

KELEMEN KATALIN¹

MAGÁNPRAXIS TÖRTÉNET²

<https://doi.org/10.18030/socio.hu.2025.2.139>

ABSZTRAKT

Magyarországon a rendszerváltás/változás gazdasági, társadalmi hatásait vizsgálók elsősorban a társadalmi rétegződés két szélső pólusán zajló eseményekre fókuszáltak, s kevesebb figyelem irányult a középosztályi karrierépítés, feltörekvés módjaira.

Esettanulmányom ilyenre példa, egy orvos-vállalkozó történetét elemzem, aki az úgynevezett „rendszer-váltó generáció” képviselője, s aki élt a történelemadta lehetőséggel, és a kilencvenes évek első felében az elsők között – amikor még főállású maszekként csak néhány fogorvos praktizált – hagyta ott az állami egészségügyet és nyitotta meg az azóta is sikeresen működő főállású magánrendelőjét.

Vajon milyen és honnan származó erőforrások segítették a boldogulását a folyamatosan zajló intézményi változások közepette?

Az interjúalany erőforrásainak leírására a Bourdieu és Coleman nyomán bevezetett tőkefogalmakat alkalmazom, mivel ezek segítségével az intézmények változása összeköthető az egyéni sikerrel, mobilitással. A siker fogalmát elsősorban a foglalkozási, munkapiaci, illetve az anyagi, jövedelmi helyzet dimenziói mentén értelmezem.

Jelen munka forrását 2023 tavaszán és 2025-ben, a szerző által több részletben, Budapesten készült (élet-út)interjú adta. Számolva a metódus korlátaival, az esettanulmányt jól alkalmazható módszer egy sokdimenziós környezetben, interdiszciplinárisan értelmezhető komplex jelenség bemutatására.

Kulcsszavak: rendszerváltás, orvos-vállalkozó, egészségügy, vállalkozói stratégia, sikeres vállalkozó

¹ ELTE Eötvös Loránd Tudományegyetem, Állam- és Jogtudományi Kar.

² A tanulmány az MTA-BTK Lendület „Momentum” Munkaformák Kutatócsoport támogatásával készült.

Köszönöm Apor Péter, Dupcsik Csaba, Horváth Sándor és Lászlófi Viola a kézirat korábbi változatához fűzött megjegyzéseit.

ABSTRACT

PRIVATE PRACTICE STORY

In Hungary, the economic and social effects of regime change have focused primarily on events at the two extreme poles of society, with less attention paid to other modes of career building and advancement between the two extremes. In my case study, I analyse the story of one such doctor/entrepreneur, a representative of the so-called „regime change generation”, who took advantage of the opportunity of history and was one of the first to leave the state health care system in the first half of the 1990s, when only a few dentists were practising full-time in the private sector, and opened a private practice which has been operating successfully full-time ever since. What and where did he find the resources that helped him to thrive amidst constant institutional change? To describe the resources of the interviewee, I use the concept of capital introduced by Bourdieu and Coleman, as this helps to link institutional change to individual success and mobility. I interpret the concept of success primarily along the dimensions of occupational and labour market, financial and income status. The source of the present work is a (life history) interview conducted by the author in Budapest in the spring of 2023. While recognising its limitations, the case study is a highly suitable method for presenting a complex phenomenon in a multidimensional environment, which can be interpreted in an interdisciplinary way.

Keywords: regime change, doctor-entrepreneur, health care, entrepreneurial strategy, successful entrepreneur

MAGÁNPRAXIS TÖRTÉNET

BEVEZETÉS

„Az én szakmámban elcsúszott a rendszerváltás jó pár évvel. 1993-ban alig volt magánrendelő, 1995 végén, mikor felmondtam az állami állásomat, senki nem volt teljesen maszek,³ csak néhány fogorvos”⁴ – mesélte Márton,⁵ a 67 éves orvos, esettanulmányunk főszereplője.

Márton 1957-ben született, a '80-as évek elején volt pályakezdő fiatal, majd a rendszerváltás után az első között önállósodott, több mint 30 éve van magánpraxisa.

Tanulmányomban arra keresem a választ, hogy milyen tényezők összjátéka kellett ahhoz, hogy az állami egészségügy többé-kevésbé kiszámítható életpályája helyett ezt az új utat válassza és sikerrel⁶ is járja be. A még a szocializmus időszakában felnőtt Mártont vajon miféle „vállalkozói szellem” jellemezte és azt hol sajátította el? Vajon milyen és honnan származó erőforrások segítették a boldogulását a folyamatosan zajló intézményi változások közepette?

Márton történetének elemzése egyik eleme annak a kutatásnak, amelyben esettanulmányok,⁷ segítségével arra kerestem a választ, hogy a rendszerváltó generáció⁸ vállalkozó tagjai a szűkebb-tágabb környezetük által meghatározott kényszerek és lehetőségek terében hogyan boldogultak a Kádár-korszak utolsó évtizedében, majd ezekkel a tapasztalatokkal a birtokukban a rendszerváltozás után. Olyanok életútját kutatom, akik – az elitre jellemző tipikus móddal szemben⁹ – nem vettek részt a tőketulajdonosi jogosítványok újraelosztásában.

3 A maszek szót az anekdoták szerint Kellér Dezső író, konferanszié, humorista alkotta az '50-es években a magán szektor mozaikszavaként.

4 Az egyéb forrás megjelölése nélküli idézetek „dőlt betűvel, idézőjelben” a Mártonnal készített interjúból származnak. Az interjút a szerző készítette.

5 Márton nem az igazi neve az esettanulmány szereplőjének, anonimizáltam, bár ő vállalta volna saját néven is, mondván, nincs szégyellni/titkolni valója, büszke a karrierjére.

6 Tisztában vagyunk a siker, ehhez kapcsolódva a társadalmi státusz fogalmának sokdimenziós voltával, nem is kíséreljük meg annak összes szempontját meghatározni. Elsősorban a foglalkozási, munkapiaci, illetve az anyagi-jövedelmi helyzet dimenziói mentén írjuk le és értelmezzük Márton karrierjének, életpályájának alakulását.

7 Három másik eset elemzését lásd: Kelemen 2022 és 2024.

8 A változásokhoz való idomulás kényszere különböző módon érintette az eltérő generációkat. Kolosi, Tóth és Keller (2008) rendszerváltó nemzedéknek nevezték az 1951 és 1965 között születetteket, akik a rendszerváltás idején 26–40 évesek voltak, Márton is ide tartozik. Életkorukból adódóan ők voltak a kevésbé „kompromittált” nemzedék, az előző, az ún. státusváltó generációhoz (1936–1950 között születettek) képest, akiknek a tagjai már a rendszerváltást megelőzően kiforrott társadalmi státusszal rendelkeztek. A rendszerváltó nemzedék tagjai a nyolcvanas években voltak pályakezdő fiatalok, és bár a szocializmus időszakában szocializálódtak, életkorukból adódóan számukra nyíltak meg leginkább új pályák (Kolosi–Tóth–Keller 2008; Kolosi–Róbert 2004).

9 Az átalakulás irodalmában a jó pozíciók megszerzésének hangsúlyos útja a korábbi állami tulajdonrészek megszerzése a társadalmi és politikai kapcsolatok révén.

Magyarországon a rendszerváltás/változás irodalmában kiemelt figyelmet kaptak a társadalmi rétegződés két szélső pólusán zajló események.¹⁰ Kevésbé irányult a figyelem a két szélső pólus között zajló alkalmazkodás, karrierépítés vagy feltörekvés metódusaira (Laki 2001; Zentai 1999). Ezen vállalkozói életutakból tallózok, Márton története is erre példa.

Magyarországon a szocialista rendszer végig elfogadta a (kis)vállalkozók korlátozott jelenlétét, 1982 után pedig már tízezrek gyakorolhatták a vállalkozási tevékenységet.¹¹ Sokak szerint (Kolosi 2000; Szelényi–Kostello 1996) Magyarországon a piacgazdaság alapjai lényegében már a nyolcvanas években kiépültek, és az ekkor szerzett tapasztalatok előnyt jelentettek a rendszerváltást követő időszakban vállalkozók számára.

Mások viszont úgy ítélték meg, hogy a szocialista második gazdaságban szerzett rutin épphogy fékezte a piacgazdaság kiépülését.¹² „A redisztribúciós gépezet letöredezett szélei mentén keletkező gazdasági szféra piaci minősítése kétséges” (Csepeli–Örkény 1990:149), hisz e gyakorlat olyan mértékben épült az állami szektorra és szocializált a normaszegésre, a kikapuk keresésére és kihasználására, hogy az itt szerzett reflexek nem segítettek, hanem pont a modern piaci gazdálkodás kialakulásának gátjaivá váltak (Laki 1994; Kolosi 1987; Klaus–Triska 1994).

Ezen ellentmondásos értelmezés okán is érdekes, hogy a még a szocialista időszakban felnőtt generáció tagjai hogyan állták meg vállalkozóként a helyüket a rendszerváltás után.

Magyarországon a szocializmus időszakában az orvosok vállalkozásának szabadsága némileg eltért az egyéb vállalkozásokra vonatkozó szabályoktól, azonban a magánpraxis és az állami szektor tisztázatlan összemosódása és az abból adódó ellentmondásos hatások és tapasztalatok itt is meghatározóak voltak.

Annak ellenére, hogy az állami egészségügyi rendszer célja: „a mindenki számára hozzáférhető, díjtalan és magas színvonalú egészségügyi ellátás biztosítása” volt – ahogy ezt például Simonovits István volt egészségügyi miniszterhelyettes¹³ tollából is olvashatjuk az orvosegyetemi hallgatók számára 1969-ben írt jegyzetében,^{14,15} a magánpraxis intézménye a szocializmus időszakában végig megmaradt. Magánpraxist folytatni

10 Egyrészt, hogy mi történt a régi elittel, milyen mobilitási folyamatokat eredményezett az átalakulás, kikből rekrutálódott az új elit (pl. Fligstein 1996; Nee 1989; Szelényi 1994 stb.). Szintén sok elemzés készült azokról, akik a korábbi hatékonytalan struktúrák leépülése okán részben vagy teljes egészében kiszorultak a munkapiacról, ami köré korábbi életük szerveződött (pl. Ácsády 2020; Alabán 2019; Valuch 2014 stb.).

11 Az 1982-es Vállalkozási Törvény lehetőséget teremtett kisszövetkezetek, jogi személyiség nélkül Pjt. (polgári jogi társaság), GMK (gazdasági munkaközösség), VGMK (vállalati gazdasági munkaközösség), illetve ISZSZCS (ipari és szolgáltató szakcsoport) létrehozására, az 1988-as Társasági Törvény pedig a jogi személyiséggel bíró társaságok alapításának lehetőségét is kizárta.

12 Második gazdaság alatt „a munkavégző képességnek a gazdaság szocialista szektorán kívüli hasznosítási módjait, illetőleg a jövedelmek társadalmilag szervezett elosztáson kívüli újraelosztási folyamatainak összességét értjük” (Gábor–Galasi 1981:17). Például a legalizált magánszektor; a bejelentés nélküli alkalmazottak és bedolgozók; az illegális (adót nem fizető) iparűzők, szolgáltatók; a háztáji gazdálkodás; a szocialista szektor munkahelyéhez kapcsolódó lakosságijövedelem-áramlások (borravaló); a lakás-, lakrészbérbeadás stb.

13 1957–1963.

14 Idézi Jobst 1994:50.

15 A Horthy-rendszer idején a társadalom 30%-ának volt egészségbiztosítása. A negyvenes évek végére, az ún. egységes társadalombiztosítási rendszer kiépítésének idejére is csak a lakosság 41%-a volt biztosított, mivel a falusi parasztságnak még a hatvanas évek elején sem volt betegbiztosítása. A parasztság csak a szövetkezesítés után lett biztosított, 1963-ban már a lakosság 97%-a részesült ingyenes egészségügyi ellátásban (Jobst 1994).

azonban csak mellékállásban lehetett, ezt a szabályozás¹⁶ közszolgálati állás betöltéséhez kötötte – egészen 1989-ig. Ebből következett a magánpraxis és az állami egészségügyi szektor összekapcsolódásának lehetősége és kényszere. Az állami egészségügy tisztázatlan módon keveredett piaci elemekkel (Jobst 1994), amely örökség a mai napig meghatározó.

A vállalkozó/vállalkozás fogalom értelmezése

A magánpraxis történetének bemutatásakor a (gazdasági) cselekvés interdiszciplináris értelmezésére törekszem, többféle közelítést is relevánsnak tartok. Ezek közül emelek ki néhányat:

A gazdaságelméleti hagyomány¹⁷ vállalkozója olyan piaci szereplő, akinek döntései a profit (bevételeinek és költségeinek különbsége) maximalizálását célozzák. A vállalkozó racionális cselekvő, környezete a piac, ahol az árak hordozzák azon információkat, amelyek a profitorientált optimalizáló döntések meghozatalához szükségesek. A főáramú ökonómia automatikus (piacra reagáló), mechanikus (optimalizáló) és teljes informáltsággal rendelkező, a termelési tényezőket kombináló vállalkozóképéhez képest az osztrák közgazdasági iskola képviselői¹⁸ új elemet vontak be a modelljükbe, amikor a föntiek mellett a vállalkozói viselkedést bizonyos személyiségtypushoz kapcsolták, a vállalkozó cselekvést nem a piacra való automatikus reakcióként, hanem a személyiség által meghatározottnak értelmezték. Náluk a vállalkozói szerep lényege az új gazdasági lehetőségek felismerése és kiaknázása.

