

Terytorialne zróżnicowanie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce jako wymiar spójności społeczno-ekonomicznej kraju

WPROWADZENIE

Procesy zachodzące w sektorze ochrony zdrowia oddziałują zarówno na wymiar ekonomiczny, społeczny oraz zdrowotny, mając kluczowe znaczenie dla spójności społeczno-ekonomicznej gospodarki. Zdrowotność społeczeństwa, obok czynników behawioralnych, jest ściśle związana z rozwojem i poprawą dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej. Brak placówek, kadry, czy urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia w pobliżu miejsca zamieszkania wpływa na ograniczenie podaży i obniżenie liczby świadczonych usług, co w konsekwencji powoduje niezaspokojenie potrzeb [Gruz, 1997, s. 96]. Sprawiedliwa dostępność do usług zdrowotnych jest więc jednym z najważniejszych problemów, jakie ma do rozstrzygnięcia współczesna polityka zdrowotna [Włodarczyk, 1996, s. 300], która polega na realizacji strategii „zdrowie dla wszystkich” [Gruz, 1997, s. 92]. W myśl zasady dostępności system ochrony zdrowia nie powinien tworzyć barier w dostępie do świadczeń, a te bariery, które występują, należy usuwać. Dla systemu zdrowotnego ważnym i trudnym problemem są nierówności w korzystaniu z opieki zdrowotnej, nierówności w poziomie zasobów dostępnych różnych grupom społecznym oraz terytorialne nierówności w rozmieszczeniu infrastruktury i kadry ochrony zdrowia [Włodarczyk, 1998, s. 117].

Badana problematyka ma charakter wielowymiarowy. Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana przez liczne czynniki leżące po stronie wykonawcy świadczeń zdrowotnych (m.in. poprzez skracanie czasu pracy placówek udzielających świadczenia, wydłużanie czasu jednostkowego świadczenia, nieefektywną organizację), ich płatnika (m.in. poprzez określony budżet, wycenę świadczeń zdrowotnych, przestrzenną strukturę finansowania świadczeń), organizatora opieki zdrowotnej (m.in. poprzez niedopasowanie struktury świadczeniodawców do potrzeb populacji, brak działań restrukturyzacyjnych i inwestycyjnych), jak i samego świadczeniobiorcy czyli pacjenta (m.in. poprzez zbyt częste, nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia korzystanie z usług zdrowotnych) [Krot, Glińska, (<http://www.univ.rzeszow.pl>), s. 3].

W artykule przedmiotem analizy jest terytorialny aspekt nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w 16 województwach Polski w 2009 roku. Do pełnej charakterystyki rozpatrywanego zagadnienia posłużył zestaw cech statystycznych ukształtowany na podstawie rozpatrywania powiązań tematycznych, jakości i dostępności danych. Celem artykułu jest przedstawienie zróżnicowania w dostępie do usług zdrowotnych oraz dokonanie analizy podobieństwa jednostek przestrzennych pod kątem stanu usług zdrowotnych. Problem dostępu do usług medycznych rozpatrzono w skali całego systemu (ujęcie makro), wykorzystując w tym celu dane zgromadzone przez Główny Urząd Statystyczny.

METODA BADAWCZA

Badanie oparto na dwóch metodach taksonomicznych, tj. analizy skupień oraz porządkowania liniowego.

W pierwszej kolejności zgromadzono cechy wskaźnikowe opisujące przedmiot badania. Na tej podstawie zdefiniowano macierz danych. Następnie podjęto odpowiednie działania weryfikacyjne w oparciu o kryterium zmienności i korelacji. W tym celu wykorzystano współczynnik zmienności, obliczany dla każdej cechy wzorem:

