



Centrum Badania Opinii Społecznej

ul. ŻURAWIA 4 skr. pt. 24 00-955 WARSZAWA 15

SEKRETARIAT: 28-37-04

ZESPÓŁ REALIZACJI BADAŃ: 40-56-41

TELEFON DYŻURNY: 21-34-34

BD/33/1/85

1985-01-25

OPINIE SPOŁECZNE O FUNKCJONOWANIU SŁUŻBY ZDROWIA

Zespół Badań Sondażowych

1. Zarys problematyki badawczej

Istnieje powszechne przekonanie, że opieka zdrowotna powinna być traktowana nie jako przywilej, lecz prawo, tak bowiem stanowi nasza konstytucja. Przemawia za tym również fakt, że nakłady na świadczenia medyczne są finansowane z funduszu spożycia zbiorowego i w związku z tym wszyscy, bez względu na miejsce w strukturze społecznej i sytuację finansową, powinni mieć równe szanse zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Praktyka społeczna w znacznym stopniu różni się jednak ze społecznymi oczekiwaniami wynikającymi tak z potrzeb, jak i przekonania obywateli o powszechności bezpłatnej opieki lekarskiej. Zjawisko to, będące przyczyną społecznych frustracji, ma liczne uwarunkowania natury ekonomicznej, organizacyjnej, kulturowej itp. Do najważniejszych należą:

- deficyt środków niezbędnych dla prawidłowego funkcjonowania służby medycznej, wynikający z niedoinwestowania tej dziedziny gospodarki narodowej oraz z kryzysu;

- organizacyjne niedomagania uspołecznionej służby zdrowia;
- osłabienie etyki zawodowej środowiska medycznego;
- nie zawsze racjonalna postawa ludzi wobec własnego zdrowia.

Skutki tych niedomagań często są przedmiotem ostrej krytyki społecznej /prasa, radio, TV/, która jednocześnie pobudza rząd, a zwłaszcza resort zdrowia do działań usprawniających /np. nowe rozwiązania organizacyjne, zmiany ustawodawcze/. Prezentowane wyniki badania można więc potraktować jako głos opinii społecznej w dyskusji dotyczącej żywego, a jeszcze nie rozwiązanego problemu.

Celem badania było poznanie opinii społeczeństwa na temat służby zdrowia, a przede wszystkim ujawnienie najslabszych elementów systemu opieki zdrowotnej /tzn. tych, które decydują o poczuciu niezaspokojenia podstawowych potrzeb związanych z ochroną zdrowia, a jednocześnie wpływają na powstawanie negatywnych opinii w tej kwestii/. Przedmiotem szczególnego zainteresowania były następujące zagadnienia:

1. Opinie społeczne o funkcjonowaniu służby zdrowia, w tym jej poszczególnych ogniw /lecznictwo podstawowe, specjalistyczne, szpitale, pomoc w nagłych wypadkach, lecnictwo spółdzielcze i prywatne/, z uwzględnieniem następujących problemów:

- dostępność do poszczególnych typów placówek służby zdrowia,
- skuteczność leczenia,
- stosunek personelu medycznego do pacjentów ze szczególnym uwzględnieniem relacji pacjent - lekarz.

2. Profilaktyka zdrowotna w opinii społecznej.

3. Odczucie egalitaryzmu w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych - zwrócono szczególną uwagę na określenie rozmiarów zjawiska ponoszenia dodatkowych kosztów leczenia przez pacjentów w ramach bezpłatnego lecnictwa uspołecznionego.

Sondując opinie o pracy placówek służby zdrowia i personelu medycznego, rozpatrywano nie tylko sytuacje i doświadczenia związane z problemami zdrowotnymi ankietowanych, ale również osób z ich najbliższego otoczenia /rodzina, znajomi/. Można więc przyjąć, że każda z badanych osób miała bezpośredni lub pośredni kontakt z pracownikami służby zdrowia, a tym samym wystarczający kapitał doświadczeń do formułowania ocen i opinii. Tych opinii, ocen, a także innych informacji świadomie nie konfrontowano z obiektywnymi, tzn. testowanymi medycznie potrzebami zdrowotnymi badanych, ponieważ takie zadanie znacznie przekraczałoby tak możliwości badawcze, jak i określone cele. Z tych samych względów zrezygnowano z rejestrowania częstotliwości oraz przyczyn kontaktów ze służbą zdrowia.

Wyniki omawianego badania starano się porównać z wynikami wcześniejszych badań ankietowych. Jednak ze względu na niewielką liczbę prac z tego zakresu, a także różne zasady i kryteria doboru prób w poszczególnych badaniach możliwości porównań okazały się niewielkie .

Badanie przeprowadzono w lipcu i sierpniu 1984 r. metodą wywiadu kwestionariuszowego na ogólnopolskiej próbie reprezentatywnej liczącej 1500 dorosłych mieszkańców wsi i miast, dobranych na

podstawie następujących kryteriów: płeć, wiek, typ i wielkość zamieszkiwanej miejscowości, wykształcenie. Do opracowania statystycznego włączono 1472 ankiety, co stanowi 98,1% założonej próby.

2. Lecznictwo podstawowe

Opinia społeczna o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej jest kształtowana w znacznej mierze przez indywidualne doświadczenia wyniesione z kontaktów z podstawową instytucją służby zdrowia, jaką jest przychodnia rejonowa. Zadaniem poradni rejonowych, jak wskazuje sama nazwa, jest sprawowanie podstawowej opieki medycznej nad mieszkańcami danego terenu, stąd niezwykle istotna jest ich dostępność. Jako wskaźnik owej dostępności przyjęto deklarowany przez ankietowanych czas niezbędny dla dotarcia do przychodni /tab. 1/.

Tabela 1

Przychodnie rejonowe	Jednostka miary	Odpowiedzi według czasu dotarcia do przychodni			
		od 0,5	0,5-1	1-2	ponad 2 godz.
Dla dorosłych	lb.	1039	348	65	9
	%	70,6	23,6	4,4	0,6
Dla dzieci	lb.	968	333	75	17
	%	65,8	22,6	5,1	1,2
Stomatologiczna	lb.	985	350	90	15
	%	66,9	23,8	6,1	1,0

Z przedstawionych informacji wynika, że zdecydowana większość respondentów poświęca niespełna 30 minut na dotarcie do każdej z wyszczególnionych placówek lecznictwa podstawowego. Po zastosowaniu kryterium miejsca zamieszkania badanych stwierdzono istotne różnice: do poradni dla dorosłych w ciągu niespełna pół godziny dociera 55,2% mieszkańców wsi oraz 82,8% osób z dużych ośrodków miejskich. W przypadku przychodni dziecięcej i stomatologicznej odpowiednie odsetki są zbliżone.

Porównanie wyników omawianego badania z danymi uzyskanymi w 1976 r. nie wykazuje istotnych różnic pod względem dostępności placówek lecznictwa podstawowego.

Jedno z pytań ankiety dotyczyło sposobu zachowania respondentów w sytuacji, gdyby zaistniała możliwość swobodnego wyboru internisty. Prawie połowa ankietowanych /43,3%/ opowiedziała się za kontynuowaniem leczenia u dotychczasowego lekarza rejonowego, 18,8% wybrałoby innego, natomiast dla 36,2% osób było to obojętne. Gdyby pominąć tę ostatnią kategorię, rekrutującą się w większości /72,4%/ z osób określających swój stan zdrowia jako dobry i w związku z tym rzadko korzystających z pomocy medycznej, okazałoby się, że grupa aprobujących swego lekarza rejonowego jest ponad dwukrotnie liczniejsza od grupy tych, którzy chcieliby go zmienić. Ci pierwsi szczególnie często występują wśród emerytów i rencistów /63,4%/, osób zamieszkałych na wsi /51,8% tej grupy/ oraz respondentów negatywnie oceniających stan swego zdrowia. Drugich zaś jest dużo wśród inteligencji, co można tłumaczyć wyższym poziomem krytycyzmu przedstawicieli tej warstwy społecznej wobec lekarzy i ich pracy.

Respondenci oceniający pozytywnie swego internistę rejonowego, zamierzający zarazem kontynuować leczenie u niego, częściej uzasadniali swoją decyzję jego kwalifikacjami i kompetencjami zawodowymi /fachowość dotychczasowej opieki, skuteczność i dokładność leczenia - opinia 50,4% tej kategorii badanych/ niż prawidłowością relacji pacjent - lekarz /życzliwość i uprzejmość wobec chorego - 16% czy ciągłość procesu leczenia - 33,7%/.

Równie jak poziom akceptacji i zaufania do leczonego istotna jest możliwość uzyskania pomocy medycznej nawet wówczas, gdy objawy choroby /np. podwyższona temperatura ciała/ nie są wyraźnie widoczne. Prawie wszyscy badani /92,6%/ stwierdzili, że w takiej sytuacji można liczyć na uzyskanie pomocy lekarskiej bez jakichkolwiek trudności /jeżeli występują, to sporadycznie/; jedynie 6,7% respondentów jest odmiennego zdania.

