

OROSZ ÉVA:

AZ EGÉSZSÉGÜGY TERÜLETI EGYENLŐTLENSÉGEI – AZ ÚJRAÉRTELMEZÉS SZÜKSÉGESSÉGÉRŐL

1. Bevezető

A magyar egészségügy jelenlegi válsága számos dimenzióban megnyilvánul: a lakosság romló egészségi állapotában; a szükségletek és az egészségügyi rendszer közötti növekvő szakadékban, az orvos–beteg közötti és az orvostársadalmon belüli kapcsolatokban stb. (LOSONCZI, 1986; SZALAI, 1986a, 1986b). Továbbá az egészségügyi szférán messze túlmutató értékválság és ideológiai válság részét képezi az, hogy az etatista-paternalista állami beavatkozás elmúlt 40 éve lejáratta az egyenlőség, a társadalmi felelősségvállalás kategóriáit. Tette ezt elsősorban is azzal, hogy egyrészt voluntarista módon csupán deklarálta az ingyenességet és egyenlő hozzáférhetőséget; másrészt 'totálisan' államosítva az egészségügyet, felszámolta annak pluralizmusát. Az ingyenség és egyenlőség nevében felszámolta a szabad választási lehetőséget, az egészségügyi szféra szereplőinek relatív autonómiáját, kiiktatta a rendszerből a gazdasági racionalitást. Napjainkban természetes ellenreakcióként erősödnek a betegséget az egyéni életvitellel, felelőtlenséggel magyarázó 'victim-blaming' koncepciók, valamint ezekkel összefüggésben a szűken értelmezett gazdasági racionalitás nevében a társadalmi közös felelősséget és az egyenlő hozzáférhetőséget, mint a döntéseket orientáló értéket tagadó koncepciók. Véleményünk szerint az egyenlőség koncepciójának, valamint az egyenlőség és a többi érték kapcsolatának újraértelmezésére van szükség. Ennek egyik előfeltétele, hogy reális és minél mélyebb, sokoldalúbb ismereteink legyenek a magyar egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeiről.¹ Tanulmányunk ehhez az újraértelmezési feladathoz kíván hozzájárulni a területi egyenlőtlenségek különböző összetevőinek vizsgálatán keresztül.

2. Romló egészségi állapot, növekvő területi különbségek

A tanulmány középpontjában a magyar egészségügy struktúrája, mechanizmusai immanens egyenlőtlenségeinek vizsgálata áll, ezért az egészségi állapotot és annak egyenlőtlenségeit tekintve csak néhány alapvető tendencia vázolására szorítkozunk.

Ezek a következőképp összegezhetők: *a magyar lakosság egészségi állapotának trendje elkanyarodott a fejlett országokétól; tovább ezt az elkanyarodó trendet a társadalmi-területi egyenlőtlenségek fokozódása kíséri.* A 60-as évek közepétől a lakosság egészségi állapotában – a megelőző időszaktól eltérően – a kedvezőtlen tendenciák váltak uralkodóvá (ANDORKA et. al., 1988; HALANDÓSÁGI VIZSGÁLATOK, 1988). Ezek közül az egyik leglényegesebb, hogy a férfiak várható élettartamának növekedése megállt; a 60-as és 70-es évek közepe közötti időszakban stagnált, illetve kismértékben csökkent; 1976–77 után pedig drasztikusan csökkent. Egyaránt ez a tendencia jellemzi a születéskor, az 1 éves korban, valamint a 40 éves korban várható élettartamot is. A férfiak születéskor várható élettartama jelenleg az 50-es évek végének a szintjével egyezik meg (1986-ban 65,3 év volt); a 40 éves korban várható élettartam pedig nem magasabb annál, mint amekkora a 30-as évek végén volt (29,3 év). A nők születéskor várható élettartama is csupán 1,5 évet növekedett 1965 és 1979 között, azóta pedig lényegében stagnál.

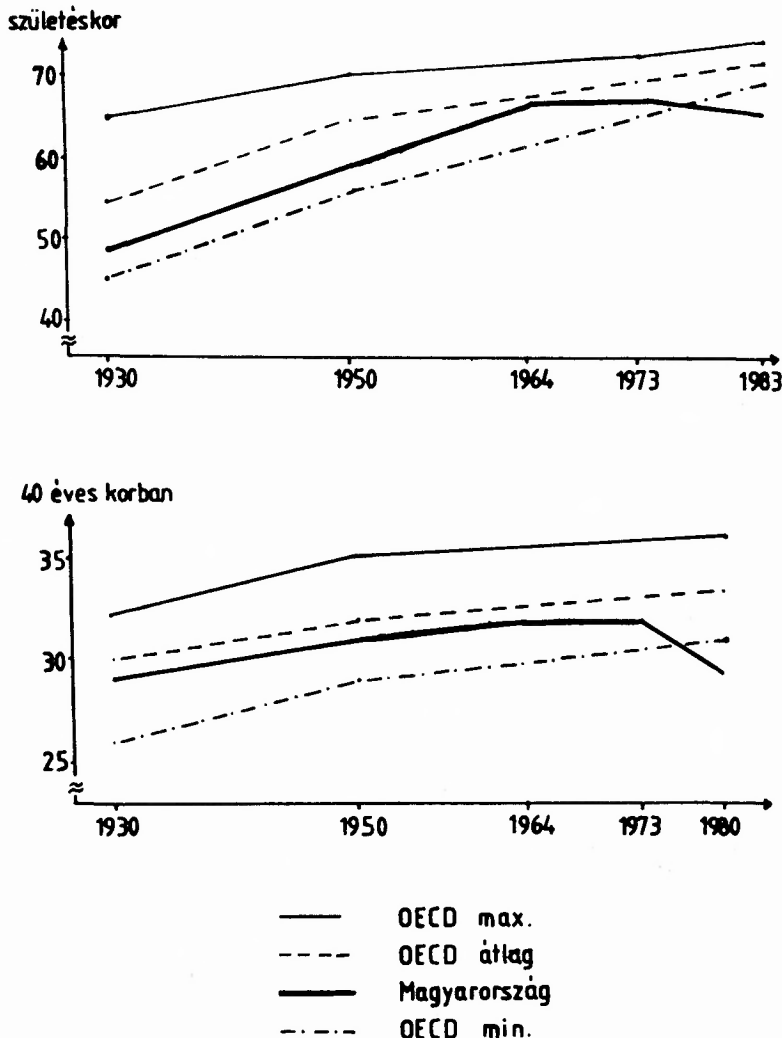
A század elejétől a 60-as évek közepéig a magyar férfiak átlagos élettartamának trendje többé-kevésbé az OECD országok átlagának trendjét követte. Az 1960-as évek közepétől azonban Magyarország trendje elkanyarodott; majd a 70-es évek második felében kilépett a fejlett nyugati országok várható élettartama által alkotott sávból – e tekintetben a fejlett világ perifériájára szorultunk. (1. ábra) Következésképp azt állapíthatjuk meg, hogy a nemzetközi összehasonlítás esetében nem csupán mennyiségi különbségekről van szó, hanem egy sajátos, a fejlett nyugati országok fejlődési irányától elkanyarodó trendvonalról.

