

Marta Pietrzak, mgr

<https://doi.org/10.26366/PTE.ZG.2018.142>

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Dostęp do usług medycznych a zamożność Polaków

Abstrakt

W artykule podjęto próbę weryfikacji prawa odwrotnej adekwatności opieki medycznej (prawo Harta) w Polsce na przykładzie geograficznej dostępności medycznych zasobów kadrowych dla obywateli. Celem artykułu była analiza wybranych wskaźników ekonomicznych w odniesieniu do relacji liczby lekarzy przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w Polsce. Analiza miała na celu sprawdzenie, czy w Polsce absolwenci medycyny wybierając miejsce świadczenia usług kierują się zamożnością mieszkańców danego rejonu. W artykule była weryfikowana hipoteza badawcza stanowiąca, że czynniki ekonomiczne, tj. przeciętny dochód mieszkańca, produkt krajowy brutto w danym województwie, stopa bezrobocia, wydatki na opiekę medyczną jednostek samorządu terytorialnego oraz wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych korelują z liczbą lekarzy na 10 tys. mieszkańców w danym województwie w Polsce. Występowanie zależności zostało zbadane współczynnikiem korelacji Spearmana, a uzyskane wyniki wykazały, że w Polsce obecne jest geograficzne zróżnicowanie dostępności do lekarzy oraz częściowo potwierdzone zostało prawo Harta. Na podstawie wniosków można stwierdzić, że mimo iż, dostęp do usług medycznych jest powszechny i zapewniony przez państwo, jest on zróżnicowany i nie dla każdego obywatela równy.

Słowa kluczowe: ekonomika zdrowia, polityka zdrowia, usługi medyczne, opieka medyczna, zdrowie, prawo Harta.

Access to medical services and the wealth of Poles

Abstract

The article attempts to verify the law of the reverse adequacy of medical care (Hart's law) in Poland on the example of geographic availability of medical human resources for citizens. The aim of the article was to analyze selected economic indicators in relation to the ratio of the number of doctors per 10,000 inhabitants in individual provinces in Poland. The aim of the analysis was to check whether in Poland, graduates of medicine choosing the place of

providing services are guided by the wealth of the inhabitants of a given region. The article verified the research hypothesis that economic factors: the average income of the resident, gross domestic product in a given province, the unemployment rate, expenses for medical care of local government units and private expenditure on household health correlate with the number of doctors per 10,000. residents in a given region in Poland. The occurrence of the dependence was examined with Spearman's correlation coefficient, and the results obtained showed that there is a geographical variation in access to doctors in Poland and that Hart's law was partially confirmed. Based on the conclusions, it can be concluded that although access to medical services is universal and provided by the state, it is diverse and not equal for every citizen.

Key words: health economics, health policy, medical services, medical care, health, Hart's law.

JEL CODE: H75, I00, I14.

Wstęp

Zdrowie jest pewnego rodzaju kapitałem, ponieważ niedogodności wynikające z choroby odczuwa sam chory, rodzina jak i pracodawca, partnerzy biznesowi oraz całe pozostałe otoczenie, w którym funkcjonuje, i ludzie, z którymi się spotyka (Laskowaka 2000, s. 15). Współcześnie w analizach ekonomicznych wiele uwagi poświęca się wartościowaniu zdrowia oraz kształtowaniu się prawa podaży i popytu na świadczenia medyczne. Ocenie poddaje się również wpływ decyzji politycznych na politykę zdrowia oraz na zaspokajanie potrzeb zdrowotnych i kształtowanie się form opieki medycznej (Suchecka 2016, s. 7). Opieka zdrowotna uznawana jest za jedną z determinant zdrowia, ponieważ jest ono zależne również od uwarunkowań genetycznych, otoczenia społecznego oraz środowiska naturalnego postrzeganego przez konsumenta/pacjenta indywidualnie (Grossman 2000, s. 234-352).