W zakresie lecznictwa podstawowego obok leczenia w przychodniach rejonowych wchodzi także domowa opieka internistyczna. W badaniu skoncentrowano się jedynie na dostępności tej formy pomocy lekar-

skiej, nie rozpatrywano jej natomiast w aspekcie fachowo-medycznym. Na pytanie o częstotliwość występowania trudności z uzyskaniem wizyty lekarza w domu pacjenta zaledwie 13,7% ankietowanych oświadczyło, że zwykle ma z tym kłopoty. Najczęściej byli to mieszkańcy dużych miast /39,9%. Ten nieoczekiwany wynik można tłumaczyć tym, że rolnicy ze względu na charakter pracy nie korzystają ze zwolnień lekarskich i z natury rzadziej zwracają się o pomoc medyczną, częściej natomiast stosują własne metody leczenia.

Z analizy zebranych informacji wynika, że system lecznictwa podstawowego w odczuciu badanych funkcjonuje w sposób zadowalający. Spełnione są zatem warunki niezbędne dla prowadzenia podstawowej działalności mającej na celu ochronę zdrowia obywateli.

3. Lecznictwo specjalistyczne

O ocenę specjalistycznych usług medycznych zwrócono się do osób znajdujących się aktualnie pod stałą opieką lekarza specjalisty bądź mających pośredni kontakt z tą formą lecznictwa poprzez najbliższych, korzystających z tego rodzaju usług. Wymogi te spełniało 38,9% ogółu ankietowanych.

Zdecydowana większość /76,7% tej grupy/ jest zadowolona z poziomu opieki specjalistycznej. Negatywne opinie wyraziło 22% uprawnionych do wypowiedzi na ten temat, uzasadniając je przede wszystkim niesumiennym wywiązywaniem się lekarzy ze swych obowiązków służbowych, nieokazywaniem przez nich należytego zainteresowania pacjentem oraz jego stanem zdrowia, a w następnej kolejności uchybieniami personelu lekarskiego pod względem kwalifikacji zawodowych /wymieniono tu nietrafne diagnozy, brak widocznych skutków leczenia, a także nieprawidłowe kierunki terapii/.

O ile sytuację pod względem jakości opieki specjalistycznej można określić jako zadowalającą, o tyle dostępność tej formy lecznictwa jest oceniana mniej korzystnie. Prawie połowa wspomnianej grupy ankietowanych /45,3%/ uważa, że na poradę lekarza specjalisty oczekuje się zbyt długo. Może na to wpływać wiele czynników, np. niedowład organizacyjny tego ogniwa służby zdrowia na równi z niedoborem specjalistycznej kadry medycznej, niepełne wykorzystanie czasu pracy lekarzy z nadużywaniem przez internistów konsultacji

specjalistycznych, często w przypadkach nie uzasadnionych, trudno jednak wskazać przyczynę najistotniejszą.

Poglądy na temat możliwości uzyskania wizyty u specjalisty różnią się istotnie w zależności od miejsca zamieszkania badanych. W grupie respondentów reprezentujących duże skupiska miejskie dominuje negatywna ocena w tym względzie /57,2%/, natomiast wśród badanych rekrutujących się ze środowiska wiejskiego przeważa pogląd /65,5%/, że dostępność lekarzy specjalistów jest zadowalająca. W tym wypadku, jak się wydaje, ocena została oparta na subiektywnych odczuciach ankietowanych. Stopień nasycenia środowiska wiejskiego wszelkiego rodzaju instytucjami, również medycznymi jest niewielki, czego respondenci wywodzący się z tego środowiska zwykle są świadomi. Stąd rzeczą naturalną i zrozumiałą wydawać się im może dłuższy okres oczekiwania na uzyskanie porady specjalistycznej. W dużych zaś ośrodkach miejskich, gdzie sieć placówek leczenia specjalistycznego jest lepiej rozwinięta, funkcjonuje bardziej wymagający model zaspokajania potrzeb zdrowotnych i tym można by tłumaczyć przewagę opinii negatywnych. Ponadto lekarzy praktykujących na prowincji obiektywna sytuacja często zmusza do większej samodzielności zawodowej. Nierzadko stają oni wobec konieczności podejmowania się leczenia przypadków, które internista miejski w sposób jednoznaczny kwalifikuje do konsultacji specjalistycznej. Trudności z dostaniem się do specjalisty mogą wynikać również z coraz powszechniejszej obecnie tendencji do kształcenia lekarzy w bardzo wąskich dziedzinach. Schorzenia, którymi kiedyś zajmowali się lekarze ogólni, dziś jak gdyby wykraczają poza zakres ich kompetencji, w związku z czym pacjent jest częściej odsyłany do specjalisty.

4. Lecznictwo szpitalne

W ramach leczenia szpitalnego ocenie ankietowanych została poddana jakość opieki medycznej z podziałem na opiekę lekarską oraz średniego i pomocniczego personelu, przy jednoczesnym uwzględnieniu następujących czynników: zaopatrzenia w sprzęt medyczny i leki, warunków lokalowych i sanitarnych oraz jakości szpitalnego wyżywienia. Swój stosunek do wymienionych wyżej warunków leczenia szpitalnego wyrażali ankietowani posługując się szkolną skalą ocen od dwóch do pięciu. Uzyskane dane zawiera tabela 2.

Jedynie w przypadku opieki lekarskiej dominują oceny pozytywne, pozostałe z wymienionych czynników przez prawie połowę ankietowanych zostały ocenione na poziomie dostatecznym. Znajduje to wyraz w łącznej ocenie wyszczególnionych elementów lecznictwa szpitalnego - najkorzystniejsza odnosi się właśnie do całokształtu opieki lekarskiej. Choć i w tym względzie sytuacja odbiega daleko od ideału, jest jednak o wiele bardziej optymistyczna aniżeli w przypadku zaplecza technicznego. Fakt, że praca lekarzy jest oceniana wyżej niż średniego personelu medycznego, potwierdzają wyniki cytowanego już badania z 1976 r.

Tabela 2.

w procentach

Przedmiot oceny	Ocena				
	bardzo dobra	dobra	dostateczna	niedostateczna	średnia
Opieka lekarska, skuteczność i prawidłowość leczenia	7,5	50,8	37,6	2,5	3,6
Stosunek lekarzy do pacjentów	7,9	58,5	29,6	2,4	3,7
Opieka pielęgniarska, fachowość, sumienność	6,8	33,8	45,6	6,2	3,4
Stosunek personelu pomocniczego do chorych	4,8	35,8	48,9	8,5	3,4
Warunki sanitarne	3,1	27,2	48,9	19,2	3,1
Zaopatrzenie w leki i środki opatrunkowe	3,6	30,1	48,8	15,4	3,1
Wyposażenie w sprzęt medyczny	3,9	44,7	41,7	5,6	3,5
Warunki lokalowe	2,7	35,8	49,0	19,5	3,1
Wyżywienie	3,1	36,4	49,8	9,0	3,3

Analiza zróżnicowania opinii w omawianej kwestii wskazuje na istnienie zależności między dokonaną przez badanych oceną a

ich wykształceniem. Wraz ze wzrostem jego poziomu obserwuje się narastanie opinii negatywnych, przy czym postawy najbardziej krytyczne przejawiają osoby legitymujące się wykształceniem wyższym. Tendencję tę zauważono również we wspomnianym badaniu.

Odwołując się z kolei do charakterystyki respondentów pod względem miejsca zamieszkania, okazuje się, że badani reprezentujący środowisko wiejskie są bardziej liberalni w swych ocenach, natomiast spośród ankietowanych ze środowisk miejskich najbardziej krytyczne są osoby zamieszkujące duże ośrodki miejskie. Niewłaściwe byłoby tłumaczenie tego zjawiska różnicowaniami terytorialnymi, a jeśli nawet, to należałoby się spodziewać odwrotnego kierunku zależności. Bardziej przekonuje natomiast odmiennosc modeli zaspokajania potrzeb zdrowotnych w obu typach zbiorowości /miejskiej i wiejskiej/, o czym wspomniano już wcześniej.

W ramach zatem lecznictwa szpitalnego ankietowani wyżej oceniają jakość pracy personelu medycznego, zarówno lekarskiego, jak i pielęgniarskiego oraz pomocniczego, aniżeli bazę materialną. Ma to swoje odzwierciedlenie w odpowiedziach respondentów na pytanie: które ze sfer służby zdrowia wymagają największych nakładów finansowych. Zdaniem 74,5% rozmówców ośrodek, jakim dysponuje resort zdrowia, powinny być przeznaczone na budowę nowych i modernizację istniejących placówek, zwłaszcza szpitali.

