



Acta Medicinae et Sociologica (2021)
Vol.12 . No.33 . (26-43)

doi:

<https://doi.org/10.19055/ams.2021.11/30/2>

UNIVERSITY OF
DEBRECEN
FACULTY OF
HEALTH

NYÍREGYHÁZA

A COVID hatás okozta társadalmi változások becslése / Bódi Ferenc gondolatainak továbbfűzése

Láczay Magdolna¹

¹ Professor emeritus, Debreceni Egyetem Egészségügyi Kar, 4400 Nyíregyháza Sósói út 2-4.; ORCID: 0000-0002-5414-2181

INFO

Láczay Magdolna

magdolna.laczay@gmail.com

Keywords

health crisis, Covid-19
epidemic, civil service, change
and crisis management, social
change

ABSTRACT

Abstract: The article by Ferenc Bódi appeared in the spring issue of this journal in the spring of 2021. He undertook to estimate the impact of the changes caused by the pandemic on health care and the expected economic and social changes. His study, due to the scale of the pandemic, is a macro-level analysis. When the study came out, we all hoped that the COVID-19 epidemic was already coming to an end and that we needed to focus on starting again. Society has partly faded, partly realized that this epidemic is different from the previous ones. This encouraged me to continue to think about some of the Hungarian phenomena and to express my thoughts on the expected changes. I cannot undertake to analyze all areas of the crisis caused by the epidemic, but I will make an attempt to present its phenomena in health care, their interpretation, and the social effects of the current Hungarian health crisis so far. In my writing, I rely on my own research and that of my colleagues, and on the reports of my students in the health care system.

Kulcsszavak

egészségügyi válság, Covid-19
járvány, közszolgálat, változás-
és válságmenedzsment,
társadalmi változás

Absztrakt: Bódi Ferenc írása ennek a folyóiratnak a 2021. tavaszi számában jelent meg, amelyben a világjárvány okozta változások közül az egészségügy, továbbá a várható gazdasági- és társadalmi változások hatásának becslésére vállalkozott. Írása, a pandémia érintettsége okán, makro szintű elemzés. A tanulmány megjelenésekor valamennyien abban reménykedtünk, hogy a COVID-19 járvány már megszűnőben van, és az újrakezdésre kell koncentrálnunk. Sajnos a pandémia nem múlt el, sőt, egyre több áldozatot

követelve fokozza a válságot. A társadalom részint belefásult, részint rádöbbsent, hogy ez a járvány más, mint a korábbiak. Nem szigetelődik egy térségre, kontinensre, nem kíméli a különböző korosztályokat, és a világméretű védekezést „kijátszva”, mutálódik. Ez ösztönzött arra, hogy az említett írást tovább gondolva, néhány hazai jelenségről én is közöljem „gondolat kísérletemet”. A járvány okozta válság minden területének az elemzésére nem vállalkozhatok, de kísérletet teszek az egészségügyben tapasztalható jelenségeinek, ezek értelmezésének, a jelenlegi magyar egészségügyi válság eddig tapasztalt társadalmi hatásainak a bemutatására. Írásomban a saját és a kollégáim kutatásaira, az egészségügyi ellátórendszerben feladatot vállaló hallgatóim beszámolóira hagyatkozom.

1. Hogyan lett a járványból válság?

A civilizáció eddigi történetéből ismertek azok a nagy járványok, amelyekben többen pusztultak el, mint a csatamezőkön, fennmaradtak olyan védekezési technikák, amelyek eredményessége bebizonyosodott, és részlegesen ma is tanulságosak, követendők. Így hivatkozhatunk a firenzei előkelők elzárkózására, amikor a halál elől a hegyre menekülők pikáns történetekkel szórakoztatták magukat, az ekkor íródott Dekameron szerint.

Láthatjuk régi járványokat felidéző filmekben azokat a maszkokat, amelyek hosszú madárcsőr szerű formájukkal félelmetessé tették a viselőjüket, de megvédték a pestistől, a leprától, a kolerától. Ugyanakkor minden ilyen válság után egy új korszak előtt nyílt meg a lehetőség, ahogy Bódi Ferenc megemlíti, a járványok egyfajta biológiai szelekciónak is tekinthetők, s megerősítésként hivatkozik például a bibliára. A mostani járvány azonban másképp hatott, egyszerre lépett be az egyes emberek magánéletébe, és sodorta egyre nagyobb bajba, szinte minden kontinensen, a különböző közösségeket. Így aztán előbb úgy tűnt, hogy a járványkezelést a változásmenedzsment eszközeivel kordában lehet tartani, különösen, hogy relatíve gyorsan sikerült a védőoltást előállítani, de a második hullám idején mindenki sejtette, immár válságosra fordult a helyzet. Érdekes ezért a válság értelmezésére is koncentrálni.

Bár az orvostudomány a kritikus állapotú betegekre évszázadok óta használta a krízis fogalmát, ismerték, hogy van az a pont, amely eldönti a beteg sorsát, hogy jobbra fordul-e az állapota vagy visszafordíthatatlanul romlik, végül meghal. (Tóth, 2012) A fogalom mai értelmezése mégsem nyúlik ilyen régre.

Caplan (1964) a pszichológia szemszögéből határozta meg a krízis fogalmát, és így a személyre vonatkoztatta a krízist, ami magyarul válságot és változást is jelenthet. Szerinte a krízisbe kerülő személy kénytelen a lélektani egyensúlyát

veszélyeztető körülményekkel szembenézni, és a probléma mindennél fontosabbá válik számára, azonban a fennálló helyzetet a szokásos problémamegoldó eszközeivel sem megoldani, sem elkerülni nem tudja. Ezt az állapotot a következő jelzőkkel tudjuk érzékeltetni: bizonytalanság, veszély, váratlanság, kilátástalanság, reményvesztés, stb. Mindezek alapján kijelenthetjük, a Covid-19 járvány hihetetlenül gyors terjedése bizony válságot okozott. Az utóbbi években a Debreceni Egyetem Egészségügyi karán a tavaszi félévben szabadon választható tárgyként hirdettem meg a Változásmenedzsment kurzust. Mondhatni nagy érdeklődés fogadta mind a nappali mind a levelező tagozaton. Az elmúlt két tavaszi félévben a hallgatók kérték, hogy a beszámolójuk témáját az egészségügy változásairól, válságáról választhassák.

