MAZOWSZE Studia Regionalne
DOI: 10.21858/msr.58.03
s. 53–77

Infrastruktura społeczna w województwie mazowieckim – diagnoza infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia

Małgorzata Dąbrowska

STRESZCZENIE

Infrastruktura społeczna stanowi jeden z kluczowych filarów rozwoju społeczno-gospodarczego, determinując jakość życia ludności, poziom bezpieczeństwa socjalnego oraz dostęp do podstawowych usług publicznych. Szczególne znaczenie w tym zakresie ma infrastruktura ochrony zdrowia, której sprawność organizacyjna, dostępność przestrzenna oraz zasoby kadrowe wpływają pośrednio na stan zdrowia społeczeństwa, długość życia oraz zdolność systemu do reagowania na sytuacje kryzysowe. W warunkach postępujących procesów demograficznych, takich jak starzenie się ludności, urbanizacja czy depopulacja obszarów peryferyjnych, zagadnienie równomiernego rozmieszczenia i adekwatnego rozwoju infrastruktury zdrowotnej nabiera szczególnego znaczenia.
Celem niniejszego artykułu jest diagnoza stanu infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim, ze szczególnym uwzględnieniem dostępności placówek ochrony zdrowia, zasobów kadrowych, infrastruktury aptecznej oraz opieki długoterminowej. Opracowanie zmierza do identyfikacji przestrzennych dysproporcji w dostępie do świadczeń zdrowotnych oraz wskazania kluczowych wyzwań dla dalszego rozwoju regionalnej infrastruktury zdrowotnej w kontekście krajowych i europejskich uwarunkowań systemowych.

Słowa kluczowe: infrastruktura społeczna, ochrona zdrowia, świadczenia zdrowotne

Wprowadzenie

W perspektywie krajowej Polska nadal charakteryzuje się relatywnie niskim poziomem nakładów na ochronę zdrowia w porównaniu z innymi państwami Unii Europejskiej, a także istotnymi dysproporcjami w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy regionami oraz obszarami miejskimi i wiejskimi. Problemy te dodatkowo uwidoczniły się w okresie pandemii SARS-CoV-2, która obnażyła ograniczenia systemowe w zakresie dostępności personelu medycznego, infrastruktury szpitalnej oraz zdolności adaptacyjnych systemu ochrony zdrowia. Jednocześnie kryzys pandemiczny przyczynił się do dynamicznego rozwoju usług e-zdrowia, które stały się istotnym uzupełnieniem tradycyjnych form świadczeń zdrowotnych [Chmielowiec i in. 2022].

Na tle kraju województwo mazowieckie zajmuje pozycję szczególną. Z jednej strony jest regionem o najwyższej koncentracji podmiotów leczniczych, personelu medycznego oraz wyspecjalizowanej infrastruktury zdrowotnej, zlokalizowanej głównie na obszarze

metropolitalnym Warszawy. Z drugiej strony region ten cechuje się znacznym zróżnicowaniem wewnętrznym, przejawiającym się w nierównym dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy częścią stołeczną a obszarami peryferyjnymi, w tym powiatami o charakterze wiejskim i rolniczym. Analiza infrastruktury społecznej w zakresie ochrony zdrowia na poziomie regionalnym pozwala zatem na identyfikację zarówno potencjałów rozwojowych, jak i barier ograniczających spójność terytorialną systemu opieki zdrowotnej [Szczucki i in. 2023].

W artykule zastosowano metodę analizy danych wtórnych, opartą na statystyce publicznej (BDL GUS, System Monitorowania Rozwoju), raportach międzynarodowych (OECD, Gallup World Poll) oraz przeglądzie literatury przedmiotu. Analiza ma charakter opisowo-porównawczy i obejmuje zarówno ujęcie dynamiczne (zmiany w czasie), jak i przestrzenne (zróżnicowanie międzywojewódzkie oraz wewnątrzregionalne). Uzyskane wyniki stanowią podstawę do sformułowania wniosków istotnych z punktu widzenia polityki zdrowotnej, planowania przestrzennego oraz zarządzania rozwojem regionalnym.

Pojęcie infrastruktury społecznej

Infrastruktura społeczna pełni istotną rolę w życiu społeczności lokalnych, regionalnych i krajowych, wpływając bezpośrednio na jakość życia mieszkańców oraz ogólne funkcjonowanie układów społeczno-gospodarczych. Jej poziom, dostępność przestrzenna oraz jakość techniczna determinują stopień zaspokojenia podstawowych potrzeb ludności, takich jak ochrona zdrowia, edukacja, opieka społeczna czy kultura. Krytyczne postrzeganie miejsca zamieszkania – wynikające z braku odpowiednich obiektów infrastrukturalnych, ich złego stanu technicznego, niedostatecznego wyposażenia bądź mało atrakcyjnej oferty usługowej – przyczynia się do obniżenia satysfakcji mieszkańców i negatywnej oceny danego obszaru [European Commission 2020, s. 12–15].

Infrastruktura społeczna, funkcjonując równolegle z infrastrukturą gospodarczą i instytucjonalną, stanowi obszar o kluczowym znaczeniu dla realnej gospodarki, oddziałując na poziom wykształcenia, zdrowia oraz kapitału kulturowego społeczeństwa. Nie jest ona wyłącznie sumą elementów materialnych uczestniczących w procesie świadczenia usług publicznych, lecz obejmuje również efekty ich działalności oraz mechanizmy organizacyjne i instytucjonalne. Można ją określić jako kompleksowy zbiór zasobów i warunków niezbędnych do sprawnego funkcjonowania państwa oraz realizacji jego podstawowych funkcji społecznych[1]. Infrastruktura ta stanowi istotną część majątku narodowego, wspierając działalność produkcyjną i stymulując rozwój gospodarczy, choć sama w sobie nie uczestniczy bezpośrednio w procesie produkcji [Kapusta 2012, s. 315–325].

[1] https://pl.wikipedia.org/wiki/Infrastruktura_spo%C5%82eczna

W literaturze przedmiotu podkreśla się również ścisły związek infrastruktury społecznej z rozwojem kapitału ludzkiego oraz długookresowym potencjałem rozwojowym regionów. Dostęp do usług zdrowotnych, edukacyjnych i opiekuńczych wpływa bowiem na produktywność, aktywność zawodową oraz poziom dobrostanu społeczeństwa, co przekłada się na konkurencyjność przestrzenną regionów [Bloom, Canning, Sevilla 2004, s. 3–7; OECD 2020, s. 41–45].

Współczesna literatura wskazuje, że infrastruktura powinna być rozumiana szerzej niż jedynie jako zbiór materialnych obiektów technicznych. Obejmuje ona systemy techniczne oraz instytucjonalne warunki funkcjonowania gospodarki i życia społecznego. Jak podkreślają M. Surówka, Ł. Popławski i H. Fidlerová, infrastruktura stanowi jeden z kluczowych czynników rozwoju regionalnego, wpływając na jakość życia mieszkańców oraz możliwości prowadzenia działalności mieszkańców i działalności gospodarczej poprzez zapewnienie dostępu do usług publicznych i zasobów przestrzennych [Surówka, Popławski, Fidlerová 2021]. Z kolei D. Miłek wskazuje, że poziom rozwoju infrastruktury jest determinantem konkurencyjności regionów oraz spójności terytorialnej, a jej zróżnicowanie przestrzenne może prowadzić do powstania dysproporcji rozwojowych [Miłek 2022].

Jednocześnie należy podkreślić, że nie istnieje jedna bezsporna definicja infrastruktury społecznej. Autorzy zajmujący się tą problematyką dostosowują jej zakres i znaczenie do celów prowadzonych analiz oraz przyjętej perspektywy badawczej. W ujęciach definicyjnych infrastruktura bywa określana jako [Brdulak 2005, s. 165–166]: obiekty usługowe i instytucje, takie jak transport, oświata czy opieka zdrowotna, niezbędne do prawidłowego funkcjonowania sektorów produkcyjnych społeczeństwa i gospodarki; wyposażenie materialne i techniczne regionu odnoszące się do sfer takich jak transport, łączność, telekomunikacja, mieszkalnictwo, edukacja, energia, woda oraz ochrona zdrowia; podstawowe urządzenia i obiekty usługowe niezbędne dla gospodarki i społeczeństwa, charakteryzujące się względną trwałością oraz kapitałochłonnością, obejmujące m.in. drogi, koleje, sieci komunikacyjne, zasoby energii i wody, obiekty edukacyjne oraz – w szerszym ujęciu – usługi zdrowotne i rekreacyjne.

Infrastruktura społeczna definiowana jest również jako zespół instytucji i usług zaspokajających w sposób zorganizowany potrzeby ludzkie w obszarach prawa, bezpieczeństwa, kształcenia, oświaty, kultury, opieki społecznej, ochrony zdrowia oraz budownictwa mieszkaniowego. Do jej podstawowych elementów zalicza się szkoły, szpitale, sądy, placówki opiekuńcze oraz instytucje administracji publicznej, przy czym podkreśla się, że usługi infrastruktury społecznej nie mogą być importowane, a nakłady inwestycyjne na jej rozwój mają charakter kapitałochłonny[2].

Współczesne podejście do infrastruktury społecznej rozszerza jej zakres poza wymiar materialny, uwzględniając także instytucje, zasoby kadrowe, rozwiązania organizacyjne oraz ramy prawne regulujące sposób świadczenia usług publicznych. W tym ujęciu

[2] https://pl.wikipedia.org/wiki/Infrastruktura_spo%C5%82eczna

infrastruktura społeczna stanowi zorganizowaną przez państwo lub inne podmioty polityki społecznej materialno-instytucjonalną podstawę zaspokajania potrzeb społecznych [Witkowski, Starościc 2008, s. 178]. Coraz częściej podkreśla się także jej rolę jako instrumentu realizacji polityki spójności oraz ograniczania nierówności przestrzennych i społecznych [Barca, McCann, Rodríguez-Pose 2012, s. 135–138; ESPON 2019, s. 22–25].

