

Szaáai Julia:

Települési-társadalmi egyenlőtlenségek, különös tekintettel
az egészségügyi ellátásra

A települési hovatartozás megnövekedett szerepéről -
általában

Az utóbbi években újraélnékülő struktúra-viták egyik vissza-visszatérő kérdése volt az, hogy vajon az elmúlt másfél-két évtizedben /a 60-as évek közepének konszolidációja, és - méginkább - az 1968-as reform óta/ lezajlott társadalmi, gazdasági változások megváltoztatták-e a társadalmi egyenlőtlenségek soktényezős képletét. A kérdés valójában két kérdés.

Egyrészt: nőttek-e vagy csökkentek az egyenlőtlenségek, közelebb kerültek-e vagy távolodtak a társadalom egyes csoportjainak életkörülményei, munkaviszonyai, mobilitási esélyei, lakáskörülményei, egészségi állapota stb.

Másrészt - és ez talán még lényegesebb - változtak-e a társadalmi egyenlőtlenségeket termelő mechanizmusok. Azaz: vajon mindössze arról van-e szó, hogy a reform "láthatóvá" tette azokat a folyamatokat, amelyek korábban hasonló erők hatására ugyan, de elfedve zajlottak, vagy több is történt ennél: átrendeződtek az egyenlőtlenségek fő vonulatai. Ez utóbbi vita mindig ott bujkál az előbbi mögött is. Hiszen akár az egyenlőtlenségek mértéke, akár az egyen-

lőtlenség-rendszer meghatározó erőinek feltárása áll a középpontban, az álláspontok alig-alig választhatóak el a strukturaképre /azaz a változások radikalizmusára, illetőleg a változások melletti lényegi változatlanúságra/ vonatkozó nézetektől.

Az egyenlőtlenség-vita egyik sarkallatos kérdése a társadalmi egyenlőtlenségek "fő" dimenzióinak, a meghatározó erejű termelési és elosztási viszonyok működésmódjainak feltárása. Ebben a tekintetben a területi egyenlőtlenségek szerepére vonatkozó - eltérő - felfogások kitüntetett jelentőségre tettek szert az utóbbi évek irodalmában. Akár az ujratermelési mechanizmusokról, akár az egyenlőtlenségek ujratermelődésének mértékéről essék szó, pro és kontra érvek egyaránt elhangzanak arról, hogy a területi /elsősorban a települések közötti/ differenciálódás már-már társadalmi osztály-termelő erejűvé vált, illetőleg - fordítva -, hogy a 60-as évek közepétől a 70-es évtized végéig tartó időszak általános életszinvonalemelkedése mellett, jelentősége vesztített súlyából - a települési-területi különbségek az általános kiegyenlítődés közepette súlyukban "elhanyagolhatóaknak" tekinthetők.

E vita háttérében az elmúlt másfél-két évtized fejleményeinek egyik - talán - legsúlyosabb ellentmondása, a magánfogyasztás és az un. társadalmi közfogyasztás lehetőségeinek, szintjének és mozgástereinek feszültség-termelő

távolodása áll. Kevésbé "szakterminusokban" fogalmazva: azokról a társadalmi feszültségekről és konfliktusokról van szó, amelyek az emberek életfeltételeinek az individuális-családi szférán belül /igaz, igen súlyos áron/ előteremtett szükségletkielégítési módjai, választéka, szintje és szabadsága, illetőleg a közvetlen központi-állami termelés- és elosztáspolitikai függvényeként alakuló életszféráik között feszülnek. A "kiegyenlítődés"-érvek csaknem kizárólag az előbbiről, a magánfogyasztás és a pénzbeni jövedelemeloszlás társadalmi rétegek közötti egyenlőtlenségeinek /egyébként önmagában sem egyértelműen igazolható/~~mérés~~^{kló}~~dés~~^{és}~~éről~~ szólnak.

Márpedig a szükségletkielégítésnek van egy egyenrangúan fontos másik szférája, amelyet nálunk "közfogyasztásnak" hívnak. S ebben a szférában meghatározóak azok a folyamatok, amelyek a közfogyasztást kielégíteni hivatott intézmények fejlesztésében, magyarán, az un. nem-termelő szférában 1968 után lezajlottak. Az infrastruktúra-fejlesztésről van tehát szó: azokról a folyamatokról, amelyekben a reform utáni decentralizáció valójában erőteljes centralizációval párosult, s amelynek során az életnek mindazon területein, ahol a szükséglet-kielégítés intézmények^{ben}, az infrastruktúra intézményeihez kötődik, a települési be-
vartartozás egyértelműen meghatározóvá, a társadalmi differenciák fő generátorává vált.

- 4 -

Ennek háttérében két, egymással összefüggő, a jelen tanulmány keretei között teljes részletességgel azonban nem elemezhető folyamat áll.

^{Közzététel az elő-}
~~Nem~~ ^{való} a 60-as években meghirdetett életszínvonalpolitikai program néhány sajátos következménye.

E program a szociálpolitika, pontosabban az állam szociális célzatu kiadásainak oldaláról alapvetően két dolgot jelentett. Egyrészt azt a döntést, amellyel az állami költségvetésből finanszírozott társadalmi juttatások körén belül a hangsúly a közösségi fogyasztás alapjairól az egyéni fogyasztási lehetőségek bővítésére került. Másrészt azt, hogy a kommunális szolgáltatásokra fordított beruházási keretek felhasználásában néhány ágazatnak /elsősorban a lakásépítésnek és az azzal kapcsolatos építőipari beruházásoknak/ kifejezett primátus adatott. Az első cél a pénzbeni társadalmi juttatások igen gyorsütemű növelésében realizálódott. A második az infrastruktúra bővítésére szolgáló /szüksös/ kapacitások igen határozott célu, irányu és arányu lekötésében.

A pénzbeni juttatások fogalma elsősorban a társadalombiztosítás keretében folyósított támogatási formákat öleli fel. Az alább közölt adatsorról jól leolvasható, hogy a hatvanas évek közepétől a társadalombiztosítás lett az állami költségvetés egyik legdinamikusabb ágazata. A látzólag egyszerű döntésnek - tudniillik a társadalmi juttatásokon belül a pénzbeni kifizetések javára történt szer-

Az állami költségvetés kiadásainak éves növekedése (tervezett kiadások)

Előző év = 100

É v	Az állami költségvetés összevont ágazatai					Mind-össze-sen
	Gazda-sági kiadá-sok	Egész-ség-ügyi és szociális ágazat kiadá-sai	Társada-lombiz-tosítás kiadá-sai	Kultura, oktatás-tudomány kiadások	Államvé-delmi és igazgatási kiadá-sok	
1955	89	118	109	90	103	95
1956	89	120	104	112	84	93
1957	150	115	109	105	68	123
1958	84	117	110	114	111	94
1959	102	106	125	108	112	107
1960	136	123	113	126	126	129
1961	116	101	107	110	109	112
1962	110	106	108	112	117	111
1963	103	109	107	155	117	106
1964	104		109		97	104
1965	108		104		98	106
1966	93		108		95	98
1967	109		112		106	110
1968	154		103		108	133
1969	100		111		200	112
1970	110	105	107	109	108	109
1971	116	112	115	111	113	115
1972	111	111	111	113	107	111
1973	104	109	121	111	107	108
1974	116	108	112	110	108	114
1975	130	108	116	111	109	123
1976	101	107	116	106	107	105
1977	107	106	105	111	107	107
1978	106	115	108	115	106	108
1979	104	111	110	105	106	105

x/ A társadalombiztosítás kiadásai 1969-ben éz 1963-as érték 188%-át tették ki, míg a három, összevontan közölt ágazat átlagában a megfelelő mutató 156%.

kezeti arányeltolásnak - azonban hamarosan napvilágra jutó, távolról sem egyszerű következményei lettek.

Egyrészt: ami a pénzbeni és természetbeni juttatások közötti arányeltolást illeti, e két juttatás-forma csak az állami költségvetés felől nézve alternatívája egymásnak, a lakosság fogyasztása felől már nem az. Ezért csalóka /és később drágán megfizetett/ látszat az, mint ha az egyének, családok megélhetési lehetőségei és életük "infrastrukturája" helyettesítési viszonyban állnának egymással. Hiszen legyen bármekkora is egy-egy család jövedelme, abból nem építhet-vásárolhat iskolát, utat, kórházat - e közfogyasztási feladatok állami teljesítésének közelezettségé tehát a pénzalapok eltolásával jótányit sem változott.

Másrészt: a társadalombiztosítás pénzbeni juttatásai között nem egy akad, ahol a pénzbeni juttatás nem hogy nem alternatívája a természetbeninek, hanem éppen ellenkezőleg: a pénzbeni kifizetések növekedésének egyértelmű természetbeni vonzata van. A legkézenfekvőbb példa a táppénz: e juttatás definíció szerint együtt jár az egészségügyi szolgáltatások valamely formájának igénybevételével. A biztosítási táppénz-fajták jogosultsági szabályainak rendezése, további kiterjesztése ezért minden egyéb feltétel változatlansága esetén is az egészségügy megnövekedett igénybevételéhez vezetett volna.

Harmadrészt: minthogy a reform felemás bevezetése és a 70-es évek elejétől a gazdaságban végbemenő recentralizációs törekvések miatt a termelőszférák központ-függősége nem csökkent, az állami költségvetésből a termelés finanszírozására fordított pénzalapok aránya az 1968 és 1978 közötti tíz évben töretlenül emelkedett. A reform-elképzelésekkel tökéletesen ellentétes, mégis megállíthatatlan folyamat, hogy a költségvetés legdinamikusabban növekvő tétele a termelőszervezetek /vállalatok, szövetkezetek/ számára nyújtott állami támogatások összege, a dotációk 10 év alatt 3,8-szeresükre emelkedtek /az állami költségvetés 1978-as összege az 1968-asnak 2,8-szerese volt/, s a 70-es évek végén egy-dül ez a kiadási tétel a teljes költségvetés ^{ötle} 1/3-át köti le. Ennek folyamányaként a pénzbeni juttatások arány-növekedésére úgy került sor, hogy ezenközben az összes juttatásnak az állami költségvetésen belüli aránya csökkent, és így a természetbeni alapokra nézve ez lehetőségeik kétszeres szűkülését jelentette. A kommunális szféra a tárgyalt időszakban nemcsak a pénzbeni juttatásokhoz, hanem saját korábbi növekedési üteméhez képest is lassabban fejlődött. A beruházási hányad visszaesése mellett a megkezdett beruházások befejezhetőségének perspektívája romlott, a beruházások bizonytalanabbá váltak. Jól jelzi ezt, hogy a hatvanas évek közepétől igen nagy mértékű kilengések mutatkoztak az évenkénti üzembehelyezési arányokban, s a

kommunális szférában a kilengések amplitudója sok esetben meghaladta a népgazdaság összes beruházásaiét. Mindez felgyorsította a szféra állományának és állapotának romlását és néhány éven belül abszolút túlhasználódáshoz vezetett, a fizikai jellemzőkben (is) fokozva, elmélyítve az elvi jogosultságok és a tényleges realizálhatóság közötti feszültséget.

Negyedrész: az életszinvonal-politika "elismerése" nem jelentette a termelő szektorok primátusának "visszahuzódását" a gazdaságpolitika általános prioritásrendszerében sem. Sőt: a 60-as évek közepétől a 70-es évek végéig a gazdasági termelő-ágazatok^{x/} beruházási részesedése is egyfolytában növekedett. Hiszen nemcsak a magánfogyasztás és a felhalmozás közötti valamelyes egyensúly megteremtése volt a politikai-gazdasági cél. Napirenden volt még a mezőgazdaság "szintrehozása", az ipar gyors növekedésének további garantálása mellett a mezőgazdaság és az ipar közötti arányok javítása is. Ekkor, a kollektivizálás utáni években került sor a mezőgazdasági nagyberuházásokra, a modernizálási, kemizálási programok kivitelezésére. S ugyanekkor, a hatvanas évek közepén indult be az építőipar nagyberuházási programja, a házgyári program is, beruházéhségében ezt az ágazatot az előbbi kettő

x/ Ipar; építőipar; mező-, erdő- és vizgazdálkodás; kereskedelem; szállítás és hírközlés együtt.

mellé sorakoztatva /ennek jelzéséül: az építőipar beruházásai 1963 és 1967 között 2,2-szeresükre nőttek, míg a népgazdaság összes beruházásának megfelelő mutatója 1,5/.

Ilyen körülmények között az életszinvonal-politika számára fennmaradó tér már igencsak szűk volt. Megvalósítására ezért olyan mód látszott célszerűnek, amely rövid időn belül valóban gyors, érzékelhető és látható javulást hoz a magánfogyasztásban, azonban úgy, hogy egyidejűleg nem támad további versenytárs a szaporodó számú vetélytárs jelenléte miatt amugyis mind szűkösebbé váló beruházási piacon. A választott ut pedig a lakossági pénzbevételek gyors növelése, és azoknak a beruházást nem igénylő fogyasztási szférákban való egyidejű lekötése volt.

