

Az egészségügyi ellátás néhány földrajzi problémája a Dél-Alföldön

PÁL VIKTOR*

A hazai egészségügyi rendszer állapota, problémái, átalakítása (reformja) az 1990-es évek elejétől vitatéma mind a nagyközönség körében, mind a tudomány művelői körében, s ebből adódóan a média is nagy szenzitivitást mutat az egészségügyben zajló napi történések iránt. Az egészségügy reformját nagyobbrészt a rendszer finanszírozási problémái, kisebb részt a népesség, 1990-es években is tovább romló egészségi állapota kényszerítette ki (*Enyedi Gy.–Tamási P.*, 1997; *Orosz É.*, 2001; *Csáky A.–Fejér L.–Misz I.–Kis Gy.–Kovács J.–Urbán L.*, 2001; *Kulcsár K.–Bayer J.*, szerk. 2003). Természetesen az egészségügy folyamatait is a népesség, illetve a társadalom és a gazdaság reálfolyamatai alakítják. Mivel ezek térben is differenciáltan jelennek meg, maga az egészségügyi rendszer is területileg meghatározott. Ez a területiség tetten érhető az egészségügyi ellátottság területi különbségeiben, az intézmények vonzásviszonyaiban, az egészségügyhöz kapcsolódó térbeli mozgásfolyamatokban, s még sorolhatnánk (*Orosz É.*, 1993). Ebből adódóan az egyes régiók (akár adminisztratív statisztikai területi egységek, akár a társadalmi-területi munkamegosztás képződményei) is rendelkeznek területi sajátosságokkal, melyeket mind az egészségpolitikának, mind a területfejlesztésnek célszerű szem előtt tartania. [Az 1990-es évek végén olyan elképzelések is napvilágot láttak, hogy az egész reformfolyamat regionális dimenziókban valósulhat meg eredményesen. Ehhez kapcsolódóan a Dél-Alföld megyéi között szoros regionális kooperáció alakult ki, melyhez szervesen kötődött Jász-Nagykun-Szolnok megye is: létrejött a Dél-Alföldi Regionális-fejlesztési Konzorcium. Az egészségpolitika változásával a konzorcium eredeti céljai nem valósulhattak meg. (Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a dél-alföldi régióban. DAREK, Szeged 1998. 17–50. pp.)]

Rövid elemzésünkben választ keresünk arra, hogy a Dél-Alföld egészségügyi ellátottságának mutatói és az egészségügyi intézmények teljesítményének indikátorai milyen mértékben térnek el az országos állapotoktól, milyen belső területi különbségek mutathatók ki az egészségügyben, ezek az anomáliák milyen időbeli előzmények eredményei, s végül melyek azok a területi különbségek, amelyek a legnagyobb társadalmi problémákat idézik elő.

Az egészségügy fejlettségének jellemzése elsősorban ellátottsági és teljesítménymutatók segítségével történik, így a Dél-Alföld egészségügyi pozíciójának és belső területi szerkezetének elemzése is ez alapján lehetséges. Mivel az egészségügy hierarchikusan szerveződött rendszer, az elemzés során is célszerű e hierarchia követése. Így elsőként az egészségügyi alapellátás, majd az egészségügyi közép- és felsőfokú szakellátás folyamatait tekintjük át.

* egyetemi tanársegéd

Az egészségügyi alapellátás jellemzői

Az alapellátás magában foglalja a háziorvosi, a házi gyermekorvosi szolgálatot, a gyógyszerellátást, továbbá a körzeti védőnői szolgálatot. A háziorvosi praxisnagyság tekintetében a régió helyzete átlagos, de ezt elsősorban Csongrád megye kedvezőbb helyzete idézi elő. Bács-Kiskun megyében a kívánatosnál nagyobbak a házi-orvosi praxisok. A százezer lakosra jutó házi gyermekorvosok számában is a középmezőnyben helyezkedik el a régió (*1. táblázat*). Legkisebb az átlagos praxisnagyság a mórhalomi kistérség településein, legnagyobb a kiskunfélegyházi kistérségben. Bács-Kiskun megye további négy kistérségében (kunszentmiklósi, kalocsai, bajai, kecskeméti) jut több lakos az orvosokra, mint az országban, három kistérségben (bácsalmási, jánoshalmi, kiskunmajsai) az országos és régiós átlag körüli. Ezzel szemben Csongrád megyében mindössze két kistérség (makói, szentesi) van a kedvezőtlenebb kategóriában. Békés arányaiban hasonló Bács-Kiskun megyéhez (Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002, KSH Budapest, 2004). Ebből adódóan az egyik legfőbb probléma, hogy a háziorvosi praxisok azokon a területeken a legnagyobb népességszámúak, ahol a legtöbb külterületi népesség él.

