

Paweł KRETOWICZ
Uniwersytet Jagielloński w Krakowie

ROZMIESZCZENIE PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA W KRAKOWIE NA TLE STRUKTURY PRZESTRZENNO-DEMOGRAFICZNEJ MIASTA

THE DISTRIBUTION OF PHYSICIANS' PRACTICE OFFICES IN KRAKÓW FROM THE DEMOGRAPHIC AND SPATIAL PERSPECTIVE

ABSTRACT: This article is a comparative study concerning present distribution of physicians practice offices on the example of Krakow, the second largest city in Poland. As many as four medical specialties are taken into account: general practitioners, internists, pediatrics and geriatrics. The distribution of practice offices across Krakow is compared with the current distribution of population under 18 and above 65, population density and population dynamics. This research procedure enables to determine whether potential healthcare needs are congruent with the spatial availability of the medical resources. Besides, this study brings attention to the areas deprived of medical resources, which is particularly unfavorable for the oldest share of population. The changes in the distribution of physicians practice offices between 2004 and 2010 show where new offices are being located presently. Similarly, a dynamic comparison indicates that new offices are not always located in the districts of the highest population inflow.

KEY WORDS: physician practice offices, demographic aspects of health care, geography of healthcare, Krakow

Wprowadzenie

Badanie rozmieszczenia placówek służby zdrowia znajduje się w kręgu tradycyjnych obszarów zainteresowań geografii medycznej (Mazurkiewicz 1994, Michalski 2002). Zdaniem niektórych badaczy należy wyraźnie wyodrębnić subdyscyplinę geografii służby zdrowia związaną z analizą dostępności, podaży i popytu na usługi medyczne, a także z ich wykorzystaniem i planowaniem (Mayer 1982, Rosenberg 1998). Problem nierównomiernego rozmieszczenia i dostępności placówek służby zdrowia w gospodarce rynkowej już w 1971 r. zauważony został przez T. Harta, który sformułował tzw. prawo odwrotnej adekwatności opieki medycznej (inverse care law) dowodząc, iż osiągalność wysokiej jakości usług medycznych zmienia się w stopniu odwrotnie

proporcjonalnym do zmian potrzeb ludności (Hart 1971). Innymi słowy, środki pieniężne alokowane są w miejscu lokalizacji zasobów, a nie realnego zapotrzebowania (Włodarczyk 2010). Była to reakcja owego badacza na procesy komercjalizacji służby zdrowia w Wielkiej Brytanii, zjawiska obecnego teraz także w Polsce.

Liczba i rozmieszczenie placówek służby zdrowia świadczą o możliwości skorzystania przez pacjentów z usług medycznych. Klasyczne opracowanie A. Josepha i D. Philipsa (1984) wyraźnie odróżnia dostępność usług medycznych od ich osiągalności. Autorzy wyodrębniają pięć rodzajów dostępności służby zdrowia: osiągalność (*availability*), dostępność (*accessibility*), dostępność ekonomiczną (*affordability*), dostępność organizacyjną (*accommodation*) i akceptowalność społeczną (*acceptability*). Z punktu widzenia tego podziału przestrzenne rozmieszczenie placówek służby zdrowia można rozpatrywać jako:

– osiągalność – odpowiadając na pytanie: czy w obszarze koncentracji popytu (miejscu zamieszkania pacjentów) znajduje się wystarczająca ilość zasobów (placówek, lekarzy, łóżek szpitalnych, sprzętu medycznego)?

– dostępność przestrzenną – odpowiadając na pytanie: jaką odległość należy pokonać, aby dotrzeć do najbliższej placówki?

Można stwierdzić, że pierwszy z wymiarów odnosi się do możliwości realnego skorzystania z usług medycznych, natomiast drugi uzależniony jest od lokalizacji i rozmieszczenia placówek bez względu na ich zasoby (Grochowski 1988, Włodarczyk 1996). Wszystkie wymienione rodzaje dostępności mogą być analizowane pod kątem geograficznym (np. dostępność ekonomiczna jako funkcja nie tylko kosztu usług medycznych, ale także dojazdu z różnych lokalizacji).

Niniejsze opracowanie przedstawia rozmieszczenie placówek wybranych gabinetów lekarskich w Krakowie w porównaniu z rozmieszczeniem ludności. Pod uwagę wzięto gęstość zaludnienia, rozmieszczenie grup o szczególnie dużych potrzebach, a także dynamikę liczby ludności. Dostępne dane w latach 2004–2010 pozwalają na wskazanie zmian lokalizacji nowych placówek w porównaniu ze zmianą liczby ludności w poszczególnych dzielnicach. Ocena rozmieszczenia gabinetów lekarskich na tym tle jest zatem określeniem osiągalności usług medycznych z punktu widzenia przestrzennej organizacji placówek w Krakowie, a nie posiadanych przez nie zasobów. Niniejszy tekst stanowi również przykład wykorzystania dostępnych informacji na temat służby zdrowia w badaniach geograficznych, wyznaczając kierunek dalszych badań w tej dziedzinie.

