Wieś i Rolnictwo 3(208)/2025
ISSN 0137-1673
E-ISSN 2657-5213
doi:10.53098/wir.2025.3.208/02

Sylwia Michalska

Równi wobec choroby? Problemy ze sprawiedliwym dostępem do opieki zdrowotnej na wsi

Streszczenie: W artykule przedstawiono problemy z dostępem do opieki medycznej dotykające mieszkańców terenów wiejskich w Polsce. W przyszłości, gdy pomocy medycznej potrzebować będzie rosnąca liczba pacjentów (prognozy demograficzne wskazują na szybkie starzenie się populacji), problemy występujące dziś w położonych peryferyjnie wsiach mogą dotyczyć większej liczby pacjentów i placówek. W przypadku mieszkańców wsi brak równości w dostępie do opieki zdrowotnej jest zjawiskiem historycznie utrwalonym i występuje na wielu poziomach, również w odniesieniu do organizacji systemu opieki zdrowotnej (w przeszłości wykluczał większość mieszkańców wsi m.in. ze względu na przynależność do grupy zawodowej). Bez pilnych działań systemowych istnieje ryzyko, że już widoczne nierówności w sferze dostępu do opieki zdrowotnej będą rosły, a ich konsekwencje mogą być dramatyczne dla mieszkańców wsi.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, wieś, sprawiedliwość, polityka zdrowotna.

1. Wprowadzenie

Podczas realizacji projektu badawczego w pięciu gminach wiejskich i miejsko-wiejskich wschodniego Podlasia[1] (Michalska, Zwęglińska-Gałecka, Halamska 2024) miałam okazję obserwować działanie publicznej i prywatnej służby zdrowia w chwili przed, w trakcie i po sytuacji kryzysowej: pandemii COVID-19.

Dr hab. Sylwia Michalska, prof. IRWiR PAN, Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Zakład Socjologii Wsi, ul. Nowy Świat 72, 00-330 Warszawa, e-mail: sibia@wp.pl, ORCID: 0000-0003-2851-3978.

[1] „Dać to, czego naprawdę potrzeba – To give what is really needed. Innowacyjny model profesjonalnej opieki domowej nad osobami zależnymi, nieuleczalnie i przewlekle chorymi oraz wsparcia ich opiekunów na terenach wiejskich". Projekt dofinansowany z Europejskiego Programu na rzecz Zatrudnienia i Innowacji Społecznych („EaSI") 2014–2020.

Utwór dostępny jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe.
Creative Commons CC BY 4.0.

Realizowane badania pozwoliły na dogłębne rozpoznanie problemów z dostępem do opieki medycznej, z jakim mierzą się osoby zamieszkujące wieś, które są przewlekle chore i u kresu życia. Jednak wyjątkowa sytuacja związana z pandemią pozwoliła dostrzec więcej, odsłoniła wszystkie miejsca przetarć w zbyt krótkiej kołderce, którą próbuje się przykrywać potrzeby pacjentów. Tam, gdzie system działał napięty do granic możliwości ze względu na obciążenie pracowników, trudności w dostępie do specjalistów oraz brak personelu medycznego, można było dostrzec procesy, które nastąpią, jeśli pomocy potrzebować będzie rosnąca liczba pacjentów, czego można się spodziewać, patrząc na prognozy demograficzne wskazujące na szybkie starzenie się populacji (Stanny, Komorowski 2022). Nasze badania ujawniły też znacznie większy zakres nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej, niż ten, jaki planowaliśmy badać w naszym projekcie. Celem tego opracowania jest wskazanie na utrzymujące się od lat problemy z dostępem do opieki zdrowotnej (nie tylko paliatywnej) z perspektywy osób zamieszkujących obszary wiejskie. Aby tego dokonać, w tekście rekonstruuję zmiany w dostępie do opieki zdrowotnej na wsi w okresie od odzyskania przez Polskę niepodległości w 1918 r. Dodatkowo – na podstawie dostępnych danych agregowanych w podziale miasto–wieś – w drugiej części artykułu przytaczam wyniki istniejących badań dotyczących dostępności usług medycznych na wsi obecnie i wskazuję największe zagrożenia.

Artykuł ma charakter przeglądowy i służy zebraniu oraz zestawieniu istniejących publikacji, danych i badań dotyczących dostępu do opieki zdrowotnej na wsi.

2. Różne perspektywy analizy dostępności do opieki zdrowotnej

Kwestia (nie)równego dostępu do opieki zdrowotnej – zarówno z perspektywy poszukiwania jej przyczyn, jak i analizowania skutków – jest ważnym tematem, poruszanym nie tylko przez przedstawicieli nauk medycznych. Prowadzone badania koncentrują się na różnych wymiarach wykluczenia, m.in. na przynależności do wybranych grup związanych z: pochodzeniem (np. badania dotyczące migrantów: Łuków i in. 2021; Strzemieczna, Pawlak, Imiela 2020; Jabłecka 2013; Jaroszewska 2013), wiekiem (np. badania dotyczące osób starszych: Roksandić, Šikoronja 2021; Fan i in. 2011), sytuacją życiową (np. badania dotyczące osób osiągających niskie dochody), sytuacją zdrowotną (np. badania dotyczące pacjentów z chorobami rzadkimi: Król, Rajtar 2022) czy kresem życia (Michalska, Zwęglińska-Gałecka, Halamska 2024). Czynnikiem, wokół którego mogą koncentrować się analizy badaczy, jest percepcja dostępu do usług (Guagliardo 2004; Harding 1999), np. do opieki paliatywnej, z perspektywy pacjentów i opiekunów (Borski 2023). Czynnikiem różnicującym dostęp do opieki zdrowotnej może być również miejsce zamieszkania. Nierówności w dostępie do opieki zdrowotnej wynikające z miejsca

zamieszkania w układzie wieś–miasto potwierdzono w kilku badaniach (Bennett i in. 2012; Casey, Thiede Call, Klingner 2001). Realizowane badania wskazują, że mieszkańcy wsi rzadziej korzystają z regularnych wizyt u lekarza (Arcury i in. 2005), w tym usług profilaktycznych (Valet, Perry, Hartert 2009). Utrudniony jest także dostęp do służb ratowniczych (Fan i in. 2011; Watts i in. 1999), które zazwyczaj są zlokalizowane na obszarach miejskich. Na nierówny dostęp do świadczeń wpływa mniejsza mobilność ludności wiejskiej zależna od wielu czynników, takich jak stan zdrowia, stan sieci drogowej czy brak komunikacji publicznej (Ciechański 2021; Guzik, Kołoś 2021; Wolański i in. 2016; Jarczewska, Jarczewski 2015; Goins i in. 2005). Niższa mobilność jest istotna ze względu na ogólnie słabszą lub rozproszoną infrastrukturę medyczną (Bennett i in. 2012; Casey, Thiede Call, Klingner 2000). W tych warunkach szczególnego znaczenia nabierają również ograniczenia finansowe (Kalinowski, Kiełbasa 2012; Ciura 2010; Goins i in. 2005). W Polsce prowadzi się badania poświęcone identyfikacji nierówności w dostępie do świadczeń zdrowotnych, jednak często dotyczą one uwarunkowań regionalnych (Sowa 2011; Łyszczarz, Wyszkowska 2010). Procesy koncentracji zachodzące w sektorze ochrony zdrowia powodują, że zmniejsza się liczba świadczeniodawców działających na terenach wiejskich (Wrzochalska 2005; Sikorska [red.] 2001), co skutkuje ukazanymi w publikacjach zespołu polskich badaczek – potwierdzonymi w badaniach – nierównościami w stanie zdrowia mieszkańców (Ucieklak-Jeż 2016a, 2016b; Bem, Ucieklak-Jeż 2015, 2014; Ucieklak-Jeż, Bem 2015; Bem, Ucieklak-Jeż, Prędkiewicz 2013) i w dostępności do świadczeń (Siedlecki i in. 2017; Ucieklak-Jeż, Bem 2017; Krawczyk-Sołtys 2014).