Az így létrejövő és állandósuló pénzszűke valamilyest magyarázza, hogy miért jöttek létre feszültségek a fogyasztás két /"magán"- és "köz"-/ szférája között. Nem teszi érthetővé azonban azt, hogy az általános távolságnövekedés miért és mennyiben járt együtt a társadalmi egyenlőtlenségek növekedésével, s végképp kevés ahhoz, hogy indoklását adja a települési hovatartozás kitüntetett jelentőségének az egyenlőtlenségek alakulásában. Mindehhez számításba kell vennünk azokat a - reformmal együtt születő - változásokat, amelyek a nem-termelő szféra maradék-jellegű pozíciójának 35 éve tartó változatlansága mellett, az infrastruktúra finanszírozásában /pontosabban:

- 10 -

a pénzügyi folyamatok mögött meghúzódó hatalmi és elosztáspolitikai viszonyokban/ bekövetkeztek.

1968 után az állam a juttatások, a közfogyasztás feletti központi kontroll és erőteljes befolyás fenntartása mellett, a szükséges források terén deklaráltan is lemondott azok egyértelmű központi előteremtéséről, s e feladatot részben a termelő egységekre, részben a lakosságra hárította vissza. Ez azt az önmagában is ellentmondásos helyzetet eredményezte, hogy - a továbbra is fizetett adókon, az elsődleges jövedelemelvonáson tulmenően - a központilag kezdeményezett újraelvonás második "körében" az állam a társadalmi juttatások legitimációs elvének fenntartásához immáron a "társadalmi juttatásait" is igénybe vette, a közfogyasztási alapok előteremtésében bizonyos eszkalációt hajtvá végre. Összefoglalóan ma, másfél évtized fejleményeit elemezve megállapítható, hogy a "külső" források igénybevételével párhuzamosan lényegében az a helyzet jött létre, hogy az állami költségvetés a termelő gazdaság működtetéséhez eszközölt kiadásai mellett a pénzbeni /mégpedig a társadalombiztosítási/ juttatásokat, azok forrás-fedezetét tartotta meg központi kézben, a természetbeni alapokénak viszont csak egy töredékét. Azok döntő hányada "alsóbb" szintre került, így mindenekelőtt a tanácsokhoz, továbbá - egy párhuzamos szociálpolitikai rendszer egyidejű kialakulásával - a vállalatokhoz.

A folyamatot kísérő szabályozás-módosítások, rendelkezések és irányításbeli változtatások közül négy olyan van, amelyek a tanulmány témája szempontjából döntő jelentőségűek, s amelyek egyesével is, összességükben pedig méginkább, a területek, települések közötti egyenlőtlenségek növekedése irányába hatottak. Ezek az alapvető intézkedések és változások: a/ az 1971-es Tanácstörvény és a tanácsai gazdálkodás hozzá kapcsolódó új szabályozási rendje; b/ az Országos Településhálózatfejlesztési Konceptió, amely szintén 1971-gyel datálódott, s a szűkös alapok koncentrált felhasználásának, a hierarchikus fejlesztéseknek teremtett legitimációs bázist; c/ a vállalati szociálpolitika 1968-tól /többszöri módosítással/ érvényben lévő új rendje; továbbá d/ a társadalmi munkának a nem-termelő szféra fejlesztésében és működtetésében az elmúlt másfél évtized során mind lényegesebbé váló szerepe.

a/ Az 1971-es Tanácstörvényt az irodalom is, a közvélemény is úgy tartja számon, mint a gazdasági életben 1968-ban lezajlott reform közigazgatási párját. Decentralizálásról, a döntési jogkörök megfelelő szintre kerüléséről, tanácsai önkormányzatról, helyi önállóságról olvashattunk és hallhattunk. E fogalmak értelmezésében s az önállóság pénzügyi alapjainak megteremtésében azonban a Tanácstörvénnyel együtt életbe lépő szabályozórendszer már távolról sem ellentmondás-mentes.

- 12 -

A tanács-rendszer önállósága /legalábbis a gazdasági alapok oldaláról/ első perctől fogva alárendelt jelentőségű a vállalatok önállóságának; ugyanis a gazdasági fejlettségből való arányos részesedés 1968-ban még élő elve szinte a reform bevezetésének pillanatában elvetélt - a részesedés mértékét /a "követelményeknek megfelelő differenciált részesedés" szempontjait és arányait/ a központi szervek állapítják meg /amihez persze az eredetileg átengedett ^vnyereségadót, eszközlekötési járulékot stb. újra az állami költségvetés vonja el és ítéli oda/. A megyék - legalábbis ami a fejlesztéseket, a beruházásokat illeti - csak mintegy 20-25 százalék erejéig rendelkeznek szabályozott, önálló, az autonóm mozgás elemi feltételeit lehetővé tévő alapokkal, a többi, a döntő, meghatározó hányad központi elosztásból, központi és mindenkor egyedi mérlegelések tárgyát képező döntések eredményeként /nem pedig beépített automatizmusok, indirekt szabályozók és egységes elvek, vetítési alapok alapján/ kerül hozzájuk. /A működés, fenntartás fedezetéül szolgáló költségvetés tekintetében az állam forrás-kiegészítő szerepe kisebb - mintegy 30-50 százalékos -, ugyanakkor a megyei költségvetés felhasználását szigorú, központilag előírt szabályozók kötik./

Azt lehet mondani, hogy a központ közvetlen befolyása, jövedelemelvonó és újraelosztó szerepe ugyan nem csökkent, ezt azonban 1968, különösen pedig 1971 óta a koráb-

binál fokozottabb mértékben megyei államigazgatási szervein keresztül gyakorolja. A megyei szintig való "decentralizálásnak" azonban a települési autonómiához, a közvetlen lakossági képviselethez nem sok köze van. Sőt, a települések hierarchiájának az OTK révén való törvénybe iktatásával bizonyos /alsóbbrendű/ településtípusok fejlődésének beépített garanciái /azaz fejlődési lehetőségeik garantált gazdasági alapjai/ még romlottak is, és azok az állami decentrumok, a megyei szintű igazgatás egyedi döntésének, elosztáspolitikájának egyértelmű függvényei lehettek. Mindezek miatt talán nem jogosulatlan az a megállapítás, hogy az 1968-as gazdasági reform 1971-es közigazgatási párja a nem-termelő szféra szolgáltatásait illetően az infrastruktúra háttérbeszorítottsága tekintetében nem jelentett fordulatot. Sem a meglévő szolgáltatások, intézmények működtetésében, sem - különösen - fejlesztésük, bővítésük lehetőségeiben nem történt szerkezeti, legfeljebb szervezeti változtatás. Az átszervezés pedig a pozíciók javításához önmagában kevés; az egyenlőtlenségek csökkentéséhez még kevesebb.

b/ A megyei hatáskörök további növelését, a területi tanácsok hatalmi pozíciójának erősödését és a települések közötti távolságok növekedését jelentette az Országos Településhálózatfejlesztési Konceptió életbeléptetése is. Az OTK-ban rögzített, szerepkörök szerinti hierarchikus besorolás a települések fejlődési lehetőségeinek és jogai-

nak szigorú meghatározásával párosult, s a szintezéshez a végrehajtási utasításokban az alap-jellegűtől a magasabb ellátási funkciókig terjedő természetes /intézményi, szolgáltatási/ rend társult. A lefektetett gondolatmenet lényege az volt, hogy noha a lakosság minden rétege jogosult a legkülönbözőbb szolgáltatások igénybevételére, arra már nem, hogy azt mindenütt helyben /azaz a lakóhelyén/ realizálhassa. Az alacsonyabb szerepkörű és szerepkör nélküli /azaz: egyéb/ településeken csak az ún. alapellátást, a szerepköri hierarchián felfelé haladva pedig nagyobb területi egységek, régiók és az egész ország ellátására szolgáló, magasabb szintű szolgáltatásokat kell biztosítani. E hierarchikus rend a koncentrált fejlesztés gazdaságossági elvére kívánt építeni - belátván és beláttatván, hogy a rendelkezésre álló alapok egyszer s mindenkorra szűkösek, hatékony felhasználásukban tehát a területi szétaprózás "pazarlást" jelentene.

Bár az OTK célkitűzése az volt, hogy az ország különböző területein lévő, azonos szerepkörű települések közötti differenciákat csökkentse, ugyanakkor ez a szerepköri szintek közötti távolságok egyértelmű széthúzásával párosult. A korábbi, durvább hierarchia, a város-nagyközség-község besorolás még jónéhány évig érvényben maradt ugyan /párhuzamosan kísérve a jóval finomabban tagolt hierarchia mentén való elosztást/, azonban az ötödik öt-éves tervtől fogva az irányítószervek mindinkább "hozzá-

szoktak" az OTK szerinti tervezéshez és elosztáspolitikához. Az OTK voltaképpen érvelési alapot, támaszt és törvényes megerősítést nyújtott számukra az immáron "jogosulatlanak" minősített, alsóbb szintű településekről jelentkező pénzigények /időnként csupán beruházási engedély-kérések/ elutasításához, illetőleg a kiemelt, területi /megyei/ összérdekként feltüntetett, a városokat preferáló fejlesztési döntéseikhez. Az ellátás és a fejlesztés legitimált egyenlőtlenségeit egy másik, tendenciájában hasonló eredményű folyamat kísérte; ^a ~~sz~~ községösszevonásoké. A községösszevonások folyamánként szaporodtak az önálló tanács, iskola, termelőszövetkezet és körzeti orvos nélkül maradt, ún. "csatolt" /vagy társ-/települések, s becsatlakozásuk általában helyi ^{ütköz} védelmi, képviselői lehetőségeiknek végző elvesztését jelentette. Noha nem állnak rendelkezésre átfogó adatok és számítások arra nézve, hogy e tízéves fejlesztés-politika eredményeként végül is a lakosság életlehetőségei /összességüket tekintve/ hogyan alakultak, életkörülményeik néhány lényeges infrastrukturális összetevőjében /mégpedig aligha megkérdőjelezhetően alapellátottságukban/ a különböző szerepköri besorolású településeken élők közötti egyenlőtlenségek egyértelműen nőttek. Ezt igazolják az alábbi adatok:

Az alap-ellátottság néhány mutatójának települési szerepköri szintek közötti szóródása

1970-ben és 1978-ban

	1970	1978	1970	1978	1970	1978	1970	1978	1970	1978	1970	1978	1970	1978
10.000 lakos- ra jutó orvos			1000 lakos- ra jutó bolti alap- terület		Egy lakos- ra jutó kiskeres- kedelmi eladást forgalom x/		Egy lakos- ra jutó, a háztartá- soknak szolgáltat- tott víz- mennyiség		1000 lakos- ra jutó, a csatornehá- lózathá be- kapcsolt lakások száma		10.000 lakos- ra jutó ál- landó bölcső- dei férőhely		10.000 la- kosra jutó óvodai férőhely	
Szórás /r/	16	19	73	92	5994	9076	46	64	93	105	23	32	26	31
Országos átlag	22	27	280	383	13271	25495	55	95	78	106	38	54	202	323
Mérték- egység	fő	fő	m ²	m ²	R	R	liter/nap	liter/nap	lakás-szám	lakás-szám	férőhely	férőhely	férőhely	férőhely

x/ A szórás mértékének 151%-os növekedése meghaladja az 1970 és 1978 között bekövetkezett 138%-os fogyasztói áremelkedést.

Forrás: A Településhálózat IV. kötetben /KSH, Budapest, 1980/ közölt adatok alapján végzett saját számítások.

A koncentrált fejlesztés elvére épülő településpolitikája végső soron tehát nem eredményezett mást, mint hogy az állam a lakosság egy részének ellátásáról gyakorlatilag lemondott. Pontosabban fogalmazva - és ez már átvezet a lakossági szolgáltatások megosztott teherviselésének következő fontos, újabbkori fejleményéhez - a feltételek elő-eremtését /azt tehát pl., hogy mindenki megvehesse a legelemibb napi szükségleti cikkeit és ehhez legyen bolt is, ahová bemegy; hogy legyen hol elhelyeznie a gyermekét, mialatt dolgozik; hogy tiszta vizet igyék stb./ a továbbiakban elvileg sem garantálta.

Ilyen körülmények között szinte nincs, nem volt más, mint a ki- és felhívás: adóbefizetéseiken túl, további munkával és pánzeszközök felajánlásával járuljanak hozzá a helybeli termelő egységek és a lakosság a szolgáltatások létesítéséhez. Ehhez pedig alapjában véve két csatorna nyílt meg a 60-as évek végével: a "vállalati szociálpolitika" alapjai, illetőleg a korábbiakban többnyire csak politikai-mozgalmi célokra szervezett társadalmi munkák immáron a tanácsok bevételeként tervezett, "önellátást" szolgáló rendszere.

c/ A vállalati szociálpolitika szabályozása - ami az ilyen célú pénzalapok képzésének módját illeti - 1968-tól napjainkig többszöri lényeges módosuláson ment keresztül.

