

Szalai Júlia

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPÍTVÁNYOKRÓL

Budapest

1997

Bevezetés

Ebben a tanulmányban az egészségügyi alapítványok néhány szociológiai sajátosságának bemutatására kerül sor. Az elemzés alapjául az a kérdőíves felvétel szolgált, amelyet 1997. tavaszán a Szonda Ipsos Média-, Közvélemény- és Piackutató Intézet hajtott végre a nyilvántartott mintegy másfélezer hazai egészségügyi alapítvány területileg arányos rétegzéssel kiválasztott 300-as mintáján. A kérdőív a felkeresett alapítványok szervezeti kapcsolódásain túl, mindenekelőtt azok napi tevékenysége, döntéshozó testületeik, munkatársaik, illetve a szolgáltatásaikat élvezők néhány alapvető társadalmi vonása iránt érdeklődött, továbbá, igyekezett képet nyerni az alapítványok "hozzáférhetőségéről", döntéshozatali és támogatási mechanizmusokról, valamint gazdálkodásuk legfőbb jellegzetességeiről. Az adatok feldolgozása során kiderült: a felvétel számos ponton "kivezet" a szigorúan vett alapítványi körből. Az értelmezéshez néha az egészségügy szerkezetét érintő történeti visszapillantásra, máskor a hagyományos egészségügyi intézmények évtizedes válságjelenségei nyomán született szakmai-társadalmi eljárásmodok figyelembevételére, megint máskor az egészségügyet körülölelő társadalom elvárásaiban és intézményhasználatában bekövetkezett változások politikai-szociológiai analízisére volt szükség. Ebben a kitágított keretben szemlélve, a 300 alapítvány kérdőíve önmagánál többről beszél: a maga módján "hozzászól" az egészségügyi rendszer reformja körül folyó vitákhoz és a társadalmi-gazdasági átalakulás szélesebb politikai kérdéseire egyaránt. A felvétel e "hozzászólás-jellege" vezetett arra, hogy mielőtt a konkrét eredmények ismertetésébe fognék, röviden összefoglaljam az egészségügyi alapítványok társadalmi és szakmai környezetében az elmúlt években lezajlott viták legfontosabb megfontolásait és érveit, illetve, felidézsem az egészségügy

átalakítását érintő ama fejleményeket, amelyekre válaszul az alapítványi működési forma -mint később látni fogjuk- sokszor az alkalmazkodás ígéretes keretét, máskor az elemi önvédelem eszközét kínálja, míg megint máskor új utak vállalkozó szellemű kipróbálását jeleníti meg. Ebben a rövid összefoglalásban javarészt ismert -sőt, néha közhelyszámba menő- jelenségekről lesz szó. Szemügyre vételük azonban talán kevésbé szokványos: a gondolatmenetet ugyanis mindvégig a bontakozó, sőt, egyre világosabban strukturálódó egészségügyi non-profit szolgáltatások sajátos nézőpontja vezérli majd.

Az összefoglalást aligha indíthatnám mással, mint ama közelmúltbeli tény felidézésével, hogy vagy egy évtized heves összeccsapásoktól sem ment vitái után, a nyolcvanas évek végére az orvos-társadalom, az egészségügyi adminisztráció és a laikus közönség “közmegegyezésre” jutott annak megállapításában, hogy a “hagyományos” egészségügy válságba jutott, s hogy az egészségügyi rendszer hatékonyabb működtetésének érdekében komoly változtatásokra, “igazi” reformokra van szükség. A “válság” tényének egybehangzó leszögezése mögötti megfontolások azonban már erősen szóródtak, mint ahogy kevés volt az összhang abban is, hogy a megoldás súlypontjait vajon hová volna célszerű helyezni. A viták során kirajzolódó markáns álláspontok egyik csokra a válságot alapvetően *gazdálkodási és pénzügyi eredetűnek* gondolta, és a reformok tekintetében többszektörű tulajdonviszonyok, intézményi szintű pénzügyi felelősség és gazdálkodási szabadság, valamint erőteljes külföldi tőkebevonás, illetve a hozzáférésben a hagyományos biztosítási elemek erősítése mellett szállt síkra. Mások a válság fő okát az egészségügyi intézményrendszer *eltorzult szerkezetében*, erősen *kórházcentrikus* felépítésében látták. Az álláspont képviselői a reformoktól mindenekeelőtt a korábban elhanyagolt és alulfinanszírozott intézményi területek fejlesztését, elsősorban az alapellátás és bizonyos járóbeteg-szolgáltatások megerősítését várták, s ehhez a

súlypontot a szakmai testületek, illetve az intézményi szövetségek döntéshozatali befolyásának növelésére tették. További kritikák a legfőbb problémaként az egészségügyi szolgáltatások igen *egyenetlen fejlődését* jelölték meg: képviselőik érvelése szerint a hazai egészségügyben túlsúlyosakká váltak az organikus medicina körébe sorolható ellátások, és nagy elmaradások következtek be mind a prevencióban, mind a rehabilitációban, mind pl. a pszichiátriai, metálhygiénés szolgáltatások vagy egyes alternatív gyógyítási formák terén. Az elmaradások növekvő feszültségeket okoztak a lakosság igencsak átalakult egészségügyi szükségletei és a velük szemben álló egészségügyi kínálat között, s ez az egyik legfontosabb oka az ágazat romló teljesítményének, illetve a lakosság rosszabbodó egészségi állapotának. Az érvelésből következő reform-elgondolás világos: a súlypontot mind a szakmai, mind a pénzügyi programok terén a lemaradt területek fejlesztésére, a szükségletek és a kínálat közötti jobb összhang megteremtésére kell fordítani. Végül, a kritikák negyedik csoportja a “válság-okok” felsorolásakor a hangsúlyt az egészségügyi *szolgáltatások feltételeinek krónikus alulfejlettségére* tette: alulműszerezettek és fizikai állagukban leromlottak, túlhasználódtak az intézmények, nincs pénz és kapacitás megfelelő kutatásokra és továbbképzésre, rosszul fizetettek az orvosok és az ápolók - s e feltételek között aligha várható a mainál színvonalasabb, nagyobb teljesítményű egészségügyi ellátás. A válság megoldásának kulcsa tehát mindenekelőtt az, hogy -akár a struktúra más elemeinek változtatása nélkül is, de- komoly anyagi “injekciót” kapjanak az egészségügy ma meglévő intézményei; minden más átalakítási terv pedig csak ezután következhet.

Az itt felidézett válság-kritikák mindegyikének volt mondandója a non-profit szektorról. Az első álláspont hívei kifejezetten szorgalmazták non-profit egészségügyi szolgáltatások megjelenését. Tőlük -miként az ugyancsak üdvözlendőnek ítélt

egészségügyi magánvállalkozásoktól is- egyrészt a kínálati verseny növekedését, általa pedig az intézmények gazdálkodásának racionalizálását remélték, másrészt azt is, hogy az új, piaci szereplők megjelenésével csökken az egészségügy pénzügyi kiszolgáltatottsága és az ágazat a fizető fogyasztók körének bekapcsolása révén új, költségvetésen kívüli forrásokhoz jut. Az intézményrendszer feszültségeit kritikájuk középpontjába állítók a non-profit egészségügyi szervezetek megjelenésétől elsősorban az alkuképesség növekedését, korábban elhanyagolt területek civil érdekképviselőinek megjelenését és az egészségpolitika formálásában való tevőleges részvételét remélték. Úgy gondolták, hogy az alap- és járóbetegellátás non-profit intézményeinek sikere révén növekszik majd a korábban a kórházaknak alárendelt területek hatalmi súlya, s ez indirekt módon javítani fog a ma még a “hagyományos” struktúrába szorult partner-intézmények helyzetén is. Az új szolgáltatásokat, az egészségügy nagyobb választéki kínálatát igénylők abból indultak ki, hogy a “régi” struktúra megannyi feszültsége, hiányjelensége és belső érdekharca közepette aligha remélhető “új” területek meghonosítása, megfelelő pozíciójuk biztosítása - az új szolgáltatások tehát új formákat követelnek. Számukra a non-profit ellátások elsősorban mint rugalmasabb szakmai befogadók tűntek és tűnnek vonzóaknak, olyanoknak, amelyek a leginkább alkalmasak új orvosi-szakmai elképzelések kipróbálására és meghonosítására - azok számára mintegy “inkubátort” kínálnak. Végül, a negyedik álláspont képviselői a non-profit formától elsősorban a hagyományos intézmények és intézményi pozíciók javítását, illetve megerősítését remélték: az állami és non-profit szolgáltatások szoros szervezeti összekapcsolása révén több forrást és eszközt egy-egy kórház vagy laboratórium fejlesztésére, több pénzt kutatásra és önképzésre, több lehetőséget a bérek és fizetések kiegészítésére.

A négyféle elvárás nyomvonalán elméletben az egészségügyi non-profit intézmények négy különböző fejlődési útja rajzolható fel. S bár a viták ma sem lezártak, s a várakozásokat csaknem azonos súllyal és érvrendszerrel megfogalmazott fenntartások is kísérték és kísérik, az élet közben ténynév az egészségügyi non-profit szektor létét: a Központi Statisztikai Hivatal nyilvántartása szerint, 1995-ben 1419 bejegyzett egészségügyi alapítvány működött az országban. Regisztrálásukon túl, mindezekig keveset tudunk arról, hogy a felidézett sokféle elvárás közepette valójában mire jöttek létre és mifajta működés tartja életben őket? S nyitott kérdés az is, hogy milyen szakmai és/vagy társadalmi csoportok igényeit elégítik ki működésükkel, honnan és miből gazdálkodnak, miként vélekednek a saját jelenlegi és jövőbeni szerepükről.

E kérdésekre részben jövőbeli kutatásoknak kell majd válaszolniuk. Ebben a tanulmányban nem vállalkozhatom többre, mint arra, hogy a felvételből nyert adataink alapján kirajzolódó legfőbb típusokat ismertessem, s a gazdálkodásukról, illetve napi működésükről szerzett információink alapján legalább hipotéziseket fogalmazzak meg arra nézve, hogy az egészségügyi alapítványok léte révén az egészségügy mely szegmenseinek feszültsége mérséklődött, s mely más területeké éleződött az elmúlt évek folyamán.

Az alapítványok születése és főbb jellemzőik

Köztudott, hogy a rendszerváltás utáni évek egyik legmarkánsabb jelensége a non-profit szervezetek számának robbanásszerű növekedése volt: a társadalmi és gazdasági élet legkülönbözőbb területeit érte utol a gründolási láz, s egyre-másra alakultak az alapítványok, egyesületek, szakmai és közösségi társulások. A KSH rendszeres adatgyűjtése nyomán tudjuk, hogy vizsgálódásunk közelebbi terepén, az

alapítványok tekintetében az új szervezetek létrehozásának hulláma 1991-92-ben tetőzött. Az 1994-ben bejegyzett 14216 alapítvány több mint 50 százaléka e két év során született. Az adatgyűjtésekből az is ismeretes, hogy a legtöbb alapítvány kulturális, oktatási és szociális szolgáltatásokra, illetve e területek támogatására szerveződött - a kilencvenes évek közepén e három tevékenységkör valamelyikében működött a bejegyzett szervezetek több mint 60 százaléka. Az egészségügy -úgy tűnhet- kevésbé kedvelt területe az alapítványtevőknek: az 1265 egészségügyi profilú a hazai alapítványoknak mindössze 9 százalékát adta 1994-ben. A legfrissebb adatok azonban óvatosságra intenek, hogy ilyesfajta következtetést mint végérvényes állapot-leírást fogalmazzunk meg. A helyzet ugyanis gyorsan változik, s a változás iránya azt jelzi, hogy az egészségügyi alapítvány-tevés lázának még semmiképp sem vagyunk a végén. A KSH legutóbbi, az 1995-ös helyzetképet rögzítő non-profit felvételéből tudjuk, hogy egyetlen év alatt a korábbi 1265-ről 1419-re, azaz újabb 12 százalékkal emelkedett az egészségügy valamely ágában tevékenykedő alapítványok száma, miközben a teljes kört tekintve már inkább a szféra stabilizálódásának, expanziója lelassulásának jelei mutatkoznak. Az egészségügyet illetően tehát pontosabb talán megkésettiségről, fokozatosságról és óvatosságról, mintsem a terület iránti érdektelenségről beszélünk - hat-hét év távlatában szemlélve, úgy tűnik, itt az átlagosnál több időt igényelt a fenntartások lassú oldódása, az alapítványoknak lehetséges és hasznos szolgáltató intézményekként való elfogadása.

Az óvatosabb lépések taktikájára utalnak az alapítás éve szerinti részletesebb bontások is (ld. az 1. táblát, amelyben az összehasonlíthatóság kedvéért az egészségügyiek közül is csak az 1995 előtt létesített alapítványokat szerepeltetjük). Miközben az alapítványi "divat" kezdő éve -más területekhez hasonlóan- az egészségügyben is 1991 volt, a lendület ebben a szférában kisebb, de egyenletesebb, s az

alapítási kedv -mint említettem- mára sem csökken. A “főáramtól” némileg eltérő alapítási trendnek számos oka lehet. Egyrészt, talán több idő kellett az alapítványi működésmód feltételeinek létrehozatalához: az egészségügy szolgáltatásainak jelentős része olyan komoly és drága infrastrukturális háttérrel kíván, amelyet a létüket főleg bizonytalan pályázati pénzekre alapozni kénytelen alapítványok a kezdeti években nem, vagy csak igen szűk tevékenységi területen tudhattak maguk mögött. Másrészt a lassúbb nekilendülésben szerepet játszhat a hagyományos egészségügyi intézmények ellenállása: a tőlük részben vagy egészben független (de potenciálisan mindenképpen függetlenedő) alapítványokban riválist és irányítási-hatalmi monopóliumuk gyengítőjét látják, láthatják¹. A fontolva haladás további oka lehet a szabályozás bizonytalansága: ma még kidolgozatlan a non-profit intézmények és az államigazgatás, illetve a társadalombiztosítás viszonya, szolgáltatásaikat az egészségbiztosítás rendszere nem, vagy csak nagy harcok árán fogadja be és finanszírozza.

1.tábla Az 1995 előtt létesült alapítványok és az egészségügyi alapítványok megoszlása bejegyzésük éve szerint (%)

A bejegyzés éve	Összes alapítvány	Egészségügyi alapítványok
1990 előtt	2,8	7,7
1990	10,3	9,2
1991	30,4	21,8
1992	24,8	23,0
1993	15,3	19,9
1994	16,4	18,4
Együtt	100,0	100,0

Megjegyzés: 1995-96-ban sem tört meg a “gründolás” láza: felvételünk tanúsága szerint, a ma működő egészségügyi alapítványok további 14 százalékát az elmúlt két év során hozták létre.

¹ Igaz, ez utóbbi félelmek -mint majd szó lesz még róla- lassan mintha múlnának. A nagy kórházak, járóbetegellátó intézmények az évek során “rájöttek” az alapítványok hasznára, s megtalálták a módját, hogy az őket kiegészítő forrásokhoz és modern eszközökhöz juttató alapítványokat simulékonyan integrálják szervezeti és szolgáltatási rendszerükbe.

Mindennek ellenére -ahogy a számok jelzik- a non-profit szolgáltatások léte immár az egészségügyben is az élet visszavonhatatlan ténye lett. Sőt, mint később kiderül majd, lassan kialakulni látszanak azok a területek és tevékenységek, amelyeknek hovatovább az alapítványi forma lesz a “normális” és szokványos működési kerete.

