

BÓDI FERENC

A szociális ellátórendszer öröklött hiánya a falvakban

Az egészségesebb – valamint a minőséget biztosító – élethez elsősorban a környezeti és társadalmi életfeltételek javításán keresztül juthatunk el, amelynek egyik közvetett, de rendkívül összetett indikátora a csecsemőhalandósági mutató. Több mikro-térseben végzett vizsgálat során észleltük, hogy a csecsemőhalandóság egy-egy községben több év átlagában állandóan magas. Az okokat keresve nem az egészségügyi ellátórendszer hiányát véltük felfedezni, hanem inkább társadalmi, kulturális és környezeti összefüggéseket.

Kedvezőtlen demográfiai folyamatok

Magyarország népességének 37 százaléka él községekben, az össznépességen belül ötszáz fő alatti népességű településen él 3 százalék, ötszáz és ezer fő közötti településen található 5 százalék és ezer léleknél többet számláló faluban él a magyar állampolgárok 29 százaléka. Látható, hogy a falusi népesség zöme közép-, illetve nagyfalvakban él, azaz ezer főnél többet számláló településen.

Az aprófalvasodás legalább százéves múltra tekint vissza. A szakirodalom ennek okai között említi a torz birtokszerkezetet, a kedvezőtlen mezőgazdasági adottságot, a rossz forgalmi helyzetet (topográfiai adottságok és a trianoni határ), és végül, de nem utolsó sorban a hibás ipartelepítési, területfejlesztési, mezőgazdasági és gazdaságpolitikát (nehézipari beruházások és téészesítés). A vidék- és falusorvasztási folyamat a tanácsi rendszerben és az ezzel összefüggő település-összevonásokban tetőzött.

Az aprófalvaknak minősülő települések népessége nem volt mindig fogyó és elöregedő. A sok esetben gazdag és polgárosuló térségek (Abaúj, Zemplén) rohamos leépülése az elmúlt évtizedekben (a hatvanas évektől) vált drámaivá, s ez idő alatt veszítette el az ország a népességreprodukciós tartalékának szinte teljes egészét; közel fél évszázad alatt. Azok a településhalmok, tájak és vidékek, amelyek biztosították az ország népességének növekedését, az új és régi városok

népességének felduzzadását, mára aktív népességüknek többségét elveszítették; a természetes fogyás és elvándorlás következtében népességük évente egy százalékot meghaladó mértékben fogy.

Az egész ország népessége rohamosan fogy, de az aprófalvas települések lakossága mára már több mint háromszor gyorsabban, mint az ország egész lakossága. A népességfogyás jelentős részét a magas halandósági ráta okozza, amely eléri a 17 ezreléket. Az országos átlag, azaz 13,6 ezrelék alatt csak a városok és megyei jogú városok és a nagyközségek népessége található. A halandósági ráta fokozatosan ereszkedik, ahogy a városok felé haladunk. Ez a jelenség két okkal magyarázható: egyrészt azzal, hogy ha az idősebb korosztály részaránya magasabb, akkor a mortalitási index is magasabb értéket mutat, másrészt azzal, hogy az apró- és kistelepülések nincsenek ellátva olyan mértékben egészségügyi intézményekkel, mint a városiasultabb térségek, az egészségügyi intézmények nehezebben és költségesebben megközelíthetőek, elérhetőek a falusi népesség számára.

1. táblázat Természetes szaporodás-fogyás, elvándorlási különbözet 1998-ban a községekben és más településeken Magyarországon (ezrelékben)¹

Település-típusok	Természetes fogyás	Elvándorlási különbözet	Népesség fogyás / növekedés
500 fő alatti község	-6,1	-1,5	-8,2
501-1000 fő	-6,1	0,9	-5,2
1001-3000 fő	-4,5	3,8	-0,7
3001 fős lélekszámnál nagyobb község	-3,2	8,4	5,2
Város	-3,2	-0,3	-3,4
Magyei jogú város	-3,0	-2,9	-6,0
Budapest	-6,6	-5,9	-12,5
Ország összesen	-4,2	0,0	3,0

Az elvándorlás és a természetes fogyás az apró- és kistelepülésekre jellemző, a közép- és nagytelepülések népességének száma ellenben enyhén növekszik. A növekedés különösen a városi agglomerációkban látható, tehát ez utóbbi folyamat nem az egész vidéki Magyarország fejlődését tükrözi. A szuburbanizációs tendencia inkább a városközeli településeknek okozott lakónépesség-növekedést, és ezzel együtt juthattak nagyobb fejlesztési forrásokhoz. Különösen a társadalmi élitek „kiköltözése” segítette az agglomerációs települések gyors felemelkedését.

Ezekben a térségekben épülnek az új lakások és a közműhálózat is itt fejezt. A tömegközlekedés kiépültsége, jelenléte és a jobb mun-

1 Forrás: KSH T-STAR 1998.,

kaalkalmak is elősegítik, hogy ezeken a településeken sűrűsödnek az adófizető polgárok és vállalkozók, valamint az előnyösebb gazdálkodási feltételekkel rendelkező önkormányzatok.²

A vidéki falvakban ellenben rosszak a népesség gazdasági aktivitását jellemző mutatók és ebből eredően a társadalmi kilátások is kevés jóval kecsegtetnek. A települési önkormányzatok részére visszajuttatott személyi jövedelemadó hányadát az állami költségvetésnek kell kiegészítenie. A helyzetet súlyosbítja az a tény is, hogy az ország más településein helyben képződő önkormányzati bevétel mind jelentősebb hányadát kitevő helyi adókat ezekben a térségekben nem vehetik ki, mivel az öregedő népesség körében kevés a nyereséget képző vállalkozó, ugyanakkor jelentős kiadást könyvelhetnek el a polgármesteri hivatalok a szociális intézményekben. Mint láthatjuk, a hatvan év feletti lakosság részaránya annál inkább nő, minél kisebb lélekszámú települést vizsgálunk.

