

*Agnieszka Bukowska-Piastryńska**

KIERUNKI ZMIAN W DOSTĘPNOŚCI OPIEKI ZDROWOTNEJ W WOJEWÓDZTWIE ŁÓDZKIM U PROGU XXI W.

Streszczenie: Równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych to jedno z głównych praw ludzi, a jej zapewnienie jest podstawowym celem każdego systemu opieki zdrowotnej. Zmiany zachodzące w Polsce – procesy migracyjne, starzejące się społeczeństwo przy jednoczesnym silnym zróżnicowaniu demograficznym w przekroju regionalnym, restrukturyzacja placówek ochrony zdrowia itp., sprawiają, że dostępność opieki zdrowotnej również się zmienia.

Od przeszło 20 lat przeciętne trwanie życia mieszkańców woj. łódzkiego jest na najniższym poziomie w Polsce. Celem badawczym artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: czy na relatywnie krótką długość życia mieszkańców woj. łódzkiego może mieć wpływ ograniczony dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia. W artykule przedstawiono istotę problematyki dostępności w ochronie zdrowia. Wskazano miary jej oceny: subiektywne – ocena dostępności dokonana przez pacjentów na podstawie badań ankietowych (na podstawie Diagnozy społecznej), oraz obiektywne – obejmujące liczbę szpitali i łóżek przypadającą na 10000 mieszkańców, liczbę poradni podstawowej opieki zdrowotnej i poradni stomatologicznych przypadających na 10 000 mieszkańców, porady udzielone per capita oraz liczbę osób przypadających na aptekę ogólnodostępną (na podstawie danych GUS i Rejestru ZOZów). Analizę dostępności infrastruktury ochrony zdrowia w woj. łódzkim w XXI w. przedstawiono na tle Polski.

Przeprowadzona analiza nie daje uprawnień do twierdzącej weryfikacji tezy, że na relatywnie krótką długość życia mieszkańców woj. łódzkiego ma wpływ ograniczony dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia.

1. WPROWADZENIE

Równość w dostępie do świadczeń zdrowotnych to jedno z głównych praw ludzi, a jej zapewnienie powinno być podstawowym celem systemu opieki zdrowotnej. Polityka zdrowotna każdego państwa¹ i WHO² powinna zmierzać zatem do tak postawionego celu poprzez odpowiedni system regulacji prawnych, finansowych strukturalnych,

* Dr, Katedra Funkcjonowania Gospodarki, Uniwersytet Łódzki.

¹ Jeśli chodzi o kraje UE, to np. artykuł 129.1 Układu z Maastricht z 1993 r. stwierdza, że: „Wspólnota będzie współdziałała w celu zapewnienia wysokiego poziomu ochrony zdrowia obywateli. Działania Wspólnoty będą ukierunkowane na zapobieganie chorobom, w szczególności najważniejszym zagrożeniom zdrowotnym łącznie z uzależnieniami lekowymi, poprzez promowanie badań naukowych ukierunkowanych na ich przyczyny i rozprzestrzenianie, jak również na informację zdrowotną i nauczanie. Potrzeby ochrony zdrowia ludzi stanowią istotną część polityki Wspólnoty”.

² Strategia WHO „Zdrowie dla Wszystkich”, przyjęta w 1978r na międzynarodowej konferencji w Alma Acie, była wyrazem uznania przez najwyższe światowe forum zdrowia podstawowej zasady równości i sprawiedliwości społecznej w odniesieniu do spraw zdrowia. Główne jej przesłania to m.in.: równość społeczna w dostępie do podstawowej opieki zdrowotnej wg potrzeb; współuczestnictwo i współodpowiedzialność za zdrowie społeczeństwa. Strategia stała się programem wdrażania idei bezpieczeństwa zdrowotnego w skali świata i w tym znaczeniu została zaakceptowana przez rządy wszystkich 191 krajów członkowskich WHO. Przyjmując strategię „Zdrowie dla Wszystkich” zaakceptowano tym samym główny cel krajów członkowskich WHO na nadchodzące dekady – osiągnięcie przez wszystkich ludzi świata poziomu zdrowia, który pozwoli im wieść społecznie i ekonomicznie wydajne życie, [za:] J. Leowski, [2009], *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa, s. 27.

a także poprzez propagowanie zasad bioetyki (równość w dostępie do opieki zdrowotnej dla osób o identycznych potrzebach zdrowotnych, zapewnienie takiej samej jakości usług medycznych, jednakowe użytkowanie zasobów i pracy służącej zdrowiu)³.

W polskim systemie opieki zdrowotnej pojęcie dostępności ochrony zdrowia można definiować na dwóch poziomach⁴:

- na poziomie systemu – prawo do korzystania z opieki zdrowotnej daje tytuł ubezpieczeniowy (ubezpieczenie zdrowotne jest powszechne i obowiązkowe),
- na poziomie instytucji – pacjent ma prawo do korzystania z wszystkich faz opieki zdrowotnej (od promocji zdrowia, poprzez świadczenia profilaktyczne, diagnostykę i leczenie, rehabilitację po opiekę paliatywno-hospicyjną). Jeśli jest ubezpieczony, to nieodpłatnie, jeśli nie przedstawi dowodu ubezpieczenia, to świadczenie jest udzielane na jego koszt. Ograniczeniem zasady dostępności na tym poziomie jest również wymóg posiadania skierowania do lekarza specjalisty⁵ i do szpitala⁶.