Miként létrejöttük időbeli dinamikája, úgy az egészségügyi alapítványok területi eloszlása is némileg eltér az általános tendenciától. A különbség nem abban van, hogy e szervezetek elsősorban városokban működnek. Hiszen nincs ez másként a többi tevékenységi szférában sem, amit jelez, hogy a teljes alapítványi kört tekintve, a községi alapítványok részesedése mindössze 16 százalék. Az egészségügyet az általános trendtől inkább a városi jelenlét *kizárólagossága* különbözteti meg: a szélsőséges koncentráció indikátora ugyanis, hogy ebben a szférában a községi alapítványok aránya még az 1 százalékot sem éri el. Figyelemreméltó ugyanakkor, hogy ami a városi körön belüli megoszlást illeti, az egészségügyiek a többi területen működő alapítványnál terítettebbek, Budapestre való koncentrálódásuk valamivel kisebb mértékű; itt van ugyanis az összes városi egészségügyi alapítvány 41 százaléka, míg a teljes alapítványi kör országos statisztikáját tekintve, a megfelelő arány 44 százalék. Ha azonban az egészségügyi alapítványok koncentrációját a “hagyományos” gyógyítóintézmények néhány mutatójával való összehasonlításban szemléljük, akkor kiderül, hogy az újdonságnak számító intézményes forma mégiscsak kiugróan fővárosi jelenség. A közismerten főváros-centrikus állami-önkormányzati egészségügyi ellátás statisztikái azt jelzik ugyanis, hogy 1995-ben az összes dolgozó orvosnak “csak” 33,7%-a, az összes kórházi ágyinak “csak” 30,2 %-a, a járóbetegellátásban kezelt eseteknek pedig “csak” 34,0 százaléka koncentráldott Budapestre; az egészségügyi alapítványoknak azonban jóval magasabb aránya - mint láttuk, 41 százaléka. Felmerülhet, hogy a nagyfokú városi/fővárosi

koncentráció háttérében elsősorban szakmai motívumokat keressünk: az egészségügyi alapítványok talán olyan tevékenységekre szerveződnek, amelyeket célszerű egy-egy nagyobb régió központjában létrehozni. Itt működik a hagyományos intézmények többsége is, s talán éppen az az elsődleges, hogy az új szervezetek -a régiók mellé csatlakozva- első lépésben a már létező szakmai szolgáltatások színvonalának emelését segítsék elő. A helyzet azonban nem ez. Felvételünk adatai azt tanúsítják, hogy az alapítványok közel fele közegészségügyi, egészségnevelési, természetgyógyászati szolgáltatásokat, háziápolást, fokozott újszülött- és gyermekgondozást stb. nyújt, olyan tevékenységeket végez tehát, amelyekre a lakosságnak lakhelye szerinti eloszlásban van szüksége, s amelyek tekintetében aligha igazolható gazdaságossági érvekkel a regionális szervező elvnek a "nagy" intézmények (kórházak, klinikák, rendelőintézetek) esetében oly gyakran hangoztatott szempontja. A területi koncentráció magyarázatát tehát másutt, kevésbé orvosi-szakmai vagy gazdálkodási, mint inkább szociológiai dimenziók mentén kell keresnünk.

Közelebbi támpontot nyújthat, ha az alapítók és a szolgáltatást igénybevevők megcélzott körének összetételét vesszük szemügyre.

Bár javarészt formai és jogszabályi okok indokolják, hogy egy-egy alapítvány alapításában csak magánszemélyek működnek-e közre, vagy az -részben vagy egészben- intézmények kezdeményezésére születik, mégis, talán némileg meglepő, hogy az egészségügyi alapítványok több mint kétharmadát kizárólag civil szereplők - magánszemélyek, vállalkozók vagy más alapítványok, az egészségügyön kívüliek által alakított egyesületek- hozták létre. Az általuk életre hívott alapítványok azonban alig-alig tekinthetők új, önálló szervezeteknek, hiszen döntő többségük valójában mindenekelőtt valamely "hagyományos" egészségügyi intézmény szolgáltatásában áll. Felvételünk adatai

azt mutatják, hogy e civil kezdeményezések előnyeit két főszereplő élvezi: egyfelől a “leghagyományosabb” terület, a fekvőbetegellátás, másfelől pedig az alternatív egészségügy - legyen szó akár a természetgyógyászat valamely ágáról, akár az orvosi területekről kivezető életvezetési, táplálkozási és pszichológiai tanácsadásról, vagy a mind divatosabb plasztikai sebészetről. Az egészségügyi intézmények és egyesületek - amelyek együttesen az alapítói kör 17 százalékát adják- a “civil” alapítóknál egyértelműbben teszik le voksukat a kórházak mellé: mondhatnánk, gyakorlatilag éppen erre a célra, a fekvőbetegellátás egy vagy más, ma megoldatlannak látszó problémája orvoslására születtek. Ami talán váratlanabb, az az, hogy az alapítók harmadik nagy körét megjelenítő helyi önkormányzatok, állami intézmények (iskolák, óvodák) által támogatott tevékenységi formák listáját is a kórházak vezetik (míg e kör az alapítók 14 százalékát képviseli, az általuk alapított szervezetek 35 százaléka erősen kötődik a fekvőbetegellátáshoz), s csak a prioritási lista második helyét foglalják el a különböző közegészségügyi, egészségnevelési szolgáltatószervezetek. Mindez azt jelzi, hogy az alapítók között többé-kevésbé teljes az összhang: ha valami “igazit” akarnak -legyen az akár a kisgyermek általános egészségvédelme, akár a legbonyolultabb high-tech orvosi beavatkozást igénylő gyógyítási terület fejlesztése-, a kiindulópontot a stabil pozícióját és szakmai színvonalát a leginkább őrző fekvőbetegellátásban kell keresniük. A kórházi “fedezet” nélküli vállalkozásokra ingatag sors vár - s ezt legfeljebb a szolgáltatásaik iránt érdeklődő vevőkör jó fizetőképessége ellensúlyozhatja (ld. plasztikai sebészet, természetgyógyászat). Ha pedig e konklúzió felől gondolunk vissza a fentebb bemutatott területi koncentrációra, akkor már világosabb a magyarázat: az egészségügyi alapítványok döntő többsége -konkrét tevékenységi területétől és az általa megcélzott kliens-kör mibenlététől függetlenül- ott érzi magát biztonságban, ott tudhat maga mögött

kellő szakmai támogatást és háttérrel, ahol kórházakhoz kapcsolódhat - a kórházak márpedig par excellence városi intézmények. Ezzel ugyanakkor azt is mondtuk, hogy egyelőre -sőt, a belátható jövőben- az egészségügyi alapítványok területi kiegyensúlyozó szerepére nem számíthatunk, azok nem a “nagy” hagyományos ellátóformák ellenében, hanem azok védőszárnyai alatt gyarapodnak. Az itt leírtaknak van azonban egy további következménye is: a kórházak gyors funkció-szaporodása. Miközben a köztudatban és a ma oly sok vitát kiváltó ágyleépítési program érvrendszerében a kórház egyértelműen mint a fekvéshez kötött betegségek gyógyítóintézménye szerepel, az alapítványi szemüvegen keresztül a kórházi szféra egy eleddig kevésbé ismert szerepkörét pillanthatjuk meg: a fekvőbetegintézmények mintegy “ernyői” lettek számos kísérletezésnek, új eljárások, formák kipróbálásának. Képszerűen kissé emlékeztet ez a helyzet az egykori nagy szocialista gyárak “el-kft-sedésére”: az egyik osztályon alapítványi pénzből finanszírozott drogambulancia, a másikon kísérleti labor, a harmadikon egy új műszer, amire már nem lehet ráütni a kórház leltári számát, a negyediken egy kiírás, amely jelzi, hogy a kórház alkalmazásában álló X.Y. doktor “állami” belgyógyászati rendelése után természetgyógyászati szaktanácsadást tart, stb. Ma, amikor a kórházak “profil-tisztításával” szemben olyan nagy az ellenállás, az utóbbi évtized itt jelzett fejleményeit érdemes talán számításba venni: egy-egy osztály leépítésével nemcsak harminc vagy ötven kórházi ágy, hanem talán új és hasznos, másutt ma még ki nem váltható tevékenységek sora esik, eshet áldozatul.

Azt, hogy az egészségügyi alapítványok ma még csak részlegesen váltak le az állami ellátó-intézményekről, további oldalról jelzi, hogy -tényleges tevékenységeik tartalmától és “végső fogyasztójától” függetlenül- közülük minden második a “hagyományos” egészségügy valamely szervezetét, illetve meghatározott programokat

jelölt meg munkássága kedvezményezettjeként. A kizárólag személyes szolgáltatásokat nyújtó (azaz, közvetlenül prevencióval vagy gyógyítómunkával foglalkozó) alapítványok aránya a felvételben 39 százaléknak mutatkozott, s a megkeresett szervezetek további 12 százaléka úgy nyilatkozott, hogy profiljába mind intézmények, mind “magánemberek” kiszolgálása beletartozik.

A közelebbi tevékenységeket tekintve, pontosabb tartalommal telítődnek ezek az önbesorolások. Fő tevékenységének ugyanis az alapítványok kétötöde a hagyományos intézményekben folyó gyógyítómunka javítását, bizonyos speciális betegség-csoportok (rák, szív-, érrendszeri megbetegedések) célzott gyógyítását, illetve a kuratív feladatok jobb megoldásához közvetlenül kapcsolódó kutatások és műszerbeszerzések anyagi támogatását tekinti. Más megfogalmazásban ez annyit jelent, hogy az egészségügyi alapítványok legnagyobb körét nem valamiféle újító szándék, hanem az egészségügy állami alulfinanszírozásáról és rossz infrastrukturális ellátottságáról az évek során szerzett tapasztalat hívta életre: ahhoz, hogy a legklasszikusabb orvosi feladatot, a betegek megfelelő színvonalú gyógyítását biztosítani lehessen, immár végérvényesen le kell számolni az illúzióval, hogy “egyszer majd” bőkezűbben csorognak a központi pénzek. Ha az orvosok és a gyógyítóintézmények ellen kívánnak állni a máshogy elkerülhetetlen színvonalcsökkenésnek, akkor “valamit” ki kell találniuk. S ez a “valami” az az új alapítványi szolgáltatási forma, amely a hagyományos intézményeket (mindenekelőtt a kórházakat) nem “búvóhelynek” vagy “inkubátornak” tekinti, hanem működésének értelmét éppen e hagyományos formák és klasszikus orvosi tevékenységek megerősítésében látja.

Gyakorisági súlya szerint e csoport után következik az alapítványoknak az a köre, amelynek életre hívását mindenekelőtt a hagyományos struktúrából való kitörés szándéka

vezérelte. A csoportba tartozó szervezetek ma is azt tekintik legfőbb céljuknak, hogy a “klasszikus” egészségügy által elhanyagolt területeken biztosítsanak orvosi, egészségügyi szolgáltatásokat. E területek közös sajátossága, hogy a gyógyítómunka elválaszthatatlan a kliensek szociális körülményeinek figyelembevételétől, ez utóbbi aspektusoknak a szűken medikálisakkal egyenrangú kezelésétől. Hiszen sem a betegségmegelőzés, sem a szenvedélybetegek, a mozgásszervi panaszokkal küszködők vagy a fogyatékosok ellátása nem biztosítható az organikus medicina határainak szemléleti és gyakorlati átlépése nélkül, s még kevésbé gondolkodhatnak szűken medikális fogalmakban a gyermekek egészségvédelmére és megfelelő életmódjuk előmozdítására szerveződött intézmények működtetői. E sajátosságok miatt az e csoportba tartozó alapítványokat -amelyek az egészségügyi alapítványoknak valamivel több mint egynegyedét teszik ki- “szociális-egészségügyi” alapítványokként határoltam el az első csoportba sorolt “hagyományos gyógyító”, illetve az előfordulás arányában utánuk következő “orvosi önérdékű” alapítványoktól.

A harmadik csoportba tartozó “orvosi önérdékű” szervezetek célja magának a színvonalórzó orvoslásnak a védelme: arra jöttek létre, hogy az orvosok továbbképzését, megfelelő külföldi tapasztalatcseréjüket, illetve, a gyógyítómunkához közvetlenül nem kapcsolódó, a hazai orvostudomány színvonalfejlesztése szempontjából azonban mégiscsak szükséges egészségügyi kutatásokat támogassák. Ezeket az alapítványokat - amelyek az összes egészségügyinek 18 százalékát reprezentálják- szintén a hagyományos egészségügy rövid távon aligha változtatható díszfunkcióinak (mindenekelőtt működése súlyos hiányjelenségeinek és tűzoltásszerű pénzköltési eljárásai végtelen ismétlődésének) felismerése hívta életre. Szemben azonban a “szociális-egészségügyi” csoportba tartozó szervezetek kifelé-fordulásával és kliens-centrizmusával,

az “orvosi önérdékű” alapítványok a szakma zárt önvédelmi szervezetei, érdeklődésük és tevékenységük középpontjában maga az orvostársadalom áll.

E három, jól elkülönülő típus mellett a szervezetek mintegy 17 százalékát testesítik meg a “vegyes” profilú alapítványok. Ezek az alapítványok tevékenységüket - tudatosan diverzifikálják - a fenti szükségletek közül egyszerre többre is megpróbálnak válaszolni. Két alcsoportjuk közül az első (amelyet a rövideg kedvéért a későbbiekben “a hagyományost tágító”-nak fogok nevezni) igen közel áll a “hagyományos gyógyító” alapítványok csoportjához, de amannál nagyobb súlyt fektet arra, hogy eddig elhanyagoltabb betegségek gyógyítását és prevenciós szolgáltatásokat is “beemeljen” a klasszikus medicinába s elfogadtasson a hagyományos intézmények falai között. A többpillérű alapítványok második alcsoportja -a “kutató-szociális” alapítványok- ugyanakkor a klasszikus medicinában perifériára szorult betegségek ellátásának és a betegségmegelőzésnek a rangját, súlyát egy másik út követésével igyekszik emelni. E perifériális területek jobb ellátását inkább a tudomány eredményei révén próbálja meg igazolni, s e cél érdekében a kutatási források elosztása során kész akár az éles versenyt is vállalni az orvostudomány “klasszikus” területeinek képviselőivel.

Kérdés most már, hogy részletesebben szemügyre véve felépítésüket, támogatóik, illetve kedvezményezettjeik körét, gazdálkodásukat, a szakmai törekvések különbségein túl, vajon szociológiai értelemben is különböző típusokat jelenít-e meg az egészségügyi alapítványok fentebb jelzett öt csoportja. E kérdésre igyekeznek választ keresni a következő fejezetek.

Az egészségügyi alapítványok támogatói és támogatottjai

Az egészségügyi alapítványok mára széles körű elfogadottságát jelzi, hogy többségük létrejöttétől fogva a társadalom és a gazdaság legkülönbözőbb szereplőinek rendszeres támogatását élvezzi, miközben maga is kiterjedt kör számára oszt pénzalapokat, illetve nyújt szolgáltatásokat. A közvélekedés úgy tartja, hogy alapítványokat igen gyakran egyetlen, időben és funkcióban behatárolt cél elérésére hoznak létre, majd az adott cél teljesültével a szervezet -ha formálisan meg nem is szűnik, de- hosszú éveken át "felfüggeszti" működését. Az ilyen "alvó" alapítványok arányáról nem állnak rendelkezésre az összehasonlítást lehetővé tevő országos statisztikák, mégis, az egészségügyi alapítványok közötti 9 százalékos képviseletük meglepően alacsonynak tűnik. E számarány ugyanis azt jelzi, hogy a szervezetek több mint kilenctizede jól előkészített módon jött létre, és olyan feladatokat tölt be, amelyekre az új működési forma életképes és szemlátomást életerős megoldást kínál. (Ebben az összefüggésben érdemes megemlíteni, hogy az "életképesség" szempontjából a más vonatkozásokban oly fontos tanulási, kapcsolatépítési és gyakorlatszerzési idő mellékes tényezőnek bizonyul: az "alvók" részaránya a régebbi és az újabb alapítású alapítványok között ugyanis tizedszázalékra megegyezik. Lényeges különbségek mutatkoznak ugyanakkor a szervezetek tevékenységének profilja szempontjából. Úgy tűnik, a folyamatos működtetés az "orvosi-önérdekű" alapítványok közel ötöde, illetve a hagyományos gyógyítást új, kísérleti ágakkal bővítő szervezetek 14 százaléka számára igen nagy nehézségbe ütközik. E két alapítványi "stratégia" a legkockázatosabb: mint látjuk majd, vagy "bejön" az új szervezeti forma vagy sem - ha igen, akkor anyagilag is, az intézményesedés szemszögéből nézve is a szféra legjelentősebb újtípusú vállalkozásai születnek; ha nem, akkor az egyszeri, alapításkori "stafíring" felélése után több éves várakozás következik.

