



Zeszyt Rolny Nr 6

Dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej w obszarach
miejskich i wiejskich w Polsce

Autorzy opracowania:

Prof. Andrzej M. Fal

Dorota Kiedlik

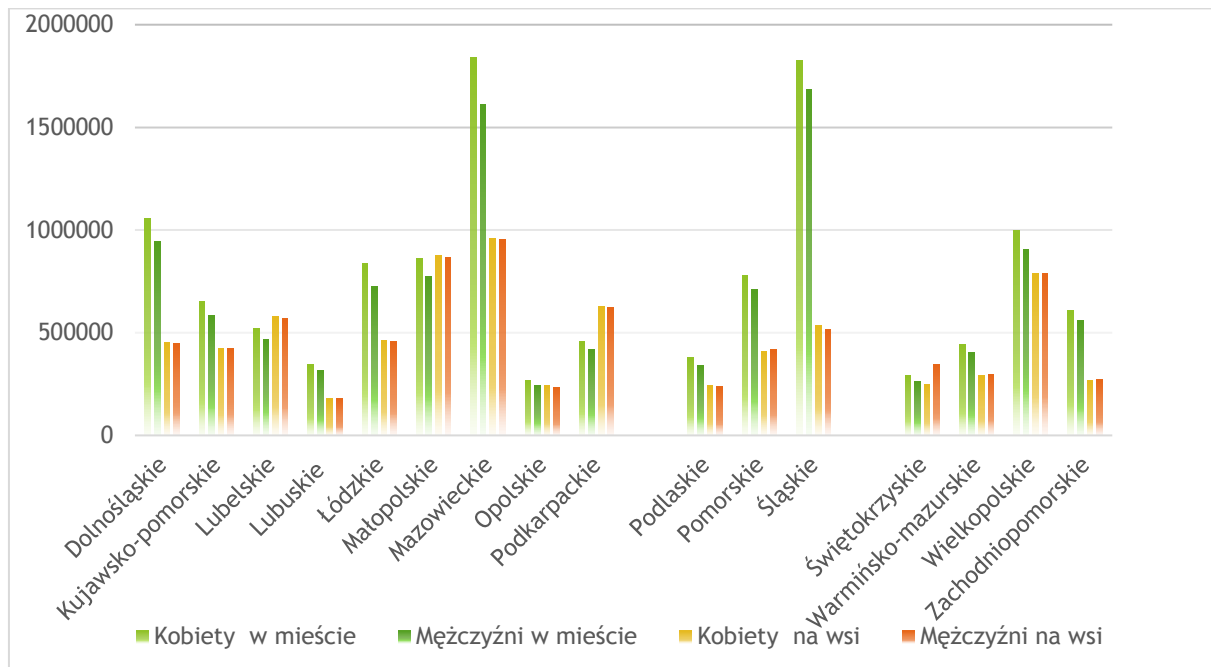
Olga Partyka

Spis treści

1. Demografia w podziale miasto-wieś.....	3
2. Wybrane jednostki chorobowe – hospitalizacje	6
3. Determinanty dostępności do opieki zdrowotnej w podziale miasto – wieś	7
3.1. <i>Liczba przychodni i praktyk lekarskich. Liczba porad ambulatoryjnych.....</i>	<i>7</i>
3.2. <i>Porady stomatologiczne</i>	<i>9</i>
3.3. <i>Apteki.....</i>	<i>10</i>
3.4. <i>Niezaspokojone potrzeby zdrowotne.....</i>	<i>10</i>
3.5. <i>Umieralność noworodków</i>	<i>11</i>
3.6. <i>Badania profilaktyczne</i>	<i>11</i>
3.7. <i>Opieka i leczenie sanatoryjne</i>	<i>12</i>
4. Wnioski	13

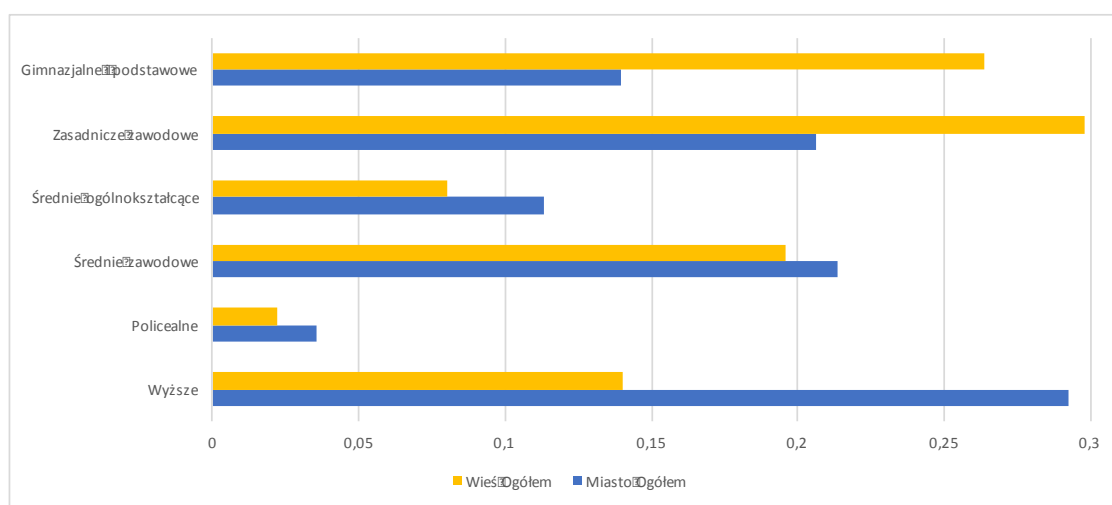
1. Demografia w podziale miasto-wieś

W Polsce według danych GUS żyje około 38,5 mln ludzi, z tego około 60% ludności mieszka w miastach. Najwięcej osób żyje w miastach w województwie Śląskim (77%), a najmniej w województwie podkarpackim (41%) (Ryc. 1).