Zmiany zachodzące w Polsce – starzejące się społeczeństwo przy jednoczesnym silnym zróżnicowaniu demograficznym w przekroju regionalnym⁷, sprawiają, że polityka społeczna państwa (w tym zdrowotna) powinna być zróżnicowana – z uwzględnieniem odmiennych uwarunkowań w poszczególnych województwach. Powinna ona oddziaływać na procesy związane z tworzeniem się i funkcjonowaniem rodzin, rozrodczością, poprawą stanu zdrowia i ograniczaniem umieralności oraz na procesy migracyjne tak, aby ich przebieg sprzyjał kształtowaniu optymalnego stanu i struktury ludności, zapewniając biologiczną ciągłość i zrównoważony rozwój społeczno-ekonomiczny.

Od przeszło 20 lat przeciętne trwanie życia mieszkańców woj. łódzkiego jest na najniższym poziomie w Polsce. W ubiegłym roku media wręcz alarmowały⁸, że woj. łódzkie zajmuje jedno z ostatnich miejsc w UE, jeśli chodzi o długość życia obywateli – 74,14 lat. Celem badawczym artykułu jest znalezienie odpowiedzi na pytanie: czy na relatywnie krótką długość życia mieszkańców woj. łódzkiego może mieć wpływ ograniczony dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia. W artykule przedstawiono istotę problematyki dostępności w ochronie zdrowia oraz analizę dostępności infrastruktury ochrony zdrowia w woj. łódzkim na tle Polski w XXI w. Do opracowania części empirycznej wykorzystano zasoby informacyjne pochodzące ze stron internetowych GUS i Rejestru ZOZ-ów oraz Diagnozy społecznej.

³ J. Suchecka, [2008], *Regulacje publiczne i prawne, równość sektorów w ochronie zdrowia*, [w:] K. Ryć, Z. Skrzypczak (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Nauk. WZ UW, Warszawa, s. 24.

⁴ A. Frąckiewicz-Wronka, [2004], *Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie*, [w:] R. Holly (red.), *Polityka zdrowotna*, tom I, s. 72.

⁵ Wymóg ten nie dotyczy m.in. wizyty u ginekologa i położnika, stomatologa, dermatologa, psychiatry i leczenia chorób wenerycznych, a także nosicieli HIV i gruźlicy.

⁶ Z wyjątkiem nagłych przypadków, wypadków, porodów itp.

⁷ Rządowa Rada Ludnościowa, [2004], *Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2002*, Warszawa, s.7-17.

⁸ Zob. np. M. Stańczyk, [05.10.2009], *W województwie łódzkim żyje się najkrócej w Unii*, Polska the Times – dziennik Łódzki.

2. DOSTĘPNOŚĆ OPIEKI ZDROWOTNEJ

2.1. Rys teoretyczny

Ochrona zdrowia jest to wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużenie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnych pokoleń.⁹ Natomiast opiekę zdrowotną można zdefiniować jako system zakładów opieki zdrowotnej i świadczonych przez nie usług, których celem jest umacnianie i poprawa zdrowia jednostek oraz społeczeństwa przez zapobieganie chorobom, wczesne ich wykrywanie, leczenie i rehabilitację.¹⁰ Celem tego systemu jest¹¹:

- zabezpieczenie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różnicujące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne¹² (dostępność opieki),
- zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasad jej ciągłości i globalnego podejścia),
- organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie innych zasobów materialnych, finansowych i osobowych – bazy ochrony zdrowia oraz ich kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność, skuteczność),
- konsekwentne wdrażanie rozwiązań doskonalących system oraz umożliwiających satysfakcję użytkowników systemu (biorców świadczeń medycznych), jak i personelu realizującego usługi i świadczenia medyczne.

Holly zwraca uwagę, że o celach i charakterze systemu ochrony zdrowia przesądza polityka zdrowotna danego kraju. Jej kształt wpływa również na sprawność i koszty funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, a więc na jego efektywność. Polityka zdrowotna tworzy zinstytucjonalizowaną formę urzeczywistniania jednej z najważniejszych wartości w życiu człowieka – zdrowia. Jej celem jest formułowanie i wdrażanie takich rozwiązań, które w stosunkowo największym stopniu okażą się możliwe do zaakceptowania przez możliwie największą liczbę ludzi, których dotyczy.¹³ Rozwiązania te mają zapewnić m.in. równą dostępność obywateli do świadczeń zdrowotnych (a świadczeń medycznych w szczególności). Przy czym dostępność opieki medycznej to nie tylko istnienie placówek ochrony zdrowia w sensie geograficznym (odległość, czas dotarcia,

⁹ *Encyklopedia PWN*, [1999], t. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

¹⁰ Tamże.

¹¹ P. Poznański, D. Konracka, J. Skolimowska, K. Gałczyński, J. Zbylut, [2000], *Analiza gospodarki finansowej Kas Chorych w aspekcie zapewnienia dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych*, Antidotum, nr 6, s. 6.