Jednym z najważniejszych elementów opieki zdrowotnej jest kwestia zasobów kadrowych, które wpływają na skuteczne funkcjonowanie całego systemu ochrony zdrowia. Lekarze wspólnie z innymi przedstawicielami zawodów medycznych pełnią szczególną rolę w społeczeństwie, ponieważ powierza się im zdrowie, czyli jedno z największych dóbr człowieka. Zapewnienie właściwie rozmieszczonej i wykształconej kadry medycznej jest jednym z wyzwań w obecnym systemie zdrowia (GUS 2017b, s. 70). Biorąc pod uwagę chociażby wyniki wskaźników przedwczesnej umieralności osób w wieku produkcyjnym oraz liczby lat w niepełnosprawności w wyniku chorób przewlekłych należy zauważyć, że ich stan

zbliży Polskę do standardów Europy Środkowej i Wschodniej aniżeli do Unii Europejskiej (Jakubowska 2016, s. 51). W wyniku tego zasadne staje się zapewnienia znacznie większego dostępu do personelu medycznego dla obywateli.

Inspiracją do powstania artykułu są problemy geograficznej dystrybucji zasobów kadry medycznej wywodzące się z wniosków J. Harta. Celem artykułu jest analiza wybranych wskaźników ekonomicznych w odniesieniu do relacji liczby lekarzy przypadającej na 10 tys. mieszkańców w poszczególnych województwach w Polsce. Analiza ma na celu sprawdzenie czy w Polsce lekarze wybierając miejsce świadczenia usług kierują się zamożnością mieszkańców danego rejonu. W artykule była weryfikowana hipoteza badawcza stanowiąca, że czynniki ekonomiczne tj. przeciętny dochód mieszkańca, produkt krajowy brutto (PKB) w danym województwie, stopa bezrobocia, wydatki na opiekę medyczną jednostek samorządu terytorialnego (JST) oraz wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych korelują z liczbą lekarzy na 10 tys. mieszkańców w danym województwie w Polsce. Występowanie zależności zostało zbadane współczynnikiem korelacji Spearmana, a w pracy analizowano dane pozyskane z GUS i NIL¹. W artykule wykorzystano polsko i anglojęzyczną literaturę ekonomiczną oraz polityki zdrowotnej oraz korzystano z baz danych BazEkon, ProQuest i PubMed.

W części pierwszej niniejszego artykułu dokonana została charakterystyka elementów rynku medycznego odróżniających go od innych rynków aby przybliżyć jego specyfikę. Następnie przedstawiono teoretyczne podstawy pracy, tj. prawo Harta oraz inne badania prawa odwrotnej adekwatności opieki. W trzeciej części zawarto wyniki analizy związków czynników ekonomicznych z ilością dostępnych lekarzy w Polsce w poszczególnych województwach. Z uwagi na pilotażowy charakter analizy w podsumowaniu zawarto szereg rekomendacji do dalszych badań.

Charakterystyczne elementy rynku medycznego

Pierwszą charakterystyczną cechą rynku medycznego jest fakt występowania trzeciej strony transakcji kupna – sprzedaży usługi medycznej, a mianowicie płatnika, którym może być państwo lub instytucja ubezpieczeniowa (Morris, Devlin 2012, s. 110). Odmienność opieki medycznej wyznaczają też efekty zewnętrzne związane ze zwiększonym dostępem

¹ Obserwacja statystyczna na polskim rynku medycznym jest skomplikowana ze względu na złożony system opieki zdrowotnej, brak wydzielenia informacji w przekroju terytorialnym kraju oraz brak spójności pomiędzy źródłami informacji oraz sposobem ich prezentacji, tj. GUS, NIL (Naczelna Izba Lekarska), NIZP – PZH (Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego), NFZ (Narodowy Fundusz Zdrowia), CSIOZ (Centrum Systemów Informatycznych Ochrony Zdrowia).

społeczeństwa do świadczeń zdrowotnych poprzez zwiększenie subwencji publicznych (Suchecka 2016, s. 64). Kolejnym wyróżnikiem może być fakt, iż przedsiębiorstwa działające po stronie podażowej nie zawsze dążą do maksymalizacji zysku. Funkcjonują jako podmioty publiczne – ich finansowanie jest zapewnione przez państwo, a kierunki aktywności podyktowane koniecznością zaspokojenia potrzeby poprawy zdrowia obywateli (Morris, Devlin 2012, s. 158). Ograniczone działanie czystych mechanizmów rynkowych stanowiące efekt istnienia publicznej ochrony zdrowia również odróżnia ten rynek od innych (Henderson 2002, s. 10-12).

