

JERZY ŁADYSZ

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Polska / Wrocław University of Economics and Business,
Poland

Dostępność usług medycznych w gminach: studium porównawcze Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego

Accessibility of medical services in municipalities: a comparative study of the Wrocław Functional Area (Poland)

Streszczenie: Brak w systemie planowania przestrzennego obowiązujących wskaźników urbanistycznych, regulujących m.in. rozmieszczenie usług medycznych na obszarach planowanej zabudowy, skutkuje z reguły brakiem uwzględniania przychodni opieki zdrowotnej w dokumentach planistycznych, a co za tym idzie – oddolną, rynkową lokalizacją istniejących przychodni. Równocześnie, usługi medyczne są ważne dla prawidłowego funkcjonowania społeczeństwa, nie tylko w okresie zagrożenia epidemiologicznego. Zróżnicowanie ich dostępności przestrzennej powoduje różnice w standardzie wyposażenia w te usługi poszczególnych obszarów, a co za tym idzie – różnice w jakości życia. Szczególnie dotyczy to obszarów o postępującej zabudowie mieszkaniowej i o rosnącej liczbie mieszkańców, jak Wrocławski Obszar Funkcjonalny. W trakcie przeprowadzonych badań zweryfikowano, czy dostępność przychodni opieki zdrowotnej w piętnastu gminach należących do Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego jest skorelowana z ich liczbą ludności. Na podstawie materiałów kartograficznych, dostępnych baz danych, zinventaryzowano przychodnie na tym obszarze. Wykazano, że liczba przychodni w wielu badanych gminach nie jest odpowiednia do stale rosnącej liczby mieszkańców. Podobnie, lokalizacja wielu przychodni nie odpowiada rzeczywistym potrzebom ich rozmieszczenia. Z prognoz demograficznych wynika, że zapotrzebowanie na usługi medyczne będzie rosnąć w większości badanych gmin. Biorąc pod uwagę prognozę demograficzną, zaproponowano podniesienie i wyrównanie standardu wyposażenia w usługi medyczne badanych gmin poprzez określenie liczby potrzebnych nowych przychodni.

Abstract: There are no urban planning indicators in the spatial planning system regulating e.g., the distribution of medical services in the areas of planned development which results in the lack of inclusion of clinics in planning documents, and thus a bottom-up, market location of existing healthcare clinics. At the same time, medical services are important for the proper functioning of the society, not only in times of an epidemiological threat. The diversification of their spatial accessibility causes differences in the standard of equipping particular areas with these services and differences in life quality. This is especially true of areas with progressive housing development and a growing number of inhabitants, such as Wrocław Functional Area (Poland). In the framework of the research, the author verified whether the accessibility of healthcare clinics in fifteen municipalities belonging to the Wrocław Functional Area corresponds to their population. Based on cartographic materials and available databases, clinics in this area were inventoried. It has been shown

that the number of clinics in many analysed communes is not adequate for the constantly growing number of inhabitants. Likewise, the location of many clinics does not match the actual needs of their location. Demographic forecasts show that the demand for medical services will grow in most of the surveyed municipalities. Considering the demographic forecast, it was proposed to raise and align the standard of equipment with medical services in the surveyed municipalities by determining the number of new clinics needed.

Słowa kluczowe: dostępność przestrzenna usług; przychodnia opieki zdrowotnej; usługi medyczne; Wrocławski Obszar Funkcjonalny

Keywords: spatial accessibility of services; healthcare clinic; medical services; Wrocław Functional Area

Otrzymano: 18 listopada 2020

Received: 18 November 2020

Zaakceptowano: 18 lutego 2021

Accepted: 18 February 2021

Sugerowana cytacja / Suggested citation:

Ładysz, J. (2021). Dostępność usług medycznych w gminach: studium porównawcze Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego. *Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego*, 35(1), 72–84, doi: 10.24917/20801653.351.5

WSTĘP

Dostępność usług publicznych jest przedmiotem licznych dotychczasowych badań w Polsce i zagranicą (Fyer i in., 1999; Hansen, 1959; Małachowski, Dąbski, Wilk, 2020; Martens, Golub 2012; Powęska 1990; Stępiak i in. 2017; Wiśniewski 2016). Usługi medyczne są ważnym rodzajem usług publicznych, które służą zapewnieniu dobrego stanu zdrowia ludności, poprawie jakości życia, a tym samym przyczyniają się do poprawy dobrobytu społeczeństwa, do wzrostu PKB. Zapewnienie obywatelom odpowiedniej dostępności usług medycznych jest jednym z zadań państwa jako instytucji. Zadanie to jest realizowane m.in. przez samorządy gminne, które odpowiadają za zaspokajanie zbiorowych potrzeb mieszkańców gminy. Jednym z zadań własnych gmin jest ochrona zdrowia (*Ustawa o samorządzie gminnym*, 1990: art. 7, ust. 1, pkt 5). Biorąc pod uwagę inne zadanie własne gmin – zapewnienie ładu przestrzennego, samorządy gminne, w ramach prowadzonej przez nie na obszarze swoich gmin polityki przestrzennej, mają istotny wpływ na potrzeby interesu publicznego, na realizację wymagań ochrony zdrowia (*Ustawa o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym*, 2003: art. 3, ust. 1; art. 1, ust. 2, pkt 5), w tym na rozmieszczenie podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

Usługi medyczne (lecznicze) są świadczone przez podmioty lecznicze. Są to jakiegokolwiek podmioty (osoby fizyczne lub jednostki organizacyjne) świadczące usługi służące zachowaniu lub polepszeniu stanu zdrowia zgodnie z wiedzą medyczną. Najbardziej popularną jednostką organizacyjną, świadczącą usługi medyczne na poziomie podstawowym, są przychodnie opieki zdrowotnej. Aktualna sieć lokalizacji przychodni jest wypadkową wielu czynników. Brak obowiązujących wskaźników urbanistycznych spowodował istotne zróżnicowanie gęstości rozmieszczenia przychodni w przestrzeni. Są obszary miejskie z koncentracją przestrzenną przychodni znacznie powyżej średniej, jak również liczne obszary wiejskie bez takich obiektów.

