

DOSTĘPNOŚĆ DO AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA WSI W POLSCE. UJĘCIE PRZESTRZENNO-CZASOWE

Agnieszka Krawczyk-Sołtys

Uniwersytet Opolski

Abstrakt. Celem artykułu było ustalenie zmian w dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce w ujęciu przestrzenno-czasowym w latach 2000-2011. Wśród podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej analizie poddano zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki lekarskie świadczące usługi zdrowotne wyłącznie ze środków publicznych. Reasumując wyniki analiz, można stwierdzić, że dostępność do zakładów opieki zdrowotnej oraz praktyk lekarskich na wsi w badanym okresie wzrosła. Wzrost ten był jednak znacznie wolniejszy niż w mieście, szczególnie w odniesieniu do zakładów opieki zdrowotnej. Mimo zwiększania się liczby tych podmiotów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, stale malał ich udział procentowy na wsi w badanym okresie. Z kolei udział procentowy praktyk lekarskich na wsi oraz liczba na 10 tys. mieszkańców rosła w badanym okresie. Wykazano duże zróżnicowanie regionalne pod względem dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: zakład opieki zdrowotnej, praktyka lekarska, wieś

WSTĘP

Specyfika usług zdrowotnych dotyka podstawowego czynnika gwarantującego rozwój demograficzny, społeczny i gospodarczy. Warunkiem równoważenia tempa tego rozwoju na wsi i w mieście jest między innymi dostępność do placówek ochrony zdrowia. Dysproporcje w ochronie zdrowia w relacji miasto-wieś są jednak widoczne. Pod względem bazy materialnej, a co za tym idzie – możliwości świadczenia usług zdrowotnych wieś nadal ustępuje miastu.

Celem artykułu było ustalenie zmian w dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce w ujęciu przestrzenno-czasowym. Aby zrealizować cel, dokonano analizy danych wtórnych publikowanych przez Główny Urząd Statystyczny oraz jego oddziały wojewódzkie. Analizą objęto lata 2000-2011.

ZMIANY W DOSTĘPNOŚCI DO AMBULATORYJNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA WSI W LATACH 2000-2011

Wśród podmiotów ambulatoryjnej opieki zdrowotnej analizie poddano zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki lekarskie. Zgodnie z definiowaniem tych organizacji przez Główny Urząd Statystyczny zakłady opieki zdrowotnej obejmują: przychodnie, ośrodki zdrowia i od 2001 roku poradnie samodzielnie, a jako „praktyka lekarska” rozumiane są podmioty, które podpisały kontrakt „praktyka lekarska – Narodowy Fundusz Zdrowia” lub „praktyka lekarska – zakład opieki zdrowotnej”, czyli świadczące usługi zdrowotne wyłącznie w ramach środków publicznych.

W tabeli 1 przedstawiono analizy udziału procentowego liczby zakładów opieki zdrowotnej na wsi w liczbie tych placówek ogółem w poszczególnych województwach. W badanym okresie prawie w całym kraju obserwuje się stałe zmniejszanie się odsetka zakładów opieki zdrowotnej na wsi. Wyjątek stanowią województwa wielkopolskie i zachodniopomorskie, w których udział ZOZ-ów na wsi był najniższy odpowiednio w 2000 i 2005 roku.

Tabela 1. Udział zakładów opieki zdrowotnej na wsi (%) w poszczególnych województwach
Table 1. Share of health care institutions in rural areas (%) in particular voivodeships

Województwo Voivodeship	Rok – Year			
	2000	2005	2010	2011
1	2	3	4	5
Dolnośląskie	27,91	23,00	20,63	19,51
Kujawsko-pomorskie	38,77	32,14	27,27	27,30
Lubelskie	43,13	38,55	35,05	32,14
Lubuskie	23,28	20,96	24,51	22,44
Łódzkie	32,90	23,47	22,20	19,69
Małopolskie	43,25	34,59	34,21	33,09
Mazowieckie	29,81	25,86	25,43	21,62
Opolskie	45,49	29,86	28,87	29,28
Podkarpackie	51,96	42,28	44,43	42,06
Podlaskie	37,88	21,54	23,41	23,00
Pomorskie	27,46	25,85	23,32	23,04
Śląskie	16,96	14,84	16,91	15,98
Świętokrzyskie	55,26	42,09	39,03	37,55

Tabela 1 – cd. / Table 1 – cont.

