

A TÁRSADALOMPOLITIKAI CÉLOK MEGVALÓSULÁSÁNAK ESÉLYEI CSONGRÁD MEGYE EGÉSZSÉGÜGYÉBEN

I.

Az utóbbi időkben fokozódó mértékben irányul a köznapi ember, de a tudományos kutatók figyelme is egészségügyi ellátásunk felé. A kutatások egy részének fókuszában az a kérdés áll, hogy mennyiben képes egészségügyi rendszerünk betölteni szociálpolitikai funkcióját.

Az egészségügyi alapelvek deklarálják az ellátás állami jellegét, ingyenességét és egységességét,¹ Egészségügyi rendszerünkkel szemben támasztott alapvető szociálpolitikai követelmény, hogy

- a betegeket csakis betegségük természetének, valamint az orvostudomány mindenkori állásának megfelelően gyógyítsa;
- biztosítsa az ellátás lépcsőfokaihoz való demokratikus hozzáférést;
- biztosítsa a települési viszonyoktól független, egységes és azonos színvonalu ellátást.

A mindennapjainkban tapasztalt, de a kutatások által is feltárt tények azonban azt mutatják, hogy ezen célkitűzések sok esetben csak korlátozottan érvényesülnek, s egészségügyi rendszerünk a társadalmilag kívánatosnak tartottól eltérő módon működik.²

A diszfunkcionális működés okai között találhatunk koncepcionális, szervezeti intézményi és pénzügyi tényezőket is.

Ebből kiindulva tanulmányoztam szűkebb hazám, Csongrád megye egészségügyi ellátását. Megkíséreltem feltérképezni, hogy egyrészt az intézményi adottságok, másrészt a pénzügyi keretek és mechanizmusok milyen működési feltételek kialakítására adnak lehetőséget. Céлом az volt, hogy képet kapjunk arról, hol szűkebb vagy tágabb ez a működési tér, hol jönnek létre ellátási különbségek, melyek társadalmi egyenlőtlenségekké formálódnak.

II.

Előjáróban egy-két szót arról, hogy milyen társadalmi-gazdasági közegben működik az egészségügy Csongrád megyében, melyek az ellátást befolyásoló főbb sajátosságok.

Területét (4263 km², az ország területének 4,6 %-a) és a lakónépességének számát (455 ezer fő, az ország népességének 4,3 %-a) tekintve Csongrád megye a közepes nagy-

ságu megyék közé sorolható.³ Településhálózatát 5 város és 54 község alkotja. Nagyfokú az urbanizáció, az 5 városban él a megye lakosságának 69 %-a (országos adat 53,2 %). Magas a népességkoncentráció a községekben is, a megye falvai az országos átlagnál nagyobb határuak és népesebbek. Sajátos vonása ugyanakkor a településszerkezetnek, hogy a népesség jelentős hányada (12,5 %-a) külterületi lakos. A megyében az egészségügynek tehát a tanyavilágtól a megyei városig terjedő sajátos szükségletekkel kell számolnia. Speciális feladatokat jelent a tanyán élő, elsősorban idősebb koru népesség megfelelő szintű ellátása, a magas urbanizáltság is fokozza az ember testi-lelki egészségét veszélyeztető tényezőket, fokozott igényeket támaszt az egészségügyi ellátással szemben.

A gazdasági szerkezetben hagyományosan a legjelentősebb a mezőgazdaság, mely az aktív keresők 20 %-át foglalkoztatja. Az ipar országos viszonylatban közepesen fejlett, dominál a könnyű-, az élelmiszer- és az építőipar, s jelentős még a szénhidrogén kitermelés. A foglalkoztatottak 40 %-a a dolgozik ezekben az ágazatokban. Növekvő szerepet töltenek be a nem anyagi ágak, melyek közül kiemelkedik az egészségügyi-szociális, és a kulturális ágazat. A lakosság foglalkoztatási viszonyainak következményeként a megyében sok a mozgásszervi megbetegedés, s vezető helyen állnak a statisztikákban a szív- és érrendszeri valamint a neurotikus megbetegedések is.

