

# **DOKTORI ÉRTEKEZÉS TÉZISEI**

**Péntek Eszter**

**2009**



**Péntek Eszter**

**A civil szervezetek részvételi lehetőségei az egészségügyi szolgáltatások nyújtásában és az egészségpolitikai folyamatok befolyásolásában**

Konzulens: Dr. Füzesi Zsuzsanna  
Belső konzulens: Dr. Kákai László

Felkért opponensek:  
Prof. Dr. Orosz Éva  
Dr. Lampek Kinga

Pécs, 2009. november 11.

PTE BTK Interdiszciplináris Doktori Iskola,  
Politikatudományi Program  
Vezető: Pálné Dr. Kovács Ilona

*„Aki csendben azon munkálkodik, hogy hozzáértőbbé, felkészültebbé váljék, többet tesz a közélet reformja érdekében, mint a türelmetlen hazafiak zajos tömege.”  
(Johann Kaspar Lavater)*

## I. BEVEZETŐ

A betegek ellátására, segítésére évtizedeken át kizárólagos jogot formált az állam, néhány kivételtől eltekintve csak állami intézményekben volt lehetőség egészségügyi ellátásra. Napjainkban azonban más társadalmi szereplők, így a civil szervezetek is bekapcsolódnak, bekapcsolódhatnak a szolgáltatási rendszerbe.

Magyarországon hosszú ideig szigorúan meghatározott struktúrába illesztették az emberi szükségleteket, igényeket, melyeket az államilag finanszírozott szolgáltatásoknak kellett kielégíteniük. A gond azonban az, hogy az emberi szükségletek a legkritikább esetben tudnak alkalmazkodni egy merev struktúra által megszabott kerethez (Kálmán-Könczei 2002). Már a rendszerváltást megelőző években, utána pedig jelentősen felgyorsulva, számos olyan új szükséglet, igény lépett fel, melynek kielégítésére nem állt rendelkezésre megfelelő államilag támogatott intézmény. Az ellátások, törekvések ezen fehér foltjain jelentek meg a civil szervezetek, gomba módra szaporodva jelezték a készségüket, elkötelezettségüket, hogy megoldják a helyi és szélesebb társadalmi problémákat.

A fejlett jóléti demokráciák többségében a közjavak előállításában, a közszolgáltatások biztosításában a nonprofit szektor, mint harmadik szektor már kivívta a helyét az állam és a piac között, illetve mellett. Napjaink kormányzati és egészségpolitikai törekvései az egészségügyi ellátások, szolgáltatások terén is erőteljesen a decentralizáció, a többszektoriság (az állami feladatok és felelősségi körök átadása) irányába mutatnak. Az állami részvétel visszahúzódása, a piaci szektor térnyerése – nemzetközi példák által igazolt módon – a jövőben nagy valószínűséggel azt eredményezi, hogy az egészségügyi ellátásban és közvetve/közvetlenül az egészségi állapotban a jelenleginél is mélyebb és kiterjedtebb egyenlőtlenségek jelenhetnek meg. Társadalmi csoportok maradhatnak ellátatlanul, az eddig is marginális csoportok (tartós betegségekben szenvedők, idősek, szociális hátrányokkal küzdők, fogyatékosok, szenvedélybetegek, előítéletekkel sújtott csoportok stb.) ellátása kerülhet veszélybe. Az egyenlőtlenségek mérséklésében, a lakossági szükségletek kielégítésében, a hiányzó ellátások pótlásában, illetve a meglévők minőségének javításában kiemelt szerepet kapnak – egyelőre definiálatlanul – a civil szervezetek. Mindez egy olyan környezetben, ahol hosszú időre visszamenőleg nem voltak adottak a társadalmi önszerveződés és érdekérvényesítés hagyományai, mintái.

A hátrányos helyzetű társadalmi csoportok segítésének szándéka mellett a 90-es évektől kezdve az önszerveződés szabadságának újbóli felfedezése, az orvosláshoz, a gyógyításhoz, a társadalom egy részének a saját egészségéhez való megváltozott viszonya is a nonprofit szerveződések létrejötte felé mutatott.

A prevenció, a rehabilitáció, az egészségfejlesztés terén a civil szervezetek mára olyan mértékű szolgáltatást biztosítanak, hogy a jövőben lehetetlen nem számolni velük. A szolgáltatások nyújtásán túl emellett elengedhetetlen a civil szereplők részvétele, véleményének, tapasztalatainak figyelembe vétele a helyi és nemzeti egészségpolitikai folyamatok alakításában. A civilek egyes kérdésekhez való hozzáállásának felderítése az egészségügy átalakítása idején különösen fontos, hiszen ezek a szervezetek képesek leginkább az általuk képviselt társadalmi csoportok érdekeinek artikulálására, azon túl, hogy kiemelkedően fontos szerepet játszanak a szakmai célok körüli partnerség kialakításában.

Ma már elegendő tapasztalat áll rendelkezésre a nyolcvanas évek végétől, a szektor fejlődésének kezdetétől történt fejlemények mélyebb elemzésére. Lehetőség nyílik a nonprofit szektor működési, strukturális jellemzőin túl a szervezetek társadalmi-területi folyamatokban betöltött szerepének, részvételének, a szektor differenciáltságának, kapcsolatrendszerének, társadalmi beágyazottságának, ismertségének stb. elemző vizsgálatára. Összehasonlításra alkalmasak az elmúlt évek nonprofit szektorban és az egészségügyben történt változásokról szóló megismételt longitudinális vizsgálatok, melyek kellő alapot nyújtanak hipotézisek megfogalmazásához és következtetések levonásához.

## **II. KUTATÁSI CÉLOK ÉS HIPOTÉZISEK**

Kutatásaim során azt a kérdést vizsgáltam, hogy az egészségügyi civil szféra miként képes a többszektoros egészségügyi ellátórendszer szereplőjévé válni, a szervezetek mennyiben tudnak hozzájárulni a lakosság egészségi állapotának javításához, az egészségi állapotban és az egészségügyi ellátásokhoz való hozzáférésben lévő területi-társadalmi egyenlőtlenségek mérsékléséhez, és mennyiben lehet rájuk számítani az egészségügy jelen gondjainak megoldásában. A nonprofit és egészségpolitikai (közpolitikai) vizsgálat kombinációját különösen a téma által megkívánt interdiszciplináris szemlélet tette izgalmassá számomra, és fokozta tudományos kihívássá, illetve az, hogy a hazai kutatások sorában a helyi egészségpolitika vizsgálata még meglehetősen

járatlan területnek számít, az egészségpolitikai szereplők<sup>1</sup> érdekviszonyának felderítése hiányzik a magyar szakirodalomból. Ugyanilyen kihívás volt a – szintén meglehetősen járatlan területnek számító – nonprofit elszámoltathatósági- és eredményesség-vizsgálatok tapasztalatai alapján kidolgozott kvalitatív mérési kísérlet.

Az egészségpolitikai szereplők közötti érdekviszonyok felderítése ugyan még teljes körűen nem történt meg, az egyes részterületeken zajló (a lokális szintre, illetve egyes politikák elemzésére korlátozódó) vizsgálatokból (Orosz 2001, Füzesi-Busa-Tistyán 2007, Losonczi 1998), valamint az egészségügyi szegmensre vonatkozó nonprofit kutatásokból (Bocz-Kmetty 2008, Papházi 1997, Szalai 1997) vannak már ismereteink az egészségügyi civil szervezetek aktivitásáról. A civil társadalom szerveződése az egészségügy területén főleg az azonos betegségben szenvedők érdekvédelmi csoportjainak a tevékenységét jelenti. Az egészségügyi rendszer működésébe való beleszólásra az állampolgárok felől eddig kevés törekvés mutatkozott, jóllehet a civil szervezeteknek – elméletileg és az egészségügyi stratégiákban deklaráltan – az egészségpolitikai folyamat fontos alakítóivá kellene válniuk.

Kutatási témám megvalósításával és a dolgozat megírásával egyrészt az volt *a célom*, hogy átfogó képet nyújtsak az egészségügyi civilek helyzetéről, jellegzetességeiről. Mindezt egy lehatárolt térben tettem, az általam jól ismert Dél-Dunántúli Régióban. Empirikus kutatásaimmal a régió egészségügyi nonprofit szegmensének struktúrájának bemutatására, a szektor helyzetfeltárására vállalkoztam. A dolgozat legfőbb célja, hogy bemutassa az egészségügy területén működő civil szervezetek tevékenységét, az általuk folytatott munka jelentőségét, az egészségpolitikai szereplőkhöz való viszonyrendszerét, a szolgáltatási hálózatba és az egészségpolitikai folyamatokba való bekapcsolódásuk lehetőségét.