Ryc. 1. Ludność Polski według płci i województw w 2016r.; opracowanie własne na podstawie danych GUS

W Polsce populacyjnie mamy do czynienia z przewagą liczby kobiet - w miastach, gdzie żyje około 11 mln mężczyzn i 12 mln kobiet (współczynnik feminizacji - 111), na wsi – nieco ponad 8 mln kobiet i ok. 8 mln mężczyzn (współczynnik feminizacji – 101).

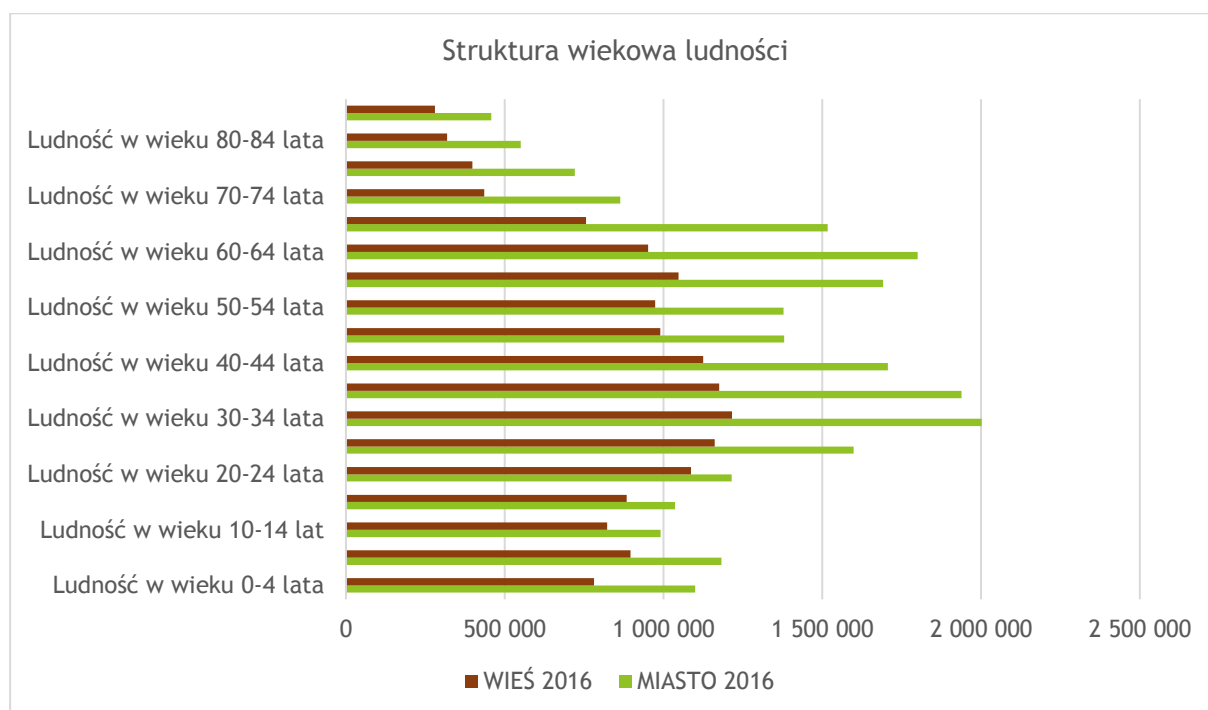


Ryc. 2. Poziom wykształcenia mieszkańców wsi i miast w wieku 15 lat i więcej (w procentach ludności, w IV kwartale 2016r.), opracowanie własne na podstawie danych GUS

Istotne nierówności w podziale na miasto i wieś istnieją w poziomie wykształcenia. Mieszkańcy miast w największym procencie są to osoby z wykształceniem wyższym (5,4 mln) lub średnim zawodowym (4 mln) – co łącznie stanowi ponad 50% populacji. Na wsi najwięcej jest osób z wykształceniem zasadniczym zawodowym (3,2mln) i gimnazjalnym/podstawowym i niepełnym podstawowym (3,6 mln) – łącznie ponad 55% (Ryc. 2.)¹.

Poziom wykształcenia jest jednym z determinantów zdrowia - osoby z wyższym wykształceniem mają większą wiedzę dotyczącą zachowań prozdrowotnych, wykazują się także lepszym zrozumieniem informacji przekazywanych przez lekarza.

W strukturze wiekowej populacji Polski widać przewagę liczby osób w wieku **poprodukcyjnym** około 7,8 mln nad osobami w wieku **przedprodukcyjnym** około 6,9 mln, co jest jednym z niepokojących wskaźników starzenia się społeczeństwa. Wzrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym charakteryzuje się dosyć dużą dynamiką (w 2010 r. – 6,5 mln, w 2016 r. - 7,8 mln), podobnie jak równoczesne zmniejszanie się populacji w wieku przedprodukcyjnym (w 2010 r. – 7,2 mln, w 2016 r. – 6,9 mln). W chwili obecnej Populacja wiejska jest też nieco młodsza, mediana wieku wynosi 38,4 vs 41,4 w miastach (dane GUS), a jej struktura jest wiekowo bardziej zrównoważona (Ryc. 3).



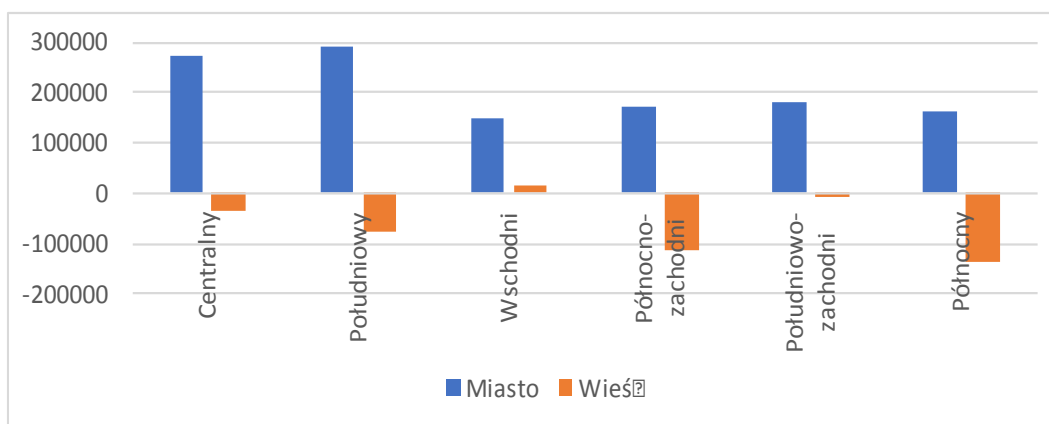
Ryc. 3. Różnice profilu demograficznego wsi i miasta, opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Opisane niekorzystne zjawiska demograficzne występują jednak zarówno w mieście jak i na wsi, a wsi dotyczy to w większym stopniu. Największa różnica występowała w centralnej i południowej części Polski (Ryc. 3a)². Liczba urodzeń zmniejsza się zarówno w mieście jak i na wsi. Współczynnik dzietności w mieście w 2015r. wynosił 1,24, na wsi 1,35³.

