

## TANUMÁNYOK

### A KÓRHÁZI ÉS A RENDELŐINTÉZETI SZERVEZET ALAPHATALMI SZERKEZETE\*

JÁVOR István

ELTE Szociológiai Intézet  
H-1088 Budapest, Pollack M. tér 10.; e-mail: h6503jav@ella.hu

**Összefoglaló:** A szervezetszociológia különböző szervezeti típusokat különít el. A leggyakrabban alkalmazott elkülönítés, a termelő szervezetek (gyár) és a bürokrácia, megkülönböztetése. Ezeknek a szervezeteknek a különbségei és hasonlóságai jól ismertek, a szervezeti viselkedés, az emberi viszonyok, a munkaszervezet és irányítás, stb. terén. A szerző a szervezetek hatalmi struktúrájával foglalkozik, és ehhez kapcsolódva a hatalmi konfliktusokkal, hatalmi kultúrával, hatalmi játszmákkal. Hatalmi szempontból nézve, a termelő szervezet és a bürokrácia mellett más olyan szervezeti típusok is vannak, amelyek rendkívül fontosak mind a szervezetek világában, mind pedig a szervezeti kapcsolatok, hálózatok megértésében. Ilyen például a bíróság, kórház, felügyeleti szervek és hatóságok, szociális ellátó szervezetek, ügyészség, rendőrség, stb. sajátos hatalmi szerkezete és viselkedése. Ezek nélkül a szervezeti kapcsolatok és hálózatok működése sem érthető meg. Előző tanulmányomban (Felelőtlen szervezetek, Szociológiai Szemle, 2004, 2.) a felelőtlen szervezettípus sajátosságait elemeztem, ezen belül is részletesebben bírósági szervezetet. Jelen tanulmány a kórházak és részben a rendelőintézetek hatalmi struktúrájának alapjait tekinti át, vagyis az alaphatalmi struktúrájukat. Ezzel rámutat azokra az alapvető hatalmi jellegzetességekre, amely ezt a szervezeti típust jellemzi.

**Kulcsszavak:** egészségügy, szervezetszociológia, hatalom, konfliktus, kockázat, beteg, szervezeti viselkedés, kórház, döntés

A tanulmány a kórházak, és egyes pontokon a rendelőintézetek hatalmi szerkezetét mutatja be. Fő célja az, hogy az általános szervezeti megközelítésekkel szemben rámutasson azokra a sajátosságokra, amelyek e szervezeteket és hatalmi rendszerüket elkülönítik más szervezeti típusoktól. Nem összehasonlító tanulmányról van szó, hanem az egészségügyi szervezetet sajátos hatalmi szerkezetét – alaphatalmi struktúráját – mutatja be. Az elméleti tanulmány mai hazai példákon keresztül fejti ki szervezeti hatalmi koncepcióját. Előző tanulmányunkban megkezdett törekvés folytatásáról van szó, melyben a bírósági szervezet hatalmi szerkezetét vázoltuk fel (Jávor 2004d).

\* Készült az Antal Z. László által vezetett *Helyzetelemzés a gyógyítás és a gyógyulás jelenlegi és jövőbeli lehetőségeiről* című kutatás keretében, Jávor István, Rozgonyi Tamás: *A szakorvosi rendelőintézet és a kórházi szervezet hatalmi szerkezete* c. tanulmányra alapozva.

### KINEK AZ ÉRDEKÉBEN MŰKÖDIK A SZERVEZET?

Minden szervezet elemzésénél – álláspontunk szerint – Blau és Scott (1962) szervezeti tipológiájából kell kiindulni. E megközelítés szerint, a szervezetek működését, viselkedését elsődlegesen annak alapján kell elemeznünk és megértenünk, hogy mi a szervezet rendeltetése. Másképpen fogalmazva: *kinek az érdekében* működik a szervezet?

E szerint megkülönböztetünk tulajdonos érdekében (pl. gazdasági vállalkozás), szervezeti tagok érdekében (pl. szakszervezet), kliensek érdekében (pl. kórház, iskola) és osztálytársadalom érdekében (pl. rendőrség, hadsereg) működő szervezeteket. Természetesen ez a tiszta kategorizálás csak modellszerű, hiszen egy rendőrkapitányság például egyszerre tartalmaz osztálytársadalmi elemeket, és a kliensi szervezetre (adott településen élők) jellemző tulajdonságokat is. A magánkórház is vegyes szervezet, hiszen profitorientált, de vannak benne természetes módon kliens orientált elemek is. Az elsődleges elemzési szempontok azonban egyáltalán nem jelentik azt, hogy a szervezetek ezek szerint működnek. Tudjuk, hogy a tag érdekében működő szervezetekben sokszor egy kis csoport veszi át a hatalmat (Michels 1966), a tulajdonos csak nehezen tudja ellenőrizni a menedzsmentet (Voszka 2000).

A kliens érdekében működő szervezetek pedig sokszor jelentősen elszakadnak rendeltetésüktől, akár bürokráciáról van szó (Blau 1955), akár kórházakról (Abernathy–Pralhad 1976).

A kliens érdekében működő szervezet elemzését tehát a kliens oldaláról indítjuk. Az egészségügyi szervezet (leginkább tanulmányunk a kórházra és a szakrendelő intézetre vonatkozik) alapításának célja a betegek diagnosztizálása, orvosi kezelése és gyógyítása. Ebből a szempontból nézve maga a szervezet értelmezhetetlen a klientúra nélkül. A szervezetnek minden tevékenysége közvetlenül a klientúrára vonatkoztatott. (Természetesen ez így nem pontos, hiszen a szakmai képzéssel, a bérelszámolással stb. kapcsolatos tevékenységekről ez nem mondható el, de nem e tevékenységeken keresztül lehet az egészségügyi szervezetet megérteni.)

A kliens érdekében működő szervezet minden megértését, elemzését e megközelítés alapján kell elvégezni. Nem másodlagos kérdés a gazdaságosság, az orvosok motiváltsága, de ebből a szempontból nézve eszközjellegű elem. Vagy azt kell tudomásul venni, hogy az adott cél érdekében legjobb megoldás mellett a leghatékonyabb eszközöket kell igénybe venni. Vagy azt kell tudatosítani, hogy egyéb célok – mint az utóbbi időben a finanszírozási, politikai, és kiemelten helyi politikai – előtérbe kerülése az alaprendeltetést szoríthatja hátrább. Vagyis elvileg – de gyakorlatilag is mérhető következményei vannak.

Az alapkérdés – kinek az érdekében – mellett legalább ilyen fontos szembenézni azzal a ténnyel, hogy *milyen mechanizmusok* biztosítják azt, hogy a beteg érdekében működjön a szervezet. Nyilván itt az orvosképzés kultúrája, a kialakult intézeti irányítás klasszikus – mára bizonyos mértékig oldódó tekintélyuralmi, gyakran despotikus módja is csak kis részben a beteg érdekében működteti a szervezetet – ez inkább csak következmény – sokkal inkább, átvéve Weber (1967) jogászokra kidolgozott fogalmát, hivatásrendi viselkedés alakult ki. A mai egészségügyi intézetekben – egyes esetenként több-kevesebb sikerrel megjelenő, és az érdektárgyalásokon is résztvevő betegszervezetek kivételével – ilyen mechanizmus kialakítására intézményes törekvé-

sek meg sem jelentek. Sőt, ennél több is igaz, az, hogy a legújabb kormánykoncepció alapján az egész ellátó rendszer irányítására profitérdekelt cégeket kívánnak bevonni, még aggasztóbbá teszi a helyzetet. Májig nincs intézményes törekvés e mechanizmusok kiépítésére. Az egyedüli kórházi ombudsmani rendszer pedig működésképtelen, teljesen más koncepció és szabályozás alapján kellene kialakítani. Ma csak egy igazi funkciója van, legitimálja a nem létezőt. Ehhez eszközei vannak, például a szervezetben meglévő rendszeres problémák egyedivé transzformálása, ezzel a szervezeten belülről kialakult gyakorlatát védi, a változtatás helyett (Perrow 1985).

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 kontrol megközelítést a tulajdonostól és a finanszírozótól kell indítani. Az önkormányzatnak ellátási kötelezettsége van. Ez azonban az önkormányzatnál sajátosan érvényesül. Ellentétben sok egyéb szervezettel, az önkormányzat tipikusan érdeknélküli szervezet (általános érdekei és céljai vannak, amelyek megfoghatatlanok). Ennek szervezetszociológiai kifejtésére nem vállalkozunk. Azonban ez abba a szervezetelméleti kérdéscsaládba tartozik, amit a társadalmi szerződés elméletének neveznek. A szervezeti cél és érdek a résztvevők érdek és hatalmi küzdelmeinek aktuális kimenetele. Amit látunk tehát a politikai csatározások egyik eszközjellegű területe. Felhasználható a választási csatákban. Emellett a befolyásos körök természetesen szeretnének megfelelő ellátáshoz jutni, amely cél tekintetében csak a megoldások módosultak a rendszerváltás óta, a törekvések nem. A tulajdonos, tehát csak a politikai célok mentén kezeli eszközként az egészségügyet. Ez sem kevés, csak kiszámíthatatlan. Ha egy hatalmi erőterben az egyik szereplő már eszközzé tud válni, egy státus azokhoz képest, amelyek még erre sem valók. (Hatalmi erőter: a különböző hatalommal rendelkező szervezetek által kifizetett társadalmi erőter, mint amely a hatalmi játszmák színtere). 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 erőterből nézve a koncepció világos. Aki ezt meg tudja csinálni, politikai tőkét nyer, és megszabadul egy feladattól. 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. Májig nem tudott megfelelően működni, és tervezhető finanszírozási rendszert létrehozni. A gyógyszerlobbi ügyét kezelhetetlen számára, mint az egyéb beszállítók kezelése. Alapvető megközelítése, országos szemléletű. Ez azt jelenti, hogy elvileg a rendelkezésre álló pénzek gyógyítási célú, költséghatékony felhasználását kellene biztosítani. Ez azonban bizonyos pontokon ellentmond az intézményi és orvosi munkának. Adott szűk pénzügyi keret mellett elvileg azokat a támogatásokat kellene előnyben részesíteni, amelyekkel a legnagyobb egészségjavulás, vagy megőrzés érhető el. Egy beteg szempontjából azonban nem megnyugtató döntés az, hogy azért kell rosszabb ellátást kapnia, drágábban megvennie a gyógyszert, mert valaki más meggyógyítása költséghatékonyabb, vagyis nagyobb egészségjavulás érhető el ott, mint nála.

Ez a megközelítés sem működik azonban megfelelően, és a jelenlegi kórház-finanszírozási rendszer pedig még kevésbé tudja leképezni. Ezért a privatizáció jelenik meg ismét, mint megoldási javaslat. Abból kiindulva, hogy általában a bürokráciák kevésbé képesek ellenállni a túl erős piaci szereplők nyomásának, most részben ki próbálnak lépni a rendszerből. Ezzel piaci profitorientált szereplők közötti hatalmi harc lesz a hatalmi erőter új tervezett szegmense. Vagyis a tulajdonos után az állami biztosító is részlegesen kivonulni készül. Az eddig használt eszközei elégtelenek, piac és szolgáltató szervezési tevékenysége tizenöt év sikertelenség után (a leépítés, és megszorítás nem rendszer átalakító, és nem is működésoptimalizáló tevékenység), úgy tűnik, feladja pozíciójának egy részét. Vagyis nyomásgyakorló környezeti szereplőként rossz pozíciót ért el mind a szervezés, mind a finanszírozás, mind az ellenőrzés, mind a biztosítói szolgáltatás területén.

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 működő vállalkozások szabadon törtek be a piacra, és vásároltatják meg termékeiket. Hasonlóan például az orvos továbbképzés piacát is kézben tartják az üzleti vállalkozások. A gyógyszerkipróbálás területén a betegeket biztosító orvosok megvásárlása, és a betegekkel való üzletelés is a rendszer régi működésének megbolygatását, a szervezet belső viszonyainak megbontását, esetenként szétverését eredményezte, és az egészségügyi szervezetek olyan mérvű befolyásolását alakította ki, amely már irányíthatósági kérdéseket is felvet. Jellemző, hogy például a háziorvosi és intézeti rendelők munkáját rendszeresen és agresszívan zavaró orvos látogatókat jogszabállyal kellett ettől eltiltani (Aldrich 1979; Friedson 1963).

Tovább is lehetne nézni azokat a szereplőket, akik kontrolálják a kórházak és rendelőintézetek működését (Vince 1993). Izgalmasabbnak tűnik azonban a másik feladat, hogy kik nem kontrolálják ezt a *hatalmi erőteret*. Etzioni (1961) klasszikus tipológiája szerint, vannak gazdasági alapon működő, kalkulatív szervezetek, kényszereszközöket használó szervezetek, és értékeken alapuló normatív szervezetek. Ha az egészségügyi szervezeteket tekintjük, ezek normatív szervezetek. Egy hatalmi erőterben azonban csak akkor jelenik meg a normatív cél, ha ezt képviselő szervezetek is jelen vannak. Ezt azonban nem látni. Hiányoznak tehát a hatalmi erőter egyes szereplői – vagy nagyon gyengék –, sőt egy részük nem is intézményesült, vagyis érdekhordozó sem lehet. Vannak egyes betegségekre betegszervezetek (habár többükbe már befolyásoló hatást fejtenek ki az üzleti vállalkozások) – de a kliensek érdekvédelme, és az ügyfelek érdekeinek megtestesítői hiányoznak (ügyfél: a szervezettel kapcsolatba került kliens). Hiányoznak a szakmai nyomásgyakorló és ellenőrző szervezetek, amelyek ne engednék meg azt, hogy egyes intézmények szakmai tudása bizonyos szint alá süllyedhessen, biztosítanák a korszerű tudás és eljárások (eszközként még azt sem nézik elég olvasottak-e a az orvosok, járnak-e fontos folyóiratok) meglétét és alkalmazhatóságát. A szervezeti működés szervezettsége is kívül esik minden kontrolcsoport területén.

Talán két olyan egyszerű példát íránk le, amely mutatja a mai helyzetet. Az EU előírások szerint minden olyan boltot, és étkezdét be kellene zárni – a fogyasztóvédelemnek pedig súlyosan büntetni –, amely olyan körülmények között adná és tárolná az

ételeket, mint a kórházak. A másik példa rendelőintézeti. Beteg áll az ajtó előtt. Nem tudja, azért áll-e mert van bent beteg, vagy mert fél órája elfelejtettek kinézni. Ha bekopog sokszor durván rákiabálnak. Ilyenkor a beteg kér elnézést – nem a nővér vagy orvos. Mennyibe kerülne a fenti kérdések megoldása. Semmibe, csak éppen senkit nem érdekel. Pontosabban a rendkívül aszimmetrikusan működő hatalmi erőter egyetlen beteg – kliens – probléma kezelésére sem alkalmas, még a legegyszerűbbekére sem.

Hatalmi erőterben csak az működik, aminek hatalmi erővel rendelkező intézményesített érdekhordozója van. Ezt jogszabályokkal nem lehet pótolni. A szervezet pedig belső struktúrájában felveszi a „*hatalmi erőter formáját*”, igazodik hozzá. Ez pedig alapvetően a szervezet, mint hatalmi gépezet (Jávor 1983) jellemzőitől függ. Ennek áttekintésére a tanulmány későbbi részeiben térünk ki. (Hatalmi gépezet felfogás lényege: a szervezeten belüli viszonyok minden lényeges jellemzője a hatalomgyakorlás és hatalmi játszmák elsődleges fontossága alapján magyarázható).

A kliens és a szervezet kapcsolata sajátos. A rendelőintézetben a kliens állva, a kórházban fekvé követi végig a folyamatot. Ez jelentős különbség a bürokratikus szervezetekhez képest (Jávor 2004b), ahol a kliens (a szervezettel való kapcsolatában: ügyfél) a szervezettel való kapcsolatba kerülés után, vagyis a „kapcsolati kapu” után már nem mehet tovább. A bürokrácia a feladat kezelését az outputig, jellemzően az ügyféltől függetlenül végzi el. Az ügyfél még követni se tudja a folyamatot. Ezzel szemben a kórház és a szakrendelő olyan szervezet, amelyben az *ügyfélen végzik el a feladatot* (vizsgálat, kezelés), vagyis az ügyfél a feladatkezelés folyamatának számos részét személyesen is követni tudja. Az már az ügyfél számára sem világos, hogy mely elemeket tudja követni és követi valójában. Például a napi vizit követése csak abban nyilvánul meg, hogy látja, a vizit megtörtént-e vagy sem. Arról már alig van elképzelése, hogy abban róla mit állapítottak meg, nehezen képes eldönteni, hogy a vizit egy orvosi megjelenés volt csupán, egy informálódás az állapotáról, vagy a kezelés megmaradásának, vagy változtatásának rutin döntési aktusa. Számos kórházban vagy az osztályvezető napi, vagy az intézetvezető heti vizitje képezi a kezelés megváltoztatásának döntési lehetőségét (vészhelyzet kivételével, habár nem egy súlyos baj, sőt halál is volt azért, mert vészhelyzetben is a beavatkozást az elsőszámú vezető monopolizálta). Azt sem látja és nem is, tudja felmérni a beteg, hogy a vizsgálat rutin-jellegű vagy érdemi, hogy szükséges vagy nem, hogy van-e elmaradt vizsgálat vagy beavatkozás. Vagyis az ügyfél feladatkövetése főként a formális lépések követésére szorul, a nagyon kevés és részleges tartalmi követés mellett.

Az ügyfél típusú szervezetek esetében az egészségügyi szervezetek abban is jelentősen különböznek a bürokráciáktól, hogy az ügyfél a folyamatból nem vonul ki. Ez azt jelenti, hogy még a bürokratikus szervezetekben az ügyfél nem követi a folyamatot, addig, a kezelés alatt az ügyfél jelen van, hiszen vele – és nem az iratokkal - történnek az események. Ez egyben egy olyan sajátosságot is jelent, hogy az ügyfél nem csak elszenvedi, hanem tűri, és ezzel beleegyezőleg tűri azt, ami vele történik, vagyis részes szereplővé válik. De ez leginkább passzív szerep, amivel azonban mégis *legitimálja az ellátást* – úgy tesz, mintha egyetértene vele. E miatt válik sokkal fontosabb kérdéssé a felvilágosítás, tájékoztatás, hiszen a beteg magatartása szervezeti és jogi definíció szerint: elfogadó. Miközben általában a beteg nem tudja igazán, hogy mi történik vele (a legjobb kezelést kapja-e, jól diagnosztizálták-e, stb.).