Úgy látszik, a fokozatos felfuttatásra épített középutas működtetésnek e területeken van tehát a legkevesebb lehetősége. A hagyományosabb gyógyító, illetve klasszikus szociális-egészségügyi feladatokra vállalkozó alapítványok azonban szemlátomást folyamatosan “jelen vannak”, kapnak is, adnak is. S közöttük az “alvók” 3-6 százalékos aránya nem jelent többet, mint annyit, hogy valami -átmenetileg- esetleg nem sikerült, nem elég dinamikus a vezetés, időleges zavarok támadtak a bejáratottnak vélt csatornák szokásszerű használatában, stb.)

Annak ellenére, hogy többségükben igen fiatal, mindössze két-három éves múlttal rendelkező intézmények, az egészségügyi alapítványok a rendszeres működésüket biztosító kapcsolatok változatos és meglepően sűrűre szőtt hálójával rendelkeznek. Persze maguk az alapul szolgáló ismeretségek többnyire valószínűleg régebbi keletűek: egy-egy orvos-csoport, kórházi osztály vagy rendelő -akárcsak az egykor “nem-termelőnek” nevezett szféra többi intézménye- már a hetvenes évektől fogva építgette kapcsolatait a környező üzemekkel, tsz-ekkel, kapott kisebb-nagyobb segítséget az egykori tanácstól, s mozgósíthatta a helybéli lakosokat egy-egy feladat “társadalmi munkában” való ellátására. Ezek a régi kapcsolatok a kölcsönösség évtizedes gyakorlatait szülték: munkát, adományt, lobbizást az egyik oldalon, “külön” kiszállással végzett szűrővizsgálatokat, terhestanácsadást, extra gyermekorvosi felügyeletet a másikon². Az idők során e szívességi relációk mindinkább szerződésben szabályozott rendszeres tranzakciókká váltak (ezeket rögzítették a nyolcvanas évek megszorított “együtműködési nyilatkozatai”), s innen már csak egy lépés -az alapítvánnyá alakulás lépése- kellett ahhoz, hogy az informalitásból, fél-informalitásból kilépve, elkülönült partnerek teljesen formalizált és kiszámítható pályákra terelt megállapodásai jöjjenek létre. S ha ezt a több

² A kiterjedt kölcsönösségi kapcsolatok jelentőségéről és az egészségügyben betöltött “modernizációs szerepéről” bővebben írtam *Az egészségügy betegségei* című könyvemben (KJK, Budapest, 1986.)

évtizedes előzménysort számításba vesszük, akkor már kevésbé kell csodálkoznunk azon, hogy rövid szervezeti múltjuk ellenére, az egészségügyi alapítványok kapcsolatrendszere komoly mértékű társadalmi beágyazottságról tanúskodik. E beágyazottságot jelzi, hogy bár távolról sem azonos intenzitással, de támogatóik között ott vannak a lakosok éppúgy, mint a magánvállalkozók, a bankok, a biztosítók, a legkülönbözőbb alapítványok és egyesületek vagy a helyi és a központi állam intézményei és szervezetei³. Egyszerre nyitottságuk és rászorultságuk fokmérője, hogy az alapítványok több mint fele (56 százalék) a szereplők csoportjai közül legalább kettőnek a támogatását élvezte 1996-ban: e tekintetben a legmozgékonyabbaknak a szociális orientációjú szervezetek bizonyultak, amelyeknek közel 60 százaléka az összegében sem elhanyagolható mértékű (átlagosan 558 000 Ft értékű) lakossági támogatás mellé kiterjedt körben szerzett további forrásokat a nagy pénzosztó ernyő-alapítványoktól, illetve az államigazgatás különböző szereplőitől. A támogatást nyújtók egyes csoportjaival fennálló kapcsolatok gyakoriságának különbségei izmosodó non-profit jellegről tanúskodnak: az egészségügyi alapítványok legtöbb kapcsolata a civil szférából -magánemberek, illetve különböző piaci aktorok-köreiből származik. Ismét az 1996-os évet tekintve, 61 százalékuk élvezte a lakosság, és 54 százalékuk magánvállalkozások, bankok támogatását. E két leggyakoribb kapcsolat-típus mögött messze elmarad ugyan minden más, de a rangsor további alakulása is a központi állami elosztástól való fokozatos függetlenedés markáns törekvését jelzi: míg az alapítványok 19-19 százaléka kapott támogatást más non-profit szervezetektől, illetve helyi önkormányzatoktól, addig a különböző centralizált forrásokból (minisztérium, OEP, országos intézmények) csak 9 százalékuk. Persze, a kapcsolatok jellege és sűrűsége ismét

³ 1996-ban 60 százalékuk élvezte magánszemélyek, 35 százalékuk valamely állami-önkormányzati intézmény (megjegyzendő, hogy csak 11 százalékuk az Országos Egészségügyi Pénztár), 52 százalékuk magánvállalkozások, bankok és 21 százalékuk más hazai vagy külföldi non-profit szervezetek támogatását.

csak függ az alapítványok tevékenységi profiljától. A lakosság támogatására az átlagost meghaladó mértékben mindenképp a szociális alapítványok számíthatnak, s relatíve ritka, hogy tevékenységüket e forrásból bővíthetnék az "orvosi önérdékű" szervezetek (1996-ban lakossági hozzájárulást csak 42 százalékuk élvezhetett, s az összegek is szerények voltak - éves átlagos szinten mindössze 62 000 Ft-ot tettek ki). Hasonlóan "szociális" orientációjú az állami elosztás is: ha és amikor a helyi, illetve központi állam szereplői egészségügyi alapítványokat támogatnak, akkor ezt elsősorban a megelőzés erősítése, illetve a "hagyományos" egészségügy által elhanyagolt egészségügyi-szociális feladatok jobb ellátása érdekében teszik. Ugyanakkor gyökeresen más a helyzet a piac szereplőivel: eredmény-orientáltabb beállítódásukat jelzi, hogy támogatásukat elsődlegesen a kutatási célokat kitűző szervezetek szerezhetik meg (az általuk nyújtott támogatások mindenképp az "orvosi önérdékű" alapítványokat segítik, amelyek a vállalkozóktól, bankoktól, biztosítóktól átlagosan 1 763 000 forintot kaptak 1996-ban), de gyakran -bár az előzőnél szerényebb mértékben- finanszíroznak a hagyományos gyógyítás hatékonyságának növelését célzó programokat is. Végül, a medicina területén kívül eső szférákban tevékenykedő egyesületek és ernyő-alapítványok leggyakoribb kedvezményezettje -a szociális-egészségügyi feladatokat ellátó szervezetek mellett- a hagyományos gyógyítás, míg a külföldi "donoroké" -a piaci szereplőkhöz hasonlóan- a kutatás, kísérletezés. Azt mondhatjuk tehát, hogy a támogatást nyújtó aktorok szemszögéből nézve, az egészségügyi alapítványok által ellátandó -és ezért finanszírozásra érdemesíthető- feladatoknak két markánsan elkülönülő köre rajzolódik ki: az egyik a "hagyományos" egészségügy krónikus zavarainak mérséklése, hiányjelenségeinek csökkentése, a benne elhanyagolt területek felzárkóztatása - s e célok mindenképp az állam és a lakosság, illetve intézményeik szemében élveznek prioritást;

a másik a hazai egészségügy “modernizációs leszakadásának” meggátolása - ami pedig elsősorban a külföld, illetve az új hazai modernizációs aktorok, a tőkeerős vállalkozók és bankok szemében legitim cél.

Ami mármost a támogatások formáját illeti, adataink azt jelzik, hogy az egészségügyi alapítványok folyamatos működtetése legfőként különböző pénzbeni adományok megszerzésére épül (az alapítás óta 85 százalékuk részesült valamiféle pénzbeni támogatásban), bár az anyagiakhoz az esetek nagyobbik részében (a szervezetek 56 százalékánál) különféle természetbeni javak, szolgáltatások vagy/és lakossági önkéntes munka igénybevétele is társul. Érthető módon, a régebbi szervezetek ifjabb társaiknál ügyesebbek a többcsatornás támogatás biztosításában: a bejáratott, kipróbált kapcsolatokon keresztül mintegy 66 százalékuk szerez a pénz mellé kiegészítő természetbeni és munka-adományokat, míg a legfiatalabb, az utóbbi két évben született alapítványok között a megfelelő arány 55 százalék. Persze az, hogy egy alapítvány tud-e hasznosítani a pénzen kívül másfajta támogatásokat is, részben működési profiljától függ: önkéntesek segítségével nyilvánvalóan hatékonyabban alkalmazható a tanácsadásban vagy akár mozgássérült gyermekek tornáztatásában, mint az orvosi kutatómunkában vagy a laborműszerek adatainak kiértékelésénél. S hasonló a helyzet a természetbeni szolgáltatások vagy javak felhasználásával is. E profilfüggő sajátosságok is magyarázzák tehát, amiért a csak pénz-támogatást élvező alapítványok aránya a legklasszikusabb orvosi célokat szolgáló három alapítvány-típusban a legmagasabb (88-100 %), míg az önkéntes munkának akár még pénz nélkül való kamatoztatásában a két szociális alapítvány-típus bizonyult a legügyesebbnek (az alapítás óta kizárólag önkéntes munka-adományban részesült szervezetek aránya közöttük -az átlagos 2 százalékkal szemben- 5 százalék).

A “donorok” felől nézve, az általuk nyújtott támogatások fő formája pénzügyi: legyen szó akár magánszemélyekről, akár különböző intézményekről vagy vállalkozásokról, az “adományozási esemény” az esetek 71-100 százalékában kisebb vagy nagyobb pénzösszegnek a kedvezményezett alapítvány számlájára való átutalása volt. E tekintetben az egyetlen kivételt a külföldi szervezetek jelentették, amelyek az általuk támogatottak közel felének -legalább részben- természetben nyújtották a segítséget. Ezt tették mindenekelőtt fő kedvezményezettjeik, az “orvosi önérdékű” alapítványok esetében, amelyek igen gyakran e külföldi adományok révén jutottak “hétköznapi” hazai forrásaikból beszerezhetetlen nagy értékű kutatási műszerekhez, speciális labor technikákhoz, licencekhez, drága kísérleti anyagokhoz.

A juttatott támogatások forintértéke persze igen változó: a nagyságrend néhány ezer és több száz-millió forint között mozog. Mint a 2. táblából látható, 1996-ban összességében a támogatók átlagosan mintegy 4,5 millió Ft-ot juttattak az egészségügyi alapítványoknak, de ez az átlag igen nagy szóródást takar: összegének közel kétszeresét (8,2 millió Ft-os adományértéket) élvezhettek az “orvosi önérdékű” alapítványok, s közel tizedét (átlagosan 550 ezer Ft-ot) azok a szervezetek, amelyek a legkevésbé kitaposottnak bizonyuló úton, a medicina bizonyos új területeinek a hagyományosak mellé integrálása felé indultak el. A “donorok” igencsak eltérő prioritásai az összegek tekintetében jóval nyilvánvalóbbak, mint a kapcsolatok gyakoriságát illetően. A lakosság kiugróan sokat áldoz -mint láttuk- a szociális-egészségügyi feladatok megoldására, s alig azokra a rövid távon kevésbé látványos és belterjesebb célokra, amelyeket az “orvosi önérdékű” alapítványok tűznek zászlajukra. Az állami aktorok mindenekelőtt a hagyományos gyógyászat hatékonyságjavítását ösztökélik - ha költségvetési forrásokból több nem is telik, de legalább a berkeikben létrehozott alapítványok számára megítélt pályázati

összegek, egyszeri támogatások útján igyekeznek mérsékelni az állami kórházak, rendelők további túlhasználódását és színvonaluk zuhanását. A piaci szereplők “eredmény-orientáltságáról” és modernizációs beállítódásáról fentebb volt már szó: ennek jegyében adják igencsak jelentős, több-milliós támogatásaikat a kutató-kísérletező “orvosi önérdékű” alapítványoknak, s -ha valamivel szerényebben is, de- finanszírozzák ugyancsak figyelemreméltó módon a “nagy” egészségügyi intézmények kebelében létrejött szervezeteket, mindenekelőtt azok műszerbeszerzéseit. A “donorok” negyedik csoportját megtestesítő hazai, illetve külföldi non-profit szervezetek messze kiugró mértékben (átlagosan 6 millió Ft-ot meghaladó összegben) fordítanak az “orvosi önérdékű” alapítványokra, de kedvezményezettjeik között előkelő helyet foglalnak el a szociális-egészségügyi feladatokra vállalkozók is (az e csatornán keresztül elnyert átlagosan 2,8 milliós támogatás ez utóbbi szervezetek 1996-os támogatási bevételeinek csaknem kétharmadát tette ki).

2.tábla A különböző profilú egészségügyi alapítványok által 1996-ban elnyert támogatások átlagos értéke (ezer Ft-ban)

A támogató	A támogatott alapítvány típusa					Átlagosan
	“orvosi önérdékű”	“hagyom. gyógyító”	“szociális-egészs.”	“szociális-kutató”	“hagyom. támító”	
lakosság	62	114	558	115	231	219
állami szereplő	45	1 902	529	863	87	1 526
piaci szereplő	1 763	1 378	561	449	132	1 089
hazai/külf nonprofit	6 314	220	2 810	328	104	1 678
Együtt	8 184	3 614	4 458	1 755	554	4 512

Az egészségügyi alapítványok társadalmi elfogadottságát és meglepően gyors intézményesülését nemcsak az őket támogatók, hanem az általuk támogatottak köreinek sokszínűsége és kiterjedtsége is jelzi. Egyetlen évet, az 1996-osat véve alapul, 60 százalékuk nyújtott természetbeni vagy pénzbeni támogatást, illetve valamilyen szolgáltatást más szervezetek, valamint magánszemélyek számára⁴. A kedvezményezettek ranglistáját a lakosság vezeti (magánszemélyek az egészségügyi alapítványok 38 százalékának támogatását élvezhették 1996-ban), majd a sort az állam intézményei folytatják (a megfelelő arány 28 százalék), amelyeket más non-profit szervezetek követnek (az egészségügyi alapítványok 14 százaléka támogat ilyeneket vagy szolgáltat a számukra). Elenyésző ugyanakkor a magánpiaci szereplőknek adományt és szolgáltatást nyújtó alapítványok aránya: mindössze 2 százalék. Adományozási-szolgáltatási irányultságukban az egészségügyi alapítványok sokkal “profilírozottabbak”, mint a támogatásszerzés kapcsolatrendszerében: a többféle aktornak nyújtott támogatás igen ritka - az ilyen alapítványok (amelyek egyébként a szféra legtőkeerősebb nagy szervezetei) mindössze 5 százalékot képviselnek. A szolgáltatás-adományozás orientációjában -némiképp ellentétben azzal, amit várnánk- a különböző célok jegyében életre hívott alapítvány-csoportok nagyfokú egyöntetűséget mutatnak: kedvezményezettjeik 30-48 százalékban magánszemélyek, illetve -részben az előbbivel való átfedésben- 30-42 százalékban állami intézmények (az egyetlen kivételt a hagyományos gyógyítás hatékonyságjavítását szolgáló alapítványok csoportja jelenti, ahol az “önfogyasztó”, azaz kizárólag a befogadó anyaintézményre koncentráló alapítványok kiugróan magas, 50 százalékos aránya miatt a lakosságnak és/vagy más

⁴ A “befelé forduló”, azaz sem támogatást, sem mások által igénybevehető szolgáltatást nem biztosító alapítványok döntő hányada -73 százaléka- az igen szerény pénzeszközök (maximum 500 ezer Ft éves bevétel) felett diszponálók közül kerül ki: forrásaik szemlátomást legfeljebb az önfenntartásra elegendőek, “külső” szereplők akár csekély mértékű ellátására ebből már nem futja.