Ezek az adatok úgy is értelmezhetők, mint az 1945 utáni politikai-gazdasági fejlődés (emberi életben, években fizetett) „társadalmi veszteségességének” a kifejezői. Az ember mint legfőbb értéket hirdető ideológia mellett a valóságban a gazdaságnak olyan bővített újratermelése valósult meg, amely számos összetevőben a társadalom szélesebb értelemben vett bővített újratermelését lehetetlenítette. (ÁGH, 1988; FERGE, 1988.) Hangsúlyozzuk, hogy az egészségügyön kívüli tényezők meghatározó szerepe azonban nem jelenti azt, hogy az egészségügyi szféra nem járult hozzá számos módon az egészségi állapot romlásához.

A halandóság területi különbségeinek tárgyalása előtt szükséges hangsúlyozni, hogy az egyenlőtlenségek területi és társadalmi aspektusai elválaszthatatlanul összefonódnak, azaz soha nem csupán területi, hanem területi-társadalmi különbségekről van szó. (JONES-MOON, 1987; SMITH, 1982.)

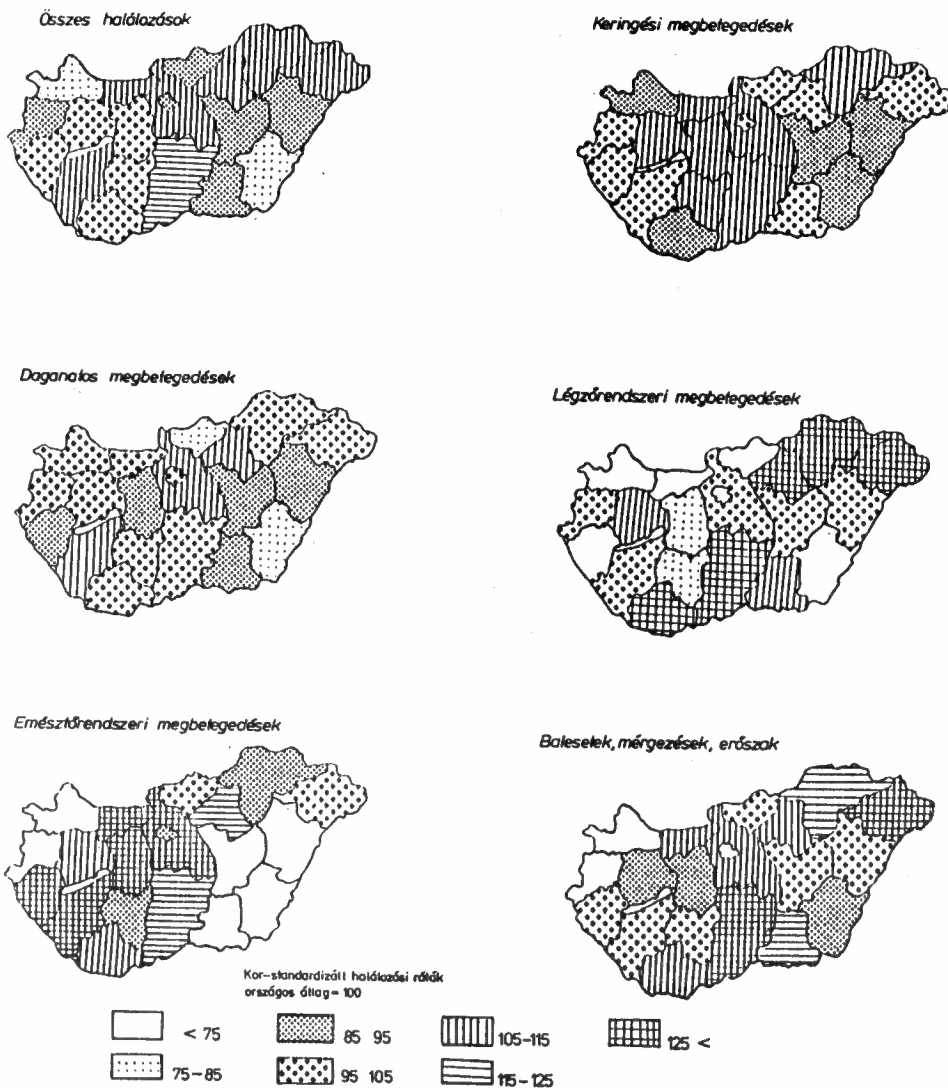
A rendelkezésünkre álló adatok azonban többnyire vagy csak a társadalmi rétegek, vagy csak a területi egységek közötti különbségek vizsgálatára adnak lehetőséget. Számos más országhoz hasonlóan a halálozás társadalmi rétegek közötti különbségei lényegesen nagyobbak, mint a területi különbségek. A különbségek mértékét jelzi, hogy ha modern társadalmi réteg kor-standardizált halálozási rátája azonos lett volna az értelmiségével, akkor 26,4%-kal kevesebb haláleset történt volna 1980-ban, illetve, ha minden megye a legjobb Győr-Sopron megye kor-standardizált halálozási rátájával rendelkezett volna, akkor 6,1%-kal kevesebben haltak volna meg 1984-ben.

A kor-standardizált halálozási ráta (SMR) adatai alapján az állapítható meg, hogy 1970 és 1984 között a megyék közötti különbségek számottevően növekedtek mind a teljes férfinépeség, mind a halálozás növekedése esetében. (1. táblázat, 2. ábra.)



1. ábra Születéskor és 40 éves korban várható átlagos élettartam trendje (FÉRFIAK)

Az egészség területi egyenlőtlenségeivel kapcsolatban alapvető kérdés, hogy hogyan kapcsolódik össze a társadalmi-gazdasági egyenlőtlenségek más összetevőivel. Az ilyen jellegű empirikus területi vizsgálatok hiányoznak a magyarországi kutatásokból. Más jellegű területi kutatásoknak a megyék fejlettségére vonatkozó értékelésére támaszkodva a kapcsolat nem tűnik egyértelműnek. Pl. a társadalmi-gazdaságilag elmaradott Békés és Szolnok megye SMR-je (azaz halálozási viszonyai) tartósan az egyik legkedvezőbb.



2. ábra A halálázás területi egyenlőtlenségei (FÉRFIAK 45–64)

1. táblázat

A halálozás területi egyenlőtlenségei
(kor-standardizált halálozási ráták, országos átlag = 100)

