amelyek tükrében ez a fejlemény differenciáltabban értékelhető.

Visszatérve az 1907-es biztosítási törvényre, az állam ebben az esetben is (akárcsak az 1876-os közegészségügyi törvény elfogadásakor) olyan változtatásokat léptetett életbe, amelyek kétségkívül a lakosság érdekeit is szolgálták (hiszen enélkül nehéz lett volna az elfogadtatása), de mindkét esetben a törvény az orvosok számára teremtett kedvező lehetőségeket. Mindkét esetben az orvostársadalom autonómiájának erősödését eredményezte a törvény bevezetése, ami egyben a gyógyítás társadalmi beágyazottságának gyengüléséhez vezetett.

A munkások kezdeményezésére kialakult, és követeléseik nyomán folyamatosan bővülő, hosszú ideig az ő irányításuk alatt működő önszegélyező pénztárak révén erős társadalmi kontroll intézményesült a gyógyításban. Az orvos ugyan már nem a közösség tagjaként gyógyította a munkásokat – mint ahogy a falvak népi gyógyítói tették -, a kapcsolata ennek ellenére igen szoros volt a munkásokkal. A pénztárakban a munkások nemcsak kezelésre szoruló betegként kerültek kapcsolatba az orvosokkal, hanem emellett a munkáltató-munkavállaló viszony is kialakult. Az orvosok jól tudták, hogy ha a betegek nincsenek velük megelégedve, könnyen találnak helyettük más orvost. Ez a körülmény

kedvezően befolyásolta az orvos-beteg kapcsolat alakulását is.

Az orvosok és a munkások közötti viszony alakulásában fontos szerepet játszott az is, hogy a munkaszerződésekben fix fizetést kötöttek ki, és így **a gyógyítás folyamatában a pénznek és az alkunak már nem volt szerepe.**⁹ Ebben a finanszírozási formában elkerülhetőek voltak mindazok a hátrányok, amelyek a magánellátásban szokásos díjfizetésért nyújtott ellátás keretében mindig megjelennek. (A betegek nagy kockázata a gyakori visszarendelések; a szükségesnél több vizsgálat, beavatkozás; a megelőzés és az utógondozás elhanyagolása és mindezeknek a következtében a költségek folyamatos növekedése.)

Ennek az integrációs formának azonban – az előzőekben említett számos előnye mellett – jelentős hátrányai is vannak, amelyek megnehezítik az előnyök kihasználását. A gyógyításban kulcsszerepet játszó orvosok „nem érzik jól magukat” a pénztárakban és folyamatosan igyekeznek a számukra kedvezőtlen feltételeket megváltoztatni. Az orvosok állásáról és fizetéséről az alacsonyabb társadalmi presztízzsel bíró munkások döntöttek. Fizetésük a pénztárak „szegénysége” és az orvosok magas száma miatt alacsony volt. Ezek a körülmények arra ösztönözték az orvosokat, hogy saját érdekképviselői szervezeteik segítségével csökkentsék egzisztenciális bizonytalanságukat, és igyekeztek elérni azt is, hogy szerződéseikről a velük azonos társadalmi helyzetű emberek döntsenek. Független helyzetük csökkentésére több kísérletet tettek, – az 1927-es új törvény elfogadásáig eredménytelenül.

A magánpraxist folytató orvosok is megalakították saját szervezeteiket, amelyeken keresztül megpróbálták nyomást gyakorolni a számukra kedvezőbb feltételek megteremtéséért. A törvény elfogadását megelőző miniszteri indoklásból megtudhatjuk, hogy a magánorvosok törekvései nem voltak eredménytelenek.

„Egyébiránt megjegyyezi a bizottság, hogy egy igen lényeges módosításnál ép az orvosok érdekeire való különös tekintettel járt el. Az orvosok körében ugyanis az a panasz merült föl, hogy a 2400 koronás cenzus mellett a biztosító pénztárba való önkéntes belépés korlátozása nélkül oly nagy számmal lesznek az önkéntesen belépő tagok, hogy azok az orvosok, kik a pénztáraknál alkalmazva nincsenek, elvesztik praxisuk nagy részét. A bizottság erre való tekintettel igen jelentéke-

nyen megszorította az önkéntes belépéseket, a mennyiben a betegség esetére való önkéntes biztosításról szóló 7 paragrafus a) pontjában, hol ennek talán legnagyobb jelentősége van, a cenzust 2400 koronáról le szállította 1000 koronára a lakbér betudásával” (1907 : XIX. t.cz. Alkalm. biztosít, betegs. és baleset ellen).

Az orvostársadalom megosztott volt a biztosítás kiterjesztésével kapcsolatban. Egy részük azért küzdött, hogy a pénztárak szerepének bővülésével álláshoz jusson (s ebben a munkásokkal és az alkalmazottakkal voltak közösek az érdekeik), ugyanakkor azonban azt is szerették volna elérni, hogy az egzisztenciájukat érintő fontos kérdésekben (állás, fizetés) ne a pénztárak autonóm vezetésével kelljen alkudozniuk (ennek a kérdésnek a megoldásában az „államtól” várták a segítséget).

Az orvostársadalomnak a magánellátásban érdekelt része pedig határozottan fellépett a pénztárak szerepének növekedése ellen (ebben ők is az állam támogatását keresték).

„Az orvosok anyagi helyzete a századfordulón – részben a gazdasági nehézségek, részben a biztosítások hatására – rosszabbra fordult. Ebben a káoszban próbált rendet teremteni az orvosok anyagi érdekének megfelelően a MOOSZ¹⁰, mely sok küzdelmet folytatott a Munkásbetegsegélyező Pénztár ellen (jelentős érdekellentét volt a két grémium tagjai között). Az Orvosszövetség nagy energiával védte a fogyatkozó magángyakorlatot és általában a Szövetség tagjainak anyagi érdekeit” (Ádám 1986:36).

Az állam e többszörös nyomás keretében a mindenkori erőviszonyok függvényében döntött a szabályozás kérdéseit illetően. Ebben a szűkségképpen kompromisszumokra törekvő magatartásában gyökeres változás következett be a Tanácsköztársaság bukása után. A kormányzat elhatározta: korlátozza a munkavállalók szerepét a pénztárak irányításában, ez a döntés végeredményben a munkáspénztárak és a munkásbiztosítók „államosításához” vezetett.

Ennek megvalósítását megkönnyítette, hogy ez egybeesett a döntések meghozatalában egyre nagyobb befolyással rendelkező orvostársadalom érdekeivel.

„Az első világháborút és a forradalmakat követő válságos években a magyar értelmiségi középosztály politikai aktivitása megélné vált. A

szabadfoglalkozású értelmiség, az orvosok, ügyvédek, mérnökök és újságírók között valóságos szervezkedési láz tört ki: egyre-másra alakultak az új szakmai-érdekvédelmi szervezetek. Vezetőik helyet követeltek maguknak az országos politikai élet színpadán is a képviselőházban, a felsőházban, a minisztériumok magas posztjain s a kormány- és az ellenzéki pártok jelölőlistáin.

Az orvosok hamarosan kiemelkedtek politikai dinamizmusukkal; hangjuk a sajtóban és az országgyűlésben felerősödött, vezetőik feltűntek a korszak tisztán politikai mozgalmainak vezérkarában is. A régebbi, politizálástól visszahúzó orvos egyesületek mind jobban veszítettek erejükből vagy meg is szűntek, a radikális politikai programmal fellépő új egyesületek viszont- többezres mamutszervezetekké növekedtek” (Kovács 1985).

A háború utáni elszegényedett országban a növekvő számú orvosok csak az államtól remélhettek biztos megélhetést. Keresztes Fischer Sándornak, az egészségügy irányítását ellátó belügyi tárca későbbi vezetőjének szavaiból arra következtethetünk, hogy a munkásbiztosítás államosításában ez is fontos szerepet játszott. „...az orvosi társadalom volt az, amely sürgette a társadalombiztosítási intézmények kiépítését és azt, hogy az orvosok fix állást kapjanak” (Képviselőházi Napló, III. kötet, 51. ülés, 1939. nov. 15., Budapest, 1940., 55. oldal).

Ilyen körülmények között került sor 1927-ben a „Betegségi és baleseti kötelező biztosításról” szóló törvény elfogadására. A törvényt betervező miniszter indoklásában is utal a törvény meghozatalában figyelembe vett körülményekre. „Végre a forradalom a munkásbiztosítás tekintetében is felrázta a nemzetet tétlenségéből. Az a szomorú tapasztalat, hogy a bűnös könnyelműséggel felidézett proletárdiktatúra, amely a nemzet ... erkölcsi és anyagi javaiban oly mélyreható rombolással tobzódott, segítőtársainak, sőt vezéreinek jelentékeny részét a munkásbiztosítási tisztviselők közül szedte, hirtelen megérlelte a közvéleménynek csaknem egyhangú elhatározását arra, hogy a munkásbiztosítás önkormányzati szervezete mielőbb módosítsák és kiküszöböltessék annak lehetősége, hogy a munkásbiztosítás a szociálpolitikai hivatás köpe nye alatt tovább is állam- és társadalomellenes elemeket rejtegessen. Az önkormányzat reformja tekintetében pedig a közvélemény csaknem

teljességében a mellett foglalt állást, hogy a munkásbiztosítási tisztviselők alkalmazása kivéteessék a munkásbiztosítási önkormányzat jogköréből, és hogy az intézmény ügyvitelét állami tisztviselők lássák el” (1927:XXI. t.-c. a betegségi és baleseti kötelező biztosításról). Megtudhatjuk a törvény indoklásából, hogy ezen kívül az orvosok szempontjait is figyelembe vették az egyes törvénycikkek megfogalmazásakor.

„Általában a biztosítási kötelezettség kiterjesztésénél bizonyos óvatosságra int az orvosok anyagi helyzete, amelynek megértő méltánylása ugyancsak mellőzhetetlen kötelessége a törvényhozónak. A betegségi kötelező biztosítás keretében elhelyezett osztályok ugyanis kiesnek az orvosi kar magángyakorlatából, és ezen az oldalon a biztosítás csökkentheti az orvosi kar szabadgyakorlatban elérhető keresetét és megélhetését, ha olyanokat is felölel, akik a biztosítás hiányában az orvosoknak fizető magánbetegei volnának. Kétségtelen ugyanis, hogy az orvos az egyes beteggel szemben magasabb díjszabást érvényesíthet, mint oly intézménnyel szemben, amely nagyobb elfoglaltsági kört nyújt ugyan, de ezt csak mérsékeltebb átalányösszegben díjazhatja. Figyelemmel arra, hogy az orvosi kar esetében nélkülözhetetlen munkát kifejtő társadalmi osztályról van szó, amely magasabb rendű kiképzésnek és nagyjelentőségű szolgálatnak ellenértéke fejében megfelelő díjazást jogosan követelhet, vigyáznunk kell arra, hogy az egyik részen üdvös intézkedések a jogos határok között maradjanak, nehogy túlzásba átcsapva a másik részen kárt okozzanak. A javaslat ezeknek megmondolásával a biztosítási kötelezettség köréhez csak óvatosan nyúl és a jelenlegi jogállapothoz képest új foglalkozási ágakra a biztosítást tulajdonképpen nem terjeszti ki” (1927:XXI. t.-c. A betegségi és baleseti kötelező biztosítása).

A pénztáraknál és a magánellátásban dolgozó orvosok ellentétére következtethetünk abból, hogy az orvosoknak mind a két csoportja szeretne volna a társadalom „jómódú” tagjai ellátásának lehetőségét megszerezni. A „felső határok” meghúzása, a biztosítottak családtagjainak pontos meghatározása a magánellátásban dolgozó orvosok eredményes küzdelmére enged következtetni.

Erre utal az a paragrafus, amely a kötelező biztosítást csak azokra a munkavállalókra terjeszti ki, akiknek „javadalmazásuk évi 3600 pen-

gő, illetve havi 300 pengő összeget meg nem halad”. Ugyanezt a célt szolgálta az a passzus, amely, az 1907. évi törvény mulasztását korrigálandó, a „családtagok” pontos körülhatárolásának hiányából adódó félreértéseket hivatott tisztázni. Ezentúl csak azokra a családtagokra terjed ki a biztosítás, akiket a biztosított saját háztartásában eltart (32 §) . E paragrafus indoklásában a miniszter megjegyezte: „Ennél a kérdésnél az orvosok jogos érzékenységét is figyelembe kellett vennem” (1927, XXI.te.).

A már 1923-ban előkészített törvény a biztosítási jogszabályok egységesítése ürügyén valójában a munkásbiztosítás államosítását vezette be.

„Az 1927: XXI. törvény az Országos Munkás- betegségélyező és Bal- esetbiztosító Pénztár feladatkörét az Országos Munkásbiztosító Intézetre ruházta. Az intézet központi és helyi szerveinek működését a munkaadókból és munkavállalókból paritásos alapon összeállított választmány ellenőrzi és határoz egyes ügyekben. A központi választmány élén azonban az államfő által kinevezett elnök áll, akit a döntés joga megillet a vitás kérdésekben. A törvény indoklása szerint az elnöknek kell biztosítani az »állami közérdek« érvényesülését a határozatok hozatalánál” (Hahn 1960:128).

Az államosításnak ez még az „enyhébb” változata: nem terjedt ki mindenkire, és az állam nem vált az intézmények tulajdonosává sem. A gyógyítás társadalmi beágyazottságát azonban ez a lépés is gyengítette: visszaszorult a biztosítottak szerepe az ellátás irányításában, ugyanakkor az orvostársadalom egyre határozottabban tudta képviselni saját érdekeit.

Az államosítás egyik jellegzetes következménye volt, hogy a befizetés már nem közvetlenül került a munkásoktól és a munkáltatóktól a „ládába”, hanem *országos intézményen* keresztül történt a különböző szolgáltatások finanszírozása. A járulék ettől kezdve már nem úgy jelent meg, mint a munkások egészségügyi és betegbiztosításának „közvetlen” költsége, hanem „adójellegű” befizetéssé vált, és ennek következtében az eddigi erős társadalmi kontrollja is meggyengült. (A szakszervezetek nem gyakoroltak erős nyomást a munkáltatókra a járulék befizetése miatt, hiszen az OTT¹¹ ettől függetlenül is működött.)

Az állam pedig – hasonlóan a mai helyzethez – nem volt elég erős

ahhoz, hogy a járulékfizetési kötelezettségeket betartassa. „A gyárosok javaslatára felemelték a járulékokat, a táppénzt a napi bér 50 százalékára csökkentették, elrendelték a munkaadói igazolványok megfizetését, a gyógyszerköltségek egy részének megtérítését, az idült betegek segélyezésének, a rokkantak kártalanításának korlátozását.

A hiány azonban nem szűnt meg, különösen azért nem, mert számos munkaadó a gazdasági válságra hivatkozva nem fizette be a járulékokat. A hátralék egyre nőtt. 1927-ben a betegségi biztosítási járuléktartozások összege mintegy 18,4 millió pengő volt, 1935-ben közel 37 millió pengő, vagyis több mint a betegségi biztosítás egy évi kiadása” (Hann 1960:130).

A gyógyítás társadalmi beágyazottságát jelentős mértékben gyengítették ezek a módosítások; a munkások nemcsak elvesztették a közvetlen ellenőrzés lehetőségét, hanem egyszersmind az őket gyógyító orvosok megválasztásában eddig meghatározó szerepük is megszűnt. Az orvosok és a biztosítottak közötti kölcsönös függő helyzet ezek után egyoldalú függő helyzetté változott.

Az Országos Munkásbiztosító Intézetben a biztosítottakat továbbra is szerződéssel alkalmazott orvosok látták el. Az orvosok szerződtetésében azonban lényeges változások történtek. „A legjobbaknak kiválasztására biztosítékot kíván a javaslat adni azzal a rendelkezésével, amely szerint a jelölést a kerületi pénztári választmány elnöke az orvosi tanács meghallgatása után teljesíti. Minthogy pedig az elnök fontos felelősségének tudatában az orvosi tanács javaslatát alig mellőzheti, az esetek túlnyomó részében rendszerint az orvosi tanács javaslata fog a jelölésben érvényesülni. A végett, hogy ez a jelölés a legérdemesebbek közül való választásának biztosítéka legyen, a javaslat szerint a kerületi pénztári választmány csak a jelöltek közül választhat” (1927: XXI-t-c. A betegségi és baleseti kötelező biztosítása).

Ez a változás lényegében megszüntette az egészségügyi ellátásnak a pénztárakban addig meglévő társadalmi kontrollját. Minimálisra csökkent a pénztárak tagjainak joga az orvosok megválasztásában. Ugyanakkor jelentősen megerősödött az orvosok szakmai autonómiája, hiszen sikerült megvalósítani azt a régi törekvésüket, hogy az orvosok munkáját orvosok ellenőrizzék és ne azok, akiknek az ellátásáról gondoskodnak.

A lakóhelyi közösségeket ellátó – szintén ebbe az integrációs formába tartozó – orvosoknak hasonló törekvések voltak, mint a pénztárakban dolgozó kollégáiknak. Már a 19. század végén megfogalmazták követeléseiket, amelyekkel a községektől, a városoktól (azaz az ellátandó lakosoktól) való függő helyzetük csökkentése érdekében a tisztiorvosi, körorvosi, és a körzeti orvosi állások államosítását szorgalmazták.

„Ha az államhatalom nem akarja, hogy a falu orvosa proletárrá váljék, hogy a közegészség ügye posványba süllyedjen ..., akkor az állami segélynyújtás útjára kell lépnie. A községi és körorvosok fizetésének és lakbérének egész terhét ma a községek viselik, és ezt a terhet nem bírják. Ha az állam átveszi az orvosok fizetésének terhét, ha a községeket hozzásegíti megfelelő orvosi lakások megépítéséhez, ha rendezi az orvosok státusát, úgy, mint ez egyetemi végzettségüknek megfelel, s ahogy a szomszédos államokban is van, akkor a magyar közegészségügyet is biztos alapokra fekteti” (Kerbolt 1985:83).

A körzeti és a körorvosi állások államosítására 1936-ban, a tisztiorvosokéra pedig 1942-ben került sor. Az integrációs forma megváltozását – önkormányzati ellátás helyett állami ellátás – így értékelte az eseményeket feldolgozó orvos történész:

„Az egészségügy irányítói a közegészségügyi-járványügyi és az egészségvédelmi tevékenység kiszélesítésére irányuló elgondolásaikat az egészségügyi közigazgatás közvetlen, központi alárendelésével valószínűsítették meg. A hatósági orvosokat a kormányzat nevezte ki, bizonyos feladatkörben közvetlenül irányította is a tevékenységüket. Az egészségügyi közigazgatásnak ezt az »államos-ítását« a hatósági orvosok egy része már régen sürgette; mert mint választott tisztviselőknek, állásuk bizonytalan volt, és besorolásuk a helyi önkormányzatok belátásától függött. Működésüket sokszor korlátozta a helyi önkormányzatok szűk látóköre. A központi irányítás kétségkívül lehetővé tette az egészségügyi szakszervek egyenletesebb elosztását, a szakmai szempontok figyelembevételével” (Hahn 1960:117).

*

A „munkásbiztosítók”¹² államosítása mellett az erős érdekképviselettel rendelkező szakmáknak sikerült saját biztosítójuk önállóságát továbbra is megőrizni (magánalkalmazottak, vasutasok, postások, bá-

nyászok,...), így az erősen hierarchizált társadalomban a biztosítás területén is megjelentek a társadalmi különbségek.

„A betegbiztosítást a **széttagoltság jellemezte**, az OTI mellett külön biztosító intézetük volt a magánalkalmazottaknak, az államvasút alkalmazottainak, a magánvasutak alkalmazottainak, a postásoknak stb. Mintegy 50 betegbiztosító működött... A rendszer mégis ragaszkodott a széttagoltsághoz, a különböző jövedelmű rétegeket ellátó intézetek különböző színvonalú szolgáltatásokat nyújtottak. A harmincas évek végén például egy tagra jutó orvosi költség az OTI-nál 7 pengő 70 fillér, az OTBÁ-nál 9 pengő 84 fillér, a MABI-nál 11 pengő 62 fillér, a postatakarékpénztár alkalmazottainak biztosító intézményénél 13 pengő 65 fillér volt” (Hahn 1960:131).

A hazai biztosításnak a bányásztársuládtól az OTI megalakulásáig terjedően vázolt története során nyomon- kísérhettük azokat a változásokat, amelyek eredményeképp az erős társadalmi beágyazottságokkal működő, az érdekeltek által irányított pénztárakból az orvosok és az állam közös érdekeinek megfelelően egy állami irányítású intézmény alakult ki. Az önkormányzati ellátásban a szolgáltatást igénybevevők ellenőrző, irányító szerepe a minimálisra redukálódott. Az önkormányzatok szerepe háttérbe szorult, ugyanakkor az orvostársadalom szakmai autonómiája megerősödött.

4. Az integrációs formák közötti verseny

Ebben a fejezetrészen azt vizsgálom, hogy a gazdasági racionalitás egyre erőteljesebb érvényesülése a gyógyításban milyen változásokat eredményezett a gyógyítás integrációs formái közötti arányokban, és hogy miért alakult ki az egyes formák között a lehetséges kooperáció helyett éles verseny.

Az elemzésben kitérek arra is, hogy az integrációs formák közötti arányok alakulásában milyen szerepet játszottak a lakosság, az orvosok és az állam érdekei, és végül, hogy hogyan változott a heves küzdelmek során a gyógyítás társadalmi beágyazottsága.

a) A „túlkínálat” kialakulása

A gyógyítás társadalmi integrációjának változására sajátos körülmény nyomta rá bélyegét a két világháború közötti Magyarországon. Az orvosok és orvostanhallgatók Magyarországra áramlása az elcsatolt területekről, és az, hogy a nehéz gazdasági körülmények között az orvosi pálya még mindig biztos megélhetéssel kecsegtetett, együttesen azteredményezte, hogy az orvosok száma gyors ütemben emelkedett ebben az időszakban. Az alábbi táblázatból kitűnik, hogy 1922 és 1938 között több mint kétszeresére nőtt Magyarországon az orvosok száma.

1. sz. táblázat: Az orvosok száma és területi megoszlása 1922 és 1938 között

Az orvosok megoszlása 100.000 lakosra eső orvosok szán Az összes lakóhelyek szerint

| Év | orvosok száma a trianoni területen | Budapest | A többi 10 törv. hat.j. város | | | Egyéb városok és községek | Országos átlagban | Budapest | A többi 10 törv. hat.j. városban | Egyéb városokban és községekben |
|------|------------------------------------|----------|-------------------------------|------|-------|---------------------------|-------------------|----------|----------------------------------|---------------------------------|
| 1922 | 4792 | 2129 | 593 | 2070 | 60.0 | 229.1 | 97. | 1 | 32 | .1 |
| 1930 | 8196 | 3462 | 1023 | 3711 | 94.3 | 344.5 | 152. | 4 | 52 | .9 |
| 1935 | 9376 | 4057 | 1167 | 4152 | 104.8 | 382.6 | - | | | |
| 1938 | 10590 | 4820 | 1409 | 4361 | 116.9 | 414.5 | 188. | 9 | 58 | .8 |

(Forrás: Scholtz 1941:32)

A százezer lakosra jutó orvosok száma ez idő alatt 60- ról 116,9-re emelkedett. Ennél **magasabb arányszámot ebben az időben egyetlen más európai országban sem találhatunk!** Ebben a tekintetben Magyarország messze megelőzte a gazdaságilag fejlettebb, magasabb egy főre jutó jövedelemmel rendelkező országokat. Egyedül Svájcban jutott 100-nál több (109) orvos 100 ezer lakos ellátására. A fejlettségi „rangsor” élén álló többi országban ennél jóval alacsonyabb volt a lakosságra vetített orvosszám.

Hasonló változásokat figyelhetünk meg a kórházi ágyak számát tekintve is. Az I. világháborút követő veszteségek ellenére a kórházi ágyak száma gyors ütemben növekedett. Az európai országok között ebben a tekintetben is – ha nem is első – előkelő helyet foglalt el Magyarország.

2. sz. táblázat: A kórházi ellátás fejlődése 1921-től 1938-ig

| Év | 1921 | 1925 | 1930 | 1935 | 1938 |
|------------------------|-----------|-------------|---------|------------|------------|
| Kórházak száma | 183 | 205 | 233 | 291 | 304 |
| Betegágyak száma | 26.451 | 29.802 | 39.821 | 46.695 | 48.898 |
| Ápolt betegek száma | 243.575 | 282.174 | 429.518 | 540.537 | 636.804 |
| Ápolási napok 7, | 342.854 8 | 158.328 11, | 471.492 | 12,385.496 | 13,807.866 |
| 100. 000 lakosra esett | | | | | |
| Betegágy | 329 | 358 | 457 | 523 | 540 |
| Ápolt beteg | 3.039 | 3.391 | 4.927 | 6.058 | 7.011 |
| Ápolási nap | 91.524 | 98.037 | 132.629 | 139.000 | 152.029 |

(Forrás: Scholtz 1941:33)

A két világháború közötti Magyarországon összességében fejlett egészségügyi szervezet épült ki, legalábbis az adott társadalmi-gazdasági körülményekhez viszonyítva. Az egészségügyi intézményrendszer, a kórházhálózat 19. század végén megindult fejlődése folytatódott a két világháború között is. Jelentős számú kórház épült, javultak az ellátottsági mutatók (Füzesi 1980).

Az orvosok és a kórházi ágyak számának növekedése messze meghaladta az ország teherbíró képességét. Ennek a jelentős „túlkínálatnak” az ismeretében érthetővé válnak azok az éles konfliktusok, amelyek végigkísérték e korszakban az egészségügyi ellátás és a gyógyítás történetét.

Az orvosok magas számának káros hatásairól így írt egy falusi körorvos: „Az orvosi túl produkció a falu egészségügyének javára szolgált addig, míg az orvosok arányosabb elosztását város és falu között meg nem oldotta. Ha azonban az ország a vidékre letelepedett orvosoknak sem tud már biztos megélhetést adni, akkor az orvosi túl produkció a közegészségügynek nem javára, hanem kárára szolgál. A sok megélni nem tudó orvos terhére válik a falunak és városnak egyaránt, és az orvosi munkanélküliségből az orvosi sarlatánizmus, a polypragmazia, a gyógyító tevékenységnek üzletté való lealacsonyodása stb. fog kinőni. Ma már régen megszűnt az a helyzet, mikor az orvosi állások 10-20 %-a állandóan betöltetlen volt, ma nem az a baj, hogy nem akadna pályázó vidéki orvosi állásokra, hanem az, hogy nincsen állás a sok végzett és legtöbbször jól képzett fiatal orvos számára. Ma már az a sokat hangoztatott és napilapokban is állandóan megírt tétel, hogy a fővárosban és a városokban sok az orvos, de a vidéken kevés, nem állja meg a helyét, mert a vidék is már orvosokkal zsúfolva van” (Kerbolt 1935:78)

A helyzetet elemző írások írások az orvosok alacsony fizetése miatt az orvosi „proletariátus” kialakulásának veszélyeire hívták fel a figyelmet. „... a háború előtt Magyarország egyes vidékeinek orvosi ellátottságában nagy hiányok mutatkoztak, s kétségtelen, hogy ez a hiány most megszűnt, de kétségtelen az is, hogy az orvosi túl produkció- nak ez a mértéke orvosi proletariátus kialakulására vezet és eltekintve az orvostársadalom itt nem részletezhető katasztrofális helyzetétől, tisztán közegészségügyi szempontból is felettébb káros” (Kerbolt 1935:79).

Az egészségügyi ellátásban tapasztalt jelentős túlkínálat közepette – szegény országban, ahol a fizetőképes kereslet ennek megfelelően igen mérsékelt volt – olyan éles verseny alakult ki a gyógyítás területén, mely példátlan a hazai egészségügy történetében. A viták bőséges anyagot kínálnak a kor kutatójának a gyógyítás területén működő érdekviszonyok elemzéséhez, és lehetőséget kínálnak az integrációs formák közötti arányok alakulását befolyásoló szempontok megismerésére.

b) Küzdelem a piaci pozíciók megszerzéséért

A gazdaságban domináns önszabályozó piac hatása erőteljesen beszűrődött a gyógyítás területére is. A verseny elemei nemcsak a magánellátás területén voltak megfigyelhetőek. Ennél sokkal keményebb verseny alakult ki „a gyógyítás piacának újrafelosztásáért”, azaz az egyes integrációs formák arányának megváltoztatásáért.

A piaci mechanizmusoknak az integrációs formák közötti arányok megváltozását eredményező hatását az alábbi szempontok szerint vizsgálom:

- törekvés a versenytársak kiszorítására;
- küzdelem a fizetőképes kereslet növeléséért;
- törekvés az orvosok közötti verseny mérséklésére.

Az első két területen az orvostársadalom egységesen lépett fel a konkurencia kiszorítása és az egészségügyi szolgáltatások iránti igények növelése érdekében. Az e célok elérésére erős érdekszövetségbe tömörült orvosok között azonban kemény küzdelem alakult ki a „gyógyítás” piacának felosztásáért.

Törekvés a versenytársak kiszorítására

A gyógyítás piacáért folyó küzdelem legfontosabb eleme

- akárcsak a gazdasági élet területén – a tényleges és a potenciális **vetélytársak számának korlátozása**. Ennek érdekében az orvosok továbbra is üldözték a népi gyógyítást, és ezzel igyekeztek csökkenteni az öngyógyításnak, mint integrációs formának a jelentőségét.

A gyógyítás piaciért folyó küzdelem új területre, a jövődöbeli „fogyasztók” befolyásolására is kiterjedt. A tanulók számára készült Egészségtan tankönyvekben is megtalálhatóak a versenynek azok az elemei, amelyek az orvostársadalom kollektív érdekeit szolgálják: a versenytársak kiszorítására törekvés, és a saját szolgáltatásuk iránti igények felkelése. A diákok kezébe adott tankönyvekből állítottam össze a következő táblázatot, annak illusztrálására, hogy milyen képet rajzolnak a tanulók előtt az orvosokról és a „kuruzslókról” az egészségstan tankönyvek, és a szerzők milyen tanácsokkal látják el az iskolában tanuló diákokat. Az idézett szövegek és az összeállított táblázat alapján érzékelhető az a törekvés, hogy a „verseny” csak azok között képzelhető el, akiknek erre

„jogosítványuk” van. A betegek választási lehetőségét csak e (törvényileg is védett) keretek között tartják elképzelhetőnek.

3. sz. táblázat Az orvosokról és a „kuruzslókról” kirajzolódó kép a tankönyvek alapján

| Orvos | Kuruzsló |
|--|---|
| <i>Tudásszintje</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - hosszú évekig tanult - ismeri az emberi test szerkezetét és működését - oklevele van | <ul style="list-style-type: none"> - az orvosi tudományokat nem tanulta - a beteg vizsgálatában nem jártas - nem ismeri az emberi szervezetet és annak működését - nem ismeri fel a betegséget - a betegség természetét nem tudja biztosan megállapítani |
| <i>A gyógyítás várható eredménye</i> | |
| <ul style="list-style-type: none"> - gyógyítással eredményesen csakis a sokat tanult orvos foglalkozhat - minél korábban hívják, annál biztosabban és könnyebben segít - a betegség olyan, mint tűz, az orvos a tűzoltója | <ul style="list-style-type: none"> - előfordulhat, hogy a beteg a természet erői folytán meggyógyul - megesik néha, hogy amit ajánlottak, bevált vagy legalábbis nem ártott, de ez csak véletlen - nem segítője, hanem ellensége a betegnek - nem segít, csak árthat - veszedelem rejlik benne - a beteget gyógyítani nem tudja – életével fizet a beteg (ha hozzá fordul) - vakká, süketté, nyomorékká, szerencsétlenné tehet - nem gyógyít, hanem öl – nem orvos, hanem hóhér |

Mit tesz a gyógyítás érdekében?

- támogatja a szervezet küzdelmét a betegség ellen
- tudja mikor és miként kell cselekednie
- megelőzi és elhárítja a bajt
- köteles minden körülmények között kimenni a beteghez
- köteles a legjobb tudása és lelkiismerete szerint tanácsot adni
- célszerűtlen vagy káros szereket rendel
- bajt okoz
- tanácsaival árt (ha taná csa bevált, az csak véletlenség)

(Forrás: A táblázat összeállításához felhasznált idézetek és a tankönyvek bibliográfiai adatai az 1. sz. mellékletben található.)

4. sz. táblázat: A tankönyvben szereplő tanácsok az orvosokkal és a „kuruzslókkal” kapcsolatban

| Orvos | Kuruzsló |
|---|--|
| <i>Kihez forduljunk?</i> | |
| - a beteg gyógyítása az orvos feladata | - aki kuruzslóra bízta magát, elmulasztja szakszerű gyógyítást |
| - aki beteg, forduljon minél előbb orvoshoz | - józan eszű ember nem fordul hozzá |
| - a beteg várja az orvos segítségét és tanácsát | - művelt emberhez nem illik, hogy kuruzslóhoz vagy java-sasszonyhoz járjon |
| - igen helyesen teszi mindenki, ha háziorvost választ | - művelt ember nem bízta legdrágább kincsét, az életét kuruzslóra |
| - akinek nincs módja, lépjen be valamelyik betegsegélyező egyesületbe | - balga ember, aki óráját a csiz-madiához viszi javítani |

Kiben bízhatunk?

- legyünk őszinték vele
- ne hallgassunk rá
- higgyünk neki
- tanácsait be kell tartani

Mit tegyünk?

- fáradságát meg kell fizetni
- a józaneszű ember az ilyen veszedelmes sarlatánt átadja a hatóságnak

(Forrás: lásd a 3. sz. táblázatnál)

A potenciális vetélytársak számának korlátozását az orvosképzés csökkentésével lehetett elérni. „... az egész korszakot az orvosképzés csökkentése jellemzi. Az 1921-1922. tanévben azok a hallgatók, akik a háború, a területi változások miatt kénytelenek voltak tanulmányaikat félbeszakítani, 5000 fölé emelték az orvostanhallgatók létszámát, ezután azonban számuk folyamatosan csökkent. Az 1937-38. tanévben az I. félévre beiratkozott 1537 hallgató, ebből a budapesti egyetemen 769, Debrecenben 226, Pécsen 296, Szegeden 246 tanult. A húszas évek közepén az évente kiadott orvosi oklevelek száma 600-700 között ingázott, a harmincas évek végén 300-400 között. Az 1939-1940.

tanulmányi évben az I. évfolyamra mindössze 325 orvostanhallgató és 69 gyógyszerhallgató iratkozott be” (Hahn 1960:110).

A potenciális vetélytársak kiszorítását (illetve az összetételük megváltoztatását) szolgálta az 1920-ban bevezetett numerus clausus is, amely a zsidó orvostanhallgatók számát korlátozta. Ennek következtében „a zsidóság részaránya az orvosok között az első világháború előtti 50 százalékról az 1920 után végzett fiatalabb korosztályokban 23 százalékra csökkent” (Kovács 1985:70). E két csoport közötti ellentétek végigkísérték a kor egészségügyi vitáit, amelyek végletesen kiéleződtek a zsidótörvények idején.

Küzdelem a fizetőképes kereslet növeléséért

Az orvosi „túl produkció” azért is okozott különlegesen nagy feszültséget az orvosok között, mert a pályamódosításra kevés lehetőségük

nyílt. (Az értelmiségi foglalkozások között éppen ezért az orvosoknál a legalacsonyabb a „pályaelhagyás” aránya.) A biztos megélhetés reményében orvosi pályát választók a szűkös fizetőképes kereslet közepette kényszerpályára kerültek, s érthető módon mindent megtettek azért, hogy megélhetésüket biztosítani tudják.

Ezt a célt szolgálta – többek között – az orvosi díjazás szabályozása, amely mindig a **legalacsonyabb** díjtételekre vonatkozott.

A két világháború közötti években folyamatos viták kísérték a **szegényrendelések** szabályozását. A szegényrendeléseken a városi nincstelen lakosság¹⁴ ellátása folyt. (Budapest lakosságának kb. 10 százaléka szegényellátás keretében jutott orvosi ellátáshoz.) Az ingyen rendelések szigorú szabályozását több szempont miatt is szorgalmazták az orvosok.

A szegényrendelésre nem jogosult – a törvényben megszabottnál bár nagyobb fizetéssel, de szűkös körülmények között élő – betegek egy része itt próbált ellátáshoz jutni. Ez azonban veszélyeztette a magánorvosok paci-entúráját.

„A közalkalmazott orvosok érdekeinek védelme mellett újból és újból felmerült a kamarai vitában az ingyen rendelések ügye, amellyel már az Országos Orvosszövetség is sikertelenül birkózott. A klinikák ingyen rendeléseit nagy számban keresték fel jómódú betegek is, ami a magánbeteg rendelők forgalmának további csökkenéséhez vezetett. A Budapesti Orvosi Kamara első intézkedései között volt, hogy megtiltotta a szegénységi bizonyítvánnyal nem rendelkező betegek ingyenes gyógykezelését, majd ez ügyben felterjesztést is intézett a belügyminiszterhez” (Ádám-Mikecz-Hegedűs 1989, XI).

Az orvosok nemcsak a szigorú szabályozással, hanem erős erkölcsi nyomással is igyekeztek a szegényrendelésekre vonatkozó előírások betartását elérni. „Orvosok közötti viszonylatban – ebben a korban – a legnagyobb erkölcstelenségnek számított, ha egy orvos szegénységi bizonyítvánnyal nem rendelkező beteget ingyen vagy az Orvosszövetség által megszabott tarifánál olcsóbban gyógyított. Ezt a magatartást a konkurencia legyűrését célzó, tisztességtelen reklámfogásnak minősítették. Ez az etikai szabályozás a kapitalista orvoslás egész rendszerén végighúzódik, sőt a nyugati államok orvosetikai kódexeiben mai napig

megtalálható. A húszas, harmincas évek magyar viszonyaira jellemző, hogy a már említett Imre József-féle etikai előadássorozat oldalakat szentel a «tiszteletlen versenynek», és szenvedélyesen ítéli el az ingyen gyógyítókat” (Ádám 1986:45).

Az országot jellemző szegénység közepette előfordult, hogy a biztosítással nem rendelkező beteg emberek nem tudták az ellátást azonnal fizetni, és ezt későbbi időpontra ígérték. Az orvosok a lakosság fizetőképességének korlátait látva, olykor elfogadták ezt a feltételt. A betegek egy része azonban később sem teljesítette ígéretét. Ez ellen védekezés-képpen az orvosok feketelistákat állítottak össze és tájékoztatták egymást a nem-fizető betegekről.

„Az orvosok körében a felszabadulás előtti évtizedekben szokás volt ún. feketelistákat összeállítani (habár ezt a MOOSZ és a kamara kifejezetten nem támogatta, de nem is üldözte, szabályzatai, melyeket egyébként oly körültekintően készített el, erről nem szólnak). Ezek a listák azoknak a nevéet tartalmazták, akik későn fizették meg a honoráriumot, kevesebbet fizettek, mint amiben megállapodtak, vagy egyáltalán nem fizettek. A feketelistákat az orvosok elküldték egymásnak.- Aki szerepelt a listán, azt „periculum in mora” (életveszély, haladék nélküli beavatkozás) kivételével nem látták el, sőt családtagjaikat is kizárták az orvosi praxisból” (Ádám 1986:59).

A fizetőképes kereslet növelése érdekében a gyógyítás piacának bővítésére is történtek kísérletek. Az orvosi szaklap egyenesen az „orvos érdekét” szolgáló reklám intézményesítését követeli.

„Még mindig jelennek meg »orvosi üzenetek«, amelyeknek jóhiszeműségénél csak az a tény világosabb, hogy nem szolgálnak orvosérdeket, hanem orvospótló közönségérdeket! Mert az, hogy egyik-másik napilapban megjelenik, hogy lábikragörcs ellen esetenként egy-két pohár vizet vagy limonádét kell inni, a sűrű vért felhígítani csak azt eredményezheti, hogy a lábikragörcsben szenvedők nem mennek orvoshoz, mert hiszen a kis cikk világosan megmondja, hogy »a hatás prompt és biztos«. Az orvosi sajtóbizottság feladata tehát »legszentebb egészségügyi parancs« hirdetése: »mennél többször keresd fel az orvost!« Orvosi cikkek refrénje ez legyen! Önmagunkért aktív sajtópropagandát!” (*Magyar Orvos*, 1930, 20.sz. 538.oldal).

Az orvosok közötti verseny

Az előző két pontban azt mutattuk be, hogy az orvostársadalom miékként próbálta a saját piaci pozícióit javítani. Ezek után vizsgáljuk meg azt, hogy ezen a piacon hogyan versenyeztek immár egymással az orvosok. A konfliktusoknak azokkal az elemeivel foglalkozom, amelyeknek hatása volt az integrációs formák arányának változására.

A magánorvosok küzdelmét a biztosítás kiterjesztése ellen jól érzékeltetik a következő események. Az első világháborút megelőző időszakban is, mint ezt már korábban jeleztük, számos konfliktus forrása volt a pénztárak tevékenysége, „...a húszas években – az ismert problémák miatt – a helyzet anyagilag sokkal rosszabbra fordult. Egyre több szócsett orvosi körökben a »kényszerbiztosításról«, egyes orvosok »állás-halmozásáról« és arról, hogy a »Pénztárak« elvesznek a fizető betegek-ből is néhányat. A »betegbiztosító« körüli harc néhány év alatt marginális vitából központi küzdőtérre változott. Különösen felforrósodott a hangulat, mikor köztudottá vált, hogy az állam soha nem látott méretű pénztári hálózatot kíván létrehozni, az »OTI«-t (Országos Társadalombiztosítási Intézet). Az orvosok vegyes érzésekkel fogadták a korábban áhított »államosításnak« ezen formáját.

Egyre nyíltabban kerültek szembe a pénztári orvosok a kizárólag magángyakorlatot folytató orvosokkal. A konkurenciaharc soha nem látott méreteket öltött” (Ádám- Mikecz-Hegedűs 1989, VI).

Az egész időszak legnagyobb vitája is az OTBA rendelőintézeti hálózatának kiépítése miatt robbant ki. „A kormány 1921-ben megalapította az OTBA-t, az Országos Tisztviselők Betegsegélyező Alapot, amely a köztisztviselőknek ingyenes házi-orvosi- és gyógyszerellátást adott. Az MOOSZ határozott tiltakozására a kormányzat két év után megszüntette a házi-orvosi ellátás kötött rendszerét, és a segélyezett betegek ismét szabadon fordulhattak a különböző magánorvosokhoz ellátásért. A gazdasági válság alatt azonban a köztisztviselők helyzete ismét olyan mértékben romlott, hogy biztosításuk rendezését a kormány nem halogathatta tovább, és a mintegy másfél-százezres középosztálybeli csoport számára megalapította az OTBA rendelőintézeti hálózatát” (Kovács 1985:71).

Az MOOSZ határozottan tiltakozott e lépés ellen, hiszen a köztisztvi-

selők a magánellátás számára a biztos, jól fizető pacientúrát jelentették.

•A tiltakozás sikertelen maradt, ezért a MOOSZ a végsőre szánta el magát: országos érvénnyel kimondta a »Cavete«-t¹⁵ a rendelőintézetre vonatkozóan. E szerint etikai vétséget követ el az a szövetségi tag, aki az OTBA rendelőintézetében akár pályázat, akár megbízás alapján állást vállal. Ezekkel szövetségi tag nem tanácskozik, nem vállal állást olyan gyógyintézetnél, melynek tulajdonosai vagy alkalmazottai, és nem lép be olyan, akár orvosi, akár társadalmi egyesületbe, ahol ilyen orvost megtűrnék stb. Keresztes Fischer belügyminiszter nem maradt adós a válasszal: elrendelte, hogy a vármegyék és a főváros, a honvédség, a MÁV, és a Posta által alkalmazott köztisztviselő – orvosok állásvesztés terhe mellett lépjenek ki az Orvosszövetségből. A belügyminiszter hatáskörénél fogva egyszerűen megsemmisítette a Cavete-határozatot, majd visszavonta a szövetségből kilépést elrendelő intézkedéseket azaz a megjegyzéssel, hogy a szövetségből való kilépés hatálytananná vált...” (Ádám-Mikecz-Hegedű 1989. VII).

Az elmondottakból is jól látható, hogy a „túlkínálat” körülményei között az orvosok hogyan próbáltak meg saját helyzetükön javítani.

Az orvosok eredményes érdekérvényesítése következtében a gyógyítás társadalmi beágyazottsága folyamatosan gyengült az egészségügy államosítása előtt: a legerősebb társadalmi beágyazottságú integrációs forma (az öngyógyítás) szerepe folyamatosan csökken a gyógyításban; és az erős társadalmi beágyazottságú önkormányzati ellátáson belül pedig a lakosságot képviselő önkormányzatok szerepe folyamatosan háttérbe szorult. Ugyanakkor az önszabályozó piaci mechanizmusok hatása felerősödött. Ezeknek a változásoknak a következményeként a gyógyítás szubsztantív racionalitása egyre kevésbé érvényesülhetett.

c) A verseny következményei

Az egészségüggyel foglalkozó közgazdászok rendre felhívják a figyelmet azokra a sajátosságokra, amelyekkel az egészségügy a gazdasághoz képesti „másságát” támasztják alá, hangsúlyozva, hogy ezen a területen a közgazdasági szabályok másként érvényesülnek (Bondár 1992). E különbségeket olyan jelentősnek tartják, hogy a közgazdaságtanon be-

lül új szakterület is kialakult az ún. **Health Economics**. Bár kétségtelen, hogy az egészségügy területén megfigyelhetőek olyan sajátos vonások, amelyek e terület önálló elemzését teszik szükségessé, dolgozatomban azonban arra szeretnék rámutatni, hogy mindezek nem függesztik fel a közgazdaságtan alapvető összefüggéseinek érvényességét ezen a területen. Az előzőekben ismertetett példák is világosan mutatják: bármilyen sajátos terület is az egészségügyi ellátás, számos vonatkozásban lényegileg ugyanazok a mechanizmusok érvényesülnek ezen a területen is, mint a gazdaságban. A gazdasági folyamat elemzésére kidolgozott számos lényeges közgazdasági fogalom – mutatis mutandis – alkalmas az egészségügyben lejátszódó folyamatok leírására és értelmezésére is. A gyógyítás piacán ugyanolyan konkurenciaharc folyt ebben az időben, mint a gazdaság bármely más területén, és az alkalmazott eszközökben sem találunk lényeges különbségeket.

Fontos tapasztalata ennek az időszaknak, hogy ha az orvosoknak egzisztenciájuk megteremtéséért, illetve megtartásáért ilyen keményen kell harcolniuk, akkor ez fontosabbá válik számukra, mint maga a gyógyítás.

Az egészségügyi ellátás kiépült rendszere ilyen feltételek között egyértelművé tette azt is, hogy – az önszabályozó piaci mechanizmusok logikájának megfelelően – nem a lakosság egészségügyi ellátása, hanem a fizetőképes kereslet kielégítése (a nyereségérdekeltség, és nem a szükséglet kielégítés) volt a meghatározó szempont. Ez határozta meg az orvosok szakválasztását, területi elhelyezkedését, a kórházak építési helyét, és a különszobákra ápolási naponként megszabott díjat is.

*3. sz. táblázat: A szakorvosi képzéshez kötött állások
és a szakorvosi képzéssel rendelkező orvosok száma
orvosi szakmánként 1941-ben*

| szakma | Szakorvosi képzés birtokához kötött állások száma: | Szakorvosi képzéssel bíró orvosok száma: |
|--|--|--|
| Belgyógyászat | 363 | 1306 |
| Sebészet | 331 | 736 |
| Szemészet | 156 | 169 |
| Nőgyógyászat-szülészet | 298 | 790 |
| Gyermekgyógyászat | 161 | 521 |
| Bőrkórtan, nemibajok | 196 | 380 |
| Elme- és idegkórtan | 97 | 403 |
| Fül-, orr-, gégebajok | 180 | 276 |
| Urológia | 85 | 236 |
| Tüdőgyógyászat | 125 | 148 |
| Fogászat | 226 | 1428 |
| Röntgen | 168 | 214 |
| Természetes gyógymódok | 59 | 77 |
| Testegyenészet | 17 | 48 |
| Kórbonctan, kórszövettan és labor. vizsg. | 45 | 137 |
| Orvosi laboratóriumi vizsgálatok | 144 | 25 |
| Összesen | 2651 | 6894 |

(Forrás: Scholtz 1941:53)

„A szakorvosi képesítés megszerzésére irányuló törekvéseket természetesen a szóban levő állások elnyerésének vágya mellett a magángyakorlat szükségletei is irányítják. Innen magyarázható például a belgyógyászok és különösen a fogászok nagy száma. Erősen háttérbe szorulnak a kevésbé »lukratív« szakmák, mint a szemészet és a tüdőgyógyászat. Az állások számához képest aránylag kevés a röntgen szakorvosok és a természetes gyógymódok szakorvosainak száma és a szükséglet kielégítésére teljesen elégtelen az orvosi laboratóriumi vizsgálatok végzésére képesítetteké” (Scholtz 1941:54).

Az orvosok területi elhelyezkedésében is jelentős egyenlőtlenségeket figyelhetünk meg.

Az 1. sz. táblázatban közölt adatokból már láthattuk, hogy a 100 ezer lakosra jutó orvosok számára a főváros és az egyéb városokban és községekben lakók között 1922-ben több mint 7-szeres volt a különbség és azt is láthatjuk, hogy az 1922 és 1938 között a különbség **nem változott(I)**.

„De még a fővárosban is az orvosok leginkább a jómódú kerületekben telepedtek le. 1932-ben a Belvárosban 1000 lakosra 11 orvosi rendelő jutott, a Lipótvárosban 4,7, a Ferencvárosban 1,7, Kőbányán 0,7 rendelő” (Hahn 1960:113).

Az alföldi városokban a lélekszámra vetített kórházi ágyak száma alatta maradt az ország többi városában kialakult, a nyugat-európai országok szintjét megközelítő átlagnak.¹⁶ A különszobák és a kórtermek napi ápolási díjában vármegyénként kétszeres, sőt ennél magasabb¹⁷ különbségek is felfedezhetőek.

Míg Pest-Pilis-Solt-Kiskun megyében 13,6 pengő volt az egy napra jutó ápolási díj, addig Somogyban ez 5,6 forint volt.

A két világháború közötti időszak éles vitáiból megállapítható, hogy az orvosok és a kórházi ágyak magas száma önmagában még nem jelent előnyt a lakosság egészségi ellátása szempontjából. Megfelelő gazdasági -feltételek hiányában ezek a lehetőségek kihasználatlanok maradnak (korlátozzák az orvosok rendelési idejét, csökken az ágyak kihasználtsági százaléka, nő az orvos-munkanélküliek száma). Mindez közgazdasági szempontból azért is káros, mert az erőforrások (az emberi erőforrások és a beruházások egyaránt) olyan területeken vannak

lekötve, ahol nem hasznosulnak. Szociológiai szempontból pedig azért hátrányos a kereslet és a kínálat ilyen nagyfokú különbsége, mert szinte kezelhetetlen társadalmi feszültségeket generál, amelyek megzavarják a gyógyítás folyamatát.

A két világháború közötti években – mint az eddigiekből kitűnhetett – igen differenciált egészségügyi rendszer alakult ki, amely jelentős egyenlőtlenségeket hozott létre az egészségügyi ellátás területén. A vonatkozó statisztikákból arra következtethetünk, az egészségügyi ellátás kialakult struktúrája leképezte a kor erősen hierarchizált társadalmi struktúráját. (Olyannyira igaz ez, hogy az ellátás különböző formáihoz való hozzájuthatás alapján igen differenciált társadalmi struktúrákép bontakozik ki előttünk: mezőgazdasági népesség – biztosítás nélkül; városi szegények – szegényellátás; munkások – OTT; köztisztviselők – OTBA: magánalkalmazottak – MABI: magas fixfizetésűek számára – magánellátás.) Ennek ellenére ez a rendszer sok tekintetben előnyös is volt az ország lakosságának.

Az integrációs formák közötti és a magánellátáson belüli verseny hozzájárult a szolgáltatások folyamatos bővüléséhez, és lehetővé tette a lakosság részére az alacsony díjtételek melletti ellátást.

A **városi lakosság** egészségügyi ellátása a második világháborút megelőző években csaknem 100 százalékosnak mondható. Az ellátás gyorsütemű fejlődése mellett a gyógyítás szempontjából nagy jelentősége volt annak, hogy ezekben az évtizedekben a gyógyításnak egyszerre több integrációs formája működött az országban. Így azok számára, akik kiszorultak az állami vagy a magánellátásból, segítséget jelenthettek a más keretek között igénybe vehető gyógyító eljárások.

Az említett előnyök ellenére a második világháborút megelőző évtizedekben Magyarországon óriási feszültségek halmozódtak fel az egészségügyi ellátásban.

E tekintetben is érdemes a hazai viszonyokat összevetni a korabeli angliai helyzettel. Angliában 1911-ben hozták létre a National Health the Insurrance (Országos Egészségbiztosító), amely az OTI-hoz hasonlóan a munkások egészségügyi ellátását szolgálta. Az NHI szolgáltatásai azonban nem terjedtek ki a hozzátartozókra (házastársakra, gyerekekre), nem foglalták magukban a szakellátást és a kórházi kezelést

sem. A kórházi ellátásra egyházi és alapítványi kórházak keretében került sor, amelyek között azonban a második világháborút megelőző évekre már elviselhetetlen mértékű egyenlőtlenségek alakultak ki az ország gazdagabb-szegényebb területei szerint.

Az egészségügyi ellátás költségeinek növekedése megoldhatatlan feladatok elé állította azokat a kórházakat, amelyeknek nem volt elég pénzük a műszerek beszerzésére és képzett személyek alkalmazására. Mindennek következtében az egészségügyi ellátás területén kialakult nagyfokú egyenlőtlenségek egyre mélyülő társadalmi feszültségeket jelentettek Angliában és Magyarországon egyaránt. Az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségeinek csökkentésére, az ebből származó feszültségek mérséklésére mindkét országban (az alapvetően különböző politikai feltételek ellenére) az egészségügy államosítása mellett döntöttek a második világháborút követő években.

Az egészségügyi ellátás területéről a baloldali eszmék szellemében száműzték a piaci mechanizmusokat, és mind a két országban a gyógyítás legfőbb célját a **szükséglet kielégítést** jelölték meg az egészségügyi ellátás alapvető feladatának.

Jegyzetek a II. fejezethez

1 Ennek a lényeges változásnak az előzményeiről ezt olvashatjuk a *Társadalom orvostan* című egyetemi jegyzetben. „Az egészségügyi reformtörekvések tulajdonképpen már a század első felében megindultak. **Rác Sámuel** a magyar nyelven való orvos oktatással, **Bugát Pál** a magyar »Orvosi Tár« megalapításával, **Bela Ferenc** a »Magyar Orvosok és Természetvizsgálók Vándorgyűlései«, **Markusovszky Lajos** az »Orvosi Hetilap« megindításával alapozta meg azt a folyamatot, amely a reformtörekvések végső formájához, az 1876. XIV. törvénycikkhez, az **első magyar egészségügyi törvény** megalkotásához vezetett.

Haladó orvosaink a kiegyezést követő enyhébb politikai légkörben a szaklapokban és politikai napilapokban megjelenő cikkeikben egyre többet hangoztatták közegészségügyünk, egészségügyi ellátásunk elmaradottságát és sürgették a kérdés mielőbbi törvényes rendezését.

A kormány hosszú huzavona után végül is engedélyezte, hogy a törvény előkészítésére és az egészségügyi kérdések rendezésére megalakítsák az **Országos Közegészségügyi Tanácsot** 1868-ban” (Zalányi 1985:109).

2 „A 1876. évi Közegészségügyi te. ugyan elrendelte, hogy minden hatezer lélekszámot meghaladó község köteles orvost »tartani«, de ez a rendelkezés kivihetetlennek bizonyult. Az egyre szegényedő orvosok elhagyták a rosszul fizető környéket és «szerencsét próbáltak» a városokban, ahol viszont nem bírták a konkurenciát a felszerelt rendelővel, bevezetett patientúrával rendelkező, magánpraxisban működő orvosokkal szemben. Lassan megindult az a folyamat is, ami akkor még csak csírájában volt észlelhető: az elszegényedett orvosok nagyon alacsony bérért vállaltak pénztárosi állást” (Ádám-Mikecz-Hegedűs 1989).

3 „52. § Jelen törvény VI. fejezetének szabályai szerint orvosi gyakorlatra nem jogosított egyéneknek betegeket keresetképpen gyógykezeltetni és díjazás mellett gyógyszereket rendelni tilos.”

4 Az Országos Közegészségügyi Tanács törvényelőkészítő munkájában

– amelyet főleg Markusovszky Lajos végzett – részt vett Balassa János, Jendrassik Jenő, Korányi Frigyes és később bekapcsolódott a munkába Fodor József.

5 A hasznos és praktikus tudnivalók köréből példaként idézem a mérgezések esetére javasolt tanácsokat: „Ha a mérgezés savval történt (sósav, kénsav, ecetsav, karbolsav, salétromsav), akkor legjobb szappanosvizet, tojásfehérjét, tejet, tojáshéjat, krétát adni ellenszerül.

Lugmérgezésnél ecet, citromlé, borkősav a legkönnyebben megszerzhető ellenszer. Gyufamérgezésnél tejet adni nem szabad, hanem nyers terpentint, magnéziánt, vizet, tojásfehérjét adunk, és főleg hánytatunk” (Szondy 1945:79).

6 A népi gyógyászat nehezen körülhatárolható -fogalmának definiálására tett kísérletek közül sikeresének tartom Oláh Andorét, amihez hasonló értelmezést használok magam is a dolgozatban. „A népi (hagyományos) orvoslás a hivatalos (akadémikus) orvostudomány érvény-, gyakorlat- és intézményrendszerén kívül, attól függetlenül egzisztáló, szájhagyomány által fenntartott (az írásbeliséget mégsem teljesen nélkülöző), nemzedékről nemzedékre átörökített, egészségre-betegségekre vonatkozó tudásanyag, mely valamilyen sajátos koncepciónak, elméletnek (például pneumatán, humorális patológia) megfelelő természeti és természetfeletti erőkre apelláló, racionális és ún. »irracionális« (szertartásos) gyógyító módszereket alkalmaz a fitoterápiától (gyógynövényekkel való gyógyítástól) a ráolvasásig, imáig. Ez a tudásanyag nemcsak a betegségek megelőzésére és gyógyítására vonatkozó nézeteket és gyakorlati (népi) módszereket foglalja magában, hanem kiterjed az emberi és állati szervezet felépítésére, struktúrájára (népi anatómia) és működésére (népi élettan, fiziológia), továbbá a betegségek eredetére (népi kóroktan, etiológia) és megjelenésmódjára (népi tünettan, szimptomatiológia) is. Ennek a tudásanyagnak sajátos szókincsanyag felel meg, mely mintegy a népi orvoslás »szaknyelvé«-nek nevezhető. E tudásanyag fenntartója, birtokosa és gyakorlatban alkalmazója elsősorban a »nép«, a falusi lakosság, a parasztság mint kollektívum, kiemelkedő képviselői pedig a gyógyító emberek, a »tudósok« (ahogy a nép nevezi őket), a »parasztorvosok«, (Oláh 1986:39).

7 1770-ben jelent meg a Mária Terézia által kiadott *Generale norma-*

tívum ír re sanítas rendelet. Bár kiadásának célja elsősorban a magyar orvosok bécsi vizsgáztatása, és az osztrák orvosok Magyarországra küldése volt, a rendeletet felhasználták a népi orvoslás üldözésére is. „A 18. század végén Szeged város tanácsa például a Generale normativum szellemében – mely nem különbözteti meg a »tudósok«-at, a gyógyító embereket a szemfényvesztőktől, sarlatánoktól – büntetéssel fenyegeti a parasztorvosokat és a hozzájuk forduló betegeket, sőt jutalmat ígérve, árulásra buzdítja a lakosságot: Feő Bíró Müller Sebestyén úr az illetén lappangva gyógyítgató paraszt orvosokat ki fogja nyomoztatni, s büntetés végett elől állítani, többnyire pedig közönségessé tételendő, hogy ki-ki nyavalyás állapottyában a Város tanult Orvosához folyamodjon, és ha ki magát vagy felebaráttját az ilyen veszedelmes orvosokra bízni tapasztaltatik, hasonló büntetést, aki pedig akár az ilyeneket, akár az amollyan orvosokat feladja, ajándékot vészen” (Oláh 1986:93-94).

8 Az e fejezetrészben szereplő további adatok ebben a kiadványban található.

9 Az ebben az integrációs formában meglévő előnyöket „fedezték fel” újból 1970-ben az Egyesült Államokban, és egy kormányzati javaslattal szorgalmazták és anyagilag is támogatták a díj fizetéses csoportbiztosítás (a HMO-k) újbóli bevezetését.

10 Magyar Országos Orvosszövetség

11 1928-ban a betegség és balesetbiztosítás kiegészült számos szociális juttatással, és azok egységes kezelésére alakult meg az Országos Társadalombiztosítási Igazgatóság (OTI).

OTI-hoz nemcsak munkások tartoztak.

13 A 100 ezer lakosra jutó orvosok száma Ausztriában 99,3, Olaszországban 83,2, Dániában 79,0, Belgiumban 77,1, Németországban 73,4, Franciaországban pedig alig valamivel magasabb, mint a magyarországi arányszám fele: 65,3 (A visszacsatolt területek közegészségügye. **Magyar Statisztikai Szemle**, 1940. 695. oldal).

14 Noha a törvény szövegében a megkülönböztetés nem szerepelt, de a falusi lakosság nagy része ház, vagy földtulajdona miatt nem vehette igénybe a szegényrendelést sem.

15 Szó szerinti jelentése: Óvakodj!, gyakorlatilag bojkott felhívás.

16 „A két világháború közötti Magyarországon a törvényhatósági

jogú városokban mindenütt, a megyei városoknak pedig a többségében – kivételt képeznek ez alól az alföldi városok – található megyei vagy városi törvényhatóságok által fenntartott kórházak.

Egyáltalán nincs semmilyen kórháza (még profitra orientált magánkórháza sem) két alföldi megyei városnak Hajdúhadházának (12 ezer lakos) és Karcagnak (24 ezer lakos). Kisebb ágyszámú magánkórháza van, de közkórháza nincs Csongrádnak (26 ezer lakosra 8 ágy). Mezőtúrnak (28 ezer lakosra 20 ágy), Hajdúnánásnak (18 ezer lakosra 47 ágyas szülőtthon), Kisújszállásnak (15 ezer lakosra 17 ágy), Nagykőrösnek (18 ezer lakosra 16 ágy),

Kiskunfélegyházának (38 ezer lakosra 30 ágy). A fentiek mind alföldi megyei városok.

Ugyancsak nincs semmilyen kórháza olyan jelentős lélekszámú nagyközségnek, mint Békés (29 ezer lakos), Törökszentmiklós (29 ezer lakos) és Szarvas (26 ezer lakos), valamint egy csomó hajdúsági és jászsági községnek. Orosházán (2 6 ezer lakosra 8 ágy) közkórház nem található.

Csak az érzékeltetés kedvéért említjük meg, hogy főként a Dunántúlon jóval kisebb lakónépességű nagyközségekben van közkórház. így Zircen (3 ezer lakos), Sümege (5 ezer lakos), Keszthelyen (11 ezer lakos) (Zala megye), Siklóson (6 ezer lakos) (Baranya megye), Sárváron (9 ezer lakos), Celldömölkön (6 ezer lakos) (Vas megye), Csornán (8 ezer lakos) (Sopron megye) stb.” (Füzesi 1980:72).