3. Dostępność i sprawiedliwość – konceptualizacja i operacjonalizacja

Pojęcie dostępności może być analizowane w różnych wymiarach (Levesque, Harris, Russell 2013). Jednym z nich jest dostępność potencjalna, która obejmuje identyfikację potrzeb w zakresie opieki zdrowotnej, kolejnym – dostępność ujawniona, gdzie podstawą analizy są faktycznie zrealizowane świadczenia medyczne (Wilson, Rosenberg 2004). Frączkiewicz-Wronka (2004) wskazała pięć wymiarów dostępności opieki zdrowotnej: akceptowalność, osiągalność, dostępność kosztowa, dostępność organizacyjna i dostępność przestrzenna.

Jak wygląda rzeczywista oferta i dostępność usług medycznych dla mieszkańców wsi? Autorzy zajmujący się problematyką ochrony zdrowia mieszkańców wsi zgadzają się, że dostępna tam opieka była niewystarczająca i na zbyt niskim poziomie. W okresie II Rzeczypospolitej opieka zdrowotna opierała się na systemie składkowym i kasach chorych; należało do niego jednak niespełna 15% obywateli (głównie zatrudnionych na etatach państwowych). Spośród praktykujących lekarzy

większość prowadziła praktykę prywatną, jedynie ok. 20% z nich łączyła praktykę z pracą dla kas chorych, wskutek czego na jednego lekarza przypadało bardzo wielu pacjentów (Sutowski 2022). Im mniejszy stopień urbanizacji, tym liczba ubezpieczonych i dostęp do opieki zdrowotnej były coraz gorsze. Lekarzy brakowało szczególnie we wschodniej Polsce, gdzie leczeniem często zajmowali się znachorzy. W spisie z 1921 r. wykazano 5548 lekarzy. Dzięki wysiłkom włożonym w edukację w spisie z roku 1938 zapisano już 12 917 zarejestrowanych lekarzy i 3686 lekarzy dentystów. Nadal było to jednak zbyt mało.

W czasie II wojny światowej sytuacja lekarzy zależała od tego, na jakich terenach praktykowali: wcielonych do Rzeszy czy należących do Generalnego Gubernatorstwa. Na terenie Rzeszy polskie pozwolenia na wykonywanie praktyki lekarskiej anulowano, a niemieckie były bardzo trudne do zdobycia. Lekarze, którzy podpisali niemieckie listy, nie mogli zaś leczyć Polaków. W Generalnym Gubernatorstwie zlikwidowano studia medyczne i szkoły pielęgniarskie, istniało jednak tajne nauczanie. Materialne straty służby zdrowia w czasie wojny szacowano na 55% stanu sprzed wojny. Zniszczono 352 szpitale, 29 sanatoriów przeciwgruźliczych, 778 ośrodków zdrowia i ambulatoriów, 1450 gabinetów lekarskich i dentystycznych.

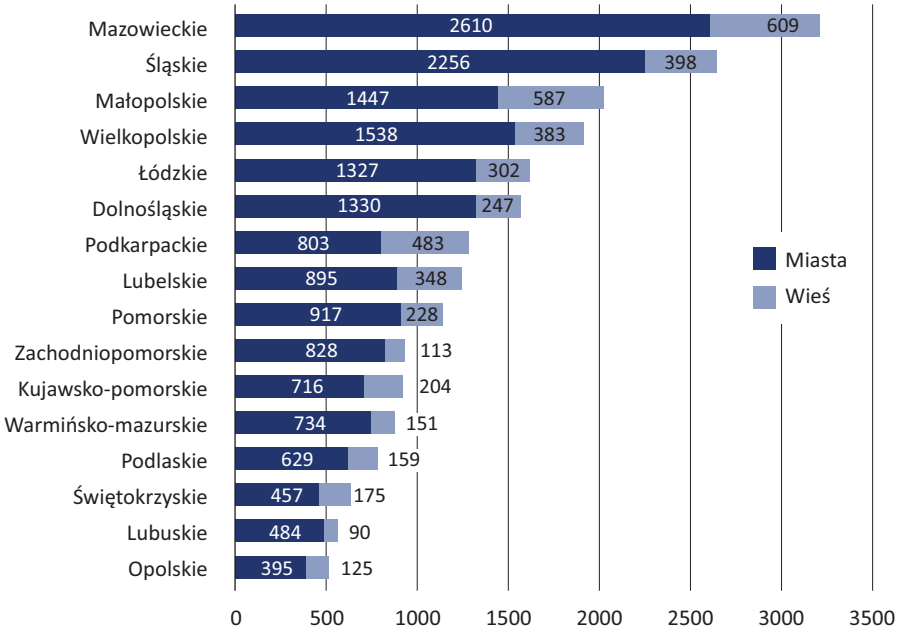
W wyniku działań wojennych z liczby 12–13 tys. lekarzy – zgodnie z szacunkami z 1938 r. – po wojnie zostało jedynie ok. 6–7 tys. ludzi pracujących w zawodzie (Krysiak 2021). Nawet przy uwzględnieniu strat wojennych i zmniejszenia się populacji oznaczało to 3,2 lekarza na 10 tys. mieszkańców. Z uwagi na to, że praktyka większości lekarzy skupiała się w dużych miastach, to brakowało ich na prowincji. Remedium na tę sytuację był pomysł „planowego rozmieszczenia" lekarzy oznaczający w praktyce ograniczenie wolności wykonywania zawodu lekarza. Mimo sprzeciwów środowiska medycznego w latach powojennych wykonywanie praktyki lekarskiej stawało się coraz bardziej podporządkowane rozporządzeniom administracyjnym, chociaż z czasem lekarzy przesiedlonych do pracy na wsi wspierano rozbudową zaplecza do pracy, a także – ze względu na brak lekarzy – wyrażono zgodę, by mogli oni pracować na kilku etatach. Władze usprawiedliwiały swoje działania istniejącymi dysproporcjami w zatrudnieniu, np. w Warszawie i Krakowie na lekarza przypadało 500 mieszkańców, a na wsi 25 tys.

W celu rozwiązania problemu braku lekarzy i pielęgniarek zaczęto dbać o kształcenie kolejnych specjalistów. Utworzono akademie medyczne (zamiast wydziałów lekarskich na uniwersytetach), co zwiększyło liczbę studentów. Jednocześnie tuż po wojnie w dwuletnich szkołach pomaturalnych kształcono felczerów (Szpak 2016). Ostatni nabór do tych szkół przeprowadzono w 1956 r., ale ich absolwenci mogli później ukończyć dzienne studia medyczne bez egzaminu. Dzięki tym działaniom w połowie lat 60. XX w. na 10 tys. pacjentów przypadało w Polsce już 10 lekarzy. Liczba ta nadal rosła i na początku transformacji ustrojowej przypadało w Polsce

już 20 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Wobec formułowanych obaw o brak możliwości zatrudnienia wszystkich absolwentów pojawiły się działania zmierzające do ograniczania naborów na studia medyczne i do szkół pielęgniarskich. Te kroki, wraz z licznymi wyjazdami polskich lekarzy do pracy zagranicą (już od lat 80. XX w.) oraz z demograficznymi prognozami szybkiego starzenia się społeczeństwa i rosnącego zapotrzebowania na specjalistów, sprawiają, że obecna sytuacja staje się coraz poważniejsza, szczególnie na wsi.

Według raportu GUS *Obszary wiejskie w Polsce w 2020 r.* na terenach wiejskich w 2020 r. funkcjonowało 4,6 tys. przychodni, co stanowiło 21,5% wszystkich placówek w Polsce. Od 2010 r. przybyło ich 440. Z kolei w miastach w 2020 r. działało prawie 16,9 tys. (16 866) przychodni, a przez 10 lat ich liczba wzrosła o 4448, czyli ponaddziesięciokrotnie w porównaniu z placówkami na wsi (GUS 2022a). Oznacza to, że na 10 tys. mieszkańców terenów wiejskich przypadają 3 placówki ochrony zdrowia, a w miastach ten wskaźnik wynosi niemal 6,5. Dostęp do podstawowych świadczeń medycznych nie jest więc proporcjonalny. Jeśli chodzi o wysokospecjalistyczną opiekę szpitalną, nieracjonalne byłoby rozpraszanie środków, sprzętu i nielicznych specjalistów. Warto spojrzeć jednak na dane dotyczące podstawowej opieki zdrowotnej, świadczonej w przychodniach. Do tych placówek bez trudu powinni móc dotrzeć mieszkańcy niewielkich miejscowości, zarówno po pomoc, jak i uzyskanie skierowania do dalszego leczenia u specjalistów. Na rysunku 1 przedstawiono liczbę przychodni umiejscowionych w miastach i na wsi w 2021 r.

