

Dr. Simek Ágnes

A SZOCIÁLIS HÁTTÉR BEFOLYÁSA AZ EGÉSZSÉG- ÜGYI ELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELE SZEMPONTJÁBÓL FALUSI ÉS VÁROSI KÖRZETEK ÖSSZEHASONLÍTÁSA

SE Közegészségtani Intézet

Közismert az a WHO adat, mely szerint az emberek egészségi állapotáért az egészségügy csak 13%-ban (1) felelős. A további tényezők a lakóhely, az iskolázottság, a munkahely, a környezet, a szociális háttér.

Évtizedes falusi körzeti- majd háziorvosi gyakorlatunkban mi is azt találtuk, hogy a **szociális háttérnek** óriási befolyása van a lakosok egészségi állapotára, az egészségügyi szolgálat igénybevétele szempontjából. Bédi Gyula már 1966-os felmérésében leírta, hogy minél kisebb egy település, annál rosszabb a szociális ellátottsága (2).

A FAKOOSz 2000. évi felmérésében a falusi praxisok betegek választa szociális helyzetükről, egészségi állapotukról, az egészségügyi ellátásról.

Jól látható a népesség koreltolódása **falun az idősebb korosztály** felé.

1. táblázat: Kormegoszlás

| | Falu | Város |
|-------|------|-------|
| 15–18 | 36 | 18 |
| 19–25 | 64 | 73 |
| 26–35 | 101 | 203 |
| 36–60 | 273 | 293 |
| 61– | 183 | 143 |

A kormegoszlás eltolódásának oka az évtizedek óta tartó **elvándorlás**. A munkalehetőségek hiánya, falusi infrastruktúra hiányos volta, az iskolázottság korlátozott lehetőségei.

Szemben a falusi korösszetétellel városban jellemző a fiatal, **munkaképes korosztály** jelentős aránynövekedése.

Johan Béla már 1939-ben megírta „Gyógyul a falu” című falusi betegellátással foglalkozó alapművében: „A népesség városba irányuló vándorlása miatt nagy különbség van a falu és a város népének korösszetételében is. A városokban a bevándorlás következtében erősen megduzzad a munkaképes korban levő korosztályok népessége, ezzel szemben a falvakban ezek a korosztályok szenvedik a legnagyobb veszteséget.” (3)

A kisvárosi kormegoszláshoz jobban hasonlító adatokat találunk az ÁNTSz 2001-ben kiadott évkönyvében is. (4)

2. táblázat: A népesség főbb korcsoportok szerint

| A népesség főbb korcsoportok szerint (január 1.) | |
|--|--------------------|
| Korcsoport (éves) | 2000-ben (ezer fő) |
| 0–14 éves | 1729 |
| 15–29 éves | 2278 |
| 30–39 éves | 1301 |
| 40–59 éves | 2857 |
| 60–69 éves | 1028 |
| 70–x éves | 1029 |
| Összesen | 10222 |

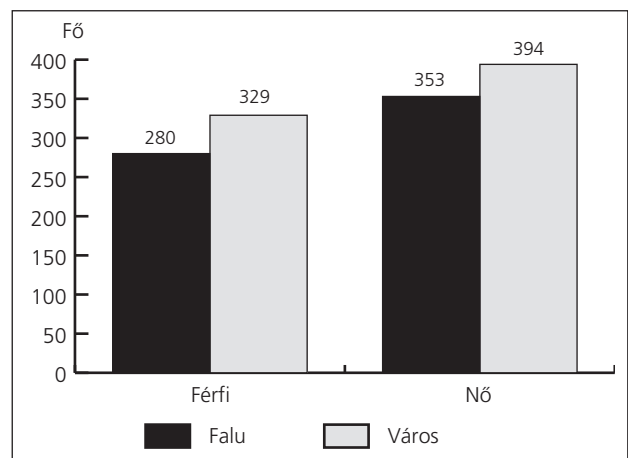
A városban található **más élet- és munkakörülmények** okozzák a fiatal munkaerő bevándorlását, ebből adódóan más a betegsémgeloszlás és más az ellátási igény is.

Még ma is érvényes a középkori mondás:

A városi levegő szabaddá tesz – a városiakok **több információhoz** jutva, több lehetőséget kapva jobban tudják azokat kihasználni, fogékonyabbak a változásra, több idejük van a napi munka mellett önmagukkal, egészségükkel törődni. Ezeket az adatokat a későbbi fejezetekben láthatjuk.