¹² W Polsce obowiązuje konstytucyjna (art. 68) zasada równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych. O tym, że podstawowym zadaniem władz publicznych jest zapewnienie równego dostępu obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej mówi również art. 5 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn.zm.)

¹³ R. Holly, [2004], *Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia*, Polityka Zdrowotna, tom I, s. 9.

środki transportu). Leowski podkreśla, że opieka medyczna musi być dostępna w sensie¹⁴:

- funkcjonalnym, co oznacza dostępność właściwego rodzaju ciągłej opieki dla wszystkich (dostarczanej przez zespół odpowiednio przygotowany i wyposażony);
- kulturowym, a więc w metodach jej udostępniania i w procesie udzielania świadczeń powinien być uwzględniony akceptowany przez dane społeczeństwo systemu wartości kulturowych, religijnych, etycznych;
- finansowym, który oznacza stopień w jakim dane społeczeństwo i dany kraj stać na opiekę medyczną (w tym aspekcie pojawiają się również problemy: kto będzie ponosił odpowiedzialność, kto będzie podejmował decyzje o udzieleniu lub nie udzieleniu opieki¹⁵).

Biorąc pod uwagę fakt, że dostępność usług medycznych jest jednym z warunków dobrze zorganizowanej opieki zdrowotnej Frączkiewicz-Wronka rozpatruje dostępność, jako kategorię techniczną i wskazuje jej pięć obszarów¹⁶:

- osiągalność – relacja między wielkością i strukturą zasobów znajdujących się w dyspozycji systemu a wielkością i strukturą potrzeb zdrowotnych określonej populacji,
- dostępność przestrzenna – relacja między przestrzenną dystrybucją zasobów a terytorialnym rozmieszczeniem osób, które mają korzystać ze świadczeń,
- dostępność organizacyjna – stopień dostosowania organizacyjnych warunków udostępniania świadczeń i praktycznych możliwości korzystania przez pacjentów ze stosowanych rozwiązań,
- dostępność kosztowa – powinna być analizowana na poziomie makro (dotyczy zasad przyznawania uprawnień do korzystania ze świadczeń) i mikro (postrzegana przez pacjenta jego zdolność do poniesienia kosztu związanego z kontaktem z systemem ochrony zdrowia),
- akceptowalność – rozumiana jako relacja między oczekiwaniami pacjenta dotyczącymi technicznych, psychologicznych i kulturowych aspektów zaspokajania potrzeb a stopniem spełnienia tych oczekiwań w warunkach konkretnego kontaktu z ochroną zdrowia.

Ocenę dostępności można przeprowadzać na wiele sposobów, stosując miary:

- obiektywne np. nakłady na służbę zdrowia, liczba lekarzy przypadająca na 1 000 mieszkańców, liczba udzielonych porad¹⁷ itp.,
- subiektywne – ocena dostępności dokonana przez pacjentów (np. częstość i przyczyny rezygnacji z wizyt u lekarza, czas oczekiwania na uzyskanie porady itp.) na podstawie badań ankietowych.

¹⁴ J. Leowski, [2009], s. 115-116.

¹⁵ W systemie publicznej służby zdrowia zarówno decyzje, jak i odpowiedzialność spoczywają na ciałach zbiorowych – wybieranych władzach, radach i powołanych do tych celów zespołach; które formułują politykę zdrowotną, podejmują decyzje i odpowiadają za realizację nie tylko w zakresie medycyny zapobiegawczej i zdrowia publicznego (np. jakim szczepieniom ochronnym i w jakim wieku podlegają wszystkie dzieci, czy i jaka liczba pałeczek *coli* jest dopuszczalna w wodzie do picia, mleku czy kąpieliskach), ale również kto jest odpowiedzialny za finansowanie i dostarczanie świadczeń medycznych.

¹⁶ A. Frączkiewicz-Wronka, [2004], s. 71.

¹⁷ *Access to Health Care*, www.ucatlas.ucsc.edu/access.php

W dalszej części artykułu przedstawiona jest problematyka dostępności ochrony zdrowia w ujęciu empirycznym – z zastosowaniem zarówno subiektywnych, jak i obiektywnych miar.

2.2. Ocena subiektywna

Jak wynika z *Diagnozy Społecznej 2009*¹⁸ 94% gospodarstw domowych korzystało w ostatnim roku z usług medycznych (w tym: blisko 92% korzystało z usług opłacanych przez NFZ, ale prawie połowa płaciła za niektóre usługi z własnej kieszeni; 5% korzystało z abonamentu wykupionego przez pracodawcę – por. tabela 1). Mieszkańcy woj. łódzkiego korzystają z usług ochrony zdrowia opłacanych przez NFZ niemal na poziomie średniej krajowej. Jeśli chodzi o usługi zdrowotne opłacane z własnej kieszeni, to wydatki te kształtują się w latach 2007-2009 poniżej średniej krajowej (o 1-2,5p.p.). Podobnie – poniżej średniej krajowej – kształtował się poziom wydatków ponoszonych przez pracodawcę na wykup abonamentu medycznego.