állami intézménynek szolgáltatók aránya együttesen is csak a 47 százalékot éri el - de a prioritási rangsor itt is a többivel megegyező.) Az, hogy az egészségügyi alapítványok “outputjában” ilyen elsöprő a lakosságnak, illetve más állami intézményeknek nyújtott adományok, szolgáltatások részaránya, érzékletesen jelzi az új szervezetek alapvető közös funkcióját: bármilyen különböző is a filozófiájuk, bármilyen különböző konkrét feladatok megvalósítására jöttek is létre, abban megegyeznek, hogy elsődleges dolguk ma a “hagyományos” egészségügy vészes színvonalromlásának fékezése, a lakosság jobb egészségügyi ellátásának előmozdítása. Persze, e célok érdekében ki többet, ki kevesebbet képes mozgósítani: a “kifelé” juttatás mindenekelőtt anyagi kérdés. Ezért van, hogy -tevékenységi körüktől függetlenül- a 200 ezer forint alatti éves bevétellel rendelkezők között 54 százalék az “önfogyasztók” -azaz “kifelé” semmit sem juttatók- aránya, míg ugyanez a “gazdag”, évi 1 millió Ft feletti bevételű alapítványok között 24 százalék.

Döntési mechanizmusok

Mint az eddigiekben láttuk, az alapítványok megjelenése az egészségügyben -más területekhez hasonlóan- egy sor, korábban az informalitásba szorult kapcsolat “felszín fölé” kerülését és szabályozottabb pályákra terelését eredményezte. Ez önmagában is fontos fejlemény, amely mindenképpen magával hozza a magyar társadalom szervezeti viszonyaira az elmúlt évtizedekben oly jellemző -az egészségügyben pedig különösen markáns- patriarchális alá-fölérendeltségek jelentőségének mérséklődését. Noha e hierarchikus kapcsolatok távolról sem tűnnek el, de terük és kizárólagosságuk mindenképpen szűkül azzal, hogy mellettük megjelennek és intézményes formát nyernek új elveken és körülírt megállapodásokon nyugvó, a felek egyenrangú pozícióira épülő

szerződéses kapcsolatok. Ezzel pedig elveszti kizárólagosságát a szívességeknek, kiszolgálásoknak és kiszolgáltatottságoknak a szóbeliségen és az érintettek akart, vállalt vagy kényszerűen létrejött közös értelmezésén alapuló eljárásrendje, s ha helyette még nem is, de mellé beékelődik az új rutin: szabályozható és ellenőrizhető, írásban rögzíthető és pereskedés esetén jogi úton érvényesíthető egyezségek egyre bővülő rendszere. Mindez felbecsülhetetlen hatással van a szakmai ellátás funkcióinak, a benne működő aktorok szerepeinek tisztulására és elkülönülésére, amely utóbbi viszont jótékony módon csökkenti az egészségügyi rendszer belső feszültségeit és segíti rendeltetésszerűbb működését. Ebben az értelemben az egészségügyi alapítványok létrejötte nemcsak eddig ellátatlan feladatok ellátását, kielégítetlen szükségletek kielégítését jelenti, hanem fontos fejlemény a medicina egész szervezetrendszerének modernizálódása és intézményszerűbb működése irányában is.

Noha az új alapítványok a szervezetek *közötti* viszonyok intézményesítése révén vitathatatlanul az egészségügyi rendszer korszerűsítésének előmozdítói, kérdésként vetődik fel, hogy az "intézményszerűség" mennyire hatja át *belső* működésrendjüket és a szolgáltatásaikat igénylőkkel fenntartott kapcsolataikat is. Mennyire alakítottak ki a maguk számára a hagyományostól eltérő vezetési eljárásokat és napi rutinokat, mennyire vetik alá magukat a nyilvánosság ellenőrzésének (avagy teremtenek az orvoslás misztériumát csak fokozó védőburkot maguk köré), létük és szolgáltatásaik mennyire hozzáférhetőek a kívülálló laikusok számára, s vajon milyen elveken nyugszik és mennyire szabályozott támogatási, juttatási politikájuk?

E kérdések kimerítő megválaszolásához persze csak helyszíni megfigyelések, interjúk és az alapítványok döntéseiről készült jegyzőkönyvek tekintélyes halmazának megfelelő összegyűjtése és elemzése nyomán juthatunk el. A kérdőíves felvétel adataiból

legfeljebb az előzetes válaszok elnagyolt körvonalai rajzolódnak ki. A legfőbb konklúziót azonban érdemes talán még a részletekbe menő analízis előtt kimondani: noha lényeges lépések történtek az előbbieken vázolt intézményesülés és eljárási rutinok kialakításának irányába, az alapítványokat igencsak sok erő tartja még a “régi” egészségügyből átvett tradíciók vágányain.

Ezt látszik alátámasztani mindenekelőtt az átlátható szabályok feltűnő hiánya. Mint arról volt már szó, a szervezetek mintegy 60 százaléka nyújt valamiféle támogatást vagy szolgáltatást “külső” szereplőnek. Közelebbről szemügyre véve, kiderül azonban, hogy közülük 6-8 százalék ezt létrejötté óta legfeljebb egyszer-egyszer tette meg, tipikus működési gyakorlatuk alapján ezért inkább az “önfogyasztók” közé kellene sorolnunk őket. Így tehát az alapítványoknak alig a fele az, amelynél “értelmes” feltennünk a kérdést: ha és amikor támogatásait nyújtja, akkor azt milyen elvek és elosztási mechanizmusok szerint teszi. A kérdésre pedig az adatokból kirajzolódó válasz az, hogy e mechanizmusokat változatlanul a személyesség uralja: a több-kevesebb rendszerességgel támogatást nyújtó alapítványok fele mindenféle formalitást nélkülöző módon, a hozzájuk fordulókkal fennálló régebbi ismeretségi viszonyok és remélhető viszonyosságok alapján ítéli meg, hogy az adott kérést elfogadja vagy elutasítja-e. A pályáztatás igen ritka: a felkeresett 300 alapítvány közül csak minden hetediknek a történetében esett meg, hogy valamely cél-támogatásra vagy általa finanszírozandó programra ilyet meghirdetett volna. Az örökölt hagyományok, a bürokratikus hivatali minták, valamint a “szolgáltatói” helyett a “szívességi” szemlélet továbbélését jelzi a kérvények, folyamodványok, igazolások távolról sem ritka (az alapítványok 9 százalékát jellemző) megkövetelése is. Továbbá, a tradicionalitás markáns nyomait fedezhetjük fel az elbírálás rendjében is. Mindössze az alapítványok 27 százaléka állít fel döntéseinek meghozatalára mérlegelési

szempontrendszer; további tíz százalékuk csak a formális megfelelés kritériumait vizsgálja, s ugyancsak tíz százalékos azok aránya, akik nyíltan vállalják: noha több-kevesebb rendszerességgel ítélnék oda támogatásokat, de ezt mindig ad hoc módon, személyes meggyőzetésük nyomán teszik. Meglepő -és ismét csak a begyakorlott rutinok és régi szokások erejére, valamint általános érvényére utal-, hogy profiljuk szerint eljárásrendjükben nemigen különböznek az alapítványok: legyen szó akár a lakosságot “megcélzó” szociális-egészségügyi programokról vagy az intézményi feltételeket javítani kívánókról, a “kívülállók” hozzáférését lehetővé tevő kidolgozott megkeresési és döntési mechanizmusok hiánya általános⁵. A képet igazában legfeljebb a tőkeerő árnyalja: minél gazdagabb, minél nagyobb egy alapítvány, annál inkább számíthatunk arra, hogy támogatásainak elosztására valamilyen ellenőrizhető meghirdetési, illetve elosztási rendszert dolgoz ki. Míg a kis (évi 200 ezer forintot meg nem haladó bevétellel rendelkező) alapítványok közül mindössze 4 százalék írt valaha is ki pályázatot, a nagy (legalább évi 1 millió forinttal gazdálkodó) szervezeteknek 29 százaléka. S bár ez lényeges különbség, csak relatíve az, ami mellett mindenképpen a belső viszonyok intézményesülésének viszonylag alacsony fokát jelzi, hogy még ez utóbbi nagy szervezetek is az esetek egyötödében támogatásaik odaítélését a személyes megkeresések során szerzett benyomásokra és az ismeretségek bizalmi relációira építik (a megfelelő arány a kis szervezetek között 30 százalék).

A hagyományok -a személyességgel járó kölcsönös szívességek remélt és “beszámított” rendszere, az új szervezet létét szavatoló jóindulat- mindent “felülíró”

⁵ Az “intézményszerűség” irányában nagyobb lépéseket csak az “orvosi önérdékű” alapítványok tettek: közöttük a pályázatok aránya éppen kétszerese az átlagosnak -28 százalék-, és valamivel ritkább -a szervezetek 19 százalékát jellemzi-, hogy a támogatás odaítélése merőben csak a személyes ismeretségnek volna köszönhető. E formalizáltabb működésmód további indikátora, hogy ebben a körben az átlagot jócskán meghaladó -40 százalékos- előfordulással találkozunk azzal, hogy a támogatás odaítéléséről az alapítvány kuratóriuma kidolgozott szempontrendszer érvényesítése nyomán dönt.

erőnek látszanak tehát - igazi áttörést az új szervezeti forma jogi függetlensége, az elosztandó források nagysága, a megoldandó feladatok konkrét tartalma és jellege a belső működésmód tekintetében mindezidáig nem hozott.

A személyesség "bensőségessége" mindenképp biztonságot jelent. És bár lehet, hogy igencsak szűk azoknak a köre, akik a létrehozott alapítvány létéről egyáltalán tudnak -így pedig eltűnése, csődje is észrevétlen marad-, mégis, e "kipárnázott" kapcsolatokon nyugvó biztonság lényegesen nagyobb és kézzelfoghatóbbnak tűnik, mint amelyet a személytelen, ám összehasonlíthatatlanul szélesebb rádiuszú sajtónyilvánosság jelenthet. Az alapítványok döntő többsége egyáltalában nem törekszik arra, hogy magáról a különböző helyi és/vagy országos sajtó-orgánumok útján hírt adjon, és ezzel is tényként fogadtassa el létét. Úgy tűnik, önképük szerint többségük egyelőre nem elég erős, nem elég stabil, nem elég bejáratott ahhoz, hogy megalakulását és szolgáltatásait "igazi" vállalkozóként hirdesse. Fő céljukat sokkal szerényebb keretekre szabják és abban látják, hogy maguknak és ismerőseik szűkebb-tágabb körének biztosítsanak a korábbi informalitásnál kiszámíthatóbb, autonómabb és jogilag szavatoltabb kereteket. Nem a terjeszkedés nagy programjával, hanem az önvédelem szándékával születtek: mint alább majd látjuk még, ezt jelzik felszereltségi és munkaerőellátottsági mutatóik is. Ezzel az önvédelmi programmal pedig az áll összhangban, hogy közülük még a legnagyobbaknak is kevesebb mint harmada ad hírt magáról a nyilvánosságban; akik tudnak róluk, akik igénylik tevékenységüket, azok létezésükről az esetek több mint 60 százalékában személyes csatornákon keresztül értesülnek (az alapítványok 11 százaléka pedig kifejezetten elzárkózik attól, hogy "belsőként" definiált körein kívül másokkal is kapcsolatra lépjen).

A személyesség mindent átító viszonylatai mellett kevésbé meglepő, hogy az egészségügyi alapítványok támogatási tevékenységéről a legritkább esetekben értesülhetünk: mindössze 9 százalékuk történetében fordult elő, hogy az általa támogatottak listáját az újságban közzétette volna. “Kifelé” való pénzköltéseiket, adományaikat, szolgáltatásaikat nem is igazi “alapítványi juttatásként” szemlélik, hanem szükséges hozzájárulásként egy vagy más “ismerős” szervezet, kórház, beteg-klub, öngyógyító csoport szintén fontosnak és legitimnek tekintett tevékenységéhez. Az adományozás fő elve pedig egyfelől a szűk(ös)ség, másfelől a múltból oly jól ismert kölcsönösség: “ma nekünk megy jobban, s ti vagytok megszorulva, de holnap mindez - megeshet- fordítva lesz”. E mélyen a tradíciókba ágyazott motívumok és elvek mellett pedig már csaknem minden legitim, ami “belefér az adományozó alapítvány leírt szempontrendszerébe”⁶. Ezért van, hogy meglepően ritkán -mindössze az esetek egyharmadában- merül egyáltalán fel a támogatás hasznosításának ellenőrzése. A célok - ha egyszer elfogadtattak- önmagukért beszélnek, s az egészségügyet keresztül-kasul szelő hiányok, szűkösségek közepette a kapott támogatást amúgy is szinte lehetetlen “elherdálni”. No meg, az “ellenőriztetés” barátságtalan gesztus is volna: ha már a támogatások odaítélésének fő mozgatója a személyesség és fő elve a -remélhető- kölcsönösség, akkor beszámoltatásnak, időközi kontrolloknak semmi helye.

Mindezek után az sem meglepő, hogy bár az alapítványok kivétel nélkül eleget tesznek ama törvényességi kritériumnak, hogy döntéseik meghozatalára kuratóriumot állítsanak fel, e kuratóriumoknak többnyire nincs miről döntenüik. Ha ritka a “kifelé”

⁶ A pénzelosztásnál mérlegelt szempontok listáját messze kiugró gyakorisággal a formai megfelelés kritériuma vezeti: az esetek 37 százalékában ez volt a döntés vezérmotívuma. Lényegesen ritkább (az esetek 24, illetve 18 százalékában fordul elő) az egészségi állapot vagy szociális helyzet felmérésén nyugvó döntéshozatal, s még kevésbé játszanak szerepet (az alapítványok 15 százalékát jellemezték) a támogatandó szervezet/program várható teljesítményére vonatkozó megfontolások.

támogatás, ha nincsenek tisztázott elvek, ellenőrzési rutinok és beszámoltatások, akkor e tiszteletreméltó testületek funkciója aligha lehet a demokratikus döntéshozatal biztosítása. Szerepüket máshol kell keresnünk: kevésbé az elosztás és támogatás szabályainak, mint inkább magának az alapítványi létnek a védelmében. E védelem pedig kettős: egyfelől az alapítvány biztonságos beágyazódását segítő kapcsolatok, másfelől az elemi működéshez, illetve a fennmaradáshoz szükséges pénz biztosítása. Ami az első szerepkört illeti, minden jel szerint a kuratóriumi tagok úgy látják: új szervezetük elsőrendű diplomatái ők maguk. Ha fentebb arról írtam, hogy az alapítványok kétharmada a személyes kapcsolatok köreinek építését és lassú bővítését tekinti a tájékoztatás kizárólagos (vagy legalábbis a legbiztonságosabb) csatornájának, akkor itt most egy kiegészítő állítást kell megfogalmaznom: éppen ez az, amit többségük (válaszaik tanúsága szerint 55 százalékuk) a vezetés elsőrendű dolgának lát. Hiszen ki más, mint a kuratórium tagjai azok, akik az új szervezetet “összekötik” az anya-kórházzal, akiknek bejárásuk van a helyi polgármesterhez, akik “fontos” embereket ismernek, s akik kellően fontosak mások számára is. Rajtuk múlik tehát a szükséges kapcsolatok ápolása, az új szervezet külső “image-ének” megteremtése, hasznosságának elfogadtatása és biztonságának szavatolása. Ezért a kuratóriumok összeállítása gondos munkát igényel. S minél “profilírozottabb” a szervezet, minél lényegesebb számára az elfogadottság és a környezeti beágyazottság, működéséhez minél elengedhetlenebb tetemes pénzeszközök megszerzése - annál gondosabbat.

Kérdés most már, hogy e tekintetben milyen tényezőket kell a körültekintő személyi politikának mérlegelnie? Jobb-e, ha a kuratóriumi tagok többsége férfi - mert “állami” pozícióikban általában nagyobb a hatalmuk; vagy inkább legyenek többségben az asszonyok - mert általában érzékenyebbek a szociális problémák, a hagyományos

medicinán kívül eső területek iránt? Jobb-e, ha helybéliek - mert tudják, kikkel kell szövetkezniük és kikkel szemben kell megvédeniük az új intézményt; vagy inkább az országos hírű és a miniszteriális döntésekre fontos befolyással bíró szereplőket kell megnyernie a szervezetnek? Jobb-e, ha a kuratóriumi tagok házon-, vagy legalábbis szakmán belüliek - mert könnyebb a megértés és a kompromisszumok megkötése; vagy inkább az a jó, ha a szervezetet az egészségügyön kívüliek is magukénak érzik és más területeken is megküzdnek az új intézmény érdekeiért? E kérdésekre nyilván nehéz egyértelmű választ adni, annál is nehezebb, mert a stratégiák nem kizárólagosak. Ráadásul, az elkötelezettség, a kiugró mennyiségű munka, az ügyesség kompenzálhat a "fontos" kapcsolatok hiányaért és megfordítva: az "elvbeni" nagy befolyás a megyei önkormányzatnál vagy a minisztériumban keveset ér, ha tevőleges mozgósítására a kuratóriumba ezért beválasztott személy nem vállalkozik.