A nemek szerinti megoszlást az 1. ábrán szemléltetjük: falun az özvegy és egyedülálló nők aránya sokkal magasabb, mint városban.

1. ábra: Nem szerinti megoszlás



3. táblázat

| A népesség nemek szerint 2001. január 1. | | | | | | | |
|--|---------|--------|----------|------------------|------|-----------------------|--------------------------------|
| Év | Férfi | Nő | Összesen | Férfiak | Nők | Ezer férfitra jutó nő | Népesség 1 km ² -re |
| | ezer fő | | | aránya, százalék | | | |
| 2000 | 4865,2 | 5356,4 | 10221,6 | 47,6 | 52,4 | 1101 | 109,9 |

Még ennél is kedvezőbb arányt mutat az országos statisztika 2001-ben:

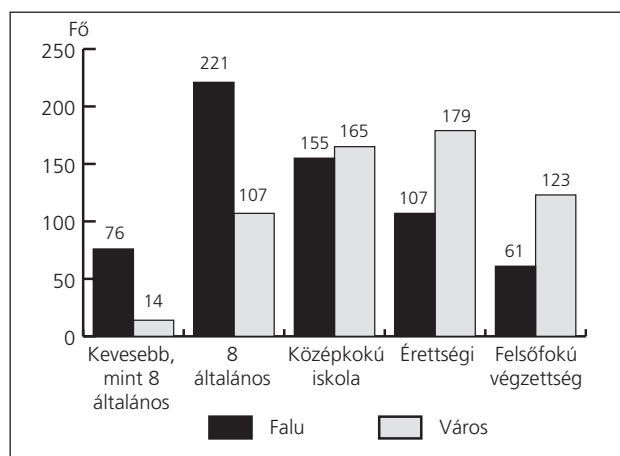
Az évkönyvben sehol nem találtunk falu-város szerinti megosztást, így csak a teljes népességre vonatkozó adatokkal tudjuk összehasonlítani a mi eredményeinket.

Ez a nagy különbség még tovább fokozódik, ha figyelembe vesszük, hogy a kor előrehaladtával egyre nő az **elvált, egyedülálló férfiak** aránya, tehát arányaiban még több az egyedülálló nő. Ennek sok, ma egyértelműen káros következményével: kisebb egy főre jutó jövedelem, arányaiban nagyobb szociális kiadások, elzárkózás, izolálódás, információhiány.

Az **iskolai végzettség** a szociális körülmények és ebből fakadóan az egészségügyi **szolgáltatás igénybevehetőségének és igénybevételének** fontos meghatározója.

Ezt a tényt hangsúlyozza Belec Borbála és munkacsoportja is 2004-ben (5). Kiemelik az alacsony iskolázottság hátrányait az egészségügyi ellátás minden területén.

2. ábra: Iskolai végzettség



A Gauss-görbe **falun jellemzően az alacsonyabb iskolázottság**, városban a felsőfokú végzettség felé tolódik el lényegesen. Tényi Jenő professzor több cikkében is felhívta a figyelmet arra, hogy az alacsony iskolázottság a megelőzés ismereteinek hiánya miatt betegségek gyakoribb előfordulását, észleléskor súlyosabb állapotát vonja maga után, és ez főként a falusi népességre jellemző (6). A szerző korábbi cikkében felhívta a figyelmet a szociális tényezők hátrányos hatásaira konkrétan a leggyakoribb népbetegség, a hipertónia kezelésének és gondozásának területén (7).

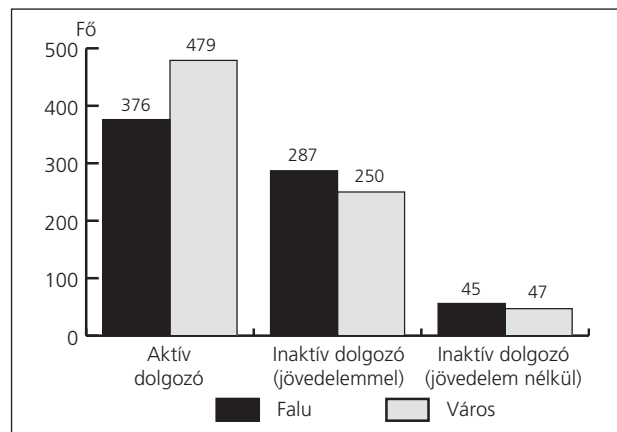
A fiatalabb kor, a magasabb iskolai végzettség egyben azt is jelenti, hogy ez a generáció fogékonyabb az egészségnevelésre, felvilágításra, primer prevencióra. És ez a

generáció, ha még nem városban él, a jelen irányvonalak szerint folyamatosan költözik át a városokba és egyre inkább urbanizálódik.