Według Narodowego Spisu Ludności (GUS 2021a) ok. 60% ludności Rzeczypospolitej Polskiej zamieszkuje obecnie miasta, a 40% obszary wiejskie. Zgodnie z prognozami demograficznymi do 2050 r. ludność miast zmniejszy się aż o 17,4%, podczas gdy liczba ludności wsi spadnie o zaledwie 1,8%, co wynika z wyższej dzietności na wsi niż w miastach oraz migracji z miast na tereny podmiejskie klasyfikowane statystycznie jako wsie. W ujęciu powiatowym liczba ludności będzie wzrastać w powiatach otaczających miasta wojewódzkie, a spadać w miastach i powiatach od nich oddalonych, co będzie związane głównie z migracją z miast na tereny podmiejskie i rozlewaniem się samych miast. Dla zapewnienia adekwatnej opieki zdrowotnej konieczna będzie zmiana lokalizacji tych punktów opieki zdrowotnej, które powinny znajdować się najbliżej pacjenta, w szczególności Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Także miejsce świadczenia takich usług, jak opieka dzienna nad osobami starszymi i innych wymagających częstej interakcji z pacjentem powinno znaleźć się jak najbliżej podopiecznych i pacjentów. Tego typu usług na wsi już dziś wyraźnie brakuje. Z perspektywy ekonomiczno-menedżerskiej utrzymywanie części punktów POZ znajdujących się na terenach szybko wyludniających się będzie nieopłacalne. Ponadto obecnie można zaobserwować tam problemy ze znalezieniem pracowników na niezbędne dla funkcjonowania



Stan na dzień 31 grudnia 2021 r.

Rysunek 1. Liczba przychodni według charakteru miejscowości i województw w 2021 r.

Figure 1. Number of clinics by type of place and voivodeship in 2021

Źródło: GUS (2022b).
Source: GUS (2022b).

placówek stanowiska (lekarzy, pielęgniarek, rehabilitantów). Część przychodni prawdopodobnie będzie musiała zostać zlikwidowana, a nowe punkty będą musiały zacząć działać na terenach podmiejskich, aby zapewnić odpowiednią opiekę rosnącej tam populacji. Pozostaje jednak konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej mieszkańcom, którzy pozostaną na terenach ulegających depopulacji. Obecnie w wielu takich gminach już teraz brakuje takich usług, jak apteka czy punkt apteczny, a wiele przychodni wiejskich działa w bardzo ograniczonym zakresie godzin. Brakuje narzędzi innych niż prawo wolnego rynku, które regulowałyby dostępność oferty usług medycznych na terenach, gdzie działalność nie przynosi dochodów. Nie jest także jasne, jaki podmiot (samorząd, Narodowy Fundusz Zdrowia [NFZ], Ministerstwo Zdrowia) powinien być odpowiedzialny za zapewnienie zamieszkującym obszary wiejskie obywatelom możliwości (realnego) dostępu do usług opieki zdrowotnej.

Warto przyjrzeć się danym dotyczącym obszaru opieki zdrowotnej, który – jak wynika z deklaracji rządzących – powinien być priorytetem, zważywszy na to, że zwiększenie populacji jest celem wielu zabiegów podejmowanych m.in. w obszarze polityki społecznej oraz zmian w obszarze prawa. Polki częściej niż kobiety w krajach Europy Zachodniej umierają z powodu nowotworów ginekologicznych, a sytuacja pogorszyła się w czasie pandemii COVID-19. Wzrasta umieralność z powodu raka trzonu macicy, niespotykanego w innych krajach UE. Polska ma jeden z najniższych w Europie współczynników płodności, kobiety coraz później decydują się na dziecko. Według danych NFZ pomiędzy 2019 a 2021 r. nastąpił spadek zgłaszalności na badania przesiewowe o ok. 25%. Z kolei z raportu Najwyższej Izby Kontroli, *Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*, z 2018 r. (NIK 2018)[2] wynika, iż tylko 17% poradni znajdowało się w gminach wiejskich, mimo że blisko 40% kobiet w wieku powyżej 18 lat i 41% noworodków mieszka na wsi. O problemach, jakie to powoduje, może świadczyć sytuacja w województwie lubelskim, gdzie na poradnię wiejską przypadało aż 27,7 tys. pacjentek, podczas gdy w miastach – 4,4 tys. kobiet. Dalsze ustalenia pokazały, że dziewięć na dziesięć pacjentek z gmin wiejskich korzystało z usług poradni miejskich. Utrudnieniem w dostępności do świadczeń na wsi był krótki czas pracy poradni oraz brak możliwości wykonania na miejscu badań USG i KTG. W przypadku kobiet w ciąży pokonywanie znacznych odległości w celu wykonywania podstawowych badań jest szczególnie uciążliwe[3]. Kontrolerzy NIK-u zwracali w raporcie uwagę również na społeczną wrażliwość problemu zapewnienia dostępności do świadczeń zdrowotnych w związku z przywoływanym już zapisem w Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej, wprowadzającym zasadę równego dostępu obywateli do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych. Z analiz NIK-u wynika, że kobiety zamieszkałe na terenach wiejskich mogą mieć ograniczony dostęp do poradni ginekologiczno-położniczych, ponieważ większość poradni, z którymi NFZ zawarł umowy na udzielanie świadczeń

[2] W ośmiu województwach (lubelskim, łódzkim, opolskim, podkarpackim, podlaskim, warmińsko-mazurskim, wielkopolskim i zachodniopomorskim) w latach 2016–2017 skontrolowano oddziały wojewódzkie NFZ-u i po trzy podmioty udzielające ambulatoryjnych świadczeń ginekologiczno-położniczych na terenach wiejskich (24 poradnie). W przywoływanym raporcie wykorzystano również ustalenia z kontroli rozpoznawczej przeprowadzonej w I kwartale 2017 r. w trzech podmiotach leczniczych z terenu województwa podlaskiego.

[3] Przywoływany raport wskazuje także inne nieprawidłowości, np. w poradniach ginekologicznych lekceważono przepisy zalecające wykonanie kobietom w ciąży określonych badań i konsultacji. Tylko 1 na 53 pacjentki w ciąży wykonano wszystkie zalecane świadczenia zdrowotne. Tylko 1 na 251 mieszkanek gmin wiejskich z województwa opolskiego wykonała cytologię. Od 4,9% do 9,8% mieszkanek gmin wiejskich wykonało mammografię. Co czwarta poradnia ginekologiczna nie zapewniła pacjentkom warunków do intymności podczas udzielania świadczeń medycznych.

zdrowotnych z zakresu ambulatoryjnej opieki ginekologiczno-położniczej, znajdowała się w dużych miastach. Może to stanowić barierę w sprawowaniu prawidłowej opieki podczas ciąży oraz we wczesnym wykrywaniu raka szyjki macicy i raka piersi, a także w dostępie do badań profilaktycznych, w tym określonych w standardach opieki okołoporodowej.

Podobnie niezadowalająca sytuacja dotyczy wrażliwego obszaru zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Jak wynika z danych prezentowanych w raporcie NIK-u, *Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)* (NIK 2020), w okresie objętym kontrolą w pięciu województwach nie funkcjonował żaden oddział psychiatryczny dzienny, a w województwie podlaskim brakowało całodobowego, stacjonarnego oddziału dla dzieci i młodzieży. Zmniejszyła się również liczba świadczeniodawców udzielających ambulatoryjnych świadczeń psychiatrycznych. Jednocześnie dostępność do tej formy opieki dla dzieci i młodzieży była zależna od miejsca zamieszkania, utrudniona w małych miastach i na wsi.

