

A POTENCIÁLIS VÁROSOK EGÉSZSÉGÜGYI INFRASTRUKTÚRÁJÁNAK ÉS ELLÁTOTTSÁGÁNAK TERÜLETI SAJÁTOSSÁGAI

(Regional characteristics of the health care infrastructure and provision of some potential towns)

PÁL VIKTOR

A magyarországi egészségügyi rendszer területi sajátosságaival, különösen annak egyenlőtlenségeivel több munka foglalkozott már a hazai társadalomföldrajzban (Orosz 1985, 1989, 1993). A vizsgálatok során hamar felszínre bukkantak a magyar egészségügyi rendszer legfontosabb területi problémái: a területileg túlkonzentrált kórházhálózat, a háttérbe szorított alap- és szociális ellátás, centralizált krónikus osztályok, a Budapest-vidék, illetőleg a falu-város dichotómia¹. Ez utóbbi egyenlőtlenség a szakellátáshoz való hozzáférhetőség nyilvánvaló különbségén túl az alapellátás eltéréseiben is tetten érhető (Orosz 1988). Valószínűsíthető, hogy a falu-város egyenlőtlenség mellett a falvak között is kimutathatók fejlettségbeli, ellátottságbeli és szerepkörbeli különbségek az egészségügyi rendszer vonatkozásában. Ez egyértelműen következik falurendszerünk inhomogenitásából. Elképzelhető azonban, hogy még a más szempontok alapján nagyjából azonos fejlettségi szintű, azaz közel homogénnek tekinthető falvak egészségügyi rendszere között is találhatunk regionális különbségeket.

A feltevés egy átfogóbb kutatás keretében alakult ki, melyhez kapcsolódóan egyedi módszert kellett kidolgozni, szem előtt tartva az összehasonlíthatóság szempontjait. Ez a módszer - eredeti funkciója mellett - alkalmas a feltevés igazolására is. Ennek lényege, hogy a már előzőleg kiválasztott települések egészségügyi rendszerét azonos szempontok szerint értékeltem, egy 1-től 100-ig terjedő skálán egyetlen számértékben minősítettem, rangsoroltam, majd csoportokra osztottam. Az így kapott elkülönített csoportokat térképen ábrázolva láthatóvá váltak a települések egészségügyi rendszerének regionális differenciái.

Az egészségügyi rendszer integrált mutatója négy mutatócsoportból tevődik össze. Az első mutatócsoport a település egészségügyi infrastruktúrájának fejlettségi szintjét jelzi. Az egészségügyi infrastruktúrát a településen található egészségügyi intézmények alapján határoztam meg. Ez alapján három további alszempontot vettem figyelembe: az alapellátás intézményeinek fejlettségét, a szakellátás intézményeinek fejlettségét és a sürgősségi ellátást. Az alapellátás részének tekintetem a *gyógyosztályt, a háziorvosi rendelőt, a fogorvosi rendelőt, ezeket összefogó intézményeket (egészségügyi központ, egészségház, egészségügyi szolgálat, egészségvédő intézet, egészségügyi komplexum stb.), a védőnői szolgálatot, a családsegítő szolgálatot és az anya- és gyermekvédelmi tanácsadó szolgálatot*. A szakellátás részének a településen található rendszeres vagy időszakos, általában alapszakmák szakrendeléseket, különböző laboratóriumokat, rendelőintézeteket, a kórházak osztályainak járó beteg szakambulanciáit, a kórházakat, a különböző gondozókat, intézeteket tekintettük. Ide tartozik az olyan intézmény is, amely valamilyen más településen található intézmény részét képezi, azaz ún. "leosztott

funkcióval" bír. A sürgősségi ellátáshoz a *mentőállomásokat* és az *állandó orvosi ügyeletet* vettem. Előny volt az egyes elemek magasabb bonyolultsági foka és a magasabb hierarchiaszintű intézmények megléte. Az összes mutatócsoportból ezt tekintettem a legfontosabbnak, az összes 100 egységből maximálisan 40-et kaphatott az illető település. Részletesebb bontásban:

