

Szervezési közlemények

Gyógyszerészet 22. 254—260. 1978

A gyógyszerertári „szolgáltatás” hozzáférhetőségének elemzése a fővárosban

VITKÓCZY MARGIT

Az V. ötéves tervidőszak fejlesztési tervében hangsúlyt kapott az ellátottsági viszonyok területi különbségeinek mérséklése; ez egészségpolitikánknak is központi kérdése. A szerző a fővárosban 1975 óta foglalkozott a hozzáférhetőség arányosításával, ill. a meglevő állapot vizsgálatával. A területi elemző munka első és második fázisában kerületenként ill. belső és külső kerületi megoszlásban végezte vizsgálatait figyelembe véve a demográfiai viszonyoknak az ellátandó terület nagyságának és benépesültség mértékének dialektikus egységét. Tekintettel arra, hogy a népsűrűség nemcsak a kerületek között, hanem az egyes kerületeken belüli településrészek között is jelentősen eltér, a szélsőséges adatok egybe olvasztása számottevő torzulást eredményez. Ennek kiküszöbölése érdekében a területi elemző munka harmadik fázisában vizsgálatait a kerülethatárokon belül folytatta olyképpen, hogy a benépesültség szempontjából relatíve homogénnek tekinthető körzeteket képezett. Adatait a népsűrűségi tartományokba sorolt körzetek átlagadataihoz viszonyította, így a hozzáférhetőséget településtípusonként, differenciáltan vizsgálhatta. Ez megbízható alapot nyújt az arányosítást célzó hálózatfejlesztési döntésekhez.

*

Az V. ötéves tervidőszak fejlesztési koncepciójában kiemelt hangsúlyt kapott az ellátottsági viszonyok területi különbségeinek mérséklése. Ez egészségpolitikánknak is központi kérdése.

Az Egészségügyi Minisztérium által kiadott „Fejlesztési szervezési és működési irányelvek” ez irányú feladatainkat az alábbiakban jelölik meg:

— Csökkenteni kell az azonos típusú településeken levő különbségeket mind az intézmények száma, technikai színvonala, mind pedig a működés színvonala tekintetében

— Törekedni kell arra, hogy — szétaprózottság helyett — kevesebb helyen, gazdaságos méretű és hatékonyságú egységek alakuljanak ki. Elsősorban a meglévő intézmények teljesítőképességét kell növelni

— Megalapozottabban kell figyelembe venni a tényleges szükségletek társadalmi fontosságának sorrendjét

— Meg kell szüntetni az önzést, a túlértékelt személyi vagy intézményi tekintélyt kielégítő döntéseket.

— Megfelelő döntés csak megfelelő döntés-előkészítés nyomán születhet. Ennek első és alapvető lépése az adott helyzet részletes feltárása és elemzése

Az ágazati irányelveket a Fővárosi Tanács Gyógyszerertári Központja magáévá tette és ennek megfelelően fővárosban 1975 óta foglalkozunk behatódoban a hozzáférhetőség arányosításával, illetve ennek első lépéseként a meglevő állapot vizsgálatával. Mielőtt azonban erről a munkáról beszámolnék, néhány fővárosi sajátosságra hívom fel a figyelmet.

Ismeretes, hogy a századfordulón megerősödő ipar a fővárosban koncentrált. Ennek következtében az 1900-as évektől kezdődően az ország népességének olyan jelentős hányada települt a fővárosba, amelyre egész Európában kevés példa akad. Budapest — az ország lakosságához képest — aránytalanul nagyra duzzadt.

1950-ben a fővároshoz csatoltak 7 Pest megyei várost és 16 nagyközséget — ezzel területe két- és félszeresére, népessége másfélszeresére, a kerületek száma 14-ről 22-re nőtt. A városhoz csatolt községek — értelemszerűen — az urbanizáció jóval alacsonyabb fokán álltak. Ez nem kis gondot jelent még ma is a közellátásban, lakásépítésben, kommunális és kulturális ellátásban.

Az ellátandó népesség számbavételekor figyelembe kell venni, hogy a főváros nappali népessége mintegy 300—350 000 fővel több a lakónépességnél. (Az agglomerációs övezetből naponta több mint 180 ezren „ingáznak” különböző fővárosi munkahelyekre.)

