

OROSZ ÉVA:

AZ EGÉSZSÉGÜGYI RENDSZER FÖLDRAJZÁRÓL

„A földrajztudományon belüli közhiedelemmel ellentétben az egészségügy-földrajz nem egy ezoterikus és periférikus valami. *A földrajzi fogalmaknak és módszereknek az egészséggel összefüggő problémákra történő alkalmazására* – az így definiált – egészségföldrajzot a földrajztudomány fő áramába, annak kellős közepébe helyezi.” (HUNTER, 1974 p. 4)

Bevezető

Az 1970-es évek első felében egyre markánsabbá vált az emberi egészség térbeli kérdéseit kutató földrajztudósok megosztottsága: a betegségek különböző fajtái és a környezet (elsősorban, de nem kizárólagosan a természeti környezet) összefüggéseire koncentrááló tradicionális irányzat (a betegségek földrajza) mellett erre az időszakra önálló irányzattá terebélyesedtek az egészségügyi szolgáltatások területi elosztását, igénybevételük és hozzáférhetőségük térbeli összetevőit vizsgáló kutatások.¹ A kezdeti időszak számos, máig hatást gyakorló tanulmánya közül néhány azonban nemcsak az új irányzat létjogosultságát, hanem a két irányzat közötti kapcsolat szükségességét és lehetőségességét is bizonyította. Ezek közül a két legjelentősebb: PYLE, G. F. 1971-es tanulmánya, amely a szív- és rákbetegségek akkori és várható előfordulására alapozza Chicago egészségügyi igényeinek, létesítményeinek 1980-ra való előrejelzését (PYLE, 1971), valamint SHANNON, G. W. és DEVER, A. G. 1974-ben megjelent könyve, amely az első szintézisét jelenti az egészségügyi ellátás földrajza által felölelt kérdésköröknek és az addig felhalmozott tudásnak. (SHANNON – DEVER, 1974).

Míg a 70-es évek elején az egészségügyi rendszer földrajza önálló irányzatként csak az USA-ban volt jelen, az évtized végére már az USA-n kívül is – elsősorban Angliában, Kanadában és Ausztráliában – is jelentős irányzattá vált. (HOWE-PHILLIPS, 1983; THOUÉZ, 1983). Magyarországon az egészségügyföldrajz tradicionális ágazata jelentős történelmi múlttal és jelennel rendelkezik. Ezt – többek között – az is tükrözi, hogy az IGU „Geographia Medica” c. periodikáját a Magyar Földrajzi Társaság orvosföldrajzi szekciója adja ki. Az egészségügyi rendszernek és működésének térbeli problémáival foglalkozó tanulmányok azonban – néhány kivételtől eltekintve – szinte teljesen hiányoznak a magyar szakirodalomból², továbbá a meg-

lévők túlnyomó többsége is – kérdésfelvetéséből, szemléletéből eredően – az egészségügyi szervezés körébe sorolható.

Tanulmányunk néhány általunk különösen fontosnak (vagy csupán érdekesnek?) tartott kérdést ragad ki – vállalva a kiválasztás önkényességét, mind a témákat, mind a szerzőket tekintve. Van-e, lenne-e létjogosultsága Magyarországon az egészségügyi ellátás földrajzának: A magyar egészségügyi rendszer mely problémái igényelnék a társadalomföldrajzi („jóléti” földrajzi) szemléletű vizsgálatot? – Néhány megjegyzés erejéig ezekre a kérdésekre adandó válaszokhoz is szeretnénk hozzájárulni. Ebbe a tárgykörbe tartozó észrevételeinket azonban formailag is igyekeztünk elkülöníteni a tanulmány – ismertető jellegű – fő témájától.

Az egészségügyi rendszer földrajza főbb témaköreinek tárgyalása előtt azonban szükségesnek tartottuk, hogy egyrészt a tradicionális irányzatra, másrészt a történeti előzményekre is kitérjünk.

1. Történeti előzmények

„... a történeti megközelítés viszonyítási pontként szolgál a kutatásainkban bekövetkezett változásnak és haladásnak a megméretéséhez.” (SHANNON, 1980; p. 251)

Igaz, hogy az egészségügyi rendszer földrajza, mint a földrajztudományon belüli irányzat új, azonban legalább ennyire lényeges azt is tudnunk, hogy a tárgyalt problémák jelentős része már a múlt században is jelen volt – mind a szellemi életben, mind az egészségügy napi gyakorlatában. (Természetesen az adott kor gazdasági-társadalmi jellemzői, valamint kutatási módszerei jelentette más körülmények között.)

A múlt század közepén – végén számos tanulmány mutat rá a *szükségletek területi elosztása és az egészségügyi szolgáltatások térbeli elhelyezkedése* közötti ellentmondásra. MOUAT, J. 1881-ben a londoni kórházak elhelyezkedését a szegények lakóhelyeinek elhelyezkedésével hasonlította össze – hangsúlyozva a nem megfelelő elhelyezés káros hatását a szegények egészségi állapotára. (SHANNON, 1980).

Napjainkban is a szükségletek és a szolgáltatások területi elosztása közötti ellentmondás (az ellentmondás konkrét érvényesülési formáinak a feltárása) jelenti az egyik fő kihívást az egészségügyi rendszerek földrajzával – és persze az egészségügyi rendszerek működésével szemben is.

Nagy-Britanniában 1859-ben létesítették az első falusi „cottage” kórházat – elsősorban a falusi szegénység szociális és egészségi problémáinak enyhítésére, felismerve, hogy a falusi térségekben az egészségügyi szolgáltatások hiánya párosul a közlekedési nehézségekkel. Ez a probléma hívta életre az 1940-es évek közepén az USA-ban az ún. Hill-Burton kórházépítési törvényeket, amelyek elősegítették a falusi térségekben a kórházak építését, és ezáltal egészségügyi munkaerőt is vonzottak ezekbe a térségekbe. (ROEMER, 1985).

Azóta is több hullámban és több országban is felvetődött az a kérdés, hogy életképesek-e a kis falusi kórházak. (WHILE, 1978; SUPPLITT, 1982) Angliában pl. az egészségügypolitika is felismerte, hogy elhibázott volt a 60-as

évek elejének törekvése a kis kórházak megszüntetésére (DRURY, 1983). Magyarországon – feltételezésünk szerint – a következő években egyre nyilvánvalóbbá fog válni, hogy – a gazdasághoz hasonlóan – az egészségügyben is számos probléma forrását jelenti a „szervezeti piramis” talpzatának deformáltsága, azaz a közepes és kisméretű (elsősorban az időskorúakat és az egyszerűbb eseteket ellátó) kórházak hiánya.

A történeti előzmények (a fenti példákhoz hasonlóan) azonban a földrajztudományon kívül találhatóak. (BARRETT, 1980)

Az egészségföldrajz alapvető feladatainak klasszikus megfogalmazását sem földrajztudósoknak, hanem egy orvosnak tulajdonítja a szakirodalom. FINKE német orvos 1792-ben írta a következőket:

„Midőn valaki országról-országra haladva, leírja azok helyzetét, a termőföld állapotát, a levegő, a víz, az időjárás sajátosságait, és a lakosság által fogyasztott élelmiszereket; midőn valaki ábrázolja az életmódot, az egészséggel és betegséggel kapcsolatos szokásokat; és midőn valaki számot ad magukról a betegségekről, előfordulásukról a különböző országokban és a helyi gyógyító intézkedésekről; röviden, mikor valaki egyesíti mindazt, amit érdemes tudni egy ország egészségügyi helyzetéről, akkor senki nem tagadhatja, hogy ez a munka kiérdemli az egészségügyföldrajz elnevezést.” (SHANNON – DEVER, 1974 p. 2.)

Az egészségügyi rendszer földrajzának napjainkban is markáns irányzatát jelentik az egészségügyi szolgáltatások földrajzi (fizikai) elérhetőségét vizsgáló tanulmányok. Ez az irányzat büszkélkedhet a legjelentősebb (legközismertebb) történeti gyökerekkel. JARVIS elmeorvos 1851-ben írt tanulmánya³ az 1970–80-as évtizedekben – Jarvis törvénye néven – reneszánszát éli.

A 19. század közepén az USA-ban az elmebetegek számának nagymértékű növekedését észlelték – ez egyre inkább ráirányította a figyelmet az elmekórházak működésére is. Edward JARVIS elmeorvos azt vizsgálva, hogyan befolyásolja az új elmeegógyintézetek létesítése a környező lakosságnak az elmebetegek iránt tanúsított viselkedését megállapította:

„Az elmekórházak közelében élő emberek több pácienset küldenek azokba, mint a távolabb élők.” (JOSEPH – PHILLIPS 1984. p. 146.)

A távolságnak ezt az igénybevételre gyakorolt hatását JARVIS elsősorban annak tulajdonította, hogy a távolabb élőknek kevesebb az információjuk az elmeegógyintézetekről – azaz az *információ mennyisége csökken a távolság növekedésével*.

Bár JARVIS speciálisan az elmeegógyászat területén tárta fel a „távolsághatás” (distance decay) érvényesülését – tanulmánya lényegében RAVENSTEIN migrációra vonatkozó törvénye, valamint STEWART és ZIPF nevéhez fűződő későbbi általánosabb megfogalmazások történeti előzményének is tekinthető. (SHANNON – DEVER, 1974).