Mindezen megszorítások mellett is úgy tűnik, valóban van tudatos kuratóriumválasztási politika, e politika tekintetében pedig nagyok a különbségek. A "régii" szervezetek inkább országos elfogadtatásukat látták védelmük zálogának és azt elsősorban a fontos állami pozíciókban lévő férfi kuratóriumi tagoktól várták. (Többnyire nagy, 9-12 fős kuratóriumokat hoztak létre, amelyek között az országos hírű személyiségeknek nagy befolyást biztosító szervezetek csaknem egyharmados és a férfi-többségűek több mint kétharmados aránya jóval meghaladja az átlagot). Szemben velük, az utóbbi két évben született új alapítványok más politikát követnek: mindenekelőtt a szakmán belüliek érdekvédelmét és egy vagy más szolgáltatás hatékony megszervezését tekintik a dolguknak. (Ez utóbbi, fiatal szervezetek vezetőségei többségükben 3-4 főből állnak és idősebb kortársaiknál demokratikusabbak: 64 százalékukban a női tagok vannak többségben, kevésbé "hírnév-centrikusak", több teret engednek a diplomával nem

rendelkezők tevőleges beleszólásának; de legfőbb jellegzetességük, hogy több mint felükben a tagok legalább kétharmada egészségügyi dolgozó).

A kuratóriumok megválasztásában követett stratégiák igazán markáns eltérései azonban az alapítványok tevékenységi körök szerinti alaposabb szemügyre vétele nyomán tárulnak elénk. Mint a 3. táblában láthatjuk, a többiektől már az eddigiekben is sok tekintetben eltérőnek bizonyult “orvosi önérdékű” alapítványok igencsak “férfias” szervezetek, s még pontosabb azt mondanunk, hogy a férfi-orvosok szervezetei. A szakmai zártság egyetlen más típus esetében sem mutatkozik olyan nagy mérvűnek, mint a professzió becsét magas szintű kutatásokkal, gyakori külföldi tanulmányutakkal, tapasztalatcserékkal védeni kívánó “saját” orvosi alapítványokban. S e célokkal jól harmonizál, hogy nemcsak az orvos-szereplők, hanem az országos hírű, nagy befolyású személyiségek is e csoport szervezeteiben vannak a legnagyobb arányban jelen: fajsúlyos jelenlétüket minden harmadik alapítvány biztosítja. Ugyancsak elsődlegesen a férfiak, s közülük is mindenekelőtt az orvosok dolgának tűnik a hagyományos gyógyászat védelme: a csoport alapítványainak közel háromnegyedében ők vannak többségben. Minthogy ezek az alapítványok minden másnál szorosabban kötődnek a befogadó kórházhoz, rendelőhöz -többségükben emezek forrás-kiegészítésére jöttek létre, és szerepüket is a hagyományos egészségügy lábontartásában definiálják-, a kórházigazgatók, főorvosok kuratóriumi jelenléte mellett fontos, hogy ügyüknek megnyerjék a helyi és megyei önkormányzatok, országos szakmai testületek befolyásos szereplőit is - s nyomatékos jelenlétük biztosítása szemlátomást mindenkinél jobban sikerül a csoportba tartozó alapítványok több mint egynegyedének. A “vegyes” tevékenységi stratégiákra épített két alapítvány-csoport (a szociális szempontokat magas szintű kutatómunkával kombinálók, illetve az új medicinális területeket a

hagyományosak mellé integrálni próbálók) minden bizonnyal nehéz helyzetben lehetnek, amikor a “leghatékonyabb” kuratórium összeállításáról kell gondolkodniuk. Az adatok mintha arra utalnának, hogy e több-profilú szervezetek “személypolitikai” stratégiáikat is több pillérre kívánják helyezni. A szociális orientációjú csoport nagy súlyt helyez a helyi, illetve országos potentátok kuratóriumi jelenlétére, ugyanakkor a két “klasszikus” orvosi alapítvány-csoportnál nyitottabb a nők, a diplomával nem rendelkezők, valamint az egészségügyön kívüli szereplők befogadására. A “hagyományost támogató” alapítványok mindenkinél inkább figyelnek arra, hogy kuratóriumaik döntőrészt diplomás emberekből álljanak, s fontosnak tartják az országos híré és befolyású személyek meghívását is, miközben meglehetősen nyitottak a nők és az egészségügyön kívüliek részvétele iránt. Végül, a szociális-egészségügyi alapítványoknak a medicinán belüli határhelyzetét jelzi, hogy a szervezeteknek ez az a csoportja, amelyben a legritkább (20 százalékos) az egészségügyi dolgozók többségi részvételére épített kuratóriumok felállítása és a leggyakoribb (55 százalékos) a női dominancia. Persze abban nincs különbség, hogy az ide tartozó alapítványok is mindent megtesznek (és erőfeszítéseikben nem maradnak el az átlagtól), hogy testületeikben kellő számban jelen legyenek a helyi, illetve országos döntéshozatal nagy hatású szereplői.

3.tábla *Az egészségügyi alapítványok kuratóriumainak néhány jellemzője az alapítványok tevékenységi köre szerint*

<i>Tevékenységi körök szerinti csoportok</i>	<i>Azon alapítványoknak a csoporton belüli százalékos aránya, amelyeknek kuratóriumában</i>				
	<i>többségben férfiak vannak</i>	<i>a diplomások aránya legalább kétharmados</i>	<i>a helyi vezető személyiségek aránya legalább 25 %</i>	<i>az országosan ismert személyiségek aránya legalább 40 %</i>	<i>az egészségügyi dolgozók aránya legalább kétharmados</i>
“orvosi önérdékű”	70	77	12	33	81
“hagyományos gyógy.”	73	75	28	25	63
“egészségü.-szociális”	45	67	20	22	20
“szociális-kutató”	62	65	27	27	42
“hagyományost támogató”	50	94	12	25	38
Átlagosan	62	73	21	24	48

Kérdés mármost, hogy mi e markánsan eltérő személyi politikák “értelme”? Mondható-e, hogy a kuratórium egy vagy más összetétele közvetlen hatással van az alapítvány működési feltételeire, a megszerezhető pénzügyi támogatások nagyságára, a szervezet létének elfogadtatására és biztonságának szavatolására? Ha pedig léteznek (és mint alább látjuk majd, feltétlenül léteznek) ilyen összefüggések, akkor vajon hogyan jellemezhetőek a vezető testület felállításának igazán “nyertes” stratégiái?

Az adatok elemzése azt mutatja, hogy általános recept nincs: más összetételű kuratórium szükségeltetik, ha a fő cél a pénzforrások növelése, és más, ha előtérben a mindennapi működés tárgyi eszközeinek és munkafeltételeinek biztosítása áll. És bár gondolhatnánk, hogy a kuratórium méretnövelésével -és így különböző forrásokat, javakat és ellátmányokat biztosítani képes kuratóriumi tagok beválasztásával- akár

kombinálhatóak is az előnyök, a helyzet nem ez. A kuratórium mérete sem az elnyerhető támogatások nagyságára, sem a mindennapi lét működési feltételeinek alakulására nincs egyértelmű és közvetlen hatással. A dolgok menetére igazi befolyása a testület hangadóinak van - a különböző szereplőknek azonban másra és másra. A 4. tábla e hatások jelentőségét foglalja össze a pénztámogatások megszerzése, az infrastrukturális ellátottság, illetve az önkéntes munkát vállaló segítők által az alapítvány érdekében ledolgozott munkaidő nagysága szempontjából.

Ami a különböző csatornákon keresztül elnyerhető pénztámogatások összegét illeti, három tényező bizonyul lényegesnek: a férfiak, a diplomások és -mindenekelőtt- a helyi vezetők testületen belüli fajsúlyos képviselője. Ha többségi jelenlétük a biztosítéka, hogy az alapítványt a "magukénak" tudják, akkor szemlátomást sokat tesznek érte: befolyásuk növelése milliós nagyságrendben kamatozik. És a három tényező kumulált hatását érzékelteti, hogy a helyi vezetés diplomás férfi-tagjainak többségi irányításával működő alapítványok a szféra leggazdagabb szervezetei: 1996-ban átlagosan 17,3 millió forintnyi támogatás megszerzésére voltak képesek a "többiek" 2,7 milliós behozatalával szemben.

A helyi vezetők, ismert emberek testületen belüli dominanciája nemcsak a pénz, hanem az infrastrukturális ellátottság szempontjából is fontos: mint látjuk, az új önálló szervezet elemi működtetésének ez minden másnál jelentősebbnek bizonyuló feltétele. Kifejezetten előnyös, ha a kuratóriumban túlsúlyban a kívülállók (azaz, az egészségügyön kívüliek) vannak, olyanok, akik az önkormányzat vagy egyik-másik helyi szervezet hivatalában, a helyi vállalkozások irodáiban dolgozván, a leginkább tudhatnak üresen álló, olcsó bérű helyiségről, akik megmondják, hogy éppen hol selejteznek le egy amúgy

még jól működő fénymásolót vagy számítógépet, akik a várakozók hosszú sorának elébe ugorva, elintézik az önálló telefont, stb.

Végül, a vezető testület megválasztásának markánsan különböző stratégiája szükségeltetik akkor, ha a szervezet tevékenységi profilja kifejezetten élőmunka-igényes, és -nagy számú foglalkoztatott bérének fizetésére fedezete nem lévén- létfontosságú a számára, hogy szolgáltatásainak jelentős részét önkéntes segítők révén nyújthassa. Mint a 4. tábla harmadik oszlopában látjuk, az ilyen alapítványok akkor hatékonyak, ha vezető testületükben többségben nők, mégpedig főként az egészségügyi középkaderek közül verbuválódó nők vannak, s ha arra törekednek, hogy szervezetüket a helyi vagy országos potentátok befolyásától távol tartsák. Ők azok, akiknek nemcsak az itt bemutatott ellátottsági mutatóik, hanem egész filozófiájuk a többiekétől eltérő: a legkevésbé “szervezetfejlesztő”, viszont a leginkább “kapcsolatépítő” és szolgáltatási beállítódású alapítványok tömörülnek az itt körvonalazott csoportban. Minél markánsabb a stratégiájuk, annál biztosabban építhetnek létük fő forrására, az önkéntes segítők által biztosított tetemes ingyenes munkavégzésre. Ezt jelzi, hogy a vezető testületeiket javarészt női egészségügyi középkaderekből, valamint a hozzájuk társuló női orvosokból választó alapítványok havonta nem kevesebb mint 259 órányi önkéntes munkával számolhatnak, szemben a “többiek” 78 órás átlagával⁷.

⁷ Az órákat foglalkoztatotti létszámra lefordítva, ez annyit tesz, hogy az itt jelzett stratégia követői gyakorlatilag ingyenes módon biztosítanak a maguk számára két (további) főállású dolgozót, míg a “többiek” havonta egyetlen félállású munkavállaló munkaidejének valamivel több mint felére számíthatnak.

4.tábla A kuratóriumok összetételének hatása az alapítványi működés néhány feltételére

<i>A kuratórium összetételének jellemzői</i>	Átlagos éves pénztámogatás (ezer Ft)	A jó felszereltséggel rendelkezők %-os aránya*	Az önkéntes segítők által teljesített havi munkaórák száma
többségben nők	931	13	189
többségben férfiak	6694	16	64
diplomások aránya 2/3-nál kevesebb	880	16	127
diplomások aránya legalább 2/3	5892	12	102
helyi vez. szem. aránya max.25%	2816	12	120
helyi vez. szem. aránya legalább 25%	11255	23	61
orsz. hírű szem. aránya max. 40%	5395	15	114
orsz.hírű szem. aránya legalább 40%	2382	15	98
egészségügyiek aránya 2/3-nál kisebb	5443	18	126
egészségügyiek aránya legalább 2/3	3715	12	91

*A jó felszereltség mértéke: az alapítvány önálló telefon/fax-vonal, fénymásológép, számítógép, saját gépkocsi közül legalább háromfelével rendelkezik.

Egyetlen megjegyzést kell még tennem az országos hírű személyiségeknek az egészségügyi alapítványok vezetésében játszott szerepéről. Amint a 4. tábla adatai jelzik, nagy súlyú jelenlétük a működés itt bemutatott aspektusaira nincs különösebb hatással. Ez azonban nem azt jelenti, hogy "tévednének" azok az alapítványok, amelyek beválasztásukhoz mégiscsak ragaszkodnak. Szerepük ugyanis nem elsősorban a materiális források és javak vagy a rendelkezésre álló pénzeszközök biztosításában, hanem mindenekelőtt egy kevésbé mérhető, ám igen fontos tényezőnek, az alapítvány "goodwill"-jének megteremtésében van. Nevük mintegy "garancia" és "árvédjegy" - a szakmán belül és kívül egyaránt. És e kiemelkedő "goodwill"-nek köszönhető, hogy a befolyásuk alatt álló szervezetek élvezhetik az intézmény "reputációjára" adó lakosság legnagyobb összegű támogatását (1996-ban átlagosan 570 ezer Ft-nyit, szemben a "többieknek" juttatott adományok 108 ezer forintos összegével), és ők a legmozgékonyabbak az egészségügyi eszközértékesítés egyelőre igen szűk és bizonytalan piacán is (az általuk előállított gépek, berendezések, anyagok piaci eladásából a csoportba tartozó alapítványok 1996-ban átlagosan 211 ezer forintra tettek szert, szemben a csoporton kívüli "többiek" szerény, mindössze 900 forintos bevételével). Mindemellett, a "goodwill" a szó szoros értelmében igen jól kamatozik: noha a csoportba tartozó szervezetek éves összbevétele viszonylag szerény (3,3 millió forint, azaz éppen fele az átlagosnak), a különböző pénzügyi tranzakciók, fél-nyilvános, nagy kamatozású kötvények felvásárlása és jó hozamú értékpapírok megforgatása révén nem kevesebb, mint évi 740 ezer forint kamatbevételre tesznek szert - szemben a "többiek" 295 ezer forintos átlagával.

Összefoglalóan tehát azt mondhatjuk, hogy legyenek bár igen változatosak a "személyi politikát" vezérlő prioritások és mögöttes megfontolások, a kuratóriumok

összetétele meghatározó befolyással van az alapítványok napi működési feltételeire és gazdálkodására. Mindazonáltal az eddigiekben elsősorban az új szervezetek keretfeltételeinek *kialakításában* játszott szerepükről esett szó, s kevésbé arról, hogy a vezetésük alatt álló alapítványok a mindennapi életben hogyan is “sáfárkodnak” megszerzett eszközeikkel, javaikkal és forrásaikkal. Ez utóbbi kérdés behatóbb tanulmányozása lesz a következő fejezet tárgya.

Az alapítványok mindennapi működése és gazdálkodása

Mindez idáig vizsgálódásaink egyik vezérmotívuma az volt, hogy választ keressünk a kérdésre: az alapítványok létrehozatala mennyiben járt a hazai egészségügy megújításával? Az új szervezetek vajon új elveken és napi gyakorlatokon nyugvó ellátások, szolgáltatások elterjesztését hozták-e magukkal, vagy inkább csak a “régi” eljárás módok és begyakorlottságok másfajta kereteinek felállításáról, azaz merőben a mozgásformák változásáról van szó? E kérdésekre a válasz -mint láttuk- semmiképp sem egyértelmű. Hiszen a “hagyományos” rendszer felől nézve, az alapítványok megjelenése már az eltelt néhány év rövid távlatán belül is a tevékenységek, a szolgáltatási választék, sőt, a medicina területére összpontosítható források feltétlen bővülését eredményezte - mindez pedig örömdetes és üdvözlendő változás. A “klasszikus” non-profit szempontok -a szervezeti autonómia, a demokratikus döntéshozatal, a nyilvánosság befolyásának és ellenőrzésének mértéke- mentén ugyanakkor a múltból ismerős viszonyok feltűnő erejű továbbvitele tárult elénk. Azt láttuk, hogy igen gyakori és nagy kiterjedtségű a hagyományos intézményekkel és azok személyi gárdájával való szimbiózis, hiányoznak a lefektetett döntési rutinok, a dolgok lényegében a nyilvánosság kizárásával folynak - mindezek pedig a mélyreható változást és az egészségügy tényleges modernizációját

legalábbis fékező, sőt, néha kifejezetten akadályozó fejlemények. Azaz, az új szervezetek hozta megújulás felemás és félutas: mintha a *teljes* függetlenedésre, az elvek és gyakorlatok *teljes* átrendezésére, a döntési és ellenőrzési mechanizmusok *teljes* felülvizsgálatára se törekvés, se lehetőség nem volna. Úgy tűnik, a cél kevésbé a nyugati értelemben vett, elkülönült szabályok szerint működtetett egészségügyi non-profit szektor létrehozatala, mint inkább a non-profit szervezeti formák adta játéktér kihasználása a "félutas" rögzítésére - a "rég" biztonságok megőrzésére a "rég" kiszolgáltatottságok minimalizálásával.