¹ Główny Urząd Statystyczny, "Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2016 roku."

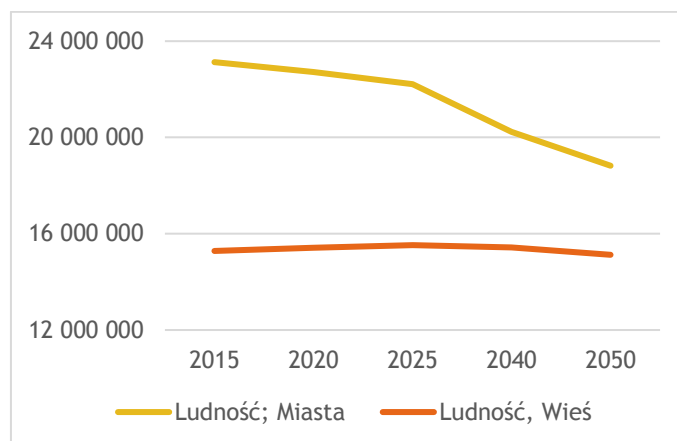
² Główny Urząd Statystyczny "Ludność. Stan i struktura oraz ruch naturalny w przekroju terytorialnym (stan w dniu 31.12.2016r.)"

³ Główny Urząd Statystyczny "Rozwój i zmiany w strukturze ludności w latach 1950-2015"



Ryc. 3a. Różnice liczebności populacji poprodukcyjnej i przedprodukcyjnej w podziale na regiony, opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Prognozy demograficzne wskazują także, że przewidywany spadek wielkości populacji polskiej będzie dotyczył przede wszystkim miast. Do roku 2050 liczba ludności miejskiej może spaść o 18,61%, podczas gdy na wsi jedynie o 1,08% (Ryc. 4.).



Ryc. 4. Prognoza liczebności populacji w podziale na miasta i wieś, opracowanie własne na podstawie danych GUS.

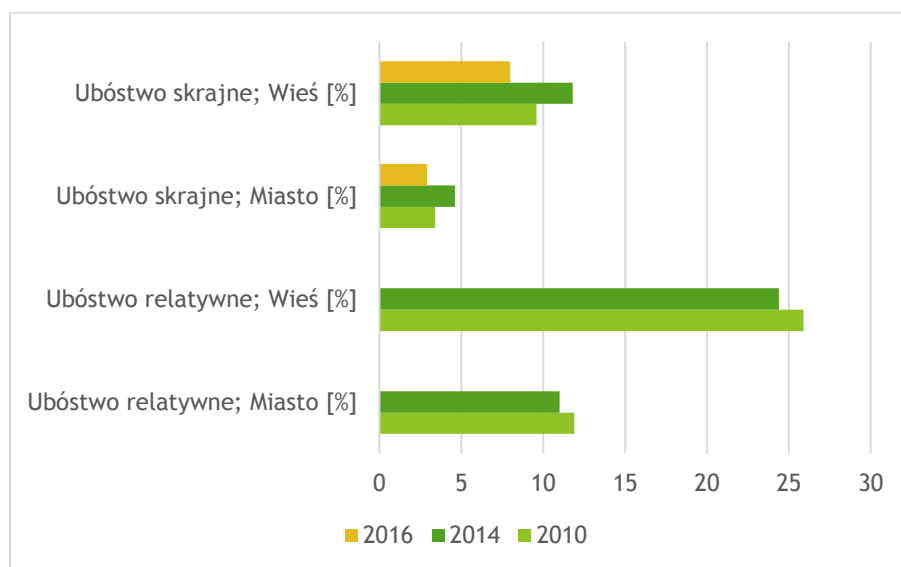
Według danych GUS aktywnych zawodowo w wieku 15 lat i więcej było 17,3 mln osób, w tym 16,3 mln osób pracujących i mniej niż 1 mln osób bezrobotnych. Liczba osób niepracujących (bezrobotnych, jak i biernych zawodowo w wieku 15 lat i więcej) zmniejszyła się, wskaźnik aktywności zawodowej (liczba osób niepracujących przypadających na 1000 osób pracujących) wynosił 880 (w miastach 874, na wsi 890⁴). Przeciętne wynagrodzenie brutto rolników, ogrodników, leśników i rybaków wynosiło w 2014r. 2694,18 zł dla mężczyzn i 2558,23 zł dla kobiet w porównaniu z przeciętnym wynagrodzeniem brutto w przetwórstwie przemysłowym – odpowiednio 3477,79 zł i 2391,19 zł⁵. Łącznie wartość niższa wskaźnika aktywności zawodowej i niższa wysokość średnich płac pokazują mniejszą zamożność populacji wiejskiej.

W konsekwencji zasięg ubóstwa skrajnego w 2016 r. na wsi (8%) był zdecydowanie wyższy niż w mieście (2,9%) (Ryc. 5). Najbardziej narażonymi grupami na doświadczanie ubóstwa skrajnego były w 2016 r. gospodarstwa osób utrzymujących się z tzw. niezarobkowych źródeł (15,9%),

⁴ Główny Urząd Statystyczny „Aktywność ekonomiczna ludności Polski IV kwartał 2016r.”