$$\omega = \frac{s_j}{\bar{x}_j},$$

gdzie \bar{x}_j to średnia arytmetyczna wartości cechy X_j , zaś s_j przedstawia jej odchylenie standardowe. Wyeliminowano cechy, dla których wartość bezwzględna współczynnika zmienności kształtowała się poniżej arbitralnie ustalonej wartości progowej $\omega = 0,1$ [Młodak, 2006, s. 29]. Weryfikację ze względu na kryterium korelacji przeprowadzono w oparciu o tzw. metodę odwróconej macierzy korelacji [Młodak, 2006, s. 31–33]. Po ustaleniu zestawu cech diagnostycznych przeprowadzono stymulację destymulant, wykorzystując w tym celu formułę różnicową:

$$x'_{ij} = c - x_{ij},$$

gdzie x'_{ij} to cecha x_{ij} po transformacji w stymulantę, zaś c jest stałą $c = 0$ [Młodak, 2006, s. 34]. Kolejnym etapem badań była normalizacja poprzez standaryzację cech statystycznych, która polegała na odjęciu od oryginalnych danych średniej z próby i podzieleniu ich przez odchylenie standardowe wyznaczone z próby. Ta transformacja umożliwiła porównywanie wartości wielu zmiennych (niezależnie od ich oryginalnego rozkładu i jednostek, w jakich je zmierzono). Znormalizowane cechy diagnostyczne posłużyły do wyodrębnienia jednorodnych klas obiektów oraz oceny zróżnicowania i dokonania pogrupowania obiektów.

tów pod względem podobieństwa rozwoju. Jak wskazuje literatura, różnorodność metod prowadzących do owego celu jest ogromna.

Do określenia typologicznych grup zastosowano metody taksonomii numerycznej. W celu grupowania obiektów pod względem podobieństwa (analizy skupień) wykorzystano w artykule metodę hierarchiczną (aglomeracyjną), zgodnie z którą obiekty podzielono na grupy i do każdej z nich zaliczono obiekty jednorodne. Każdy obiekt reprezentuje swoje własne skupienie. Odległości między obiektami definiuje się przy pomocy wybranej miary odległości. W badaniu wykorzystano metodę Warda, która do szacowania odległości między skupieniami wykorzystuje podejście analizy wariancji. Metoda ta zmierza do minimalizacji sumy kwadratów odchyłeń dowolnych dwóch skupień, które mogą zostać uformowane na każdym etapie. Metoda ta jest polecana ze względu na kryterium efektywności odtwarzania rzeczywistej struktury danych [Migut, 2009, s. 76–77]. Zapewnia ona homogeniczność wewnątrz skupień i heterogeniczność między skupieniami. Ponadto zaletą wybranej metody jest przejrzyste zaprezentowanie wyników klasyfikacji w formie drzewka połączeń, czyli dendrytu (dendrogramu). Dendryt prezentuje tworzenie kolejnych skupisk coraz to wyższych rzędów wraz z określonymi odległościami wiązania, przez co wskazuje na podobieństwa i różnice między badanymi regionami z punktu widzenia rozważanych cech. W artykule wykorzystując metodę Warda dokonano grupowania regionów począwszy od jednoelementowego skupiska, poprzez takie, które łączy ze sobą województwa najbardziej do siebie podobne, a kończąc na jednym łączącym wszystkie obiekty.

Należy także pamiętać o wadach procedur aglomeracyjnych, które zasadniczo wynikają z braku oczywistego kryterium ustalania liczby grup i wynikającego stąd podziału dendrogramu na ostateczne skupienia. Podział taki przeważnie dokonuje się w miejscach o najmniejszej gęstości połączeń dendrogramu, tzn. odcinając najdłuższe gałęzie drzewa [Jabłoński, 2010, s. 155]. Do ostatecznej weryfikacji przynależności województw do danego skupiska wykorzystano metodę Z. Hellwiga, według której dwa podzbiory zbioru można uważać za istotnie różne, jeśli najkrótsza odległość między parą punktów należących do dwóch różnych podzbiorów jest większa niż wartość krytyczna W_k wyliczona ze wzoru:

$$W_k = x + 2\delta,$$

gdzie x – to średnia arytmetyczna wartości minimalnej dla każdego wiersza w macierzy odległości, natomiast δ stanowi odchylenie standardowe dla każdego wiersza w macierzy odległości [Jabłoński, Robaszek, 2000, s. 36].