A praxisok száma folyamatosan nőtt, azonban ez nem járt együtt a hatékonyság növekedésével. A bővülés erőteljesebb volt Bács-Kiskun megyében, s a tradicionálisan is jól ellátott Csongrád megyében kisebb (Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a Dél-Alföldi Régióban. DAREK Szeged, 1998. 38.p.).

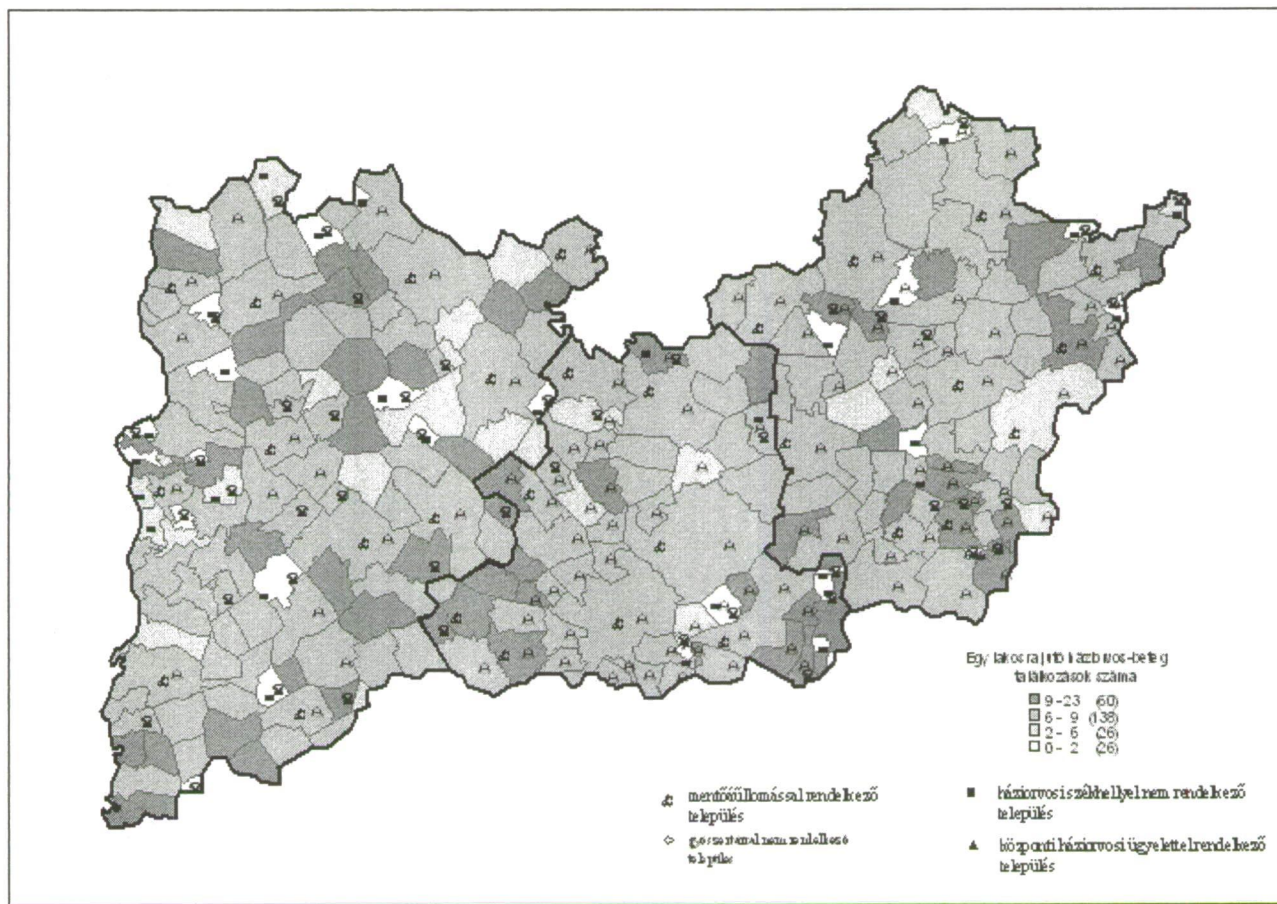
Elvileg minden település lakója hozzáfér a háziorvosi alapellátáshoz – hiszen az egészségügyi alapellátás biztosítása önkormányzati feladat, s szűk azoknak a településeknek a köre is, ahol nem helyben található a háziorvos. (E települések mindegyike értelemszerűen falu.) A legtöbb ilyen település Bács-Kiskun megyében található, és itt van a legtöbb olyan is, ahol a faluban nincs orvosi rendelő sem, s e falvak lakói csak más településen tudják igénybe venni az alapellátást. Csongrád megyében – noha csak öt kisebb településen nincs helyi háziorvosi ellátás – a máshonnan ellátott települések területileg a makói kistérségben koncentrálnak (*1. ábra*).

