

ANALIZA ZMIAN STRUKTURY LECZONYCH PACJENTÓW W POLSCE W LATACH 1999—2008

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ В СТРУКТУРЕ КОЛИЧЕСТВА БОЛЬНЫХ, ПРОХОДИВШИХ ЛЕЧЕНИЕ В ПОЛЬШЕ В 1999—2008 ГГ.

При изучении экономических явлений и социальных переменных надо учитывать их многоаспектный характер. Представление аналитических и методологических исследований в стохастической модели с использованием взвешенных регрессионного анализа дисперсии сдвига доля — SSANOVA позволяют оценить структуру количества больных, проходивших лечение в Польше. Эмпирические исследования были проведены с использованием информации из ежегодного ОГО и на основе информации, содержащейся в бюллетенях здравоохранения в 1999—2008 гг.

Klasyczna metoda przesunięć udziańców (SSA — *Shift-Share Analysis*) — Rozwinięciem analiz przestrzennego rozmieszczenia zmiennych, czyli koncentracji i specjalizacji są badania bardziej szczegółowe na danych przestrzennie-przekrojowych i czasowo-przekrojowych jako analizy strukturalno-geograficzne. Do tego typu analiz stosuje się tablice kontyngencji, ale można stosować również metodę analizy przesunięć udziałów (SSA). Na szczególną uwagę zasługują modele przesunięć udziałów (*shift—share*) służące badaniu zjawisk w ujęciu przestrzennie—przekrojowo—czasowym.

Właściwe ustalenie proporcji między promocją zdrowia, profilaktyką i edukacją zdrowotną, leczeniem stanów chorobowych, a także stosowną rehabilitacją mogą dać pozytywne efekty w jakości życia. Analiza i ocena skutków wprowadzania programów zdrowotnych w aspekcie organizacyjnym, socjologicznym, a także ekonomiczno-finansowym jest bardzo istotna. Z punktu widzenia rozwoju regionalnego ważną kwestią w opiece zdrowotnej jest utrzymanie spójności przestrzennej. Powoduje to, że rozwój i modernizacja infrastruktury regionalnej wymaga m.in. badania zmian w strukturze zatrudnienia personelu medycznego oraz liczby hospitalizowanych pacjentów, jako elementów tej polityki. W celu sprawdzenia sytuacji zdrowotnej ludności Polski w poszczególnych województwach analizie poddano liczbę leczonych pacjentów na oddziałach szpitalnych (łącznie z ruchem międzyoddziałowym) w dwunastu grupach chorób tj. chorób wewnętrznych, (chirurgicznych, intensywnej terapii), pediatrycznych, położniczo-ginekologicznych, onkologicznych, chorób zakaźnych, dermatologicznych, neurologicznych, psychiatrycznych, rehabilitacyjnych, (gruźlicy i chorób płuc oraz gruźlicy innych narządów), (leczenia uzależnień, dla przewlekle chorych, medycyny paliatywnej).

Na podstawie wyników badań można wyodrębnić grupy chorób, które stanowią zagrożenie dla populacji. Są to przede wszystkim choroby cywilizacyjne, związane ze stresem, uczuleniami, a także te związane z demografią, czyli wzrostem ludności w podeszłym wieku w związku z wydłużającym się życiem. Największe tempo wzrostu w grupie leczonych dotyczy (leczenia uzależnień, przewlekle chorych oraz medycyny paliatywnej) województw opolskiego, śląskiego, podkarpackiego i wielkopolskiego. Analiza temp największego wzrostu dla leczonych onkologicznie wyróżnia województwo lubuskie, świętokrzyskie i dolnośląskie. Wśród leczonych psychiatrycznie na oddziałach największe tempo wzrostu wystąpiło w województwach śląskim, podlaskim i lubuskim.