A gyógyszerellátás szervezésekor 1960-ig elsősorban a népesség tömegére kellett koncentrálnunk, a 60-as évektől kezdve viszont a népesség eloszlása lett a mérvadó. Jelentősen csökkent ugyanis a népesség növekedési üteme; ennek hátterében 3 tényező áll:

- csökkent a város népességfelvevő kapacitása;
- kimerültek a mezőgazdaság munkaerő-forrás tartalékai;
- a kormány intézkedéseket tett a fővárosi ipar decentralizálására

Eljutottunk az urbanizáció azon fokára, amikor a további növekedéssel együttjáró előnyöket a város „üzemeltetési” és fenntartási költségeinek hátrányai már meghaladnák. (1991-re a lakosság száma — demográfiai prognózis alapján — átmeneti emelkedés után, a jelenlegi szintre fog csökkenni.)

A lakosság területen belüli átcsoportosulása elsősorban a lakótelepi építkezésekkel hozható összefüggésbe. Ezt az I. táblázat mutatja be. (Csillag jelzi a legnagyobb lakótelepekkel rendelkező kerületeket.) Mint látható, ezekben a kerületekben volt a legjelentősebb a lakosság szám növekedése. Közel 50%-os növekedés tapasztalható a III., XI., XIV. és XVIII. kerületben, míg a XV. kerület lakosság száma megduplázódott. Tartós csökkenés elsősorban a nagy népsűrűségű városmagra jellemző, míg átmeneti csökkenés a szanálásokkal kapcsolatos. Globálisan tekintve: 16 év alatt a belterületi lakosság részaránya 6%-kal csökkent — a külterületé ugyanennyivel növekedett.

A lakosság 1976. évi számának alakulása az 1960. évi bázishoz képest — külső és belső kerületi bontásban

I. táblázat

Kerület		Népesség (1000 fő)		Változás az 1960. évi bázishoz képest			
		1960. I. 1.	1976. I. 1.	számban (1000 fő)		százalékban	
				növekedés	csökkenés	növekedés	csökkenés
Belső	I.	45,1	44,2	—	0,9	—	2,0
	V	67,6	54,6	—	13,0	—	19,2
	VI.	93,4	77,8	—	15,6	—	16,7
	VII.	118,7	104,3	—	14,4	—	12,1
	VIII.	136,6	120,3	—	16,3	—	11,9
	IX.	89,0	98,8	9,8	—	11,0	—
	XIII	143,5	145,5	2,0	—	1,4	—
	XIV.*	123,8	178,8	55,0	—	44,4	—
	Összesen	817,7	824,3	66,8	60,2	8,2	7,4
Különbség				6,6	—	0,8	—
Külső	II.	94,1	105,0	10,9	—	11,6	—
	III.*	71,7	108,3	36,6	—	51,0	—
	IV	78,3	71,5	—	6,8	—	8,7
	X	65,9	71,9	6,0	—	9,1	—
	XI.*	116,6	172,2	55,6	—	47,7	—
	XII	63,8	82,1	18,3	—	28,7	—
	XV.*	59,7	116,8	57,1	—	95,6	—
	XVI.	51,6	69,5	17,9	—	34,7	—
	XVII	40,2	55,0	14,8	—	36,8	—
	XVIII.*	65,7	96,8	31,1	—	47,3	—
	XIX.	64,9	61,0	—	3,9	—	6,0
	XX.	97,4	105,7	8,3	—	8,5	—
	XXI.*	58,0	80,9	22,9	—	39,5	—
	XXII.	37,6	50,0	12,4	—	33,0	—
Összesen	965,5	1246,7	291,9	10,7	30,2	1,1	
Különbség				281,2	—	29,1	—
Mindössze		1783,2	2071,0	358,7	70,9	20,1	4,0
Különbség		—	—	287,8	—	16,1	—

A 60-as évektől hálózatfejlesztési tevékenységünk elsősorban arra irányult, hogy lépést tartjunk a lakosság területi átrendeződésével. Ilyen mértékű mozgás mellett a már kialakult arányok szinten tartása is igen aktív hálózatfejlesztési tevékenységet igényel. Feladatunk azonban — mint láttuk — ennél sokkal több. Nehézséget jelent az is, hogy az új telepek lakossága a város majdnem minden ré-

széről tevődik össze — így az elhagyott területeken alig érzékelhető a lakosságcsökkenése.

