

Sławomir Kalinowski

Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu

KORZYSTANIE Z USŁUG ZDROWOTNYCH NA OBSZARACH WIEJSKICH

HEALTH SERVICES AT RURAL AREAS

Słowa kluczowe: obszary wiejskie, usługi zdrowotne, województwo wielkopolskie

Key words: rural areas, health service, wielkopolskie voivodship

Synopsis. W artykule omówiono uwarunkowania korzystania z usług zdrowotnych przez ludność wiejską województwa wielkopolskiego. Rozwój usług oraz świadomości społecznej przyczynił się do tego, że usługi te stanowią coraz ważniejszą sferę życia społeczeństwa. Warunkują dobrostan psychofizyczny oraz decydują o możliwościach aktywizacji badanej grupy oraz ich sytuacji na rynku. Zwrócono uwagę na nierówność w dostępie do usług zdrowotnych w zależności od sytuacji materialnej. Przedstawiono skłonność respondentów do dodatkowych wydatków na ten cel w zależności od poziomu wykształcenia oraz osiąganych dochodów. Zwrócono uwagę, że ponad połowa ankietowanych nie jest gotowa na dodatkowe wydatki na cele zdrowotne, a im gorsza sytuacja życiowa badanych osób, tym ich skłonność do partycypacji w kosztach jest coraz mniejsza. Zauważono również, że wyższe wykształcenie jest jednym z czynników determinujących świadomość zdrowotną i sprzyja zwiększonym wydatkom zdrowotnym.

Wstęp

Zmiany ekonomiczno-społeczne, które następują w ostatnich latach oraz podnoszenie się poziomu życia przyczyniły się do stworzenia nowych możliwości zaspokojenia potrzeb, wśród których szczególne znaczenie mają usługi zdrowotne. Są one bezpośrednio nastawione na człowieka, a ich bezpośrednim celem jest rozwój obszarów wiejskich w efekcie poprawy dobrostanu ludności wiejskiej, wzbogacanie oraz kształtowanie ich umiejętności fizycznych i intelektualnych, a w konsekwencji poprawa jakości kapitału ludzkiego. Zgodnie z koncepcją Katouziana, usługi stanowią jeden z pięciu subsektorów usługowych i nastawione są na poprawę sytuacji życiowej człowieka oraz warunkują rozwój otoczenia. Zwracając uwagę na szczególny charakter usług społecznych często wyodrębnia się je z trójstopniowej struktury gospodarki narodowej, tworząc oddzielny czwarty sektor. Ich zakres wraz z rozwojem gospodarczym stale powiększa się, a ich realizacja dotyczy coraz większych grup społecznych. Konsekwencją zachodzących przemian oraz procesów globalizacyjnych jest wzrost zapotrzebowania na dobra i usługi o charakterze technologicznym, związanych z poprawą jakości życia oraz subiektywnie rozumianą sytuacją materialną. Konsumpcja dóbr i usług stała się wiodącą kategorią determinującą rozwój ekonomiczny i podstawowym elementem procesu modernizacji społecznej, wykraczającym poza ramy działań typowo ekonomicznych [Janoś-Kresło 2011, Dunn 2009].

Material badawczy

Celem artykułu było wskazanie na różnice w korzystaniu z usług zdrowotnych wśród mieszkańców obszarów wiejskich, co w efekcie może przyczyniać się do pogorszenia ich sytuacji życiowej oraz powodować regres tych terenów. Źródłem informacji są badania ankietowe prowadzone przez autora w latach 2007 i 2008 na próbie 559 respondentów, zamieszkujących obszary wiejskie wszystkich powiatów województwa wielkopolskiego. W tym celu sporządzono kwestionariusze ankietowe składające się z 88 pytań podzielonych na jedenaście bloków tematycznych. Do artykułu wykorzystano wybrane odpowiedzi na pytania z bloków X i XI – czas wolny, kultura, edukacja, zdrowie oraz ubóstwo subiektywne.