| | összes halálok | keringési rendszeri | daganatos | légző- rendszeri | emésztő- rendszeri | balesetek mérgezőesetek erőszak |
|-----------------------------------|-------------------|------------------------|-----------|---------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| | megbetegedések | | | | | |
| <i>Férfiak, 1970</i> | | | | | | |
| min.* | 93,0 | 93,5 | 85,3 | 71,7 | 44,0 | 67,7 |
| max.** | 108,4 | 117,7 | 116,9 | 168,0 | 145,2 | 162,9 |
| relatív szórás (%) | 4,6 | 5,7 | 7,0 | 22,8 | 24,8 | 20,4 |
| <i>Férfiak, 1984</i> | | | | | | |
| min. | 89,5 | 92,2 | 85,1 | 68,3 | 58,0 | 62,4 |
| max. | 110,4 | 110,4 | 110,2 | 166,7 | 149,3 | 138,5 |
| relatív szórás (%) | 6,9 | 5,9 | 6,8 | 26,2 | 26,9 | 17,6 |
| <i>Férfiak (45–64 éves), 1970</i> | | | | | | |
| min. | 84,8 | 84,1 | 81,7 | 57,3 | 35,5 | 68,3 |
| max. | 116,3 | 113,1 | 108,1 | 164,3 | 149,8 | 181,4 |
| relatív szórás (%) | 7,4 | 8,4 | 7,9 | 29,3 | 33,2 | 26,6 |
| <i>Férfiak (45–64 éves), 1984</i> | | | | | | |
| min. | 79,6 | 85,6 | 82,3 | 64,5 | 40,9 | 51,8 |
| max. | 115,6 | 111,2 | 114,7 | 192,9 | 161,4 | 155,2 |
| relatív szórás (%) | 10,6 | 8,2 | 8,7 | 35,5 | 36,4 | 23,6 |
| <i>Nők, 1970</i> | | | | | | |
| min. | 94,8 | 82,2 | 88,4 | 67,9 | 57,9 | 57,3 |
| max. | 113,2 | 124,7 | 112,0 | 146,6 | 143,5 | 131,4 |
| relatív szórás (%) | 4,9 | 8,7 | 7,4 | 20,0 | 22,6 | 20,1 |
| <i>Nők, 1984</i> | | | | | | |
| min. | 92,1 | 88,1 | 82,2 | 77,0 | 68,1 | 61,8 |
| max. | 111,3 | 124,1 | 118,5 | 158,5 | 132,0 | 130,2 |
| relatív szórás (%) | 4,7 | 6,6 | 8,8 | 21,5 | 16,1 | 16,2 |

* a legjobb helyzetű megye értéke

**a legrosszabb helyzetű megye értéke

Forrás: Halandósági vizsgálatok, KSH, Budapest

Másrészt azonban hangsúlyozzuk, hogy a megyéknek az SMR alapján képzett rangsorának mindkét végén találunk olyan megyéket, amelyek esetében az előnyök, illetve a hátrányok kummulálódása állapítható meg, azaz a kedvező egészségi állapot a társadalmi-gazdasági fejlettség magasabb szintjével párosul (Győr-Sopron és Vas megye, valamint Budapest esetében), illetve a másik póluson a kedvezőtlen egészségi állapot a

társadalmi-gazdasági elmaradottsággal jár együtt (Bács-Kiskun, Pest, Szabolcs-Szatmár megyék esetében). A 4. fejezetben részletesebben foglalkozunk azzal, hogy ezek a megyék az egészségügyi erőforrásokkal (orvosokkal, kórházi ágyakkal) való ellátottság szempontjából is a leghátrányosabb helyzetűek. Másként fogalmazva tendenciaszerűen érvényesül a HART (1975) által megfogalmazott „inverz ellátás törvénye”: „az ellátás elérhetősége inverz módon változik a lakosság szükségletéhez viszonyítva” (HART, 1975, p. 189.).

3. Az egészségügy strukturális egyenlőtlenségei

Az egészségügyi ellátás egyenlőtlenségeinek vizsgálata általában az erőforrások területi eloszlásának vagy az ellátáshoz való hozzáférhetőségnek és az ellátás igénybevételeknek társadalmi-területi egyenlőtlenségeire irányul, azaz az elosztási mechanizmusok 'végeredményére'. A strukturális megközelítés az egészségügyi szféra struktúrája és mechanizmusai immanens egyenlőtlenségeinek a feltárására irányul.

Az egyenlőtlenségeknek ez a típusa alatt mindenekelőtt az egészségügyi szféra különböző szereplői (állam, az orvosok és a lakosság egyes csoportjai, a helyi tanácsok stb.) közötti hatalmi viszonyokban meglévő egyenlőtlenségeket értjük, amelyek a – szélesen értelmezett – erőforrások feletti rendelkezés során nyilvánulnak meg. (Az erőforrások feletti rendelkezésbe beleértve a szükségletek definiálását is.) A magyar egészségügy jelenlegi periódusában az egyenlőtlenségek vizsgálatának ezt a típusát tartjuk a legrelevánsabbnak. A magyar egészségügy szolgáltatásainak és az egészségügyi szakigazgatásnak a *területi-funkcionális struktúráját, működési mechanizmusait* első sorban az alábbi négy tényező együttes hatása alakította:

(a) az államszocializmus 1950-es évek elején kialakított politikai és gazdasági rendszerének fő jellemzői;

(b) a 70-es évtized első felében lejátszódott – a társadalom szinte minden szféráját érintő – koncentrációs folyamatok;

(c) az egészségügyi intézményhálózat történetileg kialakult térbeli elhelyezkedése, az egészségügyi ellátás örökölt területi egyenlőtlenségei;

(d) az egészségügy belső folyamatai (mindenekelőtt az egészségügy-politika fő törekvései; valamint az orvostechika koncentrációt ösztönző fejlődési iránya; továbbá az orvostársadalom egyes csoportjainak hatalmi pozíciója).

3.1. Politikai és gazdasági korlátok

Az államszocializmus 1940-es 1950-es évek fordulóján kialakított rendszere (legalábbis ideológiájában) az egyenlőtlenséget tekintette az egészségügyi rendszer alapvető értékének. A monolitikus hatalmi struktúra és a voluntarista, autark gazdaságfejlesztési stratégia körülményei közt az egalitáriánus célok azonban növekvő egyenlőtlenségekhez vezettek. Az 1940–50-es évek fordulóján kialakított politikai intézményrendszer fő strukturális jellemzői az alábbiak voltak: a politikai pluralizmus felszámolása; a párt és állami irányítás összefonódása következtében létrejött párt-állam

túlzott behatolása a társadalom életének minden szférájába – ennek a folyamatnak a másik oldalaként – a civil társadalom intézményeinek felszámolása; a hatalom erős központosítása, a központi utasítások lebontásán alapuló irányítás, továbbá az ezzel konform felülről lefelé építkező intézményrendszerek.

Az ország új közigazgatását (tanácsrendszert) is a fenti strukturális jellemzőkön alapulva alakították ki. Az egészségügyi rendszer pluralizmusát (betegbiztosító intézeteket, alapítványokat stb.) az 50-es évek elején megszüntették, az egészségügyi intézmények állami tulajdonná váltak és az egységesített szervezet az Egészségügyi Minisztérium és tanácsok irányítása alá került. (A rendszer jellemzőiből eredően azonban a tanácsok nem képezték az egészségügyi szféra önálló szereplőit.)

A szükségletek (ehhez kapcsolódva az egyenlőtlenségek) mibenlétének kizárólagos definiálójává a paternalista állam (egészségügyi bürokrácia) vált, mint a lakosság egészségi állapotának és az egészségügyi ellátás biztosításának egyedüli letéteményese. Megfosztva az egyéneket és a civil társadalom közösségeit az egészség és ennek érdekében kifejtett tevékenység felelősségétől. Az állam az egészségügyi szféra egyik szereplőjéből a „kereslet” és a „kínálat” kizárólagos meghatározójává vált; továbbá működése ez utóbbi természetes elosztását jelentette (teljesen kikapcsolva a gazdasági tisztánlátást, racionalitást, ami az erőforrások pazarlásához vezetett). Ezen jelenség másik oldalát az jelenti, hogy sem az egészségügy, mint egész nem rendelkezik a szükséges mértékű autonómiával; sem az egészségügy egyes részterületei, intézményei nem rendelkeznek elégséges autonómiával az egészségügyi rendszeren belül. Hiányoznak azok a szervezeti keretek, működési mechanizmusok, melyeken keresztül az egyes településeknek, az egészségügy egészének, valamint az egészségügy egyes részterületeinek, az egyes intézményeknek az egészségügyi munkaerő egyes csoportjainak érdekei nyíltan, szabályozott keretek között kifejeződésre juthatnának, megütközhetnének más érdekekkel. Ez a struktúra maga is az egészségügy egyenlőtlenségeinek egyik alapvető elemét, összetevőjét jelenti, másrészt számos különböző típusú egyenlőtlenség forrását. A politikai rendszerből fakadó másik alapvető korlátnak a túlzott ökonomizmust tekintjük.