W potocznym ujęciu pojęcie infrastruktury społecznej występuje w trzech podstawowych znaczeniach: po pierwsze jako zbiór jednostek organizacyjnych, takich jak szkoły, biblioteki, domy kultury czy ośrodki zdrowia; po drugie jako określony rodzaj działalności podejmowanej w celu realizacji funkcji społecznych, np. edukacyjnych lub kulturalnych; po trzecie jako zasoby ludzkie zatrudnione w tych jednostkach, wyposażone w kompetencje umożliwiające realizację przypisanych im zadań [Chmielewska 2022].

Infrastruktura społeczna powinna stanowić konsolidację wszystkich wskazanych znaczeń, której efektem jest działalność celowa, planowa, trwała i oparta na regulacjach prawnych, ukierunkowana na realizację potrzeb społecznych. Jej efekty powinny być oceniane nie tylko w wymiarze ilościowym, lecz przede wszystkim jakościowym, z uwzględnieniem wpływu na poziom dobrostanu społecznego, spójność terytorialną oraz odporność systemów publicznych na sytuacje kryzysowe [Boć 2004, s. 13; WHO 2021, s. 7–9].

Klasyfikacja i cechy infrastruktury społecznej

Podstawę klasyfikacji infrastruktury społecznej stanowią jej funkcje oraz obszary działalności, które odpowiadają na zróżnicowane potrzeby społeczne ludności. W literaturze przedmiotu najczęściej wyróżnia się takie gałęzie infrastruktury społecznej, jak: nauka, oświata i wychowanie, ochrona zdrowia, opieka społeczna, kultura i sztuka, rekreacja oraz sport. Poszczególne elementy tej infrastruktury charakteryzują się odmiennymi właściwościami organizacyjnymi, przestrzennymi i funkcjonalnymi, co wpływa na sposób ich planowania, finansowania i zarządzania [Mroziewski 2013, s. 29–41].

W ramach klasyfikacji przestrzennej wyróżnia się infrastrukturę społeczną obsługującą skale: lokalną i miejską, regionalną, makroregionalną, krajową oraz międzynarodową. Znaczenie lokalne przypisuje się obiektom i instytucjom zaspokajającym potrzeby mieszkańców danego miasta, gminy lub obszaru osadniczego, natomiast znaczenie regionalne dotyczy infrastruktury, której oddziaływanie obejmuje cały region lub jego istotną część. Zróżnicowanie skali obsługi przestrzennej stanowi istotny element analizy infrastruktury społecznej, umożliwiając dostosowanie jej rozmieszczenia do struktury osadniczej oraz potrzeb demograficznych ludności [Mroziewski 2013, s. 32–35].

Z punktu widzenia polityki regionalnej oraz planowania rozwoju podkreśla się, że nierównomierne rozmieszczenie infrastruktury społecznej prowadzi do pogłębiania dysproporcji rozwojowych oraz ogranicza spójność terytorialną. Badania europejskie wskazują, że dostęp do usług zdrowotnych, edukacyjnych i opiekuńczych jest jednym z kluczowych czynników warunkujących jakość życia oraz atrakcyjność osiedleńczą regionów [European Commission 2020, s. 18–21; OECD 2018, s. 67–71].

Ze względu na podporządkowanie organizacyjne infrastrukturę społeczną można klasyfikować według podmiotów odpowiedzialnych za jej funkcjonowanie. Wyróżnia się w tym zakresie infrastrukturę zarządzaną przez administrację rządową, jednostki samorządu terytorialnego, organizacje społeczne i pozarządowe, podmioty prywatne oraz osoby fizyczne. Każdy z tych sektorów odgrywa odmienną rolę w systemie świadczenia usług społecznych, przy czym kluczowe znaczenie w Polsce przypada jednostkom samorządu terytorialnego, zwłaszcza w obszarach ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej [Rochmińska, Pędziwiatr 2017, s. 34–36].

Istotnym kryterium klasyfikacyjnym infrastruktury społecznej jest również sposób finansowania oraz odpłatność za korzystanie z jej usług. W literaturze wyróżnia się infrastrukturę świadczącą usługi nieodpłatnie, częściowo odpłatnie oraz w pełni odpłatnie, zgodnie z zasadami komercyjnymi. Kryterium to ma szczególne znaczenie w kontekście dostępności usług społecznych oraz realizacji zasady równości dostępu do świadczeń publicznych [Witkowski, Starościc 2008, s. 182]. W związku z powyższym J.M. Chmielewski wyróżnia infrastrukturę społeczną socjalną – finansowaną lub współfinansowaną ze środków publicznych, obejmującą m.in. oświatę, ochronę zdrowia, opiekę społeczną, kulturę i bezpieczeństwo publiczne – oraz infrastrukturę społeczną komercyjną – funkcjonującą na zasadach rynkowych, do której zalicza się m.in. usługi rekreacyjne, turystyczne, handlowe i gastronomiczne [Chmielewski 2001, s. 149].

Usługi gwarantowane konstytucyjnie lub ustawowo są zwolnione z opłat, natomiast częściowa odpłatność dotyczy świadczeń dodatkowych, takich jak zajęcia pozalekcyjne, usługi rekreacyjne czy ponadstandardowe świadczenia zdrowotne. Odpłatne usługi komercyjne wiążą się natomiast z zaspokajaniem indywidualnych potrzeb i korzystaniem z infrastruktury będącej własnością nie tylko prywatną. W Polsce kwestia odpłatności za usługi społeczne od lat pozostaje przedmiotem debat publicznych, zwłaszcza w odniesieniu do ochrony zdrowia i edukacji [Borda, Kowalczyk-Rólczyńska 2023].

Problematyka infrastruktury społecznej jest szeroko omawiana zarówno w literaturze międzynarodowej, jak i w badaniach prowadzonych w Polsce. Współczesne badania anglojęzyczne podkreślają, że infrastruktura społeczna powinna być analizowana nie tylko przez pryzmat liczby obiektów, lecz także jakości usług, dostępności przestrzennej oraz zdolności systemów do adaptacji w warunkach kryzysowych. Jak wskazują H. Barroy i współautorzy, odporność infrastruktury społecznej, w tym zdrowotnej, stanowi kluczowy element bezpieczeństwa społecznego i zdrowotnego państw [Barroy i in. 2018]. Podobne wnioski formułuje Światowa Organizacja Zdrowia (World Health Organization – WHO), akcentując znaczenie integracji infrastruktury materialnej, zasobów ludzkich oraz rozwiązań organizacyjnych [WHO 2021, s. 7–10]. W polskich badaniach infrastruktura społeczna analizowana jest przede wszystkim w kontekście jej znaczenia dla rozwoju regionalnego, dostępności usług publicznych oraz odporności systemów społeczno-gospodarczych. Badania Chmielewskiej wskazują, że rozwój infrastruktury społecznej w województwie mazowieckim w latach 2005–2020 był silnie zróżnicowany przestrzennie, a koncentracja instytucji publicznych na obszarze

metropolitalnym Warszawy prowadziła do pogłębiania dysproporcji w dostępności usług społecznych pomiędzy centrum a peryferiami regionu [Chmielowska 2022]. Z kolei analizy dotyczące funkcjonowania infrastruktury publicznej w sytuacjach kryzysowych wskazują na jej kluczową rolę dla odporności systemów społecznych i zdrowotnych [Jarynowski 2025].

Podkreślić należy również, że istotną cechą infrastruktury społecznej jest jej silne ukierunkowanie na człowieka jako użytkownika usług. Zaspokaja ona potrzeby o charakterze osobistym i zbiorowym, wpływając bezpośrednio na zdrowie, wiedzę, kompetencje oraz jakość życia ludności. Zmieniające się uwarunkowania demograficzne, społeczne i technologiczne powodują, że potrzeby użytkowników infrastruktury społecznej ulegają dynamicznym przeobrażeniom, co wymaga stałego monitorowania i dostosowywania jej struktury do aktualnych wyzwań rozwojowych [Kocur-Bera 2011, s. 29–33].

Funkcje infrastruktury społecznej – zaspokajanie potrzeb i podnoszenie jakości życia mieszkańców

Infrastruktura społeczna pełni szereg wzajemnie powiązanych funkcji, których nadrzędnym celem jest zaspokajanie potrzeb ludności oraz podnoszenie jakości życia mieszkańców (tab. 1). Funkcje te stanowią podstawę egzystencji społecznej i warunkują prawidłowe funkcjonowanie jednostek oraz całych zbiorowości. Ich realizacja odbywa się poprzez system instytucji, obiektów oraz usług publicznych, które odpowiadają na potrzeby o charakterze edukacyjnym, zdrowotnym, opiekuńczym, kulturowym i rekreacyjnym [Witkowski, Starościc 2008, s. 180].

Jedną z podstawowych funkcji infrastruktury społecznej jest funkcja wychowawcza, edukacyjna i kulturalna, która obejmuje działalność instytucji oświatowych, naukowych oraz kulturalnych. Jej celem jest rozwój kapitału ludzkiego, podnoszenie poziomu wykształcenia, kompetencji oraz świadomości społecznej. Funkcja ta odgrywa kluczową rolę w długookresowym rozwoju społeczno-gospodarczym, gdyż jakość edukacji i dostęp do kultury wpływają na innowacyjność, aktywność zawodową oraz spójność społeczną regionów [Bloom, Canning, Sevilla 2004, s. 5–9; OECD 2018, s. 43–46].

Ważną składową infrastruktury społecznej są również ośrodki kultury i sportu. Za pośrednictwem miejsc takich jak domy kultury, kluby, biblioteki, domy parafialne krzewi się kulturę na obszarach wiejskich. Są to jednocześnie placówki, w których następuje przekazywanie tradycji, ale jednocześnie mogą stanowić sieć nowoczesnych technik i metod komunikacji. W miejscach tych często organizowane są imprezy takie jak tradycyjne festyny, konkursy, festiwale czy koncerty [Sochańska-Kawiecka i in. 2025].