- az alapellátás fejlettsége *max. 11 pont*
- a szakellátás és a sürgősségi ellátás fejlettsége *max. 29 pont*

A mutatócsoport kialakításánál igen nagy problémát jelentett, hogy az egészségügyi infrastruktúrájának csak egyetlen elemét sikerült felmérni, az intézményhálózatot. Bár kétségtelen, hogy az intézmények megléte az egyik legalapvetőbb infrastrukturális feltételrendszer, hasznos lett volna a személyi háttér, a műszerezettség és az igénybevétel feltárása is. A személyi háttér azonban sokkal flexibilisebb kategória az intézménynél, ezért nem mérhető megbízhatóan, a műszerezettség pedig egyrészt statisztikailag nehezen hozzáférhető, másrészt nagyon bonyolulttá tette volna a mutatókat. Ugyanez mondható el az igénybevételről is: adatforrásai az intézmény belső nyilvántartásának részei, így sok esetben az orvosi titoktartás szabályai alá esnek. Problémás kérdés annak eldöntése is, hogy mely intézmények sorolhatók az alapellátás és melyek a szakellátás körébe, továbbá, hogy az egyes intézmények milyen helyet foglalnak el az egészségügyi hierarchiában².

A *második* mutatócsoport az *egészségügyi ellátottság*, amely kétféleképpen értelmezhető. Egyrészt a település egészségügyi ellátottságaként, másrészt az ott élők ellátottságaként. A módszerben az ellátottságot a településen élők egészségügyi ellátottságaként értelmeztem. Elsősorban arra a kérdésre kerestem a választ, hogy földrajzi értelemben milyen az egyes szolgáltatások elérhetősége magán a településen és azon kívül. Kiemelt tényező a *szakellátás*, azon belül is az egyre specializáltabb, a hierarchiában magasabban elhelyezkedő szolgáltatások elérhetősége (*nem csak alapszakmások, szakrendelések, rendelőintézetek, kórházak, klinikák*). Ez alapján a mutatócsoporton belül vizsgáltam az *egy háziorvosra jutó lakosok számát*, az *egy gyógyszerhátra jutó lakosok számát*, a *legközelebbi rendelőintézetől, kórháztól, klinikától, mentőállomástól való távolságot* (közúton km-ben kifejezve). A "távolsághatás-törvény" kifejezésének ez ugyan nem a legkorszerűbb, ám a legjobban hozzáférhetőbb és legkönnyebben kezelhető módja. Minél kevesebb lakos jut egy orvosra, egy gyógyszerhátra, illetőleg minél közelebb vannak a speciálisabb szolgáltatások, annál kedvezőbb a településen élők egészségügyi ellátottsága.

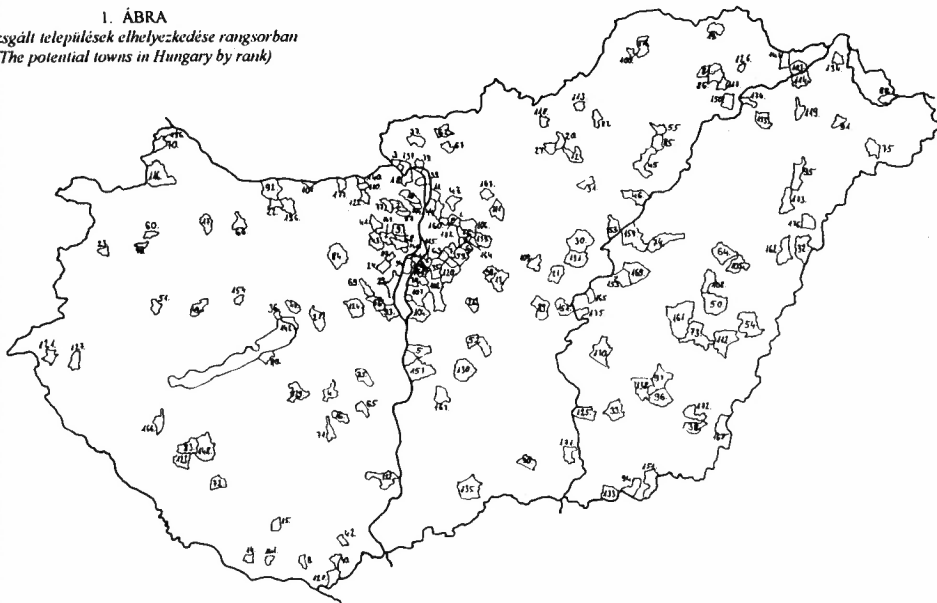
A mutatócsoport a második legfontosabbnak tartott tényező, ezért maximálisan 30 egységet érhetett el egy település. Ahol: minden egyes tényező: *max. 5 pont*