Brakuje zbiorczych map usług medycznych, w tym mapy rozmieszczenia przychodni. Istniejące bazy danych statystycznych (GUS, 2019) i usług medycznych (NFZ, 2020) dają możliwość ustalenia ich liczby w jednostkach administracyjno-terytorialnych, jak gminy, powiaty, województwa; wyszukania adresów potrzebnych przychodni według ich rodzajów. Zasoby w poszczególnych bazach istotnie się różnią. Na przykład,

w raporcie z badań dostępności usług publicznych w Polsce IGiPZ PAN z 2017 roku podano liczbę przychodni w województwie dolnośląskim – 2546, wtedy gdy GUS podał 1515 przychodni w 2016 roku i 1542 przychodnie w 2017 (GUS, 2019). Jako doraźne inicjatywy samorządowe są miejscami opracowywane mapy rozmieszczenia obiektów ochrony zdrowia, jak np. „Mapa specjalistycznych usług medycznych na Śląsku” (Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego, 2019).

Celem badania była weryfikacja, czy dostępność przestrzenna przychodni opieki zdrowotnej w piętnastu gminach należących do Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego (WrOF) jest skorelowana z ich liczbą ludności.

METODYKA BADAŃ

Na potrzeby realizacji celu badania wykonano analizę danych zastanych (*desk research*):

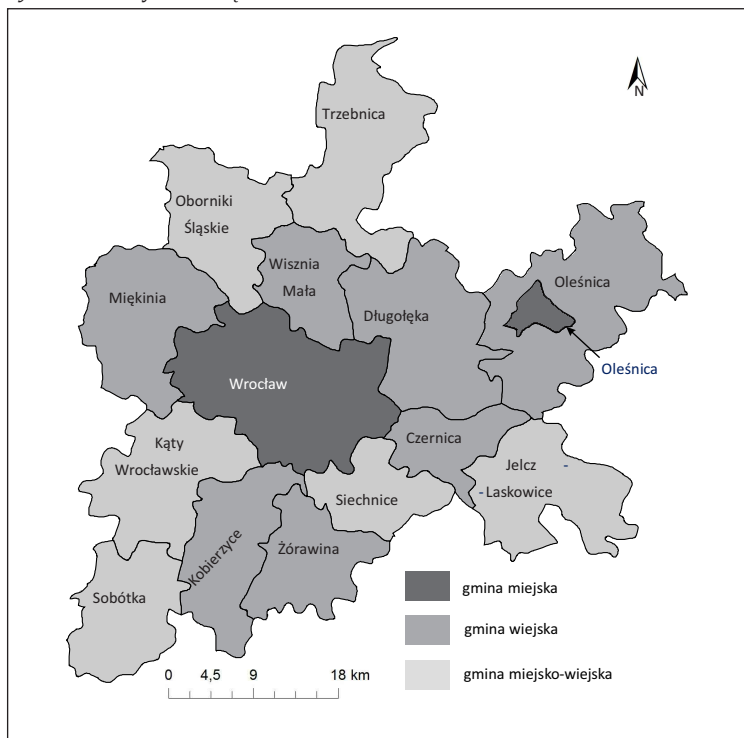
1. Przegląd literatury przedmiotu dotyczącej rozmieszczenia przychodni opieki zdrowotnej. W aktualnej literaturze krajowej stwierdzono brak wskaźników urbanistycznych regulujących wybór lokalizacji usług medycznych.
2. Analizę historycznych i prognozowanych zmian liczby ludności gmin WrOF. Przyjęto założenie, że zapotrzebowanie na usługi medyczne na danym terenie jest wprost proporcjonalne do jego potencjału demograficznego.
3. Inwentaryzację istniejących przychodni na analizowanym obszarze. Wykorzystano zbiorcze dane statystyczne GUS o przychodniach w gminach, informacje zawarte w elektronicznej bazie „Zintegrowany Informator Pacjenta” Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ, 2020). Za pomocą wskaźnika liczby przychodni na 10 tys. mieszkańców ukazano zróżnicowanie wyposażenia w przychodnie poszczególnych gmin miejskich i wiejskich, a w przypadku gmin miejsko-wiejskich także zróżnicowanie ich obszarów miejskich i wiejskich.
4. Analizę dostępności przestrzennej istniejących przychodni w WrOF. Wykorzystano ekwidystanty o promieniach 1, 2, 3 i 4 km.
5. Modelową optymalizację dostępności przychodni na analizowanym obszarze. Przyjęto założenie, że kluczowym czynnikiem decydującym o tworzeniu nowych przychodni jest prognozowany przyrost demograficzny. Jako minimalny standard wyposażenia gmin w przychodnie opieki zdrowotnej przyjęto medianę wskaźnika liczby przychodni na 10 tys. mieszkańców WrOF na koniec 2019 roku.

