

Ankietowani, w tym także starsza część respondentów, hierarchizując bariery dostępu do lekarzy specjalistów, na pierwszym miejscu wymieniali limity przyjęć. Funkcjonujący system bezpośrednich zapisów do lekarzy specjalistów w ograniczonym zakresie czasowym sprawia, że mieszkańcy obszarów wiejskich są w mniej uprzywilejowanej sytuacji aniżeli mieszkańcy miast. W ich przypadku sytuację dodatkowo komplikuje kwestia dojazdu. Ma ona dwa zasadnicze wymiary – koszty i ograniczeń komunikacyjnych (dłuższy czas dojazdu do ośrodka, niska częstotliwość komunikacji publicznej, konieczne przesiadki). Dla osób nieposiadających własnego transportu koncentracja barier działa jako czynnik nie tylko utrudniający dostęp do palpówek służby zdrowia poza terenem gminy, ale jako czynnik blokujący do nich dostęp.

Pomimo długich terminów wizyt do lekarzy specjalistów, różnego typu komplikacji przy rejestracji, konieczności podejmowania kilkakrotnych prób (ze względu na ograniczone limity przyjęć) oraz utrudnień komunikacyjnych mieszkańcy wsi wszelkimi siłami i środkami starają się skorzystać z usług w ramach ubezpieczenia społecznego. Stąd też relatywnie niewielki jest w społecznościach wiejskich badanych gmin udział osób korzystających z płatnej oferty służby zdrowia. W minionym roku tylko 30% ankietowanych skorzystało (co najmniej raz w roku) z wizyt u lekarzy specjalistów w prywatnym sektorze ochrony zdrowia, natomiast płatne badania lekarskie zrealizowało 10,5% respondentów.

Konfrontacja tych wielkości ze skalą zgłaszanych przez ludność wiejską (zwłaszcza jej starszą częścią) problemów zdrowotnych i zapotrzebowania na określone świadczenia medyczne, przy ograniczonych możliwościach ich realizacji w ramach publicznego funduszu świadczeń medycznych, upoważnia do takich wniosków. W uzasadnieniu rezygnacji z zakupu potrzebnych, a niekiedy nawet koniecznych świadczeń medycznych zdecydowanie dominowały (95% ogółu wskazań) zbyt wysokie koszty usług medycznych w tym sektorze. Badania GUS dotyczące ochrony zdrowia w gospodarstwach domowych w 2003 r. potwierdzają, że zmienną najsilniej różnicującą fakt korzystania przez gospodarstwo domowe z usług medycznych sektora prywatnego jest poziom dochodów.

Analiza międzygrupowych różnic w częstotliwości korzystania z płatnych usług medycznych pozwala wnioskować, że u podłoża wyraźnej rysującej się dysproporcji leży zróżnicowana sytuacja finansowa poszczególnych grup wieku i społecznych. Najniższy wskaźnik częstotliwości korzystania z tego typu usług charakterystyczny był dla respondentów najstarszych, tzn. powyżej 74 lat; tylko 14% z nich deklarowało, że leczyli się „prywatnie”, nieco wyższy bo 23% (ale też poniżej średniej dla badanej zbiorowości) właściwy był dla całej zbiorowości osób starszych mieszkających samotnie. Wśród korzystających z prywatnych usług medycznych największy udział mieli respondenci mieszkających w gospodarstwach czteroosobowych i liczniejszych (blisko 50%).

Na pytanie „Czy zdarzyło się Panu/Pani kiedykolwiek ze względów finansowych zrezygnować z płatnych badań lekarskich, sprzętu medycznego, rehabilitacyjnego”? (podkreślaliśmy, że chodzi nam o takie sytuacje, gdy dana usługa, badanie, sprzęt był naprawdę konieczny) blisko 40% respondentów odpowiedziało twierdząco. Zakres usług, badań, sprzętu, z którego musiano zrezygnować, był ogromny. Dominującą podgrupę stanowiły wizyty u lekarzy specjalistów, głównie: kardiologa, reumatologa, urologa, okulisty.