Tab. 1. Odsetek gospodarstw domowych korzystających z usług różnych placówek ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku w latach 2005-2009

Forma płatności za usługę placówki ochrony zdrowia	Rok	Polska	Woj. łódzkie	Max. ¹⁹	Min.
opłacane przez NFZ	2005	93,7	93,8	96,41 (podk.)	90,28 (zach-pom.)
	2007	92,2	92,7	97,00 (małop.)	89,5 (kuj-pom.)
	2009	91,9	91,7	96,00 (podk.)	87,5 (opols.)
opłacane z własnej kieszeni	2005	44,8	47,4	54,92 (pom.)	25,25 (war-maz.)
	2007	43,8	42,8	55,00 (pom.)	26,8 (war-maz.)
	2009	48,9	46,4	56,50 (doln.)	26,4 (war-maz.)
abonament wykupiony przez pracodawcę	2005	4,7	4,5	11,79 (maz.)	0,77 (podl.)
	2007	5,1	3,6	12,70 (maz.)	2,0 (zach.)
	2009	5,1	2,8	10,40 (pom.)	2,1 (święt.)

Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.), [2009], *Diagnoza społeczna 2009 – warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa, s. 108; J. Czapiński, T. Panek (red.), [2007] *Diagnoza społeczna 2007 – warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa, s. 91.

Choć Polacy coraz więcej wydają na ochronę zdrowia (wg szacunków na 2010 r. wydatki obywateli na prywatny sektor ochrony zdrowia wyniosą 20 mld. zł wobec 53,5 mld. zł nakładów publicznych), to ciągle gospodarstwa domowe rezygnują z nabycia pewnych świadczeń. Z powodu braku środków finansowych z usług medycznych zrezygnowała blisko ¼ gospodarstw domowych. Sytuację woj. łódzkiego w tym zakresie na tle Polski przedstawia tabela 2.

Woj. łódzkie lokuje się w czołówce województw, których mieszkańcy rezygnują z nabycia świadczeń zdrowotnych z powodów finansowych. Może to wskazywać na jeden z powodów krótszego średniego życia – ubogie społeczeństwo nie tylko nie ma środków na zakup leków, ale również może nie mieć na prawidłowe odżywianie, profilaktykę (por. rezygnacje z badań podane w tabeli 2), itp.

¹⁸ J. Czapiński, T. Panek (red.), [2009], *Diagnoza społeczna 2009 – warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa, s. 107 i nast.

¹⁹ We wszystkich tabelach (oprócz 3) podane są również wartości maksymalne i minimalne analizowanych wskaźników ze wskazaniem województwa, którego dotyczą.

Tab. 2. Odsetek gospodarstw domowych, które zrezygnowały z powodów finansowych z korzystania z wybranych świadczeń zdrowotnych mimo, że ich potrzebowały w 2008 r.

Procent gospodarstw domowych				
które zrezygnowały z:	Polska	Woj. łódzkie	Max.	Min.
zakupu leków	22,0	28,0	28,0 (łódz.)	18,4 (pom.)
leczenia zębów	25,1	33,5	33,5 (łódz.)	19,6 (opol.)
protez	30,1	30,5	53,2 (war-maz.)	16,4 (wielk.)
usług lekarza	15,2	19,9	22,3 (święt.)	10,7 (śląsk.)
badan	11,8	17,9	18,5 (święt.)	6,9 (śląsk.)
rehabilitacji	22,1	20,7	29,6 (war-maz.)	15,2 (podl.)
sanatorium	33,3	40,5	49,1 (święt.)	24,4 (śląsk.)
szpitala	2,3	2,3	10,2 (opol.)	0,0 (war-maz.)

Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.), [2009], s. 108.

Diagnoza społeczna 2009 pokazała, że w porównaniu z 2005 r. wzrósł o 14p.p. odsetek gospodarstw domowych kupujących usługi ambulatoryjne i zwiększyły się przeciętne wydatki na ten cel (o ponad 200 zł w porównaniu z 2007 r. do 526 zł). Zmalała skala korupcji (z 5,6% do 2,5%), ale wzrosła przeciętna wartość łapówki o około 300 zł (do średniej 475 zł); mniej gospodarstw domowych wręczało prezenty jako dowód „szczerzej wdzięczności” (spadek z 8,7% do 3,8%), choć wzrosła wartość wręczanych prezentów (o 40 zł do 136 zł). Zmniejszył się również odsetek gospodarstw domowych wnoszących opłaty w szpitalu publicznym (z 7,2% do 3,3%) i zmalała wartość tych opłat (do kwoty 198 zł). Wydatki gospodarstwa domowego na leki wzrosły w porównaniu z 2005 r. o 70 zł (do kwoty 378 zł). Jak w tych warunkach wyglądają – subiektywne – oceny dotyczące zaspokojenia potrzeb zdrowotnych gospodarstw domowych? Zmiany w tym zakresie przedstawione są w tabeli 3.

Tab. 3. Ocena zmiany zaspokojenia potrzeb zdrowotnych w okresie minionych lat (od ostatniego pomiaru) w kolejnych rundach pomiaru

Zaspokojenie potrzeb zdrowotnych (%)	2000	2003	2005	2007	2009
pogorszyło się	41	38	38	27	25
poprawiło się	3	4	3	4	3
nie zmieniło się	57	58	59	69	72

Źródło: J. Czapiński, T. Panek (red.), [2009], s. 114.