A gyógyszerellátás iránti új igények az épülő lakásszám ismeretében jól tervezhetők, de az igények — hibás megítélés esetében is — spontán jelentkeznek. Ezeket tehát csak rangsorolnunk kell. A gyógyszerellátás *tülbiztosítását* azonban minden esetben nekünk kell feltárnunk, hiszen anyagi és

személyi erőink szétforgácsolása előbb-utóbb az ellátás csődjéhez vezet.

Területi elemző munkánk célja tehát az azonos típusú településeken mutatkozó relatív ellátatlanság, illetve relatív túlbiztosítás feltárása, és ezáltal az arányosítást célzó hálózatfejlesztési döntések megalapozása.

Az elemző munkát 3 fázisban végeztük el: 1. kerületenként; 2. külső és belső területi megoszlásban; 3. a népsűrűség nagysága alapján elhatárolt kerületszekenként.

A kerületekre alapozott elemzésből egyértelműen megállapítható, hogy ez a feldolgozási rendszer csak ott alkalmazható, ahol viszonylag egyenletes a népesség eloszlása — így elsősorban a belterület V., VI., VII., és VIII. kerületeiben. A város belső szerkezete és funkcionális tagozódása azonban rendkívül sokszínű, mert a modern városrészek mellett túlzásúfolt és elavult belső városrészek, lakóházakkal vegyesen telepített gyárnegyedek és villanegyedek, helyenként falusias jellegű települések tartkítják a fővárost.

II. táblázat

A gyógyszer hozzáférhetőségére jellemző mutatók külső és belső területi bontásban (1976 év)

Kerület	Terület km ²	Népesség I 1. 1000 fő	Népsűrűség 1000 fő/1 km ²	Gy.-tárak száma XII 31. egység	Nyitva tartás XII. 31. 10 ezer lakosra óra/1 hét	Egy gy -tárra jutó		Vény- szám egy lakosra db/1 év	
						terület km ²	lakó- népesség 1000 fő		
Belső	I	3,41	44,2	6	81,0	0,57	7,4	36,9	
	V	2,59	54,6	13	118,7	0,20	4,2	48,8	
	VI	2,38	77,8	32,7	9	70,2	0,26	8,6	33,7
	VII	2,10	104,3	49,7	10	52,2	0,21	10,4	32,6
	VIII	6,82	120,3	17,6	17	78,3	0,40	7,1	30,8
	IX	12,53	98,8	7,9	13	72,5	0,96	7,6	27,5
	XIII	13,44	145,5	10,8	17	70,4	0,79	8,6	24,8
	XIV	18,16	178,8	9,9	11	32,4	1,65	16,3	17,1
Összesen:	61,43	824,3	13,4	96	65,0	0,64	8,6	28,4	
Külső	II	36,34	105,0	2,9	9	55,9	4,04	11,7	20,8
	III	39,70	108,3	2,7	8	45,4	4,96	13,5	17,0
	IV	18,82	71,5	3,8	9	76,4	2,09	7,9	26,5
	X	32,50	71,9	2,2	8	72,9	4,06	9,0	17,8
	XI	33,47	172,2	5,2	14	49,9	2,39	12,3	20,5
	XII	26,66	82,1	3,1	7	48,7	3,81	11,7	20,2
	XV	26,95	116,8	4,3	8	44,2	3,37	14,6	15,1
	XVI	33,50	69,5	2,1	7	74,2	4,79	9,9	17,6
	XVII	54,36	55,0	1,0	5	58,9	10,87	11,0	15,6
	XVIII	39,10	96,8	2,5	11	66,3	3,56	8,8	17,5
	XIX	9,38	61,0	6,5	8	77,1	1,17	7,6	22,8
	XX	53,03	105,7	2,0	12	57,5	4,42	8,8	17,8
	XXI	25,66	80,9	3,2	6	50,0	4,28	13,5	18,2
	XXII	34,25	50,0	1,5	5	70,2	6,85	10,0	16,1
Összesen:	463,72	1246,7	2,7	117	58,1	3,96	10,6	18,8	
Mindössze:	525,15	2071,0	3,9	213	60,8	2,47	9,7	22,6	

A kerületek nagyobb részét tehát nem lehet homogén egységként kezelni. Számottevő torzulást eredményez ugyanis, ha az eltérő településrészek szélsőséges adatait egybeolvasztjuk. Így pl. a XI. kerület belterületi részén km²-enként 31 ezer lakos él, míg külterületén csupán 600 fő. Ugyanakkor a kerület átlagos népsűrűsége 5000.