Podobnie dzieje się w przypadku opieki zdrowotnej dla osób u kresu życia. Współcześnie dominuje opinia, że najlepszą sytuacją – nie tylko z perspektywy zadowolenia seniora, lecz także w odniesieniu do redukcji kosztów opieki – jest ta, gdy osoba starsza jak najdłużej funkcjonuje w środowisku domowym, a nie w placówce opiekuńczo-leczniczej. Takie założenia w 2021 r. zapowiadał rząd, postulując odejście od opieki w dużych instytucjach na rzecz zapewnienia wsparcia w środowisku lokalnym, w miejscu zamieszkania – jest to główne założenie „Strategii rozwoju usług społecznych" (Uchwała 2022). Mimo to w gminach wiejskich rzadziej dostępna jest pielęgniarska domowa opieka długoterminowa, w ramach której pacjent otrzymuje pomoc w miejscu zamieszkania (MZ 2015). Wynika to faktu, że w wielu przychodniach wiejskich nie ma wystarczającej liczby pracowników, którzy mogliby świadczyć tego typu usługi. Co więcej, w ustawie, regulując kwestie wynagradzania pracowników, nie przewidziano konieczności dojazdu własnymi środkami transportu do pacjenta, a także tego, że dojazd ten na terenach wiejskich zajmuje dużo więcej czasu ze względu na rozproszoną zabudowę. Z podobnych powodów pacjenci mieszkający na wsi mają utrudniony dostęp do domowej opieki hospicyjnej. Wyniki badań z 2012 r. (Dziechciaż i in. 2012) sugerują konieczność zwiększenia dostępu seniorów do opieki długoterminowej oraz kompleksowej opieki geriatrycznej ukierunkowanej na różnorodne potrzeby osób starszych i ich opiekunów.

Kolejnym kluczowym dla tych rozważań terminem jest sprawiedliwość. W tekście skupię się przede wszystkim na pojęciu sprawiedliwości odnoszącej się do kwestii społecznych, do niej więc ograniczymy rozważania teoretyczne. *Encyklopedia powszechna PWN* sprawiedliwość społeczną definiuje jako kategorię społeczno-polityczną i prawną o historycznie zmiennej treści, będącą bądź opisem faktycznego stanu rzeczy, bądź (częściej) postulatem. Spełnia ona funkcję kryterium oceny

stosunków społecznych, odgrywa rolę zasady, wzorca, ideału; jest przeniesieniem etycznej i prawnej idei (zasady) sprawiedliwości w sferę stosunków społeczno-gospodarczych między wielkimi zbiorowościami. Zgodnie z tą definicją

> sprawiedliwość społeczna może być pojmowana jako cecha ustroju politycznego i porządku prawnego, charakteryzująca się zobiektywizowanymi i jednakowymi dla wszystkich obywateli i grup społecznych kryteriami oceny praw i obowiązków, zasług i win, wymaganiem bezstronności w funkcjonowaniu organów państwowych, administracyjnych, rządowych, prokuratorskich i służb porządkowych. Może też być rozumiana jako cecha stosunków społecznych i wówczas oznacza sposób traktowania określonych grup oraz jednostek ze względu na ich przynależność do takich czy innych klas, warstw, narodów, wspólnot religijnych, ras, płci itp. Tak rozumiana sprawiedliwość społeczna odnosi się do: równoprawności lub nierównoprawności grup społecznych i ich członków, oceny słuszności i adekwatności zasad i kryteriów podziału dóbr materialnych, wpływów i władzy, oraz wartości duchowych (autorytetu, uznania, prestiżu) (Encyklopedia PWN b.d.).

Sposoby pojmowania idei sprawiedliwości społecznej mogą być różne, co zależy od właściwości kręgu cywilizacyjno-kulturowego, klimatu epoki, interesów i mentalności poszczególnych narodów, wspólnot wyznaniowych, regionalnych i od lokalnych tradycji. Wspólnymi cechami zróżnicowanych wyobrażeń i pojęć sprawiedliwości społecznej w powiązaniu z zasadą odpowiedzialności za dobro wspólne narodu i ludzkości (interes powszechny) oraz zasadą solidarności ludzkiej są następujące postulaty: wyeliminowanie ze stosunków między ludźmi krzywdy, wyzysku, ucisku i przemocy, dyskryminacji rasowej, płciowej, religijnej lub politycznej, zniesienie niezasłużonego uprzywilejowania społecznego, zapewnienie wszystkim równości szans i równouprawnienia, uniemożliwienie życia kosztem innych (Encyklopedia PWN b.d.).

Definicja encyklopedyczna określa dwa typy sprawiedliwości, znane od czasów Arystotelesa. Jest to rozróżnienie na sprawiedliwość redystrybutywną (wyrównawczą) oraz sprawiedliwość dystrybutywną (rozdzielczą). Warto, czytając opis obu tych typów, odnieść je do obowiązującego systemu opieki zdrowotnej, co pozwoli nam na rozważania o obecności bądź braku sprawiedliwości w dostępie do opieki zdrowotnej z perspektywy wybranych grup. Sprawiedliwość redystrybutywna oznacza przyznawanie dóbr i świadczeń według zasady równym za równe. Zakłada równowartość dóbr oraz wkładu pracy w oderwaniu od indywidualnego zróżnicowania, możliwości i uzdolnień. W tym sensie ma charakter wyrównawczy (kompensowanie braków tym, którzy są pod jakimś względem słabsi lub upośledzeni). Sprawiedliwość dystrybutywna odnosi się do sfery rozdziału dóbr lub świadczeń w zależności od oceny znaczenia, niezbędności i wkładu pracy grup

oraz jednostek według zasady „jednemu mniej, drugiemu więcej". W praktyce, np. w polityce społecznej, obydwa te wzorce wzajemnie się przeplatają, uzupełniają i ograniczają zarazem.

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej w artykule 68 gwarantuje obywatelom prawo do opieki zdrowotnej niezależnie od ich sytuacji materialnej[4]. Równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych zapewnić powinny władze publiczne. Jednak trwający wiele lat kryzys w obszarze opieki zdrowotnej, kolejki do specjalistów, niedofinansowanie publicznej służby zdrowia spowodowało pojawienie się istniejącego równolegle systemu opieki odpłatnej, świadczącej bardzo szeroki wachlarz usług. Pozornie więc wszyscy obywatele mają zagwarantowany dostęp do nieodpłatnej opieki zdrowotnej, w praktyce większość z nas porusza się pomiędzy dwoma równoległymi systemami, w zależności od możliwości finansowych, dostępności często scentralizowanych usług specjalistycznych, zaawansowania choroby czy szczęścia w kontakcie z publicznymi placówkami ochrony zdrowia. O ile jednak wiele usług dostępnych jest komercyjnie, o tyle świadczenie niektórych z nich wymaga bardzo wyspecjalizowanego sprzętu, a jeśli potencjalna grupa odbiorców jest tu niewielka lub samo świadczenie okazuje się bardzo kosztochłonne, to jedynym dostępnym sposobem zaspokojenia potrzeb pacjentów jest w Polsce system publicznej opieki zdrowotnej. Jednak wymiar finansowy nie jest jedynym czynnikiem, który różnicuje dostępność opieki zdrowotnej dla obywateli. Poniżej przedstawione zostaną nierówności, jakie wynikają z miejsca zamieszkania – na wsi lub w mieście.

Zapisane w Konstytucji RP prawo do bezpłatnej opieki zdrowotnej jest relatywnie nowe, a szczególnie i najdłużej wykluczoną z niej grupą w Polsce były osoby pracujące w rolnictwie indywidualnym. W 1948 r. autorzy polityki rolnej[5] podzielili mieszkańców wsi związanych z rolnictwem na trzy grupy według przynależności gospodarstw rolnych do sektorów. Pierwszy z nich obejmował gospodarstwa

[4] „Art. 68. Prawo do ochrony zdrowia:

1. Każdy ma prawo do ochrony zdrowia.

2. Obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Warunki i zakres udzielania świadczeń określa ustawa.

3. Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku.

4. Władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska.

5. Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży" (Ustawa 1997a).

[5] We wrześniu 1948 r. KC PZPR podjął decyzję o kolektywizacji rolnictwa w Polsce (na podstawie rezolucji Kominformu z czerwca 1948 r. o rozpoczęciu kolektywizacji we wszystkich państwach komunistycznych).

państwowe (Państwowe Gospodarstwa Rolne – PGR), drugi – gospodarstwa uspołecznione działające w ramach spółdzielni produkcyjnych, a trzeci – gospodarstwa indywidualne, prywatne. Istnienie tych ostatnich miało być w Polsce przejściowe i było wyrazem „polskiej drogi do socjalizmu" zakładającej ich stopniową kolektywizację[6], która obejmowała przymusowe wcielanie do spółdzielni rolniczych i wykluczenie m.in. w zakresie dostępu do dóbr różnego rodzaju dla rolników indywidualnych. To, do której z tych grup należeli mieszkający na wsi, decydowało także o ich dostępie do opieki zdrowotnej. Uprawnienie do tego dostępu dla pracowników dwóch pierwszych sektorów i brak uprawnień dla posiadaczy gospodarstw indywidualnych nie były działaniami ukrywanymi. Przeciwnie, w oficjalnej narracji władz i w propagandzie względy ideologiczne służyły do uzasadniania nierówności w dostępie do opieki. W 1953 r. na łamach *Zdrowia Publicznego* pisano, że „w walce o przebudowę socjalistyczną wsi powinna brać czynny udział i służba zdrowia, otaczając opieką przede wszystkim wieś uspołecznioną" (Heybowicz 1953, cyt. za: Jarosz, Kosiński 1995, s. 169).