Említést kell tennünk arról, hogy sok vonatkozásban kedvezőtlenül tér el az országos átlagtól a megye demográfiai helyzete, mely miatt szintén fokozott igény jelentkezik az egészségügy felé.

A természetes szaporodás változó dinamikájú, az utóbbi évtizedekben azonban határozottan kedvezőtlenül alakul, elsősorban a szülések nagymérvű csökkenése miatt. Mind a születési, mind a halálzási adatok rosszabbak az országos átlagnál. 1981-ben a születési arányszám 12,7 % (országosan 13,3 %). A halálzási arány 14,1 % (országosan 13,5 %). Ennek következtében a népesség korösszetétele fokozatosan eltolódott az időskorúak felé. Jelenleg a nyugdíjkorhatáron felüli népesség aránya minden eddiginél nagyobb (22 %), ugyanakkor a 14 éven aluliak aránya nem éri el a 20 %-ot sem. Az előregedési folyamat társadalmi-gazdasági kihatásain belül igen lényegesek az egészségügyi és szociálpolitikai vonatkozások.

III.

A megye egészségügyi ellátása a globális statisztikai adatok, ellátottsági mutatók tükrében igen kedvező az országos helyzethez viszonyítva.

Csongrád megye egészségügyi ellátottsági mutatói

(1983. I. I. -i állapot)

Megnevezés	Csongrád megye	Csongrád helye a megyék közötti rangsorban
10.000 lakosra jutó általános kórházi ágy (szülőotthonokkal együtt)	75,2	1.
10.000 lakosra jutó szakorvosi óra	41,8	2.
Egy orvosi körzetre jutó lakosok száma	2187	17.
Egy általános + gyermekkörzetre jutó lakosok száma	1916	3.
100 bölcsődéskorura jutó bölcsődei férőhelyek száma	16,4	1.
10.000 60 éven felülire jutó szociális otthon férőhely	227,9	5.
Egy gyógyszertárra jutó lakosok száma	6053	5.

Az egészségügyi hálózat szinte egyedülálló az országban: a fekvőbetegellátásban négy általános területi kórház, egy tüdőkórház, egy gyermekkórház, valamint orvosegyetemi klinikák működnek. Ezt a helyzetet tükrözi az is, hogy a megye a 10.000 lakosra jutó ágyszám tekintetében az országos elsők között foglal helyet. Hat szakrendelő van a megyében, a 10.000 lakosra jutó szakorvosi órák száma csak Budapesten és Baranya megyében magasabb. Nincs olyan község a megyében, melynek önálló körzeti orvosa ne lenne, s a városokban és egyes nagyközségekben kiépült a gyermekorvosi hálózat is.

Az intézményhálózat azonban korántsem elégíti ki a korszerűségi követelményeket. A fekvőbetegellátás intézményi alapjai nagyrészt még a századelőn teremtődtek meg, az 5 város korábbi önellátási törekvéseinek eredményeként. A felszabadulás utáni fejlődés elsősorban az ágyak számának növekedésében volt tapasztalható. Ezt a növekedést azonban nagyrészt a meglévő épületekben, a kórtermek zsufoltóságának növelésével, valamint a kiszolgáló és szociális helyiségek rovására érték el.

Az ellátás színvonalát alapvetően meghatározó orvosi és kórháztechnikai felszereltség jellemzője a megyében, hogy a működő intézetek gép- és műszerellátottsága jelentősen elmarad mind az Egészségügyi Minisztérium normáihoz, mind az országos átlaghoz viszonyítva. (Csongrád megye a gép-műszerállomány szerinti rangsorban a megyék között a 14. helyen áll.) A szakrendelők általában a III. és IV. ötéves tervidőszakban létesültek, így adottságaik a kórházakéinál valamivel jobbak. Az alapellátás technikai színvonala a községeknek mintegy felében-harmadában kielégítő, ott ahol a IV-V. ötéves tervidőszakban ugynevezett egészségügyi kombinátók épültek.