OBSZAR ANALIZ – GMINY WROCŁAWSKIEGO OBSZARU FUNKCJONALNEGO

Wrocławski Obszar Funkcjonalny tworzą miasto Wrocław – stolica województwa dolnośląskiego oraz 14 gmin o charakterze miejskim, miejsko-wiejskim i wiejskim z powiatów: oleśnickiego (miasto Oleśnica oraz gmina wiejska Oleśnica), oławskiego (gmina Jelcz-Laskowice), średzkiego (gmina Miękinia), trzebnickiego (gminy Oborniki Śląskie, Trzebnica i Wisznia Mała) oraz wrocławskiego (gminy Kąty Wrocławskie, Sobótka, Siechnice¹, Czernica, Długołęka, Kobierzyce i Żórawina) (rycina 1) (Urząd Statystyczny we Wrocławiu, 2019: 1). WrOF zajmuje powierzchnię 2339 km², tj. 11,7% powierzchni województwa dolnośląskiego. Największą powierzchnię na obszarze

¹ Gmina Święta Katarzyna 31 grudnia 2009 r. zmieniła nazwę na gmina Siechnice.

Rycina 1. Gminy wchodzące w skład WrOF



Źródło: Urząd Statystyczny we Wrocławiu (2019)

WrOF zajmuje miasto Wrocław oraz gminy wiejskie Oleśnica i Długołęka. Te trzy gminy zajmują łącznie $\frac{1}{3}$ powierzchni WrOF.

PRZEDMIOT BADAŃ – PRZYCHODNIE OPIEKI ZDROWOTNEJ

W statystyce publicznej „przychodnia” (*an out-patient department*) oznacza przedsiębiorstwo podmiotu leczniczego, w którym udziela się ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych podstawowej lub specjalistycznej opieki zdrowotnej oraz świadczenia z zakresu rehabilitacji leczniczej (GUS, 2020). Zgodnie z ustawą o działalności leczniczej, wyróżniamy dwie formy przychodni według kryterium podmiotu tworzącego (*Ustawa o działalności leczniczej*, 2011: art. 4, ust. 1):

- samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej (przychodnie podległe podmiotom publicznym),
- podmioty lecznicze będące przedsiębiorcą (niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej).

Podmiotami tworzącymi przychodnie działające w formie samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) są samorządy gminne, Skarb Państwa, uczelnie medyczne. Przychodnie te działają na podstawie: ustawy o działalności leczniczej, statutu nadanego przez podmiot tworzący (*Ustawa o działalności leczniczej*, 2011), innych przepisów dotyczących samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Natomiast niepublicznymi podmiotami leczniczymi mogą być przedsiębiorcy, co

do zasady we wszelkich formach przewidzianych do wykonywania działalności gospodarczej, także fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej (Ministerstwo Zdrowia, 2015).

Podstawowym celem działania przychodni jest udzielanie świadczeń zdrowotnych. Obecnie świadczenia te mogą być udzielane za pośrednictwem systemów teleinformatycznych lub systemów łączności (*Ustawa o działalności leczniczej*, 2011: art. 3, pkt 1). Przychodnie mogą także działać na rzecz promocji zdrowia. Typowe rodzaje działalności leczniczej w przychodniach to: badanie i porada lekarska; leczenie; opieka nad kobietą ciężarną, jej porodem oraz nad noworodkiem; opieka nad dziećmi i młodzieżą uczącą się; szczepienia ochronne i ich działania zapobiegawcze; działania diagnostyczne; pielęgnacja chorych; orzekanie o stanie zdrowia; prowadzenie działalności profilaktycznej i oświatowo-zdrowotnej.

W skład przychodni wchodzi m.in.: poradnie ogólne, poradnie dla dzieci, poradnie ginekologiczno-położnicze, poradnie stomatologiczne, punkty szczepień, gabinety zabiegowe, gabinety EKG, punkty pobierania materiałów laboratoryjnych, poradnie medycyny pracy.

STRATEGICZNE ZNACZENIE USŁUG MEDYCZNYCH DLA ROZWOJU I POPRAWY SPÓJNOŚCI TERYTORIALNEJ ANALIZOWANEGO OBSZARU

WrOF to jeden z 24 miejskich obszarów funkcjonalnych powstałych w Polsce, w związku z wdrożeniem Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych (ZIT) – instrumentu finansowania Komisji Europejskiej dla państw członkowskich począwszy od okresu programowania 2014–2020. ZIT służą poprawie spójności terytorialnej, wspieraniu rozwoju głównych ośrodków miejskich i powiązanych z nimi funkcjonalnie obszarów, integracji wewnętrznej i wzmacnianiu powiązań funkcjonalnych i przestrzennych.

Pojęcie spójności terytorialnej dotychczas nie zostało zdefiniowane w znaczeniu prawnym czy operacyjnym. Jak ustalono we wcześniejszym badaniu (Ładysz, 2014), spójność terytorialna to kompleksowa koncepcja kształtowania polityki rozwoju, rozumiana jako zbiór zasad harmonijnego, efektywnego i zrównoważonego rozwoju danego terytorium (*Agenda Terytorialna...*, 2011), służących optymalnemu rozmieszczeniu funkcji istotnych z punktu widzenia wspólnego dobra.

Spójność terytorialna pełni wiodącą rolę w retoryce UE. Przyjmuje się, że do poprawy spójności terytorialnej przyczynia się integracja funkcjonalna zachodząca na obszarach funkcjonalnych (Holstein, Lüer, 2020). O znaczeniu spójności terytorialnej świadczy fakt przeznaczania na politykę spójności na poziomie Unii Europejskiej najwięcej środków z budżetu unijnego (351,8 mld euro w okresie 2014–2020) w porównaniu z innymi wspólnymi politykami. Dostęp do usług, w tym zwłaszcza usług publicznych, odgrywa kluczową rolę w polityce spójności terytorialnej.