Mint az alábbiakban látjuk majd, az alapítványok e félutas és felemás jellege szervezeti életük talán egyetlen vonatkozásában sem olyan szembeötlő, mint az eszközökkel, a munkaerővel, illetve a pénzforrásokkal való gazdálkodásuknak a számadatokból kiolvasható mögöttes megfontolásaiban és tipikus napi rutinjaiban.

Azt, hogy az új szervezetek csak félig-meddig váltak le az őket létrehozó (vagy/és befogadó) hagyományos intézmények "köldökszínórjáról", mi sem jelzi jobban, mint önálló működésük elemi tárgyi és személyi feltételeinek feltűnő hiánya. Napi jelenlétük mélyen a régi intézményekbe ágyazott. Ha telefonon hívnák őket, öt esetből négyben ezt csak a befogadó kórház vagy rendelő valamely fővonalán tehetik az érdeklődők; ha az alapítványoknak másoltatniuk kell valamit, ha számítógépes adatfeldolgozásra van szükségük, ha szolgáltatásaikhoz elengedhetetlen bizonyos diagnosztikus vizsgálatok elvégzése - mindebben az anya-intézmény jóindulatára és az új szervezetekénél mégiscsak bőségesebb gépi felszereltségére kell hagyatkozniuk. Persze, minél nagyobb nőnek az új intézmények, annál nagyobb a szükség, de több a lehetőség is a függetlenedésre: szemben az irodai alapfelszereltség minden elemével (telefon, fax, számítógép, másológép) rendelkezők 6 százalékos képviselővel a szerényebb bevételű

alapítványok között, a vízválasztónak bizonyuló 1 millió forintos bevételi határ feletti csoportjában a megfelelő arány hirtelen 34 százalékra ugrik. Ugyanakkor hozzá kell tenni, hogy ez utóbbi csoport tagjai között csaknem ugyanennyien -egyharmadnyian- vannak azok is, akiknek semmiféle önálló felszerelésük, eszközük sincs - a dolog tehát semmiképpen sem kizárólag a pénzen múlik.

A régi intézménybe való beágyazódás "érelme" ugyanis nem pusztán a spórolás, hanem az, hogy a szimbiózis többféle "identitás" egyidejű fenntartására nyújt módot. Márpedig napi tapasztalat, hogy a kettős (többes) arcú igencsak szükséges az átmenetiség tisztázatlan jogi, szervezeti és gazdasági viszonyai közepette. Vannak kapcsolatok, amelyekben előnyösebb "állami" szereplőként -X kórházi osztály főorvosaként- megjelenni, és vannak mások, ahol célravezetőbb a "non-profit" szerepkör -Y alapítvány kuratóriumának elnöke- hangoztatása. Egyértelműen az első identitás "felöltése" a hasznos, ha szakmai programok állami elismertetése vagy a költségvetési források bővítése a tárgyalás tétje; ugyanakkor egyértelműen a másodikat kell viselnie annak, aki bankokat, külföldi adományozókat vagy szakmai egyesületeket akar megnyerni újító kezdeményezése támogatójának.

A beágyazódás további "értelme", hogy általa fenntartható a kölcsönösségek jól begyakorlott rendszere. Bizton számíthat "állami" főnökei és munkatársai támogatására

-és az állami eszközök, gépek magán-célú hasznosításának hallgatólagos engedélyezésére- az az alapítványi vezető, aki gondoskodik arról, hogy szervezetének pályázati úton elnyert pénzeiből a szűkös költségvetési normatívákból gazdálkodó anya-intézmény is részesedjék. Így mindkét fél -befogadó és befogadott- jól jár. Hiszen amit a csendes egyezség révén a kettős identitású vezető "állami" orvosként hoz alapítványának, az -az infrastruktúrán túl- a mindennél fontosabb törvényességi védelem ("ha a

szervezetet egy ‘főnök’ védi, akkor nem bánthatják azt más felettesek sem”); amit ugyane szereplő “alapítványi emberként” biztosít kórházának, az egy sor -máshogyan meg nem szerethető- eszköz és műszer, bújtatott bérkiegészítés, és az “államon” kívüli kapcsolatok széles spektruma.

A javak, szolgáltatások és védelmek e körei fogaskerékszerűen illeszkednek egymásba; az egyik a másika nélkül gyakorlatilag hozzáférhetetlen. A túlzott függetlenedési törekvésekkel mindkét félnek jócskán volna tehát mit vesztenie - a cél ezért nem lehet más, mint a “betagoltság” és “önállóság” közötti hallgatólagos kompromisszum megtalálása és a kitartó munkálkodás érzékeny egyensúlyuk fenntartására.

Hasonlóan “felemás” a helyzet az új szervezetek munkaerő-ellátottságának terén is: az egészségügyi alapítványoknak gyakorlatilag nincsenek saját foglalkoztatottjaik, miközben nem kevés a munkaerő, amelynek mozgósítására számíthatnak. Mindössze 6 százaléuk köt munkaszerződéseket teljes munkaidős alkalmazásra, s nem sokkal magasabb -14 százalékos- a részmunkaidős munkavállalókat foglalkoztatók aránya sem⁸. Szemben az eszközvásárlások egyszeri mivoltával, a foglalkoztatás persze folyamatos elköteleződést igényel - ezért az alkalmazottak száma az infrastrukturális beruházásoknál szorosabb összefüggést mutat az alapítvány anyagi helyzetével. A “szerény méretű” (évi 1 millió forintnál kevesebb bevétellel rendelkező) alapítványok között fehér holló a rendszeres foglalkoztatást biztosító szervezet: 100-ra közülük összesen 16 munkavállaló jut, szemben a “nagyokkal” (az évi 1 millió forintnál több bevétellel rendelkezőkkel), amelyek csoportjában a megfelelő adat 291 fő. Úgy tűnik, a különböző munkafeladatok

⁸ Akár teljes, akár részmunkaidős szerződésekről van szó, a foglalkoztatottak együttes száma az alapítványok 11 százalékában 1-2 fő, s mindössze 5 százalékot tesz ki az ennél nagyobb szervezetek aránya. Az utóbbi körben döntőrészt a legnagyobb élőmunka-szükségletű “szociális-egészségügyi” profilú alapítványokat találjuk.

ellátását az új szervezetek leginkább önkéntesek útján igyekeznek biztosítani: 1996-ban 65 százalékuk támaszkodhatott a segítség e fajtájára. Az élők munkátámogatás mind a bekapcsolódók, mind az általuk ledolgozott órák számát tekintve igen tetemes: 10-nél több rendszeres segítő tevékenykedett az alapítványok 16 százalékának munkájában, s a különböző feladatok ellátására általuk fordított össz-munkaidő a szervezetek 14 százaléka esetében haladta meg a havi 100 órát, azaz tett ki legalább egy félállású foglalkoztatott munkaidejével azonos mennyiséget (további 21 százalékuknál havi 20 és 100 óra között volt). Sajátos módon, az önkéntes segítőik száma is a szervezet méretével arányos - minél nagyobb költségvetésű alapítványról van szó, annál nagyobb létszámú csapat növekvő volumenű munkájára építhet. Ismét az éves bevétel mentén csoportosítva az alapítványokat, míg a "szerény méretűek" átlagosan öt segítő havi 77 órás munkavégzésére támaszkodhatnak, addig a "nagyok" munkáját átlagban 11 önkéntes havi 189 órás élők munkátámogatása segíti⁹.

Adataink -sajnos- nem adnak módot arra, hogy megválaszolhassuk: honnan rekrutálódik e tekintélyes munkaerőbázis. Szórványos információink és más kutatásokból szerzett tapasztalataink alapján okunk van azonban feltételezni, hogy nem kis részben maguknak a befogadó intézményeknek a dolgozói azok, akik -időnkénti tiszteletdíjak és egyéb fizetségek ellenében- az új szervezetnek besegítenek. Közalkalmazotti státuszuknak az alapítványival való felváltására nem vállalkoznának, de erre az új szervezeteknek fedezetük sincs. Erősen nyomott fizetéseik kiegészítésére azonban kézenfekvő megoldásnak kínálkozik, hogy a "házon belül" működő, ismerősök és

⁹ A pénzügyi dimenziót egyetlen ponton szeli keresztül a szakmai: a szociális alapítványok esetében. Szemben a tisztán orvosi beállítottságú szervezetek viszonylag csekély érdeklődésével az önkéntes segítőik munkája iránt (általában 3-4 segítőjük adódik, akik havi átlagban 14-36 munkaórányi támogatást biztosítanak a számukra), a szociális alapítványok -anyagi helyzetüktől függetlenül- jelentős mértékben építenek a "külsősök" tevékeny részvételére: rendszeres segítőik átlagos száma 10 fő, akik havonta 153 órányi munkával járulnak hozzá egy-egy alapítvány működtetéséhez.

kollégák által szervezett és irányított új szolgáltatás munkájába bekapcsolódnak. S nemcsak a fizetségért: az új szervezeti forma ismereteknek, megtanulni való és megtanulható új eljárásoknak, új emberi kapcsolatoknak egész tárházát kínálja - s adja ezzel egyúttal a kockázatmentes felkészülés lehetőségét is egy manapság előre sohasem tudható munkahely- és foglalkozásváltás esetére. Az alapítványok felől nézve, a tiszteletdíjakkal, alkalmankénti megbízási díjakkal, ösztöndíjakkal és honoráriumokkal ellentételezett önkéntes munkák révén számukra a foglalkoztatásnak a munkaviszonyt rögzítő szerződéseknél ugyan rendszertelenebb, mégis, összehasonlíthatatlanul vonzóbb formája kínálkozik: a legutóbbi hónapokig e díjazások mentesek voltak a társadalombiztosítási járulék megfizetésének kötelezettségétől, s hozzájuk gyakran adókedvezmények is társultak. Ráadásul, az önkéntesek foglalkoztatása révén az új szervezetnek nem kell utóbb talán kínossá váló személyi elköteleződéseket vállalnia - tevékenységi körének, arculatának változásával konfliktusmentesen változhat a hozzá kapcsolódó munkavégzők köre is. Ez pedig nagy mértékben megkönnyíti számára, hogy a lehető legrugalmasabb "foglalkoztatáspolitikát" alakíthassa ki, segítőt és az általuk megtettesített szaktudásokat a mindenkori célfeladat függvényében választhassa meg és szükség szerint váltogathassa. Pénzügyi oldalról az önkéntesek munkájára építő foglalkoztatási forma általános népszerűségét jelzi, hogy -függetlenül az alapítványok méretétől- a különböző címeken eszközölt személyi kifizetések az összes személyi kiadásnak 53-56 százalékát tették ki 1996-ban. Átlagosan egy-egy önkéntes segítő nettó 22 422 forintot kapott az év során, ami végül is egy teljes havi ápolónői fizetéssel növelte meg "állami" állásából származó éves keresetét¹⁰.

¹⁰ A tiszteletdíjas, megbízási alkalmazásnak a rendszeres foglalkoztatással szembeni preferálását jelzi, hogy ugyanakkor az alapítványok által fizetett bérek igen szerények. Egy foglalkoztatottra számítva, a havi kereset átlaga 1996-ban 14 400 Ft volt. (Ez a rendkívül alacsony átlag persze csak tájékoztató jellegű,

Az itt vázolt foglalkoztatási sajátosságok további oldalról egészítik ki a “félutasságról” fentebb leírtakat. Úgy tűnik, az új szervezetek önképük szerint sem elég kialakultak, stabilak és erősek ahhoz, hogy átlépjék az igazi függetlenség rubikonját - azt, hogy önálló intézményi mivoltukat saját munkavállalói kör kiépítésével is kifejezésre juttassák. Szerepüket a foglalkoztatás tekintetében is a “beágyazottság” és az “önállóság” közötti kompromisszum kialakításában látják - független “állásokat” nem, kiegészítő kereseti lehetőséget viszont annál inkább biztosítva a hozzájuk kapcsolódóknak. Ugyanakkor a felemás önállóság azt is jelenti, hogy -legalábbis az egészségügyben¹¹ - a non-profit szektor megjelenésével és expanziójával új munkahelyek teremtésére egyelőre kevésbé lehet számítani. A szervezetek a maguk funkcióját inkább abban látják, hogy jövedelemkiegészítési lehetőségekhez juttassák a “máshol” alkalmazásban lévők egyre szélesedő csoportjait.

Az eddigiektől eltérő kép tárul elénk, ha figyelmünket az alapítványok működésének harmadik területére, a pénzeszközökkel való gazdálkodás közelebbi vizsgálatára fordítjuk. Szemben a tárgyi és személyi feltételek kialakításának az intézményesülés félutasságát jelző sajátosságaival, az új szervezetek a pénzügyek tekintetében az autonómia meglepően magas fokáról tesznek tanúbizonyságot. E megállapítás mindenekelőtt forrásaik előteremtésére igaz. Ha pusztán mint a pénzt forgató gazdasági szereplőket nézzük őket, azt mondhatjuk, hogy lényegében leváltak a

minthogy a teljes, illetve részmunkaidős foglalkoztatottak bérét egyaránt magában foglalja. Elkülönített számbavételükre azonban adatfelvételünk nem adott módot).

¹¹ Az itt leírtak persze nemcsak az egészségügyre állnak. Úgy tűnik, általános és tartós jelenségről van szó. Mint Kuti Éva és munkatársai írják: “A nonprofit szektoron belüli foglalkoztatottság nemcsak egyszerűen alacsony, de a növekedése is igen lassú, messze elmarad a növekedés pénzügyi mutatóitól. Mindez azt mutatja, hogy a gombamód szaporodó alapítványok és egyesületek között ritkák a valóban intézményesült, professzionális működésre berendezkedett szervezetek.” (*Nonprofit szervezetek Magyarországon, 1994*; KSH, Budapest, 1996).

“régi” egészségügy költségvetési rendszeréről, és történelmileg igen rövid idő alatt megtanultak “a piacról” élni.