Jeszcze jednym charakterystycznym elementem omawianego rynku jest asymetria informacji pomiędzy lekarzem jako świadczeniodawcą, a pacjentem – konsumentem. Pacjenci w stanie choroby poszukują u lekarza informacji na temat stanu zdrowia, możliwości diagnostyki jak i sposobów leczenia, a lekarz posiada wiedzę medyczną na temat różnych opcji oraz podejmuje decyzję o sposobie leczenia. Występująca asymetria informacji daje bardzo dużą przewagę świadczeniodawcom, a jej natura powoduje niepowodzenie mechanizmów rynkowych. Efektem asymetrii jest kreowanie popytu przez podaż co oznacza, że dostawcy świadczeń zdrowotnych w dużym stopniu wpływają na konsumpcję usług przez pacjentów (Suchecka 2016, s. 66). Z brakiem informacji doskonałej konsument spotyka się na innych rynkach usług, lecz ryzyko popełnienia błędu podczas konsumpcji świadczenia jest nieporównywalnie wysokie, ponieważ może decydować o ludzkim życiu (Getzen 2000, s. 148).

Cena na rynku opieki medycznej jest kolejną cechą charakterystyczną, ponieważ obok ceny rynkowej często nieznaną konsumentowi, cenę równowagi może odgrywać czas oczekiwania na poradę, odległość i czas potrzebny, aby do lekarza dotrzeć jak i jakość usług (Suchecka 2016, s. 118). Opiekę medyczną wyróżnia niepewność zapotrzebowania na jej usługi i skuteczności leczenia, a pochodnie na tej podstawie powstał rynek przejmujący ryzyko (Suchecka 2016, s. 67). Konsumpcja usług medycznych jest nieprzyjemna, ponieważ odbywa się w stanie choroby, niedyspozycji, profilaktycznie (szczepienia) bądź kontrolnie po odbytej dysfunkcji. Konsumpcja ta kojarzy się zazwyczaj z bólem i dyskomfortem fizycznym lub psychicznym samego konsumenta, którymi są niemal wszyscy. W Polsce z usług medycznych w czasie trwania życia korzysta każdy obywatel, a sytuacja taka nie zdarza się na innych rynkach poza rynkiem żywności.

Prawo Harta

Specyfika rynku usług medycznych sprawia, że lokalizacja świadczeniodawców reprezentujących podaż nie musi odpowiadać występującemu lokalnie popytowi. Wybór miejsca pracy przez lekarza jest zbieżny z miejscem świadczenia usługi medycznej i co dalej z możliwością korzystania z niej przez pacjentów. Każdego lekarza obowiązuje złożone przyrzeczenie lekarskie², z którego jasno wynika, że niesienie pomocy i leczenie chorych powinno być wykonywane niezależnie od miejsca zamieszkania czy statusu majątkowego pacjenta. Każdy obywatel Polski ma też zapewniony dostęp do opieki medycznej w takim samym zakresie w art. 68 Konstytucji RP (Ustawa 1997).