2. A tradicionális egészségföldrajz

Az egészségügyi rendszer földrajza az emberi egészség területi vonatkozásaiból csupán egy vékony réteget metsz ki. Helyének, szerepének, korlátainak be-

mutatásához szükség van a tradicionális ágazat, az ún. betegség-földrajz körvonalazására is. Többek között annak hangsúlyozására, hogy a hatalmas tudásanyagot, számos megközelítést és tudományos módszert felölelő tradicionális ágazat továbbra is dominál az egészségföldrajzon belül; és a környezeti ártalmak fokozódása új szükségleteket támasztott az ilyen jellegű kutatásokkal szemben.

Az egészségföldrajz fejlődését bemutató munkák alapján (PYLE, 1976; PYLE, 1979; HOWE, 1980; HUNTER, 1974; McGLASHAN, 1972; MAYER, 1982; McGLASHAN-BLUNDEN, 1983) négy fő irányzatot különíthetünk el: /1/ a *betegség-ökológiát*; /2/ a *földrajzi epidemiológiát*; /3/ a *betegségek területi terjedését*; valamint /4/ az *emberi táplálkozás problémáit vizsgáló tanulmányokat*.

A múlt században – a társadalom fő egészségügyi problémáiból, a sorozatos, pusztító erejű járványokból eredően – a fertőző betegségek és a természeti környezet közötti kapcsolatra irányult a földrajztudósok figyelme. A 20. század elején – az iparosodás hatásaként – a tudósok által vizsgált környezeti elemek között (a természeti környezet elsődlegessége mellett) egyre inkább szerepet kapnak a társadalmi, kulturális környezet elemei is.

Az 50-es években kialakuló, mindenekelőtt Jacques M. MAY⁴ nevével fémjelzett irányzat a *betegség ökológia* átfogó, elméleti magyarázatot keresett a betegség mibenlétére. MAY a *patológiai tényezők* (beleértve a betegséget kiváltó közvetlen okokat, a közvetítésben résztvevő tényezőket, valamint magát az embert) és a *földrajzi tényezők közötti* (May elnevezése szerint: a „*pathogens*” és a „*geogens*” közötti) *kapcsolatok* vizsgálatát tekintette az egészségügyföldrajz fő feladatának. A földrajzi tényezők közé: /1/ a fizikai (természetföldrajzi), /2/ az emberi és társadalmi, valamint /3/ a biológiai környezetet sorolta. (MAY, 1950)

Az egészség és betegség mibenlétének megértése – véleményünk szerint – alapvető az egészségügyi rendszer földrajza szempontjából is. Az egészség fogalma:

„... az ember (élő szövetei, sejtjei és a sejtek alkotóelemei) és a fizikai, biológiai és társadalmi-kulturális környezete közötti alkalmazkodás és harmónia állapotát jelenti. Az egészség egyenlő az ökológiai egyensúllyal. A betegség, másrészt a téves alkalmazkodás, diszharmónia, ökológiai egyensúlytalanság állapotának tekinthető.” (HOWE-PHILLIPS, 1983 p. 34)

Számos szerző hangsúlyozza ezen – ember és környezete közötti – egyensúly *dinamikus* voltát, másrészt a kapcsolat *kölcsönhatás* jellegét. (HUNTER, 1974)

Az egészségföldrajz lényegében ezen egyensúly, ill. egyensúlytalanság konkrét megjelenési formáit (ezek térbeli és időbeli változását) vizsgálja – különböző földrajzi környezetben, valamint az ember-környezet komplexumnak szűkebb vagy szélesebb metszetét bevonva a vizsgálatba, azaz különböző mértékben és módszerekkel törekedve ember és környezete kapcsolatának, ill. (a kapcsolat egy-egy szeletének) megértésére. Ezen a kapcsolatrendszeren belül az egészségügyi rendszer a *környezet egyik összetevőjének, a társadalmi környezetnek csupán egyik alkotóelemét jelenti*. Az egészségügyi rendszernek ez a helye egyben kijelöli az egészségügyi rendszer földrajzának a korlátait is; másrészt az igényt a környezet többi elemével való együttes vizsgálatára.

A szűkebben értelmezett egészségföldrajz másik fő irányzata: a „*földrajzi epidemiológia*”. Ez a megközelítés a különböző betegségek előfordulásának területi

szerkezetét (térbeli formáját) írja le. Az irányzat egyik alapvető módszere a „betegség-térképezés”, melynek területén az angol egészségügyföldrajz ért el kiemelkedő eredményeket. (HOWE, 1963, 1970) Ezen a témakörön belül a „*kapcsolat-analízis*”-nek is nevezett irányzat napjaink fejlett statisztikai (számítástechnikai) módszereivel vizsgálja a betegség és hipotetikus veszélyeztető faktorok közötti kapcsolatot.

„Röviden, az egészségügy-földrajzos feladata a betegség-adatok kidolgozása, összehasonlítása és térképezése, ezáltal annak kimutatása, hogy bizonyos egészségi állapot hol gyakori (vagy hiányzik); objektív statisztikai tesztek felhasználásával annak értékelése, hogy ezek a minták előfordulhattak-e vagy sem a véletlen következtében; a betegség és más területileg változó tényezők kiterjedése közötti egybeesés fokának mérése; és annak vizsgálata, hogy a kimutatott összefüggések oksági kapcsolatnak tekinthetők-e.” (McGLASHAN, 1972 p. 12)

Az elmúlt évtizedekben radikálisan átalakult a betegség-struktúra a fejlett országokban. Ennek hatására egyre nagyobb teret kap a krónikus betegségek (szív- és érrendszeri megbetegedések, rák stb.) vizsgálata az egészségügyföldrajzon belül. (MEADE, 1979; VERHASSELT, 1977; GREENBERG et al., 1980).

A *betegségek terjedésével* foglalkozó tanulmányok elsősorban a fertőző betegségek terjedési mechanizmusát vizsgálják (HAGGETT, 1972; 1976; HUNTER 1966; PYLE, 1980); ennek megértéséhez jelentősen hozzájárultak a történeti jellegű munkák is (pl. a 14. századi angliai pestisjárvány és a 19. századi kolerajárvány vizsgálata (HOWE, 1972)).

Lényegében külön irányzatnak tekinthető LEARMONTH, A. nevéhez fűződő ún. „*éhség-földrajz*”: az emberi táplálkozás problémaköre (elsősorban a fejlődő világban, de a fejlett országokban is) (LEARMONTH, 1978).

Az előzőekben már hangsúlyoztuk, hogy az *egészségügyi ellátás* a társadalmi környezet egyik alkotóeleme (amellyel mind a betegséget okozó környezeti tényezők, mind az ember kapcsolatban állnak). Következésképp működésének értékelése nem lehetsége (azaz a földrajzi szemléletű kutatása sem) az egészség-betegség térbeli vonatkozásainak vizsgálata nélkül. Az egészségügypolitikák számára legfontosabb következtetésként az *egyes társadalmi szférák közös cselekvési programjának* szükségessége adódik (az egészség védelmében, ill. helyreállításában).

Ebből a nézőpontból a magyar egészségügypolitika egyik fő feladata is az egyes társadalmi szférák (oktatás, lakásügy, környezetvédelem stb., és az egészségügy) közötti koordináció megteremtése, irányítása kellene hogy legyen; a kapcsolat formáinak megteremtése, fejlesztése helyi és országos szinten egyaránt.

3. Az egészségügyi rendszer földrajza: főbb témakörök

Milyen térbeli struktúrát alkotnak egy adott országnak (vagy annak egy kisebb térségének) egészségügyi szolgáltatásai (az egészségügyi intézmények és a munkaeör)? Hogyan viszonyul az egészségügyi ellátás területi elosztása népesség demográfiai jellemzőinek, ill. egészségi állapotának térbeli eloszlásához? A társadalom egyes csoportjainak társadalmi és térbeli helyzete milyen mértékben és milyen mecha-

nizmusokon keresztül korlátozza az egészségügyi szolgáltatásokhoz való hozzáférhetőséget? Milyen folyamatok alakítják az egészségügyi szolgálatok *igénybevételének*, (tényleges „használatának”) társadalmi területi egyenlőtlenségeit? Milyen értékeket kövessen az egészségügyi tervezés az egészségügyi rendszer meglévő területi struktúrájának értékelésekor és a struktúra alakításakor? Hogyan egyeztetethetők össze a gazdaságosság és az egyenlő hozzáférhetőség egymásnak sokszor ellentmondó követelményei, az egészségügyi szféra különböző szereplőinek — orvosok, páciensek, biztosító, állam stb. — ellentétes érdekei stb.? Az egészségügyi rendszer földrajzához sorolható kutatások a fenti alapvető kérdésekre (ill. azok valamilyen vonatkozására) keresik a választ.

A témáit és kutatási módszereit tekintve szerteágazó, számos más tudományágból merítő tanulmányok tematikai csoportosítására számos példát szolgáltat a szakirodalom. Ezek alapján az alábbiakat tekinthetjük az egészségügyi rendszer földrajza legmarkánsabb témaköreinek:

/1/ *Az egészségügyi rendszer területi szerkezetének vizsgálata.* Az elméleti leírástól (SHANNON-DEVER, 1974; PYLE, 1979) a különböző országok egészségügyi rendszereinek összehasonlító vizsgálatán keresztül (JOSEPH-PHILLIPS, 1984; MAYNARD, 1981; ROEMER, 1985) egy-egy kisebb térség egészségügyi szolgáltatásai (vagy azok egy része) által alkotott rendszer vizsgálatáig terjed a skála (GRIME-WHITELEGG, 1982; MULLNER-GOLDBERG, 1978). Elméleti gyökereit elsősorban a Christaller-i központi hely elméletből meríti. Számos kérdésben átfedi az egészségügyi szervezés témaköreit (pl. az egészségügyi rendszer hierarchizáltsága, az egészségügyi regionalizáció stb.).