Głównym celem strategicznym współpracy samorządów gminnych w ramach porozumienia ZIT WrOF, zawartego 9.07.2013 roku (*Porozumienie w sprawie zasad współpracy*, 2013), jest osiągnięcie wysokiej jakości życia jego mieszkańców poprzez integrację jego przestrzeni w spójny organizm społeczno-gospodarczy (*Strategia Zintegrowanych Inwestycji*, 2015: 109). Zidentyfikowaną na potrzeby opracowania strategii ZIT WrOF słabą stroną tego obszaru są dysproporcje przestrzenne w wyposażeniu i jakości infrastruktury instytucjonalnej, przestrzennej, gospodarczej i społecznej

(*Strategia Zintegrowanych Inwestycji*, 2015: 110). Opieka zdrowotna została uznana za jeden z kilkunastu problemów rozwojowych WrOF, a system opieki zdrowotnej – za jeden z wymiarów ładu społecznego na tym obszarze. Natomiast poprawa dostępności i jakości usług społecznych i zdrowotnych jest jednym z priorytetów strategicznych ZIT WrOF w odniesieniu do projektów dofinansowanych ze środków europejskich (Europejskiego Funduszu Społecznego) na tym obszarze (*Strategia Zintegrowanych Inwestycji*, 2015: 118; Urząd Miejski Wrocławia, 2020).

DETERMINANTA POPYTU NA USŁUGI MEDYCZNE – ZMIANY DEMOGRAFICZNE

Sytuacja demograficzna na analizowanym obszarze jest dobra. W latach 1995–2019 nastąpił wzrost liczby mieszkańców z 853 891 osób do 933 922 osób (o 9,4%), co jest efektem dodatniego przyrostu naturalnego oraz dodatniego salda migracji na pobyt stały.

Zgodnie z prognozą ludności gmin na lata 2017–2030 opracowaną przez GUS (GUS, 2017), do 2030 roku liczba mieszkańców może wzrosnąć o około 4,0% przy prognozowanym spadku ludności w województwie dolnośląskim około –2,9% (tabela 1). Przyrost demograficzny jest prognozowany we wszystkich gminach WrOF, oprócz miasta Oleśnica (–1,9%) i Jelcz-Laskowice (–0,3%). Największy wzrost populacji jest prognozowany w gminach: Siechnice (25,1%), Kobierzyce (22,4%), Czernica (22,1%), Długołęka (17,4%), Żórawina (15,1%), Kąty Wrocławskie (14,0%), Wisznia Mała (9,7%), Miękinia (8,3%), Oborniki Śląskie (7,9%). Z prognozy demograficznej wynika wysokie zapotrzebowanie na nowe przychodnie opieki zdrowotnej w gminach o wysokim prognozowanym wzroście liczby mieszkańców.

Tabela 1. Dynamika ludności gmin WrOF w latach 1995–2019 z prognozą do 2030 r.

Jednostki terytorialne	Ludność, 1995, os.	Ludność, 2019, os.	Przyrost 1995–2019, os.	Przyrost 1995–2019, %	Prognoza 2030, os.	Przyrost 2019–2030, os.	Przyrost 2019–2030, %
Miasto Oleśnica	38 934	37 142	-1 792	-4,6	36 443	-699	-1,9
Gmina Oleśnica	10 610	13 854	3 244	30,6	14 725	871	6,3
Jelcz-Laskowice	21 526	23 292	1 766	8,2	23 232	-60	-0,3
miasto	15 370	15 745	375	2,4	–	–	–
obszar wiejski	6 156	7 547	1 391	22,6	–	–	–
Miękinia	10 872	17 006	6 134	56,4	18 412	1406	8,3
Oborniki Śląskie	16 578	20 317	3 739	22,6	21 913	1596	7,9
miasto	7 846	9 120	1 274	16,2	–	–	–
obszar wiejski	8 732	11 197	2 465	28,2	–	–	–
Trzebnica	21 482	24 436	2 954	13,8	25 199	763	3,1
miasto	12 132	13 343	1 211	10,0	–	–	–
obszar wiejski	9 350	11 093	1 743	18,6	–	–	–
Wisznia Mała	6 993	10 559	3 566	51,0	11 582	1023	9,7
Czernica	7 162	16 619	9 457	132,0	20 285	3666	22,1
Długołęka	16 892	33 838	16 946	100,3	39 715	5877	17,4
Kąty Wrocławskie	17 126	25 282	8 156	47,6	28 826	3544	14,0
miasto	5 088	7 001	1 913	37,6	–	–	–

obszar wiejski	12 038	18 281	6 243	51,9	-	-	-
Kobierzyce	11 371	21 760	10 389	91,4	26 634	4874	22,4
Sobótka	12 387	12 914	527	4,3	13 378	464	3,6
miasto	6 664	6 989	325	4,9	-	-	-
obszar wiejski	5 723	5 925	202	3,5	-	-	-
Siechnice	12212	22 878	10 666	87,3	28 612	5734	25,1
miasto	-	8 320	-	-	-	-	-
obszar wiejski	-	14 558	-	-	-	-	-
Żórawina	7 772	11 156	3 384	43,5	12 844	1688	15,1
Wrocław	641 974	642 869	895	0,1	649 093	6224	1,0
WrOF	853 891	933 922	80 031	9,4	970 893	36971	4,0
woj. dolnośląskie	2 988 278	2 900 163	-88 115	-2,9	2 815 763	-84400	-2,9
Polska	38 609 399	38 382 576	-226 823	-0,6	-	-	-

Źródło: opracowanie na podstawie GUS (2017; 2019)

Struktura wiekowa ludności również ma znaczenie dla oceny dostępności istniejących przychodni opieki zdrowotnej i przy podejmowaniu decyzji o tworzeniu nowych. Wraz ze starzeniem się społeczeństwa rośnie zapotrzebowanie na usługi medyczne. Prognozowany wzrost udziału ludności w wieku poprodukcyjnym dotyczy w podobny sposób całego analizowanego obszaru (tabela 2).