A politikai vezetés az ipar, ezen belül is a nehézipar voluntarista, erőltetett ütemű fejlesztésével törekedett az ország elmaradottságának felszámolására. Az iparosításhoz a mezőgazdaság, az infrastruktúra (ennek részeként az egészségügy) fejlesztésétől és a lakossági fogyasztástól vonták el a forrásokat. Másrészt a politika az egyenlőtlenségeket a gazdaság szférájában akarta megszüntetni, amitől a társadalmi különbségek automatikus megszűnését remélte. Ezzel szemben a piaci viszonyok kiiktatása a gazdaság szférájából alacsony hatékonyságú gazdaságot eredményezett, ami tartósította az erőforrások elszívását a jóléti szférától. Az egészségügynek a nemzeti jövedelemből (GDP-ből) való részesedése csak minimális mértékben növekedett. 1965-ben a nemzeti jövedelem 3,52%-át, 1975-ben 3,5%-át, 1985-ben pedig 4,14%-át fordították egészségügyi és szociális szolgáltatásokra. (Ez 1985-ben a GDP 3,4%-át jelentette.) Ennek a fejlesztési politikának a fenntartásához, legitimálásához hozzájárult annak az 50-es évek elején kialakított – téves ideológiának a beleivódása a politikai és részben a közgondolkodásba, hogy az oktatás, egészségügy stb. nemtermelő szférák, azaz a termelésből származó nemzeti jövedelemnek csupán fogyasztói, felhasználói. Ezen szemléletnek lényegében csak a megjelenési formája módosult – a jelenlegi gazdasági válság

időszakában abban a megfogalmazásban jelenik meg, hogy először a gazdasági problémákat kell megoldani, csak a növekedés megélénkülése adhat lehetőséget az infrastruktúra (egészségügy, oktatás stb.) jelentősebb fejlesztésére. Azaz ezen szférák kiemelkedő szerepét a munkaerő – szélesebb értelemben a nemzet – újratermelésében, ebből következően a gazdasági növekedésben még mindig nem ismerte fel a politika.

3.2. Az egészségügy területi-funkcionális struktúrájának egyenlőtlenségei

A társadalmi és természeti környezet egészséget veszélyeztető tényezői, a lakosság demográfiai – egészségi állapota (annak változásai) társadalmilag-területileg differenciált szükségletet, kihívást jelentenek az egészségügyi rendszerrel szemben. Az egészségügyi rendszer alkalmazkodó képessége, valamint ennek részeként az egyenlőtlenségekre gyakorolt hatása szempontjából alapvető kérdés, hogy hogyan definiálódna, ki definiálja ezeket a (differenciált) szükségleteket, hogyan szelektálódnak, transzformálódnak az egészségügyi szférában megjelenő igényekké, továbbá hogy milyen mértékben, milyen közvetítő mechanizmusokon keresztül képesek befolyásolni az egészségügyi szféra „kínálati” oldalát (a szolgáltatások területi-funkcionális struktúráját). Az egyenlőtlenségek meghatározó összetevőjének tartjuk, hogy ezen folyamat során a társadalom egyes csoportjai (az ország egyes térségei, településtípusai) az orvosok egyes csoportjai, valamint az egészségügyi szféra „harmadik” (a lakosság és a szolgáltatást nyújtók között közvetítő szerepet betöltő) szereplői (állam, biztosítók, alapítványok, helyhatóságok) milyen helyzetben vannak, milyen hatalommal rendelkeznek.

Az előzőekben bemutattuk, hogy a szükségletek (egyenlőtlenségek) definiálóját, valamint az egészségügy 'kínálati oldalának' meghatározóját szinte kizárólag az állam központi intézményei jelentették. Az egyik oldalon az erőforrások, döntések központosításával elvileg (látszólag) lehetőség teremtdött arra, hogy az egészségügy-politika megvalósítsa az egyenlőtlenségek csökkentésének célkitűzését. Másrészt azonban ugyanaz a struktúra (az erőforrások elégtelensége és az egészségügyi igazgatás centralizált-utasításos rendszere a belőlük fakadó hiány) szükségszerűen számos vonatkozásban az egyenlőtlenségek fokozódását, valamint a szolgáltatások struktúrájának megmerevedését idézte elő. (OROSZ, 1986.) Az alkalmazkodóképesség hiánya mindennek előtt abban nyilvánul meg, hogy az egészségügyi és szociális szféra szolgáltatásainak struktúrája kevésbé volt képes alkalmazkodni a lakosság korstruktúrájának és a betegségek struktúrájának radikális megváltozásához (a szív és érrendszeri, daganatos, mozgásszervi, idegrendszeri megbetegedések stb. arányának növekedéséhez).

Az egészségügyi ellátás területi-funkcionális struktúrája merevségének másik megnyilvánulási formáját jelenti, hogyha akár a magyar egészségügy egészét, akár egyes részrendszereit tekintjük, azt állapíthatjuk meg, hogy különböző hierarchiák alsó szintjei relatíve alulfejlettek, a hierarchiák magasabb szintjeihez képest. (Az alábbiakban ezt négy példán keresztül illusztráljuk.)

(a) Az egészségügy egészét tekintve ez abban nyilvánul meg, hogy az alapellátás és a szociális ellátás fejlesztése háttérbe szorult a kórházi ellátás (mindenekelőtt az akut betegségeket ellátó osztályok) fejlesztése mögött. Az alapellátás működése

nagymértékben befolyásolja a specializált ellátáshoz való hozzájutás esélyeit is. (Hisz a lakosság többsége számára az alapellátás jelenti az első találkozási pontot az egészségügyi rendszerrel.)

(b) Az alapellátás területén a különbségek a település-hierarchia szerint jelentkeznek. A falusi körzeti orvosi ellátás átlagos tárgyi-szervezeti feltételei (műszerezettség, hírközlési viszonyai, kapcsolatai a kórházi ellátással stb.) lényegesen kedvezőtlenebbek, mint a városi körzeti orvosi ellátásé, továbbá a rosszabb feltételek között lényegesen nagyobb betegforgalom hárul a falusi körzeti orvosokra.

(c) A kórházi ellátás területi-funkcionális struktúrájára a nagyméretű kórházak túlsúlya, a hierarchia alsó szintjének (a városi kórházak szintjének) „soványága”, deformáltsága jellemző. Ennek a struktúrának a kialakulásában és fenntartásában összefonódtak a központi bürokrácia és egyes professzionális csoportok érdekei.

