

Dr Anna Hnatyszyn-Dzikowska
Dr hab. Zofia Wyszkowska

Zakład Ekonomiki Zdrowia
Collegium Medicum UMK

Ocena konwergencji sytuacji zdrowotnej w polskich regionach na tle podaży usług zdrowotnych¹

WPROWADZENIE

Zróźnicowanie poziomów rozwoju społeczno-gospodarczego regionów jest zjawiskiem naturalnym, wynikającym z nierównomiernego dostępu do podstawowych czynników produkcji, takich jak: kapitał, praca, zasoby naturalne [Geodecki, 2006, s. 75]. Polska, będąc pełnoprawnym członkiem Unii Europejskiej, realizuje politykę rozwoju mającą na celu zmniejszenie dystansu do najwyżej rozwiniętych społeczeństw europejskich. Szansę na jej powodzenie upatruje się we wsparciu finansowym, naukowym, kulturalnym oraz adaptacji do naszych warunków dobrych wzorców i doświadczeń. Działania te wymagają przede wszystkim wykorzystania endogenicznych warunków rozwoju. Dotyczy to zwłaszcza uwarunkowań rozwojowych istniejących w skali regionalnej. W tym kontekście, problem ochrony zdrowia przestał być wyłącznie zagadnieniem medycznym ale stał się domeną różnych dyscyplin naukowych. Szczególne zainteresowanie wykazują politycy społeczni i ekonomiści, którzy na podstawie badań empirycznych i danych statystycznych próbują znaleźć zależności kształtujące poziom zdrowotny społeczeństwa [Gruz, 1997, s. 92] i jego wpływ na rozwój społeczno-gospodarczy. Spadek śmiertelności, wydłużające się życie, mniejsza zapadalność na choroby, zacieranie różnic w długości życia w zdrowiu w skali europejskiej i między regionami kraju niewątpliwie wpływa pozytywnie na jakość i efektywność wykorzystania kapitału ludzkiego w procesie rozwoju.

Przyczyn zmian sytuacji zdrowotnej można upatrywać w wieloaspektowości zjawiska. Dominujący wpływ mają: warunki bytu, czynniki kulturowe (behawioralne), czynniki psychospołeczne, cykl trwania życia i ekonomia polityczna [Sowa, 2007, s. 38]. Badania prowadzone w Polsce potwierdzają korelację między warunkami mieszkaniowymi, dochodem, warunkami i zagrożeniem w pracy,

¹ Druk publikacji został sfinansowany przez Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu w ramach grantu UMK nr 58/2009 (Collegium Medicum).

zanieczyszczeniem środowiska a sytuacją zdrowotną populacji. Przeprowadzono także badania dotyczące czynników kulturowych wśród członków grup mniej uprzywilejowanych, a także dotyczących stylu życia [Ostrowska, 1999]. Wyniki badań jednoznacznie wskazują, że zróżnicowanie pozycji społeczno-ekonomicznej prowadzi do zróżnicowania zdrowia. Osoby znajdujące się na dole drabiny społecznej, tj. zajmujące niską pozycję społeczno-ekonomiczną, mają co najmniej dwukrotnie większą szansę zachorowania na poważną chorobę oraz na przedwczesną śmierć niż osoby znajdujące się na jej szczycie [Słońska, Woynarowska, 2002, s. 19]. Jednakże wciąż brakuje wyraźnej oceny jak procesy polityczne i dystrybucja władzy wpływają na zabezpieczenie i jakość usług, środowiska i życie społeczne. Kiedy rozpatruje się narzędzia będące w dyspozycji władz politycznych odpowiedzialnych za stan zdrowia, na pierwszym miejscu zwykle wskazuje się system zdrowotny. To za jego pośrednictwem i przy jego udziale, realizowane są zadania państw w dziedzinie ochrony zdrowia [Włodarczyk, 2006, s. 9–10]. Stąd branie pod uwagę efektów uzyskiwanych przez opiekę zdrowotną jest ze wszech miar uzasadnione. W tym aspekcie w artykule postawiono za cel syntetyczną, a zarazem prostą analizę porównawczą pokazującą dynamikę zjawisk w zakresie sytuacji zdrowotnej i organizacji opieki zdrowotnej w kraju. Rzetelna wiedza o potrzebach zdrowotnych mieszkańców poszczególnych regionów kraju jest jednym z najważniejszych czynników umożliwiających podejmowanie racjonalnych i trafnych decyzji w zakresie alokacji środków finansowych na ochronę zdrowia na różnych terenach [Wojtyniak, Goryński, 2001, s. 4]. Odpowiednie dane statystyczne i towarzyszące im analizy są niezbędne do właściwej oceny prowadzonej polityki zdrowotnej – wskazania jej sukcesów, ale także określenia obszarów niepowodzeń w celu wprowadzenia niezbędnych korekt.