A korösszetételből logikusan adódik, hogy a falun élő idősebb, iskolázatlanabb lakosság körében jóval **alacsonyabb a foglalkoztatottság**.

A falusi lakosság elöregedését is jelzi a **szélesebb inaktív, jövedelemmel rendelkező** és nem rendelkező réteg. De jelezheti **élniakarását** is, mivel a kérdőív nem kérdezett rá, hogy ez a kategória vajon nem a munkanélküli, de alkalmi vagy bejelentés nélküli munkavégzésből származó jövedelmet fedi-e. A falun élők mindenestre sokkal kiszolgáltatottabbak a munkáltatóknak éppen koruk, végzettségük és a kevés munkalehetőség miatt. Súlyosbítja a helyzetüket, hogy a munkáltató sokszor az útiköltségen takarékoskodva választ akár kevésbé képzett városi munkaerőt.

3. ábra: Foglalkoztatottság

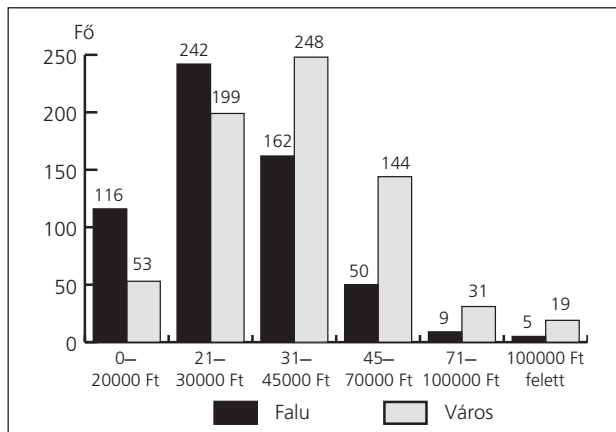


Városban a több aktív dolgozó az egyéneknek, családoknak **biztosabb**, kiszámíthatóbb, tervezhetőbb **jövedelmet** biztosít. Jut idő rekreációra, az egészségmegőrzéshez szükséges ismeretek beszerzésére, elsajátítására, az egészséges(ebb) életmód kialakítására, a drágább, modernebb gyógyszerekre. De még az egészségügyi szolgáltatás elérhetősége is nagyobb a meglévő és használható autót, vagy telefon által.

A foglalkoztatottság alakulásának megfelelően a jövedelmekben is nagy eltolódás mutatkozik. Míg városban egyértelműen a magasabb, falun az alacsonyabb jövedelem a jellemző.

Falun a **jövedelmek** nagy átlagban a **minimál-bér** körül mozognak, a munkaerő fölösleg miatt sok alkalmazott bejelentés nélkül, 10–12 órás napi munkaidővel, a **minimálbér alatt** dolgozik. A háztájiban, **többletmunkával** termelik meg az élelmiszereket, ami a hiányzó jövedelmet pótolja. **Váratlan kiadásokra** –

4. ábra: Egy személyre jutó átlagjövedelem az együttlakó családtagoknál



betegség, gyógyszer, táppénz – *nehezen* jut anyagi forrás. Ezért gyakori, hogy a falusi lakosság az olcsóbb gyógyszereket, a nem tudományos gyógymódokat veszi igénybe (8).

Hasonló a helyzet a lakás *tulajdonviszonyait* illetően is. Városban jellemzően több az *önálló, saját lakással* rendelkező lakos. Falun még mindig jelentős a *több generációs* együttlakás. Ez többnyire kényszerűség, és oka a kevesebb jövedelem. Többnyire nem az előnyeiket használják ki: a rohanó tempó, a kisebb tolerancia, a rossz kommunikáció nagyobb frusztrációt, sok – többnyire kezeletlen – depressziós beteget jelent.