5. Pomoc w nagłych wypadkach

Powszechnie twierdzi się, że pomoc w nagłych wypadkach jest jednym z istotniejszych ogniw służby zdrowia, od sprawności jej funkcjonowania zależy bowiem nie tylko zdrowie, ale nierzadko życie ludzkie. Najważniejszą cechą tego rodzaju opieki medycznej powinna być jej niezawodność, stąd pytanie do respondentów, w jakim stopniu w wyjątkowych wypadkach mogą liczyć na uzyskanie natychmiastowej pomocy lekarskiej. Z uzyskanych odpowiedzi wynika /tab. 3/, że poczucie bezpieczeństwa w takiej sytuacji towarzyszy niespełna połowie badanych, stan zagrożenia natomiast - o różnym stopniu nasilenia aż do całkowitej bezradności wobec nagłej choroby własnej bądź kogoś bliskiego - deklaruje 53,1% spośród nich. Nieznaczny odsetek rozmówców przewiduje poważne trudności w uzyskaniu

niezwłocznej pomocy lekarskiej /9,6%/, a jednocześnie uświadamia sobie niejednorodność możliwości korzystania z opieki zdrowotnej w sytuacji wyjątkowej. Zatem niska ich ocena sprzyja większej wrażliwości na nierówność szans zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Tabela 3

w procentach

Kategorie odpowiedzi	Respondenci
Zawsze mogę liczyć na natychmiastową pomoc lekarską	46,7
Częściej tak niż nie	43,5
Częściej nie niż tak	8,4
W ogóle nie mogę liczyć na taką pomoc	1,2

Natychmiastowej interwencji najczęściej spodziewano się od pogotowia ratunkowego /64,7% ankietowanych/, a następnie lekarza: dowolnego w przychodni rejonowej /37%/, prywatnego /33,8/ na równi ze znajomym z ośrodka rejonowego /33,2%/, z kręgu znajomych, rodziny /25,7%/, ze spółdzielni lekarskiej /12,2%/.

W sytuacji szczególnego zagrożenia zdrowia własnego lub najbliższych respondenci częściej więc oczekują pomocy ze strony instytucji uspołecznionej służby zdrowia aniżeli leczenia odpłatnego. Mniej popularną, ale także liczącą się formą pomocy są kontakty nieformalne, z których korzystają zwykle badani z wyższym /48,6%/ i średnim wykształceniem /36,3%/. Mając w kręgu swych znajomych osoby profesjonalnie związane ze służbą zdrowia, czują się w pewnym stopniu uniezależnieni od pogotowia ratunkowego /jedynie 20,3% respondentów z wyższym wykształceniem spodziewa się ewentualnej interwencji z tego źródła/.

Wyniki badania, na które powoływano się już wcześniej, co prawda w odniesieniu do całokształtu opieki medycznej, a nie jedynie natychmiastowej interwencji lekarskiej, także wskazują na większą dostępność nieformalnych kanałów dotarcia do lekarzy dla badanych z wyższym i średnim wykształceniem.

Nie mając alternatywnego wyboru rolnicy najczęściej /44,4% tej kategorii badanych/ zwracają się do dowolnego lekarza z poradni rejonowej, z kolei mieszkańcy małych ośrodków miejskich - do lekarzy praktykujących prywatnie /41,0%/. Natomiast osoby o złym - w ich odczuciu - stanie zdrowia zwykle szukają pomocy u znanego sobie lekarza z przychodni rejonowej, u którego leczą się systematycznie.

Z uwagi na rolę pogotowia ratunkowego w niesieniu natychmiastowej pomocy medycznej wskazywano na potrzebę usprawnienia funkcjonowania tej instytucji poprzez zatrudnienie dodatkowej kadry oraz poprawę stanu zaplecza technicznego /zwiększenie liczby karettek sanitarnych i ich wyposażenie w nowoczesny sprzęt pierwszej pomocy/.

Analiza opinii badanych o funkcjonowaniu służby zdrowia w aspekcie pomocy w nagłych wypadkach dowodzi, że sytuacja w tym względzie nie jest najlepsza. Szczególny niepokój budzi dość powszechne poczucie zagrożenia ankietowanych w obliczu nieprzewidywalnych wypadków.

6. Lecznictwo odpłatne

Obraz naszego systemu opieki zdrowotnej funkcjonujący w świadomości ankietowanych byłby niepełny, gdyby pominąć ocenę leczenia odpłatnego, na które składają się usługi świadczone zarówno prywatnie, jak i poprzez spółdzielnie lekarskie. Jakkolwiek liczba i zakres tego rodzaju usług są nieporównanie małe w zestawieniu ze świadczeniami uspołecznionej służby zdrowia, jednak stanowią one istotne uzupełnienie systemu państwowego.

Na wstępie zwrócono się do respondentów z prośbą o określenie częstotliwości korzystania z usług lekarzy prywatnych oraz praktykujących w spółdzielniach lekarskich. Z uzyskanych informacji wynika, że liczba ankietowanych leczących się wyłącznie odpłatnie jest wprost znikoma, zdecydowanie przeważa natomiast liczebnie grupa w ogóle nie korzystających z tego rodzaju opieki medycznej /tab.4/. Gdyby dokonać dychotomicznego podziału respondentów na zasięgających zazwyczaj oraz sporadycznie płatnych porad lekarskich, to okazałoby się, że odpłatnie leczy się stale w przybliżeniu co szósta osoba ankietowana.

Tabela 4

w procentach

Częstotliwość korzystania z odpłatnych usług lekarskich	Odpowiedzi
Zawsze	2,4
Często	14,9
Rzadko	38,8
Wcale	43,6
	17,3
	82,4

Zjawisko częstotliwości korzystania z lecznictwa odpłatnego było już kilkakrotnie przedmiotem badań socjologicznych. Z uwagi jednak na różnorodność prób objętych badaniami, celowe jest porównanie danych uzyskanych przez nas jedynie z wynikami badania przeprowadzonego w roku 1976¹. Wykazało ono, że z usług spółdzielni lekarskich i prywatnych lekarzy korzystało wówczas łącznie 9% ankietowanych. Należy przy tym dodać, że osoby te dokonując wyboru - z podanej im listy - placówek służby zdrowia, w których leczą się najczęściej, wskazały na instytucje świadczące usługi odpłatnie. Uwzględniając fakt, że wizyty w spółdzielniach i prywatnych gabinetach mają często charakter jedynie konsultacyjny bądź uzupełniający w stosunku do uspołecznionych form lecznictwa, można sądzić, że ów wskaźnik byłby wyższy, gdyby pytano wprost, jak w naszym badaniu, o częstotliwość korzystania z lecznictwa odpłatnego. Być może wówczas w mniejszym stopniu różniłby się on od zamieszczonego w tabeli 4 łącznego odsetka osób korzystających zawsze i często z płatnych świadczeń zdrowotnych /17,3%/.

Na odpłatną pomoc medyczną najczęściej decydują się mieszkańcy małych miast. Zważywszy na fakt, że przychodniami spółdzielczymi są najbardziej nasycone ośrodki wielkomiejskie, można zakładać, że chodzi tu o lekarzy praktykujących prywatnie.

Czynnikiem różnicującym zachowania w tym względzie jest także poziom wykształcenia - wraz z jego wzrostem nasila się częstotliwość korzystania z usług odpłatnych.

¹ Jak się leczymy? Warszawa 1976. OBOP. Badanie ankietowe przeprowadzone na ogólnopolskiej próbie dorosłej ludności naszego kraju, liczącej 2000 osób.

Nie bez znaczenia są również indywidualne doświadczenia związane z zaspokajaniem potrzeb zdrowotnych za pośrednictwem instytucji uspołecznionej służby zdrowia. Badani mający negatywne odczucia w tym względzie częściej szukają pomocy odpłatnej. Dotyczy to także tych, którzy osobiście stykali się z przypadkami uzależnienia przez lekarzy uspołecznionego lecznictwa swego stosunku do pacjenta od korzyści materialnych.

Uogólnianie nawet jednostkowych zdarzeń mogło doprowadzić wielu badanych do wniosku, że pracownicy służby zdrowia lepiej wywiązują się ze swych obowiązków, jeśli mają motywację finansową, stąd przekonanie, że opieka odpłatna zapewnia w wyższym stopniu odpowiedni poziom usług medycznych.

Uwzględniając typ specjalności lekarskiej okazuje się, że badani leczą się odpłatnie najczęściej u stomatologa /44,6% korzystających z omawianej formy opieki medycznej/. Wiąże się to zapewne z lepszą jakością materiałów stosowanych w lecznictwie odpłatnym.

Leczenie się u dentysty prywatnie lub w spółdzielni lekarskiej jest najbardziej typowe dla osób z wyższym wykształceniem /60,4% tej grupy/, a także dla mieszkańców dużych aglomeracji /38,9%/. Należy zauważyć, że z tej formy opieki korzysta stosunkowo duży odsetek respondentów ze środowiska wiejskiego /28,5%/, zdecydowanie wyższy w porównaniu z odsetkiem badanych reprezentujących małe ośrodki miejskie /15,5%/.

W następnej kolejności są wymieniani tacy specjaliści, jak: ginekolodzy, kardiolodzy, okuliści /40,4% leczących się odpłatnie/, interniści /30,7%/, pediatrzy /17,6%/.