Mimo niesłabnącego narzekania na system ochrony zdrowia w Polsce spada systematycznie odsetek negatywnych retrospektywnych ocen zmiany w stopniu zaspokojenia potrzeb zdrowotnych gospodarstw domowych z 41% w 2000 r. do 25% w 2009 r. Nie rośnie jednak odsetek ocen pozytywnych, przybywa tylko liczby gospodarstw nie dostrzegających zmian.

Innym subiektywnym miernikiem jest stopień zadowolenia mieszkańców ze swojego stanu zdrowia (tab. 4).

W woj. łódzkim odsetek zadowolonych i bardzo zadowolonych ze swojego stanu zdrowia jest tylko nieco niższy niż średnia krajowa (niecały 1 p.p.), a niezadowolonych i bardzo niezadowolonych o 1,3p.p. więcej niż średnio w kraju.

Tab. 4. Odsetek odpowiedzi na pytanie: „W jakim stopniu jest Pan(i) zadowolony(-a) ze swojego stanu zdrowia?”

Udzielone odpowiedzi	Polska	Woj. łódzkie	Max.	Min.
bardzo zadowolona	8,81	9,42	10,99 (pom.)	6,42 (lubus.)
zadowolona	33,52	31,97	39,71 (opol.)	31,13 (maz.)
dosyć zadowolona	29,47	27,86	32,64 (śląs.)	24,82 (lubel.)
dosyć niezadowolona	11,57	12,89	13,33 (warm-maz.)	7,86 (opol.)
niezadowolona	10,73	12,25	13,58 (podl.)	9,04 (pomor.)
bardzo niezadowolona	5,88	5,61	7,95 (lubus.)	3,43 (opol.)

Źródło: J. Czapieński, T. Panek (red.), [2009], *Tabl.P64_6*.

2.3. Dostępność wybranych podmiotów opieki zdrowotnej w woj. łódzkim w roku 2010

Do podstawowych podmiotów ochrony zdrowia można zaliczyć placówki lecznictwa ambulatoryjnego i szpitale. W tabelach 5 i 6 przedstawiono liczbę placówek ochrony zdrowia z zakresu szpitalnictwa, opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej oraz lecznictwa ambulatoryjnego (obejmującego m.in. przychodnie podstawowej opieki zdrowotnej i stomatologicznej).

Tab. 5. Liczba wybranych publicznych placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki (stan w dniu 12.04.2010)

Rodzaj jednostki	Polska	Woj. łódzkie	Max.	Min.
hp1	1016	81	196 (maz.)	18 (lubus.)
nasycenie	0,27	0,31	0,38 (maz.)	0,17 (podk.)
hp2	208	9	32 (maz.)	6 (lubus.)
nasycenie	0,05	0,03	0,08 (opol.)	0,03 (dolnośl.)
hp3	4689	469	894 (maz.)	70 (lubus.)
nasycenie	1,23	1,79	2,03 (święt.)	0,58 (wielk.)

Legenda: HP1 – szpitalnictwo; HP2 – stacjonarne zakłady opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej; HP 3 – dostawy świadczeń z zakresu lecznictwa ambulatoryjnego; Nasycenie – liczba placówek przypadająca na 10000 mieszkańców.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty [dostęp 2010.04.12].

Jeśli chodzi o publiczne podmioty, to w zakresie szpitalnictwa i opieki ambulatoryjnej woj. łódzkie sytuje się powyżej średniej krajowej z punktu widzenia liczby placówek przypadających na 10000 mieszkańców. W przypadku lecznictwa ambulatoryjnego na 10000 mieszkańców woj. łódzkiego przypada 1,79 placówki, co przewyższa średnia krajową o 45% i nasycenie w woj. wielkopolskim trzykrotnie. Jeśli chodzi o opiekę pielęgnacyjną i długoterminową, to wartość „nasycenia” przyjmuje dla województwa łódzkiego najniższą wartość (podobnie jak dla województwa dolnośląskiego).

Nieco odmienną sytuację można zaobserwować w odniesieniu do podmiotów niepublicznych – zarówno w obszarze szpitalnictwa, jak i opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej nasycenie w woj. łódzkim ma wartości niższe niż średnia krajowa.

Liczba ZOZ-ów z grupy szpitalnictwo w woj. łódzkim jest na poziomie średniej krajowej²⁰, więc trudno wskazać na jakieś ograniczenia w dostępności w tym zakresie (ko-

²⁰ Warto podkreślić, że średnia krajowa na poziomie 0,27 w znaczący sposób odbiega od średniej unijnej – 0,34 (na podstawie danych WHO).

lejnym krokiem może być analiza dostępności łóżek w tych szpitalach – por. następny punkt artykułu).

Tab. 6. Liczba wybranych niepublicznych placówek ochrony zdrowia wg rodzaju jednostki (stan w dniu 12.04.2010)

Rodzaj jednostki	Polska	woj. łódzkie	max.	min.
hp1	1077	52	185 (śląs.)	19 (opol.)
nasycenie	0,28	0,2	0,55 (zach.)	0,13 (podl.)
hp2	349	22	63 (maz.)	8 (podl.)
nasycenie	0,09	0,08	0,14 (dolnośl.)	0,05 (wielk.)
hp3	18698	1458	2436 (śląsk.)	415 (opol.)
nasycenie	4,89	5,58	6,70 (wielk.)	3,19 (kuj.-pom.)