A *harmadik* mutatócsoport a település egészségügyi infrastruktúrájának *térségi vonzását* fejezte ki, melyre maximálisan 20 pont volt adható. Az elbírálásnál számításba kellett venni, hogy működik-e a településen *térségi ügyeleti rendszer*, található-e a közelben ugyanolyan vagy magasabb hierarchiájú intézmény, illetve egészségügyi intézményei ellátnak-e szakfeladatokat. A legnagyobb problémát ennél a tényezőnél az adatok hozzáférhetlensége jelentí³.

A *negyedik* mutatócsoport a település egészségügyi infrastruktúrájának *térségen kívüli* (megyei, országos) *vonzását* vizsgálja. A tényező maximálisan 10 ponttal értékelhető, meghatározása viszonylag egyértelmű.

1. ÁBRA

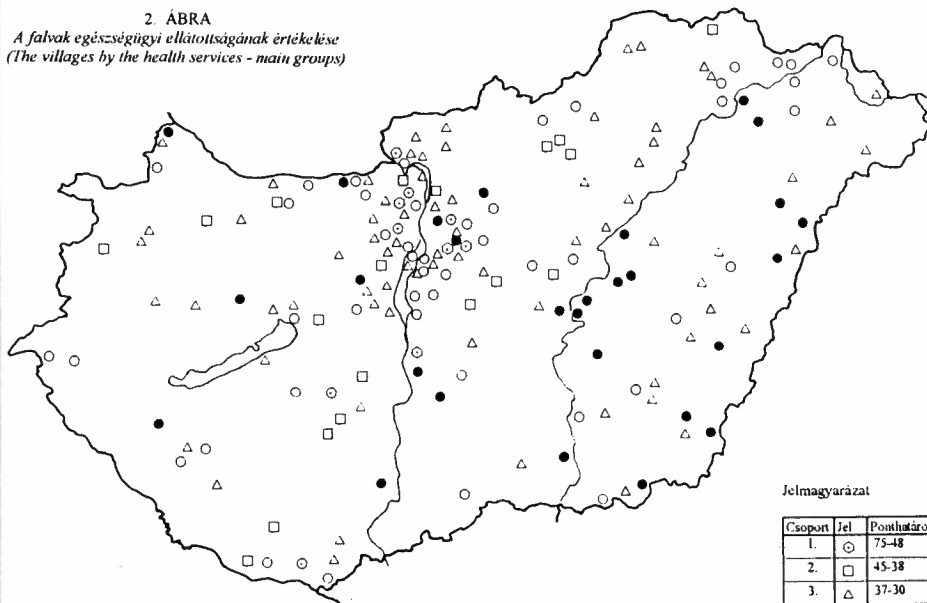
A vizsgált települések elhelyezkedése rangsorban
(The potential towns in Hungary by rank)



*A számok a települések rangsorát jelzik

2. ÁBRA

A falvak egészségügyi ellátottságának értékelése
(The villages by the health services - main groups)



Jelmagyarázat

Csoport	Jel	Ponthatárok
1.	○	75-48
2.	□	45-38
3.	△	37-30
4.	○	29-26
5.	●	20-25

Az egyes mutatócsoportok eredményeinek vizsgálatokor általánosságban megállapítható, hogy az egészségügyi infrastruktúra fejlettsége a legdifferenciáltabb, az egészségügyi ellátottság viszonylag homogén képet mutat, amely az ország kis területéből és az alapellátás decentralizáltságából következik, a térségi egészségügyi szerep differenciált és végül az országos egészségügyi szerep rendkívül polarizált. A végső sorrendet legjobban az első és a harmadik mutatócsoport követi, a második nem befolyásolja a sorrendet, míg az utolsó teljesen önálló életet él.