A termelőszervezetek szociálpolitikai tevékenységének pénzügyi fedezetét döntő hányadban megszabó részese-

dési alapnak csak egy mindenkor megkötött /noha az idők során változó kulcsok alapján szabályozott/ részét fordíthatja a vállalat pénzbeni kifizetésekre /béremelésre, premizálásra stb./, jelentős hányadából természetbeni, szociális, kulturális és jóléti célzatu szolgáltatásokat lehet és kell nyújtania. Abban azonban dönthet a vállalat, hogy e szolgáltatásokat saját beruházással előteremtett intézményekben biztosítja-e, vagy szociálpolitikai rendeltetésű pénzeszközait^{x/} átadja a tanácsnak, amely végül is szervezetileg /szakmai irányítási szempontból vagy feladatkörének formai meghatározása alapján/ e szolgáltatásokért felelős. A hetvenes években ez utóbbi eljárás igen elterjedtté vált: a vállalatok óvoda, bölcsőde, lakások, sporttelepek, orvosi rendelők létesítésére betársulnak a tanácsi pénzalapokba, cserébe pedig a tanács számukra férőhelyet, bérlőkijelölési jogot, speciális egészségügyi szolgáltatásokat stb. biztosít. /A vállalat egyéb, a tanáccsal és annak intézményeivel karöltve végrehajtott "társulási" akcióira alább még visszatérek./

Pontos adatok - ilyen irányu adatgyűjtés és információközlés híján - nem állnak rendelkezésre arról, hogy az elmúlt évtized tanácsi beruházásaiban végül is mekkora részt képviselt /a szabályozott vállalati-szövetkezeti adóbefizetéseken túl/ a termelőszervezetek közvetlen pénz-

x/ Szociálpolitikai célu beruházásokhoz a vállalat fejlesztési alapjának egy részét is felhasználhatja.

átadása, hozzájárulása. A tanácsi fejlesztések forrás-összetételéről rendelkezésre álló információk alapján azonban elég jól becsülhető ez az összeg.^{x/} Az 1971 és 1975 között éves átlagban mintegy 900 milliárd R-os vállalati-szövetkezeti fejlesztési hozzájárulás 1977-ben már körülbelül 2,7 milliárd R-ot tett ki, s ez az ezévben teljesített tanácsi kommunális beruházások értékének 13%-a. Az arány tehát nem csekély, s jelentősége évről évre nő. Amit mi sem jelez jobban, mint az a tény, hogy míg a tanácsok fejlesztési alapja 1977-ben az 1971-75 közötti időszak éves átlagának 1,7-szerese volt, addig a fejlesztési alap termelőegységektől átvett pénzeszközökből származó forrás-tétele 1977-re a negyedik ötéves terv évenkénti átlagához képest már a háromszorosára növekedett.

Mindehhez pedig hozzá kellene még számítanunk azt a végképp nyomonkövethetetlen nagyságrendű támogatást, amelyet a vállalatok, szövetkezetek nem a tanácsnak, hanem közvetlenül a tanácsi intézményeknek /óvodáknak, bölcsődéknek, iskoláknak, kollégiumoknak, orvosi rendelőknek, kórházaknak stb./ nyújtanak; valamint mindazoknak a - szocialista szerződésekből, együttműködési megállapodásokban rögzített - hozzájárulásoknak az értékét, amelyek nem a fejlesztéseket, bővítéseket, hanem a meglévő intézmények

x/ A becsléshez alapul szolgáló adatok forrásai: Területi Statisztikai Évkönyv, 1977, KSH, Bp. 1978., III. Településhálózat III. köt., KSH, Bp. 1980.

- 20 -

működését, fenntartását, karbantartását, magyarul a költ-ségvetési alapok kiegészítését célozzák.

Mindent egybevetve tehát, a termelőszervezetek közvetlen és közvetett részvétele a lakossági szolgáltatások állami szektorának működtetésében távolról sem lényegtelen. Szerepe pedig távolról sem ellentmondásmentes. E csatorna pusztán léte valószínűleg nem csekély mértékben járult hozzá ahhoz ugyanis, hogy a nem-termelő szféra állami költségvetésén belüli részesedése 1968 után visszaesett: megnyílt a lakossági szolgáltatások működtetésének egy másik útja is, s ezzel lehetett tehermentesíteni az államkasszát. Hogy ez kifejezett cél volt, azt az eddigieken túl az a tény, az a feltűnő sajátosság is alátámasztja, hogy míg - láttuk - a tanácsi gazdálkodás egészét szigorú szabályok kötik, addig a kívülről jövő pénzeszközök átvételét néhány keret-szabályon túl semmi nem korlátozza, nem gátolja. Szabad átvenni és szabad e külső forrásokból élni. Az államkasszából származó pénzbevételek erős központi meghatározottságához képest pedig e szabadság már önmagában is ösztönöz, a külső kapcsolatok felé terel. Mindennek azonban ára van. A vállalatok ugyanis nem altruizmusból, még csak nem is kizárólag a központi politikai vezetés intencióira ad át pénzt, nyújt a legkülönbözőbb támogatásokat a tanácsnak. Ehhez gazdasági érdekei fűződnek. Legközvetlenebbül talán munkaerőpolitikaiak

/a 70-es évtized általános munkaerőhiánya közepette ez az egyetlen tényező is meglehetősen erős gazdasági érdekelttségi szempont/, ezen túlmenően azonban kedvezményekre, adóelengedésekre stb., valamint rendkívüli /a beruházási tilalom alóli és egyéb/ engedményekre tehet így szert. Ami pedig a tanácsokat illeti: a "külső" pénzforrásokra való támaszkodás /és ráutaltság/ abban teszi érdekeltté őket, hogy elsősorban a "sok segítséget nyújtó", "nagy áldozatokat vállaló" vállalatokkal keressék a kapcsolatot, s a lakossági szolgáltatásokat mindenekelőtt e vállalatok preferáltjainak, a vállalatok szempontjából fontos munkaerőnek nyujtsák. A vállalatok gazdasági szempontjai így közvetlenül belefolyanak az elvileg szociálpolitikai és területi /tehát éppenséggel nem-gazdasági/ elosztásrendszerbe, a kevésbé fontos munkaerőnek tekintett lakosság-csoportok egyértelmű kárára. Továbbá, abban, hogy lakóhelyén ki milyen infrastrukturális ellátáshoz juthat, immár az eddig említetteken túl az is lényeges - és növekvő - szerepet játszik, hogy munkahelye hol helyezkedik el. Ez pedig - a termelőszervezetek ismert térbeli koncentrációja révén - ismét a települések közötti egyenlőtlenségek növekedése irányába hat.

d/ A vállalatok pénz-átadásai mellett - mint említettem - az államkassza tehermentesítésének van még egy

lényeges, jelentőségében évről évre /pontosabban, tervről tervre/ növekvő formája: a társadalmi munkák. Az 1978-as Területi Statisztikai Évkönyv adatai szerint ez a "hozzájárulás" a tanácsi kommunális beruházások értékének országos átlagban mintegy 15%-át tette ki. A 'társadalmi munka' persze nem homogén fogalom. Alapvetően kétféle "szervezetben" valósul meg: vállalati, munkahelyi hozzájárulásként és a helybeli lakosság összefogásaként. Az első formába a kommunista műszakok, a munkaverseny-vállalások, a szocialista brigádok felajánlásai stb. tartoznak, a második értelemszerűen adódik: a Hazafias Népfront, a helyi pártszervezet stb. felhívására csákányt és lapátot fogó emberek tevékenységéből. E két formát érdemes megkülönböztetnünk, még akkor is, ha az elkülönítés pénzügyi konzekvenciái a jelenlegi statisztikai adatközlés alapján nem vonhatók le. Különbségek közöttük mindenekelőtt eltérő településfejlesztési funkcióikban és azok következményeiben vannak ugyanis.

Először is: a munkahelyi társadalmi munkát csak ott lehet szervezni, ahol van munkahely. A munkahelyek persze nem egyformák - többek között társadalmi munka-végzési és felajánlási hajlandóság szempontjából sem. A társadalmi munkák bevétele mint fejlesztési forrás tehát épp úgy differenciákat teremt a tanácsok pénzbevételi lehetőségei között, ahogyan differenciákat teremtenek az egyéb vállalati támogatási formák is. Vannak "szerencsésebb" és

"kevésbé szerencsés" munkahelyi környezettel megáldott tanácsok, s vannak szerencsés és kevésbé szerencsés együttműködések a helybeli munkahelyek és a közigazgatási szervek között. A lényeges azonban az, hogy e szempontból a helybeli lakosság jóléte, közfogyasztása tőle független erők, jól vagy kevésbé jól kooperáló munkahelyek és közigazgatási szervek kapcsolatának függvénye. S e kapcsolatokra, az együttműködés jobbrafordulására a helybeli lakosoknak vajmi kevés hatásuk lehet.

Mindazonáltal a munkahelyek társadalmi munkáiból származó bevételi forrásra többé-kevésbé számíthatnak a tanácsok - mindazon települések tanácsai, ahol vannak munkahelyek. Ahol nincsenek /vagy legfeljebb az 1-2 főt foglalkoztató vegyesbolt, italbolt a "helyi munkaalkalom"/, ott e bevételi forma, a költségvetés elosztásából származó pénzalapok munkahelyi összefogás révén való megtoldása nincs, annak a lehetősége is elesik. Az, hogy van munkahely, van hol dolgozni, szükséges feltétel ugyan, de nem elégséges. Fontos kritérium még, hogy munkahelyi társadalmi munkát ott lehet szervezni, ahol a munkahely van. A fordított szórendnek van jelentősége: e bevételi formára ama település tanácsa számíthat ugyanis, ahol a munkahely központja van, ahol az elvégzett munkát számon tartják, ahol az átvételek, átadások, felajánlások és a szervezés felől intézkednek. E megfordítás pedig ott le-

het említésre méltó, ott okoz további esélykülönbségeket, ahol a települések közel fekszenek ugyan egymáshoz /nemcsak térbelileg, hanem akár még társadalmi értelemben is/, de az egyik közülük kitüntetett: az a központi település, ahol a közös tanács, az összevont tsz, áfész és általában egy-két további, jelentősebb munkahely is székel. A bekörzetesített falvak problémájához érkeztünk tehát, ahol a környékbeli dolgozók társadalmi munkája érelemszerűen elsősorban a központi település számára végzett munka lesz, ahol a becsatlakozó települések munkavállalói társadalmi munkájukkal munkaadójuk székhelyét gyarapítják. Hasonló, sőt, még élesebb a problémája a távolabbi településekre ingázók lakhelyéül szolgáló településeknek, azoknak a falvaknak, amelyekben lehet ugyan magas a gazdaságilag aktív népesség aránya, ám a lakóhely és a munkahely határozott térbeli szétválasztódása folytán a kibocsátó település a dolgozó lakosság munkahelyi társadalmi munkájának nem sok hasznát látja. A helybeli munkaalkalom /pontosabban, munkahely/ hiánya - minél inkább e munkaalkalom, munkahely lététől függ, hogy lesz-e a tanácsnak pénze, és ezért lesz-e ut, járda, ivóviz, vagy óvoda - így válik többszörös hátránnyá, egy bevételi forrás-lehetőség elvesztésévé is.

Ami a bekörzetesített falvak, a lakóhelyül szolgáló, de munkaalkalmat adni nem tudó települések számára marad, az nem lehet más: a lakosság mozgósítása. A közelfekvő

települések esetében persze - éppen, mert a lakóhely és a munkahely nem válik el olyan élesen - a lakosság munkájának megszervezésében, a mozgósításban, anyagokkal, gépekkel való ellátásban a központ-település munkahelyei, mindenekelőtt a falvakat összefogó, térbelileg szétterült tsz is részt vesz /vehet/, jellegében azonban mégis elsősorban a lakosok /és nem a munkavállalók/ összefogásáról van szó. A távolról ingázók falvaiban pedig a lakosság társadalmi munkájában a munkahelyeknek semminemű segítségnyújtó szerepük nincs, ott az "összefogás" két szervezeti formája teljesen különválnak.

Ilymódon a "társadalmi áldozatváltáás" magasztos kategóriája nemcsak hierarchikusan megosztott fejlődési lehetőségeket, hanem megosztott, az áldozatokból szisztematikusan többet, illetve kevesebbet vállalni kényszerülő társadalmat takar. A társadalmi összefogásra való mozgósítás deklarált célja persze mindenütt azonos: a lakosság szükségleteinek jobb kielégítéséért szerveztetik meg. A "lakossági szükségleteknek" azonban jól kirajzolódó települési hierarchiája van. E hierarchiát, az adott településszint "társadalmilag elismert" szükségleteit a szerepköri besorolás minősíti, egyúttal az "elismert"-nek tekintett szükségletek egyenlőtlenségeit e besorolás legitimálja. Az életfeltételek legitimnek minősített differenciáltsága pedig nemcsak az infra-

strukturális, kommunális ellátottság települési szintek közötti különbségeiben, hanem a további fejlődést szolgáló tanácsi fejlesztési alapok allokációjának folyamatában, az elosztás éles és ujratermelődő egyenlőtlenségeiben válik újra meg újra élő, mind kevésbé megkérdőjelezett valósággá.