A rendelőintézetnél visszajár, a kórháznál bent fekszik. A bürokráciánál pedig vár az outputra. Ezért a kórházi ügyfél az életének az egészségügyi szervezethez kötődő szakasza jelentősebb részében kiszolgáltatott és passzív elfogadó, legitimáló (alvási, étkezési, pihenési, emberkezelési és bánási körülmények). Nem is beszélve arról, hogy a bent fekvés hossza és a gyógyulás minősége alapvetően kihat munkavégzésére, még a bürokratikus eljárás folyamatában dolgozik a munkahelyén. Ezért az egészségügyi szervezettel való kapcsolat jellege miatt is az ügyfél sokkal kiszolgáltatottabb.

A kiszolgáltatottság közismert nem csak a kórházak és rendelőintézetek, hanem általában a kliensorientált szervezetek irodalmában. Azonban ezt a fogalmat hatalmi tartalommal töltjük meg. A szervezeten belüli hatalmi erőter szereplői közötti viszony alapján fogjuk megragadni a kiszolgáltatottság tartalmát, és ebben az értelemben is használjuk. Általában az emberi kapcsolatok jelentős részében a kiszolgáltatottság jellemző elem, legalább az aszimmetria értelmében. Ha valaki vesz egy televíziót, kifizeti az árát, de csak a később tudja meg, jó-e és tényleg létezik-e a garanciális szerviz. Azonban a beteg kiszolgáltatottsága más jellegű. Bizalmat ad az orvosnak, azonban ez *kényszerbizalom*. Ahogy az ügyfél az ügyvédnek megadja a perben a bizalmat, amikor elveszti a pert, nem tudja, miért, mert ilyen a jog, mert elfogult a bíró, vagy éppen rosszabb volt az ügyvédje. Azonban az ügyvéd megkapta a pénzt. Vagyis a *kiszolgáltatottság* első dimenziója az, hogy a *hasznok és költségek hogyan oszlanak* meg, illetve a kockázatok hogyan jelennek meg. A betegnél lehet a haszon és a veszteség is, még az orvosnál a veszteség (leszámítva a műhibapert, vagy nagyon nagy botrányt) nem értelmezhető. Vagyis a konfliktus minden kapcsolat a hatalmi erőterben egyszerre kooperáció és konfliktus is (Jávor 2003b) kimenetele az egyes szereplőknél, a hatalmi erőterben, egyenetlen. Ez befolyásolja a szereplők viselkedését is.

A hatalmi meghatározás másik kérdése a *felelősség*. Hatalmi értelemben a felelősség azt jelenti, hogy ha valamilyen szereplőt érdeksérelem ér, akkor vizsontsérelemet tud okozni. A betegnek ez a lehetősége sem áll fenn. Ha például a szükségesnél jobban elhúzódik a kezelés, vagy nem megfelelő a tájékoztatás, felesleges vizsgálatokat végeztenek el rajta, stb., nincs lehetősége az ebből fakadó sérelmeket az ellátás során, vagyis az elsődleges konfliktusterepen helyrehozni, kompenzálni (az ombudsmani megoldás még erre sem képes).

Nincs olyan szervezet, amely garantálná azt, hogy a beteg ellátása megfelelő lesz. Vagyis nincs szakmai és szervezeti minőségbiztosítási rendszer (az ÁNTSZ ezzel kapcsolatosan legfeljebb a működési minimumot definiálja), azaz *túl sok szerencsejáték-elem* épül be a beteg kezelési folyamatba. Képtelen a szervezet eljárási folyamataiba beavatkozni, vagy legalább befolyásolni azokat. Vagyis egy olyan konfliktus játszma részese a hatalmi erőterben, amelyben igen sajátos módon, *még a konfliktusba sem képes általában belépni*. Panaszára sem figyel senki. Ezt csak erősíti a betegségtől való félelem, az orvosnak való kiszolgáltatottság. A közigazgatásban van másodfokú eljárás, majd a végén, közigazgatási bíróság. Az egészségügyben a kivizsgálási jog sincsen meg, a főorvos, vagy az intézet igazgató részéről, és az intézményesített jogi út sem létezik. (Természetesen bárki bármivel elmehet polgári bírósághoz.). Vagyis a panaszút, a kifogásolás, vagyis az elsődleges, másodlagos, harmadlagos konfliktusterek intézményesített kiépítése hiányzik.

Azonban a szervezetből kikerülve sincsenek utak a rendszerbe való beavatkozásra, vagy annak befolyásolására. Persze levelezhet. De még olyan szervezet, bürokrácia

sincs, ahova fordulhat. Vagyis a társadalmi beágyazottsága az egészségügyi intézményeknek (Antal 1995) alacsony, ebből a szempontból is. Egyszerűen mondván, nincs olyan ajtó, ahova be tudna eredményesen kopogni. Ezt a szervezetszociológiában sokszor úgy jelenik meg, hogy létezik-e szervezet, amely a szereplők közötti konfliktus feloldását finanszírozza. Nincs olyan intézményes mechanizmus – semmi sem kényszeríti az egészségügyi szervezeteket erre –, hogy az egyedileg megjelenő kérdések szervezeti hátterét megvizsgálja, és az esetleg mögötte meghúzódó szervezési, irányítási problémákat megoldja.

Vagyis a beteg beavatkozásra és befolyásolásra képtelen. A szervezeti változások hatalmi játszámájából kimarad. Ezen az elmúlt tizenöt év sem változtatott, még akkor sem, ha mára már a kérdés rendszeresen megjelenik a médiában is. Ezt a helyzetet súlyosbítja az a kiszolgáltatottság, ami a betegséggel, az ismeretlen szakmával, az érthetetlen szakmai nyelvezettel kapcsolatos. Ez az ügyféli státus hasonlít az ügyvédekkel való ügyféli viszonyhoz. A beteg, az ügyvédet megbízó aláír egy meghatalmazást, ahol az ügyet (szerződés, per, kezelés) kiadja a kezéből. A szakmai, nyelvezeti, eljárási tudások monopóliuma az orvos, a kórház, az ügyvéd kezében van. Az ügyvéd esetében sincs az ügyfélnek általában semmilyen elképzelése az ügy védhetőségéről, a szerződés jogi értelemben vett pontosságáról, miként sem az ügyvéd, sem az orvos felkészültségéről. Mindkét esetben a szakmai tudás (orvosi esetben a tudomány állása, és a betegség kezelhetősége), valamint az ügyféllel foglalkozó orvos vagy ügyvéd konkrét szakmai tudása és rutinja között különbség van, és sokszor ez igen jelentős. A szakma bizonyítható szabályainak betartása és a maximális szakmai gondosság és elérhető tudás, valamint a ténylegesen az ügyfél számára szolgáltatott ellátás különbsége általában nem elhanyagolható, de az ennek ellenére nem mérhető, kifelé pedig nem bizonyítható. Ez egyszerű esetekben meg sem jelenik, így a különbség például statisztikailag (tévedések) sem mutatható ki.

A kliens és a kórház el van választva egymástól. A tulajdonos vagy a tag érdekében működő szervezettel ellentétben a *kliens ki van zárva a szervezet életéből* (Friedson 1975). Nem léteznek olyan szervezeti mechanizmusok, amelyek alapján a szervezetben az érdekeit integrálni tudná. Nem véletlen, hogy a kórházi ombudsmanok intézményét is kívülről kell beépíteni a szervezetbe (mind a gazdasági szervezet féken tartására a munkavédelmi, vagy fogyasztóvédelmi hatóságokat).

## SZERVEZETI RACIONALITÁS

A szervezetek a racionalitás jegyében építik fel struktúrájukat, működésüket kialakítják, megszervezik folyamataikat. Ezt teszik az egészségügyi szervezetek is. Ebben a racionalításra való törekvésben külső és belső erőpozícióval rendelkező csoportok, szervezeti egységek és részlegek vesznek részt. Társadalomtudományi közhely, hogy általában vett racionális szervezet nem létezik. Ha például a kórház pénzügyi forrásait az ellátott betegek alapján kapja, akkor az érdeke az ellátott betegek megfelelő számának elérése úgy, hogy minél több beteg, minél kevesebb ellátásban részesüljön. Ha a fogadott személyek (betegek) száma alapján finanszíroznák a kórházat, akkor indokolt igénye lenne a lakosság állandó vizsgálata, szűrések folyamatos végzése. A teljesítmény-finanszírozás esetén a kórház a teljesítményekhez, vagy azok összegéhez

(megéri az adott munka vagy nem) igyekszik alkalmazkodni. Röviden: a racionális szervezeti cselekvés egyik összetevője a környezeti feltételrendszer, és az, hogy e feltételektől milyen mértékben függ. Ezt nevezzük *hatalmi vonatkoztatási rendszernek* (Jávor 1988), hiszen a cselekvést egy adott környezeti hatalmi erőter szereplőinek erőpozíciói és azok egymáshoz való viszonya határozza meg. Ahol erős a függés, ott a szervezet alkalmazkodik, és veszteségeket könyvel el (Evans, 1975; Pfeffer–Salancik 1977), ahol pedig tőle függenek környezeti szereplők, ott nyereséget szerez, vagy csökkenteni tudja veszteségét. A racionalitás azért egyrészt a külső függésekhez (OEP, tulajdonos) és nyomásgyakorló csoportokhoz (gyógyszergyárak, műszergyártók, szponzorok, betegszervezetek) való alkalmazkodás, másrészt a belső csoportok (orvos, nővér, szakmák stb.) érdekérvényesítő képességének függvénye.

De a szervezeti racionalitásra való törekvés nagymértékben függ a technológiától is. A technológia az egészségügyi szervezetben nem más, mint a szervezeten belül alkalmazott tudás, eszköz és személyek konkrét feladatvégzésre kialakított (kombinált) együttese, beleértve a technikai kapcsolódásokat és szervezési összekötéseket is. A technológia tehát a tevékenység elvileg egyértelműen meghatározott és szabályozott rendszere. A technológia szakirodalmi tapasztalatok szerint lehet feszes (futószalag) és laza (garbage can modell, pl. az oktatás, lásd Thompson 1967, MarchOlsen 1989). Az egészségügyi technológiát egy közepesen laza rendszernek tekintjük.

## RACIONALITÁS – ÖN-RACIONALITÁS

A szervezeti (így a kórházi és rendelőintézeti) technológia sajátosságaként tartjuk nyilván azokat a koordinációs és függőségi viszonyokat (Thompson 1967), amelyek a szervezetek hierarchikus felépítéséből adódnak. A beosztottak tevékenységét a felettes ítéli meg, vagy előre kidolgozott követelményrendszer, vagy pedig a saját maga által felállított normák alapján. Ez a függőségi helyzet lehet igen erőteljes, de lehet laza is. Ez nagyon gyakran személyfüggő módon alakul. Így monopolizálhatja például a beavatkozást az első számú vezető, vagy a hierarchikus felettes. Ami az együttműködési viszonyokat illeti elmondható, hogy a kórházi és rendelőintézeti szervezetekben az egyes részlegek (szakmák) kapcsolata és különösen egymástól való függőségük laza, gyenge, sőt esetleges, s ebben a szubjektív elemek felerősödhetnek. A partnerségi kooperációs viszonyok tényleges alakulását a szakmai érdekeltsérek és az informális kapcsolatok át- és átszűrnek (pl. mikor indikált egy betegség esetén a műtét, és mikor a gyógyszeres kezelés, lásd Antal 1996).

A kórház egészségének irányítása egy más jellegű rendszer, hiszen szinte teljesen független egységek, főorvosainak munkáját kell szervezetszerűvé tenni. Ezt a jelenlegi rendszer eddig képtelen volt általában megoldani, így az irányítás jelentősebb területe nem szakmai, hanem ellátási, pénzügyi és adminisztratív vonalon történik. E téren még arra irányuló törekvésekről sem hallottunk, hogy egységes szervezeti kultúra jöjjön létre, egységes betegirányítási rendszerek azonban már alakultak ki, részben a számítástechnikai fejlesztések során, de az orvos-szakmai kooperáció csak ezen a technikai-adminisztratív szinten ragadt meg. Ez is azonban jelentős előrelépés, hiszen legalább egy intézményen belül áttekinthető a beteg útja, kezelése, adatai.



A rendelőintézetek ma is alapvetően egyes orvosokra szétesett intézmények, amely egységek kontrolálatlanul működnek, még szakmai összhang minimuma sincsen meg (Goss 1969). Alkalmanként még olyan belső koordinációs problémák is jelentkeznek, hogy az egyik beteggel foglalkozó orvosok néhány hét múlva más rendelési rendben (délelőttös-délutános) dolgoznak, és ezért a visszatérő beteg egy műszak alatt már néhány hét múlva nem is tudja végiglátogatni ugyanazokat az orvosokat. Nem is beszélve arról, hogy az orvosok közötti helyettesítés is megoldatlan. Ugyanez igaz a gyermekorvosi rendelőkre, ahol az orvosok 2-2 órát rendelnek, de mindennap más időpontban. Az egyik orvos nem hajlandó fogadni a másik orvos betegét. Így a gyerek vagy szülei ki kell, hogy maradjanak a munkahelyről, iskolából, a legkisebb panasz esetén is (persze elmehetnek más orvoshoz is, ha elviselik az orvos kioktatását azzal kapcsolatban, hogy megnézhetné, ki mikor rendel, nem szívesen látja el, de most már...). Egyébként ezután kellene a beteg-orvos bizalomnak megjelennie. A rendelők tehát még a minimális belső kooperáció kialakításában is komoly hiányokkal bírnak. A szakmai munka ellenőrzése pedig csak azokból a papírokból lehetséges, amelyeket az orvosok gyártanak, és amelyek tartalma felett teljes kontrolt gyakorolnak (ha valamely tünettel nem tud mit kezdeni, azt egyszerűen kihagyja, nem írja be a beteglapra, vagy a zárójelentésbe). Itt tehát egy rosszul működő bürokratikus szerepkultúra alakult ki, a minimális koordinációval, és gyakorlatilag kooperáció, valamint szakmai és formai ellenőrzés nélkül.

A szervezeti irányítás és a szervezeti működés racionalitása számos tényezőtől függ. Ezért az adott feltételek mellett sok racionalitási változat alakulhat ki. Azonban ez a racionalitás, hasonlóan a bürokratikus szervezetekhez (Jávor 2004b) *ön-racionalitás*, a szervezetre vonatkoztatva *ön-reflexív* (Luhman társadalmi alrendszerekben hasonló mechanizmusokat ír le: autopoetikus rendszerek). Vagyis a szervezet működésének racionalitásában az ügyfél gyakorlatilag nem vált sem a belső érdekcsoportok részévé, sem a nyomáscsoportok egyikévé, sem más módon nem vált befolyásoló tényezővé (pl. műhiba perek révén).

Az *ön-reflexív racionalitás* azt jelenti, hogy a szervezet csak *önmagára vonatkoztatva racionális*. Kissé pongyolán kifejezve: tetszik a szervezetnek, önmagának, ahogy ki van alakítva. Belső eljárásaival, gyógyítási megoldásaival, belső és külső kapcsolataival –tudomásul véve például a szűkebb pénzügyi lehetőségeket – elégedett. Olyan ez, mikor a pszichológia leírja, hogy külső kontrol nélkül reális önkép nem alakulhat ki. A szervezetek *ön-reflexív racionalitása* pedig éppen azt jelenti, hogy hiányzik a külső kontrol jelentős területeken, többek között gyenge a tulajdonosi kontrol, a szakmai kontrol és az ügyféli kontrol is.

A szervezet ügyfél nélküli racionális felépítést hordozza. Vagyis az ügyfél nem vesz részt abban a folyamatban, amely során kialakulnak a racionális szervezeti eljárások. Az a társadalmi szereplő, *aki kimarad* a racionalizálás képzés folyamatából, és még elkülönült érdekeket is hordoz, sajátosan jelenik meg: számára *a kórház racionalitása nem lehet logikus*, hiszen az ő szempontja, elvárása, érdeke benne nem jelenik meg, legfeljebb véletlenszerűen, esetlegesen, de a kórház számára is *irracionális* a beteg viselkedése. Ennek egyik leágazását a kórházi ombudsmanok képezik, akik nem értik meg, hogy a beteg miért nem fordul hozzájuk (*Bergson elmélete: a különböző logikák szempontjából a másik véletlennel, irracionálisnak látszik*). Persze a heti két óra erre nem alkalmas, de ha a beteg leírja panaszát az ombudsman tíz napon belül választ

kér az orvostól, akinek tíz napja van válaszolni. Majd az ombudsman is néhány nap után ír egy levelet a betegnek. Az ön-reflexív, és ön-legitimáló (Jávor 2004c) hatalmi mechanizmus a saját racionalizálása szempontjából még azt sem érti, miért nem működik a rendszer megfelelően.

Az ügyfél ebben a helyzetben a szervezet *ügyfél-feldolgozási tárgyává* válik. Ez természetesen nem jelenti azt, hogy a kórházak a beteget ne kezelnék tisztességesen, ne az lenne az alapvető céljuk, hogy meggyógyítsák a beteget, vagy legalábbis javítsanak a lehetőségeken belül az állapotán. Nyilván ez nem csak a szervezet rendeltetése, hanem az orvos etikai alapállásának és szakmai tudásának is a lényege. Más azonban az, ami az elvi lényeg vagy rendeltetés és más maga a valóság.

### AZ ÜGYFÉL VISELKEDESI STRATÉGIÁI

Az ügyfél, beteg különböző viselkedési stratégiákat alakíthat ki. Ebben az elmúlt időben jelentős változások álltak be. Az ügyfél régebben kénytelen volt elviselni az állami ellátás rendszerét, annak előnyeivel és hátrányaival együtt. A rendszerváltás e területen jelentős változást hozott anélkül – a statisztikák alapján –, hogy az ország egészségi állapotában lényeges javulás állt volna be. A nyugat-európai tendenciáknak megfelelően jelentős tömegek áramlottak az alternatív gyógyászat felé, és jelentősen megnőtt a magánrendelők forgalma is. A magánklinikák szerepe ma még elenyészőnek tekinthető.