⁵ Główny Urząd Statystyczny „Struktura wynagrodzeń według zawodów w październiku 2014r.”

gospodarstwa domowe rolników (11%) i rencistów (8,5%). Istnieje znaczne zróżnicowanie dynamiki zmian stopy ubóstwa w zależności od liczby dzieci. Wśród gospodarstw z przynajmniej 3 dzieci do lat 18 poziom ubóstwa skrajnego spadł w 2016 r. w porównaniu z 2015 r. o około 7 punktów procentowych (PP) i wyniósł około 10%, podczas gdy w gospodarstwach z 2 dziećmi nastąpił spadek około 3 PP i wyniósł około 5%, a w gospodarstwach z dokładnie 1 dzieckiem do lat 18 spadł o 1 PP i wyniósł ponad 4%⁶. Widoczna, znacząca poprawa, szczególnie w gospodarstwach wielodzietnych jest w dużej mierze wynikiem programu 500+.



Ryc. 5. Wskaźniki zagrożenia ubóstwem, opracowanie własne na podstawie danych GUS.

2. Wybrane jednostki chorobowe – hospitalizacje

Nowotwory, choroby układu krążenia oraz urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych stanowią główne problemy zdrowotne w polskim społeczeństwie. Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego-Państwowego Zakładu Higieny (NIZP-PZH) w 2015 roku z powodu nowotworów (C00-D48) najczęściej hospitalizowano osób mieszkających w mieście, gdzie współczynnik hospitalizacji wyniósł 193,2 na 10 tys. mieszkańców (na wsi 156,8). Największą grupę stanowiły osoby powyżej 65 r.ż. (miasto: 536,6; wieś: 446,5), a najmniejszą osoby w wieku 1-4 (miasto: 32,1; wieś: 26,4).

	Ogółem	Poniżej 1 roku	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	20-34 r.ż.	35-44 r.ż.	45-54 r.ż.	55-64 r.ż.	65+ r.ż.
Miasto	193,2	46	32,1	33,7	42,6	43,1	99,5	206,6	360,9	536,6
Wieś	156,8	30,7	26,4	27,4	34,6	40,7	91,9	190	317,5	446,5

Tab. 1. Nowotwory jako główna przyczyna hospitalizacji w 2015r. (współczynnik hospitalizacji na 10000 mieszkańców)

Źródło: <http://www.statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2015szac.htm>

⁶ Główny Urząd Statystyczny „Zasięg ubóstwa ekonomicznego w Polsce w 2016r.” - uzupełnione

Według danych NIZP-PZH w roku 2015 z powodu urazów, zatruc i innych określonych skutków działania czynników zewnętrznych (S00-T98) współczynnik hospitalizacji osób z terenów miejskich wyniósł 183,3 osób na 10000 mieszkańców, a osób z obszarów wiejskich 183,2.

	Ogółem	Poniżej 1 roku	1-4 r.ż.	5-14 r.ż.	15-19 r.ż.	20-34 r.ż.	35-44 r.ż.	45-54 r.ż.	55-64 r.ż.	65+ r.ż.
Miasto	183,3	187,6	200,6	234,3	294,4	173,9	147	145,7	152,1	221,8
Wieś	183,2	130,5	167,1	183,8	250,7	186,4	155,3	156,9	167,6	225,5

Tab. 2. Urazy, zatrucia i inne określone skutki działania czynników zewnętrznych (współczynnik hospitalizacji na 10000 mieszkańców)

Źródło: <http://www.statystyka1.medstat.waw.pl/wyniki/TabelaEurostat2015szac.htm>

Różnica na niekorzyść mieszkańców wsi (pojawiająca się w grupie wiekowej 20-64 r.ż.) może wskazywać na większą urazowość pracy na roli i/lub nieprzestrzeganie zasad BHP.

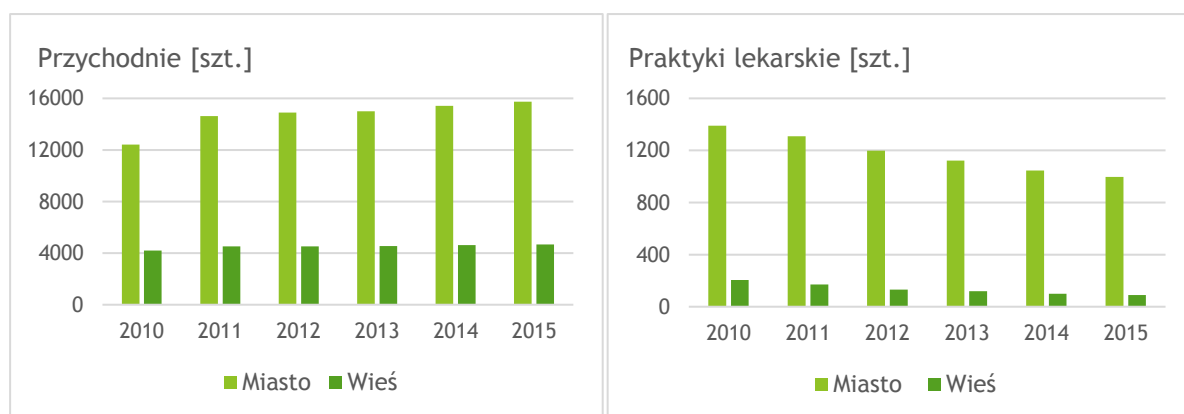
3. Determinanty dostępności do opieki zdrowotnej w podziale miasto – wieś

Dostęp do świadczeń zdrowotnych jest jednym z podstawowych kryteriów opisujących adekwatność funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Konstytucyjnie każdy obywatel ma prawo do równego dostępu do opieki zdrowotnej, jednak ze względu na ograniczenia finansowe, kadrowe czy rozwiązania techniczne, w systemie ochrony zdrowia występują ograniczenia dostępu terminowe (w przypadku długiego czasu oczekiwania) oraz terytorialne (związane z rozmieszczeniem placówek świadczeniodawców). Wysokospecjalistyczna aparatura czy większa liczba specjalistycznej kadry medycznej jest domeną dużych ośrodków miejskich, natomiast dostępność do lekarzy pierwszego kontaktu, specjalistyki ambulatoryjnej (przynajmniej w specjalnościach zgodnych z najczęstszymi epidemiologicznie chorobami przewlekłymi), aptek i pozostałych świadczeń powinna być zbliżona niezależnie od miejsca zamieszkania.