A szerepkör-besorolással intézményesített egyenlőtlen ellátottságért és fejlődési lehetőségekért, a lakossági szükségletek kielégítéséért hozandó "társadalmi áldozat", vagy egyszerűbben: az elvégzendő társadalmi munka mértéke nem követi, hanem - épp ellenkezőleg - keresztetzi a települési hierarchiát. Az elvégzett társadalmi munka egy főre jutó értékében a vizválasztó a városok és a községek között huzódik, ugyanakkor a társadalmi munkának a fejlesztési alapokban betöltött arányát tekintve a rangsor pontosan, csak éppen ellenkező előjellel követi a finomabban tagolt, a szerepköri besoroláson alapuló települési hierarchiát. Jól példázza ezt Baranya megye településeinek ellátottságáról és a fejlesztési kiadások település-szintek közötti elosztásáról összeállított tábla.^{x/}

x/ Teljeskörű, országos adatok nem állnak rendelkezésre a fejlesztési eszközök települések közötti elosztásáról, s különösen nem a társadalmi munka fejlesztésében játszott szerepéről. A Baranya megyei adatok azonban hiven tükrözni látszanak az országos tendenciákat. Ezt igazolja egy-két számadat, amely a kiemelt szerepkörű /középfoku központ és magasabb szerepköri besorolásu/ települések országos átlagairól áll rendelkezésre /Településhálózat III., KSH 1980./. A községek és városok közötti különbségek még így is /az alsófoku központok és a szerepkör nélküli /lábjegyzet folytatását lásd ^{29.} oldalon/

b. Az ellátottsági mutatók alakulása,

Egyéb települések = 100

	S z e r e p k ö r				
	Kiemelt felső- foku központ	Közép- foku központok	Alsó- foku	Egyéb tele- pülé- sek	Át- lag
Az 1000 lakosra jutó bol- ti alapterület m ² /1978/	149	140	118	100	130
Az egy lakosra jutó ösz- szes kiskereskedelmi el- adási forgalom /R/ /1978/	316	274	165	100	230
1000 lakosra jutó épített lakások száma /1978/	198	115	102	100	142
Az egy lakosra jutó, ház- tartások részére szolgál- tatott villamosenergia /kWó/ /1978/	136	141	125	100	127
Az egy lakosra jutó, háztartásoknak szolgál- tatott vízmennyiség liter/nap /1978/	1234	890	317	100	731
Az 1000 lakosra jutó szakrendelési órák száma /1978/	1193	1306	207	100	757
Az 1000 lakosra jutó állandó bölcsődei férő- helyek száma /1978/	1029	1114	457	100	729
Az 1000 lakosra jutó óvodai férőhelyek száma /1978/	254	242	299	100	235
A tanácsi fejlesztési kiadások egy főre jutó összege /R/ /1979/	1753	604	116	100	935
A tanácsi fejlesztést szolgáló társadalmi munka egy főre jutó összege /R/ /1979/	88	138	115	100	105

Forrás: Településhálózat IV., KSH, Budapest, 1980., illetve
Pauker Csaba: Baranya megye V. ötéves fejlesztési
terve, Kézirat.

Összefoglalva: a kedvezőtlenebb életkörülmények és a többlet-munkák egyaránt nagyobb mértékben hárulnak azokra a településekre, amelyek - számos elemzésből tudjuk - a társadalom amugy is, sok más szociológiai szempontból rosszabb helyzetű csoportjait, a "hátrányos helyzetűeket" tömörítik. A differenciált fejlesztéspolitika nemcsak az állami pénzeszközök fokozott egyenlőtlen elosztása révén, hanem a koncentrált fejlesztéssel párhuzamosan kikényszerített, megkivánt és tervezetten számításba vett lakossági munka-többlet révén is a társadalmi egyenlőtlenségek növelését, mozdította elő. Ez még akkor is igaz, ha a lakossági szolgáltatások mennyiségi gyarapodása a 70-es évek folyamán minden település-szinten végbement, sőt, sok vonatkozásban az alsóbb szinteken a fejlődés dinamikája nagyobb volt. A nagyobb dinamika azonban az abszolút távolságok növekedésével és a kedvezőtlenebb helyzetű településeken a fejlődésért hozott nagyobb lakossági áldozatokkal párosult.

- . -

/lábjegyzet folytatása a 26. oldalról/

falvak mellőzésével/ jól követhetők. 1977-ben az egy főre jutó tanácsi beruházások értéke városi átlagban 5172 R, a kiemelt státuszu községek átlagában pedig 1612 R volt. Ugyanakkor a 100 R tanácsi beruházásra eső társadalmi munka értéke városi átlagban 4,6 R, a kiemelt községek átlagában 31,1 R volt. A megfelelő Baranya megyei adatok: 4,4 R, illetve 59,8 R /ez utóbbi községi átlag természetesen az alsó-foku és szerepkör nélküli községeket is tartalmazza/. Valószínűsíthető, hogy az alacsonyabb státuszu települések figyelembevételével a fejlesztési célú társadalmi munka egy főre jutó értékének országos községi átlaga - a Baranya megyeihez hasonlóan - magasabb lenne.

- 30 -

Az elmúlt másfél évtized fejleményi tehát röviden így összegezhető: a nem-termelő szféra intézményeinek, szolgáltatásainak központ-függősége nem csökkent, noha "megjelenési formájában" jelentősen átalakult. Az átalakulás leglényegesebb eleme, hogy az elosztáspolitikában, a fejlesztésekre fordítandó pénzalapok allokációjában megnőtt a megyei apparátusok szerepe, miközben a döntések forrásfedezete továbbra is meghatározó hányadában közvetlenül a központi államkasszából, az állami költségvetésből kerül hozzájuk. Mégpedig kötött célokra, kötött, megszabott felhasználási pályákon. A fejlesztések, a rájuk fordított pénzalapok nagysága, "odaitélése" továbbra sem nyugszik egységes normatívákon, általános, személytelen szabályozáson, hanem azok újra meg újra egyedileg jelöltetnek ki. A megyén belüli térbeli és pénzbeni allokáció ugyanakkor a megyei hatóságok döntési jogkörébe tartozik - éppen ez a tény adja a megyék megnőtt hatalmának lényegét, jelentőségét. A megye mintegy "függönyként" elfedi a benne élő lakosságot, a decentralizálás tartalma az, hogy a függönyön túl, a településeken élő lakosságért vállalt központi-állami garanciák formálisan sem érvényesülnek, gyakorlatilag pedig az elmúlt másfél évtized során folyamatosan csökkentek. Mindez általában a települések közötti egyenlőtlenségek növekedését vonta maga után: a folyamat a települési hierarchia egyik végpontján, a becsatolt falvak jelentékeny részében a nem-termelő szféra intézményeinek

visszafejlődéséhez és megszűnéséhez, a skála másik végén nagyfokú települési /városi-nagyközségi/ koncentrációhoz vezetett.

Az elmúlt 15 év fejlődéstörténetének további fontos fejleménye a "külső", nem-költségvetési pénzalapokra, munka- és erőforrásokra alapozott fejlesztés és működés "legitimé" váló formáinak sokasodása, súlyuk és jelentőségük növekedése - elsősorban a vállalati szociálpolitika és a társadalmi munkák révén. E két tétel a tanácsi fejlesztések forrásainak manapság együttesen már kb. 25-30%-ára rug. A szabályozók elnagyoltsága és az újraelosztás során érvényesítendő garanciák hiánya folytán e jelentős "külső" forrás-tételek további függőségeket és újfajta egyenlőtlen-ség-elemeket "vittek be" a nem-termelő szféra működésébe, miközben - pusztán létükkel - fékezőleg hatottak a nem-termelő szférára fordítandó állami költségvetési alapok növekedésére.

Az általános folyamatok ismertetése után tartozom azonban még azzal, hogy bemutassam: miként, milyen azonos-ságokkal és különbségekkel, milyen speciális feszültségekkel és milyen következményekkel zajlottak le a nem-termelő szférát egészében jellemző folyamatok közelebbi vizsgálódásunk területén, az egészségügyi rendszerben?

Az egészségügy helyzete a reform utáni másfél évtizedben

A nem-temmelő szféra helyzetére és fejlődési lehetőségeire ható folyamatok nagyjában-egészében meghatározták az egészségügyi ellátás fejlesztésének mozgásterét és kényszerpályáit is. Az eddigiek ismeretében nem meglepő, hogy a 70-es évtizedet az egészségügynek a nemzeti jövedelemből, illetve - közvetlenebbül - az állami költségvetésből való stagnálóan alacsony részesedése jellemzi. Másként fogalmazva: a reform utáni években sem volt mód arra, hogy az ágazat változtasson maradék-jellegű pozícióján, sőt - mint az alábbi adatokból látható - relatív helyzete még romlott is: /táblát lásd 33. oldalon/

Noha az állandósult maradék-pozíció a krónikus hiányállapot megannyi szimptomáját produkálta az egészségügyi ellátásban /is/, mégis leegyszerűsítés volna, ha az ellátás mai feszültségeit pusztán a pénz-keretek tartósan szűkös voltára vezetnénk vissza.

Az egészségügy belső feszültségeinek feltárásához hozzátartozik a hiány szülte kényszer-lépések állandósult sorozatából előálló struktúra vizsgálata is. Mindannak vizsgálata tehát, ami az átmenetinek szánt, az éppen adott legégetőbb problémák áthidalására hozott kényszer-helyettesítések láncolatából intézményesült, s ma a hálózat belső építkezésének aránytalanságaiban, valamint az egész-

Az egészségügyi és szociális kiadások alakulása a nemzeti
jövdelemhez, illetve az állami költségvetéshez viszonyítva
/1955^{x/} - 1981/ /Folyóáron, mill.R-ban/

É v	Egészségügyi és szociális kia- dások	Egészségügyi és szociális kia- dások a nemzeti jövdelem százalékában	Egészségügyi és szociális kia- dások az állami költségvetés tényleges kiadá- sainak százalékában
1955	2349	2,4	
1956	2808	3,2	
1957	3243	3,0	
1958	3796	3,3	
1959	4024	3,3	
1960	4955	3,7	
1961	4999	3,5	
1962	5313	3,5	
1963	5785	3,5	
1964	5932	3,6	
1965	5890	3,5	
1966	6338	3,5	
1967	6687	3,3	
1968	7503	3,3	5,3
1969	7466	2,9	4,8
1970	7866	2,9	4,5
1971	8787	2,9	4,6
1972	9793	3,0	4,6
1973	10707	3,0	4,6
1974	11577	3,1	4,1
1975	12523	3,2	4,1
1976	13343	3,1	4,3
1977	14124	3,0	3,9
1978	16462	3,2	4,3
1979	18541	3,3	4,2
1980	19753	3,4	4,4
1981	22131	3,5	4,6

x/ Az állami költségvetés szerepe a gazdasági folyamatok befolyásolásában az új gazdasági mechanizmus bevezetésével lényegesen megváltozott. Ezért az adatok csak az utóbbi másfél évtizedre vonatkozóan vethetők értelmesen egybe egymással.

Forrás: Statisztikai Évkönyvek és Egészségügyi Évkönyvek adatai.

ségügyi szolgáltatások iránti szükségletek és a kínálati feltételek szerkezetének széttartó pályáiban jelentkeznek. Márpedig a kiépült szerkezet a maga térbeli leképeződésével, személyi és tárgyi körülményeivel, kényszerből alakult, de mára "berjáratott" mozgáspályáival és belső viszonylataival nem alakítható át egyik napról a másikra, még akkor sem, ha - valami csoda folytán - az egészségügy rendelkezésére álló pénzalapok hirtelen megduplázódnak, vagy akár a többszörösükre növekednek.

Nem "technikai", hanem strukturális hiányról van szó ugyanis; arról, hogy az egészségügyi ellátás mára hiányjelenségeket produkáló alap-ellentmondása, hogy egyre mélyülő szakadék jött létre az elvi jogosultságok és az ellátáshoz való hozzájutás gyakorlati valóra válthatósága között. S ezt a pénz-hiány önmagában nem teszi megmagyarázhatóvá.

A teljes képalkotáshoz az eddigiek mellett számításba kell vennünk azokat a feszültségeket is, amelyek a betegségek megváltozott természetrajzából /és e tény tudomásulvételéből/, illetőleg szociálpolitika és egészségügy tisztázatlan /a mindenkori munkaerőpolitikai érdekeknek alárendelt/ viszonyából következően, ma az egészségügyet nemcsak készületlenül éri, hanem működésében ráadásul nap nap utáni diszfunkcionális zavarokat okoznak.

A betegség-struktúra és az ellátás szerkezetének széttartó pályáit nem kis részben az okozza, hogy az egészségpolitikában, a szakmai fejlesztési irányokban váltásra, új koncepcióra, új prioritások kialakítására már igazában a 60-as években szükség lett volna, ám a váltás mindmáig elmaradt. [E tény háttérében az áll, hogy az egészségügyi rendszer a hatvanas évek közepére funkcióit tekintve sajátos történelmi vákuum-helyzetbe került. Két évtizeden át világos történelmi küldetés köré szerveződtek az ellátás egyes lépcsőfokai, a gyógyítás egész hálózata és valamennyi szolgáltatása; világos célok és feladatok diktálták az ún. "szakmapolitikai programokat", s e küldetés-tudat táplálta az elégedettséget /valamint némi önelégültséget/ az elért vívmányok felett. A kettős történelmi küldetés a szegénység látványosan gyors leküzdése és /a társadalombiztosítási rendszer kiszélesítése révén/ az ingyenes egészségügyi ellátás gőgőjának ugrásszerűen gyors kiterjesztése volt. E kettős küldetés azonban a hatvanas évek közepére nagyjából bevégeztetett.

