

Zmiany w dostępności i zakresie świadczonych usług medycznych podstawowej opieki zdrowotnej na terenach wiejskich.

Zasadnicze zmiany organizacji ochrony zdrowia, rozpoczęły się w 1999 roku wraz z wprowadzeniem ustawy o Powszechnym Ubezpieczeniu Zdrowotnym, powołaniem Kas Chorych, a także z wprowadzeniem programów restrukturyzacji w ochronie zdrowia. Zmiana finansowania usług medycznych, spowodowała konieczność szukania takich rozwiązań ekonomicznych i organizacyjnych, które pozwoliłyby zapewnić jak najszersze spektrum usług dla pacjenta i nie powodowałyby zadłużania się jednostek. Wszystkie projekty zmian w ochronie zdrowia nie zakładają różnic w działaniach na terenach miast i na terenach wiejskich. Wszystkie generalnie mają służyć poprawie jakości oferowanych usług, lepszemu organizowaniu jednostek, efektywniejszemu wykorzystaniu środków finansowych. W dużym stopniu różnice, jakie występują między miastem i wsią związane są z oczekiwaniami i przyzwyczajeniami samych pacjentów, z działalnością władz lokalnych, z aktywnością środowiska lekarskiego.

Należy zauważyć, iż na obszarach wiejskich wszelkie zmiany, jakie następowały nie przynosiły, tak widocznych efektów jak w miastach. Spowodowane to zostało znacznymi różnicami w funkcjonowaniu infrastruktury ochrony zdrowia oraz zróżnicowaną sytuacją demograficzną. Większość gminnych ośrodków zdrowia wymagało remontu i modernizacji, koniecznością stawało się tworzenie nowych miejsc udzielania świadczeń. Sieć placówek ochrony zdrowia na wsi nie zapewniała odpowiedniego dostępu do lekarza pierwszego kontaktu, a tym bardziej do lekarza specjalisty. Zważywszy na specyficzną sytuację demograficzną, gdzie najliczniejsze grupy wiekowe to 0-17 lat, a następnie ludność w wieku poprodukcyjnym, potrzeby zdrowotne mieszkańców wsi są zdecydowanie większe [1]. Znaczne oddalenie od najbliższego szpitala powiatowego, naraża również większą liczbę mieszkańców obszarów wiejskich na wydłużony czas dotarcia karetki pogotowia i opóźnione udzielenie niezbędnej pomocy medycznej. Również sytuacja osób niepełnosprawnych jest zdecydowanie trudniejsza niż w miastach. Zdecydowanie rzadziej podejmują pracę, często nie wychodzą z domu nieakceptowani przez środowisko, zakup samochodu, którym mogliby dotrzeć do lekarza, jest najczęściej poza zasięgiem ich możliwości finansowych.

Aby przeciwdziałać trudnej sytuacji w dostępie do świadczeń medycznych mieszkańcom wsi, zaczęto wprowadzać zmiany w organizacji i funkcjonowaniu przychodni. Wcześniej ochrona zdrowia najczęściej skupiona była w

gminnym ośrodku zdrowia realizującym zadania podstawowej opieki zdrowotnej w zakresie medycyny ogólnej, pediatrii, nie zawsze stomatologii i ginekologii. Obecnie, właśnie na wsiach powstaje najwięcej prywatnych praktyk lekarzy rodzinnych, co obrazuje Tabela 1. Wszystkie z praktyk działających na wsi, to praktyki niepubliczne.

Tabela 1

Praktyki lekarskie na terenach wiejskich w latach 1999-2002

Wyszczególnienie	1999	2000	2001	2002
Praktyki lekarskie na wsi	433	869	1288	1362

Źródło: Rocznik Statystyczny RP za lata 1999-2002, GUS Warszawa

Jest to wyrazem istniejącej obecnie tendencji do rozdrabniania struktur organizacyjnych, w jakich udzielane są świadczenia medyczne. Coraz więcej też lekarzy prowadzących takie praktyki zdecydowało się na specjalizację z medycyny rodzinnej, gdyż w dużej mierze ułatwia to kompleksową opiekę nad pacjentem i jego rodziną.⁽³⁾ Natomiast trudno jest mówić o wyborze lekarza przez pacjentów na wsi, ponieważ decydującym czynnikiem nadal jest odległość POZ od miejsca zamieszkania. Interesująco prezentuje się również liczba udzielanych porad w podstawowej opiece zdrowotnej na terenach wiejskich (Tabela 2)

