



**You have downloaded a document from**  
**RE-BUS**  
**repository of the University of Silesia in Katowice**

**Title:** Dostępność do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w opinii wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich

**Author:** Paweł Grzywna

**Citation style:** Grzywna Paweł . (2018). Dostępność do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w opinii wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich. W: A. Czyż, S. Kubas (red.), "Na drodze do wyjaśnienia problemów politycznych : księga jubileuszowa ofiarowana profesorowi Markowi Barańskiemu" (S. 610-623). Katowice : Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego



Uznanie autorstwa - Na tych samych warunkach - Licencja ta pozwala na kopiowanie, zmienianie, rozprowadzanie, przedstawianie i wykonywanie utworu tak długo, jak tylko na utwory zależne będzie udzielana taka sama licencja.



UNIwersytet ŚLĄSKI  
W KATOWICACH



Biblioteka  
Uniwersytetu Śląskiego



Ministerstwo Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego

PAWEŁ GRZYWNA  
Uniwersytet Śląski w Katowicach

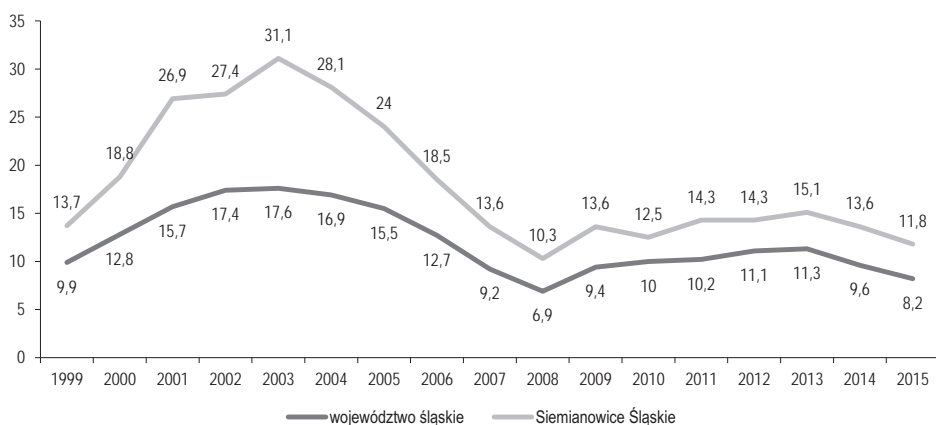
## Dostępność do świadczeń publicznej opieki zdrowotnej w opinii wykluczonych ekonomicznie mieszkańców Siemianowic Śląskich\*

Gwarancja bezpieczeństwa zdrowotnego ludności stanowi jedną z podstawowych funkcji systemu ochrony zdrowia, która jest realizowana przede wszystkim za pośrednictwem instytucji sektora ochrony zdrowia. Zadaniem administracji państwa jest tworzenie takich warunków i możliwości świadczenia usług medycznych, które zapewniają równy dostęp do tych świadczeń. Jednakże pomimo podejmowanych działań cel nie został w pełni osiągnięty, można bowiem wskazać rejonu cechujące się niskim poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego. Przykładem jest przemysłowe miasto Siemianowice Śląskie, którego powstanie i rozwój ściśle wiązały się z funkcjonowaniem gałęzi przemysłu ciężkiego – paliwowo-energetycznego oraz metalurgicznego.

Przekształcenia strukturalne okresu transformacji społeczno-ekonomicznej stały się w mieście przyczyną szczególnego typu problemów społecznych, czego źródło można odnaleźć właśnie we wskazanych uwarunkowaniach miejscowej gospodarki, opartej na wielkich zakładach produkcyjnych – niegdyś wiodącym czynnikiem rozwoju miasta. Najdotkliwszym z problemów stało się wysokie bezrobocie, wynikające z likwidacji największych w mieście zakładów przemysłowych: siemianowickich kopalń, Huty „Jedność”, browaru czy Śląskich Zakładów Przemysłu Cukierniczego „Hanka” (wykres 1).

---

\* Część wyników badań, które stanowią podstawę artykułu, przedstawiłem wcześniej w opracowaniu: *Poprzemysłowy obraz Siemianowic Śląskich – bezpieczeństwo zdrowotne osób wykluczonych ekonomicznie*. W: *Między idea, pasją a działaniem. Księga jubileuszowa dedykowana dr. hab. Marianowi Mitrędze*. Red. P. GRZYWNA et al. Katowice 2017, s. 251–271.



WYKRES 1. Stopa bezrobocia rejestrowanego w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 1999–2015 [%]

Dane z 1999 roku dotyczą łącznie Chorzowa i Siemianowic Śląskich. Dane z 2002 roku przedstawiono z uwzględnieniem wyników Narodowego Spisu Powszechnego Ludności i Mieszkań z 2002 roku.

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: „Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego” 2000, 2001; dane pobrane z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego: <https://bd.l.stat.gov.pl/BDL/start> [data dostępu: 24.04.2017].

Aktualny poziom bezrobocia w Siemianowicach Śląskich pozostaje na wysokim poziomie, przewyższającym stopę wyznaczoną dla województwa śląskiego, a zjawisko to nadal stanowi istotny problem społeczno-gospodarczy, warunkujący inne negatywne procesy, na przykład ubóstwo i jego przestrzenną koncentrację<sup>1</sup> czy wykluczenie ekonomiczne.