*Első számú hipotézisként* feltételeztem, hogy a civilek szolgáltató, érdekvédelmi tevékenysége komoly erőforrás, mely az egészségi állapot és az életminőség javítását képes hatékonyan előmozdítani. Eszerint az önszegtő

---

<sup>1</sup> A vizsgálatokba bevont szereplők (1) a civil szervezetek, (2) az önkormányzatok (3) az intézmények menedzsmentje, (4) az orvos szakma és (5) a lakosság (mint finanszírozó, mint beteg, és mint civilek - a közösség képviselői) voltak. Az egészségpolitikai szereplők közül néhányan kimaradtak a kutatásból. Nem kérdeztem meg többek között az üzleti élet szereplőit. A piaci szervezetek hozzáállása, viszonyulása a helyi egészségpolitika alakulásához, a nonprofit szektorhoz szintén fontos lehet. Jóllehet közvetett módon sok ismeretet szereztem erről a területről is (pl. az üzleti adományozás alakulásáról tudósító nonprofit kutatásokból, illetve a nonprofit és az üzleti szféra kapcsolatáról az interjú vizsgálatainkból), ennek alapos megismerése további kutatásokat igényel. Ugyanígy nem vontam be a vizsgálatba az egyházi szereplőket és a hit alapú közösségeket.

betegszervezetek, csoportok meghatározóak lehetnek mind az egyén szintjén, mind társadalmi, gazdasági, politikai értelemben egyaránt. Mint intervenciószervezetek befolyásolni tudják lokális környezetüket, de akár országos szintű (strukturális) hatást is képesek elérni. *Feltételezésem* szerint azonban a civileknek elsősorban a helyi szintű kormányzásban, a lokális egészségpolitika alakításában lehet meghatározó szerepük. Ebből következően dolgozatomban az (egészség)politika területi szintjeinek meghatározására is szükség volt.

Kutatásomat az elméleti elemző munka mellett egy konkrét gyakorlati indíttatás is vezérelte. Ezt a motivációt az adta, hogy a pécsi Down-munkacsoport<sup>2</sup> – melynek jó ideje tagja vagyok – találkozási során, alapvető problémaként merült fel, hogy a betegek és családjaik megsegítésére létrejött szervezetek nagyon nehezen lépnek kapcsolatba klienseikkel. Maga a „megmondás”, az első percek, amikor akár a beteg szembesül betegségével, akár a család tudja meg, hogy fogyatékos, beteg gyermeket vár, beteg gyermekük született, vagy a későbbiek során gyermekük beteg lett, kritikus pillanat. Az esetek többségében a nem megfelelő kommunikáció, az információhiány miatt nem kap kellő támpontot és segítséget a család. Felmerült a kérdés, hogy hol vannak ilyenkor a civil szervezetek? Miért maradnak háttérben ott, ahol elsősorban az ő segítségüket várják? Miért nincs együttműködés az egészségügyi intézmények és a civil szervezetek között? Az eredményesség-hatékonyság dimenzió vizsgálata során így elsősorban az egészségügyi civil szervezetek kapcsolatrendszerének feltérképezését tűztem ki célul. Ebből adódott *második számú hipotézisem* is, miszerint a civil szervezetek majd minden funkciója a szervezeteken kívüli ágensekkel való együttműködés révén valósul meg. A célok elérése érdekében ezekben az interakciókban hatékonyak kell lenni. Ebben az értelemben a civil szervezeteknek van hatékonyasága, aminek a kollaborációk működtetése szempontjából külső szereplők számára is láthatónak kell lennie. *Feltételezésem* szerint ahhoz, hogy az egészségügyi feladatokat ellátó szervezetek az egészségpolitikai folyamatok aktív szereplőivé, alakítóivá váljanak, illetve nagyobb mértékben vállalhassanak egészségügyi feladatokat, munkájuk pontos ismerete szükséges. Ez csak akkor válik lehetővé, ha megmutatjuk, mit várhatunk el tőlük (külső elszámoltathatóság), és saját maguk is képessé válnak teljesítményük, hatékonyságuk értékelésére (belső elszámoltathatóság).

*Harmadik számú hipotézisem* szerint viszont a civilek jelenleg tapasztalható heterogenitása mellett nem valószínű, hogy egyetlen kvantitatív minősítési

---

<sup>2</sup> <http://www.downparbeszed.atw.hu>

rendszer képes minden kívánalomnak megfelelni. A kvalitatív eszközök alkalmazását tartottam a gyakorlatban is alkalmazható megközelítésnek, melynek segítségével a civilek eredményességét, hatékonyságát mutató indikátorok kidolgozása válik lehetővé. A civilek teljesítményének mérésére mindenképp szükség van. Mégpedig azért, hogy választ találjunk azokra a kérdésekre, hogyan lehetséges például az, hogy amíg sok sikeres betegszervezettel találkozhatunk, számos olyan betegség van, melyeknek nincs és – a jelenlegi helyzet állása alapján – valószínűleg nem is lesz soha szervezete? Ez aránytalanságot eredményez az érdekek megjelenítésében és képviseletében. A létező szervezetek között nagyon nagy a szóródás teljesítményük, elismertségük alapján: van néhány jelentős támogatottságú, és vannak alig vegetálóak. Ezen aránytalanságok mellett az egészségügyi civilek döntéshozatali, problémakezelési részvétele szektorszinten nem lehet megalapozott.

*Feltételezésem* szerint, a fenti hiányosságok mellett, társadalmi, politikai, gazdasági jelentőségét csak a szervezetek egy (kisebb) része ismeri fel és tartja fontosnak. A civilek mellett a politika sem szélesebb látókörű, mivel nem ismeri fel és ismeri el kellő mértékben az önszervező egészségügyi civilek strukturális jelentőségét. A helyi politikára – előzetes várakozásom szerint – az jellemző, hogy bár szavakban és hangzatos koncepciókban, tervekben az önkormányzat a civil szervezetek fontosságát hirdeti, a valóságban a két szféra közti kapcsolatok inkább még csak formálisak. Az önkormányzatok alapvetően bizalmatlanok az önszerveződések többségével szemben, nem tekintik őket igazi partnernek, véleményüket esetenként meghallgatják ugyan, de csak ritkán veszik azokat figyelembe. A lakossági oldalon készített empirikus kutatómunka hipotéziseként – a társadalmi kapcsolatokról, a civil részvételtől közzétett szakirodalom alapján – azt *feltételeztem*, hogy az érintettek többsége távol marad a civil szervezetektől. A kérdőíves vizsgálat megvalósítását annak az ellentmondásnak a megvilágítása motiválta, miszerint az egészségügyi civil szervezetek viszonylag jól ismertek, a kapcsolati tőkét meghatározó civil részvétel azonban – a Magyarországon mért országos adatokkal összevetve – meglehetősen alacsony a beteg gyermeket nevelő családok körében. Nyitott kérdésként állt a vizsgálat előtt ennek oka: vajon a nem megfelelő kommunikáció, a szervezetek oldalán megjelenő kínálat és a tényleges szükségletek közötti eltérés, a hátrányos társadalmi helyzet és az azzal járó információs aszimmetria, a kapcsolati tőkére jellemző általános társadalmi mutatók és hátrányok, vagy ezekről eltérő speciális magyarázó változók állnak ennek hátterében? A civil aktivitást, a civil szervezetekben való részvételt mérő országos adatfelvételek ismert eredménye, hogy az alacsony számú résztvevők mellett van viszont egy kicsi, de aktív csoport, akik akár több

szervezetben is tevékenykednek. Feltételezésem az volt, hogy ezzel a jelenséggel lehet találkozni az egészségügyi civilek körében is, illetve határozott céloom volt ezen csoportok tevékenységének megismerése.

A szektoron kívüli kapcsolatok mellett ugyanilyen jelentőséget kell tulajdonítani a szektoron belüli, azaz a civil szervezetek és az őket alkotó tagok, munkatársak, önkéntesek közti kapcsolatoknak is. *Negyedik hipotézisként* abból indultam ki, hogy a civilek kapcsolati köre egyre inkább nő, és ez egyre nagyobb tőkét, versenyelőnyt képvisel. Emellett azt feltételeztem, hogy a szervezetek már nemcsak egy bizonyos kör (néhány hasonló szükségletű, érdeklődésű, elhivatottságú és hasonló foglalkozású, társadalmi helyzetű ember) összefogásán alapul (bár az elsődleges cél általában ez), hanem nagy része kilép saját szervezetén kívülre, át- és összekötő hidat (Putnam 1995) képezve a különböző társadalmi csoportok, rétegek között. Ez a folyamat közvetve, és közvetlen módon szintén hozzájárulhat a társadalmi, így az egészségi állapotban lévő egyenlőtlenségek csökkentéséhez.

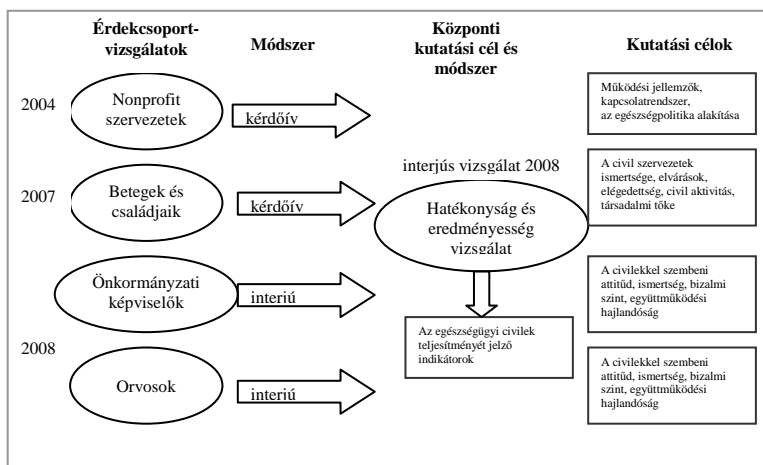
### **III. ALKALMAZOTT MÓDSZEREK, A KUTATÁS FOLYAMATA**

Az egészségügyi civil szervezetek egészségpolitikai szerepének felderítését szolgáló kutatómunka több éven keresztül zajlott. Munkám egyik jelentős részét a nonprofit szervezetekkel, azok teljesítményének mérési lehetőségeivel, a helyi kormányzással, illetve az egészségpolitikával és az egészségügyi rendszerek működésével kapcsolatos nemzetközi és hazai szakirodalom feldolgozása, másik részét pedig a hazai szervezetek helyzetének megismerésére vonatkozó saját empirikus kutatás megvalósítása jelentette. Az adatgyűjtést és elemzést 2003-ban kezdtem, és 2008-ban fejeztem be.