Na drugiej pozycji pod względem częstości wskazań były różnego typu badania specjalistyczne (badanie serca, gastroscopia, badanie oczu, słuchu, badanie tarczycy). Wśród wymienianych rzeczy, z których zrezygnowali ankietowani, dość często pojawiały się: protezy zębowe, okulary, wózek inwalidzki, aparat słuchowy, sprzęt do mierzenia ciśnienia i poziomu cukru we krwi. Badania wykazały, że to niekorzystne zjawisko dotyczyło w największym stopniu najuboższych, wśród których znaczący udział miały osoby starsze mieszkające samotnie oraz osoby przewlekle chore. Tylko faktyczny brak środków finansowych na prywatne świadczenia może tłumaczyć determinację osób, które na niektóre usługi me-

dyczne (jak np. protezy zębowe) oczekują rok, a niekiedy nawet dłużej (np. na wizytę u lekarza specjalisty ponad 3 miesiące).

Wydatki na prywatną opiekę medyczną

Jeżeli chodzi o skalę wydatków poniesionych na prywatną opiekę medyczną, to każdy pacjent wydał w ciągu roku na usługi medyczne przeciętnie 320 zł (bez wydatków na leki). Za tą średnią kryły się jednak ogromne rozbieżności, w zakresie od 10 zł do 1000 zł. Mniej niż 50 zł przeznaczyło na ten cel ponad 20% ankietowanych (była to najczęściej jednorazowa wizyta u lekarza specjalisty). Natomiast koszt leczenia przekraczający 500 zł właściwy był dla 14% respondentów.

Jeżeli chodzi o międzygrupowe zróżnicowania, to układały się one zgodnie z naszymi przewidywaniami. Średnia wysokość nakładów dla grupy osób w wieku 74 i więcej lat była o połowę niższa niż dla ogółu ankietowanych; ponad 60% z nich nie wydało w ciągu roku więcej niż 100 zł. Osoby starsze mieszkające samotnie wydały na prywatne leczenie mniej niż jakakolwiek inna grupa respondentów. Ta kategoria respondentów także pod względem poziomu warunków bytowych i sytuacji ekonomicznej plasowała się najniżej w strukturze badanej zbiorowości.

Pod względem wysokości nakładów ponoszonych na prywatne usługi medyczne międzyśrodowiskowe różnice zaznaczyły się bardzo wyraźnie. Mieszkańcy gmin woj. podlaskiego wydatkowali na ten cel ponad dwa razy więcej aniżeli mieszkańcy gmin woj. świętokrzyskiego. Korespondowało to ze skalą dysproporcji w zakresie sytuacji ekonomicznej i warunków bytowych przeciętnych rodzin wiejskich występujących pomiędzy tymi województwami. U podłoża różnic ekonomicznej kondycji badanych środowisk leżał odmienny sposób radzenia sobie z problemem braku pracy lokalnych środowiskach. Dla mieszkańców woj. podlaskiego głównym źródłem dochodu są migracje zarobkowe (głównie do Belgii).

Wydatki na leki

Analiza struktury kosztów ponoszonych na opiekę medyczną wskazuje, że ani wizyty u lekarzy, ani badania specjalistyczne nie obciążają budżetów gospodarstwach domowych w takim stopniu, jak zakup lekarstw. Na leki przeznaczają się średnio 63% miesięcznych wydatków na ambulatoryjną opiekę zdrowotną, a dla obszarów wiejskich odsetek ten jest jeszcze wyższy i wynosi według danych GUS z 2003 r. 68%.

Drugą pozycją ze względu na wielkość wydatkowanych środków finansowych zajmują usługi stomatologiczne, stanowiące blisko 16% ogółu wydatków (dla obszarów wiejskich analogicznie 12%), a więc czterokrotnie mniej niż na leki. W świetle wyników wspomnianych badań GUS z 2003 r. niewielki, bo rzędu 2,5%, był odsetek gospodarstw domowych, które nie poniosły w ciągu całego roku żadnych wydatków na leki. W naszej próbie badawczej udział tego typu gospodarstw był wyższy, wynosił mianowicie 7,2%.

Grupę gospodarstw domowych, które nie kupowały leków, najmniej licznie reprezentowały gospodarstwa emerytów i rencistów oraz z osobami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi. Te ostatnie w 98% zrealizowały przepisane im recepty; najniższy analogiczny wskaźnik właściwy był dla gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł i kształtował się na poziomie 74%.