1. számú táblázat: A Covid-19 járvány hatásáról beszámoló hallgatók 2021. tavaszi félévében

<i>Évfolyamok szerinti megoszlás</i>	1. évf./fő	2. évf./fő	3. évf./fő	4. évf./ fő	összesen		
nappali	6	15	23	10	54 fő		
levelező	23	23	10	4	60 fő		
<i>Szak(irány) szerinti megoszlás</i>	ápoló	egészség- ügyi szervező	mentő- tiszt	szociális munkás BA +MSC	szülész- nő	védőnő	összesen
nappali	13	4	11	1	6	19	54 fő
levelező	14	9	10	17+9=24		3	60 fő

Forrás: Saját szerkesztés

Az írásos beszámolók döbbenetes kríziseket és helytállásokat dokumentáltak. Feltűnt, hogy 2020 tavaszán a mentőtiszt képzésben lévő hallgatók nagy része nem teljesítette a tárgy követelményeit, már akkor a járvány miatti túlmunkájukra hivatkoztak. A következő évben azt tapasztaltam, hogy még az intenzív osztályon dolgozók is teljesíteni akarták, főleg az ápoló szakirányosok, akik kiírták magukból az átélt megpróbáltatások terhét. 2020 tavaszáról egy levelező tagozatos mentőtiszt⁵ beszámolójából a lopakodó, láthatatlan ellenségtől való félelemről idézek rövid részletet:

⁵ M. B. mentőtiszt 4. évfolyamos levelező tagozatos hallgató

„Megtörtént eset, 2020. 04.10-én pénteki 24 órás szolgálatomban történt. Az esti órákban kaptunk riasztást Budapest... kerületében lévő szociális otthonába, ahol két COVID-19 gyanús beteghez mentünk. Kivonulás előtt gyorsan védőfelszerelésbe öltöztünk, saját magunk és a betegek védelme érdekében, A szobába lépve,... az otthon lakói arcán és szemén kiült a félelem, ahogy megláttak minket. Véleményem szerint a betegek megfelelő ellátását az otthonban dolgozó ápolók maximálisan meg tudták volna oldani, ha nem láttam volna rajtuk ugyanazt a félelmet, mint a gondozottjaikon, magatehetetlennek érezték magukat, és a rendszer által kiszolgáltatottnak”.

Az átélt krízishelyzetekről szóló 2021. tavaszi beszámolómban már a tömeges halálozások okozta megrendültségről, a kimerítő szolgálatról és a nehezen elviselhető körülményekről írtak. A legtöbb írásból azonban kiérződött, hogy a hivatásuk tudatában, önfeláldozóan igyekeztek segíteni. Volt, hogy a személyes gyász a folytatásra ösztönözte a gyakorlaton lévő, kirendelt, átvezényelt hallgatóinkat.

„És 2020. december 12-én délután az áldozatok száma nőtt eggyel, ez a személy az én édesapám volt.⁶ Pércsi István 30 éve volt mentőápoló, és az utolsó műszakjában is azért küzdött, hogy minél több ember életét meg tudja menteni. 2020.december 12-én, 13:10 kor édesapám elfáradt a vírus elleni küzdelemben, és így ő lett Magyarországon a 7983-ik személy a corona vírus áldozatai között. ...Miután édesapám elhunyt, anyagi okok miatt haza költöztem a kollégiumból. Jelenleg így édesanyám lát el minket anyagilag ketten bátyámmal.

Plusz munkát vállaltunk mindannyian,... Számunkra az is traumatikus volt, amikor nem régiben végig sétáltunk a Margit-szigeten, és miközben apa követ kerestük, a több ezer áldozat emlékére elhelyezett köveket láttuk, és igazítottuk vissza a helyükre.”

A hallgatóink jelentős része önkéntes munkára jelentkezett, és tesztelést, oltásnál az adminisztratív tevékenységet, a felsőbb évesek már szakmai feladatokat különböző motivációból vállaltak.

„Volt egy olyan késztetésem⁷, hogy valahogy segítenem kell az egészségügyi dolgozókon és a betegeken. Ekkor jött az önkénteskedés. 6 éve oszlopos tagja vagyok a Helperek Önkéntes Segítők Egyesületének, ahol megtanultam, hogy ha bárki vagy bármi bajban van, segítséget kell nyújtani. December elején jelentkeztem először az Országos Mentőszolgálathoz, hogy a munkámmal támogassam Szabolcs megyét.”

⁶ P. L. védőnő 3. évfolyamos nappali tagozatos hallgató

⁷ B.K. ápoló 4. évfolyamos nappali tagozatos hallgató

„A járvány elleni védekezésben lehetőségünk nyílt az Országos Mentőszolgálat, ezen belül a Nyíregyházi Mentőállomás munkáját segíteni a tesztelések végzésében. Őszintén szólva először féltem a vírustól, meg attól, hogy esetleg nem leszek elég ügyes, és nem fogom tudni elvégezni a rám szabott feladatokat, de az OMSZ munkatársainak köszönhetően nagyon gyorsan betanultunk, és gördülékenyen tudott folyni a munka. Mindenki nagyon kedvesen és segítőkészen fogadott minket az állomáson, első perctől kezdve kollégaként kezelték minket... A mindennapi rengeteg munka mellett szakítottak időt az önkéntesek betanítására, irányítására. Nagyobb városokban koronavírus szűrési lehetőségeket hoztak létre, valamint mentőgépjárművel is járják a településeket, törekedve arra, hogy minél gyorsabban és hatékonyabban fékezzék meg a járvány terjedését, kiszűrjék a pozitív betegeket. Emberfeletti munkát végezve, távol a családtól, kimerülten, de mégis hatékonyan dolgoznak.”⁸

A levelező tagozatos hallgatók között elég nagy számban vannak több éves tapasztalattal rendelkezők, akik egyéni céljaik, szakmai feladataik, anyagi és szakmai motivációik hatására vállalták, hogy diplomát szerezzenek. Nekik az egészségügyi rendszer működéséről már voltak tapasztalataik, mégis nehezen élték meg a kialakult helyzetet. Megrendítőek a beszámolók, és inkább éreztem azt, hogy üzenetet küldenek, a saját lelkük vívódását akarták tudatni a hosszú intenzív terhelés miatt, hogy nem a tanárnak, hanem valakinek, akinek le lehet írni, hogy milyen bajokat kellene kezelni, ilyen üzenetekről szólnak a dolgozatok. Nehéz volt a választás, hogy melyik esetet ismertessem a kialakult állapot dokumentálására, míg végül egy hosszabb idézet mellett döntöttem. Az íróját számomra a tanulmányi teljesítményei hitelesítik, írása nemcsak a megélt eseményekről, hanem a hivatástudatáról is szól⁹.

„Az egészségügyi rendszerben 32 éve dolgozom ápolónőként, de amin most megyek/ünk keresztül még ilyet nem tapasztaltam, éreztem. Számomra eddigi életem legnehezebb időszaka ez a több mint egy éve tartó állapot.