A kül- és belterület szerinti feldolgozás már jobban megközelíti a valóságot és jól kiegészíti a körzetenkénti elemzést. Torzító hatással azonban itt is számolnunk kell, mivel egyes kerületekben egyaránt van kül- és belterület.

Jelentős különbségekről adnak számot a lakosságra és gyógyszertárakra vetített ellátási muta-

tók. Elgondolkoztató az egy lakosra jutó éves vényszám alakulása, mely a II. táblázat utolsó oszlopából olvasható le. A belterületen átlag 28, míg a peremkerületekben 19 db vény jut egy lakosra. Ebből az adatból nem következik egyértelműen, hogy ennyire szélsőséges lenne a lakosság gyógyszerfogyasztása. Az eltérésnek komplex oka van. Az aránytalanságban döntő szerepük van a fő közlekedési csomópontok közelében elhelyezkedő gyógyszertáraknak, melyek főleg „átmenő” forgalmat bonyolítanak le; fő feladatuk nem a helyi igények kielégítése.

A belterületen hosszabb a 10 ezer lakosra jutó heti nyitva tartási idő, és kisebb az egy gyógyszer-

III. táblázat

A gyógyszertárak százalékos területi megoszlása (1950—1976)

Kerület	1950	1950	1951	1960	1970	1976	
	VIII. I.	december 31.					
Belső	I.	2,5	2,5	2,9	2,5	2,6	2,8
	V.	6,8	6,6	6,3	6,7	5,7	6,1
	VI.	7,6	7,7	5,5	5,0	4,4	4,2
	VII.	10,4	9,9	8,4	5,9	5,3	4,7
	VIII.	10,8	10,3	9,3	8,8	8,8	8,0
	IX.	5,4	5,5	5,0	5,1	5,7	6,1
	XIII.	7,2	7,3	7,6	8,0	7,5	8,0
	XIV.	4,3	4,4	5,0	5,9	6,1	5,2
Összesen		55,0	54,2	50,0	47,9	46,1	45,1

Külső	II.	4,7	4,8	3,8	4,2	4,4	4,2
	III.	4,0	4,0	4,6	5,1	4,8	3,8
	IV.	4,7	4,8	5,5	4,6	4,8	4,2
	X.	2,5	2,5	2,9	2,9	3,5	3,8
	XI.	4,7	4,8	5,0	5,1	5,3	6,5
	XII.	2,2	2,2	2,5	2,5	3,0	3,3
	XV.	2,8	2,9	3,4	3,4	3,5	3,8
	XVI.	2,5	2,6	2,9	2,9	3,0	3,3
	XVII.	1,8	1,8	2,1	2,1	2,2	2,3
	XVIII.	2,5	2,5	3,0	3,4	4,4	5,2
	XIX.	3,6	3,7	4,2	4,2	4,0	3,8
	XX.	5,4	5,5	5,9	5,9	5,7	5,6
	XXI.	2,2	2,2	2,5	2,9	3,1	2,8
XXII.	1,4	1,5	1,7	2,9	2,2	2,3	
Összesen		45,0	45,8	50,0	52,1	53,9	54,9

Mindössze

100%

IV. táblázat

A főváros népességének százalékos területi megoszlása (1949—1976)

Kerület	ÉVEK				
	1949	1960	1970	1976	
Belső	I.	2,0	2,4	2,3	2,1
	V.	3,3	3,7	3,2	2,6
	VI.	5,2	5,0	4,5	3,8
	VII.	7,2	6,7	6,0	5,0
	VIII.	8,8	7,9	6,9	5,8
	IX.	5,9	5,2	5,5	4,8
	XIII.	8,2	7,9	7,6	7,0
	XIV.	5,8	6,4	7,0	8,6
Összesen		46,4	45,2	43,0	39,7