Városban a nagyobb számú önálló lakással nem rendelkező lakos kétféle tendenciát jelez: egyrészt a városi *hajléktalan-munkanélküli* réteg növekedését, másrészt a *bérlakásban élők* számának növekedését.

4. táblázat: Lakáskörülmények

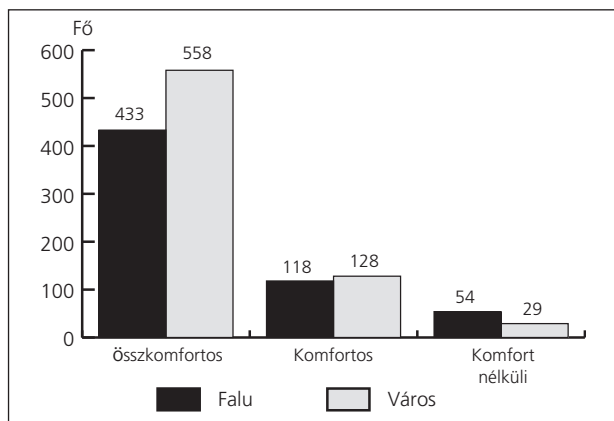
| | Falu | Város |
|-----------------------------|------|-------|
| Önálló lakása van | 452 | 684 |
| Több generáció együtt lakik | 144 | 60 |
| Nincs önálló lakása | 4 | 17 |
| Egyéb | 9 | 6 |

Ezt a témát *finomítja* tovább a következő kérdés is Városban sokkal több a komfortos, teljes kényelmet és a szociális szolgáltatások igénybevételét biztosító lakást használók száma. Mindkét lakóterületen alacsony, de arányaiban mégis sokkal nagyobb falun a teljes komfort nélküli lakásban lakók száma.

Fodor József már 1885-ben felhívta a figyelmet arra, hogy a lakáshelyzet mennyire döntően befolyásolja az akkor még gyakori kolera és hastífusz terjedését (9). Ennek figyelembe vétele ma sem megkerülhető, amikor a TBC incidenciája és morbiditása fokozatosan nő.

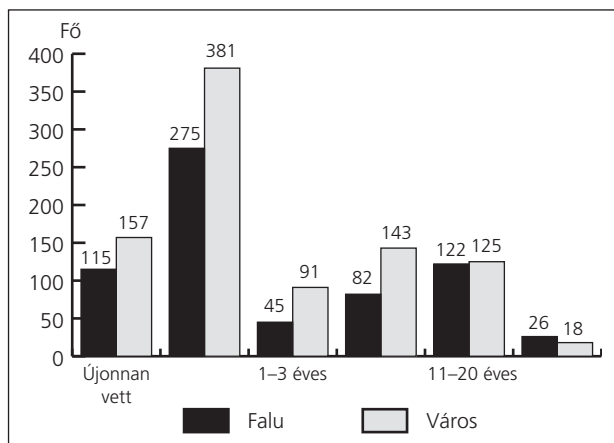
Ma már nem luxuscikk az autó sem falun, sem városban. Többnyire a *munkába járást, a munkavégzést* biztosítja, sokszor a megközelítés egyetlen módját jelenti, különösen falun. Ez az adat is hűen tükrözi a meglévő anyagi viszonyok különbözőségét, mely szintén jelentős kihatással van az egészségügyi szolgáltatások elérhető-

5. ábra: A lakás komfortfokozata



ségére és igénybevételére. A rossz, sokszor üzemképtelen vagy rendszám nélküli kocsi néha csak félreértelmezett státusz-szimbólum, de nem az elérhetőséget biztosítja, és semmiképp nem a biztonságot jelenti.