Mieszkańcy wsi przeznaczali na leki w miesiącu średnio 197 zł, z tym że respondenci w wieku powyżej 60 lat wydawali blisko półtora razy więcej aniżeli osoby poniżej 60. roku życia (odpowiednio 235 zł i 160 zł). Strukturę finansowych nakładów ponoszonych na ten cel przez „młodszych” i „starszych” respondentów przedstawia tabela na s. 16.

Pomiędzy obydwoma grupami wieku występuje wyraźne zróżnicowanie udziału osób w poszczególnych przedziałach kwotowych. Jak pokazują dane zawarte w tabeli, największy zakres dysproporcji dotyczy pierwszego z nich, tzn. do 50 zł. Odsetek

osób starszych, którzy wydawali na leki w skali miesiąca mniej niż 50 zł, jest tu czterokrotnie mniejszy aniżeli osób poniżej 60. roku życia.

Tabela 1. *Udział osób według zróżnicowanej skali wydatków na leki w %*

Miesięczne wydatki na leki	Odsetek respondentów	
	„młodszych”	„starszych”
Do 50 zł	25,0	5,7
51–100	16,9	25,5
101–300	50,7	52,5
301–500	6,7	14,0
Powyżej 500 zł	0,7	2,3

Źródło: Wyniki badań terenowych 2002, obliczenia własne.

Odwrótnie układają się natomiast relacje pomiędzy tymi dwoma grupami respondentów w przypadku pozostałych przedziałów kwotowych. Emeryci ponad dwukrotnie częściej niż pozostali ankietowani deklarowali, że miesięczny koszt kupowanych przez nich leków przekracza 300 zł. Kwota ta powiększa się dla każdej kolejnej starszej grupy respondentów. Wiąże się to bezpośrednio ze wzrostem wraz z wiekiem zachorowalności, zwłaszcza na choroby przewlekłe, leczenie których wymaga systematycznego przyjmowania leków. Problem obciążenia finansowych z tytułu zakupu leków dla tych grup jest najwyższy.

Starsi mieszkańcy wsi zdecydowanie niekorzystnie oceniają relacje pomiędzy wysokością dochodów uzyskiwanych z emerytury KRUS a przeciętnymi wydatkami na leki. Szczególnie ostro problem ten zarysowuje się w odniesieniu do osób przewlekłe chore, wymagających stałego leczenia farmakologicznego, którzy często mówią: *W aptekach zostawia się każdego miesiąca co najmniej 50% swoich dochodów. W opinii respondentów ceny leków, a zwłaszcza tych niezbędnych i przyjmowanych systematycznie, są zbyt wysokie i stanowią poważne obciążenie budżetów gospodarstw domowych.*

Potwierdzają to także wyniki badań GUS, na które tu się powołujemy, a mianowicie rozkład odpowiedzi na pytanie o możliwość zakupu przepisanych na receptę lub zalecanych leków. Blisko 80% gospodarstw domowych z osobą przewlekłe chorą lub osobą niepełnosprawną miało finansowe problemy z zakupem leków (w trudniejszej sytuacji pod tym względem były tylko gospodarstwa domowe o najniższym poziomie dochodów na osobę). Dla porównania można dodać, że tego typu problemy deklarowało 43% respondentów pracujących na własny rachunek i 45% o najwyższym poziomie dochodów.

Żadnych ograniczeń finansowych w związku z koniecznością zakupu leku na receptę lub zalecanego przez lekarza nie odczuwają średnio 34% badanych przez GUS gospodarstw domowych (wskaźnik ten dla obszarów wiejskich wynosił 29%, a dla miast odpowiednio 38,6%). O wadze poruszanego problemu, tzn. zbyt wysokich cenach leków, świadczyć może fakt, że zarówno wśród grupy młodszych, jak i wśród starszych respondentów nie było osoby, która nie poruszałaby w wywiadach tego tematu.