Charakterystyka pojęcia usługi

Mimo że problematyka usług w ostatnim czasie zyskała na znaczeniu, nie ma dotychczas stworzonej powszechnie akceptowanej definicji, która byłaby możliwa do przyjęcia przez wszystkich badaczy. Według Daszkowskiej [1998] trudności wynikają m.in. z różnorodności działań będących przedmiotem czynności usługowych oraz nadania jej zbyt ogólnego charakteru, co w miarę rozwoju usług powoduje szybką dezaktualizację tego terminu. W teorii ekonomii termin usługi związany jest z czynnościami nieprodukcyjnymi,

których bezpośrednim celem nie jest powstanie dobra, ale działalność niematerialna. Można zatem zauważyć, że ich wynikiem nie są dobra materialne, a: wiedza, kwalifikacje, przeżycia, stan fizyczny, samopoczucie, satysfakcja, bezpieczeństwo czy też szeroko rozumiany dobrostan psychofizyczny. Najprościej jest zatem utożsamiać te usługi z działalnością skierowaną wprost na człowieka oraz jego potrzeby materialne i duchowe. Grönroos [1990] zauważył, że usługi związane są z działaniami o mniej lub bardziej materialnej naturze, które zwykle mają miejsce podczas interakcji między klientem a przedstawicielem usługodawcy i są dostarczane jako rozwiązanie problemów klienta. Zwraca uwagę, że etymologia pochodzenia słowa „usługa” zakłada osobową relację i oznacza bycie pożytecznym dla kogoś lub wręcz bycie czymś służyć.

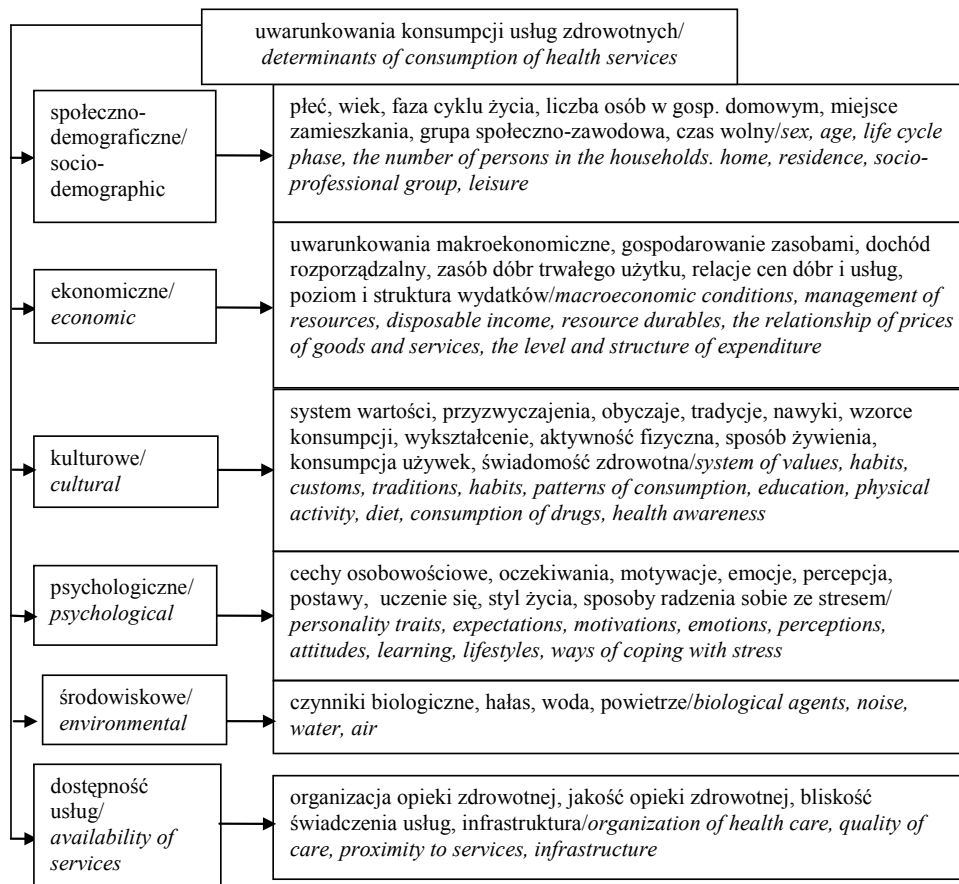
Spośród wielu usług za najważniejsze uznaje się te, które bezpośrednio związane są z kapitałem ludzkim – edukację, bezpieczeństwo zdrowotne, poprawę warunków mieszkaniowych oraz zabezpieczenie realizacji potrzeb kulturalnych, a więc tzw. *merit goods*. Są to dobra powszechnie pożądane, które mimo to w opinii naukowców na obszarach wiejskich mają mniejsze znaczenie niż w mieście, co wynika m.in. z częstotliwości korzystania z nich, braku odpowiedniej infrastruktury lub innej hierarchii potrzeb. Wśród pojawiających się potrzeb znacznie częściej pojawiają się usługi związane z codzienną pracą niż z samorozwojem i poprawą kondycji psychofizycznej. Różnice wynikające z uwarunkowań konsumpcji stały się swego rodzaju czynnikiem charakteryzującym poszczególne jednostki oraz elementem kształtowania się odrębnych stylów życia. Niezdolność ludzi do pełnej samoobsługi oraz stale malejąca samowystarczalność gospodarstw domowych wymuszają ciągły rozwój sfery usługowej, co określane jest mianem serwicyzacji gospodarki i konsumpcji. Objawia się to zwłaszcza na poziomie potrzeb wymagających doświadczenia, umiejętności oraz wiedzy. Uważa się, że rola usług w miarę bogacenia się społeczeństwa będzie wzrastać i będzie implikować sprawność funkcjonowania gospodarki i ludności, a także będzie zasadniczym czynnikiem konstytuującym zróżnicowanie regionów.