Az egy háziorvosra jutó betegforgalom a Dél-Alföldön kissé meghaladja az országos szintet, csak Csongrád megyében kisebb mértékű az egy lakosra jutó házi-orvos-beteg találkozások száma (*1. táblázat*). Bács-Kiskun megyében, a makói kistérségben és Dél-Békésben koncentrálnak a legnagyobb arányú háziorvosi betegforgalommal rendelkező települések (*1. ábra*).

Nagy probléma, hogy a régióban a járóbeteg-szakrendelési beutalások aránya az összes betegforgalomból folyamatosan emelkedik. A magas beutalási arány különösen Békés megyében jelent gondot. A fekvőbeteg-gyógyintézetbe történő beutalások aránya a második legmagasabb az országban, amit Békés, de különösen Bács-Kiskun megye idéz elő (*1. táblázat*).

A gyógyszerértékesítés ellátottság mindhárom megyében kedvezőbb, mint az átlag, a gyógyszertárak száma különösen Bács-Kiskun és Békés megyében intenzívebben növekedett. A privatizált gyógyszertárak gyakran működtetnek fiókgyógyszertárakat olyan településeken is, ahol azelőtt nem volt megoldott helyben a gyógyszerellátás. A gyógyszertárral egyáltalán nem rendelkező települések nagyobb része Bács-Kiskun megyében helyezkedik el (*1. ábra*).

1. ábra. Az egészségügyi alapellátás és sürgősségi ellátás térszerkezete a Dél-Alföldön 2002-ben



Forrás: KSH alapján számított saját számítás. – Szerk.: Pál V. 2004.

Az egészségügyi alapellátás településenként – több tényezőt figyelembe véve (házi orvos, házi gyermekorvos, védőnő, gyógyszerár) – a legkedvezőbb Csongrád megyében, a legtöbb egészségügyi alapellátási hiánnyal küzdő település számát tekintve Bács-Kiskun, arányait tekintve Békés megyében található.

Az egészségügyi szakellátás jellemzői

Az egészségügyi középfokú szakellátás a járóbeteg-szakellátást, azaz a fogorvosi, a rendelőintézeti és a gondozóintézeti ellátást foglalja magában.

Az egy fogorvosra jutó lakosok száma közepes, de a megyék szintjén differenciált: a legjobb a mutató Békésben, csak ezt követi Csongrád, míg a legkedvezőtlenebb a helyzet Bács-Kiskun megyében.