Jednym ze źródeł informacji o finansowych problemach ludności wiejskiej związanych z zakupem leków były wywiady z pracownikami aptek. Pytaliśmy ich między innymi o to, czy w swojej pracy spotykają się z sytuacjami rezygnacji z zakupu leku ze względu na cenę. Jeżeli tak się dzieje, to czy problem ten dotyczy częściej osób starszych niż pozostałej części społeczności wiejskiej? Praktycznie w każdej z badanych gmin potwierdzono występowanie tego typu zjawiska. Z opinii pracowników aptek wynika, że wśród rezygnujących z zakupu leków duży, ale nie dominujący, jest udział emerytów i rencistów. To sytuacja dochodowa poszczególnych osób determinuje decyzje i zachowania w tym względzie. Jak podkreślali pracownicy aptek, osoby starsze częściej proszą o tańszy lek, ale o takim samym działaniu i zamiast dwóch przepisanych opakowań leku biorą tylko jedno.

Znaczna część starszych respondentów deklarowała w badaniu, że nigdy nie rezygnuje (i nie zrezygnowałaby) z zakupu leków, uważając, że w sytuacji koniecznego wyboru między lekiem a innym dobrem nie ma wątpliwości – wybiera lek. Pojawiały się takie głosy: *Lepiej gorzej zjeść, ale lek trzeba wykupić lub Na leki nawet trzeba pożyczyć, ale trzeba wykupić.*

Badania nasze odkryły dosyć specyficzną „postać” próby pogodzenia konieczności brania leków z ograniczeniami finansowymi, a mianowicie „oszczędności” na lekach, polegającej na samodzielnej ich „reglamentacji” dostosowanej do swoich (swojej rodziny) możliwości finansowych. Ten problem wielokrotnie sygnalizowali respondenci, mówiąc: *Leki, które muszę brać codziennie, biorę raz na dwa dni, niekiedy raz na trzy; Jak brałam trzy razy na dzień, to sobie co najmniej raz dziennie odmawiałam, żeby na dłużej starczyło.* Badania wskazują, że relatywnie wysoki jest udział osób w społecznościach wiejskich, które ze względów finansowych rezygnują z zakupu koniecznych leków, ale również duży jest udział tych, którzy samodzielnie częściowo eliminują z kuracji niektóre z nich.

Z rozmów z lekarzami wynika, że sytuacje te są im znane i często z tego typu przypadkami spotykają się w swojej pracy. Rola ich w tym miejscu sprowadza się do uświadamiania pacjentom szkodliwości takich działań i w miarę możliwości przepisywanie tańszego leku. W opinii lekarzy „zabiegi” tego typu, czyli zmniejszanie samodzielnie dawek leku, w wielu przypadkach może przesądzać o skuteczności leczenia. Do lekarzy skierowaliśmy pytanie, czy pacjenci już w gabinecie lekarskim rezygnują z przepisywanego leku. Wszyscy lekarze odpowiedzieli zgodnie, że nie, ale zawsze proszą o tańszy lub upewniają się, że ten przepisany jest najtańszy. Część respondentów uważała, że droższe, zagraniczne leki są skuteczniejsze i szybciej pomagają, część z kolei uzależniała się w wywiadach na lekarzy, że zbyt często przepisują drogie leki i że pacjent każdorazowo musi upomnieć się tańszy lek.

Po raz pierwszy w badaniach spotkaliśmy się z sytuacją zakupu leków w aptece na „na kredyt”, analogicznie jak to ma miejsce w wielu sklepach ogólnospożywczych na obszarach wiejskich. Zakup leków dla osób wymagających stałego leczenia jest poważnym stałym finansowym obciążeniem. Możliwość realizacji recepty „bez pieniędzy” jest z jednej strony formą pomocy ze strony właścicieli aptek, z drugiej zaś pewną formą konkurencji w przypadku, gdy w jednej miejscowości działają dwie apteki. Zupełnie nową, nietypową sytuacją były przypadki, o których informowano, co prawda, w jednej z badanych aptek – „odpracowania” należności za leki.

Jednym z ważnych problemów, który pojawił się we wszystkich badanych gminach, był nieformalny system opłat za usługi medyczne w ramach publicznej służby zdrowia na obszarach wiejskich. W świetle opinii respondentów: *bezpłatna opieka medyczna to fikcja.* Z wywiadów wynika, że skierowanie do sanatorium czy do lekarza specjalisty kosztuje, swoją „cenę” ma przepisanie tańszego leku, wizyta domowa (zwrot należności za dojazd, poza godzinami pracy przychodni za wizytę plus dojazd), lepsze traktowanie pacjenta w placówkach służby zdrowia różnych szczebli.