2. táblázat A 60 év feletti népesség aránya az össznépességhez a falvakban és más településeken 1998-ban (százalék)³

Település-ípusok	60 évnél idősebb népesség
500 fő alatti község	24,7
501-1000 fő	22,3
1001-3000 fő	20,1
3001-nél nagyobb község	18,7
Város	18,2
Megyei jogú város	17,9
Budapest	22,5
Ország összesen	19,7

Szociális ellátórendszerek jelenléte és hatékonysága a falvakban

A szociális ellátórendszer államilag törvényekben szabályozott, előírt és kirótt feladat az önkormányzatoknak, amelyre több-kevesebb normatív támogatást kap az állami költségvetésből. Arányaiban legtöbbit az egészségügy kapja: a költségeknek közel az egészét; a legkevesebbet az oktatás, amely a költségeknek alig felét kapja meg, s a kettő között helyezkedik el a szociális ellátás és segélyezés. Amennyiben a kiadási oldal arányaiban vizsgálódunk, a legnagyobb kiadást az oktatás jelenti, ezt követik az egészségügy és a szociális (jövedelem pótló) támogatások, valamint szociális intézmények fenntartási összegei.⁴

² Forrás: APEH-SZTADI 1996.,

³ Forrás: KSH T-STAR1998.,

⁴ Illés Iván: Az önkormányzati rendszer finanszírozásának reformja, Társadalmi Info 37. sz.,

3. táblázat *Védőnői szolgálat és az állandó bölcsődei férőhelyek eloszlása a különböző településtípusok között 1998-ban*⁵

Település-típusok	0–2 évesek eloszlása n=297065 fő	Védőnők eloszlása n=4199 fő	Bölcsődei férőhelyek eloszlása n=26947 db
500 fő alatti község	3,1	1,2	0,0
501–1000 fő	5,5	5,5	0,0
1001–3000 fő	17,9	19,3	1,1
3001 főnél nagyobb község	14,3	12,7	4,0
Város	26,5	26,1	24,6
Megyei jogú város	18,6	19,9	34,9
Budapest	14,1	15,3	35,4
Ország összesen	100,0	100,0	100,0

Több feladat az önkormányzatok részére nem volt kötelező, azaz ebből eredően több szolgáltató intézmény fenntartása sem vált kötelezővé, mint a *művelődési ház*, a *könyvtár* valamint a *bölcsőde*. Ennek következtében az elmaradott és leszakadó térségek falusi önkormányzatai még az évtized elején meg is szüntették, már ti. ott, ahol ezen intézmények korábban egyáltalán működtek. Ha összevetünk egy-egy kötelező és egy-egy fakultatív feladatot abból a szempontból, hogy azok mennyire vannak jelen, viszonyítva a potenciális „ügyfelekhez” (0–2 éves korosztály), látható az eltérés. A nagyobb lakosságot koncentráló településtípusokban a csecsemők és kisgyermek eloszlását követi a *védőnők* és a *bölcsődék* eloszlása. A párhuzamosság az apró-, kis- és középfalvas típusokban szakad meg. Bölcsődei férőhely ezekben a típusokban egyáltalán nem található, illetve csak elvétve. A védőnői szolgálat, ha nem is minden falutípusban, de a falvak egészét véve alapul, arányosan jelen van. A csecsemő- és anyavédelem több mint fél évszázados intézmény, mint láthatjuk, jól tartja magát a falvakban, ellentétben a bölcsődével, amely viszonylag rövid múltra tekint vissza. Ezen nincs mit csodálkozni, miután a védőnői szolgálat törvényileg garantált és költségvetés által finanszírozott szolgáltatás.

A kötelező szociális szolgáltatások sorában található az óvodai ellátás. A világon is egyedülálló a nemcsak tömegigényeknek megfelelő óvodai hálózatunk, amely még a legkisebb falvakban is jelen van. A legtipikusabb óvodai korosztály (3–5 év) és az óvodai férőhelyek eloszlása nagyjából megegyezik a különböző településtípusoknál. A kihasználtságuk is kedvezőbb, bár – mint látható – minél kisebb település felé haladunk, annál kisebb a kihasználtság, amely magában rejtje a későbbi óvoda bezárások veszélyét, és érzékelteti azt a tényt, hogy ezekben a falvakban egyre kevesebb a gyermekek száma.

5 Forrás: KSH T-STAR 1998.,

4. táblázat Óvodai férőhelyek és óvodába beírtak száma, eloszlása és átlagos óvodai csoportnagyság a különböző településtípusok között⁶

Település-típusok	3-5 évesek eloszlása (%) n=339.324 fő	Óvodába beírt gyermekek eloszlása (%) n = 374.867 fő	Óvodai csoport átlagnagysága fő / csoport	Óvodai férőhelyek kihasználtsága (%)
500 fő alatti község	3,1	1,5	18,9	79,0
501-1000 fő	5,5	5,5	22,2	92,5
1001-3000 fő	17,9	17,4	23,7	98,9
3001 főnél nagyobb község	14,3	13,4	25,4	105,8
Város	26,5	27,1	24,5	102,2
Megye-jogú város	18,6	20,1	24,7	102,8
Budapest	14,1	15,0	22,7	94,7
Ország összesen	100,0	100,0	24,0	100,0

