



PRZYSZŁOŚĆ ZDROWIA W GMINIE GOŁDAP

raport foresightowy



Autor: Samuel Turosz

Opieka naukowa: dr hab. Wojciech Dziemianowicz, prof. UW

Wydział Geografii i Studiów Regionalnych – Uniwersytet Warszawski

**Fotografie wykorzystane do grafiki okładki: Centrum Informacji Turystycznej w Gołdapi –
<https://uzdrowiskogoldap.pl>**

Warszawa, 2023

Wstęp	6
1. Metodyka	7
2. Zdrowie w ujęciu makro	8
2.1. Determinanty zdrowia publicznego	8
2.2. Trendy społeczne i technologiczne	10
Samoleczenie	10
Świadome społeczeństwo, czyli prewencja zamiast leczenia	12
Srebrna generacja	14
CyberZdrowie	15
2.3. Trendy medyczne	18
(Nie)dostępni medycy	18
Kryzys mentalny	19
2.4. Trendy w zdrowiu – co oznaczają dla obywatela?	20
3. Zdrowie w gminie Gołdap	21
3.1. Demografia	22
3.2. Zasoby instytucjonalne	24
Opieka ambulatoryjna i usługi komplementarne	24
Opieka szpitalna	26
Opieka uzdrowiskowa	28
3.3. Gotowość cyfrowa	30
Dostępność infrastrukturalna	30
Otwartość na e-zdrowie	31
3.4. Lokalna świadomość zdrowotna	33
Zachowania zdrowotne	34
3.5. Zdrowie w gminie Gołdap – synteza	37
4. Gmina Gołdap w kontekście kluczowych wymiarów rozwoju zdrowia publicznego	39
5. Scenariusze przyszłości	40
Zdrowotna stagradacja	41
Pozostawieni w tyle – podwójnie wykluczeni	42
Usieciowiona samodzielność	43
6. Podsumowanie i rekomendacje	45
Spis wykresów, tabel i ilustracji:	48
Bibliografia:	49

Wstęp

118,8 tys. – tyle osób zmarło w Polsce w wyniku zakażenia koronawirusem¹. Jest to niewiele mniej niż ludność dwóch przeciętnej wielkości polskich miast² i ponad sześć razy więcej od liczby mieszkańców gminy Gołdap.

Pandemia COVID-19 przypomniła społeczeństwu o kluczowym znaczeniu szeroko pojmowanego zdrowia w dla rozwoju społeczno-gospodarczego. Od dawna nie spotkaliśmy się z tak silnym bodźcem przypominającym o strategicznej funkcji zdrowia publicznego, nie tylko w sytuacjach kryzysowych, ale również (a nawet przede wszystkim) dla osiągania długoterminowych celów. Wspomniany kryzys zdrowotny zmotywował nas do myślenia o zdrowiu w kontekście osiągania możliwie największej niezależności – od poziomu relacji międzynarodowych, po samodzielność społeczności oraz jednostek (osób). Stał się też niewątpliwie katalizatorem zjawisk i trendów, które paradoksalnie można rozpatrywać w kategoriach szans dla zapobiegania wykluczeniu zdrowotnemu.

Gołdap, będąc położoną na skraju województwa warmińsko-mazurskiego gminą uzdrowiskową charakteryzuje się dość nietypowym połączeniem cech peryferyjnych przy jednoczesnym dostarczaniu specjalistycznych usług wyższego rzędu (Turosz 2023). Jednostka aktywnie kreuje swój wizerunek jako gmina dobrego życia, oferując swoje prozdrowotne produkty do zewnętrznego klienta (kuracjusza). Podstawowym zadaniem samorządu gminnego jest jednak spełnianie potrzeb społeczności lokalnej, które obecnie w kontekście zdrowotnym nie wydają się nie być zabezpieczone w optymalny sposób – jak zresztą w wielu niewielkich i średniej wielkości gminach peryferyjnych.

Niniejszy raport foresightowy stanowi próbę zestawienia trendów i czynników zdrowotnych w ujęciu makro z charakterystyką gminy Gołdap, celem inicjacji dyskusji na temat tego, co może osiągnąć gmina w kontekście kształtujących się wyzwań zdrowotnych.

Kwestie zdrowotne są w ogromnej mierze wynikiem zmian społecznych i (wynikających z nich) technologicznych, które charakteryzują się znaczną trudnością przewidywania. Chcąc zatem zachować możliwie wysoką aplikacyjność wniosków raportu, postanowiono ograniczyć się do rozważań w horyzoncie 17-letnim (tj. do roku 2040). Efektami pracy nad raportem są (alternatywne) scenariusze przyszłości oraz rekomendacje strategiczne.

¹ <https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> (dane na dzień: 14.02.2023).

² będących gminami

1. Metodyka

Raport „Przyszłość zdrowia w gminie Gołdap” stanowi efekt badania foresightowego (foresightu strategicznego), w ramach którego zastosowano cztery metody badawcze:

- przegląd literatury (*desk research*),
- analizę danych statystycznych,
- badanie ankietowe mieszkańców gminy Gołdap (przeprowadzone we współpracy z Urzędem Gminy Gołdap),
- metodę analizy scenariuszowej.

Połączenie metod ilościowych i jakościowych oraz pierwotnych i zastanych służyło uzyskaniu możliwie szczegółowego i rzetelnego materiału bazowego, który posłużył dalszym pracom, których owocem są scenariusze rozwoju możliwości dbania o zdrowie przez mieszkańców gminy oraz rekomendacje strategiczne mające charakter wskazówek w zakresie realizacji scenariusza pozytywnego.

Kluczowym uzupełnieniem danych zastanych (analizy dostępnych informacji i danych statystycznych) było badanie ankietowe, które przeprowadzono w okresie od marca do czerwca 2023 roku, metodą CAWI. Próbkę badawczą stanowiło **109 mieszkańców gminy** powyżej 15 roku życia. Z tego większość, bo 75% respondentów stanowiły kobiety, blisko co piąty ankietowany (21%) był przedstawicielem męskiej części społeczności, a 4% nie chciało wskazać swojej płci lub nie identyfikowało się z żadną z wskazanych.

Struktura wieku respondentów całkiem dobrze reprezentuje strukturę całej społeczności gminnej. Najmłodsi ankietowani (15-24 lat) stanowili 17% próby, ci w wieku 25-34 lat – 21%, 28% próby składało się z osób w wieku 35-44 lat, kolejne 18% próby – z mieszkańców w wieku 45-54 lat, 10% – z mieszkańców w wieku 55-64, zaś osoby starsze stanowiły 6%.

Ponad połowa, bo 56% próby stanowili mieszkańcy z wyższym wykształceniem (56%), co trzeci respondent (32%) zakończył edukację uzyskując wykształcenie średnie, 8% legitymowało się wykształceniem podstawowym, 3% – zawodowym, a 1 respondent ma wykształcenie gimnazjalne.

Większość, bo 65% jest aktywna zawodowo (54% pracuje na etacie lub w ramach umowy, 15% to przedsiębiorcy³, a 3% – rolnicy⁴), 22% to uczniowie/studenci, 6% to niepodjemujący pracy emeryci i renciści, 5% – niepodjemujące pracy zawodowej osoby zajmujące się domem i dziećmi, zaś nieaktywni zawodowo lub bezrobotni z innych powodów stanowili 3% próby.

³ Część z nich podejmuje również inną aktywność zawodową.

⁴ Część z nich podejmuje również inną aktywność zawodową.

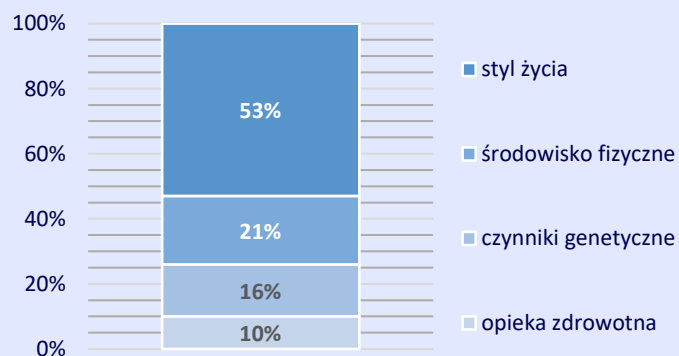
2. Zdrowie w ujęciu makro

2.1. Determinanty zdrowia publicznego

Zdrowie bez wątpienia jest uznawaną powszechnie wartością. Analizy CBOS (2020a) wskazują, że niemal połowa Polaków określa zdrowie jako najważniejszą kwestię (wartość) w życiu. Rozumienie zdrowia, jego determinantów i sposobów dbania o nie ulegały (i wciąż ulegają) zmianom na przestrzeni wieków. Zmienność tę w uproszczeniu wyjaśnia **konceptcja trzech rewolucji zdrowotnych** (Turosz w druku). I rewolucja realizowała się na przełomie XIX i XX wieku i opierała się na dostrzeżeniu roli warunków sanitarno-higienicznych i w konsekwencji, odgórnym ograniczeniu zagrożeń epidemicznych poprzez poprawę dostępu do żywności oraz czystej wody, rozwoju sieci wodno-kanalizacyjnej i realizacji programów szczepień (Jasinski i Szejnberg 2015). Był to czas intensywnego uprzemysławiania, które wpłynęło na zachowania ludności (zmiana stylu i tempa życia) oraz ewolucję ich środowiska życia (fizycznego oraz społecznego), co poskutkowało wzrostem zachorowań z powodu tzw. chorób cywilizacyjnych (Wrona-Polańska 2003). Narastająca liczba zgonów na choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory i różnego typu wypadki wymagały kolejnych reakcji (tamże). Nastąpił więc czas II rewolucji zdrowotnej, która wzbogaciła medycynę (wcześniej głównie naprawczą) o podejście behawioralne (tamże). Od tej pory styl oraz środowisko życia zaczęły być rozumiane jako kluczowe czynniki ryzyka, a samo zdrowie już nie tylko jako dobrostan fizyczny, ale również psychiczny i społeczny (Nowakowska 2010). Od czasu II rewolucji zdrowotnej **szczególną rolę w kształtowaniu swojego zdrowia przypisuje się człowiekowi (i jego indywidualnym wyborom) oraz szeroko pojmowanej profilaktyce** (tamże). Wciąż dokonująca się III rewolucja (naukowo-humanistyczna) jeszcze mocniej kładzie nacisk na świadomość oraz interdyscyplinarność w osiągnięciu dobrostanu (Wrona-Polańska 2003). Podejście to podkreśla potrzebę przenikania wiedzy naukowej do życia codziennego każdego człowieka, wnikania jej do świadomości i budowania „kultury zdrowotnej” (tamże). Kluczem do zdrowia jest więc edukacja, nieopierająca się jednak jedynie na działaniach odgórnych („podawanie wiedzy na tacy”), ale na budowie powszechnej umiejętności czerpania wiedzy z różnych źródeł (Turosz w druku).

Podejście do zdrowia (i samego pacjenta) zmieniają się więc wraz z rozwojem społecznym. Kwestie te w ujęciu praktycznym badał i opisał w słynnym raporcie w latach 70. kanadyjski Minister Zdrowia i Opieki Społecznej Marc Lalonde. Na podstawie tych badań powstała **konceptcja tzw. pól zdrowotnych**, która wskazuje, na których obszarach powinny być skupione polityki skupiające się na ochronie zdrowia. W swojej pracy Lalonde podkreślał przeważającą rolę genetyki, środowiska fizycznego oraz stylu życia względem instytucjonalnej opieki zdrowotnej (Wykres 1.).

Wykres 1. Pola zdrowotne (*Health Field Concept*) wg Lalonde'a



Źródło: opracowanie własne na podstawie Wdowiak i Kapka (2012, s. 13-14).

Za dominujący czynnik zdrowotny jednoznacznie uznany został **styl życia**, sednem koncepcji jest jednak konieczność **współgrania 4 pól w osiąganiu populacyjnego zdrowia**. Raport zaprezentował więc potrzebę zmiany strategicznego podejścia do zdrowia poprzez **wzmocnienie działań w zakresie zaniedbywanych często czynników pozamedycznych**.

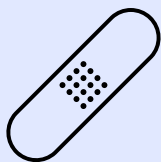
Lalonde (1974) zdefiniował styl życia jako „kumulację decyzji jednostek, które wpływają na ich zdrowie i nad którymi w mniejszym lub większym stopniu mają kontrolę” (s. 23). Dziś, dzięki rozwojowi nauki i poznawaniu kolejnych faktów **wciąż rośnie znaczenie indywidualnych decyzji**, które w zależności od ich charakteru stają się dodatkowymi ryzykami zdrowotnymi, bądź działaniami, które je redukują (Kłos 2014). W dużej mierze chodzi więc o **tw. zachowania zdrowotne**, czyli takie, które są umotywowane celami zdrowotnymi i mają na nie realny wpływ (Nowicki i in. 2018).

Sam proces zmiany stylu życia (w ujęciu psychologicznym) opiera się na założeniu, **że jednostkę należy poprzez edukację zdrowotną „wyposażyć” w odpowiednią wiedzę o zdrowych zachowaniach** (Kłos 2014). W tym zakresie kluczową rolę odgrywa jednak **środowisko społeczne, czyli ludzie i zjawiska, które nas otaczają i które i kształtują podejmowane przez nas na co dzień decyzje** (tamże). Zwraca to uwagę na decyzyjotwórczą rolę pozazdrowotnych czynników, takich jak normy społeczne, przepisy, możliwości (szanse życiowe) (tamże). Badania w tym zakresie wskazują istotną rolę następujących czynników zdrowotnych: **aktywność fizyczna, stosowana dieta i używki, otyłość, poziom stresu, zatrudnienie, zamożność, zachowania seksualne, sieci i wsparcie społeczne, dyskryminacje, dostęp oraz jakość opieki zdrowotnej, inne czynniki społeczne oraz samoleczenie (jako czynności mające na celu zachowanie zdrowia)** (Wdowiak, Kapka 2012; Kłos 2014; Turosz w druku).

2.2. Trendy społeczne i technologiczne

Obecne zmiany w zdrowiu publicznym opierają głównie na zmianach społecznych oraz technologicznych, które kształtują teraźniejszość i kształtować będą przyszłość. W tym rozdziale przedstawione zostaną kluczowe trendy zmieniające podejście do zdrowia i sposobów dbania o nie.

Samoleczenie



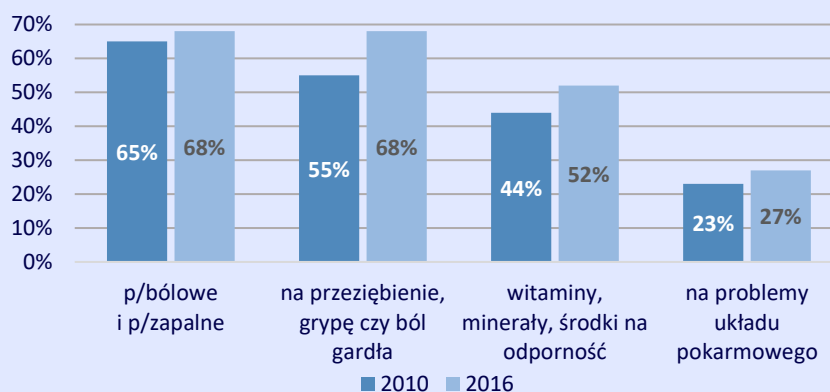
Samoleczenie to najstarszy spośród analizowanych trendów. Zjawisko opiekowania się samym sobą ma swoje podłoże w instynktownym mechanizmie przetrwania. Początkowo oparta na medycynie naturalnej wiedza o praktykach samoleczniczych była budowana i przekazywana z pokolenie na pokolenie, stając się potem (po ich modyfikacji) podstawą nowoczesnej medycyny (Wdowiak, Kapka 2012). Dziś **odpowiedzialne samoleczenie** traktuje jako wartościowe uzupełnienie, a nawet częściowe zastąpienie leczenia instytucjonalnego (Hurkacz, Wiela-Hojeńska 2012), wpisując się przy tym w nowoczesny model leczenia, w którym to pacjent-obywatel odgrywa coraz większą rolę.

*Podstawą samoleczenia jest uświadomienie sobie faktu, że **każdy z nas posiada moc wpływania na swoje życie**. Możemy w dużym stopniu je kształtować, wzmacniać jego pozytywne strony i to my **ponosimy odpowiedzialność** za sposób w jaki traktowaliśmy siebie i jak przeżyliśmy własne życie (Probuca 2012, s. 188)*

W podstawowym, wąskim znaczeniu, samoleczenie to **samoordynacja** leków (ang. *self-medication*) (Krajewski-Siuda 2016). Obecnie na świecie obserwuje się zjawisko transformacji domów w „hybrydowe centra medykalizacji” (przyjmowania leków), gdzie ściera się: wiedza ekspertów (porady profesjonalnych medyków, inne źródła wiedzy medycznej), wiedza laików (np. porady znajomych czy członków rodziny) oraz własne doświadczenia (np. oparte na samoobserwacji efektów kuracji) (Turosz w druku za: Dew i in. 2014).

Polskie społeczeństwo należy do jednych z najchętniej sięgających po **produkty lecznicze wydawane bez recepty (OTC)** w UE. Według danych CBOS (2016a) już kilka lat temu niemal 90% Polaków stosowało tego typu preparaty. Co więcej, produkty OTC stanowią najważniejszą kategorię w strukturze sprzedaży aptecznej, wyraźnie przekraczając 40% wartości rynku i wciąż rosnąc (*Rynek apteczny w Polsce...*). **Rośnie też zainteresowanie samoordynacją** wśród Polaków (Wykres 2.), do najczęściej stosowanych środków należą leki przeciwbólowe i przeciwzapalne (68%), środki łagodzące przeziębienie, grypę i ból gardła (68%), witaminy, minerały i środki na odporność (52%) oraz środki na dolegliwości układu pokarmowego (27%) (Wykres 2.).

Wykres 2. Stosowanie środków bez recepty przez Polaków (w ciągu ostatnich 12 miesięcy)



Źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS (2016a, s. 3).

Wraz z komercjalizacją zdrowia **powiększa się** w Polsce **sieć aptek**. Na początku 1989 roku liczba ludności przypadających na aptekę i punkt apteczny wynosiła 7,1 (GUS 1990). Do roku 2021 tak mierzona dostępność zwiększyła się ponad dwukrotnie (w 2021 r. – 2,9 tys. przypadających na 1 aptekę lub punkt apteczny) (BDL). Jednocześnie, ze wzrostem dostępności do usług aptecznych rozszerza się ich oferta (w tym produktów OTC). Co więcej, rozwijają się **alternatywne formy sprzedaży** umożliwiające dogodne ich uzyskanie w celu samodzielnego (lub konsultowanego z medykiem) dbania o zdrowie (Turosz w druku). Szczególną dynamiką charakteryzuje się **sprzedaż internetowa**, z której korzysta obecnie ok. 16% Polaków (PMR 2022). Na popularności zyskuje też **zakup pozaapteczny** (co 5 badany korzysta z oferty sklepów, a co ósmy w drogeriach) (tamże).

Szerzej w kontekście samoleczenia mówi się o **samoopiece**, czyli włączeniu do swojego życia zachowań pozytywnie wpływających na zdrowie (Ortman i in. 2020). Wśród nich warto wspomnieć o **samotestowaniu**, które zyskało na znaczeniu podczas epidemii COVID-19 (Turosz w druku). Ta forma dbania o zdrowie swoje i innych prawdopodobnie zostanie z nami na stałe, czego przykładem jest **wzrost zainteresowania ogólnodostępnymi testami** na gripę i RSV. Wzrasta też zainteresowanie testami o znaczeniu prewencyjnym, służących m.in. do badania poziomu witamin czy mikro- i makroelementów (np. minerałów).