Po dokonaniu klasyfikacji obiektów podjęto próbę uporządkowania badanych podmiotów. Spośród wielu metod porządkowania liniowego w badaniu użyto metodę uśredniania rang. W tym celu wyodrębniono miernik syntetyczny, który był średnią standaryzowanych wartości składowych. Po przeprowadzeniu

rangowania na podstawie miernika syntetycznego uporządkowano województwa według badanych cech.

Oprócz analizy wielozmiennej podziału województw na podzbiory dokonano także analizy struktury każdego z wydzielonych skupień, co pozwoliło uzyskać informację jakie cechy zdecydowały o utworzeniu poszczególnych skupień. W tym celu wykorzystano metodę średnich arytmetycznych, która obejmowała następujące kroki [Jabłoński, Robaszek, 2000, s. 36]:

- obliczono dla całej macierzy danych wyjściowych średnie arytmetyczne kolejnych cech (X),
- obliczone zostały średnie cech dla wyróżnionych klas przestrzennych (X_n),
- wyodrębniono wskaźniki struktury każdego skupienia, które stanowią ilorazy (X_n/X) – ilorazy, które są większe od jedności świadczą o dominacji określonej cechy w skupieniu.

WYBÓR CECH DIAGNOSTYCZNYCH

Dostęp i jakość usług zdrowotnych jest wyznacznikiem jakości życia, oraz determinuje trwały i zrównoważony rozwój gospodarczy. *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* w art. 6 stanowi o równym dostępie do świadczeń zdrowotnych. Jest to jednak dostępność rozumiana jako cel polityczny i nie przesądza o faktycznym dostępie. Literatura wskazuje również na techniczny aspekt pojęcia dostępności, któremu można przypisać co najmniej pięć znaczeń: osiągalność, dostępność przestrzenna, dostępność organizacyjna, dostępność kosztowa i akceptowalność [Włodarczyk, 1996, s. 301–302]. Wskaźnikami proponowanymi do zastosowania przy badaniu dostępności opieki zdrowotnej są przede wszystkim wskaźniki spełniające funkcję diagnostyczną i opisujące sytuację systemu ochrony zdrowia [Kocot, 2006, s. 27]. Na cele artykułu wybrano wskaźniki zasobów, wykorzystania opieki zdrowotnej i dostępu do niej w obszarze opieki o charakterze stacjonarnym. Wyodrębnione cechy statystyczne można podzielić na dwa obszary: zasoby kadrowe oraz opieka o charakterze stacjonarnym.

Ze względu na dostępność danych do zbioru diagnostycznego, po przeprowadzeniu analizy zmienności i korelacji dobrano następujące cechy, które określają dostępność techniczną w znaczeniu osiągalności¹:

- liczba ludności przypadająca na aptekę ogólnodostępną w 2009 r. (X_1),
- liczba ludności przypadająca na pracującego lekarza w 2008 r. (X_2),
- liczba ludności przypadająca na pracującego dentystę w 2008 r. (X_3),

¹ Z uwagi na zbyt niską zmienność ze zbioru cech wyeliminowano: liczbę ludności przypadającą na pracującą pielęgniarkę, liczbę porad podstawowej opieki zdrowotnej przypadającą na mieszkańca, liczbę ludności przypadającą na łóżko w szpitalach ogólnych.

- liczba ludności przypadająca na pracującą położną w 2008 r. (X_4),
- liczba ludności przypadająca na publiczną placówkę ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2009 r. (X_5),
- liczba ludności przypadająca na niepubliczną placówkę ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2009 r. (X_6),
- liczba ludności według faktycznego miejsca zamieszkania przypadająca na praktykę lekarską w miastach w 2009 r. (X_7),
- liczba ludności według faktycznego miejsca zamieszkania przypadająca na praktykę lekarską na wsi w 2009 r. (X_8),
- liczba ludności przypadająca na ratownika medycznego w 2009 r. (X_9).