17. A különszobák és a kórtermek napi ápolási díjának átlaga pengőben vármegyénként 1932-ben

| | Különszobák | Kórtermek |
|-----------------------------|-------------|-----------|
| 1. Pest-Pilis-Solt-Kiskun | 13,6 | 8,3 |
| 2. Borsod, Gömör és Kishont | 9,6 | 5,3 |
| 3. Győr, Moson és Pozsony | 9,3 | 5,0 |
| 4. Fejér | 8,6 | 5,0 |
| 5. Baranya | 8,1 | 4,0 |
| 6. Csongrád | 8,1 | 4,9 |
| 7. Hajdú | 8,0 | 4,1 |

| | | |
|------------------------------|-----|-----|
| 8. Tolna | 8,0 | 4,0 |
| 9. Veszprém | 8,0 | 3,6 |
| 10. Szabolcs és Ung | 7,6 | 4,0 |
| 11. Bács-Bodrog | 7,5 | 5,0 |
| 12. Heves | 7,5 | 3,7 |
| 13. Zemplén | 7,2 | 4,0 |
| 14. Békés | 7,0 | 3,8 |
| 15. Zala | 6,8 | 3,8 |
| 16. Komárom és Esztergom | 6,5 | 4,0 |
| 17. Nógrád és Hont | 6,5 | 4,9 |
| 18. Jász-Nagykun-Szolnok | 6,2 | 4,0 |
| 19. Vas | 6,1 | 4,3 |
| 20. Abauj-Torna | 6,0 | 4,0 |
| 21. Bihar | 6,0 | 5,0 |
| 22. Sopron | 6,0 | 3,6 |
| 23. Szatmár, Bereg és Ugocsa | 6,0 | 4,0 |
| 24. Somogy | 5,6 | 3,5 |
| 25. Csanád, Arad és Torontál | 5,5 | 3,5 |

(Forrás: 1990:48 és 68)

III. fejezet

A gyógyítás integrációs formái az egészségügy államosítása után

1. Az állami és a magánellátás rejtett összefonódása

Magyarországon a fordulat éve után az egészségügyi ellátást is államosították. A korábbi ellátás, amelyet a lakosság, az orvosok és az állam közötti érdekkonfliktusok alakítottak ki, széttagolt és egyenlőtlen volt. Az új, szocialista állam az „ingyenes, egyenlő és magas színvonalú” ellátás elvét hirdette meg. A különböző csoportok érdekeinek érvényesítésére és ütköztetésére lehetőséget adó piaci mechanizmusok helyébe a központi állami irányítás lépett. A szocialista állam ideológiájának szellemében az egészségügyi ellátás területéről is száműzték az áru- és pénzviszonyokat, és helyüket a „tervezés” vette át. Így az állam befolyása az ellátásnak most már nemcsak egy részére (pl. az OTI-ra) és a közegészségügyre terjedt ki, hanem átfogta csaknem az egészét.¹ Ez a változás fokozatosan történt. 1950-ben államosították a biztosító intézeteket és a magánintézményeket. 1953-ban került sor az egységes körzeti orvosi hálózat kialakítására, amely után a kialakított körzeti orvosi hálózat keretében az orvosok állami alkalmazottakká váltak.

A jótékony célú szervezetek is állami kézbe kerültek², és az öngyógyítás még megmaradt autonómiájának leépítése az eddigiéknél is határozottabban folytatódott.

Az egészségügyi ellátás államosítása után az addig szegényrendelésben, rétegspecifikus biztosítóknál és a magánellátás keretében kezelt betegek „egyenő ellátást” kaptak. A munkavállalók és a munkáltatók helyett pedig az állam finanszírozta az egészségügyi intézményeket. Az eddig biztosítóintézeteknél és a magánellátásban dolgozó orvosok fix havi fizetéssel állami alkalmazottak lettek. Az állami egészségügyi ellátás legitimáló elve a szükségletek kielégítésére való hivatkozás volt: úgymond elfogadhatatlan, hogy anyagi helyzete mi-

att az emberek különböző ellátásban részesüljenek. A politikai deklarációk szintjén a gazdasági racionalitás helyett a gyógyítás szubsztantív racionalitásra (szükséglet kielégítésre) helyezték a hangsúlyt. Ez a humanisztikus megközelítés sok ember számára tette vonzóvá ezt az elképzelést.

A marxista ideológia nevében száműzött piaci viszonyokkal együtt száműzték azokat az integrációs formákat is, amelyek a társadalmat korábban óvták a piaci hibáktól, a gazdasági racionalitás túlzott érvényesülésétől a gyógyítás területén. Ezeknek az integrációs formáknak a megszüntetése azonban azt eredményezte, hogy a gyógyítás társadalmi beágyazottsága meggyengült, és ez tág teret engedett a gyógyítás területén is felerősödő **politikai racionalitás** érvényesülésének.

A kor politikai vezetői felismerték: az egészségügyi ellátás feletti uralom megszerzése jó lehetőséget kínál számukra hatalmuk megerősítésére, hiszen így a betegségek gyógyítására, az élet megmentésének lehetőségére is kiterjeszthették befolyásukat.

Az állami ellátás kiterjesztése jelentősen megnövekedett. Ekkor még nem jelentette más integrációs formák teljes visszaszorítását, hiszen az ország lakosságának kevesebb mint a fele volt csak jogosult az „ingyenes” és „egyenlő” ellátásra.

Az állami ellátásból kimaradók (többségükben a mezőgazdaságban és a nem „állami szektorban” dolgozók) számára így továbbra is főleg az öngyógyító módszerek alkalmazása nyújtott esélyt a gyógyulásra, vagy pedig fizető betegként vehették igénybe az „ingyenes” állami ellátás vagy a szűk keretek közé szorított magánellátás szolgáltatásait.

A tsz-szervezések idején az ingyenes egészségügyi ellátás volt az egyik olyan ígéret, amellyel csökkenteni kívánták a parasztság kollektivizálással szembeni ellenérzéseit. Ebben a tekintetben is igen lényeges a különbség az angliai és magyarországi állami egészségügyi rendszer bevezetése között: Angliában már 1948-ban állampolgári jogon mindenki számára hozzáférhetővé vált az állami ellátás, Magyarországon erre csak 1972-ben, az új egészségügyi törvény elfogadásakor került sor.

a) Az állami ellátás eredményes működésének feltételei

Az egészségügyi ellátás államosításával a lakosság és az orvostársadalom szerepe a gyógyítás társadalmi beágyazottságában csökkent, az államé pedig megerősödött. Ezt az arányeltolódást Magyarországon nem az érdekcsoportokkal való megegyezés után, hanem hatalmi szóval vezették be. Erőszakkal, az önálló biztosítók, az orvostársadalom és a munkáltatók érdekeinek ellenére történt. Így már a kialakulás körülményeiben is jelentős különbségeket találunk az angol és a magyar állami egészségügyi ellátás között. Angliában az érintettekkel folytatott hosszas tárgyalások után került sor az egészségügyi ellátás államosítására. Az angol állami egészségügyi rendszer ennek is köszönhette, hogy a lakosság ragaszkodott hozzá, és a kormányok változása ellenére egészen 1991-ig nem került sor alapvető változásokra. (A konzervatív kormányok idején politikailag kockázatos lett volna az állami egészségügyi rendszer megváltoztatása.)

Magyarországon az államosítás végrehajtását megkönnyítette, hogy az egészségügyi ellátást érintő döntésekben korábban kulcsszerepet játszó orvostársadalom tárgyalási pozíciói meggyengültek. Ebben a háborús veszteségek mellett (1945-ben közel 3 ezer orvossal volt kevesebb Magyarországon, mint 1938-ban) az is közrejátszott, hogy a háborút megelőző és főleg a háborús években az orvostársadalom szélsőségesen megosztottá vált. A zsidó orvosok üldöztetésében közreműködő Magyar Orvos kamarát éppen ezért már 1945-ben megszüntették. Az orvostársadalom „ellenálló képességét” gyengítették a külföldre távozások és az igazolóbizottságok is. 3 „A legnagyobb üresedés az egyetemeken volt. 1945 nyaráig a budapesti orvoskar 23 tanszékvezető professzorából hét Nyugatra távozott, nyolcat pedig nem igazoltak” (Kovács 1985:81). Az orvos kamara funkcióit átvette az Orvosok Szabad Szakszervezete, amelynek vezetői a korábban üldözött orvosok közül kerültek ki. A szakszervezet elnöke, aki az orvosok nevében tárgyalta a párt vezetőivel, az illegális kommunista mozgalomban részt vett orvos, Weil Emil lett.

De nemcsak a legfelsőbb szinten érvényesülhetett a „Párt” akarata: „1948-ra az ország orvosainak immáron a fele, mintegy 4500 fő lépett be a kommunista párt soraiba, jóval több, mint például a mérnökök kö-

zül, akiknek csupán egyötöde csatlakozott a párthoz” (Kovács 1985:81).

A totalitárius politikai rendszer vezetői az egészségügyi ellátást is a lakosok és az orvosok ellenőrzésére, fegyelmzésére kívánták felhasználni. Ezért volt olyan fontos a többi integrációs forma megszüntetése: a korábban működő intézmények államosítása vagy betiltása, és a népi gyógyászat üldözése, lejárátása, az öngyógyító ismeretek cenzúrázása. Így válhatott totálissá – választási lehetőségek és az öngyógyításra alkalmazható ismeretek hiányában – a betegek kiszolgáltatottsága.

Ilyen körülmények között az egészségügyi ellátás számos politikai cél elérésére vált alkalmassá. Néhány ilyen jellegzetes cél ismertetése is elegendő az állami egészségügyben érvényesülő politikai racionalitás bemutatására:

- a munkafegyelem erősítése (az orvosok munkájának értékelésében ezért vált olyan fontos szemponttá a táppénzes napok számának alakulása),
- a termelés ciklikusságából következő feszültségek enyhítése (az „év végi hajrák” idején szinte senki nem mehetett betegszabadságra, amikor pedig kevés volt a munka, a vállalat vezetői arra „kérték” az üzemorvosokat, hogy lehetőleg minél több embert vegyenek táppénzbe, akiknek bérköltségeit így megspórolhatják, ráadásul nem kell a munkafegyelem lazulásától tartani,
- a szünetek számának befolyásolása,
- mindemellett az állami egészségügyi ellátást az egyik legfontosabb „szocialista vívmányként” lehetett a propaganda céljaira felhasználni.

A politikai racionalitás érvényesülésének természetesen vannak kedvező hatásai is a gyógyítási folyamatok alakítására. Ilyenek tekinthetők például az egyenlőtlenségek csökkentésére tett kísérletek és a piac anomáliáinak a korrekciójára tett lépések.

A politikai racionalitás kedvező hatású érvényesülésére nagyobb esély van azokban az országokban, ahol a kormányzat demokratikus kontroll alatt működik. A szocialista országok története pedig azt bizonyítja, hogy diktatórikus uralmi viszonyok között a politikai racionalitás tovább gyengítheti a szubsztantív racionalitás érvényesülését.

A továbbiakban a hazai állami egészségügyi ellátás történetét első-

sorban abból a szemponttól vizsgálom, hogy miként érvényesültek a megfogalmazott célkitűzések: azaz az ingyenes és egyenlő ellátás elve, hogy sikerült-e a szükséglet kielégítést (amely az államosítást legitímálta) megvalósítani. Ahhoz, hogy az állami ellátás meg tudja valósítani a kitűzött céljait, szigorú feltételeknek kell teljesülniük. Az alábbiakban az állami ellátás eredményes működéséhez szükséges feltételek három csoportját tekintem át.

A piaci mechanizmusok semlegesítése

Az állami egészségügyi ellátás elvi modelljének⁴ eredményes működéséhez ki kell zárni azokat az elemeket, amelyek a központi tervezést megzavarhatják. Azaz ebben a modellben nem érvényesülhetnek a kereslet-kínálat szabályai, nem működhet a verseny, és ki kell zárni a nyereségérdekeltség hatását is. Ezért

- meg kell szüntetni a szabad orvosválasztást és deklarálni kell az ingyenes ellátást (a kereslet-kínálat szabályainak érvényesülése ellen ható szabályok),
- az orvosokat fix fizetésű alkalmazottá kell tenni, és a magánintézményeket államosítani (a verseny kizárása),
- az orvosok elhelyezkedését „irányítani” kell és be kell vezetni az új létesítmények tervszerű, a szükségletnek megfelelő építését, az erőforrások központi elosztását (a nyereségérdekeltség kiiktatása érdekében).

Az egészségügyi ellátásban – hasonlóan a gazdasághoz – a társadalomnak választ kell adnia a következő kérdésekre:

- a) milyen intézményhálózat épüljön ki (milyen betegségek gyógyítására készüljön fel az ország, milyen kapacitással),
- b) hogyan érhető el, hogy az egészségügyi intézmények hatékonyan lássák el feladataikat,
- c) kik részesüljenek az ellátásban.

Az áru- és pénzviszonyok érvényesülésének éppen az a három funkciója, hogy ezekre a kérdésekre választ adjon. A **nyereségérdekeltség** dönti el, hogy milyen legyen az intézményi struktúra, és az orvosok milyen betegségek ellátására szakosodjanak (azaz az erőforrás allokációt). A **verseny** kényszeríti az egyes intézményeket a racionális gazdálkodásra,

a hatékonyság növelésére, és végül a **kereslet-kínálat** szabályai döntenek el, hogy kik jutnak hozzá az ellátáshoz.⁵

A nyereségérdekeltség, a verseny és a kereslet-kínálat szabályainak helyét a **tervezés** vette át a szocialista országokban.

A piaci mechanizmusok helyettesítése

Az állami egészségügyben is a „tervgazdaság” helyettesíti az áru- és pénzviszonyokat. A tervgazdaság (és a szocialista elvek) szellemében ezekre a kérdésekre a következő válaszok születtek:

- az egészségügyi intézményhálózatot a betegségstruktúrához kell igazítani (a **szükségletek** határozzák meg a fejlesztés arányát, és **nem a nyereség**);
- a kidolgozott **mutatószámok** ösztönzik az intézményeket a hatékony gazdálkodásra, **nem a verseny**;
- **az ellátáshoz mindenki hozzáfér, nemcsak az, aki meg tudja fizetni.**

Társadalmi feltételek

A modell eredményes működésének természetesen voltak **modellen kívüli feltételei** is. Mindenekelőtt az, hogy a modell szabályait a lakosság és az orvosok **elfogadják**, vagy ha nem fogadják el, akkor is **betartják**, szigorú ellenőrzés vagy kényszer hatására.

A **lakosság** részéről mindez azt jelentette:

- ne akarjanak letérni a kijelölt útról, fogadják el, hogy a társadalmi egyenlőtlenségek ellenére mindenki egyenlő ellátásban részesül (ne törekedjenek privilégiumokra saját maguk vagy családtagjaik részére),
- ne éljenek vissza az ingyenes szolgáltatások kínálta lehetőségekkel, higgyék el, hogy valóban ingyenes, színvonalas ellátást kapnak és ne fizessenek a jobb ellátás reményében (s lehetőleg hálájukat se pénzben fejezzék ki),
- fogadják el, hogy az egészségügyi ellátás keretében eddig gyakorolt kontroll-szerepük megszűnt.
- higgyék el, hogy az orvosok kizárólag szakmai szempontok alapján döntenek el, hogy ki jut hozzá a szűkös lehetőségekhez.

Az **orvosokkal** szembeni elvárások pedig a következők voltak:

- fogadják el, hogy teljesítményüktől függetlenül havi fix fizetést kapnak,
- fogadják el, hogy oda menjenek dolgozni, ahová küldik őket,
- fogadják el, hogy ők is állami alkalmazottak lesznek,
- ne tartsák vissza teljesítményüket, hanem „hivatástudatuk” szellemében lássák el betegeiket,
- a beteg ellátása során kizárólag a szükséglet kielégítés szempontjai szerint lássák el a hozzájuk forduló betegeket,
- mondjanak le autonómiájukról és fogadják el az állam és a párt irányító szerepét.

A felsorolt szempontok alapján elmondhatjuk, hogy Magyarországon az egészségügyi ellátás államosítása után az ellátás az állami-piaci dimenzió végpontjának közelében helyezkedett el. Azért nem teljesen a szélén, mert néhány intézmény kimaradt az államosításból, és az öngyógyítás alkalmazását sem lehetett megszüntetni, továbbá azért sem, mert a megelőzés és az utógondozás területén az állami ellátás mindig is a családok részvételére támaszkodott.

Ezek után vizsgáljuk meg, hogy ebből a szélsőséges pozícióból miért mozdult el a rendszer a vizsgált dimenzió mentén a másik végpont irányába.

b) A működés feltételeinek kielégítetlensége

Vizsgáljuk meg először azt, hogy a piaci mechanizmusok helyettesítésére kidolgozott mechanizmusok hogyan töltötték be funkcióikat.

A szükségletek szerinti elosztás kudarca

A költségvetésen keresztül történő finanszírozásnak mindig alapkérdése, hogy milyen elvek szerint és milyen módon történjen a meglévő erőforrások elosztása a különböző területek között. Angliában és a hazai egészségügyi vizsgálatokban is többször rámutattak ennek a kérdésnek a tisztázatlanságára, ellentmondásosságára.

Angliában már a hetvenes évek elején kiderült, hogy az állami egészségügy intézményrendszere nem tud a **változó szükségletekhez és vál-**

tozó prioritásokhoz alkalmazkodni. Az erőforrások elosztását nem a „szükségletek” befolyásolják.

A legfőbb problémát az jelenti, hogy a gyógyítás szükségletei ezen a szinten **mérhetetlenek.** Egyetlen országban sem ismert olyan mértékben a lakosság egészségi állapota, hogy abból következtetni lehetne a gyógyítás iránti szükségletekre. Csak az egészségügyi intézményekben **megjelenő betegekről** állnak rendelkezésre adatok – amelyek számos torzító hatás miatt alkalmatlanok a lakossági szükségletek mérésére –, de azt nem lehet tudni, hogy **hány** mozgássérült, szívbeteg, daganatos beteg stb. van az országban, következésképpen azt sem, hogy mennyire **súlyos** a betegségük.

Ezért **elvileg lehetetlen** az egészségügyi intézményhálózatot a lakossági szükségleteknek megfelelően kialakítani.

Az erőforrások elosztásában rendszerint két szempontot vesznek figyelembe: az egyik a területi, a másik a szakmák közötti elosztás. Ez **Angliában** különböző időszakokban felváltva történik. „Ott lényegében egy többlépcsős, merev keret-elosztás valósult meg. Az egészségügyre fordítható költségek először az állami költségvetés szintjén határozódtak meg, többnyire úgy, hogy az előző évihez képest valamelyes fejlesztést engedjenek meg és az általános árnövekedést fedezzék. Régebben ezt először orvosi szakmák között osztották el, majd területek között. Ez az intézmények egyes részei között már kiáltó egyenlőtlenséget idézett elő. Ezért a későbbiekben először a területek, majd intézmények, s csak ezután az orvosi szakmák szerint osztották el a keretet. E folyamat során rengeteg gazdasági szempontból – önkényes normát, szorzót, osztószámot alkalmaztak. A sokat finomított, reformált leosztási folyamat eredménye többnyire nagy hiányokat és pazarlásokat eredményezett egymás mellett – ami miatt a rendszer elég riasztó példa a nyugat-európai országok szakértői szemében” (Bondár 1987).

1976-ban Angliában létrehozták a RAWP-t (Resource Allocation Working Party), amelynek az volt a feladata, hogy új módszereket dolgozzon ki az egészségügyi erőforrások elosztására. A RAWP által kidolgozott módszerekkel (a halandósági statisztikák adatait használták az erőforrások elosztására) nem sikerült elérni a kívánt eredményeket.⁶

Magyarországon az „erőforrás allokáció probléma” megoldására szin-

tén történt néhány kísérlet. Az 1980-as évek elején folytatott morbiditási vizsgálatoktól vártak olyan eredményeket, amelyeknek a felhasználásával racionálisabbá válhat az erőforrások allokációja. Az egészségügyi ellátásban érvényesülő érdekeltségi viszonyok azonban lehetetlenné tették az amúgyis illuzórikus elképzeléseknek még a kidolgozását is. Így Magyarországon nem is készült javaslat ennek a problémának a megoldására. Hiányát megfogalmazta a Szociális és Egészségügyi Minisztérium kiadásában 1988-ban megjelent reformprogram is. „A szűkösen rendelkezésre álló anyagi javak ágazati felhasználása ugyanakkor nem hatékony, sok esetben pazarló. ... Az erősen hierarchizált, helyenként feudális jegyeket hordozó, elbürokratizálódott irányító apparátus nem tud az ellátásban a teljesítmények arányában finanszírozni, hisz évtizedeken át nem alakította ki a teljesítménymérés módszertanát és információs rendszerét” (Forgács et al. 1988:5). Azaz elmondható, hogy a nyereségérdekeltség helyett alkalmazott „szükségletek szerinti” elosztás elve nem töltötte be, **nem tölthette be** funkcióját.

Az ösztönzés kudarca

Az egészségügyi intézmények hatékony működésére kialakított mutatók és az orvosok teljesítménytől független fizetése szintén nem bizonyultak hatékony módszernek. A verseny funkcióit nem töltötték be a bevezetett és folyamatosan korrigált mutatók. Az egészségügyi ellátásban is megfigyelhető ugyanaz a jelenség, mint bármely más területen: a központilag meghatározott mutatók alkalmat adnak a visszaélésekre és nem töltik be a funkciójukat. Mindezt jól érzékelteti például az egészségügyi intézmények tevékenységének értékelésénél és a költségvetési források elosztásánál évtizedeken keresztül alapul vett ágykihasználási százalék. Ez a mutató a finanszírozásban döntő – a kórházak éves költségvetését meghatározó szerepet töltött be, ami egyértelműen torzító hatással volt a betegellátásra. A kórházi osztályokra akkor is felvettek betegeket, ha műszer vagy kellő gyógyszer hiányában nem tudták őket ellátni. Ezzel magyarázható például, hogy egyes sebészeti osztályokon 8-10 napot várnak a betegek a műtőre, és az is, hogy az átlagos ápolási idő hosszabb Magyarországon, mint a nyugat-európai országok kórházaiban. A verseny hatásának kiiktatása és helyettesítése alkalmatlan

mutatószámokkal azt eredményezte, hogy az egészségügyi erőforrások hatékony felhasználását semmilyen mechanizmus nem biztosította. Ennek egyik gyakran emlegetett következménye, hogy a hiány és a pazarlás egyszerre létezik az egészségügyön (sőt egy-egy kórházon) belül.

Az egyenlő ellátás elvének kudarca

Az egészségügyi szolgáltatások még a leggazdagabb országokban sem képesek minden szükségletet kielégíteni. Ezért ki kell alakítani olyan mechanizmusokat, amelyek segítségével el lehet dönteni, hogy a korlátozottan rendelkezésre álló lehetőségeket (műtétek, ágyak, gyógyszerek stb.) kinek/kiknek a gyógyulására használják fel.

Angliában várakozási listát alkalmaztak a szűkös férőhelyek igazságos szétosztására. Minden kórházban minden egyes műtéthez csak akkor juthattak hozzá a betegek, ha – sürgős eseteket kivéve – „kivárták a sorukat”. Ez néha félév, de egyes műtétek esetén akár két-három év is lehetett.

Magyarországon nem dolgoztak ki olyan szabályokat, amelyek a szűkös erőforrások elosztásának igazságos megoldását szolgálhatták volna. A betegek kórházi felvételét, illetve műtétre kerülését az orvosok döntötték el. Így óhatatlanul kialakultak az orvosok szubjektív döntését befolyásoló mechanizmusok. Ez olyan fontos (eddig kellően nem vizsgált) eleme a piaci mechanizmusok megjelenésének (a hálapénz rendszer kialakulásának), amely ***egymagában*** is elegendő lett volna létrejöttükhöz.

A kereslet-kínálat szabályai helyett alkalmazott egyenlő ellátás elve a gyakorlatban (Angliában és Magyarországon egyaránt) kivitelezhetetlennek bizonyult. Számos empirikus vizsgálat eredménye tanúskodik arról, hogy az egészségügyi ellátás területén szinte minden mérhető dimenzió mentén (foglalkozás, iskolai végzettség, lakóhely, a betegség jellege, életkor stb.) jelentősek az egyenlőtlenségek.

A piac helyettesítésére kidolgozott módszerek ezek szerint alkalmatlanok voltak az egészségügyi intézményrendszer irányítására, így ***szükségképpen*** megjelentek azok a mechanizmusok, melyek a rendszer működőképességét ilyen körülmények között is biztosították: a rejtett piaci mechanizmusok.

c) A piaci mechanizmusok újbóli megjelenése

A tervezés elvi és módszertani hiányosságai együttesen azt eredményezték, hogy az állami szabályozás folyamatosan háttérbe szorult, **te-
ret engedve** a piaci viszonyok térhódításának.

A piaci viszonyok egyre erőteljesebb érvényesülésében a „kudarok mellett” további tényezők is közrejátszottak.

Angliában az állami egészségügyi ellátás mellett mindvégig megmaradt a magánellátás lehetősége, és aki megengedhette magának, legális körülmények között magánorvoshoz fordulhatott.

Magyarországon erre nem maradt lehetőség, így ha valaki magasabb színvonalú ellátáshoz akart jutni, csak az állami keretek között érhet-
te el. (Ha külön fizetett érte.)

Angliában az egyenlő ellátás elve sokkal erősebb érték volt, mint Magyarországon, és ez nemcsak politikai szlogenekben fogalmazódott meg. Ehhez nagyban hozzájárult a baloldali eszmék megjelenése és az Angliában széles társadalmi bázissal rendelkező fábiánus hagyományok térhódítása is. A demokratikusan választott kormány által hozott szabályok betartása fegyelmezettebben történt, mint Magyarországon.

Angliában a fiatal orvosoknak komoly megterhelésük ellenére meglehetősen alacsony a keresete. Ennek elviselését megkönnyíti, hogy „van perspektívájuk”. Egy szakorvos fizetése már igazodik a nemzetközi standardekhez.

Magyarországon az orvosok fizetése közismerten alacsony, és még reményük sincs arra, hogy az életkoruk növekedésével ez jelentősen emelkedjen. Ezt az alacsony fizetést kiegészíti a hálapénz, de a nyugdíj és a táppénz megállapításánál csak az alacsony állami fizetésüket veszik számításba.

Az eddig elmondottak alapján megállapítható, hogy az államosított egészségügyi ellátás Magyarországon nem működhetett sikeresen: szigorú feltételekhez kötöttsége, a hatékonyságot csökkentő szabályozás és a szabályok társadalmi elfogadottságának hiánya miatt eleve kudarcra volt ítélve.

Ilyen körülmények között mind a lakosság, mind az orvosok megpróbáltak enyhíteni a rájuk erőltetett szabályok szigorúságán. (Az egészségügy

erőszakos államosítása kényszerű érdekszövetséget teremtett az orvosok és a lakosság között.) A párt és az állam egy ideig hatalmi eszközökkel működtetni tudta a rendszert, amely azonban szükségképpen egyre inkább teret engedett az áru- és pénzviszonyok rejtett érvényesülésének. A modell irracionális elemei **kikényszerítették** a piaci viszonyok megjelenését az állami egészségügyi ellátásban, ami a szolgáltatások piacán hálapénz formájában jelentkezett. Az ideológiai béklyók pedig lehetetlenné tették a modelltől való elmozdulást, a rendszer immanens hibáinak korrekcióját. A politikai vezetésnek így nem volt más választása, mint hogy szemet hunyjon az ellátás működőképességét biztosító hálapénzrendszer felett, és hogy kihasználja a számára benne rejlő előnyöket.

d) Az állami és a magánellátás összefonódása az állami egészségügyi rendszerben

Az állami egészségügyi ellátás keretében kétintegrációs forma, a magánellátás és állami ellátás egyszerre, egymás mellett működik.

Az állami és a magánellátás összefonódásának, az egyes elemek megkülönböztethetetlen összekapcsolódásának számos hátrányos következménye van.

Angliában is megvolt – de szabályozott keretek között – ez a kettősség. Az állami kórházak ágyainak 5 százalékát fizető ágyként működtették. Az állami- és a magánellátás elválasztását pontosan szabályozták, és a két ellátási forma, még akkor is, amikor egy kórházon belül működött, jól érzékelhető módon elkülönült egymástól. Az elkülönülést deklaráló szabályok és az egymástól megkülönböztetett kórtermek (állami, illetve magán) ellenére a kétintegrációs formához tartozó ellátás ott is gyakran összefonódott és visszaélésekre adott alkalmat. Az állami kórházakban meglévő kettősség az állami források magánellátásra történő felhasználását eredményezte. Ezért is szorgalmazták a magánellátás magánkórházakba történő átirányítását.

Véleményem szerint a kétintegrációs forma megkülönböztethetetlen összefonódása okozta a legtöbb zavart és feszültséget az állami egészségügyi ellátásban. Főleg azért, mert így a piaci mechanizmusok **rejtett**

érvényesülésére adott lehetőséget, ellenőrizhetetlen, szabályozatlan és társadalmi kontroll nélküli működésére adott módot, és a fogyasztóknak (betegeknek) semmilyen lehetőséget nem biztosított a piaci kockázatok csökkentésére.

Ennél kedvezőbb feltételek a magánellátás számára még sosem voltak Magyarországon:

- az állami tulajdonban levő, az állami költségvetés által finanszírozott egészségügyi intézményekben működhetett,
- az intézmények infrastruktúráját, a gyógyszereket ingyen használhatta;
- az állami alkalmazottak munkaerejét is igénybe vehette;
- az orvosok a szolgáltatásokért kapott hálapénzt adómentesen, **tiszta nyereségként** könyvelhették el.

A gyógyítás társadalmi beágyazottságát erősítő intézmények szerepe a minimálisra korlátozódott. A piaci mechanizmusok érvényesülésének, és az orvosok által hangoztatott „gyógyítás szabadságának” alig voltak korlátai.

Ennek a kivételesen előnyös helyzetnek a fenntartása érdekében az orvosok (azok, akik hálapénzt kaptak) igyekeztek mindezt rejtve is tartani. „Vigyázni kell arra is, nehogy a »paratlanok«, tehát a kis jövedelmű orvosok megszerveződjenek és fellépjenek. Ezért van mindenki az ellen, hogy ez a jövedelem nyílttá tétessék. Ezért »paralizál« sok orvost a »para«: amiről nem beszélünk, az nincs. Ezért is tartják védőpajzsként maguk elé a szocialista tabukat, az érinthetetlen elvet: »az ingyenességből pedig nem lehet engedni«, hiszen ha nyílttá válna, ami tényleg megtörténik, és árat szabnának annak, aminek így is ára van, annak következményeit senki nem vállalja: egyik oldalon a beteget tényleg be kellene biztosítani az orvosi költségek miatt, a másik oldalon az eddig adózatlan jövedelem nyílt kontroll alá kerülne” (Losonczi 1987:180).

Ebben a helyzetben az állami és a magánellátás integrációs formái közötti arányok folyamatosan a magánellátás javára módosultak.

Az elemzés további részében az állami egészségügyi ellátáson belül egyszerre működő két integrációs séma közötti kapcsolatokra koncentrálna az egész intézményrendszer állami-piaci dimenzióban való elmozdulását vizsgálom.

Az állami és a piaci szabályozás szerint működő egészségügyi ellátás elemzésünkben **egyazon dimenzió** ellentétes végpontjait jelentik. A dimenzió e két végpontja azonban csak teoretikus elemzésekben létezik. A **valóságban** az egyes rendszerek különböző módon kombinálják az állami, illetve a piaci szabályozás elemeit. Minden országban időről-időre megfigyelhetőek az egyik, illetve a másik irányban történő elmozdulások. A további elemzés során ezért az „állami”, illetve „piaci” egészségügyet a szakirodalomban megszokott dichotóm változó helyett **folytonos változóként** kezelem.

A dimenzió elemzését különösen sok nehézség akadályozza. A szakirodalomban kevés támpont található arra nézve, hogy az egyes intézményrendszerek mikor és milyen mértékben tekinthetőek „állami”, illetve „piaci” szabályozottságúaknak. Nincsenek meg azok a szempontok, amelyek segítségével egy-egy intézményrészerről meg tudnánk állapítani, hogy ebben a dimenzióban hol helyezkedik el.

Az állami, illetve a piaci irányítás előnyeiről vagy hátrányairól vitázó felek abban egyetértenek, hogy „tisztá modell” sehol sem létezik, de az nem derül ki, hogy ezen „nem tiszta” modellekről milyen szempontok alapján állapíthatjuk meg, hogy a fenti dimenzió melyik végpontjához állnak közelebb.

Még több nehézséggel találjuk szembe magunkat, ha azt próbáljuk megállapítani, hogy a vizsgált intézményrendszer mikor éri el azt a **határt**, amikor a korábban domináns állami ellátás helyett a magánellátásé lesz a meghatározó szerep. Ez azért jelent problémát, mert éppen azt a hipotézist szeretném alátámasztani, hogy **Magyarországon az állami ellátáson belül** az elmúlt évtizedekben fokozatosan kialakult **magánellátás vált dominánssá**.

Ennek a hipotézisnek az alátámasztása számos módszertani nehézségbe ütközött, hiszen a lakosság egészségi állapotát mérő mutatók hiánya nemcsak az erőforrások szükségletek szerinti elosztását, hanem a megfogalmazott hipotézis alátámasztását is megnehezítik.

Adatok hiányában az „állami-piaci” dimenzióban való elmozdulásra az államosítás után az orvosokra és a lakosokra vonatkozóan bevezetett szigorú feltételek folyamatos meggyengüléséből következtethetünk. Az orvosok szabad elhelyezkedésének engedélyezése és a betegek sza-

bad orvosválasztási lehetőségeinek (rejtett) megjelenése jelzik ezeket a változásokat, amelyektől az állami szabályozás gyengülésére következethetünk. (A szakrendelők egy részében nem kellett beutaló, és a kórházak járóbetegellátásán is megjelentek a betegek beutaló nélkül. A szabad orvosválasztás létére utal az is, hogy a kórházi felvételek 40-45 százalékára sürgősséggel került sor, ami a szigorú beutalási rendszer kikerülésének egyik lehetősége volt.)

Ezeknek és más hasonló irányú változásoknak a szisztematikus elemzése valószínűleg megerősítené a megfogalmazott hipotézist, amelyeknek azonban az alátámasztására más módot választottam. A dimenzióban való elmozdulást nem az állami szabályok gyengülésével kívánom bemutatni, hanem a piaci szabályozás alábbi három funkciójának elemzésével: a **nyereségérdekeltség** megjelenése az erőforrás allokációban, a **verseny** és a **kereslet-kínálat** szabályozó szerepe és érvényesülése.

Megfelelő adatok hiányában megállapíthatatlan, hogy az „állami ellátásra”, az erőforrások elosztására a „szükséglet kielégítés”, vagy pedig a „nyereségérdekeltség” gyakorolt-e nagyobb hatást. Ezért olyan területet választottam ki a kérdés megválaszolására, ahol – más forrásokból származó adatok segítségével – következtetni tudunk a „szükségletekre”.

Megbetegedési adatok helyett pontos és hozzáférhető demográfiai adatokat használtam fel az elemzéshez. Ez a megközelítés azért alkalmas a feltett kérdések megválaszolására, mert a népesedési folyamatok (s ebből is az újszülöttek, a csecsemők és az idősek számának és arányának változása) közvetlenül érintik az egészségügyi intézményeket. Hiszen az édesanyák – néhány kivételtől eltekintve – kórházakban vagy szülőotthonokban hozzák világra gyermekeiket.

A népesség összetételében 1955 és 1990 között bekövetkezett változások közül azokat veszem figyelembe, amelyekből az egészségügyi intézmények igénybevételére lehet következtetni.

A demográfiai hullámzások első megközelítésben a születések számának ingadozásával írhatók le. Ezek az ingadozások jól dokumentáltak Magyarországon. A rendelkezésre álló adatok közül a következőket használtam fel a számítások során: a születések, a szülészeti nőgyógyászati ágyak száma, az ágyak kihasználtsága és az ápolás átlagos tartá-

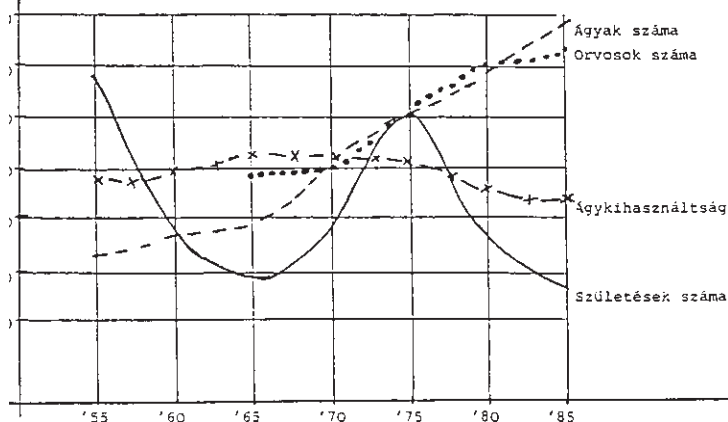
ma ezeken az osztályokon. Ezen kívül megvizsgálom a szülész-nőgyógyász orvosok számának változását ebben az időszakban.

A tendenciák érzékelhetősége, az arányok és az arányváltozások szemléltetése kedvéért a változásokat százalékos megoszlásban közlöm, az 1975-ös adatokat 100-nak tekintve. Az így összevetett adatok (lásd 6. táblázat) segítségével fölrajzolható az alábbi (1. sz.) ábra, amely szemléletesen mutatja a megjelölt harminc év alatt lejátszódott változásokat.

*4. számú táblázat: A születések számának változása és a szülészeti
nőgyógyászati ellátás fejlődése 1955 és 1990 között (%)
(1975 = 100%)*

| Élve születések változása | Ágyak szakorvosok tartamának | Szülész-nőgyógyász | Az ápolás év számának | változása |
|------------------------------|---------------------------------|--------------------|-----------------------|-----------|
| '55 | 108,4 | 73,4 | - | 89,0 |
| '60 | 75,4 | 76,4 | - | 87,5 |
| '65 | 68,5 | 78,8 | 88,4 | 84,4 |
| '70 | 78,2 | 90,5 | 89,7 | 84,4 |
| '75 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |
| '80 | 76,6 | - | 109,4 | 114,1 |
| '85 | 66,8 | 116,8 | 112,0 | 115,6 |
| '90 | 64,7 | 116,7 | 117,0 | 104,6 |
| - nincs adat | | | | |

A szülések számának és a szülészet-nőgyógyászat fejlődésének bemutatása Magyarországon 1955-1985 .



Forrás: „Évkönyv” megfelelő éves kiadványaiA megjelölt három évtized alatt megfigyelhető tendenciákhoz a következő megjegyzéseket fűzhetjük:

(1) A szülések számának hullámozása nincs befolyással a szülészet-nőgyógyászati ágyak számának és a szülésznőgyógyász szakorvosok számának alakulására. Hiszen csökkenést és növekedést is megfigyelhetünk a szülések számában, de a jelzett időben az ágyak és az orvosok száma ezektől függetlenül monoton emelkedést mutat.

(2) Az ágykihasználási százalékok igen kis ingadozást mutatnak a vizsgált időszakban. A szülészet-nőgyógyászati osztályok szinte mindig tele vannak, a szülések számának alakulásától többé-kevésbé függetlenül. Sőt, itt még azt is megfigyelhetjük, hogy éppen akkor volt a legmagasabb az ágykihasználási százalék – a hatvanas évek közepén -, amikor a szülések száma a mélyponton volt. Még az 1975-ös csúcsevben is ennél alacsonyabb volt az arány. 1975 után a szülések számának gyors ütemű csökkenését az ágykihasználásnak csak lassú ütemű csökkenése követte, az ágyak és a szakorvosok száma azonban tovább növekedett. (1975-1990-ig a szülések száma 35,3 százalékkal **csökkent**, ugyanebben az időszakban a szülészet-nőgyógyászati ágyak

száma 16,7 százalékkal **növekedett.**)

(3) A szülészeti-nőgyógyászati osztályok magas betegforgalmához többek között hozzájárult az ápolás átlagos tartamának emelkedése. De jelentős szerepet játszott az is, hogy egyre több kismamát kezeltek kórházban a szülés előtt. (Miközben a fejlett országokban egyre jobban erősödik az a törekvés, hogy az édesanyát minél rövidebb időre szakítsák el megszokott környezetétől, s ne kezeljék betegként, betegszerepekbe kényszerítve.)

Magyarországban 1970-ben a gyermeket váró édesanyák 16,4%-a feküdt kórházban. 1975 után, amikor a születések száma csökkent és a kórházi ágyak száma nőtt, ez az arány fokozatosan emelkedett. 1980-ban 24,3%-uk, 1985-ben pedig már 27%-uk feküdt kórházban a szülés előtt.

(4) Az adatok értelmezését megnehezíti, hogy a szülészeti nőgyógyászati ágyakat összevontan kezelik a statisztikákban.

Az Egészségügyi Minisztérium Szervezési, Tervezési és Információs Központja (ESZTIK) 1983-as kiadványában ezt olvashatjuk: „Ez a különbség a szülészet és nőgyógyászat között megnyilvánul a fekvő- és járóbeteg-ellátás szervezetében, az adatszolgáltatásban, az adatok statisztikai érzékelhetőségében, személyi és műszerellátottságban stb. A kettősségen belül a szülészeti esetek túlsúlya természetes a nőgyógyászati betegekkel szemben.” Ugyanebben a kiadványban az a megállapítás is olvasható, hogy a szülészeti-nőgyógyászati ágyaknak körülbelül háromnegyede szülészeti ágy. Így elvethetjük azt a feltevést, mely szerint azért növekedett az orvosok és az ágyak száma, mert nem a szülések, hanem nőgyógyászati panaszok ellátására szakosodtak ezek az osztályok. Erre a jelenségre már 1983-ban a Fővárosi Tanács egészségügyi osztályának helyettes vezetője is felfigyelt. Pontosabb adatok álltak rendelkezésére, s elkülönítve tudta kezelni a szülészeti ellátást. A változásokról ezt írja: „Az 1970-es évek közepétől a fővárosban a szülések száma meghaladta a 30.000-et. Ebben az időben a szülészeti osztályokon az átlagos ápolási időtartam 5-6 nap, legfeljebb egy hét volt. Most 20.000 körül van az évi születésszám, az ápolás átlagos időtartama pedig 14 nap” (Csizmadia 1989). Az idézet alapján feltételezhetjük, hogy ha a szülészeti-nőgyógyászati ágyakról külön bontásban lenné-

nek adataink, az előzőekben bemutatott tendenciák még határozottabban kirajzolódnának.

Az adatokból kiolvasható tendenciákban más tényezők is szerepet játszottak. A Népesedéspolitikai Határozat a születések számának emelkedését mint elérendő célt fogalmazta meg. Ennek a határozatnak is szerepe volt abban, hogy a születések számának csökkenése ellenére bővültek a szülészeti, nőgyógyászati osztályok.

Nehéz lenne ma már eldönteni, hogy a Roemer-törvény érvényesülése (mely szerint az egészségügyi intézmények mindig képesek megteremteni a saját maguk iránti keresletet), vagy valóban a kismamák korábbiaknál rosszabb egészségi állapota, nagyobb kockázata miatt emelkedett ezekben az években gyors ütemben a kórházban ápoltszámú veszélyeztetett terhesek száma.

Egy korábbi elemzésemben elvégeztem az idősök létszámának emelkedéséből becsülhető egészségügyi ellátás iránt növekvő szükségletek és az ellátásukra szakosodott krónikus osztályok és szociális otthoni férőhelyek összehasonlítását (Antal 1986-1987). Ezen a területen – ahol a hálapénz hatása sokkal gyengébb, mint a szülészethnél – az ellátás fejlődése nem követte a létszámnövekedésből becsülhető szükségletnövekedést. Erre a területre – ellentétben a szülészettel – a krónikus hiányhelyzet a jellemző. Egy az idősök ellátását elemző, 1980-ban publikált tanulmány pedig arra a következtetésre jut, hogy ez a hiányhelyzet még romolhat is. „Az önállóan működő utókezelő kórházak helyzetét felül kell vizsgálni, mert működésük *orvoshiány* (kiemelés tőlem A.Z.L.) miatt előbb-utóbb kérdésessé válik” (Balog-Zajkós 1980:429).

Elemzésünk szempontjából mindez azért fontos, mert azt támasztja alá, hogy az erőforrások allokációja a magyar egészségügy területén nem a demográfiai változásokból következő fejlesztés követelményei szerint történt. Az elemzett adatok tanúsága szerint azok a szakterületek fejlődtek az átlagnál gyorsabban, ahol a hálapénznek jelentős szerepe volt (van). Ezt támasztja alá az is, hogy az átlagosnál lassabban fejlődnek viszont azok a szakterületek, ahol a hálapénz szerepe minimális. Meg sem közelítik a szülészeti-nőgyógyászati területen tapasztalható növekedési ütemet az idősök, a daganatos és más krónikus betegek ellátására szakosodott osztályok, miközben ezeken a területeken

az ellátandó lakosok száma az elmúlt évtizedekben gyors ütemben növekedett.

Az erőforrások elosztását jelentősen befolyásoló *alkufolyamatokra* utal az 1988-ban kiadott, már idézett „reformprogram” is. „A szűkösen rendelkezésre álló anyagi javak ágazati felhasználása ugyanakkor nem hatékony, sok esetben pazarló. Már a hozzáférésben, az elosztásnál nagy az alku szerepe” (Forgács et al. 1988:3).

Losonczi Ágnes arról ír, miként térítik el ezek az alkufolyamatok az állami egészségügyi ellátást a szükségletkielégítéstől: „A kórházak, rendelők felszereltsége, de a kórházon belül az egyes osztályok felszereltsége nem aszerint, vagy nemcsak aszerint különbözik, hogy országos intézet-e, vagy mi a funkciója, hanem hogy az egészségre fordított szűkös keretek különösen a devizakeretek – elosztása során az illető osztály vagy kórház milyen helyezést ér el, vagy milyen előnyöket tudott kivívni magának. Ezért nem a progresszív betegellátás lépcsőjén halad, hanem ezt keresztezi az orvos személyes vagy társadalmi viszonyaiból származó »helyi értéke«, az elosztó hatalomhoz való közelsége vagy távolsága” (Losonczi 1987:192).

Az „alkumechanizmusok” finom technikáiról pedig így ír Buda Béla: „A vezető orvosok igen mélyen hatoltak be a rendszer minden szerkezeti elemébe. Egyetlen más foglalkozási ág sem adott annyi bizalmi embert, vadásztársat, maffiabarátot, mint az orvosi foglalkozás. Éppen a nagy »mellékkeresők« jártak az élen a párthűségben... Többségük sebész, nőgyógyász, urológus volt, akik védettséget élveztek, hiszen mindjárt ellenséggé válhatott az, aki rájuk egy rossz szót mert volna szólani. A professzorok, kórházigazgatók pedig sokszorosan kipróbált pártemberek. (Néhány közülük magas pártkörök bizalmas barátjaként nem volt párttag. Ilyen is kellett, kivált a hatvanas évektől, amikor már el kellett hitetni, hogy a pártonkívüli is ember, hogy a szaktudást megbecsülik.) Közülük még a puritánabbak is hamar rászoktak, hogy sokat kereshetnek különösebb erőfeszítés nélkül, és ennek számukra nincs veszélye” (Buda 1992:82).

A verseny hatása

A szülészeti területén (ahol, mint láthattuk, jelentős „túlkínálat” alakult ki) megfigyelhető a szülészek, és a szülészeti-nőgyógyászati osztályok *egymás közötti versenye* is. A verseny erőteljes hatásaira következtethetünk abból, hogy a szakmai vezetők határozott és kemény állásfoglalása, és a minisztérium ellenkezése ellenére Magyarországon megindultak az alternatív szülészeti programok.⁸ A születések számának folyamatos csökkenése az osztályokat arra ösztönözte, hogy szolgáltatásaikkal (együtt-szülés, rooming-in, ülve-szülés stb.) igyekezzenek a születések számát az osztályukon növelni.

Az érszűkületes betegek ellátásának vizsgálatából is az derült ki, hogy éles verseny alakult ki a betegek ellátására specializálódott érsebészek, belgyógyászok és radiológusok között (Antal 1986-1987).

Az orvosok között ellentéteket generáló hálapénzről így ír Losonczi Ágnes: „így, ha csökken a pénz áramlása, nő a verseny az orvosok között, azok között, akik a «piacból élnek», akiknek a gyógyítás is piaci érdek, s akiknek hatalmi eszközeik vannak arra, hogy a szűkülő piacból kipréseljék megszokott járandóságukat, a betegek és a többi orvos rovására is. Ez az amúgy is kevésbé létező szolidaritást a parával rendelkező orvosok között még jobban szétzilálja, mivel itt a piaci »farkastörvények« is érvényesülnek” (Losonczi 1987:184).

A hálapénz az összes egészségügyi kiadásoknak csak töredékét teszi ki (különböző becslések 10-20 milliárd forint közötti hálapénzzel számoltak az 1980-as évek végén). Ennek ellenére a hálapénz eloszlásának óriási (véleményem szerint ma már domináns) hatása van az *összes egészségügyi erőforrás elosztására*. Részben azért, mert ha a hálapénz nagyságát az orvosok nettó-jövedelméhez viszonyítjuk, és csak azoknak az orvosoknak a fizetését vesszük számításba, akik részesülnek a hálapénzből, akkor könnyen belátható, hogy az ő fizetésük eltörpül a megszerezhető (nettó- jövedelemként, a profithoz hasonlítható) jövedelemhez képest. Így ők igen keményen küzdenek azért, hogy tiszta jövedelmeiket növeljék (vagy szinten tartsák).

Azok az orvosok pedig, akik olyan területeken dolgoznak, ahol kevés a hálapénz vagy egyáltalán nincs, nem érdekeltek abban, hogy az a terület fejlődjön, hiszen egy esetleges ágyszámbővítés csak a mun-

kájukat növelné, de jövedelmüket nem. (Ennek a mechanizmusnak a hatására utal az eddig említett példákon kívül a hiányszakmák léte és az is, hogy néhány lakótelepen, ahol a lakosok jövedelme alacsony, nem sikerült betölteni a körzeti orvosi állásokat.) Mindebből azt a következtetést vonhatjuk le, hogy az összes egészségügyi erőforrás elosztására nemcsak a magas hálapénzes szakmáknak van nagy hatása, hanem az alacsony vagy minimális jövedelmű, illetve egyáltalán nem jövedelmező szakterületeknek is, mivel azok nem is vesznek részt az erőforrások elosztásáért folyó harcban. Így ezek a területek eleve lassan vagy egyáltalán nem fejlődnek. Miután elvileg igazoltam a piaci mechanizmusok szükségszerű megjelenését, és empirikus adatokkal is bemutattam a hálapénz erőforrások allokációra gyakorolt hatását, nézzük meg, hogyan, milyen körülmények között érvényesülnek a kereslet-kínálat törvényei.

A kereslet-kínálat érvényesülése

Miután láttuk, az erőforrás allokációra nem a szükséglet kielégítésnek, hanem a nyereségérdekeltségnek, az intézetek hatékony (sok beteget ellátó) működésére pedig nem a minisztérium által kidolgozott mutatószámoknak, hanem a versenynek van nagyobb befolyása, akár fölöslegesnek is tűnhet annak bizonyítása, hogy az állami egészségügyi ellátásban az egyenlő ellátás elve helyett fokozatosan a kereslet-kínálat szabályai érvényesülnek. Erre azért térek ki mégis, mert ebből láthatjuk igazán, hogy milyen hatással volt a betegek ellátására a „magánellátás” térnyerése.

Az ötvenes és a hatvanas években még születtek olyan intézkedések, amelyek a lakosság egészségügyi ellátásában az esélyegyenlőtlenségek csökkentését eredményezték. Ilyen volt például a szakrendelőhálózat kialakítása és a kórházépítési program is. „...különösen nagy jelentősége volt az MSZMP Politikai Bizottsága 1958. évi határozatának. A határozat részletesen elemezte az egészségügy helyzetét és előírta az egészségügy fejlesztésének a gyorsítását. Meghatározta az orvosok, egészségügyi dolgozók magatartásának, kötelességeinek legfőbb elveit is. Ennek alapján az egészségügyi miniszter 1959-ben kiadta az első orvosi rendtartást, amely a szocialista egészségpolitika elveinek megfelelően szabályozta az orvosok jogait, kötelességeit.

A határozat kellő lendületet adott az egészségügyi fejlesztési tervek végrehajtásának. A rosszul ellátott területeken (»fehér foltokon«) megindult a kórházak telepítése (Fehérgyarmat, Dunaújváros, Salgótarján, Berettyóújfalu, Hatvan, Orosháza, Siófok, Kazincbarcika, Dombóvár, Vác Cegléd stb.).

Ekkor indult meg a megyei kórházak, mint magas szintű, sokprofilú ellátást nyújtó bázisok rekonstrukciója, kibővítése is (Miskolc, Zalaegerszeg, Nyíregyháza, Szekszárd stb.)” (Zalányi 1985:143).

A hálapénz szerepének növekedése után azonban az ellátás esélyegyenlőtlenségei nem csökkentek, hanem nőttek. A hetvenes évek változásait elemezve Szalai Júlia erről a kérdésről ezt írja: „Az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségei tehát minden metszetben, az intézmények, a települések, a hozzáférhető szolgáltatások minden vonatkozásában nagyok, és – láthatóan – növekvőek. A progresszív betegellátás esélyei pedig e körülmények között, a hiány és a tagoltság jelenlegi mértéke mellett igen kicsik (és várhatóan csökkenőek)” (Szalai 1986:175).

Az állami egészségügyi ellátásban meglévő egyenlőtlenségeket vizsgálva Szalai Júlia arra a következtetésre jutott, hogy a lakosság egy része az ellátásból is kiszorul. „A szakadékok tehát akkorák, hogy az »egyenlőtlenség« terminusának használata valójában pontatlan. Inkább a kirekesztettség vagy a hozzáférés dichotómiájáról, semmint fokozatilag különböző esélyekről kellene beszélnünk.” (Szalai 1986:150).⁹

Az ingyenes ellátásra jogosult lakosok előtt is világos volt, hogy a deklarált elvek a gyakorlatban nem működnek. Az 1992-ben készített lakossági attitűdvizsgálat¹⁰ eredményei szerint a megkérdezettek 82,3 százaléka értett egyet azzal a kijelentéssel, hogy „aki fizet, jobb ellátásban részesül”.

A gyógyulást kereső betegek azonban az állami keretek között működő piaci mechanizmusok szabályainak labirintusában nehezen igazodtak ki. A szabályozatlan piac kiszolgáltatottabb helyzetbe hozta a beteget, mintha deklaráltan piaci elveken működne az egészségügyi ellátás. Ez a bizonytalanság megnehezítette a betegek dolgát abban, hogy rátaláljanak az őket kezelni tudó orvosokra, és kiderítsék kinek, mikor és mennyit kell fizetniük.

A betegek nagyfokú bizonytalanságaira mutatott rá az a vizsgálat,

amely az érszűkületes betegek ellátását tanulmányozta: „A jelenlegi ellátási feltételek között a beteg reménykedhet a gyógyulásban, ha a hivatalos úton indul el, hiszen nem kizárt, hogy ezen is eljut a megfelelő helyre, de ezzel elég nagy kockázatot vállal.

A vizsgálat során azt tapasztaltuk, hogy az a beteg jár jól, aki:

- nem hisz abban, hogy a hivatalos úton színvonalas ellátáshoz jut, s külön utakat keres. Leghatásosabb, ha ehhez egészségügyi dolgozó családtagja segítségét kéri;
- fenntartással fogadja az orvosoktól kapott információkat; megpróbál tájékozódni a betegségéről (amit nem árt, ha a beteg felismer) és a gyógyítási lehetőségekről, így csökkentheti nyomasztó kiszolgáltatottságát;
- nem hisz abban, hogy az egészségügyi ellátás ingyenes, s ha meg akar gyógyulni, akkor fizet.

A betegek többsége saját keserű tapasztalatai alapján tanulja meg a «közlekedési szabályokat», s próbál ezek alapján előbbre jutni; azok a betegek azonban, akik a deklarált szabályoktól eltérő ténylegesen működő mechanizmusokat nem ismerik fel, vagy ezeket nem tudják kihasználni a saját javukra (se ismerősük, se pénzük), reménytelen helyzetbe kerülnek” (Antal 1986-1987).

Ilyen körülmények között külön erőfeszítést igényel annak kiderítése, hogy a szolgáltatásnak mi az ára, és kit, milyen formában illik megfizetni. A fizetési módok igen széles skálája intézményesült az elmúlt évtizedekben. A leggyakrabban a borítékba helyezett pénz, de „...az ajándék is lehet pénzekvivalens. Komoly értéket képviselhet az ital, cigaretta, élelmiszer, de sok olyan orvostól tudunk, aki például műalkotásokat gyűjt és kap a betegeitől. Néhányan még büszkék is rá, hogy pénzt egyáltalán nem fogadnak el. Nagyon komoly »hálapénz-értéke« lehet a páciens vagy családtagjai által nyújtott szolgáltatásoknak. Ha ez tényleges munka, a dolog még akár korrekt is lehet, ám legtöbbször a szolgáltatás valamilyen helyzeti előnyből származik (hiánycikkek vagy egyéb, nehezen beszerezhető dolgok előteremtése, bizonyos ügyek elintézésének megkönnyítése stb). ... A legsötétebb »hálapénz« a politikai ellenszolgáltatás volt. Például az orvos védelme a hálapénzzel kapcsolatos adminisztratív »szövődményekkel« szemben; támogatás a kineve-

zésekben, utazásokban, különféle fontos ügyekben. Sok politikai vezető azért sem konfrontálódott az egészségügy bajaival, mert az orvosok körüludvarolták, őt magát és/vagy hozzátartozóit tényleg a »legmagasabb rendű és ingyenes« ellátásban részesítették. Egészen természetesen fakadt azután a szívükből a hála érzése, és védték azt a szocialista típusú, áldott orvost. Egyengették a karrierjét, juttattak neki az olcsó parcellázásokból telket, bevették a vadásztársaságba... Mindez végül is az orvos imázsát erősíti; elijeszti a riválisokat attól, hogy különböző szabálytalanságokat szóvá tegyenek; befolyásosnak tünteti fel, hiszen mégiscsak ő szerezte a drága műszert, az olcsó felújítási lehetőséget, a nagy adományt. Hálapénz pedig mindez a javából. Sokkal nagyobb érték, mint amekkora egy-egy borítékba belefér» (Buda 1992:85).

e) Az összefonódás következményei

Az állami ellátáson belül kialakult kettősségnek – az eddig említettekén kívül – több, az egészségügyi ellátás egészét és a lakosság egészségi állapotát is befolyásoló következménye volt és van. Ezek a jelenségek is azt a következtetést erősítik, hogy az állami egészségügyi ellátáson belül a piaci mechanizmusok szerepe vált dominánssá. Olyan változások következtek be a hazai egészségügyi ellátásban, amelyek nem az angol állami egészségügyi rendszerre, hanem sokkal inkább az Egyesült Államok piaci elveit alkalmazó egészségügyi rendszerre jellemzőek.

1) Az orvostársadalom szakmai autonómiája rendkívüli módon megerősödött, az ellátottak közösségeinek pedig nem alakultak (nem alakulhattak) ki – ezt az autonómiát korlátok közé szorító saját autonóm szervezetei. A magánellátás „fokozatos térnyerésével” az állami kontroll is folyamatosan gyengült, és paradox módon az állami egészségügyi ellátásba az állami beavatkozási kísérletek a hetvenes évek óta folyamatosan kudarcot vallottak.¹¹ Minimális lakossági és állami kontroll mellett az állami egészségügy alakulására az orvostársadalomnak volt a legnagyobb hatása, a *gyógyítás társadalmi beágyazottsága* a lehető legnagyobb mértékben *meggyengült*. A szubsztantív racionalitás ilyen mérvű háttérbe szorulásának nem számszerűsíthető, de feltételezhető szerepe van abban, hogy Magyarországon (és a többi volt szocialista

országban egyaránt) az 1960-as évek közepe óta csökken a születéskor várható átlagos élettartam.

2) A társadalmi beágyazottság meggyengülésével magyarázható a kórházi orvosok és ágyak számának folyamatos *növekedése*, miközben a fejlett országokban a kórházi orvosok és ágyak számának folyamatos *csökkenése* tapasztalható. A „puha költségvetési korlátok” között az orvosoknak sikerült elérniük, hogy az elmúlt 30 évben a számukra legnagyobb presztízst jelentő, de a lehető *legdrágább* intézmények (kórházak, klinikák) fejlődtek a legnagyobb ütemben.

7. sz. táblázat Az orvosi intézmények presztízsrangsora

| Számított Rangsor érték* | A legnagyobb | | A legkisebb | |
|---|---|------|-------------|-----------|
| | preztízstű intézmények között említette (a válaszadók %-ában) | | | |
| 1.Klinika | 84,4 | 85,4 | (1) | 0,1 (1) |
| 2.Kórház | 51,0 | 50,7 | | 1,3 (3) |
| 3.Elméleti intézet | 26,7 | 32,4 | (3) | 4,0 (4) |
| 4.Gyermekközvet | 5,1 | 5,0 | (5) | 0,5 (2) |
| 5.Körzet | -6,0 | 9,8 | (4) | 15,4 (7) |
| 6.Gondozóintézet | -6,4 | 1,8 | (8) | 9,2 (5) |
| 7.Rendelőintézet | -8,1 | 2,5 | (7) | 12,3 (6) |
| 8.Iskola-egészségügy | -26,0 | 0,1 | (11) | 26,6 (8) |
| 9.Egészségügyi igazgatás | -32,3 | 3,0 | (6) | 34,4 (9) |
| 10. KÖJÁL | -39,3 | 1,6 | (9) | 40,4 (10) |
| 11.Üzemegészségügy | -42,2 | 0,8 | (10) | 43,0 (11) |
| 12.Nem tud válaszolni | | 1,8 | | 4,5 |
| Egy válasszal szerepel, besorolhatatlan | | 4,5 | | 8,0 |

* A számított értékeket úgy kaptuk, hogy a pozitív válaszokból levon-

tuk a negatív válaszokat, a különbségeket a válaszadók számához viszonyítottuk (az értékek az eltérő válaszhiány miatt nem esnek teljesen egybe a relatív gyakoriságok különbségével).

(Forrás: Bánlaky-Kérész-Solymosi 1981:150.)

1965 és 1990 között a kórházi orvosok száma *128 százalékkal növekedett*. Ugyanez idő alatt a kórházból elbocsájtott betegek száma pedig sokkal kisebb arányban, mindössze 42 százalékkal emelkedett. (Forrás: Az Évkönyvek megfelelő adatai alapján.)

Ez a növekedési kényszer – mint azt már korábban írtuk

- a magánellátás belső logikájából következik, az állami ellátás esetén pedig a „szocialista és kapitalista országok közötti versenyhelyzet” volt a növekedési kényszer legfontosabb motivációja. Ez tükröződött az ún. számmániában is: folyamatosan a szocialista egészségügy fölényét kívánták bizonyítani a volt szocialista országok vezetői.

A gazdasági és a politikai racionalitás erőteljes együttes érvényesülése eredményezte azt, hogy azokon a területeken fejlődött látványosan az egészségügyi ellátás, amelyek a nemzetközi összehasonlítások alapján szolgáltak: az orvosok száma, a kórházi ágyak száma stb.

4) Az állami és piaci mechanizmusok rejtett összefonódása és a gyógyítás gyenge társadalmi beágyazottsága együttesen eredményezte azt is, hogy magas volt a kórházakban az aktív ágyak aránya. A kórházi ágyak összetételében – a kormányzati elképzelésekben mindig megfogalmazott krónikus ágyszámnövekedéssel szemben sohasem sikerült a kívánt aránymódosulásokat elérni.

Az eddig elmondottak alapján ezt azzal magyarázhatjuk, hogy az állami egészségügyi ellátás keretében működő gyógyítás piacán az aktív kórházi ágyak voltak a legjobban értékesíthető „árúk”.

5) Az állami-piaci dimenzióban történt jelentős elmozdulásra utal az is, hogy Magyarországon az állami egészségügyi ellátás elvesztette azt az előnyét, amelyet az angol állami egészségi rendszer védelmében szoktak felemlíteni, hogy t.i. képes az egészségügyi költségrobbanás megfékezésére. A hazai állami ellátás még ezt a funkcióját sem tudta betölteni: az egészségügyi kiadások emelkedésének üteme Magyarországon meghaladta az ország gazdasági fejlődésének megfelelő szintet.

Az OECD országok adataival összehasonlítva, az országok adataiból felrajzolt trend alapján Magyarország többet költ az egészségügyi ellátásra, mint a nála fejlettebb nyugat-európai országok trendjéből következne (Bondár: 1993).

6) E növekedési kényszer következménye az is, hogy *az orvosok folyamatosan tágították az egészségügyi ellátás kompetenciahatárait*. Ma már egyre szélesebb azoknak a „betegségeknek” a köre, amelyek „orvosi ellátást” igényelnek (kimerültség, alkoholizmus, menstruáció előtti szindróma stb.), pedig ezek korábban nem tartoztak orvosi ellátás keretében ellátandó „betegségek” közé. Az orvosi ellátás, az egészségügyi ellátás kompetenciahatárának bővülését elősegítette az is, hogy az állami egészségügyi ellátás kialakulásakor szisztematikusan háttérbe szorították a gyógyításban addig aktív szerepet játszó többi integrációs forma szerepét.

