

## EGYENLŐTLENSÉGEK AZ EGÉSZSÉGÜGYI ALAPELLÁTÁS IGÉNYBEVÉTELÉBEN

Az ifjúság mentális és testi egészségének társadalmi tényezőire irányuló komplex kutatás keretében a preferált témák között kapott helyet az orvosi alapellátás hozzáférhetőségének, igénybevételének a vizsgálata.<sup>1</sup>

E dolgozat keretében röviden megpróbálom felvázolni az e téren mutatkozó társadalmi egyenlőtlenségek közül mindazokat, melyeket empirikus kutatásunk adatai alátámasztani látszanak.

### Az alapellátottság helyzete

Ki kell emelni, hogy a megkérdezett mintasokaság differenciálódása elsődlegesen a települési (lakóhelyi) dimenzió mentén figyelhető meg, ami jól illeszkedik a falun élést jellemző halmozottan hátrányos helyzetek rendszerébe. A falun élő és a mezőgazdaságban dolgozó fiatalok esetében az orvosi alapellátottság jellemzően egycsatornásnak, illetve az ún. ellátási funkció nélküli társközségekben élők esetében "félcsatornásnak" tekinthető.<sup>2</sup> (A társközségekben élő mezőgazdaságban dolgozó fiatalok több mint 80 %-a semmilyen orvosi ellátással nem rendelkezik a lakóhelyén, számukra a székhelyközségben, esetleg más társközségben áll rendelkezésre körzeti orvosi ellátás.)

Ezzel szemben a városi lét előnyei evidenciaként fogalmazhatók meg a két- illetve többcsatornás igénybevételi lehetőségek tekintetében. Nyilvánvaló, hogy egyfelől a foglalkozási ág, másfelől a települési (lakóhelyi) hierarchiában betöltött hely metszeteként fel erősödnek, széthúzódnak illetve halmozódnak az egyenlőtlen helyzetek.

### Az alapellátás megközelíthetősége

A megközelíthetőség vizsgálata során több problémával kellett szembenéznünk. A megkérdezetteknek a megközelíthetőség megítélésére vonatkozó válaszaik mennyire tekinthetők szubjektív, a kialakult értékrend motiválta körülményeknek illetve mennyi (mennyire mérhető) objektivitás-tartalommal bírnak.

Eddigi vizsgálataink alapján feltételezhető, hogy a megítélés objektivitástartalma nagy, s ez valószínűsíthetően az eljutásra fordított idő és az eljutás körülményeinek értékelése közti kapcsolat szorosságára vezethető vissza. Az eljutási idő mellett a másik lényeges, jól mérhető befolyásoló faktornak az igénybevételi gyakoriság tekinthető, mely az ob-

jektivitás irányába tereli a véleményeket. Itt a körzeti orvosi ellátás megközelíthetőségéről alkotott vélemények szerkezete tükrözi a települési hierarchiában elfoglalt helyzetet, s ezt lényegében csak árnyaltabbá teszi a foglalkozási jelleg illetve az iskolai végzettség figyelembe vétele. Itt is a társközsegekben élők hátrányos helyzetét kell kiemelnünk, ahol a 95 %-os elégedettségi mintaátlaggal szemben csak 60 %-os az elégedettségi arány, s ezen belül is a mezőgazdaságban dolgozó nők esetében kisebb mint 50 % ugyanez az arány.

Összességében az egészségügyi alapellátás hozzáférhetőségével kapcsolatban egyértelműen kidomborodnak a települési hátrányok, a települési hierarchia lejtőjén élők hátrányos helyzete, melyeket csak az egészségügyi alapellátás gazdaságossági kritériumait tágabb társadalmi szintű összefüggésekbe helyező egészségügyi politika, szociálpolitika segítségével lehetne mérsékelni.

#### Az orvosi alapellátás csatornáinak igénybevétele

E rövid ismertetés keretében nem lehet cél a vizsgálat eredményeinek részletesebb, számszerű bemutatása, csupán néhány olyan főbb következtetést - melyek tágabb szociológiai összefüggésben is értelmezhetők - szeretnék ehelyütt kiemelni.