Tabela 1. Wartości cech diagnostycznych w zakresie dostępu do usług zdrowotnych w Polsce

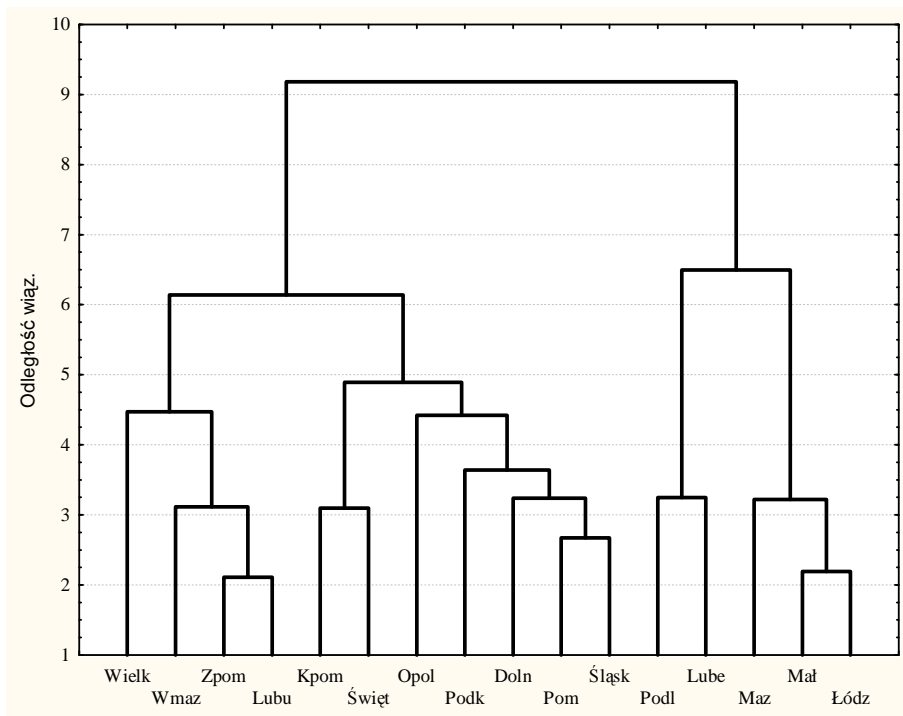
	X_1	X_2	X_3	X_4	X_5	X_6	X_7	X_8	X_9
Województwa									
Łódzkie	2856	207	1618	1418	9143	2537	8155	11677	2517
Mazowieckie	3848	189	1570	1560	10260	3634	13339	11197	2164
Małopolskie	3411	242	1993	1434	11181	3068	10905	13945	2537
Śląskie	3946	226	2038	1550	15731	2165	6153	7259	2673
Lubelskie	2741	217	1380	1319	13074	2745	3281	6744	2172
Podkarpackie	3707	330	1807	1342	8544	3284	2230	6732	2840
Podlaskie	3695	246	1747	1151	10436	2389	2785	6236	1248
Świętokrzyskie	3207	294	3120	1704	7056	4262	2719	9808	2657
Lubuskie	3507	319	1831	1569	19057	2500	3181	10810	2008
Wielkopolskie	3365	333	3042	1588	38295	2576	3332	7789	2032
Zachodniopom.	4110	291	1655	1710	17278	2527	3303	13265	2402
Dolnośląskie	3120	234	1794	1697	13016	2981	3194	9000	3388
Opolskie	3777	357	2762	2042	12889	2963	2387	5230	2461
Kuj.-pomorskie	4097	282	2477	1486	12030	4172	4425	11442	2031
Pomorskie	3786	245	2477	1773	21864	3354	4955	9419	2506
Warm.-maz.	4043	351	2883	1518	18778	2306	2393	9238	1861
<i>mediana</i>	3701	264	1912	1555	12953	2854	3292	9329	2431
<i>śr. arytm.</i>	3576	273	2137	1554	14914	2966	4796	9362	2344
<i>odch. standard.</i>	427,2	54,2	569,3	209,1	7501,2	635,0	3285,8	2572,3	480,1
<i>wsp. zmien. (%)</i>	11,9	19,9	26,6	13,5	50,3	21,4	68,5	27,5	20,5

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Danych Regionalnych GUS.