Zakres czasowy przeprowadzonej analizy, ze względu na dostępność i porównywalność danych obejmuje lata 1999–2007. Rok 1999 ma dla polskiego systemu ochrony zdrowia szczególne znaczenie, gdyż po raz pierwszy został poddany radykalnym zmianom. Motywacją reformy była poprawa efektywności i jakości usług zdrowotnych poprzez wprowadzenie elementów mechanizmu rynkowego. W 2003 r. nastąpiło odejście od kierunku wyznaczonego reformą 1999 r. Nastąpiła ponowna centralizacja wynikająca z utrudnień wywołanych ograniczeniami budżetowymi kas chorych [Golinowska, ([http](http://))]. Przeprowadzona w artykule analiza pozwala na wyciągnięcie wniosków co do skuteczności i zasadności reform.

W badaniach wykorzystano przekroje danych demograficznych i statystycznych, które pozwoliły na analizę zróżnicowań, uwzględniając podział według województw. Stan zdrowia został opisany przez negatywne wskaźniki zdrowotne, takie jak umieralność i zachorowalność. Analizę umieralności i zachorowalności przeprowadzono w odniesieniu do tych chorób, które charakteryzują się stosunkowo

wysoką śmiertelnością lub występują często i noszą miano chorób cywilizacyjnych. Dane statystyczne wskazują, że są one przyczyną ok. 75% zgonów w Polsce. Wyciągając wnioski zwrócono uwagę na zastrzeżenia co do jakości danych o przyczynach zgonów. Niektórzy lekarze nie przywiązują dostatecznej wagi do określenia właściwej przyczyny śmierci, zbyt duży jest odsetek zgonów z przyczyn nie-dokładnie określonych lub nieznanymi [Słońska, Woynarowska, 2002, s. 87].

Tabela 1. Wskaźniki badające sytuację zdrowotną w regionach

Obszar	Opis
Umieralność	<p>Konkretną miarą nierówności wykorzystaną w badaniach jest wskaźnik umieralności (natężenie zgonów w danym okresie). Rzeczywiste współczynniki zgonów, a nawet bezwzględna liczba zgonów z powodu określonej przyczyny, mogą być użytecznymi wskaźnikami zapotrzebowania na konkretne usługi ochrony zdrowia. Wśród wskaźników umieralności wybrano:</p> <ul style="list-style-type: none"> – całkowitą liczbę zgonów (na 1000 mieszkańców), – zgony w wyniku chorób układu krążenia (na 100 tys. mieszkańców), – zgony w wyniku nowotworów złośliwych (na 100 tys. mieszkańców).
Zachorowalność (zapadalność)	<p>Jest wskaźnikiem badającym występowanie nowych przypadków zachorowań w określonym czasie. W informacjach o zachorowalności wzięto pod uwagę dane dotyczące chorób noszących miano chorób cywilizacyjnych, ze szczególnym uwzględnieniem:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zachorowalność na nowotwory złośliwe (na 100 tys. mieszkańców).

