

4. Alapvető köz- és magánszolgáltatások

KOÓS BÁLINT

Területi kihívás: Az alapvető közszolgáltatások hiánya egyre inkább a kis lélekszámú településeken élőket sújtja

Az alapvető szolgáltatások minősége, elérhetősége fontos eleme a területi versenyképességnek, befolyásolja az életminőséget és kihat a társadalmi kohézió alakulására is (Európai Parlament 2003; Európai Bizottság 2004). Az alapvető szolgáltatások egységes meghatározása mind a mai napig nem alakult ki: az egyes országok közt meglehetősen nagy eltéréseket tapasztalhatunk (Bjørnsen et al. 2013). Leggyakrabban a hálózatos közművek (pl. víz-, gáz-, áramellátás) elemeit értik alatta, de a fejlettebb országok és különösen az Európai Unió jóval szélesebb értelemben alkalmazzák ezt a fogalmat. Az EU-ban három nagy csoportot különböztetnek meg (Európai Bizottság 2011): a szociális jellegű alapvető szolgáltatásokon (oktatás, egészségügy, idősgondozás) túl az alapvető gazdasági szolgáltatásokat (pl. energiaellátás, szállítás, telekommunikáció, postai szolgáltatások), illetve a nem gazdasági jellegű szolgáltatásokat (pl. igazságszolgáltatás, rendvédelem). Az elkülönítés alapvető fontosságú az unió esetében, hiszen

- a gazdasági jellegű alapszolgáltatások rendkívüli mértékben szabályozottak (pl. 1107/2006/EK-rendelet a légi szállításról; 1370/2007/EK-rendelet a vasúti és közúti személyszállítási közszolgáltatásról; 2008/6/EK-irányelv a postai szolgáltatásokról);
- az alapvető szociális szolgáltatások fejlesztésére sok esetben támogatást is nyújt a közösség (pl. bölcsődei ellátás fejlesztése – a kora gyermekkori ellátásokról lásd Keller 2020);
- a nem gazdasági alapszolgáltatások ellenben nemzeti hatáskörben maradtak.

Az Európai Unióban a 2008-as válságot követő kormányzati megszorító intézkedések negatív hatásai miatt került az alapvető szolgáltatások elérhetősége az érdeklődés fókuszába. A megszorítások ugyanis több esetben a szolgáltatási helyek megszüntetésével (pl. iskolák bezárásával), illetve a szolgáltatás nyújtásának (pl. rendelési idő)

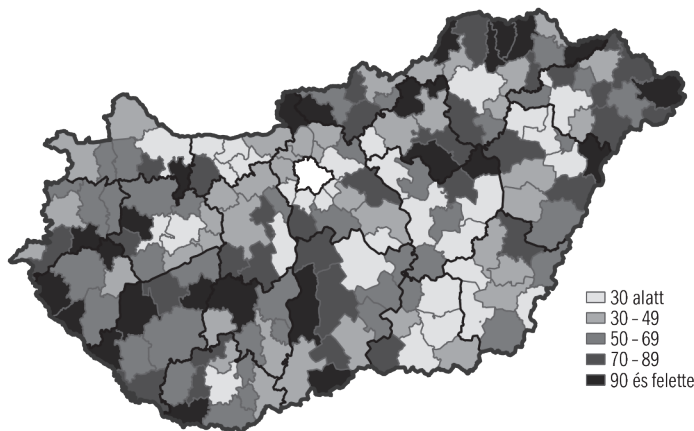
csökkentésével járt. Az unió alkalmazott kutatási projektet (ESPON SeGI 2010–2013) indított a gazdasági és szociális alapszolgáltatások területi differenciáltságának regionális szintű meghatározására (Bjørnsen et al. 2013), egy páneurópai kutatás pedig LAU2 (települési) szinten vizsgálta több alapszolgáltatás elérhetőségét (Kompil et al. 2019). E páneurópai kutatások mellett több vizsgálat irányult egy-egy térség (Caubel 2006; Milbert et al. 2013; Nemes Nagy 2017) vagy egy-egy alapvető szolgáltatás elérhetőségi viszonyainak feltárására, optimális szolgáltatási körzetek lehatárolására (Kiss 2012; Kovács 2017; McGrail 2012; Ravelli et al. 2011; Szalkai 2001; Tagai 2007; Tóth 2013). Több alapvető szolgáltatás elérhetőségének időbeli alakulása és ennek területi vetülete mindaddig a hazai kutatásokban csekély figyelmet kapott (Koós 2007, 2017; Nagy 2019).