Problem może stanowić określenie treści celów należących do tej grupy cech diagnostycznych. Obecnie obserwuje się tendencję dokładnie odwrotną do postulatów stałego zmniejszania wartości [Włodarczyk, 1996, s. 301]. Jest faktem, że liczba lekarzy w proporcji do liczby ludności stanowi główny czynnik, który generuje koszty opieki [Włodarczyk, 1998, s. 69]. Ponadto nadmierne skoncetrowanie infrastruktury ochrony zdrowia wyzwała samodzielny bodziec prowadzący do bardziej intensywnego korzystania – także ponad miarę potrzeb zwią-

zanych ze stanem zdrowia. Niedostatek zasobów tworzy natomiast bariery korzystania również dla osób, które tego bezwzględnie potrzebują [Włodarczyk, 1998, s. 117]. Biorąc pod uwagę badania dotyczące poziomu życia – rozumianego jako stopień zaspokojenia potrzeb ludności wynikający z konsumpcji wytworzonych przez człowieka dóbr materialnych i usług oraz wykorzystania walorów środowiska naturalnego i społecznego – przyjęto, że wybrany zbiór cech diagnostycznych ma charakter destymulant [Zeliaś, 2000, s. 38]. Wyższe poziomy badanych cech pogarszają szeroko rozumiany dostęp do usług zdrowotnych, w tym celu za pomocą metody różnicowej dokonano stymulacji badanych cech. Kolejny etap badania objął normalizację poprzez standaryzację, co stworzyło możliwość porównywania cech.

Tabela 1 przedstawia wartości cech diagnostycznych, podstawowe charakterystyki statystyczne. Jak można zauważyć, cechy diagnostyczne charakteryzują się różną zmiennością od 11,9 (X_1) do 68,5 (X_7). Wartości mediany są zbliżone do średniej arytmetycznej, co świadczy o niewielkim stopniu asymetrii badanej zmiennej. Największe odchylenia odnotować można przy X_5 i X_7 .



Rysunek 1. Grupowanie województw Polski pod względem dostępu do usług medycznych uzyskane za pomocą klasycznej metody Warda

Źródło: opracowanie własne.

KLASYFIKACJA WOJEWÓDZTW

Wyniki klasyfikacji podobieństwa województw ze względu na wybrane cechy przedstawia rysunek 1. Na rysunku na osi pionowej odłożone są odległości aglomeracyjne. Przy każdym węźle można odczytać odległość, w której odpowiednie elementy zostały powiązane ze sobą tworząc nowe, pojedyncze skupienie. W badanym przypadku w wyniku obliczeń powstało siedem skupień²:

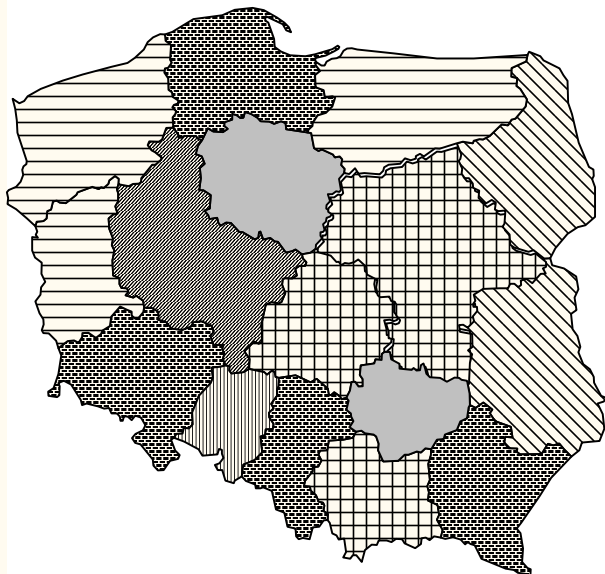
- 1-elementowe – województwo wielkopolskie,
- 3-elementowe – województwo warmińsko-mazurskie, zachodniopomorskie, lubuskie,
- 2-elementowe – województwo kujawsko-pomorskie, świętokrzyskie,
- 1-elementowe – województwo opolskie,
- 4-elementowe – województwo podkarpackie, dolnośląskie, pomorskie, śląskie,
- 2-elementowe – województwo podlaskie i lubelskie,
- 3-elementowe – województwo mazowieckie, małopolskie i łódzkie.