Külső	II.	5,0	5,3	5,3	5,1
	III.	4,2	4,3	4,0	5,2
	IV.	4,4	4,3	4,1	3,5
	X.	4,0	3,8	3,7	3,5
	XI.	5,5	6,0	7,8	8,3
	XII.	3,5	3,8	4,0	4,0
	XV.	3,6	3,4	3,2	5,6
	XVI.	2,9	3,0	3,2	3,4
	XVII.	2,2	2,3	2,5	2,7
	XVIII.	3,7	3,9	4,6	4,7
	XIX.	4,0	3,6	3,4	2,9
	XX.	5,6	5,7	5,5	5,1
	XXI.	2,9	3,3	3,6	3,9
XXII.	2,1	2,1	2,1	2,4	
Összesen		53,6	54,8	57,0	60,3

Budapest mindössze

100%

tárra jutó ellátási körzet — tehát kedvezőbb a hozzáférhetőség. Ezt nemcsak a belterület lakói, hanem az ott dolgozók és ott megfordulók is igénybe veszik. A hivatal- és intézménynegyedek, a bevásárlóközpontok jelentősen megnövelik a nappali népességet. Végül kétségtelenül magasabb az elöregedett belterületi népesség gyógyszerfogyasztása is.

A hozzáférhetőség elvét — településtípusonként — differenciáltan kell értelmeznünk: nem szabad csak a lakosságszámból kiindulnunk; ilyen hibát követtünk el annak idején a József Attila lakótelep esetében. Mivel a fővárosban egy gyógyszer-tárra átlagosan 10 ezer lakos jut, ezért a 22 ezer lakost számláló telepen 2 gyógyszertárt létesítettünk, melyek közül az egyik mind a mai napig kihasználatlan; kapacitásához képest jelentéktelen forgalmat bonyolít le. A hibát ott követtük el, hogy nem vettük figyelembe a lakótelep népességsűrítő hatását. Minél sűrűbben lakott ugyanis egy település, annál inkább nyílik lehetőség arra, hogy számban kevesebb, teljesítményben nagyobb gyógyszertárral biztosítsunk az ellátást — a hozzáférhetőség sérelme nélkül.

Míg a lakosság 40%-a él a belterületen, gyógyszertáraink 45%-át üzemeltetjük itt. 96 belterületi gyógyszertár közül 25 annak ellenére kis forgalmú, hogy a nagy népsűrűségű területeken kis forgalmú gyógyszertáraknak tulajdonképpen nincs létjogosultságuk.

A 40%-os belterületi lakosságmegoszláshoz mintegy 30—35%-os gyógyszertár-megoszlási arány lenne optimális. (III. és IV. táblázatok.) Így a nagy kiterjedésű kisebb, népsűrűségű külső területek lakosságának kedvezőbb elérhetőségi szintet biztosíthatnának.

Szándékosan említék a külső területek esetében hozzáférhetőség helyett *elérhetőséget*. Ebbe a fogalomba ugyanis már közlekedési eszköz potenciális igénybevételét is beleérttem. A kis népsűrűségű területek lakói részére ugyanis nem a szolgáltató

egységek vég nélküli decentralizálása révén kell biztosítani a kedvező hozzáférhetőséget, hanem kulturált, jó közlekedéssel: minél jobb a közlekedés szubjektíve annál kisebbre zsugorodik a terület. Gyógyszertárhálózatunktól nemcsak a kedvező hozzáférhetőséget, hanem a korszerű szakmai színvonalat és a hatékony működést is el kell várnunk. Utóbbi elvárások személyi és tárgyi feltételei viszont csak bizonyos nagyságrend feletti gyógyszertárakban biztosíthatók.

A körzeti mélységű vizsgálat lehetőségét az 1970. évi népszámlálás feldolgozási rendszere tette lehetővé. A fővárosi tervező szervek ugyanis — a népszámlálást megelőzően — 450 városrendezési körzetet határoztak meg — a terület beépítettsége, funkcionális jellege, illetve városfejlesztési elképzelések alapján. Az egyes városrendezési körzeteken belül alakították ki azután a számlálókörzeteket. Az 1970. január 1-i népszámlálás adatait városrendezési körzetek szerint vonták össze. Ezeket az adatokat a Statisztikai Hivatal Budapest Városi Igazgatósága 1976. évig továbbvezette. A gyógyszerellátás területi elemzése szükségessé tette a 450 körzet — kellő áttekintést biztosító — összevonását.