Za kluczowe narzędzie samolecnictwa uznaje się dziś też tzw. **dr. Google’a** (tamże). Mianem tym nazywa się powszechne zjawisko **pozyskiwania wiedzy zdrowotnej ze źródeł internetowych** (Kłak i in. 2017). Rosnącą popularność internetu jako „encyklopedii o zdrowiu” potwierdzają badania (Turosz w druku). Szacuje się, że ponad **80% użytkowników internetu i ponad 50% ogółu społeczeństwa korzysta w Polsce z możliwości „sieci” w celach zdrowotnych** (CBOS 2020b). Ok. 70% internautów poszukuje online informacji o lekarzach i usługach medycznych, a 57% pozyskuje w ten sposób dane o działaniu leków (tamże). Udoskonalane są też bardziej wyrafinowane narzędzia, jak wykorzystujące **algorytmy do przeprowadzania samodzielnego wywiadu przedmedycznego**⁵. Już teraz ich skuteczność (w „warunkach laboratoryjnych” potrafi być porównywalna, a niekiedy nawet wyższa od diagnoz medyków) – zob. Jones i Jones (2022). Nietrudno tu zatem dostrzec potencjał dalszego **rozwoju sztucznej inteligencji** w kontekście odciążania systemu.

Rosnąca świadomość zdrowotna oraz dostęp do źródeł (głównie internetowych) i nowych narzędzi powodował będzie **dalszy rozwój szeroko rozumianego samolecnictwa**. Kluczem do uzyskania jego oczekiwanych rezultatów ekonomicznych (spadek obciążenia ochrony zdrowia) i społecznych (większa świadomość i niezależność) jest jednak czuwanie nad **zapewnieniem równego dostępu do dobrej jakości informacji oraz umiejętności ich krytycznego wykorzystania celem zapewnienia transferu wiedzy eksperckiej do życia codziennego** (Turosz w druku).

Rolę samolecnictwa w kształtowaniu przyszłości zdrowia publicznego obrazowo przedstawia cytat:

„(...) nie ma odwrotu od samoleczenia (...). Z jednej strony starzenie się społeczeństw powoduje coraz większe zapotrzebowanie na usługi medyczne. Z drugiej zaś systemy ochrony zdrowia są coraz mniej wydolne. Młodzi i aktywni zawodowo ludzie mają utrudniony dostęp do lekarza, choćby dlatego że nie mogą wiele godzin czekać na wizytę. Podobnie jest z dostępem do specjalistów. Chociaż większości z nas to się nie podoba, taka sytuacja będzie powodowała przeniesienie odpowiedzialności za własne zdrowie z systemu ochrony zdrowia na nas samych.”

(Bornster 2016, s. 16)

⁵ Przedmedyczny wywiad oznacza, że **poprzedza on, a nie zastępuje** (w każdym przypadku) profesjonalną konsultację.

Świadome społeczeństwo, czyli prewencja zamiast leczenia



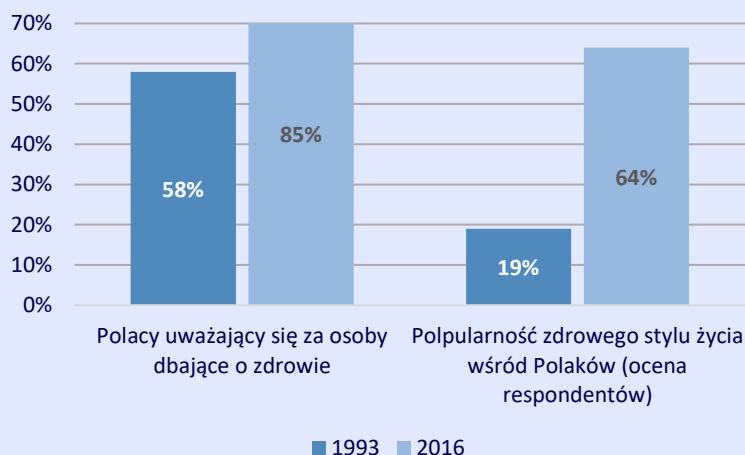
Podwaliną rozwoju tego trendu jest wciąż **rosnąca świadomość zdrowotna**. Polega ona na przejmowaniu odpowiedzialności przez społeczeństwo za własne zdrowie, które w czasach III rewolucji zdrowotnej zdominowane jest hasłem chorób cywilizacyjnych (zob. Marvasti i Stafford 2012). Ewolucja modelu opieki zdrowotnej, w której odpowiednie działania **podejmowane są „zawczasu”** (przed chorobą) jest typową sytuacją *win-win*, czyli takiej, w której są sami wygrani. Dochodzi wówczas do odciążenia systemu opieki zdrowotnej oraz poprawy stanu zdrowia ludności, czemu towarzyszyć może dodatkowo rozwój gospodarczy wybranych branż oraz obszarów, które oferują konkretne dobra.

Przejściu z modelu opartego na leczeniu do proaktywnej profilaktyki sprzyja rozwój powszechnego *health literacy*, które jest wynikiem prowadzonej od wielu lat promocji zdrowia (Iwanowicz 2009). *Health literacy* tłumaczy się jako „funkcjonalną wiedzę zdrowotną” lub też (bardziej literalnie) jako „alfabetyzację zdrowotną”, co rozumieć można jako kompleks wiedzy o zdrowiu oraz umiejętności krytycznego korzystania z różnych źródeł (tamże). Jego poziom kształtuje (Lee i in. 2004):

- **wiedzę** o chorobach i samoleczeniu,
- **świadomość** ryzyk zdrowotnych,
- **zachowania** zapobiegawcze chorobom,
- poziom **stosowania się** do zasad terapii (leczenia).

O zmianach podejścia do zdrowia w świadczą badania społeczne (Wykres 3.). Dokładnie 30 lat temu niecałe 60% Polaków uważało się za osoby dbające o zdrowie, a niecałe 20% twierdziło, że zdrowy styl życia jest popularny. Wyniki najnowszego badania ankietowego z 2016 roku wskazywały, że odsetek dbających o zdrowie wzrósł o 27 punktów procentowych, a udział osób uważających zdrowy styl życia za popularny o 45 punktów procentowych.

Wykres 3. Styl życia Polaków na przestrzeni lat

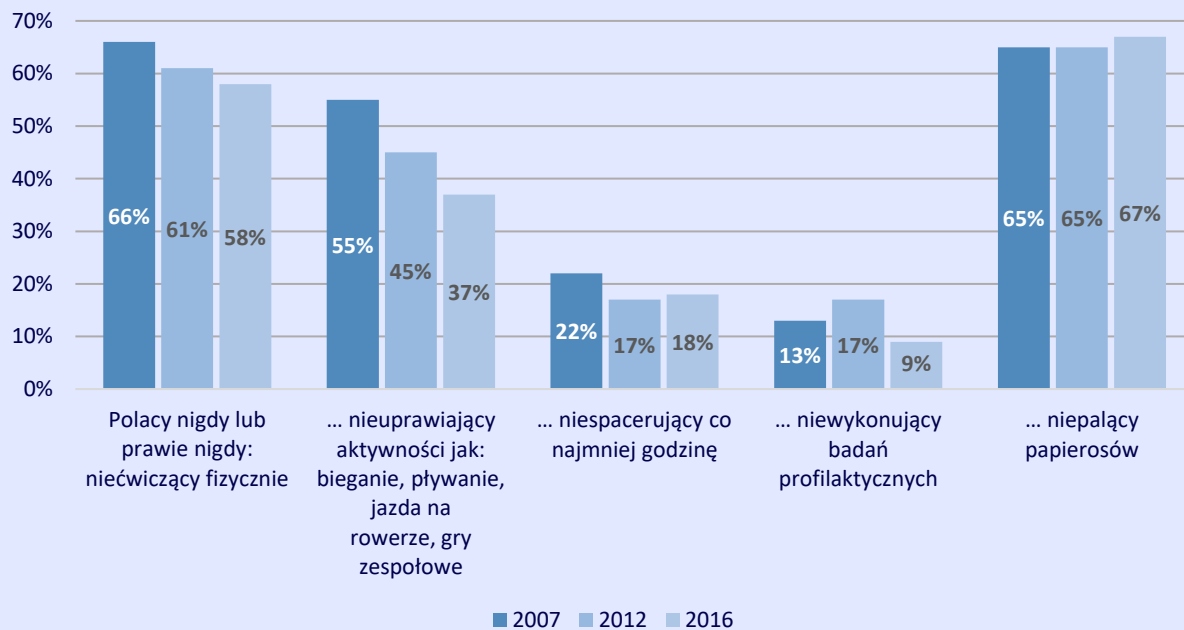


Źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS (<https://cbos.pl/PL/publikacje/news/2016/40/newsletter.php>).

Żyjemy w czasach **społeczeństwa informacyjnego**, w którym dzięki badaczom coraz więcej wiemy o tym co ma jaki wpływ na nasze zdrowie, a dzięki sprawnym mechanizmom przekazu – dowiadujemy się o tym (niemal) natychmiastowo. Dodając do tego powszechne zainteresowanie zdrowiem możemy mówić o rozwijającej się „**modzie na zdrowy styl życia**”, czyli o wspomnianym już przenikaniu wiedzy eksperckiej do codzienności.

Potwierdzają to dane CBOS (2016b), według których dość wyraźnie **spada zdrowotna bierność** Polaków. Tym samym, **wzrasta wdrażanie zachowań zdrowotnych** (zmian stylu życia na zdrowszy) (Wykres 4.). Tych zmian nie charakteryzuje już jednak taki dynamizm jak w przypadku deklaracji (Wykres 3.), widać jednak jednoczesny wzrost samooceny własnego stanu zdrowia, co można przypisać **większej dbałości o zdrowie** (CBOS 2016b).

Wykres 4. Bierność zdrowotna Polaków – zmiany na przestrzeni lat



Źródło: opracowanie własne na podstawie CBOS (2016b, s. 13-14) oraz Turosz (2023)

Jak wykazują jednak wyniki Wieloośrodkowego Ogólnopolskiego Badania Stanu Zdrowia Ludności zmiany stylu życia nie są na tyle powszechne, by zmniejszyć zachorowalność na choroby dietopochodne, jak cukrzyca, nadciśnienie czy otyłość, w związku z czym, konieczna jest jeszcze intensywniejsza edukacja zdrowotna (Drygas i in. 2015).

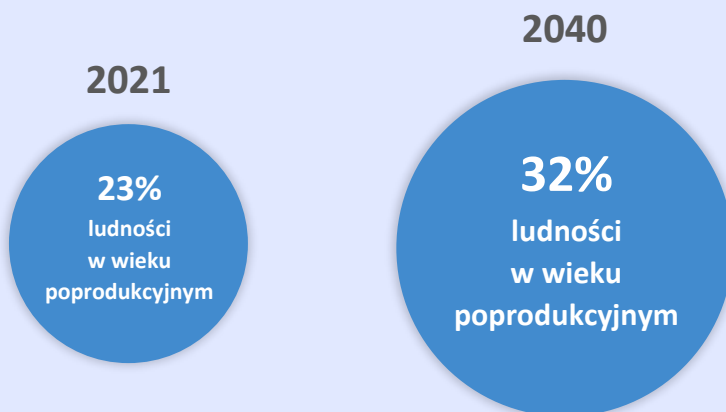
Zwiększenie *health literacy* do poziomu, który zapewni realną zmianę w stanie zdrowia publicznego (w kontekście chorób cywilizacyjnych) wymaga więc spotęgowanych działań i współpracy władz, nauki, mediów, biznesu i organizacji społecznych.

Srebrna generacja



Zjawiska demograficzne należą do jednych z najbardziej przewidywalnych w naukach społecznych i nie ma cienia wątpliwości, że się starzejemy. **Należy więc myśleć o przyszłości zdrowia publicznego w kontekście „srebrnej generacji”, która w ciągu kilkudziesięciu lat może w wielu społecznościach stać się dominującą grupą wiekową i której potrzeby** (nie tylko w zakresie zdrowia, ale i codziennego funkcjonowania) są

inne niż w przypadku młodszej części społeczeństwa.



Wykonana na podstawie danych Głównego Urzędu Statystycznego prognoza wykazuje, że **grupa osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie w Polsce o blisko 40% do roku 2040**. Oznacza to, że w społeczeństwie będzie o 3,2 mln więcej mężczyzn w wieku od 65 lat i kobiet w wieku od 60 lat, przy jednoczesnym nieznacznym wzroście liczby osób w wieku przedprodukcyjnym i spadku osób w wieku produkcyjnym⁶. **Udział osób w wieku poprodukcyjnym wzrośnie więc z poziomu 23% (2021) do wartości 32% (2040)**.

Co trzeci więc Polak w 2040 roku będzie w wieku podeszłym, starczym lub sędziwym, a upływ lat niestety nie sprzyja zdrowiu. Starzenie jest nieodzownie związane z tzw. „wielochorobowością” (seniorzy mają zdiagnozowane średnio między 3 a 4 choroby przewlekłe) (Laskowska-Szcześniak i Kozak-Szkopek 2013).

Wiedząc, że żyjemy coraz dłużej, musimy też pamiętać, że **budowanie pomyślnej starości wymaga pracy przez całe życie**, stąd już od poziomu wczesnego dzieciństwa konieczne jest **wpajanie dobrych nawyków profilaktycznych** (tamże). Zachowanie długiej sprawności fizycznej i umysłowej wymaga odpowiedniego **żywienia, badań profilaktycznych, aktywności** (fizycznej, umysłowej i społecznej) i odpowiedniego **leczenia** (tamże). Ten ostatni warunek jest o tyle problematyczny, że opieka geriatryczna w kraju właściwie nie istnieje. NIK alarmuje, że mamy jedynie ok. 500 lekarzy tej specjalizacji, a realnie, pracy jako geriatra podejmuje się nawet połowa mniej, sytuacja nie wygląda też lepiej w przypadku pielęgniarek geriatrycznych⁷.

⁶ Prognoza z wykorzystaniem modelu Holta. Dane wejściowe stanowiły średnie kroczące z okresów 5-letnich. Model dopasowany do wartości wejściowych na bardzo wysokim poziomie (ponad 99%).

⁷ Zob. <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/system-opieki-geriatrycznej.html>; <https://siecobywatelska.pl/ilu-mamy-geriatrow-dane-z-nfz/>

CyberZdrowie



Sprzymierzeńcem w dbaniu o zdrowie są **rozwijające się technologie**. W literaturze pojawiło się pojęcie **zdrowia 4.0**, jako realizującego się scenariusza przyszłości, który opiera się na integracji zaawansowanych technologii z fizycznymi (materialnymi) podmiotami i elementami (Turosz w druku). Całość opiera się na założeniu **poprawy efektywności, skuteczności, jakości, dostępności i niezawodności** opieki medycznej

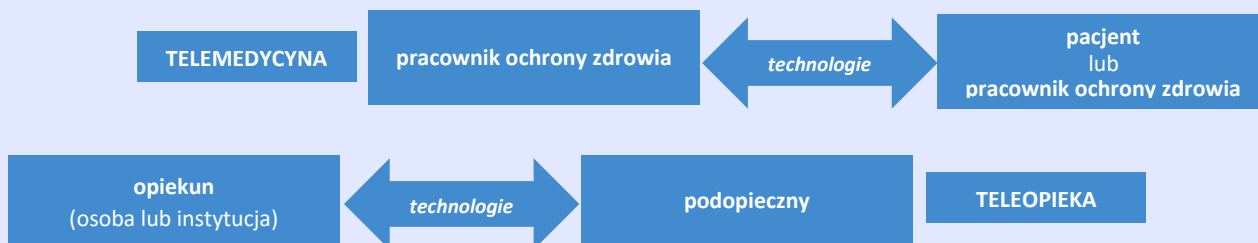
dzięki zastosowaniu:

- Internetu Rzeczy (do czego potrzebna jest ultraszybka łączność 5G),
- medycznych systemów cyber-fizycznych,
- analityki dużych baz danych (big data),
- inteligentnych algorytmów, uczenia maszynowego oraz blockchain.

Dobrym przykładem implementacji zdrowia 4.0 jest jedna z prężniej rozwijających się branż w zakresie zdrowia – **e-zdrowie**. Zjawisko to definiuje się jako „wszystkie możliwe zastosowania nowoczesnych technologii informacyjnych i komunikacyjnych we wzajemnych relacjach lekarzy, instytucji ochrony zdrowia (szpitali, przychodni) i ich pacjentów, w tym konsultacje medyczne prowadzone przez Internet w sposób zautomatyzowany” (Flis i in. 2009, s. 6).

E-zdrowie to przede wszystkim nowe możliwości wynikające z **rozwoju telemedycyny i teleopieki**. Wspólnym mianownikiem jest **tu świadczenie usług na odległość (z zastosowaniem technologii)** (Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz 2020) (Rysunek 1.). W przypadku telemedycyny dochodzi do interakcji pacjenta z pracownikiem ochrony zdrowia lub pracowników między sobą (w obu przypadkach są to konsultacje lub przepływy danych – np. między szpitalami), natomiast w przypadku teleopieki – między opiekunem a podopiecznym (tamże).

Rysunek 1. Model telemedycyny i teleopieki



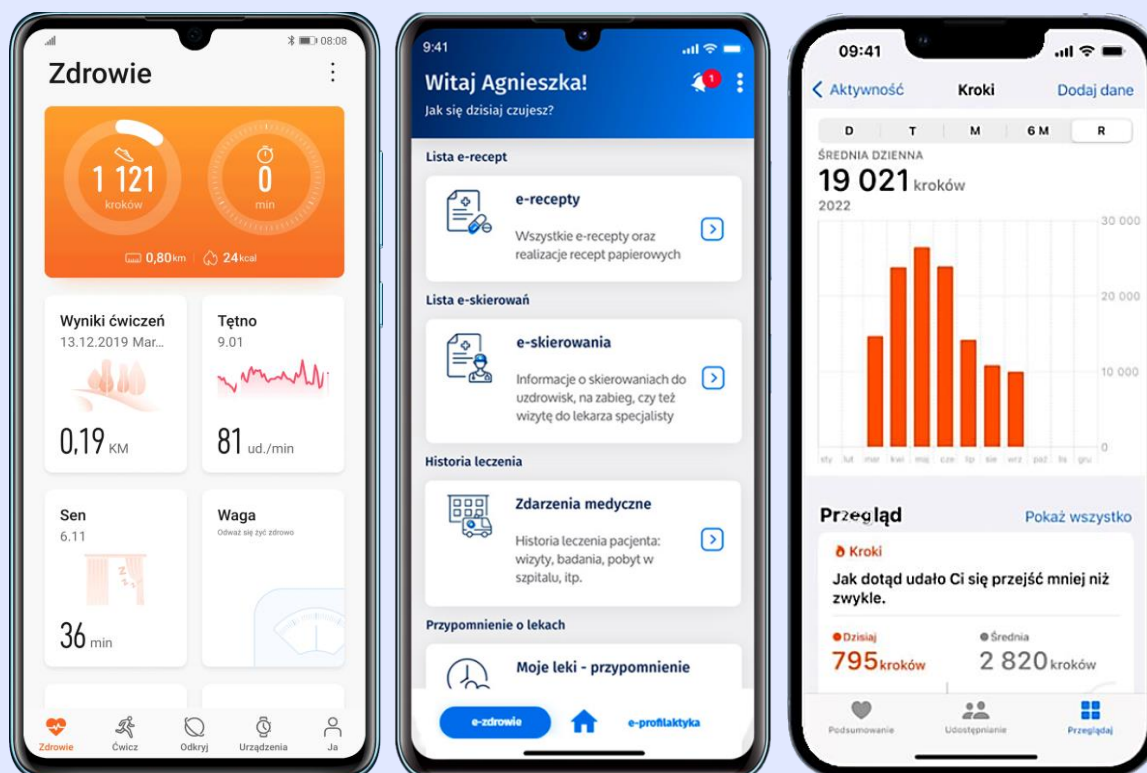
Źródło: opracowanie własne na podstawie Wrześniewska-Wal, Hajdukiewicz (2020).

Interakcje te zachodzić mogą w czasie rzeczywistym („na żywo”) lub w „systemie odtworzeniowym”. Jednym z bardziej spektakularnych przejawów rozwoju e-zdrowia są **telezabiegi**, czyli operacje, które wykonywane są na odległość z wykorzystaniem robotów medycznych.