Inspiracją autorki było wnioskowanie Harta, że „dostępność do dobrej jakości usług zdrowotnych w regionie jest odwrotnie proporcjonalna do wielkości potrzeb zamieszkującej go ludności”, zwanej prawem Harta lub odwróconej adekwatności opieki (Włodarczyk 2010, s. 175). W swojej teorii Hart zwracał uwagę na to, że prawo odwrotnej adekwatności opieki „działa bardziej tam, gdzie opieka medyczna jest najbardziej narażona na działanie sił rynku, a mniej, gdy wpływ mechanizmów rynkowych jest ograniczony” oraz że nierówności napędzane są chęcią zysku (Hart 2000, s. 15-19). Hart brał pod uwagę kulturowe wzorce zachowań świadczeniobiorców oraz bodźce finansowe jakimi kierują się świadczeniodawcy (Włodarczyk 2010, s. 175). Według Harta absolwenci medycyny, którzy mieli prawo wyboru miejsca świadczenia pracy chętniej wybierali rejony klasy średniej, gdzie listy pacjentów były krótsze, umieralność noworodków oraz zachorowalność mniejsza. Natomiast rejony przemysłowe charakteryzujące się mniej atrakcyjnymi wskaźnikami zdrowia oraz wynikami ekonomicznymi pozostawały dla lekarzy, którym urzędowo przydzielano placówkę medyczną (Hart 1971). Według Harta ludność zamieszkująca regiony bogatsze jest bardziej atrakcyjna jako konsumenci usług medycznych, a dla lekarzy planujących karierę zawodową perspektywa pracy dla prosperity jest ważnym argumentem za osiedleniem się na danym terenie i świadczeniem usług (Włodarczyk 2010, s. 175).

² Treść przyrzeczenia: „Przyjmuję z szacunkiem i wdzięcznością dla moich Mistrzów nadany mi tytuł lekarza i w pełni świadomy związanych z nim obowiązków przyrzekam: obowiązki te sumiennie spełniać; służyć życiu i zdrowiu ludzkiemu; według najlepszej mej wiedzy przeciwdziałać cierpieniu i zapobiegać chorobom, a chorym nieść pomoc bez żadnych różnic, takich jak: rasa, religia, narodowość, poglądy polityczne, stan majątkowy i inne, mając na celu wyłącznie ich dobro i okazując im należyty szacunek; nie nadużywać ich zaufania i dochować tajemnicy lekarskiej nawet po śmierci chorego; strzec godności stanu lekarskiego i niczym jej nie splamić, a do kolegów lekarzy odnosić się z należną im życzliwością, nie podważając zaufania do nich, jednak postępując bezstronnie i mając na względzie dobro chorych; stale poszerzać swą wiedzę lekarską i podawać do wiadomości świata lekarskiego wszystko to, co uda mi się wynaleźć i udoskonalić” (*Kodeks-Etyki-Lekarskiej* (b.d.).

Wyniki badań z Wielkiej Brytanii uzasadniają zasadności istnienia prawa odwrotnej adekwatności opieki i obejmują m.in. analizę czasu oczekiwania na wizytę, długość trwania konsultacji oraz diagnozowanie jednostek chorobowych wśród pacjentów różnych klas społecznych. Natomiast czas oczekiwania na wizytę oraz długość wizyty są ściśle związane z ilością dostępnych lekarzy przypadających na określoną ilość mieszkańców danego regionu.

W jednym z badań średniego czasu oczekiwania na zabieg operacyjny stwierdzono, że obywatele klasy zamożniejszej krócej czekali na operacje i byli szybciej zakwalifikowani do zabiegów pilnych niż obywatele klasy 6 i 7. Skutkiem tego był wydłużony czas oczekiwania uboższych mieszkańców i tym samym jeszcze gorszy stan ich zdrowia (Pell, Pell, Norrie, Ford, Cobbe 2000).

W badaniu rozpoznawalności depresji natomiast zauważono, że na obszarach zamożnych jest to choroba możliwa do wyleczenia, a na obszarach uboższych traktowano ją jako problem interakcji. Zauważono również, że długość wizyty u lekarza miała związek z zamożnością pacjenta, a wzrost długości konsultacji o 50% skutkowało wzrostem o 32% rozpoznawalności depresji jako jednostki chorobowej (Chew-Graham, Mullin, May, Hedley, Cole 2002). Mercer i Watt przeprowadzili badanie ankietowe na terenie Szkocji, w którym udział wzięło ponad 3000 pacjentów i 26 lekarzy rodzinnych (16 z najbardziej potrzebujących regionów i 10 z obszarów zamożniejszych), których wyniki wykazały, że pacjenci z klasy niższej oczekiwali dłużej na wizytę, byli mniej usatysfakcjonowani konsultacją, ich czas spędzony w gabinecie był krótszy, stres wyższy, a zaangażowanie i włączenie pacjenta w proces leczenia mniejszy niż w rejonach klasy wyższych (Mercer, Watt 2007).