A hagyományos orvoslás és intézményrendszerrel való elfordulás sok okból következhet be. Valamit nem találnak meg a hagyományos gyógyításban, amely például nem kezelte őket megfelelően. Sokszor nem fogadják el az emberek – érthetően –, hogy állapotukban javulás már nem várható, stb. Milyen viselkedési stratégiák jelennek meg:

- A beteg elfogadja a hagyományos orvosi terápiát. Mivel a betegségek egy része rutin jellegű, az eljárás a rutin alapján is eredményes, ezért sok elégedett beteget állít elő a rendszer. Ez azonban az orvostudomány (később említendő tabletták kultúrájának hozadéka), és nem az egészségügyi rendszer eredménye.
- Egy jelentős része a betegeknek el sem megy az ellátórendszerbe, mivel öngyógyítás (szomszéd, házipatika) formájában kezeli magát.
- Vannak, akik eleve nem fogadják el a hagyományos orvoslást, és súlyosabb betegségek esetén – daganat, fejfőrcsök, vesebetegségek, ciszta, női bajok – is a legutolsó pillanatig kitartanak az alternatív eljárások mellett.
- Megjegyeznénk, hogy a beteg gondolkodása sokszor jelentősen eltér a hagyományos alapú modern gyógyászat gondolkodásától, amit az egészségügy képtelen elfogadni. Ha egy kezelés 70%-os eredményességű, az jobb, mint a 20%-os eredményességű kezelés, ezért kiesik a gyógyítás látóköréből. Azonban nem feltétlen esik egybe a 70% és a 20%. Vagyis lehetnek olyan betegek, akiket a statisztikailag rosszabb eljárás ment meg. A mai agyon matematizált kiértékelési eljárások, és az ebben dolgozó orvosok ezt képtelenek kezelni. Ettől a gyógyítási kultúrától menekül el sok beteg.
- A betegek egy része megmarad a hagyományos rendszerben, de alternatív eljárásokkal keveri azt.

- A hagyományos ellátásban sok a passzív elfogadó beteg, és nagyon ritka a tiltakozás (nagy költsége és kevés eredménye, valamint nagy kockázata miatt). Megjelent azonban az orvost elhagyó és új orvost kereső beteg. Ennek lehetősége a település fekvésétől és nagyságától jelentősen függ.

Néhány mára kialakult cselekvési stratégiát vázoltunk fel. Ebből azonban már láthatjuk az egészségügyi intézmények válaszadását is. Alapvetően egyéni válaszadási stratégiák alakultak ki, intézményesek nem. Az egyes orvosok alternatív gyógyászati képzettséget szereztek, mások az állami állás mellett magánrendelőt nyitottak, vagy magánrendelőkként, intézetekkel dolgoznak együtt (Fecske 2001; Gyukits–Szántó 1998).

Intézményi válaszok azonban nem jelentek meg. A kórházakat és a rendelő intézeteket *nem érdekli hova mennek el a betegek*. A szakrendelőbe megérkezik egy beteg és kap néhány perces vizsgálat után gyógyszert: „ha nem javul, jöjjön vissza egy hét múlva” megjegyzéssel. Ha nem jön vissza, elkönnyvelték, hogy sikeres lett a gyógyítás. Mint írjuk, *nincs a rendszerben másodlagos konfliktus terep* (vagyis ahol a beteg érdekei védelmében felléphetne, akár kilép az ellátásból, akár nem lép ki), így nem derül ki, miért nem jön vissza a beteg. Ami még fontosabb, hogy ez sem az orvost, sem az intézetet nem érdekli. Azon sajátos szervezettel van dolgunk, amely a kliens érdekeit szolgálja, de nem érdekli a kliens viselkedése addig, amíg az nem zavarja meg az ön-racionalitás nárcisztikus önképét. De az sem érdekli, hogy miért jön vissza a beteg. *Vagyis fő tevékenységének egy fontos részéről nem gyűjt információt.*

Nem is érdeke a rendszernek, hogy újabb betegeket hozzon be, vagy tartson meg. Még akkor sem alakít ki marketing politikát, amikor leépítés fenyeget. Miközben törekszik műszerek beszerzésére, nem törekszik az ügyfél megtartására. Ez azonban közel sem intézményi szintű jellegzetesség. Más okai is vannak. Például a 2004-ben bevezetett depresszív finanszírozás ellenérdekeltté teszi a szervezeteket ügyfélkörük növelésében (kivéve azt a néhány kórházat, ahol beteghiány miatt történik leépítés). Kevés intézet törekszik olyan sajátos arculat, sajátos tudás kialakítására, hogy bizonyos stabil beteganyagot csak ottan tudjanak kezelni. *Vagyis megteremtse a saját differencia specificáját, megkülönböztető szakmai hírnevét.* 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 ellátórendszer és a biztosítás pénzügyi finanszírozása is. *Vagyis olyan bürokratikus szervezeti jellegzetességgel találkozunk, amely korlátozni kívánja az inputot, és tudatosan nem érdeklődik az ügyfelek iránt.* Ellenkező esetben találkozunk kellene olyan, egyre gyakoribbá váló szervezeti magatartásokkal (természetesen egyes külön esetek mindig vannak), hogy olyan egyedi kezeléseket (betegközpontú, humanizált egészségügyi ellátás) alkalmaznak, amelyek megtartanak, visszacsábítanak betegeket.

Kérdés, hogy az új modellek, az irányított betegellátás erre adekvát választ ad-e. Érdeke-e az egészségügynek az ügyfélszám növelése, és olyan kezelési eljárások, követési módszerek, utógondozási megoldások kiépítése, amely ezen a tendencián változtat. Valószínűleg csak a költséghatékony megoldások irányába történik előrelépés. Annyit és úgy kell gyógyítani, amennyit finanszírozni tudunk, a többi ügyfelet pedig kikényszeríteni a nem finanszírozott szférába. 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. Ez önmagában még nem baj, csak kevés. A tanulmány elején leírt (ki kontrolálja a szervezetet?) kérdés köszön itt vissza.

Az egyik legfontosabb egészségügyi kérdés a megelőzés. Az állami intézményrendszer szervezett megelőzésre egy-két terület kivételével nincs berendezkedve. Válemelyest jobb a helyzet a gyerekgyógyászat területén, és egészen jó a helyzet a védőoltásoknál. Ezzel azonban a kérdést a rendszer letudta. Nem csak a megelőzés intézményrendszere hiányzik, hanem a költségei fedezete és az ösztönzés is, mind az orvosok és intézmények, mind pedig a betegek oldaláról. Gyakorlatilag egyes egyedi viselkedési minták léteznek, például az abban partner háziorvos hajlandó néhány rutin vizsgálatot elvégezni betegség tünete nélkül is, egyes betegeknél. Ennek gyakorisága alacsony. A szakrendelők azonban már ezt a tevékenységet nem is végzik. Ennek egy sajátos betegviselkedési stratégiája lehetséges: az álbeteg viselkedési stratégia. Ha egy ügyfél megjelenik a rendelőben, hogy semmi baja, csak vizsgálják ki, alig van esélye, hogy sikeres lesz. Ha viszont néhány fiktív panaszt jelent be (hátfájás, szorító érzés mellkasi tájon), akkor minden probléma nélkül el tudja érni, hogy betegség megelőzési vizsgálatokon, gyakorlatilag komplex szűréseken menjen át.

A megelőzés, vagy a betegség romlásának megakadályozása azt is igényelné, hogy a betegek a rutinkezelés mellett, egyedi kezelési elemekkel is átszótt ellátást kapjanak. Ezt azonban sem az intézmények, sem az orvosok nagy része nem tudja és nem is akarja megtenni. Ezért marad az, az ügyfél viselkedési stratégia, hogy a megelőzés a rendszeren kívül történik. Ezzel az ellátó rendszer a kliensek jelentős részét kiszorítja, és csak a bajjal, vagy a nagy bajjal kíván foglalkozni. Vagyis eseményorientált és nem esemény-megelőző a rendszer finanszírozása, ügyfélfogadó rendszere, és kultúrája is.

Az OEP ellenőrzések is ebbe az irányba mennek el. Azt nézik meg, hogy milyen betegséget állapítottak meg, és a kivizsgálások és kezeléseik indokoltak-e. Azonnal büntetnek, és csalásról beszélnek, ha betegségre utaló tünetek nélkül rendel el kivizsgálásokat az orvos. Ezért, ha az orvos azt jelezné, hogy a betegnek nincs semmi baja, de röntgent, ultrahangot, EKG-t stb. rendelne el, súlyos büntetést fizetne. Az OEP viselkedése azonban bármilyen furcsa is a megállapítás, *logikus, és szervezetszociológiai elvárható*, ugyanis ugyanaz a rendszer összefolyó adatokkal, nem képes gyógyítani és megelőzni is. Az adatok összefolynak, vagyis a különböző vizsgálatok esetén, nem is beszélve a megelőzés egyéb módszereiről (pl. masszázs, gyógyfürdő, torna), nem lehet megállapítani, hogy melyik kezelési eseményt milyen indikáció alapján tették meg (gyógyítás vagy megelőzés). Így a rendszer átláthatatlanná válik, illetve ezzel együtt ellenőrizhetetlenné. Vagyis a megelőzés szervezeti, de legalább folyamatában el kell, hogy választódjon az esemény-kezeléstől, és a gyógyítástól. A mai szervezetek, akár rendelő, akár kórház, nem alkalmasak jelenlegi szervezetiirányítási rendszerükben, és a hozzá kapcsolódó ellenőrzési rendszerében sem arra, hogy befogadja a megelőzést. Ezért ennek a szervezetiirányítási rendszernek a működtetése biztos, hogy ésszerűtlen, mind orvos-szakmailag, mind pedig pénzügyileg.

Ezért is jelenik meg (nem csak Magyarországon) a kliensek megelőzési törekvéseiben a hagyományos rendszerektől való elfordulás. Ez részben indokolt is, hiszen a nem közvetlenül az egyes betegségek időbeni észlelésére, kialakulásuk megelőzésére vonatkozó viselkedések, általában nem az egészségügyi rendszer közvetlen és hagyományos kompetenciájába tartoznak. Ilyen az egészséges életmód, a sportolás, mozgás,

táplálkozás, és egyéb egészségmegőrzés. Habár ezek egy része is kötődhet az egészségügyhöz (fogyókúra, betegség utáni rehabilitáció).

Azonban a megelőzéssel kapcsolatos kliensi viselkedések, az alternatív megoldások keresése elvezet az üzleti szférába, és annak profit kontrolja alá kerülhet, minden hatósági és szakmai ellenőrzés látóköréből kivonva. Ilyenek például, a hatástalan vagy akár káros hatású ún. gyógyhatású készítmények, reklámozott, megelőzést szolgáló szerek, fogyasztói klubok, multilevel fogyasztó-eladó szervezetek. A biznisz rátelepedése egyrészt azt jelenti, hogy erős lobbi-tevékenységet fejtenek ki az irányban, hogy ezek a szférák továbbra is kikerüljenek a kontrol alól. Másrészt intézményes betegsegtudatot alakítanak ki, amely a betegségtől való félelem miatt szedett tabletták, porok piacát teremti meg mesterségesen. A multilevel rendszerek pedig azon alapulnak, hogy a fogyasztó, amennyiben maga alá újabb fogyasztókat épít be, meghatározott nagyságú havi és éves fogyasztási minimumokkal, akkor még anyagilag is jól jár. Ezzel anyagilag teszik érdekelté a fogyasztót, hogy betegsegtudata alakuljon ki – bárminben, sőt minél több területen – ilyen tudatot alakítson ki másokban is, és ezzel folyamatos fogyasztóvá váljék. Lehet, hogy egy gyulladásra szedett szer még használt is. De a gyulladás elmúlt, ezért kialakítja benne a porokkal és tablettákkal megerősíthető immunrendszer képét, vagy a csontritkulás megelőzésének, késleltetésének lehetőségét, a fogromlás megelőzhetőségét – hisz annak a veszélyébe is él. És újabb és újabb betegségek, vagy öregedési tünetek (hajhullás, öszülés-készleltetés) megjelenésével megelőzési kényszerfogyasztókat alakít ki. Ez a szféra érdekelt a kliens átcsábításában és megtartásában. A megelőzési profitra ráépítő üzlet lényege egy sajátos hatalmi mechanizmus. Tényleges beteg kevés van. Potenciális beteg azonban mindenki, vagyis a fogyasztótábor nagyságrendekkel növelhető. Minden megelőzés és betegség megjelenés késleltetés mérhetetlen, de valószínűségi értékek kapcsolhatók hozzá. Például, a tablettá években keresztüli szedése esetén 80% valószínűséggel elkerülhető annak a betegségnek a kialakulása, amely egyébként 20% valószínűséggel alakul ki az emberekben. Vagyis a szernek nincs pozitív hatása.

Ez a kliensi viselkedési stratégia az elvileg kliens érdekében működő szervezeti szférából, a kliensek egy jelentős részét elviszi a profit szférába, ahol a kliens eszköz, a szervezet pedig a tulajdonos érdekében működő szervezeti típus. Ebben a szférában még alacsonyabb, gyakorlatilag nulla a kliensi érdekvédelem. Az a kliensi hamis kép alakul azonban ki, hogy az ebbe a szférába való belépés önálló, szabad döntése volt, és a cégek reklámja elhitheti velük, hogy itt kliens orientált szervezetekről van szó. Ennek veszélye többek között, hogy ellenőrizetlen mennyiségű szerek ellenőrizetlen ideig kerülnek az ügyfél szervezetébe. Másrészt itt nincs diagnosztika, állapotkövetés, ezért az ügyfél gyakran kivonódik a gyógyítás intézményrendszeréből, még akkor is, mikor ez már ártalmas reánézve (Hirschmann 1973).

Az egészségügyi szervezetek viselkedését, és szerepét ezért egyrészt önmagukban kell vizsgálni, másrészt azt kell felmérni, hogy *milyen kliensi magatartásokat indukálnak*. Harmadrészt azt kell elemezni, hogy ezek a magatartások hova terelik a klienseket, ott milyen szervezeti hatalmi erőterbe kerülnek be, és mi lesz ennek a hatása (akár pozitív, akár negatív).

Bármely szervezet működésének megértéséhez szorosan hozzátartozik az, hogy kik lesznek ügyfelei, és kik nem lesznek. Miért lesz valaki ügyfél, és miért pártol el a szervezettől. A szervezetek világában nincsen természetes viselkedés. Önmagában az

sem természetes – vagyis magyarázatra szorul – miért lesz valaki egy szervezet ügyfele, ahogy az is, miért nem. Az, hogy egy beteg elmegy a háziorvoshoz egyáltalán nem természetes dolog, van oka. Ahogy annak is van oka, hogy ha nem megy el. Vagyis a kliens viselkedési stratégiáinak elemzése a szervezetek elemzésének kikerülhetetlen része. Ma például az egészségügy területén fogalmunk sincs arról, hogy miért megy el az ügyfél egy szakrendelőbe, és miért hajlandó ott órákat várakozni betegen. Így aztán azt sem tudjuk megbecsülni, milyen szervezeti, és irányítási változásoknak, milyen kliensi magatartás változás lesz a következménye.

### A KÓRHÁZ ALPHATALMI STRUKTÚRÁJA

Minden szervezetnek – így a kórháznak és a szakorvosi rendelőintézetnek is – létezik alaphatalmi struktúrája (Jávor 1988). Az *alaphatalmi struktúra* egy olyan ideális modell, amely magában foglalja a szervezet céljait, a célok elérését szolgáló hatalmi irányítási rendszert. Ez utóbbi feladata a szervezet irányíthatóságának megteremtése, vagyis a szervezeti folyamatok kézben tartása (Jávor, 2003a). Ennek a *kézben tartásnak* elemei:

- a folyamatok átláthatósága,
- az irányítási rendszer megbízható stabil kialakítása és működtetése,
- az irányíthatóság biztosítása (vagyis, hogy a kiadott utasításokat a rendszer a kiadási szándéknak megfelelően hajtsa végre),
- a stabilitás, vagyis a szervezet tervezhetően, a jövőre nézve (a „kell” szférájában is) átláthatóan működjön,
- a stabilitás feltétele, hogy lényeges működési zavarok ne rázkódtassák meg a szervezetet (a krízis kockázatának minimalizálása).

Többek között e feltételeket biztosító szervezeti struktúra és működés adja azt a belső viszonyrendszert, amelyet alaphatalmi struktúrának nevezünk. Az egészségügyi szervezeteknél is leírható az alaphatalmi struktúra. Ennek (részletes kifejtését lásd Jávor 2004c) alapja a leírt ön-racionalizáció. A szervezet saját szakmai követelményei, vagy elképzelései szerint építi fel önmagát és a szakmai differenciálódás szerint, építi ki struktúráját. Szeretné biztosítani, mint szakmai ellátó és szolgáltató (beteg feldolgozó) szervezet az ön-racionalitását és működése zavartalanságát.

*Hatalmi erőtéren* egy-egy társadalmi térben (például egészségügyi szervezetben) végbemenő társadalmi játszmák szereplői közötti kapcsolatokat jelöljük. A hatalmi erőtér immanens tulajdonsága, hogy bármilyen cselekvést, történést a benne lévő aktorok az erőtér struktúrája alapján reagálják le. Ez annyit jelent, hogy nincs és nem is lehet olyan esemény, amely semlegesen vonul át a „terepen”. Minden játszma – a dolog természeténél fogva – többszereplős, amelyben a résztvevők eltérő szerepeket játszanak. Ezek nem feltétlenül hatalmi szerepek, hiszen egy sor olyan társadalmi helyzet van, amelyben a résztvevők egy része csak „létezik”, azaz teszi a dolgát, anélkül, hogy a hagyományos szociológiai megközelítés szerint bármilyen érdekérvényesítés, pozicionális konfliktus, valamilyen eszköz megszerzéséért folytatott küzdelem részese lenne. Ilyen jellegű terrénum például a kórház vagy a szakorvosi rendelőintézet is. Ebben a hatalmi erőtérben, amelyben a szereplők hatalmi érdekek (a pozíció megtartásának és erősítésének érdeke) és szükségletbeli érdekek (a pozíció előnyeinek kihasználására irányuló érdekek) hordozóinak három relációját kell leírni:

1. a szereplők hatalmi erejét, eszköztárát és egymáshoz viszonyított pozícióját,
2. azokat az eseményeket (megelőzés, gyógyítás stb.), problémákat, cselekvéseket, amelyek a hatalmi erőterben végbemennek, és
3. azt hogy miként viselkednek a hatalmi erőter szereplői az események során.

Ezt legalább három eltérő hatalmi erőterben kell együttesen elérnie (Jávor 2003b; Jávor–Rozgonyi 2002, 2003).