A gazdasági cselekvés társadalmi környezetét is figyelembe vevő, weberi hagyományokra épülő gazdaszociológiai elméletek alapvetése a beágyazottság teóriája (Polányi 1976; Granovetter 1992). A társadalmi feltételek megjelenítésének másik bevett formája – a mára már a közbeszédbe is átszivárgott – társadalmi kapcsolatokat tematizáló tőkefajták értelmezése és elemzése.

Márton erőforrásainak leírására a Bourdieu (1986) és Coleman (1988) nyomán bevezetett tőkefogalmakat¹⁹ alkalmaztam, mivel ezek segítségével az intézmények változása összeköthető az egyéni sikerrel, mobilitással (Róna-Tas 1998). Az egyes tőkefajták felhalmozása és használata az intézmények által meghatározott, ám új

¹⁶ 25/1952. (III. 30.) M. T. számú rendelet.

¹⁷ Az ökonómia „fekete dobozában” nem különül el a vállalkozás és a vállalkozó, e holisztikus vagy „antropomorf” vállalatfogalom nem veszi figyelembe az őt alkotó egyéneket.

¹⁸ Az osztrák közgazdasági iskola vagy ún. osztrák iskola a főáramú neoklasszikus közgazdaságtan főbb alaptételeit elfogadó irányzat, azonban az ember gazdasági viselkedését tágabb, ha tetszik, társadalomtudományi keretekben értelmezi. Alapítása az 1870-es évekre nyúlik vissza, második generációjának emblematikus képviselője J. Schumpeter (1934), illetve később I.M. Kirzner (1973), akik a vállalkozói viselkedést elemezték (Madarász 2002).

¹⁹ Bourdieu (1998) tőkén olyan felhalmozott munkát értett, amely segítségével „az egyes aktorok vagy csoportok által külön és exkluzív módon történő elsajátításával lehetővé válik a társadalmi energia elsajátítása is” (Bourdieu 1998:155). Tipológiájában a gazdaságelméletből ismert gazdasági tőkén kívül megkülönböztette a kulturális tőkét és a társadalmi tőkét. A bourdieui fogalomrendszer elsősorban a tőkefajták konvertálhatóságára, másrészt a társadalmi struktúra tőkefajták birtoklásán keresztüli újratermelődési folyamatára hívja fel a figyelmet. Coleman (1990) a társadalmi tőkét funkciójából kiindulva értelmezte. „Nem egyetlen entitás, hanem olyan különböző entitások sokfélesége, amelyeknek két közös vonása van: mindegyik valamely társadalmi struktúra egy aspektusa és megkönnyíti e struktúrán belül az egyének bizonyos cselekedeteit. Mint a tőke többi formája, a társadalmi tőke is termelő, vagyis lehetővé teszi bizonyos, máskülönben elérhetetlen célok elérését” (Coleman 1990:302). Az ezen interperszonális relációkban található társadalmi tőke leggyakoribb formái például a kötelességek, az elvárások, a hatalmi viszonyok, a normák. Más meghatározások már nemcsak azt foglalják magukban, hogy a társadalmi struktúra hogyan támogatja (mint Colemané), hanem azt is, hogy hogyan korlátozza vagy téríti el az egyén célkövető viselkedését.

A társadalmi struktúrához kötődő, illetve a kapcsolatokban meglévő tőkefajták tapadosságuk miatt felfoghatók az egyén „tulajdonaként” is (Grabner–Stark 1996; Róna-Tas–Böröcz 1997).

intézmények megjelenésekor az egyes tőkefajták értéke megváltozik. Ilyenkor az egyének felhalmozott tőkéjüket más tőké(k)re konvertálhatják,²⁰ bár a tőkefajták különböznek átruházhatóságuk, megszerezhetőségük, tartósságuk, oszthatóságuk, átválthatóságuk stb. szempontjából (Róna-Tas 1998; Vedres 1997).

A társadalmi környezetben rejlő erőforrások, a kulturális és társadalmi tőkék jelentősége különösen releváns egy olyan időszakban/környezetben, ahol a gazdasági szereplők gazdasági tőkével szűkösen rendelkeztek, így a „rendszerátváltó generáció” képviselőjének karrierjét vizsgálva is. Az esettanulmány szereplője rendelkezett olyan speciális, relatíve ritka kulturális tőkével,²¹ amit az intézmények változásai felértékeltek, s ami – a társadalmi tőkéje segítségével – magánpraxisának beindulását segítette.²²

Nem lehet eltekinteni a strukturalista-funkcionalista hagyományú institucionalista közelítéstől sem, ahol az intézmények történetének megismerése a múltból eredő strukturális kötöttségek megértését célozza. Magyarországon – többek között – Laki (1998) vizsgálta, hogy a szocializmusban a hatalom milyen teret biztosított a magángazdálkodás számára, milyen kötöttségek között működhetek az önállók, illetve válaszként milyen vállalkozói magatartásformák váltak tipikussá.

A rendszerváltás és/vagy átalakulás folyamatába beágyazódott magánpraxis történetének bemutatásakor tehát csakúgy adekvát a piaci környezetre reagáló közgazdasági megközelítés, akár a vállalkozó személyiségére fókuszáló „osztrák iskola” aspektusa, vagy a tágabb társadalmi környezet, társadalmi feltételek, a múltból eredő, mozgásteret behatároló strukturális kötöttségek szerepének megismerése, csakúgy a történeti szempontok beemelése az elemzésbe.

Az esettanulmányban mindezen nézőpontokat igyekszem érvényesíteni.

MÓDSZERTAN; ÉLETÚTINTERJÚ, ESETTANULMÁNY

Jelen munka forrása az az (életút)interjú, amely 2023-ban (több részletben) és 2025-ben (egy alkalommal)²³ Budapesten készült.

Az interjúvezetési módszerek sokféle technikája közül a kérdező arra törekedett, hogy minél kevesebbet beszéljen, hagyja a megkérdezettet „történeteket mesélni”, hogy a szereplő narratív identitása is minél jobban kirajzolódhasson.

Egy interjú szövege a múlt emlékeinek a jelen perspektívájából való elbeszélése, azaz általa nem tudjuk a múltbeli eseményeket „objektíven” megismerni, csak az alany narratív identitásán keresztül, mint egy társadalmi jelenség – az adott időszakhoz való alkalmazkodás – individuális reprezentációjaként (Kovács 2007, 2011; Immler–Kovács 2022). Így az egyéni életúton, élettörténeten túl a szereplő által konstruált értelmezések is a megismerés tárgyává válnak. E látásmód az egyén társadalmiságára is fókuszál, arra, hogy hogyan látja társadalmi létét (Rosenthal 1993). A múlt ezen értelmezése során az elbeszélő nem a tények passzív letéteményese, nem a folyamatok elszenvedője, hanem aktív szereplő, aki eldönti miként reprezentálja saját magát (Jensen-Welzer 2003; Horváth 2021).

20 Hankiss (1989) koncepciójában hangsúlyos a tőkekonverzió szerepe az elit folytonosságának megőrzésében.

21 Gazdasági tőkével – mint a legtöbben – nem.

22 Idővel mások is igyekeztek alkalmazkodni az intézményi változásokhoz, azaz piacképes tudást szerezni, felhalmozni, így szereplőnk kezdeti előnye később változott.

23 Kiegészítendő a 2023-as interjút.

Egy interjú szituációban az alany identitásán túl az interjút készítő perspektívája is megjelenik (Holstein–Gubrium 2013). A kutató már a kutatási kérdés meghatározásával szubjektív elemet visz a kutatásba, a kérdések már eleve lehatárolják a valóság kutató általi értelmezhetőségét, azaz befolyásolják a kutatási eredményt (Vajda 2003)

Nem szeretnék a továbbiakban hosszan belebonyolódni abba az episztemológiai vitába, hogy mennyiben vagyunk saját világunk, nyelvünk, fogalmaink „rabjai”, mennyiben tudjuk rekonstruálni vagy mennyiben mi konstruáljuk valóságot²⁴ (pl. Szijártó 2006; Bögre 2020, 2024). Egyetértek azzal, hogy „*nincs semleges tudás, mert akik létrehozzák, kutató és kutatott, intézmények és közösségek, mind társadalmi, hatalmi viszonyokba ágyazott, érdekek és értékek vezérelte aktorok*” (Gárdos–Kovács–Vajda 2020:129). Ennek tudatában elemzem Márton történetét.

Megítélésem szerint az (életút)interjú, illetve az abból készült esettanulmány a fönti korlátok ellenére is jól alkalmazható módszer egy sokdimenziós környezetben, interdiszciplinárisan értelmezhető komplex jelenség vizsgálatára.

Az esettanulmány mint módszer egy történet, jelen esetben Márton reprezentációjának a szűkebb tágabb kontextus ismeretében való értelmezésére törekszik. Ehhez nem spórolható meg a kontextus, a szereplő környezetének, tehát a kor politika-, gazdaság-, kultúr- és mentalitástörténeti vonatkozásainak ismerete és hivatkozása sem.

A pozitivista kutatások oksági logikájából kiindulva az esettanulmányt gyakran érte az a vád, hogy részleges, nem ad lehetőséget általánosításra, elméleti relevanciájú következtetések levonására. Érvényességi köre szűk, mivel csak egy vagy kisszámú esetre vonatkozik.²⁵ Ma már a módszertani pluralizmus jegyében többféle logika elfogadott, az eszközök nem versenytársai, hanem kiegészítői egymásnak (Molnár 2013, Takács 2017).

Egy eset adott kontextuson belüli megértése olyan tudással szolgálhat, ami tovább árnyalhatja addigi ismereteinket, illetve akár hipotézisek megfogalmazását is lehetővé teheti.

Azt is ki kell használnunk, hogy a rendszerváltó generáció tagjai, akik megéltek egy történelmi léptékű totális átalakulást, ma még itt vannak velünk, ma még tudjuk kérdezni őket.

²⁴ A pozitivista/posztpozitivisták kontra konstruktivisták/narrativisták vita jó összefoglalóját adja Bögre 2024:36–47.

²⁵ Az esettanulmány mint módszer nem azonos a mikrotörténet fogalmával, utóbbit elsősorban a tárgya határozza meg, ami „*többszövevényes és ismétlődően maga a mindennapi élet és annak szereplői, az átlagemberek, az ő tárgyi világuk, életgyakorlatuk és mentális univerzumuk: vagyis csupa banalitás, történelem alatti jelenség, ha történelmen csak és kizárólag a mindenkori elitet, az államok politikai létét megszabó eseményeket és intézményeket értjük*” (Gyáni 1997:151). Egy mikrotörténet relevanciája abban rejlik, hogy az „*az adott helyen és időben a történetileg elérhető lehetséges megvalósulása*” (Gyáni 1997:1).

„Belém nevelték, hogy nem vagyok része a rendszernek, hátrábbról indulok, mint a többiek, így többet kell teljesítenem.”

SZÁRMAZÁSI CSALÁD, GYERMEKKOR

Márton apai nagyszülei mindketten a tanuláshoz kedvező hátrányos/kívülálló helyzetükből való integrálódásukat. Az apai nagypapa a szegény árva fiú státuszából, az apai nagymama a törvénytelen gyermek státuszából indult.

Márton apai nagyapja egy Zala vármegyei faluban volt körjegyző. Kiemelkedését a helyi uraság jóindulatának köszönhette, aki taníttatta a szegény és árva fiút, így érettségizhetett le. Az apai nagymama,²⁶ a helyi pap törvénytelen gyermeke, tanítónő lett. A tanulás mobilitásban betöltött szerepét az apai nagyszülők „saját bőrükön” tapasztalták, így nem meglepő, hogy mind a négy gyermeküket taníttatták. A legkisebb gyermek, Márton édesapja orvos, bátyja jogász, a két lány tanítónő lett. Innen, az apai nagyszülőktől ered az a beállítódás, amelyet Márton is „örökölt”, miszerint kívülállóként csak kiemelkedő egyéni teljesítménnyel lehet boldogulni.²⁷

Márton bácskai (kántortanító, iskolaigazgató) felmenőkkel bíró édesanyja építőipari technikumot végzett, és férjhezmenetele után (20 évesen) háztartásbeli lett. Pécssett találkozott a helyi honvéd kórház (ide helyezett) fiatal orvosával (Márton apjával), akivel egy nővértől bérelt, a főbérlet szobájától egy függönnyel elválasztott alkóvban²⁸ kezdték meg közös életüket. Később a honvédség saját lakást biztosított a fiatal párnak, amit azután is megtarthattak, miután Márton édesapja megvált a honvédségtől és a megyeszékhely kórházának fül-orr-gégésze lett.

Édesapja maszekban is rendelt; állami egészségügy – felemás piaci viszonyokkal

Márton apja kórházi főállása mellett már a hatvanas évek elejétől, „amikor még ritka jelenség volt”, maszekban is rendelt (minden hétköznap délután/este). A magánrendelő a lakásukon működött, a rendelés alatt Márton édesanyja látta el az asszisztensi feladatokat, és ő tartotta rendben a rendelőként funkcionáló szobát (is).

Egy kisvállalkozás társadalmi tőkéi között a leggyakoribb a család támogatása, szolidaritása, a család anyagi forrásainak és munkaerejének hasznosítása (Kuczi 1996). Márton édesapjának praxisa esetében a lakás használatán túl a családon belüli hagyományos nemi szerepekhez kötődő munkamegosztást átemelték a vállalkozásba is, a vállalkozás mintegy kiterjesztett háztartásként működött.

A betegek az előszobában kialakított váróban várakoztak, ahonnan a család egyetlen WC-je is nyílt. Így a gyermek Márton délutánonként udvarias mosolyok és köszönések között tudta csak megközelíteni a mellékhelyiséget. (A megközelítések számát igyekezett minimalizálni.)