2020 év elején, az osztályunkon (belgyógyászat) rengeteg tüdőgyulladásos beteg volt, nem gyógyultak meg, többnyire belehaltak... Engem, ami a legjobban megviselt, hogy azt éreztem és érzem most is, hogy ember feletti munkával, lelkiismeretesen próbálok segíteni, de mintha nem lenne a munkámnak semmi értelme. A rengeteg elhunyt, sok ismerős, három – kórházban dolgozó – ápolónő férje, szemem láttára „mentek” el, ezekre nincsenek szavak. Nagyon embert próbáló! Ahogy a beteg a szemembe néz (lélegeztetőgépre tévés előtt) és látni benne a halálfélelmet, könnyörög,

⁸ F. I. mentőtiszt 2. évfolyamos nappali tagozatos hallgató

⁹ B-P. M. ápoló 2. évfolyamos levelező tagozatos hallgató

hogy segítsék. Azok a szempárok nagyon belém égtek. Egyszerűen azt érzem, hogy nem tudok segíteni. Az altatott betegekkel történő kommunikáció majdnem mindig egyoldalú, hiszen ők nem tudnak válaszolni, és mivel öntudatlan állapotban vannak, így túl sok reakcióra sem számíthatok (észrevettem, amikor beszélék hozzájuk, többen könnyeztek). Minden ápolási beavatkozásnál beszélék a betegekhez, türelmesen, nem kapkodva végzem a munkámat. Mivel két réteg védőruha, FFP3 maszk, szemüveg, és arcpajzs van rajtunk, így az egymással történő kommunikáció is nehezített. A szemüveg-pajzs párasodása miatt nehezebben látunk. Nagyon sok plusz energiát igényel az is, hogy megértessük magunkat egymással és a nem altatott betegekkel is. Azok a betegek, akik éberek és nincsenek lélegeztetőgépen, riadtan néznek, hiszen csak a szemünket látják. Rémisztő a sok egyforma valami/valaki, a környezet, a hangok, a körülöttük lévő mozdulatlan testek. Minden reggel felírjuk a nevünket a ruhánk külső részére, hiszen egymást is nehezen ismerjük meg, hogy a betegek is láthassák, emberek vannak a szkafoanderekben. Természetesen be is mutatkozunk nekik, vannak, akik a szemünkről vagy a hangunkról már megismernek.

Mai napig, ha hazaérek, olyan vagyok, mint egy rongybaba, iszonyú nyomást érzek a mellkasomban, majd megfulladok. Minden műszak végén azon gondolkodom, hogy hogyan tudnék hatékonyabban segíteni, min változtassak, sokat imádkozom a betegekért, nehezen tudom elengedni őket. Próbálom kipihenni, de ezt nem lehet ... ami nem múlik el, az a mentális fáradtság. Amikor becsukom a szemem, magam előtt látom a szenvedőket és az elhunytakat.”

A koronavírus járvány borzalmait a fenti személyes tapasztalatokból megismerve, nehéz tovább lépni. Bizonyára hosszú időre lesz szükség, míg a gyász, a személyes krízisek feldolgozása megtörténik. A pandémia természetéből adódóan viszont a válság kiterjedésére is kénytelenek vagyunk figyelni.

A váratlan fordulatok, a megújuló járványhullámok következtében egyre nőtt az érintett emberek köre, bizonyos szervezetek, sőt a társadalom alrendszereiben is nehezedik, esetleg veszélybe kerül a működés, a kedvezőtlen tendenciák felerősödnek, vagyis kiterjedt válságról beszélhetünk. Ugyanakkor, ha a járványok okozta tragédiák túléléséhez történelmi tapasztalatot keresünk, egészen az áruterelés és a fogyasztói társadalom kialakulásáig is visszanezhetünk, és azt találjuk, hogy a válságok megelőzésére külön figyelve, igyekeztek azt megelőzni, de ez nem minden esetben sikerülhetett a folyamatok bonyolult összekapcsolódása miatt. A válság kialakulását minden váratlansága ellenére bizonyos idejű folyamat előzi meg. Noszkay Erzsébet (2002) ma már klasszikusnak számító munkájában arra hívja fel a figyelmet, hogy a változás – és válságjelenségek felismerésének és kezelésének a folyamata igen érzékeny átmeneteket mutat. Előfordul, hogy egy válság jeleinek időben történő észlelése a változásmenedzsment eszközeivel

megállítható, és egy rosszul megválasztott változásmenedzsment stratégia válságot is eredményezhet. Azt mondja, szinte minden esetre igaz, hogy egy mélyebb, részletesebb vizsgálat mindig azt mutatja ki, hogy a krízis kialakulása valamilyen típusú változással kapcsolatos mulasztással köthető össze. Vajon így volt ez a COVID-19 estében is? Ha igen, mikor és kik mulasztottak? Mi magyarok mit tehattünk volna? A válaszokat jelenleg nem tudjuk, de azt igen, hogy a pandémia tagadhatatlanul egy eddig nem tapasztalt méretű világválságot okozott, ami súlyosan érint bennünket is. A hazai egészségügy esetében azonban – úgy érzek –, a sok áldozat és a válságkezelés számos hiányossága még erőteljesebben felszínre hozta a már lappangó ágazati válság tüneteit.

A krízisek kezelésének egyik alapszabálya, hogy az érintettekkel kommunikálni kell, a tájékoztatás legyen hiteles, ugyanakkor mutasson biztató kilábalási módot is, mert az őszinte és gyors tájékoztatás, a következő lépések ismertetése bizalmat, együttműködést teremt.

A 2008-as pénzügyi válság okozta sokk hatására néhány használható tanulmány született, közülük kiemelkedik a Develor Tanácsadó Zrt. kiadványa, amely igen népszerűvé vált, szinte kézikönyvszerű tanácsokat kínált. Először úgy tűnt, ismerik a járványkezelésben döntést hozók, később azonban azt tapasztaltuk, hogy nem eléggé.

A magyarországi járványkezelés első időszakában megalakult ugyan egy válságstáb, és rendszeressé vált a hivatalos kommunikáció, de utólag kijelenthetjük, hogy nem volt igazán hiteles, a kórházakban történekről mai napig nincs kellő tájékoztatás, ami miatt sokan nem is érzékelték a veszély nagyságát. Az ismeretlen vírussal való küzdelem kezdetén talán még elfogadható volt, hogy azon is vita folyt, szükséges-e a maszk vagy nem, az már kevésbé, hogy utóbbi indokaként azt hallottuk, mert nincs! Igaz a házi készítésű, sőt a divatot is megkísértő maszkok terjedni kezdtek. Miközben nem kaptunk a kialakult krízisről valós képet, a vakcinákról és az oltásról a nyilvános politikai üzengetés aláásta a bizalmat, teret engedett a tévhiteknek, az oltástagadóknak. Sem a tisztai főorvos, sem az ágazatért felelős miniszter személye nem bizonyult alkalmasnak a válságkezelésre. Így van ez annak ellenére, hogy a tisztai főorvos asszonyt végül közvetlenségének, önazonos viselkedésnek köszönhetően, sokan elfogadták.