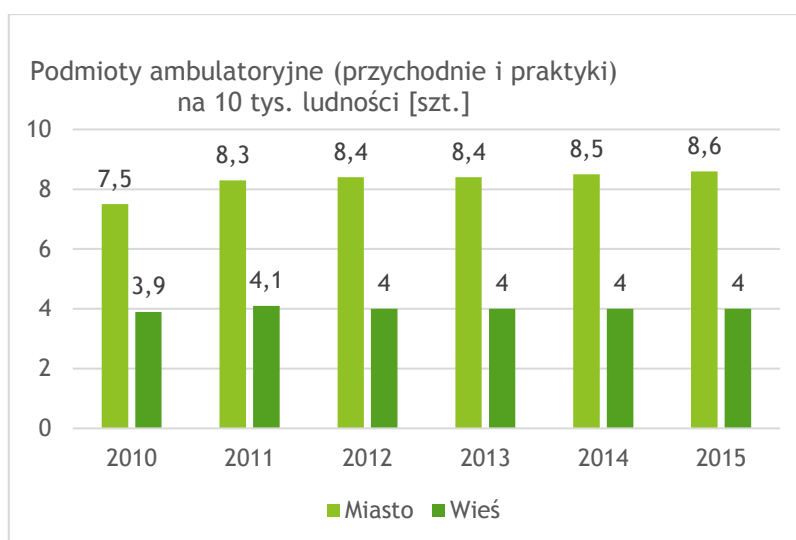
3.1. LICZBA PRZYCHODNI I PRAKTYK LEKARSKICH. LICZBA PORAD AMBULATORYJNYCH.

Jednym z determinantów oceny dostępności do świadczeń zdrowotnych jest liczba przychodni/poradni ambulatoryjnych oraz praktyk lekarskich. Według danych GUS w 2014 roku w Polsce funkcjonowały 20 052 przychodnie lekarskie, z czego zdecydowana większość znajdowała się w miastach – 15426, na obszarach wiejskich dostępnych było jedynie 4626 przychodni. Średnio w miastach znajduje się do 2 razy więcej podmiotów ambulatoryjnych na 10 tysięcy mieszkańców niż na wsi, ponadto w miastach obserwuje się trend wzrostu ich liczby, a na wsi od 2012 roku brak jest jakiegokolwiek zmiany (Ryc. 6).

a)



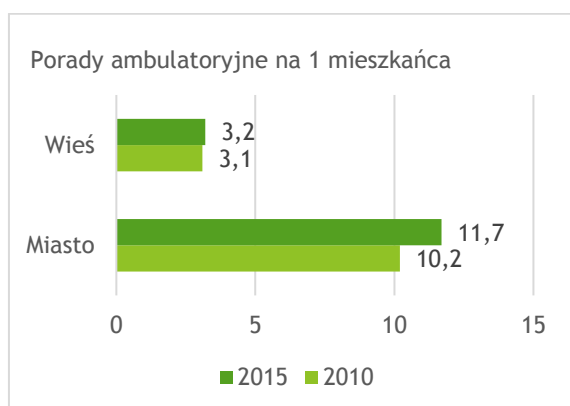
b)



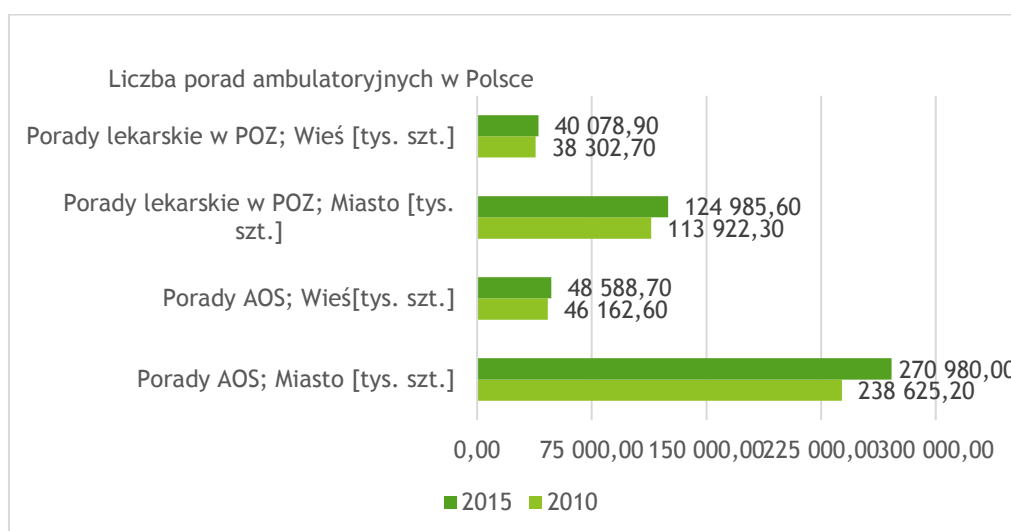
Ryc. 6. Liczba przychodni i praktyk lekarskich w podziale na miasta i wieś: a – liczba w sztukach w Polsce; b – liczba na 10 tys. w latach 2011-2015; opracowanie własne na podstawie danych GUS