(d) A krónikus (hosszú ápolási idejű) osztályok⁴ területi elhelyezkedése még koncentráltabb, mint a kórházhálózat egésze. A 83 vidéki általános kórház közül csak 29 rendelkezik ilyen osztállyal, és csupán 5 önálló krónikus ellátást nyújtó kórház van Magyarországon. Ezt a jelenséget egyrészt a szakmai hierarchia alján elhelyezkedő ellátási forma alulfejlettségeként értelmezhetjük. Másrészt a területi szerkezet ezen jellemzőjében társadalmi egyenlőtlenség is megjelenik: az időskorúak érdekeinek alárendeltsége. A 70-es évtizedben az erőteljes városba áramlás „megfiatalította” a városok lakosságát és „előregítette” a falvakét – így az időskorúak egészségügyi ellátásának hiánya fokozottan érinti a falvak lakosságát, azaz területi különbségként is megjelenik.

Az előzőek azt illusztrálják, hogy a területi egyenlőtlenségek a társadalom egyes csoportjai közötti, valamint az egészségügy egyes alrendszerei és az orvosok egyes szakmai csoportjai közötti egyenlőtlenségekkel összefonódva jelentkeznek. A falvak esetében ennek a négy hierarchiának az alsó szintjei sokszálúan összefonódnak. Ezt a többoldalú strukturális alárendeltséget tekintjük a város–falu közötti területi egyenlőtlenség lényegének. Az egészségügyi szférában hiányoznak azok a szervezeti keretek, mechanizmusok, melyeken keresztül az említett hierarchiák (társadalmi, települési, szolgáltatási, orvos-szakmai hierarchiák) alsóbb szintjeinek érdekei is képviselve lennének, és amelyek mérsékelhetnék, ellensúlyozhatnák a hierarchiák felsőbb szintjeinek a törekvését az erőforrások koncentrálására.

Az egészségügyi szféra egyenlőtlenségeihez nagymértékben hozzájárult az a mód is, ahogy az egészségügy-politika a társadalmi-területi egyenlőtlenségeket értelmezte. (CSÁSZI, 1988.) Az egészségügyi rendszer adott keretei között szükségszerűen csak az egyenlőség egyoldalú és mechanikus szemlélete volt lehetséges. Az egészségügy-politika az egyenlőségeket szinte kizárólag az egészségügy inputjának (kórházi ágyak, orvosok stb.) – fő közigazgatási egységek (megyék) közötti egyenlő elosztásaként értelmezte. Azaz implicit módon feltételezte a szükségletek homogenitását, másrészt azt, hogy a közigazgatás egységei egyben az egészségügy működésének is alapvető területi egységeit jelentik.

Ez a szemlélet egyenlőtlenségként csak a már *meglévő* szolgáltatások elosztását tudja értelmezni. Ezzel szemben, ha az ellátáshoz való hozzáférhetőséget legáltalánosabban mint a szükségletek és az egészségügyi rendszer közötti illeszkedést értelmezzük (PENCHANSKY-THOMAS, 1981), akkor bizonyos szolgáltatások hiánya, a kiépítésükben való késlekedés is egyenlőtlenséget jelent.

Az egyenlőtlenség értelmezéséből kimaradtak mind a lakosság egészségi állapotának területi egyenlőtlenségei, mind az egyes szolgáltatások igénybevételének (használatának) területi-társadalmi különbségei. Ehhez hozzájárult az az ideológia is, hogy a magántulajdon felszámolása, a gazdasági növekedés automatikusan megszünteti a társadalmi egyenlőtlenségeket, valamint az a ma is uralkodó nézet, hogy az egészségügy ingyenessége, automatikusan egyenlő hozzáférhetőséget is biztosít (nem véve tudomást pl. a földrajzi tényezőkről, így a távolság szerepéről sem).

Az egyenlőtlenségek növekedéséhez az egészségügy-politika azáltal is hozzájárult, hogy részben a fentiekben vázolt szemlélet miatt nem volt képes azon csoportok problémáinak kezelésére, akiknek az esetében a szociális és egészségügyi problémák összefonódnak (rokkantak, alkoholisták, mentális zavarokkal küzdők, időskorúak). Ezen problémák a 70-es évek közepe óta fokozódnak, másrészt egyes társadalmi rétegekben és egyes földrajzi térségekben halmozottan más egyenlőtlenségekkel összefonódva jelentkeznek. (MÜNNICH, 1986.) Ez a jelenség általánosabb problémának – az 'integrált' társadalmpolitika hiányának – a megnyilvánulása. Az egészségügy-politika gyógyítás- és kórházcentrikussága azonban nemcsak az előzőekben vázolt sajátos magyar politikai gazdasági folyamatokban, hanem a nyugati típusú medicina általános fejlődési irányában is gyökerezik. (CSÁSZI, 1982; LEVENDEL, 1975.)

3.3. A kórházhálózat koncentráltsága

Az egészségügyi rendszer előzőekben vázolt jellemzői közül az alábbiakban a kórházi ellátás túlzott koncentráltságát kissé részletesebben is tárgyaljuk. A 70-es évek elejétől a kórházi ellátás fejlesztése a kórházi hierarchia felső szintjeire, mindenekelőtt a megyei (és regionális) kórházakra koncentrálódott. Ez a folyamat részét képezte a 70-es évtized elején a társadalom életének szinte minden szférájában – a politikában, gazdaságban, területfejlesztésben, oktatásban – kibontakozó új centralizációs hullámnak. Ez a folyamat részben az 1968-ban bevezetett gazdasági reformmal szembeni – a gazdaság szféráján túlmutató – ellenreakció volt.

A 60-as évtized közepén-végén a gazdasági reformmal párhuzamosan a közigazgatás demokratizálására, a helyi tanácsok autonómiájának, önkormányzati jellegének fokozására irányuló törekvések is elindultak. Az egészségügy központi bürokráciája – a megyei szakigazgatásra támaszkodva – az ellátás centralizálásával törekedett hatalmi pozícióinak megőrzésére. Ennek a törekvésnek a legitimálására egyrészt a szakszerűség védelmének, másrészt a nagyszervezetek gazdaságosságának az ideológiája szolgált. Az 50-es évek elején a „nagyszervezet egyenlő szocialista” elképzelés a gazdaságtól az oktatásig uralkodó volt. A nagy, koncentrált szervezet eleve előnyös voltára vonatkozó elképzelés a 70-es évek elején a „nagy egyenlő gazdaságos” formában éledt újjá a mezőgazdaságtól a közigazgatáson át az egészségügyig. A magyar egészségügyi irányítás a kisméretű kórházakat jelenleg is eleve (funkciójuktól függetlenül) elmaradottnak, a múltból származó káros örökségnek tekinti. A magyar fejlődés reális megítéléséhez figyelembe kell venni azonban azt is, hogy az egészségügy számos általános tendenciája, mindenekelőtt az orvostechika fejlődése és a specializáció is a koncentrációt ösztönözte. Amit hangsúlyozni akartunk az az, hogy sem az egészségügyi szférában,

sem annak társadalmi-gazdasági környezetében – alapvetően a politikai intézményrendszer jellemzőiből eredően – nem működtek (vagy csak igen erőtlenül) a koncentráció ellen ható erők.