Az alapellátás két fő csatornája esetében az igénybevétel arányaiban egyfajta komplexer hatás mutatható ki a foglalkozási jellegek és az iskolai végzettség szerint. Az üzemorvosi ellátás - mely átvész bizonyos funkciókat a körzeti orvosi csatornától a táppénzre vételi jog birtokának függvényében - igénybevétele esetében a teljes körű üzemorvosi ellátottságot élvező rétegeknél alacsony körzeti orvosi igénybevételi arányok figyelhetők meg, míg a mezőgazdaságban dolgozók esetében fordított tendencia érvényesül. A szellemi dolgozók összességében e két csatornát kisebb arányban és gyakorisággal veszik igénybe mint a fizikaiak, ami azzal magyarázható, hogy a státushierarchiában magasabb helyet elfoglaló rétegek esetében az alapellátás igénybevételi csatornái kibővülnek, mintegy sokcsatornássá válnak. Itt arról van szó, hogy a szakrendelések közvetlen, beutaló nélküli igénybevétele, a magánrendelések felkeresése főleg ezen rétegek lehetőségeit tágítja. Egyrészt a városi lét, másrészt a foglalkozási jelleg, s az iskolai végzettség (mindezek következtében az érdekérvényesítő képesség) magasabb szintjének metszéspontjában helyezkednek el mindazok, akik "egyenlőtlenebbül" többet fogyaszthatnak és fogyasztanak az egészségügyi szolgáltatásokból.

Lényegében érvényesülni látszik a Hart által megfogalmazott fordított egészségügyi ellátás törvénye,<sup>3</sup> a státuszhelyzet függvényében megfigyelhető az alapellátás körének horizontális tágulása illetve szűkülése, függetlenül attól, hogy az egészségügyi politika mit tekint az orvosi alapellátás körébe tartozó csatornáknak, szolgáltatásoknak.

A szakrendelések igénybevételére jellemző, hogy a társadalmi státuszszelvezettel fordítottan arányos a beutalóval történő igénybevétel aránya. A városi szellemi foglalkozásúaknál mindössze 12 %-os a körzeti orvosi utalás aránya, míg a falun élő mezőgazdasági fizikai dolgozóknál 44 % ugyanez az arány. A magánorvosi csatorna mellett itt realizálódik a magasabb státuszú rétegek esetében az alapellátás két fő csatornájából kiáramlott fogyasztás(igény) és mindaz a többlet, amely a jobb helyzetben lévők nagyobb és minőségileg is jobb szerkezetű fogyasztását eredményezi.

A magánorvosi szolgáltatások igénybevételének aránya is jelentősen eltér az egyes rétegek között, a városban élő szellemiek 22 %-a, a döntően városi, iparban dolgozó fizikaiak 12 %-a, míg a falun élő mezőgazdasági fizikaiaknak csak mintegy 6 %-a vette igénybe ezt az ellátási csatornát a vizsgálatot megelőző egy év folyamán.

Az alapellátás körének, csatornáinak horizontális bővülését, strukturáltságát illetve az ehhez való hozzáférhetőséget döntően a települési (lakóhelyi) hierarchiában elfoglalt hely határozza meg. Ezt jól tükrözik az igénybevételi koncentrációs arányok. A településhierarchiában felülről lefelé haladva nő az alapellátás igénybevételének koncentrálttsága, egyetlen csatorna, a körzeti orvosi csatorna irányába, s ezt a tendenciát csak árnyalja, de nem módosítja lényegesen az iskolai végzettség illetve a foglalkozási jellegek figyelembevétele. Míg a Pécsen élő szellemi foglalkozású férfiaknál a körzeti orvos 3 éven belüli igénybevételének aránya 19 %, addig a községekben élőknek ez az arány 63 %. Valamivel kisebb, de ugyanilyen szignifikáns különbségek mutathatók ki a szellemi nők, továbbá az iparban dolgozó fizikaiak esetében.

Az alapellátás gyakorlatban funkcionáló csatornáit figyelembe véve összességében elmondható, hogy a magasabb státuszú rétegek "többet" és "többfelét" fogyasztanak az orvosi alapellátás szolgáltatásaiból. Többet fogyasztanak, hiszen nagyobb közöttük mind az igénybevevők aránya, mind az igénybevételek gyakorisága. (Lásd a mellékelt táblázatot.) A bányászfiataloknál mutatkozó eltérések a speciális munkahelyi körülményekkel indokolhatóak.

A szellemiek egy éven belüli igénybevételi gyakoriságának módusza 4-5 alkalom (21 %-os gyakorisággal), míg a fizikaiaknál a 2-3 alkalom (foglalkozási jellegtől függően 23-26 %-os gyakorisággal).

Fel kell hívni a figyelmet ehelyütt arra, hogy a fiatalok egy bizonyos rétegénél, státuszszelvezettől kevésbé determináltan meglepően magas fogyasztási gyakoriságok tapasztalhatóak, ezt mutatják a táblázat adatai is a 9-nél több alkalommal igénybevevők viszonylag nagy arányát illetően.