E-zdrowie to też **przełomowe rozwiązania systemowe**, których potencjał wybudziła w dużej mierze sytuacja pandemiczna i które uświadomiły nam, że **wiele usług może być dostarczonych bez konieczności bezpośredniego kontaktu**. Najlepiej świadczą o tym realizowane **teleporady** oraz wdrożenie **e-recept, e-skierowań i e-dokumentacji** medycznej w **Internetowym Koncie Pacjenta (IKP)**. Realizacja państwowych i prywatnych innowacji umożliwia nam dziś **bez wychodzenia z domu** diagnozę i leczenie chorób niewymagających bezwzględnie badań fizykalnych. Możemy uzyskać skierowanie, zwolnienie i receptę, przeglądać swoje dane medyczne, a w najbliższym czasie również rejestrować się do specjalistów poprzez IKP. Co więcej, portale takie jak ktomalek.pl czy gdziepolek.pl umożliwiają sprawdzenie dostępności leków w aptekach (Turosz 2023).

Jako że, nieodłącznym atrybutem większości społeczeństwa jest dziś **smartfon**, to rośnie też zainteresowanie **prozdrowotnymi aplikacjami na urządzenia mobilne** (zob. Rysunek 2.). **Zjawisko zyskało nazwę m-zdrowia** (od ang. *mobile*, co oznacza mobilność). W połączeniu z coraz bardziej dostępnymi **noszonymi urządzeniami medycznymi** zyskujemy potężne orężę kontrolowania swojego zdrowia. Rozpowszechnionym narzędziem tego typu są **opaski i zegarki medyczne**, których funkcje muszą spełniać wymogi krajowych agencji medycznych. Opaski oraz smartwatche potrafią nie tylko mierzyć liczbę kroków, ale także wskazywać temperaturę ciała, mierzyć natlenowanie krwi, analizować jakość snu, a nawet pracę serca (z wykonywaniem EKG włącznie). W połączeniu z aplikacjami mobilnymi urządzenia te rozwijają ideę **prywatnego asystenta zdrowia**.

Rysunek 2. Ogólnodostępne aplikacje zdrowotne (od lewej: Huawei Zdrowie, mojeIKP, Apple Zdrowie)



Źródło: <https://pacjent.gov.pl/internetowe-konto-pacjenta/poznaj-mojeikp>; <https://consumer-tkdownload.huawei.com/ctkbfm/applet/simulator/pl-pl00823306/index.html>; <https://support.apple.com/pl-pl/guide/iphone/iphbb8259c61/ios>

Rozwijane są również **bardziej zaawansowane technologie sensorów medycznych**, które potrafią czuć nad dobrostanem ich użytkowników. Począwszy od lat 60, kiedy wprowadzono do praktyki badanie Holtera (Ates i in. 2022), aż po rozwijane dziś urządzenia analizujące stan zdrowia w czasie rzeczywistym. Kilka ciekawymi przykładami są:

- **mjn-SERAS**, czyli pierwsze urządzenie, które potrafi ostrzegać o nadchodzących napadach padaczkowych⁸,
- **sensory mikroigłowe** czy **tataże elektroniczne**, np. badające poziom glukozy lub biomarkerów zapalnych we krwi (Ates i in. 2022),
- **inteligentna garderoba** (inteligentne ubrania, inteligentna biżuteria czy soczewki) (tamże).

⁸ Zob. <https://www.neuraxpharm.com/pl/nacisnij/neuraxpharm-wkracza-na-rynek-digital-health-z-opracowanym-przez-mjn-neuro-urządzeniem>

Technologie coraz lepiej pozwalają też kontrolować medykom stan zdrowia ich pacjentów na odległość, co pozwala rozwijać koncept tzw. „**wirtualnych oddziałów**”, co pozwala ograniczyć czas przebywania w szpitalach i umożliwia dochodzenie do zdrowia w domu⁹.

Wszystkie te elementy sprawiają, że **zdrowie 4.0 staje się ciekawą wizją, stanowiącą alternatywę dla dotychczas silnie ukorzenionych w przestrzeni fizycznej usług medycznych (Turosz w druku)**. Potencjał opartych na technologiach rozwiązań w dużej mierze **uświadomiła nam pandemia i związane z nią ograniczenia**. Tak rozumiana **dematerializacja zdrowia jest szansą nie tylko dla uzyskania większej samodzielności pacjentów, ale również wyrównania różnic terytorialnych w dostępie do usług medycznych (eliminacji wykluczenia zdrowotnego) (tamże)**.

⁹ Zob. <https://europeanlung.org/pl/information-hub/factsheets/remote-care-looking-after-your-health-using-digital-tools/>

2.3. Trendy medyczne

(Nie)dostępni medycy

Polska należy do krajów charakteryzujących się **niedoborem medyków**. Według raportu OECD i Komisji Europejskiej (2022) spośród członków UE Polska ma **najmniej praktykujących lekarzy w stosunku do mieszkańców oraz zajmuje 4. miejsce wśród państw o najmniejszej liczbie praktykujących pielęgniarek**¹⁰. Co więcej, istotnym problemem jest **starzenie się kadry**. Według danych na rok 2021 co czwarty lekarz i co piąta pielęgniarka osiągnęła już wiek emerytalny¹¹.

Wzrost świadomości zdrowotnej oraz (w szczególności) rosnąca populacja w wieku senioralnym skutkuje **wzrostem zapotrzebowania na świadczenia medyczne (Turosz 2023)**. Ten drugi czynnik wiąże się nie tylko z wielochorobowością, ale też często z wynikającej z niej **postępującej niepełnosprawności** (Przybyłka 2017). Świadczy o tym statystyka porad POZ – stanowiące ok. ¼ ludności Polski osoby w wieku powyżej 60 r.ż. byli świadczeniobiorcami ok. 43% porad¹².

Od roku 2012 zauważa się wyraźny **wzrost liczby porad lekarskich w Polsce** (

Wykres 5.). Do roku 2019 wzrosła ona z poziomu 7,1 do 7,9 porad na osobę rocznie. Spadek w 2020 spowodowany był nadzwyczajnymi warunkami pandemicznymi, a od roku 2021 widoczne jest wyraźne odbicie i prawdopodobnie obserwowany będzie powrót do trendu sprzed 2 lat.



Źródło danych: GUS.

Co prawda Minister Zdrowia (2021) wskazuje, że wzrost liczby absolwentów kierunku lekarskiego stwarza warunki zastępowalności lekarzy w wieku emerytalnym, to jednak trudno spodziewać się, by w warunkach znacznego wzrostu zapotrzebowania na opiekę medyczną obserwowany stosunkowo powolny wzrost zatrudnienia w zawodzie lekarza (tamże) stanowił optymalne zabezpieczenie. Tym bardziej, biorąc pod uwagę fakt **utrzymywania się znacznych niedoborów** (Turosz 2023), przykładowo w zakresie specjalizacji chorób wewnętrznych (Minister Zdrowia 2021), onkologii¹³ czy medycyny rehabilitacyjnej (NIL 2020). Jeszcze **większy problem uwidacznia się w sferze opieki pielęgniarskiej**. W przypadku tej profesji obserwuje się mniejsze zainteresowanie, a wymiana pokoleń uznaje się za znacznie bardziej niepewną (Turosz 2023). W nadchodzących latach, zgodnie z szacunkami, każdego roku około **2 tysiące więcej pielęgniarek osiągnie wiek emerytalny niż ukończy studia**¹⁴.

¹⁰ Statystyki w zakresie liczby lekarzy przedstawiane przez krajowe instytucje są nieco bardziej optymistyczne, ale nie zmieniają faktu przynależności do grona kilku państw o najgorszym wskaźniku w UE.

¹¹ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

¹² <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>

¹³ <https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Adam-Niedzielski-liczba-lekarzy-w-Polsce-rosnie-problemem-jest-starzenie-sie-kadr,191461,1.html>

¹⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

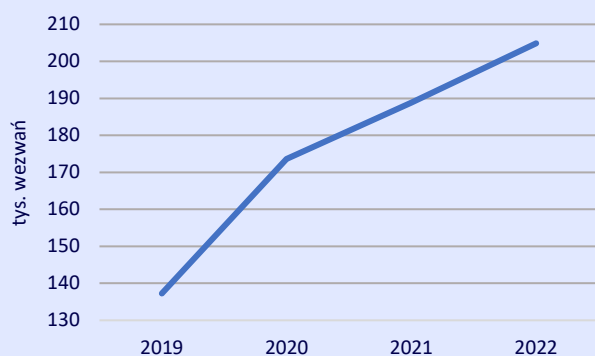
Kryzys mentalny



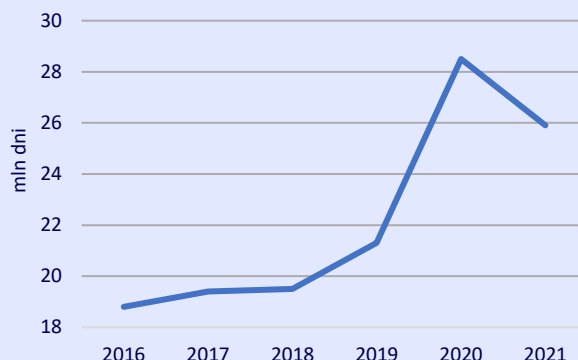
Rosnące tempo życia nie pozostaje bez wpływu na stan zdrowia. **Pogarszające się zdrowie psychiczne uznaje się za jedno z podstawowych wzywań teraźniejszego oraz przyszłego zdrowia publicznego.** Według WHO (2022) kryzys pogłębiają konflikty zbrojne (u 1 na 5 osób dotkniętych konfliktem zbrojnym zachorowała lub zachoruje na chorobę psychiczną) oraz zmiany klimatyczne (wzrost temperatury sprzyja samobójstwom). Problem dodatkowo uwidoczniła oraz pogłębiła **sytuacja pandemiczna** oraz związana z nią izolacja i niepewność zdrowotna oraz zatrudnieniowa (World Economic Forum 2023).

O rosnącej roli zaburzeń psychicznych w Polsce świadczą statystyki. W roku 2022 ponad 6% wezwań zespołów ratownictwa medycznego (ZRM) było spowodowanych **problemami natury psychicznej**. Pogotowie **dwa razy częściej** interweniowało z tego powodu niż w związku z wypadkami komunikacyjnymi¹⁵. Liczba wezwań do pacjentów z zaburzeniami psychicznymi **wzrosła od roku 2019 o 50%** (Wykres 6.). **O blisko 40% wzrosła też liczba absencji w pracy** spowodowana zaburzeniami psychicznymi między rokiem 2016 i 2021 (Wykres 7.). W 2021 Polacy nie pracowali blisko 26 mln dni ze względów mentalnych, co stanowiło 11% absencji w tym roku¹⁶.

Wykres 6. Wezwania ZRM do zaburzeń psychicznych (2012-2021)



Wykres 7. Zwolnienia spowodowane zaburzeniami psychicznymi (2016-2021)



Źródło danych: Ministerstwo Zdrowia.

Prognozuje się, że zaburzenia psychiczne będą stanowić grupę **najszybciej rosnących chorób w ciągu kilkunastu lat** (Ministerstwo Zdrowia 2021). Wpływają na to niekorzystne dla psychiki zmiany cywilizacyjne oraz demograficzne (starzenie się). Problem dotyczyć będzie zarówno młodych, jak i starszych (tamże).

¹⁵ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ratownictwo-medyczne/>

¹⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>

2.4. Trendy w zdrowiu – co oznaczają dla obywatela?

Obserwowane dziś trendy w zdrowiu publicznym stanowią przeciwstawne sobie zjawiska (Tabela 1.). **Współzależnymi, pozytywnie wpływającymi na możliwości dbania o zdrowie zjawiskami są: rozwój samoleczenia oraz wzrost świadomości zdrowotnej.** Wraz z rozwojem **cyfryzacji zdrowia** stanowią one szansę dla społeczności wykluczonych zdrowotnie. Zagrożenie wykluczenia zaś wzmagają: **starzenie się społeczeństwa, wzrost popytu** na usługi zdrowotne oraz niezmiennie obserwowany **problem niedoborów wśród kadr** medycznych.

Tabela 1. Syntetyczny opis trendów w zdrowiu publicznym

Trend		Syntetyczny opis wpływu	Ocena wpływu
Społeczne i technologiczne	 Rozwój samoleczenia	Trendy komplementarne – charakter ich wpływu jest od siebie uzależniony. Samodzielność zdrowotna stanowi korzyść dla zdrowia jednostek oraz całego systemu zdrowia, jak i gospodarki. Warunkiem jest jednak odpowiedni poziom świadomości zdrowotnej (wiedzy o tym jak sobie pomóc i kiedy należy zgłosić się do medyka), w innym przypadku jest źródłem zagrożeń.	+
	 Wzrost świadomości zdrowotnej (<i>health literacy</i>)		
	Rozwój CyberZdrowia	Cyfryzacja zdrowia stanowi (do pewnego stopnia) substytut bezpośredniego kontaktu z medykiem, gdy nie jest on konieczny lub możliwy (ze względu na wykluczenie z usług). Ta stosunkowo nowa możliwość wyrównywania szans w dostępie do opieki zdrowotnej nie zastąpi jednak (w obecnym stadium rozwoju) zabezpieczenia instytucjonalnego w przypadku wielu potrzeb zdrowotnych, choć możliwości te szybko się rozbijają i powinny być stale obserwowane oraz rozbijane przez władze publiczne.	+
	Wzrost srebrnej generacji	Starzenie się społeczeństwa to jedno z podstawowych wyzwań polityki społecznej (w tym zdrowotnej). Z wiekiem wzrasta odsetek osób niesamodzielnych i wymagających większej uwagi w zakresie opieki medycznej. Dodatkowo problem (dotykając również medyków) wzmacnia zagrożenie niedoborów kadrowych w systemie ochrony zdrowia.	-
Medyczne	(Nie)dostępni medycy	Polska należy do krajów o ograniczonym dostępie do opieki medycznej, wyróżniając się wśród krajów UE słabym „nasyceniem rynku” medykami. Wraz ze wzrostem świadomości zdrowotnej zwiększa się zainteresowanie obywateli usługami medycznymi (profilaktyką), co paradoksalnie może ograniczać dostęp do opieki.	-
	Kryzys mentalny	Pogarszające się zdrowie psychiczne uznaje się za jedno z podstawowych wyzwań teraźniejszego oraz przyszłego zdrowia publicznego, na co wskazują analizy trendów statystyk z zakresu zdrowia publicznego i oparte na nich prognozy.	-

Źródło: opracowanie własne.

3. Zdrowie w gminie Gołdap

Mieszkańcy Gołdapi najczęściej swój stan zdrowia w oceniają jako **dobry** (45%) lub jako **średni** (ani dobry, ani zły – co trzeci respondent). Ocena ta pokrywa się z przekonaniem Polaków na temat ich stanu zdrowia wyrażonym w statystykach CBOS (2016b). **W większości (58%) negatywnie** za to oceniane są przez mieszkańców **możliwości dbania o zdrowie, 30% respondentów określa je jako bardzo złe, 28% jako złe**, 18% jest zdania, że nie są one ani dobre, ani złe, a 20%, że są dobre lub bardzo dobre (bardzo pozytywny odbiór charakteryzuje niecałe 3% przebadanych).

Średnia oczekiwana długość życia na obszarze¹⁷ zamieszkałym przez gołdapien **wynosi około 75 lat i jest zbliżona do przeciętnej wartości w regionie i nieznacznie (o kilka miesięcy) niższa od wartości krajowej**. Wobec faktu zbieżności statystyk w przypadku (grupy) kobiet powodem tego stanu jest znaczna **nadumieralność mężczyzn** (Turosz 2023), którą w powiecie gołdapskim dostrzega się m.in. w przypadku: chorób onkologicznych, chorób naczyniowych (z uwzględnieniem nadciśnienia tętniczego) i chorób układu nerwowego (neurologiczne wieku podeszłego)¹⁸. Mężczyźni zamieszkujący omawiany obszar¹⁹ żyją znacznie, bo **o 1 rok krócej niż przeciętny Polak** tej płci. Różnice między **płciami mogą świadczyć o gorszej świadomości zdrowotnej mężczyzn** (tamże).

Myślenie o przyszłości wymaga diagnozy obecnej sytuacji. W niniejszym rozdziale dokonano analizy zarysowanych w poprzednich częściach czynników. Skupiono się na lokalnych możliwościach korzystania z opieki medycznej oraz kluczowych uwarunkowaniach społecznych i infrastrukturalnych wynikających z pól zdrowotnych Lalond’a²⁰.

¹⁷ Dane GUS dla powiatów: ełcki, giżycki, olecki.

¹⁸ Dane na podstawie raportu *Mapa potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego*.

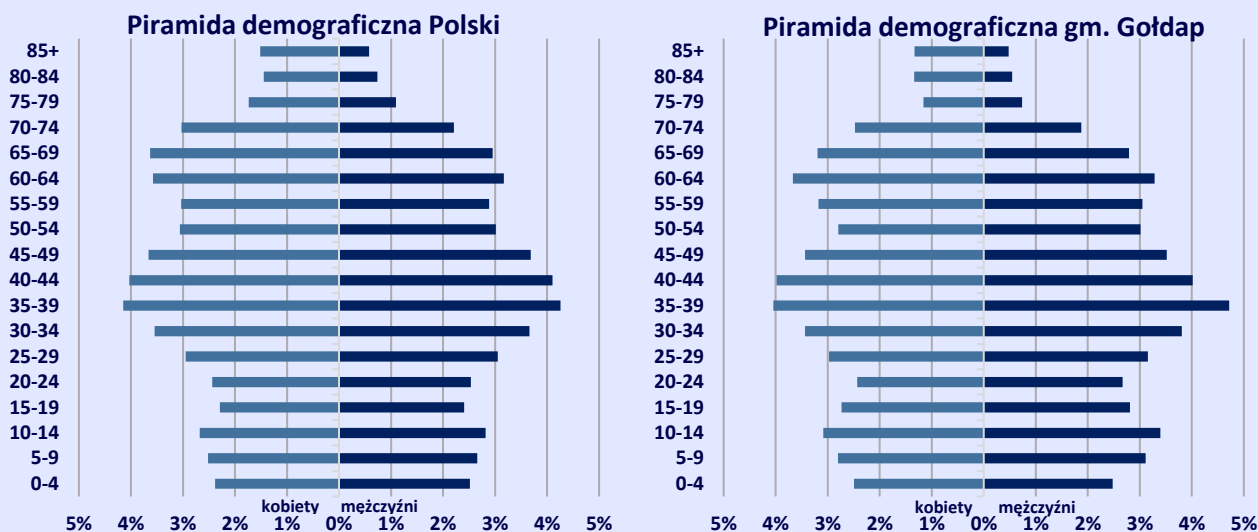
¹⁹ Dane dla powiatów: ełcki, giżycki, olecki.

²⁰ Które uzupełniono uwarunkowaniami demograficznymi oraz potencjałem rozwoju e-zdrowia.

3.1. Demografia

Sytuacja demograficzna gminy Gołdap nie różni się znacząco od krajowej (Turosz 2023). W wyniku porównania piramid płci i wieku nie można stwierdzić wyraźnych różnic (Rysunek 3.).

Rysunek 3. Sytuacja demograficzna gminy Gołdap (2021)

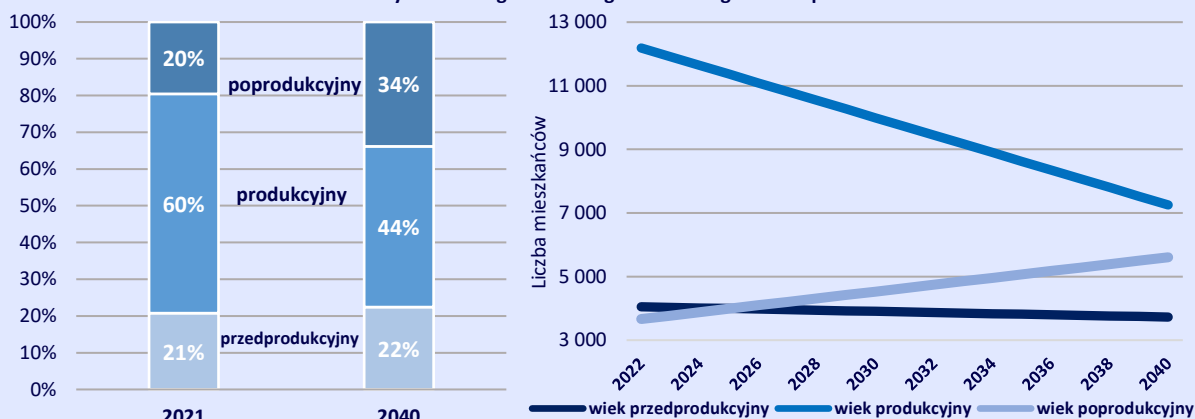


Źródło danych: BDL GUS.