7) A rejtett összefonódás következménye az *állami egészségügyi ellátás „privatizálása”* is. Az állami és a magánellátás ilyen szoros összefonódása lehetőséget teremtett arra, hogy az állami erőforrásokból származó ellátás magánellátási szférává váljon. Manchin Róbert és Szelényi Iván 1986-ban publikált tanulmányukban részletesen elemzik a lakásrendszer példáján azt a folyamatot, hogy miként válnak a redistributív privilégiumok áruvá a szocializmus keretei között. Amit a következő idézetben a káder-elitről olvashatunk, mutatis mutandis vonatkozik az egészségügyön belül az „orvos elitre” is: „A piaci lehetőségekhez való kapcsolata alapján megosztott maga a káder-elit is: jelentős részük (részletesebb empirikus kutatásokra lenne szükség annak megítéléséhez, hogy valójában milyen nagy is ez a hányad) párhuzamosan élvezi a hivatalnokrendi és a piaci privilégiumokat. Önkritikát kell gyakorolnunk, s be kell vallanunk, hogy korábbi munkánkban alábecsültük a káder-elit megújuló képességét, hisz az elmúlt évtized során igen sokuk bebizonyította, hogy az általunk elképzelnél sokkalta rugalmasabb. Ezek az emberek nem engedték, hogy a piac fokozatosan elvegye tőlük korábbi kiváltságaikat. Megtanulták azt, hogyan kell felhasználniuk a piacot, azt is mondhatnánk, hogy oly mértékben járultak hozzá a piaci reformokhoz, amilyen mértékben ők maguk megtanulták az abból származó jövedelmek megszerzését. Ismét a lakásrendszer példáján

mutatjuk be a »redisztributív privilégiumok illetően áruvá válását«, de úgy véljük, hogy ezt a logikát más szférákra is lehet alkalmazni” (Manchin- Szelényi 1986:176).

8) *Jogi zűrzavar.* Az állami egészségügyön belül megjelenő hálapénz hosszú évtizedeken keresztül tabutémának számított. A hetvenes évek végén, a nyolcvanas évek elején azonban ez a jelenség annyira nyilvánvalóvá vált, hogy létezését már nem lehetett tovább titkolni, tagadni. Elodázhatatlannak bizonyult ennek a jelenségnek a „kezelése”. Ennek a lehetetlen feladatnak a megoldásáról, az ezzel kapcsolatos jogi abszurdításokról Ádám György két könyvet is írt (Ádám 1986; 1989). A hálapénz jogász szemmel teljesen abszurd megadóztatása (azaz az állami szférán belül működő magánellátás legalizálása) az új értelmezési keretben tökéletesen racionális eljárásként tekinthető.

9) *Kétszintű egészségügyi ellátás.* Végeredményként az állami egészségügyön belül lezajlott változásokat úgy interpretálhatjuk, hogy a kialakult rendszer képtelen volt a gyógyítás makroszintű integrálására, és szükségszerűen adta át a helyét újra piaci mechanizmusoknak. Az „állami ellátáson” belül az „állami ellátás” sem szorult teljesen vissza, így jelenleg egyszerre működik a kétintegrációs séma – azonos jogi és eltérő praktikus működési szabályozásokkal. Így az egészségügy államosításának paradox következménye nem a magánellátás visszaszorítása, hanem soha nem látott mértékű térnyerése lett Magyarországon.

10) Az 1980-as évek végére Angliában és Magyarországon is nyilvánvalóvá vált, hogy a politikai racionalitás érdekében tovább már nem szorítható háttérbe az egészségügyi ellátás gazdasági racionalitása. Mind a két országban közel azonos időben fogalmazták meg azokat a programokat, amelyek szakítanak az állami ellátás alapeszményével (a szükségletek szerinti ellátással), és a gazdasági racionalitás megvalósítására alkalmas változásokat vezettek be. Angliában ezt a változást „a belső piac” megteremtése jelzi, Magyarországon pedig a „teljesítményfinanszírozás” az, amely a gazdasági racionalitás jegyében a szükséglet kielégítés helyére került.

2. Az önsegítés növekvő szerepe a gyógyításban

Az ebbe az integrációs formába tartozó gyógyító tevékenységek esetében – hasonlóan az *öngyógyításhoz* – az *érintettek professzionális segítők nélkül, maguk próbálják megoldani gondjaikat*, de ehhez nem családtagjaikra, hanem a hasonló helyzetbe került emberek kölcsönös segítségére támaszkodnak.

A kölcsönös segítség kialakulása és gyors terjedése a társadalmi támasz (social support) „egészségvédő” hatásainak felismerésén alapul. A számos betegség okaként számon tartott stressz oldásának egyik legeredményesebb módja a kölcsönös segítségben rejlő lehetőségek kihasználása.

Az egészséget veszélyeztető tényezők között az egyik legjelentősebbként szerepel a szakirodalomban a társadalom perifériájára szorulás (munkanélküliség, magány). A „dezintegrálódás” ellen az egyik leghatásosabb módszer a társadalmi támasz önsegítő csoportban való megjelenése. A tradicionális falusi közösségekben még erős volt a “social support”, de ennek komoly „ára” is volt.

E közösségek bomlását a társadalmi változások (urbanizáció, iparosítás, technikai fejlődés) is sietteték, de tagjaik is igyekeztek oldani a tradicionális kötöttségeket.

A városba költözött emberek megszabadultak ezektől a korlátoktól, de hamarosan érezték az óvó, védő közösségek hiányát. Ezért *maguk hoztak létre új közösségeket*, amelyekben – mivel már nem „beleszülettek” – nem kötötték őket több évszázados tradíciók kényszerűségei. Az új közösséget már *általuk* közösen elfogadott szabályok működtetik, tág mozgásteret hagyva a tagoknak. Ilyen típusú közösségek az egészségkárosodott emberek által létrehozott önsegítő csoportok és önsegítő szervezetek is.

a) Az önsegítő csoportok és az önsegítő szervezetek

Az egészségi állapotuk megváltozása miatt segítségre szoruló emberek (rokkantak, elváltak, alkoholisták) csoportokat, illetve szervezeteket hoznak létre, és ezekben a keretekben a maguk erejére támaszkodva

keresik a gyógyulásukhoz vezető utakat. Erre utal a szakirodalomban meghonosodott elnevezés is: önsegítő csoportok, illetve önsegítő szervezetek.

A nemzetközi szakirodalomban igen részletesen, sokféle megközelítésben foglalkoznak az *önsegítő csoportokkal* (self- help groups). A fogalom értelmezése nem egységes, de az utóbbi években konszenzus kezd kialakulni ezen a területen. „Az önsegítő csoportokban közös problémákkal (például egy betegséggel) küszködő emberek gyűlnek össze. Hosszabb időszak alatt, rendszeres üléseken, nagyrészt szakszerű segítség és mindenféle anyagi érdek nélkül megpróbálják megváltoztatni azt a módot, ahogyan problémájukhoz és környezetükhöz viszonyulnak. Vezérelvük az együttműködés és a kölcsönös segítségnyújtás. A gyakran rendkívüli, személyes élmények megosztása, a közvetlen empátia, a szolidaritás és a támogatás jótékony hatásúak. A tagok segítik egymást és egymás modelljévé válnak a közös probléma sikeres kezelésében” (Katz 1989:19).

Az önsegítő csoportokban fontos az aktív, személyes részvétel, a közös élményfeldolgozás, az egymás iránti kölcsönös bizalom, amely a kölcsönös segítség alapja lehet. Ezeknek a csoportoknak nincs vezetőjük, s létszámuk korlátozott (5-10 fő). A *face to face* jellegű kapcsolattartás jellemző rájuk.

Az önsegítő csoportokban nincsenek szabályok arra vonatkozóan, hogy ki hogyan viselkedjék. A folyamatokat az egyének személyes problémái irányítják, valamint azok a törekvések, hogy ezekkel a problémákkal a csoporton belül foglalkozzanak. A szabály itt az, hogy *nincsenek szabályok*. Gyakran nem is formalizálják a csoportot (a külvilág felé nem jelzik létezését: nem jegyzik be, nem adnak maguknak nevet, s nem kérnek anyagi támogatást). A csoport tagjai megtanulják, hogyan kezeljék konfliktusaikat, s megpróbálnak közös megoldást találni lelki bajaikra. (Ilyen csoportokat főleg mentális problémákkal küzdő emberek hoznak létre, gyakran pszichológus javaslatára és kezdeményezésére, de úgy, hogy a csoportban nem vesz részt a terapeuta.) Ezért ezeket a csoportokat terapeuta nélküli pszichoterápiás csoportoknak is nevezik. Az integrációs forma jellegzetessége az is, hogy a gyógyításban – akár csak az *öngyógyításban* – nincs szerepe a pénznek.

„Az önségítő csoportokban végzett terápiás munka így nem kerül abba a kényes helyzetbe, hogy pénzre számolják át, vagy pénzben értékeljék. A terápia és a pénz között a csoportos öngyógyítás során nem jön létre közvetlen kapcsolat. Nem értékesítésről, hanem cseréről van szó. Az egymás közti kapcsolatok nincsenek kitéve az eldologiasodás (elidegenedés) veszélyének, mert, legalábbis az önségítő csoportokon belül, függetlenek a pénztől. Ez emberségesebbé, és talán hatékonyabbá is teheti ezeket a kapcsolatokat. Mindenki tudja, hogy mindaz, ami történik, egyes egyedül a személynek szól. Itt nem érvényes az, amit az egyik önségítő csoport tagja, Hans, az elektrotechnikus mondott: az ember nemcsak magát, hanem a pénzét is elviszi a terapeutához és végső soron nem tudja meg, hogy annak melyik a fontosabb” (Moeller 1989:122).

Ilyen csoportokat alkotnak például a különböző szenvedélybetegségből gyógyultak, a ritka betegségben szenvedő emberek, a munkanélküliek, s a különböző családi konfliktushelyzetbe került emberek (elváltak, megcsaltak, özvegyek, gyermeküket elvesztett szülők). De ilyen csoportokat hoznak létre a homoszexuálisok, a daganatos betegségben szenvedők és különböző kisebbségi csoportokhoz tartozó emberek is. A csoportokba tartozó emberek felismerik, hogy közösen, egymást segítve könnyebben tudnak megbirkózni gondjaikkal. Igen gyakran maga a segítség, a feladat, az újabb felelősségvállalás, s a „valakinek szüksége van rám” érzése vezet el a saját probléma megoldásához.

Ilyen csoportok Magyarországon is léteznek, de tevékenységükről keveset lehet tudni, épp e sajátos felépítésük és működésük miatt. A hazai tapasztalatokról 1989-ben készült beszámolóból az derült ki, hogy az önségítő csoportoknak még nincsenek kialakult hagyományaik Magyarországon. Az azonos problémákkal küszködő emberek nehezen találhatnak egymásra ebben a formában, és az önségítő csoportok létrehozása és működtetése is nehézséget okoz számukra. „Magyarországon ma még hiányzik a spontán közösségek kultúrája, az emberek saját aktivitása életminőségük javítására, a kapcsolatok alakítására (különösen azokban a rétegekben, amelyeknek segítségre van szükségük, akár önségítő csoport formájában, akár másként)” (Göncz-Harmatta-Német 1989:15). Ezért fontosnak tartják az elemzést és a csoportokat vizsgálá-

ló szakemberek részvételét az önszervező csoportok megszervezésében, de azt is, hogy megalakulásuk után hagyják magukra a csoportokat. A szakember előtt álló feladatokat ezek után így összegzik:

”1) fel kell kutatnia azokat az embereket, akiknek szükségük lehet önszervező csoportra;

2) segítenie kell a közös célok megfogalmazását;

3) részt kell vállalnia az aktuális cselekvési program megvalósításában, a konkrét szervezésben (rigid társadalmi struktúrában élünk, amelynek változtatása lassan és nehezen megy. A csoport tagjai sokszor nehezebben boldogulnak a hivatali útvesztőkben, részben nagyobb involváltságuk, részben nagyobb sérülékenyséjük miatt);

4) közvetítenie kell a csoport konfliktusaiban, tanácsadóként résztvennie, illetve a háttérben elérhetőnek maradnia;

5) előbb-utóbb feleslegessé kell válnia” (Göncz-Harmatta- Németh 1989:15).

Az önszervező csoportoktól megkülönböztethetők a hasonló célokkal, de más szervezeti keretek között működő *önszervező szervezetek*. „Az önszervező szervezetek jellemzői:

- több tagot számlálnak (nemcsak az érintetteket, hanem rokonait, támogatóikat és más, az ügyben érintett személyeket is);
- szupraregionálisak, gyakran országos kiterjedésűek;
- függetlenített szervezők vannak, akik többé-kevésbé szakképzettek, pl. szociális gondozók, szervezők stb.; bürokratikus szervezetűek, társasági státusuk van, elnökeik vannak, tagdíjat szednek, saját folyóirataik, konferenciáik és továbbképzéseik vannak;
- a kívüllagra irányuló tevékenységük érdekcsoport jellegű, olykor még a törvényhozást is befolyásolják (pl. rokkantakra vonatkozó törvények megalkotásakor);
- jelentős a szakértők gyakori bevonása az előadásokba és az értekezletekbe;
- szolgáltatásaik nagy részét kívülállók is igénybe vehetik (pl. kórházlátogatások);
- saját tanácsadó központjaik vannak;
- némelyeknek figyelemreméltó költségvetése is.

Ezek az önszegítő szervezetek sok tekintetben hasonlítanak a jóléti szervezetekre, a közegészségügyi és a szociálpolitikai intézményekre” (Richardson-Goodman 1983).

„A nyugati jóléti államokban már jó néhány éve észlelhettük a meglévő társadalmi rendszer krízisére utaló jeleket. Az önszegítő csoportok kialakulásában közrejátszhatott a társadalomkritika néhány eleme, mint például:

- a szükségtelenül erőteljes szakosodás, az intézmények specializálódása és széthúzása;
- a bürokratizálódás, a segítők és a páciensek elidegenedése;
- a segítségnyújtással mint a társadalmi kontroll eszközével való visszaélés;
- a páciensek gyermeki függőségbe kerülése;
- a rendszer, ahelyett, hogy küzdene ellene, okozza a szenvedést” (Matzat 1988:174).

Az önszegítő csoportokról és önszegítő szervezetekről szóló nemzetközi szakirodalom részletesen foglalkozik az önszegítés különböző formáival. A tanulmányok feltárják azokat a körülményeket is, amelyek az önszegítés e formáinak gyors terjedését és növekvő aktivitását magarázzák.

Az önszegítés létrejöttének okait elemző szerzők különböző szempontokat hangsúlyoznak, mást és mást tartanak meghatározó jelentőségűnek.

„A self-help jelenség pszichológiai gyökerei korunk tekintélyválságában kereshetők. A nyugati kultúra tömegtársadalmainak dezintegrációs folyamatai, a keleti kultúra paternalisztikus viszonyai egyre »infantilisabb«, értetlenebb, önálló életvitelre egyre kevésbé alkalmas nemzedékeket «bocsátanak ki» (a tendenciákról szóló szakirodalom tengernyi). Olyan nemzedékeket, melyek tagjai függőségi viszonyban vannak a »tekintélyfigurákkal«, ami többek között abban nyilvánul meg, hogy a »felnőtt« típusú kommunikációs mintákkal szemben (elfogadom a tekintélytől, amivel azonosulni tudok, de elutasítom a számomra elfogadhatatlant) az infantilis kommunikációs minták erősödtek fel (a dac két formája: negativizmus és lázadás, illetve konformizmus). A tekintélyválság másik aspektusa, hogy világháborúkat, gazdasági válságokat, civilizációs ártalmakat létrehozó tekintélyekkel szemben fokozódott

az ellenállás, és ennek a történelmi folyamatnak egyik lecsapódása az a pszichológiai szükséglet, amely a vertikális (tekintély-) viszonyokkal szemben a szimmetrikus, partnerszerű, testvér-testvér viszony iránt nyilvánult meg” (Gerevich 1989).

A gyógyítás területén működő önszervező csoportokkal, szervezetekkel foglalkozva számunkra legérdekesebbek az önszervező egészségügyi gyökerei. A betegségekkel küszködő emberek egyre gyakrabban érezték, hogy az egészségügyi intézmények gyakran nem azt nyújtják számukra, amit várnak tőlük, s az intézmények gyakran nem csökkentették, hanem növelték gondjaikat. Az egészségügyi szolgáltatásokkal szembeni kritika egyik megjelenési formájaként is interpretálható az önszervező csoportok és szervezetek megjelenése. Az egészségügyi ellátással való elégedetlenség különösen akkor volt szembeszökő, amikor a betegek speciális problémákkal fordultak az intézményekhez. A nagy szervezetek nehezen „álltak át” a ritkán előforduló feladatok megoldására. Ezeknek a feladatoknak egy része könnyebben és gyorsabban megoldható kisebb, rugalmasabb speciális igényekre szerveződő csoportokban, szervezetekben.

b) Hazai tapasztalatok

Magyarországon az elmúlt évtizedekben az önszervező elvének jegyében számos kezdeményezés indult el. Többször próbálkoztak hasonló problémákkal küszködő emberek önszervező szervezetek létrehozásával. Ezek a próbálkozások kivétel nélkül kudarccal végződtek. „Az állampolgárokat átnevelésre szoruló, megbízhatatlan és ellenséges tömegnek tekintő kormányok minden olyan szervezettől és mozgalmatól féltek, amelyet nem tudtak teljes ellenőrzésük alatt tartani, így az autonóm szervezetektől természetesen szabadulni igyekeztek. Az alapítványokat felszámolták, az egyesületek többségét feloszlatták, az új öntevékeny szervezetek létrejöttét hatalmi eszközökkel megakadályozták. A megmaradt egyesületeket és társadalmi szervezeteket teljes párt- és állami ellenőrzés alá vonták” (Kuti 1982:16).

Az igen kitartóan küzdő mozgássérülteknek sikerült e merev ellenállás áttörése: 1977-ben Szombathelyen megalakult a mozgássérültek

első egyesülete. Ezt követte más városokban helyi szervezetek megalakulása, és végül – több éves küzdelem után – a Rökkantak Éve (1981) alkalmából sikerült létrehozniuk országos szervezetüket, a Mozgássérültek Országos Szövetségét. Nehezen kivívott eredményüket (a precedens megteremtését) azonban évekig nem követték mások.

A nyolcvanas évek közepén elkezdődött politikai változások hatására ezen a területen is áttörés következett be. A változások felgyorsulását elősegítette az is, hogy az önsegítő csoportok és szervezetek eddigi eredményei alapján a WHO (World Health Organisation, az ENSZ Egészségügyi Világszervezete) is támogatta a lakosság önálló kezdeményezéseit. Az 1986-ban Ottawában aláírt „Egészségmegőrzési Nyilatkozat” – amelyhez Magyarország is csatlakozott – nemzetközi legitimációt adott az önsegítő mozgalmaknak, és ez hozzájárult a korábban tapasztalható „görcsök” oldásához.

A dokumentum e közösségek „hatalommal való felruházását” sürgeti, hogy „tulajdonosai és irányítói legyenek saját törekvéseiknek és sorsuknak, ... s hogy erősítsék a közösségek részvételét és ellenőrzését az egészséggel kapcsolatos kérdésekben”.

Ugyanennek a gondolatmenetnek számos eleme megtalálható a Magyarországon 1987-ben kidolgozott Egészségmegőrzés Társadalmi Programjában is: „Szélesíteni kell az egészségügy munkáját támogató egyesületek, klubok mozgásterét”. Az alulról jövő kezdeményezésekkel szembeni korábbi merev ellenállás az 1980-as évek végén enyhülni kezdett. Ezt jelzi, hogy a Társadalmi Program már építeni kívánt e csoportok munkájára a különböző célok megvalósításában. „Az egészséges életmód kibontakoztatásában, a veszélyeztető kockázati tényezők elhárításában nagy szerepet vállalhatnak a közösségek. A lakóterületen és a munkahelyen egyaránt lehetőséget kell kapniuk arra, hogy beleszóljanak az életmódjukat, egészségüket, biztonságukat befolyásoló döntések hozatalába, legyen az akár csak egy sportpálya építése, alkoholmentes klub létesítése, segítő szolgálat szervezése” (Az egészségmegőrzés 1987:7).

A csoportok, szervezetek támogatását deklaráló program megjelelése az eddigi tiltás feloldását jelentette, és ezzel lehetővé vált, hogy csoportok alakuljanak már 1987 és 1990 között. A változást azonban

nehezíti, hogy a program leszűkíti a támogatandó egyesületek, klubok körét „az egészségügy munkáját támogatókra”, a közösségek szerepét pedig csupán „az egészséges életmód kialakításában, a veszélyeztető környezeti tényezők elhárításában” jelöli meg.

Az 1992-ben megjelent Egyesületi Címtár, mely számbavette a Magyarországon működő egyesületeket, öntevékeny szervezeteket, több mint 6000 szervezet címét, nevét és képviselőjét közli, ezek között 140 önszolgáltató szervezetet találunk az „Egészségkárosodottak szervezetei” címszó alatt. Az adatgyűjtés nem teljeskörű, de így is jelzi a megnövekedett társadalmi aktivitást ezen a területen is. A felsorolt szervezetek között akad néhány országos szervezet (vakok, gyengénlátók, süketek, mozgássérültek, daganatos betegek, vesebetegek), és olyan szervezetek is, amelyeknek már az elnevezéséből is arra következtethetünk, hogy szűkebb körben fejtik ki tevékenységüket, és így mindennapi munkájuk sokkal jobban közelít az önszolgáltató csoportok tevékenységéhez: lokális egyesületek, klubok és azok a szervezetek, amelyekbe az egészségkárosodottság jellegéből adódóan eleve kevesen tartoznak (például autisták, szívbillentyűvel élők, tolókkocsis mozgássérültek helyi szervezetei).

Mindebből arra következtethetünk, hogy az egészségkárosodott emberek egy része élt a kínálkozó lehetőséggel és megalakította azokat a szervezeteket, amelyekben a tagok *saját problémáikra maguk próbálnak megoldást találni*. Ezzel a gyógyítás új integrációs formája alakult ki Magyarországon, amely az egészségügy államosítását követő évtizedekben elképzelhetetlen lett volna

Korábbi kutatásaimban részletesen foglalkoztam a hazai önszolgáltató csoportokkal és szervezetekkel. (A mozgássérültek, a vesebetegek, a daganatos betegek, a sclerosis multiplexes betegek önszolgáltató csoportjairól.) A kutatás eredményei olvashatók az erről készült tanulmányban (Antal 1991). Ezért most csak az általánosítható összefüggésekről és ennek az integrációs formának a gyógyításban betöltött szerepéről írok.

Az önszolgáltató szervezetek előtt igen tág lehetőségek kínálkoznak tevékenységi területük meghatározásánál, hiszen a legtöbb betegségnél (s halmozottan érvényesül mindez a krónikus betegségek esetében) több olyan probléma is felmerül, amelyek megoldásában szerepe lehet ilyen csoportnak vagy szervezetnek. Segíthetnek egymásnak a mun-

kahely elvesztéséből, a rokkantositásból, az anyagi helyzet romlásából adódó terhek enyhítésében; együtt eredményesebben vehetnek részt a társadalmi előítéletek elleni küzdelemben, a jogszabályokban rögzített kedvezményekhez is sikeresebben juthatnak hozzá, és a betegsükből adódó kiszolgáltatottság csökkentésére is nagyobb az esély közös fellépés esetén.

A szervezetek elsődleges céljuknak tartják, hogy javítsanak tagjaik (sok esetben az összes érintett egészségkárosodott) anyagi helyzetén. Részben a szabályok adta lehetőségek kihasználására hívják fel tagjaik figyelmét, részben segélyeket osztanak, emellett az általános kedvezmények kivívásáért folytatnak – nem eredménytelen – küzdelmet.

A hazai egészségügy sokat elemzett és bírált körülményei között különösen tanulságos annak megvizsgálása, hogy azok az emberek, akik az ellátás hiányosságait a legjobban érzik, milyen lépéseket tesznek kiszolgáltatottságuk csökkentéséért.

Igen lényeges változások következtek be ezen a téren is. Az egyesületek, szövetségek, klubok vezetői abban a pozícióban vannak, hogy felléphetnek betegtársaik érdekében és nevében, ha valamilyen sérelem éri őket.

A betegek érdekvédelmében a vesebetegek a legaktívabbak. Tapasztalataim szerint ez az az egyesület (ma már szövetség), amely elsődleges céljai között tartja számon az egészségügyi ellátás javítását. Folyamatosan küzdenek azért, hogy emelkedjen Magyarországon a dializált betegek száma (hiszen azok, akik nem kapják meg az ellátást, meghalnak), évek óta sürgetik a transzplantáció Magyarországon nemzetközi mércével alacsony számának emelését. A Vesebetegek Országos Egyesülete (VORE) vezetői nemcsak a dialízis minden rászorulóra való kiterjesztéséért küzdenek, hanem azért is, hogy a jelenlegi körülmények között kezelt betegek ellátása javuljon. Találkozásaik során gyakran megbeszélnek a különböző állomásokon alkalmazott módszereket, s így jó áttekintésük van a dializáló állomásokon folyó kezelésekről. Ennek tudatában jól érzékelik a számukra sokszor hátrányos különbségeket. Ezeket az információkat tudatosan és határozottan használják fel a különböző előterjesztések és célkitűzések megfogalmazásakor. Az őket ellátó orvosokkal ebből adódóan ambivalens a viszonyuk. A vesebetegeket

kezelő orvosok meglepően és felháborodottan reagáltak a 11 laikus” észrevételekre, az „orvosok elleni támadásként” interpretálták a VORE néhány lépését. A viták ellenére a kapcsolat lassan javul az orvosok és a betegek között. Mindkét fél felismerte, hogy egymás támogatásával előbb el lehet érni a vesebetegek ellátásának javítását.

Az önszorgító csoportok, szervezetek munkájában az orvosok is jelentős segítséget nyújtanak. Már a megalakulásnál komoly szerepet játszottak, s néhány csoport kifejezetten az ő kezdeményezésükre jött létre. A csoportok egy részénél ma is meghatározó a szerepük. A magyar Sclerosis Multiplex Klubok Országos Koordinációs Tanácsának vezetője például az az orvos, aki az első magyar SM klubot létrehozta. A dagantatos betegek csoportjainak célkitűzéseit is erőteljesen befolyásolta, hogy aktívan közreműködik munkájukban néhány vezető onkológus felesége. Az említett csoportok közül egyedül a VORE az az egyesület, amelynek munkájában közvetlenül nem vesznek részt orvosok.

Az önszorgító csoportok, önszorgító szervezetek és az orvosok, egészségügyi intézmények kapcsolatára sajátos viszony jellemző. Az orvosok főleg nemzetközi konferenciákon való részvételükből, nyelvismeretükből adódó előnyeik, nagyobb tájékozottságuk, tudásuk révén hamarabb felismerték az önszorgító csoportok és szervezetek jelentőségét, mint maguk az érintettek. Ennek eredményeképpen jelentős szerepük volt az önszorgító csoportok megalakulásában, és ma is közreműködnek munkájukban. Ez azonban jelentősen befolyásolja a csoport célkitűzéseit, tevékenységét. Az ilyen klubokat, egyesületeket csak *kvázi* önszorgító csoportoknak nevezhetjük, amelyek azonban *a valódi* önszorgító csoportok, önszorgító szervezetek kialakulásának esélyeit csökkentik: „mi értelme van új csoport létrehozásának, amikor már van ilyen”.

Ezek a csoportok fontos szerepet töltenek be az egészségkárosodott emberek helyzetének javításában, ugyanakkor egy nagyon lényeges funkciójuk kevésbé érvényesülhet: csökkenti az önszorgító tevékenység, a személyes részvétel nyújtotta előnyök kihasználását, hiszen továbbra is függő helyzetben tartja a segítséget mástól váró betegeket.

Az önszorgító csoportokkal szembeni korábbi ellenérzések külföldön és Magyarországon egyaránt fokozatosan csökkennek, s korábbi bírálóik is ma már elismerik, hogy sikeresen oldják meg a magukra vállalt felada-

tokat. Erre utal, hogy egyre több támogatásban részesülnek. Sikerük egyik jeleként mára általánosan elismertté vált, hogy néhány területen – mint például a volt kábítószer-élvezőkkel való foglalkozásban, vagy az alkoholisták gyógyításában eredményesebben működnek, mint a professzionális gyógyítók. Ennek köszönhetően közeledés figyelhető meg a szakemberek és a laikusok között.

Az önszolgáltató csoportokat, szervezeteket ma már egyre több országban politikai szinten is támogatják. Ennek a támogatásnak azonban veszélyei is vannak. Vezető politikusok felismerték, hogy ily módon „új erőforrások” mobilizálhatók a társadalmi feszültségeket jelentő problémák megoldására. A közösségekben rejlő erőre támaszkodva olcsóbban oldhatók meg ezek a feladatok, ha megoldásukat átengedik az önszolgáltató csoportoknak, szervezeteknek.

„Természetesen az állami támogatás azoknak az önszolgáltató csoportoknak jut, amelyek belül maradnak az adott egészségügyi és jóléti rendszeren. Sokkal kevesebb pénzt költenek az ezen kívül álló csoportokra, és szinte semmit sem azokra, amelyek a rendszer ellenében működnek. Az állami adminisztráció aszerint osztályozza az önszolgáltató csoportokat, hogy mennyire «alkalmasak a támogatásra». Ily módon az önszolgáltató mozgalom társadalomkritikai jelentősége csökken. A társadalmi gondoskodásnak ez az alternatív formája egyre inkább pusztán önszolgáltatóvá válik, és az állam számára egyre olcsóbbá. Mindinkább megfigyelhetjük, hogy a széles körű gondoskodás, mint például a rákbetegségek esetén, az önszolgáltató csoportok feladata lesz, és egyes nézetek egyenesen rákényszerítik az alkoholistákat, hogy ilyen önszolgáltató csoportokba járjanak, például azért, hogy visszakaphassák jogosítványukat. Veszélyes az a mód, ahogyan az állami tervezés egyre inkább magába olvasztja és eszközül használja az önszolgáltató csoportokat” (Matzat 1988:174).

Az egyértelmű eredmények, az egyre nagyobb elvi és anyagi támogatás hatására az egészségkárosodottak különböző becslések szerint – 2-8 százaléka vesz részt az önszolgáltató csoportok, szervezetek munkájában. Azaz az önszolgáltató csoportok és szervezetek több évtizedes működés után is a domináns integrációs formák mellett ugyan fontos, mégis csak marginális szerepet töltenek be a gyógyításban.

A gyógyítás társadalmi beágyazottságában az *önszolgáltató csoportok és*

az önszolgáltató szervezetek egyre nagyobb, a többi integrációs formától elkülönítható szerepet töltenek be. Ezt jórészt annak köszönhetik, hogy lehetőséget kínálnak a társadalom perifériájára szorult egyének elszigeteltségének

oldására. Azaz a gyógyító hatás az egyén társadalmi integrálódásának erősítésében rejlik. Az önszolgáltató csoportokban ugyanis megszűnik az elszigeteltség azáltal, hogy a tagok olyan emberek társaságában beszélhetnek saját problémáikról, akik maguk is hasonló problémákkal küszködnek. Valószínűleg ebben áll az önszolgáltató csoportok legalapvetőbb hatása. Az önszolgáltató csoportokban a betegség, amely korábban ki-rekesztette az egyént, összekapcsolja a közösséggel.

3. Az öngyógyítás változó jelentősége

A második világháborút követő évtizedekben a gyógyításnak ez a formája, amelynek társadalmi beágyazottsága legerősebb, a szocialista és a fejlett országokban egyaránt veszített jelentőségéből és folyamatosan háttérbe szorult. Először vegyük sorra azokat a feltételeket, amelyek az általános tendenciákat befolyásolták. Ezután vizsgáljuk meg azokat a speciális vonásokat, amelyek a nemzetközi tendenciáktól való eltéréseket eredményezték Magyarországon.

a) A társadalmi-gazdasági feltételek megváltozása

A jól ismert folyamatok közül most csak azokat említem meg, amelyeknek következményeképpen az öngyógyítás háttérbe szorult. Az első fejezetben már jeleztem, hogy az öngyógyítás kategóriájába a *zárt közösségekben* (család, falu, szomszédság, baráti kör) végzett gyógyító tevékenységek tartoznak. A zárt közösségek felbomlásával, illetve a zártság lazulásával eleve *leszűkül az a társadalmi közeg*, ahol az öngyógyításra egyáltalán sor kerülhet. A család (különösen pedig a nagycsalád) szerepének megváltozása és a nők munkábaállása tovább csökkentette az öngyógyítás lehetőségeit. (A gyógyítás a családon belüli munkamegosztás szerint az anyák, az asszonyok feladata, és a családtól

való távollétük ennek a feladatnak az ellátásában komoly korlátozást jelentett.)

A második világháborút követő évtizedekben az új tudományos felfedezések és alkalmazásuk a gyógyításban (új gyógyszerek, diagnosztizáló és terápiás eljárások) az egészségügyi ellátás soha nem látott méretű, gyors fejlődésével jártak együtt. A betegek is egyre inkább az egészségügyi intézményekben, az új eredmények felhasználásától várták gyógyulásukat. A kínálat gyors növekedése együttjárt a kereslet növekedésével, ami az egészségügyi ellátásban a gazdaságinál gyorsabb ütemű növekedést eredményezett. (Ennek a költségrobbanásnak nevezett jelenségnek a „kezelésére” még nem találtak megoldást sem a kérdéssel foglalkozó közgazdászok, sem a növekedés korlátozásában érdekelt kormányok, sem a gyors növekedéstől saját piacukat féltő iparágak.)

Az öngyógyítás háttérbe szorulását a gyógyító ellátás (el)szívó hatása mellett siettette a betegségstruktúra megváltozása is. Az átlagéletkor megnövekedésével új betegségstruktúra alakult ki, s ez olyan gyógyítási szükségleteket támasztott, amelyekre az öngyógyítás nem kínált megoldásokat (például a munkahelyi- és közlekedési balesetek okozta sérülések növekvő száma, szívinfarktus).

Már ezek a feltételek is kellőképpen érzékeltetik, hogy az öngyógyítás korábbi szerepének visszaszorulása *törvényszerűen következett be* minden fejlett országban. Ezt a törvényszerű folyamatot azonban Magyarországon néhány más körülmény felgyorsította.

b) Az öngyógyítás visszaszorítása Magyarországon

Magyarországon a társadalmi-gazdasági fejlődéssel együttjáró általános tendenciák érvényesülését számos tényező siettette. Ezek közül most csak azokra térek ki, amelyek – az információátadási folyamat „természetes” megszakadása (zárt közösségek felbomlása, ingázás, városiasodás) mellett – az *öngyógyító ismeretek átadásának tudatos, intézményes akadályozásában* nyilvánultak meg. Az elmúlt negyven évben az egyéni, családi közösségi autonómia szűkre szabott lehetőségeit is tudatosan igyekeztek korlátozni. Ennek egyik eleme az iskolai tankönyvekben megfigyelhető változás. A korábban elemzett egészségtan tankönyvekből a diákok igen

részletes – saját és családtagjaik gyógyításában is felhasználható – ismeretekhez juthattak már elemi szinten. Az egészségügyi ellátás (és az oktatás) államosítása után az egészségtan fokozatosan kiszorult az általános iskolák tananyagából. Az 1949-ben kiadott egészségtan tankönyv még részletesen taglalja a „fertőző betegségek” gyakori, általános tüneteit, és a csecsemőgondozás és -nevelés „alapvonalait”, és számos más, a mindennapi gyakorlatban használható tudásanyagot. Ez a megközelítés 1951-re már megváltozik. Az ekkor kiadott „Az ember élettana és egészségtana” című tankönyvben ezt a témakört már mindössze egy fejezet tárgyalja, és a *praktikus információk helyét a tudományos ismeretek veszik át* (a magas vérnyomás szervrendszere, a vérkeringés szervrendszere, a légzés szervrendszere stb.).

Az 1962-ben kiadott egészségtan tankönyvben pedig már a későbbi biológiai tankönyvek felépítését ismerhetjük fel: a tudományos ismeretek mellett teljesen háttérbe szorultak a betegségek, panaszok otthoni felismerésében, kezelésében és gyógyításában hasznosítható információk.

A másik terület, ahol az információátadás tudatos korlátozását bemutatjuk, az erős cenzúra működése, amely¹² tiltotta az alternatív gyógy módokról szóló híradást.

Az elmúlt évtizedek dokumentációit tanulmányozva azt tapasztalhatjuk, hogy a gyógyítással kapcsolatos kérdésekben szigorúbb volt a cenzúra, és később is szűnt meg, mint a politikai kérdésekben. Még 1986-ban – amikor már igen éles hangú tanulmányok is megjelenhettek a *Medvetáncban*, a *Mozgó Világban*, a *Valóságban*, az öngyógyítás lehetőségeinek ismertetésére csak egy szakácskönyvben nyílt lehetőség (Reformkonyha 1986).

Ennek a szigorú cenzúrának a kijátszása csak ritkán járt sikerrel.

Erre 1968-ban került először sor Magyarországon, amikor a rádióban szeptember 18-án elhangzott a *Summa cum laude* című riportműsor.¹³ A riportműsorban – amelyet később megismételtek, és a *Valóság* is közölt (1968/11.) – egy idős népi gyógyító először kapott szót és számolhatott be üldöztetéseiről, gyógyító módszereiről, eredményeiről és a gyógyító tevékenysége iránti érdeklődésről. A rádióműsor az orvostársadalom felháborodását váltotta ki. Kemény reagálásukból képet kaphatunk ar-

ról, hogy milyen erősek voltak az információátadás korlátozására irányuló törekvések.

Az *Orvosi Hetilap* levelezési rovatában megjelent vitacikk (Farkas 1968) és a szerkesztőség állásfoglalása más szavakkal, de lényegében megismétli az egészségtan tankönyvek korábban ismertetett álláspontját: a népi gyógyászat babona, tudatlanság hatja át, gonoszság, maszlagok, szemfényvesztés, csalás...

A vitában – a már eddig ismertetett álláspontok mellett

- új szempont is felmerült, mégpedig az információközlő felelőssége. Az orvosok¹⁴ nemcsak a népi gyógyászatról fogalmazták meg elítélő véleményüket, hanem emellett erős nyomást gyakoroltak a riporterekre és a *Valóság* szerkesztőire, hogy ne kövessenek el újból ilyen „hibát”. Ez kiolvasható az *Orvosi Hetilapban* megjelent levélből.

„A csodatételekkel foglalkozó riportban tulajdonképpen valódi csoda az, hogy működhet hazánkban 1968-ban olyan orvos (Oláh dr.), aki a maga példáján igazolja a csodadoktort; a Magyar Rádió foglalkoztat olyan riportereket, akik a materialista világnézet diadalmas századában a szemfényvesztés igazáról akarják meggyőzni a világot, akik a törvényesen üldözött kuruzslás védelmére kelnek!”

„A *Valóság* szerkesztősége érdemben nem foglalt állást. Különösen érdekes (?) társadalmi dokumentumként közlik az anyagot. A témára – írják – esetleg e szempontból visszatérnek.

Miért különlegesen érdekes társadalmi jelenség a kuruzslás és a szemfényvesztés? Nem tudni! Nem lehet tudni azt sem, kinek az érdekét szolgálja a kérdés »felmelegítése«? Miféle érdek fűződik ahhoz, hogy a csodatevők legtöbbször ellenőrizhetetlen és az egyszerű emberek hiszékenységére, a gyógyíthatatlan betegek vak hitére számító ténykedése a rádió riport után újabb nyilvánosságot kapjon, a csodadoktor pedig olcsó reklámhoz jusson?!” (*Orvosi Hetilap*, 110.évf. 8.sz. 447.o.)

Az *Orvosi Hetilap* szerkesztőségi üzenete ennél még határozottabban fogalmaz és elmarasztalja a riporterről és a riportról a *Népszabadságban(l)* megjelent „glosszát” is, kellő határozottságát hiányolva.

„Míg egyfelől a glossza egy példán a sok ezer közül, nagyon helyesen, mutat reá a »népi gyógyászat« tevékenységének várható egészségkárosító kockázataira, addig másfelől csupán a summa cum laude-t vonja meg a

gyógyító tevékenységüket propagáló szerzőktől – pedig felháborodását is kiválthatta volna – és szükségesnek tartja annak rögzítését, miszerint: »A műsor készítőinek jószándékához – mindkettő diplomás ember – aligha férhet kétség.« Mi úgy véljük, hogy a műsor készítése lényegében nem jó- vagy rossz szándék kérdése – az előbbi pedig semmi esetre sem a diploma függvénye -, hanem a felelősség fogalmának világához tartozik. Mi orvosok egyetlen veleszületett csípőízületi ficam helytelen kezeléséért felelősséggel tartozunk és adott körülmények között mint műhibát elkövetők elmarasztaltathatunk. Az Orvosi Hetilapban is újságírók dolgoznak, akik úgy vélik, hogy az újságírás nem kevésbé felelős funkció, mint az orvosi!» (Orvostudomány avagy mágia, *Orvosi Hetilap*, 110.évf. 8.sz.)

De nemcsak a *Népszabadsággal* és a rádió-riporterekkel, hanem a *Valóság* szerkesztőivel is tudatja a közlemény, hogy mi lett volna a feladatuk ilyen esetben.

„Ha azonban a szerkesztőség vállalkozott a társadalomtudományi dokumentum közzétételére, akkor vállalnia kellett volna egy szerkesztőségi kommentár megírását is, amellyel eleget tehetett volna annak a kötelezettségének, amely abból fakad, hogy a nagy múltú Tudományos Ismeretterjesztő Társulat folyóirata! És e szerkesztőségi kommentár megírásában szívesen lett volna segítségére a Valóság szerkesztőségének az ugyancsak nagymúltú Orvosi Hetilap” (Szerkesztőségi Közlemények. *Orvosi Hetilap*, 110.évf. 427.o.).

Az írásokban megjelenő „tanácsokon” kívül az ilyen „hibát” elkövető újságírók, szerkesztők személyes felelősségrevonása egy kerekasztal-beszélgés keretében is megtörtént, amelyet az Egészségfelvilágosítás Társadalmi Tanácsa és a Magyar Újságírók Országos Szövetsége belpolitikai szakosztálya kezdeményezett, bevonva a rádióriportereken kívül újságírókat és az orvostársadalom képviselőit. A kerekasztal-beszélgéstről tudósító cikk (*Egészségügyi Felvilágosítás*, 1969/3. sz.) szenvedélyes vitáról számol be. A vitában a cenzúra gyengeségére, és az orvosi kommentálás lehetőségének hiánya is megfogalmazódott. Egy másik hozzászóló (aki jelenleg is falusi körzeti orvos) szerint a hibát nem is a rádióriporterek, hanem a rádió műsorszerkesztője (lektora) követte el... „Összegezve: a hozzászólók nem is annyira a rádióriportot, hanem

annak *szubjektív hangvételét* és a *Valóság melléállását* kifogásolták. Azt minősítették hibának, hogy *nem kérdezték meg a tudomány képviselőit*, kiknek véleményét legalább glosszaként kellett volna az «irodalmi igényű» riporthoz hozzáfűzni” (*Egészségügyi Felvilágosítás*, 133. oldal).

A kerekasztal-beszélgetés konklúziójaként fogalmazódik meg, mi is volt az egész beszélgetés igazi célja: „Kár, hogy a vita szenvedélyes hangnemre váltva nem tudott az objektív véleménycsere szintjén megmaradni. Ez a kitűzött cél elérését, a *hírközlés szemléletének helyes irányú befolyásolását* (kiemelés tőlem: A.Z.L.) jócskán megnehezítette” (ugyanott).

Az újságírókra nehezedő nyomás ennek ellenére elérte célját. Hasonló témájú és hasonló hangvételű riportok közel 20 éven keresztül nem hangzottak el a rádióban. Több mint 20 év múlva is hasonló vagy talán még nagyobb botrányokat váltott ki, ha az orvostudomány által vitatott gyógyító módszerek (Naksol, Béres-cseppek, Celladam) kaptak nyilvánosságot.

Az orvostársadalom határozott fellépésének következtében az öngyógyításnak a lehetősége jobban visszaszorult Magyarországon, mint a fejlett ipari országokban, ahol a politika és az orvostársadalom érdekeit szolgáló cenzúra nem akadályozta az öngyógyító módszerek ismeretetését.

c) Az öngyógyítás modern változatai

Az öngyógyítás ennek ellenére nem szűnt meg, hanem „átalakult”. A hagyományos *népi gyógymódok alkalmazása helyett az orvostudomány eredményeinek otthoni körülmények közötti használata terjedését egyre szélesebb körben*. Ide sorolhatjuk például a recept nélkül beszerezhető gyógyszerek használatát (ami olykor kiegészül a receptre felírható gyógyszerek ellenőrzés nélküli alkalmazásával), néhány diagnosztizáló technika otthoni használatát (kék teszt, vérnyomásmérés) és a már komplikált eljárásnak számító vesedializálás otthoni elvégzését is.

Az öngyógyítás másik „modern változata” a műszerekkel és gyógyszerekkel gyógyító orvostudományi módszerek helyett a természetes módszereket előnyben részesítő alternatív gyógyászat. Magyarorszá-

gon az alternatív gyógymódok megjelenésével az öngyógyítás lehetőségeinek szinte robbanásszerű terjedését figyelhettük meg a nyolcvanas évek végétől kezdve, ami a fejlett ipari országokban már korábban elkezdődött. A cenzúra megszűnésével és a gyógyszertárak árválasztékának bővülésével és új Herbáriák, „biopatikák” megjelenésével úgyszólván megnőtt azoknak az információknak és termékeknek a száma, amelyeket az egyének, illetve a családok saját gyógyításukra külső szakértő nélkül felhasználhatnak. A 40 éven keresztül tiltott, kiadatlan könyvek iránt megélenkülte érdeklődés a lakosság nagyfokú információéhségére enged következtetni. Ez a kérdés egyre gyakrabban tárgyalt témája a különböző népszerű folyóiratoknak, magazinoknak, és ma már a tv- és rádióműsorokban is egyre gyakrabban szerepelnek az öngyógyítással kapcsolatos műsorok. (A legnagyobb példányszámú hetilap, a *Rádió- és Tv-újság* is rendszeres fórumot adott ezeknek az ismereteknek.) Az öngyógyító módszerek megismerése iránti igény növekedésére következtethetünk abból is, hogy folyamatos az érdeklődés az öngyógyító technikákat tanító tanfolyamok iránt.

Az öngyógyítás terjedésének okait keresve azonban túl kell lépnünk a gyógyítás határain. Az öngyógyítás és a természetes gyógymódok iránti érdeklődés ugyanis része egy szélesebb társadalmi mozgalomnak. Az elmúlt évtizedekben a modern társadalmakban újra megfogalmazódtak a természet felé fordulást hangoztató eszmék, megerősödtek civilizációs ártalmak elleni küzdelmet sürgető alternatív ideológiák. Ehhez kapcsolódva megerősödtek a környezetvédő mozgalmak, néhány országban parlamenti képviselőik is vannak. Az alternatív mozgalmak térhódítása a gyógyítás területén a természetes módszerekre irányította a figyelmet.

A nemzetközi és a hazai kutatási eredmények együttesen az öngyógyító módszerek terjedéséről számolnak be.

Az MTA Társadalmi Konfliktusok Kutatóközpontja keretében országos reprezentatív mintákon empirikus

adatafelvételeket végeztek, amelyeknek az eredményei azt mutatják, hogy 1991 decembere (az első ilyen témájú adatfelvétel) és 1993 májusa (a legfrissebb adatfelvétel) között 6,7 százalékról 9,2 százalékra emelkedett a természetgyógyászokat felkereső lakosok aránya. Há-

rom egymást követő vizsgálat eredményei pedig azt mutatják, hogy a megkérdezettek közel egyharmada „betegsége esetén biztosan, illetve valószínűleg felkeresne természetgyógyászt”. Ebből arra következtethetünk, hogy egyre többen ismerik fel azokat a lehetőségeket, amelyek az öngyógyító technikák megismerése révén a betegek kiszolgáltatottságának csökkenését eredményezhetik. Részben azért, mert csökken az információs asszimetria közöttük és az orvosok között, részben pedig azért, mert így ritkábban kerülhetnek számukra kellemetlen betegségekre.

Ezt a folyamatot erősítik azok a változások, amelyek a lakosság érdeklődését az öngyógyítás felé fordítják. A lakosság anyagi helyzetének romlása kényszerítő erővel hat az öngyógyító módszerek újrafelfedezésére. A betegség okainak egyre szélesebb körben elfogadott pszichoszomatikus magyarázata is növeli az ezt a szempontot az orvostudománynál jobban érvényesítő alternatív gyógymódok iránti érdeklődést. Fokozza az érdeklődést, hogy az orvostudomány még nem találta meg a hatásos ellenszereit a napjainkban vezető halálokok közé tartozó betegségekre. Ezek a folyamatok is jelzik, hogy Magyarországon az integrációs formák között eddig kialakult arányok napjainkban gyorsan változnak.

Az arányváltozást befolyásolja az is, hogy Magyarországon és Angliában egyaránt az 1990-es évek elején az állami ellátásban bevezetett változásokban deklaráltan a piaci mechanizmusoktól várják az ellátás hatékonyságának működését. Napjainkban az integrációs formák közötti arányváltozásnak lehetünk tanúi Magyarországon. A hosszú időn át háttérbe szorított öngyógyítás egyre jelentősebb szerepet tölt be a gyógyításban.

Jegyzetek a III. fejezethez

1 Szűk keretek között engedélyezték a magánpraxis folytatását, és két kórháznak (MÁV, MIOK) sikerült megőriznie az önállóságát.

2 Ezen a területen is volt néhány kivétel: továbbra is egyházi kezelésben maradt néhány időseket és betegeket ellátó intézet.

3 A politikai igazolások során az orvosok 10 %-át „nem igazolták” (lásd Kovács 1985:81).

4 Ezt a modellt a Szovjetunióban dolgozták ki, szovjet tanácsadók közvetítésével valósították meg Magyarországon.

5 Ezek a vizsgált dimenzió piaci végpontját jellemző „elméleti modell” követelményei, amelyek a valóságban soha nem így érvényesülnek.

6 RAWP javaslatait és a nyomukban támadt vitákat részletesen elemzem egy 1987-ben írt tanulmányomban (Antal 1987).

7 A reformprogram alapkonceptiója a teljesítményfinanszírozás volt, ezért használhatták ebben az összefüggésben is ezt a fogalmat. A „teljesítmény” a rendszer logikájának megfelelően csakis a szükségletkielégítés lehetett.

8 Erre a többi kórháznál nagyobb autonómiával rendelkező – nem a Népjóléti Minisztérium felügyelete alá tartozó – MÁV Kórházban nyílt először lehetőség.

9 Ugyanezt fogalmazza meg más szavakkal a már idézett „reformprogram” is: „Az élettartam rövidülése nem elsősorban a megbetegedettek ellátásának hiányosságai, hanem a ... közmorál egészségügyet is érintő romlása kapcsán kialakult hozzáférés-beszűküléssel... magyarázható” (Forgács et al.

1988:3) E feltétel mellett más szempontok is szerepelnek az „Elgondolások”-ban.

10 Az 1200 fős országos reprezentatív vizsgálatot az MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központjában folyó „Lakossági attitűd” vizsgálat keretében végeztem el 1992. áprilisában. Az adatfelvételt a Medián Kft végezte.

Hiába próbálkozott a minisztérium a számítógépes program elterjesztésével, ez a kórházak ellenállásába ütközött és emiatt több évet késett. Az utolsó minisztériumi program az egészségmegőrzés társadalmi programja volt, amely szintén az orvosok ellenállása miatt nem valósulhatott meg. De hasonlóan kudarc várt a krónikus ágyak arányának emelésére tett minisztériumi, pénzügyminisztériumi, kormányzati törekvésekre is.

12 A rádióban és a tv-ben meghirdetett műsorokkal együtt a heti tv-és rádióújságban kinyomtatott programokat is letiltatta az Egészségügyi Minisztérium e tárgyban illetékes államtitkára.

13 Nyilvánvalóan a cím terelte el a cenzor figyelmét, aki nem is gyanította, hogy ez a minősítés egy népi gyógyítót illethet.

14 Az orvostársadalom ebben a kérdésben sem volt egységes. A rádióriportban is megszólalt három orvos és a műsor elhangzása után is több orvos jelezte érdeklődését a módszer iránt, de a rádióműsor elhangzása után csak az orvosok elítélő állásfoglalásai kaptak nyilvánosságot.

IV. fejezet

Helyzetelemzés a gyógyítás és a gyógyulás jelenlegi és jövőbeli lehetőségeiről

Egy 2004-ben végzett helyzetelemzés eredményeként részletes áttekintést kaphattunk a hazai és nemzetközi egészségügyi ellátás múltjáról és jelenéről, amelyek segítségével felrajzolhatjuk a jövőbeli tendenciákat.

Az elkészült elemzések legfontosabb tanulsága az, hogy mind Magyarországon, mind a fejlett országokban az egészségügyi ellátás – vagy pontosabban fogalmazva a gyógyítás – területén olyan radikális változásokat figyelhetünk meg, amelyeket nem politikai, hanem tudományfilozófiai értelemben „forradalmi” helyzetként („paradigmák küzdelmeként”) értelmezhetünk.

Ez az elkészült tanulmányokból három különböző megközelítésben bontakozik ki.

a.) A „szocialista” elveken nyugvó, vagy azokat részben követő egészségügyi rendszerek – akárcsak a szocializmus maga – még a leggazdagabb országokban is válságba kerültek.

A „kapitalista” – vagy más szavakkal a piacgazdaság –elveit alkalmazó egészségügyi rendszereknek pedig olyan alapvető hibái vannak (a létükhöz szervesen hozzátartozó növekedési kényszer miatt), amely nem csak a gyógyítás folyamatát zavarja meg, hanem a társadalom egészére nézve életveszélyes.

Mind a két elven nyugvó egészségügyi rendszerben olyan „immanens hiba” van, amely a folyamatos és állandósult „reformok” ellenére e rendszerek hosszú távú fennmaradását a gyógyításban jelenleg betöltött szerepük megtartását lehetetlenné teszi.

A tanulmányok eredményei alapján kísérletet teszünk az „immanens hiba” leírására, s annak az egyre határozottabb véleménynek az alátámasztására, hogy a lakosság egészségi állapotának megőrzését és a betegségek gyógyítási lehetőségeit a gyógyítás más formái már jobban segítik.

b.) Hasonló „forradalmi helyzetet” találunk az egymástól alapvetően különböző gyógymódok közötti arányok változásait vizsgáló kutatásaink eredményei alapján

Az elsősorban az anatómiai ismeretekre alapozott orvostudomány uralkodó helyzete folyamatosan gyengül a modern társadalmakban. A különböző elveken (tudományfilozófia fogalmával élve: paradigmákon) nyugvó gyógymódok sokasága jelent meg a modern társadalmakban, amely már eddig is hatalmas átrendeződést eredményezett a különböző gyógymódok képviselői között. A hozzáférhető gyógymódok sokasága („a paradigmák túlbujánzása”) és a közöttük dúló hatalmi harc e forradalmi helyzet legfontosabb jellemvonása.

Az eddigi tendenciák alapján elmondható, hogy a gyógyítás területén a jelenleg uralkodó paradigma helyét a jövőben egy (vagy több) paradigma veszi át.

c.) Végül a harmadik a modern társadalmakat, az Európai Uniót és Magyarországot is érintő radikális változás figyelhető meg a lakosság etnikai összetételét vizsgálva.

Az elöregedő társadalmak magukhoz vonzzák a fiatal, dinamikus, de más kultúrájú etnikai csoportokat. E kultúrák tagjai a modern társadalmak tagjainál is nehezebben viselik el az egészségügyi intézmények szabályait, kiszolgáltatott és megalázó feltételeit.

Az Európában kialakuló etnikai sokszínűségnek is mindenképpen egyre jelentősebb szerepe lesz abban, hogy a „paradigmák harcából” melyik gyógyítási paradigma kerül ki végül győztesen.

*

Ennek az egyelőre csendes forradalomnak a többoldalú leírása bontakozik ki a tanulmányokból.

1. A tudományos forradalmak jellegzetes vonásai

Mivel a hazai és nemzetközi folyamatok elemzéséből egyaránt arra következtethetünk, hogy a gyógyítás területén „forradalmi helyzet” alakult ki, ezért ismertetjük a tudomány történetében lejátszódott for-

radalmak jellegzetességeit és tanulságait.

Thomas Kuhn „A tudományos forradalmak szerkezete” című munkájában elsősorban a természettudomány (fizika, kémia, csillagászat) területén megtörtént „paradigma-váltások” elemzése alapján dolgozta ki az egész társadalomtörténetet és tudományfilozófiát megváltoztató elméletét.

Ez az új elméleti keret azért különösen fontos számunkra, mert ennek segítségével értelmezhetővé válnak a gyógyítás területén megfigyelhető egyre jobban szaporodó, „a normál állapottól” eltérő, az uralkodó paradigma váltságára utaló folyamatok.

Kuhn elméletének egyik újdonsága éppen az, hogy a tudomány fejlődése nem szervesen egymásra épülő folyamat, hanem egymástól gyökeresen különböző – elméleti megközelítésben eltérő – szakaszokból áll. (Mint például a geocentrikus és heliocentrikus megközelítésen alapuló világképek.) Ilyen paradigmaticusan új emberkép és erre alapuló gyógy mód az Európában kialakult modern orvostudomány, az anatómiai ismeretekre alapozott szomatikus szemlélet.

E paradigma érvényességét kérdőjelezték meg a pszicho-szomatikus szemléletet képviselő pszichológusok a XX. század folyamán. De ennél jelentősebb kihívás mind a szomatikus, mind a pszicho-szomatikus paradigma képviselői számára az alternatív gyógy módok többségében megfogalmazódó test-lélek-szellem hármasságon alapuló emberkép.

A paradigma meghatározásában az az újszerű, hogy Kuhn azt nem a paradigma „igazság-tartalmához”, a valóság leírásának és megismerésének helyességéhez köti.

„Paradigma az, amit a tudományos közösség minden tagja elfogad, és megfordítva, az adott tudományos közösséget azok alkotják, akik elfogadnak egy bizonyos paradigmát.” (Kuhn, 1984, 233.o.)

Azaz a paradigma nem azért kerül domináns helyzetbe, mert azt új, tudományos eredmények alátámasztották, hanem azért, mert a tudósok domináns része azt elfogadta. Ez a megközelítés a tudományos életben bekövetkezett változásoknál sokkal nagyobb jelentőséget tulajdonít a közösség szerepének, mint maguknak a tudományos eredményeknek. Kuhn számos példával támasztja alá, hogy a társadalmi feltételek – a szociológiai szempontok – milyen fontos szerepet játszanak a tuda-

mánytörténetben. A tudományos közösségeknek az alapelvek elfogadásában azért is kiemelkedő a szerepük, mert – Kuhn talán leginkább vitatott állítása szerint – a paradigmák összehasonlíthatatlanok!

A tudományos közösségről írt mondatai találóak az egy azonos paradigmahoz tartozó orvostudomány képviselőire is.

„E felfogás szerint egy tudományos közösség valamely tudomány szak művelőiből áll. Más területeken szinte példátlan mértékben hasonló a képzésük és a szakmai indulásuk; közben ugyanazt a szakirodalmat tanulmányozzák, és nagyjából ugyanazokat a tanulságokat vonják le belőle.” (Kuhn, 1984. 234.o.)

Az orvostudomány történetére is alkalmazhatók a minden paradigma történetében megfigyelhető egymást követő szakaszok.

„Minden tudomány történetében az első bevett paradigmáról általában úgy vélekednek, hogy elég jól megmagyarázza az illető tudomány művelői számára könnyen hozzáférhető megfigyelések és kísérletek többségét. A további fejlődéshez ezért rendszerint szükség van bonyolult berendezések építésére, ezoterikus szókészlet és szakmai ismeretek kifejlesztésére, a fogalmak olyan mérvű finomítására, hogy egyre kevésbé hasonlítsanak a köznap józan észben fellelhető ősképeikre. Ez a szakosodás egyrészt a tudósok fantáziájának szigorú korlátozásához és a paradigma megváltoztatásával szembeni erős ellenálláshoz vezet. A tudomány fokozatosan megmerevedik.” (Kuhn, 1984. 95.o..)

Paradigmaváltásokra azért kerül sor, mert az eddig uralkodó és fokozatosan megmerevedő paradigma nem képes megfelelő megoldást találni az új kihívásokra. Ekkor szaporodnak meg a válságjelenségek, vagy következik be a csőd, amelyeket Kuhn „anomáliáknak” nevez. Ezek az „anomáliák” motiválják az új keresését, és ezek a felfedezések igazi mozgatórugói.

„A felfedezés valamilyen anomália tudatosulásával, azaz annak fölismérésével kezdődik, hogy a természet valahogy nem felel meg a paradigma keltette várakozásoknak, amelyek a normál tudományt vezérlik. (Kuhn, 1984.81.o.)

A helyzetelemzés során ezek az anomáliák tárultak fel előttünk, amelyeket a következőkben részletesen bemutatunk.

Részben ezek a szaporodó válságjelenségek azok, amelyekre alapozva

írtuk tanulmányunk elején, hogy „forradalmi helyzet” van.

„... a válság csak a forradalom szokásos előjátéka, önszabályozó mechanizmus, amely gondoskodik róla, hogy ne maradjon örökké kikezdzhetetlen a normál tudomány merev gyakorlata.” (Kuhn, 1984. 240.o.)

E válságjelenségek mellett azonban nagyobb jelentőséget tulajdonítunk az uralkodó paradigma válságára utaló másik fontos jelenségére: a paradigmák túlbúrjázására. A pszicho szomatikus szemlélet és az alternatív gyógymódok sokasága (például az, hogy az érszűkületes betegek kezelésére ma Magyarországon több mint 20 fajta gyógymódot alkalmaznak) egyértelműen arra utal, hogy a „paradigmaváltás” idejét éljük.

„... a csőd és jele, az elméletek túlbúrjázása legfeljebb egy-két évtizeddel előzte meg az új elmélet közzétételét.” (Kuhn, 1984. 107.o.)

A válsághelyzet a paradigma képviselői számára személyes válsághelyzetet is jelent. Mivel a paradigmák közötti versenyben meghatározó szerepük van a tudomány képviselőinek és közösségeiknek, azért különösen fontos számukra annak szociológiai vizsgálata, hogy a válsághelyzetre hogyan reagálnak a jelenlegi uralkodó paradigmák képviselői, az orvosok, s a pályaválasztás előtt álló fiatalok.

Mivel kutatásaink során egyre több alternatív gyógymódokat tanuló és használó orvossal találkoztunk, ezt a jelenséget is a gyógyítás területén jelenleg zajló „paradigmaváltás” jelei közé sorolhatjuk. Minderről azt írja Kuhn, aki szükségképpen bekövetkező válságok megoldásának éppen a személyes váltásokat és megfelelő válaszokat tartja:

„Bár nevüket valószínűleg nem őrizte meg a történelem, néhányan bizonyára azért kényszerültek fölthagyni a tudománnyal, mert képtelenek voltak elviselni a válságot. Az alkotó tudósnak – éppúgy mint a művésznek – tudnia kell élni egy eresztekeiből kikökkent világban is; ezt a kényszerűséget máshol a tudományos kutatással járó ’nélkülözhetetlen feszültségnek’ neveztem.” (Kuhn, 1984. 112.o.)

Mindezek alapján azt mondhatjuk: itt az ideje, hogy a továbbiakban ne az eddigi paradigma „reformjaitól” várjuk a gyógyítás feltételeinek, a társadalom egészségi állapotának javulását, hanem – bármilyen nehéz is – a már megjelent és egymással egyelőre versenyző paradigmák valamelyikétől.

„Mindaddig, amíg a paradigma szolgáltatta eszközök képesnek bizonyul-

nak a paradigmából következő feladatok megoldására, a tudomány akkor halad a leggyorsabban, és akkor hatol a legmélyebbre, ha magabiztosan használják ezeket az eszközöket. Az ok is nyilvánvaló. Ugyanúgy mint az iparban, az eszközkészlet felújítása a tudományban is rendkívül költséges, ezért csak szükség esetén szabad ehhez folyamodni. A válságok azért fontosak, mert jelzik, hogy itt az ideje az eszközkészlet felújításának.” (Kuhn, 1984. 109.o.)