Megyénk egészségügyi intézményeinek fejlesztése tehát - csakugy mint az országos tendencia - a legkevésbé költségigényes irányban haladt: a relative olcsóbb ágy- és szakrendelő centrikus fejlesztés érvényesült. Ebben szerepet játszott egyrészt az az országosan érvényesülő gazdaságpolitika, mely a termelő ágazatok fejlesztését preferálta; másrészt sajátosan az a politikai megfontolás, mely a határ menti területek fejlesztését hozsuzu ideig visszafogta. Hozzájárult még a fentiekhez az a makacsul fennmaradó szemlélet, mely a klinikai komplexum létéből kiindulva egész Csongrád megye egészségügyi ellátását magas színvonalura értékelte.

Napjainkban egyre feszítőbb az ellentmondás az egészségügyi ellátás iránti igények, szükségletek növekedése és a kielégítési lehetőségük mértéke között. A szűk anyagi bázison azonban az ingyenesség és egyenlőség, az egységesen magas színvonalu gyógyítás elve igen egyenetlenül, a szükségesnél kisebb mértékben realizálódhat.⁴

A korszerűtlen anyagi és intézményi bázis mellett problémát jelent az egészségügyi szervezet felépítésében meglévő aránytalanság. A megyében kirívó eltérés mutatkozik például a kórházi ágysztruktúra és a betegségek struktúrája között. Nem kielégítő az ágysztruktúra sem az ápolás progresszív szintjei, sem a szakmai megoszlás tekintetében.⁵ Az Egészségügyi Minisztérium prognosztizált normáihoz képest a megyében mintegy 400 aktív ágy felesleg, és 900 krónikus ágy hiány jelentkezik. A krónikus ágyak arányát tekintve (25,2 %) elmarad mind az országos (27,6 %) mind az országos vidéki (30,4 %) mutatóhoz viszonyítva. Ezen belül kiemelkedik az utókezelő és elmeosztályok ágyhiánya, annak ellenére, hogy az ilyen jellegű ellátásra gyakrabban rászorulók az országosnál nagyobb mértékben élnek megyénkben. Az aktív ágyakon a hagyományos szakmák (belgyógyászat, szülészet, gyermekgyógyászat, fertőző osztály stb.) túlsulya dominál, amikor a megbetegedési statisztikákat a szív- és érrendszeri, mozgásszervi, és neurotikus megbetegedések vezetnek.

Megyénk egészségügyi ellátásának szervezete csak lassan reagál az egészségügyi szükségletek változására. Mind a mai napig leképezi azt a hagyományos értékrendet, mely az egyes betegségeknek éltérő fontossági sorrendet ad, s ez megnyilvánul a gazdasági eszközök elosztásában, s a különböző betegségek ellátásának minőségi különbségeiben is. Az éltérő gyógyítási feltételek miatt nem minden beteg számíthat betegségének azonos színvonalu orvoslására, szelekciós folyamatok bontakozhatnak ki egyes betegségek (betegkek) között, megsértve a deklarált társadalompolitikai elveket.⁶

A globálisan viszonylag magas intézményi ellátottságra utaló tények mellett figyelembe kell venni azt is, hogy az ellátási színvonal éltérő a különböző települések között. Szinte kimutathatatlan előnyöket élveznek az igénybevételi lehetőségekben a magasabb szintű ellátási formákkal (rendelőintézet, kórház) rendelkező településeken élők. Csak egy

részleges adat ennek érzékeltetésére: 1982-ben a megye községeinek körzeti orvosai a rendelésen megjelenteknek 4,3 %-át utalják tovább szakrendelésre, míg a városokban ennél másfélszer nagyobb arányban (6,5 %). Emellett a szakrendelő beutaló nélkül is igénybevehető, s természetes, hogy ezt a formát is leginkább azok veszik igénybe, akiknek lakóhelyükön van a rendelőintézet. Erről azonban nem tudunk számszerű adatot.