Jelen vizsgálat feltárja Magyarországon az alapvető szolgáltatások elérhetőségének folyamatait, különös tekintettel a vidéki területek elérhetőségi viszonyaira. A vizsgálat egy „szolgáltatási kosár” megszerzéséhez szükséges időráfordítást (utazási idő személyautóval) hasonlít össze három időpontban (2001, 2011, 2016), így a 2010-es évek folyamatai összevethetők az előző évtized folyamataival. A szolgáltatási kosár módszer alkalmazása bevettnek tekinthető (Caubel 2006; Kompil et al. 2019), ám jellemzően keresztmetszeti jellegű kutatásokban alkalmazzák. Jelen vizsgálatban az alábbi szolgáltatások kerültek be a szolgáltatási kosárba:

- az egészségügyi ellátáson belül: háziorvos, gyógyszerár/fiókgyógyszertár, járóbeteg-szakellátás, kórházi ellátás;
- a kulturális területen: könyvtár;
- az oktatási-nevelési területen: óvoda, általános iskola (1–8. osztály), középiskola;
- a szociális területen: bölcsőde és idősek nappali ellátása.

A vizsgált szolgáltatások között szerepelnek mind alacsony centralitásúak (könyvtár, gyógyszerár, óvoda), mind pedig magas centralitású szolgáltatások (középiskola, kórház). A szolgáltató helyekre vonatkozó adatokat a KSH T-STAR adatbázis szolgáltatta, a települési távolságmátrixot pedig Kiss János Péter készítette. A vizsgált időpontokban (2001, 2011, 2016) minden egyes településre, minden szolgáltatásra meghatároztam a legközelebbi szolgáltató helyet és az eléréséhez szükséges utazási időt. A számítások megkönnyítése érdekében azzal az egyszerűsítéssel éltem, hogy mind a szolgáltató helyek, mind pedig a lakosok a település központjában koncentrálódnak. Amennyiben az adott településen biztosítottak a vizsgált szolgáltatások, úgy a szolgáltatási kosár megszerzéséhez szükséges utazási idő nulla, ha pedig helyben nem érhető el az adott szolgáltatás, akkor a közúton a legrövidebb idő alatt elérhető szolgáltató helyet vettem figyelembe, függetlenül az intézmények illetékességi határaitól, a körzethatároktól és a valós tömegközlekedési viszonylataitól. Ilyen szempontból tehát az eredmények egy fiktív minimumot jelentenek, amelynél rendre nagyobb a valós eljutási idő.

4.1. ábra: Alapvető szolgáltatások eléréséhez szükséges utazási idő (perc) járási szinten, 2016



Az eljutási idők települési szinten is vizsgálhatók, ám célszerűbb magasabb területi szintet választani, ezért a települési adatokból járási szintű átlagokat (lakónépességgel súlyozott átlagos elérési időt) számítottam. Ezek az átlagok azt mutatják, hogy adott járás átlagos lakosa számára mekkora utazási időráfordítást igényel a szolgáltatási kosárban szereplő szolgáltatások elérése. Az eredmények (4.1. ábra) világosan rámutatnak az ország külső-belső periferiáira, azaz olyan kedvezőtlen helyzetű térségekre, amelyek lakosai számára jelentős ráfordítást igényel az alapvető szolgáltatások igénybevétele. Ilyen belső periferia figyelhető meg Heves, Kunhegyes, Tiszafüred, Mezőkövesd, Pannonhalma, Devecser, Sásd, Sárbogárd, Enying, Tab, Tamási, Vasvár, Zalaszentgrót, Marcali térségében. A Szobi, Rétsági, Putnoki, Edelényi, Szikszói, Encsi, Gönci, Cigándi, Vásárosnaményi, Fehérgyarmati, Nyíradonyi, Bácsalmási, Sellyei, Csurgói, Letenyei és Lenti járás ezzel szemben külső periferiának bizonyult.