Usługi zdrowotne

Zdrowie jest szczególnym dobrem ekonomicznym wpływającym na rozwój społeczno-ekonomiczny regionów, a także jakość życia ludności. Jego wartość wynika z wpływu na funkcje użyteczne osoby, odczuwalny przez nią poziom zadowolenia, możliwości zaspokojenia potrzeb i aspiracji oraz zdolność tworzenia dóbr [McGuire i in. 1988]. Podejście do niego w ostatnich latach uległo głębokim przeobrażeniom, co wynika z globalnych uwarunkowań kulturowych i społeczno-ekonomicznych, a także od zmieniającej się sytuacji demograficzno-zdrowotnej, związanej z wydłużaniem się przeciętnego trwania życia, przesunięcia wieku zgonu, spadku liczby potomstwa, starzenia się populacji, wzrostu liczby osób z upośledzeniem fizycznym i psychicznym [Podrażka-Malka 2007]. Z przeprowadzonych badań wynika, że obok rodziny jest to najważniejszy warunek udanego i szczęśliwego życia. Dwóch na trzech ankietowanych wskazywało zdrowie jako jedną z trzech głównych oczekiwanych wartości. Jednocześnie według Janoś-Kresło [2008], mimo swej dużej wartości użytkowej, nie ma wartości wymiennej, ponieważ nie istnieje rynek, gdzie można byłoby je nabyć. Zasób zdrowia pośrednio determinuje możliwości rynkowej i nierynkowej produktywności, w wyniku gromadzenia sił związanych z możliwością zarobkowania. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) definiuje je jako obszar, w którym jednostka lub grupa jest zdolna z jednej strony spełniać swoje aspiracje i zaspakajając potrzeby, a z drugiej strony zmieniać otoczenie lub radzić sobie z otaczającym środowiskiem.