W 1947 r. podjęto decyzję, że system lecznictwa, który odbudowywano po wojnie, będzie opierać się na systemie radzieckim (Jastrzębowski 1994, s. 267), a służba zdrowia powinna być państwowa, powszechna, jednolita i kompleksowa (Fogt 2012). Teoretycznie więc opieka zdrowotna powinna być dostępna dla wszystkich obywateli, gwarantując im bezpłatne świadczenia zdrowotne. W praktyce jednak aż do lat 70. XX w. wykluczeni z niej byli rolnicy indywidualni[7]. Wówczas dopiero zaakceptowano istnienie i uznano zasadność funkcjonowania indywidualnych gospodarstw rolnych, a polityka rolna państwa i stosunek do rolników indywidualnych jako grupy społeczno-zawodowej zaczęły się zmieniać. W 1972 r. umożliwiono osobom prowadzącym gospodarstwa rolne korzystanie ze świadczeń zakładów społecznych służby zdrowia na zasadach ustalonych dla pracowników. Później – na podstawie ustawy z dnia 27 października 1977 r. o zaopatrzeniu emerytalnym oraz innych świadczeniach dla rolników i ich rodzin – została przyznana rolnikom, oprócz prawa do emerytury i renty, możliwość korzystania z bezpłatnej opieki medycznej oraz ze świadczeń z tym związanych, przyznawanych na zasadach podobnych jak w odniesieniu do innych grup społecznych[8].

[6] W praktyce opór rolników indywidualnych był tak duży, że gospodarstwa tego rodzaju przetrwały aż do transformacji ustrojowej w 1989 r. Gdy tylko było to możliwe – po śmierci Stalina i wydarzeniach października 1956 r. – do tej formy gospodarowania wróciło wielu rolników przymusowo włączonych wcześniej do tworzonych spółdzielni. W ciągu zaledwie dwóch miesięcy (do końca 1956 r.) rozwiązaniu uległo 85,6% rolniczych spółdzielni produkcyjnych (Mickiewicz, Mickiewicz, Wawrzyniak 2014).

[7] W okresie powojennym chłopi stanowili w Polsce niemal 70% populacji, a w latach 70. XX w. ok. połowę mieszkańców kraju.

[8] Wcześniej z bezpłatnych świadczeń ambulatoryjnych opieki zdrowotnej mogły korzystać kobiety wiejskie w czasie ciąży i połogu. Niemowlęta do ukończenia 1. r.ż. były objęte bezpłatną opieką medyczną,

Kolejnym istotnym dokumentem, mającym wpływ na wyrównywanie dostępu do świadczeń medycznych, była ustawa z 14 grudnia 1982 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników indywidualnych i członków ich rodzin. Regulowała ona, oprócz zasad świadczeń z ubezpieczenia społecznego, zasady korzystania przez rolników ze świadczeń leczniczych i położniczych, zaopatrzenia w leki, przedmioty ortopedyczne, protezy, środki opatrunkowe i pomocnicze, a także pobyt w domu pomocy społecznej. Po transformacji ustrojowej, w latach 1991–1999 rozwiązania w zakresie możliwości korzystania z prawa do bezpłatnych świadczeń opieki zdrowotnej były regulowane zapisami ustawy z 20 grudnia 1990 r. o ubezpieczeniu społecznym rolników. Instytucją, która zajmuje się ubezpieczeniami rolników i ich rodzin, stała się Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS). 1 stycznia 1999 r. weszła w życie ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Ustawa 1997b), zaczęła się też reforma wprowadzająca zmiany systemowe w ochronie zdrowia. Finansowanie opieki zdrowotnej, dotąd realizowane ze środków budżetu państwa, zastąpiono finansowaniem ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Powołano nowe podmioty, jakimi były kasy chorych (zastąpione od 2003 r. przez NFZ). Ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym opierała swoje rozwiązania na zasadach: powszechności i obowiązkowości ubezpieczenia zdrowotnego, solidaryzmu społecznego, redystrybucji środków, samofinansowaniu nowo powstałych kas chorych, samorządności kas chorych i gwarancji państwa dla ubezpieczonych.

Realizacja tych zasad miała być możliwa dzięki zagwarantowaniu powszechnego obowiązku ubezpieczenia zdrowotnego oraz rozłożeniu ciężaru opłacania składek odpowiednio do zdolności dochodowej ubezpieczonych. Wprowadzany system zakładał, że wszyscy ubezpieczeni są zobowiązani do płacenia składek w zróżnicowanej wysokości – zależnej nie od ryzyka, lecz od wysokości płac i dochodów, natomiast są oni uprawnieni do jednakowego zakresu świadczeń leczniczych. W związku z tym w ustawie przyjęto ubezpieczeniowy charakter opieki zdrowotnej, a obowiązkowemu ubezpieczeniu zdrowotnemu podlegają, od czasu jej wejścia w życie, m.in. rolnicy i ich domownicy podlegający ubezpieczeniu społecznemu rolników oraz osoby mające ustalone prawo do świadczeń emerytalno-rentowych z ubezpieczenia społecznego rolników. Założeniem wprowadzanych

a dzieci rolników mogły korzystać z bezpłatnych świadczeń opieki lekarskiej, dentystycznej, pielęgniarskiej i rehabilitacyjnej do 14. r.ż. Leki dla niemowląt urodzonych w rodzinach rolniczych były bezpłatne, podobnie szczepienia. Poza tym rolnikom nie przysługiwały żadne ulgi na środki farmaceutyczne, pełnopłatne było także leczenie powyżej 14. r.ż. (wyjątkiem było leczenie gruźlicy i chorób zakaźnych podlegających przymusowej hospitalizacji). Usługi poradni specjalistycznych: przeciwalkoholowej, onkologicznej i zdrowia psychicznego były bezpłatne (Indulski [red.] 1984, s. 315). Konsekwencją bywało niepodejmowanie bądź przerywanie leczenia.

zmian w zakresie finansowania opieki zdrowotnej było nieobniżanie dochodów osób objętych tym ubezpieczeniem. Przyjęto więc, że składki zdrowotne będą odprowadzane z zaliczki na podatek dochodowy od osób fizycznych. Takie powiązanie składki na ubezpieczenie zdrowotne z systemem podatkowym spowodowało, że rolnicy podlegający ubezpieczeniu społecznemu rolników, ponieważ nie mają obowiązku opłacania podatku dochodowego od osób fizycznych, nie opłacają składki na ubezpieczenie zdrowotne z dochodu osiąganego z działalności rolniczej. W odniesieniu do rolników przyjęto więc, że składki zdrowotne za nich będą opłacane z budżetu państwa, a ich płatnikiem będzie KRUS. Wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne została powiązana z ceną kwintala żyta, którą każdego roku ogłasza Prezes Głównego Urzędu Statystycznego (GUS), co miało na celu powiązanie jej wysokości w sposób pośredni z poziomem dochodów z działalności rolniczej.