Sytuacja finansowa osób wykluczonych ekonomicznie determinuje z kolei nierówności w sferze zdrowia, których badania można dokonywać na trzech zasadniczych płaszczyznach, takich jak: 1) stan zdrowia; 2) dostęp do zasobów pozwalających na utrzymanie dobrego zdrowia; 3) szanse, które wynikają ze społecznych, ekonomicznych i geograficznych uwarunkowań zdrowia.

Nierówności w stanie zdrowia to „systematyczne i możliwe do uniknięcia różnice w stanie zdrowia, występowaniu bądź dotkliwości problemów zdrowotnych pojedynczych osób i grup osób wyodrębnionych ze względu na czynniki społeczne, demograficzne, środowiskowe, geograficzne itp.”<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Por. N. STĘPIEŃ-LAMPA: *Szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z obszarów wielkomiejskiej biedy w Siemianowicach Śląskich. Raport z badań*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016.

<sup>2</sup> I. ŁASKOWSKA: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012, s. 88.

Nierówności takie stanowią zatem rezultat oddziaływania wielu czynników środowiska naturalnego oraz społecznego, wśród których zasadniczymi są: styl życia, jakość środowiska naturalnego, wykonywanie pracy zarobkowej (lub jej brak), warunki mieszkaniowe, wielkość dochodu (lub jego brak), utrzymywanie więzi społecznych (lub wykluczenie społeczne). Wskazane uwarunkowania występują w systemie wzajemnych powiązań, co skutkuje oddziaływaniem zarówno na zdrowie jednostki, jak i na zdrowie populacji.

Istotnym zagadnieniem w analizie nierówności w stanie zdrowia jest zjawisko wykluczenia społeczno-ekonomicznego. Korelacje między tymże wykluczeniem a zdrowiem oraz jego ochroną Cezary W. Włodarczyk przedstawił w świetle trzech zasadniczych interpretacji<sup>3</sup>. W ujęciu pierwszym wykluczenie to utożsamiał z trwałym lub doraźnym ograniczeniem dostępu do systemu ochrony zdrowia. Ograniczenie to ma różne przyczyny oraz różny stopień natężenia. Najczęściej wynika z braku pracy oraz związanego z tym dochodu, który stanowi tytuł ubezpieczenia społecznego, a zatem dostępu do systemowej opieki zdrowotnej.

W przypadku drugiego podejścia wykluczenie w zakresie ochrony zdrowia jest rozumiane jako wykluczenie z dostępu do zdrowia w rezultacie niekorzystnej sytuacji społeczno-ekonomicznej jednostek. Ta bowiem determinuje między innymi sposoby korzystania ze świadczeń systemu ochrony zdrowia i może ograniczać dostęp do nich na przynajmniej kilka sposobów:

– niedostatek środków finansowych uniemożliwia korzystanie z usług medycznych niepublicznych świadczeniodawców, wówczas gdy system usług medycznych finansowanych ze środków publicznych nie dopuszcza takiej możliwości;

– jednostki artykułujące swoje potrzeby z mniejszą skutecznością oraz o niższych dochodach mogą podlegać swoistemu wypchnięciu z systemu;

– niski poziom wykształcenia przekłada się na nieznaną sobie przynależność do systemu oraz przysługujących świadczeń medycznych.

Interpretacja ostatnia każe spojrzeć na zły stan zdrowia jako przyczynę wykluczenia społecznego i ekonomicznego, ponieważ utrudnia on lub uniemożliwia podejmowanie ról społecznych. W przeciwdziałaniu zjawisku konieczne jest zatem uwzględnienie obu wzajemnie się warunkujących aspektów. Po pierwsze, należy wprowadzać rozwiązania umożliwiające niwelowanie wykluczenia społeczno-ekonomicznego, po drugie powinno się podejmować działania na rzecz poprawy stanu zdrowia populacji, przez

---

<sup>3</sup> C.W. WŁODARCZYK: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne*. W: *Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu. Raport z badań*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007, s. 34.

podniesienie stanu świadomości zdrowotnej, propagowanie zdrowego stylu życia, promocję oraz profilaktykę zdrowia.

Jednym z najważniejszych źródeł nierówności w stanie zdrowia są warunki bytowe, będące pochodną zamożności. Niski poziom osiąganych dochodów determinuje warunki życia, takie jak dostępność do instalacji sanitarnych, możliwość ogrzewania mieszkania, bezpieczne środowisko zamieszkania (np. brak zanieczyszczeń środowiska). Wpływa także na tzw. zachowania zdrowotne, jak chociażby styl odżywiania się, które mają znaczenie dla stanu zdrowia.

Pozostawanie jednostek w sferze wykluczenia ekonomicznego powoduje, że w zakresie ochrony zdrowia staje się dla nich konieczne przyjęcie strategii dokonywania wyborów w warunkach ograniczonych możliwości. Przekłada się to na odsuwanie bądź rezygnację z zaspokajania niektórych potrzeb zdrowotnych, między innymi na rzadsze korzystanie z usług specjalistycznych czy profilaktycznych.