4. Az egészségügy erőforrásainak (inputjának) területi különbségei

Az előzőekben bemutattuk, hogy az egészségügy-politika szükségszerűen csak mechanikus, mennyiségi, input szemlélettel tudta értelmezni a területi különbségeket. Ez a fejezet annak vizsgálatára törekszik, hogy az egészségügy-politika a saját maga által felvállalt egyenlőtlenség – dimenzióban (az input esetében) hogy volt (illetve nem volt) képes a különbségek csökkentésére.⁵

A megyék közötti különbségek vizsgálatakor a legrosszabb helyzetű megyék fejlődési pályájára koncentráltunk.

Ezek a megyék a 60-as évek elején kettős kihívással néztek szembe: egyrészt mennyiségi lemaradásukat (orvosokkal, kórházi ágyakkal való ellátottság) kellett megszüntetniük (ezt nevezzük az alábbiakban felzárkózásnak), másrészt egyidejűleg a szolgáltatásuk struktúrájának alkalmazkodnia kellett volna a szükségletek (betegstruktúra, korstruktúra) változásához, azaz az új kihívásokhoz (ezt nevezzük az alábbiakban alkalmazkodásnak). Szembetűnő a vizsgált megyék felzárkózásának kórházcentrikussága. (2. táblázat.)

A mennyiségi különbségek csökkenése ellenére azonban napjainkban is ezek a megyék jelentik az ország legrosszabbul ellátott térségét. A területi különbségek kritikus pontját azonban az jelenti, hogy ezen megyék egészségügyi erőforrásainak, szolgáltatásainak struktúrája kevésbé volt képes alkalmazkodni a szükségletek változásához. Másképp fogalmazva: a felzárkózást célzó fejlesztések nem voltak képesek egy időben az alkalmazkodást is szolgálni. (3. táblázat.)

Az erőforrások területi elosztásának önmagában való vizsgálata nem veszi figyelembe, hogy jelentős különbségek lehetnek az ellátás iránti szükségletekben.

A 2. fejezetben láttuk, hogy ezen megyék közül három a lakosság halandósági viszonyai alapján is a legkedvezőtlenebb helyzetű volt. A kivételt képező Békés megyében az időskorúak aránya a legmagasabb az országban. Az egészségi állapot és a korösszetétel eredőjeként ezen megyék egészségügyi ellátás iránti szükséglete relatíve nagyobb, mint amit a lakosság létszáma mutat.⁶ Tehát a tényleges területi egyenlőtlenségek még nagyobbak annál – ezen megyék rovására, mint amit a statisztikák mutatnak: az egészségügyi ellátás alacsonyabb szintjével szemben a lakosság kedvezőtlenebb egészségi állapotából vagy/és korstruktúrájából eredő nagyobb szükségletek állnak.

Összegezve megállapítható tehát, hogy az egészségügy-politika még a közép-pontjába állított területen (az erőforrások elosztásában) is igen részlegesen, mérsékelten és ellentmondásosan volt csak képes a területi különbségek csökkentésére. Ebből azonban *nem* az a következtetés adódik, hogy a jelenlegi keretek között és a jelenlegi szemlélettel nagyobb erőfeszítéseket kellene tennie az egészségügy-politikának a területi különbségek csökkentésére.

Nem hisszük azt sem, hogy az egészségügyi bürokrácia szemléletváltozása, új közelítése az egyenlőtlenségekhez jelentené a megoldás kulcsát. Az egyenlőtlenségek új

értelmezésének és kezelésének – az egészségügy több más problémájával együtt – *előfeltételét* jelenti az egészségügyi szféra átfogó reformja.

2. táblázat

Az egészségügyi erőforrások területi egyenlőtlenségeinek relatív mértéke
(a legjobb ellátottságú megye értéke = 100)

| | orvosok száma | | | szakorvosok száma (10 000 lakosra) | | | kórházi ágyak száma* | | |
|-------------------------------|---------------|------|------|---------------------------------------|------|------|----------------------|------|------|
| | 1960 | 1970 | 1984 | 1960 | 1970 | 1984 | 1961 | 1971 | 1984 |
| Bács-Kiskun | 46 | 49 | 57 | 41 | 44 | 54 | 39 | 59 | 70 |
| Békés | 44 | 47 | 51 | 38 | 40 | 43 | 48 | 61 | 67 |
| Pest | 39 | 43 | 48 | 38 | 37 | 46 | 20 | 29 | 44 |
| Szabolcs-Szatmár | 35 | 37 | 44 | 22 | 26 | 35 | 34 | 61 | 27 |
| megyék átlaga | 56 | 58 | 62 | 49 | 52 | 58 | 49 | 68 | 73 |
| Budapest | 186 | 144 | 132 | 239 | 172 | 143 | 139 | 141 | 129 |
| megyék relatív szórása (%) | 30,4 | 26,6 | 23,3 | 37,6 | 34,3 | 28,1 | 35,1 | 23,7 | 15,9 |

* Központi szanatóriumok nélkül

Forrás: OROSZ, 1986

3. táblázat

A 'felzárkózás' és az 'alkalmazkodás' néhány jelzőszáma* (1984)
(a legjobb ellátottságú megye értéke = 100)

| | BÁCS | BÉKÉS | PEST | SZABOLCS |
|--|-----------|-------|------|----------|
| | m e g y e | | | |
| Szakorvosi járóbeteg-ellátás (10000 lakosra jutó órák száma) | | | | |
| összes szakrendelés | 57 | 60 | 59 | 42 |
| onkológia | 39 | 36 | 18 | 25 |
| pszichiátriai gondozók | 42 | 54 | 51 | 20 |
| Kórházi ellátás (10000 lakosra jutó ágyak száma) | | | | |
| összes kórházi osztály | 70 | 67 | 44 | 67 |
| krónikus osztályok** | 46 | 60 | 44 | 51 |
| baletti sebészet | 54 | 19 | 14 | 19 |
| intenzív betegellátó | 24 | 29 | 18 | 12 |

*A 'felzárkózás' jellemzésére az olyan erősen aggregált jelzőszámokat használtuk, mint a szakorvosi órák összes száma és a kórházi ágyak összes száma. A többi mutató az 'alkalmazkodás' jellemzésére szolgál.

**Központi szanatóriumok nélkül

Forrás: Egészségügyi Minisztérium Évkönyv, 1984

5. Összegezés és következtetések az egészségügyi reform számára

Az elmúlt egy-két évben széles körű reformkoncepciók fogalmazódtak meg mind a gazdaságban, mind a politikai szférában. Egyetértés van abban is, hogy az egészségügyi szférában is alapvető reformra van szükség, azonban lényegesen kisebb az egyetértés a reform fő jellemzőire vonatkozóan.

Az egészségügyi reform kulcskérdése az állam szerepének gyökeres megváltoztatása, ami a hatalomnak a központi kormányzat és a helyi önkormányzatok, a civil társadalom közösségei, az egyének, valamint az orvosok (professzionisták) közötti új elosztását jelenti.

A kiindulópontot számunkra az jelenti, hogy a társadalmi közös felelősség hordozója nem kizárólag a paternalista állam lehet. Éppen ellenkezőleg: a társadalmi közös felelősséget elsősorban a települések önkormányzatainak és a civil társadalom közösségeinek kell hordozniuk. Egyrészt a politikai és egészségügyi rendszer pluralizmusa, másrészt az állam és a helyi önkormányzatok közötti hatalommegosztás biztosíthatják azokat a kereteket, amelyek között az állam az egészségügyi szférának csupán az egyik (és nem kizárólagos) működtetője. Hangsúlyozzuk, hogy az egészségügy reformjának előfeltételét jelenti a politikai intézményrendszer, ezen belül a közigazgatás reformja.