A járványkezelés során kialakult felemás helyzetről az egyik egészségügyben dolgozó hallgató¹⁰ a következőket írta 2021. májusában:

„Én 20 éve dolgozom az egészségügyben mindig több állásban, de soha nem éreztem még ilyen bizonytalanságot, félelmet, kimerültséget. És bátran kijelenthetem, hogy

¹⁰ CS. A. mentőtiszt 2. évfolyamos levelező hallgató

ez az állományunk 90%- ára jellemző. A változással/jogviszonyváltás/ szembeni ellenállás mind a 7 folyamatán /bénultság, tagadás, depresszió, elfogadás, kipróbálás, tudatosság, beépítés/ átmentünk... Jelenleg a járványhelyzet által okozott folyamatos többletmunka és az anyagi bizonytalanság, a folyamatos átvezénylés lehetősége okozza a legnagyobb feszültséget az egészségügyben.... Jelen dolgozatomban nem szeretnék politizálni, De mindenképp figyelembe kell vennünk, hogy a jelenlegi politikai döntések okozzák a legnagyobb krízist az egészségügyben. A folyamatos tologatás és elhanyagolás problémáját kapkodással és fenyegetőzéssel megoldani nem lehet. Úgy látom, ha vége a járvány helyzetnek és az állam nem hajlandó végre az egészségüggyel foglalkozni, akkor sajnos az egész rendszerben az összeomlás elkerülhetetlen... Remélem, hogy a válság után az elemzések végeztével végre valaki kézbe veszi az egészségügy fejlesztését...”

Ez a reménye 2021 elején beteljesülni látszott, az állam „kézbe vette az egészségügyet”, és két nagy reformot vezetett be. Rendezte az orvosok bérét, és átalakította a foglalkoztatási jogviszonyt. Ennek elemzésétől itt és most eltekintek, mindössze azzal a megjegyzéssel, hogy nem volt kellően előkészített, kidolgozott, és a bevezetés módja stratégiaileg sem volt megfelelő, hiszen külső megfigyelőként azt állapíthattuk meg, hogy nem erősítette az egészségügy hatékonyságát.

Inkább visszalapozok Bódi Ferenc gondolataihoz!

Ő azt a reményt villantotta fel tavasszal, hogy COVID-19 járvány egy hosszú gazdasági ciklust segít lezárni, és megpróbál kikacsintani a jövőre. Azzal folytatja ugyanis, hogy az új K ciklus a korábbi jóléti állammodellt egy jóléti társadalom-konceptióval váltja le, amelyben a társadalom alapja a szolidaritás, az együttműködés és a minőség lesz. Azt is leírja, hogy az egészség már nemcsak választható életforma, hanem a túlélés egy hatékony formája lesz. Szeretném, ha így történne, miközben érteni vélem, hogy az a jövőkép, amit felvázol, még súlyos döntéseket kíván, ami elképzelhetetlen a válságkezelés új módszerei és a változás professzionális tervezése, irányítása nélkül.

2. A válságok új korszakot, életmód átalakulást indítanak-e el?

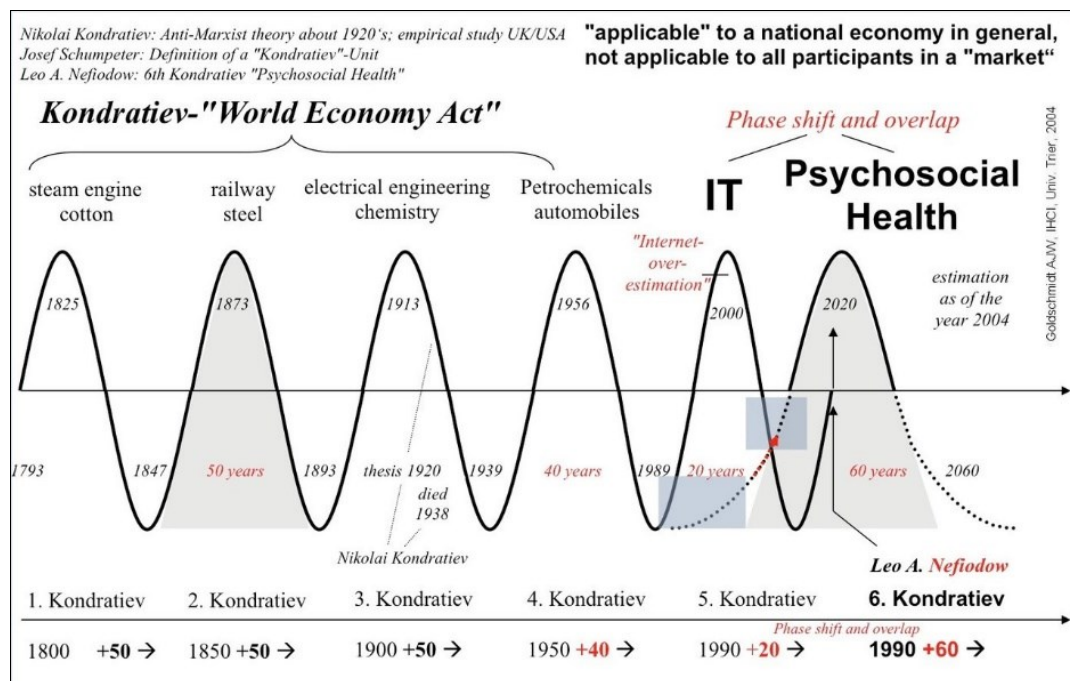
A fentebb idézett tanulmányban a szerző többször említi a K ciklust, azaz a Kondratyev ciklust¹¹. Kondratyev munkásságát és hatását máig igyekeznek újraértelmezni a konjunktúra kutató intézetek munkatársai. Követői közül napjainkban különösen Nefiodow (2014) koncepciója a legismertebb. Az előre jelzése szerint a 21. században az egészség megőrzésének a képessége

¹¹ Nyikoláj Dmitrijevics Kondratyev (1892-1938) orosz-szovjet közgazdász, aki a hosszú távú gazdaság ciklusok elméletének megalapozója. Gondolatai halála (kivégzése) után váltak közismertté, és napjainkig újraértelmezik, amelyben az innovációk hatásait emelik ki.

nagymértékben felértékelődik, mivel az egészséges humán erő megléte határozza majd meg a gazdasági növekedést. Ezt a hosszú gazdasági hullámot nevezte el új Kondratyev ciklusnak, sorrendben a hatodiknak, amelyben a következő évtizedekben új iparág, a biotechnológiai ipar fog kialakulni. Ugyanakkor egymásra engedi az 1990-es években induló 5. és a körülbelül másfél évtizeddel később kiemelkedő 6. ciklust. Az ötödik rövid ciklus az infokommunikációs technológia előretörését mutatta, és 2004-re az internet térhódításának sikere után, a következő hullám párhuzamos megjelenésével bekövetkezett egy átfedés és fázisváltás.