/2/ *Az egészségügyi erőforrások* (mindenekelőtt az orvosok *területi eloszlásának* különbségei), valamint az erre ható tényezők. Meg kell különböztetnünk a makroszintű és mikroszintű megközelítéseket. A makroszintű tanulmányok — különböző aggregáltsági fokon — elsősorban az egyes földrajzi egységek ellátottságának szintjeit (orvos-lakosság, orvos-kórházi ágy stb. arányszámokat) hasonlítják össze — legtöbbször az országos átlaggal, ritkábban a halandóság területi különbségeivel (PHILLIPS, 1981; HAYNES, 1985; PALMER et al, 1979). A mikroszintű tanulmányok elsősorban az orvosok településválasztását befolyásoló tényezőkre koncentrálnak. (KNOX-PACIONE, 1980; HAYNES-BENTHAM, 1979)

/3/ *Az egészségügyi szolgáltatások hozzáférhetősége és igénybevétele.* A *hozzáférhetőség* és az *igénybevétel* problémakörének központi kérdése azonos: a népesség valóságos szükségletei hogyan — milyen tényezők által korlátozva, milyen mechanizmusokon keresztül, milyen társadalmi-területi különbségekkel — transzformálódnak át a szolgáltatások iránti keresletté és azon keresztül az egészségügyi ellátás igénybevételévé.

A két megközelítés közötti *viszonylagos* különbség — leegyszerűsítve — úgy fogalmazható meg, hogy míg az igénybevétel nézőpontjából a szerzők elsősorban az egészségügyi szolgáltatással kapcsolatba került népesség társadalmi-területi különbségeinek vagy az egyéni magatartási mintákat alakító tényezőknek a vizsgálatán keresztül törekednek megadni a választ a fenti kérdésre; addig a hozzáférhetőség nézőpontjából elsősorban a gazdasági-társadalmi-települési és egészségügyi rendszeren belüli korlátozó tényezők vizsgálatára helyeződik a hangsúly. Ez utóbbi témakörben az

elméleti fogalmi megközelítéstől, a hozzáférhetőséget korlátozó tényezők különböző csoportjainak empirikus vizsgálatán át az *elérhetőségnek* lényegében csak a távolság dimenzióját figyelembevevő tanulmányokig terjed a skála. (PENCHANSKY-THOMAS, 1981)

Az igénybevétel témakörébe sorolható tanulmányok sokasága vizsgálja a *távolságnak az igénybevételre gyakorolt inverz hatását* (ennek érvényesülését, ill. az érvényesülést módosító tényezőket) – a szolgáltatások különböző típusaira és különböző települési környezetben. A tanulmányok más csoportja elméleti modellekbe foglalja az igénybevételre ható tényezőket. (Ezek a törekvések szoros kapcsolatban állnak a társadalomföldrajznak a szolgáltatások általános problémáit vizsgáló irányzatával.) A tanulmányok egy harmadik csoportja elsősorban a beteg-magatartás egészségügy-pszichológiai szemléletű vizsgálatán keresztül közelít az igénybevétel területi különbségeihez.

4/ *Az egészségügyi tervezéshez* (közvetlenül vagy csak közvetve) kapcsolódó tanulmányok – elsősorban az USA-ban – négy problémakör köré csoportosulnak:

„1/ a kórházak területi elhelyezése és használata; 2/ a Sürgősségi Szolgálat területi elhelyezése és használata; 3/ az orvosok területi eloszlása; 4/ az elmeegészségügyi intézmények igénybevételének területi aspektusai.” (PYLE, 1983 p. 95)

A *makroszintű tervezésbeli* alkalmazás legmarkánsabb példája az angliai RAWP (Resource Allocation Working Party) elnevezés alatt közismert finanszírozási rendszer (az angol kórházi ellátás finanszírozásának rendszere), amely az egészségügyi régiók közötti területi különbség csökkentésére, a *szükségletek területi különbségeihez igazodó erőforrás-elosztásra* törekszik. (A szükségletek mérésére a standardizált halálzási arányszámokon alapuló számítási módszert alkalmaz a RAWP.) (DHSS, 1976)

Az egészségügyi rendszer földrajzának irányzatai között nem húzható éles határ – az előzőekben vázolt kérdéskörök szoros tartalmi kapcsolatban állnak egymással. Például az egészségügyi szolgáltatások területi rendszere (a kórházak térbeli koncentrációjának mértéke) nagyban befolyásolja az ellátás elérhetőségét; az orvosellátottság területi különbségei a hozzáférhetőség egyenlőtlenségeinek *egyik* jelzőszámaként is használatosak; a kórház telephelyének kiválasztásához szükséges az igénybevételre ható tényezők figyelembe vétele stb.

Az egészségügyi rendszerrel foglalkozó területi kutatások számos más tudományág megközelítéseiből, módszertanából merítenek – ezek sorában elsősorban a társadalomföldrajzot, szociológiát, epidemiológiát, demográfiát, egészségügy-gazdaságtant, egészségügyi szervezést, matematikai-statisztikát kell megemlítenünk.

A területi folyamatok, egyenlőtlenségek egyben társadalmi folyamatok, egyenlőtlenségek térbeli vetületét is jelentik. (Pl. a halandóság területi különbségeiben a társadalmi rétegek közötti különbség a települések eltérő társadalmi struktúrájának közvetítésével jelenik meg.) A területi-társadalmi dimenziók összefonódása különböző mértékben tükröződik az egészségügyföldrajzi munkákban. Hangsúlyozva a kivételek létét, azt állapíthatjuk meg, hogy az egészségügyi rendszer földrajza még csak a kezdeti lépéseket tette meg a jelenségek társadalmi és területi dimenziói kölcsönhatásainak megértésében.

4. Egészségügyi rendszerek – egészségügyi ellátás földrajza

Ahogy az egyes országok egészségügyi rendszereinek (felépítésüknek, funkcionálásuknak) sajátos, markáns jegyei vannak, úgy sajátos vonások mutathatók ki az egészségügyi rendszer földrajzi, területi jellegzetességét vizsgáló társadalomtudományi kutatásokban is. Ezért vizsgálatot érdemelnek az alábbi kérdések:

/1/ hogyan befolyásolták az egyes egészségügyi rendszerek fő jellemzői, problémái a kutatásokat, pontosabban az egyes rendszerek közötti különbségek hogyan érhetőek tetten az egészségügy földrajzi kutatások különbözőségében; másrészt

/2/ a tudományág eredményei hogyan hatottak az egészségügyi rendszerekre, mindenekelőtt az egészségügyi tervezésre.

Válaszunk azonban csak a két legmarkánsabb irányzat – az angol és az amerikai – közötti különbségek vázolására szorítkozik.

Angliában 1946-ban létrehozták az Állami Egészségügyi Szolgálatot (NHS), melynek egyik fő alapelve volt:

„... olyan egészségügyi szolgáltatás megteremtése, amely mindenki számára hozzáférhető, függetlenül az anyagi helyzettől, kortól, nemtől, foglalkozástól, lakóhelytől és a biztosítás módjától.” (CULYER, 1976, p. 113)

Ezt az ellátás gyakorlatilag ingyenessé tétele mellett az egészségügyi rendszer struktúrájának és működtetésének átalakításával is próbálták elérni. A kórházak állami intézmények lettek; a szolgáltatások fejlesztését elsősorban a társadalmi és területi különbségek csökkentését célul tűző egészségügyi tervezés (az adminisztráció döntései) és nem a piaci hatások befolyásolták. Ezáltal – részben a gyorsan jelentkező pozitív hatások következtében is – kevésbé nyilvánvaló formában jelentkeztek és később kerültek az érdeklődés középpontjába a területi problémák mint az alapvetően piaci rendszerű USA egészségügyben. Ennek is következménye, hogy Angliában USA-hoz képest jelentős késéssel bontakoztak ki az egészségügy-földrajzi kutatások. (HOWE-PHILLIPS, 1983)

Az egészségügyi rendszer által felvállalt egyenlőség eszméből következően az egészségüggyel kapcsolatos társadalomtudományi kutatásokban az egyik legmarkánsabb kérdés, hogy az NHS mennyire volt képes, ill. mennyire nem az egyes társadalmi rétegek egészségi állapota egészségügyi ellátáshoz való hozzáférhetősége közötti különbséget megszüntetni. A területi-társadalmi egyenlőtlenségekre vonatkozó egyik legnagyobb hatású koncepciót – az inverz ellátás törvényét (inverse care law) – HART, J. T. angol szociológus fogalmazta meg:

„Azokban a térségekben, ahol több a megbetegedés és a halálozás, az általános orvosoknak több a munkája, nagyobb a körzetének a lakosság száma, rosszabb a kórházi háttere ..., mint az egészségesebb térségekben; a kórházi orvosok nagyobb esetszámot látnak el kevesebb személyzettel és felszereléssel, elavultabb épületekben ... Ezek a tendenciák úgy összegezhetők, mint az inverz ellátás törvénye: a jó orvosi ellátás elérhetősége inverz módon változik a lakosság szükségletéhez viszonyítva.” (HART, 1975 p. 189)

Az USA alapjában piaci viszonyokon nyugvó egészségügyi rendszerében szembeötlőek voltak és maradtak az egyenlőtlenségek – az intézmények területi elhelyezkedésében, az orvos-ellátottságban, a szolgáltatások igénybevételében. Ez

ösztönzően hatott a kutatások korai kialakulására; továbbá az a felismerés is, hogy számos országhoz képest az USA lakosságának egészségi állapota a 60-as évtizedben *relatív*e romlott. Másrészt a piaci viszonyok szemléletén alapulva a mikroszintű, a „keresleti” oldalból kiinduló vizsgálatok domináltak. Például annak vizsgálata, hogyan befolyásolják a fogyasztók viselkedésének, „utazási magatartásának” jellemzői (időbeli és pénzbeli költségei) az intézmények, orvosok igénybevételét, területi elhelyezkedését. Ez az irányzat lényegesen kisebb mértékben található meg Angliában.