Szczególne znaczenie w strukturze infrastruktury społecznej przypisuje się funkcji zdrowotnej, która koncentruje się na zapewnieniu dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej, leczenia, rehabilitacji oraz działań profilaktycznych. Infrastruktura zdrowotna obejmuje zarówno podstawową i specjalistyczną opiekę ambulatoryjną, lecznictwo szpitalne, opiekę długoterminową, jak i zaplecze farmaceutyczne. Światowa Organizacja

Zdrowia podkreśla, że dostępność i jakość infrastruktury ochrony zdrowia stanowią kluczowe determinanty zdrowia populacji oraz odporności systemów zdrowotnych na sytuacje kryzysowe [WHO 2021, s. 7–12].

Funkcja zdrowotna infrastruktury społecznej ma charakter nie tylko leczniczy, lecz również prewencyjny. Funkcja profilaktyczna obejmuje działania ukierunkowane na zapobieganie chorobom, ograniczanie czynników ryzyka oraz promocję zdrowego stylu życia. Zgodnie z zaleceniami WHO oraz Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (Organisation for Economic Cooperation and Development – OECD) inwestycje w profilaktykę zdrowotną i wczesną interwencję przynoszą długofalowe korzyści społeczne i ekonomiczne, zmniejszając koszty leczenia chorób przewlekłych oraz obciążenie systemu opieki zdrowotnej [WHO 2020, s. 14–18; OECD European Union 2020, s. 71–75].

Tabela 1. Funkcje infrastruktury społecznej

Funkcje infrastruktury społecznej	Objaśnienie
Funkcja wypoczynkowa, rekreacyjna i zdrowotna	Obejmuje działania mające na celu zapewnienie warunków sprzyjających odpoczynkowi, rekreacji oraz dbałości o zdrowie społeczności. Elementy tej funkcji mogą obejmować tereny rekreacyjne, obiekty sportowe, ośrodki zdrowia i inne placówki służące poprawie kondycji fizycznej i psychicznej.
Funkcja wychowawcza, edukacyjna i kulturalna	Koncentruje się na rozwijaniu i upowszechnianiu edukacji, kultury i wartości społecznych. W ramach tej funkcji działają placówki oświatowe, kulturalne i naukowe, których celem jest podnoszenie poziomu wiedzy, umiejętności i świadomości społecznej w społeczności.
Funkcja zdrowotna	Skupia się na zapewnieniu dostępu do usług opieki zdrowotnej i promowaniu zdrowego stylu życia. Instytucje zdrowotne, takie jak szpitale, przychodnie lekarskie i centra zdrowia, stanowią podstawę tej funkcji, dostarczając usługi diagnozowania, leczenia i profilaktyki chorób.
Funkcja profilaktyczna	Ma na celu zapobieganie negatywnym zjawiskom społecznym poprzez podejmowanie działań prewencyjnych. Obejmuje to środki mające na celu zapobieganie ubóstwu, analfabetyzmowi, marginalizacji społecznej oraz poprawę warunków życia i zdrowia społeczności. Funkcja ta łączy się z innymi segmentami infrastruktury społecznej w celu kompleksowego wsparcia społecznego.

Źródło: Witkowski, Starościc 2008, s. 180

Kolejną istotną funkcją infrastruktury społecznej jest funkcja opiekuńcza i socjalna, skierowana do osób wymagających wsparcia ze względu na wiek, stan zdrowia, niepełnosprawność lub sytuację życiową. Obejmuje ona działalność placówek pomocy społecznej, domów pomocy społecznej, zakładów opiekuńczo-leczniczych oraz hospicjów. W kontekście starzenia się społeczeństw europejskich rola tej funkcji systematycznie rośnie, a jej niedostateczny rozwój prowadzi do pogłębiania nierówności społecznych i obniżenia jakości życia osób zależnych [OECD 2021, s. 98–102; Kocur-Bera 2011, s. 31–34].

Istotnym elementem infrastruktury społecznej jest także funkcja wypoczynkowa i rekreacyjna, która obejmuje infrastrukturę sportową, rekreacyjną oraz turystyczną. Funkcja ta sprzyja regeneracji sił psychicznych i fizycznych, wspiera zdrowie publiczne

oraz integrację społeczną. Badania wskazują, że dostęp do terenów rekreacyjnych i obiektów sportowych pozytywnie wpływa na dobrostan mieszkańców oraz ogranicza ryzyko występowania chorób cywilizacyjnych [European Commission 2020, s. 22–25].

Wszystkie funkcje infrastruktury społecznej są ze sobą ściśle powiązane i wzajemnie się uzupełniają. Przykładowo infrastruktura ochrony zdrowia realizuje jednocześnie funkcję zdrowotną, profilaktyczną i opiekuńczą, natomiast infrastruktura rekreacyjna – zdrowotną, społeczną i integracyjną. Zintegrowane podejście do rozwoju infrastruktury społecznej jest obecnie uznawane za jeden z kluczowych warunków skutecznej polityki publicznej oraz budowy odpornych i inkluzywnych systemów społecznych [Barroy i in. 2018; WHO 2021, s. 9–11].

Zaprezentowane funkcje infrastruktury społecznej wskazują na jej wielowymiarowy charakter oraz kluczową rolę w kształtowaniu jakości życia mieszkańców i spójności społeczno-terytorialnej. Wśród nich szczególne znaczenie przypada funkcji zdrowotnej i profilaktycznej, które w sposób bezpośredni oddziałują na stan zdrowia populacji, zdolność do pracy oraz odporność systemów społecznych na sytuacje kryzysowe. Skuteczność realizacji tych funkcji uzależniona jest nie tylko od liczby i struktury placówek ochrony zdrowia, lecz także od ich rozmieszczenia przestrzennego, dostępności kadry medycznej oraz jakości świadczonych usług [WHO 2021, s. 7–11].

Z perspektywy polityki publicznej oraz planowania regionalnego infrastruktura ochrony zdrowia stanowi jeden z kluczowych komponentów infrastruktury społecznej, determinujący poziom bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Jak wskazują analizy OECD, regiony charakteryzujące się dobrze rozwiniętą i równomiernie dostępną infrastrukturą zdrowotną osiągają lepsze wyniki w zakresie zdrowia publicznego oraz wykazują wyższą odporność na zakłócenia systemowe, takie jak kryzysy epidemiologiczne czy demograficzne [OECD European Union 2020, s. 69–73].

W tym kontekście szczególnie uzasadniona jest analiza infrastruktury zdrowotnej w ujęciu regionalnym. Województwo mazowieckie, jako największy i najbardziej zróżnicowany demograficznie oraz funkcjonalnie region w Polsce, stanowi istotny obszar badawczy. Z jednej strony charakteryzuje się wysoką koncentracją wyspecjalizowanych podmiotów ochrony zdrowia oraz zasobów kadrowych, zwłaszcza na obszarze metropolitalnym Warszawy, z drugiej zaś wykazuje znaczne dysproporcje wewnętrzne w dostępie do świadczeń zdrowotnych pomiędzy częścią stołeczną a obszarami peryferyjnymi [Chmielewska 2022, s. 72–74].

Analiza infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim pozwala zatem na ocenę stopnia realizacji funkcji zdrowotnej i profilaktycznej infrastruktury społecznej w warunkach zróżnicowania przestrzennego oraz na identyfikację barier ograniczających równy dostęp do świadczeń. Stanowi ona jednocześnie podstawę do sformułowania wniosków istotnych z punktu widzenia regionalnej polityki zdrowotnej, planowania przestrzennego oraz działań ukierunkowanych na wzmacnianie spójności terytorialnej i bezpieczeństwa zdrowotnego mieszkańców regionu.

Analiza stanu infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim – założenia badawcze

Część empiryczna artykułu koncentruje się na analizie stanu infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim, ze szczególnym uwzględnieniem jej dostępności przestrzennej, potencjału instytucjonalnego oraz zasobów kadrowych. Wybór tego regionu wynika z jego szczególnej pozycji w strukturze społeczno-gospodarczej kraju oraz znaczącego zróżnicowania wewnętrznego, przejawiającego się w koncentracji infrastruktury zdrowotnej na obszarze metropolitalnym Warszawy oraz relatywnie słabszym wyposażeniu obszarów peryferyjnych.

Analiza została ukierunkowana na ocenę stopnia realizacji funkcji zdrowotnej i profilaktycznej infrastruktury społecznej, rozumianej jako jeden z kluczowych komponentów bezpieczeństwa zdrowotnego ludności. Przyjęto założenie, że sama liczba placówek ochrony zdrowia nie stanowi wystarczającego miernika dostępności usług, a pełna diagnoza wymaga uwzględnienia wskaźników odnoszących się do liczby ludności, rozmieszczenia przestrzennego obiektów, zasobów kadrowych oraz intensywności korzystania ze świadczeń zdrowotnych [OECD European Union 2020, s. 69–73].

Celem analizy empirycznej jest identyfikacja przestrzennych dysproporcji w dostępie do infrastruktury ochrony zdrowia w województwie mazowieckim oraz ocena ich skali na tle pozostałych województw. Uzyskane wyniki stanowią podstawę do sformułowania wniosków istotnych z punktu widzenia regionalnej polityki zdrowotnej, planowania infrastruktury społecznej oraz działań zmierzających do ograniczania nierówności terytorialnych.

Metodyka badań i wskaźniki analityczne

Badanie oparto na analizie danych wtórnych, pochodzących z oficjalnych źródeł statystyki publicznej oraz raportów instytucji krajowych i międzynarodowych. Podstawowym źródłem danych były Baza Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego (BDL GUS) oraz System Monitorowania Rozwoju (strateg.stat.gov.pl), uzupełnione o dane publikowane przez OECD oraz Światową Organizację Zdrowia. Analiza obejmuje lata 2021–2024, przy czym dla części wskaźników wykorzystano dane dostępne według stanu na 31.12.2023 r.

Zastosowano metodę analizy opisowo-porównawczej, umożliwiającą ocenę zróżnicowania infrastruktury zdrowotnej zarówno w układzie międzywojewódzkim, jak i wewnątrzregionalnym (powiaty, miasta na prawach powiatu). Wykorzystano również elementy analizy przestrzennej, pozwalające na identyfikację koncentracji oraz deficytów infrastruktury ochrony zdrowia.