Źródła danych

Możliwość swobodnego prowadzenia działalności gospodarczej i reformy systemu służby zdrowia umożliwiły od początku lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku tworzenie zakładów opieki zdrowotnej przez podmioty niepubliczne. Dostęp do źródeł danych o polskiej służbie zdrowia w owym czasie był bardzo ograniczony. Istniejące

rejstry wojewodów nie obejmowały wszystkich rodzajów działalności lekarskiej, a dane Głównego Urzędu Statystycznego ograniczały się do zestawień zbiorczych (Dziubińska-Michalewicz, 1994). Obecnie w celu oceny rozmieszczenia, organizacji, personelu i opieki medycznej zakładów wykorzystuje się dane statystyczne zawarte w Rejestrze Zakładów Opieki Zdrowotnej oraz w Centralnym Rejestrze Lekarzy Rzeczypospolitej Polskiej. Informacje te pozwalają m.in. na analizę:

- lokalizacji i struktury organizacyjnej placówek,
- powstawania nowych placówek i przekształceń własnościowych ZOZ,
- dostępność i osiągalność kadry medycznej różnych specjalności,
- strukturę łóżek szpitalnych według specjalności i jej dostosowanie do potrzeb zdrowotnych.

Bardziej szczegółowe informacje o zasobach poszczególnych zakładów udostępnia Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia. Dane zbierane są w ramach Programu badań statystycznych (część dotycząca zagadnień zdrowia publicznego). Corocznie przesyłane do owego centrum sprawozdania pozwalają na dokładną analizę zasobów i stopnia korzystania przez pacjentów z zakładów opieki zdrowotnej. Dla przykładu na formularzach MZ-88 i MZ-89 zbierane są informacje o zatrudnionych i pracujących w ZOZ, a formularze od MZ-11 do MZ-15 zawierają dane o leczonych i liczbie porad lekarskich. Wszystkie sprawozdania posiadają odniesienie przestrzenne, gdyż na każdym formularzu kodowana jest lokalizacja placówki. Niestety, informacje dostarczane przez zakłady posiadające komórki w innym miejscu niż ich siedziba nie są kodowane oddzielnie. Jest to pewne ograniczenie z punktu widzenia wykorzystania tych danych w naukach geograficznych, szczególnie w badaniach lokalnych.

W celu oceny rozmieszczenia placówek służby zdrowia w Krakowie posłużono się danymi z Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej, który prowadzony i systematycznie uaktualniany jest od 2004 r. Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej traktuje wpis do rejestru jako formę zezwolenia na prowadzenie działalności medycznej, a niedopełnienie tego obowiązku podlega karze. Rejestr zawiera szczegółowe informacje o lokalizacji (adresy placówek i komórek), formie prawno-organizacyjnej i wielkości każdego zakładu (według liczby łóżek).

Ze względu na podejście do tematu z punktu widzenia demograficznego do analizy wybrano następujące specjalności lekarskie: poradnie podstawowej opieki zdrowotnej i lekarza rodzinnego, poradnie specjalistyczne chorób wewnętrznych, poradnie specjalistyczne pediatryczne i geriatryczne. Z porad lekarzy pediatrów i geriatrów korzystają głównie osoby w wieku odpowiednio poniżej 18 i powyżej 65 roku życia. Poradnie specjalistyczne chorób wewnętrznych właściwie dotyczą osób w wieku produkcyjnym i poprodukcyjnym – P. Kardas i E. Ratajczyk-Pękalska (2002) stwierdzają, że w szpitalnych oddziałach chorób wewnętrznych około 50% stanowią pacjenci w wieku poprodukcyjnym. Poradnie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej dotyczą całej populacji bez względu na wiek.

Zdaniem T. Kaczmarka i innych (*Nierówności...* 2007), osiągalność świadczeń opieki zdrowotnej ściśle związana jest z wielkością i strukturą jej zasobów (liczba lekarzy i pielęgniarek, łóżek szpitalnych, rodzaj sprzętu medycznego). Ponieważ niniejsze opracowanie nie uwzględnia wielkości i liczby zatrudnionych w poszczególnych zakładach opieki zdrowotnej, przeto oceny osiągalności dokonano z punktu widzenia lokalizacji placówek. Co istotne, badanie obejmuje realizację potencjalnych potrzeb zdrowotnych, tzn. nie uwzględnia wskaźników wykorzystania usług medycznych w poszczególnych dzielnicach (Guagliardo 2004).

Dane o liczbie ludności Krakowa według wieku pozyskano wedle informacji udostępnionych przez Urząd Miasta, które pochodzą z ewidencji bieżącej. Informacje te zebrane zostały w odniesieniu do 124 jednostek urbanistycznych miasta.