Kissé részletesebben, az egészségügyi reform *egyik lehetséges alternatívájának*, az *önkormányzati* típusú működés (OROSZ, 1988) megteremtésének az alábbiak jelentik az alappilléreit:

- Az egészségügy pluralizmusának megteremtése (alapítványok, magánvállalkozások, biztosítótársaságok működési kereteinek kialakítása).
- A plurális egészségügyi rendszeren belül a helyi önkormányzatoknak kellene a domináns szerepet játszaniuk. Ennek szükséges (de nem elégséges előfeltétele), hogy a jelenleg a tanácsok által működtetett, de állami tulajdonban levő egészségügyi intézmények tulajdonosaivá a helyi önkormányzatok váljanak.
- Olyan szervezeti keretek, működési mechanizmusok kialakítása, amelyek lehetőséget adnak arra, hogy az egészségügyi rendszer egyes részrendszereinek, intézményeinek, illetve egyes szereplőinek érdekei kifejeződésre juthassanak, amelyekben a korporatív jellegű döntéshozatal a domináns, a hierarchikus etatista döntéshozattal szemben; továbbá amelyben kiépíthetők a laikus kontroll intézményei.
- Az egészségügy pénzügyi erőforrásainak növelése az egyik oldalon, az erőforrások racionális felhasználására ösztönző mechanizmusok kialakítása a másik oldalon.
- Az egyének választási lehetősége intézményes kereteinek kialakítása (orvosok, intézmények közötti választás lehetősége).
- Olyan struktúrák, folyamatok kialakítása az egészségügyön belül, amelyek nem fokozzák (csökkentik) az egészségügyön kívüli szférákban létrejövő egyenlőtlenségeket.

Hangsúlyozzuk, hogy ezek a követelmények részben egymásnak ellentmondóak – így érvényesülésük részben kölcsönös korlátozást is jelent. Más szempontból ez azt is jelenti, hogy az egyenlőség mint érték értelmezését csak a közösségek autonómiája, a szabad választás, a gazdasági racionalitás értékeivel együtt (mint az egészség-

ügyi szféra egyik, de nem egyetlen alapértékét) tartjuk megfelelőnek. Az egészségügyi reformnak ezen értékek konfliktusos együttesén (és nem valamelyik kizárólagosságán) alapuló egészségügyi rendszer (hatalmi, jogi, intézményi, finanszírozási) kereteit kell kialakítania.

JEGYZETEK

1. Mind az egészségügy-szociológián (BLAXTER, 1983; BROTHERSTON, 1976; TOWNSEND-DAVIDSON, 1982; WALTERS, 1980.), mind az egészségügyföldrajzon belül számos irányzat foglalkozik az egészségi állapot és az egészségügyi rendszer egyenlőtlenségeivel. (HAYNES-BENTHAM, 1979; HOWE, 1963; JOSEPH-PHILLIPS, 1984; McGLASHAN-BLUNDEN, 1983; SHANNON-DEVER, 1974). Tanulmányunk gondolköre, szemlélete az egészségügyföldrajz PHILLIPS (1981) által polit-ökonomiainak nevezett irányzatához áll a legközelebb. (EYLES, 1983; 1987; KNOX, 1982; SMITH, 1982). Ezen irányzat fókuszában az egészség és az egészségügyi rendszer társadalmi-gazdasági-politikai rendszerbe való beágyazottsága áll – így túllépi a hagyományos földrajzi vizsgálatok kereteit, továbbá számos szálon kötődik az egészségügyi rendszerek szociológiai vizsgálatához (DOYAL, 1979; ILLSLEY, 1980; NAVARRO, 1978; McKEOWN, 1976). (Az egészségügyföldrajzról ld.: OROSZ, 1988.)
2. Döbbenetes mértékben növekedtek a középkorú (30–65 év közötti) férfiak halálozási rátái. A 35–39 év közötti férfiak halálozási rátája például 1985-ben 1,7-szerese, a 40–45 év közöttieké pedig kétszerese volt az 1965-ös halálozási rátának.
3. Az egyes megyék *nyers* halálozási rátáját jelentősen befolyásolja a lakosság korösszetétele. Egy 'idősebb' megyének akkor is magasabb lehet a nyers halálozási rátája, ha az egyes korcsoportok halálozási rátái alacsonyak (azaz az egészségi állapot kedvező). A kor-standardizált halálozási rátát úgy számítják ki, mintha a korösszetétel megegyezne az országos átlaggal – így kiküszöbölődik a korstruktúra torzító hatása.
4. A krónikus (hosszú ápolási idejű) osztályok közé itt csak az utókezelő és a rehabilitációs osztályokat soroltuk.
5. A magyar területi fejlődés egyik kritikus kérdése: az ország „egyközpontúsága”, Budapest túlsúlya a politikai gazdasági, kulturális, egészségügyi szférában egyaránt. (ENYEDI, 1983) 1985-ben Budapesten koncentráltódott az ország lakosságának 19,4%-a, az orvosok 36%-a, a kórházi ágyak 30%-a. Ezért az egészségügyi erőforrások területi különbségeinek vizsgálatát két részre szükséges osztania: (a) Budapest és a vidék ellátottsága közötti különbség; (b) az egyes megyék közötti különbségek vizsgálata. Terjedelmi okok miatt itt csak ez utóbbival foglalkozunk.
6. A szükségletek *közelítő* figyelembevételére az angol RAWP-módszert alkalmaztuk (DHSS, 1976). Ennek alapján kiszámítottuk az egyes megyék lakosságának – a korstruktúra (kor-specifikus ápolási napok felhasználásával) és az SMR alapján képzett – 'elméleti' változását. A kor- és SMR-súlyozott népesség száma Bács megye esetében 7%-kal, Szabolcs-Szatmár megye esetében 2%-kal Pest és Békés megye esetében 1%-kal volt nagyobb, mint a tényleges lakosságszám. Szabolcs-Szatmár és Pest megye esetében a magas SMR hatását részben csökkentette a lakosság fiatal korösszetétele.

IRODALOM

- ÁGH A. 1988: Önfékező modernizáció. Világosság, 7. pp. 445–451.
- ANDORKA R. et al. 1988: A társadalmi környezet, életmód, interperszonális kapcsolatok hatása a lakosság egészségi állapotára. MKKE, Szociológiai Tanszék.
- BLAXTER, M. 1983: Health Services as a Defence Against the Consequences of Poverty in Industrialized Societies, Social Science and Medicine, Vol. 17. No. 16, pp. 1139–1148.