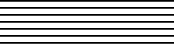
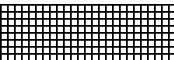

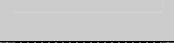

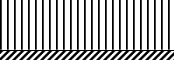

Po przeprowadzeniu rangowania na podstawie miernika syntetycznego, który był średnią standaryzowanych wartości składowych uporządkowano województwa. Przodującym województwem okazało się województwo podlaskie. Najniżej w rankingu wypadło województwo pomorskie. Przydatne w analizie danego stanu zróżnicowania i klasyfikacji podobieństwa województw jest zbadanie struktury każdego z wydzielonych skupień.

OCENA PODOBIENSTWA POSZCZEGÓLNYCH SKUPIEŃ

Syntetyczną informację o badanej strukturze klas przestrzennych zawiera rysunek 2. Na tle przeprowadzonych rozważań można zauważyć duże rozproszenie i brak homogeniczności między województwami Polski, co jest związane z ich różną specyfiką. Dostęp do usług zdrowotnych jest w Polsce zróżnicowany w aspekcie instytucjonalnym i przestrzennym. Ciekawych wniosków dostarcza porównanie uzyskanych wyników z wynikami *Diagnozy społecznej 2009*. Wykorzystane w artykule dane statystyczne wskazują, że województwami w których cechy diagnostyczne miały najwyższe wartości (stad w rankingu wypadły one najslabiej), tj. województwo pomorskie i wielkopolskie są obszarami, w których potrzeby ochrony zdrowia były zaspokojone na najwyższym poziomie. Fakt ten może świadczyć, że są to województwa z jednej strony o dopasowanej strukturze zatrudnienia i infrastruktury medycznej do potrzeb mieszkańców, a z drugiej strony są to obszary, które realizują jeden z celów systemu ochrony zdrowia: długookresowej stabilności finansowej i nie generują nadmiernych kosztów na rynku ochrony zdrowia poprzez zbyt duże zatrudnienie kadr medycznych.

² Obliczona wartość krytyczna wspomnianą metodą Hellwiga wynosi $W_k = 3,61$.



Legenda	skupienie	Ilorazy dominujące, cechy wyjściowe, charakterystyka
	skupienie I	1,19 – liczba ludności według faktycznego miejsca zamieszkania przypadająca na praktykę lekarską na wsi w 2009 r.
	skupienie II	2,25 – liczba ludności według faktycznego miejsca zamieszkania przypadająca na praktykę lekarską w miastach w 2009 r.
	skupienie III	Wszystkie ilorazy poniżej jedności, brak cechy dominującej.
	skupienie IV	1,42 – liczba ludności przypadająca na niepubliczną placówkę ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2009 r.
	skupienie V	1,22 – liczba ludności przypadająca na ratownika medycznego w 2009 r.
	skupienie VI	1,31 – liczba ludności przypadająca na pracującą położną w 2008 r.
	skupienie VII	2,56 – liczba ludności przypadająca na publiczną placówkę ambulatoryjnej opieki zdrowotnej w 2009 r.

Rysunek 2. Struktura wydzielonych skupień

Źródło: opracowanie własne.

Odmianą sytuacją charakteryzuje się ściana wschodnia. W województwie podlaskim i lubelskim (skupienie III) mamy do czynienia z najniższymi wartościami badanych wskaźników, co sugerować mogłoby największą dostępność do usług medycznych, jednakże według wyników *Diagnozy społecznej 2009* są to województwa o jednym z najniższych wskaźników zaspokojenia potrzeb zdrowotnych. Świadczy to o braku prawidłowości w zarządzaniu zasobami sektora ochrony zdrowia we wskazanych obszarach.