A tulajdonos az önkormányzat felé megkísérel lobbizni a feltételek biztosítása érdekében. Alapvetően azonban ebben a relációban akkor zavartalan a működése, ha az önkormányzatnak nem kell az egészségügyi szervezettel foglalkoznia. Vagyis, ha nincsenek olyan belső konfliktusok, hatalmi harcok a szervezet életében, amelyek hivatali vagy politikai útra terelődnek. A kórház, vagy rendelőintézet, az önkormányzat vagy pozícióban lévő politikusai, hivatalnokai számára, mint egyének, és mint intézményi képviselők számára is megfelelően működik. Vagyis a kórház vagy rendelőintézet a lokális érdekérvényesítés színtere, de helyi politikai szinten nincs probléma, sem finanszírozási téren, sem a nyilvánosság, a média csatornáiban. Az önkormányzatnak egy olyan tulajdonra van szüksége, mely kezelhető és engedelmes. Ha bármilyen olyan kérdéssel kell foglalkozni önkormányzati szinten, amely az egészségügyi intézménnyel kapcsolatos, az azonnal bekerül a politikai hatalmi játszmák keretébe, tematizálódik, pontosabban a szakmai kérdések azonnal átpolitizálódnak (Perrow 1963). Így a kórházi, rendelőintézeti probléma a hatalmi erőterbe kerülve hatalmi problémává válik. Ez nem zárja ki a csendes lobbizást, az informális érdekérvényesítést. Azonban a direktté váló kérdések hatalmi játszmákká formálódnak, bármennyire is szakmai jellegűek.

Ebben a hatalmi erőterben nem a szakmai kérdés lesz a lényeg, hanem a hatalmi. Vagy valamely egészségügyi probléma egy befolyásos hatalmi szereplő számára támadási pontként jelenik meg, használható fel. Vagy az egészségügyi kérdés megbontja a kényes hatalmi egyensúlyt (pl. plusz pénzügyi források szükségesek), ekkor a kórház, vagy rendelőintézet alulról avatkozott be a tulajdonosnál kialakult hatalmi egyensúlyba. Ez egészen más helyzet, mint mikor például a tulajdonos határozza el a rendelő fejlesztését. Jó példa erre a patológiai intézeteknél a közelmúltban kirobbant botrány. Senkit sem érdekelt, hogy ki hány éve jelezte már azt, hogy tarthatatlanok az állapotok. Sőt, pont fordítva igaz. Ha sokat hangoztatja a kórház igazgatója azt, hogy évek óta jelzi a problémát, akkor éppen a hatalom legitimitását vonja kétségbe ezen a téren. Hasonló eset nem példa nélküli a nyilvánosság tekintetében. Volt olyan intézet, amelynek igazgatója majdnem belebukott, amikor nyilvánosságra hozta problémáit. A kórház azonban egy kliens érdekében működő szervezet. Élesen szólva, a személyzet elégedettsége vagy elégedetlensége ennek függvényében érdekes, és elemezhető. Ha a személyzet küzd – akár a nyilvánosság nem működő erejével is – érdekeiért, a jobb ellátásért, a nagyobb anyagi megbecsülésért, ez kihat a betegellátásra is. Azonban a kihatás csak esetleges, de különösen nem determinisztikus.

Egyetlen TV sem indított még sorozatot a betegek helyzetéről a kórházakban és a rendelőkből. Valószínűleg ezek az intézmények felháborodva fogadnák ezeket a kísérleteket, mint ahogy a 2003-ban sajtó nyilvánosságot kapott felmérést is, amely a betegeket kérdezte meg a rendelőintézetekkel kapcsolatosan. A szervezetek szeretik maguk kontrolálni a róluk kialakított képet, a kimenő információkat. E nélkül elveszne legitimitásuk, vagy legalábbis leértékelődne a tulajdonossal való egyeztetések során,

és belesodrónák a tulajdonost a szervezeten belüli hatalmi harcokba. Egyetlen szervezet sem érdekelt abban, hogy *kifele is átlátható* legyen a tevékenysége. Nem érdekelt abban sem, hogy a kliensek érdekében fellépő erős nyomásgyakorló csoportok, vagy akár a média is megjelenjen.

*Hatalommal szemben csak a hatalmi válasz adekvát. Ellenhatalom* nélkül a szervezet vak és érzéketlen. Néhány évvel ezelőtt az újságok foglalkoztak azzal, hogy a kezelésre járó betegek az Onkológiai Intézet előtt nem tudnak parkolni, és büntetéseket fizetnek. Senki nem érzékelte ezt a problémát. Most egy másik ügy kapcsán már az ombudsman is foglalkozik a parkolási témával. A rendelők és kórházak dolgozói mindennap látják ezt a problémát. Pontosabban nézik, de nem látják. Hiányzik a rendszerből a beteg érdeket képviselő hatalmi, és érdekhordozó szereplő. Ezért hatástalanok nagyrészt a megváltoztatására irányuló – akár a médiában is megjelenő – törekvések is. A hatalmi erőter eme szegmensében *kettős játszma zajlik. A szakmai problémák hatalmi problémákká* való áttematizálása az egyik, a másik pedig a *hatalmi problémák szakmai kérdésekké* való áttranszformálása. Ez utóbbi terepnek a kórház a játéktere. Ez a transzformációs lehetőség a kórház (vagy rendelőintézet) saját védekezési játéka a hatalommal szemben. Minden hatalmi játszmát többféleképpen értelmezhető szakmai variánsokká, adatokká kell lebontania, átfordítania.

A hatalmi erőter másik részterülete a finanszírozással kapcsolatos. A csődbe ment, vagy nagy adósságot felhalmozó kórházak valószínűleg e játéktéren szenvednek kudarcot. A szervezet ugyanis egy *input-output* rendszer, amely a bejövő forrásokból kell, hogy gazdálkodjon. Ennek a játszmának a résztvevői azok, akik finanszírozzák a szervezetet és azok, akik költséget produkálnak (eladnak árut, szolgáltatást). A beteg ennek a hatalmi erőternek nem része. A finanszírozás hatalmi erőterében részt vesznek más nyomásgyakorló csoportok és más vállalkozások is, a bevételi és kiadási oldalon egyaránt. Ehhez tartoznak a gyógyszer és műszer beszállítók, a szponzorok, a gyógyszer kipróbálási megbízást adó cégek, egyéb eszköz beszállítók, szolgáltatásokat nyújtó vállalkozások (étkeztetés, vizsgálat, mosás, szállítás). Ezek a szervezetek részben kórházi szinten, részben szakterületi szinten, részben pedig egyéni szinten jelennek meg. Vagyis bekerülnek egy szervezeten belüli hatalmi erőterbe, ahol a szervezeti résztvevők által jelentősen manipulálhatók. Ennek egyik eleme az a közismert és sokszor nyilvánosságot kapott játszma, melyben a lehetséges betegségekkel és kivizsgálásokkal, azok elvégzésével manipulálnak a kórházak, a rendelőintézetek pedig az ellátási idővel, annak csökkentésével. De a benntartás ideje, a betegre fordított idő, a kipróbálásokhoz szükséges megfelelő számú beteg és a szükségtelen kezeléseket és adott gyógyszerek is ennek a játéktérnek az eszközei. Egyik lehetséges változat, amikor a kórház a promóciós gyógyszereket adja a betegnek – akár feleslegesen is, kizárva alternatív terápiákat. Ez a kórháznak nem kerül pénzébe, a gyógyszerre ráállított beteg otthonában gyógyszervásárlóvá válik, az orvos pedig az eredmények publikálásáért és a gyógyszer adásáért támogatásban részesül (MacIntyre 1988; Leone 1986).

Ebben a játszmában a finanszírozási alrendszerhez sorolt szereplők az egészségügyi szervezet különböző pontján jelenítenek meg és befolyásolnak érdekeket. Mint fentebb jeleztük, az egészségügy közepesen laza technológiájú szervezetekre épül, ahol is a szereplőknek a technológiai folyamatok változtatásában igen nagy lehetőségeik vannak. Emellett a struktúrát feltáró elemzésből kitűnik, hogy ez az alacsony szintű és változatosan megszervezhető, sok informalitást magában foglaló struktúrát



és kapcsolódásokat jelent (Hall 1981). Például az ellátási folyamat akkor is racionális, ha az együttműködő szakorvosok egyformán jól felkészültek, egyformán magas színvonalú az egyes szakmai részlegek műszerezettsége és akkor is racionális (vagy annak tűnik az ön-racionalitás, az ön-reflexív megítélés alapján), ha kisebb vagy nagyobb különbségek vannak a folyamatban. Ezért a szervezet ezeket az egyenlenségeket nem is képes észlelni. Az más kérdés, hogy maguk a résztvevők ezt tudják, érzékelik és kezelik, vagy pusztán együtt élnek vele.

A szervezet alaphatalmi struktúrája tehát igen *képlékeny* és ezzel a képlékenységgel tud alkalmazkodni a finanszírozási erőterben folyó játszmákhoz. Ez az alkalmazkodási képesség egyben megteremti a szervezet *belső hatalmi rendszerének stabilitását* is. Ennek az alkalmazkodásnak vannak a szervezet és tagjai számára nyereségei. Könnyebben beilleszthetők a rendszerbe kutatási programok, gyorsabban tud alkalmazkodni a megváltozott feltételekhez, változatos módszerekkel tudják a tagok kiegészíteni jövedelmüket, be tudnak kapcsolódni nemzetközi programokba, el tudnak menni konferenciákra, követni tudják a nemzetközi színvonalat.

Ez a képlékenység azt jelenti, hogy a szervezet belső folyamatai, kapcsolatai, viszonylag széles játéktérrel engednek meg. A belső erőforrások kombinálásával, a tevékenységek átrendezésével, az információk (pl. anamnézis felvétele) kezelésével, a kezelés hosszának megváltoztatásával, a diagnózis szűkítésével vagy tágításával. Vagyis a közepesen laza technológia nagyobb variabilitást enged meg. Ugyanaz az alaphatalmi struktúra elviseli a mindent centralizáló és kézbe tartó vezetőt, és az osztályával alig foglalkozó főorvost is. Elfogadja a szakmaközi konzultációra épülő szervezeti rendszert és azt a kórházat is, ahol szinte nulla ez a konzultáció. Elviseli az egyes részlegek egyenlőtlen műszerezettségét és szakmai tudását is. Elfogadja azt az orvosi eljárást, amely a speciális problémáknak utána olvas a szakirodalomban, és azt is, amelyik nem. Vagyis a beteg kezelés, gyógyítás szakmailag és output szempontjából egészen eltérő változatait is elviseli, ezeket a szervezeteket a jelenlegi rendszer nem veti ki magából, nem mennek tönkre, ebbe nem bukhatnak bele orvosok, vezetők. *Egyik változat sem kockázatosabb a másiknál.* Ha nem okoz pénzügyi problémát, az egyik kezelési szint ugyanolyan jó – orvos szakmailag, vagyis a klientúra szempontjából bármilyen jó vagy problémás –, mint a másik megoldás. Az alaphatalmi struktúra ott válik merevebbé – ott keményedik meg, ott feszülnek be a szervezeti viszonyok – ahol megnőnek a függőségek, a kockázatok. Az elmúlt 15 évben ez a beszorítódság, éppen a pénzügyin kérdéseknél jelent meg, és sokkal kevésbé hagyott nyomot az ügyfelek kezelési stratégiáiban. Minden szervezet általános magatartása: *ahol függ, ott alkalmazkodik, és veszteségei lépnek fel, ahol meg tőle függenek, ott nyereséget (mozgástér, veszteségáthárítás, extraprofit realizálás –pl. magánszféra féllegális beszüremkedése) realizál.* Ennek a játéktérnek, hatalmi erőternek a szerkezetét írja le az alaphatalmi struktúra. Ebből adódóan itt veszteségek is fellépnek. Nem annak a területnek lesz műszere feltétlenül, ahol a legnagyobb szükség lenne rá. Továbbá az eltérő szakmai színvonal miatt a kooperáció és gyógyítás folyamatában tudások vesznek el.

De a legnagyobb probléma a szervezeten irányításban lép fel. *Bizonyos mértékig szét-esik* a szervezet. Olyan struktúra alakul ki, amelyben több helyről, több támadási ponton finanszírozzák a szervezetet, az egyes részterületeket és a tagokat is. Vagyis megbomlik az egységes irányítás, hiszen követetetlen helyeken követetetlen érdekeltségek jelennek meg. Aki pénzt hoz a szervezetbe, az megnöveli hatalmi pozícióját,

bevonva másokat is a projektbe, látható és láthatatlan belső érdek- és együttműködési kapcsolatokat, s a másik oldalon sértődöttségeket, és ennek megfelelő alacsony kooperációs hajlandóságokat is kialakít.

Az egészségügyi szervezet alaprendeltetésének ellátására létrehozott struktúrára ráépül egy *másodlagos struktúra*. Az alaphatalmi rendszer e tulajdonsága egyben azt is jelenti, hogy a gyógyítási és gazdálkodási racionalitás akár sérülhet is, hiszen a hatalmi rendszer stabilitási követelménye ezt nem akadályozza meg, elindul a pénzek, tudások, kapcsolatok, együttműködési hajlandóságok, befolyások, stb. reallokációja.

A harmadik hatalmi erőter a szervezeten belül alakul ki. Ennek két alrendszere van, az egyik az egyes intézeteken belüli departmentalizáció (szemészet, sebészet, stb.), a másik az intézetek között, kialakuló alrendszer.

Az intézeteken belül kialakul egy belső együttműködés a dolgozók között (Meyer–Rowan 1977). Ez attól racionális, hogy adott kötelező eljárási szabályokat ugyan megtartanak, de abba beépülnek olyan elemek, amelyek a csoportösszetartásból, kifele pedig az egységesség felmutatásából származnak. Vagyis a szervezetnek is kialakul a saját önmagára vonatkoztatott racionalitása, de azon belül – ebbe beépülve – az egyes részlegeknek is. Racionálissá válik az, ahogy betartják a vizit rendet, vagy éppen nem, ahogy odafigyelnek a beteg panaszaira vagy éppen nem, ahogy az esti ügyelet orvos körülnéz az osztályon, vagy nem. Ahogyan a zárójelentéseket rövidítik és belső kisebb elkezeléseket, téves diagnózisokat indokolatlan bent fekvéseket, beteg szóbeli egészségügyi panaszait kihagyják. Tudomásul veszik egyes kollegák baklövéseit, tudáshiányait, vagy hogy éppen milyen egyedi technikákkal utal arra, hogy hálapénzt szeretne kapni. Vagyis a racionális és a szociálisan elfogadott eljárások keverednek (Gouldner 1955). Ez már nem-racionális, csak racionalizálják. Ennek eszközévé vált az a kezdetben betegek érdekét védő törvény, amely a beleegyezési és tájékoztatási kötelezettséget írja elő.

Szervezeti szinten lényegi, vagyis szervezeten kiépített kooperáció nem alakult ki. Sajátos területei vannak azért a jobban szervezett és dokumentált kooperációnak, például olyan szolgáltatókkal, mint a labor. De általában a kooperáció esetleges, vagy sorban állás jellegű, szekvenciális, nem kommunikatív kooperáció, a kooperációt az egyes intézetek közötti beteg küldés folyamata szabályozza. Ilyen kooperáció tipikus helyszínként írták le a szakirodalomban az egyetemi intézményeket (March Olsen 1989), vagy a bürokráciák közötti együttműködést (Peabody 1964). Itt azonban az alaphatalmi struktúrába épül be ez a kooperáció típus, mely láttuk, hogy sajátosan ellentmond a betegek érdekeinek (főlősleges várakozások) és a gyógyítási technológia követelményének is.

Ez utóbbi azt jelzi, hogy a kialakult egészségügyi rendszer már az alaphatalmi struktúra gyógyítási technológiájával összefüggő követelményeinek sem képes megfelelni. Ez a jelenség nem szokatlan a szervezetek világában. Ilyenrel találkozunk akkor, amikor a vállalkozás tulajdonosa olyan ésszerűtlen lépéseket tesz, amely ellentmond a tulajdonosi magatartásnak, és a gazdasági szervezetek alaphatalmi struktúrájának (Jávor 1988). Ilyen lépéseket tehet családi okokból, ésszerűtlen kockáztatásból, hatalmi erőpozíciójának teljes félreértelmezéséből. Itt azonban a szervezet-ügyfél viszony miatt alakul ki egy sajátos helyzet. Egy egyetem például nem igényel olyan kooperációs kapcsolatokat az oktatáshoz, mint a kórház vagy rendelőintézet a gyógyításhoz. Így ennek a sajátos ellentmondó hatalmi helyzetnek az oka az, hogy a szervezet

diszciplínák alapján való felépülése és a gyógyítás alapján való szerveződés logikája konfliktusos. A két hatalmi alrendszer és logika pedig a konzervatív szervezeti struktúrának megfelelően, diszciplínák szerinti dominanciát alakított ki, a gyógyítási logikát strukturálisan háttérbe szorítva.

A két logika együttélése arra vonatkozóan ad felvilágosítást, hogy racionalitások és mögötte meghúzódó hatalmi játékok hatalmi konfliktusait a szervezetek sajátosan oldották meg. Igyekeznek a konfliktusok elkerülése érdekében minimalizálni a jól szervezett kooperációt, a racionalizált koordinációt, és ezeket átalakítják ad hoc formális vagy informális egyeztetésekké, spontán koordinációvá. Vagy sokszor maga az együttműködés is elmarad (Glaser 1963).

Ilyenkor látja és hallja a beteg azt, hogy amikor szakvéleményezésre átküldik egy másik osztályra, és visszahozza a szakvéleményt, egyik orvos szidja a másikat. Közli, például, hogy ezzel aztán nem sokat tudok kezdeni. A beteg pedig nem érti. Nem más ez, mint felszíni jelensége annak, hogy a rendszer nem kooperatív. A *nem kooperatív* rendszerek viszont *kevesebb információval* is működőképesek. A fenti példában minden orvos lefedezte önmagát, amelynek egyik fontos eleme a csökkentett információforgalomból adódó diagnosztikai bizonytalanság. Probléma esetén mindenki védett, a *költségviselő pedig a beteg*. Ez nem azt jelenti, hogy a nem-kooperatív diagnózisok és szakmai együttműködések rosszak, csak azt, hogy ennek a hatalmi rendszernek a *működési kockázata* (Jávor 2004a) sokkal *nagyobb*, mint a kooperatív rendszereknek.

## ÜGYFÉL ÉS AZ EGÉSZSÉGÜGYI SZERVEZET

Az egészségügyi szervezet legfőbb funkciója a beteg, az ügyfél kezelése és gyógyítása. Az ügyfél része a gyógyítási folyamatnak, de teljesen *nem részese*. Természetesen teljes körű felvilágosítást, és állandó, pontos tájékoztatást feltételezve az ügyfél valamelyest részese lehet a folyamatnak. Azonban bizonyos szakmai kérdésektől, háttér munkáktól teljesen el van zárva, például a laboratóriumi munkákba nem láthat bele, az orvosok szakmai továbbképzésének információjától el van zárva, miként azt sem tudja, folyik-e vagy folyt-e szakmai indíttatású fegyelmi eljárás az orvos ellen. Hány beteg hagyta ott az orvost szakmai vagy emberi okok miatt, mi a véleménye a kollegáinak orvosáról, vagyis alapvető *döntési információkhoz* nem jut hozzá.