Źródło: opracowanie własne.

Właściwe zarządzanie zasobami opieki zdrowotnej warunkuje poprawę stanu zdrowia oraz osiągnięcie dobrostanu zdrowotnego i społecznego członków populacji. Zatem istotna jest informacja, jakimi zasobami dysponuje dana społeczność i w jaki sposób można je wykorzystać w celu zapobiegania i walki ze schorzeniami. Potencjał ochrony zdrowia jest silnie związany z potencjałem całej gospodarki kraju czy regionu [Hrynkiewicz, 2001, s. 25]. W Polsce system usług zdrowotnych składa się z trzech podstawowych form opieki medycznej: opieka o charakterze stacjonarnym, ambulatoryjna opieka zdrowotna, ratownictwo medyczne [Nojszewska, 2009, s. 119–123]. Wskaźnikami proponowanymi do zastosowania przy badaniu podaży usług zdrowotnych (dostępności opieki zdrowotnej) są przede wszystkim wskaźnikami spełniającymi funkcję diagnostyczną i opisują 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.

Biorąc pod uwagę wymienione wskaźniki zastosowano analizę porównawczą między regionami. Potrzeba porównań wynika z faktu, że w ochronie zdrowia jest bardzo niewiele „standardów”. Nie istnieją prawie parametry, które

można by uznać za bezwzględnie właściwe i niepodważalne. Nie ma zatem „bezwzględnie właściwej” liczby lekarzy, pielęgniarek, szpitali czy karettek. Poszczególne wymienione i niewymienione elementy są wzajemnie od siebie zależne i bardzo różne w poszczególnych regionach [Hryniewicz, 2001, s. 25].

Tabela 2. Wskaźniki badające dostępność do usług zdrowotnych w regionie

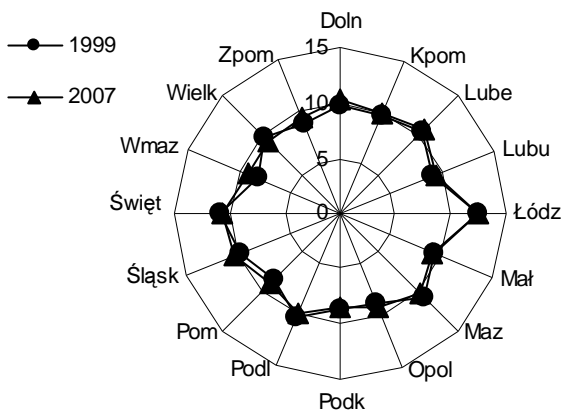
Obszar	Opis
Zasoby kadrowe	<p>O dobrym stanie fizycznym, psychicznym i społecznym ludności decydują w dużym stopniu kadry medyczne, od których zależy stopień wykorzystania urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia. W artykule zbadano zmiany wskaźników:</p> <ul style="list-style-type: none"> – zatrudnienia lekarzy na 10 tys. mieszkańców, – zatrudnienia pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców.
Opieka o charakterze stacjonarnym	<p>Zalicza się tu przede wszystkim szpitale ogólne, zakłady opieki psychiatrycznej oraz zakłady opieki długoterminowej (zakłady opiekuńczo-lecznicze, zakłady pielęgnacyjno-opiekuńcze, hospicja). Dla potrzeb artykułu zbadano następujące wskaźniki:</p> <ul style="list-style-type: none"> – liczba szpitali publicznych, – liczba szpitali niepublicznych, – liczba łóżek przypadająca na 10 tys. ludności, – wskaźnik długości hospitalizacji (w dniach), – wskaźnik wykorzystania łóżka szpitalnego (w %).

Źródło: opracowanie własne.