E célból — mint az a V. táblázaton is látható — 8 népsűrűségi tartományt határoztam meg. Az első tartomány népsűrűsége km²-ként 0—1000, míg a 8. tartomány lakosság száma meghaladja a 30 ezer főt. Ezután kiszámítottam a körzetek népsűrűségét, és a kapott szám nagysága alapján azokat a megfelelő népsűrűségi tartományba soroltam be. Így módon a 22 kerületen belül 91 — a népsűrűség szempontjából relatíve homogén — körzetet alakítottam ki. A munka térképmellékletét kerületenként készítettem el. Ehhez a Kartográfiai Vállalat 1:20 000 méretarányú négyszelvényes munkatérképét használtam fel. A nyolc népsűrűségi tartomány megkülönböztetésére 8-féle szint alkalmaztam úgy, hogy minden kerület térképén

V. táblázat

Népsűrűségi tartományokba rendezett kerületrészek összesített adatai (1976. év)

Népsűrűségi tartományok		Kerületrészek (körzetek)									
Sorszám	1000 fő/km ²	száma	területe		lakossága		Gyógyszertárak	1976. évi forgalom			
			km ²	%	1000 fő	%		mill Ft	%	1000 db vény	%
1.	0—1	16	244,9	46,6	38,7	1,9	1	0,8	0,0	23	0,0
2.	1—2	14	67,9	12,9	94,4	4,6	9	40,5	2,5	1281	2,7
3.	2—5	19	113,3	21,6	405,4	19,6	43	185,9	11,5	5863	12,5
4.	5—10	10	36,8	7,0	277,8	13,4	31	138,0	8,5	4319	9,2
5.	10—15	9	22,2	4,2	271,0	13,1	32	211,6	13,1	6645	14,3
6.	15—20	8	17,3	3,3	271,6	13,1	24	250,4	15,5	6872	14,7
7.	20—30	9	12,6	2,5	305,5	14,8	26	291,1	18,0	8315	17,7
8.	30—	6	10,2	1,9	406,6	19,5	47	501,1	30,9	13 555	28,9
Összesen	—	91	525,2	100,0	2071,0	100,0	213	1619,4	100,0	46 879	100,0

VI táblázat

A lakatlan területek levonása után képzett összehasonlító adatok (1976)

Kerület	Terület km ²			Népsűrűség 1000 fő/km ²		Egy gy.-tárra jutó terület, km ²		
	összes	lakatlan	lakott	összes ter. alapján	lakott ter. alapján	összes ter. alapján	lakott ter. alapján	
Belső	I.	3,41	—	3,41	13,0	Azonos	0,57	Azonos
	V.	2,59	—	2,59	21,1	Azonos	0,20	Azonos
	VI.	2,38	—	2,38	32,7	Azonos	0,26	Azonos
	VII.	2,10	—	2,10	49,7	Azonos	0,21	Azonos
	VIII.	6,82	2,88	3,94	17,6	30,5	0,40	0,23
	IX.	12,53	—	12,53	7,9	Azonos	0,96	Azonos
	XIII.	13,44	1,61	11,83	10,8	12,3	0,79	0,70
	XIV.	18,16	—	18,16	9,9	Azonos	1,65	Azonos
Összesen	61,43	4,49	56,94	Átlagosan		Átlagosan		
				13,4	14,5	0,64	0,59	
Külső	II.	36,34	16,87	19,47	2,9	5,4	4,04	2,16
	III.	39,70	11,63	28,07	2,7	3,9	4,96	3,51
	IV.	18,82	9,95	8,87	3,8	8,1	2,09	0,99
	X.	32,50	22,41	10,09	2,2	7,1	4,06	1,26
	XI.	33,47	11,66	21,81	5,2	7,9	2,39	1,56
	XII.	26,66	13,93	12,73	3,1	6,5	3,81	1,82
	XV.	26,95	13,16	13,79	4,3	8,5	3,37	1,72
	XVI.	33,50	10,76	22,74	2,1	3,1	4,79	3,25
	XVII.	54,36	33,86	20,50	1,0	2,7	10,87	4,10
	XVIII.	39,10	18,01	21,09	2,5	4,6	3,56	1,92
	XIX.	9,38	1,15	8,23	6,5	7,4	1,17	1,03
	XX.	53,03	40,11	12,92	2,0	8,2	4,42	1,08
	XXI.	25,66	16,33	9,33	3,2	8,7	4,28	1,56
	XXII.	34,25	20,58	13,67	1,5	3,7	6,85	2,73
Összesen	463,72	240,41	223,31	Átlagosan		Átlagosan		
				2,7	5,6	3,96	1,91	
Mindössze	525,15	244,90	280,25	Átlagosan		Átlagosan		
				3,9	7,4	2,47	1,32	

azonos színezéssel jelöltem az azonos népsűrűségi tartományba eső kerületek részeket.