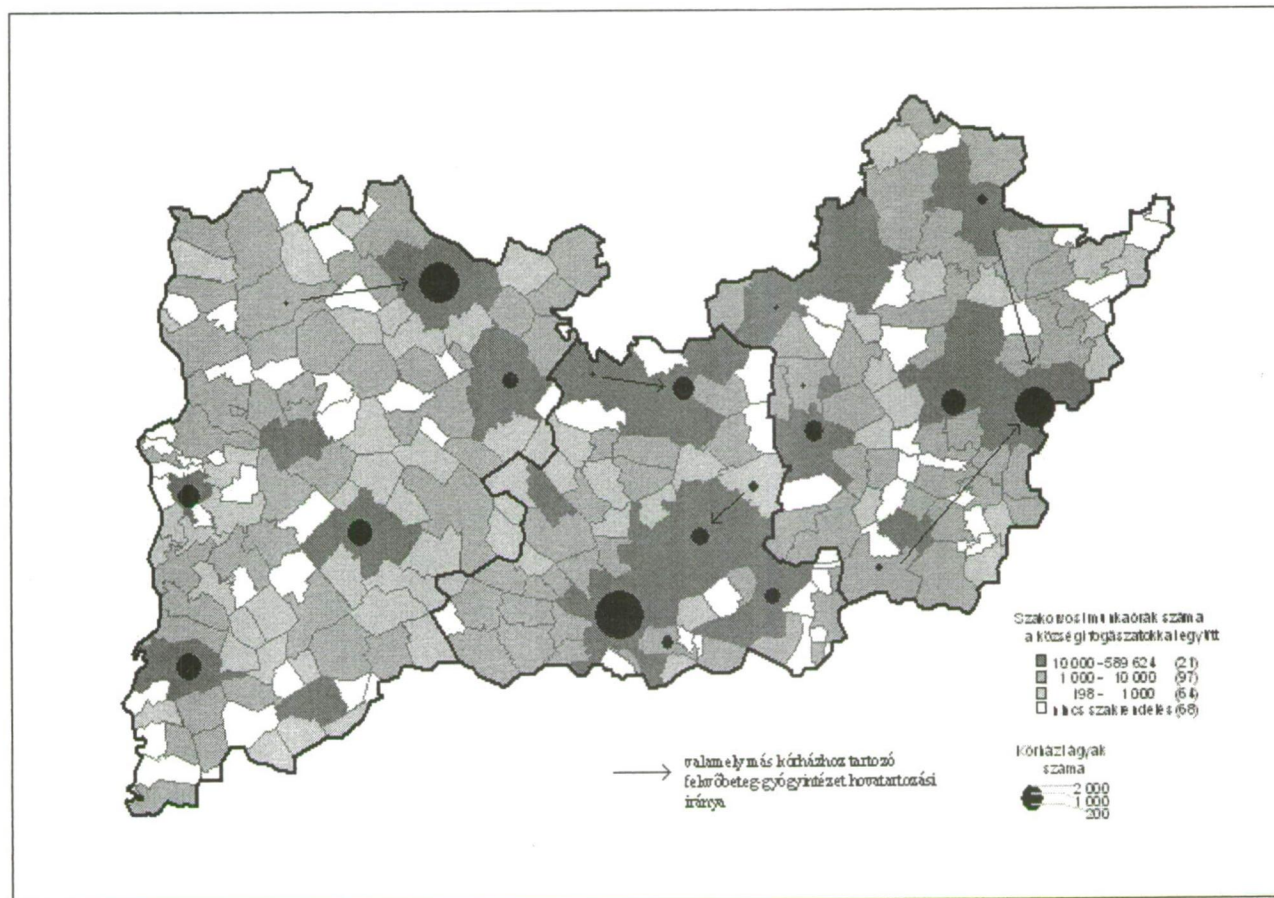
A régió nagy járóbeteg-szakellátási kapacitásával az elsők között foglal helyet az országban. Különösen kiemelkedik Csongrád megye: mind az ezer lakosra jutó rendelőintézeti munkaórák, mind a gyógykezelési esetek számában közel kétszerese a többi megyének. Mindkét mutatónál Bács-Kiskun megye helyzete a legkedvezőtlenebb. A hatékonyságot kifejező egy gyógykezelési esetre jutó idő Békésben a legrovidebb, Csongrádban átlagos, Bács-Kiskunban a leghosszabb (1. táblázat).