Vizsgálataimban helyi közpolitika elemzésre törekedtem. Az empirikus kutatómunka törzsét képező *legfontosabb vizsgálatot* „A hatékonyság mérési lehetőségei és problémái a betegszervezetek körében” elnevezésű interjúkutatás jelentette 2008 tavaszán, a Dél-Dunántúli Régióban és Budapesten.



1. ábra: A kutatás folyamata



Forrás: Saját szerkesztés

A teljes vizsgálat azonban további három részelemmel egészült ki. A hatékonyság-vizsgálata *előzményének* tekinthető az a kérdőíves kutatás, melyet 2003-2004-ben folytattam a Dél-Dunántúli Régióban működő egészségügyi nonprofit szervezetek körében, valamint az az adatgyűjtés, ahol lakossági oldalról a tartós egészségkárosodással élők családjaikat kérdeztem 2007-2008-ban, szintén kérdőív segítségével. Ez utóbbi kutatás legfőbb célja az egészségügyi civil szervezetek ismertsége és a feléjük irányuló elvárások feltérképezése volt a Dél-Dunántúli Régióban.

A civilek kapcsolatrendszerének, érdekviszonyainak, a szolgáltatásokba és a döntéshozásba való bekapcsolódásuk lehetőségeinek feltárására, végül az előző kutatási eredmények megerősítéseként, *ellenőrzéseként* szükségesnek láttam a másik oldal, további két fontos helyi egészségpolitikai szereplő, az orvosok és az önkormányzati képviselők megkérdezését is, interjú módszer alkalmazásával. A tudatos mintaválasztás eredményeként, arra törekedtem, hogy megismerjem a civilekkel kapcsolatban álló orvosok és önkormányzati képviselők nonprofit szervezetekkel kapcsolatos véleményét, ismereteit, hiszen a vélt, illetve valós információk és ismeretek alapvetően befolyásolják, meghatározzák a kialakuló kapcsolatokat és az együttműködési hajlandóságot. Kutatásom fő módszerét szervezeti oldalon a kérdőíves és az interjú, a szervezetek kapcsolatrendszerét (adott esetben tagságát) jelentő lakossági oldalon a kérdőíves, az orvosok és az önkormányzati képviselők esetében szintén a kérdőíves megkeresés jelentette. A kérdőívek feldolgozása SPSS adatelemző programmal történt.

1. táblázat: Az empirikus vizsgálatok legfőbb adatai

Szempontok	CIVIL SZERVEZETEK		LAKOSSÁG	ORVOSOK, DÖNTÉSHOZÓK
	Civilek az egészségesebb életért - az egészségügyi civil szervezetek szerepe a helyi egészségpolitika alakításában	A hatékonyság mérés lehetőségei és problémái a betegszervezetek körében	Az esélyegyenlőség biztosításának lehetőségei - a tartós egészségkárosodással élőket segítő civil szervezetek ismertsége és a feljük irányuló elvárások, a családok körében	A civil szervezetek egészségügyi ellátásba való bekapcsolódásának lehetőségei - a helyi döntéshozók és az orvosok megkérdezésével
<b>Ideje:</b>	2003. március-2004. január	2008. március-július	2007. december-2008. február	2008. szeptember-december
<b>Kutatási módszer:</b>	kérdőíves vizsgálat	interjú vizsgálat	kérdőíves vizsgálat	interjú vizsgálat
<b>Területi kiterjedtség:</b>	régió	régió, főváros	régió	város
<b>A vizsgált alapsokaság:</b>	A Dél-Dunántúli Régióban működő egészségügyi nonprofit szervezetek	Dél-dunántúli és budapesti betegszervezetek	Tartós betegségben, fogyatékoságban szenvedő gyereket nevelő szülők a Dél-Dunántúli Régióban (a szervezetek potenciális tagsága)	Pécsi orvosok és önkormányzati képviselők
<b>Minta-nagyság:</b>	104 kitöltött kérdőív (40%-os válaszadási arány)	42 szervezet vezetőjével készített interjú (10 Budapest, 32 Dél-Dunántúl)	470 kitöltött kérdőív (70%-os válaszadási arány)	8 interjú

Forrás: Saját szerkesztés

Az interjú vizsgálatban a szervezetek vezetőinek személyes megkeresése során (illetve számos esetben a szervezetek által működtetett honlapokon) lehetőségem nyílt az alapító okiratok, szervezeti és működési szabályzatok, közhasznúsági és egyéb beszámolók, hírlevelek áttanulmányozására is. A megyei, a városi civil- és egészségpolitikák elemzésekor pedig dokumentumelemzésnek vettem alá a civilekkel való együttműködés kialakítására, a helyi egészségpolitika tartalmára, folyamatára vonatkozó terveket, stratégiákat.

A kérdőíves adatbázisok és az interjú elemzése során arra törekedtem, hogy komplex módon vizsgáljam az adott problémát, több oldalról, több módszerrel, több elméleti kiindulópont együttes felhasználásával. Céлом volt a különböző idősíkok (történeti és jelen, állapot és folyamat) összehangolása, a kvalitatív és a kvantitatív módszerek együttes alkalmazása, a statisztikai és írásos anyagok felhasználása. Meglátásom szerint az egyes részterületek alapos, több szempontú, specifikus vizsgálatára van szükség.

## IV. KONCEPTUÁLIS KERETEK

### *Egészségpolitika, egészségi állapot*

Dolgozatomban az egészségpolitikai folyamat ideáltipikus modelljeként azt az inkrementális stratégiát (Orosz 2001) tekintetem, melyben a reform, a közpolitika egy hosszabb, kísérletező, helyi sajátosságokat és különbségeket is figyelembe vevő folyamatként megy végbe. A kormányzat ez esetben arra törekszik, hogy a helyi adaptivitás, innovációk, kísérletek, valamint a szereplők közötti kooperáció feltételei meglegyenek. A konvencionális stratégia ezzel szemben központi irányításon alapuló reformot takar, mely szakmapolitikai kérdésként kezeli az egészségügyet. A konvencionálissal szemben az inkrementális stratégia folyamatos korrigálást épít be a folyamatba, hiszen a valóságban nem lehet tudni, hogy milyen eredménnyel járnak az egyes döntési alternatívák.

Feltételeztem, hogy a civilek szolgáltató, érdekvédelmi tevékenysége komoly erőforrás, mely az egészségi állapot, az életminőség javítását képes hatékonyan előmozdítani. Az egészségpolitikai folyamatra önmagában és az egészségre gyakorolt hatása miatt is különös figyelmet kell fordítani. A közösségi policy nem közvetlenül, hanem az egészség meghatározóival való kapcsolaton keresztül van hatással az egyéni egészségi állapotra. Abból indultam ki, hogy az egészségpolitikai folyamat demokratizmusa alapvető érték, azt jelöli, hogy a döntéshozatali folyamatokban az egészségügy fő szereplői miként vehetnek részt, milyen mértékben biztosított érdekképviselőjük, hogyan valósítható meg ténylegesen a társadalom képviselése (Orosz 2001). A részvétel pedig egyben magába foglalja a felelősséget, az elszámoltathatóságot is. Ebből következően szükségesnek tartottam a civilek teljesítményének mérését.

Vizsgálatomban az egyének (az egészségügy szempontjából az ügyfelek, betegek) szintjén is kerestem a társas támogatottság és az életminőség, egészségi állapot közötti összefüggéseket. Kiindulópontként Antonovsky salutogenezis modelljében használt dinamikus „egész-ség” fogalmát használtam. Aron Antonovsky szociológusként nem az egyes betegségeket, hanem az egészség dinamikus koncepcióját vizsgálta (Skrabski 2003). A modell egy olyan keretet kínál, ahol az egészségi állapot fenntartásában az önbizalomnak, a megbirkózási készségeknek és a társas támogatásnak alapvető szerepe van. Számos hazai kutató rámutatott arra, hogy a tartós betegségben szenvedők, fogyatékosággal élő személyek és családjaik helyzetének, életminőségének tekintetében a legfontosabb mérőeszköz a társadalmi környezet, és ezen belül is a személyt körülvevő szociális hálónak a minősége, szerteágazósága, teljességi foka (Szabó 2003, Hegedűs 2001, Bukodi 2001). A

társadalmi környezet felelősségét támogató, kevésbé támogató vagy kifejezetten ellenséges hozzáállásnak jelentőségét Könczei György (1992) több helyütt is hangsúlyozta írásaiban. A személyes kapcsolati háló legfontosabb jellemzője, hogy az emberek hogyan vélekednek arról, hogy biztonságban élnek-e, kiegyensúlyozottnak, elégedettnek, boldognak vallják-e magukat. A kapcsolatok, a tanulás, a foglalkoztatás, a társadalmi integráció fenntartása az egyik legnagyobb segítség a fogyatékosokkal élők és családjaik számára. Ebben nyújthatnak rendkívül sok segítséget mind a beteg, fogyatékos embereknek, mind az őket támogató családoknak a civil szervezetek.