Szociológiai szempontból mindennek azért van jelentősége, mert ha megérjük, hogy milyen társadalmi folyamatok megfigyelői és egyben részei is vagyunk jelenleg, akkor más megközelítésben gondolhatjuk át azt, hogy melyek a legfontosabb feladatok egy ilyen átmeneti időszakban.

Ennek a „megértésétől” és a helyzetre adott válaszoktól függ, hogy az átmeneti időszak (a forradalmi helyzet) mennyi ideig tart és mennyire lesz megterhelő az egész társadalom számára.

Az elvégzett helyzetelemzés és az elkészült tanulmányok felhasználásával a paradigmaváltás idejére utaló társadalmi folyamatokat fogjuk bemutatni.

2. A forradalmi helyzetre utaló anomáliák

a) A lakosság egészségi állapota, mint társadalmi „anomália”.

Az ismert „válságjelenségek” nemcsak Magyarországon, hanem a fejlett országok többségében is megfigyelhetőek. Ma már az ENSZ által készített 2050-ig terjedő demográfiai előrejelzések alapján egyértelműen megfogalmazható, hogy a modern társadalmak a jelenlegi feltételek mellett hosszútávon nem képesen megőrizni működőképességüket. Az egyértelmű tendenciák és az évtizedek óta tartó erőfeszítések ellenére egyelőre még nem született meg a válsághelyzetre a megoldás.

Mindez az egészségügyi ellátást és a gyógyító tevékenységet több szempontból is érinti. Egyrészt azért, mert a társadalmak elöregedése megsokszorozza a gyógyítási feladatokat. Másrészt azért, mert a munkaképes (és adófizető) lakosság arányának folyamatos csökkenése lehe-

tetlenné teszi az egészségügyi intézmények finanszírozását.

Ezen kívül azért is különösen érzékeny az egészségügyi rendszer a társadalmi válság tünetekre, mert kedvezőtlen társadalmi folyamatok eredményeként megnövekedett a középkorúak, a fiatalok és a gyerekek között is a betegek száma. Az átmeneti állapot terhei is „medikalizálódnak”, ami felerősíti az egészségügy válságtüneteit.

Mindez egyre erőteljesebb társadalmi nyomásként jelentkezik, amely meggyorsíthatja a paradigmaváltás folyamatát, lerövidítheti a „forradalmi helyzet” időszakát.

A magyar lakosság demográfiai helyzetének és egészségi állapotának ismerete számunkra azt jelzi, hogy minden más országnál nagyobb társadalmi nyomás nehezedik a tudományos élet képviselőire, hogy minél gyorsabban megtalálják a válságra adható helyes választ.

„Az elmúlt három évtized a magyar lakosság számára epidemiologiai és demográfiai krízishelyzet kialakulásával járt, amelynek során a lakosság egészségi állapota romlott, nőtt a krónikus betegségek és a korlátozottság előfordulási aránya, stagnált vagy romlott a születéskor várható élettartam....

Az Európai Unió csatlakozás küszöbén Magyarországon azzal kell szembenéznie a döntéshozóknak, hogy nemcsak az Európai Unió átlaghoz képest rosszabb az ország lakosságának egészségi állapota, hanem a csatlakozó országok között is a leggyengébbek között van. (Réthelyi, 2004. 1-2., 4.o.)

A lakosság egészségi állapotának vizsgálata mellett – a gyerekszám folyamatos csökkenése miatt – megvizsgáltuk a gyerekek egészségi állapotát, ennek változását és a romló állapot okait is.

Tóth Ildikó és Pauka Tibor olyan módszert alkalmazott, amellyel az időbeni változások is kimutathatóak.

„Egy azonos naptári év két korcsoportjának adatai összevetéséből ... nem lehet megállapítani azt, hogy a mai azonos korcsoport állapota jobb vagy rosszabb volt-e a négy évvel előbbihez képest. Ezért megkíséreltük megnézni egy azonos évben született csoport (kohorsz) egészségi állapotának alakulását. A hivatalosan közzétett egészségügyi statisztikai értékek

közül az 1985. évben születetteknél találtunk erre módot. Ők 1990-ben 5 évesek, 2002-ben 17 évesek voltak, és így az ezen életkorokban végzett iskolaorvosi szűréseken átestek. A betegségcsoportosítások már részletesebb bontásokat is lehetővé tettek és nemek szerinti értékelésre is alkalmat adtak.” (Tóth – Pauka, 2004. 7.o.)

Az összehasonlító adatok elemzése után a szerzők így összegezték eredményeiket:

„A gyermekkorban, serdülőkorban tapasztalható betegségek gyakoriságának növekedése elsősorban a lelki élet zavaraira, a lelki fejlődés akadályoztatottságára, a lelki erő hiányosságaira vezethető vissza. Elképzelhető, hogy a kisgyermekkorban magasabb arányban jelenlevő idegrendszeri zavarok egy része serdülőkorra testi betegségekben manifesztálódik. ...

Talán hozzájárul ezen értékek értelmezéséhez egy másik vizsgálat főbb eredménye. Az utolsó évben valamivel több, mint 300000 gyermeknél sikerült a fizikai teherbíró képességet értékelhetően vizsgálni (Hungarofit teszt). Kiderült, hogy a vizsgált gyermekek 45,5%-ának a közepesnél gyengébb a fizikai teljesítőképessége. Az alacsonyabb iskolai osztályokban – különösen a lányoknál – ezen értéket még rosszabbnak találták. A felsőbb osztályokban az érték valamivel kedvezőbb. (Tóth – Pauka, 2004. 15.o.)

Tóth Ildikó és Pauka Tibor e romló tendenciák magyarázatáról a következőket írják:

„Korábbi vizsgálatainkból tudjuk, hogy a család, amelyben az ember felnőtt, nagy szerepet játszik abban, hogy élete folyamán hogyan érzi magát az egyén testi, lelki, szociális értelemben, hogyan tudja alkalmazkodó képességét, külső-belső egyensúlyát megőrizni, illetve önmagával, embertársával és a világgal való harmóniáját tartósan megővni. A családban épül fel a testi egészség, és kapja meg legfontosabb erőforrásait a lélek és szellem. Itt dől el az egészség értékének helye az általános értékrendben, és itt dől el, hogy mennyire lesz cél és mennyire eszköz az egyén életében. A származás, mint társadalmi dimenzió, jelentős befolyással van mind a betegségek kialakulására, mind az egészségi állapot általános megítélésére. A különböző társadalmi helyzetű és műveltségű családok nem egyforma mennyiségű ismerettel, és főleg nem egyenlő minőségű tudással járulnak hozzá a testi-lelki egészség megalapozásához megőrzéséhez és gyarapításához. ...

A magyar társadalom hosszú évtizedekig tartó immobilitásán túlkerül-

ve egy mobil, ám bizonytalan jövővel rendelkező struktúrává vált. Amilyen bizonytalan a társadalom, olyan gyengék, törékenyek és zaklatottak kisebb egységei, legyen az család, iskola, település, vagy éppen munkahely. Ezen közösségek tagjai elsősorban az anyagi-gazdasági lehetőségekre tekintenek, vagy szélsőséges esetekben az ellehetetlenüléstől rettegnek. (Tóth – Pauka, 2004. 17.,21.o.)

A hozzáférhető és összehasonlítható nemzetközi morbiditási és mortalitási adatok arra utalnak, hogy Magyarországon a társadalom és az egészségügyi ellátás válsága mélyebb és súlyosabb mint más országokban. Mindez egyre erőteljesebben ösztönöz arra, hogy az évtizedek óta folyó kutatómunkák eredményei és a felhalmozott szellemi potenciál segítségével minél előbb megtaláljuk a megfelelő választ a kialakult válságra.

b) Az orvosok egészségi állapota, mint társadalmi „anomália”

A bevezetőben ismertettük, hogy a „forradalmi időszakban” a tudományos eredményeknél fontosabb szerepet játszik a tudományos közösség a viták eldöntésében. Ezért indokolt az egészségügyi ellátásban kulcsszerepet betöltő orvosok helyzetének és jövőjének külön vizsgálata.

Mivel az egész kutatás kiemelt szempontja volt a megelőzés vizsgálata, ezért ismertetjük azokat az eredményeket is, amelyekből láthatjuk, hogy magának az ismereteknek a birtoklása nem elég a hatékony megelőzéshez.

Elsőként vizsgáljuk meg, hogy a gyógyítás szakembereinek milyen az egészségi állapota.

„Az orvosok megbetegedési és halálozási mutatóinak sajátos alakulása századunk második felétől világszerte felkeltette az egészségszociológiai kutatásokat végzők figyelmét. Teljes orvostársadalomra vonatkozó vizsgálatok nem készültek, de a részeredmények igen figyelemfelkeltőek. A vizsgálatok ugyanis szinte minden országban azonos eredményt mutattak: a 40 év alatti orvosok halandósága alacsonyabb a lakosságénál, 40 év felett azonban felülmúlja a lakosság halálozási mutatóit. A mortalitási mutatók között is kiugróan magas értékeket mutatnak a szív- és érrendszeri megbete-

tegedések, valamint az öngyilkosság. Az orvosnők mortalitása ugyanakkor valamivel még a férfi átlagot is meghaladja, s ezt a helyzetet feltehetően a hivatás és a családi szerep összeegyeztethetőségének élesebb konfliktushelyzete hívja elő (Molnár, 1991)

Nagyszámú nemzetközi vizsgálat alapján úgy tűnik, hogy az orvosok között jelentős arányban fordulnak elő pszichés zavarok, alkohol- és drogfüggőség, öngyilkosság. A magyarországi helyzettel szemben – ahol egészségmutatóik még a kimagaslóan rossz összlakossági arányoknál is kedvezőtlenebb képet mutatnak – Nyugat-Európában és az Egyesült Államokban az orvosok szomatikusan egészségesebbek, mentálisan azonban betegebbek az átlagpopulációnál. A nemzetközi szakirodalom egyöntetűen felhívja a figyelmet az orvosok magas öngyilkossági veszélyeztetettségére.” (Győrffy – Ádám, 2004. 1.o.)

Győrffy Zsuzsa és Ádám Szilvia 2003-ban végezték el azt a szociológiai vizsgálatot, amelyből minden eddiginél pontosabb képet kaphatunk a Magyarországon dolgozó orvosok és különösen az egyre nagyobb számú orvosnők egészségi állapotáról.

„2003-ban 407 orvossal készült kérdőíves adatfelvétel. A Magyar Orvosi Kamara adatbázisa alapján 600 magyar orvost választottunk ki kor, településtípus, valamint szakág szerint reprezentatív módon...”

Kutatásunk lefolytatásakor mindvégig szem előtt tartottuk, hogy kapott eredményeink csakis egy hasonló demográfiai összetételű, diplomásokból álló kontrollcsoporttal összehasonlítva lehetnek modellértékűek. A Semmelweis Egyetem Magatartástudományi Intézetének Hungarostudy 2002 országos adatfelvétele szolgáltatta az összehasonlításhoz az alapot.” (Győrffy – Ádám, 2004. 2.,3. o.)

A kutatás néhány figyelemreméltó eredménye:

„A munkavégzés során jelenlévő káros hatások mennyisége mintánk esetében jelentősen eltér a kontrollcsoportétól. A férfiak esetében az általunk megkérdezettek közül 50,0%-ban, míg a kontrollcsoportban 29,9%-ban volt jellemző. A nők esetében a különbség még számottevőbb: mintánkban a nők 51,4%-át érte káros hatás, míg a kontrollcsoportban 26,1%-ot. (Győrffy – Ádám, 2004. 7.o.)

„A Beck által kidolgozott Depresszió kérdőív, illetve annak rövidített változata a depressziós tünet-együttes gyakoriságát vizsgálja, azt az ér-

zelmileg, hangulatilag negatív állapotot, amely a mindennapi teljesítőképességet, életminőséget jelentősen befolyásolja. (Kopp-Skrabski 1992) A Beck-féle depresszió pontszámok alapján a vizsgált mintában az orvosok és az orvosnők között az enyhe depresszió, az orvosnők között pedig a közepesen súlyos depresszió magasabb arányú. ...

A dohányzás tekintetében jellemző, hogy az orvosok nagyobb arányban dohányoznak, több szál cigarettát szívnak el naponta, és több éven keresztül dohányoznak, mint a kontroll csoport tagjai.” (Györfly – Ádám, 2004. 8.o.)

Az adatfelvétel különlegessége, hogy az egészségügyi ellátásban egyre jelentősebb szerepet betöltő orvosnők helyzetének vizsgálata. (Ma Magyarországon az orvosok fele, az orvostanhallgatók 53%-a nő.)

„Kutatásunkat megelőző korábbi hazai és nemzetközi vizsgálatok is megerősítették, hogy az orvosnők pszichés és szomatikus veszélyeztetettsége felülmúlja a férfiakét. (Molnár 1991, Rucinski-Cybulska) A korábbi vizsgálatokkal összhangban hipotézisünk szerint a szerepek szimultán egyeztetésének nehézsége meghatározó faktor.

Korábbi kutatásaink (Györfly 2003, Ádám 2003) folytatásaként helyezzük vizsgálatunk fókuszába a terhespathológiai kérdések körüljárását. Kapott eredményeink ugyanis azt mutatták, hogy az egészségi állapot és az egészségmagatartás tényezői közül is kiemelkednek a terhességgel és gyermekvállalással kapcsolatos egészségügyi problémák (spontán vetélés, veszélyeztetett terhesség, meddőség, művi abortusz; továbbiakban: egészségi problémák) 2002 őszén végzett mélyinterjúk kutatásunkban vált nyilvánvalóvá, hogy a terhességgel, szüléssel kapcsolatos problémák a megkérdezett orvosnők mintegy 74,0%-ára jellemző. ...

Jelen vizsgálatunk eredményei alapján megerősítést nyert korábbi feltételezésünk: mintánkban nagyobb a művi abortuszok száma, a spontán vetélés és a veszélyeztetett terhességek aránya.” (Györfly – Ádám, 2004. 13.o.)

„Ugyanakkor az is bizonyítást nyert, hogy az orvosnők terhességgel, szüléssel kapcsolatos egészségi mutatói minden tekintetben rosszabbak a lakossági átlagánál. A terhespathológiai problémák hátterében a szerepkonfliktus és a munkastressz együttes hatását igazolják a mélyinterjúk kutatás eredményei. Az öngyilkossági gondolatok, a depresszió, a gyakori ügyeletek, a hosszú munkaidő (8<), valamint a nőgyógyászati, terhespathológiai megbetegedések és a magas vérnyomás szignifikáns összefüggés-

ben vannak a szerepkonfliktus meglétével.” (Győrffy – Ádám, 2004. 13.o.)

Kutatási eredményeink arra utalnak, hogy nemcsak az orvosok, de már az orvostanhallgatók is más egyetemi, főiskolai hallgatókhoz képest nagyobb megterhelésnek vannak kitéve, ami már a fiatal korban is fokozott egészségi kockázatot jelent számukra.

2003 őszén a Semmelweis Orvostudományi Egyetem II. éves hallgatói a következő témakört választották a terepgyakorlat témájának: „Az orvosi egyetem káros hatásai a hallgatók egészségi állapotára.” Már az első órán megdöbbentő panaszáradat tört elő a csoport tagjaiból. Panaszkodtak a nagyfokú leterheltségre, az időhiányra, a szórakozás, kapcsolódás nehézségeire, a sportolási lehetőségek akadályaira, s arra, hogy szinte lehetetlen rendszeresen étkezni az órarendi beosztás miatt. Elmondták, hogy ritkán esznek meleg ételt (akik nem otthon laknak) és nincs idejük arra, hogy barátaikkal, ismerőseikkel elég időt töltsenek el. S megfogalmazódott az is, hogy más egyetemekhez képest nekik különösen fárasztó, kimerítő a helyzetük. Mindezek következtében már fiatal korban jelentkeznek a testi, lelki panaszok, amelyek enyhítésében nem kapnak segítséget az egyetemtől.

Az egészségügyi intézményekben (gyógyító és oktatási intézményekben egyaránt) olyan feltételek alakultak ki, amelyek különösen próbára teszik az ott dolgozók és tanulók ellenálló képességét. Ezek a körülmények megnehezítik azt, hogy egészségesen éljenek. Ilyen – a saját egészségüket és életüket veszélyeztető – körülmények között meglehetősen leszűkül azoknak az orvosoknak a köre, akik teljes meggyőződéssel és hitelesen tudják végezni – minden más az ilyen tevékenységet akadályozó feltételektől függetlenül – a megelőző munkát.

A beteg-utak elemzésének ott ismertetett eredményei szerint – az orvosok egyre nehezebb helyzetben érzik magukat. Az „űzött vad” helyzet fokozza az egészségügyi kockázatokat és készíti őket a pálya elhagyására.

Mindez a gyógyításban domináns szerepet betöltő paradigma folyamatos gyengülésére utal.

A tanulmányokból a hazai egészségügyi ellátásban dolgozó orvosok száma egyre nagyobb egészségügyi kockázatot jelentő helyzet bontakozik ki.

De ez nem a hazai egészségügyi rendszer speciális vonása! Az Ame-

rikai Egyesült államokban dolgozó orvosok egyre nagyobb arányban gondolják úgy, hogy pályaválasztásuk idején rosszul döntöttek.

A modern orvostudomány „válság” jelenként értelmezhető az, hogy a praktizáló orvosok helyzete a fejlett országokban jelentősen meggyengült. A korábban minden társadalomban magas presztízzsel rendelkező orvosok egyre rosszabbul érzik magukat a kialakult „orvos szerepekben”. A nemzetközi tendenciákat egy, négy éve az Egyesült Államokban megjelent könyv idevonatkozó eredményei alapján ismertetjük, amelyben az elmúlt évtizedekben történt jelentősebb változások összefoglaló elemzését olvashatjuk. (Le Fanu, 2000.)

Le Fanu igen részletesen bemutatja a modern orvostudomány rendkívüli eredményeit az elmúlt évtizedekben, amellyel nagymértékben hozzájárult ahhoz, hogy a születéskori várható átlagos élettartam ma már több mint kétszerese a száz évvel ezelőttinek.

Ugyanakkor egy sajátos paradoxonra hívja fel a figyelmet: egy ilyen „sikerágazatban” az orvosok egyre nagyobb része érzi rosszul magát, és érzi munkáját unalmasnak és nem kielégítőnek. Erre utal a következő adatsor is.

Mégsem orvosi pályát kellett volna választanom” kérdésre a következő arányban válaszoltak egyetértőleg az Egyesült Államokban dolgozó orvosok:

| | |
|------|------|
| 1966 | 14% |
| 1976 | 26% |
| 1981 | 44% |
| 1986 | 58 % |
| 2004 | ? |

Mindezzel azért foglalkoztunk ilyen részletességgel, hogy bemutassuk az orvosok is az egészségügyi intézményrendszerek áldozatai! Ez szintén alátámasztja azt a feltételezésünket, hogy ezekben a rendszerekben olyan „immonens hiba” rejlik, amely a jelenlegi paradigma keretei között nem orvosolható.

c) Az egészségügyi intézmények működésének „anomáliái”

Az egészségügyi ellátás működési mechanizmusával és annak hibáival sokat foglalkozott már a szakirodalom. Az egymást követő „reformok” is mind a működés hibáinak felsorolásával indokolják az általuk javasolt új elképzelések bevezetését. A különböző elnevezéssel a fejlett országok többségében sűrűn megjelenő „reformok” arra utalnak, hogy se az állami, se a piaci mechanizmusok nem kínáltak eddig elfogadható megoldásokat e szervezetek működésére. Az óriási szellemi erőfeszítés, amely a „jó” megoldás keresésére irányult, sok tekintetben hasonlítható a gyógyíthatatlan betegségek gyógymódjának megtalálására tett óriási erőfeszítésekhez.

Az eddigi kudarcok alapján azonban feltételezhető, hogy ezekben a szervezetekben valamilyen „immonens hiba” megakadályozza a „jó” megoldások megtalálását. Másként fogalmazva: a jelenlegi paradigma keretei között nem dolgozható ki a „jó” megoldás! Az egészségügyi rendszerek egyre súlyosbodó válsága, a szaporodó „anomáliák” ezen a területen is a paradigmaváltás jeleként értelmezhetőek.

Ebből a szempontból figyelemre méltó Jávor István és Rozgonyi Tamás: „A szakorvosi rendelőintézet és a kórházi szervezet hatalmi szervezete” című tanulmánya, amelynek szervezetszociológiai megközelítése közelebb vihet minket az „immonens hiba” megtalálásához, s amely arra mutat rá, hogy milyen erőteljesen érvényesülnek a gyógyítás alapvető céljait korlátozó szempontok az egészségügyi intézményekben

d) A gyógyítás és a betegek szempontjainak háttérbe szorulása

A szerzők kiindulópontja a következő:

„... a szervezetek működését, viselkedését elsődlegesen annak alapján kell elemeznünk és megértenünk, hogy mi a szervezet rendeltetése. Másképpen fogalmazva: kinek az érdekében működik a szervezet?” (Jávor – Rozgonyi, 2004. 1.o.)

Az egészségügyi intézmények elvileg ’a kliens’ érdekében működő szervezetek, amelyekben azonban a „kliensek érdekvédelme” nem intézményesült, s ezért nem érvényesíthető.

„Ugyanennek a megközelítésnek a további kérdése, hogy tulajdonképpen kik kontrollálják a szervezetet. Mely csoportok alakítják ki a tényleges működést, és ezek a csoportok hol fejtik ki a kontrollt. Definíció szerint a tényleges kontroll megközelítést a tulajdonostól és a finanszírozótól kell indítani....

A tulajdonos, tehát csak a politikai célok mentén kezeli eszközként az egészségügyet. Ez sem kevés, csak kiszámíthatatlan. Ha egy hatalmi erőterében az egyik szereplő már eszközzé tud válni, egy státus azokhoz képest, amelyek még erre sem valók. Ez azonban sajátos hozzáállást is megjelenít. Addig érdekes az egészségügy, amíg nincs vele probléma (költségvetési, sajtó, stb.). az önkormányzati privatizáció (főképpen üzemeltetési) lényege is az, hogy az egészségügy kikerül egy olyan profitorientált szervezet kezébe, mely úgy működteti a szervezeteket, hogy nincs gond vele. A hatalmi erőtérből nézve a koncepció világos. Aki ezt meg tudja csinálni, politikai tőként nyer, és megszabadul egy feladattól. (kiemelés tőlem: A,Z.L.) Betegérdekek csak legfeljebb másodlagos elemként jelennek meg, és a tárgyalásokon sem tudni róla, hogy kliens érdekeket védő szervezetek részt vennének. ...

Az OEP, mint finanszírozó, a másik befolyást gyakorló szerv. Pénzügyileg próbálja megfogni, a kórházak és rendelők tevékenységét. Máiig képtelen volt működni, és tervezhető finanszírozási rendszert létrehozni. A gyógyszerlobi ugyanúgy kezelhetetlen számára, mint az egyéb beszállítók kezelése. ... a privatizáció jelenik meg ismét, mint megoldási javaslat. Abból kiindulva, hogy általában a bürokráciák kevésbé képesek ellenállni az erős piaci szereplők nyomásának, most részben ki próbálnak lépni a rendszerből. Ezzel piaci profitorientált szereplők közötti hatalmim harc lesz hatalmi erőter új tervezett szegmense. Vagyis a tulajdonos után az állami biztosító is részlegesen kivonulni készül.(kiemelés tőlem: A.Z.L.) Az eddig használt eszközei elégtelenek, piac és szolgáltató szervezési tevékenysége tizenöt év sikertelenség után (a leépítés, és megszorítás nem rendszer átalakító, és nem is működés optimalizáló tevékenység), úgy tűnik feladja pozícióinak egy részét.....

A harmadik csoportja a környezeti kontrollt gyakorló szervezeteknek az üzleti vállalkozások. Ezek a rendszerváltás óta jelentős teret nyertek, amire senki nem lépett hatásosan, nem alakultak ki a hatalmi ellensúlyok. A beszerzések, és egyéb szolgáltatások (szállítás, mosoda, stb.) területén mű-

*ködő vállalkozások szabadon törtek be a piacra.” (kiemelés tőlem: A.Z.L.)
(Jávor – Rozgonyi, 2004. 2-3.o.)*

Ezek alapján az egészségügyi intézmények olyan „kliens érdekében” működő szervezetek, amelyekben a „kliensek” rá vannak kényszerítve arra, hogy elfogadják a számukra hátrányokat jelentő feltételeket.

„A tulajdonos vagy a tag érdekében működő szervezettel ellentétben a kliens ki van zárva a szervezet életéből. Nem léteznek olyan szervezeti mechanizmusok, amelyek alapján a szervezetben az érdekeit integrálni tudná....

Vagyis a beteg beavatkozásra és befolyásolásra képtelen. A szervezeti változások hatalmi játszmájából kimarad. Ezen az elmúlt tizenöt év sem változtatott, még akkor sem, ha mára már a kérdés rendszeresen megjelenik az médiában is.” (Jávor – Rozgonyi, 2004. 4-5.o.)

e) Az „összemérhetlenség” az egészségügyi intézményekben

A paradigmák közötti küzdelmek eldöntését az teszi nehezzé – és egyben ezzel magyarázható, hogy paradigmán kívüli szempontok döntik el a küzdelmet -, hogy a paradigmák összemérhetetlenek.

Ez a „mérhetlenség” egy paradigmán belül is számos feszültséget okoz. Az egészségügyi intézmények működési mechanizmusainak megértésében fontos szerepe van a „mérhetlenség” fenntartásában illetve korlátozásában érdekelt csoportok küzdelmének és a „mérhetlenségnek” a betegek ellátására gyakorolt hatásainak megismerésének.

„Az orvosi teljesítmény nehezen mérhető, csak nagyobb statisztikákat látunk, és próbáljuk megfejteni ezek jelentését. Ez a rejtvényfejtési játék azonban kevésbé szakmai és talán jobban érdek és hatalomfüggő. Nem népegészségügyi, hanem tisztán szervezetszociológiai szempontból elemezzük a szervezetek működését. Ez alapján elmondható, hogy az output teljesítmény nehezen mérhető, és a mortalitási adatok kivételével alig mérnek a kórházak bármit is. Az input-feldolgozás-output hierarchia ezzel megfordul. Érvényesül az a szervezetműködési alapelv, hogy ha nem mérhető a végeredmény nehezen lesz mérhető a szervezeten belüli teljesítmény ...

Kiélezetten szólva, ha mindegy mi a végeredmény, mindegy, hogyan állítják elő. Ezért előtérbe kerülnek a szervezet életében a jobban mérhető

változók, mint például a gazdasági teljesítmény (legalább gazdaságos legyen).” (Jávor – Rozgonyi, 2004. 31.o.)

A gyógyításnak gazdasági tevékenységként történő „mérése” egyre inkább elfogadottá vált, aminek következményei számos helyen érvényesülnek is.

„Érdekes lenne modellezni azt az állapotot, amelyben az alternatív és magán kezelési helyekről a betegek visszaáramlanának a hagyományos intézményi keretek közé. Valószínűleg napok alatt összeomlana az ellátó rendszer és a biztosítás pénzügyi finanszírozása is. Vagyis olyan bürokratikus szervezeti jellegzetességgel találkozunk, amely korlátozni kívánja az inputot, és tudatosan nem érdeklődik az ügyfelek iránt....

Annyit és úgy kell gyógyítani, amennyit finanszírozni tudunk. A többi ügyfelet pedig kikényszeríteni a nem finanszírozott szférába.(kiemelés tőlem: A.Z.L.) Nem véletlen, hogy az új rendszerek kiépítése, az új javaslatok megjelenése nem az egészségi állapot romlásával, vagy nem javulásával, hanem a finanszírozási nehézségekkel függ össze.” (Jávor – Rozgonyi, 2004. 12.o.)

f) Az egészségügyi intézmények rugalmatlansága

Az ismertetett tanulmány mellett külön megvizsgáltuk azt a kérdést, hogy a modern társadalmak, és azon belül az egészségügyi intézmények hogyan képesek reagálni az új kihívásokra, s milyen mértékben jelenik meg a válság jeleként a megmerevedés

A különböző országokban megfogalmazott válaszok alapján a kialakult rendszerek – a rendkívüli helyzet kivételével – nagyfokú rugalmatlanságával találkozhattunk, hasonlóan a betegségekben szenvedő emberek „rugalmatlanságához”.

„Az egészségügyben jól ismert, hogy a betegek többsége a nyilvánvaló egészségkárosító hatású, és életüket is veszélyeztető szokásaikról nem tudnak lemondani. (Azaz egyéni szinten is alacsony szintű a rugalmasság.) Az érzéskületes betegeket kezelő orvosok tapasztalatai szerint – a részletesen elmondott tájékoztatás és már a saját életükben tapasztalt fájdalmas következmények ellenére – a betegeknek mindössze egy töredéke (5-10 %-a) képes az egészsége és az élete megmentése érdekében az új helyzetre „ru-

galmasan válaszolni”. És az ilyen betegekkel foglalkozó orvosok tapasztalatból tudják azt is, hogy azok a betegek, akik erre nem képesek, néhány éven belül (általában valamilyen más betegségben) meghalnak.

De kik azok, akik legyengült állapotukban képesek voltak olyan erőket mozgósítani, amely ehhez a rugalmassághoz szükséges? Ezek az emberek általában támaszkodhattak családjuk, barátaik segítségére és volt valamilyen olyan fontos céljuk (valamit még meg kell csinálnom; a családnak, a munkahelyemnek, még szükség van rám, ...), ami elég erős motivációt jelentett számukra a többség számára túl nehéznek bizonyuló életmód változások megtételére, a több évtizedes káros szokások elhagyására is.

De milyen cél motiválhat egy társadalmat hasonló lépések megtételére? Ez egy olyan alapvető kérdés, amelynek megválaszolása a társadalmi rugalmasság növelésének nélkülözhetetlen feltétele.” (Antal Z, 2004. 31-32.o.)

Tanulmányunk záró gondolataként azt fogalmazhatjuk meg, hogy a társadalom számos területén – ahol a rugalmas társadalmi válaszok megfogalmazásának lehetőségeit kerestük – olyan nagyfokú rugalmatlansággal találkoztunk, amely szintén a társadalmi választ igénylő „rendkívüli helyzet” kategóriájába sorolható. De e mellett léteznek a társadalomnak olyan – a társadalom életében egyenlőre mérsékeltbb szerepet játszó – intézményei, amelyek képesek a rugalmas társadalmi válaszra. Egy sajátos hatalmi harc bontakozik ki a szemünk előtt a társadalom rugalmasságát vizsgálva: az új kihívásokra válaszokat kereső és rugalmasan reagálni képes – életüket és jövőjüket féltő – emberek, társadalmi csoportok és intézmények és a sokasodó válságjelenségekre rugalmasan reagálni és érdemi, új szellemiségű válaszokat megfogalmazni nem akaró vagy nem tudó, hatalomban lévő társadalmi csoportok között.

E hatalmi harc eredményétől függ a modern társadalmak jövője!” (Antal Z, 2004. 33o.)

3. Az egészségmegőrzés anomáliái

A „Helyzetelemzés” című kutatás alapvető célkitűzése volt a megelőzés az egészségügyi ellátásban és a gyógyítás egészében betöltött szerepének vizsgálata.

Kérdésünk elsősorban arra irányult, hogy mivel magyarázható, hogy minden szakember elvileg egyetért a megelőzés fontosságával, s mégis a „prevenció ma az egészségügy hatalmi perifériáján található”. (Makara, 2004.)

Az elmúlt egy évben végzett kutatások közül öt tanulmány kereste ennek az ellentmondásnak az okait és feloldásának lehetőségeit. (Ajkay Zoltán, Antal Z. László, Filepné dr. Nagy Éva, Papp Renáta, Pauka Tibor – Tóth Ildikó) A továbbiakban ezeknek a tanulmányoknak a legfontosabb eredményeit ismertetjük.

Ajkay Zoltán azokat a szociális érveket sorakoztatta fel, amelyek – a népesség elöregedése mellett – az egészségügyi ellátásra – és ezen keresztül az egész országra – nehezedő terhek jövőbeli növekedése miatt erőteljesen ösztönöznek a megelőzésre.

„Ma az egészségre alapvető befolyást gyakorló rendszerekben (környezetvédelem, egészségügy, stb.) rendkívül hiányosak a megelőzés struktúrái, mert a szükségsgazdálkodás mindig a közvetlenül veszélyeztető állapotok (pl. árvíz, sürgősségi betegellátás, stb.) ellátási feltételeit kénytelen szinten tartani. Így az átfogó veszélyeztetések, betegségek a következő években, évtizedekben nagyobb számban alakulhatnak ki és csak a késői, előrehaladt vagy elhanyagolt állapotban kerülnek majd felismerésre. Ezért a reális prognózisok szerint nem csökkenteni, hanem nőni fog pl. az egészségügy igénybevétele és annak költségvonzata. Ezért lenne a jelenlegi helyzetben is szükség célzottan a megelőzést támogató programok, fejlesztések indítására, kiterjesztésére.

Ezek ma már olyan triviális igazságok, melyek a közvéleményt és az azt formáló és tükröző médiát is intenzíven foglalkoztatják.” (Ajkay, 2004. 2-3.o.)

Szociológiai szempontból a kérdés így fogalmazható meg: milyen társadalmi feltételek nehezítik, vagy akadályozzák meg a „triviális igazságok” érvényesülését.

Először a tanulmányokban megfogalmazott válaszok közül azokat mutatjuk be, amelyek a társadalom életében bekövetkezett változásokkal függnek össze.

a) Társadalmi körülmények

„... az emberi élet tartalma, célja és nem utolsó sorban színtere is megváltozott a XX. század második felében. Elsősorban azt kell észre vennünk, hogy a természeti körülmények szerepe átalakult. A technikai fejlődés lehetővé tette, hogy az ember életét az éghajlat, az évszakok változása, nappalok és éjszakák ritmusa, a vizek és a domborzat, talajminőség stb. kevésbé befolyásolja, és még a földrajzi távolságok is összezsugorodjanak. Az emberek nagy része – a fejlett országokban – városba költözött, miáltal élete a természet arculatától, ritmusától elszakadt, és kevésbé is lett annak kiszolgáltatva. Az európai országokban, és általában a fejlett világban a körülmények alkalmassá váltak a hosszú, viszonylag egészséges életre, melyben egy olyan ember-munka viszony vált meghatározóvá, amely alig követelte az emberi alkalmazkodást a természethez. Inkább a művi, technikai környezet, vagy az emberi együttműködés határozta meg a munkahelyi körülményeket. A technikai fejlődés következtében a legtöbb munka fizikailag könnyebbé és kevésbé veszélyessé vált, ezekhez azonban kellő képzettséget, szaktudást kellett szerezni. A munka legfőképpen kellő jövedelmet biztosított egy kényelmesebb élethez, mely kevésbé ösztönzött felelősségre mind az egyes közösségek, mind pedig a következő generációk iránt.

Ez az újfajta életmód új szokásokat, egyben új ellentmondásokat hozott:

- A technika fejlődése lehetővé tette, hogy minden élethez szükséges tevékenység fizikailag könnyebbé váljon, kevesebb energiát igényeljen közvetlenül az egyén részéről (munka, háztartás, közlekedés).
- Lehetővé vált a bőséges, szükségleten felüli táplálkozás, ahol az elfogyasztandó ételek a kereskedelmben vásárolt alapanyagokból készülnek, esetleg már a kereskedelemben is félkész vagy kész állapotban jelennek meg, így az egyén kontrollja megszűnik a táplálék összetétele felett.
- Ugyanakkor éppen a technika révén olyan eszközök kerültek az emberek használatába, amelyek kisebb fizikai energiaráfordítást igényelnek a munkában, közlekedésben és mozgásszegény módon szellemileg igénytelenül szórakoztatnak (televízió, számítógép).
- Ezen szórakozások egyéniek, közösségi részvételt, együttműködést alig, vagy egyáltalán nem igényelnek, tehát sorvasztják a társas te-

vékenységekhez szükséges készségeket, vagy eleve megakadályozzák azok kialakulását. (Pauka – Tóth, 2004. 4-5.o.)

Az egészségi állapotot további veszélyeztető hatások érték a gazdasági átmenet idején a volt szocialista országokban élő embereket.

„A széles középréteg életmódja, életvitele szempontjából is rendkívül inhomogén. Általános jellemzőként talán csak a kemény, megélhetésért végzett munkát, álláshelyének megteremtéséért vagy megvédéséért kifejtett tevékenységet említhetjük, ami gyakran feszültségekkel és az azok levezetésére szolgáló egészségkárosító magatartás-formákkal is járhat. Gondot jelenthet az utódnevelés, több gyermek számára a tanulás, pályakezdés, pozitív életminták átvitelének biztosítása. Nehéz számukra egységes és befogadható üzeneteket megfogalmazni egészségük megőrzésére.

A depriválódott szegények alapvető rizikócsoportját jelentik számos népbetegségnek. Többségük vagy munka, vagy lakás, vagy család nélküli. Szociális segítség nélkül egészségi állapotuk is védtelen az egészségkárosító magatartásformákkal szemben, nem csak ismereteik, hanem késztetések, lehetőségeik is hiányoznak azok elkerülésére. Program, üzenet aligha jut „le” hozzájuk.” (Ajkay, 2004. 6.o.)

A társadalom fokozódó „anomáliái” testi és lelki tünetekben egyaránt megnyilvánulnak.

„A mai társadalmi viszonyok között, a munkanélküliség megjelenésével, a középrétegek bizonytalan megélhetésével és a vagyoni különbségek fokozódásával az alapkonfliktusok adottak. Ehhez igen sok helyen társul a környezeti tolerancia romlása, a társadalmi kohézió lazulása, így pl. a válások szaporodó számával az elmagányosodás. Ezek kivétel nélkül pszichés megbetegítő tényezők lehetnek.

A lelki élet zavarainak kialakulását ebben a szociális helyzetben tovább erősíti az életmódnak a már részletezett számos veszélyeztető tényezője. A feszültségek levezetésére a mozgásszegény, a különböző pótcselekvésekkel: a mértéktelen ivással, dohányzással, esetleg túlevéssel terhelt életforma alkalmatlan. A kialakult magatartási anomáliák a környezetet is terhelik, lelkileg és anyagilag egyaránt.” (Ajkay, 2004. 24-25.o.)

A társadalmi változások családokat érintő hatásait vizsgáló interjúk tapasztalatai sz új helyzet új „rizikótényeire” mutattak rá.

„Meglepő volt, hogy szinte minden interjúban valamilyen formában, más-

más megfogalmazásban szóba hozták a megkérdezettek, hogy gyerekekkel való kapcsolat szegényesebb, sivárabb, személytelenebb lett. Az együttlétek inkább programszerűek, célorientáltak, kevés az együttes önfeledt, boldog élmény, spontaneitás. Az anyák teljesítményszerűen sorolták végrehajtott feladataikat gyermekeik egészsége érdekében, de eközben alig hallottunk az apákról, az apák szerepéről.” (Pauka – Tóth, 2004. 20.o.)

A szerzők így foglalták össze következtetéseiket: az új „rizikótényező”: a szeretet hiánya, az emberi kapcsolatok zavara, kiürülése.

Ezek a társadalmi jelenségek alapvetően megzavarják a társadalom harmonikus működését és legyengítik az ártalmas tendenciákkal szembeni védekező erejét.

b) Az egészségmegőrzés elvi és gyakorlati akadályai az egészségügyben

A gazdasági érdekek behatolása az egészségügyi ellátásba meggyengítette a gyógyítás és az egészségmegőrzés alapvető (szubsztantív) racionalitásának érvényesülését.

„A társadalmi beágyazottság szociológiai megközelítésben történő vizsgálatának éppen az az alapvető kérdése, hogy a társadalom milyen mértékben képes a piac káros hatásait saját fennmaradása érdekében keretek közé szorítani. A társadalmi beágyazottság értelmezéséhez a tevékenységek alapvető racionalitásának bemutatása után juthatunk el. 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.) elégít ki. A szükséglet kielégítésre 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 szükséglet kielégítés volt az elsődleges motivációs tényező, hanem a nyereségérdekeltség. Azaz a tevékenység végzésében a szükséglet kielégítés 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 vannak, amelyek megzavarhatják a társadalom harmonikus működését. Ha egy társadalomban erős a nyereségérdekeltektől gazdagsági tevékenységek társadalmi beágyazottsága, akkor képes ezeket a veszélyeket elhárítani. Amennyiben a társadalmi beágyazottság gyenge, akkor a gazdaság kiszabadulhat a tudatos társadalmi kontroll alól. Ebben az esetben a társadalmi, emberi és környezeti szempontok olyan mértékben háttérbe szorulnak, és már az élet fenntartása is veszélybe kerül.” (Antal. Z., 2004. 3.o.)

Magyarországon az egészségügyi ellátásban kialakult gyakorlat – amelyre jelentős hatást gyakorolnak a gyógyszer és műszergyártó cégek és a hálapénz is, nemcsak a megelőzés, de már maga a gyógyító munka is veszélybe került.

„Magyarországon is számos példán keresztül lehetne elemezni, hogy milyen erőteljes a politikai pártok és a nyereségérdekeltektől vállalkozások befolyása az egészségügyi ellátásra. (Pl. a kórház-privatizációval kapcsolatos viták, vagy most az irányított betegellátási modellel kapcsolatos állásfoglalások.) A politika erőteljes szerepét az egészségügyi ellátás alakítására mutatja be Németh György az Egészségügyi Gazdasági Szemle legfrissebb számában. (Németh, 2004.) Ezeknek a hatásoknak az érvényesülése azt eredményezheti, hogy a gyógyítás szubsztantív racionalitása egyre kevésbé tud érvényesülni, ami a lakosság egészségi állapotára növekvő veszélyt jelent. 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.” (Antal Z., 2004. 5.o.)

Az állami és a piaci keretek között e veszélyes hatások visszاسzorításának a lehetőségeit eddig nem sikerült megtalálni. (A továbbiakban ezt néhány, a tanulmányokból vett idézettel fogjuk alátámasztani.) Ez a lakosság egészségi állapotát egyre jobban veszélyeztető helyzet motiválta azt a kutatást, amely a gyógyítás más integrációs formáinak (öngyógyítás, önszolgálat, jótékony ellátás) elemzéséhez vezetett. Ezekben az integrációs formákban ezek a veszélyek mérsékeltebben érvényesülnek.

Először a hazai egészségügyi ellátásban a megelőzés érvényesülését akadályozó feltételeket mutatjuk be.

„A magánosított praxisokban a tulajdonos orvos döntésére volt bízva, hogy milyen segítőkét alkalmaz. Sajnos ebben komoly korlátokat jelentett a finanszírozás, hiszen az orvos saját jövedelme terhére fedezte társai bérét, de azok szakmai összetételére és ezáltal feladataira valamint alkalmazási módjára (munkaidejére, stb.) vonatkozóan alkalmazkodhatott a szakmai feladatokhoz. Ugyanakkor nem állt szervezeti kapcsolatban a területén dolgozó házi betegápoló és védőnői szolgálatokkal, de részt vett koordinálásukban, rendelkezett bizonyos kapacitással.

Evvel szervezetenként és szakmailag megteremtődtek a kulcsfontosságú alapellátásban a prevenciók tevékenység, mindenek előtt a gondozás-szűrés feltételei. Sajnos ez számos praxisban nem járt együtt a finanszírozás megfelelő színvonalával és helyenként a szándékkal sem.” (Ajky, 2004. 13.o.)

„A zömmel fejkvóta alapján történő finanszírozásnak teljesítmény viszatartó hatása van és hosszú távon a preventív szemléletet erősíti. A fenti hatásokon kívül viszont a háziorvosnak nem fűződik anyagi érdeke ahhoz, hogy definitív ellátást nyújtson, kivéve, ha a páciens és a vele járó finanszírozás megtartása csak így lehetséges (a beteg nem akar más ellátási szintet igénybe venni). A betegek magasabb ellátási szintet igénylő magatartásának megváltoztatására a jelen finanszírozás nem ösztönöz: a háziorvosnak, a továbbutalással kevesebb lesz a feladata és a páciens elégedettsége is nő és nem választ más háziorvost. A betegek továbbutalás utáni megtartása érdeke a teljesítmény alapon finanszírozott járó- és fekvőbeteg ellátásnak. Az egymásra épülő egészségügyi ellátó szintek finanszírozási technikáinak köszönhetően a rendszer teljesítménye növekszik.” (Papp, 2004. 33.o.)

„Az orvosok a prevenció fő akadályozó tényezőjének az egészségügyi finanszírozási rendszerét látják: azt, hogy betegség-centrikus, hogy a túlterheltségre (és ezzel együtt az időhiányra) ösztönöz, s hogy szakmailag nincs kellőképpen elismerve az alapellátás, holott – legalábbis a szlogen szintjén – egyre inkább elismerik, hogy ez a szint a meghatározó mind a megelőző, mind a gyógyító tevékenység során. Ennek megfelelően nincs megfelelő érdekeltség (van aki szerint egyáltalán nincs érdekeltség) abban, hogy a prevenció munkák súlyaránya számottevően növekedjen.” (Filepné, 2004. 32.o.)

A betegség megelőzésben fontos szerepet betöltő szűrő programok gyakorlati alkalmazásának feltételeit sem sikerült eddig kialakítani

„A legnagyobb gondot kezdettől fogva a lakossági complaince, a behívásokra történő megjelenési arány jelentette. A későbbiekben a társadalmi célú reklám fejezetében részletesebben is foglalkozunk ezzel a kérdéssel, de a nehéz kezdet után feltehetően a kedvező lakossági tapasztalatok is segítettek abban, hogy fokozatosan (bár területenként változó módon) javult a megjelenési arány, többnyire meghaladva az 50 %-ot. (Ez már közelít a fejlett országok részvételi arányaihoz.)” (Ajkay, 2004. 23.o.)

„Az életkorhoz kötött szűrővizsgálatokról szóló rendelet lehetővé teszi, hogy bizonyos korcsoportok meghatározott szűrővizsgálatokon essenek át. E vizsgálatok elvégzésére a háziorvosi szolgálat fogadókéész, ám a lakosság nem kellő érdekeltsége miatt volumene elmarad a kívánatostól. Költségkihatásai eddig nem kerültek felmérésre, teljeskörű gyakorlata valószínűleg jelentős többletforrást igényelne.” (Papp, 2004. 37.o.)

Az országban kialakult „tekintélyromboló” tendenciák komoly akadályt jelentenek az egészségvédelemmel kapcsolatos tudás továbbadásának.

„Ugyanakkor az emberek többsége rendkívül érzékeny mindazokra az egészséget is érintő szabályozásokra, melyek az állami bevételeket vagy akár pl. az állam politikáját érintik. A mai szélsőséges politikai megosztottság mellett a többségtől sosem várható el, hogy az un. állami érdekekben saját érdekei megnyilvánulását lássa, aligha képes azonosulni akár még csak választott képviselőivel sem. Erre példa az alkohol és dohányforgalmazás számos kérdése (pl. az EUR derogáció kérése, a reklám törvény vagy a Forma I ügy), de sok környezetvédelmi kérdés (Nagymaros, Paks, stb.) is. Általános (és nem biztos, hogy alap nélküli) a gyanakvás abban, hogy az államérdekként deklarált, egészséget is érintő kérdések mögött nem egyéni érdekek húzódnak-e meg időnként.” (Ajkay, 2004.11.o.)

Az ezen a területen szerzett rossz tapasztalataikról így számoltak be a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében dolgozó orvosok:

- „Nem tartom sikeresnek a prevenciók eljárásokat. Nincs értelme. Nincsenek olyan szülők, akikkel ezt meg lehetne beszélni.” (Vidéki városi gyermek praxis)
- „Még nem épült be a köztudatba, hogy a megelőzés mindenkinek

jobb, ugyanúgy az orvosnak és betegnek, egyrészt anyagilag, másrészt statisztikailag is. Sajnos ezt még nem sikerült átvinni a gondolkodásba.” (Vidéki városi felnőtt praxis)

- *„... sajnos nem sikerül mindig úgy az eredmény, ahogy szeretnénk, mert nemcsak tőlünk függ. A szülők felfogásától is függ.” (Nyíregyházi gyermek praxis)*
- *„Nem tartom túlzottan sikeresnek, mert a felvilágosító előadások pillanatnyi érdeklődése után nem mindig fogadják meg a tanácsokat, nem veszik komolyan.” (Védőnő)*
- *„Nem vagyunk sikeresek, de nem is tudunk elég időt fordítani rá. Azt hiszem, hogy nagyobb támogatást kellene kapnunk, kisebb beteglétszámmal kellene foglalkoznunk a háziorvosi gyakorlatban. Többet kellene foglalkoznunk személy szerint egy-egy beteggel, természetesen ennek finanszírozási háttérét biztosítani kell, hogy a háziorvos ebből meg tudjon élni. Több háziorvos kellene, a betöltetlen körzeteket sürgősen be kellene tölteni, a nagy körzeteket pedig szét kellene osztani. Az alapellátás megerősítése lenne ebből a szempontból rendkívül fontos.” (Vidéki városi felnőtt praxis) (Filepné, 2004. 17.o.)*

Az orvosok és betegek közötti viszony megváltozására utal, hogy a családok egy része megkérdőjelezi az orvosok által javasolt gyógymódokat.

„Az orvos – család viszony általában jó, egy-két kivételtől eltekintve. A konfliktusok fő forrása a szoptatással, védőoltásokkal, antibiotikumok felírásával kapcsolatos véleménykülönbség.

Az interjú adó anyák általában tisztában vannak az egészséges életmód egyes elemeivel, a táplálkozás, a testmozgás-sportolás, a szabadidő-pihenés jelentőségével és elvileg a gyakorlati megvalósítás elveivel is. Azonban a megvalósítás nehézségeit is érzékelhetően rendre sorolják.” (Pauka – Tóth, 2004. 30.o.)

Mindezek alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy az egészségmegőrzés lehetőségét más integrációs formák keretei között kell keresnünk.

c.) A társadalom önvédelmi képességének meggyengülése

Az önvédelmi képesség gyengülését a tanulmányokban elemzett két példa segítségével mutatjuk be: Fokozatosan csökken az élelmiszer fogyasztás és az információk társadalmi kontroll lehetősége.

„A modern állam eszméje szerint az állampolgárok védelme legtöbb esetben kormányzati feladat lenne. A kormányzatok vezetői – professzionális politikusként – képesek arra, hogy jobban felmérjék az erőviszonyokat. Ennek ismeretében nem mennek bele eleve kilátástalan küzdelmekbe. Mind ezt egy környezetvédelemmel foglalkozó jogász így fogalmazta meg: „Az a kormány, amely szigorúan ragaszkodik a lakosság egészségét veszélyeztető tevékenységeket szabályozó törvények betartásához, rövid időn belül megbukna.”

De nemcsak az egyes országok kormányai bizonyulnak gyengének az egészséget veszélyeztető gazdasági tevékenységek megfékezésében, hanem maga az Európai Unió is!

Hosszas előkészítő munka után 2004 áprilisában fogadták el azt az Uniós szabályt, amely szerint tájékoztatni kell a fogyasztókat arról, hogy az élelmiszerek milyen arányban tartalmaznak gén-kezelt termékeket.

Az újonnan elfogadott szabály kivételeiből következtethetünk a gazdasági élet szereplőinek erejére. Sikerült elérniük, hogy csak 0,9%-nál nagyobb arányban gén-kezelt terméket tartalmazó élelmiszereknél kell ezt feltüntetni. A minden élelmiszer termelőnek kedvező kitételnél sokkal komolyabb eredményt értek el az állattenyésztésben érdekelt termelők. Az új szabályozás ugyanis nem vonatkozik a húsrá, a tejre és a tojásra.

A kiszolgáltatottság nemcsak az egészségügyi intézményekben nagyfokú, hanem a megelőzés szempontjából kiemelten fontos élelmiszer vásárlás esetén is. Minderre igen jól rávilágított Magyarországon a „Reggeli ital” forgalmazásával kapcsolatos vita. (A tejtermelők kérésének megfelelően a Kormány kísérletet tett a termék forgalmának korlátozására. Ez a sikertelen próbálkozás is jelzi az egyes országok kormányainak egyre csökkenő lehetőségét arra, hogy akár a hazai termelők, akár a lakosság egészségét megvédje az érdekeiket veszélyeztető hatásoktól.) (Antal Z. 2004. 30.o.)

„...a globalizáció itt is okoz károkat: a fiatalok által kedvelt gyors-étek-mek darált hús, sült krumplicombinációi és az édes üdítőitalok nem állják

ki a táplálkozástudósok kritikáját.” (Ajkay, 2004. 17.o.)

„A táplálkozás szempontjából jobb falusi helyzetet szinte minden megkérdezett megerősítette: 'jobban és olcsóbban hozzájutnak gyümölcsökhöz, zöldséghez és tudják mit adnak a gyerekeknek, mit esznek' (kiemelés tőlem: A.Z.L.) foglalja össze egy városi anya.” (Pauka – Tóth, 2004. 16.o.)

Az információk társadalmi beágyazottságának gyengülése és fogyasztásának növekedése szintén olyan újnak számító társadalmi anomália, amely megnehezíti az egészséget védő gondolatok és gyakorlat érvényesülését. A „jövő” egészségi állapota miatt kutatásunkban kiemelt szempont volt a gyerekek egészségi állapota, a megelőzéshez való viszonyuk vizsgálata.

„továbbiakban elsősorban a gyermekegészségüggyel, a gyermekek körében folytatott prevenciók tevékenységgel és az ezekről kialakított véleményekkel foglalkozunk. Tesszük ezt azért, mert a gyermekkorban, a gyermekkorai családban kialakult szokások a későbbiekben már nagyon nehezen változtathatók. A felnőtté válás során tapasztalt példák, környezeti hatások, a védő-óvó családi miliő, vagy az éppen ellentétes agresszív, tiltó, büntető nevelés nyomán mélyen beleivódhatnak az egyénbe mindazok a szokások, reakciók, amelyek felnőtt korában életmódjának alapját képezhetik. Számos – az egészségi állapottal foglalkozó – vizsgálat igazolja, hogy az egészségi állapottal való elégedettség, az egészséghez való viszony gyermekkorban dől el.” (Pauka – Tóth, 2004. 7.o.)

Ebből a szempontból hátrányos, hogy a gyerekek milyen sok időt töltenek a TV és a számítógép előtt.

„A televíziózásra és videózásra fordított időtartam mind tanítási napokon, mind a hétvégeken jelentős: tanítási napokon a napi 2-3 órát nézők aránya 43%, a hét végén 57% azok aránya, akik 4 vagy ennél is több órát töltenek televíziózással, videózással. A fiúk valamivel többet ülnek a tv előtt, mint a lányok. A számítógép használatában jelentősebbek a nemi különbségek: a tanítási napokon a fiúk valamivel több, mint egyharmada, a lányok valamivel több, mint egytizede számítógépezik kettő vagy több órát. A hét végén az arányok magasabbak, és itt is inkább a fiúkra jellemző a számítógépezés.” (Pauka – Tóth, 2004. 25.o.)

A társadalom meggyengült önvédelme miatt kialakult veszélyekre hívja fel a figyelmet Ajkay Zoltán:

„Az informatika, a távközlés gyors fejlődésének korszakában hihetetlenül megnőtt az egyes személyekhez eljutó információk, üzenetek, hírek mennyisége, jelentősen bővült a kommunikáció. Ez az egyik oldalon egy jelentős előny, ami jól felhasználható az oktatási-nevelési folyamatban. Segítségével ismereteknek, mintáknak, egy jelentősen bővülő és jól rendszerezett tömeget juttatjuk el pl. a felnövekvő fiatalokhoz, sőt állandó visszajelzést kaphatunk azok elsajátításáról, befogadásáról. Ugyanakkor a másik oldalon jelentkezik egy komoly veszély, mert nem kívánt, károsító impulzusok is szinte akadály nélkül terjedhetnek és befolyásolhatják a szemléletet, a magatartást kora gyermekkortól. (Kiemelés tőlem A.Z.L.) További gond, hogy a fiataloknál esetenként az informatika korszerű eszközeinek használata jelentős időt köt le szabadidejükből és ez inaktivitást, mozgásszegénységet okoz.” (Ajkay, 2004. 16.o.)

Filepné Nagy Éva Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében 30 orvossal készített interjúk alapján elemezte a prevenciók szemlélet érvényesítésének lehetőségeit.

Az elkészült interjúkban a média hatásáról véleményt formáló orvosok a következőket mondták:

„A családban és a lakóköznyezetben, közösségben látott minták nagyban befolyásolják az embereket. A média hatását pedig egyértelműen negatívnak mondanám.” (Nyíregyházi gyermek körzet)

Óriási szerepe van a mintáknak, beleértve a média által sugallt mintákat is, és ez egyértelműen negatív!” (Vidéki városi felnőtt praxis)” (Filepné, 2004. 31.o.)

Mindezek alapján azt a következtetést fogalmazhatjuk meg, hogy olyan társadalmi feltételek alakultak ki a fejlett országokban, amelyek szinte lehetetlenné teszik az érdemi prevenciók munkát!

4. A forradalmi helyzet megjelenése a médiában

A paradigmák túlbujánzásának idején megnő a bizonytalanság. Az eddigi egyértelmű megoldások megkérdőjeleződnek, az újak között pedig nehéz eligazodni. Ilyen helyzetben van szerepe az egymást segítő, támogató közösségeknek, amelyek megbízható és hivatalos információ-

ók továbbadásával csökkenthetik a bizonytalanságot.

A modern társadalmakat azonban a korábban erős családi kötelékek megbomlása és a közösségek megszűnése jellemzi. E mai korra jellemző, új társadalmi jelenséget nevezik a szociológusok „a társadalom atomizáltságának”. Ilyen körülmények között minden eddiginél jelentősebb szerepet tölt be a társadalom életében a tájékozódás eszközüvé vált írott és elektronikus média.

A „Helyzetelemzés” során ezért vizsgálta meg Császi Lajos a média szerepét a gyógyítás területén, amely alapvetően megváltozott Magyarországon az elmúlt 20 évben.

„Míg az elmúlt évtizedekben a szociológiai vizsgálatokból sok mindent megtudtunk arról, hogy mit jelent betegnek lenni a mindennapi életben, kimaradt a média által áttételesen közvetített élmények és tapasztalatok hatásának a vizsgálata az egészség és betegség ügyeiben. Pedig a média nagyon fontos szerepet játszik a mai társadalomban, sok szempontból az iskola és a család szocializációs szerepét is átvette, és ez alól az egészséggel kapcsolatos kérdések sem kivételek. Mi több, az orvosi tekintély hanyatlása és a fogyasztói társadalom általánossá válása szorosan kapcsolódik a média szerepének és hatalmának a növekedéséhez. (Kiemelés tőlem: A.Z.L.) A média nemcsak hangot ad a lakosság korábban kevésbé artikulált érzéseinek, hiedelmeinek, véleményének, de meg is szervezi és befolyásolja is a közönségét abban, hogy azok mit gondoljanak.” (Császi, 2004. 4.o.)

A korábbi „orvos-centrikusnak” nevezhető média jellemző vonásai a következők voltak

„A média szerepét tehát nem helyes leszűkíteni a gyógyítás intézményi és a lakossági szektora közötti közvetítő tevékenységre. Annál kevésbé, mert történetileg visszatekintve ez a közvetítés maga is eléggé egyoldalú volt, ahol a média az egyirányú transzmissziós szíj szerepét játszotta el, és az első szektor – az orvosok és a politikusok által megfogalmazott – problémáit, és azok hivatali-szakmai megoldásának a módozatait tematizálta és közvetítette a lakosság felé. A másik irányú közvetítés kevésbé számított fontosnak, a lakosság egészséggel kapcsolatos problémái ugyanis nem minősültek önálló jelentőséggel bírónak, azokat a média csupán azért igyekezett feltárni, hogy minél gyorsabban és minél sikeresebben integrálja őket a gyógyítás orvosi-intézményi szektorához. Tipizálva az elmondottakat, a

régi médiát ezért „orvos-centrikus” médiának nevezhetjük.” (Császi, 2004, 6-7.o.)

Magyarországon az átmenet igen gyorsan következett be, részben a politikai változások következtében de a folyamat gyorsaságában szerepet játszott a médiák területén kialakult versenyhelyzet is, amely egyre inkább a „fogyasztói igények” kielégítésére ösztönözte az olvasókért, hallgatókért és nézőkért versenyző fórumokat.

„Míg korábban az egészséggel kapcsolatos tudás orvosi monopólium volt, amelyet a lakosság kevésbé ismert, és még kevésbé értett, mára szinte lehetetlen bárkinek is kivonni magát a gyorsan változó „tuti diéták”, fitness-technikák, fiatalító test- és lélekápolási trendek hatása alól, amelyeket sokszor ironikusan „egészségizmusnak” is szoktak nevezni, utalva arra, hogy itt nemcsak az egészségtudatosságról van szó, de sokszor megalapozatlan divatokról is. De ennek a trendnek a medikalizált része például a diagnosztika konzumerizálása is, amikor megfelelő összeg ellenében valakiről tetőtől talpig computer tomográf vagy mágneses rezonancia képet készítenek, csak azért, mert egyszerűen kíváncsi rá. (Akár van rá szüksége orvosi szempontból, akár nincs.) A történeti változás lényegét úgy foglalthatjuk össze, hogy a késő-modern társadalmakban az egészség és betegség biológiai adottságból fogyasztói termék lett, amelyet nemcsak orvostudomány, de egyre inkább a technikai lehetőségek és a legújabb divatok is jelentősen befolyásolnak.

Mindezek a társadalmi átalakulások drámai változást idéztek elő a média szerepében is. A kilencvenes évek eleje óta jól látható, hogy az orvosok elveszítették azt a kizárólagos orientáló-befolyásoló szerepet amelyet korábban a médiában a gyógyítás kérdéseiben betöltöttek. Az ezredfordulóra a média „orvos-centrikusból” „fogyasztó-centrikussá” változott.” (Császi, 2004. 9.o.)

Az átmeneti időszakban a média hírt ad az új orvostudományi eredményekről, s továbbra is láthatunk szimpatikus orvosokat is, de az alaptendencia mégis más.

A paradigmák közötti küzdelem – amelynek eredménye hosszútávra meghatározhatja a gyógyítás jövőjét – az orvostudomány és az orvosok ma már nem támaszkodhatnak a média segítségére.

„A lakosság fogyasztói beállítottságát elfogadó egészségügyi mediakam-

pányok közös jellegzetessége, hogy nem „felülről lefelé” haladnak, azaz nem egy tudományos igazság népszerűsítő „terítését” akarják a laikus népesség között elvégezni, mint a propaganda kampányok, hanem „alulról felfelé” építkeznek, azaz az emberek egészséggel kapcsolatos meglévő mindennapi igényeiből indulnak ki és ezek aktív kielégítéséhez ígérnék szakmai segítséget. (Lefebvre 1992) Nincs kényszer vagy rábeszélés, inkább csak új életmód-lehetőségeket kínálnak a médiakampányok azoknak, akiket ez helyzetük vagy igényeik miatt érdekel. Az orvosnak mindig igaza van jelszavát felváltotta náluk a fogyasztónak mindig igaza van jelszava.” (Császai, 2004. 21.o.)

A média területén történt változások közé tartozik az is, hogy ezeken a fórumokon egyre nagyobb szerepet kapnak az alternatív gondolatok és az alternatív gyógymódok.

A tudományos forradalmak szerkezetéről írott könyvében Thomas Kuhn arra a következtetésre jutott, hogy a paradigmák küzdelmében paradigmákon kívüli szempontoknak van döntő szerepe. A modern társadalmakban kialakult jelenlegi helyzetben – hipotézisünk szerint – a jövő gyógymódjáért folyó küzdelemben, nem az egyes gyógymódok eredményessége, hanem a hatalmi megosztásban erős helyet elfoglaló médiának is döntő szerepe lesz.

5. A tudományos forradalmak jellegzetes vonásai a beteg-utakon

A kutatómunkánk egyik meghatározó része volt a beteg-utak feltérképezése, s annak megismerése, hogy az elmúlt két évtizedben a társadalomban lejajlott változások hogyan jelentek meg a beteg-utak változásában.

A tendenciák megismerésében nagy előnyt jelentett, hogy mind a három kiválasztott „betegség” esetén olyan szakemberek végezték el a munkát, akik már húsz évvel ezelőtt is az általuk vizsgált szakterület vizsgálatával foglalkoztak. Dr. Farkas Ilona húsz évvel ezelőtt az Onkológiai Intézet Módszertani Osztályán dolgozva ismerhette meg a daganatos betegek ellátásának körülményeit és a betegek számának

alakulását. Ezek az ismeretek erős motivációt jelentettek számára és barátai számára, hogy létrehozzák (a nyolcvanas években az elsők között, mintegy ezzel is szimbolizálva a civil kezdeményezések előtt megnyíló új lehetőségek kibontakozását) „A rák ellen, az emberért, a holnapért” elnevezésű Alapítványt. Dr. Farkas Ilona és az Alapítványnál dolgozó munkatársai: Tomcsik Mariann, Kovács Dóra és Tóth Tímea közösen készítették el felkérésünkre a beteg-út elemző vizsgálatot.