A magánrendelő eszközeit az édesapa egy kolléga hagyatékának megvásárlásával szerezte be. Ez nem igényelt különösen nagy befektetést – fül-orr-gégész lévén – az eszközpark néhány kézi műszerből és egy sterilizáló készülékből állt. Nagyon drága műszerek akkor még nem voltak, és jóval kevesebb előírás szabályozta a magánrendelés működési feltételeit. Magánpraxist csak mellékállásban lehetett végezni, a magánrendelés

26 Bár volt kapcsolata az édesapjával, az édesanyja nevét viselte. Ő és aztán gyermekei is, többek között Márton édesapja, csak „bácsinak” szólították a pap apát/nagypapát.

27 A nemzedékről nemzedékre átörökölt értékek, habitus szerepéről a gazdasági cselekvésben lásd: Szelényi–Manchin 1988.

28 Ablaktalan hálófülke.

és a kórházi főállás összekapcsolódott, a magánrendelőben nem elvégezhető tevékenységet, például egy műtétet, Márton édesapja (is) a kórházban bonyolította le.

A szocializmus időszakában a magánygyakorlatot is folytató orvosok kizárólag járóbeteg-ellátást végezhetek, ahol azonban

- nem volt mögöttük kórházi háttér,
- nem tudták elvégezni a szükséges műszeres vizsgálatokat (röntgen, labor stb.),
- nem konzultálhattak azonnal más szakorvosokkal.

Mindezeket csak az állami egészségügyi intézetekben tudták megoldani, így kialakult az a gyakorlat, hogy az orvos a magánpraxis betegeit is az állami egészségügyi intézet(ek)ben látta el; munkaidőben, adómentesen, az intézmény felszerelésének és asszisztenciájának díjtalan igénybevételével, és a hálapénz az állami intézményben bonyolított magánpraxis díjává vált. Az állami egészségügy tisztázatlan módon fonódott össze a magánpraxisokkal (Jobst 1994).

A hálapénz, a paraszolvencia²⁹ fogalma többféle jelenséget is magába foglalt a hazai egészségügyben (Kornai 1998):

- Egyrészt, mikor a beteg vagy a hozzátartozója adott az orvosnak (vagy ez egészségügyi személyzetnek) pénzt az ingyenesen járó szolgáltatásért – a gondosabb ellátás reményében.
- Másrészt a magánpraxis keretében adott díj azon hányada, ami után az orvos nem adózott.
- A kettő összemosódott, mikor a magánpraxisban fizetett díj ellenében a beteg az állami keretek között kapott privilégiumokat.

A magyar egészségügyi rendszert a szocializmus évtizedeiben (is) az alulfinanszírozottság jellemezte, s az ebből adódó hiány is elősegítette a hálapénz intézményesülését.

Ha a páciens magánorvoshoz fordult, vagy hálapénzt fizetett a gondosabb ellátás reményében, az ellátását gyakorlatilag duplán fizette meg. Kialakult az egészségügy „duális struktúrája”, az állami egészségügy intézményrendszerén belül a félillegális, hálapénzen alapuló magánszektor. Állami egészségügy – felemás piaci viszonyokkal (Orosz 1998).

A hálapénzt az orvostársadalom és a lakosság is szükséges rossznak ítélte, amivel megtanult együtt élni (Bognár–Gál–Kornai 1999). E gyakorlat fenntartásának okát Jobst (1994) gazdasági és politikai kontextusban értelmezte; egyrészt így alacsonyan lehetett tartani a béreket, másrészt az orvostársadalom megbélyegzése, morális aláásására is alkalmas volt. Egyfajta sajátos „alku” volt a hatalom és az orvostársadalom között. A hálapénz révén mind a beteg, mind az orvos kilépett a rosszul működő állami egészségügyi rendszerből, a beteg nem hitt az ingyenes kezelés eredményességében, jobb bánásmódot remélt, közben az orvosi hivatás nimbusza sérült az elfedett piaci viszonyok miatt, viszont az orvos jövedelemhez jutott, korrigálta a fizetését, és haszonélvezője lett a rosszul működő egészségügyi rendszernek (Losonczy 1986; Orosz 1986).

A hálapénz révén a beteg is, az orvos is autonóm módon döntöttek; „*a döntés a külön pénz fizetésére mégiscsak a beteg egyfajta szuverenitásának³⁰ kifejeződése, az, hogy az orvos elfogadja, ennek a szuverenitásnak, kettőjük sajátos »magánkapcsolatának« elismerése*” (Losonczy 1986:128).

²⁹ Orvosi körökben ez a kifejezés terjedt el (Kornai 1998).

³⁰ Ez különösen fontos egy olyan rendszerben, ahol nincs szabad orvos- és kórházválasztás, hanem a területileg illetékes helyen/úton veheti igénybe az állampolgár az ingyenes egészségügyi ellátást.

Ugyanakkor a deklarált ingyenesség és a hálapénz létezésének ellentmondása okán hitelüket veszítették az olyan értékek, mint a társadalmi szolidaritás vagy az egészségügyi ellátáshoz való egyenlő hozzájárulás (Orosz 1986).

Míg a gazdaság egyéb területein a piaci szocialista reformok időszakában a szürkegazdaság terebélyesedett el, addig az egészségügyben a hálapénz létezése és demoralizáló hatása gátolta a korrekt egészségügyi magánvállalkozások fejlődését (Kornai 1998).³¹

A hálapénz megoszlása nem volt egyenletes, voltak olyan szakterületek, ahol ritkán és csak kis összegben fizettek, máshol szinte mindig mindenki, jelentős összegeket. Szokás volt fizetni, ha az orvos kiment a beteg lakására, illetve műtét esetén. Azaz a hálapénz legnagyobb részét a fekvőbeteg-ellátásban fizették (Bognár–Gál–Kornai 1999). A hálapénz azonban nem az egyetlen „fizetőeszköz” volt az egészségügyi árnyékgazdaságban, volt/van egy – a lakosság megítélése szerint – még a hálapénznél is keményebb valuta: a protekció (Bognár–Gál–Kornai 1999).

A szocializmus hiánygazdaságában a hetvenes, nyolcvanas években Budapesten és a nagyvárosokban a lakásrendelők egyre szaporodtak, *„ezekre azonban mind a praktizáló orvosok, mind a betegek az állami egészségügyet kiegészítő kisipari tevékenységként tekintettek”* (Lantos 2018:286).

Kádárkori jólét, iskolák, tanulás

Márton édesapja magánpraxisának beindítása után a család kimondottan jó anyagi körülmények között élt. 1959-ben vették meg az első személygépkocsijukat (ekkor még kölcsönből), akkor, amikor még egyáltalán nem volt természetes, hogy egy család autóval rendelkezzen.³² Csakúgy, mint ahogy a nyaralás is privilégiumnak számított, a legtöbb esetben külföldön, amikor lehetett, „nyugaton”.³³ Az 1968-as olaszországi nyaralásukra Márton – aki akkor 11 éves volt – ma is jól emlékszik.

Emlékei szerint édesapja németül,³⁴ angolul és franciául is értett (valamennyire), követte az idegen nyelven elérhető sajtót és a szakterületéhez kapcsolódó szakirodalmat. Felnőttként is próbálta fejleszteni nyelvtudását, angolórát is vett egy magántanártól. Ez nem volt szokványos, a nyolcvanas évekig erőteljesen elszigetelt országunkban nagyon alacsony volt a nyelvtanulási motiváció és a nyelvtudás.³⁵

A szülők Márton esetében is kimondottan erős hangsúlyt helyeztek a nyelvtanulásra, a nyelvismeretre.

31 Az „ingyenes” egészségügyi ellátásért fizetett hálapénz tipikusan szocialista, illetve posztoszocialista – és kínai – jelenség, Magyarországon kívül Romániában, Bulgáriában és Lengyelországon volt a legelterjedtebb (Kornai–Eggleston 2004).

32 Magyarországon az ötvenes évek elején a személygépkocsikat államosították, a Rákosi korszakban az autóbirtoklás kivételes jog volt. 1956 után alakult ki az autóelosztás központi rendszere, amely nagyjából a Kádár korszak végéig jellemző volt. 1957-től nyílt meg a lehetőség arra, hogy magánszemélyek személygépkocsit vásárolhassanak. A hatvanas és a hetvenes években még luxuscikknek számított az autó, a nyolcvanas évekre vált viszonylag általános terméké (Karlaki 2008; Valuch 2007).

33 A szocializmus időszakának elején kevesek kiváltsága volt a külföldi utazás. A hetvenes évektől a szabályok némileg lazultak, de a hatóságok továbbra is élesen elhatárolták a keleti (baráti), illetve a nyugati (imperialista) országokba történő utazást. A keleti szocialista országokba ekkortól korlátozások nélkül lehetett utazni (az 1972-ben bevezetett piros útlevéllal), míg a nyugati utakhoz szükséges kék útlevelet, illetve a nyugati határátlépéshez szükséges engedélyt csak jóval nehezebben, szűkebb körben, azt is legfeljebb csak háromévenként lehetett megkapni (Tóth–Péter 2018).

34 A II. világháború alatti orvosképzést egy időre áttelepítették Németországba.

35 1960-ban a magyar lakosság 4%-a beszélt németül, 0,4%-a angolul. Az 1960-as népszámlálás adatai alapján (Vágó 2007).

Német nyelvű óvodába, majd általános iskolába járaták, 11 éves korától „cseregyermekként”³⁶ három nyáron át kiküldték az NDK-ba egy-egy hónapra nyelvet tanulni, majd később Angliába is.³⁷ Megjegyzem, 11 évesen egy hónapot idegenek között eltölteni nagyfokú önállóságra vall, és – emlékei szerint – Márton némi pityergés ellenére összességében jól érezte magát, szívesen ment a következő évben is.

Mindezek mellett magántanárnál is tanult, nemcsak németül, hanem angolul és oroszul is. Úgy emlékszik, a magánórák még a jómódú család számára is drágák voltak, de a szülők erre nem sajnálták a pénzt. Mire érettségizett (1975), már rendelkezett német és angol nyelvvizsgával. Később oroszból is levizsgázott, amit a már felnőttként, önszorgalomból megtanult francia (és olasz, igaz, ez utóbbiból már nem vizsgázott le) követett.³⁸

Szülei, ha formálisan nem is – bár apja 1956-ban a munkástanács elnöke volt a kórházban³⁹ –, informálisan, magánemberként szemben álltak a politikai rendszerrel, nem voltak az államszocializmus hívei. Édesapjának korai magánpraxisa valószínűleg nemcsak a magasabb jövedelem elérését célozta, hanem a rendszertől való függetlenedés vágya is motiválta. Többek között az autonómiára való törekvés⁴⁰ jeleként is értelmezhetjük az idegen nyelvek elsajátítását.⁴¹

E politikai szembenállás okán is ítélték a fiukat érdeklő jogász/ közgazdász pályát túl veszélyesnek,⁴² túl politikaközelinek, és terelték a – politikailag semlegesnek tekintett – orvosi pálya irányába, így Márton az érettségi után a Pécsi Orvostudományi Egyetemen folytatta tanulmányait.

A nagyszülőktől ívelő útmutatással, miszerint tanulni kell és jól teljesíteni, mert ez a boldogulás útja, ő is azonosult. *„Belém nevelték, hogy nem vagyok része a rendszernek, hátrábbról indulok, mint a többiek, így többet kell teljesítenem, például, ha egyetemre akarok kerülni”* – emlékezett Márton.

Szülei azon elvárása, hogy diplomát szerezzen, számára is magától értetődő volt. Az iskoláiban mindig kiválóan teljesített, ebből adódóan a tanárai egy részével nagyon jó volt a viszonya, némelyekkel viszont feszült.⁴³ A jó tanulóval szembeni bizalom alkalomadtán elvárásokkal is járt, például az általános iskola *„igazgató elvtársának”* gyermekét szerinte azért ültették mellé, hogy tudjon súgni neki.

Általános iskolába a pécsi tanárképző főiskola gyakorló iskolájába járt német tagozatra. Már egyetemista korában történt, hogy alsó tagozatos tanítónője, akit nagyon szeretett, szerepelt egy rádióműsorban, ahová Márton is meghívást kapott, mint egyik kedvenc volt tanítvány. Az ő számára itt, ebből a beszélgetésből de-

36 Nyelvtanulás végett, kölcsönösségi alapon, idegen ajkú családhoz más vidékre küldött gyermek. Ez Márton esetében minden nyáron két hónap idegen nyelvű környezetet jelentett, hisz egy hónapig ő vendégeskedett külföldön, majd egy hónapra a cseregyerek érkezett hozzájuk.

37 Márton szülei orvosismerőskön keresztül tudták megszervezni gyermekük NDK-beli és angliai fogadását.

38 Később közalkalmazott orvosként nem kis feltűnést keltett kollégái körében, hogy három felsőfokú (angol, német, francia) és egy középfokú (orosz) nyelvvizsgálja után kapott nyelvpótlékot.

39 Ennek később nem lett semmilyen következménye.

40 Például a nyugati sajtóból való informálódás is.

41 A legtöbb volt szocialista országban, így Magyarországon is *„1989 előtt az angol és más ’nyugati nyelv’ ismerete olyasféle intellektuális kalandnak minősült, mint az, ha valaki hangszerezen játszott, tudott keringőzni és polkázni, vagy verseket olvasott”* (Healey 1993:13), politikai kontextusban pedig *„a felforgató tevékenységek határát súrolta”* (Gill 1993:15).

42 Édesapja jogász testvére a háború alatt hadbíró volt, majd otthagyta a pályát és lakatosként élte le az életét.