Zmienne charakteryzujące styl życia jednostek, obejmujące zachowania prozdrowotne (np. prawidłowa dieta, aktywność fizyczna) oraz zachowania z katalogu tzw. ryzyk zdrowotnych (np. palenie papierosów, spożywanie nadmiernej ilości alkoholu, zażywanie narkotyków), stanowią ważne korelaty nierówności w stanie zdrowia. Styl życia jednostek wynika z predyspozycji osobowych (mentalnych), jak również stanowi pochodną wykształcenia, a także środowiska zamieszkania i promowanych w nim wartości, z którymi jednostka się identyfikuje.

Nierówności w stanie zdrowia są determinowane ponadto przez czynniki psychologiczne, zwłaszcza wzory radzenia sobie ze stresem, ich efektywność i istotność dla zdrowia. Stres stanowi bowiem element utrudniający lub uniemożliwiający budowę tożsamości jednostki w strukturze społecznej, oddziałuje na możliwość uzyskania pracy i satysfakcjonującego dochodu, generuje również stany chorobowe, powodując utratę poczucia bezpieczeństwa, w tym zdrowotnego<sup>4</sup>.

Badana problematyka ma zatem charakter wieloaspektowy. Dostępność do świadczeń zdrowotnych jest kształtowana przez liczne czynniki leżące po stronie zarówno wykonawcy świadczeń zdrowotnych, jak i instytucji będącej płatnikiem, a także organizatora opieki zdrowotnej oraz samego świadczeniobiorcy. Głównym wątkiem podjętych rozważań jest opinia potencjalnych pacjentów o dostępności do świadczeń systemu ochrony zdrowia i o korzystaniu z nich, co stanowi podstawowy czynnik warunkujący zachowanie tzw. kapitału zdrowotnego. Niewątpliwym wpływ na jego utrzy-

4 A. OSTROWSKA: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2, s. 152.

manie mają determinanty medyczne, zwłaszcza zaś dostępność do służby zdrowia, implikująca poziom bezpieczeństwa zdrowotnego<sup>5</sup>, a także profilaktyka zdrowotna, systematyczne kontrolowanie stanu zdrowia. Obszarem szczególnie istotnym stało się zjawisko wykluczenia ekonomicznego, w perspektywie polityki zdrowotnej państwa.

W ramach badań uzyskano dane na podstawie łącznie 342 wywiadów kwestionariuszowych, przeprowadzonych w części gospodarstw domowych, którym w 2011 roku Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich przyznał zasiłki okresowe. W sumie było to 1759 gospodarstw domowych (4299 osób łącznie, co oznacza, że z tej formy wsparcia osób ubogich skorzystało 6,14% mieszkańców miasta<sup>6</sup>). Średnia wysokość zasiłku okresowego wyniosła 218,45 zł<sup>7</sup>.

Na uwagę zasługuje to, że wskaźnik zasięgu korzystania z pomocy społecznej obliczany dla miasta, wyrażający się procentowym udziałem osób korzystających ze środowiskowej pomocy społecznej w ludności ogółem, w latach 2008–2015 znacznie przewyższał średnią dla województwa śląskiego. Ponadto od roku 2009 oscyluje wokół wartości 8%, a w 2015 roku był wyższy o 3 punkty procentowe od średniej dla województwa śląskiego<sup>8</sup> (wykres 2).

Niemalże 60% respondentów wskazuje na korzystanie z proponowanych przez system ochrony zdrowia świadczeń dotyczących profilaktyki zdrowotnej, obejmujących: szczepienia ochronne, wizyty u stomatologa, badanie ciśnienia krwi, poziomu cholesterolu, stanu narządów płciowych (wykres 3).

Z kontrolnych badań stomatologicznych w ciągu ostatniego roku nie skorzystała natomiast ponad trzecia część badanych. Niemalże 25% ankietowanych nie badało ciśnienia krwi ani stanu narządów płciowych. Badania poziomu cholesterolu dokonało jedynie 21,93%, a szczepień ochronnych – tylko 8,48%. Należy również zauważyć, że prawie 40% spośród ankietowanych odmówiło odpowiedzi na każde z zadanych pytań (wykres 4).

---

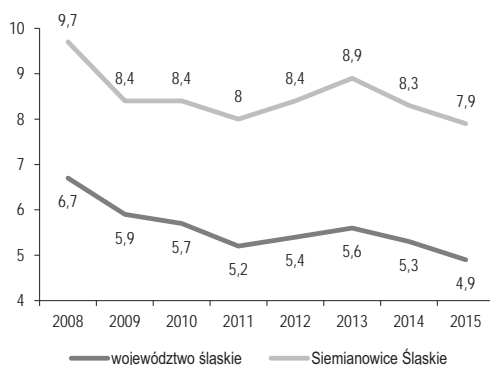
5 Postuluje się, aby bezpieczeństwo zdrowotne definiować jako zapewnienie przez państwo oraz jego agendy warunków (społecznych, ekonomicznych i środowiskowych) pozwalających na korzystanie z prawa do ochrony zdrowia, którego istotny element stanowi gwarancja dostępu do świadczeń medycznych na zasadach równych dla wszystkich beneficjentów. Ponadto należy podkreślić, że dostępność do systemu ochrony zdrowia implikuje poziom bezpieczeństwa zdrowotnego.

6 Dochód nie mógł przekroczyć 477,00 zł w przypadku osób samotnie gospodarujących lub też 351,00 zł na osobę w rodzinie.

7 Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2011, s. 12.