Az új korszak jegyeit sorolja, így az előregedő társadalmak, az új technológiák megjelenését, a fenntartható fejlődés gondját, a digitális kultúra jelentőségének a növekedését, amelyek különösen megnövelik az egészségnek, az életminőség megőrzésének a jelentőségét. Ugyanakkor az életmódváltás káros hatásai következtében – véleménye szerint – a pszichológiai, mentális, lelki megbetegedések és rendellenességek, pusztító viselkedés zavarok is nagyobb számban fordulnak majd elő. Ezt a teóriát, noha valójában már a gyakorlatban is észlelhető több tünete, nehéz bizonyítani. Viszont, ha feltételezzük, hogy igaza van, akkor még inkább szükség van a jól működő egészségügyi rendszerre.

1. számú ábra: A Kondratyevről elnevezett hosszú távú gazdasági ciklusok



Forrás: Leo A. Nefiodow (2014): Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century

Jelenleg azonban nehéz megmondani, hogyan érhető ez el. Általában egy-egy részterület felé irányul egy-egy reformkísérlet, legtöbbször a finanszírozástól, a fizetések rendezésétől várták a javulást. A probléma azonban ennél sokkal összetettebb, és mélyebb összefüggések feltárását igényli. Az egészségügyi ágazat megújuláshoz természetesen a finanszírozás mellett a strukturális és a működési rendszerének átalakítása éppúgy szükséges, aktuális és sürgetően fontos, mint a szakemberek presztízsének, motiváltságának növelése. Ez az általános, inkább stratégiai megközelítés különösen szükséges a hazai egészségügyi rendszer javításának tervezésénél.

Az egészségügyi szervezet ugyanis nem egyszerűen orvos-beteg kapcsolatból áll, a gyógyítás folyamata maga is igényel eszközöket, gyógyszereket, oktatást, működtetést, stb. Eközben egyre gyakrabban felvetődik az egészségügynek, mint közszolgáltatnak az értelmezése. A közegészségügyi ellátás kialakításának a gyökerei visszanyúlnak a 18. századig. A magyar egészségügy szervezetének kialakítását Mária Terézia rendeletei, végső soron a felvilágosodás eszméi éppúgy befolyásolták, mint az akkori járványok megelőzésének, megfékezésének az igénye. Két eszme fogant ekkoriban, amelyek ma is aktuálisak, a szolidaritás és a közszolgáltatás. Mindkettő a jóléti állam sarokköve, értelmezésükben azonban különböző álláspontok alakultak ki. A közszolgáltatást társadalmi aspektusból vizsgálva, általánosan elfogadott az az értelmezés, hogy olyan közszükségletek kielégítésére szolgál, amelyek nem képviselnek azonnal megtérülő gazdasági hasznot, viszont a társadalmi hatásuk a későbbi jóllétet megalapozhatják. A társadalomban betöltött funkciók alapján ide vették már a 19. században az oktatást, az egészségügyet, a társadalmi integrációért végzett tevékenységet. (Hoffman, 2017). Napjainkra azon szolgáltatásoknak a köre, amelyeket a társadalom széles köre vesz igénybe, jelentősen megnőtt, és az előbbieket mellé sorolhatjuk például a közműveket, amelyek a fűtést, a világítást, az utak építését, a közlekedést szolgálják, vagyis minden humán vagy személyes jellegű, közüzemi, infrastrukturális szolgáltatást. Az egyes államok szerepvállalásának mértéke azonban eltérő, és folyamatosan változó, nagyban függ az adott állam hagyományaitól, jogrendszerétől, stb. Idővel elfogadottá vált, hogy az állam igénybe veheti – általa meghatározott keretek között – a működő piaci vagy nonprofit cégek szolgáltatásait is, vagyis a közjavak előállítás, szervezése többféle formában történhet, miközben a közszolgáltatások szabályozásában az állam szerepe és felelőssége megmarad (Borbás, 2021). Az állam szerepe és felelőssége tehát az egészségügyre, ezen belül az aktuális járványkezelésre is kiterjed, ahogy az is, hogy a módszerei eltérhetnek más országokétól, bár egy pandémia esetén indokolt a védekezés összehangolása, a járvány ugyanis nem kér útlevelet!

Az állam hatékony működésének igényéből emelkedett ki az angolszász hagyományokból a New Public Management (NPM) elmélete, amelynek főbb célkitűzései röviden, hogy növelje a civil szervezetek szerepvállalását, megvalósítsa az olcsóbb állami működést a közszolgáltatások kiszervezésével, hogy csökkenjenek az állami adók, stabilabb hatalmi struktúra jöhessen létre, és javuljanak az életkörülmények (Horton, 2006).

A magyar viszonyok között ebből csak a közszolgáltatások kiszervezése történt meg (Rosta, 2012), de az állam befolyása, szerepe továbbra sem csökkent, sőt egyre több közszolgáltatásban alakult ki centralizáció, miközben a fejlesztésére szánt támogatás nem nőtt. Külön finanszírozási (pályázati) alapja van, ezért az infrastrukturális beruházásokat itt nem vehetjük figyelembe.

Adódik a kérdés, hogy az egészségügy, mint az egyik legfontosabb közszolgálat, megőrizte-e nálunk ezt a közjó jellegét? A kérdés megválaszolását megkönnyítendő, érdemes megnézni, hogy milyen álláspontot alakított ki az Egészségügyi Világszervezet, amelynek alkotmányát 1946-ban fogalmazták meg, a II. világháború traumája után, és nálunk 1948-ban lépett életbe.¹² Sokat idézett definíciója, hogy „Az egészség a testi, szellemi és szociális teljes jólétnek állapota és nemcsak a betegség vagy fogyatékosság hiányából áll” – továbbá, hogy az egészséghez való jog, alapvető emberi jogként kezelendő.

Ugyancsak időtállóan bizonyultak az egészségügytől elvárható működés alapelvei (Barát, 2008). Ilyennek tartjuk az alábbiakat:

- a kötelező szolidaritási elven működő biztosítás keretében mindenki hozzájárul az alapvető és garantált minőségű egészségügyi szolgáltatáshoz,
- a szolgáltatási struktúra a valóságos egészségügyi szükségleteknek és a „fogyasztói” igényeknek is megfelel, a morbiditási, demográfiai változásokat rugalmasan kezeli,
- az eljárások hatásossága, hatékonysága megfelelő,
- a szolgáltatások rendszere, igénybevételük lehetősége és az egészségügyben elköltött közpénzek sorsa átlátható,
- az egészségügy finanszírozható rendszerben működik, az egészségügyre fordított források hatékonysága nő.

Mindezek ismeretében sem egyszerű az ideális egészségügyi rendszer kialakítása.