Ami a szegénységet, pontosabban, a legszembeötlőbb szegény-betegségek leküzdésének sikerét illeti, a nép-egészségügy legfőbb mutatóiban Magyarországnak körülbelül a hatvanas évtized közepére, végére sikerült felszámolnia a szakadékszerű lemaradást az európai színvonalhoz képest. A háború utáni első két évtized a nagy ugrások időszaka

volt: a szegény~~mag~~-kulturákra jellemző nagyarányú csecsemőhalandóságot, alacsony átlagéletkort, magas tbc-halandóságot és pusztító, kinzó, halálos kimenetelű fertőző betegségeket valóban leküzdötte az ujonnan szervezett, éppen e bajokkal szembeni harcra szervezett egészségügyi hálózat.

S noha az ország e mutatókat tekintve, továbbra is az európai rangsor végén volt^{x/}, ez nem jelentett már szégyellnivaló állapotokat és színvonalat. Különösen nem az addig elért eredmények, a javulás igen-igen gyors üteme mellett, amely méltán táplált optimizmust és hitet a választott ut helyes volta és rövid történelmi távlatokon belüli teljes sikere iránt.

A tradicionális egészségügyi mutatók gyors javíthatósága és relative - a fejlett világ átlagához mért - alacsony szintje ugyanakkor hosszabb távra /sok tekintetben máig szülőan/ kiejölni látszott az egészségügyi hálózat további világos teendőit. Másként fogalmazva: az, hogy volt még mit tenni a tbc, a fertőző megbetegedések, a csecsemőhalandóság stb. terén, elfedte és elhalasztotta a kérdést, hogy ezenközben kell-e másra, új feladatokra

x/ A 60-as évek végén, 70-es évek első felében Magyarország a csecsemőhalandóság mutatójában 24 európai ország között a 20-21. helyet foglalta el; a tbc-s megbetegedések és a tbc-halálozás arányát véve, a sor legvégén, az átlagéletkort tekintve, az országcsoportok harmadik harmadában helyezkedett el. Ugyanakkor a távolság a fejlettebb országoktól mindenképpen szűkült, a távolság-csökkenés tempója pedig jogosan váltott ki nemzetközi elismerést.

is készülnie a hálózatnak; elnapolhatóvá tette alternatív fejlesztési utak és egy esetleges strukturaváltás programjának a felvázolását.

A tradicionális feladatok még vagy tiz éven át - bár a korábbi ütemhez képest kisebb léptékű fejlődés mellett - visszaigazolták és megerősítették az egészségügy adott berendezkedését. Igaz, a további eredményekhez relative több pénzre, energiára és időre volt szükség, az újabb fejlődési fokok felmutatása mind nehezkesebbé vált. A korlátok azonban merőben gazdaságiaknak tüntek /pénzhiányként, az alapok, erőforrások és eszközök szűkösségként fogalmazódtak és fogalmazódnak meg/, s a hagyományos betegségek tereén még elérhető újabb eredmények elfedték, hogy időközben az egészségügyi intézményhálózatban és az ellátásban strukturális feszültségek léptek fel.

Az egészségügy másik nagy történelmi küldetése, az ingyenes gyógyítás jogának kiszélesítése a hatvanas évek közepére csaknem 100%-ot elérő társadalombiztosítási részvétellel szintén befejeződött. A tsz-szervezés időszakának végére a népesség döntő hányada /mintegy 9/10 része/ megszerezte a jogosultságot. Ezen a téren a továbblépést - ami a következő tiz év során 97% fölé emelkedő részvételi hányad mellett már csak formai jóváhagyást jelentett - az egészségügyi ellátás állampolgári joggá nyilvánítása hozta, 1975-ben. A jelentős mennyiségi bővítés, a biztosítottak arány-növelésének lehetősége azonban lényegében már tiz évvel korábban végetért.

A hatvanas évek második felére kibontakozó vákuum-helyzet magyarázatához figyelembe kell vennünk, hogy az egészségügy e két nagy feladata, működésének két évtizeden át lendületet adó, szervezési és gyógyítási irányít meg^{4/}határozó programjai a multra vonatkoztak, s ebben az értelemben retrospektivek voltak. A feladatokat, a célokat a szégyellt-gyűlölt multtal való szembefordulás diktálta - a leszámolás, a meghaladás, az Európához való felzárkózás politikai, ideológiai, történeti és szakmai motivumai. Visszamenőleges teendőkről, történelmi mulasztások és tartozások törlesztéséről volt szó. A megteremtett szocialista egészségügy egész felépítésében, céljaiban, valamint igazán jól működő szolgáltatásainak tartalmában egyaránt a multtal való gyökeres szakítás üzenetét és tényét, politikai programját és törekvését fejezte ki.

Ez az egészségügyi apparátus a gyors, tűzoltás-szerű beavatkozásra, az akut, életmentő gyógyításra szerveződött, s az ellátás ott és annyiban volt hatékony, ahol és amennyiben a betegségek természete a velük való küzdelem magasfoku szervezettségét igényelte, illetőleg, ahol gyors eredményeket lehetett elérni viszonylag olcsó, egyszersmind tömegesen alkalmazható eljárásokkal is.

Ugyanakkor a járványok, fertőzések elleni harc extenzív feladataira, a tömeges ellátás formai kereteinek

felmutatására szervezett egészségügyet készületlenül érte a gyorsan változó történelmi és társadalmi körülmények között gyorsan és jelentékenyen átalakult betegség-struktúra; a megoldásra váró új feladatokkal az intézményhálózat gyakran tehetetlenül állt szemben.

A szegény-betegségek visszaszorítása terén elért gyors sikerek új, megoldásra váró problémák kiindulópontjává váltak ugyanis. A megnövekedett élettartam a másik oldalról azt jelentette, hogy az ország betegség-strukturájában dominánssá váltak az életkor előrehaladtával jelentkező ún. "kopás-betegségek"; a csecsemőhalandóság visszaszorítása intenzivebb újszülött-ellátási formák iránt támasztott igényt stb. Mindehhez társultak a gyors társadalmi és gazdasági átrendeződés egészségügyi kísérőtüneteⁱ az adaptációs problémákkal /is/ összefüggő magas baleset-szám, az új népbetegségeként jelentkező mentálhygiénés zavarok stb.

Az egészségügy szakmai fejlesztés-irányai azonban a betegség-strukturában és a betegségek társadalmi értelmezésében lezajlott radikális változásokat csak nagy késésekkel és töredékesen követték. A hálózat rugalmatlannak és készületlennak mutatkozik a népbetegség-szerű "modern betegségekkel", a szív- és érrendszeri, a daganatos megbetegedésekkel, a tömegméretű neurózissal vagy a mozgásszervi bajokkal szemben. A késést persze több tényező ma-

- 40 -

gyarázza /noha nem menti/. Egyfelől a már érintett krónikus hiány. Hiszen e modern betegségek megfelelő gyógyítása hasonlíthatatlanul több pénzt és eszközt igényelne, s minthogy ez nem áll rendelkezésre, a defenzív pozícióban lévő egészségügyet e tény belátása szinte automatikusan a régi, bevált, ám jóval olcsóbb utak felé tereli. Másfelől - min^t említettem - a szegény-betegségekkel szembeni küzdelem ma sem vehető le a napirendről, s ez igazi, továbbá igazolt feladatokat ad. Az utolérés igénye, a leszámolás a multtal ma is élő program, még akkor is, ha a választott egészség-politikának a szükségletek megváltozott strukturájához való rugalmas alkalmazkodás esik áldozatul.

Ez utóbbi feszültség azonban nem magyarázható pusztán a mortalitás és a morbiditás szerkezetében bekövetkezett változásokkal. Amikor az egészségüggyel szemben szükségletekről beszélünk, számításba kell vennünk azt is, hogy ma az egészségügyi hálózatot terheli /és alkalmazkodását nehezíti/ egy sor szociálpolitikai problémának betegség-mezben való jelentkezése is. Ugy fogalmaznék, hogy ma, önálló és a maga helyén, szociálpolitikaként vállalt intézmények híján, az emberek szociális védelmének szükségletei jelentős hányadukban nem akán, hanem a betegséggel szemben kijáró védelem szükségleteként artikulálódnak. Nem csupán az időskorúak, a népesség közel egyötödének sok-

szor említett, köztudottan megoldatlan helyzetére kell itt gondolnunk. Hanem arra is, hogy a védelem, a kimélet, az alternatív munkavégzés lehetősége és kényszere, a terhek alól való időleges szabadulás jogos emberi igénye - megfelelő társadalmi-szociálpolitikai válaszok híján - ma mind-mind az egészségügyre hárul. "Keresőképtelenné" és "rokkanttá" nyilvánítás formájában.

Sem a táppénzre menetel, sem a leszázalékolás iránti igény nem a munkamorál lazulását jelzi. A helyi munkaerő-szükséglet ingadozásai, a második gazdaságban való részvétel /igazán nem csak az egyének, hanem a gazdaság részéről is szorgalmazott - kényszerített/ lehetősége, a kapun belüli munkanélküliség enyhítése, a táppénzek révén megtakarított vállalati bérek szabad felhasználása /aminek szükséges voltához a kötött és restruktív központi bérszabályozás mellett nemigen férhet kétség/ - mindaz tehát, ami a "táppénz-jelenség" mögött áll, nem más, mint egy sor szociálpolitikai hiány torzult megnyilvánulása. Torzult, mert más, adekvát formák nem lévén, e szükségletek szükségszerűen a betegé nyilvánítás révén nyernek kielégítést. S a következmény, a "laza táppénzfegyel^{mi}más" egészségügy büntetése, az orvosok és a betegek kárhoztatása.

Az egészségügyet sújtó - a táppénz- és hálapénz-problémát tulhangsúlyozó - intézkedések a munkafegyelem és a spórolás jegyében fogannak. Haszontalan és - a cél

immár formálisan is csökkent a központi-állami garancia-vállalás és felelősség a gyógyítás intézményeinek és szolgáltatásainak működtetéséért, a lakosság ellátásáért?

Az anyagi felelősség és az irányítás új szerepmegosztását világosan fogalmazták meg a negyedik ötéves terv szakmai irányelvei:

"Az új irányítási rendszer elveinek és módszereinek már a pénzügyi terv kidolgozása során érvényesülniük kell. Ennek egyrészt abban kell megnyilvánulnia, hogy a tanácsok a megállapított szabályozók és állami hozzájárulás alapján saját hatáskörükben állítják összes pénzügyi tervüket, másrészt pedig abban, hogy az ágazati minisztériumok - a szakmai megalapozottság érdekében - a korábbi közvetlen utasítások helyett szakmai irányelveket és egyéb információkat bocsátanak a tanácsok rendelkezésére. Saját információik alapján a tanácsok maguk döntenek anyagi eszközök felosztásáról. ... A tanácsoknak a rendelkezésükre álló beruházási keret lehetőségeinek és területük el látottsági színvonalának figyelembevételével már össze kellett állítaniuk fejlesztési tervüket ... Felhívjuk ... a figyelmet arra, hogy a tanácsoknak a ... fejlesztések munkaerő-szükségletének, beralapjának, fenntartási- és működési költségeinek fedezetét is meg kell tervezniük. Miután a gazdaságirányítás új rendjének tervezési előirásai már nem teszik lehetővé a minisztériumnak azt, hogy tanácsi

rendeltetésű fejlesztési tartalékot képezzen, ezért a tanácsoknak a pénzügyi tervükben kell gondoskodniok a terv-időszak fejlesztéseinek beléptetéséhez és működtetéséhez, ill. a felmerülő igények kielégítéséhez szükséges fedezetről."x/

Hogyan éltek tehát "saját hatáskörükben" a tanácsok e megnövekedett jogokkal és felelősségekkel? Milyen mechanizmusokat indított mindez utjára a megyék "belső" elosztási rendszerében? Kik, mely intézmények, mely települések és milyen lakosság-csoportok voltak végül is ennek az elosztáspolitikának a nyertesei és kik a vesztesei?

Ezek a kérdések álltak annak a kutatásnak a középpontjában, amelyet 1980-82 folyamán az MTA Közgazdaságtudományi Intézetének támogatásával néhány megye IV. és V. ötéves tervi költségvetési elosztására, illetőleg az V. és VI. ötéves terv fejlesztéseire vonatkozóan végeztünk.^{xx/}

A négy megyét igyekeztünk úgy megválasztani, hogy azok az egészségügyi ellátottság, az intézményi vertikum jelenléte, de az általános gazdasági-társadalmi fejlettség jellemzői szempontjából is lehetőleg kimerül szélesebb spektrumot öleljenek fel, és többféle alap-típust "hozzanak be".

x/ Lásd: Szakmai irányelvek a tanácsok negyedik ötéves tervének kidolgozásához; Egészségügyi Közlöny, XX.évf. 14.szám, Budapest, 1970. július 14.

xx/ A kutatást e tanulmány szerzője vezette. Munkatársaim fiatal közgazdász- és jogász-szociológusok voltak: Eőakes Zsuzsanna, Györgyi Zóltán, Öry Csaba, Pauker Csaba és Zimányiné Sinkó Eszter.