Odpłatnych porad internistycznych zasięga prawie połowa rolników oraz emerytów i rencistów, uznających się za pacjentów lecznictwa odpłatnego /odpowiednio 48,6 i 42,7%/. Natomiast z usług pediatrów korzystają zwykle matki nie pracujące zawodowo.

Analiza wskazań respondentów co do częstotliwości korzystania przez nich z płatnych usług medycznych z uwzględnieniem zróżnicowania w ramach poszczególnych specjalności lekarskich prowadzi do wniosku, że lecznictwo spółdzielcze i prywatne silnie wspiera uspołecznioną opiekę specjalistyczną. Jest to zgodne z prezentowanymi

wcześniej opiniami o funkcjonowaniu poszczególnych ogniw uspołecznionej służby zdrowia - w odniesieniu do opieki internistycznej były one pozytywne, w stosunku natomiast do leczenia specjalistycznego miały bardziej krytyczny charakter.

Mówiąc o motywach wyboru odpłatnej formy leczenia, najczęściej /36,5% ankietowanych/podkreślano ogólnie wyższy poziom usług świadczonych prywatnie oraz w spółdzielniach lekarskich. Przejawia się to w większej trosce o chorego, zaangażowaniu w jego leczenie, poświęcaniu większej ilości czasu na badanie, a także w bardziej zindywidualizowanym podejściu do poszczególnych pacjentów. Dla 28,5% respondentów odpłatne usługi medyczne to jedyna możliwość zasięgnięcia konsultacji u uznanego i cenionego specjalisty, nierzadko mającego tytuły naukowe. Mniej niż 10% badanych jako powód podjęcia prywatnego leczenia podało chęć skontrolowania prawidłowości terapii zalecanej przez innych lekarzy czy trudności z uzyskaniem wizyty w przychodni rejonowej.

Z usług spółdzielczych laboratoriów analitycznych korzysta 23,1% ankietowanych. Ponieważ nie badano częstotliwości praktyk tego rodzaju, w grupie tej mogą się znajdować osoby zarówno zwykle, jak i sporadycznie wykonujące badania analityczne w spółdzielniach lekarskich. Tendencje w tym kierunku częściej przejawiają mężczyźni, a także respondenci zamieszkali w dużych ośrodkach miejskich, co jest zrozumiałe z uwagi na usytuowanie wspomnianych placówek. Daje się ponadto zauważyć pozytywna zależność między korzystaniem z odpłatnych usług analitycznych oraz płatnej opieki lekarskiej - ankietowani leczący się systematycznie prywatnie lub w spółdzielni również wszelkiego rodzaju badania wykonują odpłatnie. Może to mieć swoje źródła w wymogach stawianych przez samych leczących. Równie prawdopodobne jednak może okazać się przypuszczenie, że w omawianej grupie osób wykształcił się nawyk do zaspokajania potrzeb zdrowotnych w ramach leczenia odpłatnego.

Z danych zawartych w tabeli 5 wynika, że nie brak zaufania do placówek uspołecznionych, lecz sprawniejsze funkcjonowanie instytucji świadczących usługi odpłatnie przesądza o wyborze tych drugich w przypadku potrzeby wykonania badań analitycznych.

Tabela 5

w procentach

Motywy działania	Odpowiedzi
Krótki termin oczekiwania na wynik badania	80,6
Możliwość wykonania badania bez skierowania	49,8
Większa rzetelność i dokładność badania	47,0
Możliwość wykonania badań różnego typu w jednej placówce	44,4
Życzliwy stosunek do pacjenta	23,8
Lepsze wyposażenie w aparaturę do przeprowadzania badań	12,9
Chęć sprawdzenia wyników badań uzyskanych w laboratoriach uspołecznionych	10,6
Inne powody	3,2

Wyrażając ogólne opinie o systemie lecznictwa odpłatnego w Polsce, większość badanych /64,5%/ wskazuje na niezbędność tej formy opieki medycznej, przynajmniej w obecnych warunkach. Stanowisko to jest najbardziej popularne wśród inteligencji /73% respondentów z wyższym wykształceniem/ oraz - co jest zupełnie zrozumiałe - osób zamieszkałych w znacznym oddaleniu od placówek uspołecznionej służby zdrowia. Jedynie 5,9% respondentów w istnieniu spółdzielni lekarskich oraz prywatnych gabinetów upatruje przyczynę dezorganizacji uspołecznionej służby zdrowia. Według tej grupy powinny one ulec likwidacji.

Podkreślanie aktualnej przydatności lecznictwa odpłatnego nie przeczy głoszonej przez połowę ankietowanych /51,1%/ tezie, że generalnie w państwie socjalistycznym służba zdrowia powinna funkcjonować wyłącznie w formie uspołecznionej, a więc nieodpłatnej. Opinia ta jest najprawdopodobniej przejawem uświadamiania sobie przez badanych zasady egalitaryzmu jako wartości społecznej jednoznacznie przynależnej systemowi socjalistycznemu, której urzeczywistnianie ma gwarantować wszystkim, bez względu na status materialny, równość szans dostępu do opieki zdrowotnej.

W kwestii kosztów związanych z leczeniem prywatnym oraz za pośrednictwem spółdzielni lekarskich zdecydowana większość wypowiedzających się /82,5%/ uważa, że przekraczają one możliwości średnio zarabiających. Przeciętny obywatel nie może sobie zatem pozwolić na systematyczne korzystanie z tej formy opieki medycznej.

Znaczna część badanych /63,7%/ widzi w obecnych warunkach potrzebę istnienia lecznictwa odpłatnego. Jednak jako model zakłada taką sytuację, kiedy system opieki medycznej będzie miał charakter uspołeczniiony. Zdaniem tych osób należałoby odpowiednio opodatkować sektor prywatny i spółdzielczy, a płynące stąd środki przeznaczyć na dofinansowanie państwowej służby zdrowia.

7. Ogólna ocena służby zdrowia

Globalna opinia o funkcjonowaniu systemu opieki medycznej w Polsce jest zawarta przede wszystkim w odpowiedziach na główne pytanie ankiety: "Jak ocenia Pan/i/ ogólnie pracę naszej uspołecznionej służby zdrowia?" /tab.6/. Ponad połowa badanych osób twierdzi, że lecznictwo państwowe jest na średnim poziomie, co oznacza jak gdyby równowagę elementów pozytywnych i negatywnych w charakterystyce tej formy opieki medycznej. Opinie natomiast w tonie krytycznym i aprobującym równoważą się, z nieznacznym odchyleniem /2%/ w kierunku tych pierwszych.

Tabela 6

w procentach

Poziom oceny działalności uspołecznionej służby zdrowia	Odpowiedzi
Bardzo dobrze	2,5
Dobrze	18,5
Średnio	53,0
Trudno powiedzieć	2,2
Raczej źle	19,0
Zdecydowanie źle	4,0

Analiza korelacyjna dowodzi, że na generalną ocenę funkcjonowania całokształtu opieki medycznej decydujący wpływ mają jednostkowe doświadczenia ankietowanych, wyniesione z kontaktów z wszelkiego rodzaju instytucjami medycznymi. Ocena ta jest wypadkową, uogólnieniem wielu różnorodnych doświadczeń związanych z zaspokajaniem wszelkich potrzeb zdrowotnych. Dotyczy to korzystania z usług zarówno placówek leczenia podstawowego, jak i specjalistycznego, otwartego na równi z zamkniętym. Im odniesione wyrażenia są korzystniejsze, tym wyższa ocena globalna. Istotne znaczenie w tym względzie mają także odczucia badanych związane ze stosowaniem, a raczej niestosowaniem zasady egalitaryzmu w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Postrzegający zróżnicowanie szans dostępu do opieki zdrowotnej przejawiają tendencję do wyrażania opinii negatywnych, podobnie jak ci, którzy stykali się z przypadkami wymuszania przez lekarzy na pacjentach korzyści materialnych.

Uwidacznia się ponadto zależność ogólnej oceny naszej służby zdrowia od poziomu wykształcenia oraz miejsca zamieszkania badanych. Postawy najbardziej krytyczne obserwuje się w grupie respondentów z wyższym wykształceniem / 0% ocen bardzo dobrych, 10,8% - dobrych, 12,2% - niedostatecznych/. Relacje odwrotne najsilniej uwidaczniają się w grupie robotników niewykwalifikowanych.

Uwzględniając z kolei kryterium miejsca zamieszkania respondentów, rozkłady odpowiedzi dla opozycyjnych w stosunku do siebie środowisk pod względem oceny pracy naszej służby zdrowia kształtują się następująco: wieś - 26,3% ocen bardzo dobrych i dobrych i 14,7% negatywnych i bardzo złych; miasto powyżej 100 tys. mieszkańców - odpowiednio 16,3 i 31,9%.

Analogiczne tendencje uwidoczniły się już poprzednio w opiniach dotyczących poszczególnych form leczenia i podobnie jak tamte należy je tłumaczyć odmiennością oczekiwań i wzorów zaspokajania potrzeb zdrowotnych przyjętych w tych środowiskach.