Bezpośrednią konsekwencją mniejszej dostępności terytorialnej jest mniejsza liczba porad lekarskich udzielanych mieszkańcom wsi. W 2014 roku udzielono w ramach podstawowej opieki zdrowotnej prawie 160 mln porad lekarskich, z czego 120 mln w miastach a tylko ok. 39 mln na wsi. Podstawowa opieka zdrowotna jest, w założeniu, filarem i „gatekeeperem” systemu; miejscem pierwszego kontaktu pacjenta z opieką zdrowotną oraz miejscem skąd powinny być koordynowane wszystkie inne usługi systemu na rzecz pacjenta. Z tego powodu każdy pacjent powinien mieć równy dostęp do korzystania ze świadczeń POZ. Dopelnieniem opieki ambulatoryjnej jest ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS). Większość systemów opieki zdrowotnej w ostatnich latach przesuwają środki finansowe z opieki szpitalnej (stacjonarnej) na ambulatoryjną. Oprócz większej efektywności kosztowej skutkuje to szybszym wykrywaniem i pełniejszym monitorowaniem chorób przewlekłych, których większość zaliczana jest do chorób cywilizacyjnych. W danych GUS widać, że w Polsce liczba porad ambulatoryjnych (POZ+AOS) udzielanych mieszkańcom wsi (w liczbach bezwzględnych/na 10000 mieszkańców) jest prawie cztery razy mniejsza od wartości tego wskaźnika dla mieszkańców miast (Ryc. 7).

a)



b)



Ryc. 7. Liczba porad POZ na 1 mieszkańca (a) oraz w podziale ilościowym POZ/AOS (b) w rozbiciu na miasto – wieś w latach 2010-2014. Opracowanie własne na podstawie danych GUS.

Parametr liczby porad ambulatoryjnych jest w porównywaniu wsi i miasta jednym z najtrudniejszych do interpretacji. Na jego wartość wpływa wiele czynników, jak: rzeczywista liczba poradni i przychodni, liczba pracujących tam lekarzy, ale także odległość od miejsca zamieszkania do podmiotu leczniczego, trudności z infrastrukturą komunikacyjną czy brak świadomości związany z poziomem wykształcenia, ewentualnie, poziom zamożności w przypadku konieczności współpłacenia. Większość tych parametrów wypada na niekorzyść mieszkańców wsi.

3.2. PORADY STOMATOLOGICZNE

Kolejną istotną wartością obrazującą nierówności w zdrowiu mieszkańców obszarów miejskich i wiejskich są świadczenia zdrowotne z zakresu stomatologii. W 2014 roku ogółem udzielono 33874,3 tys. specjalistycznych porad stomatologicznych, z czego 28437,1 w mieście, a jedynie 5437,2 (16% wszystkich) na wsi. Generalnie stomatologia w Polsce jest słabo finansowana, ale pomimo tego stanowi bardzo dobry przykład różnicy w dostępie do opieki zdrowotnej mieszkańców miasta i wsi. Idąc dalej – ponieważ zakres realizowanych w ramach finansowania przez NFZ świadczeń stomatologicznych jest bardzo wąski, większość świadczeń realizowanych

jest odpłatnie. Mieszkańcy obszarów wiejskich z powodów finansowych, edukacyjnych i terytorialnych rzadziej decydują się na wizyty u dentysty (zarówno w ramach NFZ, jak i odpłatną).

Ostatnia wizyta u stomatologa				
Ogółem	mniej niż 6 miesięcy temu	od 6 do mniej niż 12 miesięcy temu	12 miesięcy temu lub dawnej	nigdy
w procentach				
Miasto	36,6	22,1	38,6	2,7
Wieś	29,4	20,3	46,0	4,3

Tab. 3. Wizyty u stomatologa w podziale miasto-wieś w 2014 roku. Źródło: GUS:

http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_1.aspx (dostęp 28.06.2017).

3.3. APTEKI

Integralną częścią opieki zdrowotnej jest farmakoterapia. Dlatego kolejnym determinantem oceny dostępu do opieki zdrowotnej jest liczba aptek i punktów aptecznych. Zdecydowanie należy brać pod uwagę różnicę kompetencji obu placówek. Według danych GUS za 2014 rok 99% punktów aptecznych działało na wsiach⁷. Według prawa farmaceutycznego punkty apteczne mogą sprzedawać jedynie leki gotowe, co a priori utrudnia mieszkańcom wsi dostęp do niektórych terapii. Ponadto generalnie lokalizacja aptek jest skoncentrowana w ośrodkach miejskich. Niestety utrzymuje się nadal trend narastania tej nierówności (Tab. 4).

	2010	2015	zmiana
Miasto	2472	2167	12%
Wieś	5067	4558	10%

Tab. 4. Liczba osób przypadająca na jedną aptekę ogólnodostępną/punkt apteczny w podziale miasto-wieś w latach 2010-2015. Źródło: GUS:

http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_6.aspx (dostęp 19.06.2017).

3.4. NIEZASPOKOJONE POTRZEBY ZDROWOTNE

Z definicji potrzeba zdrowotna jest zmianą w stanie zdrowia pacjenta, kiedy trzeba podjąć niezbędne kroki, aby nie dopuścić do negatywnych dla zdrowia skutków. Dlatego istotną jest ocena stopni zaspokojenia potrzeb zdrowotnych i minimalizacja tzw. niezaspokojonych potrzeb zdrowotnych, czyli sytuacji, kiedy obywatel potrzebuje świadczenia medycznego, a nie może go otrzymać z powodu braku dostępności ekonomicznej, geograficznej itd. Z wyników „Diagnozy Społecznej 2015”⁸ wynika, że stopień niezaspokojenia wszystkich rodzajów zdefiniowanych potrzeb zdrowotnych (z wyjątkiem hospitalizacji) jest istotnie wyższy na wsi niż w miastach.