- BROTHERSTON, 1976: The Galton Lecture, 1975: Inequality, Is it Inevitable? In: Equalities and Inequalities in Health, pp. 73–104. C. O. Carter and J. Peel (Eds.), Academic Press, London
- CSÁSZI L. 1988: Interpreting Inequalities in Health in Hungary, Social Science and Medicine (megjelenés alatt).
- CSÁSZI L. 1982: Pszichoszomatikus orvoslás. Valóság, 12. pp. 83–91.
- DEPARTMENT OF HEALTH AND SOCIAL SECURITY 1976: Sharing Resources for Health in England, Report of the Resource Allocation Working Party, H. M. S. O. London.
- DOYAL, L. 1979: The Political Economy of Health, Pluto Press.
- ENYEDI GY. 1983: Földrajz és társadalom. Magvető, Budapest.
- EYLES, J. 1983: The Social Geography of Medicine and Health, Croom Helm.
- EYLES, J. 1987: The Geography of the National Health: an Essay in Welfare Geography. Croom Helm.
- FERGE, ZS. 1988: Gazdasági és szociális érdekek és politikák (Economic and Social Interests and Policies) Gazdaság, 1. pp. 47–64.
- Halandósági Vizsgálatok 5. A halálozási viszonyok alakulása Magyarországon 1945–1985. I., KSH, 1988.
- HART, J. T. 1975: The Inverse Care Law. In: A Sociology of Medical Practice, G. Cox, and A. Head (Eds.) Macmillan.
- HOWE, G. M. 1963: National Atlas of Disease Mortality in the United Kingdom. Nelson, London. 2nd Edition, 1970.
- ILLSLEY, R. 1980: Professional or Public Health? The Nuffield Provincial Hospitals Trust.
- JONES, K.—MOON, B. 1987: Health Disease and Society, Routledge and Kegan Paul. London.
- JOSEPH, A. E. and PHILLIPS, D. R. 1984: Accessibility and Utilization. Geographical Perspectives on Health Care Delivery. Harper and Row, London.
- KNOX, P. L. 1982: The Geography of Medical Care Delivery: and Historical Perspective, Geoforum, 12. pp. 245–250.
- LEVENDEL L. 1975: Az orvoslásról. A többdimenziós orvoslás és az egészségügy (On Medicine. Multidimensional Medicine and Public Health.) Valóság, 1. pp. 52–63.
- LOSONCZI A. 1986: A kiszolgáltatottság anatómiája az egészségügyben. Magvető Kiadó, Budapest
- McGLASHAN, N. D.—BLUNDEN, J. R. (Eds.) 1983: Geographical Aspects of Health, Academic Press, London.
- McKEOWN, T. 1976: The Role of Medicine — Dream, Mirage or Nemesis? Nuffield Provincial Hospital Trust.
- MÜNNICH J. 1986: Társadalmi beilleszkedési zavarok Magyarországon, Kossuth Könyvkiadó, Budapest.
- NAVARRO, V. 1978: The Crisis of the Western System of Medicine in Contemporary Capitalism, International Journal of Health Services, 1, pp. 179–211.
- ORGANIZATION FOR ECONOMIC CO-OPERATION AND DEVELOPMENT 1986: Financing and Delivering Health Care, OECD Social Policy Studies No. 4. OECD, Paris.
- OROSZ É. 1985: Az egészségügyi infrastruktúra területi különbségeinek vizsgálata. MTA Regionális Kutatások Központjának Kutatási Eredményei 1., Pécs.
- OROSZ É. 1988a: Az egészségügy földrajzáról, Tér és Társadalom, 4.
- OROSZ É. 1988b: Az egészségügyi reform önkormányzati alternatívájáról (kézirat).
- OROSZ É. 1986: Critical Issues in the Development of Hungarian Public Health with Special Regard to Spatial Differences, Discussion Papers No. 1. Centre for Regional Studies, Pécs.
- PENCHANSKY, D. B.—THOMAS, J. W. 1981: The Concept of Access. Medical Care 19. pp. 127–140.
- PHILLIPS, D. R. 1981: Contemporary Issues in Geography of Health Care, Norwich, Geo Books.
- SHANNON, G. W. and DEVER, A. G. 1974: Health Care Delivery: Spatial Perspectives. New York, McGraw-hill.
- SMITH, D. M. 1982: Geographical Perspectives on Health and Health Care, pp. 1–11. Occasional Paper. Queen Mary College, University of London.
- SZALAI J. 1986a: Inequalities in Access to Health Care in Hungary, Social Science and Medicine, 2. pp. 135–140.

SZALAI J. 1986b: Az egészségügy betegségei, Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.

TOWNSEND, P. and DAVIDSON, N. (Eds.) 1982: Inequalities in Health. The Black Report, Penguin Books.

WALTERS, V. 1980: Class Inequality and Health Care, Croom Helm.

OROSZ, ÉVA

REGIONAL INEQUALITIES IN THE HUNGARIAN HEALTH CARE SYSTEMS

Summary

The starting point of the paper at the study of regional inequalities is the fact that public health is embedded in the socio-economic environment. Therefore the present inequalities of the system of Hungarian public health are discussed as an element of the intertwined crisis of the health, economic and political spheres. The paper, dealing with the state of health, shows that the trend of the life expectancy of the Hungarian population has turned away from the one in the advanced Western countries, further on, it indicates that the trend is accompanied by the increasing social and regional differences of mortality. This phenomenon can be interpreted as the 'social cost' of the post-1945 socio-economic development. The paper lays emphasis on the study of the systemic inequalities among the inequalities of the health care, in other words, it wishes to explore the immanent inequalities of the structure and mechanisms of the health system and the effects of the health system upon the inequalities originating outside health care. It wanted to show that the overcentralized health care administration, its system built downwards from the top, the rigid, overcentralized regional functional structure of services constitute part of the inequalities of health care interpreted in a broad sense. In fact these phenomena manifest the unequal power position of certain groups, or spheres of society, or of certain actors of health care in relation to command over resources. We regard the system of political institution evolved by state socialism in the early 50s to be the basic reason of the systemic inequalities of health care.

Translated by Vera Gathy

ОРОС, ЭВА:

ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ДИСПРОПОРЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ — О НЕОБХОДИМОСТИ НОВОЙ ИНТЕРПРЕТАЦИИ

(Резюме)

Нашей исходной точкой при изучении территориальных диспропорций в системе здравоохранения является то, что здравоохранение тесно связано с социально-экономическим окружением. Поэтому в статье система здравоохранения Венгрии рассматривается как один из элементов кризиса взаимовлияющих сфер экономики, политики и здравоохранения.

По ходу изучения состояния здоровья населения в статье указывается на то, что тренд ожидаемой продолжительности жизни среди населения Венгрии отклонился от тренда наблюдаемого в развитых странах Запада, и что этот отклоняющийся тренд сопровождается усилением общественно-территориальных диспропорций в отношении смертности. В этих явлениях выражаются «общественные потери» в политико-экономических процессах, действующих с 1945-го года.

Среди отдельных типов неравенств в статье ставится главное ударение на изучение

структурных диспропорций (диспропорций системы). Иными словами, в ней делается попытка вскрыть имманентные диспропорции в структуре и механизме системы здравоохранения, а также указать на влияния, которые система здравоохранения оказывает на неравенства вне сферы здравоохранения. Чрезмерно централизованное управление здравоохранением, строящееся сверху вниз, а также весьма централизованная, негибкая профессионально-территориальная структура услуг здравоохранения, составляют основное звено диспропорций, подразумеваемых в широком смысле понимания. В сущности, в этих явлениях манифестируются неравные главенства отдельных участников сферы здравоохранения — через распоряжение ресурсами. Основной причиной структурных диспропорций в системе здравоохранения мы считаем существующую систему политических учреждений государственного социализма.

Перевел: Тамаш Бауко