43 A feszültség például abból adódott, hogy gimnazista korára némelyik angoltanáránál jobban beszélt angolul, amit jelzett is, kijavítva a tanárok hibáit.

rült ki, hogy tanító nénije túlélte Auschwitzot. A tanítónő története nagyon megrázták, nagy hatással voltak rá: „így lettem filozemita” – mondta.

A patinás pécsi Leőwey Klára Gimnázium angol tagozatán⁴⁴ érettségizett, ahol emlékei szerint kissé különnek számított az osztálytársak között, például azért, mert sokat olvasott (szépirodalmat), ráadásul főleg idegen nyelveken. Ennek ellenére úgy érzi, nem szigetelődött el, voltak az osztálytársak között barátai, akikkel délutánonként is összejártak. Úgy gondolja, nyitott volt mindenki iránt, de távol állt tőle a konformizmus, hogy bármit elfedjen, titkoljon a többiekhez igazodás, megfelelés okán, ha tetszik autonóm módon viselte eminensségét.

Iskolái közül az egyetemen érezte magát a legjobban, az ottani közösség szemében volt műveltsége, nyelvismerete leginkább érték, nem pedig furcsaság.

Megítélésem szerint az autonómiára való törekvése meghatározó lett később, mikor a magánpraxist választotta az állami egészségügy grádicsai helyett.

Nyitottságát pedig többek közt tetten érhetjük abban is, hogy felnőtt életének hobbjai, luxusa az utazás lett, minél több kultúra megismerése.

A tanulásban mindig is motivált Márton a középiskola után az egyetemen is kiválóan teljesített, nemcsak a vizsgákon, hanem TDK-versenyeken is. Kiemelkedő teljesítménye miatt már egyetemistaként invitálták, hogy lépjen be a pártba,⁴⁵ amit udvariasan, de konzekvensen elutasított.⁴⁶ Otthonról hozott értékeit egyetlen iskola sem írta felül.

PÁLYAKEZDÉS AZ ÁLLAMI EGÉSZSÉGÜGYBEN

Szakmai szempontból az orvosi pályát – a legmagasabb presztízzsel rendelkező és a legtöbb tudás megszerzését biztosító – fekvőbeteg-intézményben kívánatos kezdeni (Bánlaky–Kérész–Solymosi 1981), így történt ez Márton esetében is. Specializálódásában szerette volna – a számára példakép – édesapját követni, azaz fül-orr-gégészeten elhelyezkedni, ez azonban elsőre nem sikerült, így az egyetem elvégzése után a Pécsi Gyermekklinika rezidens⁴⁷ gyermekgyógyászként indult a karrierje 1981-ben. Első munkahelyére jó iskolaként emlékszik, ahol nagyon sokat tanult.

Magánéleti okokból – időközben megnősült, szintén orvos felesége Budapesten szeretett volna pszichiáter rezidens képzésen részt venni – Budapestre költözött (1984), és az egyik budapesti gyermekkórház gyerekgyógyászként helyezkedett el. Két évig, mielőtt státuszt kapott a kórház fül-orr-gégészeti osztályán,⁴⁸ több más osztályon is megfordult. Az ebből adódó horizontális orvosi ismereteket, tapasztalatokat és az ekkor szerzett szakmai/emberi kapcsolatokat fontosnak tartja a mai napig. Persze megismerkedett a kórházi kötött hierarchia, az orvosi szakmai rend árnyoldalaival is, amely szerint egy orvos a fölérendelt orvostól engedelmességi függőségben létezik, annak kiszolgáltatott (Losonczi 1986:167). Volt olyan osztály, ahonnan

44 1956-tól lett nemzetiségi német, 1970-től pedig angol tagozat.

45 Mármost az (1956 és 1989 közötti) egyetemenbe, az MSZMP-be (Magyar Szocialista Munkáspárt).

46 Márton emlékei szerint a Pécsi Orvostudományi Egyetem volt a „vörös orvosi egyetem”, mely jelzőt az ott folyó aktív politikai tevékenység révén „érdemelte ki”.

47 Rezidens: olyan (orvosi egyetemet végzett) orvos, aki még nem rendelkezik szakvizsgával, de megkezdte valamely szakirányban a képzését.

48 Ekkor ürrült státusz, amit megpályázhatott.

azért „menekült el”,⁴⁹ mert szembesülnie kellett az inkompetens osztályvezető által elkövetett műhibával, majd annak eltussolásával.⁵⁰

Az intézményi környezetet tekintve a rendszerváltozás után is megmaradt az állami egészségügy makrogazdaságban elfoglalt alárendelt szerepe, pénzügyi pozíciója a költségvetésben pedig egyre romlott. *„Az egészségügy duális struktúrája is fennmaradt, tovább éltetve a hálapénzt, a hatalom és az orvostársadalom közötti »alku« intézményét, ami egyben az egyik fő akadályozó tényezője lett a kiegészítő biztosítások piaca kialakulásának is”* (Orosz 2008:12).

Igaz, már 1989-ben megkezdődött a szolgáltatói és finanszírozási oldal szétválasztása: 1989-ben került az állami költségvetésen kívülre a Társadalombiztosítási Alap, amely 1992-ben vált szét Nyugdíjbiztosítási Alapra és Egészségbiztosítási Alapra. 1993-ban született törvény az Országos Egészségbiztosítási Pénztár és az azt irányító Egészségbiztosítási Önkormányzat létrehozásáról. Azaz, a dominánsan állami tulajdonban lévő szolgáltatók finanszírozása formailag⁵¹ kikerült a költségvetés hatálya alól (Kornai 1998; Losonczi 1998).

A legnagyobb egészségügyi szolgáltatók továbbra is a közkórházak és a köztulajdonú rendelőintézetek maradtak, a legnagyobb vevő a TB. Kevés volt az egyértelműen piaci jellegű kapcsolat a magánszolgáltatók és a saját zsebből fizető magánbetegek között.

1993-tól vált lehetővé az önkéntes egészségbiztosítási pénztárak alapítása, 1997-ben 30 ilyen pénztár működött 5436 taggal (Kornai 1998:100). Összehasonlításképpen: a TB-ellátásra jogosultak köre ekkor több mint 7 millió fő volt, azaz a magánbiztosítottak aránya az 1%-ot sem érte el.

Visszatérve a rezidens Márton történetéhez, végül három területen szerzett szakvizsgát: gyermekgyógyászként, gyermek fül-orr-gégészként, illetve felnőtt fül-orr-gégészként is. Megítélése szerint nem egyedi, nem ritka, hogy egy orvosnak két vagy akár három szakvizsgája is van.

MAGÁNRENDELÉS – MELLÉKÁLLÁSBAN, MAJD FŐÁLLÁSBAN

1986-ban Márton korán megözvegyült édesanyja is Budapestre költözött, hogy közelebb legyen egyetlen gyermekéhez. A rendszerváltás környékén egy családi összejövetelen a rokonok a mamának vetették fel, hogy a fia vajon miért nem nyit egy magánrendelőt. A mama az – apai minta nyomán kézenfekvő – ötletet⁵² közvetítette Mártonnak, illetve a rendelő helyszínéül lakásának egyik szobáját is felajánlotta.

A mellékállású magánrendelés 1993-ban nyílt meg édesanyja lakásán. Az apai példa tapasztalatainak birtokában ez nem volt ismeretlen szituáció egyikük számára sem. Márton úgy gondolta, úgyis rendszeresen látogatja édesanyját, így praktikusán a látogatások némi mellékjövedelem szerzésével is együtt járnak. Azaz, csakúgy, mint édesapja idejében, a családi erőforrások és szerepek belesimultak a magánpraxis keretei közé. A helyszínen és az anyai segítségen⁵³ túl rendelkezésére álltak édesapja műszerei is, azaz komolyabb befektetésre nem volt szüksége a magánrendelés indításához.

49 Ha a „hűség” morálisan elfogadhatatlan, a „tiltakozás” nem lehetséges, csak a „kivonulás”, azaz odébbállás marad (Hirschman 1995).

50 Lásd az „orvosi rendi összetartás” elemzését: Losonczi 1986:147–151.

51 Azért formailag, mert a kormány törvényi kötelezettsége kifizetni az egészségügyi pénztár deficitjét. (1992. évi államháztartási tv. 1996. évi módosítása, *Magyar Közlöny*, 1996. december 21.) (Kornai 1998).

52 Márton és édesanyja csodálkoztak is, hogy ez eddig nekik nem jutott eszükbe.

53 Takarítás, az ajtó kinyitása, esetleg asszisztálás stb.

„Csak az volt a kérdés, honnan és hogyan lesznek páciensek”, a kliensek rekrutációja

A „hólabda” a főállásától, a kórházból indult. A kórházban egy másik osztályon dolgozó kolléganő konzultációt kért tőle egy amerikai kislány betegségével kapcsolatban. A sikeres kezelésen túl a kislány szülei boldogok voltak attól is, hogy (végre) angolul tudtak kommunikálni gyermekük betegségéről egy orvossal. Annak is örültek, hogy ez az orvos közvetlenül is elérhető a magánrendelésén, nem kell megküzdeniük a kórházi szervezet általában idegen nyelven nem beszélő tagjaival, például a portással, a telefonközpontossal stb.

Az egészségügyi ellátáshoz való hozzáférés alapvető feltétele, hogy a beteg megfelelően tudjon kommunikálni az egészségügyi szolgáltatóval (Perkins 2003). „A kommunikáció magában foglalja az információcserét, lehetőséget ad a betegnek arra, hogy tájékozott bejegyzését adja a kezeléshez, és szükséges ahhoz is, hogy létrejöjjön az az orvos-beteg kapcsolat, ami bizalmi viszonyon alapul” (Gellér 2012:31). A nyelvtudás hiánya alacsonyabb szintű ellátáshoz vezethet, és veszélyeztetheti az ellátás folyamatosságát is (Dauvrin 2012).⁵⁴ Az alulfinanszírozott magyar állami egészségügy esetében a külföldi betegek megfelelő kommunikációjának feltételei – nem meglepő módon – akkor sem voltak biztosítva.

A kommunikáció fontosságát nem lehet eléggé hangsúlyozni, hatékony gyógyítás nincs megfelelő kommunikáció nélkül. Az információs aszimmetriából⁵⁵ adódóan is kiszolgáltatott beteg orvosba vetett bizalma nélkülözhetetlen az együttműködéshez, például azért, hogy az orvos is hozzájusson a diagnózist megalapozó információkhoz (Pilling 2008).⁵⁶

Az említett sikeresen kezelt kislány az úgynevezett amerikai iskolában⁵⁷ tanult, ahol aztán Márton neve kézről kézre járt a szülők között, majd felkerült az iskola által ajánlott orvosok listájára.

A külföldiek hozzáférését egy másik ország egészségügyi rendszeréhez a nyelvi akadályokon túl elvileg tovább nehezíthetik a kulturális különbségek, a páciensek eltérő betegségtudata, illetve a hátrányos szociális helyzete (Priebe et al 2011). E problémák Márton (potenciális) páciensei esetében nem voltak jellemzőek. Páciensei jórészt a rendszerváltás után Magyarországon munkát vállaló diplomatákból, külföldi cégek magyarországi leányvállalatainak képviselőiből, illetve családtagjaikból álltak, akiknek anyagi/jövedelmi helyzete, lehetőségei felülmúlták a hazai átlagot, pont ezért jelentettek fizetőképes keresletet a szolgáltatása számára.

54 Ha fennállnak a nyelvi akadályok, akkor a betegek sokkal gyakrabban veszik igénybe a sürgősségi ellátást, és kevésbé az alapellátást (Dauvrin 2012).

55 A közgazdaságtan az információs aszimmetriát a piaci kudarcok közé sorolja, azaz az olyan helyzetek közé, amikor hatékonyságvesztés lép(het) fel. Információs aszimmetriáról akkor beszélünk, ha a tranzakcióban részt vevő felek egyike több vagy pontosabb információval rendelkezik, mint a másik. Ez azért rossz, mert fennáll a veszélye annak, hogy nem a leghatékonyabb döntéseket hozzák meg a felek, például az orvos-beteg kapcsolatban a beteg alulinformáltsága miatt könnyebben kaphat szükségtelen, rossz minőségű és/vagy túl magas költségű szolgáltatást (Samuelson–Nordhaus 2012).

56 Az orvos és a beteg (betegségre vonatkozó) tudásának különbsége hatalmi egyenlőtlenségeket is implicál, amely a konkrét orvos-beteg interakciókban jelenik meg változatos, de tipikus mintákban megragadható módon. E viszonyokat, mintákat az orvos és a beteg mikroszociológiai jellemzői és makroszociológiai környezete is befolyásolja.

Az orvos beteg hatalmi aszimmetria erősebb volt a szocializmus időszakában, amit az egyoldalú, redukált, az orvos által dominált kommunikáció jellemzett. Azóta egyre inkább elterjedt a kétoldalú, a páciens és a hozzátartozóit partnernek tartó kommunikációs stílus – legalábbis – igénye (Dupcsik 2020).

Fischer (2016) esettanulmánya a rendszerváltás időszakában az egészségügybe, az orvosokba vetett bizalom megingását dokumentálja.

57 Az amerikai iskolát (*American International School of Budapest*) 1973-ban alapította az Amerikai Egyesült Államok budapesti nagykövetsége az USA Budapestben dolgozó diplomatainak gyermekei számára. Az iskolába járó diákok köre azóta bővült, több Magyarországon működő nemzetközi cég és nagykövetség is ide küldi dolgozóinak gyermekeit, illetve a tanulók közt fellelhetők a magyar elit gyermekei is.