Gabinety lekarskie w polskich miastach

W ostatnim dwudziestoleciu w polskiej służbie zdrowia obserwowano głębokie przemiany systemowe. Utworzenie kas chorych (zastąpionych w 2004 r. przez Narodowy Fundusz Zdrowia) oraz postępująca komercjalizacja i powstawanie placówek niepublicznych spowodowały ograniczenie roli państwa w organizacji systemu opieki zdrowotnej. Zadania te przejęły samorządy, natomiast płatnikiem świadczeń jest obecnie Narodowy Fundusz Zdrowia. Możliwość utworzenia zakładu opieki zdrowotnej przez osoby fizyczne, spółki i przedsiębiorstwa pozostawia swobodę wyboru lokalizacji placówek. Wiele z nich znajduje się w pobliżu istniejących instytucji, np. na terenie i w okolicy szpitali, korzystając z kreowanego przez nie popytu i zasobów. Niemniej jednak w dużych miastach większość gabinetów znajduje się w miejscach przypadkowych, których lokalizacja uwarunkowana jest kosztami najmu lokali. Stosunkowo nowym zjawiskiem jest występowanie gabinetów lekarskich w nowym budownictwie wielorodzinnym (Chaberko, Kretowicz 2011). Przypadkowa lokalizacja z pewnością nie dotyczy większych przedsiębiorstw, które wybierają atrakcyjne położenie dla gabinetów, będących często częścią tzw. centrów medycznych. Dla przykładu wskażmy tu warszawskie Centrum Medyczne LIM zlokalizowane w jednym z biurowców Rondo Business Parku przy ul. Lublańskiej w Krakowie oraz w Hotelu Marriott w samym centrum Warszawy. Z kolei centra medyczne innej warszawskiej firmy Enel-Med znajdują się w kilku galeriach handlowych na terenie całego kraju: Arkadia i Blue City (Warszawa), Galeria Krakowska (Kraków), Arkady Wrocławskie (Wrocław), Manufaktura (Łódź) i Kupiec Poznański (Poznań). W mniejszych miastach gabinety lekarskie często znajdują się w domach jednorodzinnych, co w większych ośrodkach występuje rzadziej (z wyjątkiem gabinetów stomatologicznych).

Do zmian rozmieszczenia gabinetów lekarskich w polskich miastach w ostatnich latach dochodziło na skutek powstawania i likwidacji kolejnych placówek. Zmiany owe były następstwem dwóch procesów: uruchamiania własnej działalności gospodarczej przez poszczególne podmioty oraz dekoncentracji/konsolidacji zasobów przez większe

spółki. W latach 2004–2010 osiągalność gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych gabinetów geriatrycznych w największych miastach Polski uległa poprawie, spadły natomiast wskaźniki odnoszące się do specjalistycznych gabinetów chorób wewnętrznych i pediatrycznych. Procesy te cechowało zróżnicowanie w zależności od wielkości miasta i posiadanej przez nie funkcji administracyjnej (tabela 1 i tabela 2).

Tabela 1

Komórki zakładów podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych zakładów chorób wewnętrznych w latach 2004 i 2010 w największych miastach Polski

Jednostki terytorialne	Liczba komórek ZOZ na 10 tys. mieszkańców			
	lekarza podstawowej opieki zdrowotnej		specjaliści chorób wewnętrznych	
	2004	2010	2004	2010
Kraków	2,7	2,8	0,9	1,2
Warszawa	1,7	2,1	2,8	2,5
Łódź	2,4	3,2	2,3	2,1
Wrocław	3,0	3,2	0,7	1,1
Poznań	2,0	2,3	0,6	0,9
Gdańsk	1,4	1,7	0,8	0,8
Stolice województw razem (18)	2,3	2,6	0,9	0,9
Powiaty grodzkie razem (65)	2,3	2,6	0,7	0,6

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rejestru ZOZ (www.rejestrzoz.gov.pl).

Tabela 2

Komórki zakładów specjalistycznej opieki zdrowotnej pediatrycznych i geriatrycznych w latach 2004 i 2010 w największych miastach Polski

Jednostki terytorialne	Liczba komórek ZOZ na 10 tys. mieszkańców w wieku odpowiednio do 18 lat i ponad 65 lat			
	specjaliści pediatrii		specjaliści geriatry	
	2004	2010	2004	2010
Kraków	1,4	1,7	0,8	1,5
Warszawa	5,7	4,3	0,9	1,3
Łódź	4,4	4,5	0,7	1,0
Wrocław	1,5	1,7	0,5	1,2
Poznań	1,5	2,5	0,4	0,6
Gdańsk	3,8	4,0	1,7	1,3
Stolice województw razem (18)	2,5	2,4	0,8	1,0
Powiaty grodzkie razem (65)	1,8	1,6	0,7	1,0

Źródło: Jak w tab. 1.