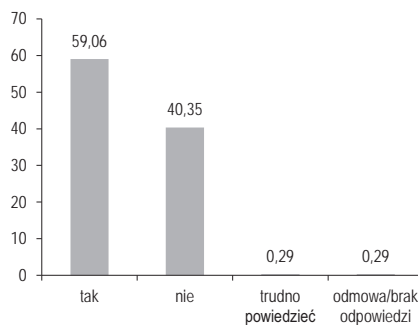
8 Na podstawie danych pobranych z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> [data dostępu: 24.04.2017].





WYKRES 2. Zasięg korzystania z pomocy społecznej przyznawanej według kryterium dochodowego w województwie śląskim oraz w Siemianowicach Śląskich w latach 2008–2015 [%]

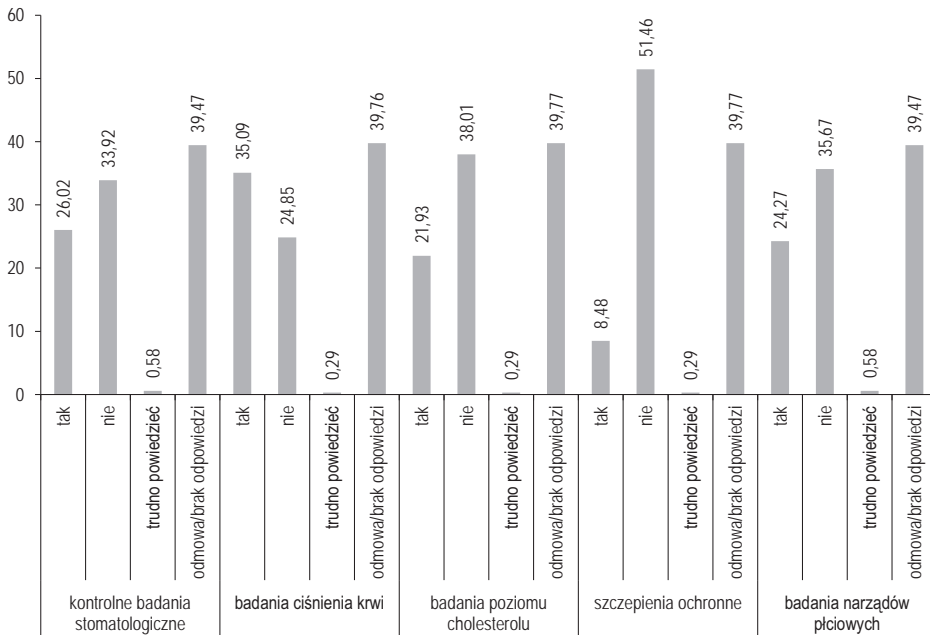
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie: dane pobrane z Banku Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> [data dostępu: 24.04.2017].



WYKRES 3. Korzystanie przez respondentów ze świadczeń profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Na marginesie głównych rozważań należy wskazać również na czynniki behawioralne, a zwłaszcza styl życia i zachowania zdrowotne, które w przypadku osób wykluczonych ekonomicznie determinowane są właśnie brakiem środków finansowych. Uwagę należy zatem zwrócić na aktywność fizyczną, na przykład podczas spędzania wolnego czasu, istotną w procesie podtrzymania kapitału zdrowotnego. Ankietowani wskazywali, że kategorią najtrafniej opisującą spędzanie przez nich wolnego czasu jest oglądanie telewizji lub słuchanie radia (72,57%), odpoczynek na kanapie (46,31%), a także czytanie książek lub gazet (38,94%). Aktywność fizyczną wskazała niespełna jedna piąta (18,88%), co wskazuje, że respondenci preferują bierny model spędzania wolnego czasu (wykres 5).



WYKRES 4. Korzystanie przez respondentów ze świadczeń profilaktyki zdrowotnej w ciągu ostatniego roku [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Zachowania zdrowotne wykluczonych ekonomicznie wskazują także na niską świadomość w kwestii palenia tytoniu, który stanowi istotny czynnik determinujący stan zdrowia. „Status nikotynowy” respondentów zmierzony został za pomocą pytania dotyczącego palenia papierosów. Większość spośród respondentów wskazała, że pali papierosy (66,08%), przy czym liczba tychże papierosów wynosi najczęściej około 20 sztuk tygodniowo (19,03%), natomiast w przypadku 8,77% ankietowanych – prawie 20 papierosów dziennie. Zauważyć należy, że ponad trzecia część ankietowanych odmówiła odpowiedzi na to pytanie (wykres 6).