Opierając się na szeregu badań, Seddon twierdzi, że wielokrotnie wykazano, że obywatele niżej uposażeni są znacznie mniej uprzywilejowani w dostępie do opieki medycznej i korzystania z niej. Seddon podkreśla znaczenie związku między deprawacją społeczno-ekonomiczną a dłuższym czasem oczekiwania, odnosząc się do jednego z badań, w którym 21% pacjentów z nowotworem płuc nie kwalifikowało się do leczenia ze względu na zbyt długi czas oczekiwania na radioterapię (Seddon 2007). Większość badań socjologicznych z zakresu prawa Harta potwierdza istnienie tej prawidłowości i wskazuje, że źródłem problemu jest status społeczno-ekonomiczny pacjentów oraz relacje interpersonalne między lekarzem i pacjentem.

W części analitycznej artykułu autorka dokonała analizy związku liczby lekarzy przypadających na określoną liczbę mieszkańców z czynnikami ekonomicznymi, które przyjęła jako miary zamożności społeczeństwa danego regionu (województwa). Wybranymi

czynnikami są: dochód brutto na mieszkańca, wartość produktu krajowego brutto, stopa bezrobocia, wydatki jednostek samorządu terytorialnego na ochronę zdrowia oraz prywatne wydatki gospodarstw domowych na zdrowie. W niniejszym artykule dostęp do usług medycznych rozumiana jest jako fizyczna możliwość wizyty u lekarza, bez względu na specjalizację czy stopień wykształcenia medyka. Liczba lekarzy została określona na podstawie bazy danych z NIL, biorąc pod uwagę lekarzy oraz lekarzy z podwójnym prawem do wykonywania zawodu. W artykule jest weryfikowana następująca hipoteza badawcza: czynniki ekonomiczne, tj. przeciętny dochód mieszkańca, PKB w danym województwie, stopa bezrobocia, wydatki na opiekę medyczną JST oraz wydatki prywatne na zdrowie gospodarstw domowych korelują z liczbą lekarzy na 10 tys. mieszkańców w danym województwie w Polsce. Analiza miała na celu sprawdzenie czy w Polsce absolwenci medycyny wybierając miejsce świadczenia usług kierują się zamożnością mieszkańców danego rejonu.

Analiza czynników ekonomicznych a dostępność lekarzy

W celu oceny zależności pomiędzy czynnikami wykorzystano wskaźnik korelacji rang Spearmana³. Analiza nie uwzględnia wszystkich czynników zamożności i powinna być uznana za wstępną – pilotażową. Jak wynika z tabeli 1, w Polsce największy odsetek wszystkich lekarzy dostępnych jest dla pacjenta w województwie mazowieckim (17%) i śląskim (12%), a najmniejszy w świętokrzyskim i warmińsko-mazurskim (3%) oraz lubuskim i opolskim (2%). Jeśli natomiast weźmiemy pod uwagę liczbę lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców to najwięcej jest ich w województwie mazowieckim, łódzkim oraz podlaskim (43) i w lubelskim (38), a najmniej w warmińsko-mazurskim (25), opolskim oraz lubuskim (24). Średnio w Polsce natomiast przypada 33 lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Można zatem powiedzieć, że w Polsce w ujęciu geograficznym (biorąc pod uwagę województwa) występuje zróżnicowanie ilościowe lekarzy i tym samym dostępu do usług medycznych.

³ Liczba obserwacji (n=16) uzasadnia wybór metody do obliczeń (Pułaska-Turyna, 2011, s. 322).