Hangsúlyozzuk, hogy az előbbi tendenciák bemutatásakor erős leegyszerűsítéshez folyamodtunk – ahogy erre kényszerülünk a magyar egészségügy számára adódó következtetések megfogalmazásakor is. Az egészségügyi politikának és tervezésnek a területi problémák iránti érzékenységének a hiánya Magyarországon abból is fakad, hogy számos, tervezett globális mutatóban (pl. 1 körzeti orvosra jutó lakosok száma, 10 000 lakosra jutó kórházi ágyak száma) az egészségügyi rendszer jelentős eredményeket ért el. Azonban a különbségek – kevésbé nyilvánvaló módon – számos, az egészségügyi tervezés látóköréből kieső – nagyfontosságú – területen fennmaradtak, sőt növekedtek.

A tervezés szemlélete, módszere megrekedt azon a szinten, ami a hálózat kiépítése, kiugró aránytalanságok („fehér foltok”) megszüntetésének időszakában még indokolt volt – a nagyobb létesítményekben, globális (túlzottan aggregált) mutatószámokban való gondolkodásnál.

5. A távolság hatása az igénybevételre

A „legföldrajzibb” tényező az ellátást nyújtó intézmény *távolsága* (egyrészt a potenciális igénybevevők lakóhelyétől, másrészt más egészségügyi intézményektől). Így érthető, hogy az egészségügy földrajzi kutatásokban kiemelkedő szerepe van az olyan kérdések vizsgálatának, mint pl.:

/a/ Hogyan befolyásolja a távolság (a távolság növekedése) az ellátás igénybevételét?

/b/ Milyen szerepe van az igénybevételre ható többi tényezők között?

/c/ A távolságnak az igénybevételt jelentősen korlátozó hatása esetén milyen következtetések (és milyen lehetőségek) adódnak az egészségügyi tervezés számára?

A tanulmányok egyik irányzatát az empirikus kutatások jelentik, amelyek többsége egyrészt igazolja a távolság igénybevételt korlátozó hatását, másrészt azt tükrözik, hogy ez a hatás igen különböző mértékben és módon érvényesül a potenciális páciensek társadalmi jellemzői, a betegségek fajtái, az egészségügyi szolgáltatások fajtái, valamint a települési környezet szerint. A tanulmányok másik csoportja elméleti keretekbe, modellekbe foglalja az igénybevételre ható fontosabb tényezőket – és ebben a rendszerben törekszik a távolság szerepének, hatásának értelmezésére.

A távolság-hatás elméletének lényegét SHANNON és DEVER már említett könyvükben így foglalják össze:⁵

„... az emberek elhelyezkedése és társadalmi cselekvése területileg rendezett... Ez az eloszlási minta feltételez /1/ központi magot, azaz azt a területet, ahol a megfigyelt jelenség koncentrációja a legnagyobb, és /2/ a jelenség sűrűségének folyamatos csökkenését, ahogy a magterülettől való távolság növekszik. Ez utóbbi aspektus a „távolság csökkenő függvényének” nevezhető.” (SHANNON-DEVER, 1974 p. 92)

Nemcsak az elméleti alapokat, hanem a használt modelleket is a társadalomföldrajz egyéb ágaitól vette át az egészségügyi rendszer földrajza. (SHANNON-BASH-SHUR-METZNER, 1969) Ezek közül a két legismertebb és leggyakrabban használt (PYLE, 1974):

/1/ a gravitációs modell, ill. – annak egyszerűsített formája – a Pareto-függvény;

$$P_{ij} = \frac{a}{D_{ij}^b}, \text{ ahol } P_{ij} \text{ az } i\text{-ben lakó, } j\text{-beli kórházat igénybevevők számát, } D_{ij} \text{ az } i \text{ és } j \text{ közötti}$$

távolságot jelenti; a, b pedig – az empirikus adatokból meghatározandó – konstansok. (b alacsony értéke relatíve könnyű hozzáférhetőséget, magas értéke pedig korlátozott hozzáférhetőséget jelez.)

/2/ az exponenciális modell:

$$P_{ij} = \frac{a}{e^{bD_{ij}}}, \text{ ahol } e \text{ a természetes logaritmus alapja (a többi jelölés megegyezik a Pareto-}$$

függvénynél alkalmazottakkal.)

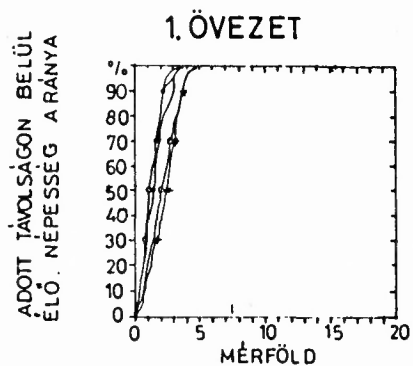
Az elméleti modell és a valóságban végbemenő folyamatok között (ez esetben is) igen lényeges a különbség. Az empirikus vizsgálatok fő tanulsága éppen az, hogy a települési, társadalmi tényezők, valamint az egészségügyi ellátás sajátosságai miként alakítják ki (ill. korlátozzák, módosítják) az általános összefüggés konkrét érvényesülését.

A vizsgálatok kimutatták – többek között –, hogy a távolságnak az igénybevételre gyakorolt inverz hatása /a/ kevésbé érinti a szakorvosi, mint a körzeti (általános) orvosi ellátást; továbbá kevésbé érvényesül a nagy, szélesebb skálájú specializációval rendelkező kórházak esetében – a kisebb, kevésbé specializált kórházakhoz viszonyítva (MORRILL-EARICKSON, 1968). /b/ a falusi térségekben egyértelműen kimutatható, míg a nagyvárosokban a kórházak közötti választás lehetősége erőteljesen módosítja ezt az összefüggést. (McGUIRK-PORELL, 1984); /c/ lényegesen különböző az egyes társadalmi rétegeket tekintve. (PARKIN, 1979; PHILLIPS, 1981; ROGHMANN-ZASTOWNY, 1979)

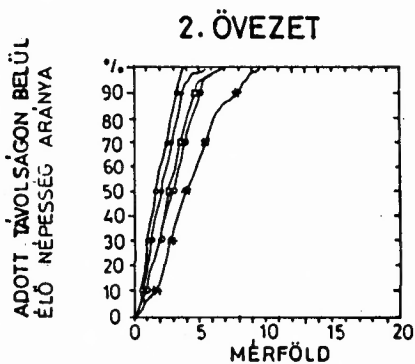
A fejezet hátralevő részében néhány olyan tanulmány központi gondolatának a vázolására törekszünk, amelyek – véleményünk szerint – jelentősen hozzájárultak a távolság szerepének árnyaltabb, differenciáltabb megközelítéséhez.

/1/ SHANNON és szerzőtársai Cleveland nagyvárosi térségének kórházhálózatát vizsgálva kimutatják, hogy a kórházhálózat hierarchizáltságából és a település szerkezetéből adódó hatások összefonódnak. Azaz igaz, hogy a specializáltabb kórházak általában nagyobb kiterjedésű vonzaskörzettel rendelkeznek (távolabb esnek a páciensek jelentős részétől), azonban ez a hatás lényegesen kevésbé jelentkezik a város belső övezetében lakók esetében, mint az előváros külső övezetében.