1	2	3	4	5
Warmińsko-mazurskie	22,10	19,91	19,72	18,98
Wielkopolskie	17,69	19,38	21,84	20,47
Zachodniopomorskie	18,53	13,08	14,85	14,71

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Wojewódzkich Urzędów Statystycznych, lata 2001-2012.

Source: own calculations based on data of the Central Statistical Office and Voivodeships Statistical Offices, 2001-2012.

Udział procentowy zakładów opieki zdrowotnej na wsi w Polsce zmniejszył się z 33,22% w 2000 roku do 23,66% w 2011 roku. Nie może to być uzasadnione natężającymi się migracjami ludności ze wsi do miast oraz migracjami zagranicznymi. Dane GUS wskazują bowiem, że odsetek ludności żyjącej na polskiej wsi zwiększył się w badanym okresie z 38,1% w 2000 roku do 39,3% w 2011 roku. Wśród województw legitymujących się największym odsetkiem ZOZ-ów na wsi znalazły się województwa: podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie i lubelskie. Należy zwrócić uwagę, że są to województwa, w których również udział procentowy ludzi mieszkających na wsi jest największy. Województwa, w których ten odsetek był najmniejszy, to: zachodniopomorskie, śląskie, dolnośląskie, łódzkie i wielkopolskie.

Na jeszcze większe dysproporcje między miastem a wsią w dostępności do organizacji opieki zdrowotnej wskazuje udział praktyk lekarskich na wsi. Jednak w odniesieniu do tych podmiotów tendencja w badanym okresie jest odwrotna niż w przypadku zakładów opieki zdrowotnej – prawie w całym kraju odsetek rośnie. W Polsce udział procentowy praktyk lekarskich na wsi wzrósł z 17,11% w 2000 roku do 25,61% w 2011. Największe zmiany na korzyść ludności wiejskiej w badanym okresie nastąpiły w województwach: małopolskim (z 21,54% do 47,33%), mazowieckim (z 18,63% do 42,82%) i lubelskim (z 32,98% do 41,31%). W dwóch województwach, łódzkim i pomorskim, w przeciwieństwie do pozostałej części kraju, udział praktyk lekarskich na wsi zmniejszył się w badanym okresie, a w województwie lubuskim pozostał na niezmiennym poziomie (około 16%).

Tabela 2. Udział praktyk lekarskich na wsi (%) w poszczególnych województwach
Table 2. Share of medical practices in rural areas (%) in particular voivodeships

Województwo Voivodeship	Rok – Year			
	2000	2005	2010	2011
1	2	3	4	5
Dolnośląskie	12,83	13,86	12,72	13,83
Kujawsko-pomorskie	10,23	14,44	20,74	20,16
Lubelskie	32,98	35,63	37,13	41,31
Lubuskie	16,00	13,62	15,86	15,54
Łódzkie	38,61	21,93	29,71	29,21

Tabela 2 – cd. / Table 2 – cont.

1	2	3	4	5
Małopolskie	21,54	37,44	44,88	47,33
Mazowieckie	18,63	23,85	40,65	42,82
Opolskie	20,26	25,26	29,04	24,75
Podkarpackie	20,29	24,85	33,33	33,16
Podlaskie	16,46	23,48	21,26	21,47
Pomorskie	30,06	18,84	22,79	24,53
Śląskie	15,46	16,39	19,01	25,71
Świętokrzyskie	22,12	27,36	28,25	27,88
Warmińsko-mazurskie	11,58	13,12	14,52	15,14
Wielkopolskie	18,46	22,94	24,81	24,05
Zachodniopomorskie	9,89	9,46	9,92	10,59

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Wojewódzkich Urzędów Statystycznych, lata 2001-2012.