Márton így ismerkedett meg a finn Tetra Pak vezérigazgatójával (gyermeke az amerikai iskolába járt), aki együttműködést ajánlott számára: menjen ki a céghez heti egyszer, aminek honorárium a nagyjából a havi kórházi fizetésével⁵⁸ volt egyenlő. Később hasonló ajánlat érkezett a dán Palmolive helyi képviselőjétől, majd a neve felkerült az amerikai nagykövetség által ajánlott orvosok listájára és egyre több biztosító listájára is. Azaz, az egyik kapcsolat hozta a másikat, a „hólabda” működött. Páciensei döntő többségében külföldiek voltak, a hazai betegek aránya elenyésző volt.

A döntés: magánpraxis főállásban

Ahogy bővült a magánpraxisa úgy lett egyre megterhelőbb a főállás és a mellékállás együtt, túl sok lett a munka, választania kellett. Kollégái általános csodálkozása mellett felmondott a kórházban és főállásban folytatta magánpraxisát. A kollégák meglepődése leginkább abból adódott, hogy a sikeres önálló magánpraxis lehetősége eddig nem szerepelt a lehetséges karrierutak között. Az addigi gyakorlatból adódóan csak az állami egészségügyi intézményekhez kapcsolódva tudták elképzelni a magánszolgáltatást. Egyrészt az orvosok nem rendelkeztek a legtöbb magánpraxis tőkeakkumulációjához szükséges anyagi erőforrással, másrészt a betegek rekrutációját is csak az állami egészségügyi intézményekhez kapcsolódva tudták elképzelni.

Magyarországon 1989-től tette lehetővé a jogrendszer, hogy egészségügyi vállalkozásokat lehessen létrehozni (a közalkalmazotti főállás feltétele nélkül is). A kilencvenes évektől el is kezdődött a magánszektor kínálatának és igénybevételének lassú bővülése⁵⁹ (elsősorban a járóbeteg-ellátásban, képalkotó diagnosztikában, egynapos sebészetben) (Orosz 2008). 1995-ben a magánegészségügy döntően még mindig a mellékállásban, „maszekban” is dolgozó orvosokat jelentette, néhány fogorvosi rendelő kivételével még nem volt jellemző a főállású magánpraxis. A hazai magánegészségügy térnyerése a következő évtized(ek) története lett.

Márton döntését leginkább az motiválta, hogy több időt szeretett volna a családjával tölteni (négy gyermekéből kettő ekkor már megvolt). Kevésbé volt ösztönző a magas(abb) jövedelem elérése.⁶⁰ „Nagyon nagy jólétre nem számítottam, a kérdés az volt, tudok-e majd annyit keresni, mint a kórházban.”⁶¹ Ez várakozásain felül sikerült.

1994-ben az orvosok átlagos havi nettó bére 52000 Ft, egy ipari munkás átlagos bérének 1,3 szorosa volt (Veczán 2020). E mellett Márton is kapott és elfogadott hálapénzt, ami emlékei szerint összességében

58 1995-ben Magyarországon a teljes munkaidőben foglalkoztatottak havi nettó átlagkereslete 25891 Ft volt (KSH: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qlio42.html).

59 Ezzel párhuzamosan az intézményi változások értelmezéséhez kapcsolódó viták is, például a szimbiózis és/vagy a parazitizmus vita az állami (önkormányzati) és a magánegészségügy ideális viszonyáról: „Megkezdődött a közszolgálati, korábban állami, ma önkormányzati alkalmazásban álló orvosok szabad vállalkozása, sok helyen a korábban állami, ma önkormányzati vagyont képező kórházi infrastruktúrával. Egyre-másra alakultak a kft.-k, amelyek csak annyiban nem tartoznak a kórházhoz, hogy a betegeik, akiket ugyanott és ugyanakkor látnak el, mint a biztosított beteget, nem hálapénzt adnak, hanem előre meghatározott összeget fizetnek... ezek az orvosi kft.-k közönséges paraziták, amelyek – akárcsak a tyúkhúr a gazdanövényre – rátelepszene a kórházra, és belőle táplálkoznak. Felszereltség híján önállóan életképtelenek lennének” (Vargha 1992:1). „Szeretném felhívni a cikkíró szíves figyelmét a szimbiózis és a parazitizmus közötti igen lényeges különbségre. A szimbiózis ugyanis két vagy több különböző szervezet kölcsönösen hasznos együttélését jelenti, míg a parazitizmus során az élősd a gazdaszervezet rovására érvényesíti életigényét. [...] a meglévő, illetve a hiányzó funkciók és kapacitások gondos figyelembevételével [...] két szervezet működésében kölcsönösen kiegészíti egymást, miközben az egymásnak nyújtott infrastruktúráis, valamint egészségügyi szolgáltatásokat korrekt szabályok szerint számolják el” (Péteri 1992:1).

60 Ellentétben a gazdaságelmélet feltételezésével.

61 Beleértve a főállásban kapott hálapénzt is.

alatta maradt a kórházi fizetésének.⁶² A hálapénz nagysága/aránya – ha az állami kórházban marad – később valószínűleg nőtt volna, hisz ekkor még fiatal orvosnak számított.

Szintén a motívumok közé sorolható, hogy Márton nem kifejezetten vágyott egy állami kórházban elérhető karrierre,⁶³ komoly ellenérzései voltak az állami egészségügyi rendszer orvosi rendi hierarchiájával szemben, vonzotta az önállóság, a függetlenség, ami ugyancsak megkönnyítette döntését. A vállalkozók személyiségére fókuszáló elméletek, amelyek próbálják meghatározni azokat a tulajdonságokat, amelyek elősegítik a vállalkozók változó környezethez való alkalmazkodását, szintén hangsúlyozzák az önállóság, az autonómia szerepét (pl. Schumpeter 1934; Kő 2002). Az autonómiára való törekvés, mint láttuk, már gyermekkorában jellemezte Mártont.

Szolgáltatása gyakorlatilag háziorvosi és fül-orr-gégészeti rendelést jelent(ett) gyermekek és felnőttek részére. Magánpraxisának fontos feltétele volt, hogy e tevékenység nagy része nem igényel kórházi felszereltséget, nagyon drága eszközöket. A szükséges fül-orr-gégészeti műtétek elvégzéséhez magánpraxisának kezdetén szerződésben állt egy állami kórházzal annak érdekében, hogy az általa végzett műtétekhez használhassa a kórházi infrastruktúrát. Ezt később feladta, úgy gondolta, hogy „évi 1–2 műtétet nem lehet megcsinálni, az már nincs benne a kezében”. Ha úgy ítéli meg, hogy műtetre lenne szükség, az abban jártas kollégákhoz irányítja pácienseit. Véleménye szerint a hazai gyermek fül-orr-gégészeti gyógyításban jóval több műtétet végeznek, mint amennyi valóban indokolt lenne.⁶⁴

Fontos volt számára, hogy kövesse a nemzetközi szakirodalmat, valamint tisztában legyen a külföldi kollégák módszereivel. A zömében külföldi páciensei is erősítették benne ezt az igényt. Kulturális tőkéjének fontos eleme, a nyelvismerete módot is ad(ott) rá, hogy olvassa a nemzetközi szakirodalmat, külföldi konferenciákon vegyen részt, illetve hogy külföldi kollégákkal konzultáljon akár olyan metódusokról is, melyek nem képezik a konferenciák tárgyát, például alapbetegségek kezeléséről. Megtapasztalta, megtanulta, hogy néhány egyszerű módszer segítségével jó néhány standard műtét, beavatkozás (pl. mandula-, orrmandulaműtét, fülfelszúrás) elkerülhető. Így például nagyobb fiának még saját kezűleg vette ki az orrmanduláját, a kisebbek esetén – újabb ismeretei révén – erre már nem került sor.

Márton mindig is nyitott volt az újra, soha nem elégedett meg a becsontosodott, standardizált módszerekkel, folyamatosan tanult. Önmagában a hagyománytisztelet kevés, hogy letegye valami mellett a voksát. Ez kitűnik például olyan apróságból is, hogy nem a hagyományos orvosi szerep „jelmezében”, fehér köpenyben fogadja betegeit, hanem egyszerű hétköznapi (farmer+poló vagy ing) viseletben. E viseletet értelmezhetjük az orvos-beteg hatalmi aszimmetria csökkentésére való törekvésnek, a páciens (és a hozzátartozóit) partnernek tekintő kommunikáció elemének is.

Márton műtétminimalizáló új protokollja szemben áll(t) a kórházak, kórházi orvosok érdekeivel, akik számára a műtét a fő bevételi forrás, ő azonban úgy gondolja, a műtétminimalizálás a páciensei érdeke. Ebből adódtak szakmai konfliktusai is, és önmagát kívülállónak érezte(érzi) a szakmán belül. Meggyőződése szerint az általa javasolt terápiákat a gyermekgyógyászok is el tudnák végezni, sok esetben nem is lenne szükség

62 Arra máig emlékszik, hogy élete első műtete után 500 Ft hálapénzt kapott.

63 Egy kórház intézményi hierarchiájában araszolgatni felfelé, ami persze együtt jár a magasabb presztízzsel, a több műtési lehetőséggel, a magasabb jövedelemmel (magasabb alapfizetés és több hálapénz).

64 Ez személyes tapasztalat is. „Hallani sem muszáj” – válaszolta lekezelően és kioktatón az általános iskolás fiam orrmandulájának azonnali kivételét javasoló gyermek fül-orr-gégész a János Kórházban arra a kérdésre, hogy a műtét kizárólag az egyetlen opció-e (2010 körül). A műtétet nem kértük, a gyermek (ma már felnőtt) kiválóan hall.

fül-orr-gégészre. Protokollját igyekezett gyermekgyógyász-konferenciákon is szerepelve megismertetni és népszerűsíteni, nem sok sikerrel. Szerinte nehéz elérni, hogy kollégái felülbírálják a megszokott módszereket, pláne, ha ebben közvetlenül (anyagilag) nem is érdekeltek.

Elmondása szerint a betegcentrikus szemlélet a számára mai napig példaképül szolgáló édesapját⁶⁵ is jellemezte, akinek alapvetése volt, hogy mindig a beteg számára a legelőnyösebb módszert kell alkalmazni, vagy például az, hogy egy pénteki műtét utáni hétvégén nem lehetett családi utazásuk, hogy édesapja be tudjon menni a kórházba „ránézni” a frissen műtött betegére, akkor is, ha nem ő volt az ügyeletes.

Gazdaságelméleti fogalmakkal operálva úgy is fogalmazhatunk, hogy egy sikeres vállalkozó számára a piac nemcsak versenyt, hanem együttműködést is jelent, az egyéni cselekvés motívuma pedig az önérdeken túl a kölcsönösség is (Mike 2020). A jó minőségű szolgáltatás a vállalkozó hosszú távú érdeke is. Vagy másképp, jó orvos akart lenni.

Árak

A magánrendelő indulásakor Márton teljes bizonytalanságban, kapaszkodó nélkül volt az árak tekintetében, nem sok elképzelése volt arról, milyen árakon kínálja szolgáltatásait. Azt tudta, hogy a külföldi páciensek jóval kevésbé érzékenyek, mint a hazaiak, mivel a külföldiek költségeit vagy a megbízóik, vagy a biztosítók fizették/fizetik. 20 dollárnál⁶⁶ nem szabad kevesebbet kérni – tanácsolta neki az amerikai nagykövetség ápolónője. Így különböző díjat kért a hazai (akik elvérték voltak), illetve a külföldi páciensektől. Egy vizit első tarifája 500 Ft volt a hazai, 1000 Ft a külföldi páciensek számára. (Mára az árkülönbség aránya már jóval kisebb.)

A magánpraxis forgalmának alakulása, a páciensek állampolgárság szerinti összetétele a hazai egészségügyi rendszer változásainak kontextusában

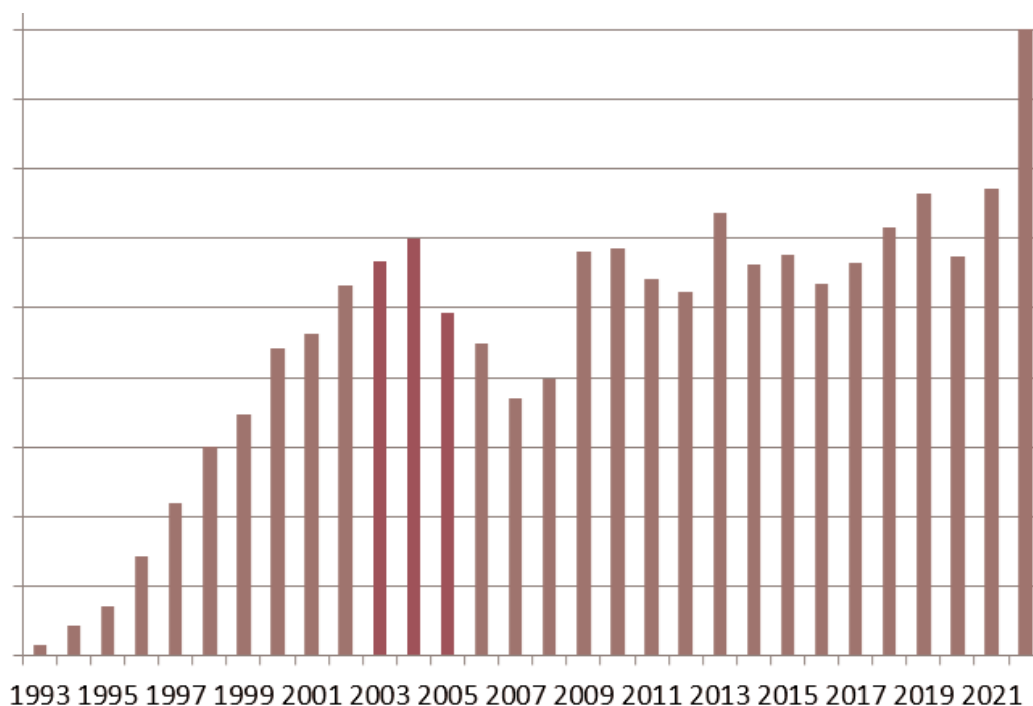
Márton magánpraxisának forgalma, és így az árbevétele is, az első tíz évben, 2003–2004-ig folyamatosan növekedett. A páciensek szinte kizárólag külföldiek voltak, kezdetben a személyes kapcsolatok hólabdaszerű terjedése volt a jellemző, később, amikor (a pozitív tapasztalatok birtokában) a neve felkerült az amerikai iskola, az amerikai nagykövetség, majd más nagykövetségek és biztosítótársaságok listájára is, intézményesült betegutakon jutottak el hozzá a külföldi páciensek.