Emellett a döntése azért is korlátozott, mert nem tudja megítélni azt, hogy az egészségügyi szervezet a tüneteinek megfelelő kivizsgálását elvégezte-e vagy sem. Nem kompetens abban, hogy milyen alapon diagnosztizálták, és abban sem, hogy az intézmény konzervatív, vagy innovatív kezelést alkalmaz-e. Mind két kezelés racionális, abban az értelemben, hogy védhető benne az orvos magatartása, de a beteg felvilágosításából ez kimarad. Ahogy kimaradnak azok a háttér alkuk is, hogy milyen műszerek eszközök és gyógyszeradagolás mögött milyen nyomásgyakorló csoportok állnak, és a szakmai és érdek elemek hogyan keverednek. A beteg nem lát bele az orvosi *kockázatvállalásba* sem. Ismert az a jelenség (s mögötte az orvosi magatartás), hogy a kevesebb mellékhatású gyógyszer – a kisebb kockázat miatt – kiszoríthatja a nagyobb mellékhatású, de hatásosabb gyógyszert. Az első esetben ugyanis a betegség ártalma, a második esetben a gyógyszer esetleges mellékhatása lehet nagyobb, ami növelheti az orvosi felelősség kockázatát.

A beteg döntését nagymértékben korlátozza a gyógyszer orientált *orvosi kultúra*, a „*tablettakultúra*”, hiszen állandóan „új betegségek” jelennek meg, amelyek leegyszerűbb kezelése – gyakorlatilag az igazi orvoslás visszaszorulása – a tablettá adása. De megjelenhet az álgógyítás, vagyis, hogy a beteg azt higgye, foglalkoznak vele, például egy infúziókúrára befektetik. Ezzel az érdektelenség, a műhiba felelősség vádját kikerülve, ál-tevékenységet végez a szervezet. Védtelen a beteg a gyógyszer mellékhatásokkal, vagy a műtéti kockázatokkal szemben is. Itt a tájékoztatás, a statisztika általában nem hozza valódi döntési helyzetbe a beteget. A gyakorlat szerint azonban a gyógyszer mellékhatásokról való tájékoztatás az egészségügyi intézményekben meg sem közelíti a patikai gyógyszer tájékoztatók szintjét.

Többszörösen találkozunk a beteg az orvosi tablettakultúrával. Például a hiperaktív gyerekek gyógyszere kis százalékban szellemi leépülést okoz. Ez az orvos számára a normál kockázat. A szülő számára értelmetlen kockázat a semmiért, olyan viselkedési zavarért, ami másképpen is kezelhető. Hasonló a helyzet számos depresszió ellenes vagy hangulatjavító gyógyszernél. Ebben az esetben a beteget az *orvosi kultúra egy leszűkített választási térbe kényszeríti*. Pontosan ugyanúgy, ahogy az orvosi tudáshiányt is a „legjobb kezelési” változat címén lehet eladni (az egy másik kérdés, hogy a gyermek hiperaktivitásának gyógyszeres kezelését jobban elfogadja a szülő, mint könnyebbik utat, a foglalkozás és odafigyelés helyett).

A beteg az orvossal, a nővérrel áll *face to face* kapcsolatban, de ténylegesen mögöttük egy *teljes intézmény* húzódik meg. A beteg helyzetét jelentősen befolyásolja az, hogy miként működnek az intézményen belüli formális és informális kapcsolatok. *Az orvos mögötti háttérrendszerből a beteg teljesen ki van szorítva*. Képtelen áttekinteni, sőt bepillantani is az egyes szakmai osztályok vagy részlegek közötti kapcsolatokba. Pedig ennek nagy szerepe van a komplex ellátást igénylő betegségek belső infrastrukturális kiszolgálásában, az orvosi konzíliumban, más szakmák bevonásában, hasonlóan, a különböző kezelési alternatívák közötti választások indikációk kimondásában is. Az például, hogy mikor javasolnak műtétet egyes betegségeknek nem csak magától a betegségtől függ, hanem a leterheltségtől, attól, hogy a beteg fizető vagy nem, vagy hogy milyenek a szakemberek közötti kapcsolatok. Ebből a több mozzanatában érdekjátékból is kimarad a beteg. De ez a műtétnél egyszerűbb esetekre is igaz. A beteg hidegen kapja déli ebédjét, láthatóan mennyisége az ételnorma alatt van. Ilyen esetekben az orvos, vagy a nővér a beteg érdekében nem fog lépni: nem a kompetenciája. Hiszen ez a konyha a főigazgató és a gazdasági igazgató közötti látens alku, vagy spontán kialakult helyzet következménye. *A beteg tehát egy szervezeti egységekből és személyekből álló szervezetein belüli hálózattal találja magát szemben*. Ebben a hierarchiába beépült hálózatban a résztvevők viselkedését nem csak beteg-tag viszony határozza meg, hanem a hálózat résztvevőinek egymás közötti viszonya, az itt megtalálható érdekeltségek. Például a betegért tett lépéseket a hálózatban kell meglépni, annak szabályai szerint és az által adott lehetőségek keretein belül. Ezzel együtt a lépések viszonzását is a hálózat keretén belül kell teljesíteni. Ez nem csak a fenti példára igaz, de a vizsgálatok kérésére, vagy éppen egy diagnosztikai vizsgálat gyorsítására, a beteg más részleghez való átküldésére.

Csak felvillantottuk néhány mozzanatát annak, hogy milyen sok tekintetben kiszolgáltatott a beteg a rendszernek, még akkor is, ha netán bevonása, tájékoztatása teljes körű. Ez a helyzet tehát az alaphatalmi rendszerből következő, a beteg – ügyfél

érdekében kihozható maximum. Emellett a szervezet köré az ügyfél (beteg) érdekeit védő a szervezet működését befolyásoló ellenőrzési, érdekeltségi, érdekvédelmi megoldások építhetők ki (jogvédelem, biztosítás, betegcsoporti ellenőrzés, finanszírozás, szakmai szervezetek kontrollja stb.). Ezek azonban már csak a leírt alaphatalmi helyzet mesterséges módosulásait hozzák létre az ügyfél érdekében. Ténylegesen azonban maga az egészségügyi szervezeti működés jelenleg igen kevésbé építette ki a teljes tájékoztatás és betegbevonás mechanizmusait.

A kiszolgáltatottság ilyen módon tehát nem az orvosnak való kiszolgáltatottság, hanem a szervezetnek való kiszolgáltatottságot jelent. Azonban ez jellegénél fogva perszonalifikálódik: vagyis személynek vagy személyeknek való kiszolgáltatottsággá alakul át, a hierarchikus mozzanatot mindig magában foglaló orvos-beteg, nővér-beteg viszonyban konkretizálódik. Erre rakódik rá a szervezeti kontextusból következő személyi játéktér. Vagyis a szakmai, nyelvezeti (latin orvosi szavak) kulturális stb. főlénynek az adott szervezeti kontextusban erőfölényként való megjelenése. Nyilván a standardizált információ rendszer, a rutinokon alapuló kezelési eljárások (evidence based medicine) csökkentik a kiszolgáltatottságot rutin helyzetben, de növelhetik is a kockázatot minden nem teljesen rutin helyzet esetén (Simon 1957).

A beteg ebben az alaphatalmi struktúrában megbízik az orvosban. Ez a bizalom azonban hatalom diktálta kényszerbizalom. Vagyis itt a bizalom nem etikai kategória, hanem hatalmi tartalmú fogalom (Jávor 2004b). Az orvosnak kettős hatalma van a beteg felett. *Aktív hatalma*, vagyis befolyásolni tudja a beteget úgy, ahogy azt érdekei kívánják. Másrészt *passzív hatalma* van, amely azt jelenti, hogy ki tudja védeni a betegnek az orvosi érdekeket sértő cselekedeteit. Például kezében van a dokumentálás monopóliuma, az eljárás monopóliuma. (Aktív és passzív hatalomról részletesen Jávor 1983; Jávor–Rozgonyi 2003.).

A betegek eszközei jelenleg szűk keretek között mozognak. Az egyik lehetőség az aktív-passzív hatalmi erőterben a negatív csere. Ez azt jelenti, hogy a beteg is tartózkodik valamitől, ha az orvos is ezt teszi. Ez az elsődleges találkozási helyen, az elsődleges konfliktus terepen, az egészségügyi szervezetben a beteg részéről nem érvényesíthető stratégia. Ez csak a másodlagos konfliktusterepen, például a bíróságon érvényesíthető. A beteg nem megy bíróságra, ha a hatalmi helyzet következményei nem elviselhetetlenek számára, ha például nincs súlyos károsodást okozó műhiba. Azokban az országokban, ahol sok a műhibaper, ez a küszöbszint – ahol tehát a negatív csere felmondja a szolgálatot – alacsonyabb, még nálunk magasabb. A másik eszköz a pozitív csere: adok valamit, ha az orvos is ad valamit. Ez az eszköz az alapja az orvosi hálapénz kialakulásának. Hangsúlyozzuk: nem oka csak a hatalmi struktúrában bent lévő alapja.

## MIKROMŰHIBÁK, ÜGYES ÜGYFÉL, HÁLAPÉNZ

A *mikroműhiba* fogalmán azokat az orvosi és ellátási műhibákat értjük, amelyek a szervezet működésében rendszeresen előfordulnak. Ez közel van a szervezetszociológia korlátozott racionalitás elméletéhez. (Simon 1957). E szerint a döntések és végrehajtásuk alapvetően szabályszerű, racionális, habár tényleges megvalósulásában ez nem teljesen van így. A racionalitás csak korlátozottan érvényesül, például az informá-

cióhiány, az érdekek torzító hatása miatt, vagy éppen az emberi figyelmetlenség okán. Ennek az elméletnek fontos jelentősége van az üzemi katasztrófák repülőgép balesetek leírásában (Perrow 1984).

A mikroműhiba tartalma már előkerült tanulmányunkban. Olyan szervezeti gyakorlat, amely téves diagnózishoz vagy kezeléshez vezet, hibás eljárásokhoz, vagy szabályok be nem tartásához, de nem okoz aktuálisan nagy, vagy helyrehozhatatlan hibát, vagy olyan hibát, amelyet a beteg észlel. De lehet, hogy olyan betegséget nem ismernek fel, amely csak 1-2 év múlva vezet komoly bajhoz – pl. ízületi gyulladás deformációhoz, kezdődő kopásokra ráarakódó túlterhelés komoly gerincbántalmakhoz, amelyek elkerülhetők lettek volna egy korábbi vizsgálat alaposabb elemzésével. Ilyen esetekben persze sokszor a beteg együttműködési hajlama is alacsony (pl. magas vérnyomásnál, kezdődő keringési betegségeknél stb.)

Könnyen belátható, hogy az egészségügyi szervezetek, magas mikroműhiba számmal működnek. Ennek következtében egyrészt nagyobb a makroműhiba (nagy baj) bekövetkezési valószínűsége, másrészt a leírtak alapján kisebb az esély arra, hogy ezt a másodlagos konfliktus terepen bíróság kompenzálni tudja az ügyfél.

Az, hogy mivel mutatható ki a mikroműhiba, felmérések hiányában nehezen dokumentálható. Azonban ennek egyrészt a szervezeti működés eddigi elemzéséből adódó okai vannak. Minden szervezet, és különösen minden hatalmi rendszer ott süllyed le működési színvonalának legalacsonyabb szintjére, ahol nincs ellenhatalom, nincs kontrol. Hiányzik a tevékenységek elemzése, ahol nem gyűjtik az adatokat, információkat a tevékenység végzéséről, nincs folyamatos szinten tartási (minőségbiztosítás, ellenőrzés), nincs kockázatelemzés, és visszacsatolás, stb. Az egészségügyi szervezetek gyógyítási tevékenységéből ezek az elemek szinte teljes egészében hiányoznak jelenleg, és lényegi, érezhető elmozdulás nem is történt. Ez a szervezet *öntanulásának, és önkorrekciónak minimális feltétele.*

A másik eleme a mikroműhibák bekövetkezésének az, hogy minden lényeges szervezeti *funkciónak legyen érdekhordozója*, képviselője, és minden érdekérintett is jelen legyen megfelelő hatalmi pozícióval, a hatalmi erőterben. Láttuk, hogy ez sem a szervezetközi, sem a szervezeten belüli hatalmi erőterben sincs meg. Ez lenne a működés minimum feltétele: vagyis az, hogy a szervezet működési színvonala, a minden érintett által elfogadható szintet érje el. Ennek teljesüléséhez olyan kooperatív szervezeti követelményeket kellene teljesíteni, amelyek nem léteznek.

A szervezeti folyamatok minden lényegi eleme szabályozott kell, hogy legyen (formális hatékonyság), amely alapján elvárhatók a cselekedetek, megítélhető a helyes és helytelen, a rosszul ellátott és jól ellátott beteg az elvárható kezelési szint. Ez alapján lehet ösztönözni a személyzetet, kidolgozni a tevékenységet dokumentáló iratok és adatok rendszerét. E nélkül még az a kérdésfeltevés is érzelmetlen, és főképpen megválaszolhatatlan, hogy a szervezet a betegek érdekeit milyen mértékben szolgálja, és hol, hogyan kellene előrelépni. De maga a műhiba fogalma is szinte (különösen vezetési és jogi szempontból) megfoghatatlanná válik. Ez a szervezet működésének minimális racionalitási követelménye (a bürokratikus szervezeti racionalitás fogalma szempontjából: vagyis a célracionalitás – lásd Weber 1967).

Végül a *hatalmi hatékonyság* fogalma is lényeges a mikroműhibák megjelenése szempontjából. Hatalmi szempontból az a szervezet hatékony, amely átlátható, amelyben a vezetési utasítások és elvárások végrehajthatóak, amely képes ezt követni is (va-

gyis megállapítani, tényleg végrehajtották-e az utasításokat), amelyben az összes lényeges folyamat kézben van tartva, az erről szóló információk megbízhatók. Amikor egy szervezetbe *társfinanszírozók* lépnek be (gyógyszergyár, műszergyártó, hálapénz) és a szervezet a belső folyamatok, információk manipulálásában érdekelt, akkor a hatalmi hatékonyság csökken. Ebből a szempontból a rendszerváltás óta kedvezőtlen tendenciák jelentek meg. A régi kórházak klinikák despotikus, tekintélyuralmi vezetése fellazult. Annak számos hátránya mellett, legalább az, az elvi előnye meg volt, hogy egyszemélyi kontrol alatt volt az intézmény vezetése. Ettől nem volt jobb a gyógyítási munka, hiszen számos főorvos gátolta a munkát, a tudásán túli új módszerek bevezetését, kiszolgáltatottá tette teljesen beosztottait – sokszor a betegek előtt alázva meg őket –. Vagyis nem jobb volt, csak más. Ma azonban ez a hatalmi hatékonyság csökkent anélkül, hogy átrendeződött volna a jobb gyógyítás érdekében (Pfeffer–Salancik 1974; Rosengren 1980).

Mit jelent a mikroműhiba? Egy példa. Műtét után bennmarad a betegben egy törlőkendő. Ez komoly következményekkel járó műhiba. Oka valószínűleg az, hogy nem ellenőrizték a műtét után a törlőkendők számát. Az is valószínű, hogy ez az ellenőrzés máskor is el maradt. Ez az elmaradás a mikroműhiba. Kell hozzá, még egy figyelmetlenség, és meg van a baj. De a valódi ok nem a figyelmetlenség, hanem a mikroműhiba jelenléte. Egy jól vezetett szervezetben van figyelmetlenség, amelyek jelentős része soha nem okoz bajt, mert észlelik és javítják. Az egészségügyi szervezetben azonban hiányzik ez az elem. Így minden figyelmetlenség komoly műhibaforrássá válik, jelentősen *megnövelve a működési kockázatot*. Nem véletlenül alakultak ki a minőségbiztosítási rendszerek (ISO) a kockázatelemző eljárások (pl. HACCP), és más megoldások (pl. GMP) a termelőszervezetekben és a szolgáltatásokban.

Néhány mikroműhiba terület, teljesség nélkül:

- anamnézisével, csökkentett információ felvétel, különösen az orvos számára nem értelmezhető, vagy nem szakterületével kapcsolatos tünetekről;
- aluldiagnosztizálás, több tünet okainak mellőzése;
- felesleges várakozási, bent fektetési idők, szervezési hiányosságok miatt;
- felületes kezelés, rutinszerű gyógyszerelés: egy hasonlattal, tömegszolgáltatás, tömeggyártás egyedi kezelés helyett;
- rutin eljárások mellőzése (így kritikus információkhoz való jutás késedelme): vizitek, súlyos betegek éjjeli ügyeleti figyelése, magas vérnyomásúaknál a kötelező vérnyomás ellenőrzés elmaradása, stb.;
- kevésbé ismert betegségnél (kisebb esetszámmal rendelkezik az orvos, vagy kórház) konzílium kérésének elmaradása;
- gyógyítási tapasztalatok kontrolálása, feldolgozása (ez különösen szakrendelők-nél teljesen hiányzik)
- gyógyultsági szint követése;
- kezelési mellékhatások figyelése (pl. gyógyszer-mellékhatások, felfekvések);
- nővéri tevékenység, különösen éjszakai nővérek esetén;
- kezelési hibák feltárása;
- műtétek megfelelő dokumentálásának hiánya, a tapasztalatok elemzése;
- eljárási hibák jegyzőkönyvezésének, dokumentálásának elmulasztása;
- csak klinikailag kimutatható panaszokkal való foglalkozás;
- személyi szankciók hiánya.

(Ezek egy része különösen súlyos gond a szakrendelőknél, ahol az egyes orvosok szinte teljesen függetlenül egymástól dolgoznak, a beteg nincs folyamatos kontrol alatt, de az orvos munkája is csak dokumentálisan követhető, papírból, melynek tartalma felett az orvosnak totális uralma van.)