A járóbeteg szakellátás területileg nagyon centralizált, mivel a rendelőintézetek a nagyobb városokhoz kötődnek. Szegeden található az ország egyik legnagyobb rendelőintézete (Szeged Megyei Jogú Város Önkormányzat Szakorvosi Ellátás és Háziorvosi Szolgálat), amely nem kórházzal együtt, hanem önállóan működik. Ezen kívül Kecskeméten, Gyulán és Békéscsabán van nagyobb járóbeteg-szakellátási kapacitás. A kórházak szakambulanciái kiegészítik a rendelőintézeti ellátást, s különösen Szeged esetén emelik a kapacitásokat. A falvak egy részét – különösen Bács-Kiskun megyében – a mozgó szakorvosi szolgálatok látják el heti vagy havi egyszeri gyakorisággal, de a délföldi relációban kisebb települések egy részén nem lehet helyben szakorvoshoz jutni, ami az idősebb, immobilabb korosztály számára jelent problémát (2. ábra).

A szakorvosi munkaórák és a betegforgalom folyamatosan és intenzíven növekszik, melyet nem kísér az egészségi állapot javulása (1. táblázat).

Néhány kiemelt betegségcsoportot a gondozóintézeti hálózat kezel, ami a városokhoz köthető, hiszen azokban a városokban, ahol nem működik gondozóintézet, a gondozók alá tartozó szakrendelések végeznek nem teljes körű gondozást. A tüdőbeteg-gondozó intézetek tízezer lakosra vetített betegforgalma átlag alatti, csökkenő tendenciát mutatott 1996-ig, azóta valamelyest emelkedik. Az onkológiai gondozás az országénál jóval intenzívebb, amit a régióban a daganatos megbetegedések gyakorisága indukál. A legtöbb gondozott mind abszolút értékben, mind arányosan Csongrád megyében él, ugyanakkor Békés megye rátája átlag alatti. A bőr- és nemibeteg gondozó intézetek betegforgalma az országban is és a régióban is visszaesett, a Dél-Alföld körülbelül annyi a betegforgalom aránya, mint az országban. A pszichiátriai gondozók tízezer lakosra számított forgalma erőteljes emelkedése ellenére sem tér el jelentős mértékben az ország átlagától, csupán Csongrád megyében magasabb a betegforgalom. Az addiktológia gondozók betegforgalma is visszaesett, az alkoholistáknak csak kis részét gondozza. (Ez természetesen nem tekinthető területi specialitásnak, mivel az alkoholbetegség egyik lényege, hogy a betegnek nincs betegségbelátása, s így az esetek döntő többségében nem fordul orvoshoz.)

2. ábra. Az Egészségügyi szakellátás néhány mutatója a Dél-Alföld településein



Forrás: KSH – Szerk.: Pál V. 2004.

1. táblázat. A Dél-Alföld és megyéinek fontosabb egészségügyi mutatói országos és regionális összehasonlításban