A folyamatos növekedés a 2003, 2004 utáni években drasztikus, durván 40%-os forgalomesésbe fordult át (1. ábra). Márton ezt több tényezővel magyarázta. Egyrészt Magyarország európai uniós csatlakozása (2004) után a Magyarországon dolgozó más tagországbeli EU-állampolgárok számára már nem voltak kötelezőek különböző egészségügyi vizsgálatok, amelyeket a csatlakozás előtt kötelezően el kellett végeztetniük. Másrészt egyre erőteljesebb lett a konkurencia. „10 évig nem volt komoly konkurencia, akkor viszont jöttek a nagy csillogó magánrendelők, és rohamosan csábították el a külföldi betegeket” – emlékezett vissza Márton.

65 Márton édesapja súlyos betegen még megélhette, hogy fia átveszi az orvosi diplomáját, pár hónappal később azonban meghalt, így orvosi pályájának alakulását már nem láthatta, segíthette.

66 1995-ben 1\$=120Ft volt (<https://arfolyam.iridium.hu/USD/1995-04>).

1. ábra. A magánpraxis árbevételének alakulása (1993–2021)



* Az árbevétel alakulásának abszolút értékét (mértékegységét) szándékosan nem jelöltem, az adatvédelmi okokon túl azért sem, mivel elemzésemben a forgalom/árbevétel alakulásának dinamikájára fókuszálok.

Forrás: Az ábrát Márton bocsátotta rendelkezésemre.

Ez a helyzet lépéskényszerbe hozta Mártont is. „Szerencséjére” az alulfinanszírozott állami egészségügy minőségének folyamatos romlása okán egyre nagyobb kereslet jelent meg a magánegészségügyi szolgáltatások iránt a hazai lakosság fizetőképes szegmenseiben.

Az egészségügy alárendelt helyzete, hogy olyan költségvetési teher, amellyel a rendszer összeomlását kell elsősorban elkerülni, a mai napig jellemző. Szemben Magyarországgal a nyugat-európai országokban a hatvanas, hetvenes, nyolcvanas években a jogosultság kiterjesztésével párhuzamosan az egészségügyi infrastruktúra nagyarányú fejlesztése és a működésére fordított közkiadások nagyarányú növekedése ment végbe (Orosz 2008). A 2000-es évektől pedig a fejlett világban megerősödött az (oktatási) és egészségügyi közkiadásoknak a humán tőkébe való beruházásként, növekedési tényezőként való értelmezése, és ennek nyomán további fejlesztése révén még inkább szétnyílt az olló a magyar egészségügyi rendszer minősége, hatékonysága és a nyugati országoké között. Mi több, a magyar egészségügy nem csak a fejlett EU-országokhoz képest teljesített alul, hanem a többi visegrádi országhoz képest is (Orosz 2017).

Mindez teret is nyitott a hazai magánegészségügyi intézmények létrehozásának. „Az első komplex ellátást nyújtó intézmények csak a rendszerváltás után, az 1990-es években jöttek létre, a Kaáli Intézet után a Medcover, a Telki Kórház, a Budai Egészségközpont, több laborszolgáltató és diagnosztikai központ. Ezek azonban kezdeti elszigetelt próbálkozások voltak” (Lantos 2018:286). Lantos Gabriella (2018; és a vele készült interjú:

Szabó 2019) a fordulatot, a folyamat felgyorsulását a vizitdíjról ismert 2008-as szociális népszavazáshoz⁶⁷ köti, amely megítélése szerint azt az üzenetet is közvetítette, hogy a hazai egészségügyi rendszer strukturális reformját nem fogadja el a magyar társadalom, az egészségügyben zajló reformok folytatása helyett marad minden a régiben. Márpedig a kevés munkavállaló alacsony összegű befizetéséből ezt a rendszert nem lehet elfogadható színvonalon fenntartani (Lantos 2016a, 2016b). Azaz lesz kereslet a magánszolgáltatók iránt.

Az sem véletlen, hogy „az egységesülő európai munkaerőpiac először az egészségügyi személyzetnek tudott visszautasíthatatlan ajánlatot tenni” (Lantos 2018:287). Az állami egészségügyet akkor (és sajnos ma is) három tagadás jellemezte/jellemzi: „nem volt reform, nincs pénz, és nem lesz elég képzett munkaerő” (Lantos 2018:287).

A magánegészségügy súlya és szerepe tehát a 2010-es évekre változott meg látványosan. A korábbi marginális, kiegészítő, választékbővítő szolgáltatásból, ami nem befolyásolta az egészségügyi rendszer egészét, meghatározó szereplővé nőtte ki magát. 2015-ös adatok szerint az összes egészségügyi kiadás 33%-a (ez kiemelkedően magas)⁶⁸ magánfinanszírozás, és ennek a magánfinanszírozásnak a döntő többsége (88%-a) „out of pocket” jellegű, azaz közvetlen lakossági⁶⁹ finanszírozás (Kincses 2019).⁷⁰ A kiadások vagy a szolgáltatások szerkezetét tekintve az állami kiadások esetében a kórházi ellátás kiadásai dominánsak, míg a magánszférában a járóbeteg-rendelések finanszírozása a kimagasló. Az állami ellátás romlásával párhuzamosan növekedett a hazai kereslet a magánegészségügyi szolgáltatások, kiemelkedően pedig a magán-járóbetegellátás iránt. Az „állami egészségügyi ellátás taszító ereje” (Lantos 2018:288)⁷¹ révén a magánegészségügy, amely a 2000-es évek elején még a gazdagok luxusa volt, a 2010-es évekre a hétköznapi élet részévé vált.⁷²

A magánszolgáltatások kínálatának szerkezete is változott(ik). A magánegészségügyi piac koncentráldott(dik), a magánegészségügy keretei közt egyre több lett a teljesebb ellátást nyújtani tudó komplex intézmény, amelyekkel a lakásrendelők egy része nehezen tud(ott) lépést tartani egyrészt a korszerű eszközök magas ára, másrészt a betegút-menedzsment kidolgozatlansága miatt (Lantos 2018).

67 A 2008-as magyarországi népszavazást (amit szociális vagy háromigenes népszavazásnak is szoktak hívni) a Fidesz–KDNP kezdeményezte a kormány által a 2006-os országgyűlési választásokat követően bevezetett reformintézkedések ellen. A népszavazás három kérdése volt:

Egyetért-e Ön azzal, hogy a fekvőbeteg-gyógyintézeti ellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen kórházi napidíjat fizetni?

Egyetért-e Ön azzal, hogy a háziorvosi ellátásért, fogászati ellátásért és a járóbeteg-szakellátásért a jelen kérdésben megtartott népszavazást követő év január 1-jétől ne kelljen vizitdíjat fizetni?

Egyetért-e Ön azzal, hogy az államilag támogatott felsőfokú tanulmányokat folytató hallgatóknak ne kelljen képzési hozzájárulást fizetni?

A népszavazás 50,51%-os részvétel mellett érvényes és eredményes volt. Mindhárom kérdésben az igenek győztek 80%-nál magasabb arányban. A kormány a fenti díjakat a népszavazás másnapján eltörölte. (2008. április 1-től.)

68 EU átlag: 26% (Kincses 2019:1514).

69 Azaz, alacsony a kiegészítő magán-egészségbiztosítás aránya. 2022-ben a magyarok 12%-ának volt magán-egészségbiztosítása, miközben ugyanebben az évben 63%-uk vett igénybe magánegészségügyi szolgáltatást (Gergely 2023).

70 Az egészségügyi rendszer duplikálódása (köz- és magánszféra) több társadalmi kockázatot is hordoz magában, az egyenlőtlenségekben túl „nincs két egészségügyre való orvosunk, és egy komplett, mindent megoldó második egészségügy fenntartásához nem elég tömeges és gazdag a magyar elit” (Kincses 2019:1511).

71 „...hosszúra nyúlt várólisták, tombolnak a kórházi fertőzések, hatalmas kórházi adósságok” (Ernöfy 2023:1).

72 Magyarországon egy 2022-es felmérés szerint a magyarok közel kétharmada vett igénybe magánegészségügyi szolgáltatást, többségüknek (88%) azonban nem volt magán-egészségbiztosítása. Akiknek volt (12%), azoknak a fele a munkáltatója által kötött szerződésen keresztül jutott hozzá (László 2022).

Márton számára is komoly problémát okozott, hogy nem volt kapcsolata a hazai kereslettel, a bejáratott, intézményesült csatornákon csak a külföldi páciensekhez kapcsolódott. Ezt felismerve kezdett intenzív marketingtevékenységbe. Honlapot készített, elsősorban internetes felületeken hirdetni kezdte a tevékenységét. Ötvenévesen került először abba a helyzetbe, hogy a teljesítménye, a munkája nem „önmagáért beszélt”, hanem reklámoznia kellett azt. A promóció meghozta az eredményt, a forgalma és az árbevétele újra emelkedésnek indult annak köszönhetően, hogy növekedni kezdett a hazai pácienseinek száma és aránya.

Az 1. táblázatban láthatjuk, hogy míg 2005-ben Márton páciensei szinte kivétel nélkül külföldiekből álltak, addig 2017-re ez az összetétel radikálisan átalakult, ekkorra a hazai páciensek már a betegek majd 60%-át tették ki.

1. táblázat.

A magánpraxis pácienseinek állampolgárság szerinti megoszlása 2005-ben, 2017-ben és 2022-ben (%)

	Magyar	Német	Brit	Amerikai	Svéd	Francia	Izraeli	Olasz	Orosz	Egyéb
2005	1	13	17	7	16	9	5	4	1	27
2017	59	8	1	1	5	1	7	2	5	11
2022	32	16	1	3	-	3	11	2	9	33

Forrás: Márton közlése.

2022-re a hazai pácienseinek aránya csökkent, de továbbra is markáns a növekvő összforgalmon belül. Ez komoly teljesítmény egy lakásrendelőtől, ami nem tud komplex ellátást nyújtani. Lantos (2018) szerint a lakásrendelők túlélésének egyik útját a nagy cégekbe olvadás jelentheti. Mártonban ez a lehetőség fel sem merült (a forgalom visszaesése idején sem), szerinte a magánklinikák „kizsákmányolják az orvosokat”, ő ragaszkodik ahhoz, hogy a „maga ura lehessen”.^{73,74}

Márton elégedett

Márton magánpraxissal szembeni anyagi elvárásai messzemenően teljesültek, a hazai átlagnál jobban él. Budapesti – jó környéken lévő – családi házának földszintjén van a rendelője. Van balatoni nyaralója. Családjával együtt sokat utazik, mondhatni, bejárták a világot. Mind a négy gyermeke diplomával a zsebében kezdhette meg önálló életét. Mindezt úgy, hogy maga oszthatja be az idejét, alakíthatja a napi programját.⁷⁵

A munka mennyiségét vagy időbeni eloszlását a betegek jellemzői és a betegút (beteghez jutás) intézményi csatornáit is meghatározták/zák. Például, amikor a Magyarországon dolgozó külföldiek voltak dominánsan a páciensek, akkor nyáron kevesebb volt a munka, mert sokan hazautaztak a nyári szabadságuk alatt. Mikor a biztosítótársaságok listáin is megjelent Márton neve, nőtt a betegszám, s ezen a csatornán – a biztosítók ajánlására – sok külföldi turista jelent meg a páciensek között, ami pont a nyári forgalmat „dobta meg”.

A betegekkel való foglalkozáson túl a nem kevés adminisztrációra is figyelmet kell(ett) fordítani, a konferenciákról, tanulásról nem is beszélve. Márton becslése szerint összességében nagyjából átlagos napi hat óra

⁷³ Az orvostudomány eszköz- és infrastruktúra-igényes területein ez persze nem működne.

⁷⁴ Általában is elmondhatjuk, hogy a hazai vállalkozók esetében kiemelkedően fontos motívum/érték a „magam urának lenni”, a nem alkalmazotti lét (Luksander–Mike–Csité 2012).

⁷⁵ Fontos volt számára, hogy például amíg kisebbek voltak a gyermekei, munka mellett is részt tudott venni a család napi rutinjában, például elhozni a gyerekeket az iskolából, elvinni edzésre stb.

munkával (volt időszak persze amikor ennél több, de például az elején és mostanság már ennél kevesebb) működtette praxisát.

Márton elégedett. A hazai egészségügy alakulása minden nap megerősítette korábbi döntésének helyességében. Az egyre inkább kivéreztetett állami egészségügy, és az új, tőkeerős „kizsákmányoló” magánintézmények sem vonzó alternatívák számára.

Márton szereti a szakmáját. *„Örömöm van benne most is, minden nap. Az nagyon jó érzés, mikor kimegy a beteg, úgy érzem, valamit kapott...”* – mondta.