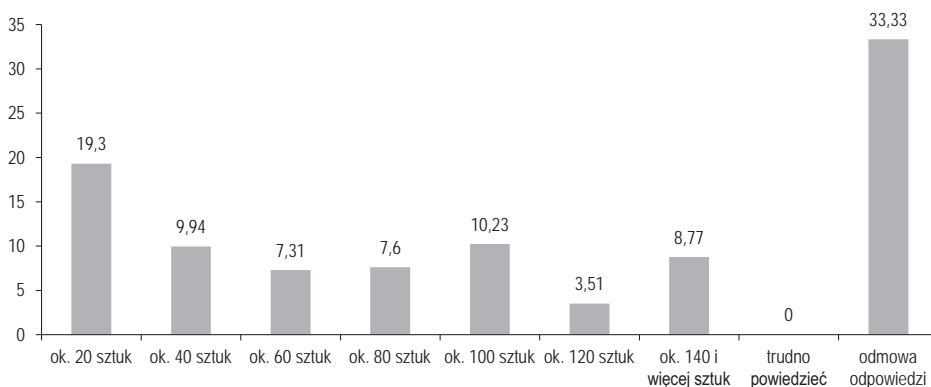
Uwarunkowania stanu zdrowia wiążą się także z częstotliwością wizyt u lekarzy. Respondenci wskazali, że w ciągu ostatniego roku z lekarzem pierwszego kontaktu najczęściej mieli styczność raz w miesiącu (37,43%). Większość w tym czasie nie miała styczności z żadnym lekarzem specjalistą (38,89%) ani też z dentystą, z którego usług ani raz nie skorzystało niemalże 60% ankietowanych, a w przypadku 21% kontakt ten był ograniczony do dwóch wizyt (wykres 7).





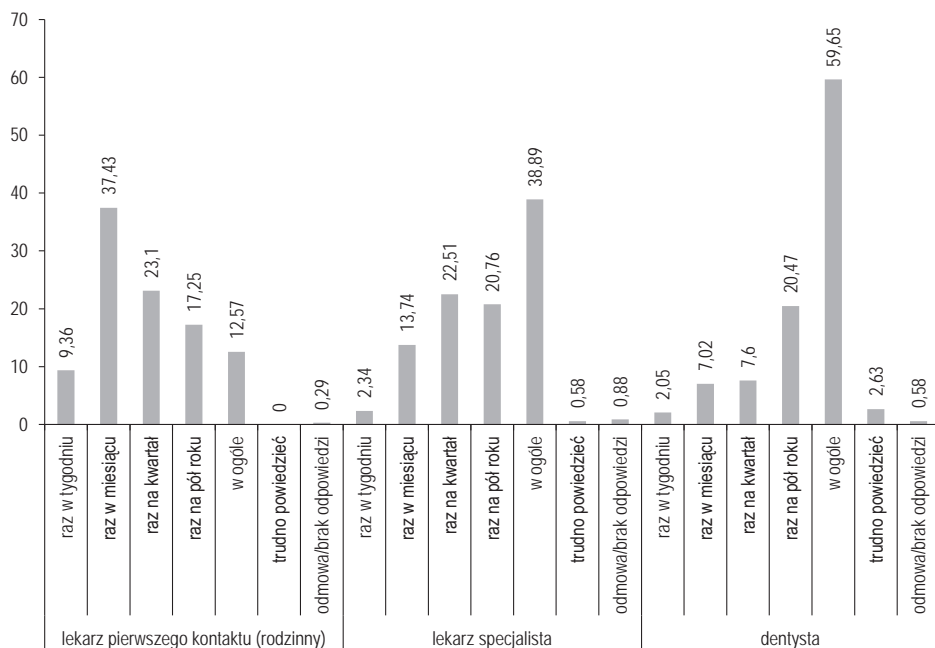
WYKRES 5. Sposoby spędzania wolnego czasu wskazane przez respondentów [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



WYKRES 6. Liczba papierosów wypalanych w ciągu tygodnia wskazana przez respondentów [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



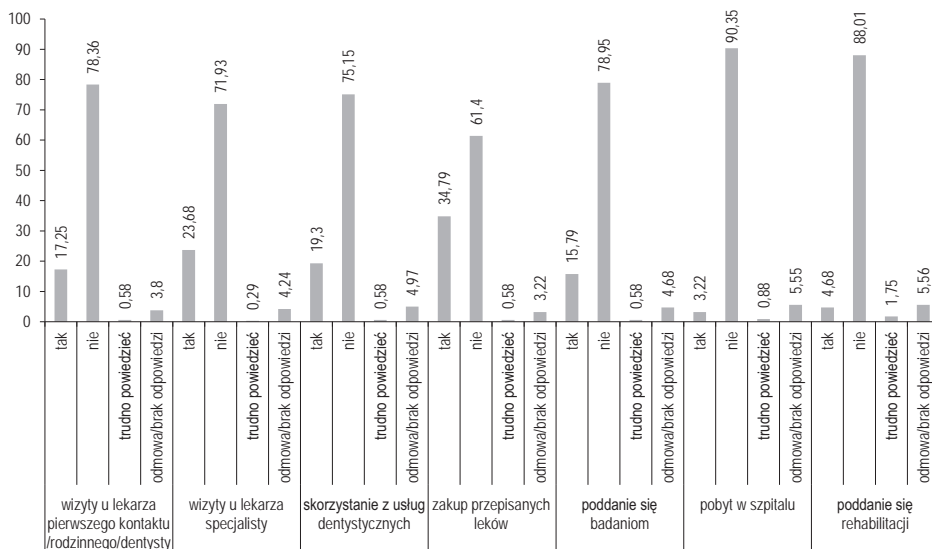
WYKRES 7. Kontakt respondentów z lekarzem w ciągu ostatniego roku [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Ważnym elementem w procesie zaspokajania potrzeb zdrowotnych jest wymiar finansowy. Ponieważ zakres badań obejmował kategorię wykluczenia ekonomicznego, należało rozpatrzyć tenże aspekt w kontekście częściowej lub też całkowitej rezygnacji z usług medycznych. Większość ankietowanych zadeklarowała, że stan ich finansów nie miał zasadniczego wpływu na rezygnację z usług medycznych, nawet z usług stomatologicznych, pomimo że uprzednio prawie 60% respondentów przyznało, że w ciągu ubiegłego roku nie miało kontaktu z dentystą (wykres 8).