Tabela 1. Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców oraz udział procentowy według województw w 2017 r.

Wyszczególnienie	Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców	Udział % w całkowitej liczbie lekarzy
Dolnośląskie	30	8,1
Kujawsko-pomorskie	30	4,7
Lubelskie	38	6,0
Lubuskie	24	1,8
Łódzkie	43	8,0
Małopolskie	37	9,3
Mazowieckie	43	17,2
Opolskie	24	1,8
Podkarpackie	27	4,2
Podlaskie	43	3,7
Pomorskie	34	5,8
Śląskie	36	12,2
Świętokrzyskie	31	2,9
Warmińsko-mazurskie	25	2,6
Wielkopolskie	30	7,6
Zachodniopomorskie	33	4,1

Źródło: obliczenia własne na podstawie danych GUS (2018b) i (NIL 2018).

Analizując związek liczby lekarzy przypadających na 10 tys. mieszkańców z poszczególnymi czynnikami ekonomicznymi (tabela 2), można powiedzieć, że na poziomie prawdopodobieństwa 0,05 występuje silna dodatnia korelacja pomiędzy dochodem brutto na mieszkańca a liczbą lekarzy w danym województwie. Na podstawie tego wyniku można stwierdzić, że dochody ludności/potencjalnych pacjentów są silną determinantą wyboru miejsca świadczenia usług przez lekarzy. Natomiast przy założeniu $\alpha = 0,1$ występuje również korelacja pomiędzy prywatnymi wydatkami gospodarstw domowych na zdrowie a liczbą medyków w regionach. Oznaczać to może, że absolwenci medycyny chętniej wybierają lokalizację swojej praktyki na terenach, na których pacjent jest gotowy zapłacić za usługę medyczną z prywatnych funduszy. Drugi ze zidentyfikowanych związków, można powiązać z silną korelacją występującą między dochodem brutto na mieszkańca a prywatnymi wydatkami gospodarstw domowych na zdrowie. Oznacza to, że wraz z wzrostem dochodu brutto na mieszkańca, rośnie skłonność do ponoszenia prywatnych wydatków na opiekę zdrowotną przez Polaków.

Tabela 2. Wyniki analizy korelacji pomiędzy liczbą lekarzy na 10 tys. mieszkańców a wskaźnikami ekonomicznymi w 2017 roku

Wyszczególnienie		Liczba lekarzy na 10 tys. mieszkańców	Dochód brutto na mieszkańca	Stopa bezrobocia	PKB na mieszkańca	Wydatki JST na zdrowie
Dochód brutto na mieszkańca	Współczynnik korelacji	0,557	x	x	x	x
	Istotność	0,025	x	x	x	x
Stopa bezrobocia	Współczynnik korelacji	0,071	-0,458	x	x	x
	Istotność	0,793	0,075	x	x	x
PKB na mieszkańca	Współczynnik korelacji	0,319	0,847	-0,586	x	x
	Istotność	0,228	0,000	0,017	x	x
Wydatki JST na zdrowie	Współczynnik korelacji	0,176	-0,229	0,059	-0,203	x
	Istotność	0,515	0,393	0,828	0,451	x
Wydatki gospodarstw domowych na zdrowie	Współczynnik korelacji	0,449	0,647	-0,368	0,494	-0,135
	Istotność	0,081	0,007	0,161	0,052	0,617

Uwaga: * wykorzystano analizę współczynników korelacji rang Spearmana, $n=16$, $\alpha=0,05$. Pogrubiono wartości wykazujące dodatnią korelację.

Źródło: obliczenia z systemu SPSS na podstawie danych (GUS 2018a), (GUS 2017b) oraz (NIL 2018).