A részpontszámok egyesítésével kialakult összpontszámok eredményeként létrejött a vizsgált települések sorrendje (1. ábra), melyben a magasabb pontértékűek vannak kedvezőbb helyzetben egészségügyi szempontból. A legmagasabb pontszám 75, a legalacsonyabb 20 volt, ami igen nagy differenciákat takar. Igen kevés azonban a maximális és minimális értékek közelében lévő települések száma. Az összpontszám szerinti arányos eloszlás alapján 5 csoportot alakítottam ki, melyben az első csoport tartalmazza a legtöbb pontot elért településeket. (2. ábra)

Az *első csoportba* tartozó települések (2. ábra) elemszáma mindössze 10 db, az összesnek alig 6%-a. A minimális pontérték 48, a maximális 75, így a csoport tartománya 27 egység, az egyes települések értékeinek csökkenése nagyjából egyenletes. Az ide tartozó települések mindegyike magas értéket produkált az egészségügyi infrastruktúra fejlettségében, 70%-uk térségi, 60%-uk valamilyen fokú országos szerepkört is betölt. Területi elhelyezkedésük sajátossága a koncentráció: 70%-uk a budapesti agglomerációban vagy környezetében található. Sajátos "anomália" Pincehely kórháza és Harkány gyógyfürdőjére épülő szanatóriumai miatt. Ez utóbbi komoly országos vonzerőt jelent. A többi település egyértelműen Budapest közelségének és/vagy az ún. "leosztott funkcióinak" köszönheti előnyös helyzetét.

A *második csoportba* 18 db település sorolható, amely az összesnek közelítőleg 10%-a (2. ábra). A minimális pontszám 38, a maximális 45, így a csoport települései mindössze 7 egység tartományban mozognak. Ez már jelzi, hogy a csoportok közepe felé haladva egyre nő a homogenitás. 22%-uk produkált viszonylag magas értéket az egészségügyi infrastrukturális fejlettségben (10-14 pont), 55%-uk igen erős vonzást fejt ki a környezetére, de csupán 1 rendelkezik országos vonzerővel. Területi elhelyezkedésükben figyelemreméltó jelenség, hogy csupán 2 db található a budapesti agglomerációban, a Tiszántúlon egy sem és nagyon kis szám (3 db) jellemző az Alföld egészére is. Ez a három település is az Alföld észak-nyugati részén fekszik. A kategória településeinek zöme így a Dunántúlon helyezkedik el.

A *harmadik csoport* elemszáma a legnagyobb: 72 db település sorolható ide, mely az összesnek bő 40%-a (2. ábra). A csoport települései 30 és 37 pont között mozognak, így a legrosszabb és a legjobb értéket elért között mindössze 7 egység a különbség. Ennek egyértelmű következménye a homogenitás: a csoporton belül rangsorolni szinte lehetetlen. Az egészségügyi infrastruktúra fejlettsége nagyjából azonos (egy kivétel), s mindössze 5 település (6%) ugrik ki térségi vonzásával, azok is többnyire környezetük fejletlensége miatt. Közepesnek ítélnélhető országos vonzása is mindössze 5 településnek (6%) van. Térbeli elhelyezkedésük egyrészt koncentrálnálódik a budapesti agglomerációban és tágabb környezetében (38%-uk található ezen a viszonylag kis területen)⁴, másrészt a Tiszántúlon (20%) és Észak-Magyarországon szórta helyezkedik el.

A *negyedik csoport* is viszonylag sok települést tartalmaz: 50-et (28%). A minimális pont értéke 26, míg a maximálisé 29 (2. ábra). Ezáltal ez tekinthető a leghomogénebb csoportnak mindössze 4 egység differenciával a szélső értékek között. Mindegyik

alszempontra igaz ez az egysíkúság, egyik sem rendelkezik országos vonzással és a gyenge térségi szerepkör is összhangban van a fejletlen egészségügyi infrastruktúrával. Területi koncentrációja a budapesti agglomeráció dél-keleti, Alföld felé eső része, Komárom-Esztergom megye északi része és Északkelet-Magyarország.