ÖSSZEGZÉS

Jelen tanulmány egy magánpraxis történetén keresztül azt mutatta be, hogy egy, az úgynevezett rendszerváltó generációt képviselő, a még a szocializmusban felnőtt és pályát kezdő orvos hogyan tudott sikeresen alkalmazkodni az intézményi környezet változásaihoz, felismerni és kihasználni az abból adódó új lehetőségeket. E folyamat többféle dimenzióban közelíthető meg, így elemzésünk szükségképpen átlépte a diszciplináris határokat.

Az életút bemutatása során próbáltuk megragadni egyrészt Márton erőforrásait, másrészt a rendszerváltással együtt járó – Márton pályája szempontjából releváns – intézményi kereteket és azok változásait. Márton a társadalmi átlaghoz képest privilegizált helyzetű⁷⁶ családba született, azaz nemcsak generációja, hanem társadalmi státusza alapján is azok közé tartozott, akiknek a legnagyobb esélye volt arra, hogy a rendszerváltás után megtartsák vagy akár még javítsanak is társadalmi helyzetükön (Kolosi–Róbert 2004). Mindezt erősítette a nagyszüleitől ívelő meritokratikus „recept”, miszerint tanulni kell és jól teljesíteni (mi több, jobban, mint mások), mert ez a boldogulás útja.

Származási családjá értékei folytán (*„nem vagyok része a rendszernek”*) „zsigerből” és minden nosztalgia nélkül utasította el a szocialista múltat, és az átlagosnál nyitottabb volt a piaci viszonyokra. Az édesapja révén pedig, mondhatjuk, beleszületett egy (szocialista) magánpraxisba, így az önállósodás sem volt tőle idegen.

Magyarországon az orvosok társadalmi megítélése, társadalmi státusza a diplomások között is kiemelkedő. Az orvostársadalmat tovább differenciálva a legmagasabb presztízzsel a fekvőbeteg-intézmények, a kórházak vezetői, illetve a kórházi hierarchia magas beosztásaiban dolgozó orvosok bírnak. Az orvosi szakmák közül pedig a sebészek társadalmi státusza a legmagasabb (Bánlaky–Kérész–Solymosi 1981; Molnár–Csabai–Csörsz 2003; Mikrocenzus 2016; Mohos et al. 2022).

Márton számára nyitott volt ez az út is, azonban a kórházi hierarchiában való feltörekvés vágya nem tudta ellensúlyozni az e hierarchiától való függőség terheit. A kórházi hierarchiában elfoglalt hely presztízsénél számára fontosabb érték volt a magánpraxisból adódó autonómia, önállóság, ami egyben nagyobb felelősséget is jelentett. A „maga ura” (Luksander–Mike–Csité 2012) akart lenni mind szakmai döntéseiben, mind időbeosztásában. A vállalkozók személyiségére fókuszáló elméletek, amelyek próbálják meghatározni azokat a tulajdonságokat, amelyek elősegítik a vállalkozók változó környezethez való alkalmazkodását, kiemelik a – Márton esetében is releváns – autonómia szerepét (Kő 2002).

⁷⁶ A privilegizált helyzet nemcsak a foglalkozási pozícióra és a jövedelemre vonatkozott, hanem a társadalmi státusz egyéb, elsősorban kulturális, életvitelbeli meghatározóira is (pl. nyelvismeret).

Míg a nyolcvanas-kilencvenes évek hazai vállalkozóit elsősorban a magasabb jövedelem elérésének vágya motiválta (Kuczi–Lengyel 1996), Márton a magánpraxis indulásakor csak remélte, hogy az önállósodás révén jövedelme eléri majd azt a szintet, amit kórházi orvosként (bér+hálapénz) kereshetett volna. Ez várakozásain felül teljesült.

Magánpraxisát a rendszerváltás intézményi változásainak hatására megjelenő új piaci szegmensre, a Magyarországon munkát vállaló diplomatákra, külföldi cégek magyarországi leányvállalatainak képviselőire, illetve családtagjaikra építve tudta beindítani. *„Magyar betegekre alapozva nem működött volna!”* – jelentette ki határozottan az indulásról.

Ez az új piaci szegmens „találta meg” Mártont (az állami munkahelyén ápolt személyes kapcsolatán keresztül) elsősorban kulturális tőkéje okán, mert szakmai ismeretein és folyamatos szakmai megújulásra törekvésén túl, családja révén rendelkezett olyan speciális, relatíve ritka kulturális tőkével, nyelvtudással is, amit a gazdasági intézmények változásai a rendszerváltás után felértékeltek, és aminek segítségével elérhetővé váltak számára a külföldi páciensek. Kezdetben magánpraxisa „üstököszerűen” növekedett, idővel persze mások is igyekeztek alkalmazkodni az intézményi változásokhoz, így később jóval erősebb versennyel találta már szembe magát.

A siker feltétele volt az orvoslás internacionalitása (Bánlaky–Kérész–Solymosi 1981), illetve hogy a fül-orr-gégész és a háziorvosi praxis elindítása/működtetése nem igényelt teljesíthetetlen beruházást, hisz indulásakor jelentős anyagi tőkével nem rendelkezett. Szolgáltatása a mai napig egy relatíve kis befektetéssel létrehozott, és alacsony költséggel üzemeltethető lakásrendelőben működik. Magánpraxisának komoly kihívást a tőkeigényes, komplex szolgáltatásokat nyújtani képes magánszolgáltatók versenye jelentett, ami 2005 után erősödött föl. A külföldi páciensek csökkenését azonban ellensúlyozni tudta az állami egészségügyi szolgáltatások romlásából következő hazai kereslet növekedése, amihez sikerült utat találnia.

Márton szakmai életútján keresztül a rendszerváltás, egy kivételes korszak sikeres alkalmazkodási folyamatát láthattuk, ahol az önálló magánpraxis, egy új, korábban nem létező (orvosi) karrier megteremtésének lehetősége a személyes erőforrások az intézményi struktúra változása általi felértékelődéséből adódott.

Látnunk kell azt is, hogy az általa bejárt út nem vált/válhatott általánossá, a magánegészségügy kínálatának növekedése az egészségügyi szolgáltatások tőkeigényessége miatt nem a kis lakásrendelők bővülésének kedvezett, hanem a tőkeerős befektetők által létrehozott egészségügyi szolgáltató intézményeknek.

HIVATKOZÁSOK

- Ac nádý J. (2020) „A vezetősé g elfelejti, hogy nem gépek vagyunk”: Esettanulmány az elektronikai iparban foglalkoztatottakról a rendszerváltás utáni Magyarországon: kiszolgáltatottság, kiszámíthatatlanság. In: Bartha E.–Tóth A. –Valuch T. (szerk.) *Munkás-kultúra-örökség: Munkások a rendszerváltás előtt és után Kelet-Közép-Európában és Magyarországon*. Pécs: Kronosz, 265–285.
- Alabán P. (2019) *A társadalmi dezintegráció társadalomtörténeti összefüggései Ózdon és környékén a rendszerváltozás után*. Doktori disszertáció. Eger: Eszterházy Károly Egyetem Történelemtudományi Doktori Iskola. Elérhető: https://disszertacio.uni-eszterhazy.hu/62/1/Alab%C3%A1n_disszert%C3%A1ci%C3%B3.pdf [Letöltve: 2022-04-15].
- Bánlaky P. – Kérész Gy. – Solymosi Zs. (1981) *Orvosok Magyarországon*. Budapest: Akadémia.
- Bognár G. – Gál R. I. – Kornai J. (1999) Hálapénz a magyar egészségügyben. *TÁRKI Társadalompolitikai tanulmányok 17*. Budapest: TÁRKI.
- Bögre Zs. (2003) Élettörténeti módszer elméletben és a gyakorlatban. *Szociológiai Szemle*, 13(1), 155–168.
- Bögre Zs. (2020) Szociológiai paradigmák és a biográfia kutatás. *Szociológiai Szemle*, 30(4), 73–88. <https://doi.org/10.51624/SzocSzemle.2020.4.4>
- Bögre Zs. (2024) Élettörténeti társadalomkutatás: Elméleti és empirikus megközelítések. Budapest: L’Harmattan.
- Bourdieu, P. (1986) The Forms of Capital. In Richardson, J. (szerk.) *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Westport, CT, Greenwood: 241–58
- Bourdieu, P. (1998) Gazdasági tőke, kulturális tőke, társadalmi tőke. In: Lengyel Gy. – Szántó Z. (szerk.): *Tőkefajták: a társadalmi és a kulturális erőforrások szociológiája*. Budapest: Aula, 155–176.
- Coleman, J. S. (1988) Social Capital in the Creation of Human Capital. *American Journal of Sociology*, 94, 95–120.
- Coleman, J. S. (1990) *Foundation of Social Theory*. Cambridge: The Belknap Press of Harvard University.
- Csepeli Gy. – Örkény A. (1990) *Az alkony*. Budapest: ELTE Szociológiai és Szociálpolitikai Intézet.
- Dauvrin, M. (2012) Health care for irregular migrants: pragmatism across Europe. A qualitative study, BioMed Central Ltd. Research Notes. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-99>
- Dupcsik Cs. (2020) „Meghalósat a Zoéval szoktunk játszani!” Tudás és hatalom az orvos–beteg interakciókban *SIC ITUR AD ASTRA*, 72, 153–180.
- Ernőfy M. (2023) Szakértő: az elmúlt 30 évben nem volt annyira szétesve az egészségügyi rendszer, mint most. *Index*, november 10. Elérhető: <https://index.hu/belfold/2023/11/10/maganegeszsegugy-koltsegek-mutet-vizsgalat-betegellatas-kozegezsseg-ugy-varolista/> [Letöltve: 2024-04-15].
- Fernezeyi B. (2013) Milyen a jó egészségügy? *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 3(1), 72–77.
- Fischer, P. L. (2016) Culture of Communist Past within the Healthcare System: Reorganizing Healthcare and a Mystification of the Body In Fischer, P. L. *Symbolic Traces of Communist Legacy in Post-Socialist Hungary*, Leiden, Brill, Volume: 7, 100–136. https://doi.org/10.1163/9789004328648_006
- Fligstein, N. (1996) The Economic Sociology of the Tansitions from Socialism. *American Journal of Sociology*, 101, 1074–1081. <https://doi.org/10.1086/230790>
- Gábor R. I. – Galasi P. (1981) *A „második” gazdaság*. Budapest: KJK.
- Gárdos J. – Kovács É. – Vajda R. (2020) Önszociológiák? Új kihívások a kvalitatív módszereket alkalmazó kutatásokban és archiválásukban. In *Kultúra, közösség és társadalom: Tanulmányok Tibori Tímea tiszteletére*. Budapest: Társadalomtudományi Kutatóközpont, Magyar Szociológiai Társaság, 123–140.
- Gellér B. J, Dr. (szerk.) (2012) *Harmadik országbeli állampolgárok hozzáférése az egészségügyi ellátórendszerhez*. Budapest: Tullius.
- Gergely P. (2023) Hosszú várólisták, dráguló kezelések szólnak az egészségbiztosítás és a pénztárak mellett, mégis lassú a változás. *G7 online magazin*, április 26. Elérhető: <https://g7.hu/penz/20230426/hosszu-varolistak-dragulo-kezelesek-szolnak-az-egeszsegbiztositas-es-a-penztarak-mellett-megis-lassu-a-valtozas/> [Letöltve: 2024-04-15].
- Gill, S. (1993) Insett in Slovakia: past simple, present tense, future perfect? *Perspectives*, 2, 15–21.
- Grabher, G. – Stark, D. (1996) A szervezett sokféleség- evolúcióelmélet, hálózatelemzés és a posztszocialista átalakulás. *Közgazdasági Szemle*, 9, 745–769.
- Granovetter, M. (1992) Economic Institutions as Social Construction. *Acta Sociologica*, 35(1), 3–11.
- Gulácsi L. (szerk.) (2012) *Egészséggazdaságtan és technológiai elemzés* Budapest: Medicina.