Spółeczność liczy 19,4 tys. mieszkańców, z czego 60% to ludność wieku produkcyjnym, w 21% w wieku przedprodukcyjnym i w 20% w wieku poprodukcyjnym (Turosz 2023)²¹. Większy o 3 pp. udział osób młodych i o tyle samo mniejszy udział osób w wieku emerytalnym świadczy o nieznacznie korzystniejszej sytuacji niż w całym kraju. **Proces starzenia społeczeństwa zachodzi jednak w gminie znacznie szybciej** (tamże). Przy nieznacznym (2%) spadku populacji w latach 2002-2021 liczba osób w wieku przedprodukcyjnym spadła o 27%, a osób w wieku emerytalnym wzrosła o 58%.

Szybkie tempo starzenia nie daje podstaw do pozytywnych prognoz demograficznych (Wykres 8.). Według estymacji do 2040 roku (wykorzystującej model Holta)²² najbardziej prawdopodobny jest przyrost ludności w wieku poprodukcyjnym o 14 pp. przy spadku udziału ludności produkcyjnej o 16 pp. (Turosz 2023). Oznaczać to będzie, że za 17 lat **co trzeci gołdapienin będzie w wieku emerytalnym**.

Wykres 8. Prognoza demograficzna dla gm. Gołdap



Źródło: obliczenia własne.

²¹ Dane GUS na rok 2021.

²² Model charakteryzuje się bardzo wysokim (ponad 99%) dopasowaniem do uśrednionych (uprzednie średnie kroczące) w 5-letnich okresach danych historycznych.

Szybkie starzenie się gminy Gołdap stanowi jedno z podstawowych wyzwań, do których należy się przygotowywać. Wzrost udziału seniorów to nie tylko rosnące wydatki na opiekę senioralną, ale również mniejsze wpływy z podatku od osób fizycznych. W kontekście zdrowia publicznego koniecznie na uwadze mieć należy wzrastające wraz z wiekiem zapotrzebowanie na opiekę, w tym medyczną.

3.2. Zasoby instytucjonalne

Zasobami instytucjonalnymi są świadczeniodawcy w zakresie opieki medycznej wraz z dostarczycielami usług komplementarnych. Dla ich funkcjonowania kluczowy jest personel medyczny. W placówkach medycznych gminy Gołdap pracuje ok. **30 lekarzy**²³. W odniesieniu do liczby mieszkańców na poziomie powiatu jest to **niemal 3 razy mniej niż w całej Polsce, a dodatkowo zauważalny jest spadek**. Średni wiek lekarza przyjmującego w gminie **wynosi 60 lat, czyli 10 lat więcej niż w Polsce**, co znaczy, że powiat gołdapski charakteryzuje się **najstarszym zasobem lekarzy w Polsce (Turosz 2023, BDL GUS)**. **Gorsze niż w kraju jest również zabezpieczenie w zakresie opieki pielęgniarek**. Liczba osób wykonujących ten zawód na obszarze powiatu względem liczby mieszkańców jest **o 40% mniejsza niż w kraju, większy jest też udział pielęgniarek w wieku emerytalnym**²⁴. Świadczy to o **ogólnie bardzo niskim potencjale do zastępowalności kadry**.

Opieka ambulatoryjna i usługi komplementarne

Dostępność mieszkańców do przychodni mierzona ich liczbą na 10 tysięcy ludności wynosiła w roku 2021 4, przy czym w całym kraju i województwie było to o 2 przychodnie więcej (BDL GUS). W Polsce funkcjonują dwa typy poradni (przychodni): specjalistyczne i przychodnie Podstawowej Opieki Zdrowotnej (POZ). Te drugie pełnią szczególnie ważną rolę, stanowiąc podstawowy element systemu opieki zdrowotnej, z którym pacjenci najczęściej się stykają. Mieszkańcy mogą korzystać z **3 przychodni POZ na terenie gminy**, w których przyjmuje kilkunastu lekarzy (znaczna część o specjalności medycyny rodzinnej, co nie jest standardem) oraz pielęgniarki²⁵. Dodatkowo, świadczone są usługi w ramach **nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej**, nie każdej jednak nocy można korzystać z tych usług – w niektóre części dyżuru pełni poradnia w Olecku, co wynika z **braków kadrowych**²⁶.

Dostępność do opieki POZ jest **źle oceniana przez społeczność**. Taką opinię podziela **55% mieszkańców** biorących udział w ankiecie. Blisko dwa razy mniej, bo **26% ocenia ją pozytywnie**, a 16% uważa, że nie jest ani dobra, ani zła. W zestawieniu z podobnym pytaniem z badania ogólnokrajowego (CBOS 2018), wynika, że mieszkańcy Gołdapi **doświadczają znacznie większych trudności w uzyskaniu pomocy w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej**. Mimo to w kontekście oceny ogólnych możliwości dbania o zdrowie w gminie ocena POZ wypada dość korzystnie, ale znacznie gorzej od komplementarnych usług (laboratoriów czy aptek) (Wykres 9.).

W zakresie opieki specjalistycznej mieszkańcy mają w ramach świadczeń NFZ do dyspozycji poradnie z zakresu (Turosz 2023)²⁷:

- chirurgii ogólnej (dwie poradnie),
- chirurgii razowo-ortopedycznej,
- kardiologii,
- okulistyki,
- położnictwa i ginekologii (dwie poradnie),
- pulmonologii,
- rehabilitacji,

²³ Dane na rok 2021 (<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>), dokładna liczba, ze względów metodycznych nie jest obecnie możliwa do określenia.

²⁴ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>

²⁵ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/POZ?ow=14&powiat=2818&Lekarz=true>

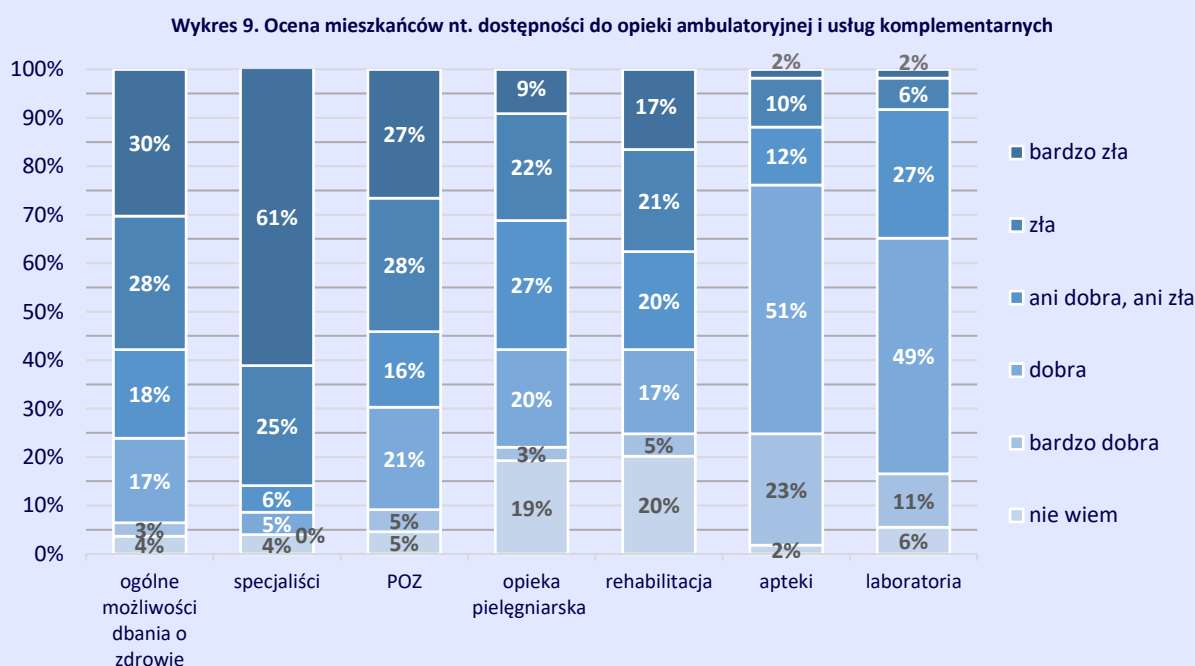
²⁶ <https://terazgoldap.pl/plan-pracy-nocnej-i-swiatecznej-opieki-zdrowotnej-22-28-05/>

²⁷ <https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne?ow=14&powiat=2818;>
<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/LeczenieStomatologiczne?ow=14&powiat=2818>

- stomatologii (cztery poradnie),
- urologii,
- zdrowia psychicznego (wraz z możliwością terapii uzależnienia i współuzależnienia od alkoholu).

Oznacza to **teoretyczne zabezpieczenie potrzeb w zakresie 6 najczęściej odwiedzanych przez Polaków (GUS 2022) specjalistów**, czyli kolejno: chirurga i chirurga ortopedy, ginekologa, okulisty, kardiologa i psychiatry (Turosz 2023). W przypadku jednak innych problemów, w tym: neurologicznych, nowotworowych, otolaryngologicznych, dermatologicznych, cukrzycowych, nefrologicznych i innych **konieczne jest poszukiwanie pomocy medycznej poza granicami gminy**²⁸. Taki stan zdecydowanie nie zadowala mieszkańców, wśród respondentów 61% bardzo źle, a 25% źle ocenia dostępność do opieki specjalistycznej. Oznacza to, że łącznie **blisko 90% ankietowanych wykazuje niezadowolenie w tym zakresie, czyli nieco więcej niż w całej Polsce**²⁹.

W opiece medycznej ważną rolę pełnią usługi komplementarne, w tym działalność **laboratoriów medycznych, z których dostępności mieszkańcy są raczej zadowoleni** (2/3 respondentów oceniających pozytywnie i 10 razy mniej będących niezadowolonych). **Podobnie sytuacja wygląda w przypadku usług aptecznych** (zadowolenie z usług wykazało ok. 3/4 respondentów). **Gorsze są odczucia co do możliwości skorzystania z opieki rehabilitacyjnej** – niemal co 4 respondent ocenił ją pozytywnie przy przewadze (blisko 40% odpowiedzi) negatywnych ocen.



Źródło: badanie ankietowe.

Mieszkańcy nie oceniają dostępności do poradni POZ oraz specjalistycznych pozytywnie. Szczególnie złe jest zabezpieczenie w zakresie specjalistyki, na co wskazuje niemal 90% respondentów. Jest to wynikiem zarówno sytuacji krajowej oraz pogłębiających problem lokalnych „niedoborów”. Faktem jest, że mieszkańcy nie czują się zabezpieczeni w zakresie opieki ambulatoryjnej w gminie. Znacznie lepiej sytuacja wygląda w przypadku usług aptecznych i laboratoryjnych.

²⁸ Choć część lekarzy przyjmujących w poradniach POZ posiada specjalizacje dzięki którym część potrzebujących pacjentów może zostać zabezpieczona „na miejscu”.

²⁹ Wg CBOS (2018) 83% Polaków ocenia negatywnie dostępność do specjalistów.

Opieka szpitalna

Na terenie gminy działa jeden szpital ogólny, który jest własnością powiatowej spółki GoldMedica (sp. z o.o.). Mimo, że nie należy on do Systemu Podstawowego Szpitalnego Zabezpieczenia Świadczeń Opieki Zdrowotnej, to w jego ramach funkcjonuje: **izba przyjęć, oddział pediatryczny, chirurgii jednego dnia oraz rehabilitacji pulmonologicznej** – łącznie 43 łóżka³⁰. W roku 2021 hospitalizowanych w nim było ponad 600 pacjentów, choć ich liczba **znacząco spada na przestrzeni lat** (2 lata temu liczba hospitalizacji była ponad 4-krotnie większa)³¹. W ramach szpitala działa też Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy (55 łóżek), hospicjum domowe oraz pielęgniarstwo długoterminowa opieka domowa (świadczenia w domu pacjentów) i dział rehabilitacji (dzienny – 30 miejsc)³². Szpital jest (zgodnie z informacjami przedstawionymi na sesji Rady Powiatu) **obecnie w dobrej kondycji finansowej**, natomiast za główne bariery w spełnieniu potrzeb i oczekiwań mieszkańców uznaje się: **ograniczony potencjał poszerzenia kadry medycznej, peryferyjność gminy oraz ograniczenia finansowe**³³.

Faktem jest **brak na terenie gminy kluczowych dla zabezpieczenia zdrowia mieszkańców oddziałów**, takich jak: oddział ratunkowy (SOR), oddział intensywnej (terapii) opieki, oddział porodowy oraz chorób wewnętrznych. Często zgłaszaną przez mieszkańców bolączką jest właśnie **brak interny**, która oficjalnie funkcjonowała w szpitalu do roku 2021, po czym została zamknięta ze względu na braki kadrowe (w teorii działalność zawieszono już w roku 2020)³⁴. Wyraźnie spada też zainteresowanie pacjentów usługami oddziału pediatrycznego³⁵. Sytuacja ta wymusza powszechną **konieczność szukania pomocy medycznej poza granicami gminy**. Niestety peryferyjne usytuowanie sprawia, że gołdapianin ma dużo **dłuższy dystans** do pokonania od przeciętnego Polaka (Rysunek 4.)

Według danych *Mapy potrzeb zdrowotnych w zakresie leczenia szpitalnego dla woj. warmińsko-mazurskiego* (2019) **100% (lub niemal 100%) hospitalizacji mieszkańców powiatu gołdapskiego z znakomitej większości przyczyn jest realizowanych poza powiatem**. Wyjątkiem są świadczenia chirurgiczne (60%) i pediatryczne (14%). Co więcej, **średnia odległość, którą muszą pokonać zazwyczaj przekracza 60 km, będąc znacznie większą niż średnia w województwie**. Przykładowo, mimo że w Gołdapi jest stacja ratownictwa medycznego, to najbliższy SOR, do którego transportuje się chorych znajduje się w oddalonych o blisko 60 km Suwałkach. Gołdap jest w związku z tym w gronie **20 polskich gmin o najgorszym dostępie do SOR-u** (Turosz 2023)³⁶. Również w Suwałkach znajduje się najbliższy oddział anestezjologii i intensywnej terapii oraz oddział kardiologii, gmina zajmuje w tym przypadku **4. miejsce wśród najmocniej wykluczonych jednostek** (Turosz 2023)³⁷. Do najbliższego oddziału wewnętrznego, chirurgicznego oraz ginekologiczno-położniczego trzeba się z kolei wybrać do Olecka, co **zajmuje ponad 40 minut samochodem, gdzie średnia w Polsce nie przekracza 25 minut** (Rysunek 4.). Za to w przypadku konieczności hospitalizacji na **oddziale onkologii**, gołdapskiego

³⁰ Sprawozdanie zarządu z działalności GoldMedica sp. Z o.o. w Gołdapi za rok 2021.

³¹ Mapy potrzeb zdrowotnych.

³² Sprawozdanie zarządu z działalności GoldMedica sp. Z o.o. w Gołdapi za rok 2021.

³³ <https://esesja.tv/transmisja/34206/lxiii-sesja-rady-powiatu-w-goldapi-v-kadencji-w-dniu-27012023-godz-1300.htm>

³⁴ <https://esesja.tv/transmisja/34206/lxiii-sesja-rady-powiatu-w-goldapi-v-kadencji-w-dniu-27012023-godz-1300.htm>

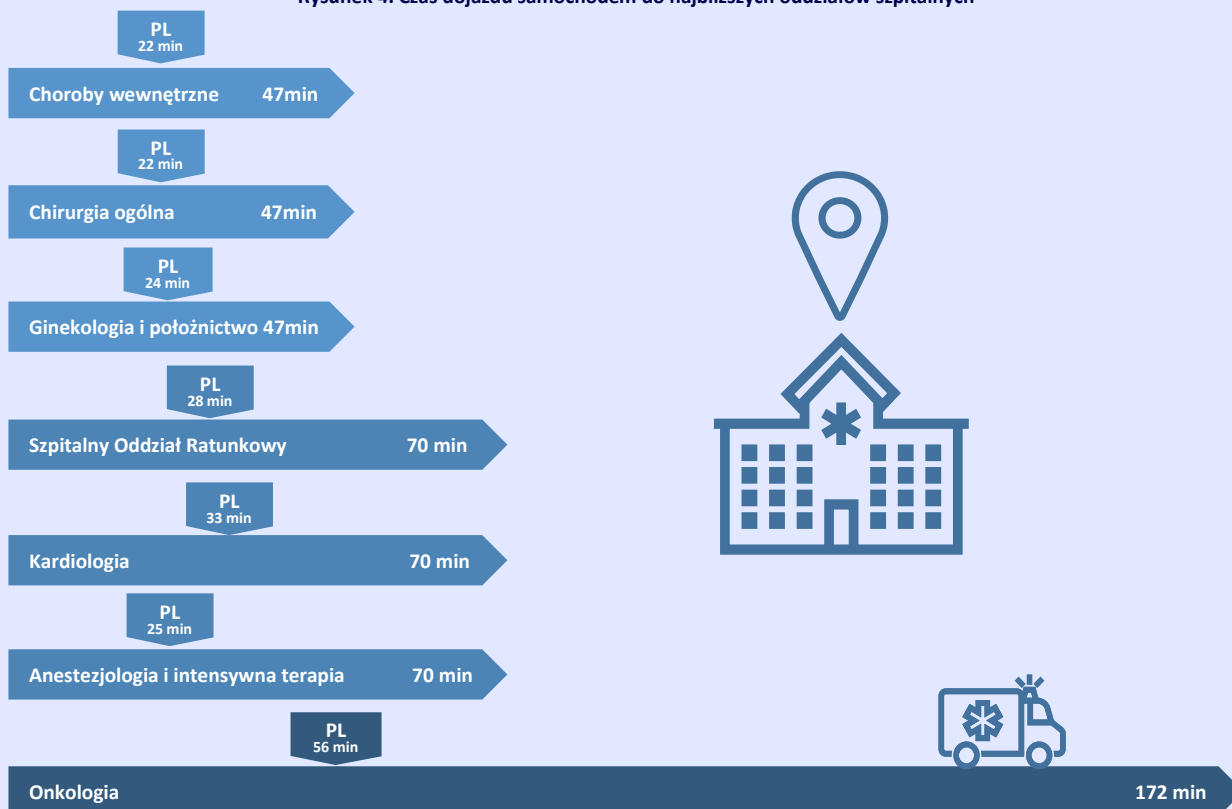
³⁵ Sprawozdanie zarządu z działalności GoldMedica sp. Z o.o. w Gołdapi za rok 2021.

³⁶ <https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne/>

³⁷ Tamże.

pacjenta czeka **blisko 3-godzinna podróż do Olsztyna**, gmina Gołdap wraz z Dubeninkami i Darłowem są więc **na szczycie rankingu gmin o najgorszym dostępie do tych świadczeń**³⁸.

Rysunek 4. Czas dojazdu samochodem do najbliższych oddziałów szpitalnych



Źródło: Ministerstwo Zdrowia.