SYTUACJA ZDROWOTNA W POLSKICH REGIONACH PO 1999 ROKU

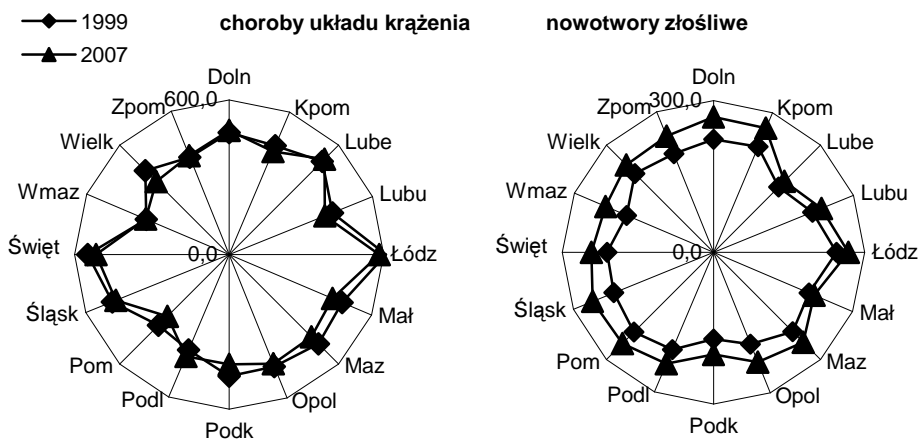
Powszechnie przyjmuje się, iż nierówności w zdrowiu to systematycznie występujące i dające się uniknąć różnice w stanie zdrowia osób należących do odmiennych grup społecznych [Włodarczyk, 2006, s. 6]. Porównanie podstawowych danych demograficznych i epidemiologicznych nie potwierdza jednoznacznie hipotezy o poprawie sytuacji zdrowotnej ludności w Polsce. Co prawda wydłużyła się oczekiwana długość życia przy urodzeniu z 68,2 do 71 dla mężczyzn i z 77,5 do 79,7 dla kobiet [OECD Health Data 2009], jednakże, biorąc pod uwagę wskaźniki zgonów w ogóle i ze względu na przyczynę oraz wskaźniki zachorowalności w przekroju województw, ujawniają się dysproporcje oraz pogorszenie sytuacji. Liczba zgonów na 1000 mieszkańców w badanych latach praktycznie nie uległa zmianie w skali kraju (wzrost wskaźnika z 9,7 do 9,8). Jak wskazuje zestawienie na rysunku 1, w sześciu województwach odnotowano spadek wskaźnika, w tym najwyższy w województwie mazowieckim (z 10,9 do 10,2), w dziewięciu województwach odnotowano wzrost, w tym najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim (z 8,2 do 9,1). W woje-

wództwie łódzkim wskaźnik nie uległ zmianie i kształtował się na najwyższym poziomie w kraju osiągając wartość 12,5. Sytuacja taka wynika między innymi ze struktury demograficznej województwa łódzkiego, które charakteryzuje się najwyższym odsetkiem osób w wieku 65 lat i więcej od szeregu lat. Ponadto przewiduje się, że woj. świętokrzyskie i łódzkie utrzymają najwyższą pozycję do 2030 r., natomiast największy wzrost udziału osób starszych ma nastąpić w woj. lubuskim, warmińsko-mazurskim i zachodniopomorskim.



Rysunek 1. Całkowita liczba zgonów na 1000 mieszkańców

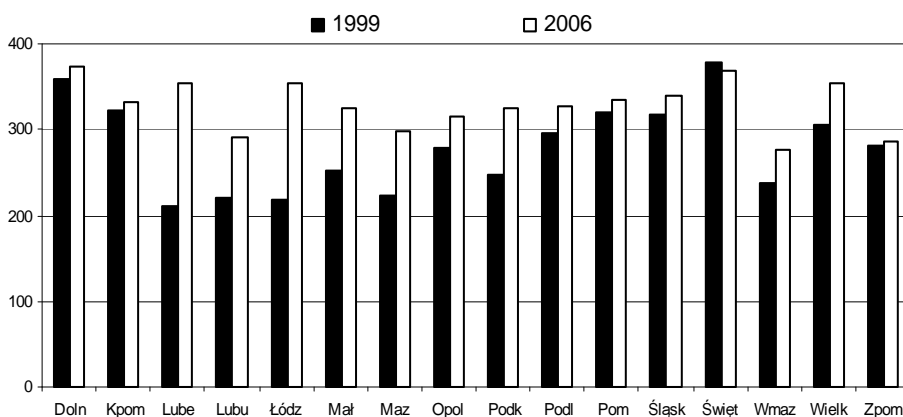
Źródło: opracowanie własne na podstawie danych: *Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia lata 1999 i 2008.*