Przeprowadzone badanie jest punktem wyjścia do bardziej szczegółowych rozważań uwzględniających m.in. dostęp do opieki specjalistycznej oraz zróżnicowanie wewnątrz województw. Na tym etapie badań można jedynie wskazać potencjalne wzorce w organizacji rynku ochrony zdrowia w wymiarze regionalnym oraz wyszczególnić obszary o największych problemach instytucjonalnych i kadrowych. Ponieważ potencjał ochrony zdrowia jest silnie związany z potencjałem całej gospodarki kraju czy regionu [Hrynkiewicz, 2001, s. 25] oraz właściwe zarządzanie zasobami opieki zdrowotnej warunkuje poprawę stanu zdrowia i osiągnięcia dobrostanu zdrowotnego i społecznego członków populacji, sprawę dalszej restrukturyzacji systemu ochrony zdrowia, z uwzględnieniem wymiaru regionalnego, należy traktować jako istotną.

LITERATURA

- CBOS, 2010, *Opinie o opiece zdrowotnej*, BS/24/2010, Warszawa.
- Gruz M., 1997, *Kontrowersje wokół współczesnych problemów edukacji, ochrony zdrowia, kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Hrynkiewicz J. (red.), 2001, *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
- Nojszewska E. (red.), 2009, *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Kocot E., 2006, *Wybrane działania Unii Europejskiej w zakresie rozwoju wskaźników zdrowotnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Jabłoński Ł., 2010, *Zróżnicowanie rozwoju ekonomicznego w krajach OECD na przełomie XX i XXI wieku [w:] Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Spójność społeczno-ekonomiczna a modernizacja gospodarki*, red. M.G. Woźniak, z. nr 16, Rzeszów.
- Krot K., Glińska E., *Problem dostępu do usług medycznych po reformie służby zdrowia w Polsce*, <http://www.univ.rzeszow.pl/nauka/konferencje/nierownosci/referaty.html>.
- Migut G., 2009, *Zastosowanie technik analizy skupień i drzew decyzyjnych do segmentacji rynku*, StatsoftPolska, Warszawa.
- Młodak A., 2006, *Analiza taksonomiczna w statystyce regionalnej*, Difin, Warszawa.
- Strzelecka A., Nieszporska S., 2009, *Metody taksonomiczne w ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia [w:] Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, red. E. Nojszewska, SGH, Warszawa.
- Włodarczyk W.C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Włodarczyk W.C., 1998, *Reforma opieki zdrowotnej w Polsce*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Włodarczyk W.C., 2006, *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej: nierówności w zdrowiu*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Zeliaś A. (red.), 2000, *Taksonomiczna analiza przestrzennego zróżnicowania poziomu życia w Polsce w ujęciu dynamicznym*, Wydawnictwo AE w Krakowie, Kraków.

Streszczenie

Problem nierówności w dostępie do usług zdrowotnych w wymiarze terytorialnym był przez długi czas niedoceniany w literaturze przedmiotu. Przeprowadzona analiza wskazuje na duże zróżnicowanie przestrzenne i instytucjonalne w dostępie do usług zdrowotnych w Polsce. Porównanie uzyskanych wyników z badaniami przeprowadzonymi w ramach *Diagnozy społecznej 2009* pozwoliło wyodrębnić potencjalne wzorce w organizacji rynku ochrony zdrowia w wymiarze regionalnym oraz wskazać obszary o największych problemach instytucjonalnych i kadrowych.

Territorial Disparity in Access to Health Services as Dimension of Social and Economic Cohesion in Poland*Summary*

Problem of inequality in access to health services in territorial dimension was underestimated in literature of object for a long time. Carried analysis indicates big territorial and institutional disparity in access to health services in Poland. Comparison of achieved result with research carried within the *Social Diagnosis 2009* has allowed to single out potential patterns in organization of market of public health and indicate areas with biggest institutional and health workers problems in regional dimension.