Tabela 2

Liczba porad udzielonych w zakładach podstawowej opieki zwrotnej w latach 2000-2003

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003
Publiczny zakład opieki zdrowotnej	24.700.560	19.574.951	15.201.005	15.835.886
Prywatny zoz	9.906.620	13.583.810	15.540.480	17.358.579
Praktyki lekarskie	4.029.864	4.869.910	2.743.990	4.191.579
Suma	38.637.044	38.028.671	33.485.475	37.386.044

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000, 2001, 2002, 2003. Informacje i opracowania GUS, Warszawa

Widać wyraźne przesunięcie liczby udzielanych porad z sektora publicznego do sektora prywatnego. Początkowo zdecydowana liczba porad udzielana jest w publicznych zakładach, po czym zdecydowanie obniża się ona na

rzecz prywatnych ZOZ i niepublicznych praktyk lekarskich. Na terenach wiejskich takie zjawisko może mieć miejsce przede wszystkim w sytuacji, gdy bardzo prężnie rozwija się niepubliczna ochrona zdrowia i pacjenci ze względu na łatwą dostępność i coraz wyższy poziom usług korzystają z tej formy ochrony zdrowia. Najczęściej, jeśli praktyki lekarskie i niepubliczne przychodnie podpisują kontrakty z Narodowym Funduszem Zdrowia, dla pacjenta nie ma znaczenia, jaki to rodzaj jednostki. Liczy się możliwość korzystania z bezpłatnej opieki zdrowotnej w ramach podstawowego ubezpieczenia.

Inną przyczyną może być wzrost liczby niepublicznych ZOZ i praktyk lekarskich na terenach wiejskich (Tabela 3).

Tabela 3

Zakłady opieki zdrowotnej na wsi w latach 1999-2002

Wyszczególnienie	1999		2000		2001		2002	
	Zakłady niepubl.	Zakłady publ.	Zakłady niepubl.	Zakłady publ.	Zakłady niepubl.	Zakłady publ.	Zakłady niepubl.	Zakłady publ.
Zakłady opieki zdrowotnej na wsi	288	2027	668	2052	967	1678	1125	1394

Źródło: Rocznik Statystyczny RP za lata 1999-2002, GUS Warszawa

Z Tabeli 3 jasno wynika, że liczba udzielonych porad, ma ścisły związek ze zmianami liczby publicznych i niepublicznych ZOZ. Generalnie w ciągu analizowanych lat maleje liczba zakładów publicznych, natomiast systematycznie zwiększa się liczba jednostek niepublicznych. Jeśli przyjmie się, że zakłady niepubliczne dużo więcej troski wkładają w zapewnienie pacjentom lepszej jakości świadczeń, posiadają lepszy sprzęt diagnostyczny i są zdecydowanie łatwiej dostępne, wtedy można by wnioskować, że na terenach wiejskich podstawowa opieka zdrowotna w ostatnich latach w pewnym stopniu się poprawiła. Jeśli przyjrzymy się poradom specjalistycznym udzielonym na wsi (Tabela 4) okazuje się, że również zdecydowanie zwiększyła się liczba udzielonych porad specjalistycznych, a to może świadczyć o zdecydowanym wzroście liczby lekarzy specjalistów przyjmujących w zakładach ochrony zdrowia na wsi. Zdecydowanie rośnie również liczba porad specjalistycznych udzielanych w jednostkach niepublicznych.