A területfejlesztési szempontból fejlesztendő járásokban élők számára tartósan és jelentősen több időt kell az alapvető szolgáltatások igénybeviteléhez utazással tölteni, mint az ország egyéb településein élőknek (4.1. táblázat). A 2010-es években (és az ezt megelőző évtizedben) a kényeszerű utazási szükséglet csökkent, de továbbra is 53 perccel többet kell egy kedvezményezett járásban élőknek utaznia, hogy elérje azokat a szolgáltatásokat, amelyeket az ország más tájain élők átlagosan 28,6 perc utazással érhetnek el.

A csökkenési folyamatot alapvetően a településhálózati sajátosságok határozzák meg: nagyvárosok (megyei jogú városok, de különösen a regionális központok és a főváros) közelében fekvő, erőteljesen szuburbanizálódó járások elérhetőségi viszonyai jellemzően javultak (például Martonvásári, Gárdonyi, Szentendrei, Érdi, Gyáli, Szigetszentmiklósi, Tiszaújvárosi, Kecskeméti, Pécsváradi, Mórahalmi járás); részben

a szolgáltatásokkal jól ellátott települések népességének növekedésével, részben pedig a szolgáltató helyek (pl. gyógyszertár, bölcsőde, középiskola) számának növekedésével. A másik oldalon jellemzően a külső-belső periféria térségei tűnnek fel, amelyeket az elvándorlás, esetenként a társadalmi problémák súlyosbodása jellemez (például a Hevesi, Tiszafüredi, Törökszentmiklósi, Füzesabonyi járás a Közép-Tisza-vidékről), s melyeket egyaránt sújt a helyi intézmények megszűnése (főleg az általános iskoláé) és a járáson kívüli centrumtelepüléseken megfigyelhető hanyatlás.

4.1. táblázat: Alapvető szolgáltatások átlagos elérhetőségének alakulása, 2001–2016 (perc), a járáskedvezményezetti besorolása (290/2014. [XI. 26.] Korm. rendelet a kedvezményezett járáskedvezményezési eljárásokról) szerint

Járástípus	2001	2011	2016
Fejlesztendő járás (alsó 15%)	91,5	85,7	81,7
Egyéb járás	30,2	29,8	28,6

Érdeemes megvizsgálni, hogy miként alakulnak az alapvető szolgáltatások eléréséhez szükséges átlagos utazási idők a település lakónépességének kategóriái szerint (4.2. táblázat). A vizsgált szolgáltatások térbeli elérhetőségében a klasszikus települési lejtő rajzolódik ki: minél alacsonyabb lélekszámú a település, annál kevesebb szolgáltatás érhető el helyben, azaz annál több szolgáltatásért szükséges a településen kívülre utazni.