W celu kompleksowej oceny infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia zastosowano zestaw wskaźników pogrupowanych w cztery podstawowe kategorie:

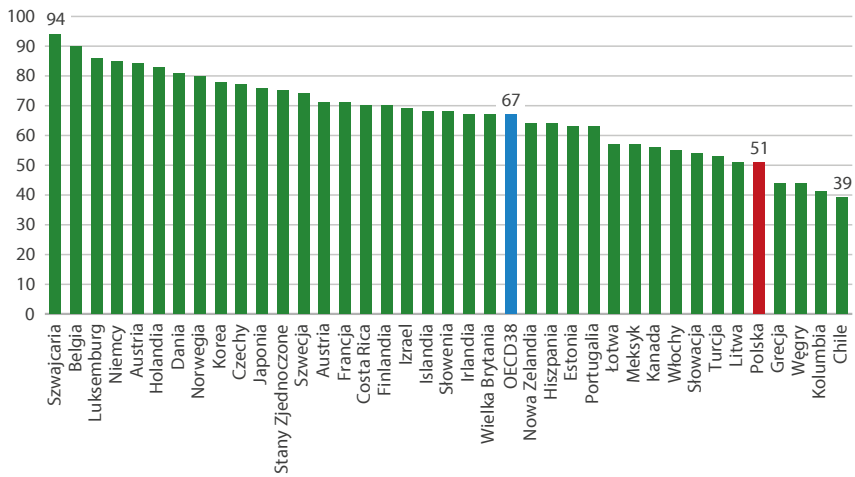
1. Wskaźniki dostępności instytucjonalnej
   Do tej grupy zaliczono mierniki określające nasycenie regionu podmiotami świadczącymi usługi zdrowotne, w szczególności:
   – liczbę przychodni ogółem i przychodni podstawowej opieki zdrowotnej na 10 tys. ludności,
   – liczbę szpitali ogólnych oraz liczbę oddziałów szpitalnych,
   – liczbę aptek i punktów aptecznych ogólnodostępnych.
   Wskaźniki te pozwalają na ocenę formalnej dostępności infrastruktury zdrowotnej oraz jej rozmieszczenia przestrzennego.
2. Wskaźniki dostępności demograficznej
   W celu uwzględnienia relacji pomiędzy liczbą placówek a potencjalnym popytem na usługi zdrowotne zastosowano wskaźniki:
   – liczby ludności przypadającej na jedną przychodnię,
   – liczby ludności przypadającej na jedno łóżko szpitalne,
   – liczby ludności przypadającej na jedną aptekę lub punkt apteczny.
   Wskaźniki te umożliwiają identyfikację obszarów o nadmiernym obciążeniu infrastruktury zdrowotnej.
3. Wskaźniki zasobów kadrowych
   Istotnym elementem analizy była ocena potencjału kadrowego systemu ochrony zdrowia. W tym zakresie wykorzystano wskaźniki:
   – liczby lekarzy pracujących ogółem na 10 tys. ludności,
   – liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności,
   – struktury zatrudnienia personelu medycznego w układzie terytorialnym.
   Zgodnie z zaleceniami WHO i OECD dostępność wykwalifikowanej kadry medycznej stanowi jeden z kluczowych czynników warunkujących efektywność systemu ochrony zdrowia [WHO 2021, s. 9–11; OECD 2021, s. 54–58].
4. Wskaźniki wykorzystania świadczeń zdrowotnych
   Uzupełnieniem analizy były wskaźniki obrazujące intensywność korzystania z infrastruktury zdrowotnej, w tym:
   – liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej,
   – struktura porad w podziale na podstawową i specjalistyczną opiekę zdrowotną,
   – zróżnicowanie liczby porad w układzie regionalnym i subregionalnym.
   Analiza tych wskaźników pozwala na ocenę faktycznego funkcjonowania infrastruktury zdrowotnej oraz stopnia jej dopasowania do potrzeb ludności.

Zastosowany zestaw metod i wskaźników umożliwia wieloaspektową ocenę infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim oraz identyfikację kluczowych obszarów wymagających interwencji w ramach polityki regionalnej i zdrowotnej.

Analiza stanu infrastruktury społecznej w województwie mazowieckim i diagnoza potrzeb

W celu osadzenia diagnozy infrastruktury ochrony zdrowia w województwie mazowieckim w szerszym kontekście porównawczym wykorzystano wskaźniki publikowane przez Organizację Współpracy Gospodarczej i Rozwoju. OECD jest organizacją międzynarodową skupiającą państwa o wysokim poziomie rozwoju społeczno-gospodarczego, która w swoich raportach prezentuje porównywalne miary dotyczące m.in. dostępności świadczeń, zasobów systemu zdrowia oraz oceny jakości usług [OECD 2023].

W świetle wskaźników OECD Polska charakteryzuje się wysokim poziomem formalnej dostępności podstawowego pakietu świadczeń – 94% populacji objętej jest podstawowym zestawem usług, przy czym jednocześnie relatywnie nisko kształtuje się subiektywna ocena dostępności wysokiej jakości opieki zdrowotnej – 51% respondentów w Polsce deklaruje zadowolenie, wobec średniej dla państw OECD [OECD 2023]. Dane te wskazują, że ocena dostępności usług zdrowotnych zależy również od czynników organizacyjnych i przestrzennych, takich jak rozmieszczenie świadczeniodawców, obciążenie kadry oraz dostępność infrastruktury w miejscu zamieszkania.



Ryc. 1. Ludność zadowolona z dostępności wysokiej jakości opieki zdrowotnej na obszarze zamieszkania, 2022 r. (%)

Źródło: Gallup Inc. 2023

Rycina 1 prezentuje udział ludności zadowolonej z dostępności wysokiej jakości opieki zdrowotnej w miejscu zamieszkania. Wartość średnia dla państw OECD wynosi 67%, natomiast Polska osiąga poziom 51%, co plasuje ją w grupie krajów o relatywnie niższej ocenie dostępności jakościowej usług zdrowotnych [OECD 2023, s. 1]. W dalszej części artykułu analizę regionalną oparto na wskaźnikach instytucjonalnych, demograficznych i kadrowych, które mogą wyjaśniać przyczyny takiej percepcji w układzie terytorialnym.

Infrastruktura społeczna na rzecz ochrony zdrowia

Infrastruktura ochrony zdrowia w Polsce obejmuje zespół działań, zasobów oraz inwestycji ukierunkowanych na poprawę dostępności i jakości świadczeń, rozumianych zarówno w wymiarze instytucjonalnym (sieć podmiotów), jak i organizacyjnym (koordynacja opieki, ciągłość, profilaktyka) [Sowada i in. 2019, s. 22–25]. Na system opieki zdrowotnej składa się zespół osób i instytucji odpowiedzialnych za organizację, finansowanie i udzielanie świadczeń zdrowotnych, przy czym w Polsce zakup świadczeń realizowany jest przez Narodowy Fundusz Zdrowia w warunkach rynku wewnętrznego otwartego dla publicznych i prywatnych świadczeniodawców [Sowada i in. 2019, s. 25].

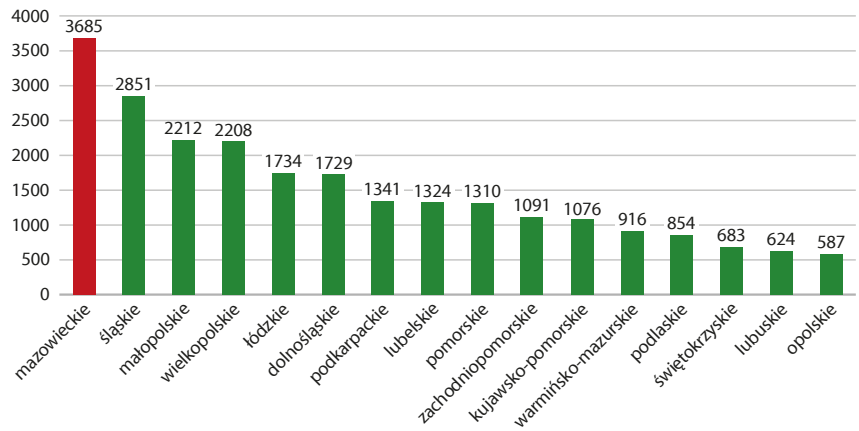
Na obszarze województwa mazowieckiego (analogicznie jak w skali kraju) zlokalizowane są kluczowe segmenty infrastruktury ochrony zdrowia, w szczególności:

- podmioty lecznicze prowadzące działalność w różnych formach organizacyjno-prawnych, w tym publiczne podmioty lecznicze (m.in. samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej – SPZOZ) oraz podmioty prywatne; dominującą formą organizacyjną szpitali publicznych jest SPZOZ [Sowada i in. 2019, s. 25, 67],
- praktyki zawodowe (lekarskie, lekarsko-dentystyczne, pielęgniarskie i położnych) jako istotny element podaży świadczeń, funkcjonujący w systemie podmiotów wykonujących działalność leczniczą, podlegających reżimowi prawnemu i rejestrowemu [Sowada i in. 2019, s. 67],
- apteki i punkty apteczne (infrastruktura farmaceutyczna), z przewagą własności prywatnej w segmencie aptek ogólnodostępnych [Sowada i in. 2019, s. 184],
- inni świadczeniodawcy i podmioty wspierające (np. diagnostyka, rehabilitacja, opieka długoterminowa), współtworzące regionalny system zabezpieczenia świadczeń.

Na potrzeby niniejszego opracowania skoncentrowano się na analizie wybranych elementów infrastruktury ochrony zdrowia, obejmujących: podmioty wykonujące działalność leczniczą (przychodnie, szpitale, praktyki lekarskie i pielęgniarskie), infrastrukturę apteczną (apteki i punkty apteczne) oraz zasoby kadrowe systemu (m.in. lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne oraz farmaceuci), co odpowiada podejściu stosowanemu w porównaniach międzynarodowych i ocenach wydolności systemów zdrowotnych [OECD European Union 2020, s. 19; Sowada i in. 2019, s. 116–121].