Czenky Klára közel húsz év óta kezdett el foglalkozni a szülészetben tapasztalható változások vizsgálatával, amelyről már 1986-ban megírta az azóta sokat idézett tanulmányát. Kapcsolata ezután sem szakadt meg a szülészettel. Az elmúlt évtizedben szerzett személyes tapasztalatainak és tudományos érdeklődésének köszönhetően folyamatosan nyomon követhette a lezajlott változásokat. Most elkészített tanulmányában ennek köszönhetően nemcsak a jelenleg kialakult helyzetet, hanem ennek előzményeit és társadalmi hátterét is megismerhetjük.

Az érszűkületes betegek ellátásának vizsgálatával pedig éppen húsz évvel ezelőtt kezdtünk el foglalkozni az MTA Szociológiai Intézetében. Az azóta a különböző megközelítésekben folytatott vizsgálatoknak köszönhetően folyamatosan nyomon kísérhettük az itt történt változásokat.

A három egymástól különböző szakterületen elvégzett út-elemzések segítségével a változások hét közös vonását foglaljuk össze. A levont következtetések előtt röviden ismertetjük azokat a szempontokat, amelyek e három szakterület kiválasztását indokolták.

„A magyarországi daganatos halálozási helyzet több szempontból is különös figyelmet érdemel. Részben az 1980 óta őrzött világszűkületünk mellett meredeken tovább emelkedő halálozás miatt, részben a középkorú férfi korosztályok példátlanul magas mortalitása miatt. ...Jól demonstrálható, hogy az elmúlt három évtized alatt a középkorú férfiak esetében szinte robbanásszerű halálozás-emelkedés következett tüdő, ajak-és szájüreg, gége, nyelőcső daganatok esetén....(Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 2.o.)

A szív- és érrendszeri betegségek kiemelt fontossága a lakosság egészségi állapotának vizsgálatában ma már minden szakember számára egyértelmű. Mindössze néhány idézet ismertetésével emeljük ki ezek közül az érszűkületes betegek számára és helyzetére vonatkozó adatokat.

„Jó példa erre a méhnyakrák halálozás csökkenése, amelynél a változások háttérében a több évtizedes prevenció és gyógyító munka eredménye tételezhető fel a hazai daganatos betegellátás terén az egyetlen megelőzési tevékenység eredményeként. Tekintve, hogy a méhnyakrák esetében a legpontosabb a hazai morbiditás bejelentési rendszer, ez a felfedezéskori stádiumot is regisztrálja, így látható, hogy a korai stádiumban felfedezett méhnyakrákos betegek száma intenzíven emelkedett az elmúlt évek alatt, tehát ennél a betegségcsoportnál a halálozás csökkenés nem a betegség spontán visszaszorulását jelzi, hanem a szűrés eredményeit. Ha a „cervix program” (méhnyakrák szűrés) nem valósult volna meg ilyen széles körben, a halálozás emelkedése feltehetően itt is a többi daganatos lokalizációhoz hasonló mértékű volna. A feltevést alátámasztani látszik, hogy azokban a korcsoportokban csökkent a halálozás, amelyeket nagy számban sikerült elérnie a szűrésnek.” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 2-3.o.)

„Magyarországon több százezerre tehető az ellátatlan érbetegek száma. Ennek elsődleges oka szakember hiány ... Ez magyarázza, hogy gyakran késik az időbeni felismerés, a helyes diagnózis és terapia.” (Dr. Mesko, 2000.9.o.)

„Analógiai megbetegedések a lakosság 5-7 %-át érintik ... Az érbetegségek kb. 30 %-ában nyílik lehetőség érsébeszeti beavatkozásra.” (Dr. Szege-di, 1999. 17.o.)

A halandósági adatok ennél pontosabbak. S ezekből az adatokból kiszámíthatjuk azt is, hogy körülbelül tizenhétézer ember hal meg évente a perifériás erek elváltozása miatt.

„Magyarországon – bár nem rendelkezünk pontos felméréssel – 100 000 lakosra évente 720 keringési halálok esik. Ebből 40% a szív, 35% agyi és 24% perifériás erek elváltozásához társul. Nyilvánvaló, hogy az érrendszeri betegségek felkutatása, megelőzése és kezelése kiemelt fontosságú.” (Meskó, 1999. 118.o.)

A lakosság egészségi állapotának vizsgálatakor e két betegség az ismert adatok és tendenciák miatt mindig is kiemelt fontosságú volt.

A születések száma folyamatos csökkenése pedig az ország demográfiai helyzetének alakulása miatt már évtizedek óta a tudományos kutatások fontos területe, de eddig kevés figyelmet kapott annak vizsgálata, hogy e kedvezőtlen folyamatok megváltoztatásában milyen le-

hetőségei vannak a szülészetnek.

Ezek után vizsgáljuk meg a napjainkra kialakult beteg-utakon a tudományos forradalmak jellegzetes vonásait.

a.) A paradigmák túlburjánzása

Az elmúlt húsz évben olyan jelentős változások történtek Magyarországon a gyógyítási lehetőségek bővülésében, hogy mára áttekinthetlenné váltak a gyógyuláshoz vezető beteg utak!

Ez a sokszínűség megfigyelhető az egészségügyi intézményeken belül és azon kívül egyaránt. A lehetőségek ilyen nagymértékű bővülése megközelítésünkben a „forradalmi helyzet” jellegzetes vonása. E sokszínűséget a daganatos és az érszűkületes betegségek esetén az oki terápia hiánya (mint a válság másik fontos jellegzetessége) magyarázza, a szülészet esetében pedig a radikálisan csökkenő születésszám miatt kialakult versenyhelyzet.

A sokszínűség kialakulásában szerepet játszott e mellett az is, hogy nemcsak a gyógyítás eddig uralkodó paradigmája, hanem az annak keletet nyújtó intézményrendszer is válságba került.

A válsághelyzetre adott természetes társadalmi válasz: a megoldási lehetőségek sokaságának kidolgozása és alkalmazása. Ennek következtében mind a három területen az uralkodó paradigmán belül maradó és (az uralkodó paradigmához képest) alternatív gondolatok és ebből levezetett megoldások születtek.

Az ellátásban megnövekedett különbségek kialakulásához hozzájárul az egészségügyi intézmények közötti minőségbeli és felkészültségbeli különbségek is.

Az érszűkületes beteg-utak tekintetében a legfontosabb változások a következők voltak:

„A beteg-utak „kiépítésében” és a betegek irányításában a felsorolt változások ellenére

az orvosoké a főszerep. Az érszűkületes betegek ellátásában az érsebészeké.

Az elmúlt húsz évben történt látványos fejlődés eredményeként az „érsebészeti utak” kiépültek és a betegek egyre nagyobb számára váltak elérhe-

tővé az itt nyújtott gyógymódok.

„Magyarországon 1990-ben 10 millió lakosra számítva 6892 verőér re-constructio történt, megközelítően 400 szervezett ágyon, 150 érsebész szakorvos közreműködésével.” (Dr. Nemes, 1994. 3.o.)

A szakma további erősödését mutatják a 2002. évi Országos Érsebészeti Statisztikák adatai: Ebben az évben már 168 érsebész dolgozott az országban és 835 érsebészeti ágyat tartottak nyilván. Ezeken az osztályokon 214 ezer beteget ápoltak (közülük 42,5 ezret érbetegség miatt). Az érbetegek közül 34 ezret operáltak meg 2002-ben. A kialakult helyzetet így értékeli az ország vezető intézményének az Ér- és Szívsebészeti Klinika igazgatója

„A végzett műtétek száma, minősége, eredménye európai átlagszínvonalat jelent.” (Dr. Nemes, 1994. 6.o.)

Az érsebészek mellett az érbetegek ellátására specializálódott belgyógyászok, az angiológusok

szerpe jelentős az érszűkületes betegek ellátásában. A belgyógyászati módszerek lehetőségei azonban korlátozottak. A gyógyulás még célként se fogalmazódik meg!

„A belgyógyászati kezelés célja: A folyamat progressziójának megakadályozása, illetve késleltetése, a recidívák¹ megelőzése. (Meskó, 1999. 122.o.)

A betegek jelentős részénél a műtéti megoldások nem alkalmazhatók.

„Az érbetegek 70%-át belgyógyászati módszerekkel kezelik” (Dr. Szege-di, 1999. 131.o.)

Mivel azonban az angiológusok száma töredéke az érsebészekének, az angiológiai ellátást is sok helyen sebészek végzik.

A nyolcvanas évek közepén egy új szakterület, a radiológia is elkezdett alkalmazni Magyarországon egy olyan gyógymódot, amellyel- a külföldön szerzett kedvező tapasztalatok alapján – eredményesen kezelhetők az érszűkületes betegek. A módszert 1964-ben ismertette egy közleményben az ezt kidolgozó orvos (Dotter, C.T.), akiről ezt az eljárást dotterezésnek is hívják.

Ez komoly kihívást jelentett az érsebészek részére. Egy, a betegek számára kevésbé megterhelő, gyors és olcsó eljárás veszélyeztetheti a nehezen kialakított intézményrendszer fenntarthatóságát és a hosszú évek alatt megtanult szaktudásuk használatát.” (Antal Z. 2004, 12-14.o.)

1 visszaesések

A három szakterületen dolgozó orvosok között jelenleg is hatalmas harc folyik, amelyben kimutatható, hogy a gyógyítás eredményességét háttérbe szorítják a gyógyításon kívüli szempontok. (Antal, 2004)

A beteg-utak sokszínűségében ennél jelentősebb változásokat találunk az orvostudomány által kidolgozott és elfogadott módszerek mellett az alternatív paradigmák képviselői által kialakított módszereket vizsgálva. Ennek magyarázata az ellátatlan betegek magas száma mellett az is, hogy az érszűkület oki terápiáját az orvostudomány mind ez ideig nem találta meg.

„A krónikus obliteratív verőérbetegség fő jellemzői: multifaktorális eredetű, krónikus, generalizált, progresszív jellegű folyamat. Jelenleg hathatós oki terápia nem ismert.”(Dr. Ballagi, 1998. 117.o.)

„... az érbetegek gyógyítása mindmáig meg nem oldott kérdés.”(Dr. Meskó, 1999. 123.)

Ez az ismerethiány motivál sok orvost és természetgyógyászt, hogy az eddigieknél hatásosabb gyógymódra találjon rá. E kutatómunka eredményeként folyamatosan bővülnek a beteg-utak és válik egyre sokszínűbbé a „térkép”.

Kutatómunkánk során közel húsz (!) különböző gyógymódot találunk, amelyet ma a betegek igénybe vesznek érszűkületes betegségük esetén.

A szülészeti lehetőségek esetén ennél sokkal látványosabb és jobban ismert változások történtek a vizsgált húsz év alatt.

A 80-as évekre kialakult szülészeti néhány jellemző vonása így foglalható össze:

„A szülés vezetés az 1950-es években történt szemléletváltás következtében az otthoni környezetből az egészségügyi intézmény falai közé, kórházi osztályokra került. Míg 1950-ben a magyarországi szülések 68,7 %-a otthon zajlott, 1960-ban 13,8 %-ra csökkent ez az arány. Manapság az évente megszületett gyermekek kevesebb, mint 1 %-a jön a világra otthoni környezetben. Igaz, ezek már tudatosan, előre tervezett otthon-szülések.” (Czenky, 2004. 1.o.)

Az 1980-as évek végén készült tanulmány így jellemzi a szülészetet: *”Az elmúlt néhány évtizedben az anya és magzat jólétét előtérbe helyezve, kedvező morbiditási és mortalitási mutatók elérésére törekedett. Ennek ér-*

dekében szorult intézményes keretek közé a szülés, valamint fejlesztett ki és alkalmaz a szülészeti gyakorlat számos új diagnosztikai módszert. Újra és újra egyre modernebb gépek állnak az orvosok rendelkezésére, amelyekkel a szülés bármely pillanatában ellenőrizhetik a magzat fiziológiai reakcióját. Kórházakban és a klinikákon is kiépítettek egy fejlett technikai háttért a szülészeti osztályokon is.” (Czenky, 2004. 2-3.o.)

A 80-as évekre teljesen elfogadott lett a medikalizált, technicizált, autoriter szülészeti gyakorlat, – amelyet hagyományosnak neveztek, – melynek semmiféle alternatívája, ellenpólusa nem volt hazánkban. Nem csoda tehát, hogy egyre erőteljesebb társadalmi, alternatív mozgalmak léptek fel azzal az igénnyel, hogy ezt az egyoldalú szülészeti gyakorlatot megváltoztassák, vagy legalább is új szint vigyenek bele. Egy orvos így nyilatkozik: „ Az apás-szülés lehetőségét társadalmi nyomás hozta létre. „ (Főorvos, Budapest.)

„A szülő nők harcolták ki a váltást, nem a szülésznők és az orvosok részéről volt módosítás.” (Szülésznő, Budapest.)

„Hosszan sorolhatnánk azokat az újításokat, változtatásokat, amelyek újabb és újabb elemmel bővítették a hazai szülézet gyakorlatát. Kezdetben ez az apák szülőszobai jelenlétének lehetősége, majd a rooming-in, a szülés előkészítő tanfolyamok megszervezése, a Leboyer gyengéd születési elvének néhány eleme, pl. a magzat az anya hasára kerül, az apa az új szülöttet kézben veheti, majd a későbbiekben az anya, vagy apa fürdeti gyermekét, a köldökzsinór pulzálás utáni elvágása, – újabb újításként az apa vágja el a köldökzsinórt – .

Felmerült a gátvédelem, a gátmetszés nélküli szülés, a korai anya-gyermek kapcsolat biztosítása, az újszülöttek szülőszobai szoptatása egy órán belül, a vertikális szülés lehetősége, majd a választható testhelyzetek szüléskor, vajúdást segítő eszközök, stb.” (Czenky, 2004. 7.o.)

Ezek a változások 20 évvel ezelőtt elképzelhetetlenek lettek volna! A szülézeteken történt változások ma az egészségügyben történő rugalmasság lehetőségére a legjobb példává vált. Még akkor is, ha ezeknek a változásoknak szélsőséges következményei is vannak.

„Az egyes szülézetek működését figyelve határozott szélsőségeket látunk. Egyes kórházak ,amelyek az alternatív lehetőségek minél szélesebb körű alkalmazását tekintik céljuknak – pl vízben lehet vajúdni, ami

jelentősen csökkenti a szülési fájdalmat és így a szülési fájdalomcsillapítási módszerek használata is sokkal kisebb arányú (az EDA gyakorisága kb.5%)- . Mások viszont a nők szüléstől való félelmeikre alapozva a szülési fájdalom csillapítását tartják a legfontosabbnak. Így jöhetett létre pl, hogy 3-4 budapesti kórházban a szülések 60-70 százaléka epidurális érzéstelenítéssel zajlik, vagy az, hogy egy vidéki klinikán az asszonyok 60 százaléka a nitrogén oxidul gázkeverék belégzésével enyhíti a szülési fájdalmait. Ezeket mindenképpen erőteljes szélsőségeknek tekinthetjük”. (Czenky, 2004.18.o.)

c) A növekvő bizonytalanság

A választás nehézségei, a bizonytalanság és a kockázatvállalás miatt is lassan növekszik az új utakon járó emberek aránya.

Az alternatív gyógymódok elterjedését elemző tanulmányokból (Buda, Letenyei, Lázár) tudjuk, hogy országoként és társadalmi különbségeket tekintve jelentős különbségeket mutatnak az erre vonatkozó adatok. A beteg-út elemző vizsgálatok eredményei szerint is a betegek és a kismamák többsége is a „hivatalos utakon” jár.

„A betegek nagy többsége a kezelő orvos által javasolt beavatkozási és kezelési módokat elfogadta, nagyon kevés beteg utasította vissza az orvos által javasoltakat.” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 14.o.)

A látványos változások ellenére a szülés folyamatát lényegesen meghatározó feltételek nagyrészt változatlanul maradtak.

„Szülés alatti alternatívítás alatt elsősorban testhelyzet változtatási lehetőségeket értünk. Itt bármilyen testhelyzetben lehet szülni. Fokozatosan alakult át ez az osztályunkon attól kezdve, hogy átvettük az osztály vezetését, magunkban is próbáltuk, hogy mi igazán a jó megoldás. Csináltatunk házilag egy szülőszéket, azután volt egy asszony, aki azt mondta, hogy négykézláb tud a legjobban nyomni, engedjük neki. Nekünk is meg kellett barátkozni azzal, hogy jön ki a gyerek, kell-e valamit segíteni, vagy nem kell. Azután volt, aki oldalt, volt, aki guggolva szült. Itt mindenre van lehetőség, a kollégák is tudják, a kismamák jó része is tudja, – nem mindenki, azt nem mondom, – ehhez képest a nők csak öt-tíz százaléka választja a különböző testhelyzeteket, a többiek háton fekvé szülnek.” (Czenky, 2004. 13.o.)

Mindez arra utal, hogy a változások elkezdődtek, a társadalom „maga-

biztosabb” tagjai vállalják az új utak kipróbálásával járó kockázatokat. Ennél jelentősebb változásokra azonban azt követően számíthatunk, miután az átmeneti időszak után az új paradigma kivívta magának a domináns helyet.

A daganatos betegek ellátásánál továbbra is a „hivatalos” utak szűkössége és az eredményes utak megtalálása jelenti az előrehaladás akadályát. (A beteg által alkalmazott alternatív gyógymódok használatát – amelyek tekintetében sokkal nagyobb a bizonytalanság – és az itt jelentkező választási nehézségeket a szerzők nem vizsgálták.)

„A betegek számára nagyon fontos kérdés a diagnosztikai lehetőségek rövid időn belüli elérése és a rosszindulatú daganat diagnózisának közlésének módja.

Panasszal, problémával jelentkező, a daganatos betegségtől féltő beteg számára, az hogy 1-2 hónapot kell várnia egy vizsgálatra, szövettani eredményre: egyenlő a letaglózással. A reakciók ennek megfelelően a pánik, depresszió, vagy kétségbeesett keresgélés más lehetőség után. Az esetek egy részében sikerül külön utat keresni és igénybe venni (anyagiak kérdése), de a mi kevés számú betegút vizsgálatunknál is többször talákoztunk olyan beteggel, akit az embert próbálóan, hosszú várakoztatás után, mikor bejutott a vizsgálatra, azzal fogadtak: miért jött ilyen későn?” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 8.o.)

A betegek számának növekedését nem követte az ellátás bővülése. Ezért az utak zsúfoltabbak lettek. *„Különbség a 15-20 évvel ezelőtti helyzethez képest: Idő hiány miatt nagyon sokat romlott az emberi hozzáállás, a törődés. Rengeteg a beteg . a férfi, női betegeket egyszerre, egy helyen vizsgálják.*

Első kezelő orvosa: Örüljön neki, hogy nem most lett beteg!” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 23.o.)

Az érzéskületes beteg számára – közülük is azok számára, akik új utakat keresnek – megoldhatatlan feladat a számukra „legjobb” utak megtalálása. A különböző gyógymódok összemérhetetlensége a finanszírozás növekvő feszültségei mellett, magukat a beteg embereket is megoldhatatlan feladatok elé állítják.

Az előzőekben ismertetett *„változások következtében míg húsz évvel ezelőtt a beteg-út eredményes szakaszának volt tekinthető, ha egy beteg*

ember eljutott az éresebbszetre, ma ez már nem ilyen egyértelmű. A megváltozott körülmények miatt sokkal nehezebb ma a beteg-utak feltérképezése és a „közlekedési szabályok” megismerése, – mind a betegek, mind az ilyen kutatást végző szociológusok számára – mint volt az első kutatás idején.

Részben azért, mert sokkal bonyolultabbá vált az „úthálózat”, másrészt azért, mert már a nyílt szelekciós mechanizmusok is megjelentek az egészségügyi ellátás területén, s azért is, mert ma már nem olyan egyértelmű annak megítélése, hogy melyek a jó (a gyógyuláshoz vagy legalább is a további romlást megállító) és melyek a veszélyes (amputációhoz, vagy halálhoz vezető) utak.” (Antal Z. 2004, 7.o.)

A „jó választás” nehézségei a szülészetben is jelentkeznek.

„Két dolog miatt sem könnyű azoknak a nőknek a helyzete, akik e fogyasztói szemlélettel próbálnak eligazodni a szülészet kínálati piacán. Egyrészt a kórházi osztályok közötti igazi különbségeket csak a belső munkatársak, a szakemberek, vagy a szülés lehetőségeiben nagyon elmélyedt nők ismerhetik fel, másrészt azért sem, mert abban is nagyon nehéz tájékozódni, hogy a széleskörű lehetőségek közül melyek azok, amelyek igazán, hosszú távon előnyösek, építőek a gyermekük és önmaguk számára. Ez komoly rálátást, vagy belső intuíciót igényel a kismamáktól.” (Czenky, 2004. 23.o.)

A választási lehetőségek bővülésének kétség kívül vannak előnyös oldalai, de a lehetőségek „túlburjánzása” társadalmi és egyéni szinten is jelentkező bizonytalanságai miatt sokáig nem fenntartható állapot.

d) Az élesedő küzdelem

Az átmeneti időszak jellegzetes vonása az is, hogy a korábban domináns paradigma szabályai fellazultak. Az eddigi „rend” megtartása egyre nehezebbé válik. Az új „erőviszonyok” között élesedő küzdelem figyelhető meg a szereplők között. Ez elsősorban a szomatikus szemléletű orvosokat érinti hátrányosan, akik a folyamatosan tartó „reformok” miatt bizonytalan helyzetbe érzik magukat; ki vannak téve a gyógyszer és a műszergyártó cégek erős nyomásának; a szakmai és politika viták megosztják az orvostársadalmat; az állampolgári jogok és beteg jogok feszültebbé tették az orvos-beteg kapcsolatot és a médiában is gyakoribbak az egészségügyben szereplő botrányok, amelyeknek az orvosok

a negatív szereplői. De a küzdelem megfigyelhető más szereplők között is, az orvosok kiemelését elsősorban az indokolja, „mert az ő helyzetük megváltozása utal arra, hogy a gyógyítás területén kemény hatalmi harc folyik az „új rend” kialakításáért.

A beteg-utak alakulását alapvetően befolyásolják a finanszírozás feltételei. Ezen múlik, hogy az utak „szélessége”, s a gyógymódok közötti küzdelem eredménye is.

A jelenlegi finanszírozás az állami egészségügyi intézményeken belüli torzító hatására hívták fel a figyelmet a beteg-út vizsgálatok.

„Ma Magyarországon az egészségügy betegségorientált, nem tanulmányozza a meglepően gyors, vagy súlyos állapotból történő felépüléseket. A gyógyulást, túlélési arányokat nem vizsgálja és nem finanszírozza az OEP. Az intézmények érdeke minél magasabb pontértékű kezelésben való részvétel függetlenül attól, hogy a beteg meggyógyult-e.” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 6.o.)

„A bírói gyakorlaton túl az egészségügyi finanszírozás jelenlegi rendszere is a császármetszések számának növelésére „ösztönzi” az orvosokat, hiszen nagyobb pontszámot ér a szülés műtéti befejezése, mint a természetes szülésé. A szülő nők is másként honorálják az orvos munkáját a hüvelyi szülésnél és a műtétnél, így a hálapénz nagysága is ennek megfelelő.” (Osztyályvezető főorvos, Budapest)” (Czenky, 2004. 20.o.)

Az orvostudomány által elfogadott és alkalmazott módszerek összehasonlíthatatlanságát fogalmazza meg a források elosztásával kapcsolatban Dr. Nemes Attila, intézetvezető, igazgató főorvos:

„... pénzhiány miatt a szakmák egymás ellen lobbyznak. „A HBICS rendszer’ igazságos szakmák közötti viszonyát szinte képtelenség megállapítani. Egymás rovására az ügyesebb jut többletforráshoz.” (Dr. Nemes, 2000.2401.o..)

„A finanszírozás mai modellje sajnos szintén nem preferálja a beteg javát szolgáló lábszár amputációt, mert az evvel járó hosszabb ápolási idő anyagiilag nem honorálja, hanem bünteti.

A sebész tehát, aki a fenti kérdésekben járatos, és mégis folyton combon amputál, a kórház java érdekében mond le gyakran a beteg javáról. ... Két felmérésünk között mint egy 20 év telt el, a lábszár-amputációk aránya országos szinten jelentősen – 20-ról 33 %-ra – javult, bár még messze van az

ideálistól. Úgy tűnik tehát, hogy ismeretátadási munkánk nem volt hiábavaló és további munkára sarkall.

A halálozás egyértelműen comb amputáció után kedvezőtlenebb: mintegy 2,5-szerese a lábszár amputáció halálozásának.” (Dr. Kullman – Dr. Belicza, – Dr. László, 1997.2330.o.)

„A beteg-utak „szélessége” erőteljes hatást gyakorol az egészségügyi ellátás finanszírozási módja. Húsz évvel korábban – amikor az egészségügyi intézmények teljesítményüktől többé-kevésbé függetlenül megkapták az éves költségvetésüket – egészen más szelekciós elv és gyakorlat működött a kórházakban. Akkor a szűkös erőforrás növeléséért (ágy, műtéti lehetőségek, ...) folyt a küzdelem.

A homogén betegcsoportokhoz kötött finanszírozási módszer bevezetése után – amely szerint a kórházak finanszírozása a teljesítményükhöz kötött – ez megváltozott. Az egészségpszichológiai és az egészségügyi közgazdaságtani szakirodalomban jól ismert az a hatás, amelyet egy ilyen finanszírozási rend eredményez. Ez a kórházakat és az ott dolgozó orvosokat arra ösztönzi, hogy minél több (lehetőleg minél súlyosabb: még pontosabban minél nagyobb pontértékű) beteg embert lássanak el. Ennek a jól ismert hatásnak – amely a beteg emberek számára hátrányokat is okozhat, s az egészségügyi kiadások növekedését eredményezi – még sehol se találták meg a megfelelő ellenszerét.” (Antal Z. 2004. 6.o.)

e) Egy „új” tudományos paradigma megjelenése

A szomatikus emberképen alapuló gyógyítás mellett fokozatosan terjed el a hazai gyakorlatban a pszichoszomatikus szemlélet. E paradigma jelentőségéről és a gyógyításban betöltött növekvő szerepéről a Helyzetelemző vizsgálatunk keretében kellő mélységben foglalkozunk. A pszicho-szomatikus szemlélet alkalmazása a daganatos betegek eredményes gyógyításában ma már elengedhetetlen feltétel.

„Ma is sok beteg mondja el, hogy a diagnózis közlése úgy hatott rá, mint-ha egy pillanat alatt kitaszították volna társadalomból. Mindezek alapján érthető, hogy a betegek többsége most is szorongással, félelemmel tele szembesül a diagnózissal. Úgy vélik, ha az orvos nem meri elmondani a diagnózist, akkor nyilván a várható kilátások rosszak, és ebben az esetben

hogyan tudná ő felvenni a harcot a gyógyulásért a beteg, aki szinte tökéletesen egyedül marad a küzdelemben.

A betegek egyre nagyobb része akart szembenézni az igazsággal és az orvosok között is egyre többen voltak, akik meg akarták változtatni a hazai gyakorlatot, mert számos külföldi példa bizonyította, hogy szükséges a beteg tájékoztatása, mert csak így tudja aktív közreműködésével segíteni saját gyógyulását.” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 5.o)

A félelmek oldásában és a gyógyulási szándék megerősítésében segítenek a betegnek lelki támaszt nyújtó családtagok, betegtársak és szakemberek.

*„Soha nem volt halálfélelme, családjá iránti szeretete volta hajtóerő, az hogy szeretné fölnevelni a fiait. „**Még sok feladatom van az életben!**”*

*„A családjá teljesen összetörik, a beteg biztatja nagy lelkierővel őket, az édesanyját és az anyósát, „**hogy itt nem lesz semmi baj.**” Nagyon megerősíti a családjá szeretete és az a tudat, hogy ennyire szükségük van rá.”*

„A tapasztalatok azt mutatják, hogy a beteg számára rendkívüli segítséget jelent, ha gyógyult beteggel találkozhat, ezért jöttek létre a klubok.

A leghitelesebb bizonyíték, hogy lehetséges a gyógyulás, vissza tud térni a családba, a társadalomba, tud beszélni a betegségéről, tud segítséget kérni, elfogadni és adni.” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 19., 21.o)

Az érzéskületes beteg gyógyításában is egyre fontosabbá válnak a lélektani szempontok. A sebészorvosok tapasztalatai szerint a betegek mindössze 5-10%-ának van elég ereje olyan változások megtételéhez, amelyekkel az újabb szükület kialakulása elkerülhető.

A gyermekvárás, az anyává válás folyamata, az anya-gyermek kapcsolat vizsgálata a pszichológiai kutatások alap kérdései. A szülészetben részben már lezajlott forradalmi változások hatására ezek az eredmények már sok szülő és orvos részére mindennapi gyakorlattá váltak.

f) A „forradalom” áldozatai

Az átmeneti időszak áldozatai elsősorban azok a betegek, akik az elhúzódó hatalmi harcok miatt nem vagy csak késve jutnak ellátáshoz.

A beteg-út elemző vizsgálatok, – amelyek a betegek szempontjából

vizsgálják az ellátás lehetőségeit – egyik fő eredménye, hogy a praktizáló orvosok helyzetére és ennek a betegellátásra és az egész társadalomra nézve hátrányos következményeire is rámutattak.

„A lelki védekező mechanizmusok időt, lehetőséget teremtenek ahhoz, hogy a beteg alkalmazkodni tudjon a helyzethez, újra megtalálja önmagát. Ezek a lélektani állapotok nagymértékben befolyásolhatják a beteg kezelésekhöz, a kezelőszemélyzethez való viszonyát. Ezzel természetesen jelentős terheket ró a kezelést végzőkre is, hiszen naponta jó esetben 20-30, rosszabb esetben 40-50 beteg lelki állapotát kellene figyelembe venni, és megfelelően reagálni, ami ember feletti teljesítményt kívánna.

„Egyre több egészségügyi dolgozónál, egyre sűrűbben jelentkeznek a kiégés szindróma jelei. Ennek intézményen belüli kezelésével alig foglalkoznak, sem az onkológiai személyzet sem az egészségügy más területén dolgozók esetében. Kevesen ismerik fel és még kevesebben veszik tudomásul és ha fölismerik is, egyénenként nagyon nehéz ellene tenni a napi rutinfeladatok terhei miatt. A kiégés szükségszerű velejárója az empátia, az asszertivitás, a pozitív gondolkodás, a humor csökkenése mind a betegek, mind a kollégák irányába. Törvényszerűen csökken a munkavégző képesség, a hatékonyság, a tények, események logikus átlátása, így a gyógyítás hatékonysága is” (Farkas – Tomcsik – Kovács – Tóth, 2004. 5., 15., 16.o.)

Különösen sok támadás éri az eddig kiváltságos helyzetben lévő szülészeket.

„Nekünk, orvosoknak egyre nagyobb stressz lesz a szülés. A jogszabályok egyre keményebbek, egyre szigorúbb feltételek között kell az orvosnak dolgozni. Egyre többször számíthatunk arra, hogy valamilyen peres eljárásba kerülhetünk. Egyre jobban kell vigyázni. A szüléssel kapcsolatos bármilyen komplikáció felelőssége az orvost terheli, a szülésznot, pszichológust nem. Az orvos perek nagyon erős hatást gyakorolnak a szülészeti módszerekre, a biztonságra, még a császármetszések számára is. Gyakrabban végzünk császármetszéseket, mert a bírósági gyakorlat is efelé terel bennünket. Hagyományos szülésnél felmerült komplikáció esetén az alapvető bírói kérdés az, hogy végeztek-e császármetszést. Ha a műtétet elvégezte az orvos, akkor nem vonják felelősségre, ellenkező esetben viszont igen. A magzati diagnosztika ma még nem elég fejlett, nagyon nehéz eldönteni az alkalmazható CTG és UH vizsgálatokkal, hogy a szülés természetes úton min-

den további nélkül lefolytatható, vagy indokolt-e a császármetszés. Amikor bizonytalanság merül fel, az előbbieket miatt a császármetszést választjuk inkább. Az orvosok egyre inkább védekező pozícióba kényszerülnek, a defenzív medicina, a védekezés erősödik. Ez nem az alternatívitás, hanem a minél nagyobb biztonságra törekvés, az egyre több műszer alkalmazása és az egyre több császármetszés műtét végzése felé tolja az orvosokat.” (Osztályvezető főorvos, Budapest)...

„Mi orvosok egyre feszültebb helyzetben élünk. Úznek- hajtának bennünket, olyan a helyzetünk, mint a vadászkutyáké, s örülünk, ha megússzuk a szülést minden probléma nélkül. Ennek is lett az egyik következménye, hogy a szülészet nőgyógyászat már nem divatszakra.”

„Állandóan defenzívában kell lenni az orvosnak, itt állnak kint a kapuban a jól menő ügyvédi irodák nepperei. Amikor viszik haza a kisbabákat megszólítják a szülőket- Meg voltak elégedve a doktorral? Itt a névjegyem, ha valami probléma eszébe jut szívesen állok a rendelkezésére . – Hogy lehet dolgozni ilyen környezetben, hogy se az állami vezetés, se az egészségügyi miniszterünk, se a jog nem segít bennünket ? „(főorvos Budapest.)” (Czenky, 2004. 20.o.)

E feszült helyzet – amely nemcsak szülészeket érinti – is hozzájárul ahhoz, hogy az orvosoknak rossz az egészségi állapota, hogy elhagyják a pályát (s például ügynökként dolgoznak) és hogy sokan foglalkoznak a külföldi munkavállalás lehetőségével.

Mindezek a változások már a pályaválasztásnál is éreztetik hatását, amelyet így fogalmazott meg az osztályvezető szülész főorvos:

„A társadalom ítélete az orvosi szakmával szemben megszületett. Az orvosi egyetemre már csak a középmezőnyből kerülnek ki fiatalok. A jó képességűek már nem jönnek orvosnak, most már csak úgy mennek orvosnak, mint régen tanítónak mentek, legfeljebb orvos lesz belőlem. „ / főorvos Bp.) (Czenky, 2004. 20.o.)

Az elvégzett vizsgálatok egyik új eredménye, hogy az átmeneti időszakok nemcsak a betegek, de a praktizáló orvosok is az áldozatai.

3. Az anomáliákra adott társadalmi válaszok

a) Az integrációs formák bővülése és erősödése

Kutatási eredményeink alapján azt mondhatjuk, hogy az állami és piaci egészségügyi ellátás keretein kívül – más integrációs formákban – működő tevékenység (az öngyógyítás, önségítés és jótékony ellátás) jobb lehetőséget kínál a megelőzésre.

Az öngyógyításnak (amely elsősorban családi keretek között történik) a gyógyítás egészében betöltött szerepével és annak várhatóan növekvő tendenciáival egyre többet foglalkozik az egészségügyi szakirodalom.

„A család képezi az egészségügyi alapellátás igazi helyszínét valamennyi társadalomban. A családban, Chrisman szerint, az egészségügyi ellátást főként nők nyújtják, általában az anyák, és a nagymamák, akik a leggyakoribb betegségeket diagnosztizálják és a kéznél lévő eszközökkel kezelik. Becslések szerint, az egészségügyi ellátás 70-90%-a ebben a szektorban zajlik, a nyugati és nem-nyugati típusú társadalmakban egyaránt.” (Helman, 59.o.)

Az elmúlt néhány évben jelentős változás történt ezen a területen. Az egészségügy válságjelenségei, az új technikai lehetőségek és a növekvő társadalmi aktivitás együttesen azt eredményezte, hogy az eddig egymástól jórészt elkülönülten működő integrációs formák az együttműködés lehetőségeit keresik.

„... olyan emberek, akik betegségük esetén képesek lennének gondoskodni önmagukról, gyakran inkább az egészségügyi szolgáltatások segítségét veszik igénybe. Ők ekkor olyan erőforrásokat használnak fel, amelyeket egyébként nagyobb szükségben lévő embertársaik megsegítésére lehetne mozgósítani. Mindez arra készítette az egészségügyet – és azokat az intézményeket, amelyek végső soron a számlát fizetik -, hogy az embereket az öngyógyításra, különösképpen pedig a megelőzésre buzdítsák. Ha az embereket rá lehetne bírni, hogy az egészségüket védő módon járjanak el, akkor ez valószínűleg csökkentené a jövőbeni morbiditást.

Az 'öngyógyítás' tökéletesítésére irányuló stratégia alkalmazása tehát, kivált a megelőzés területén, egyértelműen hasznosnak tűnik mind a népesség általános egészségi állapota, mind pedig az egészségügyi ellátás

jövőbeni költségei szempontjából.” (Armstrong, 1998,103.o.)

Erről az új megközelítésről ír Cathy Palmutter a *Prevention* folyóirat 1990 januári számában. A szerző elsősorban a számítógépes hálózatok adta lehetőségek a gyógyításban (még pontosabban az öngyógyításban) való alkalmazásának lehetőségeiről ír. De mindezt meg kellett előznie ez új, az öngyógyításra is képes ember koncepciójának az elfogadása.

C. Palmutter így fogalmaz:

„... az öngyógyítás koncepciójának elfogadása után már kialakítható egy ilyen rendszer.” S az új koncepció legfontosabb eleme – amely az eddigiektől jelentősen eltérően vélekedik az öngyógyításról – már magában a címben megfogalmazódik: „Ön az új aktivizált beteg.” Azaz eddig passzív betegszerepekbe kényszerült emberek helyett már az egészségügy vezetőinek elképzeléseiben is megjelenik a saját és családtagjai egészségéért aktívan tevékenykedő beteg ember illetve családtag.

Az öngyógyítás iránti szakmai érdeklődésre utal az is, hogy a MEDLINE egészségügyi szakirodalmat figyelő keresőprogram 12 784 cikket talált a „self-care” szó beírása után.

Az egészségügyi ellátás és az öngyógyítás együttműködése ma már nemcsak elméleti szinten megfogalmazott lehetőség. Az Egyesült Királyságban már évek óta működik az NHS-Direct nevű szolgáltatás, amely ennek az elképzelésnek a gyakorlatban történő megvalósítása. Ez is egy olyan, már kipróbált módszer, amely az elkövetkező években a lakosság egészségi állapotának javítására Magyarországon is alkalmazni lehet. Az elképzelés megvalósítása már meg is kezdődött Dr. Info néven. ...

„Magyarországon az egészségügy államosítása után egészen a 80-as évek végéig egyetlen információs forma került domináns helyzetbe a gyógyítás területén. Az akkor igen erőteljesen hangoztatott üzenet így szólt: „Forduljon orvoshoz”. Mindez hozzájárult ahhoz, hogy a lakosság korábban meglévő öngyógyító képessége jelentősen elsorvadt. Ennek hátrányos következményei közé sorolhatjuk többek között a betegforgalom növekedését, a zsúfoltságot és az egészségügyi költségek növekedését is.

Egy empirikus vizsgálat eredményei alapján így foglalják össze tapasztalataikat a kutatás vezetői:

„Az egészségügyi szakemberek, különösen a családorvosok körében igen elterjedt az a nézet, hogy az elmúlt évtizedekben a magyar lakosság „el-

felejtette” az enyhe, közönséges tünetek, panaszok kezelésének hagyományos, bevált gyógymódjait, és az emberek a legegyszerűbb tünetekkel is azonnal orvoshoz fordulnak. Csaláadorvosokkal készített interjúk vizsgálatunkban a megkérdezett orvosok arról számoltak be, hogy a betegek nemcsak lázat nem tudnak többé csillapítani, hanem enyhe hasmenéssel, sőt még szűnyogcsípéssel is orvosukat keresik fel.” (Szántó-Susánszky, 1999. 5.o.)

A 90-es évek elejétől kezdve az elvesztett tudás újra megszerzéséért az egészségükkel és az egészségmegőrzéssel törődő emberek komoly erőfeszítéseket tettek Magyarországon. Ez is hozzájárult a természetgyógyászat iránt megnyilvánuló érdeklődéshez. ...

Az öngyógyítás mellett – ennél kisebb, de néhány betegség esetén nagyon eredményes – gyógyító munkát végeznek az önségítő csoportok. ...

Az archaikus társadalmakban a közös lakóhely volt a legfontosabb kohéziós erő a közösségi élet kialakulásában. A modern társadalmakban más feltételek megléte esetén alakulnak ki szerves kapcsolatot tartó közösségek. Mindez nem jelenti azt, hogy a szomszédsági kapcsolatok jelentősége teljesen háttérbe szorult volna, hanem inkább azt, hogy más dimenziók szerepe nagyobb jelentőségre tett szert a szoros közösségek kialakulásában. Ennek egyik példája, az azonos egészségügyi problémákkal küzdő emberek által létrehozott önségítő csoportok, amelyek a fejlett országok többségében közel 30 év óta, a volt szocialista országokban pedig közel 15 éve vesznek részt a megelőzésben és a gyógyításban. ...

Az önségítő csoportok gyakran megalakulásuktól kezdve igen sikeresek. Tagjai száma több ezerre rúghat, gyakran adnak ki lapokat és szerveznek találkozókot tagjaik számára. Az évek során számos csoport olyan sikeresnek bizonyult, hogy igen erőteljesen növekedni kezdett. A növekedést sokszor bürokratikus szervezetek kialakulása követte, melyek élére később igazgatót neveznek ki, formális alapszabályokat fektetnek le, pénzgyűjtési akciókat szerveznek saját és helyzetüket feltáró kutatások céljaira. A csoportok az idő múlásával a tagjaikat sújtó sajátos betegségekről olyan szak tudásra tesznek szert, amellyel valószínűleg az orvosok közül is csak nagyon kevesen rendelkeznek; s mindezekon túlmenően az önségítő csoportok az általuk szponzorált kutatásoknak köszönhetően jelentős befolyásra is szert tesznek a kezelési prioritások meghatározásában.” (Armstrong,

1998, 109.o.) (Antal Z. 2004, 23-24, 25-26.o.)

A mi szóhasználatunkban jótékony ellátásnak nevezett integrációs formát – sokban hasonló, de némileg eltérő tartalma miatt – általában non-profit szektornak vagy civil kezdeményezésnek nevezi a szakirodalom.

„A non-profit szektor egyre növekvő jelentőségének bemutatására a John Hopkins University által végzett nemzetközi kutatás 2003-ban megjelent legfontosabb megállapításait idézem:

„A sokféleség ellenére ezek a szerveződések olyan fontos közös jegyeket mutatnak, melyek alapján elkülöníthető intézménycsoportként, tehát jól megkülönböztethető társadalmi „szektorként” kezelhetjük őket. Egyrészt „magán” jellegűek, azaz nem tartoznak a kormányzati rendszerbe. Másrészt azonban a többi magánintézménytől is különböznek. Feladatuknak tekintik a köz, a közösség szolgálatát, és működésüknek nem csupán az a célja, hogy az érintettek számára nyereséget termeljenek. A non-profit szervezetekben tehát egyszerre két, látszólag egymásnak ellentmondó érték testesül meg: egyrészt a szabadság és a személyes kezdeményezés iránti elkötelezettség, az a gondolat, hogy az embereknek jogukban áll önállóan cselekedni saját életminőségük javítása vagy más számukra fontos személyek segítése érdekében; másrészt a szolidaritási elv, az a tudat, hogy az emberek nemcsak magukért felelősek, hanem azért a közösségért is, amelyhez tartoznak. A non-profit vagy civil szektorba a társadalom azon szervezetei tartoznak, amelyek egyedülálló módon ötvözik e két feltételt, így tehát magánintézményként valójában közösségi célokat hordoznak.” (Salamon, Sokolowski, List, 2003. 9.o.)

Feltételezhető, hogy ezeknek az integrációs formáknak a jövőben tovább növekvő arányban lesz szerepe a gyógyításban, s az is, hogy munkájukkal a konkrét gyógyító munkába való részvétel mellett hozzájárulhatnak az egészségügy válságának megoldásához és egy új egészségpolitikai koncepció kialakításához.

Az egészségügyi ellátásban csaldott orvosok, betegek és egészséges emberek egyre nagyobb arányban olyan keretek között keresik az egészség megőrzésének és a gyógyítás, gyógyulás lehetőségeit, ahol az egészségügyi intézmények hátrányai mérsékeltebben vagy egyáltalán nem érvényesülnek. Mindez egy hatalmi átrendeződést eredményez

a modern társadalmakban, amelynek során az egészségügyi intézmények szerepe csökken és a többi integrációs formák szerepe pedig erősödik. Ennek a hatalmi átrendeződésnek fontos szereplője az egészségügyi kormányzat. A költségvetési forrásokért folytatott harcban az egészségügyi intézmények sokkal sikeresebben vesznek részt, mint az önszolgáltató csoportok, vagy az öngyógyítás elterjedését segítő kezdeményezések és az egészségügy területén működő non-profit szervezetek. Ez annak ellenére így van, hogy az egészségügyi intézmények eredményessége – a többi integrációs formákkal összehasonlítva – a megelőzés és a gyógyítás területén nem bizonyítható.

Az egészségügyi ellátás jelentős pénzekkel részesedik a költségvetésből, amelynek megtartásáért mindenképpen harcolni fog. E küzdelemben való részvételét erősíti a piac szereplőinek növekvő befolyása az egészségügyi intézmények működtetésében. Ha csak ezt a tendenciát figyeljük, akkor arra a következtetésre juthatnánk, hogy az elkövetkező években nem sok remény van arra, hogy a megelőzés a jelenleginél nagyobb szerepet töltsön be a lakosság egészségi állapotának megőrzésében. Legfeljebb a megelőzésben új piaci lehetőséget kereső gazdasági vállalkozások növekvő szerepe miatt.

Azok a tendenciák adnak reményt a kedvező változásokra, amelyekben a bemutatott integrációs formák megerősödését és ezáltal a gyógyítás és a megelőzés társadalmi beágyazottságának növekedését tapasztaltuk. Ezeknek a tendenciáknak következtében, – egy „forradalmi helyzetben” kiszámíthatatlan idő alatt – átalakulnak az egyes integrációs formák közötti arányok.

E napjainkban zajló átmeneti folyamatot meggyorsíthatja egy olyan új egészségpolitika, amely felismerve ezen társadalmi kezdeményezések a lakosság egészségi állapotára gyakorolt kedvező hatását, a jelenleginél jobban támaszkodna az itt végzett egészségmegőrző és gyógyító munkára.

2. Az alternatív gyógymódok növekvő szerepe

Sajátos ellentmondás jellemző a szomatikus szemléletű modern orvostudomány jelenlegi helyzetére. Miközben soha nem látott eredményeket ér el – új műszerek, új műtéti technikák, új gyógyszerek, géntechnológia, .. – mégis egyre többen fordulnak el ezektől a módszerektől. Ennek az ellentmondásnak magyarázatát egyelőre nem kutatva, a figyelmünket az egyre jobban terjedő alternatív módszerek felé fordítjuk, hiszen ezek egyre intenzívebb jelenléte a modern társadalmak életében – a pszicho-szomatikus szemlélet növekvő szerepe mellett – jelent számunkra új kihívást és járult hozzá a „forradalmi helyzet” kialakulásához.

A „Helyzetelemzés” kutatás keretében három tanulmány is készült az alternatív gyógymódok gyógyításban betöltött szerepéről. A továbbiakban Buda László, Lázár Imre és Lajtai László tanulmányai felhasználásával mutatjuk be az új módszerek megnövekedett szerepét a gyógyításban. Mind három szerző egyértelműen e módszerek elterjedéséről számol be.

Lajtai László számos fejlett országban kialakult helyzetet megvizsgálva fogalmazza meg következtetéseit.

„Következő fontos megállapítás, hogy úgy tűnik az alternatív gyógyeljárások szerepe a fejlett országokban nem csak jelen van, de a jelentősége növekszik is. (Lajtai, 2004. 21.o.)

Buda László más megközelítésben hasonló tendenciákról számol be.

„A természetgyógyászat tudományos igényű megközelítését számos szempont indokolja.

- *Az alternatív medicinával foglalkozó kutatások világszerte bővülnek. Ezt jelzi többek közt, hogy a MEDLINE adatbázisban fellelhető, vonatkozó témájú publikációk aránya az utóbbi évtizedben egyértelmű, exponenciális emelkedést mutat. A WHO és az EU is megkülönböztetett figyelmet szentel a témának az utóbbi években (WHO, 2002; European Commission, 1998).*
- *Felméréseink szerint ma Magyarországon a felnőtt lakosság 15 – 25 %-a fordult már természetgyógyászhoz valamilyen egészségi problémával, és ezt jelenti, hogy a társadalom és az egészségügy egyik*

- fontos, el nem hanyagolható aspektusáról van szó (Buda, 2002). A rendszerváltást követő évek adataival összehasonlítva, természetgyógyászat egyértelműen terjedőben van hazánkban (Antal,
- A magyar lakosság számára az utóbbi években a témával foglalkozó, legkülönbözőbb szintű információk tömege vált hozzáférhetővé, a tömegkommunikáción, könyveken stb. keresztül. Így a laikusok elképzelései az egészségről és betegségről drámai módon megváltozhatnak. Nélkülözhetetlen tehát, hogy legyenek időszerű ismereteink a betegek hiedelmeiről, egészség-felfogásáról és ebből fakadó betegség-magatartásáról (Molnár és Csabai, 1994; Csabai és Molnár, 1999; Kulcsár, 1999).

Beclések szerint ma Magyarországon kb. 10-15 ezer természetgyógyász praktizál.”(Buda, 2004. 2.o.)

Lázár Imre pedig azt fogalmazza meg, hogy az új gyógy módok, és az ehhez kapcsolódó szemléletváltozása társadalom egyre nagyobb részében érezteti hatását.

„Ez a szemléletváltás jellemzi a biomedicina és az orvoslás társadalomtudományi kutatását szolgáló diszciplínák az orvosi szociológia, orvosi antropológia és a bioetika kutatási, oktatási, és a törvényalkotáshoz nyújtott elméleti segítségét is, de behatol a gyógyszerkutatás és fejlesztés gyakorlatába, illetve a népegészségügyért felelős intézmények, így a tisztiorvosi szolgálat tevékenységi körében is megjelenik.” (Lázár, 2004. 1.o.)

Az alternatív módszerek azonban nemcsak a modern orvostudomány, hanem az egész európai kultúra számára jelentenek kihívást!

„Az úgynevezett alternatív gyógyászzal kapcsolatosan a két, az alábbi módon elkülönítendő kultúrkör meglehetősen különböző álláspontot foglal el. Az egyik kultúrkör az ún. nyugati kultúra köre, a másik, a jobb híján nem-nyugatinak nevezett többi kultúra csoportja. A mi esetünkben azért fontos mindez, mert a biomedikális, azaz a modern, nyugati, tudományos, allopatikus, európai (és még több szinonimát fel lehetne sorolni) gyógyítás a nyugati kultúrában általános és a nyugati kultúra egyéb elemeihez kapcsolódik szervesen. Részben anyagi és elérhetőségi kérdés ez tehát, részben viszont a kultúra mentális, gondolkodásbeli aspektusait tükrözi.

Az alternatív gyógyászat azt jelenti és jelentésének úgy van értelme, hogy (szakmai) alternatívát kínál a nyugati kultúrában a biomedikális gyógyászat mellett....

*Ma már a nyugati országokban az alternatív módszereknek jelentős része importált, eredetileg nem a nyugati kultúrkörre jellemző módszer. (kiemelés tőlem: A.Z.L.) Előfordulhat tehát, hogy, ami az egyik országban hagyományos gyógyítás, mint például az akupunktúra Kínában vagy az ájurvéda Indiában, az egy nyugati országban alternatív módszernek számít. Van-
nak ugyanakkor őshonos nyugati, alternatív módszerek is, mint például a homeopátia és a kiopraktika. (Lajtai, 2004. 1-2.o.)*

Lázár Imre arra mutat rá, hogy a gyakorlatban kialakuló együttműködés mélyén paradigmaticusan különböző világ- és emberképeket találunk.

„... valójában nem a gyógyítás háttérében rejlő eltérő ontológiák, sokkal inkább a gazdasági- politikai kontextus teremt közös alapot a nyugati biomedikális orvoslás és az alternatív orvoslás együttértelmezésére. (Han 2002) Azok az értelmezési kísérletek, melyek elhanyagolják ezen orvoslások (Hagyományos Kínai Medicina, Ayurvédikus hagyomány, Tibeti orvoslás, antropozófiai orvoslás, homoeopathia) emberképének, magyarázó modelljeinek, bentfoglalt metaforáinak radikális különbözőségé.” (Lázár, 2004. 1.o.)

E mélyreható különbségek ellenére az európai országok és minden fejlett ország, ha különböző mértékben is, de megnyitotta a lehetőséget a módszerek széleskörű alkalmazása előtt.

„Olyan országok, mint Franciaország, Olaszország, Luxemburg, Spanyolország, Málta törvényileg nem támogatják a természetgyógyászatot. A jelen korban nincs ugyan heves üldözés, és a tulajdonképpeni szabályok alapján akár harcosabban is felléphetnének. A jogi gyakorlatban egyfajta pragmatizmus uralkodik, ami megpróbálja összeegyeztetni, hogy ezek a módszerek a népesség körében gyakran előfordulnak, olyan nagyon nagy bajt nem okoznak, de a törvényhozók nem támogatják különösebben az ilyen irányú tevékenységet.

Ezzel szemben olyan országok, mint pl. Nagy-Britannia, Németország vagy Norvégia nem csakhogy engedékenyek az alternatív medicinával kapcsolatban, hanem törvényekkel és az egészségügy megfelelő szabályozásával támogatják is azt. Tulajdonképpen ezeken a helyeken a bárki gyógyíthat bárkit, ha erre igény van alapelv jelenik meg, mint egyfajta általános emberi jog ...

A legjelentősebb elkülönítő elv azonban az, hogy ha engedélyezik az alternatív módszereket, akkor azt csak orvos (esetleg más biomedikális végzettségű szakember) végezheti-e, vagy pedig egy tulajdonképpen laikus, azaz csak erre a módszerre specializálódott személy is. Egyes országok, mint pl. Dánia és Svédország fenntartják az orvosi monopóliumot, más országok, ahova Magyarország is tartozik, mindkét csoportnak engedélyezik ugyan a gyógyítást, de nem biomedikális természetgyógyászoknak csak jóval kevesebb módszer esetében.” (Lajtai, 2004. 21-22.o.)

Az eddig domináns paradigma gyengeségére utal, hogy nem alakult ki az új módszerek alkalmazásának szabályozása.

„A közelmúltban megtörtént európai uniós csatlakozás joggal felveti, hogy van-e valamilyen központi EU-s szabályozás, általános direktíva a kérdéssel kapcsolatban. Nos, ilyen nincs, ezt a kérdést nemzeti rendelkezések szabályozzák és a jelen helyzet heterogenitását látva nem is valószínű, hogy a kérdésben egyhamar európai konszenzus alakulna ki.” (Lajtai, 2004. 3.o.)

Az átmeneti időszak fontos, a jövőbeli tendenciákat meghatározó jelének tekinthetjük, hogy az orvosok egyre rosszabbul érzik magukat a kialakult orvos-szerepekben,, az új módszereket alkalmazó szakemberek száma pedig folyamatosan bővül és egyre több közösséget hoznak létre. Ennek a sok országban megfigyelhető folyamatnak a dinamikájáról az Egyesült Királyságban a következőket tudhatjuk meg.

„Az egymást követő kormányok leszögezték, hogy amíg a pácienseknek lesz igényük alternatív gyógymódokra, addig az ezekhez való hozzájutásra meglesz a lehetőség. Ennek eredményeként ma Nagy-Britannia az egyetlen hely Európában, ahol a kórházakban természetgyógyászati gyógymódokat alkalmaznak. A Nemzeti Egészségügyi Szolgáltatnak saját homeopátiás kórházai vannak Londonban, Glasgowban, Liverpoolban, Bristolban és Tunbridge Wells-ben. Az orvosok által nyújtott homeopátiás gyógyítás része a Nemzeti Egészségügyi Szolgálat rendszerének.

1982-ben megalapították a Komplementer Medicina Brit Kutató tanácsát. Ez többek között kijelentette, hogy az alternatív gyógymódok legfontosabb szerepe, hogy segítségükkel az egészségügyi szolgálat költségeit csökkenteni lehet. ...

Míg 1987-ben 2 ezer nem orvos természetgyógyász működött az Egyesült

Királyságban, 1999-re számuk 50 ezerre emelkedett. Közülük mintegy 10 ezren hivatalosan regisztráltak. 1300 kiropraktikus fejtí ki tevékenységét. Számos természetgyógyászati szakmai szervezet tevékenykedik.

Az 1983-as Orvosi Törvényben megfogalmazott kikötések (pl. cukorbetegség, rák, epilepszia, glaukóma stb. kezelése) kivételével az országban mindenkinek joga van, előképzettségétől és nyilvántartástól függetlenül gyógyító tevékenységet folytatni, sőt, a páciens jóváhagyásával akár sebészeti beavatkozást is végezni. A gyógyítás egészségre káros következményei esetén mindazonáltal a nem orvos gyógyással szemben büntetőeljárás indítható, míg a regisztrált biomedikális orvosok esetén nem. ...

...a legtöbb nem orvos természetgyógyászat képzettsége jó. 54 szakmai szervezet kínál képzési programokat, melyek minimum 3 éves részvételt igényelnek” (Lajtai, 2004. 4-6.o.)

Az egyre nagyobb számú közösségek mellett a média is fontos szerepet tölt be a jövőbeli tendenciák kialakításában. Ez a hatás Magyarországon is határozottan megjelenik.

„A reklámcélu illetve értékű egészségügyi információk, a média jelentős hatást gyakorol az alternatív medicina felé fordulókra. A női magazinok újságíróinak, szerkesztőinek kedvelt témáját kínálja már a kilencvenes évek elejétől a természetgyógyászat változatos világa, és a rendszerváltás kezdetétől számos szaklap választotta témájául a gyógyítás alternatív formáit, így a laikus érdeklődők számára készült Elixír magazin, a Természetgyógyászat, az Ideál, illetve az orvosi jellegű, kutatási eredményeket, szakmai összefoglalókat közlő Komplementer Medicina. Az Internet is információ gazdag és jelentőségében folytonosan növekedő, könnyen hozzáférhető és a főáramú szakmai ellenőrzéstől és kritikától szabad felületet kínál. Az említett folyóiratok egy része ezen az információs felületen is megkapaszkodott.

Ezen folyóiratok szilárd jelenléte a gyakran tiszavirág életű folyóiratoktól színes piacon jelzi a téma iránti szilárd érdeklődést, illetve az intézményszerűsítés szakaszát is” (Lázár, 2004. 2.o.)

3. A tudatos egészségmegőrzés

A sokasodó válság jelenségek mellett ma Magyarországon az egészségmegőrzés szempontjából kedvezőnek mondható tendenciákat is megfigyelhetünk.

Ezek közé számít a gyógyítás integrációs formáinak bővülése és erősödése és az alternatív gyógy módok terjedése mellett az is, hogy – egyelőre nem ismert, hogy milyen arányban – növekszik azoknak az embereknek és közösségeknek a száma, amelyek az egészségügyi intézményektől függetlenül tudatosan tesznek valamit egészségük javítása és megőrzése érdekében. A körükben végzett adatfelvétel eredményeit – amelyet Csóka Szilvia, Pais Viktória és Susánszky Anna végzett – a következőkben foglalhatjuk össze:

„Arra keressük a választ, hogy a laikusok körében az életmód változtatási szándék milyen egészség percepció alapul, mi készíti az embereket arra, hogy életmódjukon változtassanak. ... A külföldi szakirodalom áttekintése során olyan kutatásokkal nem találoztunk, amelyek az egészséges populáción belül vizsgálták volna az egészséggel kapcsolatos életmódváltást, illetve az ezt motiváló tényezők szerepét...

A tudatos egészségmegőrzés modellje elsősorban a meggyőződés és a hit szerepét hangsúlyozza az egészséggel kapcsolatos döntések meghozatalakor. Eszerint az egyén fontolóra veszi, hogyha változtatna az életmódján, milyen hasznot jelentene számára a változtatás. A mérlegelésben szerepet játszik, hogy az egyén hogyan vélekedik az őt fenyegető betegségekről, a veszélyek súlyosságáról, illetve arról, hogy mi a valószínűsége annak, hogy életmódja megváltoztatásával elkerülhet bizonyos betegségeket. A tanulással kapcsolatos modellek mentén végzett vizsgálatok arra mutattak rá, hogy az ismeretek birtoklása nem feltétlenül váltja ki a megfelelő viselkedést...

Mivel kérdésfeltevésünkben arra voltunk kíváncsiak, hogy az egészséges személyeket mi motiválhatja az életmódváltásban, milyen tényezők befolyásolják őket egészségmagatartásuk kialakításában, olyan helyszíneket kerestünk, ahol reményeink szerint egészséges, az egészségével tudatosan foglalkozó emberekkel találkozhatunk. Ezen meggondolásból kerestünk föl különböző budapesti csoportokat, amelyekből végül hatnak a tagjai és vezetői voltak hajlandóak együttműködni velünk. Mint a résztvevő személyek

arányából láthatjuk, a legkézségesebbek az Agykontroll tanfolyam tagjai voltak, akik szinte kivétel nélkül kitöltötték az általunk kiosztott kérdőíveket.

A vizsgálatban résztvevő személyek:

| | |
|-----------------------|---------------|
| Agykontroll tanfolyam | 168 fő |
| Biokultúra Társaság | 22 fő |
| Vegetáriánus csoport | 23 fő |
| Fitness termék | 10 fő |
| Egyház-közösség | 7 fő |
| Uszoda | 24 fő |
| Összesen | 264 fő |

A vizsgálat módszere

Vizsgálatunk során a hat helyszínen önkitöltős kérdőív segítségével kérdeztük meg alanyainkat. A kérdőív a demográfiai és társadalmi-gazdasági jellemzőkön kívül az egészségi állapotra, az egészségmagatartására, az életmódváltásra illetve annak okaira vonatkozóan tartalmazott zárt és nyitott kérdéseket.....

A vizsgálatban résztvevők közel háromnegyede (73,5 %) nő, egynegyedik pedig férfi (26,5%). A nők magasabb részvételi aránya egyrészt abból adódik, hogy az általunk felkeresett helyszíneken illetve csoportokban több a nő mint férfi, másrészt a nők együttműködőbbek voltak az kérdőív kitöltésével kapcsolatban, mint a férfiak.

A kérdezettek átlagéletkora 47 év (a legfiatalabb személy 18, a legidősebb 83 éves volt).

Az általunk vizsgált minta iskolai végzettsége eltér a magyar felnőtt lakosságétól. A felmérésben az átlagosnál jóval nagyobb arányban vettek részt felsőfokú végzettségűek (50%), valamint érettségizettek (41,5%)...

A kérdezettek 62,8%-a gazdaságilag aktív (46.5% alkalmazott, 15.5% vállalkozó, 0.8% alkalmi munkás), míg 37.2% gazdaságilag inaktív (1.9% munkanélküli, 21.7% nyugdíjas, 5.4% rokkantnyugdíjas, 4.3% tanuló, 4% egyéb eltartott)...

a mintánkba tartozó személyek egészségi állapotukat jóval kedvezőbbnek tartották, mint az a megfelelő korú, nemű és iskolai végzettségű populáció alapján várható lenne. Ami arra utal, hogy az egészségtudatos, az egészségükért tenni kész személyek jobb egészségi státusszal rendelkeznek, mint a hasonló paraméterekkel rendelkező átlagnépesség. Ez a különbség egyrészt adódhat abból, hogy aki aktívan tesz az egészségéért, valóban jobb egészségi állapotnak örvend, valamint abból is, hogy az aktivitás, az egészségtudatosság az egyén önértékelését, a kérdéshez való pszichés viszonyulását is pozitívan befolyásolja.

Az egészségi állapot pillanatnyi megítélésén kívül, mivel egy változási folyamatra (életmódváltás) is kíváncsiak voltunk, arra is rákérdeztünk, hogy az elmúlt öt évben hogyan változott az egészségi állapotuk...