Ugyancsak színmegjelölést alkalmaztam a kis, közép- és nagy forgalmú gyógyszertárak megkülönböztetésére. A térkép már önmagában, minden számítás nélkül is jól szemlélteti a túlbiztosított, ill. elégtelen ellátást. Az egyes tartományok átlagadataihoz való viszonyítással azonban településtípusonként — tehát differenciáltam — mutathatók ki azok a kritikus területek, amelyekre a hálózatfejlesztés során fokozott figyelmet kell fordítanunk.

Az elemzés váratlan megállapítása az, hogy a főváros területének csaknem a fele lakatlan. Az 1. tartomány 245 km²-nyi területén a lakosságnak mindössze 2%-a él. Kiemelkedő jelentőségű a 3. tartomány, mivel itt — bár viszonylag kis népsűrűség mellett — mégis a lakosság 20%-a él. Adatait érdemes egybevetni a legnagyobb népsűrűségű 8. tartományéval: itt is a lakosság 20%-a él de, a 113 négyzetkilométerrel ellentétben mindössze 10 km²-nyi területen. Ennek ellenére gyógyszertáraink eloszlásában nincs különbség: a 3. tartományban a

gyógyszertárak 20%-át, a 8-ban 22%-át üzemeltetjük. Az egyaránt 20%-nyi lakosság „gyógyszerfogyasztása” az a 3. tartományban 12%-os, a 8-ban viszont 29%-os. Az eltérés arra utal, hogy a 3. tartomány lakói gyógyszerük jelentős részét nem a lakóhelyükön szerzik be; a lakosság eloszlásával arányos gyógyszerfogyasztás csak az 5. és 6. tartományban tapasztalható.

A VI. táblázat a lakatlan területek módosító hatását mutatja be, mely értelemszerűen elsősorban a külterületen érvényesül. A lakatlan területek levonása után a külterület átlagos népsűrűsége 5600, az összes terület alapján számított 2700-zal szemben. Az egy gyógyszertárra jutó átlagos ellátási körzet is a felére csökken: 4 km² helyett 2 km² lesz. Legszembetűnőbb változás a XVII. kerületben tapasztalható, ahol az átlagos ellátási körzetet a lakatlan területek 11 km²-ről 4 km²-re módosítják.

Területi elemző munkám az első olyan kezdeményezés, amely a gyógyszer hozzáférhetőségét — a közigazgatási határoktól függetlenül — az egyes kerületek benépesültségi fokával összefüggésben vizsgálja. A térképeket technikai okokból nem közölhetem. Remélem azonban, hogy a munka lényegéről a részletek bővebb kifejtése, illetve szemléltető térképek nélkül is sikerült kellő áttekintést nyújtanom.

IRODALOM

1. Az egészségügy fejlesztési szervezési és működési irányelvei, különös tekintettel az V. ötéves tervre. Egészségügyi Minisztérium, Budapest (1975). — 2. Az Egészségügyi Miniszter 9/1976. (VII. 23.) EüM számú rendelete a beruházások rendjéről szóló 34/1974. (VIII. 6.) MT számú rendelet végrehajtásáról. 2. melléklet II., tartalmi előírások — 3. Budapest főváros Tanácsa területfejlesztési politikájának eredményei (1950—1970) Főv. Tanácsa V. B. terv- és közgazdasági főosztálya (1970). — 4. Budapest statisztikai évkönyve (1975). — 5. Budapest statisztikai zsebkönyve (1976). — 6. A Statisztikai Hivatal Budapest Városi Igazgatóságától beszerzett adatok. — 7. A magyar népgazdaság fejlődésének területi problémái. Szerkesztő dr. Enyedi György. Akadémiai Kiadó, Budapest (1976). — 8. A regionális elemzések módszerei. Szerkesztő: Kulcsár Tibor. Akadémiai Kiadó, Budapest (1976). — 9. Thur O.: Módszertani útmutató kiskereskedelmi területi hálózatfejlesztési tervek elkészítéséhez. Kereskedelmi Munka- és Üzemszervezési Intézet. Budapest (1974). — 10. Romány P.: Magyarország regionális fejlesztéséről. Valóság 2, 40—54 (1975). — 11. Magyarország demográfiai helyzetének fejlődése a felszabadulás óta. — Demográfia XVIII, 2—3 (1975).