### *Mérjük-e a civilek teljesítményét és hogyan?*

Sokat tudunk a nonprofit szektor működéséről, összetételéről, sajátos fejlődési útjáról, kevesebb ismeretünk van azonban tevékenységük eredményességéről, hatékonyságáról. A teljesítmény-mérés módszerének a kimunkálására történtek ugyan kísérletek, de ezek validitása még nem bizonyított, és a hazai viszonyokra való alkalmazhatóságáról még nem lehetünk teljes mértékben meggyőződve. Emellett számos ellentmondás is felfedezhető, melyek a mérés szükségességére, de egyben az ebből adódó diszfunkciókra világítanak rá. A civil szféra anomáliáit, valamint a változó környezeti kihívásokat (többek között a fokozódó versenyt, a csökkenő elkötelezettséget, az ezzel szemben jelentkező növekvő keresletet, igényeket) hangsúlyozó írások a szektor átfogó értékelését sürgetik. Ezzel szemben más, kritikai álláspontok az egyoldalú menedzsment szemlélet és teljesítmény-mérés árnyoldalaira, illetve a szervezetek – a minisztérium, az önkormányzatok, a pályázatok kiírói, illetve az egészségügyi intézmények általi – értékelésének, kiválasztásának nemkívánatos következményeire is felhívják a figyelmet, mely diszkriminatív hatású lehet, fokozva a szervezetek közötti egyenlőtlenségeket, tovább gyengítve ezzel a szektoron belüli kohéziót.

A szektorszintű teljesítmény-értékelést ezen felül több tényező is nehezíti. A magyar nonprofit szféra – s az egészségügyi szegmens – jellemzője a nagyméretű, gazdaságilag megalapozott szervezetek igen alacsony aránya. A szervezeteknek kb. egytizede rendelkezik annyi jövedelemmel, amennyi néhány állandó alkalmazott és egy kisebb épület költségeinek fedezetéül szolgálhat. A kis méret nem teszi lehetővé a teljesítménymérési és –értékelési módszerek alkalmazását a szervezetek többségében. Ugyan zajlik néhány erre irányuló kísérlet a hazai nonprofitok körében (pl. Civil Társadalom Fejlődéséért Alapítvány mérési módszerei, NES-Nonprofit Elsámoltathatóság Standardjai, TIX-Társadalmi Igazságosság Index), általános tapasztalatok azonban még nem nagyon fogalmazódtak meg. A szűkös pénzügyi alapokon túl további tényezők nehezítik a teljesítmény-értékelési módszerek

bevezetését: a szervezetek fiatalága (hiányzó vagy kialakulóban lévő professzionalizmus), külső szakmai és anyagi segítség csökkenése, vagy a támogatónak való kiszolgáltatottság.

## **V. A KUTATÁSOKBÓL LEVONHATÓ LEGFONTOSABB TAPASZTALATOK, TÉZISEK**

### ***(1) Civilek az egészségesebb életért - az egészségügyi civil szervezetek szerepe a helyi egészségpolitika alakításában (kérdőíves vizsgálat a Dél-Dunántúli Régióban)***

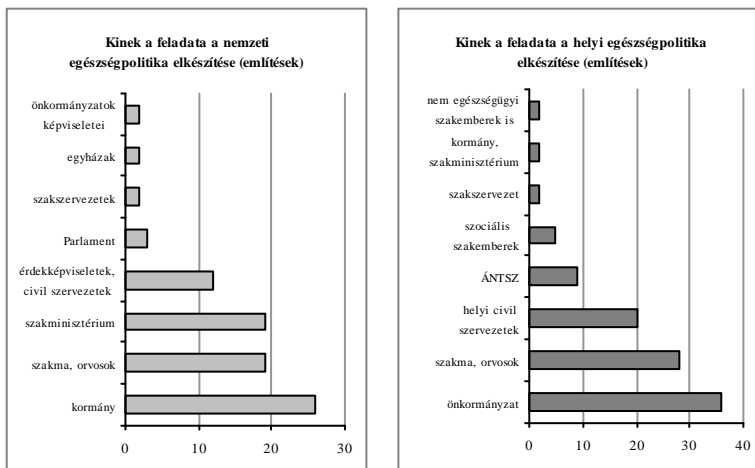
A Dél-Dunántúli Régió egészségügyi nonprofit szervezetei körében készített vizsgálat az alacsony elemszám ellenére sok hasznos, a további kutatásokat megalapozó eredménnyel szolgált. A vizsgálat legfőbb célja a civil szervezetek kapcsolatrendszerének feltérképezése, valamint az egészségpolitika tartalmáról és a részvételi lehetőségekről alkotott elképzelések összegyűjtése volt. A legfőbb megállapítások a következőképp összegezhetők:

- A dél-dunántúli egészségügyi civilek sok szempontból hasonló működési jellegzetességekkel, struktúrával, kapcsolatrendszerrel jellemezhetők, mint az országos elemzések során tapasztaltak. Néhány ponton vannak csak kisebb eltérések, ilyen például a tagság számbeli növekedése, mely a társadalmi legitimitációval küzdő, a tagságát csak nehezen bevonni tudó szegmens szempontjából pozitív tendencia;
- A régió – Budapestet, illetve a Közép-Magyarországi Régiót – nem számítva „középmezőnyben” helyezkedik el, vagyis viszonylag nagy számban található nonprofit szervezetek, bevételi oldalról pedig, kifejezetten előljárók. Ez, a civilek integráló, a társadalmi/egészségi állapotban lévő egyenlőtlenségeket mérsékelni képes szerepének vizsgálata szempontjából azért is fontos, mert a régióban több olyan elmaradott kistérség is van, mely a társadalmi kirekeszttség majd’ minden meghatározó tényezőjét magán viseli. Kérdés persze, hogy mennyiben tekintenek a közösségek úgy ezekre a szervezetekre, mint amelyek képesek egy adott ügy érdekében megoldással szolgálni? Vagyis milyen a szervezetek társadalmi beágyazottsága, illetve hogyan értékelhető a szervezetek tevékenysége, a küldetésében vállalt ügy széles körben való elfogadtatása, teljesítése terén? Ezeknek a kérdéseknek a vizsgálatát és megválaszolását a kérdőíves felmérés keretei nem tették lehetővé, de mint dilemmák a további kutatások kiindulópontjaként szolgáltak;
- Működésük kiterjedtsége nem túl tág, a lokális szint dominál. Ugyanez érvényes a kapcsolatrendszerre is: megjelenik a szektoron belüli, a

szektoron kívüli, és a kettő közti átmenetet képező intézmény-közeli együttműködés is, de ezek többnyire helyi és eseti kapcsolatokat jelentenek;

- A szervezetek működési feltételei többnyire szegényesek, csekély gazdasági és humán tőkével bírnak; körükben csak néhány „erős” szervezet található;
- A nonprofit szervezetek (közvetve és közvetlenül) erőteljesen kötődnek az egészségügyi (és szociális) intézményekhez, amely bizonyítéka annak, hogy létrejöttük sok esetben a szűkösen működő intézmények megsegítésére, illetve a szolgáltatásokban, ellátásokban jelentkező hiányállapotok pótlására, mérséklésére irányult. Ez a tevékenység nem csak látens módon, kényszerként nyilvánul meg, hanem missziójukban is első helyen szerepel a lakosság rossz egészségi állapotának javítása és az egészségügy krónikus zavarainak enyhítése. Tevékenységük azonban nem korlátozódik kizárólag az egészségügy területére, több esetben (a tagok, segítők foglalkozását tekintve is) szektorális összefonódás mutatható ki;
- Többnyire szolgáltatás orientált szervezetekről van szó, az érdekvédelem csak kiegészítő jellegű, vagy meg sem jelenik. Ez a kapcsolatrendszer vizsgálatában is megfigyelhető, a helyi önkormányzattal, a minisztériummal, főhatósággal való kapcsolatuk csupán ritka és eseti (ennél ritkább kapcsolatot csak a külföldi szervezetekkel lehetett regisztrálni). A községekben működő szervezetek kapcsolata a helyi önkormányzatokkal sokkal intenzívebb, a kérdőíves módszer azonban nem alkalmas e kapcsolat valódi tartalmának kiderítésére (más vizsgálatokból ismert, hogy ez nem feltétlenül jelent mélyebb – helyi – politikai beágyazottságot, sok esetben csak személyi összefonódás tapasztalható, vagy infrastrukturális segítségben merül ki);
- A nonprofit szervezetek (helyi és nemzeti) egészségpolitikáról alkotott képe meglehetősen szerteágazó: a skála az elképzelések teljes hiányától, a pontosan megfogalmazott „ideáltipikus” képig terjed. A civilek szerint a nemzeti egészségpolitika elkészítése a mindenkori kormány, a szakminisztérium, vagyis a „nagypolitika” feladata, a szakma közreműködésével, csak néhány szervezet válaszaiban található meg a civil részvétel igénye a döntéshozásban, stratégiai programok kidolgozásában. A vizsgálatból kiténik, hogy a válaszokban kifejezésre juttatott szándék ellenére ma még nagyon alacsony a döntéshozatalban való tényleges civil részvétel, amit az is gátol, hogy csak kevés esetben jelenik meg a hosszú távú gondolkodás, és a stratégiai tervezés igénye a szervezetek (és az őket körülvevő település) életében.