Az alapellátást biztosító szolgáltatások presztizs-skálájának megfelelően tér el az egyes rétegek igénybevételi szerkezeté az igénybevehető csatornák szerint. A magasabb társadalmi státuszhoz a magasabb presztizsű csatornák nagyobb aránya társul, s szélesedik ki mind mennyiségileg, mind minőségileg az alapellátás kétszatornásnak tekintett illetve hitt köre.

Az orvosi alapellátás igénybevétele 1 éven belül a fiatalok körében (%)

Foglalkozás, nem	Nem volt	Igénybevételek száma			Összesen	
		1-3	4-8	9-		
Szellemi	ffi.	10,1	39,1	34,7	15,9	100
	nő	6,9	23,6	38,9	30,5	100
	össz.	8,0	29,0	37,5	25,5	100
Ipar	ffi.	14,3	45,4	27,5	12,7	100
	nő	6,7	28,3	30,9	34,0	100
	össz.	11,0	38,9	29,0	31,9	100
Mezőgazdaság	ffi.	26,7	40,4	23,3	9,6	100
	nő	14,9	32,4	23,0	29,7	100
	össz.	22,7	37,7	23,2	16,4	100
Bánya	ffi.	6,7	36,0	31,4	15,3	100
Összesen	ffi.	14,9	42,1	28,1	14,9	100
	nő	8,0	27,7	31,9	32,4	100
	össz.	12,1	26,5	29,6	17,7	100

Itt nem egyszerűen arról van szó, hogy az igénybevétel szerkezetében mennyiségi eltolódás figyelhető meg a magasabb státuszúnak tekintett rétegek esetében a magasabb presztizsű egészségügyi ellátási csoportnak irányába, hanem arról is, hogy a legalacsonyabb presztizsűnek tekintett alapellátási csoportra (üzemorvosi ellátás) a magasabb státuszú rétegek alacsonyabb presztizsű igényeit elégíti ki elsősorban (egyéb, adminisztratív okok miatti igénybevétel).

A nemek szerinti különbségek is élesen körvonalazódnak, a kutatásunk is bizonyítja a már ismert tényt, hogy a nők gyakoribb igénybevevők, s részben ezzel összefüggésben kritikusabb véleménynyilvánítók a hozzáférhetőség megítélésével kapcsolatban.

Végezetül érdemes még kiemelni a gyógyításba vetett hit és a hálapénz kapcsolatának illetve a státusz-hierarchiában elfoglalt helynek az összefüggéseit. A hálapénz szerepének elismerése illetve hangsúlyozása nagyobb arányú az alacsonyabb státuszú rétegek esetében; ami részben azzal magyarázható, hogy esetükben a gyógyulásba vetett hit - személyes kapcsolatok, ismeretségek híján - a pénzben kifejezett hálához kapcsolódik inkább, továbbá a beteg és az orvos közti státuszkülönbség nagysága az interakciós kapcsolatok lehetőségét az anyagi javak juttatásában kifejeződő reciprocitás irányába tolja el. Miután az anyagi státusz nem mozog ugyan együtt az egyének társadalmi státuszával, de nem is ellentétes ezzel, valószínű hogy a hálapénz nyújtása éppen az alacsonyabb jövedelmű rétegek esetében nagyobb gyakoriságú vagy legalábbis jövedelmi helyzetükhöz képest nagyobb arányú.

Végül soron tehát elmondható, hogy társadalmunkban az egyenlőtlenségeket kialakító és konzerváló mechanizmusok már a fiatal generációk esetében is hatnak. Így az egészségügyben, az orvosi alapellátáshoz való hozzáférhetőségben és igénybevételben is megmutatkoznak a társadalmi helyzet egyenlőtlenségei, melyek elsősorban a lakóhely, a foglalkozási jelleg, továbbá az iskolai végzettség és a nem dimenzióiban jutnak felszínre.

#### JEGYZETEK

- 1 A kutatás az MSZMP Társadalomtudományi Intézete által kezdeményezett "Az ifjúságpolitika tudományos megalapozását szolgáló kutatások" főirányon belül "Az ifjúság testi és mentális egészségének társadalmi tényezői"-t kutató irány vizsgálatainak részét képezi. A felhasznált empirikus adatok mind e kutatás termékei.
- 2 Az orvosi alapellátás esatornáinak igénybevételéről lásd részletesebben Ivády Vilmos - Püzesi Zsuzsanna: Társadalmi helyzet - orvosi alapellátottság és igénybevétel a fiatalok körében. Tájékoztató, 1987/1. 72-88. old.
- 3 T. Hart: The Inverse Care Law. Lancet 1, 1971. 405-412. old.