W przypadku pozostałych analizowanych czynników zamożności korelacja z liczbą lekarzy w danym województwie nie występuje. Brak korelacji liczby lekarzy z wydatkami JST, może również świadczyć o mniejszym zainteresowaniu medyków pracą w sferze budżetowej czyli w ramach kontraktów NFZ. Wynagrodzenie lekarza jest znacznie wyższe w przypadku wizyty prywatnej, niż refundacja podstawowej wizyty ze środków NFZ (Zarządzenie 2018). Podsumowując otrzymane wyniki analizy można stwierdzić, że w Polsce występuje geograficzna dystrybucja ludzkich zasobów medycznych i jest ona zależna od niektórych czynników ekonomicznych. Tym samym zostało po części potwierdzone występowanie w Polsce prawa odwrotnej adekwatności opieki prezentowanej przez Harta. Jednocześnie została częściowo potwierdzona hipoteza, że medycy wybierając miejsce świadczenia pracy kierują się zamożnością konsumentów swoich usług.

Podsumowanie

Do wykorzystania opieki zdrowotnej w celu polepszenia stanu zdrowia konieczna jest konsumpcja świadczenia zdrowotnego i aby mogła ona nastąpić, niezbędna jest fizyczna dostępność do lekarza (Suchecka 2016, s. 64). Jak wskazują wyniki przeprowadzonej analizy, w przypadku Polski jest ona regionalnie zależna od uwarunkowań ekonomicznych, tj. dochód brutto na mieszkańca oraz wydatki gospodarstw domowych na zdrowie. Na podstawie dokonanej analizy danych wtórnych z GUS i NIL za 2017 rok zidentyfikowano znaczące zróżnicowanie geograficzne dostępności lekarzy w przekroju województw. Najkorzystniejsza sytuacja jest w województwie łódzkim, mazowieckim oraz podlaskim gdzie dostępnych jest aż 43 lekarzy na 10 tys. mieszkańców, a najbardziej niekorzystna w lubuskim, opolskim oraz warmińsko-mazurskim, gdzie przypada maksymalnie tylko 25 medyków na 10 tys. mieszkańców.

Wśród czynników ekonomicznych, które wzięto pod uwagę w analizie, przeciętny dochód brutto na mieszkańca oraz wydatki gospodarstw domowych są statystycznie dodatnio skorelowane z ilością lekarzy na 10 tys. mieszkańców. Korelację dodatnią wykazał również dochód brutto na mieszkańca z prywatnymi wydatkami na zdrowie, natomiast PKB, stopa bezrobocia jak i wydatki JST na zdrowie związku nie wykazują. Postawiona w artykule hipoteza (zaczepnięta z prawa Harta) mówiąca o tym, że liczba lekarzy jest w pewien sposób powiązana z zamożnością pacjentów, na poziomie analizy danych wg województw w Polsce została potwierdzona częściowo.

Otrzymane rezultaty należy uznać za wstęp do pogłębionych analiz. W badaniu nie brano pod uwagę specjalizacji oraz stopnia wykształcenia lekarzy co również może wpływać na ich dostępność dla pacjenta. W dalszych analizach można uwzględnić mniejsze terytorialnie jednostki np. powiaty, ponieważ takie dane lepiej mogą wykazać zamożność, wydatki oraz różnice dochodowe mieszkańców. Ze względu na procesy dostosowywania się popytu i podaży warto byłoby przeprowadzić badania w dłuższej perspektywie czasowej. Ponadto badania ilościowe nie pozwalają dogłębnie poznać rzeczywistych motywacji lekarzy, stąd uzasadnione byłoby uzupełnienie ich o badania jakościowe.

Bibliografia

Chew-Graham C.A., Mullin S., May C.R., Hedley S., Cole H. (2002), *Managing Depression in Primary Care: Another Example of the Inverse Care Law?*, "Family Practice"

19, nr 6, s. 632-637, dostępny na: <https://academic.oup.com/fampra/article/19/6/632/477712> (10.07.2018).

Getzen T. (2000), *Ekonomika zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

Grossman M. (2000), *The Human Capital Model*, w: A. Culyer, J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Elsevier, Amsterdam, s. 347-408.

GUS (2016), *Ochrona zdrowia w gospodarstwach domowych w 2016 r.*, dostępne na: <http://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/> (2.09.2018).