W kwestii, co należy zrobić celem poprawienia ogólnej sytuacji w sferze ochrony zdrowia, badani uważają, że trzeba: przede

wszystkim podjąć wiele działań o charakterze inwestycyjnym, by polepszyć stan zaplecza materialno-technicznego lecznictwa, zwiększyć sieć placówek medycznych /74,5%/ i uzupełnić jej wyposażenie w podstawową i specjalistyczną aparaturę /47,8%/, a także poprawić zaopatrzenie w leki i inne środki medyczne poprzez rozwój krajowej ich produkcji oraz zwiększenie importu niezbędnych medykamentów.

Określając ogólne kierunki rozwoju lecznictwa w Polsce, 7,3% ankietowanych zwraca uwagę na konieczność większego niż obecnie uwzględniania potrzeb środowiska wiejskiego w sferze ochrony zdrowia. Zbliżony odsetek sądzi, że szczególną troską trzeba otoczyć lecznictwo specjalistyczne.

Dla zrealizowania tych postulatów niezbędne są zarówno środki finansowe, jak i kwalifikowana kadra medyczna. Należy więc, zdaniem 18,5% badanych, znacznie zwiększyć liczbę miejsc w wyższych i średnich szkołach kształcących przyszłych pracowników służby zdrowia. Wskazane byłoby również uatrakcyjnienie warunków pracy w tym zawodzie, głównie pod względem materialnym /opinia 37,7% badanych/.

Równocześnie, zgodnie z opinią 16,9% badanych, powinny wzrosnąć wymagania wobec tej kategorii zawodowej zarówno pod względem dyscypliny pracy, jak i rzetelności w wykonywaniu swych obowiązków służbowych. Wiąże się z tym postulat zaostrożenia kryteriów naboru kandydatów do zawodu lekarskiego, by zapewnić wstępowanie w jego szeregi wyłącznie jednostek o nieskazitelnym morale /3,2%/.

8. Opinie o profilaktyce zdrowotnej

W badaniu próbowano ustalić, czy i jak respondenci widzą swoją rolę w działaniach na rzecz ochrony zdrowia; być może odpowiedzialność za stan swego zdrowia, a zarazem poziom zdrowotności całego społeczeństwa przerzucają na profesjonalną opiekę medyczną, łamiąc jednocześnie podstawowe zasady profilaktyki zdrowotnej?

Można stwierdzić, że potrzeba dbania o własne zdrowie jest dostrzegana. Ponad połowa /63,9%/ respondentów wyraża przekonanie, że stan zdrowia poszczególnych osób i całego społeczeństwa jest

uzależniony zarówno od jednostkowych poczynań, jak i od funkcjonowania szeroko rozumianej służby zdrowia. Pogląd ten jest prawie powszechny w grupie pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem /90,4%/. Większą rolę indywidualnym działaniom niż służbie zdrowia przypisuje średnio co piąty badany /21,1% ogółu wypowiedzających się/ - opinia ta jest najbardziej popularna wśród uczącej się młodzieży /33,3%/. Spośród ankietowanych 14,5% większą odpowiedzialnością za stan naszego zdrowia obarcza służbę medyczną - sądzą tak głównie emeryci i renciści /21,1%/. Widać więc, że opinie te zależą głównie od wieku. Postawę młodych można tłumaczyć zarówno faktem, że cieszą się oni po prostu lepszym zdrowiem, jak również docenianiem roli profilaktyki w systemie ochrony zdrowia. Ludzie starsi o bogatszym doświadczeniu życiowym sądzą, że nawet przy najbardziej racjonalnych postawach nie da się uniknąć pewnych schorzeń i wówczas zdrowie nasze jest uzależnione wyłącznie od medycyny.

O prawidłowym stosunku do własnego zdrowia można sądzić na podstawie interpretacji lansowanego do dziś hasła: "Twoje zdrowie w twoich rękach". Tylko 3,5% ankietowanych nie rozumie go, około 10% nie akceptuje jego treści, zdecydowana większość natomiast wskazuje na ich słuszność. Najlicniejszą grupę /34,3% ogółu wypowiedzających się/ stanowią osoby interpretujące to hasło w kategoriach ogólnych. Respondenci wypowiedzający się bardziej szczegółowo /24,3%/ twierdzą, że aby zachować pełną sprawność fizyczną i psychiczną należy prowadzić higieniczny tryb życia, właściwie odżywiać się, uprawiać sporty, a jednocześnie unikać praktyk szkodliwych dla organizmu, takich jak spożywanie nadmiernej ilości leków czy wszelkiego rodzaju używek /alkohol, papierosy itp./.

Na rolę właściwego postępowania w sytuacji choroby zwraca uwagę 9,6% ankietowanych. Uważają oni, że po zaobserwowaniu niepokojących objawów chorobowych nie należy stosować własnych metod leczenia /zwłaszcza środkami farmakologicznymi/, lecz niezwłocznie zgłosić się do lekarza i bezwzględnie podporządkować jego zaleceniom.

Respondenci częściowo akceptujący treść omawianego hasła wskazywali na niebagatelną rolę takich czynników, jak charakter

pracy, miejsce zamieszkania czy wykonywany zawód, na które dodatkowo nakładają się uwarunkowania związane z kryzysowym stanem naszej gospodarki /trudności z zaopatrzeniem w leki, środki opatrunkowe, itp./.

Respondenci przeciwni temu hasłu twierdzą, że odzwierciedla ono popularną, szczególnie w środowisku medycznym, tendencję do obarczania poszczególnych obywateli odpowiedzialnością za stan zdrowia całego społeczeństwa.

O tym, jak ankietowani postępują w konkretnych sytuacjach, świadczą rozkłady procentowe odpowiedzi na pytania dotyczące badań profilaktycznych oraz reakcji na zaobserwowane objawy chorobowe /tab. 7 i 8/.

Tabela 7

w procentach

Kategorie odpowiedzi na pytanie: "Czy chodzi Pan/i/ na badania kontrolne, choć nie wiąże się to z konkretną dolegliwością lub chorobą?"	Respondenci
Nie chodzę na takie badania, gdy czuję się zdrowy/a/	39,3
Tak, chodzę, gdy organizuje je zakład pracy, uczelnia, przy zmianie miejsca pracy itd.	34,5
Tak, chodzę z własnej inicjatywy, w trosce o zdrowie	25,9

Tabela 8

w procentach

Kategorie odpowiedzi na pytanie: "Jak Pan/i/ zwykle postępuje w przypadku zaobserwowania u siebie objawów chorobowych bądź pogorszenia stanu zdrowia?"	Respondenci
Czekam aż dolegliwości ustąpią same, do lekarza idę w ostateczności	43,4
Od razu idę do lekarza	27,6
Początkowo próbuję leczyć się sam/a/	27,0

Dane zawarte w tabelach 7-8, w konfrontacji z deklarowaną poprzednio potrzebą troski o własne zdrowie, wskazują na częściową rozbieżność postaw i zachowań ankietowanych w tej sferze.

W przypadku badań kontrolnych dominują wśród respondentów nie korzystający z nich z własnej woli. Porównując aktualne dane z uzyskanymi w 1976 r. stwierdzono, że w ciągu ostatnich ośmiu lat zaszły dość istotne zmiany w tym zakresie. Wówczas bowiem tylko 15% respondentów twierdziło, że z własnej inicjatywy poddaje się badaniom profilaktycznym, 31% w ogóle z nich nie korzysta, pozostali natomiast stosują tego typu badania jedynie w sytuacjach przymusowych /np. przy zmianie miejsca pracy/. Zwiększyła się zatem /o 11%/ grupa badanych doceniających potrzebę podejmowania działań o charakterze zapobiegawczym z własnej inicjatywy, bez obiektywnych bodźców zewnętrznych. Równocześnie przyjmując jako przedmiot porównań odsetki ankietowanych stosujących badania profilaktyczne bez względu na motyw, sytuację sprzed ośmiu lat należałoby ocenić jako korzystniejszą.

W celach profilaktycznych częściej odwiedzają lekarzy osoby negatywnie oceniające swój stan zdrowia /48,6% tej kategorii ankietowanych/ niż cieszące się dobrym zdrowiem. Spośród tych ostatnich jedynie 13,4% twierdzi, że zgłasza się na badania kontrolne z własnej woli. Ocena stanu własnego zdrowia wiąże się ściśle z wiekiem, stąd tendencje te są typowe również dla osób starszych. Wraz ze wzrostem wieku ludzie stają się ostrożniejsi i bardziej wyczuleni na niebezpieczeństwo związane z chorobą, dysponują również większą ilością wolnego czasu, co sprawia że częściej szukają kontaktu z instytucjami służby zdrowia.

Na podstawie analizy wypowiedzi dotyczących korzystania z badań kontrolnych można stwierdzić, że większość respondentów przejawia nieracjonalne postawy wobec własnego zdrowia, postępując wbrew zasadom profilaktyki zdrowotnej.

Podobnie w sytuacji zachwiania równowagi zdrowotnej znaczna część badanych /43,4% ogółu/ po zaobserwowaniu niepokojących objawów chorobowych zwleka z udaniem się do lekarza, czekając aż dolegliwości ustąpią samoistnie. Tymczasem wiadomo, jak istotne w przy-

padku wielu chorób jest wczesne rozpoznanie procesu chorobowego oraz podjęcie leczenia w odpowiednim czasie.