A rendszerváltás óta a kistelepülésekre visszakerülő óvodai nevelés és általános iskolai oktatás megmaradása kétséges lehet, mert súlyosbodó gazdasági helyzetük következtében az intézmények bezárhatnak, illetve így úgymond a „saját” akaratukból, már nem központi-adminisztratív rendeletek nyomán, hanem „jól felfogott, racionális” döntéseik eredményeként összevonják az alapintézményeket, vagyis újra megindul az apróbb települések kiürülése, társadalmi eróziója. Az intézmények – azon túl, hogy szolgáltatást nyújtanak – a helyben élők mindennapjait könnyítik és gazdagítják. Nem lehet elfeledkezni arról a tényről sem, hogy még ha szűken is, de helyet adnak a helyi értelmiségnek, amely sok esetben egy-egy település szellemi életét, kohézióját, integrációját, ezáltal jövőjét határozhatja meg, még akkor is, ha a mai vidéki életvilágban egyre kisebb szerep jut számukra.

Oktatás, nevelés

Az iskolaügy vidéki megléte és kezelése más képet mutat, mint amit a csecsemő- és óvodás korú gyermekek ellátásával foglalkozó intézmények mutattak. Mivel az iskola az egyik legköltségesebb intézménye az önkormányzatoknak, ezért ez csak a jól gazdálkodó önkormányzatok kezelésében tudott fejlődni. A kereslet és kínálat összevetését ebben az esetben is a potenciális „ügyfelek” és a ténylegesen kihasznált kínálati kapacitások összehasonlításával folytatjuk. A keresletet a 6-14 éves korosztállyal jelenítjük meg és ezzel szembe állítjuk a ténylegesen az általános iskolába járó gyermekek számát.

Természetesen a két adat eltér egymástól, hiszen az általános iskolai tankötelezettség 18 éves korig tart, továbbá egyre többen járnak hatosztályos és nyolcosztályos gimnáziumba, s mind emellett sokan

6 Forrás: u.o.

kezdik meg általános iskolai tanulmányaikat hét-nyolc éves korukban. Mindezek ellenére jól látható, hogy minden település típusban az általános iskolai korosztályt kitevő közeli korosztály nyolcvan-kilencven százalék körül alakul, csak az aprófalvakban tapasztalható, hogy a iskolás korúaknak csak az egyötöde jár helyben általános iskolába. A kistalvakban is az iskoláskorú korcsoporthoz viszonyítva az országos átlag alatt van az iskolások száma.

Ismerve az aprófalvak társulási kényszerét, a tanügyi helyzetét és a szociális összetételét, ennek három oka lehetséges. Először is az aprófalvak többségében nincs helyben iskola, hanem a községek többségében a környékbeli, többnyire nagyobb településsel közösen tartanak fenn általános iskolát, iskolatársulások formájában. Ez a megoldás jobb, mint a megelőző tanácsi rendszer központi iskolája.

5. táblázat *Általános iskolai tanulók számának és a 6–14 éves korcsoportnak az eloszlása a különböző településtípusok között*⁷

Település-típusok	6–14 év közötti korosztály száma (fő)	6–14 év közötti korosztály eloszlása (%)	Általános iskolai tanulók száma (fő)	Általános iskolai tanulók eloszlása (%)	6–14 év közötti korosztályban helyben általános-iskolába járók aránya (%)
500 fő alatti község	32425	2,9	6903	0,7	21,3
501-1000 fő	58354	5,3	44134	4,6	75,6
1001-3000 fő	195274	17,5	168604	17,6	86,3
3001 főnél nagyobb község	152132	13,6	124295	12,9	81,7
Város	303810	27,2	278266	28,9	91,6
Megyei jogú város	214544	19,2	198752	20,6	92,6
Budapest	158617	14,2	143294	14,9	90,3
Ország összesen	1115156	100,0	964248	100,0	86,5

A második okot a finanszírozási rendszerben kereshetjük. Az iskolák fenntartásához szükséges összeghez az önkormányzatok normatívák alapján jutnak hozzá, vagyis az iskolába felvett gyerekszám alapján kapnak költségvetési hozzájárulást az államtól. Ez a versenyhelyzet oda vezetett, hogy több aprófalvas térségben a jobban fenntartott és kezelt iskolák elszívták a környékben a rosszabbul kezelt iskoláktól a tanulókat, s ebből eredően az iskolákra fordítható pénzekeket a nagyobb iskolák kapták. A tanulólétszámhoz kötött finanszírozás felgyorsította az iskolák közötti szakadék mélyülését, és ezzel együtt megindult a helyi társadalmakon belül az iskolát látogató társadalom szegregációja is.

A lecsúszásnak az okozójául számos esetben a helyi iskolaügyért

7 Forrás: u.o.

felelős önkormányzat nevezhető meg. Ugyan is az iskola fenntartásáért, a személyzeti ügyek bonyolításáért a helyi önkormányzat felel. Azzal, hogy milyen béreket biztosít, milyen oktatási feltételeket teremt, közvetett módon meghatározza az iskola jövőjét, az iskola teljesítményét és az ott folyó oktató-nevelő munka hatékonyságát. Több vizsgálat bizonyítja, hogy a helyi politikai vezetők az iskolaügyön takarítják meg a járdaépítés költségét, a nyugdíjasok évi rendszeres szociális juttatását, vagy éppen a saját tiszteletdíjukat⁸.

Harmadsorban meg kell jegyezni, hogy az aprófalvakban jelentős az iskolakerülés, amit a fellazuló tankötelezettség okoz. Látni kell, hogy az önkormányzatok egyre kisebb eséllyel tudják betartatni a tankötelezettséget azokkal a családokkal, amelyek nem járatták rendszeresen, vagy egyáltalán nem küldik gyermeküket az iskolába.