Rysunek 2. Zgony według przyczyn na 100 tys. mieszkańców

Źródło: jak przy rys. 1.

Dla oceny funkcjonowania systemu ochrony zdrowia i sytuacji zdrowotnej szczególnego znaczenia nabierają wskaźniki zgonów ze względu na przyczynę. Na rysunku 2 zestawiono kształtowanie się zgonów ze względu na dwie najczęstsze przyczyny. Zwraca uwagę fakt zmieniającego się trendu. Choroby układu krążenia nadal są w Polsce, we wszystkich województwach na pierwszym miejscu wśród przyczyn zgonów (ok. 45% ogółu zgonów w badanych latach). Jednakże w skali kraju w latach 1999–2007 zaobserwowano spadek wskaźnika zgonów w wyniku chorób układu krążenia na 100 tys. mieszkańców o 4%. Spadek umieralności z ich powodu wynika przede wszystkim ze zmniejszającego się zagrożenia życia chorobą niedokrwienną serca (szczególnie zawałem serca). Jedynie w czterech województwach odnotowano wzrost wskaźnika, w tym największy w województwie podlaskim o 26,4. Pozostałe województwa charakteryzowały się spadkami, w tym największy spadek odnotowano w województwie wielkopolskim z 460,7 do 400,5. Należy przy tym zwrócić uwagę na dysproporcje między województwami, które w ciągu badanego okresu nie uległy zmianom, co może świadczyć o nieefektywnym rozdzieleniu zasobów, pomimo globalnego spadku wartości wskaźnika. Ponadto bardzo niepokojące jest kształtowanie się wskaźnika zgonów w wyniku nowotworów złośliwych na 100 tys. mieszkańców (druga przyczyna zgonów w Polsce, w badanych latach stanowiła ok. 25% ogółu zgonów). W Polsce, w badanych latach, wskaźnik ten wzrósł o 15%. W każdym województwie odnotowano jego wzrost, w tym najwyższy w województwie warmińsko-mazurskim – o ponad 24%. Obserwuje się także wzrost dysproporcji w kształtowaniu się wskaźnika (odchylenie standardowe wzrosło z 18 do 21).



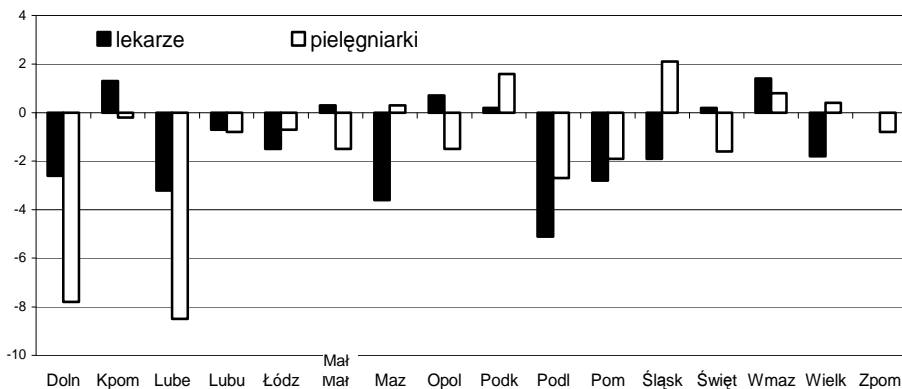
Rysunek 3. Zachorowalność na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców

Źródło: jak przy rys. 1.