2. ábra: Kinek a feladata a nemzeti és a helyi egészségpolitika elkészítése a szervezetek szerint, % (Dél-dunántúli vizsgálat, 2004) n=104



Forrás: Dél-dunántúli vizsgálat az egészségügyi civilek körében, 2004

Az egészségügyi szegmenst domináló intézmény-közei szervezetek nem foglalkoznak, és valószínű nem is fognak az égető népegészségügyi (elsősorban nem intézmény-menedzsment jellegű) alapproblémák megoldásával. Feltehetőleg csak a létrehozó szervezeteknek nem alárendelt civil csoportoktól várható, hogy primeren nem az egyes intézmények érdekeit fogják szolgálni. Az is előrevetíthető, hogy bár ösztönözni lehet a civil szervezetek aktivitásának növelését (növekvő támogatások, pályázati lehetőségek, képzések, egyéb segítő szolgáltatások révén stb.), de a tényleges civil szerepvállalás számos alapvető társadalmi-gazdasági tényezőtől függ, melyek változása kormányzati eszközökkel nem, vagy alig befolyásolható. Vagyis nem igen lehet illúziókat táplálni a civil részvétel közel jövőbeni élénkülésével kapcsolatban, és nem lehet a felelősséget sem teljesen a kormányzatra árrítani (az autonóm kezdeményezés szerepét az nem veheti át). Egy biztosan állítható, a nemzeti szintű válaszok mellett szükség van a helyi szintű válaszok kidolgozására is. A következő évtizedekben – az ismert egészségi mutatók mellett – drámai demográfiai változások érintik az országot, benne szinte minden régiót. Új feladatok, új gondok az önkormányzatok, a családok, az egyének, a szociális és egészségügyi ellátó szféra számára. Az államnak ehhez a feltételeket kell megteremtenie, az egyéneknek, közösségeknek pedig felelősséget kell vállalni az egészségesebb döntésekben.

## ***(2) A hatékonyság mérés lehetőségei és problémái a betegszervezetek körében (interjú vizsgálat a Dél-dunántúli Régióban és Budapesten)***

Az egészségügyi civil szervezetek körében végzett interjú vizsgálat fontos hozadékként említhető, hogy az eredmények meglehetősen ambivalens véleményeket mutatnak: a teljesítmény-mérés lehetőségét, alkalmazását inkább elutasítják a szervezetek, minthogy fejlődési lehetőséget látnának benne. Ha a gyakorlatban még nem is alkalmazza tevékenységének rendszeres monitorozását, vagy bizonytalan ebben a kérdésben a szervezetek többsége, az összegyűjtött vélemények, elgondolások feltehetően kellő alapot szolgáltathatnak ahhoz, hogy megfogalmazzuk javaslatainkat az egészségügyi civilek teljesítményének mérésére szolgáló *indikátorokra*.

### *I. Indikátorok: amikor középpontban a hatékonyság*

A *hatékonyság* mérésekor használt integrált megközelítés a külső és a belső elszámoltathatóságot egyaránt magába foglalja, vagyis nem csak az a fontos, hogy a szervezet betartja-e a különféle jogszabályok, működési sztenderdek (code of conduct) és beszámolási kötelezettségek előírásait, hanem ugyanilyen fontosak a belső működési folyamatok.

Szigorúan a hatékonyságot állítva középpontba, a legáltalánosabb vezetés-szervezési indikátorok a nonprofit szervezetek teljesítmény-vizsgálatakor a következők lehetnek:

- szervezeti küldetés, szervezeti integritás megléte
- szervezeti irányítás
- pénzügyek
- adományszerzés, támogatásszerzés
- emberi erőforrás menedzselése
- közösségi kapcsolatok, nyilvánosság

### *II. Indikátorok: amikor középpontban az eredményesség*

Amennyiben a hatékonyság mellett az *eredményesség* (is) hangsúlyossá válik, számos további indikátor kap szerepet. A TIX (Társadalmi Igazságosság Index) indikátorait véve alapul (Hegyesi-Fekete 2006), az indikátorok itt két csoportba rendezhetők, az erőforrások és a professzionalizmus dimenziójába:

#### *a) Erőforrások dimenziója:*

- Pénzügyi erőforrások;
- Emberi erőforrások;
- Kapcsolati tőke;
- Infrastruktúra.



*b) A professzionalizmus dimenziója:*

- Törvényi előírásoknak való megfelelés (a szervezet rendelkezésére álló hivatalos okiratok, köztartozás léte, folyik-e velük szemben valamilyen hatósági eljárás);
- Demokratikus működési rend (vezetés, szervezés és dolgozói elégedettség értékelése, ennek gyakorisága);
- Pénzügyi átláthatóság (pénzügyi terv megléte, éves pénzügyi mérleg nyilvánosságra hozatala);
- A források működés centrikus felhasználása;
- Projektorientált tevékenység (a szervezet mennyire törekszik szervezeti céljaik megvalósításra, mi a szervezet tevékenységi területe, célcsoportja, az elmúlt év sikeres eseményei, szervezetfejlesztési projektben való részvétel);
- Önkéntes munka igénybevétele a társadalmi hatás növelése, költségek csökkentése érdekében (önkéntesek aránya);
- Szolidaritás a szervezetek és munkatársai között, illetve a társadalommal szemben (más szervezetekkel való együttműködés célja és eredményessége);
- A pénzügyi forrásoknál fontos a pályázatokból nyert forrás aránya – e mögött az a feltételezés áll, hogy a pályázatokat csak szakmailag jól felkészült és működő szervezetek nyerhetik meg, amelyek fontos célokért dolgoznak;
- A működési költségeket a szervezeti célok megvalósítására fordított költségekkel kell összehasonlítani: például az az adományozó szervezet, mely forrásai nagy részét működési költségekre költi, nem tekinthető eredményesnek. Míg egy személyi szolgáltatásokat nyújtó szervezet – mely céljai megvalósításához elsősorban emberi munkaerőt használ – magas működési költségek mellett is eredményesnek mondható;
- A sikeres érdekérvényesítést befolyásoló indikátorok:
  - szervezeti jellemzők (területi alkalmazási kör, működési terület, jogállás, alapítók)
  - struktúra (méret, stabilitás)
  - pénzügyi helyzet (források, átláthatóság)
  - kompetencia (tapasztalat, szakértelem, múltbeli eredmények, projektek)
  - az érdekek kifejezésére való képesség (speciális és általános érdekek láthatóvá tételére és hangoztatására való képesség)
  - a közvélemény megítélése (tekintély, jó hírnév, függetlenség, bizalom)
  - kapcsolatrendszer (belső szervezet, hálózatalakotás)
  - politikai kultúra, kommunikáció.

Összegezve, a fellelhető és a saját interjúk kutatásban összegyűjtött tapasztalatok alapján, a sikeres, jól működő (azaz hatékony és eredményes) szervezet mögötti legfontosabb tényezők a következők:

- a vezető személye (foglalkozása, munkahelye, beosztása, presztízse és habitusa),
- kapcsolati tőke,
- szakértelem,
- a szervezet nagysága, kiterjedtsége, tagsága (bár itt vannak kivételek),
- a szervezet múltja,
- pénzügyi stabilitás és gazdasági pozíció.

A forrásokért való fokozódó versenyhelyzet, a civilek felé irányuló megnövekedett elvárások, a működést nehezítő számtalan tényező számbavétele után más szóval azt is mondhatjuk, hogy a társas együttlét és az értelmesen eltöltött szabadidő lehetőségének biztosítása szükséges, de nem elégséges. Az önszorgatók közösségei fontos folyamatok elindítói lehetnek. Ahhoz azonban, hogy tevékeny, a közösség és tagjai számára komoly eredményeket, előnyöket elérni képes civilekké váljanak, akik tárgyalóasztalhoz ülhetnek az egészségügy szereplőivel, sikeresen tudják képviselni tagjaik érdekeit, a jó szándék mellett további lépések szükségesek:

- Formalizáltság, mely első lépés a professzionalizmus, a legitimáció és átláthatóság felé;
- A tagság növelése irányába tett stratégiai lépések: nem elég elműködgetni, el kell érni azt a „kritikus tömeget”, ami nyomán a hatalom birtokosai már hajlamosak konkurenciaként figyelni rájuk;
- A gazdasági stabilitás felé tett lépések, mely a hatékony és eredményes működés alapfeltétele (alapítványoknál stratégiai tervezés és cselekvés a tőkeemelésre, egyesületeknél bevételeik növelésére);
- Egy önálló stáb kialakítása, biztos egzisztenciát nyújtó munkahelyek kialakítása, ami mellett képzett munkatársak lojális, magas szintű teljesítménye várható. A legtöbbször – bár ritka kivétel akad – „maradékélvű önkéntesség ez, nem pedig tisztán definiálható társadalmi munka” (Zikkert-Dandé 2005:84).

A rendszerváltást követő változások az egyesületek jelentős számbeli megugrását hozták magukkal, a mennyiségi növekedés azonban – főleg az új alapításúaknál – nem feltétlenül jelent stabil szervezetet és olyan pénzügyi kondíciókat, amelyekre az állam egészségügyi tehervállalásának csökkentése alapulhatna. Az egészségügy „nonprofitosításának” ma még számos dolog szab korlátokat: többek között a szervezeti kiforratlanság, az anyagi gyengeség, a fantom- és minimál szervezetek nagy száma, a bújtatott profitorientáltság, és az út-, illetve identitás keresés átmeneti állapota. Jóval

nagyobb eredményt érhet el a civilek összefogása, mozgalma, mint az elszigetelt egyesületek, alapítványok tevékenysége. A szervezetek körében tapasztalható szerepzavarok azt valószínűsítik, hogy csak az állami és a nonprofit szféra közti intézményesült együttműködéssel (feladatok és felelősök kijelölésével) nyerhetnek teret az egészségügyi civil szervezetek a társadalmi szükségletek kielégítésében. Egészségügyi intézmények fenntartására és szolgáltatások nyújtására elvben a nonprofit szervezetek is alkalmasak – ha a megfelelő tőkeerő és szakmai segítség ehhez kellő mértékben rendelkezésre áll.