⁷ Zdrowie i ochrona zdrowia w 2014 roku. Główny Urząd Statystyczny

⁸ http://www.diagnoza.com/pliki/raporty/Diagnoza_raport_2015.pdf

Grupa	Procent gospodarstw domowych, które zrezygnowały z:							
	zakupu leków	leczenia zębów	protez	usług lekarza	badan	rehabilitacji	sanatorium	szpitala
Grupa społeczno-ekonomiczna								
Pracownicy	10,2	18,0	17,3	10,6	7,5	18,3	19,9	2,0
Rolnicy	10,9	16,0	20,0	10,8	9,3	12,5	22,7	0,6
Pracujący na własny rachunek	3,3	6,9	10,9	4,1	3,7	7,1	10,0	1,2
Emeryci	16,8	16,3	17,5	15,6	10,2	19,1	23,6	2,0
Renciści	33,3	40,4	39,9	30,1	20,7	37,0	49,5	2,8
Utrzymujący się z niezarobkowych źródeł	40,7	48,8	62,1	34,7	29,5	41,4	53,0	10,1
Klasa miejscowości zamieszkania								
Miasta powyżej 500 tys.	10,9	15,8	16,6	11,8	9,7	19,0	18,2	3,8
Miasta 200-500 tys.	13,0	17,3	23,2	13,4	8,3	19,3	17,4	1,5
Miasta 100-200 tys.	11,5	14,7	12,0	11,2	9,0	16,2	20,9	2,0
Miasta 20-100 tys.	15,5	21,4	21,7	15,2	12,1	22,7	31,1	3,3
Miasta poniżej 20 tys.	13,7	17,6	20,3	13,4	6,8	20,0	25,1	2,5
Wieś	16,4	21,1	22,4	14,5	9,9	20,0	27,9	1,2

Tab. 5. Niezaspokojone potrzeby zdrowotne w podziale na grupy społeczne i miejsce zamieszkania.
Źródło: DIAGNOZA SPOŁECZNA 2015

3.5. UMIERALNOŚĆ NOWORODKÓW

Umieralność noworodków jest bardzo czułym wskaźnikiem pokazującym efektywność i jakość działania systemu opieki zdrowotnej. Warunkowany przez szereg czynników socjoekonomicznych, demograficznych i systemowych, wskaźnik ten może służyć do określania jakości oraz różnicy dostępu do opieki zdrowotnej. Wg danych GUS nie ma obecnie istotnych różnic tego parametru między miastem i wsią.

3.6. BADANIA PROFILAKTYCZNE

Istotnym elementem pełnej dostępności opieki zdrowotnej jest udział w badaniach profilaktycznych. W szczególności, ponieważ nowotwory szyjki macicy od lat stanowią jedną z głównych przyczyn zgonów polskich kobiet, istotnym wskaźnikiem dostępności profilaktyki jest odsetek kobiet, które wykonały badania cytologiczne (Tab. 6). Niestety odsetek kobiet z obszarów wiejskich, które nigdy nie miały wykonanego tego badania jest prawie dwukrotnie wyższy niż w miastach. Co piąta Polka mieszkająca na wsi nigdy nie miała badania cytologicznego.

Obszar	Ogółem [tys.]	Czas od ostatniego badania cytologicznego				Nigdy nie wykonywały badania	Brak danych
		mniej niż 12 miesięcy	od 1 roku do 2 lat	od 2 do 3 lat	3 lata lub więcej		
miasto	9978,9	3207,2	2095,6	1046,1	2293,1	1117,5	219,5
		32,14%	21,00%	10,48%	22,98%	11,20%	
wieś	5998,1	1497	1137,5	638,4	1410,5	1159,8	155
		24,96%	18,96%	10,64%	23,52%	19,34%	

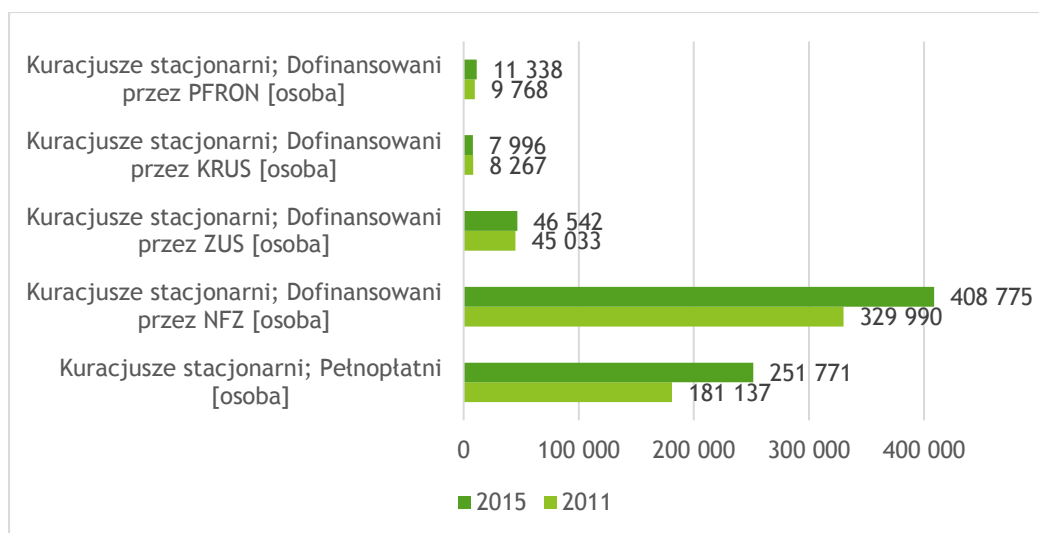
Tabl. 6. Badanie cytologiczne u kobiet powyżej 15 r.ż. w podziale na miasto i wieś (2014), opracowanie własne na podstawie danych GUS.