Igy a kutatás kiterjedt két olyan megyére, amelyeknek székhelye egyuttal megyei jogu város, de közülük az egyik rendelkezik orvostudományi egyetemmel /és így klinikákkal/ /Baranya/, a másik nem /Borsod/; szerepelt közöttük viszonylag fejlett, ipari jellegű dunántuli megye /Fejér/, és tipikusan mezőgazdasági profilu, teljesen eltérő településszerkezetű alföldi megye /Bács-Kiskun/. Van közöttük olyan, amely viszonylag frissen, az elmúlt másfél évtizedben nőtt új kórházzal /Bács-Kiskun/, és olyan, ahol a megyeszékhelyen kívüli lakosság egészségügyi ellátásában tartós problémát és feszültséget jelent a saját, megyei kórház töredékes ellátóképessége és leromlott állapota /Baranya/ stb. Óvakodtunk ugyanakkor attól, hogy a kiválasztott megyék az egészségügyi ellátottság mutatói szempontjából kiugróan jó vagy akár kiugróan rossz helyzetűek legyenek; e szélsőségek veszélyeztethették volna ugyanis a levonható következtetések érvényét.

Az egészségügyi ágazat belső elosztási viszonyairól kirajzolódó trendek megbízható elemzéséhez további támpontot nyújtott a tanácsok és a szakminisztérium költségvetési gazdálkodásáról a minisztériumi beszámolók alapján összeállítható adattár.

A koncentráció fokozott mértékét - az általános folyamatok hatásán túl - az egészségügy néhány belső sajátossága magyarázza.

Az okok között mindenekelőtt a tömegellátás és specializáció dilemmájának kiéleződését kell említenem.

A hatvanas évek második felére megváltozott betegségstruktúra, a drágán gyógyítható, magasfoku szaktudást, műszereket igénylő betegségek előtérbe kerülése élesen vetette fel a hazai egészségügy technikai elmaradottságának kérdését. Az extenzív fejlesztés korábban járható utjai ez erőforrások és a betegségek természetének oldaláról egyszerre kérdőjeleződtek meg.

S ugyanebben az időben nyílt lehetőség is arra, hogy az orvosok szakmai törekvéseiket a korábbiaknál erőteljesebben érvényesíthessék. A hatvanas évek politikai ~~kon-~~ szolidációja az orvosokkal szembeni osztályharc elhaladását hozta magával: az orvos nem osztály-ellenség, a polgárság, a tőkés rend, a zárt uri társadalom restaurációs törekvéseinek megtestesítője többé, hanem szakember, mégpedig a legmagasabbrendűnek tekintett érték, az ember egészségének, épségének, életének őrzője, az emberi élet védelmére vonatkozó tudás letéteményese. Az orvosok "rehabilitációja" azt jelentette, hogy a politikai helytállás és feltétlen elkötelezettség állandó bizonyításkényszere mérséklődött; fontos és újra elismert érték lett a szak-

tudás. Szakember-létük újra-elismeréséhez hozzátartozott a tradíciók növekvő becsé is. Ismét megnyitlak az egyetemek a "rossz káderek" előtt, s a szaktudás érték-növekedését az orvos-dinasztiák ujramegjelenésének társadalmi folyamata kísérte.

Az "elhalasztott történelem", két évtized osztályharcai azonban sajátos ellentmondásokkal kísérték ezt a konszolidációt. A tekintélyét és lehetőségeit visszanyerő orvos-társadalom ugyanis - szakmai színvonalának, tudásának őrzése és felzárkóztatása érdekében - a lépéstartást mindenekelőtt a gyógyászatnak a nyugati világban elért szintjéhez mérte. Mindent elsőprő követelményként merült fel és kapott hangot a tudományos és technikai felzárkózás, illetve, az ezzel járó magas fokú specializáció programja.

A követelés az egészségügy távlati fejlesztési koncepciójának vezérelve lett:

"A magyar egészségügy - mőközben meg kellett birkóznia az extenzív fejlesztésnek és a kapacitás bővítésének feladataival - a nagy erőfeszítések ellenére is lemaradt a tudományos és műszaki forradalom vívmányainak bevezetésében. Kinyitl az olló az extenzív mennyiségi fejlesztés és az intenzív orvos- és kórháztechnikai fejlesztés üteme között. A következő időszakok egyik legfontosabb egészségpolitikai irányelve ennek az ollónak fokozatos összezárása, a műszaki elmaradás megszüntetése lesz."

Az orvostudománynak és a mindenki számára hozzáférhető azonos szintű ellátás társadalompolitikai céljának azonban egyszerre eleget tenni nem lehet. Ezért a direktívák, irányelvek újra meg újra elismélik a feladatsorolás szükségességét, a prioritások szigorú betartását. A két, egymásnak ellentmondó követelmény összeegyeztetésére, a tömegellátás és a kevesek számára hozzáférhető magasszintű gyógyítás közötti híd megteremtésére pedig az integráció időközben rendeletileg is előírt programja hivatott, illetőleg az egyensúlyt a betegek mozgatásával, tudatos irányításával, áramoltatásával, a progresszív betegellátás útján kell megvalósítani:

"Fokozottan érvényesíteni kell az egészségügyi integráció szervezeti és tartalmi funkcióját. Ezen belül érvényesíteni kell a progresszivitás elvét, hogy a beteg állapotától függően jusson a megfelelő ellátási szintre... Az orvostudomány fejlődése és az ehhez kapcsolódó egyre igényesebb orvostechnika szükségessé teszi a progresszív ellátási szintek meghatározását."^{x/}

Az egészségügy~~é~~változatlanul szűkös /sőt, relative szűkülő/ anyagi lehetőségei mellett a tudományos-műszaki felzárkózás programja az utóbbi évtizedben a hálózat hihetetlen mértékű tagozódását eredményezte. E program és cél

^{x/} Az idézetek az V. és VI. ötéves tervi, már hivatkozott szakmai irányelvekből valók.

legitimé tette az egészségügyi ellátás differenciálását, s ez a tudományos csúcok és a tömeges kezelést, "rutin-gyógyítást" nyújtó intézmények, szolgáltatások közötti távolság behozhatatlan - pénzben is mérhető - növekedésével járt. Ennek következményei ma a betegellátás és a gyógyulás esélyeinek alább még bemutatandó nem egy vonatkozásban drámai egyenlőtlenségei. A távolságok és esélykülönbségek társadalmi egyenlőtlenségeket takarnak, s nem az orvos kompetenciájának és szakmai hivatásgyakorlásának hiányát, hanem a társadalmi struktúra működésének szükség-szerű produktumát kell látnunk abban, hogy a differenciált-ság jelenlegi mértéke mellett a betegségek megkülönböz-tése a valóságban a beteg megkülönböztetését jelenti. A koncentrált ~~fejlesztés~~ egészségpolitikai-szakmai indokai mintegy igazolják - és egyuttal jellegükben elfedik - e társadalmi távolságokat; szakmai érveket szolgáltatnak ah-hoz, hogy más és lényegesen több egészségügyi ellátás "jár" a városba, mint a faluba, és ezen belül is, más és több a kiemelt státuszuakba, mint a fogyó népességű kis községekbe. De a városi ellátás sem egységes: szerepköri besorolásukkal /is/ elismert hatalmi helyzetük szeréint, az egyik városban modern, drága, világszinvonalu műszerekkel és eszközökkel felszerelt érsebészet működik, a másik-ban a baleseti-traumatológiai kórházi alapellátáshoz is hiányoznak a feltételek.

Országos adatok csak a középfoku vagy magasabb szerepkörű települések egészségügyi fejlesztéseiről állnak rendelkezésre. A statisztika szerint a különböző szerepkörű városok a IV. ötéves tervidőszakban az összes tanácsi egészségügyi fejlesztés kétharmadát kapták, 1977-ben már 9/10-ét; a 3000 "alsóbbrendű" településre, a községekbe - ahol az ország lakosságának a fele él - az egészségügyi ellátás bővítésére fordított pénzalapoknak mindössze 10 százaléka került. Az adatok azt mutatják, hogy a hetvenes évek folyamán még a városok között is a távolságok, egyenlőtlenségek gyors növekedése zajlott le, s ez az egészségügyi fejlesztések terén gyorsabb és nagyobb mértékű volt, mint a lakossági infrastruktúra egyéb ágazataiban. Az egy főre jutó tanácsi kommunális beruházásokban^{x/} a különböző szerepkörű városok között a hetvenes évek első felében 6,5-szeres különbségek voltak, 1977-ben a szorzó 9,6-szeres; az egészségügyi fejlesztések egy főre jutó összegeinek 5,1-szeres különbségei ezalatt 13-szorosra növekedtek. A koncentrált fejlesztés összegei pedig az alábbiak szerint osztottak meg:

^{x/} Egészségügyi, szociális, kulturális, oktatási, lakás- és lakáskapcsolódó beruházások együtt.

A tanácsai szektorban teljesített beruházások százalékos megoszlása az ország városai között, szerepköri besorolásuk szerint, az 1971-75 közötti időszak éves átlagában, illetve 1977-ben

Szerepköri besorolás	Egészségügyi és szociális beruházások		Kulturális és oktatási beruházások		Lakás-beruházások		A lakónépesség megoszlása	
	1971/75	1977	1971/75	1977	1971/75	1977	1971/75	1977
Országos központ								
/Budapest/	48	52	36	30	35	31	35	35
Kiemelt felsőfoku központ	} 59		} 68		} 61		} 49	
/Debrecen, Miskolc, Szeged, Győr, Pécs/	11	16	27	21	26	24	14	15
Felsőfoku központ	4	3	11	13	11	15	10	10
Részl.felsőf. központ	7	11	12	15	12	11	9	9
Középf.közp.	26	15	19	17	13	15	22	22
Részl.középf. központ	3	1	4	2	2	2	9	8
A bp-1 aggl. városai	1	2	1	2	1	2	1	1
Városok össz.	100	100	100	100	100	100	100	100

Forrás: Településhálózat III. Budapest, KSH, 1980.

a pénzszűke, a modernizációs törekvések és a pazarlás-mentes, "racionális" koncentráció mindenkor kellően igazolni látszanak/, végülis azon méretnek meg, hogy van-e lehetőség, van-e ellenható erő^{x/} arra, hogy a telepítés egyenlőtlenségeit a hozzájutás, az igénybevétel egyenlőbbé válása ellensúlyozza.

Kérdés tehát, hogy az eddigiekben ismertetett folyamatok mit eredményeztek az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférés tekintetében? Vajon erősítették-e vagy gyengítették a fentebb vázolt éles települési /társadalmi/ differenciákat? Kérdés továbbá, hogyan alakultak mindezenközben az ellátás egyes szintjei közötti mozgások. Ha pedig tekintetben aránytalanságok tapasztalhatóak, ezek mennyiben járulnak hozzá az egész hálózat diszfunkcionális működéséhez?

Az ultima ratio azonban az egészségi állapot társadalmi képe. A végső - és talán legsúlyosabb - kérdés ezért, hogy az ellátás működészavarai és éleződő egyenlőtlenségei közepette hogyan alakult a lakosság egyes csoportjainak egészségi állapota? Az itt mutatkozó - mint majd látjuk - riasztó egyenlőtlenség-növekedések az elmúlt négy évtized egészségügy-története legdrámaibb kritikáját adják.

x/ Mondjuk: javuló közlekedés; a látens betegségeket idejekorán felderítő szűrés; mozgékony, "házhöz jövő" gyógyító-szolgálatok stb.

Mindezen kérdések megválaszolásához először azonban röviden vázolni kell az egészségügy három legfontosabb szintjén, a körzeti, a rendelőintézeti és a kórház-hálózatban nyújtott szolgáltatások gyakorlati működésének néhány jellemzőjét.^{x/}

Az alapellátásban a körzet-méreteket, s az ország "szervezett körzeti állásokkal" való ellátottságának átlagos mutatóját tekintve /2500-2700 lakos/körzet/ látszólag kedvező a kép. E látszat mögött azonban a települések, területek tényleges ellátottságának növekvő egyenlőtlen-ségei húzódnak meg.

Egyrészt jelentősek a területi különbségek a betöltetlen körzeti orvosi állások arányában. 1965-ben országos átlagban a szervezett körzeti orvosi állások 3,6 százaléka maradt betöltetlenül, 1976-ban 5,8 százaléka. A megyék közötti szórás e tizenegy év alatt 2,87%-ról 3,41%-ra nőtt; Borsod-Abaúj-Zemplén megyében 4,8%-ról 13%-ra; Szabolcs-Szatmár megyében 7,8%-ról 11,4%-ra emelkedett. Az utóbbi években - a körzeti orvosi pálya vonzóbbá tételéért hozott kedvezmények és néhány intézkedés hatására - az üres körzetek átlagos aránya csökkent, a területi különbségeké azonban nem. Miközben az 1981-es országos mutató 3,6 százalékos volt, a megyei átlagok 1,4 és 9,5 százalék között mozogtak. Az alapellátás három megyében mutat-

^{x/} Az alább hivatkozott adatok forrása - ha külön nem jelezlöm - a megfelelő évek Egészségügyi Évkönyve.

kozott különösen foghijasnak. Borsod-Abauj-Zemplén, Békés és Szolnok megye településeinek lakosai szenvedik meg leginkább az ellátást alig-alig biztosító helyettesítési rendszert: e három megyéből összesen 55 körzeti orvos hiányzik, ami az országos hiánynak több, mint egyharmada.