Néhány interjú példa mindennapos mikroműhibákból:

- Az orvos közölte a magas vérnyomásos beteggel, próbálja meg ezt a tablettát. Ha nem áll be egy idő után, jöjjön majd vissza. Hogy mikor kell vissza jönni, nem mondta, hogy mi baj lehet, azt sem tudta meg a beteg. Négy hónap múlva agyvérzést kapott (a mikroból tényleges baj lett).
- Vizelési panasza volt a betegnek, alig tudott vizelni: csak cseppek. Megnézték, nem találtak a vizeletben baktériumot. Aznap két másik helyre és az ügyeletre is elment. Péntek volt. Mondta az orvos mind a négy helyen, ha hétfőig nincs vizelete, jöjjön vissza a jövő héten. Vasárnap reggelre már megőrült a fájdalomtól. Bárát adott neki gyulladáscsökkentőt. Estére megszűnt a panasza, minden rendben lett. Négy helyen tartják számon, hogy meggyógyult (illetve még számon sem tartják).
- Csonttörés, kontrolröntgen. Minden rendben. Összeforrt, de rosszul. Orvos beteg előtt: „A k. anyját, megint rossz szögből csinálták a kontrol röntgent. El kell újra törni a csontot.”
- Fogorvos (magánrendelő). 150 ezerért hidat tesz fel, röntgen nélkül. Nincs nagy baj. Itt semmi baj nem történt, de ha az egyik tartófog gyulladt, akkor az egészet le kell vágni. Ma a magánrendelők tömegével végeznek tömést, húzást, gyökérkezelést röntgen nélkül. (Igaz ez nem állami hely, és a mikroműhiba sem végzetes, de jellemző az egészségügy rendszerére, és a választási alternatívákra.)
- Két beteg, az egyik régebben bent van, a másik két napja. Infúziócsere, gyógyszercsere. Ez utóbbi feltűnik, a gyógyszerek színe miatt. Szólnak. Semmi. Negyedik szólas után orvos: nincs bizonyíték. Nővér: „Tele van a fa...om a gyógyszereseréjével!” és bevágja a kórtermi ajtót. Nincs több reklamálás. Másnap az új beteg minden addig szedett gyógyszerét leállítják. Ugyanis a régi betegtől vettek vért, és azt az új beteg nevében regisztrálták. Vérvételcsere is volt. Régi beteg négy nap múlva távozott, akkor kezdett rosszabbul lenni az új beteg.
- Új beteget hoztak. Egy órán át kérte, hogy adják be a zárójelentése szerinti gyógyszerét, mert nagy baj lesz. Közölték, gyógyszert csak a főorvos rendelhet a vizi-ten, ami délben fejeződött be, és két nap múlva lesz. Fél óra múlva: fulladás, klinikai halál, intenzív. Egy hét múlva visszavitték, megmentették. A baj oka: betegség, a kórház kiválóan helytállt. Másnak nyoma nincs.

(Egy rövid megjegyzés: jelen példák még a szegedi kórházban nyilvánosságra került betegcsere-botrány előtt lettek leírva. Azonban az ott történtek szinte minden kórházban, klinikán, orvosi rendelőben mindennaposak. Pontosabban a minroműhibák. Ezres nagyságrendűre tehető a halálos kimenetelű esetek száma is. Valószínűsíthetően azonban a legrosszabb szakmai színvonalon a hatósági, igazságügyi és a zárt szervezeteken belül – pszichiátria, börtön – dolgoznak, mivel ez a legkevésbé ellenőrzött része az egészségügynek.)

Következésképpen sajátos ügyfél (beteg) viselkedési stratégiák alakulnak ki. A bürokrácia, a bürokratikus viszonyok elemzése során egy tanulmányunkban (Jávor 2004c) három ügyféltípust különböztettünk meg: a nagy ügyfél, a kis ügyfél és az



ügyes ügyfél típusát. *Nagy ügyfél* az, aki a normál eljárások helyett közvetlenül a felsőbb vezetési szinttel alkuszik. Kórháznál ez lehet jelentős személy (VIP), vagy az orvos rokona, a professzornak, vagy a főigazgatónak fizető betege. A *kis ügyfél* a legszabályosabban kerül ügyféli pozícióba és türi el az egészségügyi szervezet szokásos, mindennapi eljárásait. Az *ügyes ügyfél* a kis ügyfél azon változata, amelyik megpróbálja saját javára módosítani az eljárásokat, gyorsítani az ügyintézését, kikerülni a számára kellemetlen helyzeteket, megváltoztatni tényeket, vagy megvásárolni magának orvosi, szervezeti szolgáltatásokat, előnyöket, szervezeti erőforrásokat, stb. A hálapénz is egy ilyen kisügyféli magatartásból indul ki (Jávor 2004d, 2004e).

Lényege az, hogy a hálapénzt fizető beteg ügyes ügyfélként viselkedik a szervezetben, azonban amikor általánossá lesz a hálapénz, mint sok szakmában (sebészet, szülészet, nőgyógyászat, gyermekgyógyászat), akkor a helyzet már megfordul. Az ügyes ügyfélből hirtelen kiszolgáltatott ügyfél válik. Amikor az ügyfél megpróbált a saját helyzetén változtatni, akkor még az ügyes ügyfél (ügyes beteg) változat működött. Azonban beindult egy „kis hiba” folytán a hatalmi rendszer taktikai működésében az ún. önfeljelentés mechanizmusa. Az ügyes ügyfél ugyanis játszmája közben fontos információt ad, vagy adhat ki magáról. Egy más élethelyzetből hozott példával illusztráljuk ezt a mozzanatot. Ha az önkormányzatnál az ügyes ügyfél a vállalkozási telep engedélytetése esetén elszólja magát, hogy nagy bajban van, ezért sürgős neki az ügy, gyakorlatilag „feljeleníti” a hivatalnoknak önmagát. Közli, ha nem kapja meg a működési engedélyt, nem tudja hiteleit fizetni és tönkremegy. Ekkor megfordul a függési viszony: amit el tudott volna normál esetben, mondjuk ötvenezer forintért intézni, ugyanezért hirtelen ötszáztezret kérnek. A hivatalnok ugyanis rájön, hogy minél nagyobb akadályt állít, annál súlyosabb kényszerhelyzetben lesz a vállalkozó. Rögtön újabb papírokat, dokumentumokat kér, elhúzza az időt a szakhatósági engedélyek lejárásiáig. Lehet, hogy eljárási hibát is vét, de a vállalkozó közben esetleg anyagilag összeomlik. Hogy ezt elkerülje: fizet. Ily módon az ügyes ügyfélből kiszolgáltatott ügyfél lett.

Az egészségügyi szervezetekben is rájöttek bizonyos szakmák képviselői, hogy az ügyes ügyfelek száma megszorodott, vagyis az ügyfelek kiszolgáltatottá váltak. Levitték a színvonalat (valószínűleg az ötvenes évek elejének tömegessé nőtt egészségügyi ellátási kötelezettségei ezt automatikusan megtették), amit egyre többen akartak maguknak ügyes ügyfélként javítani. Az orvos megemelte az akadályt, az ügyes ügyfél kiszolgáltatott lett. Mivel ezt tömegesen fogadták el az ügyfelek, kialakult és intézményesedett a fordított viszony.

Kialakult a hálapénzrendszer. Ez üzleti vállalkozássá lett. Látszólag az ügyfél megvesz valamit. Ténylegesen a leszállított szolgáltatások, az ideiglenesen és mesterségesen elvont szervezeti erőforrások a szakmai és emberi odafigyelés tudatosan visszafogott ellátását – vagyis a mesterséges akadályteremtés elhárítását veszi meg. Az ügyfél azt hiszi, hogy szakmai ellátást vásárol, pedig csak a hatalmi pozíció által felállított akadály lebontását veszi meg. Hatalmi erővel való éléssel – aktív hatalommal – szemben pozitív csereviszonyt állít fel: fizet, hogy a szolgáltató ne éljen akadályállítási hatalmával. Persze nem ez az egyetlen összetevője a hálapénznek. Ezt csak a hatalmi viszonyokhoz illeszkedő elemként, ebben az összefüggésben említjük meg. Bármilyen okból alakul is ki valamely szervezeti jelenség, így a hálapénz is, annak létezik a hatalmi viszonyokba beilleszkedő relációja (azt támogatja, vele szemben bizto-

sít bizonyos szereplőknek mozgásszabadságot, stb.). ezért mindenképpen meg kell határozni két dolgot. Egyrészt a hatalmi rendszerbe való beilleszkedés módját, másrészt a szereplők ebben való viselkedését. Ennek demonstrálására említettük meg példaként a hálapénzt. Hovatovább a rendszer külön érdekessége, hogy intézményesedése miatt, már akadályt sem kell állítani. Elég, hogy a beteg, a szülő nő azt hiszi, akadályt állítanak elé, ha nem fizet. *Kialakult a hatalom gyakorlata, és kultúrája, a félelem.* Félelem attól az átláthatatlan, manipulálható alaphatalmi rendszertől, amit fentebb felvázoltunk.

Vagyis igaz az, hogy a hálapénz nem a hála jele, hanem üzlet. Az is igaz, hogy magán- és szervezeti szolgáltatást vásárol meg az ügyfél. Az is igaz, hogy ezt kap látszatra (vagy hite szerint). Ténylegesen azonban pozitív cserével az egészségügyi dolgozó aktív hatalmát váltja és veszi meg, tehát hatalmi aszimmetriát kompenzál. Ez a kiszolgáltatottság bére és a félelem ára. Vagy egyszerűbben és tömörebben: *a hatalom gazdasági haszonná történő transzformálása* (Jávor 1983).

A hatalmi erőterben elfoglalt pozíció és kihasználható lehetőségek, vagyis a játsszák szerkezete attól is függ, hogy milyen az egyes aktorok cselekvési lehetősége. Amennyiben valamely aktor cselekvései kiszámíthatók, akkor is lehet rá számítani, ha a másik fél erőpozíciója gyenge. Ez persze nem azt jelenti, hogy fel is tud rá készülni, de azt igen, hogy veszteségei, költségei közé be tudja építeni. Ez kiszolgáltatottságot jelent, de hatalmi értelemben nem jelent félelmet. A *félelem hatalmi* fogalmának értelmezéséhez ennél több kell: a *kiszámíthatatlanság*. A kettő között nagy a különbség. A kiszámítható, de legalább statisztikailag kalkulálható (valószínűsíthető) kiszolgáltatottság mellett a rosszabb pozícióban levő félnek lehetősége van arra, hogy saját cselekvési stratégiát dolgozzon ki, amelybe a helyzetéből adódó veszteségeket is bele tudja számítani. Ezzel egy korlátozott, de létező döntési pozícióban van. A kiszámíthatatlanság azonban azt jelenti, hogy nem tudja kalkulálni a másik fél várható cselekedeteit, és így a maga lehetőségeit sem. Lehet, hogy a másik félnek nincs is akkora cselekvési tere, mint amekkorát feltüntet, de még ezt sem látja. Így el sem tudja dönteni, mit tegyen, és ennek következtében valószínűsíthetően sokan akár a legköltségesebb, vagy legkisebb eredményt hozó stratégiát választják. Innen nem a racionális, vagy a sztohasztikus racionális döntések uralják az aktor magatartását, hanem a félelem.

A félelem tehát szervezetenként arra alapul, hogy ki az, az aktor, akinek a hatalmi erőterben a *bizonytalanság felett uralma* van. Jelen esetben tehát a bizonytalanság kontrolja alakítja ki a félelmet. Ez azonban azt is jelenti, hogy az ellátási rendszerben a kiszolgáltatottság, mint szervezeti állapot (és mint egészségi állapot is, hiszen a beteg betegsége miatt már kiszolgáltatottabb társadalmi helyzetbe kerül) nem szüntethető meg, azonban a félelem, mint ennek hatalmi elemekkel felerősített formája jelentősen csökkenthető.

Ebben a rendszerváltás óta történtek előrelépések, mint pl. a szabad orvosválasztás, a kötelező tájékoztatás és beleegyezés kérés. Azonban a gyakorlati elmozdulás még kevés. Emellett az átláthatatlan folyamatok, a nyomásgyakorló csoportok viselkedése, a finanszírozási megszorítások kiváltotta szervezeti és orvosviselkedés ellenkező hatásokat is kiváltott. Vagyis a félelem csökkentése, a félelem árának megfizetése csökkenthető, a szervezeti racionalitás növelésével, a valós érdekvédelem kialakításával, a szakmai kontrol erősítésével. Azzal, hogy pontosan tudja a beteg mi miért törté-

nik vele, és ez elfogadott garantált és betartott eljárás, aminek megszegése nagyobb kockázatot jelent az orvos, és a szervezet, mint a beteg számára. Jelenleg a kezelt beteg kevesebb tájékoztatást kap a kapott vizsgálatok, gyógyszerek kockázatairól, mellékhatásairól, mint amit a patikai forgalomban levő gyógyszerek betegtájékoztatója tartalmaz. Ahogy annak a kérdése is megoldatlan, hogy mit kezdjen a beteg azzal az információval, hogy a műtét esetén 20% az esély arra, hogy romlik az állapota. Attól, hogy ezt megtudja, informáltabb lesz, de nem javul döntési pozíciója, viszont az orvosi beavatkozás felelőssége jelentősen csökken. Nem megoldott a biztosítás terén, hogy ilyenkor a 80%-20% nyereség veszteség arányt miért nem kell elosztani (pl. a veszteségek pénzügyi megsegítésével, kompenzációjával), ha az osztársadalmi nyereség nagy és a kockázat megéri.

### SZERVEZETI INPUT-OUTPUT ELEMZÉS VÁZLAT

A kórházi és rendelőintézet szervezete is leírható az input-output modell alapján. E szerint az intézet inputja a bejövő pénz, eszközök, tudás, az outputja a kijövő beteg, esetleg hallgatók, cikkek, és a közte levő feldolgozási folyamat, a technológia által végzett gyógyítás, oktatás, kutatás. Továbbiakban a beteg inputra koncentrálunk. A beteg bekerül az egészségügyi intézmény ügyfelei közé. Már a kezdő mondat is hamis. Az input alapvető kérdése, hogy ki, hogyan kerül be a rendszerbe ügyfélként. Tudvalevő, hogy számos beteg betegségével nem fordul orvoshoz (influenza) és sok betegség-nél (cukorbetegség, keringési betegségek, magas vérnyomás) nagy a látencia. Ezek a betegek csak a betegségek tüneteinek nyilvánvalóvá válása után jelentkeznek: vagyis a súlyosbodás bizonyos fokán. A betegek megjelenését a kulturáltság mellett, a lakóhely, a munkaleterhelés és többek között a szerzett orvosi és kórházi tapasztalatok is jelentősen befolyásolják.

A betegek fellelése a társadalomban elvileg társadalmi és különösen kliensi érdek. Ezt célozná a szűrés is. A feltárt betegség betege, azonban ha megjelenne a kórházi, szakorvosi ellátásban, esetenként komoly zavart okozna. Jelentősen megnőne – bizonyos ideig mindenképpen – az egészségügy túlterhelése, mind felkeresési esetszámában, mind kezelési igényben, mind pénzügyileg. Ezért a rendszerben lehet érdek a mellrákszűrés, hiszen kevés esetet hoz felszínre, és csak olyanokat, amelyek amúgy is rövid időn belül az ellátórendszer látóterébe kerülnének. De nem érdeke a látens cukorbetegséggel, elhízással, szívdélebetegséggel, stb. való foglalkozás. Persze ennek az ellenkezője is megjelenik, amikor nyomásgyakorló csoportok jelennek meg. Ilyenkor megugrik bizonyos idő alatt egyes betegségek „reklámja” és betegszáma, mint például a depresszió esetén. Ekkor mesterséges kliensképzés folyik. Általában azonban a leterheltség az egyes szakmák között, (és a hálapénz, vagy egyéb csoportok megjelenése) együttesen szabályozza azt, hogy hogyan mennyi beteget szeretne a rendszer ügyfélként definiálni, megtartani. Ez természetesen a szakmai tényezők mellett jelentkezik, de nem elhanyagolható mértékben befolyásolja a folyamatokat, az intézmények és szereplők viselkedését.

Külön sajátossága a rendszernek a várakozás. Itt két szélső eset különböztethető meg. Azt, amikor a beteg várakozik, és amikor az orvos. Az orvos várakozása gazdaságtalanná teheti a rendszert. De például a körzeti, vagyis házi orvosi ellátás elviseli az

orvos várakozási megoldást (a rendszerváltás óta jelentősen nőtt a háziiorvosi körzetek száma, és kb. kilencszázzal csökkent, az egy praxisra jutó betegek száma). Ebben a rendszerben (kártyapénz), kevesebb az orvos érdekeltsége a kliensek felkutatásában és ügyféllé tételében. Nem véletlen, hogy a házi orvosokra épített szűrővizsgálatok terve megbukott. Vagyis az input oldalról a *klinsek felkutatásában* egyenetlen az egyes aktorok érdekeltsége.

A várakozó beteg sajátossága, hogy a sor egyes esetekben szabályozható. Például a rendelőintézetben az ellátás (vagy inkább feldolgozás, áteresztés) sebességének növelésével. Ez nyilván az orvoslás (szakmai értelemben) rovására mehet és növeli a tabletakultúra terjedését, még befogadóbbá teszi az orvost a nyomásgyakorló csoportok számára (szakmai kultúra leépülése).

A betegek sorban állására azonban számos intézmény, például, kórházak, szakrendelők jelentős része érzéketlen. Nem látja, nem érzékeli a folyosón váró sorokat és a sorbaállási időt. Érzéketlen arra is, ha emiatt a beteg kifut a rendelési időből, és a több szakorvost érintő ellátásért napokig kell bejárnia. Vagyis a betegfogadás immúnis a sorbaállásra és következményeire. Nem véletlenül ezen a téren nem alakult ki monitoring néhány speciális beavatkozástól, vizsgálatától eltekintve, sőt ennek kialakításában senki sem érdekelt. Nincs nyomás ezen adatok felhasználására, és változtatások megtételére. Hasonló sorbaállás tapasztalható a kórházi osztályok egy részénél is.

Egy érdekes példát írunk le, annak érdekében, hogy rámutassunk arra, hogy a sorbaállítás mennyire nem csak szakmai kérdés. Egy nagy ideggyógyászati intézetbe bement egy beteg. Az egyik – egyébként nemzetközileg tekintélyes professzor – akinek csak ambuláns rendelése volt, felírt neki gyógyszert, és közölte, hogy egy hónap múlva jöjjön vissza kontrollra. Az elrendelt kezelés az orvos szakterületének felelt meg. A kísérlet alapján másnap elment a személy ugyanennek az intézetnek egy másik – szintén nemzetközileg jegyzett professzorához –, akinek nem volt ambuláns rendelője, csak bentfekvő osztálya. Rövid beszélgetés után egy másik – szakterületének megfelelő diagnózist mondott –, de közölte, hogy legalább 30 napos megfigyelésre be kellene feködni. Viszont van szabad helye (betegség definiálás kapcsolata szabad ágyak számával). Elment egy harmadik orvoshoz, akihez nehéz volt időt egyeztetni. Rövid beszélgetés után közölte, hogy megvan a probléma, és leírta, hogy kevesebb alkoholt kellene fogyasztania. (beteg életében nem ivott alkoholt). Végül a negyedik helyen az első találkozás után három hétig elérhetetlen orvos telefonon közölte, stresszmentes életmódot javasol. Különösebb betegsége a betegnek nincs. Neki viszont nincs ideje, mert külföldi konferenciára készül (és az előadásának témája megjegyzendő nem a beteg betegsége: vagyis most csak az előadásába illő beteganyaggal kívánt foglalkozni).