W związku z powyższą sytuacją respondenci proponują: *Zwiększyć składkę i dać więcej pieniędzy lekarzom, bo nikt za darmo nie będzie leczył. Dać takie pensje, by nie oglądali się na pieniądze, by sami nie brali. Trzeba lekarzom tak ustawić zarobki, żeby nie oczekiwali na pieniądze od osób niezamożnych. Dać lepsze pensje lekarzom, by nie oglądali się na ofiary.* Pewne propozycje dotyczą zmian reguł finansowania świadczeń medycznych. Propozycje z „terenu” są następujące: *Pobierać opłaty za każdą usługę według cennika, a później zwracać. Wprowadzić jasne reguły finansowania, teraz nie wiadomo za co trzeba płacić. Lepsza jest stawka za każdą usługę niż dawanie pod stołem. Lekarz powinien dawać pokwitowanie za zapłatę, byłoby uczciwie.*

Z powyższego wynika więc, że mieszkańcy wsi ponoszą opłaty za bezpłatne usługi medyczne. Oczywiście dotyczy to w różnym stopniu różnych grup społecznych i różnych środowisk wiejskich. Co ciekawe, nawet w obrębie tej samej gminy zjawisko to ma różne

oblicza (dotyczy to sytuacji, gdy różne części gminy obsługiwane są przez różne palcówki, a więc innych lekarzy czy lekarza).

Poruszany tu problem nie mieścił się w ramach zamierzeń badawczych projektu i żadne z pytań w kwestionariuszu nie sondowało tej kwestii. Liczne głosy podejmujące ten temat wskazują, że nie da się mówić o problemach służby zdrowia, nie dotykając tego zagadnienia.

Z opinii respondentów obydwu grup wieku wynika, że korzystniejszy dla nich wobec powyższej sytuacji byłby klarowny, powszechnie obowiązujący system opłat za poszczególne usługi. System ten sprawdziłby się, gdyby koszt świadczeń przystosowany był do ekonomicznych możliwości mieszkańców obszarów wiejskich i dawał gwarancję, że opłaty te nie będą dublowane, ale – co najważniejsze – przyniosą poprawę w sprawach kluczowych. Przede wszystkim chodzi tu w pierwszej kolejności o dostęp do lekarzy specjalistów i badań specjalistycznych. Prawdą jest jednak, że pewne lokalne zasady mają źródło w postawach mieszkańców. „Zwyczaj” w tej dziedzinie podtrzymują sami mieszkańcy jako pewnego rodzaju tradycję, sami na ten temat mówiąc: *Honor mi nie pozwala, zawsze daję pieniądze lekarzowi przy pożegnaniu. Ludzie na wsi tak nauczeni, że trzeba zapłacić. Lekarz nie woła, ale*

jak się fatygował, to jak nie dać, nie mam sumienia. Lekarz sam nie woła pieniędzy, ale jak mu się da, to coś lepszego przepiśnie. Jest to więc sprawa subiektywnego poczucia konieczności zapłacenia za usługę. Z tego typu nastawieniem zdecydowanie częściej spotykaliśmy się wśród starszych mieszkańców obszarów wiejskich.

ZAKOŃCZENIE

Badania nasze potwierdziły fakt, że układy lokalne w każdej dziedzinie wykazują pewną specyfikę, a społeczność lokalna współdziała według zasad niespotykanych w innych miejscach, regionach kraju, dostosowując się je do swoich możliwości i potrzeb; dotyczy to także poszczególnych grup społecznych. „Odkrycie” tej specyfiki byłoby niemożliwe bez realizacji badań w mikroskali. Obraz polskiej wsi w kategoriach uśrednionych, a także budowany tylko i wyłącznie na podstawie analiz statystycznych, bez względu na ich stopień szczegółowości, jest niepełny i niewiele mówi o specyfice poszczególnych środowisk lokalnych, a także różnicach zarysowujących się w ich obrębie. Konieczne są więc pogłębione studia, aby móc wnioskować o sytuacji ludności wiejskiej.