Trybunał Konstytucyjny uznał (TK 2010), że równe składki zdrowotne rolników opłacane z budżetu państwa są niezgodne z konstytucją[9] i wyznaczył Sejmowi termin 15 miesięcy na zmianę przepisów. Uznano wówczas, że składki na ubezpieczenie zdrowotne rolników finansowane z budżetu państwa niezależnie od wielkości dochodów, jakie uzyskują rolnicy, faworyzuje określoną grupę społeczną. Tymczasem prawo powinno pomagać tylko tym rolnikom i ich rodzinom, którzy nie mają możliwości osiągania dochodów. Ustawodawca postawił bowiem w uprzywilejowanej pozycji rolników, którzy osiągają spore dochody, a dyskryminował pozostałych pracujących prowadzących działalność gospodarczą czy pobierających emerytury i renty. Było to sprzeczne z zasadą równości i niesprawiedliwe pod względem społecznym. Mimo że już po wyroku wprowadzono zmianę polegającą na kwotowym określeniu wysokości dotacji z budżetu państwa przeznaczonej na finansowanie składek za rolników i domowników na ubezpieczenie zdrowotne, nie została rozwiązana kwestia wykonania powyższego wyroku. Dotychczasowe rozwiązania w tym zakresie, które utraciły moc obowiązującą w związku z przywołanym wyrokiem TK, zostały zastąpione od dnia 1 lutego 2012 r. rozwiązaniami określonymi w ustawie z dnia 13 stycznia 2012 r. o składkach na ubezpieczenie zdrowotne rolników za 2012 r. Zgodnie z nią składka zdrowotna wynosiła 1 zł miesięcznie za każdy pełny hektar przeliczeniowy użytków rolnych od każdej osoby ubezpieczonej w gospodarstwie rolnym (rolnika, małżonka rolnika, domownika). Za ubezpieczonych w gospodarstwach rolnych do 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych składka będzie opłacana przez KRUS ze środków budżetu państwa. Rolnicy prowadzący gospodarstwa powyżej 6 ha przeliczeniowych użytków rolnych

[9] Wniosek do TK skierował dwa lata wcześniej ówczesny Rzecznik Praw Obywatelskich Janusz Kochanowski.

będą zaś opłacać składki zdrowotne za siebie i za każdą osobę ubezpieczoną w ich gospodarstwie rolnym z własnych środków[10].

Osoby zwracające uwagę na nierówny (utrudniony) dostęp do opieki zdrowotnej dla mieszkańców terenów wiejskich często muszą mierzyć się z wypowiadanym czasem wprost zarzutem, że skoro składki KRUS opłacane są nie z kieszeni samych rolników, lecz z budżetu państwa, to oczekiwanie równego/sprawiedliwego dostępu do świadczeń jest pewną formą roszczeniowości. Trzeba jednak pamiętać, że współczesna wieś traci rolniczy charakter – zatrudnieni w sektorze rolniczym stanowią 8,2% ogółu pracowników w Polsce, w II kwartale 2021 r. łączna liczba osób zatrudnionych w Polsce wynosiła 16 mln 697 tys., a w sektorze rolniczym pracowało ogółem 1 mln 365 tys. (GUS 2021b). Niemal 1,4 mln osób mieszkających na wsi pracujących w rolnictwie stanowiło w 2018 r. 12% osób powyżej 15. r.ż. mieszkających na wsi oraz 22% osób pracujących na wsi (Wilkin, Hałasiewicz [red.] 2020). Szacuje się, że rolnicy stanowią ok. 10% mieszkańców wsi, co oznacza spadek o 31 p.p. względem roku 1995, w którym osoby pracujące w gospodarstwach rolnych stanowiły blisko 53% mieszkańców wsi. Jednocześnie można zaobserwować wzrost zatrudnionych w innych sektorach gospodarki, np. w usługach – odsetek zatrudnionych między 1995 a 2018 r. zwiększył się z 24,4% do 44%. Te tendencje w zmianach struktury społecznej mieszkańców wsi opisywane są jako procesy dezagraryzacji, proletaryzacji i gentryfikacji wsi (Halamska 2016, 2018; Halamska, Michalska, Śpiewak 2016).

4. Dyskusja – podwójne upośledzenie (dochodowe i przestrzenne)

Nawiązując do przywołanych na początku tekstu rozróżnień na dostępność potencjalną i ujawnioną, można stwierdzić, że analizując dostępność do opieki zdrowotnej na terenach wiejskich w Polsce, mamy do czynienia z jej upośledzeniem w obu wskazanych wymiarach. O ile pewne wymiary braku dostępności potencjalnej są zrozumiałe z punktu widzenia organizacji opieki zdrowotnej (koncentracja wysoko wyspecjalizowanej kadry i sprzętu w nielicznych ośrodkach, często umiejscowionych w miastach), o tyle inne – możliwe do wyeliminowania – wynikają

[10] Ustawa przewiduje ponadto, że za rolników prowadzących działalność rolniczą wyłącznie w dziale specjalnym lub dziale specjalnym w połączeniu z gospodarstwem rolnym opłacana będzie jedna składka zdrowotna od dochodu z działu specjalnego nie mniej niż 9% kwoty minimalnego wynagrodzenia (w 2012 r. kwota ta wyniosła 135 zł miesięcznie). Natomiast za domowników pracujących w działach specjalnych produkcji rolnej składka odprowadzana będzie: 1) od podstawy wymiaru wynoszącej 33,4% przeciętnego miesięcznego wynagrodzenia w sektorze przedsiębiorstw, gdy mamy do czynienia wyłącznie z pracą w dziale specjalnym; 2) od wielkości gospodarstwa rolnego, gdy mamy do czynienia z pracą łączoną w dziale specjalnym i gospodarstwie rolnym. Składkę za ww. domowników opłacać będzie rolnik.

z wieloletnich zaniedbań, nakładających się na siebie kryzysów, a także braków, z jakimi boryka się polska służba zdrowia. Analiza źródeł historycznych wskazuje, że brak równości, ale też sprawiedliwości w dostępie do opieki zdrowotnej w przypadku mieszkańców wsi jest zjawiskiem historycznie utrwalonym i występuje na wielu poziomach. Dotyczy to organizacji systemu opieki zdrowotnej – w przeszłości wykluczającego zdecydowaną większość mieszkańców wsi ze względu na przynależność do grupy zawodowej, a później z uwagi na odmienną organizację obowiązku składkowego i odrębnego systemu ubezpieczeń społecznych.

Jednocześnie brak sprawiedliwości dostrzec można w realnym dostępie do placówek i usług związanych z opieką zdrowotną – dostępnością ujawnioną. Dane dotyczące dostępności usług medycznych świadczą o tym, że usługi tego rodzaju na wsiach są trudniej lub w ogóle niedostępne, a te, z których mogą korzystać mieszkańcy i mieszkanki wsi, są często gorszej jakości, a na pewno mniej zróżnicowane niż to, co oferują mieszkańcom większe ośrodki. Naturalnie logika ekonomiczna każe umieszczać wysoko wyspecjalizowane usługi w dużych ośrodkach miejskich, jednak nawet usługi wymagające lokalizacji jak najbliżej miejsca zamieszkania pacjenta, takie jak: dostęp do lekarza rodzinnego, apteki, długoterminowej domowej opieki pielęgniarskiej, możliwości korzystania z opieki hospicjum domowego na terenach wiejskich czy opieka nad kobietami w ciąży jest na wsi trudniej dostępna i gorszej jakości. Od lat odpowiedzią na wieloletni kryzys w publicznej opiece zdrowotnej jest oferta podmiotów prywatnych świadczących usługi odpłatne. Mieszkańcy wsi, w których strukturze zawodowej znaczące miejsce zajmują przedstawiciele zawodów robotniczych i rolniczych oraz osoby utrzymujące się ze świadczeń społecznych doświadczają więc wykluczenia zarówno ze względu na miejsce zamieszkania, które oferuje im gorszy dostęp do opieki w ramach NFZ-u, jak i z uwagi na niższe dochody oraz ograniczone możliwości korzystania z funkcjonującego równolegle, działającego szybciej i ułatwiającego dostęp do usług wysokiej jakości prywatnego systemu opieki zdrowotnej.

5. Podsumowanie

Demografowie jasno formułują prognozy dotyczące starzenia się populacji, co nieuchronnie pociągnie za sobą rosnące potrzeby w sferze opieki zdrowotnej. Analizy migracji ludności od ponad 20 lat wskazują także, że więcej Polaków przenosi się z miast do wsi niż w odwrotnym kierunku. Kwestia reform opieki zdrowotnej w Polsce, uwzględniających rosnące zapotrzebowanie na usługi kierowane do osób starszych, staje się pilniejsza niż kiedykolwiek. Wyniki realizowanych badań wskazują, że problemy nie wynikają jedynie z niedofinansowania, ale też

ze sposobu organizacji, braku strategicznego planowania w odniesieniu do kształcenia i rozlokowania pracowników z odpowiednimi kwalifikacjami, ignorowania rosnących problemów związanych z brakiem pracowników i przeciążeniem tych, którzy pozostają w systemie. Wydaje się, że nieuniknionym wyzwaniem dla systemu opieki zdrowotnej będzie również stworzenie systemu zachęt do podejmowania pracy w miejscach dotkniętych procesami depopulacji, położonych peryferyjnie. Bez pilnych działań istnieje realne ryzyko, że już dzisiaj widoczne nierówności w sferze dostępu do opieki zdrowotnej będą rosnąć, a ich konsekwencje mogą być dramatyczne dla mieszkańców wsi.