6. ábra: Autó



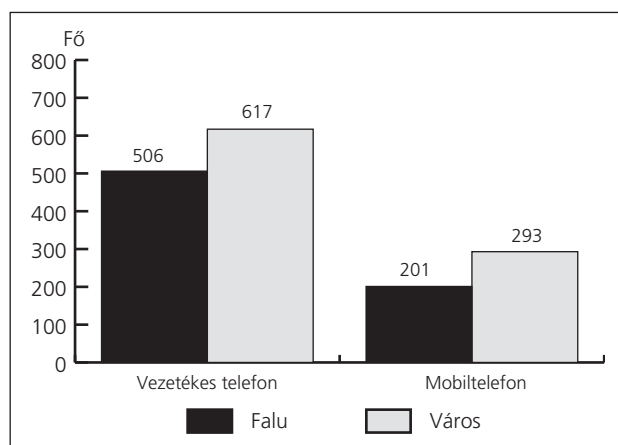
Ugyanígy erős hatást gyakorol az egészségügyi ellátás igénybevételére, elérhetőségére a *kommunikációs lehetőségek* biztosítása.

A foglalkoztatottság, jövedelemszintek ismerete után nem meglepő, hogy itt is jelentős előnnyel rendelkezik a városi lakosság. A falusi lakosság egyre nagyobb számban mondja le vezetékese telefonját a díjak emelkedése miatt. Ezzel párhuzamosan megveszi a modernebb, könnyebben kezelhető mobiltelefont, csakhogy többnyire használaton, rossz állapotban és kártyafeltöltéssel, amit többnyire nem tud folyamatosan biztosítani.

A kommunikációs lehetőségek kiterjedtsége, és elérhetősege, az internethasználat biztosítása sokat jelent az ismeretek megszerzésében – akár a hétféle ügyelet telefonszámát illetően, de az egészségügyi ellátásban is – tájékoztató honlapok, egészségügyi rendezvények, egészségmegőrző programok igénybevétele területén – ismét óriási előnnyel a városi lakosság számára. Egy 2008-as Európai Uniói felmérés szerint a magyar népesség az egyik legpresszimentáltabb Európában. Hogy még sincs sok szegénykeznivalónk, példának néhány irodalmi adatot közlök tájékoztatásul arról, hogyan ítélik

meg külföldi kollégáink a szociális helyzet és az egészségügyi ellátás kapcsolatát.

7. ábra: **Kommunikációs lehetőségek**



Couzos és Thiele úgy látja, hogy Ausztráliában, mely elfogadottan a világ falu-egészségügyi ellátásának élharcosa, a szervezett falu-egészségügyi ellátás úttörője, még mindig nem tudnak a kis szigeteken lakó bennszülöttek részére, azonos feltételű és színvonalú ellátást biztosítani. Ennek okát a nagy távolságban és a kormány elégtelen anyagi támogatásában látják.(10)

Ugyancsak a pénzügyi háttérrel, az állami szociális ellátottság kiegyensúlyozatlanságával foglalkozik(11) egy kínai kutató, abban az országban, mely rohamléptekben fejleszti egészségügyét, alakítja ki falu-egészségügyi rendszerét és kultúráját. Kína ennek megfelelően egyre nagyobb szerepet foglal el Ázsia egészségügyi rendszerében, melyet jelez az is, hogy jelenleg a Nemzetközi Falu-egészségügyi Szövetség Ázsiai Szekciójának elnöki posztját kínai higiénikus kolléga tölti be. A finanszírozás különböző módjait és a magán-szféra ill. a paraszolvenca térvesztését, de mégis szociális különbségekből adódó és további szociális különbségeket generáló létezését taglalják Wagstaff és munkatársai (12) egy tíz európai uniós államot összehasonlító elemzésükben.

Ugyancsak az állami szektor finanszírozási arányának növelésével igyekeznek az esélyegyenlőséget biztosítani az egészségügyi ellátásban a görög kormányzat. Liropoulos és társai szerint azonban a magánbiztosítás és a paraszolvenca még sokáig fenn fogja tartani az összességben mégis egyre kisebb ellátási különbségeket (13).

Szomorú tény, hogy gyermekeket sem kímél a szociális hátrány különösen a környezeti szennyezettség következményeiben. Erről számolnak be Hoffmann és társai (14) egy Ruhr-vidéken készített összehasonlító vizsgálatuk során.

Érdekesség, hogy az Unell vezette svéd kutatócsoport a fogorvosi ellátás igénybevételénél (15) a legnagyobb különbségeket a földrajzi és szociális helyzet mellett a nemekben látta. Természetesen a gazdagabb, és a szegényebb csoportban is a nők voltak bátrabbak, ők vették gyakrabban igénybe a fogorvosi szolgáltatást.