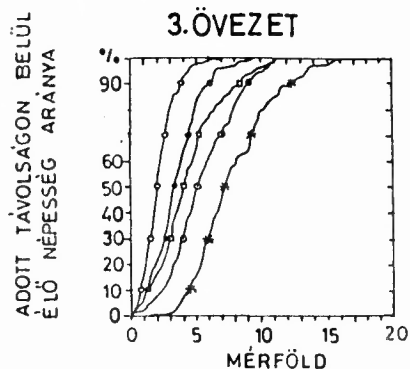
A KÖRHÁZI ELLÁTÁS FÖLDRAJZI ELÉRHETŐSÉGE LAKÓÖVEZETENKÉNT



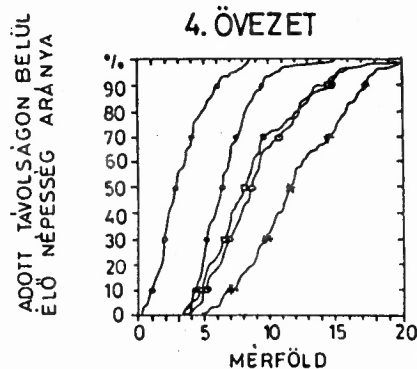
A KÖRHÁZI ELLÁTÁS SZINTJEI
○ 1 ● 1-2 □ 1-3 ○ 1-4 * 1-5



A KÖRHÁZI ELLÁTÁS SZINTJEI
○ 1 ● 1-2 □ 1-3 ○ 1-4 * 1-5



A KÖRHÁZI ELLÁTÁS SZINTJEI
○ 1 ● 1-2 □ 1-3 ○ 1-4 * 1-5



A KÖRHÁZI ELLÁTÁS SZINTJEI
○ 1 ● 1-2 □ 1-3 ○ 1-4 * 1-5

LAKÓÖVEZETEK:

- 1 BELSŐ VÁROSI
- 2 KÜLSŐ VÁROSI
- 3 BELSŐ ELŐVÁROSI
- 4 KÜLSŐ ELŐVÁROSI

KÖRHÁZI ELLÁTÁS SZINTJEI

- KIS, HELYI KÖRHÁZ
- NAGYOBB, HELYI KÖRHÁZ
- TERÜLETI KÖRHÁZ-KEVÉSBÉ SPECIALIZÁLT
- NAGYOBB TERÜLETI KÖRHÁZ
- MAGASABB SPECIALIZÁCIÓ
- * NAGY OKTATÓ - KUTATÓ KÖRHÁZ

1. ÁBRA

FORRÁS: [SHANNON ET AL, 1975, P 34]

„Valójában a Belső Városi Zóna lakosságának 90 %-a közelebb (3,5 mérföldön belül) van az 5. szintű kórházhoz (a hierarchia csúcsán lévő, specializált oktató kórház – O.É.), mint a 4. Zóna (Külső Elővárosi Zóna – O.É.) lakosságának 42 %-a bármely kórházhoz (4,2 mérföld).” (SHANNON et al., 1975 p. 32)

/2/ Kanada egy falusi térségében (ahol egy ún. „cottage” kórház nyújtotta az általános orvosi ellátást) végzett vizsgálat szerint:

„a távolság egyaránt gyakorol pozitív és negatív hatást is a beteg-magatartásra. Minél távolabb él az egyén az orvostól, annál valószínűbb, hogy érzékenyebben reagál a betegségre, azonban a távolság nagyobb mértékben tartja vissza a tényleges igénybevételtől, mint az orvoshoz közelebb lakót.” (GIRT, 1973, p. 161)

A két hatásnak eredőjeként a legtöbb betegség esetében a kórháztól való távolság növekedésével egy bizonyos pontig nő az igénybevétel valószínűsége, és csak az adott pont után kezd érvényesülni a távolság „inverz” hatása.

/3/ Nemcsak a távolság szerepének és a kórházi rendszernek a vizsgálatában, hanem magának az egészségügyi rendszer földrajzának kialakulásában is jelentős szerepe volt a 60-as évek második felében a „Chicago Regional Hospital Study” néven ismert kutatási programnak. (DeVISE, 1968; MORRILL-EARICKSON, 1968a). Ennek egyik legismertebb tanulmányában MORRILL, EARICKSON és REES szerzőhármas Chicago nagyvárosi körzetében vizsgálva kimutatta, hogy a páciensek és a kórházak közötti távolság elsősorban nem közvetlenül befolyásolta a kórházak igénybevételét. (MORRILL-EARICKSON-REES, 1970) A legtöbb esetben ugyanis az általános orvos és nem a páciens választja meg a kórházat – így az általános orvosok területi eloszlásának és a beteg orvosválasztását befolyásoló tényezőknek a „közvetítésével” érvényesült a távolság hatása. A kórháztól való távolságnak (ill. a kórház közelségének), mint az *orvosok területi elhelyezkedését* befolyásoló tényezőknek volt jelentős szerepe.

„Az orvosok nagyobb sikerrel képesek csökkenteni a kórházba való utazás távolságát, mint a páciensek képesek akár az orvoshoz, akár a kórházakba történő utazásukat.” (MORRILL-EARICKSON-REES, 1970, p. 162)

/4/ HAYNES, R. M. és BENTHAM, C. G. a falusi jellegű Norfolk megyében, Norwich vonzáskörzetében, végzett vizsgálatukban kimutatták, hogy a távolság más-ként befolyásolja az ellátás hozzáférhetőségét a krónikus betegséggel rendelkezők esetében, mint azok esetében, akik nem rendelkeznek krónikus betegséggel. (HAYNES-BENTHAM, 1982)

A krónikus betegségben szenvedők esetében csak két nagy csoport között volt – a szignifikancia vizsgálat által is kimutatható – különbség mind a körzeti orvosi ellátás, mind a járóbeteg szakorvosi ellátás igénybevételében. Nevezetesen a városban lakók és a városon kívül lakók között. Ez a területi különbség eltérő mértékű volt a nemek, életkor, foglalkozás, valamint a gépkocsival rendelkezés alapján képzett alcsoportok esetében. *Az egészségügyi ellátást leginkább igénylő csoportok* (a 65 éven felüliek, a fizikai munkások és a gépkocsival nem rendelkező háztartások) *esetében volt a legnagyobb a falu-város közötti egyenlőtlenség az ellátás igénybevételében.*

A krónikus betegségben nem szenvedők esetében a falvak legjobb és legrosszabb helyzetű csoportja közötti különbség bizonyult szignifikánsnak. Azaz a Norwich-höz közeli és körzeti orvossal rendelkező falvakban élők lényegesen nagyobb

hányada vette igénybe a körzeti orvosi szolgálatot, és a járóbeteg szakorvosi ellátást, mint a Norwich-tól távoli, körzeti orvossal nem rendelkező falvakban élők. Ez a *településcsoportok közötti különbség* a legfiatalabb korcsoport, a nők és az autóval rendelkező háztartások, tehát a *relatív gazdagabb, mobilabb és egészségesebb csoportok esetében volt a legnagyobb.*

15/ MAYER, J. D. tanulmányának fő mondanivalója, hogy a távolság hatásának vizsgálatakor nem lehetséges az ellátás egyes fő szakágait, azaz a belgyógyászatot, sebészetet, szülészeti stb. homogénnek tekinteni, hiszen ezek a tevékenységek hierarchikusak (különböző kórházak különböző bonyolultságú vizsgálatokat és műtéteket végeznek). Rhode Island állam (kb. 900 000 lakos) 15 kórházának (a legkisebbek 39 és 77 ágyas, a legnagyobb közel 800 ágyas) betegforgalmát vizsgálva a szerző megállapítja, hogy a sebészeti eljárások egy része (pl. a vakbélműtét) nagymértékben „érzékeny” a távolságra (a páciensek kb. 70 %-ának lakóhelye és a kórház közötti távolság kisebb, mint 15 perc); a sebészeti eljárások másik része (pl. szívműtétek) esetében nem a távolság, hanem a kórház mérete volt a meghatározó. Alapvető fontosságúak a tervezés számára megfogalmazott következtetései — azaz arra a kérdésre adott válasz, hogy milyen mértékben szükséges centralizálni a kórházi szolgáltatásokat.

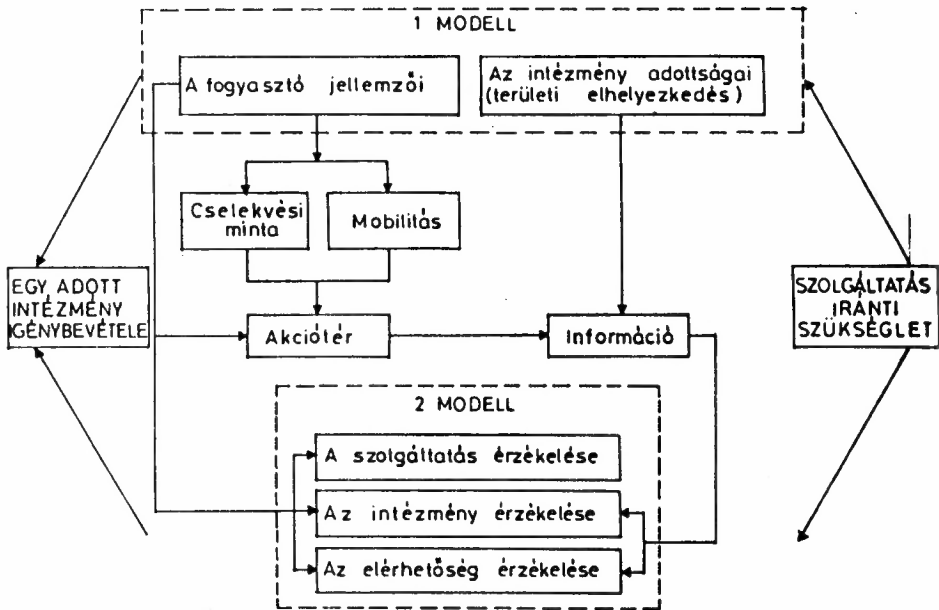
„A közönségesebb eljárások eredményessége a kisebb vonzáskörzetű helyi kórházakban nem különbözik lényegesen a nagyobb kórházakban elvégzett eljárásoktól, és nem kíséri a méretből fakadó gazdaságtalanság. Ezen túl, mialatt az eljárást gazdaságosan és ártalmas kimenetel nélkül el lehet végezni a *helyi kórházban*, a páciensek hozzáférhetősége is sokkal nagyobb. Amikor ezek a körülmények állnak fenn, az eljárásokat valószínű, hogy decentralizálni kellene.” (MAYER, 1983; p. 826)

Logikusan adódik a kérdés, ha ezek a vizsgálatok a lényegesen jobb közlekedési feltételek, a gépkocsitulajdonosok magasabb aránya mellett; továbbá a magyar kórházak esetében viszonylag kis távolságnak tekinthető értékek (pl. 20 km) után a távolság erőteljesen korlátozó hatásáról számolnak be — nem lenne-e szükség ilyen jellegű vizsgálatokra Magyarországon is? Többek között annak vizsgálatára, hogy a kórházi ellátás egyes szféráiban, mint pl. az időskorúak kórházi ellátása, nem lenne-e szükség egy lényegesen decentralizáltabb intézményhálózatra?