Legenda: oznaczenia jak pod tabelą 5.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty [dostęp 2010.04.12].

Liczba stacjonarnych zakładów opieki pielęgnacyjnej i długoterminowej w woj. łódzkim jest nieco niższa niż średnia krajowa (o 4 zakłady), więc trudno również upatrywać w tym obszarze powodów krótszego czasu życia mieszkańców województwa. Podobnie jak w przypadku leczenia ambulatoryjnego, gdzie liczba placówek jest zdecydowanie wyższa niż średnia krajowa (bardziej szczegółowa analiza tego zagadnienia jest przedstawiona w dalszej części artykułu).

2.4. Dostępność podmiotów opieki zdrowotnej w woj. łódzkim – analiza zmian w XXI wieku.

Pomimo, że liczba ZOZ-ów z grupy szpitalnictwa w woj. łódzkim jest na poziomie średniej krajowej, to już w odniesieniu do liczby łóżek przypadających na 10000 mieszkańców województwo jest znacznie poniżej średniej krajowej (por. tabela 7) – sytuacja taka utrzymuje się nieprzerwanie od lat i dysproporcja ta pogłębia się. Nasycenie łóżkami w szpitalach lokuje woj. łódzkie wśród województw o najniższej wartości tego wskaźnika.

Tab. 7. Liczba łóżek przypadających na 10000 mieszkańców

Jednostka terytorialna	Polska	Łódzkie	Max (zach.)	Min (wielkop.)
2004	66,8	59,6	103,8	55,2
2005	68,0	60,2	104,0	56,1
2006	68,4	59,9	106,6	56,2
2007	68,6	59,4	107,6	55,8
2008	69,1	59,0	104,7	55,3
2009	69,5	59,0	109,8	55,1
18.04.2010	70,3	59,7	110,1	55,1

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty [dostęp 2010.04.18].

Biorąc pod uwagę zmiany w potencjale ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w woj. łódzkim w latach 2004-2010 należy podkreślić, że liczba placówek przypadająca na 10000 mieszkańców w całym analizowanym okresie była wyższa niż średnia krajowa. W tabeli 8 przedstawione są zmiany w „liczebności” i „nasyceniu” potencjału opieki

zdrowotnej w odniesieniu do poradni podstawowej opieki zdrowotnej w latach 2004-2010 w woj. łódzkim na tle średniej krajowej.

Tab. 8. Poradnie podstawowej opieki zdrowotnej

Lata	Potencjał opieki zdrowotnej	Polska	Woj. łódzkie	Max.	Min.
2004	liczba zakładów	5251	380	646 (maz.)	155 (podl.)
	liczba komórek	8781	651	1087 (maz.)	248 (podl.)
	nasycenie	2.3	2.5	3.1 (podk.)	1.8 (wielk.)
2005	liczba zakładów	5355	405	675 (maz.)	161 (opol.)
	liczba komórek	8738	658	1114 (maz.)	236 (opol.)
	nasycenie	2.3	2.5	3.1 (podk.)	1.8 (kuj-pom;wielk.)
2006	liczba zakładów	5372	415	676 (maz.)	162 (opol.)
	liczba komórek	8742	659	1121 (maz.)	239 (opol.)
	nasycenie	2.3	2.5	3.1 (podk.)	1.8 (kuj-pom;podk.)
2007	liczba zakładów	5430	428	682 (maz.)	162 (opol.)
	liczba komórek	8784	662	1125 (maz.)	240 (opol.)
	nasycenie	2.3	2.5	3.2 (zach.)	1.8 (kuj-pom;wielk.)
2008	liczba zakładów	5494	444	690 (maz.)	161 (opol.)
	liczba komórek	8857	707	1124 (maz.)	237 (podlas.)
	nasycenie	2.3	2.7	3.3 (zach.)	1.8 (kuj-pom;wielk.)
2009	liczba zakładów	5581	454	691 (maz.)	161 (lubus.)
	liczba komórek	8945	728	1118 (maz.)	234 (podl.)
	nasycenie	2.3	2.8	3.2 (podk.)	1.8 (kuj-pom;wielk.)
2010 (18.04)	liczba zakładów	5634	456	691 (maz.)	165 (lubus.)
	liczba komórek	9025	732	1115 (maz.)	239 (podlas.)
	nasycenie	2.4	2.8	3.5 (zach.)	1.8 (kuj-pom;wielk.)

Legenda: Zakład – ZOZ zarejestrowany pod odrębnym numerem ksiąg rejestrowych w organach rejestrowych (mogą być zorganizowane w formie kilku/kilkunastu placówek tj. szpitali, przychodni, stacji pogotowia ratunkowego itp.), komórka – komórka organizacyjna placówki ochrony zdrowia np. poradnia, oddział szpitalny, pracownia itp., nasycenie – liczba komórek przypadająca na 10 000 mieszkańców.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty [dostęp 2010.04.18]

W przypadku poradni stomatologicznych (por. tabela 9) wartości wskaźnika nasycenia w woj. łódzkim osiągały w niektórych latach (okres 2005-2009) maksimum w przekroju wszystkich województw.