Source: own calculations based on data of the Central Statistical Office and Voivodeships Statistical Offices, 2001-2012.

Liczba jednostek ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w stosunku do liczebności populacji wydaje się najbardziej adekwatną miarą dostępności obywateli do usług zdrowotnych. Jest to jeden z mierników, którego wysoka użyteczność w ochronie zdrowia jest podkreślana w literaturze przedmiotu [Kozierkiewicz 2001]. Dokonano więc analizy zmian w liczbie zakładów opieki zdrowotnej (tab. 3) i praktyk lekarskich (tab. 4) przypadających na 10 tys. mieszkańców.

W badanym okresie liczba zakładów opieki zdrowotnej na wsi na 10 tys. mieszkańców w Polsce zwiększyła się z 2,06 (w 2000 roku) do 2,99 (w 2011 roku). Mimo tak dużego wzrostu tego miernika, nadal pogłębiała się dysproporcja między miastem i wsią pod tym względem (liczba ZOZ-ów na 10 tys. mieszkańców w mieście zwiększyła się z 2,31 aż do 6,25). W 2011 roku miernik ten przyjął najwyższe wartości w województwach: śląskim (4,24), podkarpackim (3,51), podlaskim (3,37) i łódzkim (3,28); najniższe wartości zaobserwowano natomiast w województwach: wielkopolskim (2,38), zachodniopomorskim (2,42) oraz kujawsko-pomorskim (2,47).

Jeszcze większy wzrost zaobserwowano w badanym okresie w liczbie praktyk lekarskich na wsi w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców (tab. 4). W Polsce miernik ten wzrósł prawie dwukrotnie – z 0,63 w 2000 roku do 1,11 w 2011 roku, choć w województwach zachodniopomorskim i pomorskim, w których w 2000 roku był on najwyższy w kraju, jego wartość się obniżyła. Także w miastach nastąpił dwukrotny wzrost, z tym że na tych terenach wartości tego miernika były znacznie niższe i wynosiły 0,36 w 2000 roku oraz 0,72 w 2011 roku. Należy podkreślić, że analizie poddano jedynie podmioty, które świadczyły usługi zdrowotne wyłącznie w ramach środków publicznych. Największa liczba tak rozumianych praktyk lekarskich przypadała na 10 tys.

Tabela 3. Liczba zakładów opieki zdrowotnej na wsi w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach

Table 3. Number of health care institutions in rural areas calculated per 10 thous. population in particular voivodeships

Województwo Voivodeship	Rok – Year			
	2000	2005	2010	2011
Dolnośląskie	1,97	2,09	2,77	2,97
Kujawsko-pomorskie	2,27	2,27	2,22	2,47
Lubelskie	2,29	2,48	3,04	3,12
Lubuskie	1,24	1,69	3,03	3,10
Łódzkie	2,49	2,65	3,10	3,28
Małopolskie	1,96	2,45	2,83	3,14
Mazowieckie	1,79	2,15	2,68	2,81
Opolskie	2,09	2,14	2,58	3,04
Podkarpackie	2,98	2,50	3,21	3,51
Podlaskie	2,71	1,94	3,07	3,37
Pomorskie	1,59	1,80	2,35	2,60
Śląskie	2,90	2,70	4,04	4,24
Świętokrzyskie	2,69	2,69	2,76	2,87
Warmińsko-mazurskie	1,41	1,49	2,38	2,60
Wielkopolskie	1,02	1,29	2,15	2,38
Zachodniopomorskie	1,13	1,34	2,17	2,42

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Wojewódzkich Urzędów Statystycznych, lata 2001-2012.

Source: own calculations based on data of the Central Statistical Office and Voivodeships Statistical Offices, 2001-2012.