Az elméleti megközelítések közül az egyik legjelentősebb JOSEPH, A. E. — POYNER, A. által leírt modell — amely összekapcsolja a tradicionális szociológiai jellemzők szerepét hangsúlyozó irányzatot a pszichológiai jellegű (a személyes „érzékelés” szerepét hangsúlyozó) megközelítéssel. (JOSEPH-POYNER, 1982) Az összekötő kapcsot az „akció-tér” koncepciója jelenti.

Az alapvető — megválaszolendő — kérdést az jelenti, hogy az (egyén által) felismert szükséglet miként transzformálódik át egy adott (egészségügyi) intézmény használatává. Az 1. (hagyományos) modell válasza: az igénybevétel különbségeit a fogyasztók jellemzőinek és az intézmények tulajdonságainak különbségei magyarázzák. Ez utóbbinak egyik eleme a *térbeli elhelyezkedés*. A 2. modell a szolgáltatásokra, létesítményekre, valamint azok elérhetőségére vonatkozó személyes „érzékelés” különbségeire vezeti vissza az igénybevétel különbségeit. A két modell között az „akció-tér” koncepciója teremt hidat:

ELMÉLETI KERETEK A KÖZSZOLGÁLTATÁSOK IGÉNYBEVÉTELÉNEK EMPIRIKUS VIZSGÁLATÁHOZ



2. ÁBRA

FORRÁS: [JOSEPH - POYNER 1982, P.265]

„... a fogyasztók olyan jellemzői, mint a kor, nem, foglalkozás, jövedelem szisztematikusan befolyásolják a személyes mobilitást és tevékenység-mintát, amelyek együtt kijelölik az akció teret, azaz azt a térséget, amelyekre az egyén ismeretei és értékei vonatkoznak.” (JOSEPH-POYNER, 1982, p. 264)

Az *akciónter* és az *intézmények elhelyezkedése* (azaz a távolsága) befolyásolja az egyén számára – a választható szolgáltatásokról – elérhető *információt*; az *információnak az elérhetősége* pedig befolyásolja az egyénnek a *szolgáltatásokra* és azok elérhetőségére vonatkozó „*érzékelését*”; ezen keresztül a szolgáltatás *igénybevételére* vonatkozó döntését.

A vázolt elméletet maguk a szerzők is elsősorban kiindulópontnak tekintik – a szolgáltatások igénybevételére (valamint ezen belül a területi tényezők szerepének mélyebb megértésére) irányuló további kutatásokhoz.

6. Az egészségügy területi-funkcionális rendszere: koncentráció és elérhetőség

Az egészségügyi rendszerek egyik alapvető ellentmondása a koncentráció és az elérhetőség ellentétes követelményei között feszül.

Az elmúlt 2-3 évtizedben az egészségügyi technika rohamos fejlődése alapvető hatást gyakorolt az egészségügyi rendszerek működésére, szakmai és területi struktúrájára. Az egyre bonyolultabb és drágább technika — az ezeket felhasználó — kórházi ellátás koncentrációját ösztönözte. Az új technika egy részét ugyanis csak nagy vonzáskörzettel rendelkező központi kórházakba gazdaságos telepíteni (részben a kezelendő betegek relatíve kis száma miatt).

Másrészt azonban az egészségügyi rendszerek „filozófiájának” egyik alappillére az, hogy az egészségügyi ellátás mindenki számára elérhető legyen. *A gazdaságosság és az elérhetőség ellentétes követelményei közötti kompromisszumként az egészségügyi rendszerek regionalizációja bontakozott ki.* (ROEMER; 1977, 1979)

A regionalizáció szélesebb értelemben a teljes egészségügyi rendszert — beleértve az alapellátást is — *átfogó irányítási-szervezési-működési stratégia.* Szűkebb értelemben, valamint a legtöbb ország gyakorlatában csak a kórházi ellátáson belül érvényesül.

Az egészségügyi rendszer földrajzán belül az egészségügy területi-funkcionális rendszerének „klasszikus” — a Christaller-i központi hely elméletén alapuló — leírását SHANNON és DEVER — már többször hivatkozott — mérföldkövet jelentő könyvében találjuk.

„A hatszög geometriai formája a modell területi szerveződését jelenti, míg a hatszög változó mérete a funkcionális szerveződést ...” (SHANNON — DEVER, 1974, p. 13)

Egy régió belül a kórházak három — egymásra épülő szintet alkotnak:

/a/ az igen drága technikát és magas szakértelmet igénylő, viszonylag kis számban előforduló speciális betegségeket a regionális kórház látja el, amelynek a gyógyítás mellett az oktatás és a kutatás is a feladatát képezi;

/b/ a szakellátást nyújtó, a legtöbb orvosszakmával rendelkező (az elméleti modellben 100-500 ágyas) megyei (tartományi) középső szintű kórház;

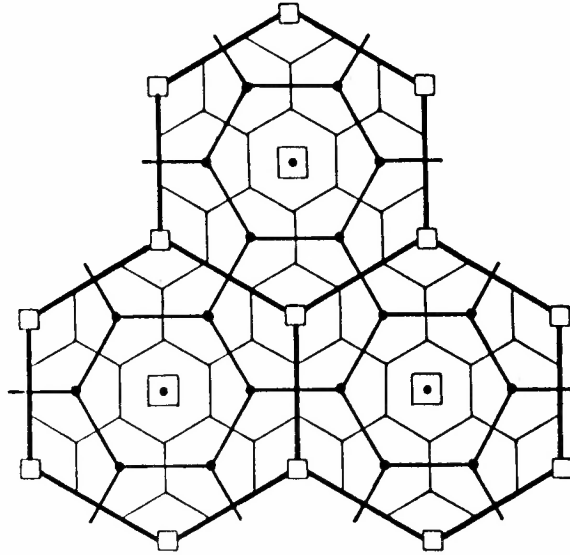
/c/ az alsó szintet jelentő kis 20-100 ágyas helyi, általános kórházak, amelyek viszonylag kis vonzáskörzettel rendelkeznek és a legáltalánosabb, leggyakoribb betegségek ellátása a feladatuk.

A regionalizáció stratégiája magába foglalja a betegeknek a periféria (helyi szintű kórház) és a regionális központ közötti kétirányú áramlását biztosító, valamint a szakmai ismereteknek a központból a perifériához való eljutását segítő mechanizmusokat is. (ROEMER, 1985)

A regionalizáció mélyreható következményeket von maga után a falusi térségek egészségügyi ellátásában. Nemcsak a falu-város közötti kapcsolatot formálja át, hanem nagymértékben differenciálja a falvakat is — jelentős részben aszerint, hogy a hierarchia melyik szintjén álló város közvetlen vonzáskörzetében helyezkednek el. (OROSZ, 1987)

A korábbi évtizedekben a hagyományos megközelítés középpontjában — leegyszerűsítve — a város és a falu ellátottsága közötti különbség, a falusi kis kórházak

AZ EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁS ELMÉLETI MODELLJE



- ◻ REGIONÁLIS KÓRHÁZ (>500 ÁGY)
- ◻ TERÜLETI KÓRHÁZ (101-500 ÁGY)
- (HELYI) FALUSI KÓRHÁZ (20-100 ÁGY)

3. ÁBRA

FORRÁS: [SHANNON - DEVER, 1974 P.12]

sorsa, a város és falu közötti relatív különbségek növekedése állt. Másképp megfogalmazva: az előzőekben vázolt folyamat összetevői közül alapvetően a *koncentrációra* reagáltak; a *hierarchizálódásnak* a falusi ellátásra gyakorolt hatásával viszonylag kevés szerző foglalkozott.

A magyar kórházhálózat nemcsak az elméleti modellhez, de a más országokhoz való hasonlításakor is túlzott koncentrációt mutat. Elgondolkodtató, hogy a nagy szervezetek, centralizációs folyamatok kritikai felülvizsgálata jelentős mértékben előrehaladt a gazdaságban, az oktatás területén. Válaszra váró kérdés, hogy az egészségügy centralizáltsága mennyire egy – gaz-

daságot, társadalmat nagy, a központ által könnyebben vezérelhető szervezetekben rendező – politikai irányzat és mennyire a technika gazdaságos működtetésének szükségszerű következménye. A nemzetközi irodalom azt mutatja, hogy a kisméretű sajátos funkciókkal rendelkező helyi kórházak széles hálózatán nyugszik a kórházi hierarchia.