Az ötödik csoport rendelkezik a legrosszabb paraméterekkel, 27 települést számlál (16%). A minimális és maximális pontértékek: 20-25. A csoport minőségi mutatóira nézve teljesen homogén (2. ábra), azonban területi elhelyezkedésében kb. 74%-ban az Alföldre koncentrálódnak.

A vizsgált települések egészségügyi rendszerének területi egyenlőtlenségeit áttekintve összességében megállapítható, hogy a hipotézisben felvetett probléma, mi szerint a fejlettségben egymáshoz viszonylag közelálló települések is mutatnak területi differenciákat, az egészségügyi rendszer szempontjából - az alkalmazott módszer eredményei alapján beigazolódtak. Érdekes sajátosság, hogy még egy ilyen kis mintát és csupán egyetlen tényezőt (az egészségügyet) alapul véve is kirajzolódnak az ország egyes régióira jellemző sajátosságok. Ezek közül érdemes kiemelni a budapesti agglomeráció ellentmondásos jellegét és az Alföld egyértelműen hátrányos helyzetét .

Jegyzetek

¹ Az egészségügy területi problémáira a Kormány Egészségügyi Programja is kitér az egészségügyi ellátás alapvető problémái között

² Mivel az egészségügy szabályozása átmeneti szakaszban van, ezért sokszor maga az orvosi szakma sem tudja pontosan definiálni a fenti fogalmakat. Gyakran a települések - törvényi szabályozás híján - a legkülönbözőbb elnevezésekkel látják el intézményeiket, melyekről így szinte lehetetlen eldönteni, hogy valójában melyik hierarchiaszintbe és az ellátás milyen körébe sorolandók.

³ pl. egy intézmény tényleges vonzása csupán a betegkatonok részletes elemzése során lenne kimutatható

⁴ A harmadik csoportba eső települések tömörülése a budapesti agglomerációban különösen a budai oldalon figyelhető meg (7. melléklet)

Irodalom

A Kormány 1107/1994.(XI.23) Korm. határozata a Kormány egészségügyi cselekvési programjáról

Magyarország Nemzeti Atlasza (1989) Budapest. Kartográfiai Vállalat

Meditel (1994) Bp. Meditel KFT 1995.

Megyei Statisztikai Évkönyv 1994-ről KSH Megyei Igazgatóságok 1995.

Orosz É. (1985) Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeinek vizsgálata. *MTA RKK Eredményei* 1. Pécs

Orosz É. (1988) A falvak egészségügyi ellátása - az egészségügy és a közigazgatás rendszerében - *A falu* 22-28. o.

Orosz É. (1989) Az egészségügy területi egyenlőtlenségei - az újraértelmezés szükségességéről - *Tér és Társadalom* 3. 3-19. o.

Orosz É. (1993) A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. -*Társadalmi és területi egyenlőtlenségek Magyarországon.* (szerk. Enyedi Gy.) Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

Szervezetek, intézmények belső adatszolgáltatása

Abstract

Several works of Hungarian social geography have already dealt with the regional particularities of the system of health care in Hungary, especially with its disequilibria. During the surveys, the most significant regional problems of the Hungarian health care system were very soon explored: A hospital network over-concentrated in certain regions, neglected basic and social care, centralised chronic departments in the hospitals, also, the Budapest-countryside and the village-town dichotomy. This disequilibrium can be seen, apart from the evident differences in the provision of specialised treatments, in the availability of basic health care, as well.

Villages too are very likely to demonstrate differences in the level of development, provision and functions in the health care system. It is even probable, however, that we can find regional differences in the state of health care between villages at more or less the same level of development from other aspects, i.e. in villages which can almost be considered as homogeneous.

This concept appeared while carrying out a more comprehensive research. To check the appropriateness of this, an individual research method should be elaborated, taking the aspects of comparability into consideration.