3.7. OPIEKA I LECZNICTWO SANATORYJNE

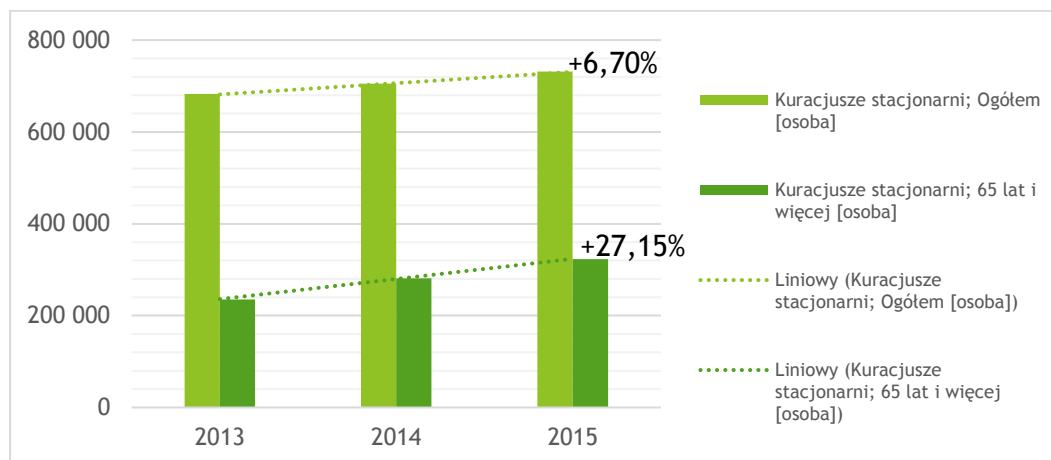
Zmiany epidemiologiczne dotyczące chorób przewlekłych oraz starzenie się społeczeństwa powinny skutkować wzrostem świadczeń rehabilitacyjnych i leczenia sanatoryjnego. Rzeczywiście w Polsce w okresie ostatnich czterech lat doszło do takiego wzrostu (z 574 195 pobyków do 726 422, czyli o 26,51%). Szczególnie duży przyrost pobyków pełnopłatnych świadczy z jednej strony o rosnącej świadomości społecznej w kontekście obu grup świadczeń, z drugiej jednak strony wskazuje na zbyt małe finansowanie ze środków publicznych. Właściwym trendem w tym kontekście jest finansowanie pobyków rehabilitacyjnych przez ZUS i KRUS, kompleksowe postępowanie rehabilitacyjne powinno dla tych instytucji być istotnym elementem przywracania do aktywności zawodowej (Ryc. 8a).

Właściwy jest natomiast dużo szybszy wzrost pobyków osób 65+ w sanatoriach w stosunku do całości populacji (Ryc. 8b).

a)



b)



4. Wnioski

Prognozy demograficzne dla Polski przewidują stabilność wielkości populacji terenów wiejskich na obecnym poziomie w ciągu najbliższych 35 lat. Należy podjąć szereg starań mających na celu wyrównanie standardu życia, w tym stopnia edukacji, zamożności i dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej pomiędzy mieszkańcami miast i wsi.

Ponieważ zarówno poziom edukacji i związany z tym poziom świadomości, jak i zamożność i związana z tym siła nabywcza, są czynnikami częściowo warunkującymi dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej, konieczne są wieloletnie programy pozwalające na poprawę tych elementów.

Natomiast poprawa dostępności większości świadczeń opieki medycznej musi nastąpić szybciej, w przeciwnym razie będziemy mieli do czynienia z narastającym rozwarstwieniem zdrowotnym pomiędzy miastem a wsią. W niniejszej analizie zwrócono uwagę m.in. na:

1. Potencjalnie większą urazowość pracy na roli – należy więc:
 - a. przeprowadzić badanie fokusowe oceniające główne przyczyny urazów oraz wiedzę rolników na temat zasad bezpieczeństwa, szczególnie w kontakcie z maszynami.
 - b. pilnie wdrożyć kampanię informacyjno-edukacyjną z włączeniem szkół wiejskich, ośrodków zdrowia, gmin itd.
2. Niską liczbę poradni i w efekcie porad medycznych – jest to najbardziej kompleksowy i najistotniejszy problem systemu opieki zdrowotnej na wsi. Związany jest zarówno z aspektem świadomościowym, jak i z dostępnością terytorialną. W chwili obecnej konieczne jest równoległe:
 - a. stworzenie zachęt dla lekarzy do pracy w środowisku wiejskim,
 - b. ułatwienie dojazdu pacjentów do lekarza w uzasadnionych przypadkach,
 - c. wprowadzenie obowiązkowych badań okresowych dla rolników – na wzór medycyny pracy.
3. Dostępność aptek. W rejonach o szczególnie niskiej dostępności terytorialnej trzeba utworzyć ruchome punkty apteczne mogące zabezpieczać potrzeby w szczególności osób przewlekle chorych o obniżonej mobilności.
4. Niezaspokojone potrzeby zdrowotne.
 - a. Zakup leków – częściowo zależny od rozwiązania proponowanego w punkcie 3. Aspekt finansowy powinien zostać rozwiązany poprzez umożliwienie refinansowania podstawowych wydatków na leki z funduszy opieki społecznej. Można przeanalizować opcję dofinansowania mobilnych aptek na terenach o szczególnym ich niedoborze.
 - b. Leczenie stomatologiczne – należy sfinansować utworzenie gabinetów stomatologicznych w gminach, które ich jeszcze nie posiadają oraz wprowadzić dodatkowe zachęty dla stomatologa, który mógłby objąć opieką kilka takich lokalizacji.
 - c. Profilaktyka i promocja zdrowia.
 - W przypadku badań profilaktycznych i przesiewowych należy stworzyć spójny program wskazujący potrzeby ilościowe poszczególnych regionów z uwzględnieniem terenów miejskich i wiejskich, a następnie wspomóc działania JST w tym zakresie.

- Promocja zdrowia – ze względu na niższy poziom edukacji populacji wiejskiej, większą rolę w propagowaniu zachowań prozdrowotnych wśród dzieci i młodzieży muszą przyjąć szkoły rejonów wiejskich. Należy wprowadzić obowiązkowe zajęcia edukacji zdrowotnej w tych szkołach w wymiarze co najmniej 1 godziny/tydzień finansowane przez Ministerstwo Edukacji, przy wsparciu MRiRW/KRUS wspólnie z JST (w ramach działań z zakresu promocji zdrowia).
- d. Rehabilitacja. Należy znacząco zwiększyć dostępność tych świadczeń dla środowisk wiejskich, zarówno seniorów (bardzo dobry jest program „Zdrowy i aktywny senior rolnik” mający na celu utrzymanie samodzielności lub zmniejszenie stopnia niesamodzielności), jak i w wieku aktywności zawodowej w celu przywracania do pracy osób po urazach i w celu profilaktyki szczególnie chorób układu ruchu w całej populacji wiejskiej.