A magyar viszonyok áttekintését épp ezért néhány alappillérének ismertetésével érdemes kezdeni. A biztosítási rendszer az, ami a betegellátás finanszírozási alapja. Az előző századokban az állami részvételtől függően négy nagy rendszer alakult ki, a Bismarck-i, a Szemaskó, a Beveridge és a Vegyes modell. Az egészségbiztosítás

¹² 1948. évi XII. törvény

első korszakában, még a 19. század végén hazánkban is, a Bismarck-i modell szerint, a járulékokat jövedelemarányosan fizették a tagok, ami feljogosította őket az ingyenes orvosi ellátásra, az ingyenes gyógyszer és gyógyászati segédeszköz ellátásra, és bizonyos idejű táppénzre (Paulikné Varga, 2020), majd a két világháború között már arányos nyugdíjra is. Viszont nem volt mindenki biztosított. Létezett a magánbiztosítás, illetve a magánfinanszírozás, amit széles társadalmi rétegek nem tudtak megfizetni. A második világháború után – a politikai rendszerváltás eredményeképpen –, fordulat következett az egészségügyben is. Rövidesen bevezették a szovjet mintájú Szemaskó modellt, ami azt jelentette a gyakorlatban, hogy az állam mindenki ellátását ingyenessé tette. A háborús veszteségek, a sok hadirokkant, árva, menekült ember számára ez humanitárius szükséglet volt, később azonban a rendszer belső ellentmondásai, az állami támogatás mértéke és módja számos negatív reakciót váltott ki, mint például a most megszüntetni kívánt hálapénz elterjedése, szokásossá válása, az ellátás színvonalának romlása, illetve differenciálódása. Az 1990-es években, a rendszerváltás után, hivatalosan visszaállt a Bismarck-i járulékfizetésen nyugvó rendszer, de a helyzet tovább súlyosbodott, aminek oka a privatizáció okozta gazdasági visszaesés és a munkanélküliség, amely a másfél millió munkanélküli megjelenésével, robbanásszerű változásokat hozott. Ekkor nagy tömegek próbálták helyzetüket menteni azzal, hogy az egészségügyi rendszerhez menekültek, rokkantsági nyugdíjat, hosszabb táppénz lehetőséget keresve, azaz az egészségügyi ellátórendszerre zúdult a szociális ellátás, ennek a finanszírozása nélkül (Szalai, 2007). Részben ezzel magyarázható, hogy az ágazat korszerűsítése több generáció óta aktuális lett volna, de nem történt meg. Voltak próbálkozások, és maga a társadalom is produkált már megoldásokat. Különösen az állami és magán ellátórendszer kombinálásával, ami nem volt más, mint a kádári megengedő politika kiterjesztése, gondolok a háztáji és tsz gazdálkodás egymásmellettségére, vagy az egykori munkahelyi GMK-ra, de a magán és a közfinanszírozott egészségügyi ellátás szétválására több okból mégsem gondolhattak. Néhány tényező: Nincs elég, azaz ketté osztható képzett személyzet, és nemcsak az orvosokra kell gondolni. Ki finanszírozná a kapcsolódó egészségügyi (kutató és népegészségügyi, stb.) intézményeket? Mi legyen a társadalombiztosítás kasszájába befizetett egyéni részesedéssel, hogyan viszonyul az állam a magánbiztosítókhoz, és folytatható lenne a sor a piaci beszállítókkal (gyógyszer, diagnosztikai eszközök, stb.), a nemzetközi kötelezettségek betartásának a felelősségével? Jól látható, hogy ezeket nem a COVID-19 járvány okozta, viszont felszínre hozta az ellentmondásokat, és nyilvánvalóvá tette a strukturális átalakítás elkerülhetetlenségét.

A kialakítandó új működés elvi kereteit, a nemzetközi elvárásokat a már idézett WHO Alkotmány nálunk is hatályos preambulumból idézem:

- „Az elérhető legjobb egészségi állapot élvezete minden emberi lény alapvető jogainak egyikét alkotja, bármilyen legyen is faja, vallása, politikai nézete, gazdasági vagy társadalmi helyzete.
- Az egyenlőtlenség, amely a különböző államok között az egészség megjavítása és a betegségek, különösen az átvihető betegségek elleni küzdelem tekintetében fennállhat, valamennyi (állam LM) számára veszélyt jelent.
- A Kormányok népeik egészségéért felelősséggel tartoznak, amelynek csak akkor tesznek eleget, ha megfelelő egészségügyi és szociális intézkedéseket foganatosítanak.”

Három olyan kötelezettség ez, amelyet az Európai Unió tagságunk külön is megerősít. Az uniós betegkártya az elvek megvalósulásának a gyakorlati bizonyítéka, ami minden tagországban garantálja a szükséges alapellátást, etnikai, vallási, politikai, gazdasági vagy társadalmi helyzettől függetlenül. Természetesen az elszámolás a tagországok között utóbb megtörténik. Valójában nem is lehet kérdés, de mégis fel kell tenni, hogy mi van azokkal, akiknek nincs egészségbiztosítása, sőt munkahelye, sőt állandó lakcíme sem? Napjainkban humanitárius kötelezettség a többbezs menekülttáborokban a védekezés, hiszen az átvihető betegségek, mint a jelenleg pusztító pandémia, valamennyi államra veszélyt jelent, és az egyes kormányok népeik egészségéért felelősséggel tartoznak. Míg az előbbi esetben a nemzetközi szervezetek finanszírozzák az ellátást, addig az egyes államokban a védekezés költségei az adott államot terhelik. A nemzetközi kötelezettségek a magyar államra is vonatkoznak, és természetesen igyekeznek azokat teljesíteni.

A járvány többféleképpen feszegeti a mindennapi működés kereteit. Újabb, megoldásra váró probléma az egészségügyben a halasztott vagy hiányzó, elmaradó ellátás. Nincs róla ismert kimutató, de szinte minden családnak van tapasztalata arról, hogy az elhalasztott vizsgálatok, műtétek, megelőzést szolgáló szűrések, stb. milyen súlyos egészségromlást, sőt emberveszteséget okoztak. Az új betegségszoptorként emlegetett Covid-hatás mentális és egyéb eltérő kóros elváltozásokat produkál a különböző korosztályokban. A tapasztalatokról, azok felméréséről, az ajánlott kezelésekről nem tudunk konkrétumokat.

Végezetül kijelenthető, hogy az egészségügyi ágazat teljes átalakítására a társadalom nyitott, de a lehetőségek és a tervezett megvalósítás terve még nem ismert.