Sposób i zakres realizacji potrzeb, a tym samym zakup usług zależy od wielu czynników o charakterze ekonomicznym, społeczno-demograficznym, kulturowym, środowiskowym i psychologicznym (rys. 1). Jednym z ważniejszych problemów przy nabywaniu usług zdrowotnych przez ludność zamieszkującą obszary wiejskie jest relatywnie słabo rozwinięta infrastruktura zdrowotna. Powoduje to ograniczenia w korzystaniu z usług specjalistów, głównie do pomocy podstawowej. Dodatkowo przychodnie z lekarzem pierwszej wizyty zazwyczaj zlokalizowane są w miastach, będących siedzibą gminy. Korzystanie z usług dentysty i innych specjalistów wymaga wizyty w mieście powiatowym, a nawet wojewódzkim, co dodatkowo sprzyja rezygnacji z usług. Jednocześnie ograniczenie możliwości korzystania z usług zdrowotnych w ostatnich latach wynika z uwolnienia i urealnienia cen tych usług. Dodatkowo dysproporcjom w dostępie do świadczeń zdrowotnych sprzyja nierównomierny podział środków finansowych. Niepokojącym zjawiskiem stał się fakt, że świadczenie usług na zasadzie pełnej odpłatności wyklucza osoby uboższe [Dąbrowska 2008]. Odpłatność za usługi sprzyja spadkowi popytu, co prowadzi do zamykania niektórych placówek, w miejsce których nie powstają instytucje o charakterze prywatnym. Powoduje to pogorszenie sytuacji na tych terenach, a także mniejszą ich konkurencyjność.

Z Raportu WHO [2009] wynika, że powszechny i równy dostęp do usług medycznych jest jednym z ważniejszych elementów zapewnienia zdrowia i warunków do rozwoju społeczeństwa. W praktyce jednak dostęp do tych usług nie jest równomierny. Wyróżnia się trzy kategorie osób korzystających ze świadczeń: pierwsza grupa – to osoby korzystające ze wszystkich świadczeń przy jednoczesnym współdziałaniu



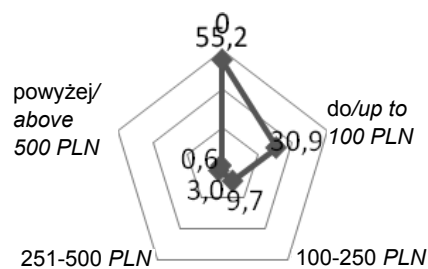
Rysunek 1. Czynniki warunkujące konsumpcję usług zdrowotnych

Figure 1. Determinants of consumption of health services

Źródło: opracowanie własne na podstawie Dąbrowska 2006

Source: own study based on Dąbrowska 2006

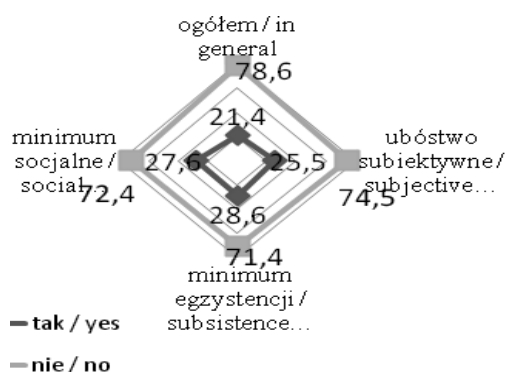
kosztach jego funkcjonowania, druga grupa – to osoby nieponoszące kosztów z różnych akceptowanych przez społeczeństwo przyczyn i jednocześnie korzystająca ze świadczeń, trzecia grupa szczególnie narażona na wykluczenie – to osoby, które ani nie ponoszą kosztów funkcjonowania systemu, ani w większym stopniu z niego nie korzystają. Dodatkowo dostęp zróżnicowany jest od możliwości nabycia dodatkowych usług przez społeczeństwo. Mimo że każdy ubezpieczony ma prawo do bezpłatnych świadczeń zdrowotnych, to niejednokrotnie ich zakres jest niższy od oczekiwań. W związku z tym, wielu z pacjentów jest skłonnych, do poniesienia dodatkowych opłat, tak by zagwarantować sobie otrzymanie świadczeń na oczekiwanym poziomie. Co trzeci ankietowany byłby w stanie przeznaczyć na ten cel co najmniej 100 zł miesięcznie, a co dziesiąty do 250 zł. Tylko co trzydziesty ankietowany byłby skłonny ponieść wydatek przekraczający 250 zł (rys. 2). Uważa się, że wraz z bogaceniem się społeczeństwa, odsetek osób chcących przeznaczyć dodat-



Rysunek 2. Kwota, którą ankietowani wskazali, że są skłonni do zapłaty za świadczenia zdrowotne
Figure 2. The amount that surveyed indicated that they were willing to pay for health services