Ehhez hozzá kell még tenni, hogy a kis községi körzetek tetemes része a 70-es évek során megszűnt - a község-összevonásokta az esetek többségében megelőzte, kísérte vagy rövid időn belül követte az, hogy az orvos is a tanácsszékhelyre költözött, s körzete ellátását a továbbiakban itt végezte. Hogy ez mint jelent, annak érzékeltetésére elegendő egyetlen példa. Az orvosi ellátottság statisztikai mutatóit tekintve mindenben "átlagos" Zala megye 261 községe közül mindössze 71 volt az ún. "körzeti orvosi székhely" 1980-ban. A becsatolt falvakban /időnként egy-egy kölcsönadott lakásban, időnként a megürült tanácsházán/ heente-kéthetente néhány órás "helyi" rendelés van csupán. Igaz, elvileg a körzet "becsatolt" lakosai bejárhatnának a központi rëndelésre; ennek azonban a falvak közötti közlekedés ut- és járatviszonyai és a kis települések előregedő lakosságának mozgásképesége szab határt.

Az alapellátás általános, országos jellegzetessége továbbá, hogy igen nagy a körzetek betegforgalma. /1975-ben kereken 51 millió, 1981-ben közel 45 millió eset^{x/}/, s a

x/ A csökkenés a szakrendelők forgalmának folyamatos növekedésével párosult; igazi tehermentesítés is kísérte ugyanakkor: a gyermekkörzetek - egyelőre jobbra csak városokban - szaporodó száma.

betegforgalmi adatok már jelzik, hogy a számbelileg jó körzetellátottság a tényleges orvosi ellátás gyakorlati megoldatlanságával párosul. Kiszámítható ugyanis, hogy a körzeti orvos egy betegre fordítható átlagideje három-négy perc^{x/}; figyelembe véve a táppénzes adminisztrációs feladatokat, az egyéb iroda-munkát, az orvos anya- és nővédelmi, egészségügyi felvilágosítói munka-kötelezettségeit, stb., gyakorlatilag a betegségre, illetőleg magára a betegre átlagosan egy- másfél perc jut. Ennyi idő alatt márpedig az alaposabb vizsgálat elvégezhetetlen. Vagy, ha az orvos a "rutin-betegeken" spórol is időt a "nehezebb esetekre", az eszköztelenség, a műszer- és felszerelés-hiány akkor is gátat emel a behatóbb diagnosztizálás és terápia elé. Így sokszor az a kézenfekvő megoldás, hogy az orvos a pácienszt visszarendelje, vagy továbbküldje rendelőintézeti kivizsgálásra, illetőleg betegeinek igen kis részét kórházba utalja.

x/ A hivatalos statisztikákban közölt adatok szerint a körzeti orvosnál naponta 33-36 beteg jelenik meg, ami 10-12 perces kezelési átlagidőt jelentene. Ez az adat azonban úgy "jön ki", hogy az éves betegforgalmat egyszerűen elosztják az ország körzeti orvosi állásainak éves munkaidő-alapjával. Az adatközlés nem számol tehát sem azzal, hogy a körzetek ténylegesen be vannak-e töltve, sem azzal, hogy a körzeti munkaidője 2/5 részét a körzeti orvos látogatásokkal tölti /ilyenkor pedig nem rendel/. A tényleges rendelési időben valójában megjelenők száma napi 80-100 fő - a zúfolt várók látványa és a mindennapi tapasztalatok is ez utóbbi adatot hitelesítik.

- 74 -

De maga a beteg sem bizik a töredéknyi idejű találkozó terápiás erejében. Így - a mind bonyolultabb és egyre tulszabályozottabb beutalási rendszer ellenére - igyekszik önálló utat találni a szakrendelőhöz. A tapasztalatok és a szórványosan rendelkezésre álló adatok szerint ez természetesen a szakrendelő székhelyén lakóknak jobban sikerül, mint a falusiaknak; a szakellátás igénybevételében a települési esély-különbségek 2-10-szeresek, s a székhelytől való távolság arányában nőnek.^{x/}

A betegellátás második lépcsőfokán, a rendelőintézetekben szintén nehézségek tornyosulnak a megfelelő gyógyító munka elé. Új rendelőintézetek a 60-as évek közepétől kisebb ütemben és fokozottabb települési koncentráció kíséretében nyíltak, mint a korábbi években.^{xx/}

^{x/} Így például a S.-i Ideggondozóban 1983-ban Vajda Ágnessel közösen megkezdett kutatásunk első eredményei a szakrendelők presztizs-rangsorában meglehetősen kedvezőtlen pozíciót elfoglaló pszichiátriai ellátás igénybevételének éles települési lejtőjét jelzik. Az 1000 15 éven felüli lakosra számított bekerülési esély 8.-ben 33,5, a városhoz tartozó járás községeinek átlagában 26,0, a felvevőkörzet szempontjából hivatalosan a gondozóhoz tartozó szomszédos járás községeinek átlagában azonban már csak 15,5.

^{xx/} A hatvanas évek második felében kibocsátott dokumentumok tanúsága szerint az Egészségügyi Minisztérium a továbbiakban csak rendkívüli esetekben kívánt hozzájárulni önálló, kórháztól független rendelőintézetek építéséhez, mert a járóbeteg-szakrendelések felduzzadása folytán szaporodtak a kiszűrt, feltárt, kórházi ápolásra szoruló, de fekvőbetegintézeti háttér nélkül elhelyezhetetlen betegek, akik így ellátatlanok maradtak és gyarapították a kórházra várakozók hosszú listáját. A koncentrált, kórházhoz kötött fejlesztés programját a IV. ötéves terv készítését megelőzően kibocsátott "Szakmai irányelvek" fektetik le.

/lábjegyzet folytatása a következő oldalon/

/lábjegyzet az előző oldalról/

"A szakorvosi járóbeteg ellátást biztosító rendelőintézetek hálózata - főként a zsufoltság csökkentése céljából - további bővítésre szorul. A lakosság ellátásában az egység, a folyamatosság és a megfelelő szakmai színvonal biztosítása érdekében elsősorban a kórház mellett elhelyezendő, ahhoz kapcsolódó, azzal szervezeti egységben működő rendelőintézetek fejlesztése kívánatos. Ahol azonban a kórháztól való távolság miatt erre nincs lehetőség és a lakosság ellátásának érdekei megkövetelik, ott - a körülmények alapos mérlegelése után - kivételesen decentralizált, az alapszakmákra szakosított rendelőintézetek is létesíthetők. Változatlanul szem előtt kell tartani, hogy kórházi háttér nélkül csak a szakosított alapfoku ellátást támogató kihelyezett rendelőket helyes létesíteni". /Szakmai irányelvek az egészségügy és szociális ellátás negyedik ötéves tervéhez/.

Ezidőtől fogva lelassult az új rendelőintézetek építésének üteme, s a korábbi trendtől eltérően - amikor szakrendelések elsősorban a vidéki városokban nyilottak - az ujonnan létesített rendelések relative nagyobb számban kerültek nagyközségekbe. Ezek azonban nem tüntették el az ellátás un. "fehér foltjait", s nem oldották meg a kiszűrt betegek kórházba kerülésének problémáját. A gyakorlatban a rendelőintézet léte inkább a várossá nyilvánítás egyik előfeltétele lett, s így válik érthetővé, hogy - az integrált kórház-rendelőintézeti egység programjának változatlan fenntartása mellett - a falusi rendelőintézeteket illetően a VI. ötéves terv készítéséhez kibocsátott "Szakmapolitikai irányelvek" már némileg másként fogalmaz:

"Önálló, új rendelőintézet építése nem indokolt. Nagyközség várossá fejlesztése esetében, amennyiben nem rendelkezik rendelőintézettel, olyan egészségügyi központot kell létesíteni, amely alkalmas a gyógyító-megelőző szolgálatok és a működésükhöz szükséges központi ellátó részlegek /ügyeleti szolgálat, kis laboratórium, fizioterápia stb./ elhelyezésére". /Az Egészségügyi és szociális ágazat fejlesztésének szakmapolitikai irányelvei a VI. ötéves tervidőszakra"./

Az ellátás bővítését az adott - mintegy 150 - rendelőintézet "szervezett óraszámának" gyors gyarapítása jelentette. 1960 és 1980 között 97 százalékkal, kereken 18500 órával bővült a rendelőintézeti órakeret.

Az egyre romló tárgyi-eszközbeli feltételek közepette különösen súlyos működési zavarokat okoz az a kettős nyomás, amely alatt a szakrendelések dolgoznak. Mert egyrészt "lentől fel" nyomja a tömegeket a körzeti orvosi forgalom, ahonnan az el nem látott, oda sem került, vagy ki nem vizsgált eseteket veszi át. Másrészt "fentről le" kerül a betegek tömege, mert a kórházi helyzet súlyos megoldatlansága nehezedik rá; a kórház előtt vagy a kórház után, még több esetben a kórház helyett vesz át vizsgálati vagy gyógyítási funkciókat.

E kettős nyomás alatt hatalmasra duzzadt és dinamikusán növekszik a járóbetegforgalom: 1975-ben a rendelőintézetek közel 59 millió esetet láttak el, 1981-ben már több, mint 69 milliót. A betegforgalom növekedésével csökken az átlagos kezelési idő, amely - a tényleges helyzetet megint inkább felülértékelő hivatalos statisztikai kimutatások szerint - az elmúlt években 7-8 perc körül volt.

Ebbe az időkeretbe kellene beleférnie - a beteg levételétől a recept felírásáig - a szakorvosi munka minden elemének. Elegendőnek kellene lennie a diagnosztizálásra, a megfelelő terápia átgondolására, a gyógymódnak a

beteggel való tudatására, a dokumentálásra, a szakrendelőket is terhelő táppénzes adminisztrációra, a statisztikai jelentésekhez megkivánt adatszolgáltatásra, a konziliáriusi tevékenységre stb. Minthogy a növekvő forgalom arányában rövidülő idő mind kevésbé elég akár e teendők töredékére is, következésképpen a szakrendelő sem tudja - és egyre kevésbé tudja - biztosítani a betegek megnyugtató gyógyítását.

Ráadásul már pusztán vonzáskörzetük fizikai méretei folytán sem lehet építeni a rendelőintézetekben arra - amire a falusi körzetekben néha igen -, hogy az esetleges régebbi kapcsolat, a beteg ismerete ellensúlyozhatja a ráfordított idő szükösségét. A "küldözgetés" így szükségszerű és "természetes" következmény. Az idő még a megfelelő diagnózis felállítására sem elég, a "biztos döntés" meghozatalához és vállalásához a beteget rutinszerűen /is/ laborvizsgálatokra, röntgenre, EKG-ra küldik. Egyetlen megjelenés a szakrendelőben tehát gyakorta 4-5 orvos felkeresését, 4-5 "kezelési esetet" jelent. Ebből adódik és válik megmagyarázhatóvá, hogy a rendelőintézetek forgalmának több mint egyharmadát a diagnosztikát segítő, "kiszolgáló gyógykezelési esetek" teszik ki.

Nem arról van szó tehát, hogy az ingyenes egészségügyi ellátás joga "felpumpálta az igényeket", és azok tulszaladtak a "tényleges szükségleteken"; nem arról,

hogy az emberek "szeretnek orvoshoz járni". Az ismételt vizsgálatok s az említett párhuzamosságok keltik a "mértéktelen orvoslátogatás" látszatát, pedig a tényleges okok máshol keresendők. A 110-120 milliós járóbetegforgalom felhajtóereje a szűk kapacitásokból, az eszköz- és időhiányból, az intézmények merev tagoltságából, a bizonytalanságból és a nyomában járó bizalmatlanságból táplálkozik; a beindult spirális mozgás pedig azt eredményezi, hogy mind kevésbé lehet felelősséget vállalni a mindinkább csupán formailag "orvosi döntésekért".

A legsúlyosabb problémák talán az egészségügyi ellátás harmadik szintjét, a kórház-hálózatot terhelik.

A hatvanas évek második felében meghirdetett kórház-program már indításának pillanatában mintegy husz évet késett, s az elhatározások, a deklarált célok ellenére a program mind a mai napig megvalósítatlan maradt - a késés abszolút és relativ értelemben fokozódott. A kapacitás bővítését változatlanul elsősorban az ágyak zsufolás útján történő szaporítása jelentette. Ez - egy 1979-ben végzett épület-felmérés adatai szerint^{x/} - a közepes működési feltételekhez szükséges tér hiányát már 500.000 négyzetméter fölé emelte /ami az összes, jelenleg meglévő kórházi alapterület több, mint 25 százaléka/.

x/ Lásd: Az egészségügyi fekvőbetegellátó intézmények épületkataszteri felmérésével kapcsolatos elemző tanulmány, ORKI, Budapest, 1979.

A kórház-hálózat modernnek számító része a 20-as, 30-as években épült; 75 százaléka hatvan évnél öregebb, de sok intézmény 100 éves multat is magáénak mondhat. Ugyanakkor a felújításukra fordított pénzeszközökből és kapacitásokból a kórházak töredékének rendbehozatalára futotta: a felújítási hányad az egészségügyi ingatlanok állóeszköz-értékének évente mindössze 2,5-3,2 százaléka. Ez a hányad pedig az épület-állomány 35-40 évenkénti - az ujjáépítés-szükséglettel azonos nagyságrendű - renoválását teszi lehetővé.