A szervezet fejlesztésére, megújítására szinte kínálja magát az a már korábban is előterjesztett stratégia, amelyet a Magyar Orvosi Kamara ajánl¹³, miszerint az átalakítást az alap- és a járóbeteg ellátásnál érdemes kezdeni. A Kincses Gyula elnök által először javasolt csoportpraxis modellben (2000 és 2002) a háziorvosi ellátás a meghatározó, de nem kizárólagos része az alapellátásnak, mivel ebbe a körbe kerülnének a leggyakrabban igénybevett, nem túl nagy erőforrás-igényű, szakorvosi képesítéshez kötött ellátások is. Ezzel egyszerre elérhető a háziorvosok önképzésének az ösztönzése, továbbá, hogy a szakellátás javuljon a hátrányos helyzetű térségek deprivált rétegeiben, másrészt jelentősen laposítaná az ellátórendszer struktúráját, amelyben a járóbeteg szakellátás a kórházakhoz kapcsolódik, és már a diagnosztikai alapinformációk megszerzéséért is a betegeket utaztatják. Nem elhanyagolható, hogy a kiterjesztett kompetenciát a személyes képzettséghez kötné ez a rendszer, ezáltal a háziorvosi munka presztízse, elismerése nőne, ami a háziorvosi praxist választók számát növelhetné, hiszen e téren is rossz a helyzet, a háziorvos társadalom egyharmada 65 év feletti. A megvalósításhoz komoly szakmai egyeztetések kellenek mind az egészségügyi, mind a társadalmi szervezetek képviselői között. A háziorvosok döntő része valamilyen vállalkozási formában praktizál, a települési, a térségi önkormányzatokkal sajnos minimalizálódott a kapcsolat, és az ellátó rendszer más szereplőivel is javítani kellene az együttműködést. Kétségtelen, egyik már működő európai egészségügyi rendszert sem tudjuk átvenni, a történelmi adottságaink, a jelenlegi humán- és anyagi lehetőségeink, valamint a társadalom egészségi és szociális állapota sem teszi lehetővé, viszont arra mindenki rádöbrent, hogy a változás szükséges.

3. A szolidaritás célja, hogy az egyének és a társadalom jóléte egymásra találjon

Bódi Ferenc, miután számos gazdasági, politikai, informatikai globális hatást számba vesz, felteszi önmaga számára is a kérdést, kiválthatja-e a világlárvány a globális rendszerek revízióját. Arra a következtetésre jut, „hogy a világgazdaság útfüggősége nem bomlik fel”, kibillent ugyan az utóbbi két évben, és nem is tudott a válságból az azt megelőző állapotába visszapattanni, de a mélyreható változást majd csak a történelmi léptékű idő alatt tudja megtenni. Egyetérték vele abban, hogy a változás lassú, de annál maradandóbb lesz. Talán csak lassúbb, nem kíván annyi időt, mint a reneszánsz megszületésével induló modern európai kultúra kialakulása, viszont már érzékeljük azt a váltást, amit az infokommunikációs technológiák lehetővé tesznek.

¹³ A MOK reformjavaslatát képviselő Kincses Gyula elnök, szinte a rendszerváltás óta (1996-tól) folyamatosan publikálja, hogy az alapellátástól indított reformnak van relevanciája. A reformgondolatait, kidolgozott vitaanyagait folyamatosan megosztja honlapján, <http://www.asztalfiok.hu/2019/02/mar-megint-az-alapellatas-jovojerol.html>

Bódi sokkal optimistábban ítéli meg ezt az egyébként valóban civilizációs paradigmaváltást ígérő utat, de én egyelőre attól tartok, hogy sok áldozatot kell még hozni addig, míg „a jelen kor útfüggősége” megtörik. Ugyanakkor azt gondolom, hogy az a bizonyos történelmi léptékű idő, amely új korszakot nyit, már megkezdődött.

A rendszerváltás előtti évtizedben Hankiss Elemér (1997 és 1999) több írásában és egy tv sorozatában is azt mérlegelte, hogy változik-e az európai társadalmak értékrendje az ezredfordulóra. Ő szintén visszatekint a reneszánsz korára. A kultúra vizsgálata után arra a következtetésre jut, hogy a 14 -16. századi reneszánsz korában csak kevesek számára voltak elérhetőek az új ismeretek, az ezredfordulóhoz közeledve viszont a tömegek tudásának a kiteljesedését, az új műveltség reneszánszát vizionálja, mivel a tudás, a kultúra a tömegek birtokrészévé válhat. Ezzel egyidőben a fogyasztói társadalom hibáira, értékcsökkent csillogásának veszélyeire is rámutat. A civilizációváltásról írott gondolatai engem jobban elgondolkoztattak. Az emberi kaland című munkájának egyik megállapítása, hogy az emberi létezést többé nem a természeti környezte veszélyezteti, amelytől elszakadt, hanem az ember mesterséges világa, a civilizáció. Számos filozófust és példát említ, mégis nehéz elfogadni, hogy a kultúraváltás nem csak kiteljesedést, új emberi kalandot jelenthet, hanem veszélyeket is rejt, például kiábrándulást, az elmagányosodást, a hamis értékek térhódítását, a közösségekből való kiesést, stb. Ezekről a veszélyekről konkrétabb viták alakultak ki a 20. század végén, a jó társadalom meghatározása kapcsán. A jóléti társadalmakról többféle koncepció, sőt a fejlettebb országokban három modellje is megszületett (Illésy és Csizmadia, 2015), amelyek mindegyikében szerepelt az egyenlő esélyek erősítésének fontossága, és az örökölt kiváltságoknak megszüntetése. A megvalósítás megfelelő eszközét a tömegoktatás fejlesztésében látták, míg az életkörülmények kiegyenlítésére jövedelemfenntartó programok szervezését, kiépítését ajánlották. (Esping-Andersen, 2006). Ennek az ideának a realitását, a megvalósítás lehetőségét a technológiai változások, az új foglalkoztatási formák megnövelték, ugyanakkor nőtt a szociális kockázat. Ma már tapasztalat, hogy az alacsony, még inkább az elégtelen képzettségűek, a szociális hátrányokkal küzdők alacsony jövedelmet adó állásokat találnak, sokan munkanélküliekké válnak, és ez társadalmi kirekesztődést von maga után. Nem arról van szó, hogy az egyes ember életének egy szakaszában alacsony jövedelemből él, hanem hogy ebből van-e módja kiemelkedni vagy nincs. A munkaerőpiaci vizsgálatok azt mutatják, az esélyek nagyrészt összefüggnek az egyének iskolázottságával. Bódi Ferenc jól látja, amennyiben a tudomány új eredményeinek az észlelése, befogadása megjelenik az oktatásban, az oktatási

rendszer megújulva végső soron minőségi forradalmat indíthat el. Ez viszont azt is jelenti, hogy akárcsak az egészségügyi rendszer, az oktatás is megújításra vár.

Az oktatás kiemelt jelentőségére szintén rámutat Esping, akinek a véleményével egyet kell értenünk. Szerinte korunk munkaerőigényének ismeretében kijelenthetjük, hogy a legalább középiskolai végzettség nélküli fiatalok egy évtized múlva jó esetben a munkaerőpiac alsó rétegébe szorulnak, rosszabb esetben munkanélküliek maradnak, ami előre vetíti a néhány évtized múlva jelentkező időskori szegénységüket, miközben a gyerekeik sorsában újratermelődik a kirekesztődés veszélye. Ennek a megakadályozása – a járvány okozta válság nélkül is – a legnagyobb kihívás!