Tabela 4

Liczba porad specjalistyczny udzielonych w zakładach opieki
zwrotnej na wsi w latach 2000-2003

Wyszczególnienie	2000	2001	2002	2003
Publiczny zakład opieki zdrowotnej	654.336	657.741	2.166.108	1.162.395
Prywatny zoz	321.405	591.603	1.560.963	1.181.417
Praktyki lekarskie	259.797	278.202	2.224.022	972.415
Suma	1.235.538	1.527.546	5.951.093	3.316.227

Źródło: Podstawowe dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000, 2001, 2002, 2003. Informacje i opracowania GUS, Warszawa

Nadal jednak w większości małych praktyk lekarskich brakuje sprzętu i aparatury medycznej. Zdecydowanie lepiej sytuacja wygląda w praktykach grupowych, bądź w większych jednostkach organizacyjnych. Pacjenci, chcąc wykonać badania bardziej skomplikowane nadal muszą korzystać z usług oferowanych przez powiatowy szpital, lub też sami ponieść koszty takich badań w gabinecie prywatnym w mieście. Podobne trudności nastęrcza rehabilitacja, gdyż znacznie zwiększają się koszty przeznaczone na dojazd do przychodni świadczącej takie usługi. Pomoc środowiskowa najczęściej uzależniona jest od możliwości dotarcia przez pielęgniarkę do pacjenta oczekującego pomocy.

Z reguły najtrudniejszy dostęp pacjentów z terenów wiejskich wiązał się z odległością miejsca zamieszkania od najbliższej przychodni. Nadal ta odległość jest znacznym utrudnieniem. Jak wynika z badań przeprowadzonych przez studentów Akademii Medycznej w Lublinie, co trzeci z przebadanych pacjentów mieszka 6 kilometrów i dalej od najbliższej przychodni. Z tego faktu może wynikać, niezbyt duża częstotliwość korzystania z porad lekarza POZ.[2] Inną przyczyną takiej sytuacji, są możliwości finansowe mieszkańców wsi. Dojazd do lekarza, rehabilitacja, wykupienie leków bardzo często przerasta możliwości przeciętnego rolnika. Wysokie bezrobocie, szczególnie na terenach po PGR-owskich, niewielka ilość posiadanej ziemi powodują, że brak środków finansowych jest bardzo częstym zjawiskiem na wsi. Upośledza to przede wszystkim dzieci i młodzież, ale również i dorosłych w równym dostępie nie tylko do zdrowia, ale i oświaty czy kultury.

Należy również pamiętać, że na terenach wiejskich formalnie nie istnieje płatna opieka zdrowotna. Mieszkańców nie stać jest, ze względu na wysoki stopień bezrobocia i niskie dochody, na korzystanie z usług lekarzy pracujących poza kontraktami z narodowym funduszem. Podobnie wygląda nadal sytuacja

profilaktyki. Zdecydowanie rzadziej pacjenci korzystają z programów profilaktycznych, gdyż najczęściej wiąże się to z koniecznością wyjazdu do najbliższego szpitala w mieście.

Również wiele pozostawia do życzenia opieka w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy. Korzystanie z pomocy medycznej wiąże się z wezwaniem pogotowia lub dojazdem we własnym zakresie do najbliższej czynnej przychodni, która pełni dyżur. W wielu sytuacjach pacjenci rezygnują z pomocy, gdyż nie mają możliwości dojazdu i boją się kosztów wezwania karetki.

Jedną z metod zmiany niekorzystnej sytuacji wsi, stało się wspieranie rozwoju terenów wiejskich i programy pomocowe, oferujące bardzo korzystne warunki otrzymywania wsparcia finansowego. W ramach Europejskiego Funduszu Rozwoju Wsi Polskiej na ochronę zdrowia fundusz udziela dotacji na:

- zakup, budowę, modernizację, adaptację oraz wyposażenia publicznych zakładów opieki zdrowotnej, prowadzonych w formie jednostek lub zakładów budżetowych, utworzonych przez gminę lub związek międzygminny na terenach wiejskich;

- zakup, budowę, modernizację i adaptację budynków przeznaczonych na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zastrzeżeniem, że obiekt ten pozostanie własnością gminy przez okres, co najmniej 5 lat licząc od daty zakończenia zadania inwestycyjnego objętego wnioskiem dotacyjnym i będzie w tym czasie wynajmowany lub udostępniany przez gminę na podstawie odrębnej na rzecz:

- samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, utworzonego przez gminę lub związek/ porozumienie międzygminne,

- niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej pod warunkiem, że świadczenia zdrowotne udzielane przez ten podmiot są objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z jego następcami prawnymi;

- zakup przez gminę lub związek/porozumienie międzygminne specjalistycznego sprzętu medycznego, który pozostanie własnością gminy w okresie, co najmniej równym okresowi amortyzacji środka, określonego w ustawie o podatku dochodowym od osób prawnych i będzie w tym czasie przekazany do użytkowania na podstawie odrębnej umowy na rzecz:

- samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej, utworzonego przez gminę lub związek/ porozumienie międzygminne,

- niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej pod warunkiem, że świadczenia zdrowotne udzielane przez ten podmiot są objęte umową z Narodowym Funduszem Zdrowia lub z jego następcami prawnymi.