Vagyis a klientúra fogadás és kezelés módja függ az orvos leterheltségétől, érdeklődésétől, stb. Nem csak ezen a téren figyelhető meg ez az inputkezelés. Például a nem gyógyítható betegekkel való foglalkozás rendkívüli rugalmasságot enged meg, hiszen a hosszan tartó betegségek tetszés szerint kezelhetők is meg nem is (akut helyzeteket leszámítva). Egy cukorbetegnél, vesebetegnél, gyomorbetegnél, ha akarom ráfér egy alapos kivizsgálás, ha akarom, nincs rá indikáció.

Ezzel bekerül a beteg a rendszerbe, vagyis a feldolgozási folyamatba. Első lépés az adminisztráció után a diagnosztika. Egyes rendszerekben, mint például a fizioterápia területén maga az adminisztráció és igen hosszadalmas folyamat, jelentős sorbaállási idővel. Ezután a diagnosztika következik. Általában szervezési és szűk keresztmetsze-

ti okok miatt lassú és jelentős veszteséggel működik. Kissé kiélezve a helyzetet, azért kell sokat, akár napokat is várni arra, röntgenre, vagy ultrahangra (nem is beszélve bonyolultabb vagy drágább eljárásokról) a betegnek, mert a bentfekvést a biztosító finanszírozza, a röntgent az önkormányzatnak, mint tulajdonosnak kellene megvenni, az orvosnak addig sincs gondja a beteggel, a hosszabb bentfekvés miatt pedig a beteg veszti el állását. A legnagyobb probléma talán a folyamatok szervezetsége, mint szervezeti, mind szakmai szinten. Nincsenek protokollok, amelyek a folyamatokat a nemzetközileg elfogadott módon szerveznék. Ezek alapján a beszerzések is esetlegesek, sokszor jobban függenek az érdekvényesítési képességtől, mint az ellátási szűk keresztmetszetektől, stb. Az eljárások szabványosítása sem jelent azonban olyan mértékű gyógyítási biztonságot, vagyis a feldolgozási folyamat kiszámítható, kliens érdekében való működtetését, mint azt hihetnénk első látszatra. A protokollok ugyanazon betegségekre eltérőek, szakmailag különböző elveken nyugszanak. Terjedelmük, kidolgozottsági fokuk is különbözik. Emellett a javasolt kezelési eljárás fontos szempontja a költséghatékonyság, a mellékhatások, a műtéti javallatok, az alternatív kezelési módok, a műtéti kockázatok, mind számszerű formát öltenek. Vagyis az orvos által javasolt kezelés a műszerek amortizációjának elszámolásától, a gyógyszerek árától, a gyógyszer promócióktól, és ez mind az érdekvényesítő csoportok hatalmi súlyától és eredményességétől függ. A költségek függenek a bértől, az alternatívák közötti javaslat függhet a hálapénztől. Ezzé vált a kórház feldolgozási folyamatának racionális, vagy szakmailag javasolható bizonyítékon alapuló orvoslás, és standardizált eljárásokra építő modellje.

Ha még valaki azt képzeli, hogy a laza technológiájú szervezetekben lehet megfelelően racionalizálni, még a felelősség hatalmi értelmezését is be kell vezetni. *Felelőssége* van valakinek – *hatalmi értelemben* akkor, ha mások érdekeit megsérti, azok viszontsérthetik az övét: röviden visszaadhatják. A társadalmi relációk általában aszimmetrikusak e tekintetben is. A protokollok nélküli döntés nehezen átlátható, rosszul dokumentált, nincs etalon amihez lehet a feldolgozási folyamatot hasonlítani. Az így kialakult bizonytalansági zónában a nagyobb hatalommal és kisebb kockázattal, nagyobb játéktérrel rendelkező orvos tud hatalomra szert tenni, vagyis a bizonytalansági zónát uralni. Ezzel mások cselekedetét befolyásolni tudó aktív hatalma (Jávor 1983) megnő. A protokollok uralta mezőnyben a döntési szabadság csökken, az eljárásoktól való eltérést kell megmagyarázni. Az eljárás követése felelősségi garanciát biztosít a követőnek, ezért az eltérés – a gondolkodás, az egyedi esetek kezelése – válik kockázatosná, megtámadhatóvá – itt nő meg a felelősség. Az orvos védetté válik (passzív hatalom), védelmét a protokoll követése biztosítja. Vagyis a hatalmi rendszerek szabályozásakor mindig fel kell készülni, hogy az aktuális megoldásokat – amennyiben azok a hatalmi viszonyokba nem nyúlnak bele és alakítják át közvetlenül -, a régi hatalmi rendszer „megeszi” és feldolgozza. Játéktérét átrendezi. Ezek lehetnek nagy változások, hogy aktív hatalma passzív hatalommá alakul át. Egyik és másik hatalomgyakorlásnak is lesznek nyertesei és vesztesei –általában nem ugyanazok.

Még bonyolíthatjuk a nyertes-vesztes pozíciók átalakulását. Vegyünk egy gyógyszert, amely a betegek 98%-nál javítja, 2%-nál rontja az állapotot – akár véglegesen is. A gyógyszer eredményes. Azért, hogy 98% jól járjon, 2%-ot megkockáztatunk, ők lesznek tehát a vesztesek, a költségviselők. Az általános egészségi állapot javulni fog, ketten pedig meghalnak. Kérdés: gazdaságos volt-e a gyógyszer, és szakmailag adha-

tó. 98%-os esélyre mindenki azt mondja, a kezelést vállalja. Vagyis a demokratikus informálás azt jelenti, hogy mindenki tudja mit vállal, valójában senki sem tudja, mire számíthat. A hatalmi játszma ebben az értelemben döntésképtelenné teszi az embert, aki mindenről dönt, ténylegesen azonban kevésről dönt. Az orvost védi a rendszer: tájékoztatta a beteget, a beteg önként vállalta. Eltűnik ezzel az orvos felelőssége. A 98% gyógyulásába beépül 2% halál. Ez nyereség-költség aránytalan elosztása: 98% nyereségért 2% állja költséget. Elvileg felmerülhet a költségkompenzáció: károkozás nélküli kártérítés, a költségviselőknél. Ha ez beépülne a kezelés árába, lehet, hogy egy alternatív kezelés, akár olcsóbb is lehetne. Nem olyan hatékonyan gyógyít, de nincs súlyos mellékhatás és halálozási kockázat. Igaz ilyenkor az idősebb betegeknel 30%-al nagyobbak lesznek az öt éven belüli szövődmények kialakulási esélyei, amelyek kezelhetők, de igen drága gyógyszerrel, és 1%-os halálozás is van (igaz 5 év múlva). Ennek költsége is beépülhet az árba, a nyereség-veszteség kalkulációba. Ekkor olcsóbb a két-halottas rendszer mégis. Ha viszont a szövődményes betegek között megnő a halálozás (ezzel jelentős gyógyszerfogyasztásuk csökken) akkor mégis csak a második változat az olcsóbb – kivéve, ha a beteg túlélési esélyének csökkenését és annak költségkihatásait mérni tudjuk (nyugdíjas vagy adófizető e az áldozat). És mit tegyen az, az orvos, aki azzal találkozik, hogy az első típusú halálozást egy biztosító fizeti meg életbiztosítás keretében, miközben a szövődményes esetek egy része műhibának minősül, kártérítési perrel. Mindjárt megint más kezelési alternatíva lesz a legjobb és leg-hatékonyabb (Mikó–Mogyorósy 2001).

Ez az, ami úgy jelenik meg, mint amely szakmailag és gazdaságilag racionális. Azt kell mondani, hogy igen, *racionális abban a hatalmi vonatkoztatási rendszerben* (hatalmi feltétel rendszerben), amely éppen adott. Talán egy kérdés merül most már fel: a hatalmi vonatkoztatási rendszernek (vagyis: a függőségi viszonyok együttesének) milyen módon válik részesévé a beteg, és a beteg érdekvédelmi csoportok hálózata.

Miből áll az orvos tevékenysége? A gyógyítás mellett talán a két legfontosabb, a szakmai képzés, és a szakmai kapcsolatokban való mozgás. Ezen a téren az ellátó rendszer különböző szintjei között jelentős különbségek vannak, például a tudáshoz való hozzáférésben. Egy kórházon belül is azonban igen nagyok a különbségek. Az intézmények viszonylag nagy toleranciával viseltetnek (vezetőtől függően) a szakmai tudásbeli és a kezelésbeli, eljárási különbségekkel szemben. Éppen az eljáráások standardizálásának hiánya (protokollok) teszi ezt lehetővé. Emellett, mint már korábban említettük, az intézet dolgozói és az intézetek dolgozói közötti viszonyban is hiányzik a kommunikáció: a standardizált kapcsolatok, esetfeldolgozások, konzultációk. Sajátossága ennek a szervezetnek (alaphatalmi struktúra az adott hatalmi vonatkoztatási rendszerben), hogy e hiányoknak a jelenléte mellett is képes a szervezet hatékonyan működni. Persze az adott sajátos ön-racionalitás mellett – vagyis amikor a kliensi érdekek háttérbe szorulnak – (Olsen–Micklin 1991).

Emellett az egész értékelési rendszer szempontjai is bizonytalanok. A költség-hatékonyaság nem az egyetlen megközelítés, hiszen, az elérhető életminőség önmagában is mérési szempont és más eredményt hoz ki. A betegek elvárása pedig nem a költség-hatékonyaságon alapul, ez egy intézményi és még inkább makrogazdasági szempont (Elkin et.al. 2004; Whitney 2003; Wood–Ferlie 2003). Ez utóbbi tanulmány több döntési megoldási modellt vázol fel, amelyben az orvosi, egyszeri döntéseket, a kis döntések sorozatával kapcsolatos döntési folyamatot és a beteg orvos együttes döntést

különbözteti meg. Elemzése alapján úgy tűnik, nem csak az egyes modellek kimenetelei különbözhetnek, hanem az első típus egy hatalmi pozíciót használ ki, a második egy diagnosztikai és kezelési csapdát is eredményezhet, amelybe az egymás utáni döntések belesodorják a folyamatot. Még a harmadik esetben van a legnagyobb esély a beteg-orvos konfliktus kiéleződésére. Akkor kérdezhethetnénk, hol itt a szakmai racionalitás? De hol van arra garancia, hogy a demokratikusabb döntés jó lesz? Persze az sem garantált, hogy az autokratikus, vagy a tapogatózó kislépések alapján hozott döntés lesz a jobb. Talán itt a felelősség is eltűnik. Röviden: a költség-hatékonyság koncepciója ugyanolyan hatalmi taktika, mint az autokratikus, vagy demokratikus döntési modell. Kimenetele szakmai elemeket tartalmaz, de ugyanúgy hatalmi tartalommal van feltöltve. Ahogy a bizonyítékokon alapuló orvoslás is az átlagorientált terápia rendszere, és mentesíti az orvost az egyéni diagnosztizálás felelősségétől és tudásigényétől. Röviden: *minden szakmai és hatalmi is egyben*. Jelen tanulmány egyik fő mondanivalója is ez kíván lenni. A többi csak a kibogozhatatlan tartalmú racionalizálás ideológiája mögé rejtett, a hatalmi harc kimenetelének racionálisan ideologizált kommunikatív verziója.

A kórház és rendelőintézet sok tekintetben különbözik. A rendelőben a fő tevékenység a betegekkel való foglalkozás, ami természetesen más, mint az egyes beteggel foglalkozás. Általában a foglalkozás rövid idejű, sokszor felszínes a diagnózis, a diagnosztikai technológia nem a betegségre, hanem a rutin, gyakori betegség tüneti észlelésének ideológiájára – feltevésére – alapul. Ezek után a beteg kap egy utasítást a pontellátás rendszerében, és azonnal kikerül az ellátás látóköréből. Adott esetben vissza kell mennie, vagy nem. Ez a beteg döntése sokszor. A rendszer igen magas észlelési küszöbvel rendelkezik azzal kapcsolatban, hogy az ellátás sikerült-e. A továbbutalt betegről nincs információ, ahogy arról sem, hogy a beteg elégedett, vagy elégedetlen volt-e. A betegségben levésről sincs adat, csak a betegállományban levésről, vagyis a tényleges gyógyulás nem követhető. Ebben nem is érdekelt a rendszer – és a beteg sem. A beteg érdeke tulajdonképpen kimutatható, csak az *érdekeltsége nincs meg, hogy érdekeit érvényesítse*, vagy érvényre akarja juttatni. Ennek több oka van. Kulturális, tudásbeli, de talán leginkább hatalmi: ugyanis olyan nagy rendszerekkel, hatalmi rendszerekkel kellene szembeszállnia, hogy ennek sikerességére alig van esély, költsége pedig magas.

Ezért a gyógyulás folyamata és ideje is kezeletlen, sőt értelmezhetetlenné válik a szervezetenél. Az orvosnak a táppénzes idővel kell elszámolni, azonban ez is csak a háziorvosi szint. A szakorvosi rendelő a diagnózis és a kezelés hatékonyságában sem érdekelt. Nem észleli a többször visszatérő beteget, a lassú gyógyulást. Ennek költségei a beteget terhelik (pénzügyi, egészségi, sorbaállási). A rendelőintézeti kezelés mai formájában egy látszólag egységes szervezet, ténylegesen egy szakmailag dezorganizált adminisztratív rendszer. Minden rendszer működését és érdekeit jól jellemzi, az, hogy saját tevékenységéről milyen adatokat gyűjt, értékel, visszacsatol, és használ fel szervezetfejlesztésre. Ebből a szempontból a szervezet ön-racionalizáló, és igyekszik minden olyan tevékenységének átláthatóságát elkerülni, amely a ön-racionalizáltsági képét megzavarná. Azok, akik megzavarhatnák, pedig alacsony érdekérvényesítési képességgel, hatalommal rendelkeznek.

Ez persze egy *hatalmi modell*, amely nem azt jelenti, hogy katasztrófális az ellátás, csak azt, hogy ez egy hatalmi rendszer, amelynek ezek a sajátos működési jellemzői.

Mit jelent ez? Semmi mást, csak azt, hogy az itt leírt feldolgozási folyamat ezt az alaphatalmi struktúrát testesíti meg. Röviden: egy jó vezetés alatt sokkal jobban működik a szervezet, sőt fejlődik, vagyis öntanuló. De egy rosszabb vezetés, mely alatt a szervezet még megfelel az alaphatalmi struktúrának, sem bukik meg. Ha a két vezetési megoldás között viszonylag szűk a rés, akkor kisebb a különbség a jó és a rossz között. Ha nagy a különbség – amint az ma létezik –, akkor az, hogy a szakrendelő, hogyan működik kiszámíthatatlan, vagyis a hatalmi rendszer működése nagy kockázatú lesz. Az, amit a kliens kap, pedig hasonlít egy szerencsejáték-modellhez (Jávor 2004).

A kórházban bent fekszik az ügyfél és követett a feldolgozási folyamat. A bennfevés szervezeti költség is, ezért sokkal érzékenyebb rá a szervezet. A beteg érdekében van a kórház. A nővér munkaidejének (akár tesz valamit, akár csak várakozik) döntő része a beteghez kapcsolódik. Az orvos, azonban már más időrendszerben dolgozik. Tényleges munkaidejének csak kis hányada irányul közvetlenül a betegekkel való foglalkozásra. (persze ebből a szempontból is nagy a szakmák közötti különbség). A fekvő beteg bentlétének nagy részében a diagnosztika elkészültére, a kapott terápiák hatására vár, szervezeti kontrol alatt. Az orvos idejének nem kis részét adminisztrációra, más részét szakmai tevékenységre (olvasás, kutatás) fordítja. Ezek lehetnek kapcsolatosak a betegekkel közvetlenül és közvetve. Lényeg azonban az, hogy az *orvos többirányú tevékenységgel és érdekkapcsolódással* rendelkezik. Kérdés az, hogy ezeket a tevékenységeket a szervezet hogyan hangolja össze. Ebbe még az is bele tartozik, ha az orvosnak magánrendelője van, hiszen akkor a betegek még több alcsoportba sorolódnak (érdekes, rutin beteg, közvetlen tudásához közelebbi vagy távolabbi a betegség, új vagy régi beteg, volt magánbeteg vagy teljesen kórházi beteg, a beteg kapcsolható-e egy gyógyszer kipróbálási vagy tanulmányírási esetleg egy népegészségügyi kutatáshoz vagy nem, stb.). Ezek a különbségek a beteg kezelését befolyásolják. Szintén kérdés az, hogyan tudja kontrolálni ezt a kórház.

Az egész kontrol (vagyis a hatalmi rendszer) működése nagymértékben függ a végeredmény mérhetőségétől (Whitney 2003). Vagyis mikor javított a kezelés a beteg állapotán, és annyit javított-e amennyit lehetett volna. Kiderül, hogy az *output mérhetősége* rossz. Függ az input szintjétől. A kórház felszereltségétől, a beteg együttműködésétől. Ha a magas vérnyomás mellett a beteg agyvérzést kap, mi volt a probléma. Beleesett a szokásos statisztikai százalékba, vagy nem vette be a gyógyszert, vagy rosszul állították be a gyógyszererezését, vagy nem közölték vele, milyen esetben jelentkezzen újra, vagy diagnosztikailag elnézték a kezdődő szövődményeket, vagy éppen kulturális okok miatt a beteg nem hitte el, hogy milyen nagy baj érheti. Esetleg ere a bajra az orvos két szóval hívta fel a beteg figyelmét a részletes tájékoztatás és megértetés helyett.