- Gyáni G. (1997) A mindennapi élet mint kutatási probléma. *Aetas*, 12(1), 151–162.
- Hankiss E. (1989) *Kelet-európai alternatívák*. Budapest: KJK.
- Healey, R. (1993) The international working language of engineers: a new challenge for teachers of English in Czechoslovakia. *Perspectives*, 1, 13–18.
- Hirschman A. O. (1995) *Kivonulás, tiltakozás, hűség*. Budapest: Osiris.
- Holstein J. A. – Gurbrium J. F. (2013) Az aktív interjú. In Bodó P. (szerk.) *Szavak, képek, jelentés*. Budapest: L'Harmattan, 117–138.
- Horváth S. 2021 *Mindennapi kollaboráció a szocialista korszakban: mindennapi társadalmi gyakorlatok és politikai participáció egy élettörténetben*. Budapest: Akadémiai doktori értekezés.
Elérhető: http://real-d.mtak.hu/1415/7/dc_1928_21_doktori_mu.pdf [Letöltve: 2024-04-15].
- Immler, N. – Kovacs, E. (2022) The Political Claim of Oral History: On the Epistemic Silence and the Ontological Deafness of the Majority Society. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 23(2).
<https://doi.org/10.17169/fqs-22.2.3745>
- Jensen, O. – Welzer, H. (2003) One Thing Leads to Another or: Self-Reflexivity as Method. *Forum Qualitative Sozialforschung Forum: Qualitative Social Research*, 4(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-4.2.705>
- Jobst Á. (1994) Gondolatok a magánpraxis 1945 utáni történetéhez. *Valóság*, 8, 50–55.
- Karlaki O. (2008) Autó-mobil? Személygépkocsi-használat a Kádár-korszakban. *Múltunk*, 53(3), 84–97.
- Kelemen K. (2022) Vállalkozó, bankár: Sikertörténetek a nyolcvanas évek Magyarországon. *Socio.hu Társadalomtudományi Szemle*, 1, 56–77. <https://doi.org/10.18030/socio.hu.2022.1.56>
- Kelemen K. (2024) The role of the socialist second economy experience in an entrepreneurial career after 1989. *Journal of Contemporary Central and Eastern Europe*, 1, 1–17. <https://doi.org/10.1080/25739638.2024.2374152>
- Kincses Gy. (2019) A köz- és a magánszféra szerepe az egészségügyben. *Magyar Tudomány*, 180(10), 1510–1522.
<https://doi.org/10.1556/2065.180.2019.10.11>
- Kirzner, I. M. (1973) *Competition Enterprenuership*. University of Chicago.
- Kisantal T. – Szeberényi G. (2006) A történetírás „nyelvi fordulata. In Bódy Zs. – Ö. Kovács J. (szerk.) *Bevezetés a társadalomtörténetbe*. Budapest: Osiris, 419–449.
- Kiss B. T. – Lantos Cs. (2020a) A magyar magánegészségügyi piac valódi mérete 1. rész. *Portfolio.hu* Elérhető: <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20201029/a-magyar-maganegeszsegugyi-piac-valodi-merete-1-resz-454714> [Letöltve: 2024-04-15].
- Kiss B. T. – Lantos Cs. (2020b) A magyar magánegészségügyi piac valódi mérete 2. rész. 2020 Portfolio.hu Elérhető: <https://www.portfolio.hu/gazdasag/20201030/a-magyar-maganegeszsegugyi-piac-valodi-merete-2-resz-454716> [Letöltve: 2024-04-15].
- Klaus, V. – Triska, D. (1994) Kornai János és a posztszocialista átalakulás. *BUKSZ*, tél, 480–483.
- Kolosi T. (1987) *Tagolt társadalom*. Budapest: Gondolat.
- Kolosi T. (2000) *A terhes babapiskóta: A rendszerváltás társadalomszerkezete*. Budapest: Osiris.
- Kolosi T. – Róbert P. (2004) A magyar társadalom szerkezeti átalakulásának és mobilitásának fő folyamatai a rendszerváltás óta. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Vukovich Gy. (szerk.) *Társadalmi riport 2004*, Budapest: TÁRKI, 48–74.
- Kolosi T. – Tóth I. Gy. – Keller T. (2008) Nyertesek és vesztesek: intragenerációs mobilitás a rendszerváltás évtizedeiben. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Újratervezés. Életutak és alkalmazkodás a rendszerváltás évtizedeiben*. Budapest: TÁRKI, 11–51.
- Kornai J. (1998) *Az egészségügy reformjáról*. Budapest: KJK.
- Kornai, J. – Eggleston, K. (2001) Welfare, Choice, and Solidarity in Transition. Reforming the Health Sector in Eastern Europe. Cambridge: Cambridge University.
- Kovács É. (2007) Interjúk módszerek és technikák. In Kovács É. (szerk.) *Közösségtanulmány. Módszertani jegyzet*. Budapest: Néprajzi Múzeum – PTE BTK Kommunikáció és Médiatudományi Tanszék, 269–277.
- Kovács É. (2011) Narratív módszerek politikája. *Forrás*, CLIII(7–8), 3–20.
- Kő N. (2002) A nagyvállalkozói mélyinterjúk pszichológiai értelmezése. *Közgazdasági Szemle*, január, 59–74.
- Kuczi T. (1996) A vállalkozók társadalmi tőkéi az átalakulásban. *Századvég, Új folyam*, 1, 29–52.
- Kuczi, T. – Lengyel, Gy. (1996) Tőkehiány és bizalomhiány. Vállalkozói karrierminták és vélemények Magyarországon. In: Lengyel Gy. (szerk.) *Vállalkozók és vállalkozói hajlandóság*. Budapest: Köszolgálati Tanulmányi Központ Szociológia és Szociálpolitika Tanszék, 147–177.

- Laki M. (1994) A magánvállalkozások növekedésének esélyei Magyarországon. *Külgazdaság*, 38, 41–54.
- Laki M. (1998) *Kisvállalkozás a szocializmus után*. Budapest: Közgazdasági Szemle Alapítvány.
- Laki M. (2001) Kerékgyártó István: Vagyonregény – Ipszilon történet. *Holmi*, október, 1424–1428.
- Lantos G. (2016a) Az orvosbárókra megy el a pénz. Mi a baj a magyar egészségüggyel? 1. rész. *Index*, április 18. Elérhető: https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/04/18/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_elso_resz/ [Letöltve: 2024-01-15].
- Lantos G. (2016b) A balekok tartják el a potyautasokat. Mi a baj a magyar egészségüggyel? 2. rész. *Index*, május 2. Elérhető: https://index.hu/gazdasag/penzbeszel/2016/05/02/korhaz_orvos_egeszsegugy_betegseg_lantos_gabriella_masodik_resz/ [Letöltve: 2024-01-15].
- Lantos G. (2018) A párhuzamos valóság – a magán-egészségügyi rendszer kiépülése. In Kolosi T. – Tóth I. Gy. (szerk.) *Társadalmi Riport*, Budapest: TÁRKI, 286–308.
- László R. (2022) A magánegészségügy helyzete Magyarországon. *EY online magazin*, április 10. Elérhető: https://www.ey.com/hu_hu/insights/consulting/a-maganegeszsegugy-helyzete-magyarorszagon [Letöltve: 2024-01-15].
- Losonczy Á. (1986) *A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben*. Budapest: Magvető.
- Losonczy Á. (1998) *Utak és korlátok az egészségügyben*. Budapest: MTA.
- Luksander A. – Mike K. – Csité A. (2012) *Maguk urai – a magyar vállalkozó lelkialkata. (A magyarországi kisvállalkozók értékvilágának néhány jellemzője.)* Műhelytanulmány, Budapest: Vállalatgazdaságtan Intézet.
- Madarász A. (2002) Kameralizmus, történelmi iskola, osztrák gazdaságtan. *Közgazdasági Szemle*, október, 838–857.
- Mike K. (2020) *Szelíd kapitalizmus - A szabad együttműködés rendje*. Budapest: Gondolat.
- Mohos A. – Korozsvári L. – Rinfel J. – Varga A. (2022) Orvostanhallgatók szakterület-választással kapcsolatos motivációi, fókuszban a háziorvosi hivatás. *Lege Artis Medicinae*, 32(8–9), 355–364. <https://doi.org/10.33616/lam.32.027>
- Molnár P. – Csabai M. – Csörsz I. (2003) Magatartástudomány és orvoslás a XXI. században. *Magyar Tudomány*, 11, 1391–1401.
- Molnár V. E. (2013) *Building the State: Architecture, Politics, and State Formation in Postwar Central Europe*. New York: Routledge.
- Nee, V. (1989) A Theory of Market Transition: From Redistribution to Markets in State Socialism. *American Sociological Review*, 54, 663–681.
- Orosz É. (1998) Reformillúziók és valóság. A magyar egészségügy a kilencvenes évtizedben. *Társadalmi Szemle*, 8–9, 93–111.
- Orosz É. (2001) *Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái*. Budapest: Egészséges Magyarországért Egyesület.
- Orosz É. (2008) Tudománytörténeti adalékok az egészségügy jelenlegi válságának értelmezéséhez. *Esély*, 5, 3–24.
- Orosz É. (2017) Megállítható-e a magyar egészségügy leszakadása a visegrádi országokétól? *Esély*, 6, 3–25.
- Perkins, J. (2003) *Ensuring linguistic access in healthcare settings: an overview of current legal rights and responsibilities*. Washington: Henry J Foundation.
- Péteri M. (1992) Szimbiózis, parazitizmus és laicitás. *Beszélő*, 4(36), 27.
- Pilling J. (2008) *Orvosi kommunikáció*. Budapest: Medicina.
- Polányi, K. (1976): *Az archaikus társadalom és gazdasági szemlélet* Budapest: Gondolat.
- Popic, T. (2023) *Health Reforms in Post-Communist Eastern Europe. The Politics of Policy Learning*, Palgrave Macmillan, <https://doi.org/10.1007/978-3-031-15497-3>
- Priebe S. et al. (2011) Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Public Health*, 11, 187. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-187>
- Rékassy B. – Kincses Gy. – Révész S. – Soltész A. (2018) Vadkapitalizmus virágzása, azaz mit szül a szabályozatlanság az egészségügyben, I. rész *IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja*, XVII(6), 8–15.
- Róna-Tas Á. (1997) *The Great Surprise of the Small Transformation. The Demise of Communism and the Rise of the Private Sector in Hungary*. Ann Arbor: The University of Michigan Press <https://doi.org/10.3998/mpub.15030>
- Róna-Tas Á. – Böröcz J. (1997): Folyamatosság és változás az államszocializmus utáni bolgár, cseh, lengyel és magyar üzleti elitben. *Szociológiai Szemle*, 2, 49 –75.

- Róna-Tas Á. (1998) The Great Surprise of the Small Transformation: The Demise of Communism and the Rise of the Private Sector in Hungary *American Journal of Sociology* 104(3): 929–931 <https://doi.org/10.1086/210105>
- Rosenthal, G. (1993) Reconstrution of Life Stories. In.: *The Narrative Studies of Lives*. 1, 59–91.
- Samuelson P. A. – Nordhaus W. D. (2012) *Közgazdaságtan*. Budapest: Akadémiai.
- Schumpeter J.A. (1934) *The theory of economic development*. Cambridge: Harvard University.
- Simonovits I. (1969) *Társadalomegészségtan és egészségügyi szervezéstudomány*. Jegyzet. Budapest: Orvostudományi Egyetem.
- Small, M. L. (2009) 'How many cases do I need?': On science and the logic of case selection in field-based research. *Ethnography*, 10(1), 5–38. <https://doi.org/10.1177/1466138108099586>
- Szabó B. (2019) Tűréspróba (Interjú Lantos Gabriellával) *168 óra*, február 21, 10–13.
- Szelényi I. – Manchin R. (1988) Megszakított polgárosodás. *Szociológia*, 2, 121–152.
- Szelényi I. (1994) Az elit cirkulációja vagy újratermelődése Közép-Kelet Európában? *Társadalomtudomány*, 29, 31–41.
- Szelényi I. – Kostello E. (1996) A piaci átmenet elmélete. Vita és szintézis. *Szociológiai Szemle*, 2, 3–20.
- Szijártó M. I. (2006) A mikrotörténelem. In Bódy Zs. – Ö. Kovács J. (szerk.) *Bevezetés a társadalomtörténetbe*. Budapest: Osiris, 521–539.
- Takács F. (2017) Az esettanulmány mint módszertan a szociológiában. *Szociológiai Szemle*, 27(1), 126–132.
- Tóth-Péter V. (2018) Amikor a külföldi utazás nem jog volt, hanem kiváltság. *Magyar Nemzeti Levéltár*. Elérhető: https://mnl.gov.hu/mnl/keml/hirek/amikor_a_kulfoldi_utazas_nem_jog_volt_hanem_kivaltság [Letöltve: 2024-01-15].
- Vágó I. (szerk.) (2007) *Fókuszban a nyelvoktatás*. Budapest: Oktáskutató és fejlesztő Intézet.
- Vágó I. (2009) *Nyelvtanulási utak Magyarországon*. Budapest: Oktáskutató és fejlesztő Intézet.
- Vajda J. (2003) „Az élettörténet szövegének szövete” *Jel-kép* 1, 89–96.
- Valuch T. (2007) *Hétköznapi élet Kádár János korában*. Budapest: Corvina.
- Valuch T. (2014) A rendszerváltás hatásai a magyar társadalom térbeliségére. *Metszetek*, 2, 110–118.
- Vargha M. (1992) Kórház a törvény szélén. *Beszélő*, 4(32), Elérhető: <http://beszelo.c3.hu/cikkek/korhaz-a-torveny-szelen> [Letöltve: 2024-01-15].
- Veczán Z. (2020) Így alakult az orvosok bére az elmúlt évszázadban *Mandiner*, október 19. Elérhető: <https://mandiner.hu/hirek/2020/10/orvosberek-egeszsegugy> [Letöltve: 2024-01-15].
- Vedres B. (1997) „Ökonokrata» menedzser-elit - az átalakulás nyertesei? *Szociológiai Szemle*, 1, 111–133.
- Zentai V. (1999) Győztesekből tettesek, vesztesekből áldozatok? *2000*, 9, 10–22.

EGYÉB INTERNETES FORRÁSOK

- A foglalkozások presztízse. Mikrocenzus 2016/13. 2018 Budapest: KSH. Elérhető: https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_13.pdf [Letöltve: 2024-01-15].
- Arcanum (1997) Elérhető: <https://www.arcanum.com/hu/online-kiadvanyok/TenyekKonyve-tenyek-konyve-1/1997-11FD1/magyar-gazdasag-1468E/gazdasagi-folyamatok-1996-ban-1468F/kulfoldi-tokebefektetesek-magyarorszag-1996-vege-ig-14905/kulfoldi-erdekeltsegu-vallalkozasok-14911/> [Letöltve: 2024-01-15].
- EY online magazin (2022) Elérhető: https://www.ey.com/hu_hu/consulting/a-maganegeszsegugy-helyzete-magyarorszag-2022 [Letöltve: 2024-01-15].
- Iridium: <https://arfolyam.iridium.hu/USD/1995-04> [Letöltve: 2024-01-15].
- KSH: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_hosszu/h_qli001.html [Letöltve: 2024-01-15].
- KSH: https://www.ksh.hu/docs/hun/xstadat/xstadat_eves/i_qli042.html [Letöltve: 2024-01-15].