Az elmaradt rekonstrukciók, töredékesen végrehajtott és elhuzódó felújítási, karbantartási munkálatok miatt a kórházakban az abszolút túlhasználódás szimptomái léptek fel: a 70-es évekre növekedni kezdett az élet- és összeomlásveszély miatt több évre bezárt kórtermek, részlegek hányada - évente mintegy 3-4000 ágy itéltetik tartós kényszer-szüneteltetésre. A növekvő építőipari árak és krónikus kapacitáshiány mellett mindez mára a legnehezebben behozható, legköltségigényesebb, és a betegek gyógyulását legjobban veszélyeztető lemaradáshoz vezetett, fokozva a gyógyulás esélyeinek és a betegség ~~th~~herviselésének társadalmi különbségeit.

A helyzetet súlyosbitja az egészségügyön kívüli szociálpolitikai formák hiányaiból és hézagaiból a gyógyító-hálózatra, ezen belül is elsősorban a kórházakra háruló

többlet-feladatok sora. Az öreggondozás formáinak és hálózatának elégtelen volta, a szociális otthoni férőhelyek alig-alig bővülő mennyisége miatt ma a kórházak végeznek öreggondozási feladatokat^{x/}; őket terheli a szanatóriumok, a rehabilitációs intézmények, de az elfekvők hiánya is. Az ápolás és gyógyítás megoldatlansága folytán pedig ma az un. aktiv kórházi ágyak 20-40 százalékán krónikus betegek fekszenek, ami miatt viszont relative szűkösebbekké váltak az akut betegek gyógyításának feltételei is. Minthogy így az akut betegek egy részének megfelelő és hatékony gyógyítására nem kerül kellő időben sor, a korábban említett társadalmi, gazdasági tényezők mellett emiatt is növekszik a krónikussá váló betegségek és betegek száma.

A hiány e felfokozott állapotában, a várakozók és a bentlévők ellátatlanságának nyomása alatt rövidül az ápolás tartama /az átlagos ápolási idő 1952-ben még 17,9 nap

x/ Itt megint a társadalmi változások egy olyan következményéről van szó, amelyre a megfelelő válaszadás mind a mai napig várat magára:

Az elmúlt évtizedek gazdasági és társadalmi szerkezet-változásait nagymérvű területi átrétegződés, a népesség települések közötti mozgásainak mindvégig élénk folyamata kíséerte. Különösen a hatvanas évek közepétől, a fiatalabb, mozgékonyabb rétegek jelentős áramlása indult meg a települési hierarchia magasabb lépcsőfokai felé. A következmény, hogy az idős korosztályban megnőtt az amugy is rossz infrastrukturális feltételek /gyenge bolti ellátás, rossz közlekedési viszonyok stb./ között, és sokszor igen alacsony jövedelemből élő, egyedül maradt öregek részaránya, akiknek családtagjai számos esetben tőlük távol, esetleg többszáz kilométerre élnek. Így ellátásuk - különösen, ha betegek lesznek - ma tömegméretekben teljesen megoldatlan. Az orvosokkal készített interjúk rendszeresen visszatérő témája volt ez a kérdés. Csaknem mindenütt beszámoltak arról, hogy - különösen télen - egyszerűen nem tudnak más megoldást a magányos, öregek betegek számára, mint kórházba utalni őket, ahol legalább fűtés van és enni adnak nekik.

volt, 1981-ben már csak 14,1/, és a betegek nem kis hányada félig-gyógyultan, a kelletténél és az indokoltnál rövidebb bent-fekvés után kénytelen távozni.

A kórházi ellátás hatékonyságát veszélyezteti továbbá az alulműszerezettség, a műszerek korszerűtlensége, illetőleg az elosztásukban a gyógyítás szükségleténél dominánsabban érvényesülő hatalmi- és presztizs-viszonyok. A berendezések, műszerek állóeszköz-értékének évente 3,8-5,5 százalékát képviseli a felújításukra fordítható összeg, s ez dinamikában 19-27 évet jelent a "lecserélésig". A gyógyítás csökkentett eredményességét befolyásoló további tényező az is, hogy elavultak, s az időközbeni áremelkedésekhez képest mindenképpen ritkán, többéves lemaradásokkal kerülnek korszerűsítésre a kórházi gyógyszer- és élelmiszer-normák. A normatartás szigorú pénzügyi szankciókhoz kötött kényszere pedig a kórházakban sajátos, végülis a betegeket sújtó szükséggazdálkodáshoz, ál-takarékossághoz, és nyomában a beteg minden oldalú, teljes kiszolgáltatottságához vezet.

Mindezek a tények és feltétel-hiányok a kórházi gyógyításhoz való hozzájutás igen-igen nagy területi és társadalmi egyenlőtlenségeit eredményezik. A 10.000 lakosra jutó kórházi ápolások számában a betegség típusától függően 2,5-47 /!/-szoros területi egyenlőtlenségek mutatkoznak /és ez az index még semmit nem árul el a bekerülő betegek állapotának súlyosságáról, az állapotromlás társadalmi egyenlőtlenségeiről/.

A területi egyenlőtlenségek mértékét érzékelteti a különböző megyékben élő betegek kórházbejutási valószínűségeinek néhány arány-mutatója.

Eszerint a belgyógyászati betegek bejutási esélyei között háromszoros különbségek adódnak; a két szélső pólust Budapest, illetve Hajdu-Bihar képviseli. A fővárosban a 10.000 lakosra jutó ápolási esetek száma /a beteg lakóhelyének, s nem a kórház székhelyének alapulvételével/ 482,6, Hajdu-Bihar településeinek átlagában pedig 153,5 volt 1970-ben.

Még jelentősebb egyenlőtlenségek mutatkoznak az ortopédiai ellátásban: Borsod-Abauj-Zemplén megye lakosainak bejutási esélye 33,2, a csongrádiaké 3,3 tizezreléknyi volt az említett évben, s ez 10-szeres egyenlőtlenséget jelent.

A nép-betegségnek számító rákos daganatok minden bizonnyal azért is kerültek a vezető halálokok közé, mert a daganatos betegségek esetében a szó szoros értelmében életmentő jelentőségű, hogy a beteg idejekorán műtőasztalra kerül-e. Az onkológiai ~~ágyak~~ ágyakhoz való hozzájutás 17-szeres területi egyenlőtlenségei mellett^{x/} erre keveseknek van esélyük.

x/ 1970-ben Győr 10.000 lakosára 17,1, Csongrád megye népességére 1,0 ápolási eset jutott.

Ha nem a kórházi osztályok típusát, hanem a betegség jellegét vesszük alapul, akkor a számítások még markánsabb egyenlőtlenségeket mutatnak:

Egy miskolci vagy akár egy Tolna megyei lakosnak 24-szer nagyobb esélye van arra, hogy vesegyulladásával vagy vesekövével urológiai osztályra kerüljön, mint egy szabolcsinak. Ha pedig fog- és szájsebészeti beavatkozásra, műtétre lenne szükség, akkor egy Vas megyei lakos 56-szor nagyobb valószínűséggel jut megfelelő kórházi ápoláshoz, mint egy baranyai.^{x/}

Egy-egy megyén belül még további szisztematikus egyenlőtlenségeket jelez, hogy a falusi lakosok rendre kisebb valószínűséggel kerülnek kórházba, mint a városiak.

Ezt igazolják annak a két kórház-felvételnek az adatai, amelyek közül az elsőben a zalaegerszegi kórház ~~adatait~~ 1977. évi betegforgalmának anyagát dolgoztuk fel Antal Lászlóval közösen; a második felvételre Pásztón került sor, ahol Háber Judáttal az 1982. második félévében a pásztói kórházban ápolt betegek dokumentumait elemeztük. A zalaegerszegi megyei kórház elsősorban a megyeszékhely lakosainak állt rendelkezésére - annak ellenére, hogy

x/ A kórházbajutási esély-különbségekre vonatkozó számításokhoz alapul szolgáló adatok forrásai: A hospitalizált morbiditás struktúrája Magyarországon, ESZTIK, Bp. 1973; illetve: A kórházak területi megoszlása és igénybevétele Magyarországon, ESZTIK, Bp. 1971. - A területi esély-különbségek mérésére frissebb adatok, sajnos, nem állnak rendelkezésre.

"hivatalos" felvevőkörzete még a szomszédos megyékbe is átnyulik. Zalaegerszeg lakosainak bejutási esélye 94%-kal haladta meg a megye községi lakosaiét: a 10.000 lakosra jutó kórházi ápolások száma 169, illetve 87 volt.

A pásztoi kórháznak - a betegbeutalás hivatalos szabályzata szerint - elsődlegesen a járást kell kiszolgáltatnia /a megyében még két nagy kórházi komplexum van, Salgótarjában és Balassagyarmaton./ Az intézmény nem rendelkezik teljes vertikummal, csak un. alap-osztályokkal /belgyógyászata, sebészete, szülészete és gyermek-osztálya van/. A zalainál kiegyenlítettebb képet ez magyarázza; az esély-különbségek Pásztó és a járás községei között 20 százalékosak /Pásztó 10.000 lakosára évi 120, a járás községeinek lakosságára 101 ápolási eset jut./

A megyék közötti, illetve a megyéken belüli, települések közötti esély-egyenlőtlenségeket együttesen figyelembevéve, így végülis az ország különböző pontjain élők között egy-egy betegségcsoportban a beteg lakóhelyétől függő differenciálódás mértékét 10-80-szorosra becsülhetjük!

Az ápolás és ellátás társadalmi egyenlőtlenségei - mint ^{az} alábbi adatsorokkal igyekszem alátámasztani - részben követik, részben felerősítik a betegek ápolásának területi különbségeit, és megfordítva.

A mai kórházi helyzetben, a hiány, a zsúfoltság és a szelekció ~~jelzett~~ méretei mellett nem minden beteg kapja meg az orvosilag szükséges kezelést a kórházban, s tovább-

gondozást^{a/}, "befejező" gyógyítását - a családi ápolás "bekalkulása" mellett - vagy a szakrendelésre háritják át, vagy a beteg visszakerül a körzeti orvoshoz, aki megismételteti az előbb leirt kört: szakrendelésre vagy kórházba utalja. A betegség súlyosbodásával végülis előbb-utóbb újabb kórházi beutalásra kerül sor, stb.

Nagy vonalaiban így írható le tehát az a circulus vitiosus, amely a gyógyítás és ellátás valamennyi szintjén egyre működésképtelenebbé teszi az egész hálózatot.

Ez az a körforgó-rendszer, amely spirális módon és növekvő egyenlőtlenségek mellett óriásira duzzasztja és mammut-méreteiben fenntartja a sokat kárhozott, éves 110-120 milliós betegforgalmat.

S ez a háttere a messzemenően eltulzott és az említett strukturális feszültségekhez képest aránytalanul felnagyított hálapánzproblémának is:

Nem etikai kérdés, hanem e feszültségek mintegy természetes következménye, hogy a gyógyítás általános színelromlása ellenére a betegek és hozzátartozóik valahogy mégiscsak szeretnének megfelelő ellátást, gyógyulást, személyhez szóló bánásmódot, elemi gyógyszereket és alapos vizsgálatokat. S minthogy ez hálapénz nélkül csak a "csucson" lévőknek /vagy azoknak sem/ adatik meg a kiemelt kórházak és rendelőintézetek elkülönített hálózatában, a "többiek" - ha nincs összeköttetésük, nincs, amit "viszonzásul" felajánlhatnának - pénzzel igyekeznek megváltani a maguk számára a megfelelő ellátást.

Az adatok azonban azt jelzik, hogy a hálapénz általánosnak tudott elterjedtsége ellenére, a kedvezőtlenebb életfeltételek és települési viszonyok között élő társadalmi csoportok a megfelelő gyógyításhoz nem, vagy csak betegségük igen súlyos állapotában jutnak el. A "progresszív betegellátás" egész koncepcióját kérdőjelezi meg azok a tények, amelyek az MTA Szociológiai Kutató Intézetének "Életmód-egészség-betegség" kutatócsoportja^{x/} által 1977 és 1979 között Zala-megyében végzett kutatás során kerültek napvilágra.

E tények azt mutatják, hogy az ellátás magasabb lépcsőfokaihoz való hozzájutás lehetőségét mindenekelőtt a település típusa, ezen belül pedig a szolgáltatások "telephelyétől" való távolság határozza meg. Más szavakkal: az, hogy valaki kórházba vagy szanatóriumba kerül-e, nem elsősorban egészségi állapotának, betegségének a függvénye; még csak nem is feltétlenül azon múlik, hogy megengedheti-e magának az ellátás "zsebből való finanszírozását". A legerősebb különbségek aszerint jönnek létre, hogy van-e a közelben ellátás egyáltalán. Ha nincs /mint láttuk: a falusi lakosok számára gyakorlatilag nincs/,

x/ A kutatást Losonczi Ágnes vezette. A kutatócsoport tagjai voltak: Antal László, Makara Péter és a jelen tanulmány szerzője.

A kutatás 1600 zalai lakos kérdőíves megkérdezésére, illetve a körzeti orvosok által elvégzett általános egészségügyi szűrésük dokumentumaira támaszkodott. Célunk az volt, hogy feltárjuk az egészségi állapotnak az életuttal, az életfeltételekkel és - körülményekkel, valamint a korábbi betegségek gyógyításának történetével való összefüggéseit.