A kérdezetteknek több mint a fele (56,8%) beszámolt arról, hogy egészségi állapotában változást történt a kérdéses időszakban. Közel egyharmaduk (31,3%) esetében javulás, egynegyedüknél (25,5%) pedig romlás következett be. ...

Arra a kérdésünkre, hogy változtatott-e életmódot, a kérdezettek mintegy négyötöde (88,4 %) válaszolt igennel, a nemmel válaszolók (21,6 %) pedig azzal indokolták válaszukat, hogy nem kellett életmódot váltaniuk, mivel az egészséges életmód gyermekkoruk óta életük része, ebbe nőttek bele.

Amellett, hogy váltottak-e életmódot a kérdezettek, arra is kíváncsiak voltunk, hogy ha váltottak, miben állt ez a váltás, milyen szokásaikon változtattak. (...) Legtöbbször a táplálkozási szokásukon változtattak. Ezen kívül fontosnak tartották a rendszeres mozgás bevezetését életükbe, valamint a kérdezettek egyharmada a helyes életvezetésről alkotott személtének megváltoztatását hangsúlyozta. Változtatásként felmerült ezeken kívül a korábbi káros szenvedélyek elhagyása, és a fizikain kívül a lelki, szellemi jólléttel való törődés is (pl. meditáció). ...

A kérdésre – amelyben a változtatás okaira kérdeztünk – nagyon változatos válaszokat kaptunk, de sok olyan volt közöttük, amely nem egy konkrét indokot jelölt meg, hanem csak egyfajta meghatározhatatlan belső készletésre, hirtelen jött ötletre utalt. A válasznak majdnem a fele (46%) ebbe a kategóriába került, itt a kérdezettek nem említettek semmi különösebb eseményt, amihez kötni tudták volna életmód-változtatásuk okát. (Pl.: Belső sugallatra, belső hang hatására változtattam..., Úgy éreztem, válto-

zásra van szükségem..., Úgy éreztem, többet kellene foglalkoznom magammal...) A válaszok általános jellemzője egyfajta pozitív-élmény keresés, ami valamilyen hiányt, elégedetlenséget takar, annak konkrét megfogalmazása nélkül. ...

Vizsgálatunk alapján két fontos eredményt szeretnénk kiemelni. Az egyik, hogy az embereknek közel a fele nem tudott pontos, konkrét választ adni arra a kérdésre, hogy miért változtatta meg életmódját. Ez egyrészt arra utal, hogy a változtatási szándék nem mindig racionalizálható, másrészt pedig arra, hogy a változtatáshoz nem mindig szükséges meghatározott ok például konkrét életesemények, vagy az egészségi állapotban bekövetkezett megfogalmazható változások. A társadalmi nyomás, amelyet egyrészt a média, másrészt a társas környezet (szűkebb és tágabb családi, baráti, munkahelyi stb. kapcsolatok hálózata) közvetít nagyobb jelentőséggel bír, mint azt feltételeztük. Az egészséges életmódról szóló üzenetek, akkor is eljutnak az emberekhez és befolyásolják viselkedésüket, ha ennek önmaguk nincsenek is tudatában. A média és a közvetlen környezet által közvetített életmóddal kapcsolatos elvárások, vagy az egészséges életmód mibenlétével kapcsolatos információk tudat alatt hatnak, bizonyos képeket, sémákat képeznek az emberek agyában. Az ezekhez való igazodás pedig nem feltétlenül tudatos, hanem egyfajta tudat alatti trendkövetés is lehet.

A másik fontos eredménynek tartjuk, hogy a változtatás típusai között megjelennek a lelki egészség fenntartására irányuló törekvések. Ami jelzi, hogy az egészség a laikusok számára sem csak a testi állapot kielégítő voltát, a fizikai jóllétet jelenti. Az életmódváltásban az egészségmagatartás klasszikus tényezői, mint például a helyes táplálkozás, rendszeres testmozgás mellett a lelki jóllét fenntartására irányuló tudatos viselkedésformák is megjelennek. Ebben az eredményben tetten érhető egy újfajta, lelki szellemi, talán spirituális dolgokra való éhség, amely szintén megjelenhet a konkrét választ nem adók rejtett indokai között. Ismerve a lelki tényezők szerepét a betegségek kialakulásában, fontosnak tartjuk, hogy a preventív programok felvilágosító kampányai ezzel a területtel is foglalkozzanak. (Csóka, Pais, Susanszky, 2004.2,3,8,11,17,18,18. o.)

4. Az egészségügy válsága a tudomány válsága

Helyzetelemzésünk zárógondolataként azt fogalmazhatjuk meg, hogy az egészségügyi ellátásban megjelenő válságtünetek okait az egészségügyön kívül kell keresni!

A válságtünetek kapcsán olyan alapvető tudományos kérdések merülnek fel, amelyek megválaszolása nélkül az orvosok és az egészségügy vezetői csak a folyamatos kudarcokat jelentő tüneti kezelésekkel kísérletezhetnek.

A kialakult helyzet a modern tudományos gondolkodás válsága. A tudományos módszerekben olyan „immanens hiba” rejlik, amelynek kiküszöbölése nélkül se az egészségügy, se a modern társadalmak válsága nem oldható meg.

A modern tudományos gondolkodás alapja a mérhetőség. Az öszszegyűjtött adatok elemzéséből, a felrajzolható tendenciákból vonja le következtetéseit és fogalmazza megállításait. A tudományos közösség tagjainak többsége úgy gondolja, hogyha sikerül bebizonyítania a feltételezett összefüggés helyességét, akkor az mindenki számára elfogadhatóvá, érvényessé válik. A társadalom jobb működését így a jobbnál jobb tudományos érvekkel segíthetjük elő.

Ezt a tudományos közösségek többsége által ma is vallott nézetet kérdőjelezte meg igen erőteljesen Thomas Kuhn a paradigmák összemérhetetlenségéről kifejtett gondolataival, amelyet azután követői részletesebben is kidolgoztak. Az „összemérhetetlenség” megfogalmazása azért váltott ki olyan éles tudományos vitát, mert a jelenleg alkalmazott tudományos gyakorlat legitimitását kérdőjelezte meg. Hiszen, ha nem tudományosan alátámasztott és megvizsgált és részletesen dokumentált érvek döntenek el a tudományos vitákat, akkor...

Eddigi egészségszociológiai vizsgálataink és a most elkészült tanulmányok eredményei alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy az egészségügyben nem a tudományos érvek azok, amelyek eldöntik a gyógyítás területén felmerülő egyre komolyabb kérdéseket. A továbbiakban ismertetjük azokat az eredményeket, amelyek az alkalmazott tudományos módszerek bizonytalanságára utalnak.

A lakossági statisztikák a halandóság okára vonatkozó adatait már

évek óta számos alapos kritika érte. Aki alaposan foglalkozott ezen adatok megbízhatóságával már kétkedéssel fogadja a „halandósági okok” alakulásából levont következtetéseket. A cáfolhatatlan érvek ellenére az okspecifikus halandósági adatok még mindig erős érvként szerepelnek mind a tudományos, mind az egészségügyi erőforrásokért folyó vitákban.

Az erőforrások – és ezen belül a minket most foglalkoztató a gyógyítás integrációs formái közötti erőforrások – elosztásának eddig alkalmazott módszerei kudarcot vallottak. Ez a kudarc azért is kiemelten fontos, mert elsősorban ez határozza meg azt, hogy egy országon belül milyen körülmények között, milyen gyógymódokat alkalmaznak. Az egészségügyi ellátásban eddig alkalmazott módszerek (mind az állami mind a piaci elosztási elvek és módszerek) alkalmazhatatlannak bizonyultak a feladatok megoldására.

Az „állami” elosztás hibáit a szocialista országok története érzékletesen demonstrálja, a piaci elveket pedig a fokozódó környezeti ártalmak és az egyre elhatalmasodó – a józan észnek ellentmondó – növekedési kényszer.

„Az egészségügy lehetőségeit világszerte meghatározza a műszer- és számítógépiparral, illetve a gyógyszergyártással való egyre szorosabb összefonódás. Az érvényben lévő biztosítási rendszer csak a konkrét tevékenységet (vizsgálatok, beavatkozások) téríti, ami miatt viszont sajátos „túlprodukciónak” alakulhat ki, nélkülözhető és megterhelő eljárások tömege zajlik (vagy legalábbis „adminisztrálódik”) nap mint nap. A gazdasági megszorítások a gyakorló orvosokat rendszeres „diagnóziscsúsztatásokra” ösztönzik, a kezelés időtartamával és módjával való kényszerű manipuláció az amúgy is burjánzó kórházi bürokráciát egyre áttekinthetetlenebbé teszi. Ebben az útvetsztőben az orvos alig, a beteg esetleg már egyáltalán nem tud tájékozódni.” Buda, 2004. 5-6.o.)

Az egészségügyi intézményrendszer – a jelenlegi finanszírozási rendszer keretei között – a gyakran hangoztatott célok ellenére valójában nem érdekelt (még pontosabban: ellenérdekeltek) a betegségek megelőzésében. Ennek a kérdéskörnek igen részletes a szakirodalma, amelynek lényege röviden úgy foglalható össze: az egészségügy társadalmi beágyazottsága olyan mértékben meggyengült, hogy a társadalom már

nem képes az intézményrendszer önálló, elkülönült érdekeinek, – amelyek egy része a társadalom egészségi állapotát veszélyezteti – érvényesülését megakadályozni.

Ezt a hatást tovább erősíti a gazdasági növekedést az emberi egészségnél is fontosabbnak tartó – s egyre szélesebb körben vitatott módon számított GDP-t középpontba állító – közgazdasági szemlélet. Ez a betegek számának növekedésében való érdekelttség megfogalmazódik az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium számára 2003-ban készített szakértői anyagban is.

„... a több beteg, hosszabb kórházi ápolás és még a meghaltak számának emelkedése is a reál GDP, az átlagkereset és a beruházások növekedésével jár együtt. Ez az első megközelítésben szokatlan és alig hihető volt. Mélyebben elgondolkodva a jelenségen, összevetve saját elemzésünk kezdetén tapasztaltakkal a következő okokat állapíthattuk meg:

A vizsgálatba bevont kórházi morbiditási változók az egészségügyi intézményrendszeren (kórházakon) keresztül tükrözik, mutatják a népesség állapotát. Alakulásában nem csak az egészségi állapot, hanem az egészségügyi intézményrendszer helyzete is kifejezésre jut. Ezek a változók egyben az egészségügyi intézményrendszer inputjai és outputjai. Az, hogy hányan kerülnek és ott milyen hosszan tartózkodnak, nemcsak attól függ, hogy mennyire betegek, hanem attól is, hogy milyen a kórházak kapacitása, ellátó képessége és milyen az a mechanizmus, amely oda juttatja a betegeket. A több beteg és az ápolási napok számának növekedése javítja az egészségügyi intézmények kihasználtságát, több bériáramlást, gyógyszerfogyasztást, stb. eredményeznek és ez által pozitívan hatnak a gazdasági változókra.”. (kiemelés tőlem: A.Z.L.) (GKI Gazdaságkutató Rt, 2003. 8-9 o.)”

Mivel minden fejlett országban hihetetlen nagy összegekről van szó (azaz nagyon erős a motiváció a megoldás megtalálására) és a kiváló szakemberek évtizedek óta keresik a megoldást az erőforrás elosztás hibáinak kiküszöbölésére (mind eddig hiába), megfogalmazódott a következő hipotézis:

A jelenlegi paradigma keretei között erre a kérdésre nem lehet megtalálni a választ!

Hasonlóan fontos kérdés az alkalmazott gyógy módok közötti választás kérdése. E kérdéseket vizsgálva mutatható be legjobban a „módsze-

rek összemérhetetlensége”. Hiszen még a szomatikus szemléletet követő, egy betegség ellátására specializálódott szakorvosok (például az érszűkületes beteg esetén a belgyógyászok, a radiológusok és az érsebészek, vagy a szülészet területén a szülész szakorvosok) között is az alkalmazott tudományos módszerekkel eldönthetetlen viták vannak már évtizedek óta. E vitákat elemezve érthetjük meg, hogy itt a szakmai érvek háttérében a betegellátás jövőjét meghatározó hatalmi harc folyik.

Az „összemérhetetlenség” problémájával szembesülnek azok a szakemberek, akik a betegség kialakulásában és a gyógyítás folyamatában egyre nagyobb jelentőséget tulajdonítanak a lelki okoknak. Az időigényes „lelkizés” nem fér bele az elsősorban szomatikus szemléletű orvosok idejébe, de ennek jelentőségét is kétségbe vonják. A két álláspont képviselői között olyan „paradigmatikus különbségek” vannak (fogalmakban, megközelítésmódban, az alkalmazandó gyógyymódban, ...), amelyek kizárják a párbeszéd lehetőségét.

„Bálint (1964) az elsők között hívta fel a figyelmet a gyógyítás intézményes formáinak jelentős anomáliáira. Hangsúlyozta a szomatikus beállítódás nemkívánatos túlsúlyát mind a képzésben, mind a praxisban, mind pedig a tudományos nyelvezetben. Rámutatott, hogy az alapellátásban dolgozó orvosok nem elég érzékenyek a pszichológiai problémákra, szinte kényszeresen igyekeznek a szervi eltérést megtalálni vagy kizárni, miközben nem számolnak a betegben a kivizsgálás ideje alatt zajló lélektani változásokkal, amelyek a felajánlott betegség visszafordíthatatlan megszerveződéséhez vezethetnek, és így annak krónikussá tételéhez az orvosi beavatkozás is hozzájárul.” (Buda, 2004. 5.o.)

Erre még kisebb az esély az alternatív gyógy módok egy részénél, ahol olyan elképzelések fogalmazódnak meg, amelyek a racionálisan gondolkodó szakemberek számára értelmezhetetlenek.

„Emiatt nehéz olyan standardokat és módszereket találni, amelyek mentén párhuzamba lehetne állítani a redukcionista szemléletű nyugati orvoslást és az embert holisztikusan szemlélő, illetve eltérő emberkép, metaforák és magyarázó modellek mentén értelmező gyógyító gyakorlatokat. Az alternatív medicina hatásértelmezését nehezíti, ha azt kulturális és filozófiai háttérükről leválasztva vizsgálják, illetve alkalmazzák. Mindehhez hiányoznak az adekvát kutatási módszerek, megoldatlan a kutatások finanszí-

rozása, sőt a kutatók sokszor nem mutatnak hajlandóságot a bizonyítékok értékelésére, és nincsenek kidolgozott nemzetközi standardok. (Tóth 2004)

Az „evidence based” megközelítés ilyen erőteljes érvényesítése azonban csak akkor lehetséges, ha minden eljárásnál a statisztikai érvénnyel való bizonyítás lehetséges. Már a személyiségi tényezők összetettsége, a terápiára való fogékonyság, a jelenleg placebo hatásnak tulajdonított gyógytényezők, illetve a kettős vak vizsgálattal hozzáférhetetlen hatótényezők is jelzik, hogy a tudomány által jelenleg nem azonosított kórtani folyamatok (ima, távgyógyítás, kézrátétel, csakrák, aura, prana, csi, meridián jelenség stb) etic jellegű hatásmechanizmus vizsgálata csak részleges eredménnyel jár.” (Lázár, 2004. 8.o.)

„Az akadémiai tudományos megközelítés a ma gyakorolt nemritkán igen hatásos eljárások jelentős részét kénytelen az áltudomány körébe sorolni ma nem ismert hatásmechanizmusok, eltérő ontológiai háttér miatt.” (Lázár, 2004. 10.o.)

Ebben a megközelítésben az Európában kialakult orvostudomány és a tudományos gondolkodás erős kritikájaként is értelmezhető, hogy a fejlett országok mindegyikében folyamatosan növekszik az európai kultúrán kívüli és részben „ráción túli” gyógymódokat alkalmazó orvosok és betegek száma.

Az eddig domináns paradigma kudarcai és elgyengülése eredményezte azt a sokszínűséget, amelyek alapján elmondhatjuk, hogy ma már szinte „Mindent meg lehet csinálni.” A paradigmák túlburjánzása azonban megzavarja a társadalom működését. Az egészségügyi ellátás ilyen körülmények között irányíthatatlanná válik, és a „gyógyítás hatalma” kiszabadul a tudatos társadalmi kontroll alól. Ilyen körülmények között az egymástól paradigmaticusan különböző gyógymódok között lehetetlené válik a választás. A társadalom bizonytalan és kiszolgáltatott helyzetbe kerül.

A gyógyítás társadalmi beágyazottságának ilyen fokú meggyengülése hasonló veszélyeket rejt magában, mint amikor a gazdaság kiszabadul a tudatos társadalmi kontroll alól.

Ez olyan kihívás a tudományos közösségek számára, amelyre a lakosság egészségi állapotának megőrzése és az egész társadalom működőképességének érdekében, minél hamarabb meg kell találniuk a választ.

Záró gondolatok

Tanulmányomban azt kívántam bemutatni, hogy a gyógyítás integrációs formáinak elemzésével közelebb juthatunk a gyógyítás társadalmi szerepének megértéséhez.

Az eddig elvégzett elemzés alapján a következő összefüggések fogalmazhatóak meg:

1. 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 megerősítik ezt a következtetést, kiegészítve azzal, hogy **„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 a **duális modellben** való gondolkodás mennyire leszűkíti a **gyógyítás szociológiai elemzését**, és hogy a társadalom ennél sokkal differenciáltabb formákat alakított ki a betegségek kockázatainak csökkentésére.

2. 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 rendszeren 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 „fél-legális” 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.

3. Az integrációs formák közötti arányok alakulására mind Angliában, mind Magyarországon **gyógyításon kívüli** szempontok (politikai, gazdasági megfontolások) gyakoroltak hatást. Ezek a küzdelmek azért is játszhattak jelentős 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.

4. A gyógyítás több mint százéves történetének 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) 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 köszönhetik (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 legna-

gyobb létszámú fogyasztói (a biztosítottak és a lakóhelyi közösségek) **kollektívan** képviselték érdekeiket az akkor még erős képviselettel nem rendelkező, velük **egyénilag** 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 **egyénilag** 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).

5. Az egészségügyi ellátásban az „eladóknak” nagyobb autonómiája alakult ki, mint az egyéb gazdasági tevékenységekben, mivel a fogyasztóknak ezen a területen sokkal szűkebbre szabottak a lehetőségei 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.

6. A gyógyítás történetének elemzése után levonhatjuk azt a következtetést, hogy a gyógyításhoz kapcsolódó hármas racionalitás (szubsztantív, gazdasági és politikai) 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.

Az egészségügyi ellátás vizsgálatának egyik legfőbb, hiányossága éppen az, hogy nem tudjuk megmondani, a fejlődésnek milyen hatása volt magára a gyógyításra, azaz a lakosság egészségi állapotára. Ez a hiányosság megnehezíti az egész fejlődési 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*” (kiemelés tőlem: A.Z.L.) (Hahn 1960:106).

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 Wales-ben 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 sztreptomycin bevezetése 51 %-kal 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 %-át

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 önsegítő csoportok eredményességét vizsgáló kutatások. Ezek azt mutatják, hogy a szenvedélybetegségek eredményesebben kezelhetők az önsegítés 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 dolgozatban bemutatott, a gyógyításban érdekelt csoportok közötti erőviszonyok.

Mindebből az következik, hogy az egészségügyi ellátásnak (se az állami, se a magánellátásnak) a születéskor várható átlagos élettartamra gyakorolt pozitív hatása nem bizonyítható. Az egészségügyi ellátás eredményességének vizsgálatánál a gyógyítás szubsztantív racionalitása fel sem merül. Ennek a ténynek a megállapítására hívja fel a figyelmet egy angol szerző, aki az állami egészségügy szubsztantív racionalitásának vizsgálatát szerette volna elvégezni. Erről szóló tanulmányában így ír: „Nehéz elhinni, de igaz, hogy az NHS egymástól meg nem különböztetett számadatként regisztrálja a kórházi «halálozások és elbocsájtások» számát, amelyből lehetetlen kihámozni, hogy hány beteg halt meg és hány maradt életben, és azok közül, akiket élve bocsájtottak ki, hányan gyógyultak meg, hányuk állapota javult, maradt változatlan vagy rosszabbodott, miután elhagyták a kórházat” (Bayliss 1988).

7. 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 önsegítő szervezetek és önsegítő csoportok megalakítását pedig megakadályozták. A *gyógyítás államosításával* (amelyre Angliában nem került sor, hiszen ott csak egészségügyi ellátás – nem teljes körű – államosítása történt meg 1948-ban) kiiktatták azokat az integrációs formákat, amelyeket a társadalom a betegségek kockázatának csökkentésére dolgozott ki. Az ezek helyett kialakított új intézményrendszer pedig nem tudta a vállalt feladatait ellátni.

A dolgozat egyik végkövetkeztetéseként azt mondhatjuk, hogy az államosítás a gyógyítás társadalmi beágyazottságát nem erősítette, hanem tovább gyengítette, ami hozzájárulhatott ahhoz, hogy a hatvanas évek közepe óta csökken a születéskor várható átlagos élettartam Magyarországon.

Függelék

Tankönyvekből származó idézetek

„Még több bajt okoznak a kuruzslók, javasemberek és asszonyok, kik mindenféle betegség ellen tudnak valamit. Ezeknek, csodás ígéretei és csábító kecsegtetései sok embert megtántorítottak. Pedig a betegségek igen számosak, természetük és okaik nagyon különbözők, leküzdésük módjai nagyon eltérőek, úgy hogy a gyógyítással sikeresen csakis a sokat tanult orvosok foglalkozhatnak. Nem igen akad olyan balga ember aki óráját a csizmadiához vinné javíttatni... (Széli Lajos: Egészségtan és az életmentés átdodlg. Kovács Aladár Bp. Egyetemi Ny. 1908. 57. oldal)

„A betegség gyógyítása az orvos feladata. Aki az orvosi tudományokat nem tanulta s a betegek vizsgálatában sem jártas, az a betegség természetét biztosan megállapítani sem tudja, annál kevésbé meggyógyítani. Kuruzsló az, aki gyógyítással foglalkozik, anélkül, hogy orvosi tanulmányokat végzett volna. Művelt ember nem fogja legdrágább kincsét: egészségét és életét kuruzslóra bízni. A kuruzslást a törvény is tiltja. Igen sok baj származott már abból, hogy a kuruzsló célszerűtlen, vagy káros kezelést rendelt. Néha életével fizet érte a beteg.

Aki beteg, forduljon minél előbb orvoshoz. Igen helyesen teszi mindenki, különösen mikor családot alapít, ha háziorvost választ magának. (Egészségtan (A polgári fiúiskola), Bp. Atheneum 1926. 119-120. oldal)

„Ha valaki beteg, fekdjék ágyba és ott várja be az orvos segítségét és tanácsát... Szervezetünk a betegség ellen küzd, ebben a küzdelemben hűséges segítőtársa az orvos. Tudom jól, hogy milyen jól esik, ha bajomban segítséget kapok. Minél korábban hívják az orvost a beteghez, annál biztosabban, annál könnyebben segíthet az. A betegség olyan, mint a tűz, az orvos a tűzoltója. Nálunk az orvos hivatása törvényileg védett. Csak az nevezheti magát orvosnak, akinek oklevele van. Az orvos köteles minden körülmények között és minden időben a beteghez elmenni, ha hívják őt. Köteles a betegágnál legjobb tudása és lelkiismerete szerint tanácsot adni. Köteles a betegnél észlelteket, vagy hallottakat titokban tartani, éppen ezért az orvossal szemben legyünk

őszinték. A betegnek joga van, bármelyik orvost segítségül hívni, az orvos fáradságát azonban köteles megfizetni. Az orvos tanácsait pontosan be kell tartani.

Aki kellő tudás nélkül betegeket gyógyít, aki orvosnak mondja magát képzettség és oklevél nélkül, azt kuruzslónak mondjuk. Nyilvánvaló, hogy a kuruzsló nem segíthet, csak árthat a betegnek. Előfordulhat, hogy a kuruzsló betege *a* természet erői folytán meggyógyul, ilyenkor híre fut ennek és a hiszékeny betegek tömegesen keresik fel a kuruzslót. Soha sem fut azonban híre annak, hogy a kuruzsló kin nem segített, vagy kit ölt meg.” (Bárczy Gusztáv-Gulács Gábor Testünk és egészségünk, Tankönyv az elemi isk. 5.-6.oszt. Bp. 1926.)

„Ne hallgassunk a beteg gyógyítására nézve olyan emberek tanácsára, akik nem orvosok. Ezek, bár sokszor a legtisztább emberszeretettből vezérelve, miután nem ismerik fel a betegséget, annak gyógyítására nézve sem adhatnak föltétlenül helyes és jó tanácsot. Megesik néha, hogy amit ajánlottak bevált vagy legalább nem ártott, de ez csak véletlenség. Többször megtörténik azonban az, hogy miután nem hozzáértők, tanácsukkal ártanak. Sok emberélet pusztult el már kuruzslók tanácsaitól. Hány embert tett vakká, süketté, nyomorékká, szerencsétlenné a kuruzslás?

Művelt emberhez nem illik, hogy kuruzslóhoz vagy javasasszonyhoz járjon. A kuruzslás már azért is megengedhetetlen, mert aki kuruzslóra bízta magát, elmulasztja szakszerű gyógyítását. Még nagyobb veszedelem rejlik abban, hogy a kuruzsló valami szert hozzáértés nélkül mindenféle betegségben rendel, olyanban is, melyben nemcsak nem használ, hanem inkább árt.” (Fodor József: Egészségtan, A középiskolások osztályai számára, valamint meghasználatra. Bp. Lampel, 193 0. 112. old.) „A szervezet küzdelmét, melyet a betegségek ellen folytat, az orvos támogatja. Hosszú évek során megtanulta és megfigyelte az egyes betegségek lefolyását. Ismeri az ember testének szerkezetét és működését. Tudja, mikor és miként kell cselekednie, hogy a gyógyulást elősegítse. Az igazi orvos azt is tudja, hogy nem ő gyógyít, hanem maga a szervezet. Az orvos csak segít a szervezetnek az ártalomelleni nagy küzdelmében.

De van az orvosnak más, még ennél is szebb föladata. T.i. a betegséget

megelőzni és elhárítani. Kikutatja, hogyan kell az embernek élnie, hogy egészséges maradjon.

A kuruzsló, a javasasszony, aki nem ismeri az ember szervezetét, sem annak működését, aki a betegségeket legtöbbször még föl sem ismeri, nem segítője, hanem ellensége a betegnek. Nem gyógyít, hanem öl. Nem orvos, hanem hóhér. Józanészű ember nemcsak hogy betegségben nem fordul hozzá, de az ilyen veszedelmes embert a hatóságnak adja át.” (Szondy György: Egészségtan. Az elemi és az általános iskola 5.-6. oszt. Debrecen, Városi Ny., 1945.)

Felhasznált irodalom

- Abel-Smith, Brian 1976. Value for Money in Health Service. London: Heinemann
- Ádám György: 1986. Az orvosi hálapénz Magyarországon Budapest: Magvető.
1989. Adóztatás után, Budapest: Magvető
- Ádám György dr.-Mikecz Tamásné dr.- Hegedűs Katalin dr. 1989. Az orvosi kamara története I-XII. Budapest: Orvos egyetem
- Ajkay Zoltán, dr (2004): Sikeres prevenció programok a hazai egészségügyi ellátásban (kézirat)
- Allsop, Judy 1984. Health Policy and the National Health Service. London and New York: Longman
- Antal Z. László 1984. Kórháziágy-gazdálkodás. Társadalomkutatás 2.
- Antal Z. László 1986-1987. Beteg-utak. Medvetánc, 1.
- Antal Z. László 1987. Az angol egészségügyi ellátásról egyoldalú megközelítésben (kézirat)
- Antal Z. László (1991) Piaci mechanizmus szerepe az állami egészségügyben, in: Terhesség-szül és-születés II., (szerk.: Hanák Katalin) MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest
- Antal Z. László (1991): Önszervező csoportok az egészségügyben. Esély 3.
- Antal Z. László-Szántó Zsuzsa 1992. A természetgyógyászat és az orvostudomány konfliktusa. In: Leltár. Budapest: MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja
- Antal Z. László (2003): A társadalmi válasz lehetőségei az új kihívásokra (Az aszály, a kánikula és az erősödő napsugárzás) (kézirat)
- Arrow; K, J. 1963. University and the Welfare Economics Medical Care. American Economic Review, 12.
- Bakonyi Péter 1983. Térboly – terápia – stigma. Budapest: Szépirodalmi Könyvkiadó
- Balázs Magdolna 1991. Az alapítványi élet indulása Magyarországon. Esély 1.
- Balázs Péter 1991. Hálapénz-paradigma: Szubjektívan az egészségügyi

- rendszer váltásról. Valóság, 4.
- Balázs Péter 1992. A gyógyítás erkölcse és a hatalom logikája. Valóság, 8.
- Balázs Péter 1993. Piac vagy hivatástudat a gyógyításban? Valóság, 4.
- Balogh József-Dr. Zajkós Gábor 1980. A hosszú ápolási idejű osztályok, intézetek működésének gazdaságipénzügyi vonatkozásai, Egészségügyi Gazdasági Szemle, 3.
- Bayliss 1988. The National Health Service versus private and complementary medicine. British Medical Journal, máj. 21.
- Bálint István-Kuti Éva 1983. Az egészségügy gazdaságtana. Budapest: KSH Könyvtár, Dokumentációs szolgálat.
- Bánlaky Pál-Kérész Gyuláné-Solymosi Zsuzsa 1981. Orvosok Magyarországon. Budapest: Akadémia Kiadó
- Bezerédyné dr. Hertelendy Magdolna-dr. Hencz Aurél-dr. Zalányi Sámuel 1967. Évszázados küzdelem hazánk egészségügyéért Budapest: KJK
- Bondár Éva 1987a Az egészségügyi szolgáltatások térítésének külföldi tapasztalatai. Pénzügyi Szemle, 1.
- 1987b Az egészségügy hálózat-fejlesztés finanszírozása. Pénzügyi Szemle, 6.
1991. Három cikk ürügyén a hálapénz közgazdasági természetéről. Replika, 1-2.
1992. Egészségügyi kiadásaink és a nemzetközi tendenciák. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2.
- Buda Béla 1964. Az orvostudomány és az egészségügy szociológiája. Valóság, 10.
1977. Az orvos-beteg kapcsolata és a pszichoterápia alapjai. In: Trencsényi T. (szerk.): A gyakorló orvosok enciklopédiája. Budapest: Medicina
- 1989/a A betegszerep és a betegviselkedés. In: Molnár László szerk. Orvosi szociológia. Budapest: Medicina
- 1989/b Az orvosszerep és az orvosi viselkedés, In: Dr. Molnár László szerk. Orvosi Szociológia. Budapest: Medicina
1991. Hálapénz szindróma, Replika 1-2.
- Chikám Csaba 1987. A mozgáskorlátozottak szervezeteiről (Kézirat.) Critical Guide to Health Service Resource Allocation in

- London. 1985. London: The Greater London Council
- Csaba Iván 1992. A jóléti állam privatizációja Nagy- Britanniában. Esély, 3.
1992. A hálapénz közgazdasági értelmezése. Replika, 1.
- Császi Lajos 1982. Az egészségügy szekularizációja Magyarországon. Valóság, 5.
1989. Az orvosok professzionalizációja Magyarországon. In: (szerk.) Dr. Molnár László. Orvosi Szociológia. Budapest: Medicina
1984. Az orvostársadalom autonómiája. Társadalomkutatás, 1.
- Császi Lajos (2004): A média szerepe az egészség és betegség társadalmi reprezentációinak kialakulásában (kézirat)
- Csizmadia Tibor: 1989. A gazdasági hatékonyság értelmezésének néhány kérdése az egyesített egészségügyi intézményekben. Egészségügyi Gazdasági Szemle, 2.
- Czenky Klára: 1988. Szülés, szülésselőkészítő alternatívák In: Terhesség-szülés-születés, I. (szerk.) Hanák Katalin. Budapest: MTA Szociológia Kutató Intézet.
- Csóka Szilvia, Pais Viktória, Susánszky Anna (2004): Életmódváltás, egészségpercepció (kézirat)
- Di Maggio, J.Paul-Anheier, K.Helmut 1991. A nonprofit szervezetek és a nonprofit szektor szociológiája. In: A harmadik szektor, Tanulmányok 1. Budapest: Nonprofit kutatócsoport
- Az egészségmegőrzés társadalmi programja. Budapest: Kossuth Könyvkiadó
- 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
- Farkas Ilona, Tomcsik Mariann, Kovács Dóra, Tóth Tímea(2004): Daganatos betegségek (kézirat)
- Prof.Farkas Károly 1968. A kuruzslás mint az orvostudomány „új perspektívája”. Orvosi Hetilap, (10 évf.) 8.
- Dr. Forgács András-Dr. Jávor András-Dr. Nagy Júlia-Dr. Serfőző Mária-Dr. Weltner János: 1988. Elgondolások az egészségügy

- reformjáról. Budapest, Szociális- és Egészségügyi Minisztérium, Budapest
- Freidson, E. 1970. Professional Dominance. New York: Atherton
1972. Medical Men and their Work. Chicago: Aldine
- Frenk, Julio-Avedis, Donabedian 1987. State intervention in medical care: types, trends and variables. In: Health Policy and Planning, 17-31.
- Friedman, Milton: 1991. A szabad választás. In: Mosolygó Zsuzsa (szerk.) A piac kudarca – az állam kudarca. Budapest: Aula.
- Fuchs, V.R. 1978. The supply of surgeons and the de in and for operations. Journal of Human Resources, Vol.13. Suppl.
- Filepné dr. Nagy Éva (2004): Felmérés az orvosok prevencióval kapcsolatos alapállását, magatartását illetően (kézirat)
- Dr. Füsti Molnár Sándor 1969. Vita a népi gyógyászatról. Egészségügyi Felvilágosítás, 3.
- Füzesi Zsuzsa 1980. A társadalmi-gazdasági tényezők hatása a kórházellátás fejlődése a két világháború közötti Magyarországon. (Szakdolgozat.)
- Füzesi Zsuzsa-Jeges Sára 1983. A gazdasági – társadalmi tényezők hatása a kórházi ellátás fejlődésére a századfordulótól a felszabadulásig. Népegészségügy, 64 évf., 25-31.
- F. Várkonyi Zsuzsa 1990. Normál szülés. Valóság, 3.
- Gács Endre 1983. Az angol szociálpolitika szervezeti rendszere. Szociálpolitikai Értesítő, 1.
- Galasi Péter-Kertesi Gábor 1981. A hálapénz ökonómiaja. Közgazdasági Szemle, 3.
- Gémes Balázs 1979. A népi orvoslás kutatás akutális problémái Magyarországon. Orvostörténeti Közlemények, 11-12. Suppl.
- Gerevich József 1983. Terápiák társadalma – társadalmak terápiája. Változatok a „kakukkfészekre”. Budapest.: Magvető (Gyorsuló idő)
1985. Az önségítés elve és hazai megvalósulásának nehézségei. Alkoholológia, 3.
1989. Az önségítés fogalmköre a nyugati kultúrában. In: Gerevich József. Közösségi Mentálhigiéne, Budapest: Gondolat

- Golden, David, M.D. 1986. Health Maintenance Organizations Lessons to Norway from USA. SKIFTSERIE NR. 91
- Gosztonyi György 1987. Az egészségügyi rendszerben középtávon végrehajthatandó egyes változások (Kézirat.)
- Göncz Kinga-Harmatta János-Németh László 1989. Tapasztalatok önszervező csoportok szervezésénél. (Kézirat)
- Granavetter, 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
- 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-Seldon, Arthur 1979. *Over-Ruled on Welfare*. London: The Institute of Economic Affairs.
- Hecló, M.-Wildavsky: 1974. *The Private Government of Public Money*. London: Macmillan.
- Dr. Hegedűs Katalin 1992. A kuruzslók ellen a XX. század első felében. *Lege Artis Medicine*, 2.
- Hegyesi Gábor 1991. Integrációs modellek és nonprofit szektor. *Esély*, 1.
- Hirschmann, O. 1984. Kivonulás, tiltakozás, hűség. *Szociológiai füzetek*, 34. Budapest: Művelődési Minisztérium
- Hoppál Mihály-Törő László 1975. Népi gyógyítás Magyarországon. *Orvostörténeti Közlemények*, 7-8. Suppl.
- H.Sas Judit 1991. A terhesség ideje, (Kutatás a Pest megyei Agglomerációban). In: Hanák Katalin (szerk.) *Terhesség-szülés-születés II*. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet,
- Illich, Ivan 1975. *Medical Nemesis: the Expropriation of Health*. New

- York: Pantheon Books.
- Ilyés Gyula 1950. Puszták népe, Budapest, Révai
- Johan Béla 1934. Egészségpolitika a magyar közegészségügyi munkában. Egészségpolitikai Szemle, 1
- Jávor István – Rozgonyi Tamás (2004): A szakorvosi rendelőintézet és a kórházi szervezet hatalmi szerkezete (kézirat)
- Johnson, Norman 1987. The Welfare State in Transition, The Theory and Practice of Welfare Pluralism. Brighton: Wheatsheaf Books
- Lajtai László (2004): Az alternatív gyógyászat helyzete a világban, első-sorban a nyugati civilizáción belül (kézirat)
- Lázár Imre, dr.(2004): A természetgyógyászat jelenlegi helyzete Magyarországon a Hungarostudy 2002 felmérés fényében (kézirat)
- Katz, A.H.-E.I. Bender 1976. Self-help Groups in Western Society: History and Prospects. J Appl. Behavioral Science, 12.
- Katz, Alfred 1989 (1981). Önségítés és kölcsönös segítség. – Új társadalmi mozgalom? Annual Review of Sociology, 1981/7. Magyarul in: Fridii Judit (szerk.) Droproblémák, Nr.6. 1989. Budapest: OET Drogprogramja
- Kerbolt László 1935. A beteg falun. A magyar falu szociális és közegészségügyi rajza. Budapest
- Kertész Jolán (szerk.) 1986. Mezőgazdasági nagyüzemek társadalombiztosítási ügyintézőinek kézikönyve. Budapest: MUSZI
- Klein, Rudolf 1983. The Politics of the National Health Service. London and New York: Longman
- Knapp, Martin-Saxon-Susan Harrold 1991. Az öntevékeny szektor Nagy-Britanniában. Esély, 1
- Knapp, Martin-Jeremy Kendall 1991. Anglia és Wales nonprofit szektora. In: A harmadik szektor. Tanulmányok 1. Budapest: Nonprofit kutatócsoport
- Konrád György-Szelényi Iván 1989. Az értelmiség útja az osztályhatalomhoz. Budapest: Gondolat, Budapest
- Kornai János 1983. Bürokratikus és piaci koordináció. Közgazdasági Szemle, 9.
- Kovács M. Mária 1985. Aesculapins militans. Valóság, 8.
- Kuti Éva 1982. A harmadik szektor helye és szerepe a magyar társada-

- lom és gazdaság szektorának átalakításában. In: Kuti Éva (szerk.) A nonprofit szektor Magyarországon. Budapest 1984. Az orvosi hálapénzről – következmények fényében. Valóság, 3.
- Kuti Éva-Marschell Miklós 1991. A nonprofit fogalma. Egy definíciós vita és ami mögötte van. Esély, 1.
- Levendel László 1973. Orvosokról orvosi etikáról. Valóság, 7.
1978. Feszültségek az egészségügyben. Valóság, 1.
1984. Az ingyenesség elve és valósága az egészségügyben. Társadalmi Szemle, 6.
- Losonczy Ágnes 1984. Társadalmi ártalom – társadalmi védelem. Társadalomkutatás, 1.
1987. A kiszolgáltatottság anatómiája – az egészségügyben. Budapest: Magvető
- Losonczy Ágnes-Makara Péter-Szalai Júlia
1978. Az egészségügy helyzetének szociológiai kérdései. (Vázlat az egészségügy feszültségeinek társadalmi okairól és alapvető átgondolásainak társadalmi okairól és alapvető átgondolásának sürgető szükségéről.) Budapest: OT-EUM
1991. Az új élet kihordása; szülés, születés. In: (szerk.) Hanák Katalin, Terhesség-szülés-születés II. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet
1989. Ártó-védő társadalom. Budapest: KJK
- Luft, S.Herald 1980. Assessing the Evidence on HMO Performance Organizations. An Analytic Review, 4., Milbank Memorial Foundation
- 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
- Makara Péter 1992. Paradigmaváltás az egészségügyi gondolkodásban. In: Leltár. Budapest: MTA Társadalmi Konfliktusok Kutató Központja
- Manchin Róbert-Szelényi Iván: 1986. Szociálpolitika az államszocia-

- lizmusban. Piac, redistribúció és társadalmi egyenlőtlenségek a kelet-európai szocialista társadalomban. Medvetánc, 2-3.
- Matzat, Jürgen 1988. Önségítő csoportok Nyugat-Németországban. *Psychiatria Hungarica*, (III.évf.) 2, 173-182.
- Mayer, R.T.-G.C. Mayer 1985. HMOs: Origin and Development. *The New England Journal of Medicine*, február
- Maynard, Alan 1976. *Health Care in the European Community*. London: Croom Helm
1982. *The private health care sector in Britain*. In: *The Public/Private Mix for Health: The Relevance and Effects of Change*. The Nuffield Provincial Hospital Trust.
- Moeller, L. Michael 1989. Demokratikus munkakapcsolat az önségítő csoportokban, In: Fridii Judit (szerk.) *Drogproblémák Nr.6*. Budapest: OET Drogprogramja
- Neményi Mária 1991. Anyává válás, In: Hanák Katalin (szerk.) *Terhesség-szülés-születés II*. Budapest: MTA Szociológiai Kutató Intézet
- Offe, Claus 1989. Új társadalmi mozgalmak – kihívás az intézményes politika számára In: Szabó Máté (szerk.) *Politikai ökológia*. Budapest: Bölcsész Index Centrál Könyvek
- Oláh Andor 1986. „Újhold, új király” A magyar népi orvoslás életrajza. Budapest: Gondolat
- Olson, Mancur, Jr. 1982. A kollektív cselekvés logikája. *Szociológiai füzetek*, 29. Budapest: Művelődési Minisztérium
- Orosz Éva 1991. Az egészségügy finanszírozásának néhány nemzetközi tapasztalata *Esély*, 3.
1992. Alapértékekek – fejlesztési paradigmák – finanszírozási módszerek: egészségügyi rendszerek a 80-as években. (Kandidátusi értekezés)
- Orvostudomány avagy mágia. 1969. (Szerkesztőségi Közlemény) *Orvosi Hetilap*, (110.évf.) 8, 427.
- Az orvosi gyakorlatra vonatkozó szabályzat és az orvosi díjazás legkisebb mértékére vonatkozó szabályzat. 1939. Budapest: Magyar Orvosi Kamara
- Az Ottawai Egészségmegőrzési Karta. Az I. Nemzetközi

Egészségmegőrzési Konferencia záródokumentuma.
Ottawa, 1986 november 17-21.

Papp Renáta (2004): A népességszintű prevenció és az alapellátás kapcsolata (kézirat)

Parsons, T. 1951. *The Social System*. Illinois: Free Press of Glencoe
Patients' Rights. A guide for NHS patients and doctors.

1983. London: National Consumer Council

Pauka Tibor, dr – dr. Tóth Ildikó (2004): Prevenció a házi orvos és családok szemével (kézirat)

Pauly, Mark V.: 1986. Taxation, Health Insurance, and Market Failure in the Medical Economy. *Journal of Economic Literature*. (Vol. 24.) 2, 629-675.

Petschnig Mária: 1983. Az orvosi hálapénzről – nem etikai alapon. *Valóság*, 11.

Polányi Károly 1976. *Az archaikus társadalom és a gazdasági szemlélet*. Budapest: Gondolat

1977. *Dohomey és a rabszolgakereskedelem. Egy archaikus gazdaság elemzése*. Budapest: KJK. Report of a Research Working Group: Inequalities in Health.

1980. Chairman: Sir Douglas Black. London: DHSS

Richardson, Ann 1991. *Health promotion through self-help: the contribution of self-help groups*.

In: Bernhard Badura-Ilona Kickbush (ed.)

Health promotion research. WHO Regional Publication

Roemer, M.J. 1961. *Bed supply and utilization: a natural experiment*. *Journal of the American Hospital Association*.

- Salamon, M.-Lester 1991. A piac kudarca, az öntevékenység kudarca és a kormány nonprofit szektorral kialakított kapcsolatai a modern jóléti államban. In: A harmadik szektor, Tanulmányok 1., Budapest: Nonprofit kutatócsoport
- Samuelson, A Paul-D William, Nordhaus 1990. Közgazdaságtan I-III. (2.kiad.) Budapest: KJK
- Scambler, Graham (ed.) 1991. Sociology as applied to Medicine. London: Bovillière Tindall
- Tóth Ildikó, dr. – Dr. Pauka Tibor (2004): A gyermekek egészségi állapotának változásai Magyarországon 1990-2002 között (kézirat)

**Két tanulmány
a gyógyítás társadalmi beágyazottságáról**

I. A „kisebbség” és az intézmények közötti együttműködés akadályai és lehetőségei az egészségügyben²

A hazai egészségszociológia mindeddig kevés figyelmet szentelt a „kisebbség” és a „többség” viszonyának elemzésére az egészségügyi intézményekben. (A fogalmak értelmezéséről lásd az 1. sz. jegyzetet.)

Az egészségi állapotban meglévő különbségekről ma már egyre többet tudunk, az egészségügyi intézményekben kialakuló különleges helyzetekről – néhány kivételtől eltekintve (Neményi Mária, Gyukits György munkái) – azonban inkább csak az olykor-olykor nyilvánosságra kerülő botrányokból értesülhetünk.

Jelen kutatásunk célja annak megvizsgálása, hogy magából a kisebbségi létből következően milyen sajátos viszonyok alakulnak ki az egészségügyi intézményekben, s azok közül is elsősorban a kórházakban.

A „kisebbség” helyzetével foglalkozó szociológiai kutatások elsősorban a társadalmi egyenlőtlenségek s az ebből következő hátrányok vizsgálatára helyezik a hangsúlyt.

A kutatás előkészítő szakaszában készített interjúk alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a „kisebbség” és az egészségügyi intézmények kapcsolata nem érthető meg a kulturális különbségek vizsgálata nélkül. Ezért a kutatás során s a tanulmányban is a szociológiai munkánkhoz képest többet foglalkoztam a kulturális különbségekkel, s ebben első megközelítésben nem érintettem a más jellegű társadalmi különbségeket.

Vizsgálatunk során abból indulunk ki, hogy a kisebbségi és a többségi kultúra között markáns különbségek vannak, amelyek az egészségügyi intézményekben gyakran feszültségekhez vezetnek.

Kutatásunk alapvető kérdése az, hogy miből adódnak ezek a feszültségek és a két különböző kultúra képviselői milyen megoldásokat alakítottak ki e feszültségek oldására.

E kérdés megválaszolása előtt elengedhetetlen a „kisebbség” és a

2 Megjelent: Taní-tani 2007. 12. évfolyam 40. szám és 2007. 12. évfolyam 41. szám.

„többség”- hez tartozó beteg emberek kultúrája közötti – a vizsgálataink szempontjából fontos – különbségek megismerése. E különbségek megértésében elsősorban olyan emberek segítségére támaszkodtam, – akik maguk is kisebbséghez tartoznak, és értelmiségiként szívükön viselik a kisebbség sorsát. (Farkas Kálmán, Lakatos Menyhért, dr. Szirtesi Zoltán, dr. Ürmösi Andor)

A „kisebbség” kultúrájának megismerésében sokat segítettek Diósi Ágnes szociográfus művei, Bari Károly népmesegyűjteménye és azoknak a hazai és külföldi ciganológiával foglalkozó antropológusoknak a munkái, akik hosszabb időt töltöttek el a „terepen”. Közülük is elsősorban Michael Sinclair Stewart és Horváth Kata írásai, akik a hazai cigány közösségekben szerzett személyes tapasztalataikról számoltak be. Különösen sokat jelentett számomra, hogy két, a ciganológiával éveken át foglalkozós a „terepen” sok időt eltöltött szakember, Prónai Csaba és Berta Péter személyesen is megosztotta velem a „kisebbség”-kutatás rejtett szabályaira vonatkozó tapasztalatait.

Az így kialakult kép az etnikai kisebbségről árnyaltabbá vált, mint amilyen a hazai szociológiai munkákból kirajzolódik.

E rövid ismertetésben elsősorban azokra a különbségekre helyezem a hangsúlyt, amelyek az egészségügyi intézményekben történő találkozásokat megnehezíthetik, illetve az együttműködést elősegíthetik.

A „kisebbségi kultúra néhány jellegzetes vonása

E kutatásra készülve igyekeztem minél jobban megismerni annak a népnek a kultúráját, amelyikről írni fogok. A zene, a tánc, a népmesék és a gyermekekkel, párkapcsolatokkal és a temetkezéssel kapcsolatos szokások – számos más e kultúra sajátosságai közé tartozó elem mellett – mind része egy önálló kultúrának. (E tanulmány keretében nem foglalkozom azzal a kérdéssel, hogy ez mennyire tekinthető egységes kultúrának, milyen lényeges különbségeket találhatunk a kisebbségi kultúrán belül, s hogy esetleg ezek önálló kultúraként is vizsgálhatók. A „kisebbségi” kultúra bemutatása során e kultúra azon részeit emeltem ki, amelyek a fellelhető különbségek ellenére – ha nem is teljes mértékben, és egységesen – mégis e kultúra sajátos vonásai közé tartoznak.)

Már e kultúrával történő első behatóbb ismeretség után is meglepő volt,

hogy Diósi Ágnes külön fejezetet (könyvének első bevezető fejezetét) szánja a következő kérdés megválaszolására: „Van-e cigány kultúra?” (Diósi, 1990, 7.o.)

Úgy érzem, hogy miután vállalkoztam e kutatás elvégzésére, erre a kérdésre nekem is válaszolnom kell. Ez a kultúra nemcsak, hogy létezik, de olyan ereje van, amely évszázadokon keresztül segítette e nép fennmaradását. A hazai és külföldi kulturális antropológia kutatásai megerősítették és alátámasztották azt, amit Lakatos Menyhért erről elmondott:

„Lakatos Menyhért aggodalma abból adódik, hogy a cigányság szociális helyzetének hangsúlyozása alapot ad olyan téves nézeteknek, amelyek szerint a „cigány életmód” egyenlő ezzel a szociális helyzettel; ha ez megjavul, nem lesz ok előítéletre, megoldódik a cigánykérdés. Holott a „cigány életmód” nemcsak hátrányos szociokulturális helyzetet jelent, hanem jelenti azt a kultúrát is, amelyből ez a nép táplálkozott, és amelynek révén mindmáig fennmaradt. Nem alaptalan az aggodalom: ha a figyelmet csupán a hátrányokra és hiányokra fordítjuk, akkor elvesz egy nép karaktere, lényegében megszűnik egy nép.” (Diósi, 1988, 11.o.)

E kultúrában rejlő különleges erőre figyelt fel Michael Sinclair Stewart is, aki több mint egy évet töltött egy Magyarországon élő oláh cigány közösségben:

„Amikor Angliában cigányok között kezdtem dolgozni, meg voltam győződve arról, hogy egy nép, amely olyan állhatatosan és sikeresen állt ellen az őt környező társadalomba való beolvasztási kísérletnek, és el tudta utasítani annak domináns munkaetikáját, valami fontosat tud mondani a számomra.”(Michael Sinclair Stewart, 241.o.)

E kultúrában rejlő erőre utal – a szakirodalomban sokszor említett különleges túlélő képesség mellett –, hogy az évszázadok óta, a különböző országokban megnyilvánuló beolvasztási kísérletek ellenére a „kisebbség” – eltérően sok más „kisebbségtől” – képes volt megőrizni identitását. S nemcsak a különböző országok, s az ott adott különböző kultúráknak volt képes ellenállni ez a kultúra, hanem a különböző társadalmi berendezkedések egymástól jelentősen eltérő „beolvasztási” kísérleteinek is.

Számos példát találunk arra, hogy a feudalizmus, a kapitalizmus és

a szocializmus idején alkalmazott különböző „technikák” is kudarcot vallottak ezen a területen.

A „kisebbségi” kultúrában rejlő erő megértéséhez segíthetnek Max Webernek az emberi természetről írt gondolatai:

„...az ember <természettől fogva> nem pénzt és még több pénzt akar, hanem egyszerűen csak élni akar, úgy, ahogyan megszokta, és annyit akar keresni, amennyi ehhez szükséges. Mindenütt ahol a modern kapitalizmus az emberi munka <termelékenységének> fokozásához intenzitásának növelésével fogott hozzá, beleütközött a kapitalizmus előtti gazdasági munka e vezérmotívumának végtelenül szívós ellenállásába, s még ma is beleütközik mindenütt, annál inkább minél <elmaradottabb> (kapitalista szempontból) az a munkásság, amelyikre rá van utalva.” (Weber, 62-63.o.)

Ezt az „egyszerűen csak élni akar” mentalitást így fogalmazta meg egy cigány asszony, amikor megkérdezték tőle, hogy miért nem dolgozik.

„Nem érted, hogy én cigány vagyok? Te csak dolgozz, mert neked kell a kocsí, az új bútor meg minden. Nekem nem kell. Veszek buszjegyet. Fölülök a buszra, az engem elvisz a Hármashatárhegyre, ott lefekszem a fűbe, és enyém a világ.”(Diósi, 1988, 34.o.)

Ez az „egyszerűen csak élni akar” mentalitás, és az élet örömeinek és bánatainak intenzív átélése és szokásokhoz való ragaszkodás azon lényeges elemei a kultúrának, amelyek számukra természetesek, s amelyek az egészségügyi dolgozók számára nem azok.

A „kultúra” fogalma meglehetősen nehezen definiálható, sok értelme és jelentéstartalma van. Én a továbbiakban a következő tág értelmezésben használom:

„...a kultúra (részben explicit, részben implicit) irányító elveknek olyan készlete, amit az egyén egy sajátos társadalom tagjaként örököl, és amely megmondja neki, hogy hogyan tekintsen a világra, hogy élje azt át emocionálisan, és milyen magatartást tanúsítson benne a többi ember, a természetfölötti erők vagy istenek és a természeti környezet irányában. A kultúra egyúttal annak a módját is tartalmazza, hogy ezeket az irányító elveket hogyan kell átadni a következő nemzedéknek – szimbólumok, nyelv, a művészetek és a rítusok használata során. Bizonyos határon belül a kultúrát olyan öröklött „szemüvegnek” tekinthetjük, amelyen keresztül fogja fel és érti meg az egyén az általa lakott világot, és tanulja meg,

hogy hogyan kell abban élni. Felőni bármely társadalomban az inkulturáció egy formáját jelenti, amely során az egyén lassan elsajátítja az adott társadalom kulturális 'szemüvegét'. Egy ilyen közösen birtokolt világlátás nélkül bármely emberi csoport kohéziója és kontinuitása lehetetlen lenne." (Kiemelés tőlem: A.Z.L.) (Helman, 2-3.o.)

Eddigi kutatásaim során ezt a „közösen birtokolt világlátást” próbáltam meg minél jobban megérteni, s arra törekedtem, hogy ebből a nézőpontból is megérthessem az egészségügyi intézményekben kialakult különleges helyzeteket.

A fogalomértelmezés mellett a kultúra bemutatásának is többfajta módja lehetséges. Mivel a külső szemlélő kategória-rendszere, vizsgálati módszere az adott kultúra megismerésében számos torzító elemet jelenthet, amennyire csak lehetséges volt, igyekeztem ezeket elkerülni.

Az említett szempontok miatt támaszkodom elsősorban magához a vizsgált kultúrához tartozó szerzők műveire, illetve azoknak a kulturális antropológusoknak a műveire, akik hosszabb időt eltöltve különböző cigány közösségekben, belülről is megismerhették e kultúra sajátos szabályait.

A „közösen birtokolt világlátás” legfontosabb vonásának éppen a kisebbségi helyzetből fakadó vonásait tartom.

„A mostoha természeti és társadalmi körülmények között minden tudáscsepp fontos volt, ami az életfeltételek kínzó hiányának enyhítését szolgálta, következésképpen az üldözött cigány csoportok törvényként örökítették tovább mindazokat a tapasztalatokat, amelyek utódaik megélhetését könnyebbé tették.” (Bari, 7.o.)

E belső törvények erejére és fontosságára hívja fel a figyelmet Diósi Ágnes is 1990-ben megjelent könyvének első oldalán:

„A felvilágosult abszolutizmus törekvéseitől kezdve a cigányság jobbára csak a törvények kijátszásával maradhatott fenn a hazában, és ez a körülmény még szorosabbra fűzte a közösségi kötelekeket, megerősítette a belső törvények érvényességét.” (Diósi, 1990 7.o.)

A kisebbségi helyzet elviselését segítő törvények és szokások eltérnek a többségi társadalom (vagy fogalmazhatunk úgy is, hogy a többségi társadalmak) törvényeitől. A kulturális antropológiai kutatások hasonló tapasztalatokról számoltak be más országokban is. A kisebbségre jel-

lemző eltérő vonásokat Bari Károly így foglalja össze:

„Nomád múltjukban gyökerező szokásrendszerüket, környezetüktől elütő erkölcsi felfogásukat és mitopoétikus szemléletmódot tükröző szövegfoklórjukat a cigányok mai napig megőrizték.” (Bari, 5.o.)

„Környezetüktől eltérő erkölcsi felfogásuk” megnehezíti a többségi társadalmakkal a harmonikus együttlét kialakulását. De nagymértékben nehezíti az együttműködést még a vándorlásból eredő és a kisebbségi helyzetben megmaradó félelem is. Erről így ír Bari Károly a cigány népmesék és néphagyományokhoz írt bevezetőjében:

„A cigány szóbeliségből hangsúlyosan kiemelkedők azok a prózai népköltési alkotások, amelyek a vándorcigány létből eredő élményeken alapulnak. A hiedelemhátterű elbeszélésanyag szinte kozmikus méretű veszélyeztetettségérzést tükröz: nemcsak a táboruk felé tartó lármás idegenekben gyanítanak ellenséget, de ártó szándékú démonikus lények lakhelyének képzelik a fákat, a vizeket, a köveket is; az erdők, mezők vadjaiban és a ház körül élő jószágokban állatalakot öltött, rossz akaratú halottakat sejtene, a kiközösítettésük ősokeit pedig örök időkre rájuk rótt isteni átokkal magyarázzák.” (Bari, 13.o.)

A vándorlás megszűnésével sem szűnt meg ez az érzés, amelyet Bari Károly a népmesék motívumainak elemzése kapcsán így fogalmaz meg:

„Az archaikus gondolkodás a valóság jelenségeit emberjegyű tulajdonságokkal ruházza fel és lényegéből fakadó mitikus képzeteket alkot az előítéletes társadalmi hierarchia félelemteremtő viszonyaira vonatkozóan is. A ponyvaregények jegyeit viselő kalandosság elemei közé kisebbségi érzés, kiszolgáltatottság és a mindenben, mindenkiben támadót látó rettegés motívumai ékelődnek.” (Bari, 13.o.)

Ez a fenyegetettségi érzés nemcsak a népmesékben, hanem a mindennapi életükben is megnyilvánul:

„A romáknak azt az érzést, hogy a hatalom a gázsók kezében van, az is erősíti, hogy a telepen kívüli világot fenyegetőnek és veszélyesnek tapasztalják a romákra, főként a roma férfiakra nézve. A romnyik könnyebben kerülnek kapcsolatba és tárgyalnak a gázsókkal, s a romák „hivatalos” üzleteinek nagy részét ők intézik. A cigány univerzum hatalmas fenyegetőerőkkel terhes. A legkisebb rossz lépésből is nagy bajok származhatnak. Így például a cigány nők a telepen kívül

sehol sem tudják igazán biztonságban férjeiket. Ha egy romát oda-kinn magára hagynak, abból szörnyű dolgok származhatnak. A kaptos cigányt mindig hazakísérik, akár milyen fáradságos feladat is ez, mert ahogy a romák mondják, ha nem ők viszik, viszi majd a rendőrség. Amikor az a veszély fenyeget, hogy ha a romák nem lépnek közbe, megteszi majd helyettük a hatóság, olyankor a romák minden esetben számíthatnak egymás mindennemű segítségére.”(Michael Sinclair Stewart, 128.o.)

Ennek a helyzetnek a jellemzésére alkalmazza mind a hazai, mind a nemzetközi szakirodalom az „ostromállapot” kifejezést.

„Luc de Heusch – aki akkor a Brüsszeli Egyetem Szociológiai Intézetének igazgatója volt, egyébként neves afrikanista – 1966-os könyvében megpróbálta feltárni egy eddig csak kívülről vizsgált világ belső szociális struktúráját (Karpati, 1967:46). És noha ennek néprajzi hiányosságait Lemaire de Marne (1967) azonnal hangsúlyozta, a benne kialakított elmélet jelentős elismerést kapott (Piasere 1991a:8). Luc de Heusch (1966:89) szerint a cigányok szüntelenül arra törekszenek, hogy megőrizték egy „ostromlott kultúra” integritását. És éppen az „ostromállapot-mentalitás” lett az a fogalom, amelyet innen ... sokan átvettek.” (Ciganológia, 54.o.)

Ezt a fenyegetettség érzést már gyermekkorukban megtanulják a közösségek tagjai, ami a közösséghez tartozás fontosságát erősíti bennük, de a „többséggel” való jó viszony kialakítását mindenképpen nehezíti.

Így számol be erről Horváth Kata, aki 2000-ben három hónapot töltött el egy magyar cigány közösségben.

„A gyerekek általában 4-5 éves korukig a legritkább esetben hagyják el a cigánytelepet, így valójában nem is igazán tudják, mi a gádzsó, s csak a cigány beszédből ismerik őket. A róluk meglévő tudásuk tehát, amíg óvodába nem mennek, annyi, amennyit a felnőttek egymás közti beszédéből a gádzsókról hallanak, illetve amit a felnőttek kifejezetten nekik a gádzsókkal kapcsolatban mondanak. A leggyakrabban elhangzó ilyen mondat talán éppen a már idézett < ne menj oda, mert levernek a gádzsók!> fenyegetés lehet.” (Tér és Terep, 322.o.)

Számos további részlettel lehetne bemutatni a fenyegetettség érzését, – amely különösen felerősödik az egészségügyi intézményekben

– és ennek hatását a kisebbség-többség kapcsolatára. De vizsgálati témánkhoz közelítve inkább azt mutatjuk meg, hogy mindez hogyan befolyásolja a többséghez tartozó kutatók kisebbséggel kapcsolatos munkáját és hogyan befolyásolja a „kisebbség” és az orvosok viszonyát az egészségügyi intézményekben.

Mind Michael Sinclair Stewart, mind Horváth Kata leírta, hogy milyen nehezen és milyen fenntartásokkal fogadta be őket a kiválasztott oláh cigány, illetve magyar cigány közösség. De ugyanerre hívta fel a figyelmet a velük folytatott beszélgetésekben Lakatos Menyhért, valamint Farkas Kálmán és a bizalmatlanság oldásának lehetőségeit mondta el saját tapasztalatai alapján Berta Péter és Prónai Csaba.

„Olyan emberek között terepmunkát végezni, akik a környező, magukénál jóval hatalmasabbnak tekintett népesség által fenyegetve érzik magukat, sehol sem könnyű (ld. Pl. Gibson, 1986). Amikor először vetettem fel, beköltözhetnék-e a romák közé, hitetlenkedve fogadták. Ugyan melyik gázsó akarna romák között lakni, gondolták. Csak akkor ébredtek rá, nem tréfálok, amikor festékekkel és meszelőkkel jelentem meg, hogy kifozzam jövődőt otthonunkat. Ekkor aztán – bár én nem tudtam róla – a roma férfiak gyűlést tartottak a telepen, hogy eldöntsék, jöhetnek-e vagy sem. Néhányan spiclinek gondoltak, de a többiek véleménye győzött, s így pár héttel később beköltöztünk.

Londoni tapasztalataim után, ahol az ismerős kérdezz-felelek interjú eredménytelen stratégiának bizonyult, biztos voltam abban, hogy a szokásos kutatási technikák használhatatlanok lennének (l. még Okely, 1983:40–46, Kaminski, 1980:8488.) Azonnal elvettem a jegyzetfüzet használatának gondolatát, s hamarosan rájöttem, hogy még egy-két szó lejegyzése is kétségeket ébreszt céljaim felől. Hogy képet adjak a harangos romák félelmeiről: a nálam lévő cigány-magyar szótárról azt gondolták, az a Belügyminisztérium kiadványa, segédkönyv rendőrtiszteknek, hogy megállapíthassák, mit beszélnek a cigány foglyok.” (Michael Sinclair Stewart, 32–33.o.)