Podstawowa opieka zdrowotna (POZ) jest fundamentalnym ogniwem systemu opieki zdrowotnej i stanowi pierwszy punkt kontaktu pacjenta z systemem, pełniąc także funkcję koordynacyjną względem dalszych poziomów opieki. W ujęciu OECD dla większości pacjentów wizyta u lekarza podstawowej opieki zdrowotnej jest pierwszym kontaktem z systemem, a silna rola POZ sprzyja poprawie dostępności i koordynacji opieki [OECD European Union 2020, s. 19]. Z kolei WHO podkreśla znaczenie „przesunięcia punktu wejścia" do systemu z poziomu szpitali i specjalistów w kierunku bliskich mieszkańcom, ogólnych usług opieki podstawowej, co sprzyja ciągłości i kompleksowości opieki [WHO 2008, s. 75–76]. Ze względu na powszechność i znaczenie POZ świadczeniami tego poziomu powinien być objęty każdy obywatel. Ocena dostępności infrastruktury POZ stanowi istotny element diagnozy regionalnej.

Z końcem 2024 r. najwięcej podmiotów ambulatoryjnych (przychodni zdrowia) było w województwie mazowieckim (ryc. 2). Mimo znacznej przewagi liczebnej przychodni w mazowieckim, stan podmiotów POZ na 10 tys. mieszkańców w większości województw kształtował się na tym samym poziomie – 6/7 podmiotów. Jedynie podlaskie posiadało 8 podmiotów na 10 tys. mieszkańców, a kujawsko-pomorskie – 5. Zdecydowaną przewagą obiektów charakteryzowały się miasta na prawach powiatu. Liderami w liczbie POZ na 10 tys. ludności były Sopot – 17, Zamość – 14, Konin – 13, pozostałe miasta – od 12 do 4 w dół. W województwie mazowieckim jedynie w Ostrołęce – mieście na prawach powiatu – wskaźnik podmiotów ambulatoryjnych na 10 tys. ludności wynosił 12, pozostałe miasta i powiaty miały od 9 do 4 obiektów.



Ryc. 2. Przychodnie ogółem w poszczególnych województwach – wskaźnik dostępności instytucjonalnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)

Liczba porad udzielonych w ramach ambulatoryjnej opieki zdrowotnej, obejmującej zarówno podstawową, jak i specjalistyczną opiekę zdrowotną, w województwie mazowieckim wykazuje systematyczną tendencję wzrostową. W 2021 r. udzielono 45,5 mln porad, w 2023 r. liczba ta wzrosła do ponad 50,4 mln, natomiast w 2024 r. osiągnęła poziom 58,4 mln porad, w tym 52,1 mln porad lekarskich oraz 6,2 mln porad stomatologicznych [GUS 2024]. W strukturze przestrzennej wykorzystania świadczeń wyraźnie zaznacza się koncentracja popytu w regionie warszawskim stołecznym, na który przypada ok. 70% wszystkich udzielonych porad, z czego blisko połowa realizowana jest na terenie m.st. Warszawy. Pozostałe 30% porad udzielanych jest w regionie mazowieckim regionalnym. Najniższe wartości wskaźnika wykorzystania ambulatoryjnej opieki zdrowotnej odnotowano w powiatach subregionu radomskiego, w tym białobrzeskim, zwoleńskim, szydłowieckim, przysuskim, gdzie liczba udzielonych porad nie przekraczała 226 tys. rocznie na powiat.

Z kolei najwyższe wartości wskaźnika występowały w powiatach ciechanowskim, sochaczewskim, grójeckim i garwolińskim, w których liczba porad była trzy- lub czterokrotnie wyższa, co wskazuje na znaczne zróżnicowanie przestrzenne w wykorzystaniu infrastruktury ambulatoryjnej.

Szpitale ogólne stanowią podstawowy segment infrastruktury lecznictwa zamkniętego i pełnią kluczową rolę w realizacji świadczeń wymagających całodobowej lub krótkoterminowej hospitalizacji. W ujęciu systemowym są definiowane jako podmioty zapewniające stacjonarną opiekę zdrowotną, obejmującą diagnostykę, leczenie oraz rehabilitację pacjentów, a ich znaczenie mierzone jest m.in. liczbą placówek, oddziałów oraz łóżek w relacji do liczby ludności [Sowada i in. 2019, s. 67–69; OECD 2023, s. 21].

Według danych statystyki publicznej w 2024 r. liczba szpitali ogólnych w Polsce uległa nieznacznemu zmniejszeniu w porównaniu z rokiem poprzednim (spadek o 0,7 p.p.), czemu towarzyszył spadek liczby łóżek szpitalnych o ok. 1,3 tys. [GUS 2024]. Najwięcej szpitali ogólnych zlokalizowanych było w województwie śląskim, a następnie w województwie mazowieckim. Jednocześnie województwo mazowieckie dysponowało większą liczbą oddziałów oraz łóżek szpitalnych niż województwo śląskie, co wskazuje na wyższą koncentrację infrastruktury lecznictwa zamkniętego o większej skali organizacyjnej. Najmniejszą liczbę szpitali ogólnych odnotowano w województwach lubuskim i świętokrzyskim, w których liczba placówek była odpowiednio sześciokrotnie mniejsza niż w województwie śląskim oraz niemal pięciokrotnie mniejsza niż w województwie mazowieckim, co znalazło odzwierciedlenie również w liczbie oddziałów i łóżek szpitalnych.

Dane przedstawione na rycinie 3 wskazują na występowanie dysproporcji w rozmieszczeniu infrastruktury szpitalnej w poszczególnych województwach, co świadczy o nierównomiernej realizacji funkcji zdrowotnej infrastruktury społecznej.

Ponad ¼ łóżek w szpitalach ogólnych znajduje się w dwóch województwach – mazowieckim i śląskim. Najmniejszą liczbą łóżek dysponowały szpitale zlokalizowane w województwie lubuskim (ryc. 4).

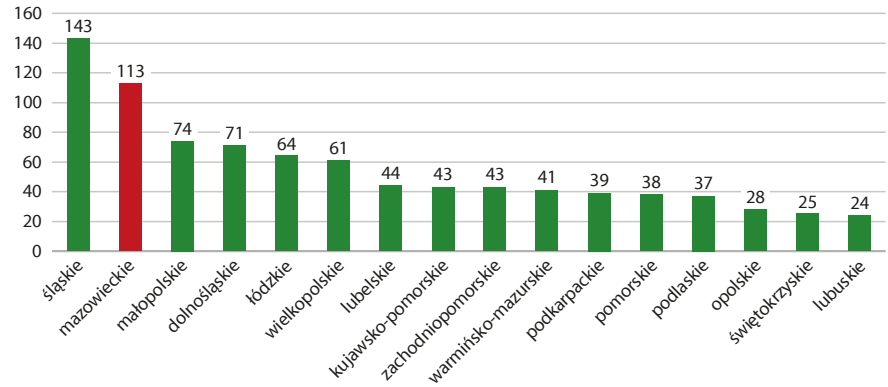
Na podstawie danych pozyskanych ze strony Systemu Monitorowania Rozwoju[3] stwierdzono, że najwięcej osób na jedno łóżko przypada w województwie pomorskim, najmniej (o ok. ⅓ mniej) wykazuje województwo śląskie (ryc. 5).

Najwyższy wskaźnik lekarzy posiadających prawo wykonywania zawodu medycznego na 10 tys. ludności na koniec 2024 r. wykazuje województwo mazowieckie (54,7 tys. osób), najniższą wartością charakteryzuje się województwo lubuskie – 29,8. W województwie mazowieckim najwyższą wartość ma również wskaźnik lekarzy (personelu pracującego ogółem) na 10 tys. ludności (ryc. 6). Na tak wysoką wartość wpływa podregion miasta Warszawy, którego wskaźnik wynosi 115,2 osób, co jest jednak wartością niższą niż w miastach: Katowice (193,0), Lublin (185,8), Rzeszów (135,4), Białystok (135,2), Łódź (129,7).

[3] System Monitorowania Rozwoju, strateg.stat.gov.pl

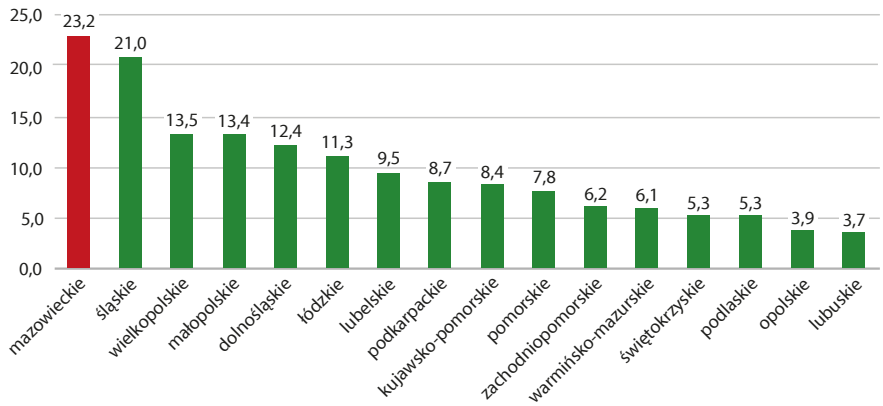
Na podstawie danych GUS, w odniesieniu do liczby mieszkańców – w 2024 r. najwięcej lekarzy dentystów pracowało bezpośrednio z pacjentem w województwach: łódzkim (11,8 lekarzy dentystów na 10 tys. mieszkańców) i mazowieckim (11,7), a najmniej w województwach: kujawsko-pomorskim (6,6) i warmińsko-mazurskim (7,0).

Wskaźnik liczby pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności (ryc. 7) najwyższe wartości w 2024 r. przyjmował w województwie lubelskim (86,7), świętokrzyskim (86,4) i mazowieckim (81,1), najniższe w lubuskim (57,7) i pomorskim (58,0).