Niepokoje napawa ponadto wskaźnik zachorowalności na nowotwory złośliwe na 100 tys. mieszkańców. W badanym okresie odnotowano jego wzrost średnio dla kraju o 17%, przy czym najwyższym wzrostem charakteryzowało się województwo lubelskie (wzrost o 68%), a jedynie w województwie świętokrzyskim odnotowano niewielki spadek o 2%. Widoczne na rysunku 3 dysproporcje w kształtowaniu się wskaźnika wymagają pogłębionych analiz co do przyczyn obserwowanego trendu, które mogą być wieloaspektowe (lepsz diagnostyka, zmiana stylu życia). Należy zwrócić uwagę, że przedstawione powyżej informacje są szczególnie istotne z punktu widzenia skutecznej alokacji zasobów (zarówno ludzkich, jak i kapitałowych) na rynku opieki zdrowotnej oraz stawianych celów polityki zdrowotnej regionów, państwa i Unii Europejskiej.

DOSTĘPNOŚĆ DO USŁUG ZDROWOTNYCH W POLSKICH REGIONACH

Działania opieki zdrowotnej bezsprzecznie wywierają wpływ na stan zdrowia, jeśli uwzględni się dostatecznie szeroki zakres ich oddziaływań, wykraczający poza interwencje medycyny naprawczej [Włodarczyk, 2006, s. 9–10]. W analizowanym okresie reform systemu ochrony zdrowia zaobserwować można istotne zmiany w obszarze zasobów kadrowych i organizacji opieki zdrowotnej.

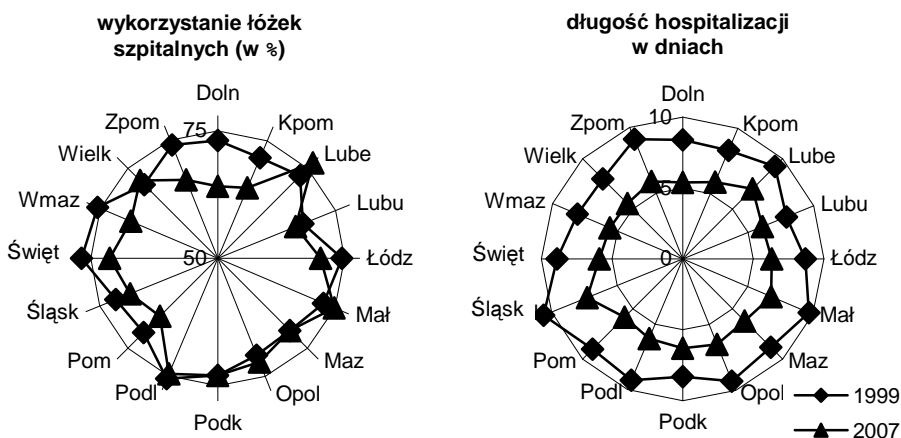


Rysunek 4. Względna zmiana kadr medycznych w latach 2000–2007

Źródło: jak przy rys. 1.

Jak wskazują dane na rysunku 4, w polskim systemie ochrony zdrowia nastąpiła wyraźna restrukturyzacja zatrudnienia, a poszczególne województwa charakteryzowały się odmiennymi tendencjami. W skali kraju nastąpił spadek zatrudnienia zarówno lekarzy (spadek wskaźnika lekarzy pracujących na 10 tys. mieszkańców o 6,8%), jak i pielęgniarek (spadek wskaźnika pielęgniarek pracu-

jących w placówkach służby zdrowia na 10 tys. mieszkańców o 2,4%). Najwyższy spadek wskaźnika pracujących lekarzy nastąpił w województwie podlaskim (o 18,4%), największy wzrost odnotowano natomiast w województwie warmińsko-mazurskim (o 9,8%). Podobne rozbieżności, choć nie na taką skalę, obserwowuje się przy analizie zmian wskaźnika pracujących pielęgniarek. W tym przypadku największy spadek odnotowano w województwie lubelskim (o 13,6%), zaś wzrost nastąpił w województwie podkarpackim (o 3,3%).