4.2. táblázat: Alapvető szolgáltatások átlagos elérhetőségének alakulása, 2001–2016 (perc)

A település népességekategóriája	2001	2011	2016
500 fő alatt	153,0	152,8	156,0
500–999 fő	125,3	125,3	124,6
1 000–1 999 fő	100,2	100,4	100,1
2 000–4 999 fő	79,6	76,2	73,0
5 000–9 999 fő	61,4	50,8	49,1
10 000–24 999 fő	24,3	24,3	20,6
25 000 fő és fölött	3,0	3,9	3,3

Az alapvető szolgáltatások elérhetőségében településméret szerint folytatódott a korábbi évtized differenciálódási folyamata. Míg a népesebb – 2000 fő fölötti – települések körében eleve kedvezőbb szintről tovább javultak az elérhetőségi viszonyok, a kisebb lélekszámú településekben tartósan magas szinten ragadt vagy tovább romlott az alapvető szolgáltatások elérhetősége. Különösen az 500 fő alatti települések körében romlott az elérhetőség, döntően az egészségügyi ellátáshoz tartozó szolgáltató helyek csökkenése következtében. Ez kettős hatással jár, hiszen nem csupán növekvő

időráfordítást jelent, hanem a szolgáltatások elérésének költségeit is növeli, fokozva ezzel annak kockázatát, hogy egyes lakossági csoportok kizáródnak az igénybe vevői körből (további részletekről lásd a kötetben: Velkey 2020).

Területi politika: A gazdasági hatékonyság és a társadalmi méltányosság elve ütközik az alapvető szolgáltatások elérhetőségének biztosításában

Az alapvető szolgáltatások biztosítása során két, egymással nehezen összebékíthető célnak – a gazdasági hatékonyságnak (pénzügyi fenntarthatóságnak) és a társadalmi méltányosságnak – kell egyszerre, de nem azonos mértékben megfelelni. Nagyon leegyszerűsítve a kérdést, a fenntartó számára olcsóbb lenne néhány nagy kapacitású szolgáltató hely (kórház, általános iskola) üzemeltetése, ez a megoldás ugyanakkor azt eredményezné, hogy a társadalom egy része számára csak jelentős idő- és költség-árfordítással lenne a szolgáltatás elérhető. Az alapvető szolgáltatások elérhetősége javítható, közelebb vihető az ügyfelekhez, ám ez többlet erőforrásokat igényel.

Az, hogy a társadalom milyen elérhetőségi szintet tart elfogadhatónak és ezért mennyit hajlandó áldozni, alapvető politikai kérdés. Magyarország Alaptörvényének XXII. cikke meglehetősen óvatosan fogalmaz a közszolgáltatások elérhetőségéről: „Magyarország törekszik arra, hogy az emberhez méltó lakhatás feltételeit és a közszolgáltatásokhoz való hozzáférést mindenki számára biztosítsa.” Az Alaptörvény tehát nem biztosítja a hozzáférést, csupán törekszik a hozzáférés biztosítására. Ennél kicsit bátrabban fogalmaz a területfejlesztési törvény (1996. évi XXI. tv.), amikor az állam területfejlesztési feladataként, egyebek mellett, a közszolgáltatások területi különbségeinek mérséklését (3. § (4) c) pont) nevesíti. A közszolgáltatások elérhetőségének kérdése tehát megjelenik a hazai szabályozásban, ám egyetlen esetben sem jelenik meg az elérhetőség minimális, garantált szintje. Ez nagyfokú rugalmasságot biztosít, hiszen egyrészt lehetővé teszi, hogy költségvetési kényszerek hatására romolhasson a szolgáltatás elérhetősége (pl. iskolák bezárása következtében), de azt is, hogy közösségi (állami, európai uniós) forrásokból javítsanak egyes szolgáltatások (pl. bölcsőde) elérhetőségén.

A hazai közpolitika három főbb beavatkozási módszerrel élt az alapvető szolgáltatások elérhetőségének javítása érdekében. Egyrészt támogatást nyújtott a piaci szereplőknek, hogy a szolgáltatók közé lépjenek (praxisvásárlás, letelepedési támogatás az egészségügyben), másrészt szabályozással mérsékelte a vállalkozások költségeit a minimális követelményrendszer meghatározásával (fiókgyógyszertárak), harmadrészt pedig nonprofit szervezetek számára 100%-os támogatást nyújtott új intézmények létrehozásához (bölcsőde). (A beavatkozási módszerekhez a hulladékgyűjtés átalakítása is érdekes adalékokat ad, erről lásd a kötetben: Varjú, Mezei 2020.)