Mieszkańcy w przeprowadzonym badaniu ankietowym wykazali **znaczne niezadowolenie z opieki szpitalnej oraz ratunkowej**. Ogólnie źle dostępność do świadczeń szpitalnych oceniło **83% respondentów**, z czego blisko 69% bardzo źle i 15% źle. Co dziesiąty określa ją jako ani dobrą, ani złą, a **niecały 1% jako dobrą**. Z kolei dostęp **do świadczeń medycyny ratunkowej niekorzystnie oceniło 57% respondentów** (32% – bardzo źle i 25% – źle). Co czwarty uważa ją za ani dobrą, ani złą, a **13% wystawiło jej korzystną ocenę** (12% – dobrą i 1% – bardzo dobrą).

Problem jest **silnym bodźcem motywującym mieszkańców do działania**, o czym świadczy popularna na portalu Facebook strona (forum) *Szpital GoldMedica w Gołdapi Nasza Sprawa*, która została utworzona w celu koordynacji wysiłków ukierunkowanych na poprawę sytuacji (Turosz 2023). Z zamieszczonych na stronie informacji wynika, że mieszkańcy zwracają się w tej sprawie (poprzez petycje) do władz gminnych, powiatowych oraz regionalnych.

Słaba i wciąż ograniczana oferta opieki szpitalnej stanowi jedno z podstawowych obaw mieszkańców gminy Gołdap w zakresie realizacji potrzeb zdrowotnych, o czym świadczą nie tylko wyniki badania ankietowego, ale również wyraźnie zauważalne oddolne działania. Fakt ten nie dziwi, gdyż analizy danych ministerialnych potwierdzają, że mieszkańcy gminy Gołdap należą do grona najmocniej wykluczonych z opieki szpitalnej.

³⁸ Tamże.

Opieka uzdrowskowa

Wyraźne niedobory w zakresie opieki medycznej nie zmieniają faktu, że Gołdap jest ważnym punktem **turystyki uzdrowskowej**. Od roku 2000 gmina ma status uzdrowiska o profilu borowinowo-klimatycznym. Na obszarze tzw. dzielnicy uzdrowskowej, która znajduje się przy jeziorze Gołdap znajduje się: **sanatorium, pijalnia wód, tężnie, grota solna, Promenada Zdrojowa, plac zabaw, mini-golf i urządzenia do ćwiczeń**³⁹.

Sanatorium Uzdrowskowie „Wital” zatrudnia specjalistów z zakresu rehabilitacji medycznej, balneologii, neurologii, ortopedii, chorób wewnętrznych, pulmonologii, laryngologii, psychologii oraz personel pielęgniarstwa i fizjoterapeutyczny. Świadczenia, na które należy uzyskać specjalne skierowanie realizowane są w ramach profilu leczniczego ukierunkowanego na: **choroby narządu ruchu, dróg oddechowych, układu krążenia oraz zaburzenia psychosomatyczne, otyłość i problemy dermatologiczne**⁴⁰.

Mimo, że mieszkańcy Gołdapi nie mają formalnych ułatwień w zakresie dostępności do świadczeń sanatorium, to zapewne ze względu na bliskość infrastruktury **dość pozytywnie oceniają dostępność do opieki uzdrowskowej** (Turosz 2023). Blisko co trzeci respondent **ocenia ją dobrze lub bardzo dobrze** – jest ich niemal 2 razy więcej niż niezadowolonych (ok. 15%).

Fotografia 1. Gołdapskie tężnie solankowe należą do jednych z największych budowli tego typu w Polsce



Źródło: <https://uzdrowskogoldap.pl>

Dla mieszkańców istotniejsza jest jednak sama **obecność ogólnodostępnej infrastruktury** w dzielnicy uzdrowskowej (Turosz 2023). Wskazują na to odpowiedzi na pytanie o najważniejsze zasoby wpływające pozytywnie na możliwości dbania o zdrowie – na 57 wskazań 8 (14%) odnosiło się do roli uzdrowiska, z tego jednak 7 to literalne wskazanie tężni, a jedynie 1 nawiązywało do obecności sanatorium (Turosz 2023). Jako że dzielnica uzdrowskowa to jedno z ważniejszych centrów sportowo-

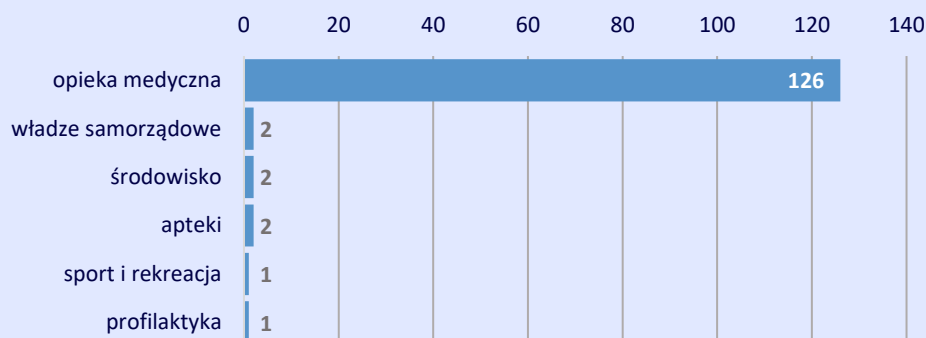
³⁹ <https://uzdrowskogoldap.pl/informacje-o-uzdrowsku-goldap-oraz-sanatorium/teznie-pijalnia-wod-mineralnych-grota-solna-mini-golf/>

⁴⁰ <https://sanatorium.com.pl/profile-lecznicze/>

rekreacyjnych, to zapewne część spośród 14 odpowiedzi podkreślających pozytywny wpływ dostępności infrastruktury sportowej i rekreacyjnej również odnosi się do tego obszaru (Wykres 16.).

Podsumowując jednak kwestie związane dostępnością do instytucji zdrowotnych należy stwierdzić, że mieszkańcy **odczuwają znaczne deficyty w zakresie możliwości zaspokajania potrzeb medycznych**, o czym świadczą wyniki badania ankietowego. W ramach pytania otwartego o największe bariery w dbaniu o zdrowie w gminie **respondenci wskazali łącznie 133 problemów** (ponad 2 razy więcej niż w analogicznym pytaniu o największe atuty)⁴¹ (Turosz 2023). Z tego **95% stanowiły wskazania na niewystarczającą opiekę medyczną** (tamże).

Wykres 10. Największe bariery lokalne w zakresie dbania o zdrowie (liczba wskazań) według mieszkańców



Źródło: badanie ankietowe.

Wśród nich za najbardziej problemowe mieszkańcy uznali (Turosz 2023):

- słabą **opiekę szpitalną** (32% wskazań),
- słabą **opiekę specjalistyczną** (23%),
- niedostateczną jakość i dostępność **podstawowej opieki medycznej (POZ)** (17%),
- niedostateczną opiekę z zakresu **ratownictwa medycznego** (8%),
- niedostateczne zabezpieczenie z zakresu **Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej** (6%).

Do podobnych wniosków prowadzi analiza odpowiedzi na zamknięte pytanie o oczekiwania, z których wynika, że najważniejsza dla mieszkańców jest **poprawa organizacji opieki medycznej (22%)**, **umożliwienie kontaktu z medykiem „w pobliżu” (21%)** oraz **lepszą dostępność do badań profilaktycznych (20%)**.

***Brak pogotowia**, które jest w stanie realnie pomóc (osobiście nie korzystamy już z usług, jadę od razu do Suwałk). **Brak specjalistów**, aby móc skorzystać z pomocy **trzeba jechać do innych odległych miast**. Jeżeli są jacyś lekarze specjaliści, to nie mają **dostępu do sprzętu**, aby móc kompleksowo wykonać badanie (brakuje wyposażonych gabinetów).*

Mieszkancka Gołdapi w opowiedzi na pytanie o największe lokalne problemy zdrowotne

⁴¹ Możliwość wskazania do trzech barier.

3.3. Gotowość cyfrowa

O aktualnych oraz przyszłych możliwościach korzystania z usług zdrowotnych coraz silniej świadczy gotowość cyfrowa (Ministerstwo Zdrowia 2022). Potencjał cyfryzacji zdrowia może być wykorzystany pod warunkiem **dostępności infrastrukturalnej i otwartości na e-usługi** (Turosz w druku).

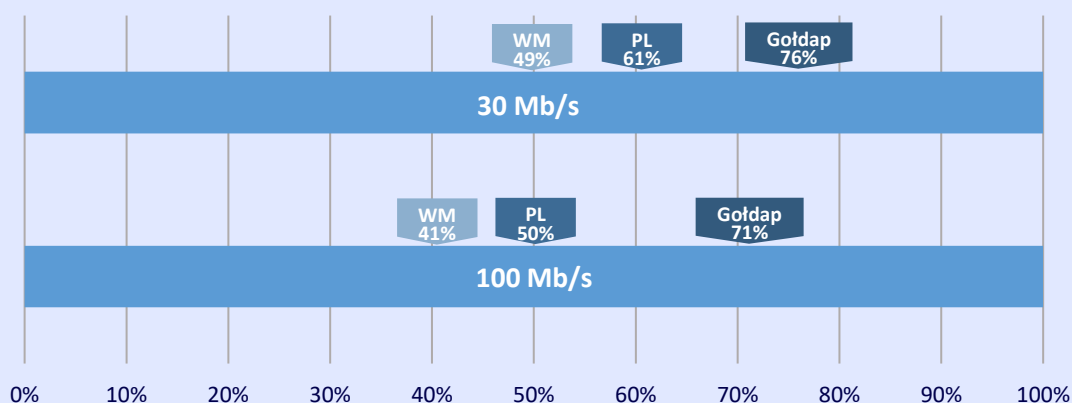
Dostępność infrastrukturalna

Dostępność do internetu oceniono na podstawie danych UKE z końca 2021 roku o penetracji lokalowej internetem stacjonarnym i budynkowej (w przypadku LTE). Analizę uzupełniono opiniami mieszkańców przedstawionymi w ankietach.

Dostępność lokali mieszkalnych do internetu stacjonarnego w gminie Gołdap jest **wyższa niż w przeciętnej polskiej oraz warmińsko-mazurskiej gminie** (Turosz 2023). **Ponad 75% lokali charakteryzuje się dostępnością do internetu o prędkości minimalnej 30 Mb/s, jest to o 25% więcej niż wynosi średnia dla gmin w Polsce i o 55% więcej niż w województwie** (Rysunek 5.).

Równie korzystnie sytuacja wygląda w przypadku przepustowości minimalnej **100 Mb/s**. Dostępność w gminie **wynosi ponad 70% i jest o ok. 40% wyższa niż w przypadku gmin w kraju oraz o ponad 70% wyższa niż w gminach regionu**.

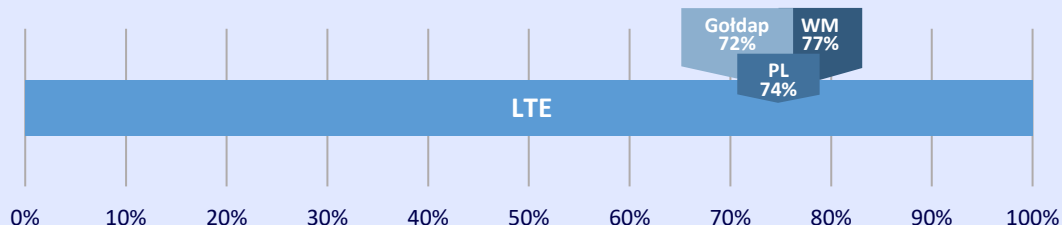
Rysunek 5. Penetracja lokalowa internetem stacjonarnym



Źródło: dane UKE.

Relatywnie nieznacznie gorzej wygląda dostępność do bezprzewodowego internetu mobilnego, którego rola rośnie w kontekście rozwoju e-usług oraz m-zdrowia. **Dostępność LTE w gołdapskich budynkach wynosi 72% i jest nieco niższa niż w polskich (74%) i warmińsko-mazurskich gminach (77%)** (Rysunek 6.).

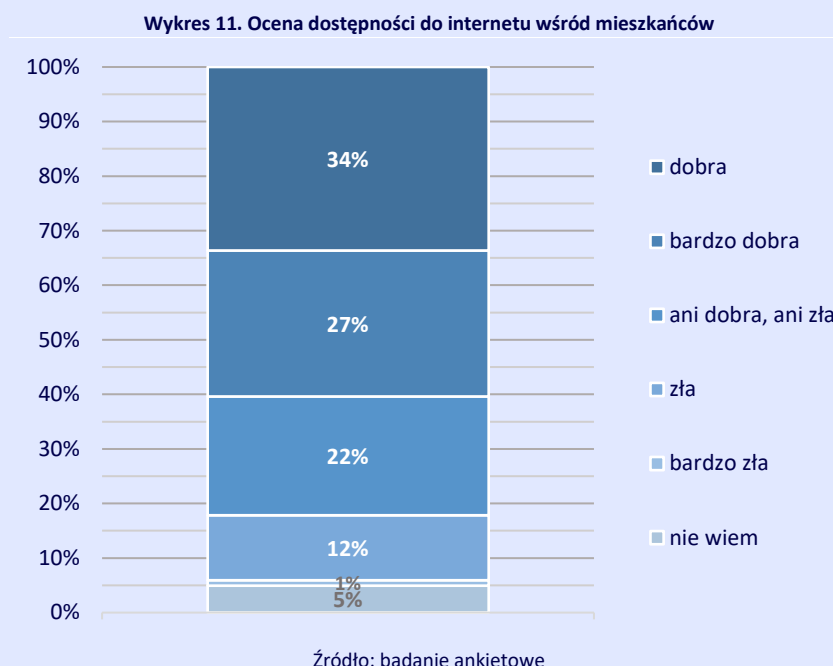
Rysunek 6. Budynkowa dostępność LTE



Źródło: dane UKE.

Stosunkową dobrą dostępność internetu w gminie potwierdzają wyniki ankiety (Wykres 11.). Wynika z nich, że poziom zadowolenia z internetu wśród mieszkańców znacznie przewyższa niezadowolenie.

Ponad 60% respondentów ocenia dostępność internetu jako dobrą lub bardzo dobrą. Przy czym źle ocenia ją niemal 5-krotnie mniej ankietowanych, a bardzo źle jedynie jeden respondent.



Wobec danych UKE oraz opinii mieszkańców na temat dostępności do internetu w gminie, należy ją postrzegać jako szansę w kontekście wykorzystania potencjału rozwoju CyberZdrowia. Nadal jednak pamiętać należy o potencjalnym wykluczeniu mieszkańców (ok. ¼ lokali), którzy są w zasięgu tzw. białych plam (Turosz 2023). Według mapy UKE z 2019 roku⁴² problem dotyczy głównie wiejskiej części gminy oraz części miasta poza obszarem centralnym.

Otwartość na e-zdrowie

Jak wynika z *Diagnozy Lokalnych Zagrożeń...* Gmina Gołdap zdecydowanie jest częścią społeczeństwa informacyjnego. **Niemal 9 na 10 gołdapien należy do grona osób mających na co dzień styczność z internetem bądź komputerem**, w porównaniu z danymi z badania Santander Consumer Bank z 2022 roku to o blisko 20 pp. więcej niż w całym społeczeństwie polskim (za: Turosz 2023).

Jak wykazało przeprowadzone badanie ankietowe, mieszkańcy gminy również **ochoczo wykorzystują internet w celach związanych ze zdrowiem (tamże)**. Ok. 80% respondentów radzi się u „doktora Google”, czyli prawdopodobnie więcej niż w całym kraju⁴³, a nieco ponad 40% z nich jest zdania, że takie wykorzystanie internetu pozytywnie lub bardzo pozytywnie wpłynęło to na ich zdrowie, przy 4-krotnie mniejszym udziale odpowiedzi o negatywnym wpływie (bardzo negatywne odczucia w tym zakresie wskazało 3% respondentów).

Uszczegółowiając temat **e-zdrowia**, można stwierdzić, że rozwiązania z tego zakresu są **dość popularne oraz raczej pozytywnie przyjmowane** przez mieszkańców (Turosz 2023). **Ponad 90%** respondentów korzysta z cyfrowych rozwiązań z zakresu obiegu dokumentów medycznych (e-skierowania, e-recepty, e-dokumentacja, e-zwolnienia) (Wykres 12.). Nie jest to zaskoczeniem, biorąc

⁴² <https://mapbook.uke.gov.pl>

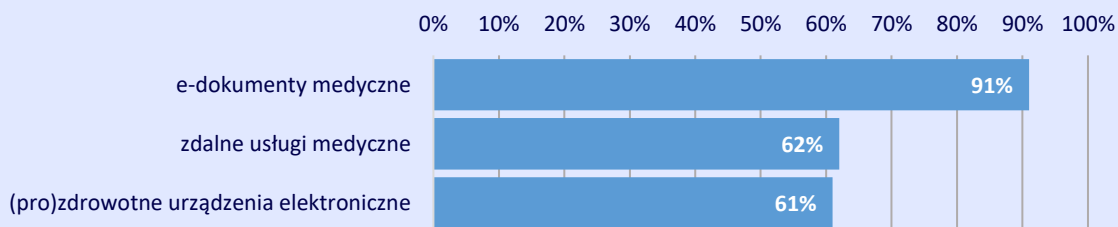
⁴³ Zob. <https://politykazdrowotna.com/arttykul/polacy-lubia-szukac-informacji-o-zdrowiu-przez-internet/823330>

pod uwagę, że większość z nich stanowi główną metodę obsługi pacjenta w Polsce (np. e-recepta od 2020 czy e-skierowanie od 2021⁴⁴). Wpływ na możliwości dbania o zdrowie tych rozwiązań jest **przez 72% respondentów oceniany pozytywnie lub bardzo pozytywnie** (przy 2% popularności opinii o niekorzystnym wpływie).

Ponad 60% jest też zaznajomiona z teleporadami i/lub zdalną diagnostyką (zdalne usługi medyczne) a 43% z nich uważa, że zdalny kontakt z medykami neutralnie wpłynął na ich zdrowie. Co czwarty (25%) jest zdania, że wpływ ten był pozytywny, a co piąty (20%), że był negatywny. Porównanie z badaniami krajowymi pozwala wynuć **wniosek o nieco mniejszej przychylności do telemedycyny niż wśród Polaków⁴⁵, choć może to wynikać z ogólnego niezadowolenia z oferowanych mieszkańcom usług medycznych (Turosz 2023).**

Dwóch na trzech respondentów korzystała też z ubieralnych, nowoczesnych **urządzeń wspierających dbanie o zdrowie, w większości pozytywnie (48%) lub neutralnie (26%) oceniając ich wpływ na swoje zdrowie.**

Wykres 12. Popularność rozwiązań e-zdrowotnych wśród gołdapiń



Źródło: badanie ankietowe

Przeprowadzone badanie społeczne pozwala stwierdzić, że gołdapianie, podobnie jak reszta Polaków, są ostrożnymi zdrowotnymi techno-entuzjastami. Pozytywne nastawienie do cyfrowego samoleczenia oraz cyfryzacji obiegu dokumentów i obsługi pacjenta konkuruje z niepełnym przekonaniem do samej telemedycyny (co może być jednak wyrazem ogólnego niezadowolenia z opieki medycznej). Poziom cyfryzacji społeczności lokalnej dobrze rokuje w kontekście rozwoju nowoczesnego modelu opieki medycznej mogącego uzupełnić wyraźne braki infrastrukturalne.