Mint azt az 5. tábla adatsoraiból látjuk, a különféle csatornákon érkező bevételeknek éves költségvetésükben játszott szerepét illetően az egészségügyi alapítványok mintegy kidomborítva jelenítik meg az alapítványi szféra általános sajátosságait - az állami finanszírozás jelentőségének zsugorodását, és gazdálkodásuk egyre merészebb támaszkodását a “magánszereplők” adományaira, támogatásaira, valamint saját piaci tranzakcióikra. Az átlagokat tekintve, az állami támogatások súlya a hazai alapítványok összességére nézve sem meghatározó -bevételeiknek 30 százalékát teszi ki-, az egészségügyben azonban különösen alacsony - 12 százalékos¹². A bevétel forrásai között mind nagyobb -az egészségügyi alapítványok esetében egyenesen perdöntő- szerepet játszanak a bankok, vállalkozások, biztosítótársaságok és más piaci aktorok támogatásai, illetve a lakosság adományai: a szféra egészét tekintve, az éves költségvetésekben együttes arányuk 18, az egészségügyben pedig 48 százalékot tesz ki. (A piaci aktorokon, illetve a magánembereken kívül persze még egyéb civil szereplők - más hazai, illetve külföldi non-profit szervezetek- is megjelennek a finanszírozók között. Nekik köszönhető az országos alapítványi bevételek további 15 százaléka, illetve az egészségügyi alapítványok éves költségvetésének 10 százaléka.) A források harmadik nagy súlyú komponense -a különféle gazdálkodási és pénzügyi tevékenységekből eredő bevétel- az alapítványok éves költségvetésének országos átlagban 27, az egészségügyet tekintve 21 százalékát adja, ami azt jelzi, hogy az új non-profit intézmények -profiljuktól,

¹² Az arányok e nagyfokú eltérése mindenekelőtt abból adódik, hogy az egészségügyi alapítványok elenyésző mértékben -mindössze forrásaik 4 százalékának erejéig- kalkulálhatnak az oktatásban vagy a szociális szolgáltatásokban meglehetősen elterjedt központi céltámogatásokkal, kormányzati felügyeletű pályázati összegekkel vagy akár az önkormányzatok nem-normatív támogatásaival. Valószínű, hogy ez utóbbi területeknek a hazai alapítványok közötti nagy súlya az, amelynek köszönhetően a nem-normatív költségvetési támogatásoknak a teljes alapítványi szféra bevételeihez való hozzájárulása az egészségügyben tapasztaltnál jóval magasabb - 27 százalékos.

tevékenységi körüktől részben függetlenül- “árucseréképes” szolgáltatókként, eladókként vannak jelen a piacon, s termékeikre, szolgáltatásaikra nem elhanyagolható mértékű fizetőképes kereslet adódik.

5. tábla Az alapítványok 1994. évi, illetve az egészségügyi alapítványok 1996. évi bevételeinek források szerinti szerkezete (%)

<i>A forrás típusa</i>	<i>Alapítványok*</i>	<i>Egészségügyi alapítványok</i>
<i>Állami támogatás</i>	29,7	11,8
Ebből: nem-normatív támogatás	26,7	3,6
<i>Magántámogatás</i>	33,2	57,7
Ebből: vállalati támogatás	11,5	29,3
lakossági támogatás	5,2	18,3
<i>Alaptevékenység árbevétele</i>	6,5	2,6
<i>Gazdálkodási tevékenység bevétele</i>	27,4	20,5
<i>Egyéb bevétel</i>	3,2	7,4
<i>Összes bevétel</i>	100,0	100,0
<i>Egy alapítványra eső átlagos bevétel (eFt)</i>	6 293**	6 617

* Az ország összes alapítványa - a KSH 1994. évi non-profit felvétele alapján (*Nonprofit szervezetek Magyarországon, 1994*; KSH, Budapest, 1996.)

** A két felvétel időpontja között eltelt időszak inflációs rátájával korrigált adat.

Az eddigiekben bemutatott arányok persze csak a fő trendet jellemzik, ami mögött igen jelentős eltérések húzódnak meg. Az országos felvétel publikált adatsorai alapján nem áll módunkban elkülöníteni a non-profit szféra különböző szervezet-típusainak (alapítványok, egyesületek, érdekképviseletek) gazdálkodási jellemzőit, noha az itt tárgyaltak szempontjából a legmarkánsabb különbségek minden bizonnyal éppen eltérő

funkcióik szerint adódnának. A funkciók szerint aggregált adataikat tekintve, a forrásösszetétel legnagyobb eltéréseit azonban a non-profit intézmények ágazati jellege, éves bevételük nagyságával jellemzett méreteik, illetve települési hovatartozásuk szerint regisztrálhatjuk.

E dimenziók mentén vizsgálva helyzetüket, az egészségügyi alapítványok rendszerének belső strukturálódása némileg más logikát követ. A források összetételében meglehetősen homogenitás adódik a méret, illetve a települési elhelyezkedés szerint: legfeljebb 1-3 százalékosak a különbségek a “nagyok” és a “kicsik” között, és ennél nem sokkal jelentősebbek -4-5 százalékon belüliek-, ha a budapesti szervezeteket a többi városban lévőkkel hasonlítjuk össze. Meghatározó jelentőségűnek bizonyul azonban az alapítványok tevékenységének profilja. E dimenzió mentén válik el állami, illetve lakossági támogatottságuk mértéke, valamint önálló piaci tranzakcióiknak a költségvetésükben játszott szerepe.

A korábban tapasztaltakkal összehangban, a legnagyobb önállóságról gazdálkodásukat tekintve is az orvosok “önérdekű” alapítványai tesznek tanúbizonyságot. A szervezetek e csoportja az államtól lényegében teljesen függetlenedett - a költségvetési támogatások, illetve a társadalombiztosításból származó bevételek együttesen alig 5 százalékát adják éves költségvetésüknek. Forrásaiknak mintegy harmada származik különböző vállalkozásokból, pénzalapjaik ügyes kamatoztatásából (ez utóbbi tevékenységük önmagában éves költségvetésük 21 százalékát hozza a konyhára), saját szabadalmaik eladásából. Erős piaci jelenlétük a civil adományozók oldalán is megmutatkozik: finanszírozzák a források mintegy 44 százalékának erejéig a vállalatok, biztosítók, bankok, illetve a hazai és külföldi nagy ernyőszervezetek (azaz *nem* a magánszemélyek).

A támogatókra való ráutaltság mértékében éppen ellentétes pólust képviselnek a hagyományos és új orvosi ágak integrálására törekvő “vegyes profilú” alapítványok. Ők azok, akik az átlagot messze meghaladó mértékben (forrásaik 20 százalékának erejéig) támaszkodnak a központi állam, illetve a helyi önkormányzatok adományaira, és a legkevésbé kapcsolódnak be bármilyen vállalkozói tevékenységbe (az önálló gazdálkodásból éves bevételeiknek mindössze 15 százaléka adódik). Működésük legfőbb anyagi pillérét mindazonáltal a lakosság biztosítja - magánadományokból tevődik ugyanis ki költségvetésüknek közel harmada.

Forrásaik szerkezetét tekintve, a további három alapítvány-típus köztes helyzetet foglal el. Közülük a “régi” egészségügy intézményeire a leginkább ráépült “hagyományos gyógyító” szervezetek inkább az “orvosi önérdékűekhez” hasonlítanak - azonban két szempontból is fontos eltérésekkel. Egyrészt -mint azt korábban is láttuk-, ezek az alapítványok meglehetősen tekintélyes lakossági támogatottságot élveznek (e forrás-típus éves költségvetésüknek csaknem a negyedére rúg); másrészt gyakorlatilag nem vállalkoznak “igazi” piaci tevékenységre - az önálló gazdálkodás esetükben kizárólag a rendelkezésükre álló pénzalapok banki kamatoztatását jelenti (a mérték ugyanakkor figyelemreméltó: e forrásból ered ugyanis éves bevételeik egyötöde).

A két szociális orientációjú alapítvány-csoport bevételi szerkezete mind egymásra, mind a “hagyományost támogató” alapítványokra meglehetősen hasonlít. Az utóbbtól elsősorban az állami, illetve lakossági támogatások szerényebb mértéke, ugyanakkor markánsabb piaci-szolgáltatói jelenlétük különbözteti meg őket (az állami költségvetésből származó bevételek forrásaiknak 14 és 15, a magánszemélyek adományai 18 és 15 százalékát teszik ki, míg önálló gazdálkodásból ered éves pénzalapjuk további 20 és 24 százaléka).

A forrás-összetételek e nem lebecsülhető eltérései igazi jelentőségüket persze az elérhető pénzösszegek nagysága révén nyerik el. Hiszen az egyes csatornákon megszerezhető bevételek mértéke nem azonos. Szerényebb összegekre számíthat, aki költségvetésének kialakításában nagy súllyal támaszkodik az államra, és bőségesebbekre az, aki kapcsolatrendszerét inkább a magánszféra adományozóinak, illetve a piac vásárlóinak irányában igyekszik bővíteni. Az állami támogatások egy alapítványra jutó összege ugyanis 1,5 millió, míg a magánforrásokból származóké ennek éppen kétszerese, 3 millió forint volt 1996-ban (a harmadik legjelentősebb forrás-típusból, a vállalkozói és pénzügyi tevékenységek bevételeiből átlagosan 1,7 millió forint származott).

A különböző tevékenységi profilú alapítványok bevételeinek mértékében mutatkozó tetemes eltérések (lásd a 6. tábla 1. sorát) végül is javarészt irányultságaik e különbségeiből származtathatók. Közülük a leggazdagabb "orvosi önérdékű" szervezetek átlagosan közel 16 milliós bevételeiket főként hatékony piaci tevékenységeiknek, illetve a magánadományozók kiugróan sikeres megnyerésének köszönhetik (vállalkozásaikból és pénzügyi tranzakcióikból a piaci átlag 4,6-szeresét, a magánszféra támogatásából pedig a megfelelő átlag 2,7 szeresét szerezték meg). Ugyanakkor az övékével éppen ellentétes gazdálkodási stratégiát követő -erőteljesen az államra, és kevésbé a civil, illetve a piaci szférára támaszkodó- "hagyományos gyógyító" szervezeteknek lényegesen kevesebbel kell beérniük - átlagos összbevételeik az "orvosi önérdékűekének" éppen a negyede. Alaposabb szemügyre vétellel kiderül, hogy e szerényebb bevétel annak köszönhető, hogy noha az állami csatornákon érkező támogatásuk összege 42-szer nagyobb, ez kevésbé ellensúlyozza, hogy a "hagyományos gyógyító" szervezetek piaci bevételei viszont az "orvosi önérdékűekének" mindössze 3,6 százalékát, a magánszférából érkező adományaik pedig 21 százalékát teszik ki. E két pólus között köztes helyzetet foglalnak el

a főként magánadományokra támaszkodó “szociális-egészségügyi” alapítványok. Bevételeik összege az “orvosi önérdékűeké” közel felét, a “hagyományos gyógyítókénak” közel dupláját teszi ki. E meglehetősen előnyös “helyezésüket” elsősorban a külföldi szervezetek megnyerésének köszönhetik - e forrásból az átlagosnak közel négyszeresét (2,7 millió forintot az átlagos 700 ezerrel szemben) tudhatták magukénak 1996-ban. Sikerük további záloga vállalkozói nyitottságuk volt: bár üzleti tevékenységük jelentősen elmarad az éllovas “orvosi önérdékű” alapítványoktól, azért az 1 millió forintot meghaladó gazdálkodási bevételük azt jelzi, hogy szakmai és pénzügyi szolgáltatásaikkal figyelemreméltó tényezőkként vannak jelen a piacon¹³.

Az egészségügyi alapítványok gazdálkodási jellegzetességeit összefoglaló 6. tábla további soraiból a kiadási szerkezet néhány sajátosságára is fény derül. Közülük elsőként kell említenem a bevételek és pénzköltések mérlegét: talán túlzott is az az óvatosság, amit a tábla első két sorának egybevetéséből kiolvasható tartalékolás jelez. Mint láthatjuk, átlagosan a bevételeknek alig a fele fordult meg a piacon az év során - a pénz nagyobbik része a kivárást és a biztonságot szolgálja. Az is látható, hogy akinek több pénze van, többet is tesz el - tevékenységi profiljuk szerint a legtöbbet a “saját” céljaikat támogató “orvosi önérdékű” alapítványok (1996-ban több mint 13 milliót), illetve -méretek szerint tekintve- a több millió forintos éves bevétellel rendelkezők (az adott évben 13,5 milliót).

¹³ A két “vegyes profilú” alapítvány-csoport összbevétele, különösen pedig az egyes forrás-csoportokra számított átlagok feltűnően “leszakadnak” a többiekéről. E jelenség további magyarázatra vár. Meglehet azonban, hogy merőben az alacsony mintaelemszám okozta csalóka látszatról van szó (a “szociális kutató” alapítványok csoportjába mindössze 26, a “hagyományost bővítőkébe” pedig 16 szervezet került). E gyanút támaszthatja alá, hogy egyéb jellemzőiket illetően valóban “vegyes profiljuknak” megfelelően viselkedtek, s nincs okunk feltételezni, hogy ez másként lenne pénzgazdálkodásunkban. Mindenesetre, az abszolút összegekre vonatkozó adatok bizonytalansága miatt az egyes forrás-típusok nagyságát tárgyaló elemzésben e két típusra nem térek ki bővebben.

Gyanakodhatnánk, hogy e meglepően nagy összegű “megtakarítások” talán a kiadási oldalnak a bevételénél pontatlanabb elszámolásából adódnak. Noha e tény játszhatott bizonyos (talán nem is lényegtelen) szerepet¹⁴, a kérdőív egy további -az 1995-ös pénzmaradvány nagysága felől tudakozódó- kérdésre adott válaszok azt jelzik, hogy a tartalékolás az egészségügyi alapítványok valós és tartós stratégiája¹⁵. A tartalékok összege ugyanis 1995-ben is tetemesnek mutatkozott: átlagban 1,9 millió forint volt, amely körül az értékek a “szokásos” módon szóródtak - élen az “orvosi önérdékű” alapítványok 3,5 milliójával és a sor végén a “hagyományost támogató” szervezetek 200 ezer forintjával.

¹⁴ A kérdőív a kiadások felől valóban elnagyoltabb kategóriákban tájékozódott. Így például, a lehetséges válaszok között nem szerepelt a pénzeszközök lekötése (márpedig láttuk, hogy e pénzügyi tevékenység az alapítványok széles körben bevett forrásnövelő tevékenységei közé tartozik), a hitelezés más szervezeteknek, a nagyobb értékű, de nem felhalmozási célú eszközvásárlás.

¹⁵ Pontosabb talán azt mondanunk, hogy ez a stratégia a hazai gazdálkodó szervezeteket -a magánháztartások többségétől a helyi önkormányzatoktól át a költségvetési intézményekig- általánosan jellemzi - még hozzá sokszor egyidejű forráshiányuk mellett. A nagyfokú tartalékolás nem annyira a gazdálkodási racionalitás vagy a hosszabb távú felhalmozások fokmérője, mint inkább a bizonytalanság-érzeté. Minthogy általános tapasztalat a gazdasági környezet és a szabályozók kiszámíthatatlansága, a biztonságra törekvés és az elemi önvédelem azt diktálja, hogy aki csak teheti, puffer-szerű tartalékokat építsen be gazdálkodásába és forrásai növelését függetlenítse e tartalékok nagyságától. Az egészségügyi alapítványok e tekintetben tehát semmi “különösét” nem tesznek - úgy járnak el, ahogyan az ma Magyarországon “szokásos”.

6. tábla Az egészségügyi alapítványok gazdálkodásának néhány jellemzője tevékenységi körük, illetve éves bevételük nagysága szerint

Gazdálkodási jellemzők	Az alapítvány tevékenység szerinti típusa						Az alapítvány 1996. évi bevétele	
	“orv. ön- érdekű”	“hagyom. gyógyító”	“szociális -egészs.”	“szociális- kutató”	“hagyom.t tágitó”**	max 200 eFt	min. 1 mill.Ft	
1996.évi összbevétel*	15 954	3 919	7 315	2 605	779	57***	24 157	
1996.évi összkiadás*	2 472	2 836	5 770	1 566	330	123	10 651	
<i>Bevételből</i>								
állami tám. %-a	5	8	14	15	20	11	12	
magántám. %-a	54	63	57	56	58	57	58	
gazdálk. eredm. %-a	30	22	16	16	15	24	21	
<i>Kiadásból</i>								
szem.kifiz. %-a	12	14	10	12	5	12	16	
anyagktsz. %-a	15	27	30	24	37	34	23	
nyújtott támog. %-a	48	31	28	29	38	19	45	
egy önkéntes munkaórára eső kifiz. - Ft	162	789	296	538	23	32	1067	

* ezer Ft-ban

** az igen kis elemszám, továbbá a csoportban különösen gyakori hiányos adatközlés miatt az oszlop adatait nagy fentartással kell kezelhünk

*** ama 58 szervezettel együtt, amelynek az adott évben 0 Ft bevétele volt és a biztonságot szolgálja. Az is látható, hogy akinek több pénze van, többet is tesz el.