Najwięcej gabinetów lekarzy rodzinnych w przeliczeniu na 10 tys. mieszkańców znajduje się obecnie we Wrocławiu i Łodzi (3,2) oraz Krakowie (2,8). Wskaźniki dla tych miast wynoszą nieznacznie więcej niż średnia wartość dla wszystkich stolic województw i powiatów grodzkich (2,6). Niższy udział występuje jedynie w Gdańsku. Znaczny wzrost liczby placówek w latach 2004–2010 zanotowano w Łodzi i Warszawie. Miasta te posiadają też największy odsetek specjalistycznych gabinetów chorób wewnętrznych (powyżej 2 na 10 tys. mieszkańców), mimo spadku ich liczby w omawianym okresie. Wskaźnik ten jest wyraźnie wyższy w największych ośrodkach miejskich. Podobny trend obserwuje się w zakresie gabinetów pediatrycznych. W Warszawie, Łodzi i Gdańsku występuje prawie dwa razy więcej tego typu placówek niż wynosi średnia dla wszystkich stolic województw. W tej specjalności występuje znaczna różnica między powiatami grodzkimi i miastami wojewódzkimi (duży potencjał ludnościowy), co świadczy o dużej w tych ostatnich koncentracji pediatrów w skali kraju.

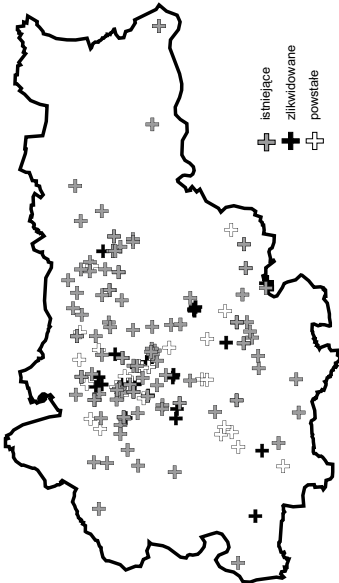
Szczególnie niski wskaźnik cechuje gabinety geriatryczne, który sięga jednej placówki na 10 tys. osób w wieku poprodukcyjnym w największych miastach Polski. Najwięcej owych placówek zanotowano w Krakowie, Warszawie i Gdańsku. Osiągalność gabinetów pediatrycznych uległa niewielkiemu spadkowi w latach 2004–2010, natomiast wzrost odnotowano wśród placówek geriatrycznych. Odpowiada to przemianom demograficznym w obszarach miejskich, których główną cechą są procesy starzenia się ludności.

Rozmieszczenie placówek podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w Krakowie

Najważniejszym ogniwem systemu ochrony zdrowia są placówki lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. To właśnie z lekarzem rodzinnym pacjenci nawiązują pierwszy kontakt i uzyskują wstępną diagnozę zgłaszanej dolegliwości. Diagnoza ta stanowi podstawę do otrzymania skierowania na badania diagnostyczne, na rehabilitację oraz do gabinetów specjalistycznych i szpitali w celu dalszych badań i leczenia. W ramach świadczeń finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia pacjent bez skierowania od lekarza rodzinnego może udać się jedynie do ginekologa, dermatologa, psychiatry i okulisty. Zdaniem J. Ruszkowskiego (2010), liczba gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej będzie maleć z powodu niskich kompetencji lekarzy i niedoinwestowania placówek, a w konsekwencji niechęci do podejmowania tej specjalności medycznej. Rozmieszczenie placówek lekarza rodzinnego w Krakowie w zasadzie nawiązuje do gęstości zaludnienia, aczkolwiek w niektórych obszarach miasta zaobserwować można niedobory gabinetów (rysunek 1).

Do obszarów pozbawionych poradni lekarza podstawowej opieki zdrowotnej należą słabo zaludnione części miasta położone w peryferyjnych obszarach dzielnic Nowa Huta, Dębniki i Zwierzyniec. Największa koncentracja gabinetów występuje w Starym Mieście i dzielnicy Łobzów, a więc w gęsto zaludnionych obszarach ścisłego centrum

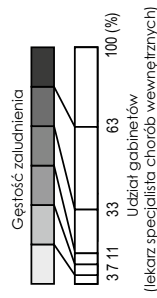
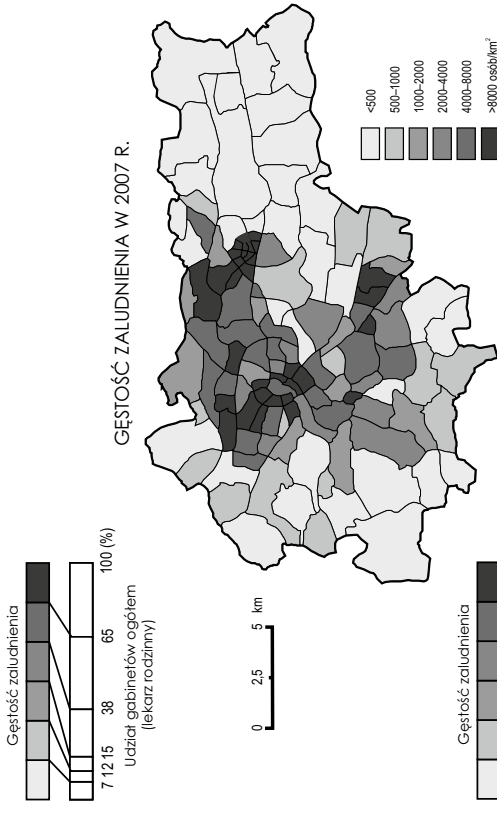
GABINETY LEKARZA RODZINNEGO W LATACH 2004–2010



GABINETY SPECJALISTYCZNE CHOROÓB WEWNĘTRZNYCH W LATACH 2004–2010



GĘSTOŚĆ ZALUDNIENIA W 2007 R.