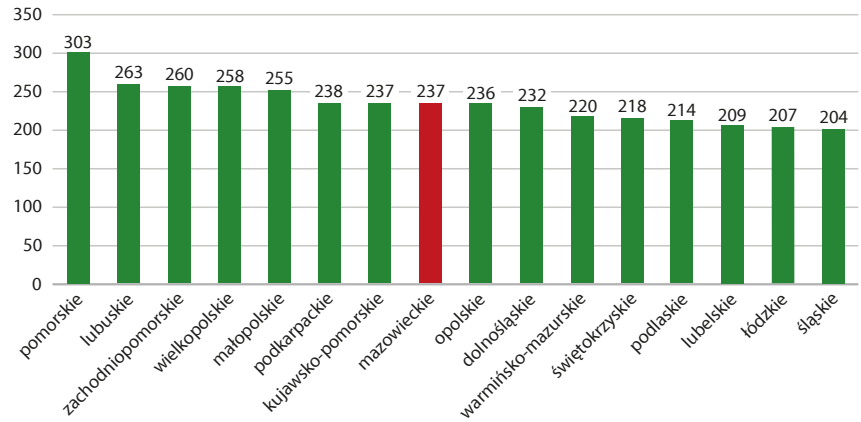
Ryc. 3. Liczba szpitali ogólnych w poszczególnych województwach (obiekt) – wskaźnik dostępności instytucjonalnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)



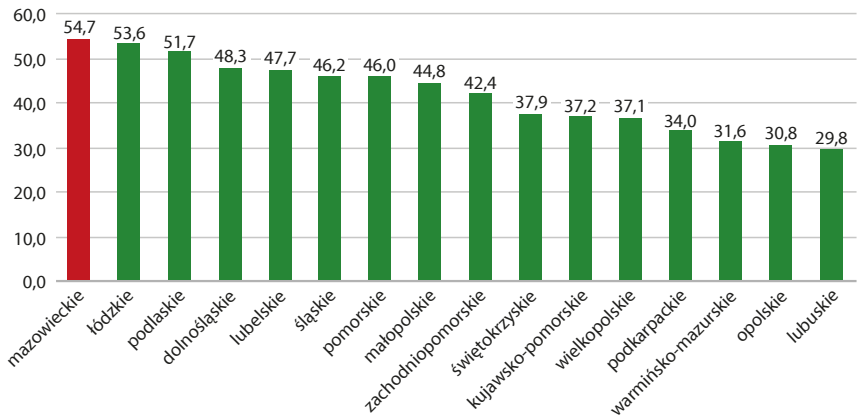
Ryc. 4. Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w poszczególnych województwach (w tys.) – wskaźnik dostępności instytucjonalnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)



Ryc. 5. Liczba osób przypadająca na 1 łóżko w szpitalach ogólnych – wskaźnik dostępności demograficznej

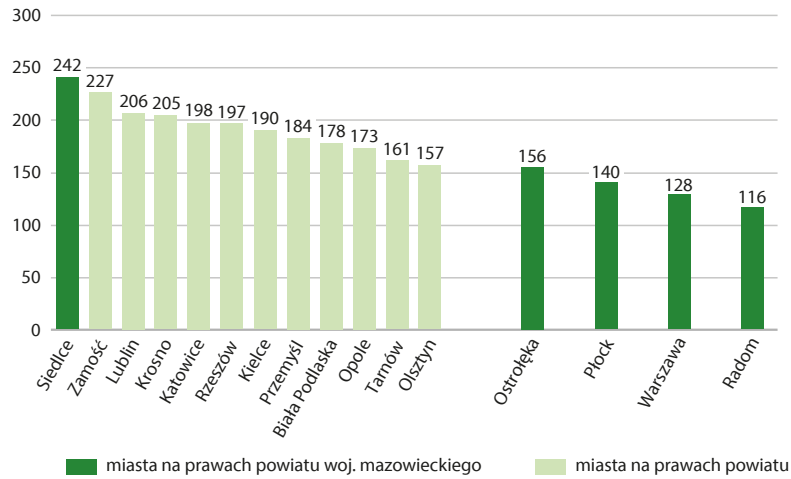
Źródło: System Monitorowania Rozwoju, strateg.stat.gov.pl (stan na 31.12.2024 r.)



Ryc. 6. Lekarze – personel pracujący ogółem na 10 tys. ludności w poszczególnych województwach – wskaźnik potencjału realizacyjnego funkcji zdrowotnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)

W miastach na prawach powiatu w poszczególnych województwach najwięcej pielęgniarek i położnych znajduje zatrudnienie w: Siedlcach (woj. mazowieckie) – 242,3; Zamościu (woj. podkarpackie) – 226,9; Krośnie (woj. podkarpackie) – 205,3; Katowicach (woj. śląskie) – 197,8; Rzeszowie (woj. podkarpackie) – 196,8; Lublinie (woj. lubelskie) – 206,4. Najniższy wskaźnik dotyczy miast zlokalizowanych w województwie śląskim: Mysłowic – 40,1, Żor – 52,1 i Tychów – 55,1. Analiza danych odnoszących się do miast na prawach powiatu wykazuje duże dysproporcje między poziomem zatrudnienia personelu medycznego. Największa rozbieżność dotyczy miast Siedlec i Mysłowic (ok. sześć razy więcej personelu w Siedlcach).



Ryc. 7. Wybrane miasta na prawach powiatu, które posiadają wskaźniki z największą liczbą pielęgniarek i położnych na 10 tys. ludności oraz miasta na prawach powiatu woj. mazowieckiego – wskaźnik potencjału realizacyjnego funkcji zdrowotnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)

W 2017 r. w Polsce funkcjonowało 13,3 tys. aptek i 1,3 tys. punktów aptecznych, a pracowało w nich 27 tys. magistrów farmacji. W 2024 r. nastąpił spadek liczby aptek do 11,2 tys. i 1,1 tys. punktów aptecznych. Zmniejszyła się również liczba pracujących magistrów farmacji do 26,2 tys. osób. Od 2017 r. z mapy kraju zniknęło ok. 2000 aptek, co najdotkliwiej odczuwają mieszkańcy województwa mazowieckiego i dolnośląskiego. Spadek liczebności aptek jest alarmujący, zwłaszcza w kontekście zapotrzebowania na usługi farmaceutyczne wśród wielu osób z małych miejscowości, którzy leki mogą kupić w sąsiednich gminach [GUS 2024].

Na podstawie analizy danych statystycznych GUS stwierdzono, że najwięcej aptek i punktów aptecznych w 2024 r. zlokalizowanych było w województwie mazowieckim – 1548/124 obiekty. Województwo śląskie i wielkopolskie również liczyło powyżej 1000 obiektów. Najmniej aptek i punktów aptecznych jest w województwie lubuskim – 272/39 i opolskim – 273/28. Na przestrzeni ostatnich 20 lat liczba aptek w kraju sukcesywnie rosła osiągając maksymalną wartość w 2017 r., by w kolejnych latach odnotować spadek[4]. Największy ubytek infrastruktury aptecznej wystąpił w województwie mazowieckim i na jeden obiekt (w 2024 r.) przypadało 3558 osób;

[4] Zgodnie z nowelizacją ustawy Prawo farmaceutyczne (ustawa „Apteka dla Aptekarza" 2.0) właścicielem apteki może być wyłącznie farmaceuta. Dodatkowo nie może mieć udziałów w spółkach kontrolujących apteki, a także nie może utworzyć sieci aptek liczącej więcej niż cztery punkty. W przypadku gdy kontrolę nad daną apteką lub 4 punktami objęłaby osoba nieuprawniona, inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie na prowadzenie takiej działalności.

więcej mieszkańców przypadających na 1 aptekę niż w mazowieckim wykazywało województwo pomorskie (3716), warmińsko-mazurskie (3646), podkarpackie (3563) i lubuskie (3566). Mniejsze obłożenie wykazuje województwo lubelskie (2856) i wielkopolskie (2957). W pozostałych województwach liczba ludności na 1 aptekę oscyluje w granicach od 3031 (woj. łódzkie) do 3519 (kujawsko-pomorskie) (ryc. 8). Średnia statyczna dla województw wskazuje na niewielkie dysproporcje, a różnica między największą a najmniejszą średnią wynosi 860 osób.

Natomiast inaczej przedstawia się sytuacja w poszczególnych powiatach. Najwięcej ludności na jedną aptekę przypada w województwie podkarpackim, w powiecie przemyskim (17 672 osób), a najmniej w Koninie (1740) i Krośnie (1744 osoby) – miastach na prawach powiatu zlokalizowanych w województwie wielkopolskim i podkarpackim.

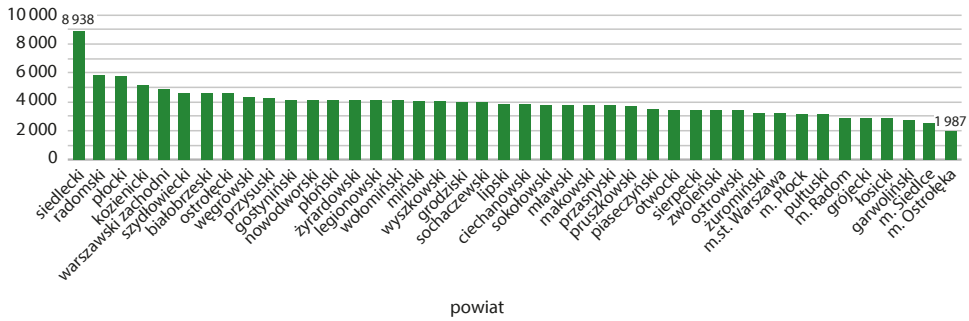
Województwo mazowieckie także charakteryzuje się w tym obszarze dużymi dysproporcjami. Najwięcej ludności na jedną aptekę przypada w powiecie siedleckim (8938 osób/aptekę), najmniej w mieście Ostrołęce (1987).

Dane zaprezentowane na rycinie 9 potwierdzają znaczne dysproporcje w obciążeniu infrastruktury zdrowotnej, co wskazuje na nierówną realizację funkcji zdrowotnej infrastruktury społecznej.