A tartalékolás létkérdés a “kis” (200 ezer forint alatti bevételű) alapítványok számára. Ha egy-egy pályázaton elbuknak, ha nem érkezik meg vagy nem időben fut be a támogatók beígért hozzájárulása, akkor ez a félretett pénz segíti az életben maradást és a működés folyamatosságának fenntartását. A helyzet ilyesmi lehetett e csoport számos szervezete esetében 1996-ban: noha átlagos bevételük mindössze 57 ezer forint volt, az előző évről eltett 158 ezer forint még mindig megóvta őket attól, hogy átlagosan 123 ezer forintos kiadásukkal túlfussanak és kényelmetlenül eladósodjanak. A “nagy” (1 millió forint feletti bevételű) alapítványok 1995. végén “eltett” 4,5 milliós tartalékalapja valószínűleg más funkciókat tölt be. Minthogy számukra a tét nem a lábön maradás, az évenkénti pénzmaradványok valószínűleg a “nagy ugrás” -ra való felkészülést szolgálják. Hiszen valóban nem tehet mást, mint hogy a magánemberekhez hasonló módon “gyűjt” az az alapítvány, amely saját iroda megvásárlására, önálló rendelő megnyitására vagy akár tartós alkalmazotti létszáma jelentős bővítésére készül. E célokra nem lehet “pályázni”, nem akadnak rájuk vagyonos mecénások sem, és nem ad rájuk fedezetet az állandó költségvetési deficittel küszködő állam sem. Ezért az egyetlen mód az ügyes “lecsippentés” a bejövő pénzforrásokból - egyelőre “halott” és jobb sorokra váró takarékbetétekbe.

A kiadási szerkezet további sajátosságai tárulnak elénk a 6. tábla 6-10. soraiból. Az alapítványok foglalkoztatáspolitikájáról korábban mondtak után aligha meglepő a személyi kifizetések -profiltól és mérettől alig-alig függő- alacsony (átlagosan 14 százalékos) hányada. Az adatsorhoz legfeljebb még annyi kiegészítést kell hozzátennünk, hogy a csoportonkénti 10-16 százalékos átlagos kifizetési arány nem annak köszönhető, hogy az alapítványok netán alacsony béreket, tiszteletdíjakat és honoráriumokat

fizetnének¹⁶, hanem annak, hogy a szervezetek 70 százalékának kiadásai között egyetlen fillérsnyi személyi kifizetés sem szerepel. Emlékezve arra, hogy ugyanakkor 65 százalékuk támaszkodik önkéntes segítők munkájára, ez azt jelenti, hogy az alapítványok személyi honorálási gyakorlata valószínűleg igen polarizált. Sokuk a segítőknek a szó eredeti értelmében vett önkéntességére alapozza működését és az ellenszolgáltatást -ha nyújt ilyet egyáltalán- pénzben nem kifejezhető tanulási, szakmaszerzési, kapcsolatteremtési esélyekben biztosítja. Mások -mint ez a 6. tábla utolsó sorából látható- valószínűleg váltogatva építenek a segítség ingyenességére, illetve ellentételezésére - ezt jelzik az órákra vetítetten hihetetlenül alacsony 23, 32 vagy 162 forintos "bérek". Megint mások -mindenekelőtt a "régik" egészségüggyel a leginkább egybeépült "hagyományos gyógyító" alapítványok, valamint az igazán "nagyok"- az önkéntes segítőknek igazi fizetéskiegészítést biztosítanak - a 800-1000 forintos "órabérek" a leginkább piacképes értelmiségi szakmákéval vetekednek.

A személyi kiadásokénál nagyobb szóródást mutat az anyagok és anyagi jellegű szolgáltatások vásárlására fordított összegek arányának sora. Az átlagosan 26 százalékos arány mellett, ilyen típusú költségek az alapítványok 35 százalékánál egyáltalán nem merültek fel, 30 százalékuk esetében azonban az összkiadásnak több mint egyharmadát kötötték le. A szervezetek mérete szerint e tekintetben jelentős különbség mutatkozik: ahhoz, hogy egyáltalában működhessenek, a "kicsik" a rendelkezésükre álló pénzalapok 34 , míg a "nagyok" pénzforrásaiknak csak 23 százalékát költik ilyesfajta szükséges vásárlásokra. Nyilván tevékenységi profiljuk jellege magyarázza, hogy a nagy élők

¹⁶ A helyzet ezzel éppen ellentétes. Noha az értéket -az igen kicsi elemszám miatt- csak közelítő jellegűnek fogadhatjuk el, az alapítványok főállású foglalkoztatottjainak átlagos bruttó havi fizetése nem kevesebb, mint 105 ezer Ft volt. Az egy önkéntes segítőre jutó megbízási- és tiszteletdíjak átlagáról korábban volt már szó - mint láttuk, az egyéb forrásokból származó jövedelmekhez ez az összeg további fejenkénti 22 ezer forinttal járult hozzá.

igényű szervezetek -mindenekelőtt a “szociális-egészségügyi” alapítványok- a vásárolt szolgáltatások tekintetében is “nagy fogyasztóknak” bizonyulnak; 1996-ban átlagosan évi 1,5 millió forintot fordítottak ilyen típusú kiadásokra - azaz pénzforrásaik közel egyharmadát.

Az anyagi jellegű vásárlásokra vonatkozó adatsor behatóbb értelmezéséhez egyelőre kevés a támpontunk. Egyetlen összehasonlításként a már sokszor hivatkozott 1994-es KSH-felvételnek az 500 ezer forintnál nagyobb bevétellel rendelkező alapítványokra vonatkozó számadata kínálkozik. Az anyagköltségek és szolgáltatás-vásárlások 16 százalékos országos átlagához képest a hasonló méretű egészségügyi szervezetek tevékenysége anyagigényesebbnek látszik - e csoportban a megfelelő arány ugyanis 21 százalék. Csak részleges magyarázatul szolgál, hogy az egészségügy piacán az árak általában igen magasak - és így azok a vásárlókként fellépő non-profit szervezetek számára is. Meglehet azonban az is -és itt az infrastrukturális felszereltség tekintetében a “hagyományos” intézményekre való rátelepedésről korábban mondottakat kell felidézni-, hogy a drága szolgáltatások, külföldi anyagok, gyógy- és vegyszerek alapítványokon keresztüli beszerzésével a kölcsönösségi viszonyok és szívességek egy további elemére bukkantunk. A szigorú és részletekbe menő minisztériumi vagy OEP-ellenőrzések során szemet szűrhet és “pazarlásnak” minősülhet, ha az állami intézmény e javakra és szolgáltatásokra költi szűkre szabott pénzkeretét. Ugyanakkor az orvostársadalom elvárás-szintje és szakmai önbecsülése szerint ugyane javak és szolgáltatások -ha megfizethetetlenek is, de- nélkülözhetetlenek. Az áthidaló megoldás tehát az alapítványi beszerzés - az “állami” gépek, eszközök hallgatólagos használatáért cserébe. (Ez utóbbi feltételezést valószínűsíti, hogy az anyagköltségek itt látott viszonylag magas arányával szemben az alapítványok gyakorlatilag nem könyvelnek el

értécsökkenési leírást - ez a tétel mindössze 4 százalékuk kérdőívében szerepelt, átlagban évi 880 Ft költségkihatással. Márpedig eszközök, gépek használatáról ennél azért jóval többen adtak számot - mint korábban láttuk, a szervezetek 44 százaléka.)

A jelentős kiadási tételek harmadik csoportjában, a magánszemélyeknek, illetve szervezeteknek nyújtott pénzbeli és természetbeni támogatások összértékének a kiadásokon belüli súlyát tekintve az egészségügyi alapítványok különböző típusai közötti eltérések igen figyelemreméltóakká nőnek. Pregnánsan érzékelteti ezt, hogy 38 százalékuknak semmiféle adományozásra nem volt módja 1996-ban, miközben másik 38 százalékuk kiadásainak a felét vagy annál is nagyobb részét tették ki a különféle támogatások (az átlagos mérték 35 százalékos volt¹⁷). Az adatok tanúsága szerint nemcsak a kifizetett összegek nagyságában, hanem azok arányában is markáns differenciáló tényező a méret: a “kicsik” pénzforrásaik 19, míg a “nagyok” 45 százalékanak erejéig nyújthatnak külső szereplőknek anyagi segítséget.

E segítségek természetéről persze kevés ismerettel rendelkezünk, de néhány háttéradat és más kutatásokból származó információk alapján jellegük azért nagyjából körvonalazható. A “kis” alapítványok szerény összegű adományai inkább pénzbentiek és elsősorban magánszemélyek vagy csoportjaik “segély-szerű” támogatását jelentik - egy-egy rendezvény költségeinek átvállalását, ha a “holdudvarukban” lévő önszerző csoport vagy beteg-klub összejövetelt kíván szervezni; a gyógytorna vagy a logopédiai foglalkozás tandíjának kifizetését rászoruló pácienseik egyike-másika számára, stb. A “nagy” szervezetek -köztük is mindenekelőtt az “orvosi önszerző” alapítványok- főleg természetben adományoznak és főleg intézményeknek: nagy értékű műszert az őket

¹⁷ Az 500 ezer forintnál nagyobb éves bevétellel rendelkezők között a kifizetett támogatásoknak a kiadásokon belüli aránya 40 százalék, ami gyakorlatilag megegyezik az 1994-es felvétel megfelelő országos adatával - az 500 ezer forintnál nagyobb költségvetésből gazdálkodó összes hazai alapítványt tekintve, a támogatások aránya 41 százalékosnak adódott.

befogadó kórháznak, drága labor-felszerelést a velük kooperáló rendelőnek, stb. Ha pedig pénzbeli támogatásokat nyújtanak, akkor azok is inkább az intézményközi kapcsolatok ápolását, semmint magánszemélyek bevételeinek gyarapítását szolgálják; adományaik többnyire különféle szakmai programok, kutatások és kísérleti projektek financiális alapjait vannak hivatva biztosítani. Végül, ha magánszemélyek az adományozottak, akkor a kapott segítség esetükben is inkább tárgyi, mint pénzbeli: tartós hazavitelre “kölcsonzött” számítógép az otthoni orvosi munkához, hordozható -így a magánpraxisban is hasznosítható- vizsgálati felszerelés, mobiltelefon a “házon kívüli” elérhetőség biztosítására, stb. Aligha szorul bizonyításra, hogy e tételek révén a kedvezményezett nem lebecsülhető mértékű adómentes jövedelemhez jut - igaz, ehhez “körön belülinek” kell lennie (e tekintetben érdemes emlékeztetnünk az “orvosi önérdékű” és a “hagyományos gyógyító” alapítványok korábban már tárgyalt viszonylagos zártságát a “külső” szereplők támogatásával szembeni).

Az egészségügyi alapítványok kiadási szerkezetének itt bemutatott sajátosságai a felemás és félutas intézményesülésről korábban írottakat újabb oldalról egészítik ki. Úgy tűnik, a non-profit gazdálkodás alapvetően két célt szolgál. Egyfelől a kivárást és a személyes, illetve szervezeti biztonság szavatolását - amely funkciójára mindenekelőtt a tartalékolás viszonylagos nagy súlya utal, de azt jelzi a támogatások “házon belüli” osztogatásának frekventált gyakorlata is. Másfelől az alapítványi gazdálkodás révén fokozatos modernizálódásra is mód nyílik: a műszerbeszerzésekre, drága kísérleti anyagokra és eszközökre elköltött tetemes összegek végül is a külföldi sztenderdekhez közelítő magasabb színvonalú gyógyítómunkát szolgálják.

A különféle célok, funkciók persze többnyire együtt vannak jelen. És együttes jelenlétük az oka, amiért az alapítványok működéséről, illetve az egészségügy

átalakulásában betöltött szerepükről egyértelműen “pozitív” vagy “negatív” mérleget vonni e tanulmány zárósoraiban sem lehet.

Felidézve a bevezetőben vázolt kérdéseket és dilemmákat, adataink és elemzésünk birtokában sem adható ugyanis egyértelmű válasz arra, hogy az alapítványok megjelenésével vajon “racionálisabb” lett-e az egészségügyi intézmények gazdálkodása; vajon nőtt-e az egészséges szakmai fejlődés és a gyógyító munkát segítő verseny; vajon erősödött-e az egészségügy dolgozóinak érdekvédelme, és vajon több forrás került-e a betegellátás intézményeibe. Sorra véve, az összegző válaszok körülbelül a következőképpen hangozhatnak:

A gazdálkodás “racionalitása” tekintetében mindenképpen pozitív fejlemény, hogy a korábban informálisan jelenlévő egészségügyi “háttérgazdaság” felszínre került, önálló szervezeti keretet és saját arcot öltött. Ugyanakkor a szervezeti különválás felemás és félutas - az új alapítványok többsége létének és működésének megannyi elemét a befogadó intézményből “szívja le”, miközben számos eszközzel, szolgáltatással és pénzforrásainak jelentős részével támogatja is azt. A gazdálkodási szimbiózis révén azonban továbbra sem tudható, hogy az egyes intézményekben “mi mennyi” - így a racionális gazdasági magatartás elemi feltételei (mindenekelőtt a források és a költségek egyértelmű számbavételének lehetősége) továbbra sem teljesülnek.

Az egészséges verseny kialakulását ténylegesen segítik az alapítványok biztosította alternatív munkalehetőségek. Noha az alapítványi egészségügyi szolgáltatásokban dolgozók az új szervezetekhez egyelőre csak meglehetősen lazán kapcsolódnak -”hagyományos” állásaikból a legjobb esetben is csak fél lábbal léptek át-, mégis, alternatív mobilitási pályák nyílnak meg előttük. E nyitás valószínűleg ösztönzőleg hat a hagyományos intézmények működésére is - hiszen előbb-utóbb az új

intézmények igazi szakmai riválisaikká válhatnak. E pozitív hatást ugyanakkor fékezi a régi és új szervezetek ezerszálú összefonódása, aminek következtében ma még a közöttük folyó versenynél dominánsabbnak tűnik kölcsönös kiszolgáltatottságuk.

Az egészségügyi dolgozók érdekvédelmét az alapítványok megjelenése -úgy tűnik- kevésbé segítette. Igencsak megválogatottak ugyanis azok a körök, amelyek az új szférában szerephez jutnak - a bekerülés csekély esélyei pedig inkább a közös érdekképviselőt fellazulását, mintsem erősödését eredményezik. Ugyanakkor az egyéni érdekvédelemnek az alapítványok elterjedése valószínűleg jót tett: ha másért nem, az előbbieken már érintett kitért választási lehetőségek miatt. De az alapítványok minden bizonnyal a "hagyományos" intézményekben folyó bérharcot is segítik: az önkéntes segítőként megkeresett kiegészítő fizetség előbb-utóbb hivatkozási alappá válik a "rendes" fizetés emelésére - és minél rendszeresebb a fizetség, annál inkább.

Végül, arról sem könnyű egyértelmű képet formálni, hogy az alapítványok elterjedésével több forrás került-e az egészségügy intézményeibe. Pusztán számszakilag tekintve, persze egyszerű a válasz: az új intézményekhez kerülő mintegy 9-10 milliárd forintnyi összbevétel az ágazatnak egyértelmű többletet jelent. Csakhogy láttuk: e források működésbe hozatala a "régik" intézmények épületeinek, infrastruktúrájának és szolgáltatásainak használatán, valamint a keresztfinanszírozások átláthatatlan szövevényén nyugszik. A szervezetek felől nézve a "pluszok" és "mínuszok" egybevetése szinte lehetetlen. A személyes kereseteket illetően tisztább a képlet: az alapítványok megjelenése az orvosoknak és az egészségügy más dolgozóinak közül nem keveseknek jelentős jövedelem-többletet hozott.

Az igazi nyereség azonban nem mérhető pénzben, noha "forrás-értéke" jelentékeny. Ez pedig az a modernizációs potenciál, amelyet minden felemáságuk és

fejlődésük minden félutassága ellenére az alapítványok az elmúlt évek során megteremtettek. “Régi” társaiknál rugalmasabbak és mozgékonyabbak lévén, nekik köszönhető új gyógyítási és szolgáltatási ágak megjelenése, jelentős korszerű szaktudás felhalmozása, modern eszközök és gépek meghonosítása, továbbá a rések megnyitása az egészségügy “tegnap” még zárt és merev irányítási és szervezeti rendszerén. S bár e modernizációs potenciál teljes kihasználását ma még számos tényező gátolja, mégis azt kell mondanunk, hogy létrehozatalával az alapítványok a hazai egészségügy átalakulásának egyik legfontosabb előfeltételét teremtették meg.