Źródło: opracowanie własne

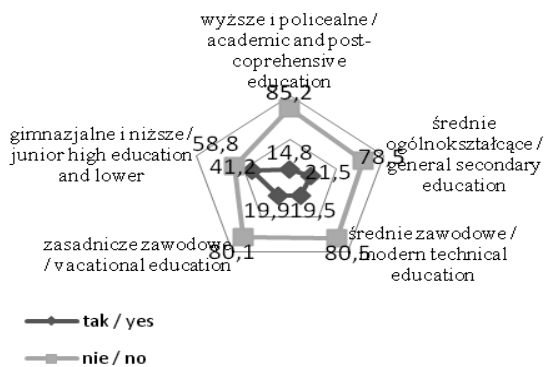
Source: own study



Rysunek 3. Udział osób zmuszonych do rezygnacji z usług zdrowotnych ze względów finansowych

Figure 3. The share of persons forced to abandon the health services due to financial

Źródło: opracowanie własne
Source: own study



Rysunek 4. Udział osób zmuszonych do rezygnacji z usług zdrowotnych w zależności od poziomu wykształcenia

Figure 4. The share of persons forced to abandon the health services, according to the level of education

Źródło: opracowanie własne
Source: own study

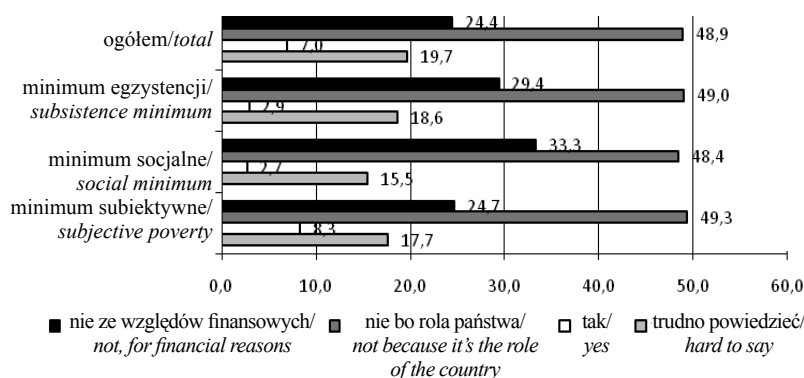
ale również zagrożonych ubóstwem (27,6%) i znajdujących się powyżej linii niezaspokojenia potrzeb (21,4%) (rys. 3). Poważnym problemem jest ograniczony dostęp do leków. W Polsce współfinansowanie leków przez pacjenta jest bliskie 40%, co według WHO powoduje istotne ograniczenia w ich wykorzystaniu. Lekceważenie tego problemu może w przyszłości niekorzystnie odbić się na zdrowiu ludności, a w efekcie przyczynić się do wzrostu wydatków na usługi zdrowotne. Przejawem jego bagatelizowania jest brak w dziesięciu priorytetowych celach opracowania „Polska 2030” spraw zdrowia i jego społecznych uwarunkowań.

Popyt na usługi zdrowotne stale rośnie, co wynika m.in. z coraz wyższej świadomości społecznej ludności. Z badań wynika, że im wyższe wykształcenie, tym poczucie konieczności inwestycji we własne zdrowie wzrasta. Osoby lepiej wykształcone z reguły mają większą świadomość zdrowotną oraz łatwiejszy dostęp do informacji o możliwościach leczenia, a tym samym łatwiej mogą przeciwdziałać chorobom [Ostrowska 2009, Sowa 2010]. Dodatkowo wyższemu wykształceniu z reguły towarzyszy wyższy poziom dochodów, co w efekcie sprzyja zwiększeniu popytu na tę grupę usług. Na podstawie wyników ankiet można zaobserwować, że zaledwie co siódmy ankietowany z wyższym wykształceniem był zmuszony do rezygnacji z usług zdrowotnych, podczas, gdy wśród osób z co najwyżej gimnazjalnym wykształceniem odsetek ten był wyższy o 26,4 p.p. (rys. 4).