I w tym przypadku rodzaj reakcji jest w dużym stopniu uzależniony od sytuacji zdrowotnej ankietowanych. Prawie połowa /43%/ negatywnie oceniających stan swego zdrowia po wystąpieniu objawów chorobowych natychmiast zwraca się do lekarza, natomiast spośród osób uznających się za zdrowych podobny odsetek /48,8%/ zajmuje postawę wyczekującą. Należy przy tym zauważyć, że zarówno lekceważenie objawów chorobowych, jak i przesadna dbałość o zdrowie to niewłaściwe sposoby postępowania: pierwszy - z punktu widzenia następstw dla zdrowia pacjenta, drugi - z uwagi na zbędne obciążanie pracą personelu medycznego. Tylko 27% ankietowanych przejawia racjonalne postawy w tym zakresie.

Nawiązując do wyników badań z 1976 r., należy stwierdzić, że nadal dominuje kategoria badanych, którzy lekceważą symptomy choroby /wówczas postawę taką prezentowało 42% ogółu badanych/. Wzrósł natomiast dość istotnie w porównaniu z tamtym okresem /z 19 do 27,6%/ odsetek respondentów szukających natychmiastowego kontaktu z lekarzem, przy jednoczesnym zmniejszeniu /z 38 do 27,0%/ liczby osób prezentujących pośredni, najbardziej racjonalny wzór zachowań.

Powszechnie dostrzegana przez badanych potrzeba ochrony własnego zdrowia nie znajduje pełnego potwierdzenia w ich postępowaniu. Świadczą o tym ich stosunek do profilaktyki zdrowotnej oraz opisane wyżej reakcje w przypadku pogorszenia samopoczucia.

Korzystnie natomiast przedstawia się stan wyposażenia w apteczki podręczne, zdecydowana większość badanych /85,9%/ ma je w swoich domach, przy czym aż 95% tej grupy stanowią respondenci z wyższym wykształceniem. Najmniej korzystną sytuację pod tym względem obserwuje się u rolników oraz robotników niewykwalifikowanych.

Uwzględniając asortyment medykamentów, apteczki są najlepiej wyposażone w środki opatrunkowe i dezynfekujące, niezbędne zwłaszcza w rodzinach wychowujących małe dzieci /posiada je ponad 90% respondentów mających podręczne apteczki/, następnie leki przeciw grypowe i przeciwbólowe, dostępne w aptekach bez recepty.

9. Odczucie egalitaryzmu w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych

Głównym hasłem egalitaryzmu w ustroju socjalistycznym jest równość szans. Dotyczy to przede wszystkim grup społecznych /mieszkańców miast i wsi/, różnych grup dochodowych, grup zajmujących odmienne miejsca w hierarchii społecznej. Objęcie rolników świadczeniami uspołecznionej służby zdrowia spowodowało, przynajmniej w założeniu, wyrównanie szans zaspokajania potrzeb zdrowotnych. W omawianym badaniu starano się odpowiedzieć na pytanie, czy istotnie wszyscy mają podobne szanse leczenia się, a jeśli nie, to jak silnie są uświadamiane zjawiska i tendencje antyegalitarne.

Nie jest zjawiskiem pozytywnym fakt, że tylko 26,6% badanych uważa, iż wszyscy mają jednakowe możliwości zaspokajania swoich potrzeb zdrowotnych. To, że więcej niż połowa respondentów /56,0%/ postrzega nierówność szans leczenia się, można potraktować jako wskaźnik oceny urzeczywistniania tych zasad polityki społecznej, które dotyczą egalitaryzmu w sferze ochrony zdrowia. Okazuje się, że poczucie niesprawiedliwości społecznej ujawnia się wyraźnie nie tylko w takich wymiarach położenia materialnego ludzi, jak polityka płac, rent i emerytur czy sytuacja mieszkaniowa, ale i w dziedzinie opieki zdrowotnej.

A. Titkow² badając w latach 1971-1972 zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby mieszkańców Warszawy zwróciła również uwagę na społeczne odczucie egalitaryzmu w zaspokajaniu potrzeb zdrowotnych. Odsetek badanych Warszawiaków, którzy wówczas uznali, że wszyscy mają jednakowe szanse skutecznego leczenia się, był dwukrotnie wyższy /56,6%/ od odsetka osób, które w naszym badaniu przychyliły się do podobnej opinii /26,6%/. Okazało się, że najostrzej postrzegają te zjawiska pracownicy umysłowi /66,3%/ i to głównie z wyższym wykształceniem /81,1%/. Na nierówność szans leczenia się zwróciło uwagę 53,3% robotników. Im wyższe wykształcenie, tym większy krytycyzm badanych wobec opinii o równości szans korzystania z opieki medycznej.

² A. Titkow: Zachowania i postawy wobec zdrowia i choroby. Warszawa 1983. PWN.

Zagadnienie równości szans rozpatrywano także w innym aspekcie. Poproszono badanych o ocenę własnych możliwości korzystania z opieki medycznej. Rozkład odpowiedzi na to pytanie dał diametralnie różny od poprzedniego obraz. Około 20% badanych oceniło swoje możliwości jako mniejsze w porównaniu z innymi, 12% "przyznało się" do większych szans, natomiast najliczniejsza grupa /54,2%/ postrzegła je w kategoriach równości. Trudno rozstrzygnąć, co wpłynęło na tak radykalną zmianę opinii badanych. Być może zachodzi tu ten sam mechanizm, o którym była mowa przy okazji ogólnej oceny służby zdrowia, tzn. funkcjonowania w społecznej świadomości stereotypowych, wysoce negatywnych ocen, które po skonfrontowaniu z własnymi doświadczeniami ulegają wyraźnemu złagodzeniu.

Poczucie większych szans korzystania z opieki medycznej wiąże się z wyższym wykształceniem. Tę samą zależność potwierdza rozkład odpowiedzi z uwzględnieniem kategorii społeczno-zawodowej badanych. I tak na przykład w grupie rolników 6,3% osób oceniło swoje możliwości jako większe, natomiast wśród pracowników umysłowych z wyższym wykształceniem - 27,0%. Można tłumaczyć to tym, że osoby z wyższym wykształceniem będąc lepiej zorientowane w możliwościach zaspokajania potrzeb zdrowotnych i pełniej je wykorzystując mogą być świadome istnienia korzystnych dla nich różnicowań. Nie należy również zapominać, że wraz ze wzrostem wykształcenia zwiększa się prawdopodobieństwo posiadania w kręgu rodzinnym lub towarzyskim kogoś ze środowiska lekarskiego, co z kolei może dawać poczucie pewnego uprzywilejowania w korzystaniu z opieki zdrowotnej. O roli lekarza znajomego w środowisku inteligenckim świadczy również analiza odpowiedzi na pytanie o pomoc w nagłych wypadkach. Pracownicy umysłowi z wyższym wykształceniem znacznie częściej niż pozostali badani zdają się w takich sytuacjach na pomoc lekarza z rodziny bądź kręgu znajomych.

Rola znajomości w środowisku lekarskim uwidoczniła się również bardzo wyraźnie w analizie czynników, które według badanych decydują o tym, iż jedni należą do kategorii osób uprzywilejowanych w korzystaniu z usług instytucji medycznych, drudzy zaś znajdują się w sytuacji pewnego upośledzenia pod tym względem. Spodziewano

się, że ankietowani będą wymieniać przede wszystkim czynniki związane z faktyczną, obiektywną dostępnością placówek medycznych /np. typ miejsca zamieszkania, miejsce pracy umożliwiające korzystanie z zakładowej czy resortowej służby zdrowia/. Tymczasem wyniki badania wykazały, że działają tu mechanizmy funkcjonujące od lat w naszym społeczeństwie, a ujawniające się przy zdobywaniu dóbr czy wartości będących przedmiotem silnej konkurencji.

Blisko połowa badanych /47,1%/ wymieniła znajomości w środowisku medycznym jako czynnik gwarantujący lepszą opiekę medyczną /tzn. bardziej wnikliwe badania, lepsze leki, pewność, że w razie potrzeby znajdzie się miejsce w szpitalu, a także dostęp do lekarza poza kolejnością/.

Na pieniądze jako czynnik różnicujący ludzi pod względem szans leczenia się wskazało 34,3% badanych. Mając je można po pierwsze "załatwić" miejsce w szpitalu, w sanatorium, zdobyć lepsze lub trudno dostępne leki, po drugie leczyć się prywatnie bądź w spółdzielni lekarskiej. Respondenci, którzy podali, że leczą się w prywatnych bądź spółdzielczych gabinetach, za motyw korzystania z odpłatnej pomocy lekarskiej uznawali najczęściej solidność badania.