Ehhez társul, hogy a járvány következtében gazdasági ágazatok kerültek veszélybe, elsősorban a szolgáltató szektorban tevékenykedő vállalkozások voltak kénytelenek bezárni. Új alkalmazási és foglalkoztatási módok terjedtek el, de nem lehet minden munkát home office-ban végezni. A pandémia miatt munka és jövedelem nélkül maradók a tartalékaik felélésének, az újra elhelyezkedés veszélyének félelme miatt, létbizonytalanságban élnek. Ehhez sorolhatóak a már korábban is munkanélküliek, a deprivált hátrányos helyzetűek, akiknek a sorsa most összefonódni látszik a járványkezeléssel. Ugyanakkor az is kiderült, hogy sok esetben azért nem tudnak elhelyezkedni, mert nincs megfelelő szakmai tudásuk a meghirdetett állásokhoz. A folyamat megszüntetése a jelenlegi oktatási rendszer komplex felülvizsgálatával, és az egészségügyi rendszerhez hasonlóan, csak komoly változások bevezetésével képzelhető el. Hogy ez mikor és hogyan következhet be, nagyban függ a járványveszély visszaszorításának az idejétől, a gazdaság újraindításának az eredményességétől, hogy okoz-e a COVID-19 vírus áttételesen olyan társadalmi válságot, amelyben a különböző társadalmi rétegekből sokan kerülhetnek kilátástalan élethelyzetbe. A bizonytalanság, az esélyek egyenlőtlensége ugyanis egyszerre jellemzi valamennyi érintett munkaerőpiaci csoportot, akik a prekariátus tüneteit mutatják. A prekariátus, mint fogalom az 1970-es évek végén született meg, párhuzamosan a jóléti államok válságtüneteinek megjelenésével. A fogalmat sokáig a kirekesztés definíciójához hasonlóan az új szegénységhez kapcsolódó talajvesztés jelenségével jellemezték, majd a jelentéstartalma szűkült, s ma már leginkább a munka világához kapcsolódva, egyfajta bizonytalan munkaerőpiaci helyzetre használják (R. Fedor. 2021). Ez az egyébként már járvány előtt, a különböző válságokból ismert jelenség, úgy tapasztaljuk, nálunk a pandémia alatt nőtt, szinte minden korosztályt és ágazatot veszélyeztet. Amennyiben sokakat érintene, kérdésessé válhat, hogy a szolidaritásra várók nem lesznek-e többen, mint akik ezt számukra megadhatják.

A COVID-19 járvány tehát a túlélőket is próbára teszi, komolyan veszélyeztetheti az érintettek mentális egészségét, szakmai esélyeit, végső soron a járvány utáni helyreállítást.

Felhasznált irodalom

1. Baráth, Lajos (2008): Az egészségügy és a kórház, mint szervezet kihívásai a XXI. században. *Egészségügyi Gazdasági Szemle*, 2008: 10-12
2. Bódi, Ferenc: A húsvéti járvány – a COVID-19 várható hatásai az Euro-atlanti tér társadalmaira. *Acta Medicinae et Sociologica* (2021): Vol. 12. No. 32. 2-20.
3. Bordás, Péter (2021): Közzolgáltatások, in: Jakab András - Könczöl Miklós - Menyhárd Attila - Sulyok Gábor (szerk.): *Internetes Jogtudományi Enciklopédia*, <http://ijoten.hu/szocikk/kozzolgaltatasok> (letöltés: 2021. 11.30.)
4. Caplan, Gerard (1964): *Principles of Preventive Psychiatry*, New York
5. Develor Tanácsadó Zrt (2008): A válságmenedzsment tízparancsolata, szakértői anyag, <https://www.hrportal.hu/c/a-valsagmenedzsment-tizparancsolata-20081124.html>
6. Esping-Andersen, Gösta (2006): Ismét a jó társadalom felé? *Esély*, 2006/3. 3-27
7. Hankiss, Elemér (1997): *Az emberi kaland, Egy civilizáció-elmélet vázlata*, Helikon kiadó, Bp.
8. Hankiss, Elemér (1999): *Proletár reneszánsz, Tanulmányok az európai civilizációról és a magyar társadalomról*, Helikon kiadó, Bp.
9. Hoffman, István (2017): A közzolgáltatások fogalma, in: Fazekas Marianna (szerk.): *Közigazgatási jog. Általános rész*, Bp. 19.
10. Horton, Sylvia (2006): *The Public Service Ethos in the British Civil Service: An Historical Institutional Analysis, Public Policy and Administration* Vol. 21, 1/2006, https://mersz.hu/dokumentum/dj297vevm__17
11. Illésy, Miklós - Csizmadia, Péter (2015): A társadalmi integráció intézményi környezete: A jóléti államok sokféleségének elméleti megközelítései, *Társadalomtudományi Szemle* 5. évf. 2015/3. https://socio.hu/uploads/files/2015_3/cszizm_illes.pdf (letöltés 2021.12.05.)
12. Kincses, Gyula (2000): *Egészség? – Gazdaság?*, ugyanő (2002): *A „köz” és „magán” új együttélése az egészségügyben*, Praxis Szerver, Bp., ugyanő *Mi is az a csoportpraxis?* e-book, <https://e-books.hu/dokumentum/c0d803b/mi-is-az-a-csoportpraxis?-dr-kincses-gyula.hu>

13. Nefiodow, Leo A.(2014): Health: The Economic Growth Engine of the 21st Century <https://healthmanagement.org/c/healthmanagement/issuearticle/health-the-economic-growth-engine-of-the-21st-century>
14. Noszkay, Erzsébet (2002) (2018): Változás- és válságmenedzsment az alapoktól, Akadémiai Kiadó, a szakkönyv több kiadásban terjed, a 2018-as kiadás a kiadó online felületén is olvasható, https://mersz.hu/dokumentum/dj297vevm__17
15. Paulikné Varga, Barbara (2020): Kutatási kérdőjelek az egészségügy szervezetfejlesztésének vizsgálatában, *Acta Medicinae et Sociologica*, Vol. 11. No. 31. 144-163
16. R. Fedor, Anita (2021): Regional characteristics of the precariat on the labour market. Debrecen, Magyarország: Debrecen University Press (2021), 178 p.
17. Rosta, Miklós (2012): Az Új Közszolgálati Menedzsment intézményi meghatározottsága, Bp.
18. Szalai, Júlia (2007): Nincs két ország...? Társadalmi küzdelmek az állami (túl)elosztásért a rendszerváltás utáni Magyarországon, Osiris Kiadó, Bp.
19. Tóth, I. János (2012): Válság és válságtudat, *Létünk*, 2012/3. 20-27.