Több alföldi, észak-kelet-magyarországi jegyző számolt be arról, hogy a tankötelezettségnek nem eleget tevő szülőkkel szemben nem tudnak eljárni, mivel a bírságnak nincs fegyelmező ereje, s továbbá nincs miből behajtaniuk a kirótt büntetést, hacsak nem a családnak juttatott szociális segélyből.⁹

Az iskolakerülők többsége sok faluban roma. A roma gyerekek iskolakerülésének okai a nyelvi, a kulturális és a normarendszer eltérő mivoltára, a többségi normák el nem fogadására vezethető vissza. Summázata a jelen helyzetnek, amelynek története hosszú, és okai nem az elmúlt tíz évben keresendőek. Lényege a következő: *a községekben a 25–29 év közötti roma lakosság 27,3 százaléka nem végezte el a nyolc osztályos iskolát*¹⁰, azaz kvázi funkcionális analfabéta. Itt említendő meg, hogy az ezer főnél kisebb lélekszámú településeken él a cigányság negytizede¹¹, azaz kétszázezer fő, amely az ott élő teljes lakosság negyedét teszi ki. A cigányság kulturális, társadalmi, szociális elmaradásának kérdése alapvetően a kis- és aprófalvas Magyarország ügye.

Összességében azzal, hogy az általános iskolák kezelése a helyi önkormányzatokra hárult, erős differenciálódási folyamat indult meg. Az iskolák közötti különbségek növekedése erősíti a helyi társadalmakon belüli és az egyes települések közötti társadalmi–kulturális polarizációt és szegregációt. Azzal, hogy az iskolaügy lényegében nincs hathatós szakmai (állami, regionális) kontroll alatt, és mivel a ténylegesen működő iskolaszék intézménye sem terjedhetett el az egész országban, így nem biztosíthatja a társadalmi kontrollt, az oktatómunka

8 Bódi Ferenc, Bóhm Antal: Sikeres helyi társadalmak Magyarországon, Agroinform Kiadóház, Budapest, 2000.

9 Forrás: Saját feljegyzések. „New Democracy and Local Governance” – egy nemzetközi összehasonlító kutatás részeként vizsgáltuk a kisvárosi politikai elitet Magyarországon 1996-ban. Az MTA PTI kutatás adatfelvétele során Hajdú-Bihar, Szabolcs-Szatmár-Bereg, Borsod-Abaúj-Zemplén megyében több kisvárosi jegyzővel készítettem beszélgetést a környékbeli szociális gondokról a megadott kérdőíven túl.

10 Kemény István: A romák és az iskola, *Educatio* 1996/1. 74 p.,

11 Kemény István: Cigánynak lenni, MTA Szociológia Intézet, 1994.,

színvonaláért sok esetben elemi iskolai végzettségű, vagy felsővégzettség nélküli polgármesterek és testületek felelnek.

Voltaképpen a falvak zárt helyi társadalmában sem érvényesül az iskolák autonómiája (társadalmi kontroll, kliens-orientált minőségbiztosítás), és hiányoznak az állami garanciából eredő tényleges biztosítékai annak, hogy megfeleljenek az alkotmányban (16.§) valamint az oktatási törvényben foglaltaknak. Az iskolaigazgató kiszolgáltatót a mindenkori képviselőtestületnek, mivel a helyi önkormányzati képviselőtestület nevezi ki őt, illetve teljesen alárendeltje a polgármesternek, mivel az a munkáltatói jogokat gyakorolja felette. Ebből az egyoldalú erőfölényből eredően a helyi politika – annak érdekében, hogy a számára illetve a szűkebb környezete számára (ezek gyakran rokonai, választói) a preferált javakat előteremtse – hátrányos helyzetbe hozza az iskolát a közpénzek elosztása során. A falusi iskolákban előfordul, hogy szaktanárok hiányában szakképzetlenek oktatnak, pusztán azért, mert olcsóbbak, mint a diplomával rendelkezők. Mivel az apró- és kisfalvakban egyre több idősebb ember él, s azok közömbösek az iskola oktatási feltételei és színvonala iránt, a gyerekek pedig rendkívül szegény és ez által szerény érdek érvényesítő képességgel bíró családokban élnek (munkanélküli, egyedülálló, segélyezett, roma stb.) nincs, aki felsorakozzon az iskolaügy mögé. S miközben sokat várunk el ettől az intézménytől – és valóban a jobb jövő kulcs intézménye lehetne –, igazából gazdátlan, nincs, aki gondozná, és fejlődését, egyáltalán a megmaradását biztosíthatná a vidéki Magyarország lakói számára.

Egészségügy

Mint a bevezetőben erre kitértem, a kisebb lélekszámú településeken a halálozási ráta nagyobb. A mortalitási index fokozatosan csökken, ahogy az az egyre nagyobb települések felé tekintünk. Ennek két okát említettem, egyrészt az időskorúak felülreprezentáltságát a kisebb településeken, másrészt az egészségügyi szolgáltatások hiányát illetve nehéz elérhetőségét.

Külön érdemes megvizsgálni az egészségügyi alap- és szakellátást. Az alapellátáshoz tartozik a háziiorvosi (gyermek-háziiorvosi), védőnői, ápolási, fogászati és gyógyszerterápiás ellátás. A két háziiorvos-csoportnak lehet azonos korú klientúrája, azaz gyermekekkel foglalkoznak felnőtteket ellátó háziiorvosok is (főleg falvakban). A potenciális pacientúra a háziiorvosoknál a 18 évesnél idősebb korosztályból áll, míg a gyermek-háziiorvos esetében egyértelműen az ez alatti korosztályból tevődik ki.