⁴⁴ <https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/e-skierowanie-juz-obowiazuje>

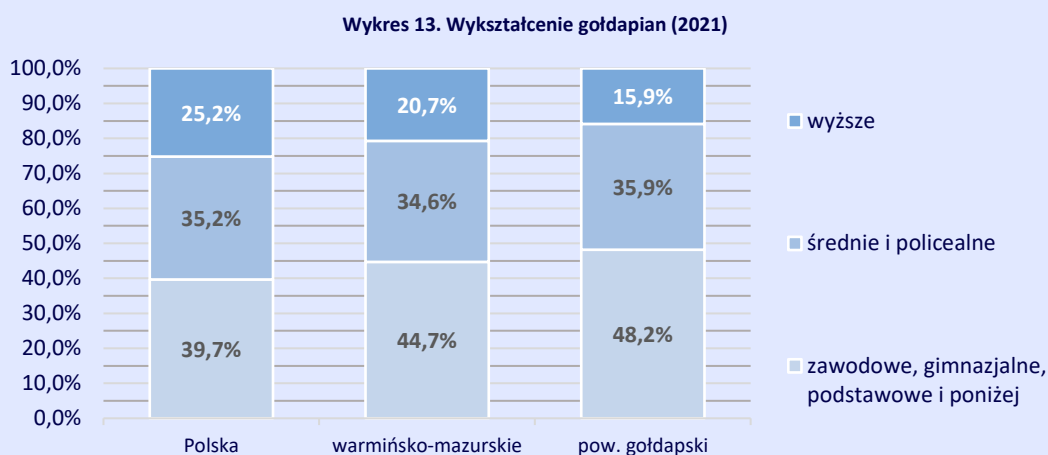
⁴⁵ Zob. <https://www.gov.pl/attachment/a702e12b-8b16-44f1-92b5-73aaef6c165c> oraz https://cez.gov.pl/sites/default/files/paragraph.attachments.field_attachments/2023-02/e-uslugi_w_ochronie_zdrowia.pdf

3.4. Lokalna świadomość zdrowotna

Skutki rozwijania e-zdrowia (CyberZdrowia) oraz stosowania samoleczenia są **w ogromnej mierze uzależnione od stanu świadomości zdrowotnej** (Turosz w druku). Usamodzielnianie pacjentów bez odpowiedniego przygotowania merytorycznego **może przynieść więcej zagrożeń niż korzyści** (Schulz i Nakamoto 2013).

W Polsce nie są prowadzone badania na temat poziomu świadomości zdrowotnej na szczeblu lokalnym. W celu orientacyjnej oceny tego czynnika posłużono się oceną poziomu wykształcenia (który jest kluczowym wyznacznikiem *health literacy* (Korporowicz 2020)) oraz wyrażoną w badaniu ankietowym samooceną społeczności lokalnej.

Przeprowadzone analizy wskazują, że **kompetencje zdrowotne (świadomość zdrowotna) mieszkańców gminy Gołdap są potencjalnie niższe niż na poziomie ogólnokrajowym**. Świadczy o tym m.in. wykształcenie społeczności (Turosz 2023). Mieszkańcy powiatu⁴⁶ charakteryzują się **niższym poziomem wykształcenia** od ogółu Polaków oraz mieszkańców Warmińsko-Mazurskiego (BDL GUS). Statystycznie najbardziej kompetentni zdrowotnie mieszkańcy (z wyższym wykształceniem) stanowią 16%, **czyli o 5 pp. mniej niż w województwie i o 9 pp. niż w kraju** (Wykres 13.). Równocześnie, wyraźnie **większy udział** stanowią mieszkańcy z niższym wykształceniem (poniżej średniego).



Źródło: BDL GUS na podstawie NSP 2021 (bez danych o osobach z nieokreślonym wykształceniem).

Ocena mieszkańców Gołdapi w zakresie dbania o zdrowie jest analogiczna (a nawet nieco korzystniejsza) jak w przypadku pozostałej części społeczeństwa Polskiego (Wykres 14.). Łącznie **85% respondentów uważa się za dbających o zdrowie** (tak samo jak w całym kraju⁴⁷), a **8% ocenia się jako osoby nie żyjące zdrowo** (w całym kraju – 14%).

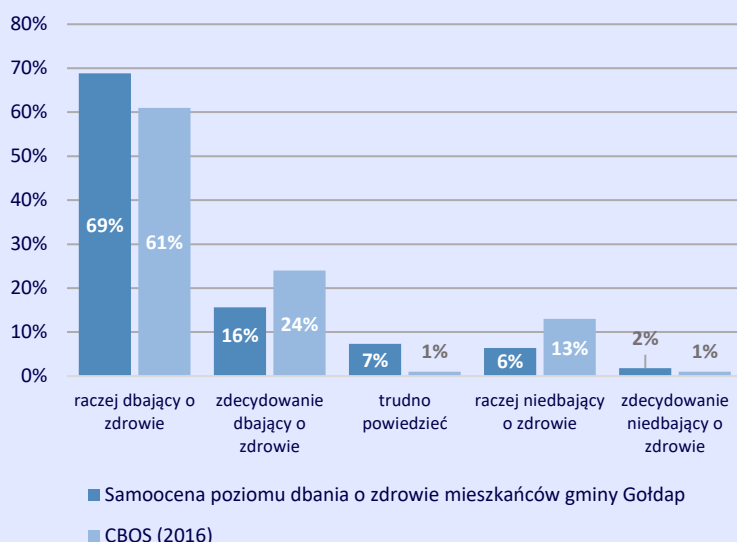
Nie najlepiej o świadomości świadczą z kolei odpowiedzi na bezpośrednio dotyczące problemu pytanie, z których wynika, że (Wykres 15.):

- **blisko połowa respondentów określa świadomość mieszkańców za ani dobrą, ani złą,**
- **niemal co trzeci uważa ją za złą lub bardzo złą,**
- **znacznie mniej, bo 13% ocenia ją za dobrą lub bardzo dobrą.**

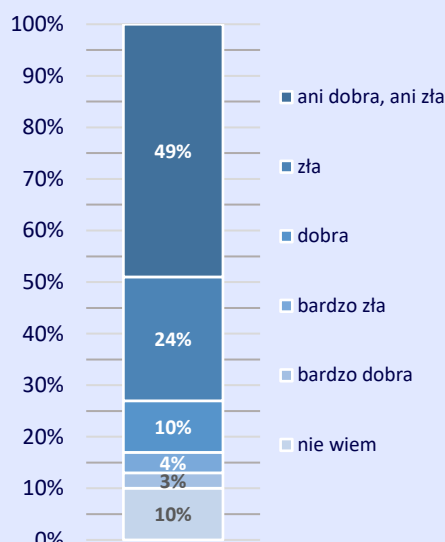
⁴⁶ W ocenie poziomu wykształcenia posłużono się danymi na poziomie powiatowym, które można uznać za reprezentatywne (ludność gminy to 3/4 populacji powiatu).

⁴⁷ Zob. <https://cbos.pl/PL/publikacje/news/2016/40/newsletter.php>

Wykres 14. Samoocena dbania o zdrowie mieszkańców gminy



Wykres 15. Ocena świadomości zdrowotnej mieszkańców



Źródło: badanie ankietowe.

Gorzej pod tym względem swoją społeczność oceniają **mieszkańcy o wysokim potencjalnym poziomie kompetencji zdrowotnych**⁴⁸ – mimo że nieco częściej pojawiała się w tym gronie dobra ocena (17%), to jeszcze częściej, bo **połowa, określiła świadomość mieszkańców za złą lub bardzo złą**. Również wśród przebadanych medyków⁴⁹ **przeważała (50%) opinia o złej świadomości gołdapian** (opinie o dobrej lub bardzo dobrej świadomości w ogóle się nie pojawiły).

Niższy poziom wykształcenia społeczności Gołdapi wskazuje na potencjalnie niższy poziom świadomości zdrowotnej niż w społeczeństwie polskim. Badanie społeczne potwierdza, że opinie o niezadowolającym poziomie kompetencji przewyższają te, wskazujące na zadowolenie w tym zakresie. Zjawisko nadumieralności mężczyzn może świadczyć, że problem jest zogniskowany szczególnie w tej grupie.

Zachowania zdrowotne

„Praktycznym wyznacznikiem” świadomości zdrowotnej są podejmowane na co dzień medyczne i pozamedyczne zachowania zdrowotne. Wśród pozamedycznych zachowań zdrowotnych do kluczowych zalicza się aktywność fizyczną.

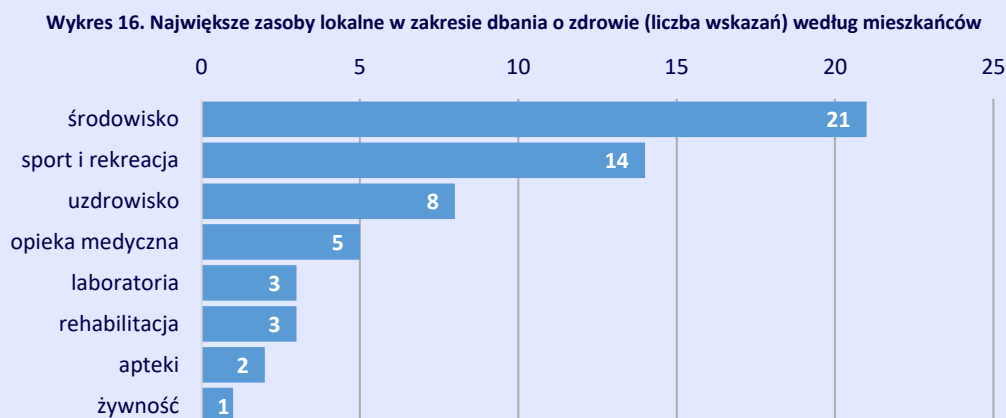
Gmina Gołdap zapewnia mieszkańcom **możliwości korzystania z rozbudowanej infrastruktury sportowo-rekreacyjnej**. Na jej terenie funkcjonują m.in.: centrum sportów zimowych, lodowisko, siłownia, pływalnia, hala sportowo-widowiskowa z boiskiem wielofunkcyjnym, korty tenisowe, pełnowymiarowe boisko do piłki nożnej z wyposażeniem lekkoatletycznym, plaża miejska (i możliwości związane z obecnością jeziora), pole minigolfowe oraz pumtrack (*Diagnoza społeczno-gospodarcza...*). Jednostka pełni więc nie tylko lokalne, ale i ponadlokalne funkcje sportowo-rekreacyjne.

Mieszkańcy są zadowoleni z tej oferty. Blisko $\frac{3}{4}$ ankietowanych ocenia dostępność do obiektów sportowych i terenów rekreacyjnych jako **dobłą (50%) lub bardzo dobrą (13%)**. Jeszcze więcej (**bo 82%**) **deklaruje korzystanie z tych obiektów w ciągu ostatnich 3 lat, a 74% z nich jest przekonana o korzystnym wpływie tej aktywności na zdrowie**.

⁴⁸ Z wyższym wykształceniem, uznający się za zdecydowanie dbających o zdrowie (n=12).

⁴⁹ n=10

Gołdapienie **uznają dobre warunki do aktywności fizycznej za drugi najważniejszy** (po dobrej jakości środowiska – w szczególności jakości powietrza i obecności zieleni) **zasób lokalny umożliwiający zachowanie zdrowia (Wykres 16.)**⁵⁰. Oba te czynniki stanowią motywację do podejmowania aktywności fizycznej.



Źródło: badanie ankietowe

Zgodnie z realizowaną przez gminę ideą Cittaslow na terenie gminy odbywają się wydarzenia promujące zdrowie. Przykładami są: cykliczne plenerowe imprezy prozdrowotne: *Więcej ruchu więcej zdrowia*⁵¹, *Festiwal zdrowia*⁵² czy skierowany do młodzieży szkolonej program *Trzymaj formę*⁵³. **Połowa ankietowanych w ciągu ostatnich 3 lat uczestniczyła w tego typu akcjach prozdrowotnych.** Spośród przebadanych uczestników takich wydarzeń / programów 40% jest zdania, że **pozytywnie (33%) lub bardzo pozytywnie (7%) wpłynęły** one na ich możliwości dbania o zdrowie. Więcej jednak (bo **co drugi**) **uważa, że wpływ ten był neutralny (27%) bądź trudny do oceny (24%)**. Blisko **70% ankietowanych korzysta też z innych źródeł wiedzy zdrowotnej** (zdobywanych poprzez różne środki przekazu). Dostępność do nich **mieszkańcy nie oceniają jednak najlepiej**. Ok. **39%** (korzystających) respondentów określa ją jako **przeciętną** (ani dobrą, ani złą), a **co trzeci jako złą (17%) lub bardzo złą (14%)**. Opinie w zakresie wydarzeń prozdrowotnych, jak i dostępności innych źródeł wiedzy mogą oznaczać **niepełne spełnianie potrzeb mieszkańców w zakresie edukacji zdrowotnej, co należałoby zbadać**.

Poza wiedzą, w zakresie działań ukierunkowanych na utrzymanie zdrowia ważną (zgodnie z modelem samoleczenia) rolę odgrywa **umiejętne korzystanie ze środków OTC**. Podstawową rolę w zabezpieczaniu potrzeb Polaków w tym zakresie pełnią apteki, choć coraz większą rolę odgrywa też sprzedaż w alternatywny sposób, w tym przez internet. W 3 gołdapskich aptekach pracuje łącznie 6 farmaceutów (BDL GUS), na jedną aptekę przypada **znacznie więcej potencjalnych pacjentów niż w Polsce (3 razy więcej) oraz województwie (o 1/3 więcej)** (Turosz 2023). Mimo to, respondenci uważają świadczone **usługi apteczne za wystarczające**. Około **75%** określa dostępność do nich jako **dobrą lub bardzo dobrą** – podobne wyniki osiągnięto w grupie osób źle oceniających swój stan zdrowia, jak i negatywnie oceniających możliwości dbania o zdrowie w gminie.

⁵⁰ Proszono o samodzielne wskazanie do trzech czynników / zasobów.

⁵¹ https://goldap.bialystok.lasy.gov.pl/oferta-edukacyjna/-/asset_publisher/x9eK/content/vii-plenerowa-impreza-prozdrowotna

⁵² <https://bpgoldap.pl/wp-content/uploads/2022/04/Zmiana-regulaminu-konkursu-na-nowa-nazwe-Festiwalu-zdrowia-imprezy-cyklicznej-organizowanej-w-Goldapi.pdf>

⁵³ <https://www.gov.pl/web/psse-goldap/trzymaj-forme-po-raz-xvi>

Mieszkańcy **dostrzegają rosnący potencjał samoleczenia**. Trzech na czterech respondentów zauważyło wzrost możliwości zakupu leków (korzystając w ostatnich latach z rosnącej liczby punktów sprzedaży oraz możliwości zakupu pozaaptecznego), a **większość (54%) z nich ocenia pozytywnie** te zmiany. Jeszcze więcej, bo **86% korzystało z samoleczenia poprzez stosowanie leków OTC** w ciągu ostatnich 3 lat, z czego **ponad 60% ocenia dostępność do leków bez recepty pozytywnie (38%) lub bardzo pozytywnie (22%)** w kontekście dbania o zdrowie⁵⁴.

Respondenci uważają się za dbających o zdrowie, a samym zachowaniom zdrowotnym w gminie sprzyja rozwinięta oferta sportowo-rekreacyjna, korzystne uwarunkowania środowiskowe oraz świadomość o roli aktywności sportowej w utrzymaniu zdrowia. Mieszkańcy gminy Gołdap są otwarci na samoleczenie, choć wymagana jest edukacja w tym zakresie (ze względu na wysoce prawdopodobne braki w świadomości zdrowotnej) – szczególnie jeżeli chodzi o stosowanie leków OTC. Pozytywnym jest ukierunkowanie polityki władz gminy na promocję zdrowia, natomiast kwestia dostosowania oferty edukacji zdrowotnej do potrzeb i oczekiwań mieszkańców wymaga dogłębniejszych analiz

⁵⁴ 25% określa jej wpływ jako neutralny.

3.5. Zdrowie w gminie Gołdap – synteza

Na podstawie przeprowadzonych analiz można wskazać **5 kluczowych obszarów** uwarunkowań zdrowotnych gminy Gołdap. Spośród nich **3 należy uznać za niekorzystne, a 2 za potencjalnie korzystne** w kontekście możliwości dbania o zdrowie przez mieszkańców (Tabela 2.).

Tabela 2. Uwarunkowania zdrowotne gminy Gołdap – synteza

Obszar	Uwarunkowania zdrowotne	
	Syntetyczny opis stanu	Ocena wpływu na możliwości dbania o zdrowie
Demografia	Aktualnie – sytuacja demograficzna nieznacznie korzystniejsza niż w kraju, prognoza wskazuje jednak na znacznie szybciej postępujące starzenie społeczności.	Niekorzystny – wiąże się ze wzrostem zapotrzebowania na opiekę (w tym medyczną) i prawdopodobnie ze spadkiem dochodów gminy.
Opieka medyczna	Gmina dotknięta silnym wykluczeniem w zakresie opieki szpitalnej oraz umiarkowanym wykluczeniem w zakresie opieki ambulatoryjnej. Cechą charakterystyczną są bardzo ograniczone i pogarszające się zasoby kadrowe (medycy) czemu sprzyja peryferyjne usytuowanie gminy.	Niekorzystny – podstawowe potrzeby mieszkańców nie są zaspokojone, część braków stanowi krytyczne zagrożenie dla zdrowia.
CyberZdrowie	Mieszkańcy są dobrze zaznajomieni z internetem (do którego mają dobry dostęp) i urządzeniami informatycznymi. Są też pozytywnie nastawieni do ich samodzielnego wykorzystania w celach zdrowotnych oraz do systemowych rozwiązań z zakresu cyfryzacji obiegu dokumentów i obsługi pacjenta. Niepełne przekonanie do samej telemedycyny można tłumaczyć niezadowoleniem z lokalnych usług opieki medycznej.	Potencjalnie korzystny – poziom cyfryzacji społeczności dobrze rokuje w kontekście rozwoju nowoczesnego modelu opieki medycznej umożliwiającego uzupełnienie wyrażnych braków infrastrukturalnych (opieki „stacjonarnej”).
Świadomość zdrowotna	Stosunkowo niski poziom wykształcenia mieszkańców oraz niekorzystna (samo)ocena wskazują na problemy w poziomie świadomości zdrowotnej. W statystyce epidemiologicznej dostrzegalna jest też nadumieralność mężczyzn na wybrane choroby oraz ich niższą (o 1 rok) niż w kraju długość trwania życia. Może to świadczyć o wyraźnym problemie w zakresie świadomości zdrowotnej w tej grupie. Mieszkańcy oczekują aktywniejszych i bardziej dopasowanych do potrzeb i preferencji działań w tym zakresie wykazując umiarkowane zadowolenie z oferty imprez promujących zdrowie i niskie zadowolenie z dostępności innych źródeł wiedzy o zdrowiu.	Niekorzystny – potencjalnie niską świadomość zdrowotną należy uznać za jedno z głównych zagrożeń zarówno w zakresie pozamedycznych czynników zdrowotnych (wpływających bezpośrednio na styl życia), jak i w zakresie odpowiedniego korzystania z opieki medycznej.
Zachowania zdrowotne	Mieszkańcy uważają się za dbających o zdrowie , a zachowaniom zdrowotnym sprzyja: rozwinięta oferta sportowo-rekreacyjna, korzystne uwarunkowania środowiskowe oraz świadomość o znaczeniu aktywności fizycznej. Mieszkańcy są też otwarcy na samoleczenie.	Potencjalnie korzystny – zainteresowanie aktywnością fizyczną oraz dobre warunki w zakresie infrastruktury sportowo-rekreacyjnej stanowią istotny potencjał dla dalszego propagowania zdrowego stylu życia. Wdrażanie odpowiednich zachowań zdrowotnych wymaga jednak <u>poprawy świadomości</u> (przenikanie wiedzy eksperckiej do życia) – w szczególności w zakresie samoleczenia.

Pozwala to na wskazanie istotnych cech gminy (definiujących możliwości realizowania określonych scenariuszy rozwoju), do których należą: **szybko starzejąca się społeczność, wykluczenie z opieki medycznej, dobry potencjał e-zdrowotny, potencjalnie niska świadomość zdrowotna, otwartość na zdrowy styl życia i samoleczenie.**

Na podstawie ich **krzyżowej analizy wpływu** można stwierdzić, że (Tabela 3.):

- do znacznego wzmocnienia problemu wykluczenia z opieki medycznej **szczególnie przyczynić się może** szybko postępujące starzenie się społeczności oraz niska świadomość zdrowotna,
- problem niskiej świadomości może być **silnie wzmacniany** przez dynamiczne starzenie się oraz wykluczenie z opieki medycznej,
- potencjał rozwoju e-zdrowia oraz otwartość na wdrażanie zdrowego stylu życia i samoleczenia **mogą niwelować** zdrowotne problemy wynikające z szybkiego starzenia się oraz wykluczenia zdrowotnego,
- potencjalnie niska świadomość zdrowotna stanowi **kluczową barierę, która może być niwelowana** dzięki otwartości na zdrowy styl życia (poprzez edukację zdrowotną).