***(3) Az esélyegyenlőség biztosításának lehetőségei - a tartós egészségkárosodással élőköt segítő civil szervezetek ismertsége és a feljük irányuló elvárások a családok körében (kérdőíves vizsgálat a Dél-dunántúli Régióban)***

A vizsgálat célja volt: a kapcsolati tőke feltérképezése, illetve a civil részvétel és a civil szervezetek ismertségének megismerése a tartós betegséggel és fogyatékosággal élők családjai körében. Ez egyben egyfajta lefelé irányuló kliens-elszámoltathatósági lehetőséget jelentett az egészségügyi nonprofit szervezetek hatékonyság-vizsgálata szempontjából.

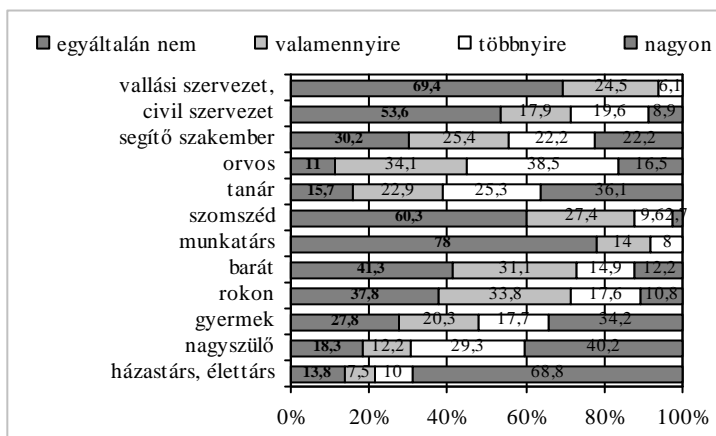
Feltételeztem, hogy míg az érintett családok individuális, mikrokörnyezetben meglévő támogató tényezői (szoros családi, csoport kapcsolatok, barátokkal, segítőkkal való kapcsolaton alapuló hidak) erőteljesen jelen vannak, addig a különböző társadalmi csoportokkal való kapcsolat, a családok érdekérvényesítő képessége egy számukra kedvezőbb helyzet kiharcolásához gyenge. A feltételezés részben beigazolódtott, ám a szűkebb környezet szoros támogató rendszere nagy különbségeket mutatott az egyes csoportokban, mind a gyermek fogyatékoságának típusa, mind a család társadalmi helyzete mentén. A vizsgálat további kiindulópontját képezte az is, hogy a családok társadalmi tőkéjének növelésében a civil szervezetek nagyon sokat tehetnek – és fordítva, a fogyatékos gyermeket nevelő családok közéleti jelenléte és támogatása a civil (szervezett) érdekérvényesítés eredményességéhez járulhat hozzá.

A vizsgálat során az egészségügyi civil szervezeteket annak a kapcsolati tőkének az alapelemeiként kezeltem, mely kiemelt fontosságú a tartós egészségkárosodással élők és családjaik életminőségét meghatározó tényezők között. A kapcsolati háló ugyanilyen fontos elemei továbbá az egészségügyi és szociális ellátórendszer, a foglalkoztatás intézményei, de az iskola is a pedagógusaival, és a betegszervezetekhez fűződő kapcsolatrendszerével. A tartós egészségkárosodással élő gyerekek szülei által kitöltött kérdőívek

elemzése során kiderült, hogy a családoknak egyrészt nagyon sok területen lenne szükségük további segítségre, a meglévő szolgáltatások elérése és a szolgáltatások bővítése kapcsán is. Hogy pontosan kitől várják ezt, azt nem igazán tudják, a válaszok nagyfokú bizonytalanságról szóltak. A családok által összegyűjtött szükségletek olyan hiányállapotokról adtak tanúbizonyságot, melyek kielégítését a meglévő szolgáltatók nem képesek megfelelő módon nyújtani. Vagyis a nonprofit szervezetektől sok esetben a hiányzó ellátások pótlását, a meglévők javítását várják az érintettek.

Az élethelyzetek és a problémák a sok hasonlóság ellenére meglehetősen egyediek, így megválaszolásuk csakis egyéni szükséglet kielégítéséről szólhat. Ebből a szempontból is kiemelt szerepet kapnak a civil szervezetek, melyek a közszolgáltatók intézményi merevségével szemben többcélú, rugalmas, innovatív kezdeményezéseknek adhatnak otthont. Az egészségügyi civil szervezetek viszonylag jól ismertek, a kapcsolati tőkét meghatározó civil részvétel azonban – a Magyarországon mért országos adatokkal összecsengően – nem túl nagy a beteg gyermeket nevelő családok körében, illetve számos tényező befolyásolja azt (elsősorban a betegség típusa, a településtípus és a szülők társadalmi helyzete). Ez azt jelenti, hogy a családok (egyelőre) nem elsősorban a nyilvánosság, az érdekérvényesítés lehetőségét látják a betegszervezetekben, hanem ennél kézzelfoghatóbb segítséget várnak tőlük, szolgáltatásokban, pénzbeli, természetbeni segítségnyújtás formájában.

3. ábra: Kinek a segítségére számíthatnak a családok gyermekükkel kapcsolatban? (%) n=470



Forrás: Kapcsolati tőke vizsgálat, 2007-2008

A fogyatékoság típusa változó mentén készített elemzés során kiemelkedett – mind ismertségével, mind tagságának létszámával, aktivitásával, területi kiterjedtségével – a Down-szindrómával érintett gyerekeket és családjaikat segítő szervezet. A sikeres munka mögött álló tényezők ebben a vizsgálatban a tagok oldaláról, a családok véleménye alapján mutatkoztak meg. Feltételezhetően az aktív kis csoport, mely mozgatórugója a szervezet tevékenységének, a kérdőívet kitöltőkből került ki, akik maguk is érintettek a betegségben, és széleskörű kapcsolati tőkét építve ki, elkötelezett segítői az alapítványnak. Ennek a csoportnak a példáján, beigazolódni látszik az a feltételezés, miszerint ott, ahol a mikro környezetben szoros a kapcsolati háló, erősek a családi és csoportkapcsolatok, barátokkal, segítőkkel való kapcsolatok, mindez eredményes civil működésnek ad alapot. Ám ez erőteljesen függ az érintettek társadalmi helyzetétől. A kutatás során kirajzolódott, hogy az alacsony társadalmi helyzetűek (az enyhén értelmi fogyatékos, sajátos nevelési igényű gyereket nevelő családok) körében már nem találhatók ilyen civil kezdeményezések és kapcsolatok.

#### ***(4) A civil szervezetek egészségügyi ellátásba és a döntéshozásba való bekapcsolódásának lehetőségei Pécsen – a helyi döntéshozók és az orvosi szakma képviselőinek véleménye alapján***

Az egészségüghöz, a helyi egészségpolitikához, illetve a civil társadalomhoz való viszonyulás a városi önkormányzati képviselők és az orvosok részéről a következőkben összegezhető.

A pécsi városi vezetést a vizsgálat időpontjában gyakorlatilag egyetlen kérdés foglalkoztatta az egészségüggyel kapcsolatban, a megyei kórház és az egyetem integrációja. Az interjúkból jól látszott, hogy az integráció előkészítése látszólag szakmai kérdés (a nyilvánosság előtt hangoztatott érvek a párhuzamos ellátások megszüntetése és a hatékonyabb működés mellett szólnak), voltaképp azonban a hatalmi erők játéka.

A városi önkormányzat munkájában nincs, vagy csak nyomokban fedezhető fel a helyi egészségpolitika, amennyiben az alatt nem csupán a kötelező önkormányzati feladatoknak való megfelelést, hanem a lakosság életminősége, egészségfejlesztése alakítását is értjük.

Az önkormányzati képviselők elvben nem zárkóztak el a civilekkel való együttműködés elől, de annak gyakorlati megvalósulásáról nincsenek elképzeléseik.

A civilek megítélése mind az önkormányzat, mind az orvos szakma részéről – néhány negatív tapasztalattól eltekintve – ambivalensnek mondható. Vagyis nincsenek kimondott ellenérdekek, komolyabb ellenérzések velük szemben, de a civilek többségét nem tekintik meghatározó politikai szereplőnek. A

gyógyítás területén is háttérben maradnak, csak kisebb feladatokat szánnak nekik az orvosok. Egyrészt a szakmai kompetencia megkérdőjelezése látszik. Másrészt ennek további oka lehet a civilek egységes (szektorszintű) fellépésének hiánya, ami miatt nem képeznek számottevő társadalmi erőt, a tőkehiány, és a társadalmi támogatottság, a lakossági bázis gyengesége.

A civilek és az (ön)kormányzatok közti kapcsolat másik oldala a közszolgáltatásokon túl a döntésekbe való bekapcsolódás, a civilek által képviselt lakossági csoportok érdekeinek számbavétele. Gyakori vitatéma a szakemberek körében, hogy részt kell-e venniük a civil szervezetek képviselőinek a kormányzati és helyi döntéshozásban vagy sem (Kákai 2005). A kérdés megválaszolásakor eltérő érvek és ellenérvek hangzanak el a politikusok és a civilek oldalán. A politikusok arra hivatkoznak, hogy a lakosság őket választotta meg a vezetésre, így ők viselhetnek politikai felelősséggel a döntésekért. A civil szervezetek képviselői ezzel szemben úgy érvelnek, a testületi munka sokszor esik áldozatul a különböző pártérdekeknek, amin oldhat a civilek jelenléte a döntések kialakításánál. A helyi egészségpolitika gyakorlatánál valóban gyakori az (aktuál)politika diszfunkcionális, azaz nem a rendszer működtetése érdekében való és gyakori beavatkozása. A kormányzattal és az önkormányzattal való szoros együttműködések esetén elsősorban a személyes kapcsolat a döntő, például a szervezet vezetőségében gyakori, hogy az (ön)kormányzat valamely tagja is részt vesz. A civil és a kormányzatok kapcsolatát azonban még számos tényező nehezíti:

- a szervezetekben általánosan jellemző gazdasági egyensúly és stabilitás hiánya;
- a civil szervezetek infrastrukturális állapotának alacsony szintje;
- a szervezetek önmenedzselési készségének alacsony szintje;
- a szakmai és készségbeli fejlesztést célzó képzések a civileknek csak egy kis körét érik el, illetve a meglévő képzések költségesek;
- a szektort érintő vélemények beáramoltatása és ezek képviselete (a szektort nagyon nehéz átfogni), szektorszintű érdekérvényesítés hiánya;
- a szakemberek, segítő munkatársak leterheltsége, melynek ellentételezésére nincs lehetőség;
- a szervezetek fizetett alkalmazottainak alacsony száma vagy teljes hiánya;
- az (ön)kormányzati vezetők figyelmének hiánya, bizalmatlanság, közömbösség a civil társadalom irányába.