Az egészségügyi ellátás alapját jelentő háziiorvosi szolgálat sajátos átmenetet képez a köz- és a magánszolgáltatások közt, hiszen egyrészt finanszírozását az Egészségügyi Alap biztosítja, területi ellátási kötelezettség van (43/1999. (III. 3.) Korm. rendelet), ugyanakkor a háziorvos mint vállalkozó mérlegelheti, hogy hol folytatja tevékenységét, hiszen a praxisok privatizáltak: eladhatóak és megvehetőek, ami teret enged a piaci logika megjelenésének (lásd részletesebben: Uzzoli 2020). S bár a háziiorvosi szolgálatok földrajzi lefedettsége a korszak egészében jónak mondható, az ezredfordulót követően romlott az elérhetőség. A háziiorvosi praxisok csökkenése, a betöltetlen praxisok növekvő száma markáns területi differenciáltság kialakulását jelzi. A kétezzer fő feletti településeken jellemzően helyben biztosított az ellátás, ám az ennél kisebb településekben romló lefedettségről árulkodnak az adatok. Legkedvezőtlenebb helyzetben az aprófalvakban élők vannak, hiszen ők átlagosan 8,0 (2001) – 8,7 (2016) perces útra kényszerülnek, hogy a legközelebbi háziiorvosi szolgálathoz eljussanak. (Hozzá kell tenni, hogy a KSH T-STAR adatbázisa csupán azt jelzi, hogy adott településen elérhető a szolgáltatás, de azt már nem, hogy hány órát rendelkezett adott településen a háziorvosok: a kisebb lélekszámú településeken a rendelés jellemzően heti néhány órára korlátozódik.)

A háziiorvosi ellátásban dolgozók előregedése országos probléma, a negatív tendencia megtörésére több állami támogatási program is indult (pl. praxisjogvásárlás támogatása, háziorvos-letelepedési pályázat), ennek ellenére a betöltetlen praxisok száma emelkedik. Az Állami Egészségügyi Ellátó Központ 2020. júniusi adatai szerint már 460 tartósan, azaz legalább hat hónapja betöltetlen praxis volt az országban, ezeknek 36,2%-a területfejlesztési szempontból fejlesztendőnek tekintett járásokhoz tartozott. Ez az arány nem tűnik magasnak, de látnunk kell, hogy a fejlesztendő járásokban a népesség alig 15%-a él, azaz e kedvezőtlen helyzetű térséget az átlagnál jobban sújtja a háziiorvosi praxisok megüresedése.

Az egészségügyi ellátás másik fontos pillérét a gyógyszerárak jelentik. E területen a piac formálja az elérhetőséget, hiszen tartósan veszteséges patikákat nem üzemeltetnek a tulajdonosok. Az állam annyiban segítette a jobb lefedettség elérését, hogy ahol nem működik gyógyszerár, ott lehetővé tette alacsonyabb szolgáltatási színvonalat nyújtó fiókgyógyszertár működtetését (1994. évi LIV. törvény). A kilencvenes években ez érzékelhetően javította az elérhetőséget, az ezredfordulót követően azonban romlik a 2000 fő alatti települések lefedettsége. Egy 500 főnél kisebb településen élőknek 2001-ben átlagosan 10,2 percet kellett utaznia a legközelebbi gyógyszerárig/fiókgyógyszertárig, 2016-ban már 11,1 percet a szolgáltató helyek számának csökkenése miatt. Ez a tendencia hasonlít a kiskereskedelemben tapasztalható folyamatokhoz, erről lásd a kötetben: Nagy E., Nagy G. (2020).

A szabályozáson (elvárt szolgáltatási színvonal mérséklése fiókgyógyszertár esetében), illetve a piaci szereplő ösztönzésén (praxisvásárlás támogatása, letelepedés ösz-