M. Vitkóczy: *Анализ доступности аптечных „услуг“ в столице Венгрии*

V konceptii razvitiya planovogo perioda V-oiy piatigilki podcherkivaetsya umen'sheniye territorialnykh rasxozhdeniy v usloviyax obsluzhivaniya, chto yavlyetsya takzhe tsentralnyim voprosom vengerskoy politiki zdoravoohraneniya.

V sootvetstviy s otraslevymi printsipami v vengerskoy stolice s 1975 goda zanimayutsya kak pervoочередной задачей созданием пропорциональности доступности услуг и первым шагом этого — изучением настоящей ситуации.

(Fővárosi Tanács Gyógyszertári Központja Ellenőrzési és Szervezési osztály, 1077 Budapest, Dob u. 103.)

Érkezett: 1977. VIII. 24.

В первой и второй фазах территориальной анализирующей работы исследования проводились на уровне районов, и в распределении по внутренним и внешним районам. Исследователи стремились к диалектическому единству в подходе к демографическим условиям, величиной обслуживаемой области и степени населенности. Учитывая, что населенность весьма различна не только в отношении разных районов, а также внутри районов в отношении отдельных поселений — сплавление крайних данных приводит к значительному искажению результатов.

В интересе исключения вышеуказанной аномалии в третьей фазе территориальной анализирующей работы изучения продолжались внутри границ районов таким образом, что с точки зрения населенности образовали относительно гомогенные участки.

Сравнение с средними данными участков причисленных к зонам различной населенности открывает возможность для дифференцированного исследования доступности услуг по типам поселений. Это служит надежной основой для выношения решений по развитию аптечной сети преследующих цель создания пропорциональности.

M. Vitkóczy: *An analysis of the "availability" of pharmaceutical services in the Hungarian Capital*

In the Vth fiveyearplan period, the decrease of differences between the level of health services at different districts gained enhanced attention. The author's Pharmacy Centre also performed studies to determine the present state of affairs and to proceed with proportionalization of the pharmaceutical services. At first whole districts were considered, then they have been divided to smaller units with respect to the density of population not only in the large districts, but also in more homogenous urban areas, since major differences may occur in population density in different areas of the same district. For this aim, more homogenous areal units have been formed within each district with respect to population density. Reference to the average data of areas classified according to population density rendered possible the differentiated examination of the availability of the pharmaceutical services according to types of inhabited areas. This study secured reliable base for decisions aimed at the proportionalization of the network of community pharmacies.

M. Vitkóczy: *Analyse der „Zugänglichkeit“ der pharmazeutischen Dienstleistungen in der ungarischen Hauptstadt*

Im Zeitraum des V Fünfjahresplans großes Gewicht wurde gelegt auf die Ausglei-chung des Niveaus der pharmazeutischen Dienstleistungen in den verschiedenen Bezirken. Auch das Apothekenzentrum der Verfasserin studierte zuerst die gegebene Situation und die Möglichkeiten der Proportionalisierung des Apothekennetzes. Zunächst die Verhältnissen ganzer Bezirke wurden bestimmt, dann wurden kleinere aus dem Gesichtspunkt der Dichte der Bevölkerung als homogen betrachtbare Gebiete gebildet, weil in verschiedenen Teilen desselben Bezirkes erhebliche Unterschiede zwischen der Dichte der Bevölkerung gefunden worden sind. In Bezug auf die Durchschnittsdaten der aus diesem Hinsicht homogenen Areas konnte die Zugänglichkeit der pharmazeutischen Dienste besser beurteilt werden. Das Studium bietet eine zuverlässige Base für die Proportionalisierung der Verteilung der Apotheken des Apothekennetzes.