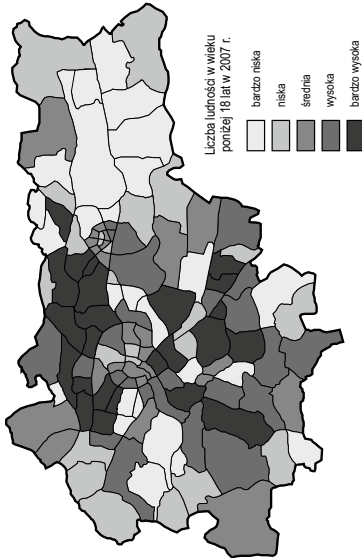
Rys. 1. Rozmieszczenie gabinetów podstawowej opieki zdrowotnej i specjalistycznych gabinetów chorób wewnętrznych w latach 2004–2010 na tle gęstości zaludnienia w Krakowie z 2007 r.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Rejestru ZOZ (www.rejestrzoz.gov.pl) i danych statystycznych Urzędu Miasta Krakowa.

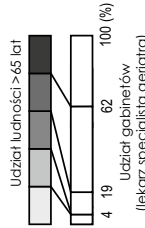
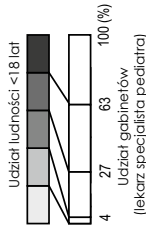
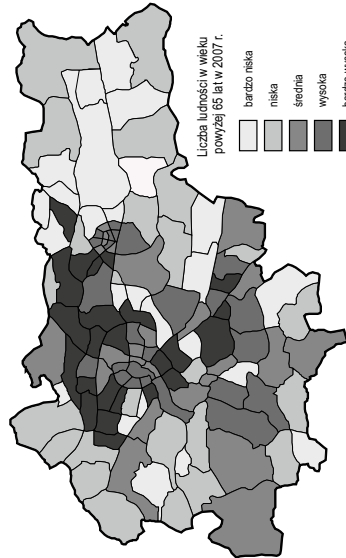
miasta. W ostatnich sześciu latach liczba praktyk lekarza rodzinnego znacznie wzrosła, szczególnie na obszarze nowych osiedli Ruczaj i Prądnik Biały. Co ciekawe, nowe gabinety nie powstawały w Nowej Hucie oraz w strefie nowego budownictwa wielorodzinnego na osiedlu Górka Narodowa. Aż 62% wszystkich gabinetów w Krakowie znajduje się w jednostkach o gęstości zaludnienia ponad 4 tys. osób/km². Gabinety specjalistyczne chorób wewnętrznych cechuje znacznie wyższy stopień koncentracji i zmian rozmieszczenia w badanym okresie. Schorzenia leczone przez lekarza chorób wewnętrznych obejmują najczęściej występujące w populacji grupy dolegliwości – układu krążenia, oddechowego i układu trawiennego. Mimo likwidacji wielu gabinetów internistycznych, niemal 80% wszystkich placówek w Krakowie w dalszym ciągu znajduje się w centralnej strefie miasta. Większość placówek zlokalizowana jest w jednostkach o wysokiej gęstości zaludnienia, lecz zauważyć można znacznie mniejszą ich liczbę w strefie wielkich osiedli mieszkaniowych. Na przykład gabinety internistycznych nie posiadają niektóre wielkie osiedla mieszkaniowe położone w południowej części Krakowa: Prokocim-Bieżanów i Kurdwanów. Omawiane poradnie praktycznie nie występują w peryferyjnych częściach miasta. Do wyjątków należy zaliczyć kilka placówek powstałych w latach 2004–2010 w zachodniej części Krakowa oraz w niektórych osiedlach Nowej Huty. Można stwierdzić, że rozmieszczenie gabinetów chorób wewnętrznych nawiązuje do gęstości zaludnienia ścisłego centrum Krakowa, natomiast znacznie mniej placówek znajduje się w strefie bloków, czyli w miejscu największej koncentracji popytu. Dostępność przestrzenna gabinetów pediatrycznych i geriatrycznych w Krakowie (por. rysunek 2) jest znacznie korzystniejsza niż w innych polskich miastach. Niemniej jednak nieustanne doniesienia prasowe informują o braku w tym mieście przede wszystkim lekarzy pediatrów (Kleccka 2009). Z kolei o znacznym niedoborze lekarzy geriatrów w Polsce wspomina się od wielu lat. Celem medycyny geriatrycznej jest zachowanie maksymalnej sprawności i samodzielności chorego oraz zapobieganie zbędnej instytucjonalizacji (*Standardy...* 2005). Specjalność ta jest szczególnie istotna w kontekście starzenia się ludności i wchodzenia w wiek emerytalny roczników z powojennego wyżu demograficznego.