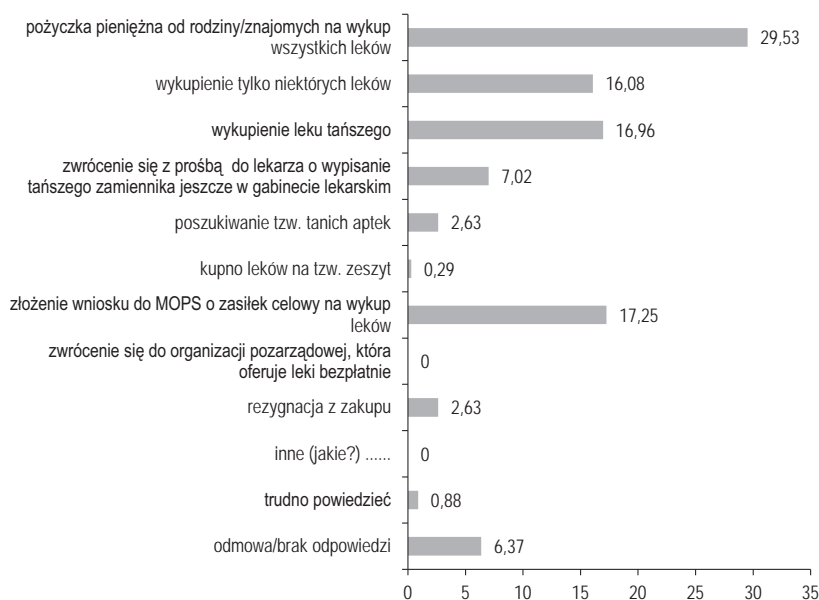
Respondenci wskazywali także strategie działania przyjmowane przez nich w sytuacji braku środków finansowych i konieczności uzyskania usługi medycznej. Najczęstszym sposobem było zaciąganie pożyczki u członków rodziny lub znajomych, w kwocie potrzebnej na wykup wszystkich leków (29,53%), a także złożenie wniosku do MOPS o zasiłek celowy (17,25%). Niepełna 17% ankietowanych wykupiło tańszy zamiennik leku (16,96%) bądź tylko niektóre z zaordynowanych leków (16,08%) (wykres 9).

Zapytani o dostępność do systemu ochrony zdrowia ankietowani zauważali, że dostępność ta jest ograniczona i że podstawowym utrudnieniem są kolejki i związane z nimi długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza (61,36%) oraz na badania diagnostyczne (26,30%) (wykres 10).



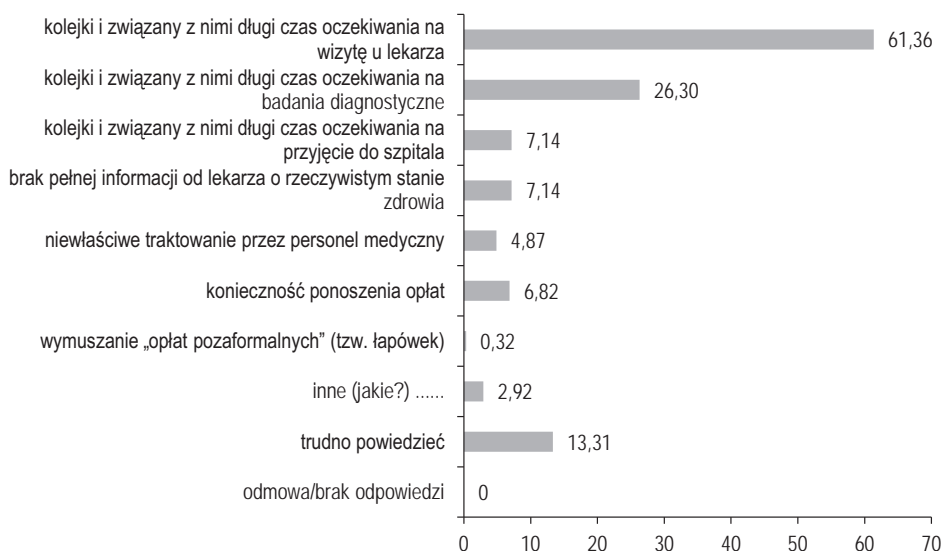
WYKRES 8. Brak środków finansowych u respondentów a częściowa bądź całkowita rezygnacja z wybranych usług medycznych [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