Rysunek 5. Wskaźniki wykorzystania zasobów opieki stacjonarnej

Źródło: jak przy rys. 1.

Zmianom kadrowym w skali regionalnej towarzyszyły także wyraźne zmiany w organizacji opieki zdrowotnej i wykorzystaniu zasobów opieki stacjonarnej. Po pierwsze, odnotowano zmiany w liczbie szpitali, co prawda liczba szpitali ogółem w skali kraju zmieniła się niewiele (spadek zaledwie o 1%), jednakże w skali regionalnej, wpisując się w nurt działań restrukturyzacyjnych, odnotowano istotne zmiany. Najwyższy spadek liczby szpitali ogółem nastąpił w województwie opolskim (o 41%), zaś wzrost w województwie łódzkim (o 25%). Po drugie, odnotowano gwałtowny wzrost liczby szpitali niepublicznych (o 152 placówki – z 18 w 1999 r. do 170 w 2007 r.), przy czym najwięcej (19) nowych niepublicznych placówek powstało w województwie małopolskim. Ponadto, zmianie liczby i struktury placówek towarzyszyła zmiana liczby i struktury łóżek na 10 tys. mieszkańców. Pogłębiona analiza zmian liczby łóżek na poszczególnych oddziałach szpitalnych wskazuje na podjęte działania dopasowania podaży świadczonych usług do popytu na opiekę zdrowotną. Na szczególną uwagę zasługują przy tym zmiany wskaźników wykorzystania zasobów opieki stacjonarnej (rysunek 5). We wszystkich województwach odnotowano spadek

hospitalizacji w dniach (średnio o 3 dni). Większą zmiennością charakteryzuje się wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w %. W badanym okresie w skali kraju spadł on o 2,3 pkt proc. (z 72,2% do 69,9%). W dziesięciu województwach odnotowano spadek wskaźnika (największy w województwie dolnośląskim o 9 pkt proc.), co jest niepokojącym sygnałem co do trafności podejmowanych działań restrukturyzacyjnych.

Przytoczone informacje na temat organizacji opieki zdrowotnej w Polsce świadczą o zmianach, które obserwowane są w zakresie świadczonych usług zdrowotnych. Ich powodzenie uzależnione jest od wnikliwych obserwacji i dostosowywania priorytetów działań do zmian we wskaźnikach zdrowotności. Niemniej ważne jest, że zmiany zostały rozpoczęte i niezbędne jest ich konsekwentne realizowanie.

PODSUMOWANIE

Badania przyczyn nierówności stanu zdrowia umieszczają zdrowie w kontekście nierówności społeczno-ekonomicznych, związanych z zamożnością, pozycją na rynku pracy, doświadczeniem życiowym i miejscem zamieszkania [Sowa, 2007, s. 33–45]. Analizując zróżnicowania stanu zdrowia, należy uwzględnić różne kombinacje czynników determinujących zróżnicowanie zdrowotne. Kompleksowa analiza wymaga ponadto uwzględnienia różnych relacji pomiędzy poszczególnymi czynnikami [Sowa, 2007, s. 37]. Stąd rozważania zawarte w artykule mają z jednej strony jedynie charakter wyjściowy, a z drugiej strony akcentują rolę często pomijanego czynnika, jakim jest dostęp i jakość opieki zdrowotnej. W krajach europejskich, gdzie formalnie dostęp do opieki zdrowotnej został powszechnie zagwarantowany, problem nierówności w korzystaniu, jako czynnika przyczyniającego się do pogłębiania różnic w stanie zdrowia, był przez długi czas niedoceniany. Ponieważ wpływ tych różnic na nierówności w zdrowiu może być znaczący, a ich redukcja (różnic w korzystaniu) może być przedmiotem skutecznej interwencji, sprawę należy traktować jako istotną [Włodarczyk, 2006, s. 16]. W wyniku przeprowadzonych badań nasuwa się wniosek, że prowadzenie racjonalnej polityki zdrowotnej przez państwo wymaga posiadania aktualnej i rzetelnej wiedzy o sytuacji zdrowotnej społeczeństwa oraz o czynnikach wpływających na tę sytuację.