Taka pomoc, w dużej mierze może sprzyjać zmianom, jakie zachodzą w ochronie zdrowia na terenach wiejskich. Szczególnie dotyczy to lekarzy doty-

chczas pracujących na wsi i w ten sposób mogących założyć praktykę lekarską lub świadczyć usługi w innej formie.[5]

Programy Unii Europejskiej nie są jedynymi programami wspierającymi zmiany na wsi. Większość gmin we własnym zakresie stara się opracowywać programy społeczne nie tylko dotyczące ochrony zdrowia, ale również bezrobocia, oświaty i kultury, ochrony środowiska. Władze samorządowe, znające środowisko lokalne najtrafniej potrafią ocenić potrzeby, jakie występują na danym terenie i poczynić odpowiednie kroki w celu ich zaspokojenia. Największy kłopot sprawia zazwyczaj brak środków finansowych, jakim dysponuje samorząd.

Z całą pewnością w ciągu ostatnich lat sytuacja ochrony zdrowia na terenach wiejskich uległa poprawie. Zwiększyła się liczba zakładów niepublicznych i liczba udzielanych świadczeń medycznych. Bardzo pozytywnym zjawiskiem jest rosnąca liczba porad specjalistycznych udzielanych na wsi, gdyż w dużej mierze powoduje to łatwiejszy dostęp do wielu świadczeń. Nadal jednak wiele badań specjalistycznych jest nadal trudnych do uzyskania przez mieszkańca wsi. Problemy takie występują również w miastach i związane są z ograniczaniem liczby udzielanych świadczeń, bądź z brakiem specjalistycznej aparatury medycznej. Dużą szansą są wszelkie unijne programy rozwoju wsi, które przeznaczają spore kwoty, przede wszystkim na zmiany infrastruktury na terenach wiejskich. Ochrona zdrowia ma również spore szanse na dalszy rozwój ze względu na ważną funkcję, jaką pełni i wiele potencjalnych możliwości, jakie przed nią stoja.

Generalnie jednak, nadal obszary wiejskie wymagają wielu nakładów finansowych na poprawę funkcjonowania ochrony zdrowia. Korzystne byłoby zwiększenie liczby placówek ochrony zdrowia, tak żeby zmniejszyć do minimum odległość od miejsca zamieszkania pacjenta, położyć większy nacisk na programy profilaktyczne i edukację zdrowotną. Nie istnieje możliwość całkowitego zniesienia wszystkich barier, jakie napotykają pacjenci zamieszkujący tereny wiejskie, należy jednak ułatwić im dostęp i starać się zwiększyć zakres udzielanych świadczeń, tak, aby nie obciążać ich dodatkowymi kosztami korzystania z opieki zdrowotnej.

Bibliografia

1. Ciura G.

Stan zdrowia mieszkańców wsi, Kancelaria Sejmu, Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 593, 1998.

2. Dworzański T., Fornal R., Błaszczyk R., Cislak P., Ciota M.

Podstawowa opieka zdrowotna-wpływ na stan zdrowia rodziny, [w:] *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska*, Sectio D, Tom I, Lublin 2004, s.489.

3. Golinowska S.(red.)

Opieka zdrowotna po reformie, Raporty CASE nr 53/2002, s.138-140.

4. Podstawowe

dane z zakresu ochrony zdrowia w 2000, 2001, 2002 i 2003 roku, Informacje i opracowanie Statystyczne GUS, Warszawa.

5. Program

Europejskiego Funduszu Rozwoju Wsi Polskiej, WWW.efrwp.com.pl

6. Rocznik

Statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej 2000, 2001, 2002, 2003, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.