A különböző településtípusoknak egymáshoz viszonyított helyzete még az azonos ellátási formák esetében is eltérő. Jelzik ezt az ellátottsági mutatók is. Tekintsük meg ezt az alapellátás vonatkozásában!

Az alapellátás egyes mutatói Csongrád megyében

(1983. I. I. állapot)

Megnevezés	Egy körzetre jutó lakosok száma (fő)	Napi betegforgalom (fő)
- városok	2395	25,3
- községek	1857	32,6
- Csongrád megye átl.	2187	29,0
- országos átlag	2523	30,8

Igaz ugyan, hogy az egy körzetre jutó lakosság száma a községekben alacsonyabb, szembevetünk azonban, hogy ezzel együtt is sokkal nagyobb a leterheltségük. A községi rendelőkben átlagosan 7-tel több beteg jelenik meg naponta, mint a városokban.

IV.

Mindezeket az aránytalanságokat, s a belőlük fakadó feszültségeket tovább erősítik a pénzeszközök elosztásában érvényesülő mechanizmusok.

Az egészségügyi ellátás működésének és fejlesztésének finanszírozása alapvetően két csatornán keresztül történik. Az országos jelentőségű intézetek, klinikák központi (Egészségügyi Minisztérium) irányítás és finanszírozás alá tartoznak, az intézmények nagyobb része azonban tanácsi (megyei, helyi) hatáskörű. A tanácsok maguk döntenek el, hogy a rendelkezésükre álló költségvetési és fejlesztési alapból mennyit fordítanak a különböző célokra (gazdálkodás, egészségügy, kultúra, igazgatás, személyi és lakásszolgáltatás, helyi közlekedés stb.). A pénzeszközök elosztása során különböző érdekek ütköznek, hatalmi harcok folynak. A harcnak természetesen nyertesei és vesztesei vannak, s amennyiben ezek a pozíciók szisztematikusan ismétlődnek, előnyös és hátrányos, vagyis egyenlőtlen fejlődést eredményeznek. Az elosztás hátterében ható erők, s az elosztás eredményeképpen lezajló fejlődési folyamatok jól nyomon követhetők a pénzügyi tervek születésének, módosításának és teljesítésének vizsgálatával.

1982-83-ban a IV. és V. ötéves tervre vonatkozóan a tanácsi pénzeszközök körében egy ilyen vizsgálatot végeztem Csongrád megyében.⁷ A terjedelmi korlátok, de főleg az

adatok sokasága, részletessége miatt a számszerű vizsgálat bemutatásától itt nagyrészt el kell tekintenem, tudván, hogy az elosztásban érvényesült hatalmi és érdekviszonyok érzékeltetése a tényleges számadatokkal együtt lenne csak teljes. Igen tanulságosak a levont következtetések önmagukban is, a továbbiakban ezeket ismertetem.

Az elmúlt évtizedekben a megye egészségügyi költségvetési és fejlesztési pénzeszközeinek növekedése elmaradt a teljes alapok növekedésétől. Ez azt jelenti, hogy ez idő alatt az egészségügyi ágazat részesedése fokozatosan visszaszorult.