Tabela 2. Zmiany ludności w wieku poprodukcyjnym 60+/65+ w gminach WrOF w latach 1995–2019 z prognozą do 2030 r.

Jednostki terytorialne	Ludność w wieku poprodukcyjnym, os.			Udział osób w wieku poprodukcyjnym, %		
	1995	2019	2030	1995	2019	2030
Miasto Oleśnica	4 613	8 823	9468	11,8	23,8	26,0
Gmina Oleśnica	1 272	2 227	3203	12,0	16,1	21,8
Jelcz-Laskowice	1 886	4 911	6040	8,8	21,1	26,0
Miękinia	1 513	2 551	3699	13,9	15,0	20,1
Oborniki Śląskie	2 386	4 482	5393	14,4	22,1	24,6
Trzebnica	2 577	5 005	5865	12,0	20,5	23,3
Wisznia Mała	855	1 904	2785	12,2	18,0	24,0
Czernica	1 041	2 569	3596	14,5	15,5	17,7
Długołęka	2 059	5 038	6873	12,2	14,9	17,3
Kąty Wrocławskie	2 280	4 207	5497	13,3	16,6	19,1
Kobierzyce	1 604	2 978	4354	14,1	13,7	16,3
Sobótka	1 719	2 913	3378	13,9	22,6	25,3
Siechnice	1 779	3 561	4850	14,6	15,6	17,0
Żórawina	1 044	1 769	2565	13,4	15,9	20,0
Wrocław	99 076	157 760	163690	15,4	24,5	25,2
WrOF	125 704	210 698	231 256	14,7	22,6	23,8

Źródło: opracowanie na podstawie GUS (2017; 2019)

Jak wynika z diagnozy wykonanej na potrzeby strategii ZIT WrOF, w gminach wchodzących w jego skład występuje problem utrudnionego dostępu osób starszych do rehabilitacji i skutecznego leczenia (brak sprzętu rehabilitacyjnego, wyspecjalizowanego personelu, niewystarczająca liczba specjalistycznych gabinetów opieki medycznej)

(Strategia Zintegrowanych Inwestycji, 2015: 94). Osoby te często nie mają możliwości dotrzeć samodzielnie do usług medycznych. W przypadku osób starszych szczególnie istotna jest poprawa dostępności przestrzennej usług medycznych.

DOSTĘPNOŚĆ PRZYCHODNI OPIEKI ZDROWOTNEJ NA ANALIZOWANYM OBSZARZE

Według najnowszych danych GUS, na obszarze WrOF na koniec 2019 roku funkcjonowało 709 przychodni opieki zdrowotnej, w tym 46 SPZOZ (6,5%). Przy czym w okresie 1995–2019 odnotowano spadek liczby SPZOZ o 29% na analizowanym obszarze, szczególnie we Wrocławiu (o 42%). Łącznie, w latach 1995–2019 nastąpił prawie 4,5-krotny wzrost liczby przychodni na analizowanym obszarze. Mediana wartości wskaźnika liczby przychodni na 10 tys. mieszkańców wyniosła w 1995 roku 0,5, a w 2019 – 4,7. Średnia liczba przychodni na 10 tys. mieszkańców na analizowanym obszarze na koniec 2019 roku wyniosła 7,6 przy średniej w województwie 5,6, a w kraju 5,7. Powyżej średniej dla WrOF liczba przychodni była tylko we Wrocławiu (8,9 przychodni/10 tys. mieszkańców). Szczególnie mało przychodni w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców było na obszarach wiejskich gmin miejsko-wiejskich i w gminach wiejskich (tabela 3).

Zróżnicowanie liczby przychodni przełożyło się na wysokie zróżnicowanie wskaźnika udzielonych porad lekarskich w przeliczeniu na 10 mieszkańców badanych gmin (tabela 3). Powyżej średniej dla WrOF (51) wskaźnik ten wynosił w części miejskiej Kątów Wrocławskich (123), części miejskiej Obornik Śląskich (76), części miejskiej Jelcza-Laskowice (67), Trzebnicy (60), mieście Oleśnica (59), części miejskiej Siechnic (58), Sobótce (54). W gminach wiejskich i częściach wiejskich gmin miejsko-wiejskich wskaźnik był znacznie niższy (tabela 3).

Tabela 3. Zmiany liczby przychodni w gminach WrOF w latach 1995–2019

Jednostki terytorialne	Przychodnie 1995, szt.	Przychodnie 2019, szt.	Przyrost 1995–2019, szt.	Przychodnie / 10 tys. mieszk., 1995	Przychodnie / 10 tys. mieszk. 2019	SPZOZ 1995	SPZOZ 2019	Porady / 10 mieszk. 2019
Miasto Oleśnica	11	23	12	2,8	6,2	3	3	59
Gmina Oleśnica	1	5	4	0,9	3,6	0	2	8
Jelcz-Laskowice	1	10	9	0,5	4,3	0	4	48
miasto	1	7	6	0,7	4,4	0	1	67
obszar wiejski	0	3	3	0,0	4,0	0	3	11
Miękinia	0	8	8	0,0	4,7	0	2	24
Oborniki Śląskie	2	11	9	1,2	5,4	-	-	44
miasto	2	10	8	2,5	11,0	-	-	76
obszar wiejski	0	1	1	0,0	0,9	-	-	17
Trzebnica	2	14	12	0,9	5,7	0	2	60