Tabela 3. Macierz wpływu cech (uwarunkowań zdrowotnych) na siebie

Jak to zjawisko...	... wpływa na to	Szybko starzejąca się społeczność	Wykluczenie z opieki medycznej	Dobry potencjał e-zdrowotny	Potencjalnie niska świadomość zdrowotna	Otwartość na zdrowy styl życia i samoleczenie
						
	Szybko starzejąca się społeczność		— —	—	— —	—
	Wykluczenie z opieki medycznej	— —		—	— —	—
	Dobry potencjał e-zdrowotny	+ +	+ +		+	+ +
	Potencjalnie niska świadomość zdrowotna	— —	— —	— —		— —
	Otwartość na zdrowy styl życia i samoleczenie	+ +	+ +	+ +	+ +	

Źródło: opracowanie własne.

4. Gmina Gołdap w kontekście kluczowych wymiarów rozwoju zdrowia publicznego

Zestawieniu aktualnie obserwowanych kluczowych wymiarów rozwoju zdrowia w ujęciu makro z czynnikami lokalnymi służyła krzyżowa analiza wpływu (Tabela 4.) trendów zdrowotnych na lokalne uwarunkowania zdrowotne (wykazane w rozdz. 3.5).

Tabela 4. Macierz wpływu trendów (makro) na lokalne uwarunkowania zdrowotne

... wpływa na to		Lokalne uwarunkowania zdrowotne				
		Szybko starzejąca się społeczność	Wykluczenie z opieki medycznej	Dobry potencjał e-zdrowotny	Potencjalnie niska świadomość zdrowotna	Otwartość na zdrowy styl życia i samoleczenie
Jak to zjawisko... Trendy zdrowotne	Rozwój samoleczenia	+	+	+	+	+
	Wzrost świadomości zdrowotnej	+	+	+	+	+
	Rozwój CyberZdrowia	+	+	+	+	+
	Wzrost srebrnej generacji		-	-	-	-
	(Nie)dostępni medycy	-	-	-	-	-
	Kryzys mentalny	-	-		-	-

* samoleczenie wymaga odpowiedniego poziomu świadomości, bez czego może stanowić zagrożenie

Źródło: opracowanie własne.

Z tej analizy wynika, że:

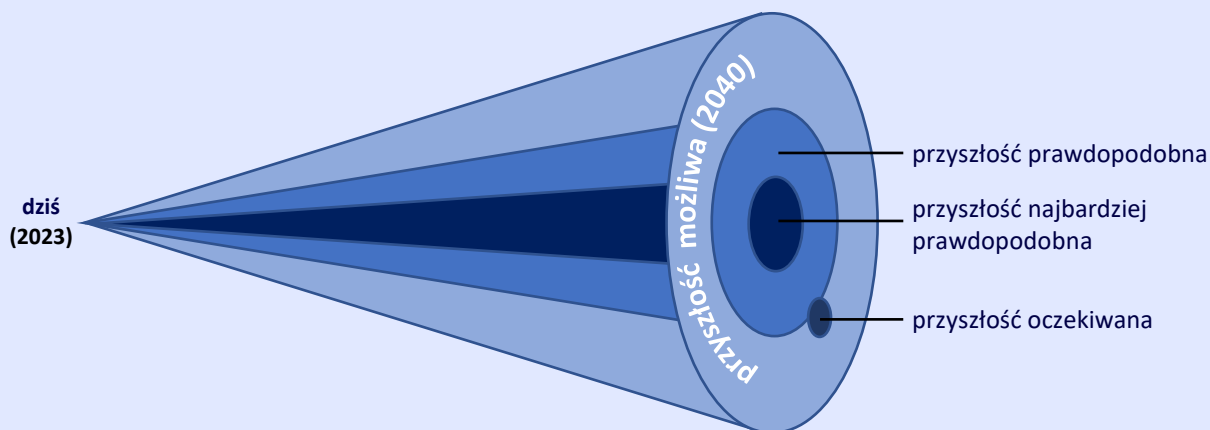
- **wykorzystanie trendów wzrostu świadomości zdrowotnej i wzrostu samodzielności pacjentów** (upodmiotawiania dzięki odpowiedzialnemu – świadomemu – samoleczeniu) stanowi główny potencjał w kontekście **poprawy możliwości dbania o zdrowie** mieszkańców (we wszystkich 5 zdefiniowanych obszarach⁵⁵),
- **wykorzystanie rozwoju cyfryzacji zdrowia** może znacząco **zniwelować problemy** związane z szybkim starzeniem społeczności lokalnej i wykluczeniem z opieki medycznej, czemu sprzyja **dobry lokalny potencjał do wykorzystania nowoczesnych rozwiązań w zdrowiu**, ważną kwestią jest jednak **utrzymywanie dobrego poziomu kompetencji cyfrowych wśród wszystkich grup wiekowych (w tym wśród seniorów)**,
- **pogłębiająca się niedostępność medyków może wielowymiarowo zagrażać** możliwościom dbania o zdrowie w gminie (w tym w zakresie potencjału e-zdrowotnego).

⁵⁵ W przypadku samoleczenia (wzrostu samodzielności) – pod warunkiem odpowiedniego poziomu kompetencji zdrowotnych.

5. Scenariusze przyszłości

Popularne w studiach nad przyszłością jest podejście upraszczające przyszłość do trójwymiarowego stożka, który rozszerza się wraz z wydłużeniem horyzontu czasowego, obrazując tym samym rosnącą niepewność (Rysunek 7.).

Rysunek 7. Stożek przyszłości



Źródło: Government Office for Science (2016).

W rozważaniach na temat scenariuszy w zakresie możliwości dbania o zdrowie w gminie Gołdap ograniczono się do przyszłości możliwej. W jej obszarze powstały **3 scenariusze obrazujące zmiany do roku 2040:**

- najbardziej prawdopodobny, będący kontynuacją obserwowanych tendencji scenariusz referencyjny (***zdrowotna stagradacja***),
- oraz dwa kontrastowe:
 - negatywny (***pozostawieni w tyle – podwójnie wykluczeni***),
 - pozytywny (***usieciowiona samodzielność***).

Zdrowotna stagnacja

Demografia	Opieka medyczna	CyberZdrowie	Świadomość zdrowotna	Zachowania zdrowotne
∨	∧	—	∧	—
szybkie starzenie się ludności gminy	poprawa zasobu kadrowego i instytucjonalnego nie okazała się lokalnym <i>gamechangerem</i>	niewykorzystany potencjał lokalny, znaczna część mieszkańców niezainteresowana zaawansowanymi technologiami w zdrowiu	wzrost wyniku z tendencji globalnych i jest niewystarczający do wyrównania szans zdrowotnych	utrzymała się świadomość o roli aktywności, lecz przeciwstawia się jej bierność związana ze starzeniem samoleczenie nie jest optymalnie wykorzystywane

Zdrowotna stagnacja to połączenie stagnacji (braku lub niewystarczającego na tle kraju rozwoju) w zakresie e-zdrowia, świadomości i zachowań zdrowotnych z pogłębiającą problem degradacją demograficzną.

Scenariusze demograficzne sprawdziły się i w roku 2040 co trzeci mieszkaniec to emeryt, plaga wielochorobowości i rosnący problem niedożywienia wymaga coraz większego zainteresowania władz publicznych. Rosnące potrzeby są niezwykle trudne do zaspokojenia, gdyż jedynie nieco ponad 40% gołdapan „utrzymuje” ludność nieprodukcyjną. Budżet jest więc mocno ograniczony, choć sytuację polepsza nieco uzdrowiskowy (turystyczny) charakter gminy.

Wspólnymi siłami, dzięki wysiłkom zdeterminowanej ludności oraz władz lokalnych i powiatowych udało się poprawić personalny zasób lokalny (liczba medyków) oraz infrastrukturalny. Szpital wciąż spełnia jednak jedynie wybrane funkcje, a jego dalszy rozwój uniemożliwia peryferyjne położenie gminy. Wysiłki w tym zakresie były kosztowne i przysłoniły konieczność dostosowania do nowoczesnych standardów medycyny zindywidualizowanej i silnie ucyfrowionej, która została siłą rzeczy zepchnięta na dalszy plan. Potencjał wyrównywania szans zdrowotnych za sprawą lokalnego potencjału cyfrowego nie został w związku z czym w pełni wykorzystany. Mieszkańcy korzystają z nowoczesnych rozwiązań, ale nie są w tym na tyle biegli, by znacząco zmieniło to nadal występujące wykluczenie z opieki medycznej.

Edukacja zdrowotna nie została dostosowana do potrzeb przyszłości oraz oczekiwań mieszkańców. Nie zbudowano więc odpowiednich kompetencji zdrowotnych do upodmiotowienia pacjentów, czyli odpowiedzialnego i skutecznego odciążenia lokalnych zasobów medycznych.

Pozostawieni w tyle – podwójnie wykluczeni

Demografia	Opieka medyczna	CyberZdrowie	Świadomość zdrowotna	Zachowania zdrowotne
✓	✓	✓	✓	✓
szybkie starzenie się ludności gminy wzmocnione emigracją młodych	dalsza degradacja zasobów wewnętrzne (demografia) i zewnętrzne (konkurencja) czynniki stordowały starania władz i społeczności	niskie dochody znacznej części mieszkańców (emeryci) oraz ich kurczące się i przedawniające się kompetencje cyfrowe ograniczają możliwości	stare społeczeństwo ma problemy ze sprawnym poszukiwaniem i wykorzystywaniem wiedzy o zdrowiu, jest też nieufne i podatne na fakenews'y	problemem jest rosnąca bierność (fizyczna i społeczna) związana ze starzeniem samoleczenie nie jest optymalnie wykorzystywane

Pozostawieni w tyle to scenariusz podwójnego wykluczenia – z tradycyjnych możliwości dbania o zdrowie (opartych na lokalnych zasobach infrastrukturalnych i personalnych) oraz z nowoczesnych, zdeinstytucjonalizowanych możliwości realizacji potrzeb za sprawą rozwiniętych technologii oraz samodzielności (podmiotowości) pacjentów.

Spełniła się najgorsza prognoza demograficzna, zakładająca bardzo wysoki (dwukrotny) przyrost liczby osób w wieku poprodukcyjnym oraz spadek liczby młodych (w wieku przedprodukcyjnym) o blisko połowę. Liczba seniorów i osób w wieku produkcyjnym zrównała się i mimo, że obciążenie demograficzne jest porównywalne jak w scenariuszu *zdrowotna stagnacja*, to trzykrotna przewaga seniorów nad młodymi wskazuje na znacznie gorsze perspektywy na przyszłość.

Jedynie część mieszkańców (szczególnie młodsze osoby w wieku produkcyjnym) potrafi i ma odpowiednie dochody by kompetentnie korzystać z dostępnych zaawansowanych możliwości realizacji swoich potrzeb zdrowotnych bez względu na odległość. Reszta boryka się z bardzo dużym wykluczeniem zdrowotnym, którego ze względu na rosnącą krajową polaryzację na linii centra – peryferia (duże miasta vs. średnie i małe miasta oraz wsie) nie udało się przezwyciężyć. Lokalny potencjał cyfrowy nie został więc wykorzystany, a ogromnym problemem jest uzależnienie od pogarszających się uwarunkowań lokalnych w zakresie opieki medycznej. Wynika to z tego, że pomimo wzrostu liczby lekarzy w kraju znaczna konkurencja regionalna i krajowa uniemożliwia zabezpieczenie na miejscu potrzeb w zakresie opieki szpitalnej i specjalistycznej. Opieka z zakresu POZ, mimo że dostępna, to okazuje się być iluzoryczna, gdyż dostępność do lekarza rodzinnego (w warunkach powszechnej, związanej z wiekiem, wielochorobowości) jest znacznie ograniczona, szczególnie dla osób pracujących.

Niekorzystna sytuacja społeczno-ekonomiczna gminy nie tylko nie pozwoliła na zwiększenie wydatków na edukację zdrowotną, ale też zmusiła władze do ich ograniczenia. Kompetencje zdrowotne mieszkańców nie uległy więc poprawie, a pogarszająca sytuacja na „rynku” usług medycznych wymusiła część nieprzygotowanych do tego mieszkańców do korzystania z mechanizmów samolecznictwa, co ostatecznie skutkuje nadmiarowymi zgonami. Niska aktywność społeczna, na której animację gminy również nie stać pogłębia problem nienadążania za błyskawicznym przepływem informacji (wiedzy o zdrowiu) oraz wzmacnia nieufność skutkującą większą podatnością na fakenews'y. Dochodzi też do błędnego koła ograniczania aktywności fizycznej: starzenie się skutkuje wielochorobowością utrudniającą aktywność, zaś jej ograniczenie pogarsza sprawność organizmu (fizyczną i – związaną ze spadkiem intensywności kontaktów społecznych – psychiczną).

Usieciowiona samodzielność

Demografia	Opieka medyczna	CyberZdrowie	Świadomość zdrowotna	Zachowania zdrowotne
—	^	^	^	^
struktura ludności nie uległa zmianie	poprawa zasobu kadrowego i instytucjonalnego w zakresie krytycznych świadczeń medycznych	sprawne korzystanie z e-zdrowia skutecznie ogranicza problem wykluczenia z opieki szpitalnej i specjalistycznej	kompetencje zdrowotne mieszkańców w zakresie zdefiniowanych problemów poprawiły się	dobre praktyki z zakresu <i>lifestylowych</i> zachowań zdrowotnych oraz tych związanych z samoleczeniem i korzystaniem z opieki medycznej stały się kluczowym zasobem mieszkańców

Usieciowiona samodzielność to scenariusz zakładający połączenie samowystarczalności (za sprawą świadomości i odpowiednich zachowań zdrowotnych), umocnionych obecnością koniecznej do zapewnienia przy miejscu zamieszkania opieki medycznej oraz uczestnictwem w sieci nowoczesnych (cyfrowych) usług medycznych świadczonych na odległość.

Scenariusz zakłada spełnienie optymistycznej prognozy demograficznej i zachowania stosunkowo pozytywnej proporcji podziału na ekonomiczne grupy wieku z dominacją ludności produkcyjnej (ok 60%) i równym udziałem ludności nieprodukcyjnej (przedprodukcyjnej i poprodukcyjnej).

Determinacja społeczności lokalnej oraz współpraca władz powiatowych i lokalnych poskutkowałą poprawą w zakresie opieki medycznej na terenie gminy. Peryferyjność gminy oraz ograniczone możliwości finansowe wymagały jednak podejścia racjonalnego, polegającego na priorytetyzacji i skupieniu się na zapewnieniu dostępu do koszyka usług o kluczowym dla zapewnienia bezpieczeństwa znaczeniu. Pozwoliło to na otwarcie dobrze wyposażonego oddziału wewnętrznego, którego kadra umożliwia też funkcjonowanie całodobowej izby przyjęć, będącej alternatywą dla oddalonego o kilkadziesiąt kilometrów oddziału ratunkowego (w przypadkach, w których konieczne jest szybkie zaopatrzenie chorego). Na terenie gminy są też zabezpieczone podstawowe potrzeby z zakresu medycznej opieki specjalistycznej oraz podstawowej (POZ), jednak znaczna część mieszkańców korzysta z rozwiniętych możliwości telemedycyny. Zdalna diagnostyka oraz monitoring stanu zdrowia z wykorzystaniem sztucznej inteligencji pozwala na opiekę na odległość w przypadku większości dolegliwości i zaczyna wypierać opiekę stacjonarną. Coraz bardziej rozwija się też idea *opieki szpitalnej w domu* (wirtualne oddziały)⁵⁶, która dzięki wyeliminowaniu największych lokalnych problemów z zakresu świadomości zdrowotnej i utrzymania wysokiego poziomu *health literacy* jest z powodzeniem stosowana przez mieszkańców.

Kluczową rolę odgrywa świadomość mieszkańców o dominującej roli własnej postawy na stan zdrowia. Gmina we współpracy z samorządem powiatowym, środowiskiem medyków, lokalnymi przedsiębiorstwami i organizacjami pozarządowymi oraz siecią Cittaslow wciąż kontynuuje swoją wizję miasta zdrowia. Kampania edukacyjna stała się jednak znacznie bardziej dopasowana do zdefiniowanych problemów w świadomości mieszkańców, ale też zgłaszanych przez nich potrzeb. Pozwoliło to na wpajanie do zbiorowej świadomości praktycznej wiedzy o zdrowych praktykach nie

⁵⁶ Zob. <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/public-sector/deloitte-ch-en-hospital-at-home.pdf>

tylko z zakresu aktywności fizycznej czy diety, ale również samoleczenia (w tym samoordinacji leków i samodiagnostyki – rozpoznawania stopnia poważności swoich dolegliwości) i umiejętnego korzystania z opieki medycznej.

Dopełnia się więc wizja ograniczająca lokalne trudności spowodowane peryferyjnością dzięki zapewnieniu dostępu do kluczowych zasobów opieki medycznej na miejscu oraz upodmiotowieniu pacjentów dzięki dynamicznie rozwijającym się możliwości e-zdrowotnych i wciąż rosnącej świadomości zdrowotnej.

6. Podsumowanie i rekomendacje

Przeprowadzona diagnoza wykazała zarówno potencjały, jak i zagrożenia w zakresie kształtowania możliwości dbania o zdrowie mieszkańców gminy Gołdap.

Do największych problemów należą bez wątpienia: niewystarczająca świadomość zdrowotna, znaczne i dotkliwe wykluczenie mieszkańców z opieki medycznej (w szczególności szpitalnej) oraz pogarszająca się sytuacja demograficzna.

Potencjałami bez wątpienia są zaś: determinacja mieszkańców w zakresie poprawy warunków zdrowotnych, dobre warunki do aktywności fizycznej i otwartość mieszkańców na zdrowy styl życia, potencjał wykorzystania e-zdrowia oraz otwartość na samoleczenie.

Przeprowadzona analiza pozwala stwierdzić, że przyszłość zdrowia publicznego gołdapskiej społeczności uwarunkowana jest **świadomością zdrowotną** mieszkańców, rozwojem **e-zdrowia**, **lokalną dostępnością do opieki medycznej** (szczególnie w zakresie potrzeb krytycznych, tj. koniecznych do zapewnienia w pobliżu) oraz odpornością na **nadciągający kryzys demograficzny**.

Zakładając, że celem jest realizacja pozytywnego scenariusza, władzom gminy Gołdap rekomenduje się dążenie do realizacji następujących działań.

1. Poprawa świadomości zdrowotnej mieszkańców, w tym np. poprzez:

- **diagnozę kluczowych potrzeb (luk skutkujących wzrostem zachorowań) oraz oczekiwań w tym zakresie,**
- **promocję w zakresie:**
 - **odpowiedniego korzystania z opieki medycznej i samoleczenia** (szczególnie: edukacja z zakresu samoordynacji leków i najczęściej popełnianych błędów w tym zakresie oraz rozróżniania stanów możliwych do samodzielnego leczenia od stanów wymagających konsultacji medycznej),
 - **promocję prawidłowych nawyków (w tym dotyczących aktywności fizycznej i diety),**
- **edukację z zakresu zdrowia psychicznego.**

2. Wykorzystanie rosnącego potencjału CyberZdrowia (e-zdrowia), w tym poprzez:

- **promowanie wśród mieszkańców i medyków istniejących i rozwijających się możliwości z zakresu e-zdrowia** (np. elektronika noszona – jak opaski SOS, poradnie POZ funkcjonujące w formie aplikacji mobilnej⁵⁷, internetowe konto pacjenta i aplikacja mojejKP, darmowe porady online w zakresie dietetyki Narodowego Centrum Edukacji Żywieniowej⁵⁸ czy aplikacja NFZ generująca dopasowane do potrzeb pacjenta diety⁵⁹),
- **poprawę i utrzymanie na wysokim poziomie kompetencji cyfrowych mieszkańców,**
- **zapewnienie infrastrukturalnych warunków do korzystania z e-zdrowia** (które będą się dynamicznie zmieniać wraz z rozwojem technologii).