A fentiek figyelembe vételével vizsgáljuk a háziiorvosok és a gyermek-háziiorvosok eloszlását településtípusonként, s ehhez viszonyítjuk a potenciális betegkört, azaz az adott kormegoszlásnak megfelelő népességet. Ekkor látható, hogy a városokban a háziiorvosok és a po-

tenciális klienskör arányos egymással. Az aprófalvakban a potenciális kereslet nagyobb, mint a kínálat. A városokban és a nagyobb községekben a házi orvosok száma a népességhez viszonyítottan hasonló módon oszlik el, míg a kisebb falvakban alacsonyabb, a fővárosban nagyobb arányban reprezentáltak.

6. táblázat Az alap egészségügyi ellátás fontosabb adatai település típusonként¹²

Település-típusok	18 év feletti korosztály eloszlása n=8 171 224 fő	Házi-orvosok eloszlása n=5212 fő	0-17 közötti korosztály eloszlása n=2 147 519 fő	Gyermek-házi orvosok eloszlása n=1570 fő	Gyógyszertárak eloszlása n=1972 db
500 fő alatti község	2,9	1,3	2,8	0,0	0,1
501-1000 fő	5,3	6,3	5,0	0,2	1,9
1001-3000 fő	17,5	18,7	15,8	4,1	19,2
3001 főnél nagyobb község	13,7	12,3	12,5	11,3	14,2
Város	27,1	22,9	25,7	33,6	26,5
Megyei jogú város	19,1	19,2	19,9	28,2	21,0
Budapest	14,3	19,4	18,3	22,6	17,1
Ország összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

A kisebb falvakban, a csatolt községekben az orvosok csak hetente egy-két alkalommal járnak ki rendelni, állandó rendelőjük és lakhelyük az esetek többségében a nagyobb községekben van. A kilencvenes években viszonylag kis számban jöttek létre egészségügyi ellátást szolgáló önkormányzati társulások. A társulásokban több lehetőség rejlik, amit a jövőben jobban ki kell, és ki lehet használni, különösen a prevenciós munka kiszélesítése kapcsán.

A gyermekorvosi ellátottság teljes mértékben csak a városokban és a nagyközségekben megoldott. A gyermek-házi orvosok öthatoda városokban praktizál. A gyógyszertárak valamivel jobban elérhetőbbek, de látni kell: 2197 településen nincs gyógyszertár, 2635 apró- kis- és közepes faluban, illetve annak környezetében alig 418 patika működik.

Vidéken és a városok szegényebb negyedeiben az egészségügyi alapellátás gyakran összetett feladat, mivel az orvos és annak asszisztense egyben a falu, a körzet pszichológusa és szociális munkása is, aki az idős betegek gyógyítása mellett azok lelki gondozásával és szociális gondjaik esetén a tájékoztatásukkal is foglalkoznia kell (közgyógyellátási igazolvány).

A betegek a leglelkiismeretesebb házi orvos mellett is gyakran hetekig gyógyszer nélkül maradhatnak, mert sok, speciális készítményt csak szakorvos írhat fel a számukra, akihez csak több órai utazással jutnak el, ha egyáltalán eljutnak a gyakran mozgáskorlátozott és idős betegek.

12 Forrás: u.o.

A pontos diagnózis felállítása végezt beutalt betegek a fenti ok miatt nem jutnak el a szakrendelőkhöz. Ezért a városi népesség számára természetes szolgáltatásokat a községi házi orvosok helyben kényszerülnek biztosítani, azzal, hogy a saját pénzükből szereznek be nélkülözhetetlen diagnosztikai műszereket, felszerelést és hozzájuk szükséges anyagokat. A faluban dolgozó orvosok ezért a plusz költségért nem kapnak több támogatást a TB-től, igaz, a vidéki térségekben több parasztolvenciára számíthatnak, mint a városokban (a hálapénz rendkívül tájfüggő tényező).

Vidéken viszonylag nagy területen kell mozogniuk a házi orvosoknak, mivel sok a külterületi betegük, különösen az Alföldön. A nagyobb területen dolgozó orvosok több asszisztentst alkalmaznak, pedig a társadalombiztosítás erre sem ad többletforrást.

A jobb és hatékonyabb orvosi szolgáltatást rendkívül hátráltatja, hogy nincs elég mentő és elegendő speciális rohamkocsi – ezek a vidéki térségekbe lassabban, gyakran már megkésve érnek ki. A faluban élőknek ezért az első infarktus-túlélési esélye sokkal kisebb, mint a városiaké.

A betegek gondozása a falvakban egyre kevésbé oldható meg a régi, hagyományos módszerekkel, mivel a tradicionális közösségek és családok felbomlottak. A gyermekek nem gondoskodnak a szüleikről, s legkevésbé a nagyszüleikről vagy más hozzátartozójukról. Az egyházak sem töltik be szerepüket maradéktalanul, mivel a falvakban kevés a fiatal a lelkészek és a tisztelendők között, az idős papok pedig szolgálati leterheltségük miatt nem tudnak mindig támaszt nyújtani a betegeknek és haldoklóknak.