Az egészségügyi rendszer területi-funkcionális szerkezetének sajátosságai alapvetően befolyásolják az ellátás elérhetőségét. A hozzáférhetőség és az elérhetőség⁷ fogalma (és a kettő közötti különbség) nem kellően tisztázott a nemzetközi szakirodalomban sem. Kutatásainkban PENCHANSKY és THOMAS által használt megkülönböztetést alkalmazzuk:

„A 'hozzáférhetőséget' a páciensek és a rendszer közötti 'illeszkedés' fokát kifejező fogalomként definiáljuk.” (PENCHANSKY-THOMAS, 1983; p. 128.)

Ennek az „illeszkedésnek” (a hozzáférhetőség általános fogalmának) csak egyik összetevője az elérhetőség.

„Az elérhetőség a kínálat elhelyezkedése és a páciensek elhelyezkedése közötti kapcsolat, figyelembevve a páciens közlekedési lehetőségeit, utazási időt, távolságot és költséget.” (PENCHANSKY-THOMAS, 1983, p. 128)

Az előzőekben vázolt regionalizált kórházi rendszerben a *fizikai távolság mellett* egyre nagyobb szerepet kap a „*hierarchikus*” távolság – azaz a kórházi hierarchia egyes szintjei közötti kapcsolatok működőképessége (ill. működési zavarai). A hierarchia „végigjárása” térben és időben is megnövelheti a távolságot a specializáltabb ellátás és a lakosság egy része között.

Számos szerző hangsúlyozza a hozzáférhetőség gazdasági tényezőjének elsődlegességét, másrészt azt, hogy a hozzáférhetőség gazdasági akadályainak megszüntetése nem jelenti a térbeli, fizikai akadályok megszűnését, sőt ezek épp a gazdasági korlátok felszámolása után válnak meghatározóvá. (ROSENBERG, 1983)

Az előzőekben az egészségügyi rendszer átalakulását befolyásoló tényezők közül lényegében csak az egészségügyön belülieket érintettük. Hangsúlyozandó azonban, hogy az egészségügyi rendszer területi-funkcionális szerkezetét nemcsak ezek, hanem a társadalom egyéb – mindenekelőtt politikai és gazdasági – szféráinak folyamatai is alakítják.

„... az egészségügyi erőforrások elosztása területi különbségeinek vizsgálata elvezet az állami beavatkozás, valamint az állam és gazdaság közötti kölcsönhatás vizsgálatához.” (EYLES, 1983, p. 238)

Ezért az egészségügyi rendszer földrajzával foglalkozók előtt álló feladatok közül az egyik legfontosabb ezeknek a hatásoknak, továbbá az egészségügyön belüli és kívüli folyamatok kölcsönhatása konkrét formáinak a feltárása.

Végezetül ismételten hangsúlyozzuk a tanulmány elején írtakat: nem volt célunk az egészségügyi rendszer földrajzának átfogó bemutatása: az ismereteink és a terjedelem jelentette korlátok között csupán néhány „mozaikkal” kívántunk hozzájárulni egy Magyarországon szinte teljesen ismeretlen társadalomföldrajzi irányzat „meghonosításához”.

JEGYZETEK

1. A tanulmány az „egészségügyföldrajz” elnevezést az egészség és az egészségügyi ellátás térbeli aspektusait vizsgáló irányzatok együttesére használja. Azaz a földrajz azon ágának megnevezésére, amely felöleli mind a betegségek térbeli eloszlását, a földrajzi környezettel való összefüggéseit tanulmányozó tradicionális irányzatot, mind az egészségügyi szolgáltatások területi vonatkozásaival foglalkozó 60–70-es években kibontakozott új irányzatot. Ez utóbbit az „egészségügyi rendszer földrajzának” (v. egészségügyi ellátás földrajzának) nevezzük. Nem használjuk a Magyarországon elterjedt orvosföldrajz kifejezést, mert – véleményünk szerint – a tradicionális irányzat lényegét is jobban kifejezi az egészségügyföldrajz (vagy a kissé furcsán hangzó egészségföldrajz) elnevezés.

2. A nemzetközi szakirodalom *hozzáférhetőségét* tekintve sem jobb a helyzet. Számos alapvető, ma már „klasszikusnak” számító könyv egyetlen magyar könyvtárban sem található meg.

3. „On the Supposed Increase of Insanity”, megjelent a „The American Journal of Insanity” c. folyóiratban.

4. Az amerikai egészségföldrajz megteremtőjének a francia Jacques M. MAY-t (1896–1975) tekintik, akit 1950-ben hívott meg az Amerikai Földrajzi Társaság az USA-ba, az ország betegség-atlaszának összeállítására. MAY ezen munkáit 1950–55 között részletekben jelentette meg; ezzel párhuzamosan dolgozta ki fordulópontot jelentő elméletét.

5. A szerzők hangsúlyozzák, hogy koncepciójuk Von THÜNEN és CHRISTALLER elméletén alapszik. (A történeti előzményt jelentő JARVIS-törvényről az előzőekben már volt szó.)

6. A kistérségek egészségügyi ellátására vonatkozó vizsgálatunk igen nagy különbségeket mutatott ki. Pl. Karcag vonzáskörzetébe tartozó 106 000 lakos 52 %-a 20 km-nél távolabb él Karcagtól.

7. access, ill. accesibility

IRODALOM

- BARRETT, F. A. 1980: Medical Geography as a Foster Child. In: Meade, M. S. (ed.): *Conceptual and Methodological Issues in Medical Geography*. pp. 1–15., University of North Carolina, Studies in Geography No. 15.
- CULYER, A. J. 1976: *Need and the National Health Service. Economics and Social Choice*. Martin Robertson and Co. Ltd., Oxford.
- Department of Health and Social Security (DHSS) 1976: *Sharing Resources for Health in England. Report of the Resource Allocation Working Party*. London: Her Majesty's Stationery Office.
- DeVISE, P. 1968: Methods and concepts of an interdisciplinary regional hospital study, *Health Services Research* 3. pp. 166–173.
- DRURY, Peter 1983: Some spatial aspects of health service developments: the British experience *Progress in Human Geography* Vol 7. 1. pp. 60–78.
- EYLES, J. 1983: *The Social Geography of Medicine and Health*. Croom Helm, London
- GIRT, J. L. 1973: Distance to general medical practice and its effect on revealed ill-health in a rural environment. *Canadian Geographer* 17, 154–166.
- GREENBERG, M. R. et al 1980: Clues for case control studies of cancer in the northeast urban corridor *Social Science and Medicine* 14. D. pp. 37–44.
- GRIME, L. P. – WHITELEGG, J. 1982: The geography of health care planning: some problems of correspondence between local and national policies. *Community Medicine*: 4. pp. 201–208.
- HAGGETT, P. 1972: Contagions processes in a planar graph: an epidemiological application. In: McGLASHAN: *op. cit.* pp. 307–324.
- HAGGETT, P. 1976: Hybridizing alternative models of an epidemic diffusion process *Economic Geography* 52. pp. 134–146.

- HART, J. T. 1975: The Inverse Care Law. In: COX, G. — HEAD, A. (eds): *A sociology of Medical Practice*, Macmillan
- HAYNES, R. M. 1985: Regional Anomalies in Hospital Bed Use in England and Wales *Regional Studies*, Vol. 19. 1. pp. 19–27.
- HAYNES, R. M. — BENTHAM, C. G. 1979: *Community Hospitals and Rural Accessibility* Farnborough, Saxon House.
- HAYNES, R. M. — BENTHAM, C. G. 1982: The effects of accessibility on general practitioner consultations, out-patient attendances and in-patient admissions in Norfolk, England. *Social Science and Medicine*, 16. pp. 561–569.
- HOWE, G. M. 1963: *National Atlas of disease Mortality in the United Kingdom*. Nelson, London.
- HOWE, G. M. 1970: Some recent development in disease mapping. *Royal Society of Health*. 90. pp. 16–20.
- HOWE, G. M. 1972: *Man, Environment and Disease in Britain: A Medical Geography through the Ages*. Pelican, Harmondsworth, 1976.
- HOWE, G. M. 1980: Medical Geography. In: Brown, E. H. (ed.): *Geography Yesterday and Tomorrow*. Oxford University Press, pp. 281–291.
- HOWE, G. M. — PHILLIPS, D. R. 1963: Medical geography in the United Kingdom, 1945–1982. In: McGLASHAN, N. D. — BLUNDEN, J. R. (eds) 1983: *op. cit.* pp. 33–52.
- HUNTER, J. M. 1966: River blindness in Nangodi, Northern Nigeria: a hypothesis of Cyclical advance and retreat *Geographical Review*. 56. pp. 398–416.
- HUNTER, J. M. (ed) 1974: *The Geography of Health and Disease*. Papers of the first Carolina Geographical Symposium. University of North Carolina at Chapel Hill.
- HUNTER, J. M. 1974: The Challenge of Medical Geography. In: HUNTER, J. M. (ed): *op. cit.* pp. 1–31.
- JOSEPH, A. E. — POYNER, A. 1982: Interpreting patterns of public service utilization in rural areas. *Economic Geography* 58. pp. 262–273.
- KNOX, P. L. 1982: The geography of medical care delivery: an historical perspective. *Geoforum*, 12. pp. 245–250.
- KNOX, P. L. — PACIONE, M. 1980: Locational behaviour, place preferences and the inverse care law in the distribution of primary medical care. *Geoforum*, 11. 43–55.
- LEARMONTH, A. 1978: *Patterns of disease and hunger: a study in medical geography*. London, David and Charles.
- MAY, J. M. 1950: Medical geography: its methods and objectives. *Geographical Review* 40. pp. 9–41.
- MAYER, J. D. 1982: Relations between two traditions of medical geography: health systems planning and geographical epidemiology. *Progress in Human geography* Vol. 6. 2. pp. 216–230.
- MAYER, J. D. 1983: The distance behavior of hospital patients: a disaggregated analysis. *Social Science and Medicine*. Vol. 17. No. 12. pp. 819–827.
- MAYNARD, A. 1981: The inefficiency and inequalities of the health care systems of Western Europe. *Social Policy and Administration*. Vol. 15. No. 2. pp. 145–163.
- McGLASHAN, N. D. 1972: Medical geography: an introduction. In: McGLASHAN, N. D. (ed): *Medical geography: techniques and field studies*. London, Methuen, pp. 3–35.
- McGLASHAN, N. D. (ed) 1972: *Medical Geography: Techniques and Field Studies*. London: Methuen and company.
- McGLASHAN, N. D. — BLUNDEN, J. R. 1983: (eds) *Geographical aspects of health*. Academic Press, London.
- McGUIRK, M. A. — PORELL, F. W. 1984: Spatial Patterns of Hospital Utilization: The Impact of Distance and Time. *Inquiry* 21. (Spring) pp. 84–95.
- MEADE, M. S. 1979: Cardiovascular mortality in the southeastern United States: the coastal plain enigma. *Social Science and Medicine* 13 D, pp. 257–266.
- MORRILL, R. L. — EARICKSON, R. J. 1968 (a): Variation in the character and use of hospital services. *Health Services Research*, 3. pp. 224–238.