⁵⁷ Np. poradnia Dok Dok (<https://dokdok.pl/>) czy Jutro Medical (<https://jutromedical.com/>).

⁵⁸ Zob. <https://ncez.pzh.gov.pl/>

⁵⁹ Zob. <https://diety.nfz.gov.pl/>

3. Poprawa dostępu do stacjonarnej opieki medycznej w celu (co najmniej podstawowego) zabezpieczenia kluczowych potrzeb poprzez:

- **rozpoznanie kluczowych niedoborów** (biorąc pod uwagę przyszłe lokalne i globalne wyzwania),
- **współpracę władz publicznych (pobliskie gminy, powiat, województwo i regionalny oddział NFZ) z udziałem mieszkańców, organizacji pozarządowych i przedsiębiorstw w celu wypracowania działań naprawczych.**

4. Realizacja wizji pomyślnego starzenia, w tym poprzez:

- **zapewnienie warunków do rozwoju aktywności zawodowej seniorów,**
- **rozwój produktywnej i satysfakcjonującej aktywności społecznej seniorów,**
- **promocję uczenia się przez całe życie,**
- **promocję ogólnokrajowych programów profilaktyki chorób oraz realizację własnych zadań z zakresu profilaktyki** (w tym przez tworzenie i realizację ukierunkowanych na wybrane problemy zdrowotne programów polityki zdrowotnej).

Realizacja tych założeń mieści się w zakresie kompetencji władz samorządowych (w tym gminnych). Wskazują na to nie tylko przepisy *Ustawy o samorządzie gminnym, powiatowym i wojewódzkim* (określające jako zadanie władz samorządowych promocję i ochronę zdrowia oraz politykę senioralną), ale też *Ustawy o zdrowiu publicznym, Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych* oraz z *Ustawy o działalności leczniczej*, które dają władzom samorządowym bardzo szeroki zakres możliwości (ale nie jasno wskazanych obowiązków) w zakresie polityki zdrowotnej (Turosz 2023). Do przywilejów samorządów w tym zakresie zalicza się m.in.: rozpoznawanie potrzeb zdrowotnych i ocenę adekwatności i skuteczności świadczeń, dostosowaną do potrzeb edukację zdrowotną, kreowanie odpowiednich postaw czy profilaktykę chorób. Samorządy mogą w ramach swoich działań tworzyć i realizować ukierunkowane na konkretne problemy programy polityki zdrowotnej, które mogą być dofinansowane przez NFZ. W przypadku rozpoznania takiej potrzeby mogą nawet tworzyć podmioty lecznicze oraz finansować świadczenia, co jednak ze względu na ograniczone możliwości finansowe zazwyczaj nie jest możliwe do realizacji. Stąd też konieczne jest racjonalne podejście wyboru zakresu oraz skali działań do ograniczonych możliwości lokalnych, tak by przy możliwym do poniesienia koszcie uzyskać najlepsze efekty.

Znaczna część tych założeń nie musi być realizowana na poziomie lokalnym (gminnym). Zadania z zakresu polityki zdrowotnej są na tyle złożone, że wymagają włączenia władzy centralnej oraz wszystkich szczebli samorządu (Turosz 2023). Gminy powinny być szczególnie zainteresowane zadaniami o charakterze lokalnym, wiele problemów mieszkańców stanowią jednak wyzwania ponadlokalne (np. opieka szpitalna czy ratownictwo medyczne). Nie wyłącza to jednak odpowiedzialności gminy, gdyż „zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty” należy do jej zadań własnych (*Ustawa o samorządzie gminnym*). Współpracę należy więc pojmować jako szansę na skuteczną realizację wskazanych działań. Poza dość oczywistą koniecznością wdrażania wspólnych starań na relacji gmina – powiat – województwo (z udziałem NFZ-u w sprawach opłacania świadczeń), należy silniej skupić się na mniej popularnych w tym zakresie możliwościach współpracy w ramach bardziej rozbudowanych sieci, poprzez **silniejsze włączenie do dyskusji oraz działań:**

- **innych gmin** – gmina Gołdap nie jest jedyną jednostką w okolicy, której mieszkańcy borykają się z problemami w zakresie zdrowia (bliskość i podobny charakter pobliskich gmin oznacza występowanie podobnych problemów w zakresie wykluczenia z opieki medycznej oraz – z dużym prawdopodobieństwem – w zakresie sytuacji społeczno-ekonomicznej), na możliwości tworzenia sformalizowanych form współpracy wskazuje art. 10 *Ustawy o samorządzie gminnym* oraz art. 14rb *Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju* (kontrakt terytorialny) – otwiera to **dodatkowe możliwości uzyskania środków zewnętrznych (dofinansowania)**,
- **społeczeństwa** – mieszkańcy dają swoją postawą dowód dużego zainteresowania oraz chęci zmiany niekorzystnych warunków zdrowotnych, warto „wykorzystać” ten potencjał,
- **organizacji pozarządowych** – możliwość współpracy z istniejącymi organizacjami, te mogą przejąć od gminy/powiatu wiele zadań, by realizować je „oddolnie”, aktywność zainteresowanych poprawą warunków zdrowotnych mieszkańców również może być podstawą powstania organizacji pozarządowej,
- **sektorem edukacji** – szkoły, ośrodki szkoleniowe i uniwersytety III wieku mogą być aktywnym aktorem w procesie budowania odpowiedniego poziomu *health literacy* mieszkańców w każdym wieku,
- **mediów lokalnych** – odpowiednio wykorzystane media internetowe oraz tradycyjne mogą stanowić skuteczne narzędzie promocji zdrowia,
- **ekspertów zewnętrznych** – włączenie specjalistów z zakresu zdrowia publicznego w celu odpowiedniej diagnozy sytuacji, definiowania celów szczegółowych i sposobu ich realizacji.

Spis wykresów, tabel i ilustracji:

Wykresy:

Wykres 1. Pola zdrowotne (<i>Health Field Concept</i>) wg Lalonde'a	8
Wykres 2. Stosowanie środków bez recepty przez Polaków (w ciągu ostatnich 12 miesięcy)	10
Wykres 3. Styl życia Polaków na przestrzeni lat	12
Wykres 4. Bierność zdrowotna Polaków – zmiany na przestrzeni lat	13
Wykres 5. Liczba porad lekarskich rocznie na mieszkańca Polski (2012-2021)	18
Wykres 6. Wezwania ZRM do zaburzeń psychicznych (2012-2021)	19
Wykres 7. Zwolnienia spowodowane zaburzeniami psychicznymi (2016-2021)	19
Wykres 8. Prognoza demograficzna dla gm. Gołdap	22
Wykres 9. Ocena mieszkańców nt. dostępności do opieki ambulatoryjnej i usług komplementarnych	25
Wykres 10. Największe bariery lokalne w zakresie dbania o zdrowie (liczba wskazań) według mieszkańców	29
Wykres 11. Ocena dostępności do internetu wśród mieszkańców	31
Wykres 12. Popularność rozwiązań e-zdrowotnych wśród gołdapien	32
Wykres 13. Wykształcenie gołdapien (2021)	33
Wykres 14. Samoocena dbania o zdrowie mieszkańców gminy	33
Wykres 15. Ocena świadomości zdrowotnej mieszkańców	34
Wykres 16. Największe zasoby lokalne w zakresie dbania o zdrowie (liczba wskazań) według mieszkańców	35

Tabele:

Tabela 1. Syntetyczny opis trendów w zdrowiu publicznym	20
Tabela 2. Uwarunkowania zdrowotne gminy Gołdap – synteza	37
Tabela 3. Macierz wpływu cech (uwarunkowań zdrowotnych) na siebie	38
Tabela 4. Macierz wpływu trendów (makro) na lokalne uwarunkowania zdrowotne	39

Ilustracje:

Rysunek 1. Model telemedycyny i teleopieki	15
Rysunek 2. Ogólnodostępne aplikacje zdrowotne (od lewej: Huawei Zdrowie, mojeIKP, Apple Zdrowie)	16
Rysunek 3. Sytuacja demograficzna gminy Gołdap (2021)	22
Rysunek 4. Czas dojazdu samochodem do najbliższych oddziałów szpitalnych	27
Rysunek 5. Penetracja lokalowa internetem stacjonarnym	30
Rysunek 6. Budynkowa dostępność LTE	30
Rysunek 7. Stożek przyszłości	40

Fotografia 1. Gołdapskie tężnie solankowe należą do jednych z największych budowli tego typu w Polsce	28
---	----

Bibliografia:

- Ates H. C., Nguyen P. Q., Gonzalez-Macia L., Morales-Narváez E., Güder F., Collins J. J., Dincer C., 2022, *End-to-end design of wearable sensors*, „Nature Reviews Materials” 7, nr 11, s. 887-907.
- Borstern G., 2016, Lecz się sam – bezpiecznie i odpowiedzialnie [w:] K. Krajewski-Siuda, 2016, *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, s. 14-18.
- CBOS, 2016a, *Leki dostępne bez recepty i suplementy diety*, Komunikat z badań nr 158/2016.
- CBOS, 2016b, *Zdrowie i prozdrowotne zachowania Polaków*, Komunikat z badań nr 138/2016.
- CBOS, 2018, *Opinie na temat funkcjonowania opieki zdrowotnej*, Komunikat z badań nr 89/2018.
- CBOS, 2020a, *Wartości w czasach zarazy*, Komunikat z badań nr 160/2020.
- CBOS, 2020b, *Zdrowie online*, Komunikat z badań nr 100/2020.
- Dew K., Chamberlain K., Hodgetts D., Norris P., Radley A., Gabe J., 2014, *Home as a hybrid centre of medication practice*, „Sociology of Health & Illness” 36, nr 1, s. 28-43.
- Drygas W., Bielecki W., Kozakiewicz K., Pajak A., Piotrowski W., Tykarski A., ... Zdrojewski T., 2015, *Wieloośrodkowe Ogólnopolskie Badanie Stanu Zdrowia Ludności - WOBASZ*, „Epidemiologia i prewencja chorób układu krążenia”, s. 41-55.
- Flis R., Szut J., Mazurek-Kucharska B., Kuciński J., 2009, *E-usługi - definicja i przykłady*, Polska Agencja Rozwoju Przedsiębiorczości, Warszawa.
- Government Office for Science, 2016, *Future of Cities: Foresight for Cities. A resource for policy-makers*, London.
- GUS, 1990, *Mały rocznik statystyczny*, Warszawa.
- GUS, 2022, *Ambulatoryjna opieka zdrowotna w 2021r.*
- Iwanowicz E., 2009, „Health literacy” jako jedno ze współczesnych wyzwań zdrowia publicznego, „Medycyna Pracy” 60, nr 5, s. 427-437.
- Jasinski T., Szejnberg A., 2015, *Jasiński T., Szejnberg A. (2015), Predyspozycje do podejmowania zachowań zdrowotnych u studentek pedagogiki* [w:] A. Woroniecka-Borowska, T. Kruszewski (red.), *Interdyscyplinarne oddziaływania edukacyjne w perspektywie rozwoju ontogenetycznego*, Płock: Wydawnictwo Naukowe NOVUM., s. 199-217.
- Jones A., Jones D., 2022, *A Novel Bayesian General Medical Diagnostic Assistant Achieves Superior Accuracy With Sparse History*, „Frontiers in Artificial Intelligence” 5, s. 1-13.
- Kłak A., Gawińska E., Samoliński B., Raciborski F., 2017, *Dr Google as the source of health information – the results of pilot qualitative study*, „Polish Annals of Medicine” 24, 2, s. 188–193.
- Kłos J., 2014, *Zjawisko zdrowego stylu życia we współczesnym społeczeństwie polskim*, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Wydział Nauk o Zdrowiu, Poznań.
- Korporowicz V., 2020, *Health literacy in shaping health resources (example of adult warsaw youth)*, „Polityka Społeczna” 558, nr 9, s. 2-9.
- Krajewski-Siuda K. (red.), 2016, *Odpowiedzialne i nowoczesne samoleczenie w systemie ochrony zdrowia*, Fundacja Obywatele Zdrowo Zaangażowani.

- Lalonde M., 1974, *A new perspective on the health of Canadians. Lalonde: A Working Document*, Minister of Supply and Services Canada, Ottawa.
- Laskowska-Szcześniak M., Kozak-Szkopek E., 2013, *Uwarunkowania pomyślnego starzenia*, „Forum Medycyny Rodzinnej” 7, nr 6, s. 287-294.
- Lee S.-Y. D., Arozullah A. M., Cho Y. I., 2004, *Health literacy, social support, and health: a research agenda*, „Social Science & Medicine” 58, nr 7, s. 1309-1321.
- Marvasti F. F., Stafford R. S., 2012, *From “Sick Care” to Health Care: Reengineering Prevention into the U.S. System*, „The New England journal of medicine” 367, nr 10, s. 889-891.
- Nowakowska M., 2010, *Społeczno-kulturowe uwarunkowania zmian w rozumieniu kategorii zdrowia i choroby*, 3, s. 7-21.
- Nowicki G. J., Ślusarska B., Zboina B., Kocka K., Bartoszek A., Wiśniewska A., 2018, *Zakres rozumienia pojęcia „zachowania zdrowotne” oraz uwarunkowania aktywności zdrowotnej człowieka*, „Acta Scientifica Academiae Ostroviensis. Sectio A, Nauki Humanistyczne, Społeczne i Techniczne” 11, nr 1, s. 372-387.
- Ortman E. B., Kowalewska B., Krajewska-Kułak E., 2020, *Zjawisko samoleczenia w kontekście zapotrzebowania na edukację zdrowotną*, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku, Białystok.
- PMR, 2022, *Dystrybucja na rynku farmaceutycznym w Polsce 2022. Analiza rynku i prognozy rozwoju na lata 2022-2027*.
- Probuscka D., 2012, W jaki sposób wiedza z zakresu etyki może pomóc w samoleczeniu? [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, s. 187-192.
- Przybyłka A., 2017, *Starzenie się ludności w Polsce jako wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia*, „Studia Ekonomiczne” 309, s. 179-190.
- Rynek apteczny w Polsce. Edycja IV*, 2021, Grant Thornton.
- Santander Consumer Bank, 2022, *Bezpieczni na e-zakupach 2022*.
- Schulz P. J., Nakamoto K., 2013, *Health literacy and patient empowerment in health communication: The importance of separating conjoined twins*, „Patient Education and Counseling” 90, nr 1, s. 4-11.
- Sprawozdanie zarządu z działalności GoldMedica sp. Z o.o. w Gołdapi za rok 2021.
- Turosz S., 2023, *Potrzeby zdrowotne mieszkańców a samorząd gminny – przypadek gminy Gołdap*, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Turosz S., w druku, *Przestrzenne skutki nowoczesnej deinstytucjonalizacji zdrowia – nowe trendy społeczne w zdrowiu publicznym i ich wpływ na przestrzeń*, „Prace i Studia Geograficzne”, Wydział Geografii i Studiów Regionalnych Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Ustawa o samorządzie gminnym, Dz. U. 1990 Nr 16 poz. 95.
- Ustawa o samorządzie powiatowym, Dz. U. 1998 Nr 91 poz. 578.
- Ustawa o samorządzie województwa, Dz. U. 1998 Nr 91 poz. 576.
- Ustawy o zasadach prowadzenia polityki rozwoju, Dz. U. 2006 Nr 227 poz. 1658.
- Wdowiak L., Kapka L., 2012, *Samoleczenie a zdrowie publiczne*, [w:] K. Krajewski-Siuda (red.), *Samoleczenie*, Instytut Sobieskiego, Warszawa, s. 13-24.

World Economic Forum 2023, *Global Health and Healthcare Strategic Outlook: Shaping the Future of Health and Healthcare. Insight Report*,
https://www3.weforum.org/docs/WEF_Global_Health_and_Healthcare_Strategic_Outlook_2023.pdf

World Health Organization 2022, *World mental health report: Transforming mental health for all*,
<https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240049338>

Wrona-Polańska H., 2003, *Zdrowie jako funkcja twórczego radzenia sobie ze stresem: psychologiczne mechanizmy i uwarunkowania zdrowia w zawodzie nauczyciela*, Wydawnictwo Naukowe Akademii Pedagogicznej, Kraków.
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/absencje-chorobowe/>
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ambulatoryjna-opieka-specjalistyczna/>
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/kadry-medyczne/kadry-medyczne/>
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/leczenie-szpitalne/>
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/podstawowa-opieka-zdrowotna/>
<https://basiw.mz.gov.pl/mapy-informacje/mapa-2022-2026/analizy/ratownictwo-medyczne/>
<https://bpgoldap.pl/wp-content/uploads/2022/04/Zmiana-regulaminu-konkursu-na-nowa-nazwe-Festiwalu-zdrowia-imprezy-cyklicznej-organizowanej-w-Goldapi.pdf>
<https://bpgoldap.pl/wp-content/uploads/2022/04/Zmiana-regulaminu-konkursu-na-nowa-nazwe-Festiwalu-zdrowia-imprezy-cyklicznej-organizowanej-w-Goldapi.pdf>
<https://cbos.pl/PL/publikacje/news/2016/40/newsletter.php>
https://cez.gov.pl/sites/default/files/paragraph.attachments.field_attachments/2023-02/e-uslugi_w_ochronie_zdrowia.pdf
<https://diety.nfz.gov.pl/>
<https://dokdok.pl/>
<https://esesja.tv/transmisja/34206/lxiii-sesja-rady-powiatu-w-goldapi-v-kadencji-w-dniu-27012023-godz-1300.htm>
<https://europeanlung.org/pl/information-hub/factsheets/remote-care-looking-after-your-health-using-digital-tools/>
https://goldap.bialystok.lasy.gov.pl/oferta-edukacyjna/-/asset_publisher/x9eK/content/vii-plenerowa-impreza-prozdrowotna
<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/POZ?&ow=14&powiat=2818&Lekarz=true>
<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/PrzychodnieSpecjalistyczne?&ow=14&powiat=2818>
<https://gsl.nfz.gov.pl/GSL/GSL/LeczenieStomatologiczne?&ow=14&powiat=2818>
<https://jutromedical.com/>
<https://mapbook.uk.gov.pl>
<https://ncez.pzh.gov.pl/>
<https://politykazdrowotna.com/arttykul/polacy-lubia-szukac-informacji-o-zdrowiu-przez-internet/823330>
<https://sanatorium.com.pl/profile-lecznicze/>

<https://terazgoldap.pl/plan-pracy-nocnej-i-swiatecznej-opieki-zdrowotnej-22-28-05/>

<https://uzdrowiskogoldap.pl>

<https://uzdrowiskogoldap.pl/informacje-o-uzdrowisku-goldap-oraz-sanatorium/teznie-pijalnia-wod-mineralnych-grota-solna-mini-golf/>

<https://uzdrowiskogoldap.pl/informacje-o-uzdrowisku-goldap-oraz-sanatorium/teznie-pijalnia-wod-mineralnych-grota-solna-mini-golf/>

<https://www.cez.gov.pl/pl/page/o-nas/aktualnosci/e-skierowanie-juz-obowiazuje>

<https://www.gov.pl/attachment/a702e12b-8b16-44f1-92b5-73aaef6c165c>

<https://www.gov.pl/web/koronawirus/wykaz-zarazen-koronawirusem-sars-cov-2> <https://www.gov.pl/web/psse-goldap/trzymaj-forme-po-raz-xvi>

<https://www.neuraxpharm.com/pl/nacisnij/neuraxpharm-wkracza-na-rynek-digital-health-z-opracowanym-przez-mjn-neuro-urzadzeniem>

<https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/system-opieki-geriatrycznej.html>; <https://siecobywatelska.pl/ilu-mamy-geriatrow-dane-z-nfz/>

<https://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Adam-Niedzielski-liczba-lekarzy-w-Polsce-rosnie-problemem-jest-starzenie-sie-kadr,191461,1.html>

<https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/ch/Documents/public-sector/deloitte-ch-en-hospital-at-home.pdf>