Przekonanie znacznej grupy badanych o gorszej pozycji pacjenta korzystającego z bezpłatnych świadczeń medycznych znajduje pośrednio potwierdzenie w odpowiedziach na inne pytania ankiety. Spośród ankietowanych 41,9% osób zgadza się ze stwierdzeniem, że "w naszym ustroju lekarzowi nie opłaca się pracować na państwowej posadzie", znacznie mniejsza grupa /30,6%/ ma odmienne zdanie. Tego samego problemu, chociaż sformułowanego inaczej, dotyczy kolejna obiegowa opinia - "kto jest naprawdę chory, nie leczy się w państwowej przychodni". Zgodziło się z tym stwierdzeniem 30,7% ankietowanych, odmienne zdanie miało 51,0%. Mniejszy odsetek osób przychylających się do tej opinii może wynikać z tego, że w przedstawionym respondentom stwierdzeniu uwzględniono jedynie stan zdrowia chorego, pominięto jego możliwości finansowe. Ten drugi element okazuje się bardzo ważnym kryterium wyboru formy leczenia /uspołecznione, odpłatne/, 82,5% badanych uważa bowiem, że "koszty prywatnego leczenia przekraczają możliwości średnio zarabiających".

Trzecim czynnikiem o charakterze antyegalitarnym /po znajomościach i pieniądzech/, ale już o znacznie słabszej sile oddziaływania /16,7% badanych/ jest pozycja społeczna pacjenta. Jest to kategoria najmniej precyzyjna i przez to najbardziej wewnętrznie różnorodna. W części wypowiedzi wskazywano na stanowisko zawodowe /np. dyrektorzy, sekretarze partii mają większe szanse leczenia sanatoryjnego/, w innych zaś zwracano uwagę na status materialny /np. ludzie biedni mają mniejsze szanse leczenia się, są gorzej traktowani przez lekarzy/ lub nawet tylko jego zewnętrzne przejawy /np. ludzie dobrze ubrani są lepiej traktowani przez lekarzy/.

O znacznym wyczuleniu pacjentów na "lepsze" lub "gorsze" ich traktowanie przez lekarzy świadczy także rozkład odpowiedzi na pytanie, czy lekarze uspołecznionej służby zdrowia traktują pacjentów jednakowo. Odpowiedzi negatywnych udzieliło 73,6% badanych, pozytywnych - 14,7, a 11,4% nie miało zdania na ten temat.

Potwierdza to wcześniej zaobserwowaną dużą wrażliwość ludzi na wszelkie przejawy nierówności, nawet jeśli są one tylko pozorne i nie dotyczą istoty sprawy /np. efektów leczenia/.

Powszechnie wiadomo, że jedną ze słabszych stron naszego systemu opieki zdrowotnej jest lecznictwo zamknięte. Wiąże się z nim wiele problemów, ale w opinii społecznej najistotniejszym jest problem uzyskania miejsca w szpitalu. Odpowiedzi na pytanie³, jakimi względami kierują się przeważnie lekarze w przypadku, gdy mając jedno miejsce w szpitalu muszą wybrać jedną spośród kilku oczekujących na nie osób, mogą być potraktowane z jednej strony jako pewnego rodzaju ocena etyki zawodowej lekarzy, z drugiej - jako pośrednia opinia na temat równości szans walki o zdrowie lub życie w warunkach silnej konkurencji. Rozkład odpowiedzi na to pytanie przedstawia się następująco:

³ Zostało ono zapożyczony z badań ankietowych przeprowadzonych przez OBOP w 1969 r. na reprezentacyjnej próbie ogólnopolskiej /J. Kurczewski, J. Solarz: Zawód lekarza w opinii publicznej. Warszawa 1972. OBOP i SP/. Porównanie rozkładów odpowiedzi z dwóch badań uniemożliwił fakt, że ankietowani w 1969 r. wybierali tylko jedną odpowiedź, podczas gdy badani w 1984 r. mieli możliwość wyboru trzech odpowiedzi na dane pytanie. Również kategorie odpowiedzi były nieco odmienne w obydwu badaniach /np. badane OBOP-u nie uwzględniało w odpowiedziach kategorii "znajomości"/.

- stan zdrowia chorego - 79,7% respondentów,
- powiązania rodzinne, towarzyskie, znajomości - 60,7%,
- pozycja społeczno-zawodowa pacjenta - 49,1%,
- korzyści osobiste /prezenty, łapówki/ - 36,5%,
- wiek chorego - 27,5%,
- sytuacja rodzinna chorego - 18,4%.

Z przedstawionych danych widać wyraźnie, że poza bezdyskusyjnym, czysto zawodowym motywem - stanem zdrowia pacjenta - którym kierują się najczęściej, zdaniem badanych, lekarze przy podejmowaniu takiej decyzji, grają tu rolę takie same czynniki jak te, którymi badani uzasadniali swoje opinie na temat nierówności szans w korzystaniu z opieki medycznej /znajomości, pozycja społeczno-zawodowa i pieniądze/.

W badaniu starano się ustalić, dla którego z wymienionych motywów, poza najbardziej oczywistym w tej sytuacji /stan zdrowia/ istnieje największa społeczna tolerancja. W odpowiedziach na pytanie: "Czym powinni się kierować lekarze przy wyborze jednego z kilku chorych oczekujących na miejsce w szpitalu" respondenci byli skłonni zaakceptować tylko dwa kryteria: sytuację rodzinną pacjenta /39,7%/ oraz wiek chorego /30,8%/. Stan zdrowia, zgodnie z przewidywaniami, został wymieniony w odpowiedziach niemal wszystkich ankietowanych /97,9%/. Na pozostałe kryteria wskazała znikoma grupa /0,6-1,4% badanych/.

Porównanie odpowiedzi na dwa poprzednie pytania wskazuje na istnienie znacznych rozbieżności pomiędzy idealnym, modelowym obrazem sprawiedliwości społecznej w sferze opieki medycznej a opiniami o jej urzeczywistnieniu.

"Zdobycie" miejsca w szpitalu to dopiero początek drogi, jaką muszą przebyć osoby ciężko chore lub ich najbliżsi. Pobyt w szpitalu stwarza następne problemy związane tak z leczeniem, jak i z opieką nad chorym. Nawiązuje do nich kolejne pytanie ankiety: "Wyobraźmy sobie, że Pan/i/ lub ktoś z najbliższych znalazł się

nagle w szpitalu. O jakich działaniach pomyślałby/aby/ Pan/i/ w pierwszej kolejności w trosce o dobro tej osoby bądź własne?". Najlicniejsza grupa badanych /40,8%/ wymieniła rozmowę z lekarzem sprawującym opiekę nad chorym. Na drugim miejscu znalazły się ogólnie nazywane działania, zmierzające do zapewnienia dobrej opieki lekarskiej i pielęgniarskiej. O wręczeniu łapówki pomyślało 15,5% badanych, natomiast o szukaniu znajomych wśród personelu szpitalnego /tzw. dojścia/ - 14,7%.

Świadczenia uspołecznionej służby zdrowia są bezpłatne. Tymczasem z przeprowadzonych badań wynika, że w świadomości obywateli owa bezpłatność jest problematyczna, a w niektórych sytuacjach nawet fikcyjna. Dochodzimy tu do kwestii szczególnie drażliwej zarówno dla środowiska lekarskiego, jak i dla opinii publicznej - przyjmowania przez lekarzy uspołecznionej służby zdrowia pieniędzy i prezentów. Jest to problem złożony i ściśle związany z obniżaniem się poziomu moralności społeczeństwa. Utrwaliło się przekonanie, że wszystko można załatwić za łapówkę. W tej sytuacji lekarze są z jednej strony pod silną presją obowiązujących obyczajów, z drugiej strony piętnuje się ich za łapownictwo.

Nieuczciwość środowiska medycznego budzi bardzo silne emocje społeczne. Była już tematem wielu publikacji prasowych, audycji radiowych i telewizyjnych, została również włączona do zakresu niniejszych badań. Starano się ustalić, jakie są źródła negatywnych opinii o etyce lekarskiej, w jakim stopniu kształtują się one pod wpływem osobistych doświadczeń. Rozkład odpowiedzi na pytanie: "Czy znane są Panu/i/ przypadki, że lekarz uzależniał swoje postępowanie wobec pacjenta od otrzymanych korzyści materialnych?" był następujący:

- taka sytuacja zdarzyła mi się osobiście - 11,8%,
- taka sytuacja zdarzyła się bliskim mi osobom - 17,7%,
- słyszałem o takich sytuacjach od innych osób - 37,8%,
- znane mi są takie sytuacje z radia, telewizji, gazet - 12,7%,
- nie zetknąłem się z takimi sytuacjami - 27,0%.

Można uznać, że badani, którzy wybrali pierwszą i /lub/ drugą odpowiedź, to ci, którzy mają konkretne podstawy, by mieć negatywne zdanie o etyce zawodowej lekarzy. Znacznie liczniejsza jest grupa osób, których opinie mogą powstawać pod wpływem "faktów zasłyszanych".