Nálunk fejlettebb társadalmi gazdasági berendezéssel, szervezettebb, költséghatékonyabb egészségüggyel rendelkező országok reprezentánsai véleményét, összegzését tükrözik a fenti adatok. Van tehát mit tenni a világ minden részén, hogy a szociális hátrányok ne jelentsenek egyben hátrányt az egészségügyi ellátás területén is.

ÖSSZEFOGLALÁS

A falusi lakosság **demográfiai** és **szociális** helyzetét tekintve jelentős **hátránnyal** bír a városi lakossággal szemben.

Korösszetétele az idős kor felé tolódik, iskolázottsági szintje messze elmarad a városi emberektől. Ennek egyenes **következménye**, hogy kisebb a foglalkoztatottság, alacsonyabbak a fizetések falun, az autó és a telefon birtoklása ritkább, noha épp a távolságok miatt ez nagyon fontos lenne. Ehhez társul még a rosszabb lakáskörülmények, a kényszerű összezártság, az ebből adódó sok-sok **frusztrációval**.

Mindezek összességében az egészségügyi szolgáltatások nehezebb elérhetőségét, és a **szolgáltatási formák és lehetőségek szűkebb ismeretét**, igénybevételét jelentik.

A változtatásra a fejlett ipari hatalmak, a falu-egészségügyi ellátással rendelkező országok is nagy erőfeszítéseket tesznek. A megoldást egészségügyi szakemberek és közgazdászok a **nagyobb állami finanszírozási arányban és az egészségügyi és szociális ellátórendszer szorosabb együttműködésében** látják.

IRODALOM

1. WHO. Constitution of the World Health Organization, Geneva, 1946. – 2. Bédi Gy., Buda J. Tényi J.: Települések higiénés viszonyainak jellemzése pontszámok alapján. Statisztikai Szemle 44./ 5. 1966. május, 474-490. – 3. Johan B.: Gyógyul a magyar falu. M. Kir. Országos Közegészségügyi Intézet Közleményei, 7. sz. 1939. 147. o. – 4. ÁNTSz Statisztikai Évkönyv 2001. – 5. Belec B., Balogh S. Hajnal F., Nagymajtényi L., Paulik E.: Az iskolázottság hatása az egészségi állapotra Csongrád megyében. Medicus Universalis 204. 37. évf. 1. sz., p. 11-16. – 6. Tényi J.: A falun élők egészségéért. Környezetvédelem, VIII. évf. 2000./3. sz. 18-19. 18.o. – 7. Simek Á.: A hypertonia keletkezésének és gondozásának szociális háttere. Med. Univ. 1996, 1, p. 17-19. – 8. Simek Á.: Traditional folk treatment in primary health care in Hungary. Pravara Review, közlés alatt. – 9. Fodor J.: A lakásvizonyok befolyása a kolera és tifusz elterjedésére. Értekezések a természettudományok köréből, 1885. XIV. kötet 2. füzet. – 10. Couzos S, Thiele DD. The International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights and the right to health: in Australia meeting its obligations to Aboriginal peoples? Med J Aust. 2007 May 21;186(10):522-4. – 11. Liu Y, Hsiao WC, Eggleston KEquity in health and health care: the Chinese experience. Soc Sci Med. 1999 Nov;49(10):1349-56. – 12. Wagstaff A, van Doorslaer E, Calonge S, Christiansen T, Gerfin M, Gottschalk P, Janssen R, Lachaud C, Leu RE, Nolan B, et al. Equity in the finance of health care: some international comparisons. J Health Econ. 1992 Dec;11(4):361-87. Comment in: J Health Econ. 1992 Dec;11(4):467-71. – 13. Liropoulos L, Tragakes E. Public/private financing in the Greek health care system: implications for equity. Health Policy. 1998 Feb;43(2):153-69. – 14. Hoffmann B, Kolahgar B, Rauchfuss K, Eberwein G, Franzen-Reuter I, Kraft M, Wilhelm M, Ranft U, Jöckel KH. Childhood social position and associations between environmental exposures and health outcomes. Int J Hyg Environ Health. 2008 May 22. – 15. Unell L, Söderfeldt B, Halling A, Solén G, Paulander J, Birkhed D. Equality in satisfaction, perceived need, and utilization of dental care in a 50-year old Swedish population. Community Dent Oral Epidemiol. 1996 Jun;24(3):191-5.