LITERATURA

- Geodecki T., 2006, *Procesy konwergencji i polaryzacji w regionach Unii Europejskiej*, Zeszyty Naukowe Akademii Ekonomicznej w Krakowie nr 714.
- Golinowska S., *System ochrony zdrowia w Polsce po dotychczasowych reformach*, <http://www.qcm2.quicksilver.pl/img/27/Referat%20Stanislaw%20Golinowska.pd>. (stan na dzień 25.08.2009).

- Gruz M., 1997, *Kontrowersje wokół współczesnych problemów edukacji, ochrony zdrowia, kultury*, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice.
- Hryniewicz J. (red.), 2001, *Mierniki i wskaźniki w systemie ochrony zdrowia*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2001.
- Kocot E., 2006, *Wybrane działania Unii Europejskiej w zakresie rozwoju wskaźników zdrowotnych*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Nojszewska E. (red.), 2009, *Kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce*, Szkoła Główna Handlowa w Warszawie, Warszawa.
- Ostrowska A., 1999, *Styl życia a zdrowie*, Wydawnictwo IFiS PAN, Warszawa.
- Słońska Z., Woynarowska B. (red.), 2002, *Programy dla zdrowia z społeczności lokalnej*, Zakład Promocji Zdrowia Instytutu Kardiologii im. Stefana Kardynała Wyszyńskiego, Warszawa.
- Sowa A., 2007, *Spoleczne uwarunkowania stanu zdrowia ludności*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 1–2.
- Włodarczyk W.C., 2006, *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej: nierówności w zdrowiu*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, nr 2.
- Wojtyński B., Goryński P., 2001, *Elementy metodologii określania potrzeb zdrowotnych*, Państwowy Zakład Higieny, Warszawa.

Streszczenie

Procesy zachodzące w sektorze ochrony zdrowia oddziałują zarówno na wymiar ekonomiczny, społeczny oraz zdrowotny, mając kluczowe znaczenie dla spójności społeczno-ekonomicznej gospodarki. Bezsporny wydaje się fakt, że bez badań z zastosowaniem rachunku ekonomicznego nie może być mowy o właściwym zarządzaniu sektorem ochrony zdrowia. Tego typu analizy nabierają szczególnego znaczenia w obliczu problemów demograficznych i rosnącego deficytu budżetowego. W wyniku przeprowadzonych badań – z zastosowaniem metod statystyki opisowej – została dokonana ocena funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia po 1999 r. i zweryfikowana hipoteza o poprawie sytuacji zdrowotnej i dostępności do usług zdrowotnych po reformie systemu i utworzeniu Narodowego Funduszu Zdrowia. W badaniach szczególny nacisk położono na czynnik dostępu do opieki zdrowotnej jako determinanty pogłębiających się różnic w stanie zdrowia populacji w wymiarze regionalnym.

Convergence of Health Situation in Polish Regions Against Health Services Supply

Summary

Not only economical dimension but also social and self health are effected by changing processes in health protection which are essential for social and economical integrity. There is no deny that without the scientific research with use of economical calculation there would not be a proper health protection management. This kind of analysis have greatest meaning while facing demographical and financial deficit problems. As a result of statistics science research of polish health protection system has been evaluated after 1999 and further verified a hypothesis of improving health conditions and accessibility to health services after reform and creation of National Health Service. The biggest emphasis has been put on access to health care as an intensified discrepancies of regional population health state.