Az önkormányzatok ugyan megszervezik a gondozói hálózatot, de ennek rész költségeihez még azok a kliensek sem járulnak hozzá, akiknek ez nem jelent agyagi gondot, mivel szokatlan számukra, hogy ezért a szolgáltatásért fizetni kell, különösen egy olyan személynek, akit személyesen ismernek. Az unokák kocsijára és a saját temetésükre spóroló öregekkel kapcsolatban gyakori esemény, hogy a hagyatéki tárgyaláson derül ki: ott is a község fizette az idős ember gondozását, ahol jelentős összegű takarékbetétet örökölnek az utódok, ugyanakkor több községben a valóban rászoruló azért nem kapott támogatást, mert nem volt hozzátartozója a faluban. Aki pedig nem rokona vagy jó ismerőse valakinek azok közül, akik a „tanácson dolgoznak” az esélytelen a rendszeres vagy eseti, pénzben vagy természetben a helyi önkormányzat által nyújtható támogatásra. A falvakban az egészségügyet olykor nehéz leválasztani a szociális támogatások rendszeréről. Sok esetben e kettő feleslegesen összemosódik, de leggyakoribb hiba, hogy a kettő egymás mellett, párhuzamosan funkcionál, anélkül, hogy köztük lenne konstruktív kommunikáció.

7. táblázat Egészségügyi alap-, szakellátás és megelőzést szolgáló szűrővizsgálatok alapadatai községekben és városokban¹³

Település-típusok	Háziorvosi ellátásban megjelentek eloszlása % n=50 676 798 eset	Házi gyermek-orvosi ellátásban megjelentek eloszlása % n=10 534 679 eset	Teljesített szakorvosi munkaórák eloszlása % n=15.150.159 óra	Tüdőszűrésen megjelentek eloszlása % n=4.142.412 fő	Kiterjesztett szűrővizsgálatokon megjelentek eloszlása % n=648.543 fő
Község	42,9	16,1	7,4	2,2	0,0
Város	57,1	83,9	92,6	97,8	100,0
Összesen	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Ha a klientúra felől közelítjük a kérdést, akkor a következő állapítható meg: amíg a községek népessége az egész országnak alig több mint az egyharmada, addig a háziorvosi ellátásban megjelent betegszám negyvenhárom százalékát teszi ki. Ellenben például a tüdőszűrésen és a kiterjesztett szűrővizsgálatokon megjelenteknek csak a töredékét regisztrálják a községekben, miután a szakorvosi ellátás és az annak helyet adó intézmények csaknem teljes egészükben a városokban koncentrálódnak. A magasabb arányú megjelenés a háziorvosi rendeléseken azt jelzi, hogy a betegek csak a háziorvosig jutnak el, s nem keresik fel a nehezebben elérhető szakorvost.

1996 után csak súlyosbította a helyzetet, hogy bezárták a vidéki kórházak egyes részlegeit, s csökkentették az ágyszámot, aminek eredményeként értelmetlenül kicsi költségeket tudott megtakarítani a központi költségvetés, mindezek mellett nem számolt ennek társadalmi kárával és jövőbeni kárfelszámolási költségeivel. A kórházak bezárása illetve a részlegek megszüntetése után sem változott az egészségbiztosítás gyógyító-megelőző kiadásainak szerkezete, mivel ugyanolyan keveset költünk alapellátásra és járóbeteg-ellátásra, mint 1996 előtt, és arányaiban továbbra is jellemzően túlköltekező maradt a fekvőbeteg-ellátás. Az 1996. LXIII. törvénnyel még az ezt direktívaként az akkori kormány elé állító Világbank sem lehetett elégedett, hiszen a törvény betartása révén az állami kiadások sem csökkentek: a költségfaló, korrupt elemeket nem az ellátás végrehajtó-szervezetében lehetett tettenérni, hanem az azt irányító és finanszírozó szervezetekben, ezek sorában is leginkább az akkori Országos Egészségügyi Önkormányzatban és Pénztárban. A legtöbbet a vidéki népesség vesztette, mivel romlott az egészségügyi ellátórendszer elérhetősége (a szolgáltatóintézmények távolabb kerültek a falvak lakóitól).

Az egészségügy finanszírozásának válsága világméretű jelenség. A hazai gondokat csak fokozza az a körülmény, hogy az előző rendszertől örökül kapott ellátási rendszert egyszerre kell hatékonyabbá és méltányosabbá tenni. Az ésszerűség és igazságosság elvére épülő

13 Forrás: u.o.

nemzeti stratégiának akkor lesz igazán eredménye, ha fel tudunk hagyni a drága kórházi ápolási költségek növelésével, és az ebből megtakarított összeg töredékét, átcsoportosítjuk az ambuláns ellátásra és a prevencióra.

Az ár ellen, felfelé stratégia korántsem könnyű feladat, mivel a kórházi gyógyításnak nagyobb a presztízse az orvosi szakmában, mint a népegészségügyi feladatok végrehajtásának. Például egy-egy nagyobb sebészeti siker inkább bekerül a média érdeklődésének a középpontjába, mint az a társadalmi tény, hogy egy ezrelékponttal sikerült csökkenteni a halálozási mutatót az ország vidéki régióiban.

Ugyanakkor a prevenció messze túl mutat a klasszikus gyógyítás körén, ezért nem is szükséges a két irányzatot egymás ellentétéként szembeállítani, hiszen a fejlett technológiát igénylő gyógyszertervezés, orvosi műszergyártás és orvosképzés fejlesztéséről nem szabad lemondania még egy olyan kis országnak sem, mint hazánk, ugyanakkor emellett a kiadások jövőbeni, értelmetlen növekedését is meg kell előzni azzal, hogy a hétköznapi kultúrában jártasabb, a testi- és lelki higiénia területén műveltebb polgárokat nevelünk. Ha a fiatalabb generációknak is tudjuk biztosítani például az egészséges ivóvizet, az elérhető áron megszerezhető élelmiszereket, a modern védőoltásokat az újkori járványok ellen és nem utolsósorban szorgalmazzuk az egészségesebb életformák és életmódok elterjedését, akkor a jövőben kevesebb szívsebészeti eljárásra és rák elleni gyógyszerre lesz szükség. Ha a prevenciós programok országos rendszert alkotnak, de a helyi kezdeményezésekből indulnak, akkor van esély egy új egészségesebb nemzetdek megjelenésére. Nagy szerep vár ebben a feladatban egy nemzetéért felelős kormánynak éppúgy, mint annak a vidéki értelmiségnek, és minden értékadó rétegnek, helyi önkormányzatnak és civil kezdeményezésnek, amely a jó minta médiuma lehet a helyi társadalmakban.