miasto	2	12	10	1,6	9,0	0	2	100
obszar wiejski	0	2	2	0,0	1,8	0	0	11
Wisznia Mała	0	2	2	0,0	1,9	0	1	21
Czernica	0	4	4	0,0	2,4	-	-	23
Długołęka	0	11	11	0,0	3,3	0	0	28
Kąty Wrocławskie	1	14	13	0,6	5,5	1	0	46
miasto	1	7	6	2,0	10,0	1	0	123
obszar wiejski	0	7	7	0,0	3,8	0	0	17
Kobierzyce	0	15	15	0,0	6,9	-	-	44
Sobótka	2	5	3	1,6	3,9	2	1	54
miasto	2	4	2	3,0	5,7	2	1	96
obszar wiejski	0	1	1	0,0	1,7	0	0	4
Siechnice	0	12	12	0,0	5,2	-	3	40
miasto	0	7	7	-	8,4	-	2	58
obszar wiejski	0	5	5	-	3,4	-	1	30
Żórawina	0	5	5	0,0	4,5	0	3	34
Wrocław	142	570	428	2,2	8,9	60	25	45
WrOF	162	709	547	1,9	7,6	65	46	51
woj. dolnośląskie	414	1 611	1 197	1,4	5,6	87	210	45
Polska	4 527	21 839	17 312	1,2	5,7	364	2559	45

Źródło: obliczenia na podstawie danych z GUS (2019, 31 grudnia)

W gminach występują sytuacje, kiedy pod jednym adresem znajduje się kilka przychodni – przychodnia podstawowej opieki zdrowotnej i przychodnie specjalistyczne.

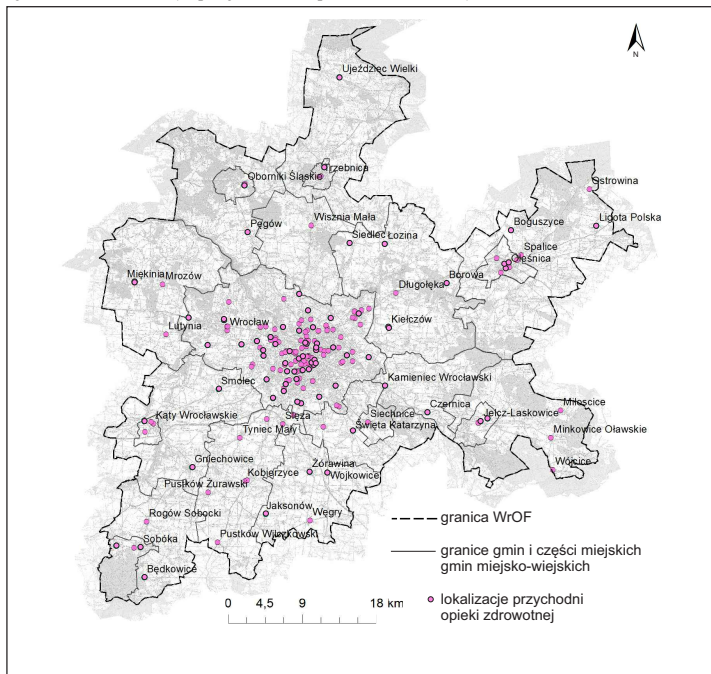
Rozmieszczenie przychodni opieki zdrowotnej na analizowanym obszarze nawiązuje do układu sieci osadniczej (rycina 2).

WYTYCZNE POPRAWY DOSTĘPNOŚCI PRZYCHODNI OPIEKI ZDROWOTNEJ NA ANALIZOWANYM OBSZARZE

Biorąc pod uwagę medianę wskaźnika liczby przychodni na 10 tys. mieszkańców WrOF w 2019 roku (4,7) jako minimalną wartość do zapewnienia, a także prognozowaną liczbę mieszkańców w gminach do 2030 roku, oszacowano orientacyjną liczbę nowych przychodni do utworzenia w gminach z wartością wskaźnika poniżej mediany (tabela 4). Najwięcej przychodni rekomenduje się utworzyć w gminach: Długołęka (8), Czernica (6), Wisznia Mała (4). Łącznie istnieje zapotrzebowanie na co najmniej 31 nowych przychodni. Ich utworzenie przyczyni się do ponadproporcjonalnego wzrostu mediany do 5,2 przy średniej 7,6 do 2030 roku.

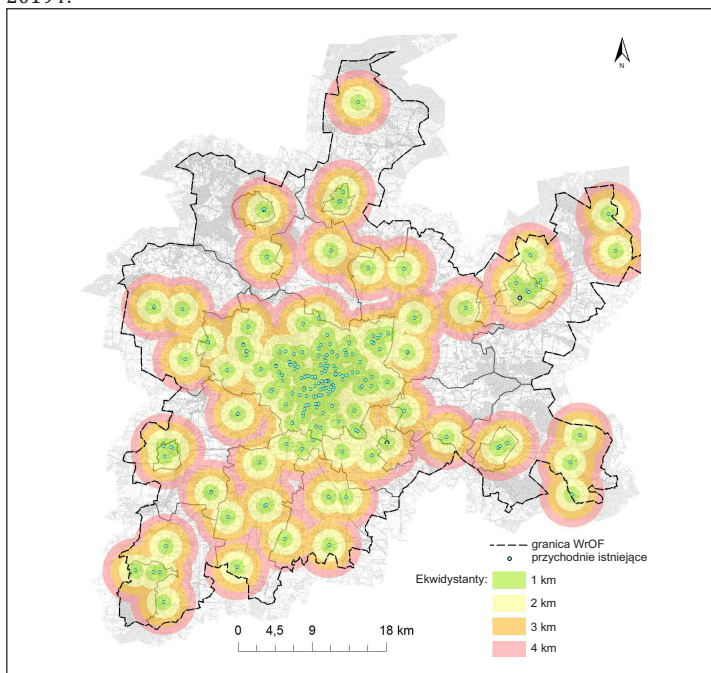
Przychodnie powinny być lokalizowane w nawiązaniu do obszarów nowej zabudowy mieszkaniowej, zarówno zrealizowanej, jak i planowanej na mapach kierunków zagospodarowania przestrzennego stanowiących załączniki do studiów uwarunkowań i kierunków zagospodarowania przestrzennego gmin.