Vagyis 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. Kielezeten szólva, *ha mindegy mi a végeredmény, mindegy, hogyan állítják elő.* Ezért előtérbe ke-



rülnek a szervezet életében a jobban mérhető változók (Steers 1977), mint például a gazdasági teljesítmény (legalább gazdaságos legyen). Emellett olyan egyéb hatalmi elemek kerülnek előtérbe, amelyek korlátok közé szorítják a szervezeti teljesítményeket, illetve valamilyen irányban befolyásolják azt. Nyilván a feltűnő, napvilágot is látó gondatlanság, az intézményen belüli gyakori fertőzés, a műhibaperek, a kórház, tulajdonosa számára megjelenő probléma, azok a szélső határpontok (*a hatalmi rendszer kemény vonalai*), amelyek közé kell szorítani a szervezeti teljesítményt.

Ha az output nehezen mérhető, akkor a tevékenységek, kapcsolatok, szakmai eljárások standardizálása, és a hatalom szakmai kontroljának erősítése, az ellátási rendszer intézményeinek szervezeti együttműködés javítása, az információ feldolgozás, az önelemzés és tanulási folyamat kiépítés, az ön-racionalizáció belterjes, nárcisztikus rendszere határainak tágítása, a lehetséges megoldások közé tartozik számos egyéb mellett. Mint leírtuk, éppen e területeken nagy még az elmaradás. Sőt itt volt az utóbbi évtizedben a legkevesebb előrelépés is. Ugyanis ezeknek a problémáknak nincsen a társadalomban, és szűkebben az egészségügyben is önálló érdekhordozója, ezért nincs érdekérvényesítést akaró szervezet sem, amely belépne ebbe a hatalmi erőterbe.

Klasszikus hatalmi elv: ha öten megegyeznek, biztos, hogy a jelen nem levő hatodik rovására fognak a végén koccintani.

### NÉHÁNY GONDOLAT AZ EGÉSZSÉGÜGYI REFORMOKKAL KAPCSOLATBAN

Jelenleg két javaslat vált nyilvánossá az egészségügyi reform kapcsán. Az egyik az irányított betegellátás, amely egy már öt éve folyó kísérlet kiterjesztését jelentené. A másik, a profitorientált ellátásszervezők bekapcsolása a rendszerbe. Abból indulunk ki, hogy a jelenlegi helyzetben, minden olyan megoldás csak hasznot hoz – legalábbis rövidtávon – amely valamilyen rendet kíván tenni. Az, hogy a OEP és a kormányzat eddig sikertelen volt nem biztos, hogy az egész rendszer szervezését és irányítását ki kell adni a kezéből. Úgy tűnik, hogy a megoldások a tehetetlen bürokrácia előremene-külése azzal, hogy hátra lép egyet, vagy még többet. Ilyen csöddel már találkoztunk az eddigiekben is. Elég az adat nyilvántartás problémáira, a vényellenőrzési rendszer bevezetését körülvevő botrányokra gondolni.

A profitorientált betegirányító rendszer sajátos elképzelést takar. A rendszer kidolgozójának a Világgazdaság c. napilapban megjelent kijelentése alapján ez a rendszer azért jó, mert a profi betegirányítók érdekeltek a színvonalas munkában, azért, hogy megtartsák a betegeket, hiszen ez az alapja a nyereség elérésének. Csak az nem világos, hogy ha a beteg elégedetlen ezzel az irányítási tevékenységgel, akkor, mi fog történni. Nyilván a feltételezés szerint elhagyja a rendszert. Azonban, ha más orvost, intézményt választ az adott területen, az neki jelentős pénzébe kerül, mert a kezelés 10%-át ki kell fizetnie. Egy komolyabb betegségnél ez pedig több tízezres vagy százezres tétel is lehet. Vagyis ez nem egyenrangú alternatíva (Simon 2001; Balla 2001).

Azonban valószínűsíthető, hogy a lakóhelye közelében keresi meg az adott orvost, amely a betegirányító vállalkozás területéhez tartozik. Eddigi információkból az nem derül ki, hogy a betegirányítót szankcionálnák akkor, ha a beteg más intézményt vá-

laszt. Azonban a körzetében alternatívát választó ügyfél a betegirányító által felügyelt területen az OEP-től megkapja a pénzét. Vagyis az elpártolás – ha az állami intézményrendszeren belül kerül sor rá, a beteget sújtja a betegirányító és az OEP nyer rajta.

Még érdekesebb a helyzet akkor, ha a beteg kimegy a rendszerből. Ezt bizonyos betegségeknel, pl. nőgyógyászati, bőrgyógyászati, szemészeti, egyes belgyógyászati, egyes ortopédiai, stb. betegségeknel meg is tudja tenni. Ekkor a beteg alternatívája az, hogy a teljes költséget maga állja. Ez az államnak többszörösen hasznos. Nem kell finanszírozni a kezelést. Ezenkívül, több ágon is plusz adóbevételekre tesz szert, pl., a magánorvos megnövekedett jövedelmének adója. A betegirányító vállalkozás elveszt egy beteget, ezzel az OEP költségeit csökkenti, így saját hasznát növeli. Olyan a rendszer, hogy abban érdekelt, minél több beteg irányítása legyen sikertelen, és annál több nyereségre tehet szert a vállalkozás. A vállalkozás haszna ugyanis az ügyfelek elpártolásával növekszik.

Ez egy olyan speciális gazdasági szervezet, amelynek minél kevesebb az ügyfele, amelynek tevékenységével minél kevesebben értenek egyet, amellyel minél többen elégedetlenek, annál nagyobb a nyeresége. Ez pedig egy a lehetséges viselkedési kimenetek közül.

- A probléma gyökere sokrétű. Először is egy ügyfélorientált szervezeti rendszerről – ügyfél érdekében működő szervezet – áttér a rendszer a tulajdonos érdekében működő rendszerré. Az áttérés szervezeti környezete is nagyon fontos, hiszen itt is komoly hiányosságok vannak.
- Hiányzik a biztosító erős ellenőrzési rendszerének kidolgozása, amely nem csak az ellátást, hanem a betegirányítót is figyelné. Emellett az egész rendszer működését is folyamatosan figyelni és ellenőrizni kellene – ügyfelek viselkedési stratégiáinak változása, ügyféli elégedettség, stb.
- Hiányzik a verseny, amely korlátok közé szorítaná a vállalkozást. A verseny egyben az ügyfél számára biztosított választási lehetőség lenne, amelyet pl. az elpártolások arányában még az OEP is szankcionálhatna (mármint a betegirányítót). Vagyis a hatalommal való élés – visszaélés: pontosabban erőfölény alkalmazás – költségét a betegirányítóra hárítanák át.
- A jelenlegi rendszer a költséget a betegre teszi rá, a nyereség pedig a betegirányítónál és az OEP-nél jelenik meg. Ennek még az is a veszélye, hogy nincs olyan szereplő a pályán, amelyik hatalmi ellensúlyként szerepelne, és az ügyféli, vagy legalábbis az említett két szervezettől eltérő érdeket testesítene meg. Ezért rendkívül nagy hatalmi tehetetlenséget építenének be.

Álláspontunk szerint a szervezeti rendszerből legalább a következő típusú, erős (a jelenlegi szervezeteknek érdemi ellensúly adni tudó) szervezetek hiányoznak:

- Szakmai ellenőrző szervezet, szakmai alternatív út elérhetőségének intézményes biztosítása speciális esetekben – ha pl. az ellátó szervezettel konfliktus, elégedetlenség van: vagyis a 10%-os alternatív út vitatható legyen, és előbb lehessen vitatni, és csak utólag fizetni, ha nem megalapozott a vitatás; ennek jogi háttere sincs meg.
- Ügyfél érdekvédelmi szervezet, ellenőrző hatóság, vagyis felügyeleti szerv, fogyasztóvédelem –itt speciálisan ügyfélvédelem -, beteg – ügyfél – érdekvédelem. Nincs azonnal alkalmazható panaszrendszer, felülvizsgálati szint. A helyzet jellege szerint a hagyományos bírósági út járhatatlan.

- Az a koncepció, hogy a tulajdonos érdekében működő szervezet monopolhelyzetben az ügyfél érdekét fogja nézni, szervezetszociológiailag tarthatatlan. De még a szervezetek eddigi történetében sem volt rá példa.
- A helyzetből bizonyos magatartások már előre prognosztizálhatók, vagy legalábbis sejthetők. Úgy véljük, számítani lehet rá, hogy a profit érdekelttségű betegirányító szervezetek egyik első dolga lesz pénzügyi felügyelőket küldeni a velük leszerződött intézményekhez.
- Az egész ellátási rendszer pénzügyi szemléletű, ellensúlyok nélkül. Mivel a szakmai képviselő, a betegjogi képviselő gyakorlatilag nulla szinten áll, a rendszerben a tőkeerős cégek felügyeleti uralma veszélyeket hordoz.
- Az is meggondolandó, mi lesz az érdeke a profit érdekű betegirányítóknak. Elvileg a nagyobb nyereség. Nem mindegy azonban, hogy az melyik ágon képződik. Ha az ellátási ágon, akkor annak nagy részét vissza kell osztani, és késleltetve jut ahhoz hozzá. Ha a drágább gyógyszerek, eszközök vételével a plusz nyereség nem az ellátó rendszerben csapódik le, hanem a piaci résztvevőknél, akkor az ebben való osztozkodás sokkal kedvezőbb lehet a profitérdekű szereplők számára.
- Sajátos problémaként jelenhet meg a sorbaállítás is. A kapacitások leépítése a sorok növekedéséhez vezethet. Ezt a rendszer nem is észleli (ki látja, hogy a rendelőintézetben nem 2 hanem 3 órát kell várni), de a hasznát learatja. Vagyis megint a veszteségek és a nyereségek elosztásában tükröződnek vissza az erőviszonyok. Azonban, ha a sorban állók egy része feladja, és kiáll a sorból, akkor kevesebb beteg lesz, aki ezt az utat választja, többen pedig alternatív viselkedési formákat követnek. Ezzel a sor hossza ismét lecsökken 2 órás várakozásra. Mi történt ekkor? Egyesek, bizonyos ellátás tekintetében alternatív útra léptek. Ezzel visszaállt az eredeti állapot. Egyetlen paraméter, még a sor hossza sem romlott.
- Viszont igazolta az eredeti koncepciót: volt a rendszerben fölösleges kapacitás. Sőt, a betegség események száma, a kapunál megjelenő betegek száma és a költség is csökkent. Vagyis minden jó irányba mozdult el. Ténylegesen azonban az ügyfél szempontjából egy rosszabb ponton állt be az új egyensúly.
- Mivel azonban a kilépő ügyfeleket a rendszer egészséges ügyfélként regisztrálja, nincs ellenadat. Nem is lehet: csak azt méri a hatalomban levők, ami az érdekük. Ezzel visszatértünk ahhoz az alap problémához, hogy az új szisztéma megfelelő működéséhez a szervezeti hatalmi erőtér milyen szereplői nincsenek jelen.

(Végül egy aktuális megjegyzés. A szegedi kórházban történt betegcsere nagy nyilvánosságot kapott. Azonban aki ismeri belülről a kórházi szervezetek hatalmi és irányítási rendszerét, annak tudnia kell, ez a jelenség: beteg, gyógyszer felvétel, vércsere, infúziócsere, kórlapok elkeverése, – akár műtét esetén is – nem is beszélve a téves diagnosztizálásról, tudatosan mellőzött és a kórlapról, zárójelentésből is tudatosan kihagyott nem kezelt tünetekről, mindennapos jelenségek. Ez alapján jelenleg az egészségügyi intézmények időzített bombaként működnek, és ellenállnak minden, a fenti problémákat kezelő megoldásnak.)

## IRODALOM

- Abernathy, W.J.–Pralhad, C.K. (1976): Technology and Productivity in Health Organizations. In Abernathy, W.J.–Sheldon, A.–Pralhad, C.K. (eds.): *The Management of Health Care*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- Aldrich, H.E. (1979): *Organizations and Environments*. New Jersey: Prentice-Hall, Inc., Englewood Cliffs.
- Antal Z.L. (1992): A hálapénz. *Replika*, 2: 218–236.
- Antal Z.L. (1995): A gyógyítás társadalmi beágyazottsága. *Szociológiai Szemle*, 2: 3–23.
- Balla B. (2001): Szűkösszociológia és egészségügyünk. *Társadalomkutatás*, 1-2: 21–48.
- Blau, P.M. (1955): *The Dynamics of Bureaucracy*. Chicago: University of Chicago Press.
- Blau, P.M.–Scott, W.R. (1962): *Formal Organization*. San Francisco: Chandler Publication Company.
- Elkin, E.B.–Cowen, M.E.–Cahill, D.–Steffel, M.–Kattan, M.W. (2004): Preference Assessment Method Affects Decision-analytic Recommendation: A Prostate Cancer Treatment Example. *Medical Decision Making*, Sept-Oct: 504–510.
- Etzioni, A. (1961): *A Comparative Analysis of Complex Organizations*. New York: Free Press.
- Evans, P.B. (1975): Multiple Hierarchies and Organizational Control. *Administrative Science Quarterly*, 20(June): 250–260.
- Fecske M. (2001): Az ideális kórházmodell és a mai valóság. In Glatz Ferenc (ed.): *Egészségügy Magyarországon*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 111–130.
- Freidson, E. ed. (1963): *The Hospital in Modern Society*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Freidson, E. (1975): *Doctoring Together*. New York: Elsevier.
- Glaser, W.A. (1963): American and Foreign Hospitals. In Freidson, E. ed.: *The Hospital in Modern Society*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Gouldner A.W. (1955): *Patterns of Industrial Bureaucracy*. London: Routledge and Kegan Paul Ltd.
- Goss, M.E.W. (1969): Influence and Authority among Physicians in an Outpatient Clinic. In Etzioni, A. ed.: *A Sociological Reader on Complex Organizations*. ASR 26: 39–50.
- Gyukits Gy.–Szántó Z. (1998): Privatizáció és társadalmi tőke. Gazdasági folyamatok társadalmi beágyazottsága egy kórházi osztály privatizációs kísérleteinek példáján. *Szociológiai Szemle*, 3: 83–98.
- Hall, R.H. (1981): Bureaucratic Functioning. In Olsen, M.E.–Micklin, M. eds.: *Handbook of Applied Sociology*. New York: Praeger Publishers.
- Hirschmann, A.O. (1973): *Exit, Voice and Loyalty*. Cambridge, Massachusetts: Harvard University.
- Jávor I. (1983): Érdek, Hatalom, Viselkedés. *Vezetéstudomány*, 14(3).
- Jávor I. (1988): *A hatalom szerkezete a vállalatban*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Jávor I (2003a): A hatalom logikája I-II. *Társadalomkutatás*, 4.
- Jávor I. (2003b): Szervezeti konfliktuselmélet, és hatalmi konfliktusok. Kézirat, MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Jávor I (2004a): A hatalom logikája III-IV. *Társadalomkutatás*, 1.
- Jávor I. (2004b): Bürokrácia és ügyfél. Kézirat, MTA Szociológiai Kutatóintézet.
- Jávor I (2004c): A hatalom logikája V-VI. *Társadalomkutatás*, 2.
- Jávor I. (2004d): Felelőtlen szervezetek. *Szociológiai Szemle*, 1: 66–87.
- Jávor I.–Rozgonyi T. (2002): Hatalom és érdekek hálójában. *Társadalomkutatás*, 20(3-4): 191–216.
- Jávor I.–Rozgonyi T. (2003): A közterület, mint társadalmi erőter. *Társadalomkutatás*, 21(3): 337–358.

- Leone, R.A. (1986): *Who Profits. Winners, Losers, and Government Regulation*. New York: Basic Books Inc. Publishers.
- MacIntyre, A. (1988): *Whose Justice? Which Rationality?* Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- March, J.G.–Olsen, J.P. (1989): *Rediscovering Institutions. The Organizational Basis of Politics*. New York: The Free Press, A Division of MacMillan, Inc.
- Meyer, J.W.–Rowan, B. (1977): Institutionalized Organizations: Formal Structure as Myth and Ceremony. *American Journal of Sociology*, 83(Sept): 340–364.
- Michels, R. (1966): *Political Parties*. New York: Free Press.
- Mikó T.–Mogyorósy Zs. (2001): Bizonyítékon alapuló gyógyszer-támogatás és gyógyszerrendelés. In Glatz F. (ed.): *Egészségügy Magyarországon*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 299–309.
- Olsen, M.E.–Micklin, M. eds. (1981): *Handbook of Applied Sociology*. New York: Praeger Publishers.
- Peabody, R.L. (1964): *Organizational Authority*. New York: Atherton Press.
- Perrow, C. (1963): Goals and Power Structures. In Freidson, E. ed.: *The Hospital in Modern Society*. Glencoe, Illinois: Free Press.
- Perrow, C. (1984): *Normal Accidents*. New York: Basic Books, Inc. Publishers.
- Perrow, C. (1985): Comment on Langton's Ecological Theory of Bureaucracy. *Administrative Science Quarterly*, 30: 278–283.
- Pfeffer, J.–Salancik, G.R. (1974): Organizational Decision Making as a Political Process. The Case of a University Budget. *ASQ*, 19, June: 135–152.
- Pfeffer, J.–Salancik, G.R. (1977): Organizational Context and the Characteristics and Tenure of Hospital Administrators. *Academy of Management Journal*, 20(1): 74–88.
- Prahalad, C.K. (1976): Toward a Healthier Hospital – Balancing Technology and Organizational Goals. In Abernathy, W.J.–Sheldon, A.–Prahalad, C.K. (eds.): *The Management of Health Care*. Cambridge, Massachusetts: Ballinger Publishing Company.
- Rosengren, W.R. (1980): *Sociology of Medicine*. New York: Harper and Row Publishers.
- Simon, H.A. (1957): *Administrative Behavior*. New York: MacMillan Company.
- Simon P. (2001): Az egészségügy modernizációja, rendszermodell, informatika. In Glatz Ferenz (ed.): *Egészségügy Magyarországon*. Budapest: Magyar Tudományos Akadémia, 133–165.
- Steers, R.M. (1977): *Organizational Effectiveness*. Santa Monica, California: Goodyear Publication Company, Inc.
- Thompson, J.D. (1967): *Organizations in Action*. New York: McGraw-Hill Book Company.
- Vince P. (1993): Mit fizetünk meg a gyógyszerek árában? *Közgazdasági Szemle*, XI(6): 523–533.
- Voszka É. (2000): Tulajdonviszonyok az átmenetben. *Közgazdasági Szemle*, 18(7–8).
- Weber, M. (1967): *Gazdaság és társadalom*. Budapest: Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó.
- Whitney, S. N. (2003): A New Model of Medical Decisions: Exploring the Limits of Shared Decision Making. *Medical Decision Making*, 23(Jul-Aug): 275–280.
- Wood, M.Ferlie, E. (2003): Journeying from Hippocrates with Bergson and Deleuze. *Organization Studies*, 24(1): 47–68.