A két háború közötti Magyarország közegészségügyi ellátó rendszere – vesztés háború, területvesztés és két forradalom után – elérte, hogy az ország népességének várható élettartama tizennégy évvel növekedett (akkor a mai kornak is meglehet minden reménye arra, hogy a társadalom végre konszolidálódjon, és állampolgárai ne a mortalitási mutatók terén legyenek a világon és a kontinensen elsők).

Az egészségesebb – valamint a minőséget biztosító – élethez elsősorban a környezeti és társadalmi életfeltételek javításán keresztül juthatunk el, amelynek egyik közvetett, de rendkívül összetett indikátora a csecsemőhalandósági mutató. Több, mikrotérségben végzett vizsgálat során észleltük, hogy a csecsemőhalandóság egy-egy közösségben több év átlagában állandóan magas. Az okokat keresve nem az egészségügyi ellátási rendszer hiányát véltük felfedezni, hanem inkább társadalmi, kulturális és környezeti összefüggéseket.

Ahogy a koraszülések gyakorisága is az alacsonyabb iskolai végzettségű nőknél nagyobb (egészségtelen életmód, gyakori művi abort-

tusz), így a csecsemők elvesztése és a kulturális szint között is szoros az összefüggés.

A csecsemőhalandóság országos átlagával sem lehetünk elégedettek (9,6), mert ez még mindig a kétszerese a Nyugat-európai átlagnak.

A helyzetet súlyosbítja, hogy az országon belül jól körülhatárolható térségekben, településgóckban és településtípusokban a csecsemőhalandóság az országos átlag többszörösét éri el (lásd csecsemőhaladási térkép)

8. táblázat Csecsemőhalandósági ráta () néhány európai országban 1996-ban¹⁴

Országok	Csecsemőhalandósági ráta
Norvégia	2,5
Svájc	3,2
Írország	3,7
Ausztria	3,2
Spanyolország	3,5
Portugália	4,1
Magyarország	9,6

Magyarországon a csecsemőhalandóság területén tapasztalható eltérések, amelyek a különböző település típusok és régiók között tapasztalhatóak, közvetett módon tükrözik az egész népességre vonatkozó társadalmi, kulturális különbséget.

9. táblázat Magyarországon a csecsemőhalandósági ráta 1994-1998. év átlagában ()¹⁵

Település típusok	Csecsemőhalandósági ráta
500 fő alatti község	11,03
501-1000 fő	10,37
1001-3000 fő	10,27
3001 főnél nagyobb község	9,86
Város	8,86
Megyei jogú város	9,92
Budapest	8,91
Ország összesen	9,60

A csecsemőhalandósági mutató félezer településen haladja meg az országos átlagot. Ezek a települések nem alkotnak összefüggő térséget hazánkban, de jellemző rájuk, hogy a megyéken belül a belső perifériákhoz tartozó kistrészekben helyezkednek el. Ezekben a településeken a szociális ellátási szféra hiánya mellett jellemző a lakosság alacsony iskolázottsága és rossz szociális állapota.

14 Demographic statistics, European Commission, Eurostat, Theme 3, 1999.

15 KSH T-STAR 1998.

Szociális támogatás

Az országban 1998-ban harmincnyolcmilliárd forintot költöttek az önkormányzatok szociális segélyezésre. Az összeg kétharmadát a jövedelempótló támogatás, a maradék harmadát pedig az eseti szociális segély, illetve a rendszeres szociális támogatás tette ki.

A segélyezés mértéke attól függően tér el, hogy mely településen illetve régióban fizetik ki. A segélyek valamennyi nemében az egy főre jutó segélyösszeget figyelembe véve a városokban magasabb a folyósított összeg, mint a falvakban. A fejlettebb régiókba tartozó megyékben alacsonyabb a rendszeres szociális segély mértéke, mint a fejletlenebb régiókba tartozó megyékben. A jövedelempótló támogatás esetében a fejlettebb régiókban magasabb a jövedelempótló támogatás egy főre jutó összege, mint a keleti és északi régiókban. Nyugat-Dunántúlon összefüggő övezetet képeznek azon önkormányzatok, amelyek nem folyósítanak egyáltalán rendszeres szociális segélyt.

Miután a jövedelempótló támogatás összegét állami normatíva határozza meg, ami függ a korábbi kereset mértékétől, ezért a jobb jövedelmi mutatóval rendelkező térségben magasabb átlagot mutat. A rendszeres szociális segély pedig az egyetlen támogatási eszköz és egyben az utolsó kapaszkodó a járadékból kiesetteknek, ezért átlagának mértéke inkább nagyobb az ország keleti és északi régióiban. Ha a járadékosok és támogatottak mértékét vesszük figyelembe, akkor a szociálisan támogatottaknak a népességhez viszonyított arányszáma egybeesik azzal, amit a magas munkanélküliséggel sújtott térségek mutatnak. A keleti régiókban előfordul, hogy a helyi önkormányzatok éves kiadásának harmadát, közel felét a különböző szociális segélyek terhelik meg.