Ponad 75% gabinetów pediatrycznych i 80% geriatrycznych znajduje się w jednostkach o dużej i bardzo dużej koncentracji ludności w wieku odpowiednio poniżej 18 i powyżej 65 lat w skali Krakowa. Gabinety te w zasadzie nie występują w obszarach peryferyjnych. Można zauważyć natomiast znaczną dysproporcję rozmieszczenia omawianych gabinetów pomiędzy dzielnicą Nowa Huta i pozostałą częścią Krakowa. Na wschód od centrum występują tylko cztery gabinety geriatryczne i dwa pediatryczne. Szczególnie istotne jest występowanie tych pierwszych zwłaszcza w kontekście intensywnych procesów starzenia się ludności, które cechują stare nowohuckie osiedla (Zborowski 2005). Nie obserwuje się natomiast omawianych gabinetów w zachodniej części Krakowa, z wyjątkiem jednej placówki pediatrycznej na osiedlu Bronowice. Innym takim obszarem są tereny Woli Duchackiej, Kurdwanowa oraz Prądnika Czerwonego.

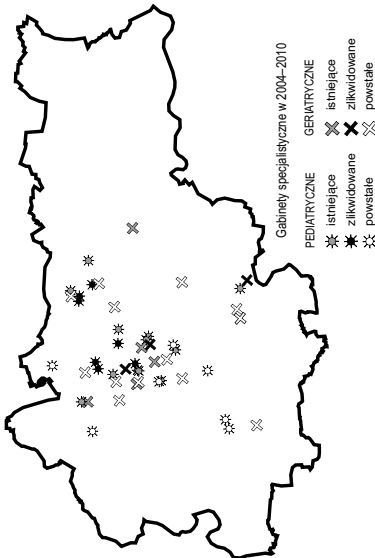
ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI W WIEKU
PONIZEJ 18 ROKU ŻYCIA W 2007 R.



ROZMIESZCZENIE LUDNOŚCI W WIEKU
POWYŻEJ 65 ROKU ŻYCIA W 2007 R.



GABINETY SPECJALISTYCZNE PEDIATRYCZNE
I GERIATRYCZNE W LATACH 2004–2010



Rys. 2. Rozmieszczenie gabinetów specjalistycznej opieki zdrowotnej (pediatrycznej i geriatrycznej) w latach 2004–2010 na tle rozmieszczenia ludności poniżej 18 i powyżej 65 roku życia w Krakowie w 2007 r.

Źródło: Jak w rys. 1.

Nowe gabinety lekarskie a dynamika ludności

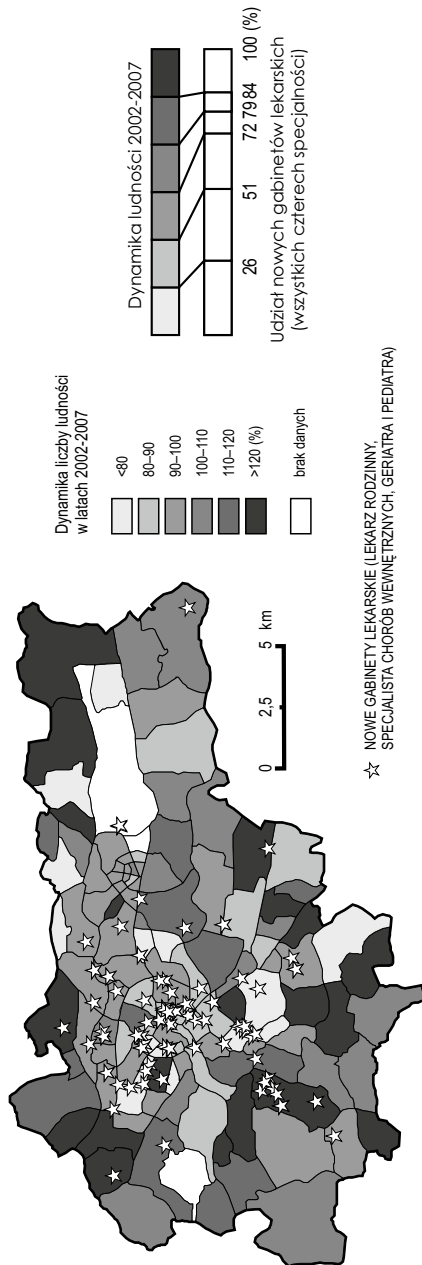
W dużych miastach nowe gabinety lekarskie rzadko powstają jako jednoosobowa działalność gospodarcza. Obecnie znacznie częściej działalność prowadzona jest w formie spółki cywilnej i spółki z ograniczoną odpowiedzialnością. Związane jest to z tworzeniem/rozwojem przez większe firmy centrów medycznych, gdzie świadczone są kompleksowe usługi. Firmy te szukają bardzo atrakcyjnych lokalizacji dla swoich placówek, co nie zawsze odpowiada przestrzennemu rozmieszczeniu popytu. Jednocześnie zmniejsza się udział podmiotów publicznych, które najczęściej ograniczają się do poradni w przyszpitalnych przychodniach.