Az egészségügyi ágazat részesedése a költségvetési és fejlesztési kiadásokból Csongrád megyében

Év	Részesedés a költségvetésből	Részesedés a fejlesztési alapból
1951-1957	30,7	8,5
1958-1960	33,7	5,1
1961-1965	27,7	3,6
1966-1970	29,8	3,7
1971-1975	26,2	3,6
1976-1980	24,4	2,9

Az egészségügy fejlesztése tehát elmaradt a többi infrastrukturális ágazathoz képest. A feladatok teljesítéséhez mindig is szűknek bizonyuló keretek elosztásában az egészségügy kevesebb sikerrel szerepelt, mint a többi ágazat. Általában nyertes volt a "nagy rivális", a kulturális ágazat, valamint a személyi és gazdasági szolgáltatások (ezen belül a lakásgazdálkodás és közműfejlesztés).

Ennek következtében az egészségügy igen szűkös, s relative egyre szűkülő keretből gazdálkodhatott. A kérdés ezek után az, hogy ez mit kényszerített ki a működtetési és fejlesztési pénzeszközök elosztásában az egészségügyön belül, mely alágazatok és települések a leginkább vesztesei ennek az elosztásnak, s melyek azok, ahol a fenti tendenciák ellenére is megvalósulhatott a színvonal növekedése.

Az egyes alágazatok, vagy területi egységek erőpozíciójára általában az alábbi tényezők alakulásából következtettem. Megvizsgáltam egyrészt az egyes alágazatok, illetve települések részesedését, másrészt azt, hogy a teljes egészségügyi költségvetés és fejlesztési alap növekedéséhez képest mely területek növekedtek kisebb vagy nagyobb mértékben. További adalékot nyújt az előnyösebb, illetve hátrányosabb helyzet megállapításához az évközbeni módosításokból való részesedés is.

Az adatok tanúsága szerint a pénzeszközök alágazati elosztásában erőteljesen érvényesül az intézményi hierarchia, az egyes szakmai szintek eltérő presztízse. Vonatkozik ez elsősorban a kórházakra, ugyanis a vizsgált időszakban (IV-V. ötéves terv) mind a költségvetési, mind a fejlesztési pénzeszközök a fekvőbetegellátásban koncentráálódtak erőteljesen. A fekvőbetegellátás pénzeszközeinek évi átlagos növekedése ugyan nem haladja meg a teljes költségvetés és fejlesztés növekedését, de jól mutatja erőpozícióját az a tény, hogy az évi tényleges részesedése mindig magasabb, mint az eredetileg tervezett volt. Kétségtelen, hogy a kórházak költségigénye magasabb (nagyobb műszerezettséget, felszerelést, jobb munkaerőellátást követelnek), mivel a legmagasabb szintű ellátást kellene biztosítaniuk. Ez azonban közel sincs így valamennyi kórház esetében, mindenre igen jó érvnek bizonyul a pénzeszközökért folytatott harcban. Az integráció csak erősíti az így kialakult elosztási szokásokat. A költségvetési pénzeszközök évközi módosításait például a tanácsok csak az önállóan gazdálkodók között osztják szét, s ez utóbbiak döntenek arról, hogy a pénzeket mely intézmények kapják meg. Ennek alapján természetes, hogy a kórházak - melyek alá a legtöbb integrált egység tartozik - részesednek a legnagyobb arányban a pótelőirányzatokból. Így, a többi alágazatnak kevesebb lehetősége van a színvonal javításra annak ellenére, hogy a lakosság legszélesebb rétegeinek ezek biztosítanak az egészségügyi ellátást. A járóbeteg-ellátás az a szint, ahol valamennyi beteg megfordul, és leterheltsége is sokkal nagyobb mint a kórházaké.⁸ A relative igen drága kórházi kezelés mellett a gazdasági racionalitás is azt kívánná, hogy a betegek széles tömegeit az olcsóbb szolgáltatásokkal lássák el. Az adott keretek között azonban a járóbetegellátás erre képtelen, nagyobb mértékű színvonal-növelést, fejlesztést követelne meg ez a feladat.