Rycina 2. Lokalizacje przychodni opieki zdrowotnej na obszarze WrOF, według stanu na koniec 2019 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych z bazy (NFZ, 2020)

Rycina 3. Dostępność przestrzenna przychodni opieki zdrowotnej na obszarze WrOF, według stanu na koniec 2019 r.



Źródło: opracowanie na podstawie danych z bazy (NFZ, 2020)

Tabela 4. Rekomendowane wskaźniki liczby przychodni w gminach WrOF do 2030 r.

Jednostki administracyjno-terytorialne	Przychodnie w 2019 r. / 10 tys. mieszk. w 2030 r.	Proponowana liczba przychodni w 2030 r., szt.	Nowe przychodnie do 2030 r., szt.	Przychodnie / 10 tys. mieszk. w 2030 r.
Miasto Oleśnica	6,3	23	0	6,3
Gmina Oleśnica	3,4	7	2	4,8
Jelcz-Laskowice	4,3	12	2	5,2
Miękinia	4,3	9	1	4,9
Oborniki Śląskie	5,0	12	1	5,5
Trzebnica	5,6	15	1	6,0
Wisznia Mała	1,7	6	4	5,2
Czernica	2,0	10	6	4,9
Długołęka	2,8	19	8	4,8
Kąty Wrocławskie	4,9	14	0	4,9
Kobierzyce	5,6	16	1	6,0
Sobótka	3,7	7	2	5,2
Siechnice	4,2	14	2	4,9
Żórawina	3,9	6	1	4,7
Wrocław	8,8	570	0	8,8
WrOF	7,3	740	31	7,6

Źródło: opracowanie własne

PODSUMOWANIE

Badania wykazały istotne dysproporcje w rozmieszczeniu przychodni opieki zdrowotnej w gminach WrOF i potrzebę bardziej aktywnej polityki przestrzennej prowadzonej przez samorządy gminne i ich związki wobec lokalizacji usług medycznych. Liczba przychodni w wielu gminach nie jest wystarczająca dla stale rosnącej liczby mieszkańców. Analiza demograficzna wykazała, że zapotrzebowanie na usługi medyczne będzie rosło także na skutek coraz bardziej starzejącego się społeczeństwa.

Proponowane selektywne zwiększenie liczby przychodni jest elementem przeciwdziałania wykluczeniu społecznemu, przyczyni się do zmniejszenia dysproporcji rozwojowych na analizowanym obszarze, do zmniejszenia energochłonności systemów transportowych, do podniesienia poziomu zaspokojenia i stopnia dostępności usług medycznych dla mieszkańców WrOF, zwłaszcza dla seniorów, do realizacji koncepcji rozwoju równomiernego, harmonijnego, zrównoważonego i efektywnego ekonomicznie (*balanced, harmonious, sustainable and effective development*). Usługi medyczne są trudne, a często niemożliwe do świadczenia w formie zdalnej za pomocą środków komunikacji elektronicznej. Zatem konieczność podróży dom–przychodnia, pomimo pandemii koronawirusa i obostrzeń w przemieszczaniu się z tym związanych, będzie nadal istniała.

Przeprowadzone analizy potwierdziły brak spójnej bazy podmiotów leczniczych zarówno publicznych, jak też niepublicznych. Istnieje potrzeba opracowania map podstawowych i specjalistycznych usług medycznych nie tylko na analizowanym obszarze, ale na obszarze całego kraju. Proponowane mapy pozwolą usprawnić proces decyzyjny i określić, jakie działania należy podjąć w celu optymalizacji sieci podmiotów

świadczących usługi medyczne. Na przykład, na podstawie mapy można będzie ustalić, jak dużo takich samych przychodni specjalistycznych czy oddziałów funkcjonuje obok siebie i generuje nadmierne koszty. Z analizy miejsc koncentracji i obszarów bez żadnej przychodni będą wynikały wnioski co do optymalizacji rozmieszczenia przychodni z punktu widzenia potrzeb społeczności lokalnych. Pozwoli to na poprawę dostępności przestrzennej usług medycznych, a także na oferowanie usług medycznych na odpowiednio wysokim poziomie.