A kultúra titkainak őrzése

Mindez arra utal, hogy a kultúrájuk titkát amennyire csak lehet őrzik a külvilág elől.

„Amikor az írással kapcsolatos aggodalmaik először felmerültek, mindig azt mondtuk nekik, hogy nem kell attól tartaniuk, hogy bármi rosszat írunk róluk, de rá kellett jönnünk, hogy ők valójában nem a „rossz beszédőtől”, hanem általában a beszédőtől (vagyis attól a beszédőtől, amely tényleg ismeri őket) tartanak.” (Tér és Terep, 245.o.)

A titok őrzésének más módjai is vannak, amelyet az őket vizsgáló kutatóknak szintén figyelembe kell venni. Erről a védekező módszerről a következőket mondta Lakatos Menyhért:

„Azt hiszik a szociológusok, hogy ha odatartják a mikrofont Kolompár Jóskának, és az belemond valamit, akkor megragadták a valóságot. Meg se fordul a fejükben, hogy Kolompár Jóska nem az igazat mondja. Ő például biztos benne, hogy ez a Krausz Jóska is, akinek a szövegét közlöm, nagyon sokszor elmondta ezt a történetet, és jócskán kiszínezte, én viszont úgy idézem, mint társadalmi valóságot.” (Diósi, 1988, 9.o.)

Minderről részletesebben – saját tapasztalatai alapján – így számol be Horváth Kata:

„Egy ilyen kijelentés, amelynek az igazságtartalma nyilvánvalóan megkérdőjelezhető volt, után olvasómban felmerülhet a jogos kérdés, (ahogy annak idején én is feltettem ezeket a kérdéseket az én elbeszélőimmel, a gömbaljai cigányokkal kapcsolatban), hogy mennyire tekinthet engem „megbízható elbeszélő”-nek. Hiszen ha az igazság és a hazugság között a mi gondolkodásunkban feszülő éles határvonalat nem tartom relevánsnak velük kapcsolatban, felmerül a lehetősége, hogy én úgymond naivan mindent igazságként írok le, amit csak mondanak, fenntartva ugyanakkor a lehetőséget, hogy „valójában” semmi se úgy van. (...) A cigányok kategorikus imperatívusza és egyetlen lehetősége, hogy valamit kezdjenek cigányságukkal a gádzsó környezetben (vö. Pisere 1985. 143) számukra „elsődleges a köztük és a nagyobb társadalmi egyesülése közti határvonal fenntartásának kérdése” (Prónai 1995. 67.), ehhez pedig az kell, hogy a gádzsóknak szóló igazságokat élesen elválasszák saját igazságaiktól.” (Tér és Terep, 272-273.o.)

E kérdéskör végén ismét Lakatos Menyhértet idézem, aki az MTA Szo-

ciológiai Kutatóintézetében folyó kutatásokban is részt vett.

„Írásaimnak egyetlen célja volt: megismertetni a cigányok világát olyanak, amilyen. Az igazat írtam meg, ellentétben a sok félrevezetett tudományos kutatóval, akik előtt vagy felnagyítják, vagy elhallgatják a problémákat az idegenekkel szemben bizalmatlan cigányok.”(Lakatos interjú)

A bizalom kérdését azért emeltem ki a kisebbségi kultúra sajátos vonásai közül, mert ahogy a szakirodalom ennek alapvető jelentőségét kihangsúlyozva fogalmaz: „az orvos-beteg kapcsolat alapja a bizalom.”

A kisebbségi helyzetet vizsgáló kutatók példáján igyekeztem bemutatni azt, hogy milyen sok akadálya van annak, hogy az orvosok elnyerjék a kisebbséghez tartozó emberek bizalmát.

Az egészségügyi intézmények kultúrája

Az orvos-beteg kapcsolat kialakulását – a kisebbségi helyzettől függetlenül is – számos körülmény nehezíti. Erre utalnak – többek között – az orvos választás bonyodalmai, az alternatív gyógymódok növekvő népszerűsége, a kiszolgáltatottság csökkentésének reményében adott hálapénz és az egyre gyakoribb orvos perek száma is.

Ha az eddig alkalmazott terminológiával jellemezzük a kialakult helyzetet, akkor azt mondhatjuk, hogy az egészségügyi intézmények kultúrája a többségi társadalom kultúrájától is idegen! Nemcsak Magyarországon, hanem mindenhol, ahol az elmúlt 100-150 évben kialakult.

E kultúra képes arra, hogy olyan szabályokat kényszerítsen rá a társadalom többségére, amely számukra zavaró, kellemetlen, sokszor emberi méltóságukban is megalázó.

Ennek legismertebb példája éppen az élet kezdetének és végének egészségügyi intézményekben történő módja. E két területen kialakult új intézményes szokások minden eddigi ismert kultúrától idegenek. Ez elleni tiltakozás jeleként értelmezhető az alternatív (és különösen az otthon) szülési módszerek terjedése és az emberhez méltó búcsúért folyó erőfeszítések.

A modern egészségügyi intézményekben kialakult új „egészségügyi kultúra” elfogadásának nehézségeit egyre jobban érzik maguk az orvo-

sok is. Egy, az Egyesült Államokban végzett felmérés szerint az orvosok egyre kisebb számban érzik úgy, hogy jól választottak, amikor az orvosi pályát választották. Magyarországon e változásra utal, hogy folyamatosan csökken az orvostudományi egyetemek presztízse (kevesebb a jelentkező és csökkennek a felvételi pontszámok), s a végzett hallgatók harmada – egy Szegeden végzett vizsgálat adatai szerint – nem orvos, hanem gyógyszergyári ügynök lesz.

Mindez azzal magyarázható, hogy a gyógyítás társadalmi beágyazottsága a modern egészségügyi ellátás kialakulásával jelentősen meggyengült. (Antal Z. László, 1995) Jelenleg egy olyan küzdelmet figyelhetünk meg, amely a társadalmi beágyazottság további gyengítése (ide sorolható például a privatizáció, az új, egyre bonyolultabb műszerek alkalmazása) illetve erősítése között folyik. (Utóbbihoz sorolhatók például a betegek jogairól szóló törvények, az önszolgáltató betegcsoportok működése, s az egészségügy területén tevékenykedő civil szervezetek.)

E küzdelem során azonban figyelembe kell venni, hogy az egészségügyi intézmények a társadalom életében pótolhatatlanok. Ezért az intézmények – s egyben az ott dolgozó orvosok pozíciójának – meggyengítése az egész társadalomra nézve komoly veszélyeket rejt magában. A jövő kérdése, hogy az egészségügyi és a „kisebbségi” kultúra küzdelme során kialakul-e olyan együttműködési forma, amely nem (vagy legalábbis a jelenleginél sokkal kevésbé) sérti az intézményekhez forduló emberek méltóságát, és az intézmények és az orvosok is képesek megőrizni stabilitásukat és szakmai tekintélyüket. (Mind erről lásd részletesebben Losonczy Ágnes, Szalai Júlia, Antal Z. László és Kovács József munkáit.)

Mindezeket azért írtam le, hogy röviden érzékeltessem, hogy a „többségi társadalom” tagjai is folyamatosan küzdenek azért, hogy az egészségügyi intézményekben kialakult, számukra „elfogadhatatlan szabályok” minél kevésbé sértsék érzékenységüket, emberi méltóságukat.

Az „elfogadhatatlan szabályok” a „kisebbséghez” tartozó emberek számára is kihívást jelentenek. S ők is megtesznek mindent azért, hogy a számukra elfogadhatóbb, szokásaikat kevésbé sértő együttműködési formák alakuljanak ki közöttük és az ott dolgozó szakemberek között. A kulturális különbségekből adódóan viszont ők más szabályok módo-

sítását igyekeznek elérni és másképp igyekeznek mindazt elérni, amit a „többségi” társadalomhoz tartozó emberek. A továbbiakban ezeket a különbségeket fogjuk bemutatni.

A „kisebbség” viszonya az egészségügyi intézményekhez

Az etnikai kisebbség számára kétszeresen is „idegenek” az egészségügyi intézmények. Részben azért, mert a „többségi” társadalom intézményei, részben pedig azért, mert számukra is zavarók, kellemetlenek és megalázók az ott rájuk kényszerített szabályok. De mivel az egészségügyi intézmények igénybevétele számukra is elkerülhetetlen, ők is igyekeznek kiszolgáltatottságukat csökkenteni és a felkínált lehetőségeket minél jobban kihasználni.

Vizsgálatunk szempontjából különösen fontos annak megismerése, hogy hogyan vélekednek a kórházakról.

„Noha a gázso hatóságoktól való félelem általános, mégis kiemelten vonatkozik a gázók világának bizonyos pontjaira: a kocsmára, a kórházra, a börtönre, és – kisebb mértékben – a kaszárnnyára. (..)

A kórház veszélyes hely, ahol a romáknak elkerülhetetlenül el kell szakadniuk hozzátartozóiktól, de amennyire csak lehet, megpróbálják enyhíteni az elszakadást.” (Michael Sinclair Stewart, 128-129.o.)

Csak a „kisebbségi” kultúra igen alapos megismerése után válik érthetővé, hogy miért is különösen „veszélyes hely” a kórház számukra.

„Minden szerző, akit figyelembe vettünk (a szerző a nemzetközi szakirodalom feldolgozása után fogalmazta meg ezeket a megállapításait), egyhangúan állítja, hogy a cigányok számára különösen veszélyes olyan helyek látogatása, ahol nem lehetséges hatékony felügyeletet gyakorolni afelett, amivel érintkeznek, mivel nem lehet megállapítani, hogy a gádzsók beszennyezték-e nem megfelelőnek tartott magatartásukkal (ez főleg éttermekben, nyilvános illemhelyeken fordulhat elő). Ilyen helynek számít biztosan a kórház, amelyben ráadásul az emberek meghalnak, a nők pedig szülnek, ami két kritikus és igencsak fertőző történet.” (Paolo Trevison, 422.o.)

Mindezt így fogalmazta meg 2003. júniusában Kovács Kálmánné a vele készített interjúban:

„Egyszer maga a környezet, tehát más maga a környezet. Tehát itt van-

nak a sok betegek. És már ez a sok beteg látvány is, beteggé tesz bennünket. Én magamról is beszélek elsősorban, de a cigányságnak a 99,9 %-a így van. Hogy maga a környezet szinte betegnek teszi a cigány asszonyt, vagy cigány embert, vagy gyereket, vagy akárkit. Egyszerűen vágyik haza, nem szeret ott lenni, menekül abból a közösségből. Tehát nem azért menekül, mert az orvos vagy az ápolónő ... hanem magától a környezettől menekül, hogy ne lássa azt, azokat a műszereket, vagy fél az injekciótól. Hát a túlnyomó része a cigányoknak fél attól. Inkább tessék nekem gyógyszert adni. Hát értse már meg, hogy nem lehet. Akkor is tessék nekem gyógyszert adni. Annyira félnek a műszerektől, a beavatkozástól, a betegek a látványától. És haza, az itthoni környezetbe.”

Az eddig elmondottak alapján láthatjuk, hogy milyen veszélyben érezheti magát a „kisebbséghez” tartozó beteg ember, aki kórházba kerül.

Ennek ismeretében érthetőbbé válnak a „többségi” társadalom tagjai és az egészségügyi intézmények dolgozói számára „szokatlan” viselkedési formák, amelyek gyakran okoznak konfliktusokat az egészségügyi intézményekben, s az is, hogy miért olyan nehéz a harmonikus együttműködés kialakítása.

Különböző kultúrák találkozása a kórházi osztályokon

A ciganológiai szakirodalom egy részének – és különösen az egészséggel foglalkozó részének – tanulmányozása és számos e kérdéskörrel foglalkozó kutatóval és szakemberrel (szociológus, antropológus, orvos, író, tanár, pap) folytatott beszélgetések után alakult ki a kutatás koncepciója.

A kisebbségi kultúra három olyan területét választottuk ki, ahol a kulturális különbségek jelentősek és ahol az egészségügyi intézményekkel való kapcsolat elkerülhetetlen. Ezek a területek a következők:

- gyermekvárás, szülés, szünetés
- látogatás az egészségügyi intézményekben
- a halottkultusz

Mind a születésnek, a gyerekekhez való különleges viszonyoknak, mind a halottkultuszoknak és az ehhez szorosan kapcsolódó temetkezési szokásoknak aránylag – más témakörökhöz képest – részletes a szakirodalma.

A „látogatásról” azonban mindeztideig alig-alig olvashattunk a ciganológiai szakirodalomban. Pedig mint ahogy a későbbiek során látni fogják, a „kisebbségi” és „többségi” kultúra között ezen a területen is igen lényeges különbségeket találunk.

Más kutatásokhoz képest hosszabb előkészítő szakasz után indultam el a „terepre”. Először a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében lévő Józsa András Megyei Kórházat kerestem fel és készítettem interjúkat az ott dolgozó orvosokkal és szakdolgozókkal.

Ezt követően mentem el egy olyan faluba, ahol a lakosság 1/3-a kisebbséghez tartozik. (A falu rövid bemutatását lásd a 2. sz. jegyzetben.)

Arra törekedtem, hogy az egészségügyi intézményekben dolgozók számára sokszor szokatlan, érthetetlen és zavaró viselkedés okait a „másik oldal” értelmezésében is minél jobban megértsem. A „terepen” azonban magam is találkoztam a korábban bemutatott „bizalmatlansággal”, a „többségi társadalom” egyik képviselőjével szembeni bezárt-sággal. A faluban több mint 17 éve dolgozó görög katolikus pap segítségével – aki nagy tiszteletnek örvend az itt élő oláh cigányok körében – jutottam el az első családhoz. Mind a Lakatos Zoltán, mind a feleség igen készségesen válaszolt a kérdéseimre. (Az antropológiai kutatások tapasztalatai alapján én se használtam se magnót, se jegyzetfüzetet. A beszélgetések után jegyeztem föl az elhangzottakat.)

Az igen jó hangulatú és barátságos beszélgetés után megkértem Lakatos Zoltánt, hogy kísérjen át egy másik családhoz. De aznap délelőtt hiába kísérletezett. Több embernek is elmondta, hogy miért jöttem ide, s mivel foglalkozom, de hiába. A megkérdezett emberek közül senki sem akarta az egészségügyről szerzett tapasztalatait velem megosztani. Néhány rövid mondat után – amelyek egy érdekes történet kivételével³ – arra utaltak, hogy ha valaki azt akarja, hogy ellássák, akkor fizetnie kell – néhány perc múlva otthagytak minket kettesben a kapu előtt.

Az arcukon, a szemekben és a gesztusaikban is – az asszonyok esetében – valamilyen különös félelem nyomait fedeztem fel. A férfiak vál-

3 Egy idős férfi elmesélte, hogy már háromszor volt bent ugyanazon az osztályon, s hogy a főorvos asszonnyal milyen jó kapcsolatba kerültek. A főorvos asszony mindig barátságos hozzá és soha nem fogad el semmit. „Jó lesz az még másra is, János bácsi:”-szokta mondani, amikor szeretett volna neki valamit adni

tottak velünk néhány szót, mintha érdekelte volna őket, hogy mit keresek ott közöttük, majd rövid idő után magunkra hagytak minket ők is.

Lakatos Zoltán végül azt javasolta, hogy jöjjenek vissza délután, akkor biztosan itthon lesznek a rokonai, s velük majd tudok beszélgetni. De délután se sikerült, hiába próbálkoztunk. Ő és a felesége újból barátságosan fogadott, de az ő bizalmuk elnyerése nem volt elegendő ahhoz, hogy segítségükkel másokhoz is eljussak.

Megéreztem, hogy milyen nehéz a kisebbségi helyzetből adódó „védelmi” rendszeren áthatolni. Végül kimentem a temetőbe. Sokat olvastam és hallottam már a különleges temetkezési szokásokról, legalább megnézem, hogyan jelenik meg mindez a temetőben. Itt találkoztam egy idős hölgygel, aki azt mondta, menjek el este a pünkösdista imaházba. Ott majd találkozhatom az itt élő oláh cigányokkal.

Elmondta azt is, hogy itt a faluban ennek a felekezetnek egy-két kivételtől eltekintve – mint például őt saját magát – csak oláh cigány tagjai vannak. „A cigányoknak csodálatra méltó mély hitük van. Megajándékozta őket az Isten a hit kegyelmével.” – mondta végül, mikor elbúcsúztam tőle. S valóban úgy volt, ahogy ezt az idős hölgy előre megmondta. A napközben szerzett határozott elzárkózásra, védelemre utaló élmények után pontosan az ellenkezőjével találkozhattam itt. Ahogy beléptem az imaházba több férfi is odajött hozzám, kedvesen, nyílt tekintetekkel néztek rám és rövid idő után elkezdtek mesélni egészségről, betegségről, orvosokról és a kórházakról. Különösen izgalmas volt a közösség egyik vezetőjével folytatott beszélgetés a szertartás után.

Másnap a faluban már több mint 30 éve praktizáló orvost kerestem fel a rendelőjében. Javasolta, hogy üljek le és nézzem végig a rendelését. Az aznap még ellátásra váró 8 beteg közül öt oláh és egy magyar cigány volt. Így személyesen is láthattam, hogy milyen kapcsolat alakul ki egy orvosi rendelőben egy orvos és az ebben a faluban élő oláh cigányok között. A rendelési idő után az orvos elvitt a Kovács családnál, ahol, ha lehet mondani, az előző családnál is barátságosabban fogadtak. Rövid idő után olyan kötetlen és oldott beszélgetés alakult ki, hogy úgy éreztem, hogy itt még a magnó se jelenthet akadályt. A beszélgetés közben a háziasszony elmondta, hogy „a cigányok olyan különleges érzékenységgel bírnak – akár elhiszik ezt róluk, akár nem, de ez így van -, amely-

lyel el tudják dönteni, hogy ki milyen szándékkal közeledik hozzájuk.” Búcsúzáskor férje is ő is felajánlotta, hogy ha ebben a faluban szeretném folytatni a munkát, akkor lakjam náluk, s ők majd segítenek abban, hogy másokkal is beszélhessek.

A faluban töltött néhány nap – ami alatt volt időm arra is, hogy a velük együtt élő pappal, orvossal és gyógyszerésszel hosszasan beszélgessek a kutatás témájához tartozó kérdésekről – mindössze arra volt elegendő, hogy közelebb kerüljek a kulturális különbségekből adódó, egészségügyben jelentkező feszültségek megismeréséhez.

Az eltérő szokások alaposabb megismeréséhez és jobb megértéséhez több időre lenne szükség. E kutatás keretében mindössze arra vállalkozom, hogy bemutassam az eltérő szokások milyen feszültségeket az egészségügyi intézményekben, s néhány példa segítségével bemutassam azt is, hogy milyen együttműködés alakult ki az orvosok és a kisebbség tagjai között e feszültségek enyhítése érdekében.

A tapasztalatok bemutatása előtt azt azonban mindenképpen meg kell jegyezni, hogy az ebben a Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében lévő, kb 2200 lelket számláló faluban, azt itt élő oláh cigányokról és oláh cigányoktól szerzett információk csak részben általánosíthatóak. Hiszen az egyes falvakban egymástól jelentősen eltérő viszony alakulhat ki ott dolgozó házi orvos és a „kisebbség” tagjai között, s a kórházakkal kialakított együttműködésüknek is lehetnek más formái.

Gyermekvárás, szülés

A faluba érkezve a legelső meglepetés akkor ért, amikor megtudtam, hogy a hagyományörző, cigány nyelvet beszélő oláh cigányok között már hosszú ideje az a szokás alakult ki, hogy két gyermeket nevelnek fel. Lakatos Zoltánéknak is két lánya van, s a nagyobbik lányuknak is két gyereke. Beszéltem egy kismamával, akinek 5 hónapos a második gyermeke. Kérdésemre határozottan azt válaszolta, hogy „Nem lesz több.”

Az itt kialakult szokás jelentősen eltér más közösségekben szerzett tapasztalatoktól. Neményi Mária „Cigány anyák az egészségügyben” című dolgozatában az általános tendenciákról így ír.

„Interjúalanyaink többsége szerint a cigányságnak – amely kezdi el-

veszíteni „természeti”, „ösztönös”, „civilizálatlan” jellegét – a termékenységgel kapcsolatos magatartása tér el leginkább a többségi társadalom szokásaitól. Számukra ezt nemcsak az igazolja, hogy a cigány családokban sok a gyerek, hogy koraiak és gyakoriak a szülések, hanem az is, hogy a gyermekvállalás tervezetlen. Az egészségügy általunk megszólaltatott képviselői ambivalens módon viszonyulnak a roma nők termékenységi szokásaihoz. Érzékelik a gyermekvállalás „magasztosságát”, ellenzik az abortuszt, de nehezen tolerálják a – különösen a hagyományos cigány közösségekre jellemzőnek tartott – magas termékenységi rátát.” (Neményi, 2000, 46.o.)

Az itt élő oláh cigány közösségekről elmondhatjuk, a termékenységgel kapcsolatos magatartásuk nem tér el a többségi társadalom szokásaitól. Amikor ennek az új szokásnak a kialakulásáról kérdeztem őket, akkor a többségi társadalom tagjaitól hallott véleményeket hallhattam tőlük is: „Kettőt fel tudunk nevelni.” „Nekik akkor többet tudunk adni.” A szegényebb családoknál még felmerült az az érv is, „hogy így egyikük se kerül börtönbe”. De a faluban élő gazdag oláh cigányoknál is általában két gyermeket nevelnek fel. Hogy mikor és miért következett be ez a fordulat, e néhány nap alatt nem derült ki számomra. A gyermekszám csökkenése ellenére az etnikai arányok mégis az oláh cigányok javára módosulnak a faluban, mivel a „többséghez” tartozó fiatalok nagy része városokba költözik, az oláh cigány fiatalok pedig itt maradnak.

Az asszonyokkal folytatott beszélgetéseim során a szülészeti osztályokról és az ott dolgozó orvosokról, nővérekről csak jókat mondtak. Feltételezhető, hogy az asszonyok szívesebben mesélik el a szülészeten szerzett élményeiket nőknek, ezért az általuk végzett kutatásokból vett idézetek segítségével mutatom be, hogy mi nehezítheti meg a kismamák és az orvosok együttműködését a szülészeten. A történetek egy része megerősíti azt a korábban idézett más kutatásokból származó tudást, hogy a kórház számukra „veszélyes” hely, s igyekeznek minél előbb hazamenni.

„Többen arról számolnak be, hogy a cigány anyák lehetőség szerint kerülnek a hosszabb kórházi ápolást. Ha veszélyeztetett terhesség vagy egyéb ok miatt a szülés előtt beutalják őket, minden alkalmat megragadnak, hogy hazamehessenek.

Válaszolóink ezt egyrészt az asszonyok otthoni teendőivel magyarázzák: <Nem hajlandó befeküdni a kórházba. Gondolom azért, mert még sok gyerek van otthon, millió gondja van.> (szülészorvos)” Neményi, 2000, 50.o.)

Az otthon lévő sok gyerek valószínűleg hozzájárul a gyors távozási szándékhoz. Hasonló tapasztalatokról számolt be Horváth Kata is:

„A szülés alkalmával a kórházban szerzett élményeiről a cigány asszonyok gyakran mesélnek egymásnak (...) Mivel az asszonyok négy napnál többet semmiképpen se hajlandóak eltölteni a kórházban, csak miután jó ideje folyik már a magzatvíz és érzik, hogy a baba hamarosan meglesz, akkor hívják ki a mentőt (ami körülbelül az Alkotmány utca közepéig – a pince torokig – tud feljönni a dombra), így a szülés gyakran még a mentőben, de általában a kórházba érkezést követően azonnal lezajlik. Néhány nap múlva az asszonyok már készülődnek haza, és győzködik az orvost, hogy engedje már el őket. Az ilyenkor elhangzó legfőbb érv, hogy az otthonhagyott gyerekeknek épp akkora szükségük van az anyára, mint az újszülöttnak. (...)

Az asszonyoknak egyébként meggyőződésük, hogy ha bent akarják őket tartani, az azért van, mert a kórház a betegek után, a benn töltött napok számától függően kap pénzt, tehát ott tartásuk nem a saját egészségük érdekében történik, hanem a kórház anyagi érdekeit szolgálja. Az asszonyok gyakran néhány nap után saját felelősségre hazamennek a kórházból, és ennek veszélyét csak abban látják, hogy ha netán mégis lesz velük valami baj, és visszakerülnek, akkor biztos nem lesznek velük rendesek az orvosok.” (Tér és Terep, 318-319.o.)

Ennek a feszültségnek az enyhítésére alakult ki sajátos (s eddigi kutatásaim során egyedinek tekinthető) megoldás egy másik megyében található kórházban. Az orvosok megengedték, hogy a kismama többi gyereke is bejöjjön a kórházba, s a kórteremben legyenek. Mindössze azt kérték, hogy a vizitet ne zavarják. Ilyenkor a gyerekek bebújnak az ágy alá. Ilyen körülmények között az édesanyák jobban elfogadják az orvosok tanácsait, s nem sietnek haza saját felelősségükre.

Az orvosok véleményét azonban nemcsak a távozás időpontjának megválasztásában nem fogadják el az etnikai kisebbséghez tartozó édesanyák.

A következő történetben egy különleges bátorságnak és félelemnek az együttes megjelenését figyelhetjük meg. Van valami, ami az orvosok véleményénél is fontosabb és inkább az esetleges veszélyeket is vállalva, „felülbírálja” a szakvéleményt.

Ebben a történetben jelenik meg leginkább a korábban bemutatott „ostromállapot” és a kórház, mint „veszélyes” hely.

„Jönnek egyik este az orvosok (...), hogy hát holnap megcsászároznak engem, mert már ez a gyerek magától nem lesz meg. Hívtam rögtön a Rudit, hogy hozza a ruhámat, megyek el, már engem ezek nem vág-
nak föl ... meg az altatástól is félttem, azt mondják az nem cigánynak való, hogy sok cigány nem ébred föl belőle ... Elszöktem én, kiszöktem a kórházból. Hazafele a buszon már azt hittem, hát most kirázzák belőlem a gyereket, már rendesen ki voltam nyílvá. De még nem mentem el akkor sem a kórházba, épp csak felhívtam a kövesdi orvost, félttem a császártól, gondoltam majd érzem, mikor menjek be. Három nap múlva, épp a pokrócot mostam, oszt rám jött a szülés... Kövesden szültem meg, simán meglett, azok meg fel is vágta volna... Látod jól tettem, hogy elszöktem.” (Tér és Terep, 319.o.)

Az orvosok véleményének elfogadását nehezítheti az is, hogy a szü-
lésszorvosok túlnyomó többsége férfi. Neményi Mária kutatásából az de-
rül ki – ami összefüggésben lehet a „kisebbségi” kultúrában a többségi
társadalomtól jelentősen eltérő férfi-nő viszonyal is –, hogy a kulturá-
lis különbségek ellenére a nők jobban megértik egymást.

„A védőnők, akik mindennapos és életközeli kapcsolatban végzik kli-
enseik körében a munkájukat, általában valóban közel álltak válaszo-
lóinkhoz, csak ritka kivételként fordult elő velük kapcsolatban negatív
vélemény. A páciensek általában érthetőnek és elfogadhatónak tartot-
ták a védőnő tanácsait, még ha olykor bizonyos területeken (különösen
a szoptatás – táplálás terén) ezek a tanácsok ütköztek is a családok ha-
gyományos szokásaival.” (Neményi 109.o.)

Az orvosokkal a szülés körülményeiről folytatott beszélgetésekben a
következő „többségi” szokásoktól eltérő gyakorlatról számolhatok be.
Az alternatív szülési eljárások közé sorolt „apás szülés” – amelyet ma
már egyre több kórházban bevezettek– lehetőséget ad arra, hogy a kis-
mama mellett a szülőszobában az apa, vagy más családtag vagy barátnő

is jelen lehessen. A Mátészalkai Kórház szülészeti osztálya is így működik, s az oláh cigányok élnek ezzel az új lehetőséggel.

A kismamákat azonban – a saját szokásaiknak megfelelően – nem a férjeik kísérik be a szülőszobába, hanem a család nőtagjai.

A szülés közben nyújtott segítségnek is vannak olyan sajátosságai, amely az orvosok és a szülésznők számára szokatlanok.

„Szülésben nem szoktak igazán cigány asszonyok segíteni. Annyiban igen, hogy biztatják, beszélnek hozzá. Tehát kimondottan mindig beszél hozzá, akár az anyósa, akár az anyja ...Ez megvan náluk, hogy ha beteg nem tud segíteni, de mindig beszél. És akkor mindig mondják az orvosok vagy az ápolónők, hogy fogja már be a száját, hagyjon már neki békét. Tehát állandóan beszélünk ahhoz a valakihez: ne félj, nézd meg, most egy picit fog fájni, azt csináld, amit az orvos mond, ne félj, mindjárt ...És ezt se tudják az orvosok megengedni, vagyis elfogadni, mert cigány nyelven is mondjuk egyszer, nem is értik, hogy mit mondunk nekik. És akkor mindig beszélünk folyamatosan. Sőt, nekünk a cigányságnak van egy különleges magatartásunk, ha beszélünk cigányul, egyszerűen nem tudunk halkán beszélni. Úgy cseng tőlünk a kórterem vagy a váróterem vagy a vizsgáló, vagy akár mi. De ez nem azért, mert veszekednek, hanem olyan a temperamentumunk.” (Kovács Kálmánné)

A látogatás

A kisebbségi kultúra egy másik jellegzetes sajátossága – amely eltér a többségi társadalom kultúrájától – a család „szentsége”. Ennek a különösen erős kapcsolatnak a működését a nagy örömök és a nagy bajok esetén ismerhetjük meg legjobban. Ilyen nagy bajnak számít a betegség is.

Már a háziorvoshoz is másként mennek el. Ha a gyerek beteg, akkor előfordul, hogy 3-4-en is elkísérik a rendelőbe. Mikor a család bemegy, az orvos rájuk néz és megkérdezi: „S most ki a beteg?”

Ez a szülői kötelesség olyan erős, hogy esetenként még a munkahelyi szabályoknál is fontosabb. Egy édesapa felhívta a főnökét, hogy nem tud bemenni, mert a gyereke beteg, s orvoshoz kell vinni. S neki is el kell kísérni a gyereket és a feleségét. „De miért nem kíséri el őket a nagymama vagy a nagypapa ?” Kérdezte a főnök. „De én vagyok az apja.”

Volt a válasz.

A család összetartó ereje azonban főleg a súlyosabb esetekben mutatkozik meg, amikor az egyik családtag kórházba kerül. A látogatás olyan fontos kötelezettsége a családnak, hogy azt az egész közösség is elvárja tőlük. S ha az nem történik meg, akkor számítaniuk kell a többiek felől feléjük irányuló rosszallására.

Erre a különleges szokásra már Michael Sinclair Stewart is felfigyelt 1994-ben.

„A kórházban fekvő hozzátartozók látogatása a település kalendáriumának szerves része, és a közeli rokonok mindig szép számmal állják körül a beteg rokon ágyát. A hivatalos látogatási időben a betegágy körül kirajzolódik a roma közösség ünnepi képe, ami leginkább a férfiaknak és a nőknek a szoba két oldalán való felsorakozásában, a csoport érkezésekor és távozásakor váltott legünnepélyesebb köszöntésekben, valamint a magukkal hozott italban nyilvánul meg. A romák ugyan jól tudják, hogy az ital és a gyógyszer kizárják egymást, de azt is tudják, milyen erős jelképe az ital a romák testvériségének, s hogy emellett mennyire tisztítja a testet is.” (Michael Sinclair Stewart, 128-129.o.)

A kórházi látogatásoknak ez a formája számos konfliktus forrása a kórházi osztályokon. Egy-egy beteghez érkezhetsz akár 10-15 látogató is, s közülük aki tud, addig ott marad, amíg csak lehet. A kórházak erre nincsenek felkészülve, s nehezen birkóznak meg ezzel a számukra szokatlan jelenséggel. Az olykor kialakuló éles helyzetekben miatt csak rendőrök vagy biztonsági őrök segítségével sikerül helyreállítani a rendet.

„A cigányok látogatása néha külön szám. Nem lehet elérni, amit mi szeretnénk, hogy egyszerre egy beteghez ne jöjjen több, mint három látogató, mert nem nagyok a kórtermek és zavaró, ha tízenöten bejönnek, és elég hangosak. Mindig van, aki egy kicsit többet is fogyasztott a nagy örömeiben vagy bánatában... minden évben van egy-két eset, amikor még rendőrt is hívunk. (szülészorvos)” (Neményi, 52.o.)

A faluban eltöltött napok alatt igyekeztem megtudni, hogy miért alakult ki ez a „többség” számára irracionálisnak tűnő szokás.

Lakatos Zoltánné, akivel a kérdésről hosszasan beszélgettem, elmondta, hogy a betegség sokszor „egy rossz gondolat”, valami „lelki bá-

nat” miatt alakul ki. S a család ilyenkor azért megy oda, hogy „közösen győzzük le a betegséget”. A beteg látja, hogy milyen sok ember számára fontos az ő egészsége, s erőt ad neki a gyógyuláshoz.

Kovács Kálmánné (N) és Kovács Kálmán (F) ugyanerről a kérdésről a következőket mondta el:

„Ha például a családban bárki, megy szülni, elviszi a mentő. A mentőben megy egy személy – már a cigányságról beszélve – és akkor mennek utána a többiek, akár kocsit fogadnak, vagy bármilyen úton-módon. Akkor bemegy az anyósa, megy az anyja, sógornője, megy a férje, tehát a legközelebbi hozzávaló tartozói, ezek úgy mennek utána, mert ezzel kifejezik azt, vagyis kimutatják annak a valakinek, aki megy szülni, annak a nőnek, annak a szülő anyának a vele együtt érzését, a hozzá való tartozását és a szeretetét.

A szülő anya nem látja, de tudja, hogy ott vannak. És magát a szülő anyát is az a tudat, hogy ott kint várják, ott kint vannak, és aggódnak vele együtt, tehát vele együtt éreznek, az is neki könnyebbülés. Tehát könnyebb neki a fájdalom. Tehát minálunk, a mi érzelmeink teljesen mások. Tehát a mi érzelmi világunk, a cigányoké, a kisebbségé teljesen más, mint a magyaroké.

És akkor este, a kései busszal vagy kocsival, most már vannak kocsik, de amíg nem volt, ezelőtt nem volt kocsi, akkor hazajöttek a legkésőbbi busszal.

K: És másnap reggel?

N: És alig várták a másnap reggelt

F: Sőt, volt, aki ott aludt.

N: Igen. Sőt, igen.

K: Bent a kórház folyosóján aludtak?

N: Igen.

K: És mit szóltak hozzá a nővérek?

N: Semmit. Volt olyan, aki azt mondta, hogy mit csinál itt maga, hallja, miért nem ment haza. Hol fog maga aludni? Ha volt olyan nővér, akinek megesett a szíve rajta, az megengedte, hogy ott aludt a széken. Vagy pedig az állomásban, a vasútnál.

K: És akkor reggeltől estig ott vannak a kórházban?

N: Igen. Aki meg hazajött, mert haza kellett jönni, mert ugye családja

van az embernek, és azokat nem lehet egyedül hagyni éjszakára, akkor hazajöttek, vagy hazajöttünk, és akkor másnap reggel a legkoraibbal már megyünk vissza. ...

Tehát mondjuk ezt, ha más szemmel nézzük, ha más érzellemmel és más kultúrával nézzük, akkor azt mondja valaki, hogy hülyék vagyunk, vagy nem is tudom, minek nevezzem, de azt mondják, hogy ezek nem komplettek”.

Amikor saját „racionális” kérdéseimet feltettem: „Mibe kerül az utazási költség?” „Az ilyenkor nem számít, ott kell lenni.” Szólt az egyértelmű és határozott válasz. S mikor arról érdeklődtem, hogy mi lesz a munkával, akkor a következő választ kaptam: „Azt olyankor félreteszszük.”

Akik betegként feküdtek a kórházban, azok arról számoltak be, hogy milyen jólesett számukra a család támogatása.

A kórházi látogatások terén még nem találtam olyan példákat, amelyek az eltérő szokásokból adódó konfliktusok megoldását segítenék. A betegek nyugalma és a gyógyító munka zavartalan végzése érdekében az orvosok és a többségi társadalom tagjai részéről már megfogalmazódnak olyan vélemények is, hogy „Nem biztos, hogy olyan jó dolog a nyílt kórház.” A Megyei Kórház Sebészeti Osztálya vezetőjének a mondatai – a vele készített interjúban – is arra utalnak, hogy nehezen, de megpróbálnak hozzászokni ehhez a helyzethez.

„Óriási különbség van itt. Ezt a különbséget nem ők dolgozzák föl, ezt mi dolgozzuk föl. Én úgy tudnám ezt fogalmazni, hogy más a kultúrájuk, s mi ezt megtanultuk, ügyeletes orvos, kezelőorvos, műtétet végző orvos, nővérek. Tudjuk, tízen jönnek egyszerre látogatni, mert tízen szeretik azt a beteget. Mind, egyenként megkérdezi, hogy mi baja van, mire számíthat, levágják, nem vágják le a lábát, életben marad, meghal, mi lesz? Azt mind türelmesen elmondjuk, kicsit hangosabban, mivel többen vannak és beszélgetnek. Egyszerűen ilyen a kultúrájuk.” (Dr. Kozlovszky Bertalan)

Mindenképpen érdemes lenne az eddigieknél részletesebben megvizsgálni, hogy a különböző kórházakban és a különböző kórházi osztályokon milyen helyi megoldásokat dolgoztak ki a látogatási szokásokból kialakuló feszültségek enyhítésére.

A halottkultusz

Véleményem szerint a „kisebbség” és a „többség” „közösen birtokolt világlátása” közötti különbségek közül a halottkultuszhoz kapcsolódó hitek, hiedelmek és az ezekhez kapcsolódó szokások a legjelentősebbek.

De a „többségi” társadalom és az „egészségügyi kultúra” közötti különbség is éppen ezen a területen mutatja a leglényegesebb különbségeket.

Az egészségügyi intézményekben a halál bekövetkezése sok esetben nem egy természetes folyamat következménye, hanem szakmai kudarc. S míg az orvosok a beteg életéért küzdenek, mindent megtesznek érte és a kudarc elkerüléséért.

Amikor a betegeket nem sikerül megmenteniük, egy igen gyors és határozott különbség következik be a nemrég még élő ember testével kapcsolatban. A szakirodalomban használt kifejezés szerint a holttest „tárgyasul”, s ettől kezdve sokkal inkább úgy bánnak a holttesttel mint egy tárggyal és nem úgy mint egy emberrel.

Ez a hirtelen, gyors változás elfogadhatatlan a „többségi” társadalom legtöbb tagja számára. Ők szeretnének elbúcsúzni hozzátartozójuktól, és amennyire csak lehet, őrizni az emberi méltóságát. Számukra az elvesztett családtag miatti fájdalom, gyász feldolgozásához az egészségügyi intézményekben nyújtott lehetőségeknél több időre lenne szükség. Ebből a különbségből egyre több konfliktus adódik a kórházakban, s egyre többen gondoskodnak az emberhez méltó búcsú kialakításának lehetőségein a kórházakban.

Ez a világlátásbeli különbség még sokkal erősebben jelentkezik a „kisebbség” és az „egészségügyi kultúra” viszonyában.

Mivel e kulturális sajátosságról számos kutató beszámolt már, mindössze röviden ismertetem azokat a vonásait, amelyek a „kisebbség” egészségügyi intézményben vagy azon kívüli gyász esetén gyakorolt szokásait érthetőbbé teszik.

„Misztikus világnépek meghatározza a halálhoz való viszonyukat. Félnak a halott szellemétől, aki hitük szerint visszajárhat, bosszút állhat, ha nem a megfelelő formában búcsúztatták el. Ezért azután, aki csak tehette, elment a halottas házhoz, ahol az elhunytat kedvenc ruhájában öltöztették, kedvenc tárgyai közé fektették. Több napig vir-

rasztottak mellette, és őrizték. A virrasztás hagyománya egyébként az egyik legerősebb elem: alig változott formákban él ma is. A siratók az elhunyt kedvenc nótáit éneklik, beszélgetnek életéről, de csak olyan eseményekről, amelyekben az elhunyt pozitív fényben tűnik fel.” (Bánlaky, 31.o.)

Mindezek egy máig elevenen élő ősi hithez kapcsolódó szokások.

„A lélek a halál pillanatában elhagyja a testet és a temetési szertartás kezdetéig vándorol. Ezalatt felkeresi a halott régi tartózkodási helyét, azt a vidéket, ahol született, majd a temetésre tűzön-vízen jön keresztül.(Kaposzentjakab) ...Akkor szoktunk olyat csinálni, hogyha nagyon hazajár, akkor a ház négy sarkát, foghagymát tettek, meg az ajtóküszöböt foghagymával három keresztet (rajzoltak), az ajtószárfára is, mert a halott és az ördög is a foghagymától távozik! Elmentek a tudós asszonyhoz és elvitték a fényképét a halottnak, hogy állandóan hazajár. Nincs nyugodalmuk, a gyerekek nem tudnak aludni, mert olyanokat csinál. Elmondja, hogy mit és akkor fogja a fényképet és a tudós asszony elmondja, hogy mit csináljanak, mit hozzanak neki. Elhozzák azt a dógot – mondjuk el kell menni a temetőbe és elhoznak egy kis hantot. Elhozzák és akkor ő többet nem tud már csinálni, többet nem jár haza. No most van még egy! Van ilyen mise. Hat hét után elmennek szolgálnak egy misét, hogy nem ártson, ne járjon haza a halott.” (Szapu, 26-27.o.)

Mind a néprajz, mind az antropológia komoly figyelmet szentelt a halottkultuszhoz kapcsolódó szokásoknak, s ezek alapján úgy tűnik, hogy az egymástól távol élő közösségek szokásaiban mind a mai napig sok a közös vonás. Ezek közül a halott tiszteletét és a hazajáró szellemtől való félelmet emelem ki.

A „kisebbség” körében mind a mai napig erősen élő halottkultusz a néhány sajátosságáról beszélt Kotona László a Nyíregyházi Megyei Kórház főboncmestere. Több mint 30 éve dolgozik már itt és ez idő alatt alaposan megismerte a különböző kultúrák temetési szertartáshoz kapcsolódó szokásait.

Már az interjú elején feltűnt, hogy míg az orvosok inkább arról számoltak be a velük folytatott beszélgetésekben, hogy a „kisebbség” szokásai idegenek, érthetetlenek és olykor zavarók számukra és a kórházban fekvő betegek számára, addig Katona László mondaiban a halott

embernek adott nagyobb tisztelet miatt a „kisebbségi” kultúra felemelő, szép mozzanataira hívta fel a figyelmet.

Eddigi kutatásaim alatt még nem talákoztam olyan emberrel, aki ilyen szépen és ilyen elismeréssel beszélt volna a „kisebbségi” kultúra „többségi” kultúrától eltérő vonásairól.

A halott ember tisztelete megnyilvánul például abban, hogy amilyen gyorsan csak lehet elviszik a kórházból a procektúráról. (Az sose fordult még elő a 30 év alatt, hogy egy család ott hagyta volna a hozzátartozóját.)

A halottkultúra része az is, hogy ha lehet, akkor kérik a boncolás elhagyását és sose hamvasztják el halottaikat. Amikor elérkezik az elszállítás ideje, akkor az egész család eljön, megnézik és megsíratják hozzátartozójukat. S mindezen szép, ünnepélyes hangulatban.

Egy romániai kalderás romák halálérzésről és temetkezési szokásairól készült tanulmányban ezt olvashatjuk:

„A kalderás romák a virrasztás mind három éjszakája alatt együtt ülnek, isznak és énekelnek abban a reményben, hogy elveszik az elhunyt energiáját < te tsirdas Iseqi zor avri> és megvédik őt a kísértéstől, attól, hogy az élethez kötődjön és szellemként (ciohano) jöjjön vissza.” (Gri-gore, 3.o.)

Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében Nyíregyházán és két faluban is volt alkalmam a halottkultusz részletesebb megismerésére. Ezen kívül a 2001-ben Tatabányán eltemetett cigányvajda, Novák „Totyi” Ferenc temetéséről készített filmben is megfigyelhettem a különleges temetkezési szokásokat. Mindezekben számos a „többségi” kultúrától eltérő szokást figyelhettem meg. Az eddig említetteken kívül lényeges különbség figyelhető meg a temetkezés módjában is. Mindenhol „bárkát” építenek az elhunyt családtag részére. Kifalazzák a sír oldalát, s az alját lebetonozzák, s még szőnyeget is tesznek rá. A koporsó mellé – akárcsak Magyarországon a honfoglaláskori sírokban, s más helyeken alkalmazott temetkezéseknél – a halott kedves ételeit, italait és tárgyait is elhelyezik. Az ősi szokás mindössze csak annyiban változott, hogy ma már többek között bútorokat, rádiót és mobiltelefont is elhelyeznek a sírokban.

Mindezek ismeretében válik érthetővé, hogy miért egészen mások a

„kisebbséghez” tartozó emberek gyászreakciói családtagjuk elvesztése esetén.

Mindezekről így beszél Kovács Kálmán és felesége:

„N: Mindegy, hogy 90 éves is, a cigány mindent megtesz annak érdekében, ami tőle telik, hogy ne haljon meg. Tehát viszi bárhová, Pestre, Debrecenbe, akár külföldre, akár kölcsön kér, bármit elkövet azért, ha csak módja és lehetősége van rá, hogy éljen. Tehát maga azért, hogy ne haljon meg. Mindegy az, hogy most 80 éves vagy 90 éves. A cigányság nagyon ragaszkodik az élethez.

F: A halál a cigánynak elfogadhatatlan.

K: Elfogadhatatlan?

F: Elfogadhatatlan. Természetfeletti. Mindent bevetnek, hogy ezt megakadályozzák. Bármit ... az utolsó pillanatig. Hiába mondják, tudják, hogy ez természetes, akkor is, szinte rettegnek a haláltól.”

A halál helyének megválasztásáról:

„N: Hát igazából senki nem szeret kórházban meghalni, mert az, hogy valaki itthon a családja közt van, ha el kell neki menni, ha Isten elszólítja, és akkor még mindig tud a családjával, a szeretteivel beszélni. Meg maga az a környezet...”

Ha mégis a kórházban következik be a halál:

„K: Ha valaki meghal a kórterembe, nem tudták hazahozni, akkor akik bent vannak a kórházban, mindenki bemegy a kórterembe?

N: Mindenki. Hát persze! Mernék nem beengedni.

K: És akkor ott elkezdik a siratást, a szertartást?

N: Hát persze. Ez nem is egy siratási szertartás, hanem az érzelmi kifejezés, a szereteté...

Olyan nincs, hogy az orvos azt mondja, hogy magát nem engedem be. Olyan nincs. Azt nem tudja megtenni. Nincs olyan ember, aki ezt meg merné tenni cigánnyal.

Merje azt mondani, hogy nem engedi be! Hát azt hiszem, hogy ottan, akármilyen szelíd cigány legyen, olyan, mint a ma született bárány, ott nem is tudom, mi lenne, ha nem mehetne be. Meg nálunk ez az érzelmekifejezés. Erre mondják a magyarok, hogy siratás. Ez maga nem a siratás, ez a fájdalom. Azt mondják a magyarok, hogy cigányok, cigánykodik. De ezt kellene nekik megérteni, hogy nálunk más a kultúra, más

az érzelem, másképp fejezzük ki azt, hogy elvesztettük azt, akit legjobban szeretünk. És mi másképp fejezzük ki. Nem tudjuk úgy magunkat kontrollálni, visszafogni, mint a magyar. Mert mások vagyunk, eleve más emberek vagyunk.

K: És ilyenkor mi történik egy kórteremben?

N: Kiabálnak, jajgatnak, visítanak, ordítanak, rosszul van, elájul.

K: A többiek kimennek ilyenkor?

N: Senki.

K: A többiek, akik ott fekszenek?

N: Senki nem nézi azt, hogy ki fekszik. Tetszik érteni?

F: Nem is foglalkoznak vele?

N: Abszolút nem azzal foglalkoznak. Tetszik érteni? Egyszerűen nem tudják már magukat kontrollálni, hogy most nem csinálhatom, mert az a beteg szívbajt kap, az a magyar, vagy akárki, vagy akármelyik beteg. Nem azzal foglalkoznak, hanem azzal foglalkozik, hogy most már nincs többet soha az a valakije. És akkor nem azzal foglalkozik. Hiába mondja, mert van benne igazság, mert jön az orvos, mert a többi beteg elrémisz-tik. Van benne igazság, mert ez igaz. Mert az ember, mikor nyugalmi állapotban lecsillapodik, akkor ezt tudja. De akkor nem tudja felfogni. Hiába mondja az a valaki neki.”

Egy megyei kórház intenzív osztályán fekvő mesélte el azt a különleges élményét, amikor az intenzív osztályra jöttek be egyszerre harmincan az ott elhunyt nagymamához. Csak igen nehezen sikerült az intenzív osztályon az itt megkövetelt rendet helyreállítani.

Az ilyen áthidalhatatlan konfliktusok elkerülése érdekében alakult ki egy jól működő együttműködés az orvosok és a beteg hozzátartozói között. Mikor az orvosok úgy látják, hogy most már nincs remény a gyógyulásra és közelednek a beteg utolsó napjai, akkor szólnak a családnak, ha akarják, akkor vigyék haza a beteg hozzátartozójukat. A családok általában élnek is ezzel a lehetőséggel. S ebben az esetben már a hozzájuk közelebb álló, őket jól ismerő háziorvossal kell megbeszélniük azt, hogy hogyan lehet az ilyenkor szokásos előírásokat és a saját szokásaikat minél jobban összehangolni.

Ez az együttműködés elsősorban a halott családtag elszállításának késeltetésében és a gácsoló családtagok megnyugtatózásában nyilvánul meg.

„N: Nem hagy egy napot, de azt a 3-4 óra hosszát hagyja, lehet, hogy még többet is, ötöt is meg hatot is. Tehát ő annyira ismeri a mi szokásainkat, meg ismer minket mindnyájunkat, tetszik tudni, itt van harmincvalahány éve, olyan, mint egy családtag. És akkor megkéri, hogy ne csináljanak semmit, megnyugtatja, elmondja neki, megengedem. Utána aztán nyugodtan elvihetik, mert jön a doktor úr, mondja, hogy el kell vinni. Elfogadták itt a cigányok nagyon, és tisztelik ezért...”

N: Ha itthon hal meg valaki, akkor, mennek a körzetihez, az lejön hozzájuk, injekciót kapnak, gyógyszereket kapnak. És akkor nyugodtabb állapotban vannak. Mert ez egy tragédia, most bementek a kórházba, és többet nincs soha. Egy tragédia. Nem tudják feldolgozni. A cigányságnak a számára. És akkor megyen hozzá, és akkor már üres az ágya, megőrül az a valaki. Egyszer csak ..., érzi, hogy megőrül. És akkor ez a fájdalom ki kell valahogy törjön belőle, képes megőrülni. Annyira. Egyszerűen nem tudja felfogni, nem tudja feldolgozni.

Nagyon sokszor ... ha itthon hal meg egy illető, a körzeti orvos szinte percnyi pontossággal ügyeletben van annál a lakásnál, tíz percenként jön, mert valakinek injekció kell. ...

K: Rosszul lesznek?

N: Igen. Ezt nagyon tisztelen benne, hogy ha halott van, cigány, ezt nagyon tiszteletben tartja.

F: ...bármit elkövet, hogy kéznél legyen ...”

Az eddigi kutatásaim alapján elmondható, hogy ebben a faluban éppen a „kisebbség” számára legfontosabb területen alakultak ki az egészségügyi intézmények dolgozói és a „kisebbség” tagjai között az együtt működés mindkét oldal szempontjait figyelembe vevő formái.

Összegzés

Tanulmányomban azt mutattam meg, hogy a „kisebbség közösen kialakított világlátása” milyen lényeges pontokon tér el a „többségi” társadalom világlátásától. Sőt elsősorban a „többségi” világlátástól is eltérő, annál még inkább „racionálisabb” egészségügyi világlátástól.

E két világlátás között olyan alapvetőek és lényegesekek a különbségek, hogy ezek közelítése szinte elképzelhetetlen. De nem is a világlátás közelítése, hanem az egy intézményben történő együttműködés akadá-

lyait és lehetőségeit kerestük.

Mindkét világlátás képviselői a saját szempontjukból „racionálisan” cselekszenek, bármilyen „irracionálisnak” tűnjön is az a másik nézőpontból.

Az egészségügyi intézmények a többségi társadalom intézményei, abban az értelemben, hogy a többségi társadalom tagjai közül kerülnek ki – igen ritka kivételtől eltekintve – az orvosok és a nővérek. A betegek szempontjából azonban „mindenki” intézményei, s így az eltérő világlátások találkozása elkerülhetetlen.

Mint azt már korábban is írtam, az intézményekben kialakult a „többségi” társadalom tagjait is sértő kultúra ellen egyre intenzívebben küzdenek a „többségi” társadalom tagjai. (Tanulmányok, könyvek, civil kezdeményezések, konferenciák, hálapénz perek, ...)

A „kisebbség” tagjai is küzdenek a számukra elfogadhatatlan szabályok ellen, de más eszközökkel. S a világlátásban rejtlő különleges erőre utal – a szakirodalomban gyakran emlegetett túlélő képesség mellett –, hogy a magas presztízsű kórházak, a tekintélyes orvosok, professzorok által alkotott szabályok sem jelentenek számukra legyőzhetetlen akadályokat. (Ez is része a korábban bemutatott ostromállapotnak.)

Azokban a kórházakban és kórházi osztályokon, ahol nagyobb számban fekszenek „kisebbséghez” tartozó betegek, olyan helyzet alakulhat ki, hogy az eddigi szabályokat „felülírják” a „kisebbség” által alkalmazott szokások.

A tanulmányban bemutatott három példa alapján elmondhatjuk az együttműködés akadályai jelentősek, de mégis kialakulnak olyan megoldások, amelyek a helyi erőviszonyok függvényében figyelembe veszik mindkét világlátás racionalitását, igényét.

Ennek alapján feltételezhető, hogy a feszültségek enyhítésére nem egységes, közös szabályokat kellene kidolgozni, hanem helyi szinten lehetne – esetleg már intézményi keretek között – a lehető legjobb megoldást keresni és megtalálni. Már azért is, mert a „kisebbségi” szokások sem egységesek, s nagyon sok eltérés lehet a különböző területek között.

Tanulmányom záró gondolataként újból Max Weber egyik „a kapitalizmus szellemének” terjedése következtében bekövetkezett társadalmi jelenségre utalunk.

Weber arra a következtetésre jutott, hogy a könyvében elemzett változások következtében bekövetkezik „a világ varázstalanítása”, s a racionális gondolkodás egyre nagyobb szerepet tölt majd be mind az egyének, mind a társadalmak életében. Eddigi kutatási eredményeim alapján arra a következtetésre jutottam, hogy a „kisebbségi” kultúrát kevésbé érintették meg „a világ varázstalanítására” irányuló törekvések, s az összes ilyen irányú kísérlet ellenére képes olt megőrizni saját kultúrájának legfontosabb elemeit. Sőt elmondhatjuk azt is, hogy képes volt arra, hogy többet őrizzen meg saját „világlátásából”, s jobban őrizték saját identitásukat, mint a „többségi” kultúrák saját „világlátásukat” és identitásukat. E „kisebbségi” kultúrában éppen emiatt a mai napig olyan erő rejlik, amely képes arra, hogy tagjai eredményesen küzdjenek a számunkra elfogadhatatlan a „hatalmas”, „idegen” és „erős” egészségügyi intézményekben alkalmazott szabályok ellen.

Kiegészítések

A megyében eltöltött hét alatt, amikor elsősorban az eddig elemzett kérdésekkel foglalkoztam, óhatatlanul is szemtanúja lehettem olyan társadalmi jelenségeknek, amelyek kutatásunk témájához, ha nem is szorosan, de kapcsolódnak.

1) Patika

Az együttműködés igen figyelemreméltó módjával talákoztam a szomszéd faluban lévő patikában. A patikusnő elmondta, hogy sokszor előfordul, hogy a helyi cigány lakosság egy része nem tudja kifizetni a gyógyszer árát. Ennek a nehéz helyzetnek a megoldására két különböző módszer alakult ki ebben a faluban.

Az egyik egy sajátos hitel-rendszer kialakítása. A gyógyszerészek felírják, hogy ki mennyivel tartozik, s amikor megadják, akkor kihúzzák az „adós” nevét a füzetből. (Egy nagyalakú spirálos füzetet mutat, amely már lassan be is telik.) A helyi szabály szerint, aki kétszer nem adta meg a tartozását, az már harmadszor nem kaphat hitelt. „De ezt nagyon betartják. Ahogy megkapják a segílyt egyből ide jönnek.” Mondja a ked-

ves és barátságos patikusnő. Mindössze néhány esetben fordult elő, hogy a tartozás kiegyenlítettlen marad. De itt mindenkit személyesen ismernek, ami megkönnyíti az ilyen sajátos együttműködési formák kialakulását. (Mivel a gyógyszeráraknak szigorú elszámolási kötelezettsége van, ezt csak úgy tudták megoldani, hogy maguk a gyógyszerészek hiteleznek a rászorulóknak.)

A másik megoldást is a kényszer szülte.

A gyógyszerészek megállapodtak az önkormányzattal, hogy a gyerekek havonta jutott 4 ezer forint segély terhére a szegény családok hitelbe vehessenek gyógyszert. Az így kihasznált hitelkeretet ezután az önkormányzat átutalja a patikának.

A harmadik meglepő szokás a patikában vehető áruk egy részének „házhoz szállítása” volt a városból érkező embereknek. A patikusok pontosan tudják már, hogy kinek mi kell a faluban és azt is, hogy nem tud eljönni a patikába. (Ez a szolgáltatás elsősorban a nagyobb térfogatú, nehezebben beszerezhető – nem vényköteles – termékekre terjed ki, mint például pelenkák, betétek.) A városból hazafelé jövet az árukkal megrakott kocsik megállnak egy-egy ház előtt, s már be sem viszik a patikába az aznap beszerzett új áruk részét.

Nem tudom más falvakban milyen, ezekhez hasonló szokások alakultak ki. De feltételezhető, hogy máshol is a helyi körülményeknek megfelelően kialakulnak ilyen és ehhez hasonló sajátos szokások.

Ezek kialakulásának és működésének mindenképpen szükséges a személyes jó kapcsolat és annak felismerése is, hogy a máshol hozott szabályok helyi szinten eredményesebben működnek, ha rugalmasan kezelik őket.

2) A pünkösdista imaházban

Az egyik beszélgetőtársam meghívott aznap este (csütörtökön) tartandó összejövetelre a pünkösdista imaházba. „Ha cigányokkal akar találkozni, akkor jöjjön oda. A közösségnek 300 tagja van, s egy-két kivétellel mind cigányok.” A meghívást elfogadtam és már 6 óra előtt ott voltam az imaházban. A legnagyobb meglepetést a szívélyes, nyílt és őszinte fogadtatás jelentette. Míg napközben egy elég határozott elzárkózást tapasztaltam. Odajöttek hozzám

– természetesen a férfiak –, s úgy kezdtünk el beszélgetni, mintha már régóta ismernénk egymást.

Amikor megtudták, hogy miért jöttem a faluba, szinte kérdés nélkül kezdtek el beszélni saját egészségügyben szerzett elhelyezésükről. De nem is ezek a történetek voltak különösen izgalmasak, hanem az, hogy a felekezetbe való csatlakozás hogyan változtatta meg életüket. (S ez az amiért a tanulmány keretében erről külön írok, még ha nem is tartozik szorosan a vizsgált témakörhöz.)

Ezek a férfiak büszkén számoltak be arról, hogy miután megtértek nem dohányoznak, nem isznak és a családi életük is rendezett. S ez nem csak rájuk, hanem a pünkösdista közösség minden tagjára igaz.

A gyülekezet vezetője – aki a közeli városból jár ki ide – több mint egy órás beszédében igen sokat beszélt az egészséges élet fontosságáról. Aznapi beszédét az elhízás hátrányairól és a fogyasztás fontosságának kiemelésével kezdte. De az egész – sok humorral és lelkesítő stílusban elmondott beszéd – alatt számtalanszor szóba került a jó egészség fontossága és a hit gyógyulást segítő ereje.

A szertartás után a gyülekezet vezetőivel is beszélgettem. Egyikük elmondta, hogy a kórházban a Bibliát olvasta, s úgy érezte, hogy semmiféle hátrányos megkülönböztetést nem tapasztalt, sőt inkább egy különös tiszteletet érzett az orvosok és a nővérek részéről, amit a vallássosságának köszönhetett.

Jegyzetek

1) A „kisebbség”, „többség” megkülönböztetése alkalmatlan annak a különbségnek a leírására, amellyel e tanulmány keretében foglalkozom. Különösen alkalmatlanná válik a fogalom-pár használata, amikor a „többségi”, illetve „kisebbségi” kultúráról írok. Hiszen mind a „kisebbségen”, mind a „többségen” belül olyan jelentős különbségeket figyelhetünk meg, amelyek nagymértékben korlátozzák a fogalmak használhatóságát. Mégis úgy gondolom, hogy mindkét kultúrának vannak olyan karakterisztikus vonásai, amelyek ezen a fogalmi szinten mégis megragadhatóak. (Pl. a gyerekekhez való viszony, a férfi-nő kapcsolat,

vagy a halott-kultusz.) Ezeket a fogalmakat az általánosítható különbségek bemutatásakor használom, míg a „terepen” szerzett konkrét tapasztalatok az ott élő oláh cigányokra vonatkoznak.

E szóhasználat semmiképpen nem szerencsés több okból sem. A megközelítésnek ezen a szintjén olyan általánosításokat lehet megfogalmazni, ami az előítéletes gondolkodás alapja. (Hasonlóan az olyan kijelentés ehhez, mint például „az orvosok” ilyenek vagy olyanok, amelyek az előítéletes gondolkodás egyik jellegzetes típusába tartoznak.) De a fogalomhasználat azért sem szerencsés, mert vannak olyan falvak Magyarországon, ahol a „kisebbség” van többségben.

Mivel a szakirodalomban is egyre gyakoribb az a szóhasználat és nem találtam jobbat, végül is – korlátainak figyelembevételével – én is ezeket használom.

2) Maga a falu Szabolcs-Szatmár-Bereg megyében található, a mátészalkai kórház vonzáskörzetében. Az oláh cigányok mellett élnek itt magyar cigányok is, de velük az ott töltő idő alatt nem kerültem kapcsolatba.

Az oláh cigányok helyzete a 90-es években jelentősen megváltozott az azt megelőző időszakhoz képest. Amíg addig közel azonos körülmények között éltek, erős volt a községben lévő összetartó erő. A '90-es években bekövetkezett egész országot érintő változások az ő életüket is megváltoztatta. A városokban lévő munkahelyek megszűnése után sokan közülük vállalkozásokká váltak. S a faluban élő oláh cigány családok egy részének ma már sikeres vállalkozása van. Egymás után épülnek fel a háromszintes, új házak és jelennek meg a drága gépkocsik. A legtöbb családnak azonban nincs sikeres vállalkozása. Továbbra is kicsi, de rendezett házaikban laknak. A jelentős anyagi különbségek kialakulása a köztük lévő viszonyt is megváltoztatta, s elsősorban az egymásnak adott kölcsönök miatt feszült helyzetek alakulnak ki közöttük. Az oláh cigányok ebben a faluban görög katolikusok voltak. A pünkösdisták megjelenése óta már e tekintetben is megosztottá vált a közösség.

A házi orvos 33 éve dolgozik itt, s családjával együtt itt is él. E hosszú idő alatt kölcsönösen kiismerték egymás szokásait, s ha nem is minden surlódás nélkül, de kialakították a mindenki számára elfogadható együttműködés feltételeit. A falu nevét és beszélgetőtársaim nevét a

hasonló jellegű vizsgálatokhoz hasonlóan én is megváltoztattam.

Irodalom

Antal Z. László: A gyógyítás társadalmi beágyazottsága, Szociológiai Szemle, 1995/2.

Antal Z. László: A hálapénz kialakulásának szükségszerűsége és nélkülözhetetlen funkciói, Replika, 1994/1.

Bánlaky Pál – Kevy Bea (2000): „...szülötte földünkön helyünk legyen” Cigányok: élethelyzet, előítéletek. Agroinform Kiadó, Budapest

Bari Károly (1990): Az erdő anyja, Gondolat Kiadó, Budapest

Diósi Ágnes (1988): Cigányút. Magyarország felfedezése. Szépirodalmi Kiadó, Budapest.