W odniesieniu do porad udzielonych zarówno przez lekarzy jak i lekarzy stomatologów (por. tabela 10) w okresie 2001-2007 zanotowano coroczny wzrost wartości tej zmiennej. Dla Polski liczba porad rosła średnio o ok. 2% z roku na rok. W całym badanym okresie w woj. łódzkim wartość zmiennej utrzymywała się powyżej średniej krajowej (w latach 2002, 2005, 2006 osiągając najwyższą wartość ze wszystkich województw). W porównaniu z województwami o najniższej wartości tego wskaźnika w woj. łódzkim porad udzielonych per capita było więcej o 1,1-1,5 rocznie.

Dostęp do aptek w woj. łódzkim jest na wysokim poziomie (liczba osób przypadających na jedną aptekę zdecydowanie poniżej średniej krajowej od 2002 r.), np. w woj. mazowieckim na jedną aptekę przypada blisko 50% więcej osób niż w łódzkim (por. tabela 11). Osobną kwestią pozostaje jednak możliwość zakupu leków (por. tabela 2).

Tab. 9. Poradnie stomatologiczne

Lata	Potencjał opieki zdrowotnej	Polska	Woj. łódzkie	Max.	Min.
2004	liczba zakładów	4893	466	856 (śląsk.)	83 (opol.)
	liczba komórek	7409	647	1229 (śląsk.)	107 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,6 (śląsk.)	1,0 (opol.)
2005	liczba zakładów	4960	465	861 (śląsk.)	88 (opol.)
	liczba komórek	7362	665	1186 (śląsk.)	108 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląsk.;łódz.)	1,0 (opol.)
2006	liczba zakładów	4975	464	867 (śląsk.)	86 (opol.)
	liczba komórek	7328	659	1175 (śląsk.)	108 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląsk.;łódz.)	1,0 (opol.)
2007	liczba zakładów	4995	455	871 (śląsk.)	87 (opol.)
	liczba komórek	7299	646	1163 (śląsk.)	111 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląsk.;łódz.)	1,0 (opol.)
2008	liczba zakładów	5019	451	887 (śląsk.)	83 (opol.)
	liczba komórek	7285	648	1169 (śląsk.)	107 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląsk.;łódz.)	1,0 (opol.)
2009	liczba zakładów	5063	454	906 (śląsk.)	83 (opol.)
	liczba komórek	7363	658	1185 (śląsk.)	109 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląsk.;łódz.)	1,0 (opol.)
2010 (18.04)	liczba zakładów	5109	456	908 (śląskie)	84 (opol.)
	liczba komórek	7428	660	1190 (śląskie)	110 (opol.)
	nasycenie	1,9	2,5	2,5 (śląskie)	1,0 (opol.)

Legenda: oznaczenia jak pod tabelą 8.

Źródło: opracowanie własne na podstawie www.rejestrzoz.gov.pl/RZOZ/raporty [dostęp 2010.04.18]

Tab. 10. Porady udzielone per capita

Jednostka terytorialna	Polska	Łódzkie	Max.	Min.
1998	6,3	6,7	7,5 podl.	5,5 lubus. opol.
1999	6,0	6,4	7,1 śląsk.	4,9 lubus.
2000	6,1	6,2	7,3 śląsk.	5,1 opol.
2001	6,1	6,2	6,9 śląsk.	5,4 wielk.
2002	6,2	6,8	6,8 łódz. śląsk.	5,5 opol.
2003	6,6	7,3	7,4 śląsk.	5,8 wielk.
2004	6,7	7,3	7,4 śląsk.	5,9 wielk.
2005	6,8	7,6	7,6 łódz. śląsk.	6,2 opol.
2006	7,1	7,7	7,7 łódz. podl.	6,2 opol.
2007	7,2	7,9	8,0 podl.	6,4 opol.

Źródło: www.stat.gov.pl [dostęp 2010.02.04]

Tab. 11. Liczba osób przypadająca na aptekę ogólnodostępną

Jednostka terytorialna	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Polska	4095	3985	3912	3811	3689	3587	3590
Woj. łódzkie	3078	2995	3002	3043	2950	2882	2906
Max. (mazowieckie)	5667	5141	4991	4861	4762	4662	4370
Min. (lubelskie)	3060	3022	2925	2872	2764	2668	2733

Źródło: www.stat.gov.pl [dostęp 2010.02.04].

3. WNIOSKI

Przeprowadzona analiza nie daje uprawnień do twierdzącej weryfikacji tezy, że na relatywnie krótką długość życia mieszkańców woj. łódzkiego ma wpływ ograniczony dostęp do infrastruktury ochrony zdrowia. Przeciwnie tylko jeden (liczba łóżek przypadających na 10000 mieszkańców) z analizowanych mierników dostępności ochrony zdrowia w latach 2002-2010 był poniżej wartości średniej dla Polski. Tak więc wpływ na tę sytuację muszą mieć inne czynniki – związane z funkcjonowaniem systemu ochrony zdrowia (np. czas oczekiwania na wizytę u specjalisty), bądź nie związane z nim bezpośrednio a kształtujące poziom zdrowotności mieszkańców województwa (np. uwarunkowania środowiskowe, zamożność, nawyki żywieniowe, sposób spędzania czasu wolnego, itp.).