Bibliografia

Arcury T.A., Gesler W.M., Preisser J.S., Sherman J., Spencer J., Perin J. (2005). The effects of geography and spatial behavior on health care utilization among the residents of a rural region. *Health Services Research*, *40*(1), 135–155. DOI:10.1111/j.1475-6773.2005.00346.x.

Bem A., Ucieklak-Jeż P. (2015). Nierówności w zdrowiu na terenach wiejskich. W: R. Andrzejak (red.). *Zdrowie dla regionu* (s. 59–66). Wałbrzych: Wydawnictwo Uczelniane Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej im. Angelusa Silesiusa.

Bem A., Ucieklak-Jeż P. (2014). Health status of the rural population in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, *36*(2), 235–243.

Bem A., Ucieklak-Jeż P., Prędkiewicz P. (2013). Effects of inequalities in access to health services in rural areas in Poland. *Management Theory and Studies for Rural Business and Infrastructure Development*, *35*(4), 491–497.

Bennett K.J., Probst J.C., Vyavaharkar M., Glover S.H. (2012). Lower rehospitalization rates among rural medicare beneficiares with diabetes. *The Journal of Rural Health*, *28*(3), 227–234. DOI:10.1111/j.1748-0361.2011.00399.x.

Borski M. (2023). The model of palliative care in Poland from the perspective of people at the end of life and their carers: Preliminary issues. *Białostockie Studia Prawnicze*, *28*(3), 33–52. DOI:10.15290/bsp.2023.28.03.02.

Casey M.M., Thiede Call K., Klingner J.M. (2001). Are rural residents less likely to obtain recommended preventive healthcare services? *American Journal of Preventive Medicine*, *21*(3), 182–188. DOI:10.1016/s0749-3797(01)00349-x.

Ciechański A. (2021). 30 years of the transformation of non-urban public transport in Poland's peripheral areas – what went wrong? *Journal of Mountain Science*, *18*, 3025–3040. DOI:10.1007/s11629-021-6762-y.

Ciura G. (2010). Warunki życia ludności wiejskiej. *Studia BAS*, *4*(24), 165–185.

Dziechciaż M., Guty E., Wojtowicz A., Schabowski J. (2012). Zapotrzebowanie na opiekę długoterminową wśród starszych mieszkańców wsi. *Nowiny Lekarskie*, *81*(1), 26–30.

Encyklopedia PWN (b.d.). Hasło: „Sprawiedliwość społeczna" (M. Karwat). https://encyklopedia.pwn.pl/haslo/3978499/sprawiedliwosc-spoleczna.html (dostęp: 09.02.2024).

Fan L., Shah M., Veazie P.F., Friedman B. (2011). Factors associated with emergency department use among the rural elderly. *Journal of Rural Health*, *27*(1), 39–49. DOI:10.1111/j.1748-0361.2010.00313.x.

Fogt B. (2012). *Poznański Ośrodek Reumatologiczny w kontekście zmian zachodzących w ochronie zdrowia w latach 1952–2005*. Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu. https://www.wbc.poznan.pl/dlibra/publication/305161/edition/249324/content (dostęp: 16.05.2023).

Frączkiewicz-Wronka A. (2004). Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie. W: R. Holly (red.), *Polityka zdrowotna*, t. 1 (s. 65–76). Warszawa: Krajowy Instytut Ubezpieczeń.

Goins R.T., Williams K.A., Carter M.W., Spencer M., Solovieva T. (2005). Perceived barriers to health care access among rural older adults: A qualitative study. *The Journal of Rural Health*, *21*(3), 206–213. DOI:10.1111/j.1748-0361.2005.tb00084.x.

Guagliardo M.F. (2004). Spatial accessibility of primary care: Concepts, methods and challenges. *International Journal of Health Geographics*, *3*(3). DOI:10.1186/1476-072X-3-3.

GUS [Główny Urząd Statystyczny]. (2022a). *Obszary wiejskie w Polsce w 2020 r.* Warszawa–Olsztyn: GUS. https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5507/2/5/1/obszary_wiejskie_w_polsce_w_2020_r_pl.pdf (dostęp: 16.05.2023).

GUS (2022b). *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021 r.* Informacje sygnalne. ambulatoryjna_opieka_zdrowotna_w_2021_r.docx (live.com) (dostęp: 16.05.2023).

GUS (2021a). NSP 2021 – wyniki ostateczne. https://stat.gov.pl/spisy-powszechne/nsp-2021/nsp-2021-wyniki-ostateczne/ (dostęp: 19.10.2024).

GUS (2021b). *Rocznik Statystyczny Rolnictwa 2021*. Warszawa: GUS. https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/roczniki-statystyczne/roczniki-statystyczne/rocznik-statystyczny-rolnictwa-2021,6,15.html (dostęp: 29.12.2023).

Guzik R., Kołoś A. (2021). Dostępność obszarów wiejskich do miast powiatowych w Polsce transportem publicznym w 2019 r. *Przegląd Geograficzny*, *93*(2), 181–206. DOI:10.7163/PrzG.2021.2.3

Halamska M. (2018). *Studia nad strukturą wiejskiej Polski. Tom 3: Świadomościowe korelaty struktury społecznej*. Warszawa: Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Halamska M. (2016). Zmiany struktury społecznej wiejskiej Polski. *Studia Socjologiczne*, *1*(220), 37–66.

Halamska M., Michalska S., Śpiewak R. (2016). *Studia nad strukturą społeczną wiejskiej Polski. Tom 1: Stare i nowe wymiary społecznego zróżnicowania.* Warszawa: Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Harding O. (1999). What is access? What are 'whole systems'? *British Medical Journal*, *319*.

Heybowicz M. (1953). Wiejskie ośrodki zdrowia. *Zdrowie Publiczne*, 1, 94.

Indulski J. (red.). (1984). *Organizacja ochrony zdrowia*. Warszawa: PZWL.

Jabłecka B. (2013). *Bariery w świadczeniu usług medycznych cudzoziemcom w Polsce z perspektywy personelu medycznego*. Warszawa: Instytut Spraw Publicznych.

Jarczewska D., Jarczewski W. (2015). Dostępność geograficzna ośrodków podstawowej opieki zdrowotnej w Krakowskim Obszarze Metropolitalnym. *Problemy Rozwoju Miast*, (1), 7–13.

Jarosz M., Kosiński S. (1995). Geneza i zmiany strukturalne wiejskiej służby zdrowia w Polsce. W: I. Machaj, J. Styk (red.). *Stare i nowe struktury społeczne w Polsce. Tom II: Wieś*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.

Jaroszewska E. (2013). *Migracje a zdrowie. Uwarunkowania kondycji zdrowotnej migrantów oraz bariery w korzystaniu z opieki medycznej*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza Aspra-JR.

Jastrzębowski Z. (1994). *Spory o model lecznictwa. Opieka medyczna w koncepcjach polskiej polityki społecznej w XIX i XX wieku (do końca 1948 r.)*. Łódź: Akademia Medyczna.

Kalinowski S., Kiełbasa B. (2012). Poziom życia ludności wiejskiej w Polsce. *Roczniki Naukowe Stowarzyszenia Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu*, *14*(4), 50–54.

Krawczyk-Sołtys A. (2014). Dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce. Ujęcie przestrzenno-czasowe. *Journal of Agribusiness and Rural Development*, *32*(2), 79–86. DOI:10.22004/ag.econ.355774.

Król K., Rajtar M. (2022). Practicing resilience while negotiating the pandemic: The experiences of people with rare diseases in Poland. W: I. Ali, R. Davis-Floyd (red.). *Negotiating the Pandemic: Cultural, National, and Individual Constructions of COVID-19* (s. 125–138). London: Routledge.