Terület	1 000 lakosra jutó mentőfelhívás (2002)		Pszichikriai gondozó forgalma 10 000 lakosra (2002)		Tudtbeteg gondozó forgalma 10 000 lakosra (2002)		Kórházi halálozás % (2002)		Átlagos ápolási idő (nap) 2002		A kórházi ágyak kihasználtsága % (2002)		Egy kórházi ágyra jutó elbocsátott betegek száma (2002)		1000 lakosra jutó működő kórházi ágyak száma		Egy renddelélfintézetű EYógykezelési centre jutó idő (perc) 2002		1000 lakosra jutó renddelélfintézetű munkatörök száma (2002)		Egy lakosra jutó EYógykezelési esetek száma a járóbeteg szakellátásban (2002)		Egy EYógyszertörtra jutó lakosok száma		100 000 lakosra jutó házi EYermekorvosok száma (2002)		Háziorvosi beutalások aránya fekvőbeteg-egYógyintézetbe a háziorvosi összes betegforgalomból (2002)		Háziorvosi beutalások aránya járóbeteg-szakrendelésre a háziorvosi összes betegforgalomból (2002)		Egy háziorvosra jutó lakosok száma (2002)		10 000 lakosra jutó dolgozó orvosok száma (2002)		
	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002	1995	2002			
Közép-Magyarország	56,5	1947	15,96	0,79	19	5 452	4 925	24,5	2 235	5,5	102,75	94	32	81	9,2	2,87	1 928	1 414	160																
Közép-Dunántúl	24,2	2014	12,07	0,60	15	4 890	5 157	13,3	1 237	5,6	87,57	69,8	33	81	9,1	3,05	2 071	1 227	235																
Nyugat-Dunántúl	28,8	1950	10,63	0,51	14	5 012	5 356	13	1 353	6,2	104,63	80,2	30	78	9,5	2,94	1 499	1 311	238																
Dél-Dunántúl	36,2	1825	13,44	0,70	15	4 742	4 767	13,6	1 570	6,9	95,63	74,5	37	80	7,7	2,55	2 377	1 691	300																
Észak-Magyarország	24,0	2023	11,93	0,66	13	5 086	5 386	14,8	1 260	5,1	104,5	74,1	33	80	8,9	2,96	1 946	1 110	364																
Észak-Alföld	29,8	2112	11,15	0,63	14	5 115	5 005	14,6	1 399	5,8	84,07	71,8	38	79	7,5	2,29	2 004	923	390																
Dél-Alföld	32,5	1978	12,55	0,71	16	4 410	4 420	20,3	1 516	4,5	88,3	72,3	36	79	7,9	3,07	1 897	1 488	300																
Bács-Kiskun megye	26,8	2053	11,76	0,62	16	4 355	4 258	14,5	1 230	5,1	82	65,9	37	78	7,6	3,01	1 977	926	255																
Békés megye	24,7	2011	13,58	0,77	14	4 407	4 623	19	1 350	4,3	79,5	71,7	32	80	8,9	3,10	1 944	1 518	338																
Csongrád megye	47,0	1864	12,65	0,77	17	4 484	4 453	29	2 035	4,2	103,7	81	38	80	7,6	3,12	1 750	2 178	323																
Magyarország	36,8	1979	12,85	0,67	16	5 006	4 963	17,8	1 624	5,5	101	79,2	34	80	8,6	2,81	1 955	1 306	270																

Forrás: Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002, Területi Statisztikai Évkönyv 2002 alapján saját számítás

A felsőfokú egészségügyi szakellátás a fekvőbeteg-szakellátás keretében valósul meg. A szocialista rendszer kórház-centrikus egészségügyi felfogásának köszönhetően a fekvőbeteg-gyógyintézeti kapacitások lényegesen meghaladják a szükségleteket: mind az országban, mind a régióban sok extrakapacitás épült ki. Mivel az utóbbi évtizedekben az erőforrások allokációja egyfajta alkufolyamat eredménye volt, a jó alkupozícióban lévő területek több erőforrást kaptak. Így a kórházhálózat kapacitásai nagy regionális különbségeket mutatnak még napjainkban is (Orosz É., 1993; Kulcsár K.–Bayer J., szerk. 2003).

A kórházi ágyak abszolút és tízezer lakosra jutó száma Magyarországon, és a régióban 1990-ig emelkedett, majd folyamatosan csökkent, különösen az 1996-ot követő ágyszám-leépítések következtében. A régió kórházi ágyszáma összességében az 1980-as szintre zuhant, de nemzetközi összehasonlításban az ágyszám még mindig magas. A legtöbb kórházi ágy 1990-ben Csongrád megyében volt, de a régióból ezt a megyét érintette legjobban az ágyszám-leépítés is, így ma a legtöbb kórházi ágy Bács-Kiskun megyében található, bár aránya még mindig Csongrád megyében a legmagasabb a régió belül (1. táblázat). Az erodálódás nagy része a krónikus ágyak csökkenéséből származik, noha éppen az aktív-krónikus ágyszám arány javítása lett volna az eddigi reformok célja.

A száz kórházi ágyra jutó orvosok száma viszont nem csökkent a régióban. A régió egésze az ország átlagának megfelel, lényegesen kiemelkedik azonban Csongrád megye. Ugyanez a folyamat mondható el a tízezer lakosra jutó elbocsátott betegek számáról is. Az ágykihasználtság sem tér el az országos átlagtól, csupán Csongrád megye mutatója jobb. A 78%-os ágykihasználtság azonban a szabad kapacitásokra is utal. Az átlagos ápolási idő folyamatosan csökken, jelenleg a régió a kedvezőbbek közé tartozik. A Dél-Alföldön belül is csak a Békés megyei kórházak átlagos ápolási ideje hosszabb valamivel, de az eltérés nem kiugró. A kórházi halálzási arány is hasonlóan alacsony, itt viszont Békés megye mondhat magának kedvezőbb értéket a régió belül (1. táblázat).