GUS (2017a), *Zdrowie i ochrona zdrowia 2015*, dostępne na: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/6/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2015.pdf (2.09.2018).

GUS (2017b), *Zdrowie i ochrona zdrowia 2016*, dostępne na: https://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5513/1/7/1/zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2016.pdf (2.09.2018).

GUS (2018a), *Aktywność ekonomiczna ludności Polski. IV kwartał 2017 r.*, dostępny na: https://stat.gov.pl/files/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5475/4/28/1/aktywnosc_ekonomiczna_ludnosci_polski_4_kwartal_2017.pdf (10.07.2018).

GUS (2018b), *Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym w 2018 roku*, dostępny na: http://stat.gov.pl/download/gfx/portalinformacyjny/pl/defaultaktualnosci/5468/7/15/1/powierzchnia_i_ludnosc_w_przekroju_terytorialnym_w_2018.pdf (10.07.2018).

Hart J.T. (1971), *The Inverse Care Law*, "The Lancet", vol. 297, iss. 7696, s. 405-412, DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(71\)92410-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(71)92410-X).

Hart J.T. (2000), *Commentary: Three decades of the Inverse Care Law*, "British Medical Journal", vol. 320, s. 15-19.

Henderson J.W. (2009), *Health Economics and Policy*, Cengage Learning, Mason.

Hurley J. (2000), *An Overview of the Normative Economics of the Health Sector*, w: A. Culyer, J. Newhouse (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, Elsevier, Amsterdam, s. 55-118.

Jakubowska A. (2016), *Kapitał zdrowia jako czynnik wzrostu społeczno-gospodarczego – sytuacja Polski w kontekście epidemii chorób przewlekłych*, „Zeszyty Naukowe PTE w Zielonej Górze” nr 5, s. 42-53.

Kodeks Etyki Lekarskiej (b.d.),

https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/4764/Kodeks-Etyki-Lekarskiej.pdf
(10.08.2018).

Kulik T.B., Latolski M. (2008), *Zdrowie Publiczne. Podręcznik dla studentów i absolwentów Wydziału Pielęgniarstwa i Nauk o Zdrowiu Akademii Medycznych*, Wydawnictwo Czelej, Lublin.

Mercer, S.W., Watt G. (2007), *The Inverse Care Law: Clinical Primary Care Encounters in Deprived and Affluent Areas of Scotland*, "Annals of Family Medicine", vol. 5(6), s. 503-510, DOI: 10.1370/afm.778.

Morris S., Devlin N., Parkin D. (2012), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa.

NIL (2018), *Zestawienie nr 2 – Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentyków wg województw, miejsca zameldowania i tytułu zawodowego*, dostępne na https://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/133959/zestawienie-nr-2.pdf (10.08.2018).

Pell J.P., Pell A.C.H., Norrie J., Ford I., Cobbe S.M. (2000), *Effect of socioeconomic deprivation on waiting time for cardiac surgery: retrospective cohort study*, "British Medical Journal" nr 320(7226), s. 15-19, <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7226.15>.

Pułaska-Turyńska B. (2011) *Statystyka dla ekonomistów*, wydanie III zmienione, Difin SA, Warszawa.

Seddon N. (2007), *Quite Like Heaven? Options for the NHS in a Consumer age*, Civitas: Institute for the Study of Civil Society London, dostępne na <http://www.civitas.org.uk/pdf/QuiteLikeHeaven.pdf> (5.08.2018).

Suchecka J. (2016), *Ekonomia zdrowia i opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer SA, Warszawa.

Włodarczyk W.C. (2010), *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.

Akty prawne:

(Ustawa, 1997), Ustawa z dnia 2 kwietnia 1997 r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej (Dz.U.1997.78.483).

(Zarządzenie 2018), Zarządzenie Nr 22/2018/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 marca 2018 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: ambulatoryjna opieka

specjalistyczna dostępne na <http://www.nfz.gov.pl/zarządzenia-prezesa/zarządzenia-prezesa-nfz/zarządzenie-nr-222018dsoz,6739.html> (22.10.2018).