Tabela 4. Liczba praktyk lekarskich na wsi w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach

Table 4. Number of medical practices in rural areas calculated per 10 thous. population in particular voivodeships

Województwo Voivodeship	Rok – Year			
	2000	2005	2010	2011
1	2	3	4	5
Dolnośląskie	0,64	0,96	1,05	0,99
Kujawsko-pomorskie	0,23	0,66	0,95	0,94
Lubelskie	1,04	1,38	1,57	1,57
Lubuskie	0,45	0,88	0,97	1,04

Tabela 4 – cd. / Table 4 – cont.

1	2	3	4	5
Łódzkie	0,42	1,00	0,89	0,85
Małopolskie	0,42	0,89	0,67	0,73
Mazowieckie	0,21	0,57	0,92	0,90
Opolskie	0,61	1,93	1,82	1,53
Podkarpackie	0,57	0,99	1,58	1,58
Podlaskie	0,80	1,57	1,48	1,40
Pomorskie	1,52	1,54	1,04	1,01
Śląskie	1,21	1,50	1,32	1,32
Świętokrzyskie	0,36	0,78	1,08	1,07
Warmińsko-mazurskie	0,92	1,07	1,04	1,07
Wielkopolskie	0,43	0,91	1,30	1,33
Zachodniopomorskie	1,24	1,42	0,73	0,76

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego i Wojewódzkich Urzędów Statystycznych, lata 2001-2012.

Source: own calculations based on data of the Central Statistical Office and Voivodeships Statistical Offices, 2001-2012.

mieszkańców w 2011 roku w województwach: podkarpackim (1,58), lubelskim (1,57) i opolskim (1,53); najmniejszą wartością tego miernika charakteryzowały się województwa: małopolskie (0,73), zachodniopomorskie (0,76) oraz łódzkie (0,85).

WNIOSKI

Reasumując zaprezentowane wyniki analiz, można stwierdzić, że dostępność do zakładów opieki zdrowotnej oraz praktyk lekarskich na wsi w badanym okresie wzrosła. Wzrost ten był jednak znacznie wolniejszy niż w mieście, co jest szczególnie widoczne w przypadku zakładów opieki zdrowotnej. Mimo zwiększania się liczby tych podmiotów w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców, stale malał ich udział procentowy na wsi w badanym okresie. Duże też było zróżnicowanie regionalne pod względem dostępności do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największym odsetkiem ZOZ-ów na wsi charakteryzowały się województwa o stosunkowo wysokim odsetku ludzi żyjących na tych terenach (podkarpackie, świętokrzyskie, małopolskie i lubelskie). Z kolei liczba tych podmiotów na 10 tys. mieszkańców była duża w województwach, w których są jedne z największych aglomeracji miejskich (śląskie, łódzkie). W przypadku praktyk lekarskich, ich udział procentowy na wsi oraz liczba na 10 tys. mieszkańców rosła w badanym okresie. Należy jednak podkreślić, że analizie poddano jedynie podmioty świadczące usługi zdrowotne wyłącznie w ramach środków publicznych, nie uwzględniając praktyk komercyjnych, które były skupione przede wszystkim w dużych miastach.

Jak wskazują badania, mieszkańcy wsi relatywnie częściej rezygnują z wizyt u lekarza oraz badań medycznych [Murawska i Michalska 2011]. Głównym powodem takich zachowań jest brak dostępności do podmiotów ochrony zdrowia w miejscu zamieszkania. Można więc uznać, że choć w ostatnich kilkunastu latach dostępność do zakładów opieki zdrowotnej oraz praktyk lekarskich na polskich wsiach wzrosła, to infrastruktura ta nadal jest niewystarczająca w stosunku do potrzeb.