A régióban 19 önálló fekvőbeteg-gyógyintézet működik: Szegeden, Kecskeméten, Gyulán, Békéscsabán, Orosházán, Szarvason, Szentesen, Hódmezővásárhelyen, Makón, Deszken, Kiskunfélegyházán, Kiskunhalason, Kalocsán és Baján, melyek kihelyezett osztályokkal is rendelkeznek (Szabadszállás, Csongrád, Székkutas, Mezőhegyes). Nincs kórház Bács-Kiskun megye déli és északnyugati, Békés megye északi részén, míg Csongrád megyében magas a kórházzal rendelkező települések aránya. A sürgősségi ellátás paraméterei átlagosak, kiemelkedik viszont Csongrád megye helyzete (2. ábra).

Összességében elmondható, hogy a Dél-Alföld egészségügyi rendszere a középmezőnyben helyezkedik el az országos átlag körüli értékkel, azonban szélsőségek Bács-Kiskun kedvezőtlen és Csongrád megye igen kedvező mutatói. Az egészségügyi szempontból rosszabb ellátottsági mutatókkal rendelkező települések és térségek más fejlettségi mutatók alapján is az elmaradottak közé tartoznak.

Az egészségügyi ellátás statisztikailag kimutatható mennyiségi, ellátottsági differenciáitól lényegesebbek az e mögött húzódó problémák: a Dél-Alföld külterületi népességének esélyegyenlőtlensége, a speciálisan dél-alföldi egészségi problémák (pl. az öngyilkosság magas aránya), hiányos prevenciója és az egészségügyi intézmények átlagostól összességében elmaradó hatékonysági mutatói. Szükséges azon-

ban azt is szem előtt tartani, hogy az országos átlag körüli értékek abszolút értelemben nem tekinthetők kedvezőknek, hiszen a magyar egészségügy ellátottsági és teljesítménymutatóinak nagyobb része nemzetközi összehasonlításban kedvezőtlen.

Irodalom

- Bács-Kiskun megye statisztikai évkönyve 2002. KSH Bács-Kiskun Megyei Igazgatósága, Kecskemét, 2004.
- Békés megye statisztikai évkönyve 2002. KSH Békés Megyei Igazgatósága, Békéscsaba 2004.
- Csáky A.–Fejér L.–Misz I.–Kis Gy.–Kovács J.–Urbán L. 2001: Egészségügyünk az ezredfordulón. In: Egészségügy Magyarországon. MTA, Budapest pp. 15–45.
- Csongrád megye statisztikai évkönyve 2002. KSH Csongrád Megyei Igazgatósága, Szeged 2004
- Donkáné Verebes É. 1998: Egészségügyi helyzetkép négy alföldi megyében. – Területi Statisztika 5. szám 419–450. pp.
- Egészségügyi Statisztikai Évkönyv 2002. KSH, Budapest 2004.
- Egészségügyi szolgáltatások modernizációs programja a Dél-alföldi régióban. DAREK, Szeged 1998. 17–50. pp.
- Enyedi Gy.–Tamási P. 1997: Az egészség értéke. – Info Társadalomtudomány 40. szám 5–9. pp.
- Kulcsár K.–Bayer J. szerk. 2003: Társadalom, politika, jogrend. Magyar tudománytár 4. MTA Társadalomkutató Központ – Kossuth Kiadó, Budapest pp. 191–211.
- Magyar Statisztikai Évkönyv 2002. KSH, Budapest 2004.
- Orosz É. 1993: A magyar egészségügy területi egyenlőtlenségei. In.: Társadalmi és területi egyenlőtlenségek Magyarországon. szerk.: Enyedi Gy., Közgazdasági és Jogi Könyvkiadó, Budapest.
- Orosz É. 2001: Félúton vagy tévúton? Egészségügyünk félmúltja és az egészségpolitika alternatívái. Budapest.
- Területi Statisztikai Évkönyv 2002. KSH, Budapest 2004.