Infrastruktura społeczna dla osób przewlekle chorych i seniorów w Polsce obejmuje różnorodne formy wsparcia, które mają na celu poprawę jakości życia tych osób oraz ich rodzin. Liczba placówek stacjonarnych pomocy społecznej wraz z filiami w kraju sukcesywnie rośnie i od 2003 r. znacznie się zwiększyła. W części województw w 2024 r. liczba obiektów podwoiła się, np. w mazowieckim (z 152 do 314) i dolnośląskim (z 74 do 166). W województwie pomorskim liczba placówek pomocy społecznych zwiększyła się aż trzykrotnie (z 52 do 173).

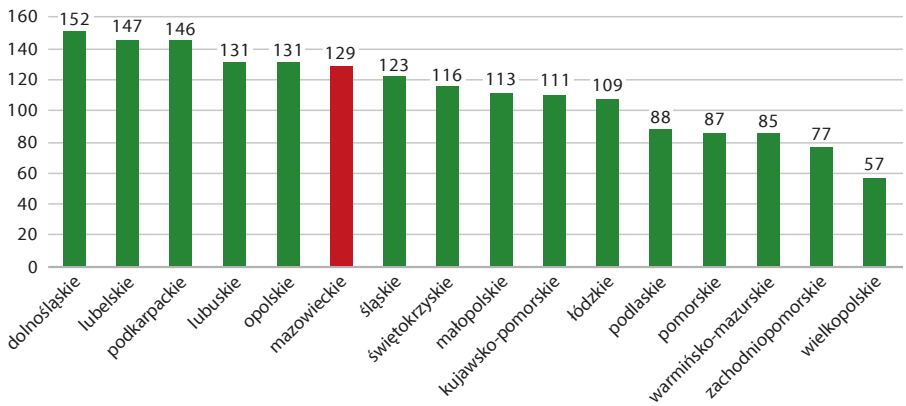
Ryc. 8. Liczba aptek ogólnodostępnych na terenie poszczególnych województw i liczba ludności przypadająca na jedną ogólnodostępną aptekę – wskaźnik dostępności instytucjonalnej

Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)



Ryc. 9. Liczba ludności przypadająca na jedną ogólnodostępną aptekę w powiatach województwa mazowieckiego – wskaźnik dostępności demograficznej
Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)

W kontekście stacjonarnych zakładów opieki długoterminowej i paliatywno-hospicyjnej oraz znajdujących się tam łóżek, należy zauważyć, że ich liczba jest jak na potrzeby społeczeństwa zbyt mała. Najwyższym wskaźnikiem łóżek na 100 tys. ludności charakteryzuje się województwo dolnośląskie (151) i podkarpackie (148), najniższym – wielkopolskie (56) – niemal trzykrotnie niższym niż dolnośląskie (ryc. 10).



Ryc. 10. Łóżka w hospicjach, zakładach opiekuńczo-leczniczych i pielęgnacyjno-opiekuńczych na 100 tys. ludności w poszczególnych województwach – wskaźnik dostępności demograficznej
Źródło: BDL GUS (stan na 31.12.2024)

Dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce w początkowym okresie pandemii SARS-CoV-2

Zdrowie jest definiowane jako stan pełnego dobrostanu. Jest to wartość, która pozwala jednostkom realizować cele życiowe. Obecny system opieki zdrowotnej stawia przed państwem wiele wyzwań, które wynikają zarówno z uwarunkowań organizacyjnych i finansowych systemu, jak i z rosnących potrzeb zdrowotnych społeczeństwa. Problemy te uwidoczniły się w okresie pandemii COVID-19 [Czmur 2023].

Pandemia COVID-19 spowodowała poważne perturbacje we wszystkich sferach społecznych. Wymusiła liczne zmiany w systemie opieki zdrowotnej i przyczyniła się do rozwoju e-usług. Opieka zdrowotna skupiła się na rozwiązaniach zdalnych, a personel medyczny coraz częściej wykorzystywał kontakt telefoniczny, e-wizytę czy e-receptę. Dzisiaj obserwujemy dynamiczny rozwój i korzyści wynikające z popularyzacji usług e-zdrowia w kraju.

Usługi e-zdrowia oferowane przez placówki medyczne oceniane są przez społeczeństwo pozytywnie, a satysfakcja pacjentów z usług medycznych online jest dość wysoka. Poprawa oferty usług e-zdrowia wymaga jednak wprowadzania coraz bardziej nowoczesnych rozwiązań, które winny iść w parze z edukacją cyfrową [Chmielowiec i in. 2022, s. 208–216].

Pandemia SARS-CoV-2 ukazała wiele problemów w ochronie zdrowia. Pacjenci zgłaszali problemy związane z dostępnością opieki zdrowotnej i napotykali trudności w przypadku korzystania ze świadczeń zdrowotnych każdego rodzaju: podstawowej opieki zdrowotnej, ambulatoryjnej opieki specjalistycznej czy lecznictwa szpitalnego. Niewątpliwie wdrożone rozwiązania z zakresu e-zdrowia, takie jak e-recepta, e-skierowanie, teleporada lub wideoporada z lekarzem, pozwoliły w dużym stopniu zabezpieczyć podstawowe potrzeby pacjentów, niemniej jednak konieczna jest ich dalsza rozbudowa, co w przyszłości pozwoli na uodpornienie systemu ochrony zdrowia na sytuacje kryzysowe (w tym na kolejne epidemie) [Sitek i in. 2021, s. 47–59].

Wnioski

Przeprowadzona analiza wskaźników dostępności instytucjonalnej wykazała, że województwo mazowieckie charakteryzuje się jednym z najwyższych poziomów nasycenia podmiotami ochrony zdrowia w skali kraju. Jednocześnie rozmieszczenie przychodni, szpitali oraz aptek ma charakter silnie spolaryzowany przestrzennie, z dominującą koncentracją infrastruktury na obszarze metropolitalnym Warszawy.

Wskaźniki dostępności demograficznej, w szczególności liczba ludności przypadającej na jedną przychodnię, jedno łóżko szpitalne oraz jedną aptekę, ujawniają istotne dysproporcje pomiędzy częścią stołeczną a powiatami peryferyjnymi województwa. Wskazuje to na nierówną realizację funkcji zdrowotnej infrastruktury społecznej oraz zwiększone obciążenie infrastruktury w wybranych subregionach.

Analiza wskaźników zasobów kadrowych potwierdziła, że województwo mazowieckie dysponuje najwyższym w kraju potencjałem lekarzy oraz wysokim poziomem zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Jednocześnie obserwowane jest znaczne zróżnicowanie wewnętrzne, co ogranicza faktyczną dostępność świadczeń zdrowotnych poza dużymi ośrodkami miejskimi.

Wskaźniki wykorzystania świadczeń zdrowotnych, mierzone liczbą udzielonych porad ambulatoryjnych, wskazują na bardzo wysoką koncentrację popytu na usługi zdrowotne w regionie warszawskim stołecznym. Pozostałe subregiony województwa charakteryzują się niższą intensywnością korzystania ze świadczeń, co może świadczyć zarówno o ograniczonej dostępności infrastruktury, jak i barierach organizacyjnych lub transportowych.

Analiza infrastruktury opieki długoterminowej i paliatywnej wykazała niedostateczną liczbę placówek i łóżek w relacji do potrzeb demograficznych, zwłaszcza w kontekście starzenia się społeczeństwa. Wskaźniki te potwierdzają konieczność wzmocnienia funkcji opiekuńczej infrastruktury społecznej w województwie mazowieckim.

Uzyskane wyniki potwierdzają, że sama wysoka liczba podmiotów infrastruktury zdrowotnej nie gwarantuje równego dostępu do świadczeń. Kluczowe znaczenie ma ich rozmieszczenie przestrzenne, dostępność kadry medycznej oraz zdolność infrastruktury do efektywnej realizacji funkcji zdrowotnej i profilaktycznej.

Rekomendacje

Wyniki przeprowadzonej analizy infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim wskazują na konieczność podjęcia ukierunkowanych działań w zakresie polityki zdrowotnej i regionalnej, których celem powinno być zwiększenie dostępności świadczeń zdrowotnych oraz ograniczenie zróżnicowania przestrzennego w ich realizacji.

Po pierwsze, na podstawie wskaźników dostępności instytucjonalnej i demograficznej zasadne jest wzmocnienie planowania przestrzennego infrastruktury zdrowotnej na poziomie regionalnym i subregionalnym. Planowanie to powinno uwzględniać nie tylko liczbę istniejących podmiotów ochrony zdrowia, lecz także relację pomiędzy rozmieszczeniem placówek a strukturą demograficzną ludności, w szczególności w powiatach peryferyjnych i słabiej zurbanizowanych. Rekomenduje się odejście od koncentracji nowych inwestycji wyłącznie na obszarze metropolitalnym na rzecz wzmacniania sieci placówek w mniejszych miastach i na obszarach wiejskich.

Po drugie, wyniki analizy zasobów kadrowych wskazują na potrzebę prowadzenia bardziej zróżnicowanej terytorialnie polityki kadrowej w ochronie zdrowia. Oprócz zwiększania ogólnej liczby lekarzy i personelu pielęgniarskiego, konieczne jest wprowadzanie mechanizmów zachęcających do podejmowania pracy w powiatach o niższej dostępności świadczeń zdrowotnych, takich jak instrumenty finansowe, wsparcie mieszkaniowe czy programy stabilizacji zawodowej. Działania te są kluczowe dla poprawy faktycznej realizacji funkcji zdrowotnej infrastruktury społecznej.

Po trzecie, wysoka koncentracja wykorzystania świadczeń zdrowotnych w regionie warszawskim stołecznym wskazuje na konieczność odciążania infrastruktury zdrowotnej dużych ośrodków miejskich poprzez rozwój podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej w subregionach. Szczególną rolę powinny w tym zakresie odegrać szpitale lokalne oraz placówki ambulatoryjne, które mogą przejąć część popytu na świadczenia, ograniczając migracje pacjentów do Warszawy.