Należy jednak pamiętać, że proces zaspokajania potrzeb zdrowotnych odbywa się w ramach funkcjonowania systemu zdrowotnego w postaci świadczeń zdrowotnych pociągających za sobą ponoszenie nakładów finansowych, rzeczowych i osobowych [Suchecka 2010]. Biorąc więc pod uwagę wzrost kosztów opieki zdrowotnej, wynikający zarówno z postępu technicznego (rozwój metod terapeutycznych i zaawansowanych technologii diagnostycznych, wydłużenie życia), jak i rozszerzania zakresu działalności sfery ochrony zdrowia, nadal głównym czynnikiem ograniczającym dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi będzie rachunek ekonomiczny.

LITERATURA

- Kozierkiewicz A., 2001. Użyteczność mierników i wskaźników. W: Mierniki i wskaźniki w ochronie zdrowia. Red. J. Hrynkiewicz. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa.
- Murawska A., Michalska A., 2011. Ocena wybranych problemów ochrony zdrowia ludności w Polsce. W: Kształtowanie wartości ZOZ nowym wyzwaniem menedżerów. Red. M. Łyszczak, M. Węgrzyn, D. Wasilewski. Pr. Nauk Uniw. Ekon. Wroc. 226, 178-181.
- Rocznik statystyczny Rzeczypospolitej Polskiej. 2012. Główny Urząd Statystyczny, Warszawa.
- Rocznik statystyczny województwa dolnośląskiego. 2012. Urząd Statystyczny we Wrocławiu.
- Rocznik statystyczny województwa kujawsko-pomorskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Bydgoszczy.
- Rocznik statystyczny województwa lubelskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Lublinie, Lublin.
- Rocznik statystyczny województwa lubuskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Zielonej Górze, Zielona Góra.
- Rocznik statystyczny województwa łódzkiego. 2012. Urząd Statystyczny w Łodzi, Łódź.
- Rocznik statystyczny województwa małopolskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Krakowie, Kraków.
- Rocznik statystyczny województwa mazowieckiego. 2012. Urząd Statystyczny w Warszawie, Warszawa.
- Rocznik statystyczny województwa opolskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Opolu, Opole.
- Rocznik statystyczny województwa podkarpackiego. 2012. Urząd Statystyczny w Rzeszowie, Rzeszów.
- Rocznik statystyczny województwa podlaskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Białymstoku, Białystok.
- Rocznik statystyczny województwa pomorskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Gdańsku, Gdańsk.
- Rocznik statystyczny województwa śląskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Katowicach, Katowice.
- Rocznik statystyczny województwa świętokrzyskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Kielcach, Kielce.
- Rocznik statystyczny województwa warmińsko-mazurskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Olsztynie, Olsztyn.
- Rocznik statystyczny województwa wielkopolskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Poznaniu, Poznań.
- Rocznik statystyczny województwa zachodniopomorskiego. 2012. Urząd Statystyczny w Szczecinie, Szczecin.
- Suchecka J., 2010. Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej. Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.

**AVAILABILITY OF OUTPATIENT HEALTH CARE IN RURAL AREAS
IN POLAND. SPACE-TIME RECOGNITION**

Summary. The purpose of this article was to determine changes in the availability of outpatient health care in rural areas in Poland in terms of space-time. Among the subjects of ambulatory care healthcare institutions and medical practices providing health care services exclusively within the framework of public funds were analysed. Summing up the results of the analysis it can be concluded that the availability of health care facilities and medical practices in the country in the investigated period increased. This growth was much slower than in the city, which was particularly evident in the case of health care institutions. Despite the increasing number of these entities per 10 thous. population, their percentage in the country during the period was steadily decreasing. Regional differences in terms of access to outpatient care were also meaningful. In the case of medical practices, the percentage in the country and their number per 10 thous. population was increasing during the period.

Key words: health care institution, medical practice, rural areas

Zaakceptowano do druku – Accepted for print: 26.05.2014

Do cytowania – For citation: Krawczyk-Soltys A., 2014. Dostępność do ambulatoryjnej opieki zdrowotnej na wsi w Polsce. Ujęcie przestrzenno-czasowe. J. Agribus. Rural Dev. 2(32), 79-86.