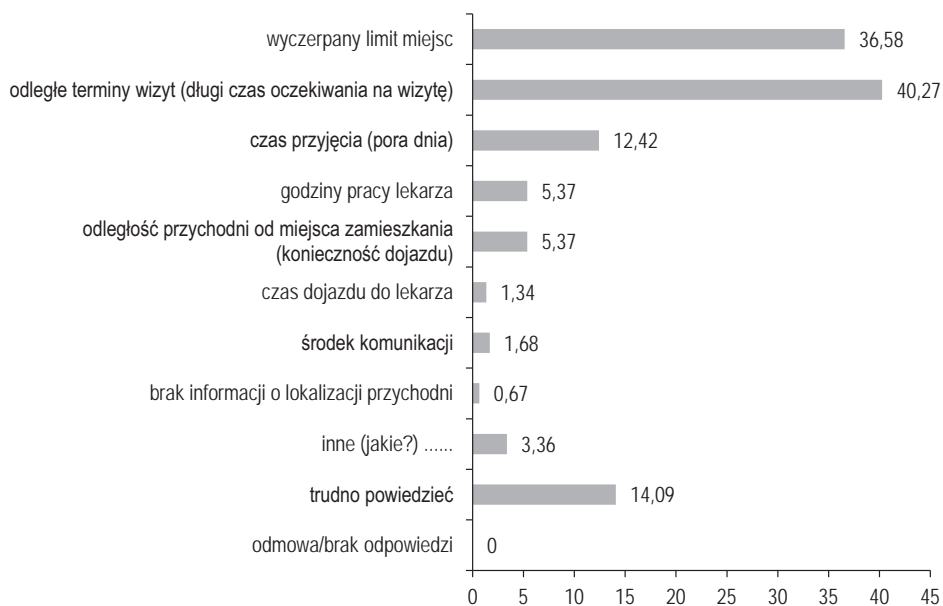
WYKRES 9. Działania podejmowane przez respondentów w sytuacji braku pieniędzy na wykupienie przepisanych leków [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



WYKRES 10. Trudności związane z korzystaniem z systemu ochrony zdrowia w ciągu ostatniego roku w opinii respondentów [%]

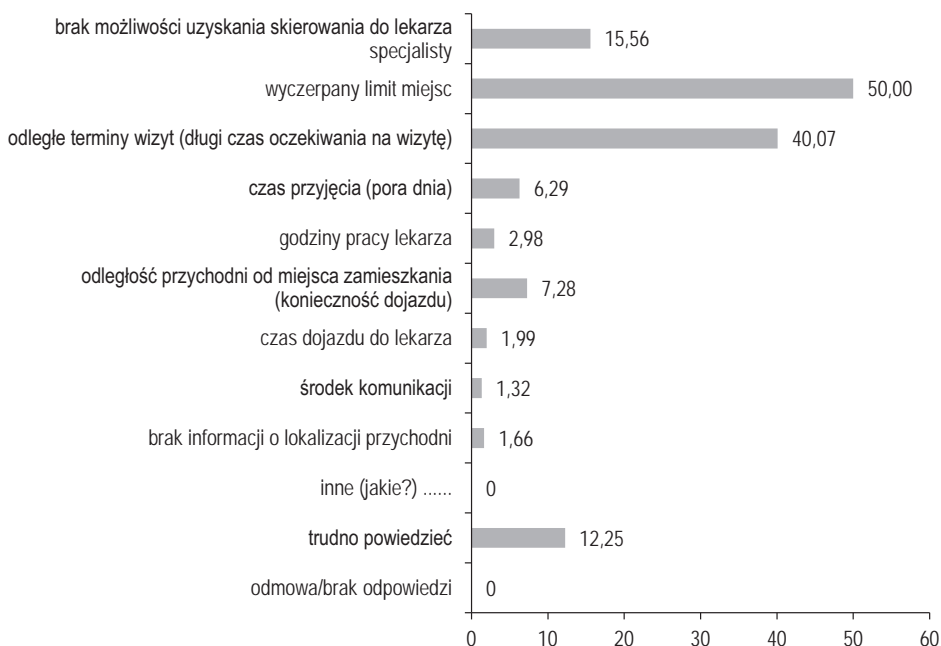
ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.



WYKRES 11. Trudności z uzyskaniem dostępu do lekarza pierwszego kontaktu w ciągu ostatniego roku w opinii respondentów [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

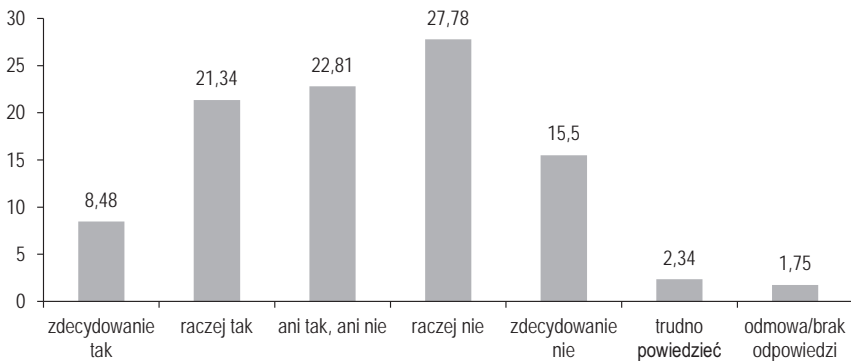
Paralelną sytuację zaobserwowano, jeśli chodzi o dostępność do lekarza pierwszego kontaktu, którą utrudniają odległe terminy wizyt (40,27%) lub też wyczerpany limit miejsc (36,58%) (wykres 11). Te dwa czynniki determinują ograniczenie dostępności także w przypadku lekarza specjalisty. Najczęstszą bowiem przyczyną braku udzielonej porady jest sytuacja wyczerpania się limitu miejsc (50%) oraz odległe terminy wizyt (40,07%) (wykres 12).