Diósi Ágnes (1990): Az én világom – Szűz Mária zsebkendője, Kosmosz-Könyvek

Dubcsik Csaba (2003): A magyarországi cigány-vizsgálatok cigányképe. (kézirat)

Fónai Mihály – Filepné Nagy Éva: Egy megyei romakutatás főbb eredményei. Szociológia 2002/3.

Forray R. Katalin – Hegedűs T. András (1998): A cigány gyermekek szocializációja, Budapest, Aula

Grigore, Della (2001): A halálkép és a temetési szokások hagyományos, roma megközelítése.

In: Cigány Néprajzi Tanulmányok, 2001. Magyar Néprajzi Társaság, Budapest.

Gyukits György – Ürmös Andor – Csoboth Csilla – Purebl György (2000): Fiatal roma nők véleménye egészségi állapotukról és egészségügyi ellátásukról, Népegészségügy 81. évf. 5. szám

Gyukits György (2001): A krónikus betegségek gyakorisága a roma lakosság körében. Új Magyar Orvosi Hírmondó, 11. évf. 3. szám.

Gyukits György (2000): A romák egészségügyi ellátásának szociális háttere. In: Cigánynak születni, Aktív Társadalom Alapítvány, Új Mandátum Kiadó, Budapest

Hablicsek László (1999): A roma népesség demográfiai jellemzői, kí-

sérleti előreszámítás 2050-ig. KSH-Népességtudományi Kutatóintézet, Aktív Társadalom Alapítvány, Budaepst, kézirat

Havas Gábor – Kemény István (1995): A magyarországi romákról. Szociológia, 1995/3, 3-20. old.

Helman, Cecil G.: Kultúra, egészség és betegség, Első magyar kiadás – Melania Kiadói Kft. Budapest

Horváth Kata: „Gyertek ki nálunk, hogy jobban megismerjük egymást” In: Tér és Terep. (2002): Tanulmányok az etnicitás és az identitás kérdésköréből. Szerk.: Kovács Nóra – Szarka László. Akadémiai Kiadó, Budapest.

Kalla Éva – Soproni Ágnes (1997): Írják le a sóhajtásomat! – Milyen lehet cigánynak lenni?. Magvető, Budapest.

Kemény István (szerk.) (1976): Beszámoló a magyarországi cigányok helyzetével foglalkozó, 1971-ben végzett kutatásról. MTA Szociológiai Kutató Intézete, Budapest.

Kemény István (1999): A magyarországi cigányság szerkezete a nyelvi változások tükrében. Regio, 10. évf. 1. szám, 3-15 old.

Kovács József (1997): A modern orvosi etika alapjai. Medicina, Budapest.

Losonczi Ágnes (1998): Utak és korlátok az egészségügyben. Magyarország az Ezredfordulón, MTA, Budapest

Neményi Mária (2000): Az egészségre ható tényezők strukturális, etnikai és kulturális összefüggései. Doktori disszertáció. Budapest.

Neményi Mária (2000): Az egészségre ható tényezők strukturális, etnikai és kulturális összefüggései. In: Romológia – Ciganológia, szerk: Forray R. Katalin, Dialóg Campus Kiadó

Puporka L. – Zádori Zs. (1999): A magyarországi romák egészségi állapota, Világbank-Magyarországi Regionális Képviselet, NGO Tanulmányok 2. szám, Roma Sajtóközpont.

Stewart, Michael (1994): Daltestvérek. Az oláh cigány identitás és közösség továbbélése a szocialista Magyarországon. Budapest, T-Twins – MTA Szociológiai Intézet

Szalai Júlia (1988): Uram! A jogaimért jöttem! Esszék, tanulmányok. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest.

Szapu Magda (1984): Halotti szokások és hiedelmek a kaposszentjaka-

bi oláh cigányoknál. Ciganisztikai tanulmányok, 1. MTA Néprajzi Kutató csoport, Budapest.

Szécsi Zsófia interjúja Lakatos Menyhérttel, in: Tenyérből mondtál jövődöt (versek, 2000)

Szirtes Zoltán (1998): A cigányság egészségügyi helyzete. Agroinform Kiadóház, Budapest.

Trevisan, Paolo (2002): Orvosok és szentek között – Gyógyítási eljárások egy horvát roma közösségben, In: Cigányok Európában 2. – Olaszország, szerk.: Prónai Csaba. Új Mandátum Könyvkiadó, Budapest

Weber, Max (1982): A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme. Vallásszociológiai írások. Gondolat, Budapest.

II. Az időszemlélet változásának hatása a népesedési folyamatokra⁴

A tanulmány az iparilag fejlett országokban megfigyelhető demográfiai folyamatok áttekintése után a vallás hatását vizsgálja a születésszámok alakulására. Külföldi és hazai kutatások alapján felhívja a figyelmet egy eddig alaposan nem tanulmányozott hatásra, a XIX. század folyamán bekövetkezett paradigmaváltásra, amely felszámolta az idődimenzió végtelenségét és az életet a születés és a halál közötti intervallumra redukálta, elutasítva a halál utáni lét lehetőségét. Ennek következtében megerősödött a halálfélelem, illetve az élet minden módon történő meghosszabbításának törekvése, amely az orvostudományra újabb terheket ró, illetve új kutatási irányokat követel meg. Egyúttal elveszett a haldoklás méltósága és a halál elfogadása. A társadalmak elöregednek, és az egyén „megfeledkezett” arról az ősi axiómáról, hogy az életet tovább kell adni, hanem a saját, immár rövidre szabott életében az önmegvalósításra törekszik és nem vállal gyermeket, vagy éppen csak annyit, amivel a fejlett társadalmak már nem képesek önmagukat reprodukálni.

1. Új tendenciák a népesedési folyamatokban

A népesedési kérdésekkel foglalkozó demográfiai szakirodalomban második demográfiai átmenetnek nevezik azt az új, az iparilag fejlett országokban megfigyelhető társadalmi jelenséget, amelyre eddig nem volt példa az emberiség ismert történetében. Ennek főbb jellegzetessége az alacsony gyermekszám és az aránylag rövid idő alatt 80–85 évesre növekvő, születéskor várható átlagos élettartam. Ennek következtében a 65 évnél idősebbek aránya néhány évtized alatt 15 %-ról 35 %-ra emelkedhet.

A kialakult és még inkább a prognosztizált korcsoportonkénti arányok

4 Megjelent: Társadalomkutatás 2007/3. szám

ezeknek a társadalmaknak a hosszú távú fennmaradását veszélyeztetik, többek között az egészségügyi ellátás és a nyugdíjrendszer várható zavarai miatt. Az elkerülhetetlen változásokról egyre többet olvashatunk a hazai és a nemzetközi szakirodalomban, de érdemi lépésekre éppen az egyértelmű és pontos „diagnózis” hiányában eddig ezekben az országokban nem került sor. Ezért tarjuk olyan fontosnak azt, hogy az eddigi vizsgálati szempontokat olyan új szemponttal bővítsük ki, amely e társadalmi jelenség alaposabb megértésében segítségünkre lehet.

A második demográfiai átmenet következményeként a korfák folyamatos „megnyúlását” és „elvékonyodását” láthatjuk. A demográfiai szempontból stabil piramisforma előbb – néhány évtizedig tartó átmeneti szakaszban egy haranghoz, – majd egyre jobban elvékonyodó talapzatú urnához kezd hasonlítani. Ez a változás számos fontos, az egész társadalmat átformáló hatása mellett a korosztályok közötti erőforrások elosztását is megváltoztatja. A korfa tetejének „megnyúlása” és aljának „elvékonyodása” egyre határozottabban hívja fel a figyelmet arra, hogy a népesség elöregedése és a születések számának csökkenése ugyanannak a társadalmi jelenségnek a következményei.

A modern társadalmak ennek az eddig megállíthatatlan folyamatnak várható súlyos következményeit a bevándorlók számának növelésével próbálják csökkenteni. A szakemberek egy részének is az a véleménye, hogy a bevándorlás fogja majd megoldani ezeket a kérdéseket. Már eddig is tapasztalható azonban, hogy a nagyszámú bevándorló egyre nehezebben kezelhető feszültségeket vált ki a befogadó országokban.

2001-ben adta ki az ENSZ Népesedési Részlege a tanulmánykötetet, amely azt a kérdést vizsgálja meg, hogy a fejlett országok népességcsökkenésére és elöregedésére, az abból adódó súlyos problémákra megoldás lehetne-e a „helyettesítő bevándorlás”. (Replacement ...2001.) A tanulmány hat különböző feltételt fogalmaz meg – a bevándorlás nélküli eset mellett néhány, a társadalom egésze szempontjából fontos arányszám szintentartásának figyelembevételével –, és kiszámítja, hogy ennek teljesüléséhez milyen mértékű bevándorlás lenne szükséges (2025-ig ill. 2050-ig), s ez hogyan hatna a népesség számának, összetételének alakulására. Olyan relatíve nagy országokban végezték el a számításokat, amelyekben a születések száma nem elégséges a népesség jelenlegi

számának megtartásához. A kiválasztott 8 ország és 2 régió a következő volt: Franciaország, Németország, Olaszország, Japán, Dél-Korea, Oroszország, Nagy-Britannia, Észak-Írország és az Egyesült Államok. A kiválasztott régiók pedig Európa és az Európai Közösség.

E tanulmány részletes ismertetésére itt nem vállalkozhatunk, csak néhány, a problémák jellegét, súlyát és prognosztizált súlyosbodását érzékeltető – lényegét tekintve a volt szocialista országokra is érvényes – részletét és a kutatás fő megállapításait emeljük ki.

Már a bevezetőben néhány figyelemreméltó adatot közöl a tanulmány, mintegy felhívva a figyelmet arra, hogy milyen fontos ezekkel a kérdésekkel már most komolyan foglalkoznunk.

„Az ENSZ által készített népességszám előrejelzések szerint (a középső variáns adatai alapján) Japánban és jóformán minden európai országban a népesség csökkenése várható az elkövetkező 50 évben. Például Olaszország népessége jelenleg 57 millió, a számítások szerint 41 millióra fog csökkenni 2050-re. Oroszország népessége várhatóan 147 millióról 121 millióra fog csökkenni 2000 és 2050 között.

Japánban is hasonló tendenciák érvényesülésére lehet számítani: a jelenlegi 127 milliós népesség az előreszámítások szerint 105 millióra csökken 2050-ben.

A népesség csökkenése mellett Japánban és Európa országaiban egy aránylag gyors elöregedési folyamat figyelhető meg. Japánban például a következő fél században a lakosság átlagéletkora várhatóan 8 évvel – 41 évről 49 évre – fog növekedni. Ráadásul a 65 éves és idősebb japán népesség aránya a teljes népességen belül várhatóan a jelenlegi 17%-ról 32%-ra emelkedik. Olaszországban ehhez hasonlóan a lakosság átlagéletkora várhatóan 41 évről 53-ra, a 65 évesek és idősebbek népességen belüli aránya pedig 18%-ról 35%-ra fog nőni” (Replacement...2001: 1.)

Az ENSZ-tanulmány arra a kérdésre kereste a választ, hogy vajon a bevándorlás megoldás-e a népesség csökkenésére és az elöregedésre. E kérdés megválaszolásához kiszámították, hogy milyen méretű bevándorlásra lenne szükség a vizsgált országokban és régiókban, amely elegendő lenne a népesség csökkenésének elkerüléséhez és az elöregedés ellensúlyozására. A számítások eredményei és az ezek alapján készített

korfák az ENSZ Népesedési Részlegének honlapján megtekinthetők, ezért most mindössze néhány figyelemreméltó adatot és következtetést ismertetünk.

„Minden országban, ahol a termékenység a reprodukciós szint alatti: bevándorlás nélkül a népesség csökkenése lesz megfigyelhető a közeljövőben, ha ez eddig még nem következett be. Néhány országban az előreszámított népességcsökkenés a XXI. század első felében olyan nagy lesz, hogy elérheti a teljes népesség egy negyedét vagy harmadát.” (Replacement...2001: 97.)

A bevándorlás nélküli számítások eredményeinek összefoglaló értékelése – többek között – kiemeli: „A 15–64 éves korcsoportba tartozó népesség minden országban és régióban hamarabb és gyorsabban fog csökkenni, mint az össznépesség. Például az Európai Unióban: miközben 2000 és 2050 között a teljes népesség 17 %-os csökkenése lesz észlelhető, addig a 15–64 éves korú népesség 30 %-kal fog csökkenni.” (Replacement...2001: 22.)

Az ENSZ által végzett vizsgálat és annak főbb megállapításai közül itt mindössze három, vizsgálatunk szempontjából fontos pontot ismertetünk:

– A népesség csökkenése és az elöregedés a fejlett országok többségében szintén megfigyelhető társadalmi jelenség egyre fenyegetőbb kihívás.

– Az ötven évre készített előrejelzések szerint – még akkor is, ha ezekben számos bizonytalanság megnehezíti az értelmezést, és annak ellenére, hogy az ilyen jellegű trendek és a valós társadalmi folyamatok között a legtöbb esetben eltéréseket tapasztalhatunk – a jelenlegi tendenciák arra figyelmeztetnek, hogy ezekkel a kérdésekkel az eddiginél sokkal komolyabban kell foglalkoznunk.

– A fejlett országokban tapasztalható népességfogyás és a fejlődő országokban még mindig tartó népességrobbanás várható következményeit is alaposan végig kell(ene) gondolnunk, azokra fel kell(ene) készülnünk.

Ezek után vizsgáljuk meg, hogy a volt szocialista országok, amelyek számára a 90-es évek elejétől kezdve a „nyugati” minta követése volt a

legfontosabb cél, milyen gyorsan vették át a nyugati „demográfiai mintát”. Néhány idézet és adat segítségével azt mutatjuk be, hogy ezen a területen – először a Magyarországra vonatkozó adatokat elemezve – milyen gyors ütemű volt ez az alkalmazkodás.

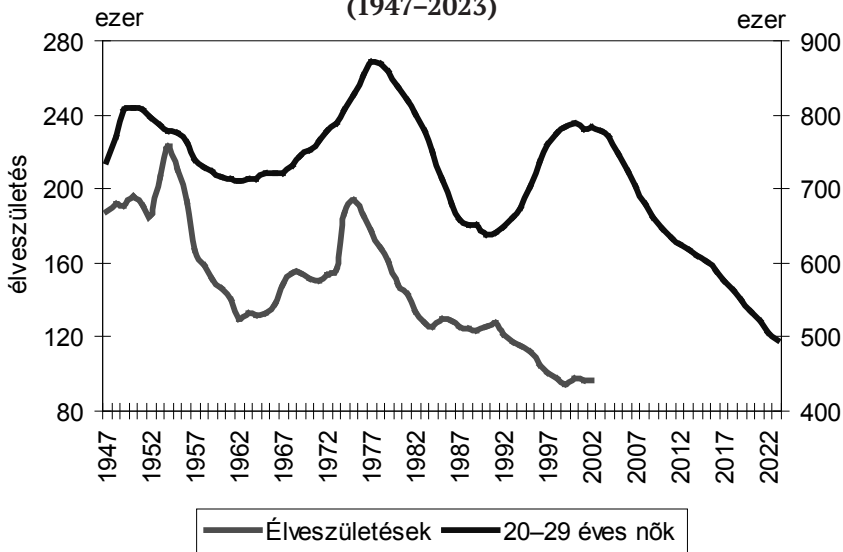
„Az elmúlt tíz évben nemcsak folytatódott, hanem fel is erősödött a termékenység hosszabb időszak óta észlelt hanyatló irányzata. Az 1990. évi 126 ezres születésszám 1998-ban a kritikusnak mondott 100 ezer alá esett, 1999-ben pedig már nem érte el a 95 ezret sem. A csökkenés ilyen mértéke bizonyos értelemben váratlan volt. Egy adott időszak születéseinek számát ugyanis alapvetően két tényező befolyásolja.

A szülőképes korban lévő nők száma és gyermekvállalási kedvük, vagy más szóval a termékenység aktuális szintje: A szülőképes nők számát tekintve kedvező változások történtek az elmúlt tíz évben, mivel az 1990-es évek közepétől léptek legtermékenyebb korukba a húsz évvel korábban született nagyobb létszámú nemzedékek. Ennek eredményeként a születésszám szempontjából meghatározó 20–29 éves nők létszáma folyamatosan emelkedett és az ezredfordulón is mintegy 160 ezer fővel magasabb, mint tíz évvel korábban. A termékenység kisebb mértékű csökkenését ellensúlyozhatta volna a létszámemelkedés, de legalábbis mérsékelhette volna annak ütemét. Erre számítottak az 1990-es évek elején készült előreszámítások is, amelyek az évtized közepétől mérsékelt születésszám-emelkedést prognosztizáltak. Ez azonban nem következett be, mert a szülési kedv olyan mértékben csökkent, hogy teljesen háttérbe szorította a létszám emelkedés jótékony hatását.” (Kamarás 2001: 53–54.)

Mindez nemcsak a jelenlegi helyzet elemzésére alkalmas, hanem mint az a Kamarás Ferenc által készített ábrán látható, az elkövetkező évtizedekre is kihathat.

Ha a jelenleg nagylétszámú, szülőképes korban lévő korosztályok később sem szülik meg gyermekeiket, akkor a jelenleginél még gyorsabb ütemű csökkenésre számíthatunk. Akkor már elméletileg is nehéz lesz válaszolni arra a kérdésre, hogy mit tehetünk a népesség további csökkenésének megállítása érdekében.

Évenkénti élveszületések (1947–2002) és a 20–29 éves nők száma (1947–2023)



Hasonló tendenciákat figyelhetünk meg a többi volt szocialista ország adatait elemezve.

„Demográfiai téren is alapvető változásokat hozott ez az időszak. A házasodás és a termékenység szintje erősen, 20–40%-kal csökkent egy évtized alatt ezekben az országokban, és 1,5–3-szorosára nőtt a házasságon kívüli szülések aránya. Közben gyors növekedésnek indult az első házasságkötésnek és az első gyermek megszületésének az átlagos életkora is. A mortalitás általában nőtt, és felélénkült a külső migráció. A népesség-csökkenés Szlovákia és Lengyelország kivételével általános, egyes országokban (Észtország, Lettország, Oroszország, Magyarország, Bulgária és a volt NDK területe) kifejezetten jelentős mértékű volt. Benne legtöbbször mind a kivándorlás és a halandóság növekedése, mind a termékenység zuhanása szerepet játszott.” (Tárkányi 2002: 48.)

A változások jelentőségét aláhúzza, hogy még a 80-as években is jelentős különbségek voltak a „keleti” és „nyugati” országok között ebben a tekintetben is.

„... termékenységük a 80-as évek végén általában jóval magasabb

volt, mint a fejlett európai országokban. 1990-ben csak a volt NDK területének termékenysége volt alacsony (1,50 – igaz Jugoszlávia kevés-sel később függetlenedő tagköztársaságában, Szlovéniában is csak 1,46 volt). A szovjet blokk többi országában vagy a reprodukciós szint körül volt – például Lengyelországban (2,05) – vagy csak viszonylag kevéssel maradt el attól, Magyarországon például 11 %-kal (1,87). Ugyanekkor a fejlett európai országok többségében a teljes termékenységi arányszám mélyen a reprodukciós szint alatt volt.” (Tárkányi 2002: 49.)

A kialakult új termékenységi arányszámok azt mutatják, hogy a volt szocialista országok ebben a tekintetben „sikeres” minta-követők voltak. Egy, az európai termékenységi mintákat elemző tanulmány már a kialakult közös vonásokra hívja fel a figyelmet.

„Az európai országok úgynevezett alacsony termékenységű országok Törökország, Albánia és Grúzia kivételével, vagyis a nők életük során kevesebb, mint 2,1 gyermeket hoznak világra. Ez a születésgyakoriság a szülőgenerációk pótlását már nem biztosítja. A visszaesési folyamat Nyugat- és Észak-Európában 1965–1975, Dél-Európában 1960–1989 között, majd végül a 90-es években a közép- és kelet-európai reformországokban ment végbe. Nyugat-Európában ezt követően stabil alacsony színvonal áll be, Észak-Európában rövid ideig tartó kismértékű emelkedés következett, míg Dél-Európában és a reform országokban rendkívül alacsony szint alakult ki.” (Dorbritz 2000: 153–154.)

A születések számának csökkenésében egyre nagyobb szerepet játszik a „gyermektelenség” fokozódó népszerűsége.

„A gyermekek utáni vágy, és világra hozataluk néhány évtizede még úgyszintén magától értetődő volt, a gyermektelenség panaszra adott okot. Régóta azonban fennáll az a vágy, hogy a gyermekek ne legyenek túl sokan. Ez a vágy időközben növekvő és kívánt gyermektelenséggé alakult át. A nyugat-németországi 40 évesek átlagosan több mint 26%-a gyermektelen maradt, ez az arány az igazán nagy városokban majdnem 40%. A nagy városokban ennek a korosztálynak csupán 50%-a házas és 30 százalékuknak vannak gyermekei.” (Schwarz 2001: 200.)

A gyermekszegénységgel foglalkozó szakirodalomban közölt adatok arra figyelmeztetnek minket, hogy nemcsak vékonyabb, de egyre „gyengébb” is lesz a korfa alsó része, miközben a felső része folyama-

tosan „erősödik”. (Jól ismert, hogy az ezekben az országokban érvényes választási rendszer is szerepet játszik a korfa ilyen irányú változásában, de tanulmányunkban egy másik – feltételezésünk szerint erre a folyamatra erőteljesebb hatást gyakorló – szempontot elemzünk.) A témakör újabb kutatásairól beszámoló tanulmánykötet bevezető mondatai tömör és komor helyzetképet adnak:

„A gyermeces családok anyagi helyzetének radikális romlása az átalakulás egyik legnegatívabb társadalmi következménye. Mára már kevesen vonják kétségbe az UNIFEC 1990-es évek elején-közepén kelt jelentésének summázatát, amely úgy szólt, hogy a „gyerekek a rendszerváltás vesztesei”. Több tanulmány is leírja e negatív folyamatot, a relatív helyzetromlás mértékét, elemzi az ezekért felelős összefüggéseket (...) Azt is tudjuk, hogy a gyermekek helyzetének romlása már a rendszerváltás előtt elkezdődött és a fejlett ipari társadalmakat is hosszú távon jellemző tendencia (...) Továbbá tudjuk, hogy a negatív következmények nem minden családot érintenek egyformán. (Spéder-Monostori 2001: 7.)

„Minden volt államszocialista országban igaz: a szegénység által érintett csoportok között első helyen a gyermekek találhatóak, s minél fiatalabb a gyermek, annál erősebb a szegénység kockázata. A szegénység gyakoribb és gyorsabban terjed a gyermekek, mint általában a felnőttek, illetve az idősek körében... A gyermekszegénység egész társadalomra ható negatív externáliái a pszichológiai-, pedagógiai- és szociológiai szakirodalomból jól ismertek. A rossz egészségi állapot, a gyenge iskolai teljesítmény, a tanulási-, magatartási- és beilleszkedési zavarok, az iskolai lemorzsolódás a későbbi társadalmi beilleszkedés szempontjából kedvezőtlen előjelek.” (Darvas-Tausz 2001: 48–49.)

A gyerekek egészségi állapotában és a gyermeces családok anyagi helyzetében bekövetkezett romlás – amely ma már az általános iskolákban mind a gyermek fizikai, mind mentális állapotában bekövetkezett változásokban érzékelhető – még inkább veszélyezteti a korfa egyébként is gyors ütemben gyengülő stabilitását.

A népesedési folyamatok várható következményeivel már a XX. században is számos szakterület képviselője igen részletesen és alaposan foglalkozott. Ezeknek a tudományos munkáknak köszönhetően egyre

többet tudunk magáról a társadalmi jelenségről és várható következményeiről, de a folyamatok mélyebb okai lényegében feltáratlanok, illetve erősen vitatottak.

2. A tér- és időszemlélet jelentősége a társadalom életében

Andorka Rudolf több évtizedes nemzetközi és saját kutatási eredményeit összefoglaló könyvében – *Gyermekszám a fejlett országokban* – azt a végkövetkeztetést fogalmazza meg, hogy a gyermekszám alakulására nem a sokat elemzett és bemutatott, szinte már rutinszerűen alkalmazott szempontok (jövedelem, iskolázottság, lakóhely), hanem a társadalmi normák gyakorolják a legnagyobb hatást.

„A kívánatos gyermekszám tehát ugyanolyan viselkedési norma és érték, mint más viselkedési szabályok, és úgy, ahogyan a szocializáció során a közvetlen környezettel való érintkezés folyamán sajátítják el. Természetesen a felnőttkori környezet módosíthatja ezeket a normákat és értékeket.” (Andorka 1987: 217.)

Más szavakkal, de hasonló következtetést vont le Cseh-Szombathy László is több évtizedes, e témakörben végzett kutatása után:

„A gyermekvállalás okainak vizsgálatánál Pongrácz Tiborné és S. Molnár Edit több vizsgálat során mutatta ki az attitűdök szerepét. Vitathatatlan ezen kutatások eredményei alapján, hogy a tudatos gyermekvállalás nálunk, de ma már valamennyi európai országban is az egyének, a csoportok attitűdjeitől függő...”

Saját kutatásaim alapján az általános világnézet és értékítélet az, ami kulcsfontosságú. (Kiemelés tőlem: A.L.) Őszintén szembe kell nézni az-
zal a ténnyel, hogy a gyermekvállalás áldozatokkal is jár: a szülőknek számos szükségletük teljes kielégítéséről le kell mondaniuk, kényelmetlenségekkel kell számolniuk, megszorodnak gondjaik és nincs biztosíték arra nézve, hogy gyermekük, gyermekeik felnőve viszonz-
zák a rájuk fordított fáradságot.”(Cseh-Szombathy 2000b: 12.)

Andorka Rudolf összefoglaló munkája óta számos új kutatás foglalkozott a vallás és a termékenység kapcsolatával. E kutatások közül

most két, az eddigi eredményeket felhasználó, összegző tanulmányból ismertetünk néhány figyelemre méltó részletet. Elsőként Lehrer tanulmányának (2004) kérdéseit és fontosabb megállapításait mutatjuk be.

Bőséges irodalom dokumentálja, hogy a vallásnak széles körű hatásai vannak egyének és családok gazdasági és demográfiai viselkedésére az Egyesült Államokban, beleértve a házastárs választását, együttélési kapcsolatba, vagy házasságra lépést, válást, termékenységet, nők otthoni és munkapiaci munkáját, iskolázást, munkabért, vagyont. Mostanáig ezeket a különféle viszonylatokat egyenként, elszigetelten tanulmányozták, Gary Beckernek, a család-gazdasági elméletére alapozott elemzési keretét alkalmazva a tanulmány kritikailag áttekinti és szintetizálja az eddigi elméleti és empirikus kutatásokat, és bemutatja azokat az utakat, amelyeken keresztül a vallásnak hatása van az emberek viselkedésére.

A szerző megközelítésének középpontjában a vallási hovatartozás áll, az a specifikus vallási csoport, melyhez az egyén tartozik. A vallási hovatartozás azért fontos, mivel befolyással van az emberek életciklusok során hozott különböző, egymással kölcsönhatásban lévő döntéseinek költségeire és hasznaira, továbbá azokra a viselkedésekre, melyek a háztartásokra vonatkoznak. A vallás lényeges kiegészítő jellemző a házasságon belül, amely sok tevékenységre befolyással van, amelyeket férj és feleség együtt végez.

A vallásosság körül fog olyan dimenziókat, mint a valláshoz való elkötelezettség, a vallásos hit erőssége, és részvétel vallásos tevékenységekben egyénileg, vagy egy csoport tagjaként. Evelyn Leherer kiinduló hipotézise az, hogy a vallásosság befolyásolja a gazdasági és demográfiai döntéseket részben azért, mert nyomatékosítja a hovatartozás érzését, és azért is, mert ennek általában pozitív befolyása van az egészségre és jólétre.

A következő részek áttekintik a vallás szerepét a gazdasági és demográfiai döntésekben. Az elemzés az Egyesült Államokban lévő fő vallási csoportokra koncentrál – fővonalai protestánsok, konzervatív protestánsok, római katolikusok, zsidók és mormonok – valamint a valláshoz nem tartozókra. Ezek közül mi most csak a tanulmányunk témájához szorosan kapcsolódóan a termékenységre vonatkozó részét ismertetjük.

Némely vallások lélektani és társadalmi jutalmat nyújtanak a házaspároknak, akiknek sok gyermekük van, megbecsülés, társadalmi státus és áldások formájában. A magas termékenység, melyet a mormonok folyamatosan felmutatnak az Egyesült Államokban, ilyen ösztönzőkre való racionális válaszként értelmezhető. Hasonlóképpen a katolicizmus is magában foglal erős szülésbarát ideológiákat, amelyek növelik az egy további gyermekkel járó előnyök érzetét. Tanításaik pedig tiltják a fogamzásgátló mesterséges formáit, ellenzik az abortuszt és növelik a családtervezés költségeit. Az 1970-es évekig ezek a normák kifejezésre jutottak a megkülönböztetően magas termékenységben. Újabban azonban a katolikus egyház tanításaihoz való ragaszkodás ezek terén határozottan gyengült, és a családnagyság csökkent. A konzervatív protestáns ideológiák némely aspektusa szintén szülésbarát, és eme csoportok termékenységét a főáramú protestánsokét túlszárnyalónak találták, bár csak kis különbséggel.

A sor másik végén a nem ortodox zsidók következetesen szokatlanul alacsony termékenységet mutatnak fel. Ez esetben magában a vallásban nincsenek doktrínák, melyek kis családnagyságra biztatnának, így a magyarázatot máshol kell keresni: a zsidó közösségben, és annak a tágabb társadalommal való kölcsönkapcsolatában. A közgazdasági irodalom azt sugallja, hogy a zsidók egy további gyermek magasabb árával szembesültek döntésük meghozatala során, ami a városi életmóddal és a magasabb fokú női iskolázottsággal függ össze.

Amit a vallás szerinti termékenységi differenciákról tudunk, annak túlnyomó része a nők vallási hovatartozására vonatkozó információkat felhasználó tanulmányokon alapul. Mégis, a férfi partner vallása is szerepet játszik, részben mert a vallásilag vegyes házasság ellentétes hatása a kapcsolat stabilitására visszahat a termékenységre. A szerzők megfigyelték, hogy ha a házastársak nem passzolnak össze némely fontos dimenzióban, mint pl. a műveltség, vagy a vallás, okuk lehet azt hinni, hogy kapcsolatuk törékeny. Ha így van, mindkét partner hajlamos lehet visszafogni a „házastárs-specifikus emberi tőkébe” való befektetését – aminek fő formái a gyermekek. Ez a „házasságstabilitás-effektus” egyike az oksági utaknak, amelyek mindkét partner vallási hovatartozását összekapcsolják a termékenységgel, és amely szerint a saját vallá-

son kívüli házasodás a termékenységet csökkenti.

Van egy másik út is. Ha a házastársak különböző hitűek, akkor ellenkező irányú ösztönzéseket érezhetnek a termékenységet tekintve. Az ebből eredő „alku-effektus” arra utal, hogyan tárgyalják meg a házastársak ezeket a differenciákat. Működhet ugyanabban az irányban, mint a „házassági stabilitás effektus”, vagy ellentétes befolyást gyakorolhat, az adott eset specifikus vallás-párjától függően. Például ha egy katolikus nő házasságot köt egy mormon hitűvel, ahol hangsúlyozottabban a magas termékenységet támogató a teológia, akkor az alku-effektus azt sugallja, hogy egy ilyen katolikus nő termékenysége nagyobb lesz, mint ha saját vallásán belül házasodott volna. Ellenkezőjére számíthatunk, ha egy vallástalan – s így magas termékenységet preferáló ideológiához nem kötődő – partnert választ.

Statisztikai adatokra alapozott kutatások azt mutatják, hogy mind a házasság-stabilitási, mind az alku-effektus működik. Például egy minden más változóra nézve tipikus jellemzőkkel rendelkező házaspár esetében a teljes családnagyság 3,3 gyerek, ha mindkét házastárs mormon. Ezzel összevetve 2,4–2,5 gyermek, ha csak a feleség mormon. Ez esetben a házasság-stabilitási és az alku-effektus egyaránt arra utal, hogy a vegyes házasságnak negatív hatása van a termékenységre. Ezzel szemben, ha protestáns nő köt házasságot saját hitén kívülivel, annak a helyzetnek nincs észrevehető befolyása a családnagyságra. Ez esetben, ámbár a vegyes házassági hatás figyelembe vétele alapján az várható, hogy a saját vallásán kívüli házasodás csökkenti a termékenységet, az alku-effektus ellenerőt gyakorolhat, ha a férfitpartner a katolikus, vagy a mormon hithez tartozik. Ez a fejtegetés aláhúzza, hogy szükséges a jövőbeni termékenységi tanulmányokban a férfi partner vallását is figyelembe venni.

A vallás szerepét vizsgáló kutatások eredményeit összegző tanulmány végső következtetése a következő. Az elemzés aláhúzta a vallási hovatartozásról való gondolkodás hasznosságát abban a tekintetben, hogyan befolyásolja egyének és családok különböző kölcsönösen összefüggő, az életciklus során hozott döntéseinek költségeit és hozamait: megmutatta azt is, hogy a házasság kontextusán belül a vallás komplementaritása lényegessé teszi, hogy mindkét házaspár hovatartozását

tekintetbe vegyük. Továbbá kimutatta, hogy a vallási hatások értelmezése, az egész gazdasági és demográfiai képet nézve szignifikánsan hozzájárul minden adott részlet jó megértéséhez.

A vallási értékek, miközben fontosak, valószínűleg csak akkor játszanak kritikus szerepet a demográfiai viselkedés alakításában, ha a vallási tekintélyeknek rendelkezésükre állnak olyan jutalmak és szankciók, amelyek ösztönzik a hívőket, hogy alkalmazkodjanak. Ez viszont leginkább akkor történhet meg, ha az egyházak képesek olyan intézmények hálózatát kiépíteni, mely alakító szerepet játszik a tagok életében, és ezen kívül képes befolyást gyakorolni civil szervezetekre is.

A másik, vizsgált témánk szempontjából szintén fontos tanulmányt – amely szinte az előzőkben kifejtett gondolatok folytatásnak tekinthető – Kevin McQuillan készítette (2004). Ebben a tanulmányban a szerző elsősorban a vallási intézmények szerepének jelentőségét vizsgálta.

A tapasztalati anyagok gazdagsága, melyet demográfusok összegyűjtöttek a termékenységbeli vallási különbségekről, szemlélteti, hogy a hit közös hagyományában osztozó vallási közösségek mégis jelentős mértékben különbözhetnek demográfiai történetükben. Katolikus közösségek voltak vezetőik és elmaradozók egyaránt a demográfiai átmenetben. Franciaország olyan területeit, mint pl. Normandiát, melyeket általában Európában a termékenységcsökkenés kezdeményezőiként tartanak számon, túlnyomóan katolikus népesség lakja.

Másfelől a katolicizmusra gyakran úgy hivatkoznak, mint egy tényezőre a termékenységcsökkenés elhalasztódásában olyan helyeken, mint Québec és Írország. Az iszlám esetében a vallást társították magasabb termékenységgel és a termékenységcsökkenés lassításával olyan országokban, mint Szaud-Arábia, Pakisztán és Szíria. Ezzel ellentétben Indonéziában, Egyiptomban, sőt Iránban is, az iszlám nem bizonyult akadálynak az alacsony termékenység felé való elmozdulásban.

Mivel magyarázható, hogy vallási értékek kulcsszerepet játszanak egyes helyeken, másokon viszont nem? Vallási értékek valószínűleg akkor számítanak fontosnak, amikor a vallási intézményeknek megvannak a lehetőségei, hogy átadják az értékeket tagjaiknak, és működtessenek mechanizmusokat az együttműködés előmozdítására és a nonkonformitás büntetésére. A vallás intézményes befolyása három

szinten lehet érezhető: a nagyobb társadalomban, a közösségben és az egyén életében.

Kevin McQuillan kutatásai után arra a következtetésre jutott, hogy a vallási értékek – miközben fontosak – valószínűleg csak akkor játszanak döntő szerepet a demográfiai átmenet alakításában, ha a vallási tekintélyek rendelkeznek a jutalmak és szankciók lehetőségével, amelyekkel a hívőket a hozzájuk való alkalmazkodásra serkentik. Ez pedig legkönnyebben akkor történik meg, ha az egyházak képesek vallási intézmények hálózatát kiépíteni, amely formáló szerepet játszik a tagok életében. Ezen kívül jelentős az is, hogy az egyházak képesek befolyást gyakorolni civil intézmények felett is. Ilyen befolyás nem jön létre véletlenül. A vallási vezetőknek mobilizálniuk kell egyházuk erőforrásait, hogy előmozdítsák terveiket. Ez gyakran civil vezetőkkel való együttműködést jelent. Néha ez az együttműködés azért jön létre, mert az egyház az egyetlen erőforrásokkal rendelkező intézmény bizonyos – mint pl. oktatásügyi, egészségügyi vagy szegényeket szolgáló – feladatok végrehajtására. Más időkben, mint amilyen a reformáció utóhatásaira volt igaz, politikai vezetők úgy gondolták, hogy az egyházak értékes támogatást tudnak számukra nyújtani, és cserében ők hajlandók voltak nagyobb lehetőségeket adni vallási vezetőknek a társadalmi élet bizonyos szféráiban. Az előbb tárgyalt esetek fő tanulsága, hogy a vallás szerepének megértése figyelmet igényel a struktúrákra éppúgy, mint az értékekre nézve. Ez pedig azt igényli, hogy megértsük a társadalmi és politikai környezet kontextusát, melybe a vallási intézmények beágyazódnak.

A szerző végül a következőkben foglalja össze az eddigi kutatások eredményeit. Bár sok tanulmány mutatott rá a vallási csoportok között a demográfiai viselkedésben lévő jelentős különbségekre, a demográfusok küszködtek azzal, hogy megmagyarázzák, miért van nagyobb befolyása a vallásnak egyes helyeken, és miért nincs máshol. A vallás ideológiai befolyásának tágabb meghatározása érdekében érvelt, olyanért, mely túlmegegy a specifikus szabályokon – melyek olyan ügyekben igazítanak el, mint a fogamzásgátlás –, hogy magába foglalja a nemiséget, a szexualitást és családi életet érintő értékeket. Arra is sürgette a demográfusokat, hogy legyenek figyelemmel a vallási csoportnak a

társadalom szociális és gazdasági rendjén belüli státusa fontosságára. Tanulmányában Kevin McQuillan arra törekedett, hogy kiterjessze a figyelmet a vallási intézmények szerepére és a vallási identitásra. A tanulmány központi kérdésére – hogy mikor befolyásolja a vallás a termékenységet – adott válaszban három elemet emelt ki.

Először: a kérdéses vallás világosan fogalmazzon meg viselkedési normákat, amelyeknek kapcsolatuk van a termékenységi kimenetekhez. Nem minden vallás teszi ezt, és némely vallás, amely így tett a múltban, megváltoztatta szabályait olyan témák tekintetében, mint a fogamzásgátlás és abortusz. Vallási normák, melyek befolyásolják a termékenységet, magukban foglalhatnak specifikus direktívákat olyan témákban, amilyen a fogamzásgátlás, vagy általánosabb tanításokat a nemi szerepekre és családi életre vonatkozólag, de a vallási hatás teljes magyarázata kell, hogy egy elméletet tartalmazzon, mely összekapcsolja ezeket az értékeket és normákat a demográfiai viselkedés specifikus formáival. Ennek magában kell foglalnia az értékek és normák világos mértékeit is, amelyek függetlenek az éppen vizsgált viselkedéstől annak érdekében, hogy elkerüljük a körkörös okoskodás csapdáját, amivel gyakran boszszantották az „érték-alapú” magyarázatokat a demográfiában.

Másodszor, egy vallási csoportnak kell, hogy legyenek lehetőségei arra, hogy tanításait tagjaival közölje, és őket azok teljesítésére bírja. Noha a normák részben informális társadalmi nyomás révén jutnak érvényre, a vallás esetében gyakran egy formális szervezet abban a pozícióban van, hogy konkrét jutalmakat nyújtson, materiálisakat és szimbolikusakat egyaránt azoknak a tagoknak, akik alkalmazkodnak a tanításokhoz, és büntetéseket azoknak, akik nem. Ez a tény aláhúzza annak fontosságát, hogy a vallás és a vallási intézmények szerepét tanulmányozzuk a társadalmi-gazdasági rendszerben.

Végül: valószínűbb, hogy a vallási csoport követőinek demográfiai választásait befolyásolja, ha tagjai erős ragaszkodást éreznek a vallási közösséghez. Némely elrendeződésekben a vallási hovatartozás csak éppen egy a számos tagság közül, amelyekkel az egyes személyek rendelkeznek, és nem is mindig a legfontosabb. Viszont más helyzetekben a vallás meghatározó jellemző az egyének életében. Különösen valószínű, hogy így van, amikor a vallási csoportban való tagság egy naci-

onalista mozgalommal van összekapcsolva, vagy ahol más etnikai-vallási csoporttal való konfliktus vagy versengés erős. Ilyen körülmények között az egyének nagyobb fokú szolidaritást éreznek saját vallási csoportjukkal, és ez a ragaszkodás megemeli a jutalmakat az alkalmazkodásért és a büntetéseket a devianciáért.

3. Az időszemlélet változásának hatása a korfára

A születés és halál kérdéseivel foglalkozva az élet alapvető kérdéseihez jutunk el. Ezekre az emberiséget mindig is foglalkoztató kérdésekre – Miért élünk? Mi értelme, célja van a szenvedéseknek? Mi lesz velünk a halál után? – a véges és a végtelen időszemléletben eltérő válaszok születnek. A végtelen térben és időben élő ember számára létezik egy tág, az érzékszerveinkkel és műszereinkkel érzékelhető világon túlnyúló szakrális világ. Ennek a világnak se térben, sem időben nincsenek határai, és igen fontos része a szakrális világnak a meghalt embereknek helyet adó, az őket befogadó túlvilág. A véges időben élő ember számára pedig az időhorizont a születéstől a halálig tartó időszakra szűkül. Ennek a szemléletbeli különbségnek az élet továbbadásának fontosságára és a gyerekek számára gyakorolt hatásáról már korábban írtunk, most az élet befejezésére és az élettől való búcsúra gyakorolt hatását vizsgáljuk meg.

Az örök életre készülő emberek többsége nyugodtabban fogadja az élet végének közeledtét. Ők még azt is tudták, hogy a végső búcsú az élet szép, felemelő pillanatai közé tartozott azok számára, akik szépen éltek le az életüket. S számon tartották azokat, akik szépen haltak meg.

„Az egyszerű nép nem fél a haláltól. Isten rendelésének tekinti: aki született, annak meg is kell halnia. Ha Isten betegséggel, megpróbáltatásokkal, csapásokkal látogatja meg, megnyugvással fogadja. Szendéseiről alig beszél, halottait nem igen siratja, de soha el nem felejt... Ezért igyekszik a halál elfogadására méltóképpen felkészülni. Mondhatjuk, hogy a halálra folytonosan gondol. Életében és munkájában a végső dolgokat általában még nem tévesztette szem elől... Ez a tudat megnevesíti és életének erkölcsi értelmet ad. Ma már szépen élni és

szépen meghalni kevés kivétellel csak a szerzetesek és a parasztok tudnak, akiknek egész életét betölti az isteni jelenlét érzése, akik korunk nyomasztó atmoszférájában sem feledkeznek meg a lélek nagy számadásáról, a halálról.” (Bálint 1943: 185)

Hasonlóan fogalmazza meg ezt Balázs Lajos egy erdélyi faluban, Csikszentdomokoson harminc éven keresztül folytatott kutatásainak erre a kérdésre vonatkozó eredményeit:

„...Az elmúlás és halál szentdomokosi hiedelemvilágának uralkodó eleme az erős animizmus, az erős lélekhit, az, hogy a lélek a testtől független lény. Szinte nincs is olyan rítusa az elmúlásnak, a halottkultusznak, amelynek ne ez lenne a mozgatórugója... a szentdomokosi, általam megismert és felvázolt világkép számomra legfontosabb és legmegdöbbentőbb jellemzője az, hogy benne a túlvilág szinte földrajzi valóságként felismerhető, társadalmilag pedig emberi környezetként tükröződik: a lélek nem a semmibe megy és nem senkik közé... A temetőbe testét tudatosan az elhunyt rokonokkal egy helyre temetik...

A paraszti létbiztonság-keresésnek, szerintem, ez is megrendítő példája: egy életfelfogás, életfilozófia egységes és következetes jelenléte még a túlvilági szférában is.” (Balázs 1995: 285.)

A véges időszemléletre áttért emberek egy deszakralizált világban élnek. Számukra csak az valóságos, amit érzékszerveikkel vagy műszereik segítségével megtapasztalnak. A világ e profán megközelítése gyökeresen megváltoztatta az emberek mindennapi életét. A végtelen térből és időből egy önmaguk által korlátozott és szűkre szabott térbe és időbe kerültek.

Ennek az időbeli „bezártságnak” az egyik jellegzetes tünete a korunk betegségének tartott rohanás, kapkodás, sietség, amelyet számos lelki és testi betegség kiváltó okai között tartanak számon az orvosok és a pszichológusok. Számos pszichológus a szűkre szabott tér és idő szorításából való kitörési kísérletnek tartja a narkotikumok elterjedését is. (Erre utal az ezen a területen használatos „utazás” kifejezés is.) De a leszűkült tér és időkorlátok tágításának legújabb módja, a „virtuális világ”-ban való kalandozás is ide sorolható. Számos más, e zárt világból való kitörési kísérletet ismerünk, amely mind arra utal, hogy – ahogy C. G. Jung ezt megfogalmazta – az ember a végtelenre nyitott lény.

A véges időszemléletet elfogadó és követő emberek számára rémisztő, félelmetes lesz a halál, amely után a teljes megsemmisülés vár rá. Ez a halálfélelem igen erős ösztönzést jelent arra, hogy a leszűkített időtáv határait minél messzebbre kinyújtsák. Ezért tölt be olyan fontos szerepet tudományos kutatásokban, az orvosi gyakorlatban és a modern emberek életében is az élet meghosszabbításáért folytatott küzdelem. Mindezek tovább növelik és erősítik a modern társadalmak életében egyre súlyosabb zavarokat okozó halálfélelmet.

A kérdés jelentőségének növekedésére utal, hogy egy ezzel foglalkozó új tudományág is kialakult.

„Napjainkban a tanatopszichológia már kiterjedt tudományággá vált. Kutatja a halálfélelem összetevőit és megnyilvánulási formáit, a haláلتudat és az egyéni halálkép kialakulásának, fejlődésének folyamatát, a haldoklás és a gyász pszichológiai hátterét, a haldokló és hozzátartozóik támogatásának lehetőségeit (mind a betegség, mind a gyász időszakában), valamint a haldoklók és gyászolók professzionális támogatását végzők mentálhigiénés védelmének módszereit.” (Pilling 1999: 1.)

A modern társadalmak népesedési folyamataira a szakrális szempontok háttérbe szorulása komoly hatást gyakorol. S bár az élet meghosszabbításáért folytatott küzdelmek egyre eredményesebbek, az ilyen jellegű kutatások eredményei szerint a félelemérzetet nem csökkentik.

„... még sajátosabb színezetet kap a halállal kapcsolatos csaknem általános rettegés és a legtöbb emberben szinte generalizált halálfélelem, mivel ezek befolyásolják az orvosoknak/egészségügyi dolgozóknak a mulandósággal kapcsolatos emberi és professzionális attitűdjét is.” (Temesváry 1996: 1420.)

Jól ismertek azok a küzdelmek, amelyeket az orvosok folytatnak a halálos betegek életének meghosszabbításáért. S számos beteg minden anyagi áldozatra hajlandó azért, hogy életét meghosszabbítsák. S a hozzátartozók is úgy érzik, ez a kötelességük. Ilyen krízishelyzetben a deszakralizált létszemlélet nem nyújt igazi segítséget. Talán az egyetlen viselkedési minta, amit kínál, az orvosi segítség, a különleges gyógyító eljárások keresése. Eközben nem is gondolva arra, hogy mindez rövid időn belül felemésztheti mindazt az anyagi tartalékot, amit a beteg és családja egész élete során összegyűjtött, s hogy ezáltal meny-

nyire megnehezítheti utódainak életét. A véges időszemlélet folyamatos terjedésével, majd a XIX. században egy paradigmaváltást követően „domináns”, „uralkodó” helyzetbe kerülésével ez már társadalmi szintű változásokhoz vezetett. Egyre többen szeretnék saját és családtagjaik életét meghosszabbítani. Ennek az erős társadalmi elvárásnak az orvostudomány igyekszik megfelelni, ami – több más tényező mellett – hozzájárul ahhoz, hogy a születéskor várható élettartam emelkedik, a születések száma pedig ennek következtében csökken.

„Bár sokan azt gondolják, hogy az orvos feladata mindig is az volt, hogy az élet bármi áron való megőrzésére törekedjék, és ezért soha nem volt szabad egyetlen lehetséges kezelésről sem lemondania, valójában ez a felfogás jellegzetesen modern. Az ókori görög medicinában nincs nyoma... nem véletlen, hogy a halál minden lehetséges eszközzel való elkerülése, illetve az élet minden eszközzel megkísérelt meghosszabbítása éppen akkor lett a legfőbb erkölcsi parancs az orvosok számára, amikor a vallásos gondolkodás elterjedtsége csökkenni és a túlvilági életbe vetett hit tünedezni kezdett. A bármi áron való kezelésre törekvés tehát egy tradíció nélküli modern sajátság.” (Kovács 1997:396.)

Az időszemléletben bekövetkezett paradigmaváltás következményei megváltoztatták a korfa formáját: a felső része „megerősödött”, az alsó része jelentősen „meggyengült”, a hosszú távú stabilitása pedig folyamatosan gyengül. S ha az ilyen irányú törekvések nemcsak néhány családban, vagy szűk csoportokban terjednek el, hanem – mint ahogy az történt a XIX. és főleg a XX. század folyamán – általánossá válnak, akkor ez már nemcsak az adott család utódainak, hanem az egész társadalom jövőjét fenyegeti.

Mindezek alapján a következő összefüggést fogalmazhatjuk meg: ha a végtelen időszemlélet és azt képviselő társadalmi csoportok és intézményrendszer helyett a véges időszemlélet és azt képviselő társadalmi csoportok és intézményrendszer kerülnek „domináns”, „uralkodó” helyzetbe, akkor ez olyan változásokhoz vezet egy társadalom életében, amely e társadalom fennmaradását hosszútávon lehetetlenné teszi.

Hivatkozások

Andorka Rudolf (1987): *Gyermekszám a fejlett országokban. Gondolat, Budapest.*

Andorka Rudolf (1988): A magyarországi népesedési tendenciák gazdasági és társadalmi következményei és a népesedéspolitika lehetőségei. *Szociológiai Műhelytanulmányok* 10. Budapest.

Andorka Rudolf (1994): Népesedési problémák – világméretben, Európában és Magyarországon. *Magyar Tudomány*, 8. sz. 944–958.

Andorka Rudolf (1997): *Bevezetés a szociológiába.* Osiris Kiadó, Budapest.

Antal Z. László (1991): Jobb ha nem tudjuk? A magas halandóság oka-iról. *Ökotáj*, 1. sz.

Antal Z. László (1994): A magas halandóság okai a volt szocialista országokban. In: *Magyarország átalakulóban.* Budapest, Népjóléti Minisztérium. 211–221.

Antal Z. László (2000): Népesedési folyamatok és az európai kultúra jövője. In: Spéder Zsolt–Tóth Pál Péter (Szerk.): *Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére.* Andorka Rudolf TT-Századvég Kiadó, Budapest. 307–322.

Antal Z. László (2000): Hogyan oldhatók meg a népesedési problémák? *Magyar Nemzet*, április 27.

Aries, Philippe (1999): A halál iránti attitűdjeink. A fejlődés főbb álmásai és értelmezése. In: Pilling János (Szerk.): *A halál és a haldoklás kultúranropológiája.* SOTE KODK, II/1–14, Budapest.

Baji Lázár Imre (2000): Mária-felejtés. *Kortárs*, 1. sz.

Balázs Lajos (1995) *Menj ki én lelkem a testből. Elmúlás és temetkezés Csíkszentdomokoson.* Pallas-Akadémia, Csíkszereda.

Balázs Lajos (1999): *Szeretet fogott el a gyermek iránt. A születés szokásvilága Csíkszentdomokoson.* Pallas-Akadémia Könyvkiadó, Csíkszereda.

Bálint Sándor (1943): *Sacra Hungaria.* Veritas, Szeged.

Beck, U. (1986): *Risikogesellschaft.* Suhrkamp, Frankfurt.

Bosnyák Sándor (1998): *Visszasírás. A parasztság halálközeli élmé-*

neyei. *Kharón Thanatológiai Szemle*, tavasz, 45–75.

Coleman, D. A. (1982): Konvergencia és divergencia az európai népesedési mintákban. *Demográfia*, 2–3. sz.

Coleman, D.A. (1998): Konvergencia és divergencia az európai népesedési mintákban. *Demográfia*, 2–3. sz.

Lehrer, Evelyn L.(2004): Religion as a Determinant of Economic and Demographic Behavior in the United States. In: *Population and Development Review* 304, 707–726, december.

McQuillan, Kevin (2004): When Does Religion Influence Fertility? In: *Population and Development Review* 30/1 25–56, március.

Cseh-Szombathy László (2000): Lehorgasztott fejjel? A magyar peszsimizmusról. Válaszok Solymosi Frigyes körkérdésére. *Magyar Tudomány*, 1. sz.

Cseh-Szombathy László (2000b): A család változása XX. század második felében. In.: *Család és társadalom*. Budapest, Miniszterelnöki Hivatal, 31–38.

Cseh-Szombathy László–Tóth Pál Péter (Szerk.)(2001): *Népesedés és népesedéspolitiká*. Századvég Kiadó, Budapest.

Daróczi Etelka (2000): Az idősek halandósága Magyarországon, 1954–1999. In: Daróczi Etelka–Spéder Zsolt (Szerk.) *A korfa tetején*. KSH NKI, Budapest.

Daróczi Etelka–Spéder Zsolt (Eds.) (2000): A korfa tetején. *KSH NKI Kutatási jelentések*, 64. Budapest.

Darvas Ágnes–Tausz Katalin (2001): Gyermekszegénység és családtámogatás. *Eszmélet*, 49. 46–64.

Dorbritz, J. (2001): Europäische Fertilitätsmuster. Reviewed by: Sz.G.S. *Demográfia*, 1–2 sz. 153–154.

Durkheim, Émile (1982): *Az öngyilkosság. Szociológiai tanulmány*. Közgazdasági és Jogi kiadó, Budapest.

Eiben Ottó G. (1998): Growth and maturation problems of children and social inequality during economic liberalization in Central and Eastern Europe. In: *Human Biology and Social Inequality*. (Eds.): S. S. Strickland–P. S. Shetty. Cambridge, Cambridge University Press, 76–95.

Eliade, M (1996): *A szent és a profán*. Európa Könyvkiadó, Budapest.

Endreffy Zoltán (1993): Gondolatok az ökoetikáról. *Liget*, 4. sz.

Evola, Julius (1997): *Lázadás a modern világ ellen*. Kötet Kiadó, Budapest–Nyíregyháza.

Feyerabend, Paul (1994): A tudomány egy szabad társadalomban. *Replika* 13–14, június.

Gyenei Márta (2000): Lehetne rosszabb is. A rendszerváltó évtized népesedési helyzete. In: Spéder Zsolt–Tóth Pál Péter (Szerk.): *Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére*. Andorka Rudolf TT-Századvég Kiadó, Budapest. 323–334.

Hablicsek László (1992): A magyarországi demográfiai átmenet vizsgálata. *KSH NKI Kutatási jelentései*, 42, Budapest.

Hablicsek László (2000): *Demográfiai forgatókönyvek, 2000–2050*. KSH NKI, Budapest.

Hablicsek László (2001): A népességreprodukció alakulása a 20–21. században. *KSH NKI Kutatási jelentései*, 68. Budapest.

Hablicsek László–Monigl István–Vukovich György (1985): A magyarországi népességfejlődés keretei és jövőbeni lehetséges irányai, 1880–2050. *KSH NKI Kutatási jelentései*, 26. Budapest.

Hablicsek László–Tóth Pál Péter (2000): A nemzetközi vándorlás szerepe a magyarországi népesség számának megőrzésében 1999–2050 között. *Demográfia*, 43. évf., 1. sz. 11–46.

Hamvas Béla (1996): *Scientia sacra* I.,II.,III. Medio Kiadó, Szentendre.

Hanslówka, Harald (1992): A felnőttkori halandóság néhány aspektusa a fejlett országokban. *Demográfia*, 2. sz.

Hegedűs Katalin (1998): Súlyos állapotban levő és haldokló daganatos betegek betegségtudata. *Kharón Thanatológiai Szemle*, tavasz, 13–32.

Hegy Gyula (2001): Gyermekszegénység a gazdag országokban. *Eszmélet*, 49. sz. 4–15.

Holczer Gábor–Simon Angéla (2001): Készül a második munkanélküli generáció. *Eszmélet*, 49. sz. 16–37.

Józan Péter (1994): Epidemiológiai válság Magyarországon a kilencvenes években. *Statisztikai Szemle*, 1–2. sz.

Józan Péter (2000): A századvég népesedési viszonyai Magyarországon. In: Spéder Zsolt–Tóth Pál Péter (Szerk.): *Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére*. Andorka Rudolf TT-Századvég Kiadó, Budapest, 335–361.

Jung, C. G. (1995): *Gondolatok az életről és a halálról*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.

Jung, C. G. (1995): *Gondolatok a vallásról és a kereszténységről*. Kossuth Könyvkiadó, Budapest.

Kamarás Ferenc (1995): Európai termékenységi és családvizsgálat Magyarországon. *Demográfia*, 4. sz. 309–339.

Kamarás Ferenc (2001): Családalapítás és gyermekvállalás az 1990-es években és az ezredfordulón. *Demográfia*, 1–2. sz. 44–73.

Károlyi György (1990): A halott-vizsgálati bizonyítványok és a boncjegyzőkönyvek morbiditási információtartalma. *Statisztikai Szemle*.

Klinger András (1992): Népesedési folyamatok Magyarországon az 1980-as években. *Statisztikai Szemle*, Nos. 4–5. sz. 325–348.

Kohler, Hans-Peter (2001): Introduction. *European Journal of Population*, No. 17.

Kopp, Mária–Skrabsky, Árpád (1995): *Magyar lelkiállapot*. Végeken Kiadó, Budapest.

Kovács József (1997): *A modern orvosi etika alapjai*. Medicina, Budapest.

Kuhn, Thomas (1984): *A tudományos forradalom szerkezete*. Gondolat, Budapest.

Kunt Ernő (1981): *A halál tükrében*. Magvető Kiadó, Budapest.

Lakner Judit (1993): Halál a századfordulón. *História*.

Láttuk-e, hogy jön? (A társadalomtudományok sikerei és kudarcai a kelet-európai átalakulásban.) (1991) T-Twins Kiadói és Tipográfiai kft., Budapest.

Lehrer, Evelyn L. (2004): Religion as a Determinant of Economic and Demographic Behavior in the United States. In: *Population and Development Review* 304, 707–726, december.

Losonczi Ágnes (1988): Bevezetés. In: Hanák Katalin (Szerk.): *I. Terhesség – szülés – születés*. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

Losonczi Ágnes (1991): Az új élet kihordása: szülés, születés. In: Hanák Katalin (Szerk.) *Terhesség – szülés – születés*. II. (Pregnancy – Delivery – Birth) MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest. 5–39.

Losonczi Ágnes (1995): *Az öregek sorsa a váltakozó múltak jelenidejében*. „Esély” Közösségfejlesztő és Családsegítő Szolgálat, Budapest.

Makara Péter (1992): Paradigmaváltás az egészségügyi gondolkodásban. In: *Leltár*. MTA Szociológiai Kutató Intézet, Budapest.

McKeown, Thomas (1976): *The Role of Medicine*. The Nuffield Provincial Hospital Trust, London.

McQuillan, Kevin (2004): When Does Religion Influence Fertility? In: *Population and Development Review* 30/1, 25–56. március.

Mellár Tamás(2002) A népességfogyás néhány közgazdasági aspektusa. *Demográfia*, 1. sz.

Miltényi Károly (2000): A népesség öregedése Magyarországon és Hollandiában. Európai perspektíva. *Demográfia*, 1. sz. 187–194.

Morgan, S. Philip–Rosalind Berkowitz King (2001): Why Have Children in the 21st Century? Biological Predisposition, Social Coercion, Rational Choice. *European Journal of Population*, 17. sz.

Neményi Mária (2000): Deprivált családok gyermekei – ahogy a védőnők látják. In: Spéder Zsolt–Tóth Pál Péter (Szerk.): *Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére*. Andorka Rudolf TT-Századvég Kiadó, Budapest. 290–306.

Okolski, Marek (1991): Mortality Differences between East and West. In: *European Population Vol. 2.: Demographic Dynamics*. European Population Conference, Paris, October 21–25.

Pauka Tibor (1992): Demográfia. In: Neszner János (Ed.): *Az egészség-tan alapjai*. OTE, Budapest.

Pauka Tibor (1993): *Tanulmányterv a volt szocialista országok halandóságának és életkilátásának jellemzéséről*. (Kutatási beszámoló).

Pilling János (1999): A gyász lélektana és a gyászolók segítése. In: Pilling János (Szerk.): *A haldoklás és a gyász pszichológiája*. SOTEKODK, VIII/1–14, Budapest.

Pilling János (1999): A halállal kapcsolatos attitűdök a filozófiában. In: Pilling János (Szerk.): *A halál és a haldoklás kultúrantropológiája*. SOTE KODK, IV/1–12, Budapest.

Pilling János (1999): A halál elő- és utóélete. Halálközeli élmények. In: Pilling János (Szerk.): *A halál és a haldoklás kultúrantropológiája*. SOTE KODK, VII/1–14, Budapest.

Polcz Elaine (1998): *Ideje a meghalásnak*. Pont Kiadó, Budapest.

Pooling Project Research Group (1978): Relationship of blood pres-

sure, serum cholesterol, smoking habit, relative weight, and EEG abnormalities to incidence of major coronary events: Final report of the Pooling. *Journal of Chronic Disease*, 31. 201–306.

Replacement Migration. Is it a solution to declining and ageing populations? (2001) United Nations, New York. (www.un.org/esa/population/publications.htm.)

Róheinn Géza (1925): *Magyar néphit és népszokások*. Athenaeum Irodalmi és Nyomdai R.T., Budapest.

S. Molnár Edit–Dobossy Imre (2000): „Tradíciókövető” és „modernizálódó” szemléletmód a rendszerváltozás után jelentkező családi problémák érzékelésében. In: Spéder Zsolt–Tóth Pál Péter (Eds.): *Emberi viszonyok. Cseh-Szombathy László tiszteletére*. Andorka Rudolf TT-Századvég Kiadó, Budapest, 80–100.

Schwarz, Karl (2001): 2000. évi jelentés a németországi demográfiai helyzetről. *Demográfia*, 3–4. sz. 175–226.

Spéder Zsolt–Monostori Judit (2001) *Mozaikok a gyermekszegénységről*. KSH NKI, Budapest.

Summer, W.G. (1986): *Népszokások*. Gondolat, Budapest.

Szívós Péter–Tóth István György (1998): A jóléti támogatások és a szegénység Magyarországon. TÁRKI, *Társadalompolitikai tanulmányok* 5. Budapest.

Tárkányi Ákos (2002): A családpolitika változásának hatásai a termékenységre Közép-Európában. *Demográfia*, 1. sz. 48–79.

Temesváry Beáta (1996): A halálfélelem néhány sajátos aspektusa. *Orvosi Hetilap*, 26. sz. 1419–1424.

Tóth Pál Péter–Valkovics Emil (2002): Népesedési helyzetünk. *KSH NKI Kutatási jelentések* 72. Budapest.

Újszövetségi Szentírás. (1994) Bencés Kiadó, Pannonhalma.

United Nations Expert Group Meeting on Policy Responses to Population Ageing and Population Decline (2001), New York 16–18 October 2000. (Population Division, Department of Economic and Social Affairs, United Nations Secretariat, July.)

Weber, Max (1982): *A protestáns etika és a kapitalizmus szelleme*. Vallásszociológiai írások. Gondolat, Budapest.