## *Összegés és javaslatok*

Dolgozatomban kutatásaim tudományelméleti megalapozásaként három nagy témakört jártam körül. Elsőként a nyugat- és kelet-európai országokban az elmúlt évtizedekben lezajló társadalmi folyamatok kereteibe ágyazva mutattam be az egészségügyi rendszer szereplőinek és egymáshoz való viszonyának jellemzőit, fókuszba állítva a nonprofit szektort. Itt kitértem a jóléti állam szerepének átalakulására és ennek az egészségügyi rendszer működésében jelentkező hatásaira. Jellemeztem a nemzeti és helyi egészségpolitika viszonyát, és ez alapján mutattam be a nonprofit szektor szerepvállalásának kereteit, területi szintjeit és szükségességét. A következőkben a nonprofit szektor térnyerésének, funkcionak, a szféra létét magyarázó teóriáknak a bemutatására törekedtem. A szektor történelmi hagyományainak, fejlődésének, az országonként eltérő gyakorlatoknak, valamint a működési jellemzőknek a bemutatására azért volt szükség, mert mindezen sajátosságok vezettek annak a kérdésnek a megválaszolásához, hogy miért nem tudott a civil szféra ez idáig az egészségügy és az egészségpolitika meghatározó szereplőjévé válni. Hasonló célokat szolgált a teljesítmény-mérés lehetőségeinek, módszereinek, lehetséges indikátorainak a felkutatása és bemutatása, melyekről kiderült, hogy alkalmazásuk korántsem tekinthetők problémamentesnek. Ezt követően pedig a szakirodalom feldolgozásából megismert és a saját empirikus kutatásaim során született új eredményekkel igyekeztem a dolgozat elején felsorakoztatott kutatási kérdéseimet megválaszolni. A vizsgálatok során összegyűjtött eredmények, tapasztalatok alapján végül dolgozatom zárásaként arra törekedtem, hogy összegezzem a konklúziókat, és javaslatokat fogalmazzak meg az egészségügyi civil szervezetek sikeressége, szolgáltató, érdekérvényesítő tevékenységének kiszélesítése terén.

(1) A Dél-Dunántúli Régióban végzett kérdőíves és interjú vizsgálatokból leszűrhető legfontosabb következtetés, hogy az egészségpolitikai szereplőkkel – elsősorban az egészségügyi ellátókkal, a helyi és központi kormányzattal és az üzleti szervezetekkel – való partneri viszony kialakításához nem elég a jó szándék, arra is szükség van, hogy a civil szervezetek megerősödjenek, intézményesültebbé, pénzügyileg és szakmailag stabilabbá, s ennek megfelelően függetlenebbé és öntudatosabbá váljanak. Erre a jelenlegi szervezeti feltételek, körülmények és a hatékony működést megnehezítő tényezők miatt a szervezetek többsége még nincs felkészülve. Néhány kivételt találhatunk csak, egy-egy, többnyire nagy múltú szervezetet, mely a nyugati betegszervezetekhez hasonlóan magas színvonalon, sikeresen, a többi szférával hosszabb ideje tartó, hatékony együttműködést megvalósítva működik.

(2) Legtöbb esetben történeti magyarázatokat (a civil társadalom tradíciói, előzményei, az önkormányzatiság rövid ideje) találhatunk a probléma mögött. Meghatározóak tehát a jelen működést befolyásoló történeti előzmények, hagyományok, melyek összességében érintik a mai társadalom létállapotát és gondolkodásmódját, legyen az a civil kurázsi, a politikai magatartás, a demokratikus értékrend, vagy az egészséghez, az életminőséghez fűződő viszony. A múltbeli örökségek nagy része az egészségügyi civilekre is áthagyományozódott, tovább él, a problémák egy részére máig nem születtek kielégítő válaszok, megoldási javaslatok, cselekvések, sok esetben – a politikai konszenzus hiányában – erre irányuló szándékok sem.

A rendszerváltást követő változások az egészségügyi civil szervezetek jelentős számbeli megugrását hozták magukkal, a mennyiségi növekedés azonban – főleg az új alapításúaknál – nem feltétlenül jelent stabil szervezetet és olyan pénzügyi kondíciókat, amelyekre az állam egészségügyi tehervállalásának csökkentése alapozódhatna. Az egészségügy „nonprofitosításának” ma még számos dolog szab korlátokat: szervezeti kiforratlanság, anyagi gyengeség, törpe- vagy minimálszervezetek nagy száma, bújtatott profitorientáltság, az útkeresés átmeneti állapota.

(3) Nyilvánvaló, hogy sok helyütt a problémák megoldása – a látszat ellenére – nem feltétlenül anyagi kondícióktól függ, hanem elsősorban a helyiek, a civilek összefogásán és a közös gondolkodásban rejlik. Az is nyilvánvaló azonban, hogy a jelen társadalmi-gazdasági-mentálitásbeli helyzet nem segíti ezeket a folyamatokat: nincs mi életre keltse ezt a civil erőt, mely megjelenhetne az életminőség javításában, sem fórumok, ahol a helyi szükségletek és igények artikulálódhatnak és képviselőre találhatnak.

(4) Az országos vizsgálatokkal egybecsengőek az eredmények az egészségügyi civilek és az állam/önkormányzat közti kapcsolatot elemezve. Ahogy a szervezetek és az állam viszonyában nem történt meg átfogó, rendszerszerű fordulat, úgy a helyi politikai vezetés is vonakodva fogadja a civilek részvételét. Ennek oka, hogy egyrészt nincs olyan koncepció, mely a helyi egészségpolitika tartalmi orientációit megmutatná, vagyis nincsenek napirenden a helyi társadalmat érintő egészségügyi, egészségfejlesztési kérdések, másrészt nincsenek kölcsönösen elfogadott keretei az egyeztetésnek és párbeszédnek.

(5) A civil szervezetek nehezen találják meg bázisukat, tenni akaró tagságukat, a szervezetek körében folytatott interjúk vizsgálatok az emberek aktivitásának csökkenéséről, a közösségi ügyektől való elfordulásáról tudósítottak. A betegszervezetek esetében a közösségbe tartozást tovább nehezítik a társadalom felől megnyilvánuló előítéletek.

(6) A szervezetek közti különbségek emelkedése a szektor integrációját veszélyezteti. A kohéziót nehezítik a területi (főváros/vidék), a méretbeli



(nagy/kicsi), a bevételi nagyságbeli kirívó különbségek. Emellett az ellentétek további forrása a szervezetek létrejöttének körülménye: az alulról szerveződő „civil” és az állami, önkormányzati, intézményi alapítású, illetve az üzleti élethez közel álló „álcivil” megkülönböztetés.

(7) Az egészségügyi civil szervezeteken belüli nehézségek tovább akadályozzák az aktív szolgáltatói és érdekvédelmi tevékenységet. Nincs idejük szervezetük stratégiájával foglalkozni, az állandó egzisztenciális bizonytalanság következtében elvesznek a napi ügyekben, a forráskeresésben. A működéshez szükséges anyagi források kiszámíthatatlanok, esetlegesek, ez megnehezíti mind a rövid-, mind a hosszú távú tervezést. A szervezetek munkatársai túlterheltek, sok esetben egy vagy néhány ember vállára nehezedik az összes teendő.

(8) A közös célok ellenére sincs meg a kellő együttműködés a civilek között, mert a versenyhelyzet kialakulása miatt a szervezetek közötti kommunikáció visszaszorul. Az együttműködés, az integráció helyett a szétválás és az elszigetelt működés a jellemző, ami a kohézió, a szektor szintű érdekképviselet hiánya miatt a nonprofit szféra társadalmi, politikai pozícióját rontja.

(9) A közös érdekek ellenére nincs meg a kellő együttműködés a civilek és a partner intézmények között sem, jóllehet a betegszervezetek munkáját alapvetően meghatározzák ezek a kapcsolatok. Az együttműködést az egészségügyi intézményekkel, orvosokkal sok esetben kompetencia problémák, és az ebből adódó bizalmatlanság nehezíti. A betegszervezetek alkalmasak lennének az integrált egészségügyi és szociális ellátás elősegítésére is bizonyos területeken, ez azonban számos akadályba ütközik.

A fenti kutatási eredmények tükrében politikai, valamint tudományos (további vizsgálatokat előrevetítő) javaslataimat öt területen fogalmaztam meg:

- (1) az egészségügyi civil szervezetek integrációjának elősegítésére;
- (2) a helyi önkormányzat munkájában való aktív részvétel elősegítésére;
- (3) az egészségügyi szervezetek érdekegyeztető, konzultatív szerepének erősítésére;
- (4) a regionális egészségpolitika kialakításában és alakításában való részvételre;
- (5) valamint a betegszervezetek megerősödését szolgáló modell-program kialakítására.