Przy okazji innego pytania badanym dano do wyboru m.in. taką kategorię odpowiedzi: "odniosłem/am/ wrażenie, że leczenie przebiegałoby lepiej, gdybym dał/a/ lekarzowi jakiś prezent lub pieniądze". Tym, którzy zadeklarowali takie odczucie, zadano pytanie, czy i jak często stykali się z taką sytuacją w placówkach uspołecznionej służby zdrowia. Uzyskano następujące dane:

- zawsze - 3,9%,
- rzadko - 23,4%,
- często - 14,1%,
- nigdy - 58,0%.

W opisanej sytuacji przynajmniej raz znalazło się osobiście znacznie więcej osób /41,4%/ niż w sytuacji przedstawionej w poprzednim pytaniu /11,8%/. Wynika to prawdopodobnie z różnicy w istotności nieomogów etycznych lekarzy w dwóch przedstawionych sytuacjach. W pierwszym przypadku chodziło o wymuszanie korzyści materialnych, w drugim - o sugerowanie, że przyniosłyby one pacjentowi lepsze efekty. Istnieje tu również prawdopodobieństwo, że część badanych odniosła mylne wrażenia. W przeciwnym razie podane wskaźniki mogłyby świadczyć nie tyle o osłabieniu etyki zawodowej lekarza, co o jej zanikaniu, przynajmniej w odniesieniu do znacznej części tego środowiska.

Pytanie: "Za co najczęściej «musimy» płacić lekarzom" zostało skierowane tylko do tych osób, które przy okazji własnej choroby lub kogoś z najbliższego otoczenia zetknęły się z przypadkiem uzależnienia przez lekarza swojego postępowania od otrzymania korzyści materialnych. Rozkład odpowiedzi był następujący:

- zapewnienie dobrej opieki w szpitalu - 33,6%,
- uzyskanie miejsca w szpitalu - 28,0%,
- wykonanie operacji - 25,5%,

- otrzymanie zwolnienia lekarskiego - 24,6%,
- otrzymanie skierowania do sanatorium - 14,0%,
- uzyskanie miejsca w renomowanej klinice - 13,4%,
- zapewnienie lepszego leczenia w przychodni - 9,6%,
- wykonanie zabiegu - 5,9%.

Trzy najczęściej wymieniane przez badanych sytuacje były związane z leczeniem szpitalnym. Tak więc w całym systemie lecznictwa szpital okazał się dobrem najtrudniej dostępnym, a w związku z tym stał się z jednej strony /pacjentów/ przedmiotem silnej konkurencji, z drugiej strony /lekarzy/ - przedmiotem przetargu i źródłem dodatkowych dochodów.

Odpowiadając na pytanie dotyczące rodzaju korzyści materialnych będących dodatkowym świadczeniem za usługi medyczne, 65,6% ankietowanych wskazało na pieniądze, 20,9% - na prezenty rzeczowe. Drobne upominki /kawa, słodycze, alkohole/, według potocznych opinii należące do najczęściej stosowanych "gratyfikacji", wymieniło tylko 18% badanych. Wzajemne usługi /np. pomoc w załatwieniu jakiejś sprawy/ były "towarem" wymiennym dla 14,7% respondentów. Zdecydowany prymat pieniądza wskazuje wyraźnie na wątkość osłon motywacyjnych mogących w najmniejszym choćby stopniu usprawiedliwiać takie praktyki. Jednocześnie 50,5% respondentów stwierdza, że nigdy nie słyszało o "nieoficjalnych cennikach za operacje", 41% przyznaje, że wprawdzie nie jest to sprawa im zupełnie obca, ale nie potrafi podać żadnych szczegółów. Zaledwie 7% badanych wymienia konkretną sumę: do 20 tys. zł - 32,8% respondentów, 20-50 tys.zł - 25,2%; wyższe sumy podawano bardzo rzadko. Taki rozkład odpowiedzi może wskazywać zarówno na "przeciętną praktykowaną", jak również z nie mniejszą dozą prawdopodobieństwa na "przeciętną akceptowaną", tzn. mieszczącą się w granicach realnej, choć w tym przypadku wymuszonej możliwości.

Jeśli chodzi o sprawców takiego stanu rzeczy, to charakterystyczne jest, że tylko 10,9% wskazuje na lekarzy. Ponad połowa /54,8%/ obarcza winą zarówno lekarzy, jak i pacjentów, a 12,9% badanych nie umie odpowiedzieć, kto jest odpowiedzialny za tę sytuację.

Znacznie wyraźniej rysuje się generalna ocena omawianego zjawiska. Negatywnie ocenia je 67%, pozytywnie - zaledwie 1%, a 16,9% respondentów uważa, że w pewnych sytuacjach /wyjątkowo trudna operacja, bardzo ciężki stan chorego itp./ należy się lekarzom, poza wyrażeniem wdzięczności, jakaś forma "gratyfikacji".

Przeważający odsetek respondentów /63,7%/ uznaje, że "kwiaty, koniak lub kawa są normalną formą podziękowania za opiekę lekarską", a więc najbardziej tolerowaną czy nawet akceptowaną/podobny stosunek mieli badani w 1969 r.^{4/} oraz w 1983 r.^{5/}. Natomiast przyjmowanie, a zwłaszcza wymuszanie przez lekarzy kosztownych prezentów lub pieniędzy jest oceniane zdecydowanie negatywnie. Badani określali te praktyki jako niehumanitarne, niemoralne, a najczęściej stwierdzali, że jest to "żerowanie na nieszczęściu, jakim jest choroba". Przypominano także, że lekarze otrzymują pensje, a więc za tę samą pracę nie powinno się płacić dwukrotnie.

Wypowiadając się na temat sposobów rozwiązania tego problemu, niemal taki sam odsetek badanych postuluje podwyższenie płac dla lekarzy /47,7%/ i bezwzględne karanie tych, którzy biorą łapówki /46,8%/. Można więc przypuszczać, że idealna w odczuciu ankietowanych byłaby taka sytuacja, w której lekarz zarobiłby godziwie, ale karany byłby za łamanie etyki zawodowej, a zwłaszcza zachłanność.

Społeczeństwo zdaje sobie sprawę z tego, że lekarze za swoją trudną i odpowiedzialną pracę nie otrzymują właściwej zapłaty. Pracują więc na kilku etatach, co z kolei odbija się niekorzystnie na pacjentach, a także często, jak wynika z badań, sprzyja łamaniu zasad etyki zawodowej. Dlatego też jednym z najważniejszych przedsięwzięć resortu zdrowia powinno być, zdaniem badanych, podniesienie płac lekarzom, co mogłoby zaowocować uzdrowieniem i usprawnieniem całego systemu lecznictwa w kraju.

⁴ Tamże.

⁵ Badanie ankietowe przeprowadzone na zlecenie lekarza wojewódzkiego przez Zakład Analiz i Prognoz Ochrony Zdrowia, działający przy Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, wśród mieszkańców Warszawy i województwa stołecznego. Dotyczyło ono opinii o stołecznej służbie zdrowia oraz potrzeb i oczekiwań w tym zakresie. Wyniki są w trakcie opracowywania statystycznego.

10. Uwagi końcowe

1. Uspołeczniiona służba zdrowia zapewnia, zdaniem badanych, warunki niezbędne dla zaspokajania podstawowych potrzeb zdrowotnych. Nie stwarza natomiast możliwości wykonania wszystkich zadań związanych z ochroną zdrowia.

2. Stan opieki zdrowotnej jest najczęściej uzależniany przez badanych od działalności o charakterze inwestycyjnym, która umożliwia zwiększenie sieci placówek medycznych oraz polepszenie ich wyposażenia pod względem techniczno-sanitarnym.

3. Najmocniejszym atutem naszej służby zdrowia są kwalifikacje i kompetencje zawodowe kadry medycznej.

4. Instytucje świadczące usługi medyczne odpłatnie stanowią istotne uzupełnienie uspołecznionego leczenia otwartego.

5. Uświadamiana powszechnie przez badanych potrzeba przestrzegania zasad profilaktyki zdrowotnej nie znajduje w pełni potwierdzenia w ich postępowaniu.

6. Opinię społeczną o funkcjonowaniu służby zdrowia najsilniej różnicuje wykształcenie oraz miejsce zamieszkania respondentów. Największy krytycyzm obserwuje się w środowisku wielkomiejskim oraz wśród inteligencji.

7. Lecznictwo podstawowe jest najbardziej egalitarną formą opieki zdrowotnej.

8. Zjawisko ponoszenia przez pacjentów dodatkowych kosztów za usługi medyczne uspołecznionej służby zdrowia występuje najczęściej w lecznictwie szpitalnym i dotyczy całego personelu /tzn. od lekarza do salowej/.

9. W większości opinia społeczna nie obarcza lekarzy drastycznymi odstępstwami od obowiązującej etyki. Przyczyną naruszania etyki zawodowej przez lekarzy są z jednej strony rażąco niskie ich zarobki, z drugiej zaś obowiązujące społecznie obyczaje. Należałoby, zdaniem badanych, stworzyć lekarzom i personelowi medycznemu godziwe warunki pracy i płacy, a wtedy więcej wymagać i bezwzględnie egzekwować obowiązki.