W celu określenia, w których obszarach powstają placówki lekarskie, lokalizację wszystkich dotychczas omawianych poradni naniesiono na mapę Krakowa. Na niemal sto nowych placówek najwięcej powstało gabinetów lekarzy rodzinnych (niemal 50%), a najmniej pediatrycznych (7%). Porównanie dynamiki zmian liczby ludności w poszczególnych jednostkach urbanistycznych miasta i liczby nowo powstałych gabinetów lekarskich wskazuje, że placówki te tworzone są z reguły na obszarach odpływu ludności (rysunek 3).

Do jednostek tych należą centralna strefa miasta i dzielnica Łobzów, gdzie powstało zdecydowanie najwięcej omawianych placówek. Szczególnym przypadkiem jest osiedle Ruczaj, obszar o jednym z największych przyrostów ludności w ostatnich latach. W latach 2004–2010 powstało tam aż dziesięć nowych poradni, natomiast w innych dynamicznie rozwijających się ludnościowo jednostkach obserwowano ich niewiele. O zwiększeniu się osiągalności placówek świadczy pojawianie się wielu z nich w strefie wielkich osiedli mieszkaniowych na północy i południu miasta. Niemniej jednak nie dotyczy to Nowej Huty (siedem nowych placówek) oraz dzielnicy Prokocim-Bieżanów i osiedla Kurdwanów (dwie nowe placówki). Ogólnie biorąc 72% gabinetów powstało w obszarach o ujemnej dynamice ludności, natomiast tylko 15% w jednostkach, które osiągnęły dynamikę ponad 120%. Można stwierdzić, że zmiany rozmieszczenia usług medycznych znajdują niewielkie uzasadnienie w kontekście rozwoju demograficznego Krakowa.

Podsumowanie

Przeprowadzone badanie przestrzennego rozmieszczenia wybranych placówek opieki zdrowotnej wskazało na istotne nierówności w zakresie występowania usług medycznych w skali dużego miasta. Generalnie biorąc, największą osiągalnością i równomiernością lokalizacji odznaczały się gabinety lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. Ich rozmieszczenie w zasadzie nawiązywało do gęstości zaludnienia Krakowa. Mimo że większość poradni lekarza rodzinnego znajduje się w centrum miasta, to położenie pozostałych jest w dużym stopniu zgodne z lokalizacją największych osiedli mieszkaniowych. W przypadku analizowanych gabinetów specjalistycznych zauważono



Rys. 3. Nowe gabinety lekarskie wybranych specjalności powstałe w latach 2004–2010 na tle dynamiki liczby ludności w Krakowie w latach 2002–2007. Źródło: jak w rys. 1 oraz dane Narodowego Spisu Powszechnego 2002.

znaczne zróżnicowanie w liczbie gabinetów pomiędzy centrum Krakowa i dzielnicą Łobzów a pozostałą częścią miasta. Szczególnie mało placówek specjalistycznych położonych jest w dzielnicy Nowa Huta, która skupia jedną trzecią ludności Krakowa. W niektórych osiedlach nie występują żadne z omawianych gabinetów specjalistycznych (Prokocim-Bieżanów, Kurdwanów), mimo koncentracji w nich znacznej liczby ludności. Szczególnie dotkliwy jest obserwowany niedobór placówek pediatrycznych i geriatrycznych, które zlokalizowane są w zasadzie tylko w centrum i w północnej części miasta. Konieczność niewielkiej odległości tych placówek od miejsca zamieszkania pacjentów jest związana z ograniczoną mobilnością najmłodszej i najstarszej części populacji. Szczególna potrzeba zapewnienia opieki osobom w podeszłym wieku występuje w dzielnicy Nowa Huta – obszarze o najszybciej zachodzących procesach starzenia się ludności.

W Krakowie obserwuje się wzrost liczby nowych gabinetów lekarskich, aczkolwiek większość z nich powstaje w centrum miasta. W ostatnich latach jednak niektóre placówki zlokalizowane zostały na osiedlach mieszkaniowych, w tym na obszarach nowego budownictwa wielorodzinnego, takich jak osiedle Ruczaj. Można stwierdzić, że w Krakowie obserwuje się dalszą koncentrację gabinetów lekarskich w centrum, niewielkie rozprzestrzenianie się ich na strefę wielkich osiedli mieszkaniowych północnej części miasta oraz selektywną lokalizację gabinetów w niektórych obszarach o największej dynamice ludności.

Większą uwagę należy zwracać na rozmieszczenie niektórych usług specjalistycznych, takich jak gabinety geriatryczne i pediatryczne, które powinny być lokalizowane w miejscu koncentracji potrzeb. Jest to szczególnie istotne w kontekście procesów „odmładzania” przedmieść i starzenia się centralnych części miast, a także wzrostu liczby popularnych prywatnych centrów medycznych poszukujących strategicznych lokalizacji dla prowadzenia działalności nie zawsze związanych z koncentracją potrzeb.