## VI. IDÉZETT IRODALOM

- Bocz János-Kmetty Zoltán (2008): Egészségügyi szegmens. Egészségügyi nonprofit szervezetek. *Civil Szemle* 1-2:39-60.
- Bukodi Erzsébet (2001): Társadalmi indikátorok - elméletek és megközelítések. *Szociológiai Szemle*, 2:35-57
- Hegedüs Rita (2001): Szubjektív társadalmi indikátorok – szelektív áttekintés a téma irodalmából. *Szociológiai Szemle*, 2:58-72.
- Hegyesi Gábor-Fekete Orsolya (2006): Kísérlet a nonprofit szervezetek felmérésére a Társadalmi Igazságosság Index segítségével. *Civil Szemle* 1:5-33.
- Füzesi Zsuzsanna-Busa Csilla-Tistyán László (2007): Új, innovatív egészségügyi programok fogadtatása a kistérségekben (Hogyan tovább kistérségi egészségügy?) *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2:2-7.
- Füzesi Zsuzsanna-Busa Csilla-Tistyán László (2007): Együttműködési lehetőségek és érdekeltségi viszonyok a kistérségek egészségügyi rendszerének alakításában (Mi lesz veled kistérségi egészségügy?). *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 3:22-27.
- Kákai László (2005): *Önkormányzunk értetek, de nélkülöttek!* Századvég K. Budapest.
- Kálmán Zsófia-Könczei György (2002): *A Taigetosztól az esélyegyenlőségig*. Osiris K. Budapest, 493-520.
- Könczei György (1992): *Fogyatékosok a társadalomban. Újabb adalékok a kitaszítottság anatómiájához*. Gondolat K. Budapest.
- Losonczy Ágnes (1998): *Utak és korlátok az egészségügyben*. MTA, Budapest.
- Orosz Éva (2001): *Félfőn vagy tévfőn? Egészségügyünk félfőltja és az egészségpolitika alternatívái*. Egészséges Magyarországért Egyesület, Budapest.
- Papházi Tibor (1997): *Egyesületek, társadalom, egészségügy. Fejezetek az egyesületek szociológiájának köréből*. Nonprofit Kutatócsoport, Budapest.
- Putnam, Robert D. (1995): Bowling Alone: America's Declining Social Capital. *Journal of Democracy* (6) 1:65-78.
- Skrabski Árpád (2003): *Társadalmi tőke és egészségi állapot az átalakuló társadalomban*. Corvinus K. Budapest, 17-22.
- Szabó Laura (2003): A boldogság relatív – fogyatékoság és szubjektív életminőség. *Szociológiai Szemle* 3:86-105.
- Szalai Júlia (1997): Az egészségügyi alapítványokról. *INFO-Társadalomtudomány*. 42.
- Zikkert Antal-Dandé István (2005): Civil attitűdök és megoldókulcsok a Dél-Dunántúli Régió hat kistérségében. *Civil Szemle* 4:77-89.
- Nonprofit Szervezetek Magyarországon, 2005. KSH, Budapest.

## VII. A SZERZŐNEK A DISSZERTÁCIÓ TÉMÁJÁBAN SZÜLETETT PUBLIKÁCIÓI ÉS KONFERENCIA ELŐADÁSAI

### *Publikációk*

1. Füzési Zs. - Tistyán L. - **Péntek E.** - Szőke K. (2003): Települési egészségtervek. *Falu 11. évf. 3. 71-76.*
2. Füzési Zs. - **Péntek E.** - Tistyán L. (2004): *Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei.* PTE, Pécs.
3. **Péntek E.** (2005): Civilek az egészségesebb életért. Az egészségügyi civil szervezetek szerepe a helyi egészségpolitika alakításában. *Acta Sociologica 1. 18-31.*
4. Szilasi I. - **Péntek E.** - A. Takac (2008): Társadalomrajz. In Dobos E.-J. Terek (szerk.) *Élet a folyók között.* Miskolci Egyetem, Miskolc. 121-132.
5. J. Sándor - É. Brantmüller - T. Bödecs - L. Bálint - M. Szücs - **E. Péntek** (2008): The introduction of call-recall method into national cancer screening program organization and the social gradient of participation. *Studia Sociologia, 2.*
6. **Péntek E.** (2009): Betegszervezetek Baranya megyében I. *Baranyai Civil Korzó. V. évf. 2. 4-5.*
7. **Péntek E.** (2009): Betegszervezetek Baranya megyében II. *Baranyai Civil Korzó. V. évf. 3. 4-6.*
8. **Péntek E.** (2009): A hatékonyságmérés problémái a betegszervezetek körében. *Civil Szemle. IV. évf. 3. 21-41.*
9. **Péntek E.** – Dr. Sándor J. – Tigyi Z.-né – Máté O. (2009): A civil szervezetek részvételi lehetőségei az egészségügyi ellátásban. *Egészségügyi Gazdasági Szemle. 47. évf. 2. 8-14.*
10. **Péntek E.** (2009): Az esélyegyenlőség biztosításának lehetőségei – a fogyatékkal élőket és családjaikat segítő nonprofit szervezetek hatékonysága. In Dr. Tarnóc A. - Dr. Kádár J. (szerk.): *Mi/Más Konferencia – Gondolatok a másságról.* Eszterházy Károly Főiskola. Líceum Kiadó, Eger. 83-101.
11. **E. Péntek** (2009): Shall we measure the power of non-governmental organisations and how? *Pécsi Horizont. 1. sz. 199-205.*
12. **Péntek E.** – Tigyi Z.-né – Máté O. (2009): Die Wege zur Sicherstellung von Chancengleichheit in Schulen– Die Bedeutung des Beziehungsnetzes um die Behinderten und ihre Familien. *Eruditio – Educatio 4. Vol 1. 41-56.*
13. **Péntek E.** – Máté O. – Tigyi Z.-né (2009): Civilek az egészségesebb életért – a betegszervezetek tevékenységének jelentőségéről. *Magyar Epidemiológia 6. évf. 1. 27-37.*
14. **Péntek E.** (2009): A betegszervezetek eredményessége – civilek az egészségesebb életért. *Népegészségügy 87. évf. 3. 233-242.*
15. O. Máté – **E. Péntek** – H. Pusztafalvy – E. Brandmüller – K. Gruiz – J. Sándor (2009): Down syndrome: informing the parents. A national survey of parental support in Hungarian hospitals. *PhD Conference, Universitatea de Medicina si Farmacie, 540139 Targu Mures.*
16. **Péntek E.** (2009): Az esélyegyenlőség biztosításának lehetőségei - a fogyatékkal élőket és családjaikat segítő nonprofit szervezetek hatékonysága. In: Sándor J.-Pusztafalvy H.-Kosztolányi Gy. (szerk.): *A Down-szindrómás gyermekek életminősége.* Medicina Kiadó, Budapest. Megjelenés alatt.
17. **Péntek E.:** Hatékonyak-e az egészségügyi civil szervezetek? Publikon Online Társadalomtudományi Portál  
<http://www.publikon.com/htmls/cikkek.html?ID=23&articleID=433>

## ***Konferencia előadások***

1. "Shall we measure the power of non-governmental organisations and how?" A Selye János Egyetem I. Nemzetközi Tudományos Konferenciája. Szlovákia, Komárno, 2009. szeptember 7.
2. „Ritka betegségekre szerveződő civil szervezetek szociológiai jellemzői” A ritka betegségeken szenvedők civil szervezeteinek lehetőségei az életminőség javításában. Párbeszéd 2008 – konferencia a PTE Egészségtudományi Kar szervezésében. Pécs, Művészetek Háza, 2008. november 22.
3. „A fogyatékossgal élőkkel és családjaikkal foglalkozó civil szervezetek hatékonysága – egy szociológiai kutatás tükrében”. Mi/Más konferencia a tolerancia jegyében. Eszterházy Károly Főiskola, Eger, 2008. március 19-20.
4. „Az időskorúak egészségügyi és szociális ellátásának területi különbségei”. Nemzetközi gerontológiai kongresszus. Pécs, 2007. november 9-10.
5. „Egészségügyi civil szervezetek hatékonysága”. Párbeszéd 2007 – A Down-szindrómás gyermekek életminősége c. konferencia a PTE Egészségtudományi Kar szervezésében. Siklós, 2007. október 6.
6. „Gyermekszegénységgel összefüggő egészségi kockázati tényezők egyenlőtlen területi eloszlása”. A gyermekszegénység problémaköre a szociálpolitika és a szociális munka térképén c. konferencia a PTE BTK Szociálpolitika és Szociális Munka Tanszék szervezésében. Pécs, 2007. szeptember 27.
7. „Dohányzási szokások roma fiatalok körében”. Népegészségügyi Fórum (A falusi roma lakosság népegészségügyi kérdései). Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar, 2001. október 19.
8. „Az egészségügyi ellátás területi egyenlőtlenségei – esettanulmányok alapján”, valamint „Egészségtervek magyarországi községekben”. Népegészségügyi Fórum (A falusi lakosság egészségi állapota és ellátásának főbb kérdései), Pécsi Tudományegyetem Általános Orvosi Kar, 2001. szeptember 14.
9. „A dohányzással kapcsolatos egészségnevelés a cigány fiatalok körében” program eredményei, annak előzetes és monitoring vizsgálatai alapján. Programértékelő konferencia. Mátraháza, 2000. október.