WYKRES 12. Trudności z uzyskaniem dostępu do lekarza specjalisty w ciągu ostatniego roku w opinii respondentów [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Z perspektywy ankietowanych, reprezentujących kategorię osób wykluczonych ekonomicznie, poczucie bezpieczeństwa zdrowotnego, znajdujące źródło w systemowych gwarancjach równości w dostępie do ochrony zdrowia, nabiera zasadniczego znaczenia. Takie osoby są bowiem szczególnie „wrażliwe” na prawidłową realizację wskazanej zasady, co wynika z ich trudnej sytuacji finansowej, determinującej niemożność zaspokajania potrzeb zdrowotnych inaczej niż w ramach systemu publicznego. Tymczasem zgodnie z opinią respondentów sytuacja jest odmienna od pożądanej, 43,28% ankietowanych uważa bowiem, że równość w tym zakresie nie jest zapewniona, natomiast przeciwnego zdania jest jedynie 29,82% (wykres 13).



WYKRES 13. Równość dostępu wszystkich ubezpieczonych do systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce w opinii respondentów [%]

ŹRÓDŁO: Opracowanie własne na podstawie przeprowadzonych badań.

Wykluczeni ekonomicznie mieszkańcy Siemianowic Śląskich nie posiadają wystarczającej wiedzy w zakresie relacji występujących między zdrowiem a zachowaniami wspierającymi zdrowie i w konsekwencji nie angażują się w profilaktykę zdrowotną. Niemalże 60% respondentów potwierdza korzystanie z proponowanych w ramach systemu opieki zdrowotnej usług dotyczących profilaktyki zdrowotnej, jednakże doprecyzowanie informacji w tym zakresie weryfikuje ten stan, gdyż z kontrolnych badań stomatologicznych nie korzysta ponad jedna trzecia badanych, niemalże 25% nie bada ciśnienia krwi ani stanu narządów płciowych. Na badanie poziomu cholesterolu wskazało jedynie 21,93% ankietowanych.

Dostępność systemu ochrony zdrowia stanowi podstawowy warunek zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego. Tymczasem zdiagnozowano istotne bariery w dostępie do publicznej opieki zdrowotnej, które stanowią wyczerpany limit miejsc, odległe terminy wizyt u lekarza oraz wydłużony czas oczekiwania na badania diagnostyczne.

Wskazane problemy społeczne stanowią w znacznej mierze efekt przemysłowej przeszłości Siemianowic Śląskich oraz przeprowadzonej restrukturyzacji przemysłu ciężkiego. Główną kwestią stał się problem wysokiej stopy bezrobocia oraz będące jego wynikiem zjawiska ubóstwa oraz wykluczenia społecznego, a także taki stan zdrowia ludności, który w wielu aspektach jest wyraźnie gorszy niż na przykład w porównaniu ze średnią dla województwa śląskiego. Siemianowice Śląskie stanowią przykład konglomeratu kwestii społecznych ujawniających negatywny obraz przestrzeni postindustrialnej, naznaczonej wykluczeniem ekonomicznym i niskim poziomem bezpieczeństwa zdrowotnego.

## Bibliografia

### Archiwalia

Sprawozdanie z działalności Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Siemianowicach Śląskich za rok 2011.

### Opracowania zwarte

LASKOWSKA I.: *Zdrowie i nierówności w zdrowiu – determinanty i implikacje ekonomiczno-społeczne*. Łódź, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, 2012.

STĘPIEŃ-LAMPA N.: *Szanse edukacyjne dzieci i młodzieży z obszarów wielkomiejskiej biedy w Siemianowicach Śląskich. Raport z badań*. Katowice, Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, 2016.

WŁODARCZYK C.W.: *Polityka zdrowotna i wykluczenie społeczne. W: Polityka zdrowotna wobec dostępności opieki zdrowotnej, wykluczenia społecznego oraz nierówności w zdrowiu. Raport z badań*. Red. S. GOLINOWSKA. Warszawa, Instytut Pracy i Spraw Socjalnych, 2007.

### Czasopiśmiennictwo

OSTROWSKA A.: *Nierówności w sferze zdrowia*. „Kultura i Społeczeństwo” 1998, nr 2.

„Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego” 2000.

„Rocznik Statystyczny Województwa Śląskiego” 2001.

### Źródła internetowe

Bank Danych Lokalnych Głównego Urzędu Statystycznego: <https://bdl.stat.gov.pl/BDL/start> [data dostępu: 24.04.2017].



PAWEŁ GRZYWNA

## Access to And Use of Public Health Services by Economically Excluded Residents of Siemianowice Śląskie

**ABSTRACT:** The article describes the problem of economic exclusion and the influence of this phenomenon on the accessibility of the health care system on the example of the city of Siemianowice Śląskie. The phenomenon of health inequalities and its determinants was also analysed. The results of research carried out on a sample of 342 households that had been granted temporary benefits by the Municipal Centre for Social Welfare in Siemianowice Śląskie in 2011 are presented.

**KEY WORDS:** accessibility, health care system, Siemianowice Śląskie, postindustrial space