Opieka zdrowotna jest jednym z najważniejszych zagadnień społecznych ze względu na starzenie się społeczeństwa, rosnące oczekiwania obywateli co do jakości i dostępności ochrony zdrowia oraz szybki rozwój technologii medycznych.

W Raporcie WHO z 2008 r.²² padają propozycje, aby kraje kształtowały system opieki zdrowotnej i decydowały o jego rozwoju w oparciu o następujące kierunki polityki publicznej:

- powszechność – system opieki zdrowotnej powinien być sprawiedliwy i sprawny, stąd wszyscy ludzie muszą mieć dostęp do opieki zdrowotnej wg potrzeb i niezależnie od swoich możliwości finansowych,
- usługi zorientowane na człowieka – systemy opieki zdrowotnej powinny zaspokajać potrzeby zdrowotne obywateli (np. poprzez profilaktykę, leczenie chorób przewlekłych, czy programy opieki rodzinnej),
- zdrowa polityka publiczna – powinna być realizowana przez rządy we wszystkich dziedzinach polityki państwa (np. decyzje ministerstwa handlu, ochrony środowiska, czy edukacji mogą mieć wpływ na stan zdrowia obywateli),
- liderzy – istniejące systemy ochrony zdrowia same z siebie nie staną się bardziej sprawiedliwe, lepiej działające i skuteczniejsze; dlatego liderzy zajmujący się ochroną zdrowia powinni negocjować nowe rozwiązania i prowadzić politykę zdrowotną w określonym kierunku.

Wytyczne te powinny być realizowane w sposób kompleksowy również w Polsce, bo jak pokazano – w toku analizy zaprezentowanej w artykule – w województwie o stosunkowo dobrym dostępie do podmiotów systemu opieki zdrowotnej mieszkańcy mogą żyć najkrócej nie tylko w Polsce, ale również w Europie.

LITERATURA

- Czapiński J., Panek T. (red.), [2009], *Diagnoza społeczna 2009 – warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa, www.diagnoza.com.
- Czapiński J., Panek T. (red.), [2007], *Diagnoza społeczna 2007 – warunki i jakość życia Polaków*, RMS, Warszawa, www.diagnoza.com.
- Encyklopedia PWN*, [1999], t. II, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

²² *World Health Report 2008, Primary Health Care: Now More Than Ever*, www.who.int

- Frąckiewicz-Wronka A., [2004], *Dostępność usług zdrowotnych – racjonalizacja czy wykluczenie*, Polityka Zdrowotna, tom I.
- Holly R., [2004], *Racjonalna polityka zdrowotna a procedury i standardy medyczne w systemie ochrony zdrowia*, Polityka Zdrowotna, tom I.
- Leowski J., [2009], *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa.
- Poznański P., Konracka D., Skolimowska J., Gałczyński K., Zbylut J., [2000], *Analiza gospodarki finansowej Kas Chorych w aspekcie zapewnienia dostępności do wybranych świadczeń zdrowotnych*, Antidotum, nr 6.
- Stańczyk M., [2009], *W województwie łódzkim żyje się najkrócej w Unii*, Polska the Times – dziennik Łódzki, 05.10.2009.
- Suchecka J., [2008], *Regulacje publiczne i prawne, równość sektorów w ochronie zdrowia*, [w:] Ryć K., Skrzypczak Z. (red.), *Ochrona zdrowia i gospodarka. Mechanizmy rynkowe a regulacje publiczne*, Wyd. Nauk. WZ UW, Warszawa.
- Sytuacja demograficzna Polski – Raport 2002*, [2004], Rządowa Rada Ludnościowa, Warszawa.
- Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. nr 210, poz. 2135 z późn.zm.)
- www.diagnoza.com
- www.rejestrzoz.gov.pl
- www.stat.gov.pl
- www.ucatlas.ucsc.edu/access.php
- www.who.int

CHANGES IN ACCESSIBILITY OF HEALTH CARE IN LODZ REGION IN XXI c.

Equality in the access to health service is one of major human rights, and providing it is the basic aim of every health care system. Changes which are taking place in Poland - migration processes, the aging society with simultaneous strong demographic differentiation in regional cross-section, restructuring of medical facilities etc., cause changes in accessibility to medical facilities.

For the last twenty years the average life span of the Lodz voivodeship inhabitants has been on the lowest level in Poland. The research objective of this paper is to find an answer to the question whether the relatively short life span of Lodz voivodeship inhabitants is influenced by limited access to medical infrastructure. The article presents the essence of the problem of accessibility to health protection and indicates the measures of its assessment: subjective - the assessment of accessibility carried out by patients based on the survey (based on social diagnosis) and objective - including the number of hospitals and hospital beds per 10 000 inhabitants, the number of primary health care clinics and dental clinics per 10 000 inhabitants, advice provided per capita and the number of people per public pharmacy (based on Central Statistical Office data and Health Care Clinics registers).

The accessibility to medical infrastructure analysis in the Lodz voivodeship has been presented against the background of Poland. The carried out analysis does not enable a positive verification of the thesis that the relatively short life span of Lodz voivodeship inhabitants is affected by limited access to health care infrastructure.