Literatura

References

- Agenda Terytorialna Unii Europejskiej 2020. W kierunku sprzyjającej społecznemu włączeniu, inteligentnej i zrównoważonej Europy zróżnicowanych regionów.* (2011). Ministers responsible for Spatial Planning and Territorial Development in the European Union. Gödöllő.
- Fyer, G.E., Drisko, J., Krugman, R.D., Vojir, C.P., Prochazka, A., Miyoshi, T.J., Miller, M.E. (1999). Multi-method Assessment of Access to Primary Medical Care in Rural Colorado. *The Journal of Rural Health*, 15, 113–121.
- GUS. (2017). *Prognoza ludności gmin na lata 2017–2030*. Warszawa.
- GUS. (2019, 31 grudnia). Dane z dziedziny „Ochrona zdrowia, opieka społeczna i świadczenia na rzecz rodziny” w tym „Podmioty ambulatoryjne, stan na 31 XII”. Bank Danych Lokalnych (BDL) GUS. Pozyskano z <https://bdl.stat.gov.pl>
- GUS. (2020, 10 listopada). *Pojęcia stosowane w statystyce publicznej*. Pozyskano z <https://stat.gov.pl/metainformacje/slownik-pojec/pojecia-stosowane-w-statystyce-publicznej/3164,pojecie.html>
- Hansen, W.G. (1959). How accessibility shapes land-use. *Journal of American Institute of Planners*, 25, 73–76.
- Holstein F., Lüer, Ch. (2020, 20 września). *Functional integration as a tool for urban areas to deliver territorial cohesion*. Eurocities. Pozyskano z https://www.europa-nu.nl/id/vkstkqolstyw/agenda/espon_seminar_the_role_of_functional?ctx=vg9pk3qd26zl&tab=1
- Ładysz, J. (2014). Spójność terytorialna Unii Europejskiej a transgraniczny rozwój zintegrowany. *Prace Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu*, 339, 76–88.
- Małachowski, A., Dąbski, M., Wilk, W. (2020). Accessibility of public services in districts of Warsaw: a comparative study. *Miscellanea Geographica – Regional Studies on Development*, 24(3), 176–182.
- Martens, K., Golub, A. (2012). A Justice-theoretic exploration of accessibility measures. W: K.T. Geurs, K.J. Krizek, A. Reggiani (red.), *Accessibility analysis and transport planning challenges for Europe and North America*. Cheltenham, UK: Edward Elgar, 195–210.
- Ministerstwo Zdrowia. (2015, lipiec). *Policy Paper dla ochrony zdrowia na lata 2014–2020. Krajowe ramy strategiczne*, Warszawa.
- Narodowy Instytut Samorządu Terytorialnego. (2019, 19 listopada). *Powstanie mapa specjalistycznych usług medycznych*. Pozyskano z <https://www.nist.gov.pl/serwis-obywatelsko-samorzadowy/powstanie-mapa-specjalistycznych-uslug-medycznych,1901.html>
- NFZ. (2020, 19 listopada). Zintegrowany Informator Pacjenta, Narodowy Fundusz Zdrowia. Pozyskano z <https://zip.nfz.gov.pl/GSL/GSL/POZ>
- Porozumienie z dnia 9 lipca 2013 r. w sprawie zasad współpracy Stron porozumienia przy programowaniu, wdrażaniu, finansowaniu, ewaluacji, uzgadnianiu wspólnych inwestycji, bieżącej obsłudze i rozliczeniach ZIT WrOF*. Dz.U. Województwa Dolnośląskiego 2013, poz. 4340 z późn. zm.
- Powęska H. (1990). *Dostępność przestrzenna usług medycznych a zachowania medyczne ludności*. Warszawa: PAN. IGiPZ (Biuletyn Informacyjny. Polska Akademia Nauk. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania, 61).
- Stępnia, M., Wiśniewski, R., Goliszek, S., Marcińczak, S. (2017). *Dostępność przestrzenna do usług publicznych w Polsce*. Warszawa: Polska Akademia Nauk. Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania.

- Strategia Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego.* (2015, październik). Wrocław. Pozyskano z <https://bip.um.wroc.pl/arttykul/100/19332/strategia-zit-wrof>
- Urząd Miejski Wrocławia. (2020, 20 września). Serwis Zintegrowanych Inwestycji Terytorialnych Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego. Pozyskano z <https://zitwrof.pl/dowiedz-sie-wiecej-o-programie/dowiedz-sie-wiecej-o-zit-wrof/>
- Urząd Statystyczny we Wrocławiu. (2019). *Uwarunkowania społeczne, gospodarcze i przestrzenne Wrocławskiego Obszaru Funkcjonalnego w 2018 r.*
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.* Dz.U. 2020, poz. 295.
- Ustawa z dnia 27 marca 2003 r. o planowaniu i zagospodarowaniu przestrzennym.* Dz.U. 2020, poz. 293.
- Ustawa z dnia 8 marca 1990 r. o samorządzie gminnym.* Dz.U. 2020, poz. 713.
- Wiśniewski, S. (2016). Spatial accessibility of hospital healthcare in Łódź voivodeship. *Quaestiones Geographicae*, 35(4), 157–166.

Jerzy Ładysz, dr inż., urbanista i ekonomista, adiunkt, Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu, Wydział Zarządzania, Katedra Nauk o Przedsiębiorstwie. Absolwent Wydziału Gospodarki Narodowej Akademii Ekonomicznej we Wrocławiu oraz Wydziału Architektury Politechniki Wrocławskiej. Specjalizuje się w modelowaniu i optymalizacji rozmieszczenia obiektów usługowych, prognozowaniu finansowych i ekonomicznych skutków opracowań planistycznych, obszarach funkcjonalnych, transgranicznych powiązaniach funkcjonalnych. Autor publikacji naukowych z zakresu gospodarki przestrzennej i polityki rozwoju. Wykonawca kilku projektów badawczych krajowych i międzynarodowych. Ekspert kilku instytucji krajowych i międzynarodowych, w tym Komisji Europejskiej.

Jerzy Ładysz, PhD Eng., urban planner and economist, assistant professor in the Department of Enterprise Studies of Wrocław University of Economics and Business; graduate of the Faculty of the National Economy of the Wrocław University of Economics and Business and the Faculty of Architecture of the Wrocław University of Science and Technology. He specialises in modelling and optimisation of the location of service facilities, forecasting financial and economic effects of land-use planning studies, functional areas and cross-border functional links. He is an author of academic publications on land management and regional economics, contractor of several national and international research projects, an expert of several national and international institutions, including the European Commission.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5980-6808>

Adres/address:

Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu
Wydział Zarządzania
Katedra Nauk o Przedsiębiorstwie
ul. Komandorska 118/120
53–345 Wrocław, Polska
e-mail: jerzy.ladysz@ue.wroc.pl