Az egészségügyre fordítható pénzeszközök területi elosztását három, egymást keresztező hatalmi hierarchia erőviszonyai határozzák meg. Az egyik a települések tanácsai szintek szerinti alá- és fölrendeltsége; a másik az egészségügyi intézmények részben tradíciók alapján, részben az integráció által is szentesített hierarchiája; a harmadik pedig a helyi tanácsokon belüli erőviszonyok. Ezek eredőjeként a területi elosztásban szisztematikusan előnyben voltak a magasabb szintű egészségügyi intézményekkel rendelkező, a települési hierarchia felsőbb lépcsőfokain lévő települések. Főként a megyei jogú Szeged város privilegizált helyzete a szembetűnő.

Az V. ötéves tervidőszakban a megye teljes egészségügyi költségvetésének 3/4-ét köztette le a városok részesedése, melynek csaknem fele Szegeden realizálódott. Az egészségügyi fejlesztési alapból a városok 40 % fölött részesedtek (csak Szeged 30 %!), s a községek részesedése csupán 6,5 % volt. A pénzeszközök dinamikáját vizsgálva úgy tűnik, a községeknek a meglévő intézmények működtetésének javítására van nagyobb esélyük: költségvetési kiadásaik évi növekedési üteme valamelyest meghaladja a városok egészségügyi költség-

vetésének növekedési ütemét. A városokban viszont sokkal nagyobbak a lehetőségek új intézmények létesítésére, beruházásokra. Az évközbeni módosítások eredményeként általában tovább nőtt a városok részesedése, a községeké viszont sok esetben csökkent.

Mindezek következtében megmaradnak vagy esetleg még tovább erősödnek az ellátási színvonalban meglévő területi egyenlőtlenségek.

Ugy vélem, ezeknek a folyamatoknak a bemutatása jól érzékelteti, hogy a szűkös pénzeszközök milyen feszültségeket teremtenek az egészségügyön belül. Az elosztást sok esetben nem lehet másként, csak aránytalanul megvalósítani, mivel az egyes alágazatok vagy települések ellátási színvonalának javítása csak mások rovására valósítható meg. Kialakulnak tehát az ellátási különbségeket megerősítő, újratermelő mechanizmusok az egészségügyi pénzeszközök elosztásában.

JEGYZETEK

- 1 Az egészségügyi törvény és végrehajtásának rendeletei. Egészségügyi Minisztérium Budapest, 1972.
- 2 Szalai J.: Az egészségügyi ellátás funkciói és diszfunkciói. Az I. Magyar Szociológiai Vándorgyűlés anyaga, Pécs, 1979.
- 3 Itt és a továbbiakban a Csongrád megyére vonatkozó adatokat a Csongrád megyei Statisztikai Évkönyvekből, valamint a Csongrád megyei Tanács VB. Terv-, Pénzügyi és Egészségügyi osztályának beszámolóiból, statisztikai nyilvántartásaiból vettem.
- 4 Petschnig M.: Az orvosi hálapénzről - nem etikai alapon. Valóság, 1983. 11.sz.
- 5 Ennek a helyzetnek a fennállásában jelentős szerepet játszanak szemléleti tényezők (tradicionális szakmai hierarchia, presztizszempontok) és érdekeltviszonyok (paraszolvencia) is. Gosztonyi Gy.: Egészségügy, gondok és javaslatok. Valóság, 1980. 7.sz.
- 6 Losonczi Á.: Társadalmi ártalom, társadalmi védelem. Társadalomkutatás, 1984.1.sz.
- 7 A vizsgálathoz inspirációt és módszertani segítséget kaptam Szalai Juliától és munkatársaitól (Elekes Zsuzsa, Pauker Csaba, Óry Csaba), akik az OKKFT keretében hasonló kutatásokat folytattak az ország más megyéiben.
- 8 Csongrád megyében az egy orvosra jutó évi betegforgalom 1982-ben a következő volt:
 - kórházak 183 fő/orvos
 - rendelőintézetek 11994 fő/orvos és
 - általános körzeti orvosok 9262 fő/orvos.