Krysiak L. (2021). Pod presją komunizmu. 100 lat samorządności lekarskiej w Polsce. *Gazeta Lekarska*. https://gazetalekarska.pl/pod-presja-komunizmu-100-lat-samorzadnosci-lekarskiej-w-polsce/ (dostęp: 23.01.2026).

Levesque J.-F., Harris M.F., Russell G. (2013). Patient-centred access to health care: Conceptualising access at the interface of health systems and populations. *International Journal for Equity in Health*, *12*, 18–27. DOI:10.1186/1475-9276-12-18.

Łuków P., Muzur A., Zupanič Slavec Z., Steger F. (red.). (2021). *Equal Access to Healthcare in Europe*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Łyszczarz B., Wyszkowska Z. (2010). Socjoekonomiczne determinanty stanu zdrowia – perspektywa regionalna. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy*, *16*, 303–313.

Michalska S., Zwęglińska-Gałecka D., Halamska M. (2024). *Dać to, czego naprawdę potrzeba. Raport z badań*. Warszawa: Instytut Rozwoju Wsi i Rolnictwa PAN, Grupa Cogito. DOI:10.53098/978-83-89900-75-3.

Mickiewicz A., Mickiewicz B., Wawrzyniak B. (2014). Charakterystyczne cechy rolniczych spółdzielni produkcyjnych funkcjonujących w latach 1949–2010. *Zagadnienia Doradztwa Rolniczego*, *77*(3), 51–71.

MZ [Ministerstwo Zdrowia]. (2015). Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 22 września 2015 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych w ramach opieki długoterminowej (Dz.U. poz. 1658 ze zm.).

NIK [Najwyższa Izba Kontroli]. (2020). *Dostępność lecznictwa psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży (w latach 2017–2019)*. https://www.nik.gov.pl/plik/id,22730,vp,25429.pdf (dostęp: 12.07.2023).

NIK (2018). *Dostępność świadczeń ginekologiczno-położniczych finansowanych ze środków publicznych na terenach wiejskich*. https://www.nik.gov.pl/kontrole/P/17/061/ (dostęp: 12.07.2023).

Roksandić S., Šikoronja S. (2021). Legal protection of the elderly: Why do we need a UN convention on the rights of the elderly? W: P. Łuków, A. Muzur, Z. Zupanič Slavec, F. Steger (red.), *Equal Access to Healthcare in Europe* (s. 13–50). Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Siedlecki R., Bem A., Ucieklak-Jeż P., Prędkiewicz P. (2017). Rural versus urban hospitals in Poland: Hospital's financial health assessment. *Procedia – Social and Behavioral Sciences*, 220, 444–451. DOI:10.1016/j.sbspro.2016.05.519.131.

Sikorska A. (red.) (2001). *Przemiany strukturalne we wsiach objętych badaniem IERiGŻ w latach 1996–2000*. Warszawa: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej – PIB.

Sowa A. (2011). Społeczne uwarunkowania stanu zdrowia w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie. Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia*, *9*(2), 28–37. DOI:10.4467/20842627OZ.11.015.0552.

Stanny M., Komorowski Ł. (2022). Podstawowe czynniki przemian ludnościowych na wsi i ich zróżnicowanie przestrzenne. W: J. Wilkin, A. Hałasiewicz (red.). *Polska wieś 2022. Raport o stanie wsi* (s. 41–65). Warszawa: FDPA, Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Strzemieczna M., Pawlak M., Imiela J. (2020). Opieka medyczna nad cudzoziemcami w Wielkiej Brytanii. *Polityka Społeczna*, *553*(4), 17–29. DOI: 10.5604/01.3001.0014.1369.

Sutowski M. (2022). Kto uważał, że lekarze to „czynnik kosztotwórczy"? I czy za komuny było lepiej? Krótka historia problemów ochrony zdrowia. Wywiad Michała Sutowskiego z Markiem Balickim. *Krytyka Polityczna*. https://krytykapolityczna.pl/kraj/michal-sutowski-marek-balicki-problemy-ochrony-zdrowia-to-nie-dziedzictwo-komuny/ (dostęp: 10.02.2026).

Szpak E. (2016). *„Chory człowiek jest wtedy jak coś go boli". Społeczno-kulturowa historia zdrowia i choroby na wsi polskiej po 1945 r.* Warszawa: Instytut Historii PAN.

TK [Trybunał Konstytucyjny]. (2010). Wyrok z dnia 26 października 2010 r. (sygn. akt K 58/07). https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/download.xsp/WDU20102051363/T/D20101363TK.pdf (dostęp: 28.09.2023).

Ucieklak-Jeż P. (2016a). Health inequality determined by education and income in European countries. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, *10*, 157–170. DOI:10.16926/pto.2016.10.13.

Ucieklak-Jeż P. (2016b). Education and income as health determinants in Central-Eastern Europe. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, 10, 171–184. DOI:10.16926/pto.2016.10.14.

Ucieklak-Jeż P., Bem A. (2017). Dostępność opieki zdrowotnej na obszarach wiejskich w Polsce. *Problemy Drobnych Gospodarstw Rolnych – Problems of Small Agricultural Holdings*, 4, 117–131. DOI:10.15576/PDGR/2017.4.117.

Ucieklak-Jeż, P. Bem, A. (2015). Wpływ niefinansowych zasobów systemu ochrony zdrowia na stan zdrowia kobiet i mężczyzn w Polsce. *Prace Naukowe Akademii im. Jana Długosza w Częstochowie. Pragmata tes Oikonomias*, 9, 157–171. DOI:10.16926/pto.2015.09.13.

Uchwała (2022). Uchwała nr 135 Rady Ministrów z dnia 15 czerwca 2022 r. w sprawie przyjęcia polityki publicznej pod nazwą Strategia rozwoju usług społecznych, polityka publiczna do roku 2030 (z perspektywą do 2035 r.). M.P. 2022 poz. 767.

Ustawa (1997a). *Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r.* (Dz.U. 1997 nr 78 poz. 483).

Ustawa (1997b). Ustawa z dnia 6 lutego 1997 r. o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym (Dz.U. 1997 nr 28 poz. 153).

Valet R.S., Perry T.T., Hartert T.V. (2009). Rural health disparities in asthma care and outcomes. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, *123*(6), 1220–1225. DOI:10.1016/j.jaci.2008.12.1131.

Watts P.R., Dinger M.K., Baldwin K.A., Sisk R.J., Brockschmidt B.A., McCubbin J.E. (1999). Accessibility and perceived value of health services in five western Illinois rural communities. *Journal of Community Health*, *24*(2), 147–157. DOI:10.1023/a:1018758408626.

Wilkin J., Hałasiewicz A. (red.). (2020). *Polska wieś 2020. Raport o stanie wsi*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar.

Wilson K., Rosenberg M.W. (2004). Accessibility and the Canadian health care system: Squaring perceptions and realities. *Health Policy*, *67*(2), 137–148. DOI:10.1016/S0168-8510(03)00101-5.

Wolański M., Paprocki W., Mazur B., Soczówka A., Jakubowski B. (2016). *Publiczny transport zbiorowy poza miejskimi obszarami funkcjonalnymi. Diagnoza, analiza zróżnicowania, oddziaływanie społeczne, rekomendacje*. Warszawa: Oficyna Wydawnicza – Szkoła Główna Handlowa.

Wrzochalska A. (2005). *Wybrane cechy społeczno-ekonomiczne ludności wiejskiej a rozwój wsi i rolnictwa*. Warszawa: Instytut Ekonomiki Rolnictwa i Gospodarki Żywnościowej –PIB.

Equal in the Face of Illness? Problems with Equitable Access to Healthcare in Rural Areas

Abstract: The article presented issues related to access to medical care affecting individuals living in rural areas. In the future, as the number of patients requiring medical assistance increases (demographic forecasts indicate a rapid aging of the population), the problems currently faced in peripheral villages may affect a larger number of patients and facilities. The lack of equality in access to healthcare for rural residents is a historically entrenched phenomenon and occurs at many levels. This applies both to the organisation of the healthcare system (which in the past excluded most rural residents, among other reasons due to their professional affiliation). Without urgent systemic actions, there is a risk that the already visible inequalities in access to healthcare will grow, and their consequences could be dramatic for rural residents.

Keywords: healthcare, rural areas, justice, health policy.