Korzystanie z usług zdrowotnych uwarunkowane jest nie tylko od ich dostępności, ale przede wszystkim od stopnia zamożności społeczeństwa. Z przeprowadzonych badań wynika, że mieszkańcy wsi nie są skłonni do ponoszenia obciążeń na zakup usług medycznych. W opinii co drugiego ankietowanego jest

kowe środki będzie systematycznie wzrastał, co związane jest m.in. z oczekiwaną wyższą jakością oferowanych usług. Wprowadzenie ich musi być połączone ze spełnieniem przez szpitale określonych standardów, które znacznie częściej spełniają szpitale i instytucje niepubliczne, mające lepsze wyposażenie, często lepiej wykształcony personel, jednocześnie lepiej wykorzystujące zasoby oraz nowe technologie. Rozwój płatnych usług medycznych na obszarach wiejskich wynika również ze zwiększonych aspiracji konsumpcyjnych, które z jednej strony powodują wzrost popytu na skomplikowane i nowoczesne, a zarazem kosztowne badania i leczenie, z drugiej strony – rosnące oczekiwania wobec instytucji zdrowotnych.

Należy zwrócić uwagę, że nabywanie usług zdrowotnych nie jest procesem o zabarwieniu neutralnym. Ma ono istotny wpływ zarówno na jednostkę, jak i całe społeczeństwo, w tym środowisko, w którym jednostka funkcjonuje. Wzrost popytu na usługi stwarza możliwość powstawania i rozwoju nowych instytucji zajmujących się leczeniem. Sprzyja to nie tylko zwiększonej puli środków finansowych w lokalnych budżetach, będących efektem płaconych podatków, ale prowadzi również do zatrudnienia nowych osób, a tym samym poprawia sytuację życiową mieszkańców. Ograniczone możliwości finansowe powodują, że pierwszorzędnym kryterium wyboru staje się funkcjonalność produktu oraz jego użyteczność. Można zatem sądzić, że ubóstwo i wykluczenie społeczne jest jednocześnie efektem oraz przyczyną ograniczenia konsumpcji usług zdrowotnych. Odpłatność za niektóre usługi sprzyja rezygnacji ze specjalistów świadczących usługi odpłatnie. Z badań wynika, że komercjalizacja niektórych usług zdrowotnych spowodowała konieczność rezygnacji z ich części, nie tylko przez osoby znajdujące się poniżej minimum egzystencji (28,6%),



Rysunek 5. Skłonność do ponoszenia opłat na usługi zdrowotne w zależności od sytuacji życiowej respondenta

Figure 5. Willingness to pay remuneration for health services, according to the respondents life situation

Zródło: opracowanie własne

Source: own study

to obowiązek państwa (rys. 5). Należy zwrócić uwagę, że całkowita komercjalizacja usług zdrowotnych ze względów strategicznych oraz politycznych jest niemożliwa do wprowadzenia. Część usług dla osób znajdujących się w szczególnie trudnej sytuacji, na podstawie Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych jest ze środków publicznych. Wśród osób korzystających z usług zdrowotnych bez konieczności współuczestnictwa w jego kosztach są: bezrobotni, osoby pobierające stypendia, zasiłki przedemerytalne, zasiłki stałe, świadczenia pielęgnacyjne, bezdomni wychodzący z bezdomności, osoby objęte indywidualnym programem zatrudnienia socjalnego lub kontraktem socjalnym.

Pomimo tego, że część społeczeństwa była zmuszona do rezygnacji z niektórych usług medycznych, ich komercjalizacja w opinii ankietowanych przyczyniła się do ich rozwoju. Bez względu na dostęp do usług zdrowotnych, ankietowani zauważają pozytywne zmiany w zakresie i jakości ich konsumpcji zachodzące w ostatnich latach.