Po czwarte, w kontekście starzenia się społeczeństwa oraz wyników analizy infrastruktury opieki długoterminowej, rekomenduje się zwiększenie inwestycji w placówki opiekuńczo-lecznicze, pielęgnacyjno-opiekuńcze oraz hospicyjne, zwłaszcza w powiatach o niekorzystnej strukturze demograficznej. Rozwój tego segmentu infrastruktury społecznej powinien być traktowany jako priorytet regionalnej polityki zdrowotnej i społecznej.

Po piąte, istotnym kierunkiem działań jest dalszy rozwój usług e-zdrowia jako uzupełnienia tradycyjnej infrastruktury ochrony zdrowia. Rozwiązania telemedyczne mogą w istotny sposób poprawić dostępność świadczeń na obszarach o rozproszonej sieci placówek, jednak ich skuteczność wymaga równoległych inwestycji w infrastrukturę cyfrową oraz podnoszenia kompetencji cyfrowych zarówno personelu medycznego, jak i pacjentów.

Po szóste, rekomenduje się systematyczne monitorowanie infrastruktury zdrowotnej z wykorzystaniem zestawu spójnych wskaźników, obejmujących dostępność instytucjonalną, demograficzną, kadrową oraz wykorzystanie świadczeń. Takie podejście umożliwia bieżącą ocenę skuteczności podejmowanych działań oraz dostosowywanie polityki zdrowotnej do zmieniających się uwarunkowań demograficznych i społecznych.

Zaprezentowane rekomendacje mogą stanowić podstawę do projektowania interwencji publicznych ukierunkowanych na wzmacnianie spójności terytorialnej, poprawę bezpieczeństwa zdrowotnego ludności oraz zwiększenie efektywności funkcjonowania infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia w województwie mazowieckim.

Materiały źródłowe

Literatura

Barca F., McCann P., Rodríguez-Pose A., 2012, *The case for regional development intervention: Place-based versus place-neutral approaches*, Journal of Regional Science, 52, 1, s. 134–152.

Barroy H., Kutzin J., Tandon A., Kurowski C., Lie G., Borowitz M., Sparkes S., Dale E., 2018, *Assessing Fiscal Space for Health in the SDG Era: A Different Story*, Health Systems & Reform, 4, 1, s. 4–7.

Bloom D.E., Canning D., Sevilla J., 2004, *The effect of health on economic growth: A production function approach*, World Development, 32, 1, s. 1–13.

Boć J. (red.), 2004, *Prawo administracyjne*, Kolonia Limited, Wrocław.

Borda M., Kowalczyk-Rólczyńska P., 2023, *Finansowanie opieki zdrowotnej osób starszych w Polsce – identyfikacja luki dla rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych*, [w:] I. Kwiecień, P. Kowalczyk-Rólczyńska (red.), *Bezpieczeństwo ekonomiczne osób starszych – wyzwania dla rynku ubezpieczeń w Polsce*, Wydawnictwo Uniwersytetu Ekonomicznego we Wrocławiu, Wrocław, s. 85–96.

Brdulak J. (red.), 2005, *Rozwój elementów infrastruktury życia społeczno-gospodarczego*. Szkoła Główna Handlowa w Warszawie.

Chmielewska B., 2022, *Zmiany infrastruktury społecznej w województwie mazowieckim w latach 2005–2020*, MAZOWSZE Studia Regionalne, 42, Mazowieckie Biuro Planowania Regionalnego w Warszawie, s. 61–80, Warszawa.

Chmielewski J.M., 2001, *Teoria urbanistyki w projektowaniu i planowaniu miast*, Oficyna Wydawnicza Politechniki Warszawskiej.

Chmielowiec B., Raczek M., Chmielewski J., Puścion M., Florek-Łuszczki M., 2022, *Dostępność świadczeń zdrowotnych w Polsce w początkowym okresie pandemii SARS-CoV-2 – perspektywa pacjenta*, Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu, 28, 3, s. 208–216.

Czmur S., 2023, *Infrastruktura krytyczna a odporność strategiczna państwa*, Przegląd Komunikacyjny, 78, 5, s. 23–30.

ESPON, 2019, *Policy Brief, Territorial dimension of future policies*, ESPON EGTC, Luxembourg.

European Commission, 2020, *Report on the Quality of life in European cities*, Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Gallup Inc., 2023, *Gallup World Poll 2023*, Gallup Organization.

GUS, 2024, *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2023 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Urząd Statystyczny w Krakowie, Warszawa, Kraków.

Jarynowski A. (red.), 2025, *Powódź 2024 w Polsce w perspektywie społecznych aspektów Jednego Zdrowia publicznego*, IBI, Wrocław.

Kapusta F., 2012, *Poziom infrastruktury technicznej i społecznej jako indykator i stymulator rozwoju regionalnego*, Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy, 29, s. 315–325.

Kocur-Bera K., 2011, *Rozwój infrastruktury na przykładzie wybranych gmin wiejskich*, Infrastruktura i Ekologia Terenów Wiejskich, 1, s. 29–37.

Miłek D., 2022, *Disparities in the level of regional technical infrastructure development in Poland: multicriteria analysis*, Equilibrium. Quarterly Journal of Economics and Economic Policy, 17, 4, s. 1087–1113.

Mroziewski M., 2013, *Koncepcja nowoczesnej infrastruktury gospodarczej, społecznej i instytucjonalnej w perspektywie konkurencyjności – część II*, Zarządzanie. Teoria i Praktyka, 1, 7, s. 29–41.

OECD, 2018, *Regions and cities at a glance*, OECD Publishing.

OECD, European Union, 2020, *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris.

OECD, 2021, *Health at a Glance 2021: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris.

OECD, 2023, *Health at a Glance 2023: OECD indicators*, OECD Publishing, Paris.

Rochmińska A., Pędziwiatr K., 2017, *Infrastruktura społeczna a zaspokojenie potrzeb mieszkańców gminy Stryków*, *Space – Society – Economy*, 21, s. 31–49.

Sitek A., Greser J., Knieć W., Wagstaff A., Kautsch M., Martinez-Perez J., 2021, *The effect of pandemics on e-health services in Poland*, Zdrowie Publiczne i Zarządzanie, 19, 2, s. 47–59.

Sochańska-Kawiecka M., Gajewski M., Kubajek R., Kusideł E., Szczucki J., Witkowska J., Kołakowska-Seroczyńska Z., Sajnaj D., 2025, *Ocena wpływu realizacji interwencji współfinansowanych z EFS na ograniczenie wykluczenia społecznego i ubóstwa w Polsce*, Warszawa.

Sowada C., Sagan A., Kowalska-Bobko I., Badora-Musiał K., Bochenek T., Domagała A., Dubas-Jakóbczyk K., Kocot E., Mrożek-Gąsiorowska M., Sitko S., Szetela A., Szetela P., Tambor M., Więckowska B., Zabdyr-Jamróz M., Van Ginneken E., 2019, *Poland: Health system review*, Health Systems in Transition, 21, 1, s. 1–235.

Surówka M., Popławski Ł., Fidlerová H., 2021, *Technical Infrastructure as an Element of Sustainable Development of Rural Regions in Małopolskie Voivodeship in Poland and Trnava Region in Slovakia*, Agriculture, 11, 2, 141.

Szczucki J., Kusideł E., Sochańska-Kawiecka M., Witkowska J., Gajewski M., Kubajek R., Kołakowska-Seroczyńska Z., Makowska-Belta E., 2023, *Wpływ polityki spójności 2014–2020 na rozwój i funkcjonowanie infrastruktury społecznej*, Warszawa.

WHO, 2008, *The world health report 2008, Primary health care – now more than ever,* World Health Organization.

WHO, 2020, *Noncommunicable Diseases Progress Monitor 2020*, World Health Organization, Geneva.

WHO, 2021, *Building health systems resilience for universal health coverage and health security during the COVID-19 pandemic and beyond, WHO position paper*, World Health Organization, Geneva.

Witkowski K., Starościc D., 2008, *System infrastruktury społecznej w gminie*, Studia Lubuskie, 4, s. 177–194.

Strony internetowe

https://bdl.stat.gov.pl

https://strateg.stat.gov.pl

https://pl.wikipedia.org/wiki/Infrastruktura_spo%C5%82eczna

Social infrastructure in the Mazowieckie Voivodeship: A diagnosis of social infrastructure for healthcare

ABSTRACT

Social infrastructure is one of the key pillars of the socio-economic development, determining the population's quality of life, the level of social security and access to essential public services. Of particular importance in this regard is healthcare infrastructure, whose organisational efficiency, spatial accessibility and human resources indirectly affect public health, life expectancy and the system's capacity to respond to crises. In the context of ongoing demographic processes, such as population ageing, urbanisation and the depopulation of peripheral areas, the issue of the equitable distribution and the adequate development of healthcare infrastructure is becoming increasingly important.
The aim of this article is to assess the state of social infrastructure for healthcare in the Mazowieckie Voivodeship, with particular emphasis on the accessibility of healthcare facilities, human resources, pharmacy infrastructure and long-term care. The study seeks to identify spatial disparities in access to health services and to highlight key challenges for the further development of regional healthcare infrastructure in the context of national and European systemic conditions.

Key words: social infrastructure, healthcare, health services

Małgorzata Dąbrowska
Mazowieckie Biuro Planowania Regionalnego w Warszawie, Oddział Terenowy w Radomiu /
Mazovian Office of Regional Planning in Warsaw, Branch Office in Radom
e-mail: mdabrowska@mbpr.pl

CC BY SA

cytacja:
Dąbrowska M., 2026, *Infrastruktura społeczna w województwie mazowieckim – diagnoza infrastruktury społecznej na rzecz ochrony zdrowia*, MAZOWSZE Studia Regionalne, 58, Mazowieckie Biuro Planowania Regionalnego w Warszawie, Warszawa, s. 53–77,
https://www.doi.org/10.21858/msr.58.03

MAZOWIECKIE BIURO PLANOWANIA REGIONALNEGO W WARSZAWIE ©