Ha a falu, a város különbségét nézzük, akkor látható, hogy a falvakban többen kapnak a munkanélküliek jövedelempótló támogatásából és rendszeres szociális segélyből, mint a városokban, annak ellenére, hogy a városokban él a népesség kétharmada. Ennek oka, hogy a munkanélküliség a legkorábban a falvakban alakult ki, és itt vált tartóssá, kezelhetetlenné. A községekben nagyobb a tartós munkanélküliség rátája, mint a városokban. A gyárbezárásokat először a vidéki részlegekben kezdték meg a nagy cégek, s ezzel együtt az esetek többségében egy-egy településen az egyetlen munkahely szűnt meg végérvényesen. A mezőgazdasági üzemek szétesése, a bányák bezárása, a kihelyezett kislemez-ipari üzemek csődje csak növelte a falusi munkanélküliséget, s miután pár év után a munkanélküliek kiestek a munkaügyi központok ellátási rendszeréből, az önkormányzatokhoz kerültek, s ott kaptak ellátást.

10. táblázat Rendszeres szociális segélyezettek és a munkanélküliek jövedelempótló támogatásában részesülők eloszlása¹⁶

Település típusok	Önkormányzatok munkanélküli jövedelempótló támogatásban részesülők száma %	Önkormányzatok munkanélküli jövedelempótló támogatásban részesülők eloszlása %	Önkormányzatok által rendszeresen segélyben részesülők száma (fő)	Önkormányzatok által rendszeresen segélyben részesülők eloszlása %	Állandó népesség eloszlása %, n=(fő)
Község	88072	50,4	11.431	41,3	36,8
Város	86806	49,6	16.282	58,2	63,2
Összesen	174.878	100,0	27.713	100,0	100,0

A fent bemutatott segélyek mellett jelentős támogatást kapnak a gyermekes családok, a rendszeres gyermekvédelmi és gyermeknevelési alapból. Ez a támogatás jelentős mértékben hozzájárul a gyermekek iskoláztatásához és iskolai költségeihez. Az alacsony jövedelmű családok mindegyike normatív alapon, a szociális törvényben előírt módon jut hozzá a nevelési támogatáshoz.

Az ápolási díjat, eseti szociális támogatást, fűtési hozzájárulást, közgyógyigazolványt (térítésmentes gyógyszer-támogatás), az idősek egyszeri támogatását a képviselőtestületek szociális bizottságai ítélik meg. A bizottságok döntései esetenként nem kellően megalapozottak, és személyes befolyásoltságokkal terhelték. Az igényeket a gyermekvédelmi felügyelők és a gyermek- és családvédelmi szolgálat dolgozói terjesztik elő, a döntést azonban egy legitim, választott, ugyanakkor laikus testület hozza, amelyből olykor hiányzik a szakszerűség, az objektivitás és a méltányosság igénye. Előfordul, hogy a szociális támogatást a választott testület protekció alapján, a rokoni kör számára vagy a pillanatnyi politikai céljainak alárendelten osztja el.

Vajon az-e a megoldás, hogy a szociális támogatás elosztásában kisebb szerepet kell adni a választott testületnek és a polgármesternek? Hogy a képviselőtestületekre valamint a polgármesterre csak a rendelkezésre álló szociális támogatási keret kisebb, a szociális támogatási rendszer szakmai szereplőire pedig nagyobb részét kell bízni? Miután több önkormányzat az állami költségvetéstől megkapott normatív támogatási keretet nem költi el, illetve nem szociális támogatásra fordítja, emiatt a központi kormányzati szándék nem tud érvényesülni, a támogatás nem tud eljutni a címzetthez. Korlátozható-e a kormányzat a hatékonyabb beavatkozás céljából a helyi önkormányzatok autonómiáját azáltal, hogy azoknál az önkormányzatoknál, amelyeknél a normatív keretet nem a szociális szférára költik, csökkenteni a következő évben a támogatás mértékét?

Minden bizonnyal a falusi önkormányzatok, a helyi közösségek inkább képesek arra, hogy a szociális segély lehetőleg a legrászorult

16 Forrás: u.o.

tabbakhoz ténylegesen eljusson, de ehhez a célhoz a helyi társadal-
maknak kell az aktív részvételükkel jobban segíteniük a helyi önkor-
mányzatokat.

Több településen szociális válságról beszélnek. Ezekben a falvak-
ban a népesség zöme csak az önkormányzattól remél némi „ínség-
munkát”. A közmunkák és közhasznú munkák nem hoznak megoldást,
csak felszíni kezelést jelentenek. A munka hiánya ezekben a térségekben
óriási, és lassan kezelhetetlen. Hiszen lassan felnő egy generáció,
amely még nem látta munkába járni a szüleit, csak segélyért sorba állni.
A családok itt csak hihetetlenül alacsony színvonalon tudják berendezni
az életüket, és tengődnek a falu zárt világában. A kertből és ház körül
nevelt jószág hasznából élnek, ezt egészíti ki a „polgármester”.
S ez még mindig a jobbik helyzet, hiszen vannak települések,
amelyeken az alkoholizmus pusztít. A szomszéd kertjének lefosztása
és ingóságainak elhurcolása csaknem mindennapos.

Azokban a falvakban, ahol a népesség már több generáció óta együtt él,
ott a közösségi norma szabályozó szerepe érvényesül. Ahol azonban
a korábbi ipartelepek, bányák miatt nagy számú népességcsere történt,
vagy azokban a falvakban, ahová a közelmúltban az olcsó ingatlanárak
miatt sok városi szegény ember költözött, komoly gondot jelent a
közbiztonság fenntartása.