Bibliografia

- Chaberko T., Kretowicz P., 2011, *Nowe budownictwo wielorodzinne w strefie wielkich osiedli mieszkaniowych na przykładzie Nowej Huty*, „Space-Society-Economy” nr 10, Łódź (w druku).
- Dziubińska-Michalewicz M., 1994, *Sektor prywatny w opiece zdrowotnej, wyniki badań ankietowych*, „Antidotum – Zarządzanie w Opiece Zdrowotnej” nr 12, s. 27–34.
- Grochowski M., 1988, *Rejonizacja służby zdrowia a dostępność usług medycznych*, „Rozwój Regionalny, Rozwój Lokalny, Samorząd Terytorialny” 15, Uniwersytet Warszawski, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych, Warszawa.
- Guagliardo M.F., 2004, *Spatial accessibility of primary care: concepts, methods and challenges*, „International Journal of Health Geographics” vol. 3, nr 3, s. 1–13.
- Hart, J., 1971, *The inverse care law*, „The Lancet” nr 297, s. 405–412.
- Joseph, A.E., Phillips, D.R., 1984, *Accessibility and utilization – geographical perspectives on health care delivery*, Happer & Row Publishers, New York.
- Kardas P., Ratajczyk-Pękalska E., 2002, *Hospitalizacje starczych mieszkańców Łodzi*, „Gerontologia Polska” t. 10, nr 2, s. 88–98.
- Klecza O., 2009, *W Krakowie brakuje lekarzy pediatrów*, „Dziennik Polski” nr z 29 czerwca.

- Mayer J.D., 1982, *Relation between two traditions of medical geography: health system planning and geographical epidemiology*, „Progress in Human Geography” nr 6, s. 216–230.
- Mazurkiewicz L., 1994, *Czy geografia człowieka powinna zajmować się problematyką zdrowia*, „Przegląd Geograficzny” t. 66, z. 1–2, s. 191–195.
- Michalski, T., 2002, *Zastosowanie ilościowych metod analizy przestrzennej w geografii medycznej*, [w:] *Możliwości i ograniczenia zastosowań badawczych w geografii społeczno-ekonomicznej i gospodarki przestrzennej*, red. H. Rogacki, Bogucki Wyd. Naukowe, Poznań, s. 253–258.
- Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia*, 2007, oprac. T. Kaczmarek, J.T. Marcinkowski, M. Zysnarska, T. Maksymiuk, A. Majewicz, „Problemy Higieny i Epidemiologii” t. 88, nr 3, s. 259–266.
- Rosenberg M.W., 1998, *Medical or health geography?: populations, peoples and places*, „International Journal of Population Geography” nr 4, s. 211–226.
- Ruszkowski J., 2010, *Zwiększenie bezpieczeństwa zdrowotnego*, ekspertyza finansowana ze środków projektu nr POPT.03.04.00-00-019/07 w ramach Programu operacyjnego Pomoc techniczna 2007–2013, wykonana na zlecenie Ministerstwa Rozwoju Regionalnego, Warszawa.
- Standardy świadczenia usług medycznych w specjalności geriatry*, 2005, oprac. J. Derejczyk, T. Grodzicki, A. Jakrzewska-Sawińska, A. Józwiak, A. Klich, K. Wieczorowska-Tobis, „Gerontologia Polska” t. 13, nr 2, s. 63–83.
- Ustawa z 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej, DzU 2006, nr 220, poz. 1600.
- Włodarczyk C., 1996, *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Uniwersyteckie Wyd. Medyczne Vesalius, Kraków.
- Włodarczyk C., 2010, *Wprowadzenie do polityki zdrowotnej*, Oficyna Ekonomiczna Grupa Wolters Kluwer, Kraków.
- Zborowski A., 2005, *Przemiany struktury społeczno-przestrzennej regionu miejskiego w okresie realnego socjalizmu i transformacji ustrojowej (na przykładzie Krakowa)*, IGIiP, Kraków.

ROZMIESZCZENIE PLACÓWEK SŁUŻBY ZDROWIA W KRAKOWIE NA TLE STRUKTURY PRZESTRZENNO-DEMOGRAFICZNEJ MIASTA

ABSTRAKT: Opracowanie jest próbą porównania lokalizacji gabinetów lekarskich w przestrzeni Krakowa z wielkością potencjalnych potrzeb zdrowotnych ludności w poszczególnych częściach miasta. Potrzeby te uwarunkowane są istniejącym potencjałem i strukturą demograficzną poszczególnych części miasta, a w szczególności liczbą ludności, gęstością zaludnienia i koncentracją ludności o szczególnych potrzebach. W tekście przedstawiono rozmieszczenie gabinetów lekarzy rodzinnych, specjalistów chorób wewnętrznych oraz specjalistów pediatrów i geriatrów na tle gęstości zaludnienia i liczby ludności poniżej 18 i powyżej 65 roku życia. Dodatkowo analiza uwzględniła lokalizację nowych gabinetów lekarskich w latach 2004–2010 w porównaniu ze współczesną dynamiką liczby ludności w jednostkach urbanistycznych Krakowa.

SŁOWA KLUCZOWE: służba zdrowia, gabinety lekarskie, uwarunkowania demograficzne, Kraków