Porównując w badanym okresie 1999–2008 tempa wzrostu regionalnego poszczególnych województw z przeciętnym, krajowym wzrostem (25,7 %), można zaobserwować województwo świętokrzyskie o wzroście poziomu leczonych pacjentów wyższym o ok. 30 % od krajowego. Województwo wielkopolskie i podkarpackie o wzroście poziomu leczonych pacjentów wyższym o około 20 % od krajowego. Również województwa o większym wzroście poziomu leczonych pacjentów niż przeciętnie w kraju to: małopolskie, mazowieckie, lubelskie, opolskie oraz pomorskie. Mniejszy wzrost poziomu leczonych pacjentów niż przeciętnie w kraju charakteryzuje województwo: kujawsko-pomorskie, podlaskie, łódzkie, zachodniopomorskie, lubuskie oraz dolnośląskie. Tylko w województwie śląskim zaobserwowano minimalny wzrost o (0,16 %) poziomu leczonych pacjentów w porównaniu z przeciętnym poziomem w kraju. Zmiany te mogły wynikać zarówno ze zmian struktury demograficznej w poszczególnych województwach (efekty strukturalne), jak i ze zmian wewnętrznych sytuacji konkurencyjności danego obszaru (efekty geograficzne). Przykładowo, wzrost poziomu leczonych pacjentów w województwie warmińsko-mazurskim do 26,76 %, tj. o 1,07 % ponad przeciętne tempo wzrostu krajowego, spowodowany był w mniejszym stopniu zmianami strukturalnymi działalności promocyjnej i profilaktycznej opieki zdrowotnej (-0,66 %), a w znacząco większym stopniu przez zmiany wewnętrzne związane z konkurencyjnością z innymi regionami (1,73 %). Można zauważyć, że zmiany w poziomie analizowanej zmiennej, w każdym z badanych województw, wywołane były przede wszystkim zmianami wynikającymi ze zmian wewnętrznych sytuacji konkurencyjności danego obszaru (efekt geograficzny). Inna sytuacja nastąpiła w województwie kujawsko-pomorskim, gdzie spadek poziomu leczonych pacjentów nieco poniżej przeciętnego tempa krajowego (-0,84 %) spowodowany był zarówno przez niekorzystne zmiany struktury regionalnej działalności promocyjnej i profilaktycznej opieki zdrowotnej (-0,65 %), jak również niekorzystne zmiany wynikające ze zmian wewnętrznej sytuacji konkurencyjności (-0,19 %) poprzez pogorszenie stanu zdrowia.

Wnioski. Przeanalizowana dynamika zmian ilości pacjentów leczonych według grup chorób pozwoliła wykazać znaczne zróżnicowanie regionalne w województwach, które związane jest również ze specyfiką występujących chorób w województwach i zmianą rodzajową wymuszoną przez demografię.

Biologiczny stan zdrowia ludności w naszym społeczeństwie ma związek ze zmianami ekonomicznymi. Polska staje przed problemem starzenia się społeczeństwa. Struktura demograficzna populacji podlega dynamicznym zmianom nie tylko z przyczyn naturalnych, ale również ekonomicznych. Zmiany te wymuszają myślenie w kategoriach zmian sposobu zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych i dostosowaniu ich podaży do zmieniających się potrzeb zdrowotnych.

*И.В. Мирочицкая, канд. экон. наук, профессор
БГЭУ (Минск)*

СТРАТЕГИИ РАЗВИТИЯ МИРОВОГО И ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ПРОДОВОЛЬСТВИЯ В УСЛОВИЯХ ГЛОБАЛИЗАЦИИ

Главной задачей любой суверенной страны является обеспечение ее населения продовольствием в объемах, позволяющих реализовать принцип достаточного и сбалансированного питания. На протяжении прошлого столетия усилия мирового сообщества, международных организаций и национальных правительств были направлены на наращивание объемов производства сельскохозяйственной продукции и продовольствия и преодоление голода.

Современный этап формирования глобальных продовольственных ресурсов характеризуется системным кризисом мирового рынка, представляющим серьезную угрозу продовольственной безопасности. Дефицит мировых продовольственных ресурсов порожден превышением спроса над предложением и ростом цен на важнейшие виды продовольствия. Это происходит ввиду опережающих темпов роста населения планеты по сравнению с темпами роста производства продовольствия, которые в силу ряда объективных причин значительно снизились. Среди них следует выделить сокращение количества земли в расчете на одного жителя планеты и значительное выбытие пахотных земель по причине водной и ветровой эрозии почв, под строительство городов и др. Резерв освоения новых земель практически исчерпан. Кроме того, развитие мирового сельского хозяйства будет ограничиваться наметившимся дефицитом воды, сокращением ресурсов мирового океана, а также высокими темпами роста производства сельскохозяйственной продукции в развитых странах, традиционно формирующих мировой продовольственный рынок (ЕС, США и др.), так как они практически использовали резерв технологических нововведений для повышения урожайности и продуктивности животных. В настоящее время продовольственная проблема усугубилась в результате мирового финансового и энергетического кризиса, который привел к недостатку углеводородного сырья, росту цен на него и использованию альтернативных источников топлива, вырабатываемых из растительного сырья, под производство которого занимают значительные площади пахотных земель.