- MORRILL, R. L. – EARICKSON, R. J. 1968 (b): Hospital Variation and Patient Travel Distances. *Inquiry*, 5. pp. 26–34.
- MORRILL, R. L. – EARICKSON, R. J. – REES, P. 1970: Factors influencing distances travelled to hospitals. *Economic Geography* 46. pp. 161–171.
- MULLNER, R. – GOLDBERG, J. 1978: Toward an outcome-oriented medical geography: an evaluation of the ILLINOIS Trauma Emergency Medical Services System. *Social Science and Medicine*. Vol. 12. pp. 103–110.
- OROSZ É. 1987: Place of small towns in the Hungarian public health system. In: Regional Research Reports III. MTA RKK (megjelenés alatt).
- PALMER, S. P. et al. 1979: Mortality indices in resource allocation. *Community Medicine* 1. pp. 275–281.
- PARKIN, D. 1979: Distance as an influence on demand in general practice. *Epidemiology and Community Health* 33. pp. 96–99.
- PENCHANSKY, D. B. A. – THOMAS, J. W. 1981: The concept of access. *Medical Care* 19. pp. 127–140.
- PYLE, G. F. 1971: Heart disease, cancer and stroke in Chicago. *Department of Geography Research Paper No. 124*.
- PHILLIPS, D. R. 1981: *Contemporary Issues in Geography of Health Care* Norwich: Geo Books.
- PYLE, G. F. 1974: The geography of health care. In: Hunter, op. cit. pp. 154–184.
- PYLE, G. F. 1976: Introduction: Foundations to Medical Geography *Economic Geography* Vol. 52. No. 2. pp. 95–103.
- PYLE, G. F. 1979: *Applied Medical Geography* V. H. Winston et Sons, Washington.
- PYLE, G. F. 1980: Geographical perspectives on influenza diffusion: the Untied States in the 1940 s. In: Meade, M. S. (ed): op. cit. pp. 222–249.
- PLYE, G. F. 1983: Three decades of medical geography in the United States. In: McGLASHAN, N. D. – BLUNDEN, J. R.: (eds): op. cit. pp. 81–102.
- ROEMER, M. I. 1977: *Comparative National Policies on Health Care*. Marcel Dekker, INC. New York.
- ROEMER, M. I. 1979: Regionalized Health Systems in Five Nations. In: *Hospitals, December 16*. pp. 72–82.
- ROEMER, M. I. 1985: *National Strategies for Health Care Organization*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan.
- ROGHMANN, K. J. – ZASTOWNY, T. R. 1979: Proximity as a factor in the selection of health care providers: emergency room visits compared to obstetric admissions and abortions. *Social Science and Medicine*. 13 D, pp. 61–69.
- ROSENBERG, M. W. 1983: Accessibility to health care: a North American perspective. *Progress in Human Geography*. Vol. 7. No. 1. 78–88.
- SHANNON, G. W. 1980: Space and Time in Medical Care Geography. In: Meade, M. S. (ed): op. cit. pp. 250–262.
- SHANNON, G. W. – DEVER, A. G. 1974: *Health Care Delivery: Spatial Perspectives*. New York, McGraw-Hill.
- SHANNON, G. W. – BASHMUR, R. L. – MTZNER, C. A. 1969: The concept of distance as a factor in accessibility and utilization of health care. *Medical Care Review* 26. pp. 143–161.
- SHANNON et. al 1975: A method for evaluating the geographic accessibility of health services. *Professional Geographer* 27, pp. 30–36.
- SUPPLITT, J. T. 1982: New Diversification Opportunity for Small and Rural Hospitals. *Hospitals* Nov. 16. pp. 67–72.
- THOUÉZ, J. P. 1983: The evolution of medical geography in Canada. In: McGLASHAN, N. D. – BLUNDEN, J. R. (eds) 1983: op. cit. pp. 103–118.
- VERHASSELT, Y. 1977: Notes on geography and Cancer *Social Science and Medicine* 11, 10, pp. 745–748.
- WHILE, A. E. 1978: The vital role of cottage – community hospital *Journal of the Royal College of General Practitioners*, 28. pp. 485–491.

ON THE GEOGRAPHY OF HEALTH CARE

ÉVA OROSZ:

What is the relationship between the geographical pattern of health care and the spatial variations in the state of health or the demographic features of the population? What processes produce spatio-social inequalities in the use of medical services? How can frequently contradicting requirements like efficiency and equal access be conciliated in the process of shaping the spatio-functional structure of health care?

Such and similar questions are raised by a new discipline developing within societal geography or more closely, within medical geography – the geography of health care – from the beginning of the 1970s. The first part of the present paper gives an outline of the history of this new discipline and reviews the major branches of traditional medical geography: ailment-ecology; geographical epidemiology; spatial diffusion of maladies; studies on human nutrition.

Recognizing health and ailment as states of equilibrium and disequilibrium between man and his physical, biological and socio-cultural environments is not only a premise in ailment-ecology but also an important starting point in understanding the role, the activity and the socio-economic relationships of health care systems.

The paper discusses the literature of health care geography in four major clusters of topics:

- (1) the study of spatio-functional structure of health care;
- (2) the spatial distribution of health care resources (physicians, hospital beds, finances);
- (3) the access to and the use of medical services;
- (4) the spatial aspects of planning in health care.

The second part of the paper focusses on two major topics of the geography of health care: (1) the impact of distance decay function on the use of medical services; (2) the basic contradiction in the spatio-functional system of health care, i.e. the contradiction of concentration and access.

The author underlines that the geography of health care is almost unknown in Hungary and the attitude of health care policy and planning towards spatial problems has stayed in the old rut beaten during the 1950s and 1960s.

Translated by E. Daróczy

ОРОС, ЭВА:

О ГЕОГРАФИИ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

(Резюме)

Как относится территориальная картина обеспечения здравоохранения к территориальному распределению состояния здоровья и демографических характеристик населения? Какие процессы формируют общественно-территориальные неравенства в использовании медицинского обслуживания? Как можно согласовать часто противоречащие друг другу требования экономичности и равной доступности при создании территориально-функциональной структуры здравоохранения?

На такие и подобные этим вопросы ищет ответ география системы здравоохранения как новое направление, развертывающееся с начала 1970-х годов в рамках социальной географии, точнее, внутри медицинской географии. В первой части статьи рассматриваются исторические предпосылки новой дисциплины и главные направления традиционной отрасли медицинской географии, т.е. работы по экологии болезней, по географической

эпидемиологии, по территориальному распространению болезней и по проблемам питания людей.

Понимание здоровья и болезненного состояния как равновесия или неравновесия между человеком и его физической, биологической, общественно-культурной средой является не только основным положением экологии болезней, но одной из исходных точек и в опознании роли систем и функционирования здравоохранения, а также и системы связей здравоохранения с общественно-экономической средой.

Специальная литература географии системы здравоохранения, т.е. главного объекта статьи, может быть сгруппирована в четыре главных круга вопросов:

- (1) изучение территориально-функциональной структуры системы здравоохранения;
- (2) территориальное распределение ресурсов здравоохранения (врачей, больничных коек, средств);
- (3) доступность и уровень использования видов медицинского обслуживания;
- (4) территориальные вопросы планирования здравоохранения.

Во второй части статьи более подробно рассматриваются два главных вопроса географии системы здравоохранения. Это отрицательное влияние расстояния на уровень использования медицинского обслуживания, и противоречие между концентрацией и доступностью как основное противоречие в территориально-функциональной системе здравоохранения.

Автор, среди других, подчеркивает, что данная отрасль социальной географии почти неизвестна в Венгрии, и что политика и планирование здравоохранения — что касается их отношения к территориальным проблемам — застыли на взглядах, сложившихся в 1950—60-х годах.

Перевел: Тамаш Бауко