Podsumowanie

We współczesnym świecie usługi zdrowotne pełnią szczególną rolę, przejawiającą się w kształtowaniu jakości kapitału ludzkiego i społecznego, a także w pewnym zakresie decydują o konkurencyjności regionu, w tym w szczególności na obszarach wiejskich. Według Sena [2004] zdrowe jednostki tworzą aktywne społeczeństwo o dużych szansach rozwoju, w tym ekonomicznego. Niski poziom zachorowalności sprzyja większym możliwościom działania, większej aktywności życiowej oraz poprawie potencjału społeczno-ekonomicznego. Zatem w celu rozwoju gospodarczego wsi niezbędne jest, aby władze państwowe i lokalne sprzyjały rozwojowi zarówno zakresu, jak i jakości usług zdrowotnych. Nie mniej jednak o ich wyborze decyduje wiele innych czynników, spośród których najważniejsze to: zasób środków finansowych, dostęp wynikający z lokalizacji, terminy oczekiwania, skłonność do oszczędzania, a tym samym przeznaczanie części dochodów na inne cele, oczekiwania oraz świadomość zdrowotną. Jak wynika z badań o konsumpcji usług zdrowotnych na obszarach wiejskich Wielkopolski w dużej mierze decydują względy ekonomiczne. Wśród osób będących w gorszej sytuacji materialnej możliwości realizacji potrzeb istotnie spadają. Uważa się, że pełna komercjalizacja usług zdrowotnych mogłaby wykluczyć te grupy z ich konsumpcji, z drugiej zaś strony brak jakichkolwiek opłat może prowadzić do niekontrolowanego wzrostu wydatków na ten cel.

Literatura

- Closing the health gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health. 2008: WHO, Geneva, 60-65.
- Daszkowska M. 1998: Usługi. Produkcja, rynek, marketing. PWN, Warszawa, 19.
- Dąbrowska A. 2008: Rozwój rynku usług w Polsce – uwarunkowania i perspektywy. *Monografie i opracowania*, 548, SGH, Warszawa, 135.
- Dąbrowska A. 2006: Przemiany w strukturze konsumpcji i ich uwarunkowania. [W:] Konsument i konsumpcja we współczesnej gospodarce (red. M. Janoś-Kresło, B. Mróz). SGH, Warszawa, 120-138.
- Dunn R.G. 2009: Identity Crises: A Social Critique of Postmodernism. University of Minnesota Press, Minneapolis, 111.
- Grönroos C. 1990: Service management and marketing. Managing the moments of truth in service competition. Lexington Books, Massachusetts, 26-27.

- Janoś-Kresło M.** 2011: Zmiany konsumpcji gospodarstw domowych w czasie kryzysu. [W:] Jak żyć w kryzysie. Zachowania polskich konsumentów (red. M. Bombol). Oficyna Wyd. SGH, Warszawa, 67.
- McGuire A., Henderson J., Money G.** 1988: The economics of health care an introductory text. Rutlandge&Kegan, London.
- Ostrowska A.** 2009: Zróżnicowanie społeczne a zdrowie. Wyniki badań warszawskich. Opracowania PBZ, IPiSS, Warszawa.
- Podrażka-Malka A.** 2007: Zdrowie i jego ochrona. [W:] Statystyka społeczna (red. T. Panek). Warszawa, PWE, 206-207.
- Sen A.K.** 2002: Rationality and Freedom. Cambridge, Harvard University Press, 431 i dalej.
- Sowa A.** 2010: O nierównościach w korzystaniu w usług ochrony zdrowia ze względu na wykształcenie. *Polityka Społeczna*, 9, 34.

Summary

The paper discusses determinants of consumption of health services by the rural population of Wielkopolskie voivodship. Development of services and public awareness has contributed to the fact that these services are increasingly important realm of society. They condition the psycho-physical well-being and determine the possibilities of activating the investigated group and their situation on the market. Attention was paid to inequalities in access to health services, depending on the economic situation. A tendency of respondents to the additional expenditure for this purpose depending on the level of education and income was presented as well. It was noted that more than half of the respondents is not ready for additional spending on health, and the worse is the living situation of respondents, the smaller is the willingness to participate in the cost. It was also noted that higher education is one of the factors determining health awareness, which promotes increased health expenditures.

Adres do korespondencji:

dr Sławomir Kalinowski
Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu
Wydział Ekonomiczno-Społeczny, Katedra Ekonomii
ul. Wojska Polskiego 28
60-637 Poznań
tel. 618 487 380
e-mail: kalinowski@up.poznan.pl