



Aktywność seniorów w zakresie korzystania z usług medycznych, kulturalnych i rekreacyjno-sportowych

Senior citizens' utilisation of medical, cultural, recreational and sports services

Rafał Wiśniewski 

Instytut Geografii i Przestrzennego Zagospodarowania im. S. Leszczyńskiego PAN

ul. Twarda 51/55, 00-818 Warszawa

[rafwis@twarda@pan.pl](mailto:rafwis@twarda.pan.pl)

Zarys treści. W artykule przedstawiono wyniki badań nad dostępnością do usług medycznych, kulturalnych i rekreacyjno-sportowych w opinii seniorów, tj. osób w wieku 60+. Źródłem danych dotyczących częstotliwości korzystania z ww. usług oraz oceny organizacyjnego wymiaru dostępności jest reprezentatywne badanie przeprowadzone metodą CATI na grupie 900 mieszkańców Polski w 10 typach funkcjonalnych gmin. Badanie wykazało, że częstotliwość korzystania z usług medycznych zależy od miejsca zamieszkania tj. od typu funkcjonalnego gminy (większa częstotliwość na obszarach centralnych, mniejsza na peryferyjnych). Na częstotliwość wpływa również poziom centralizacji danej usługi. Usługi medyczne, z których korzystają seniorzy, najczęściej zlokalizowane są w gminie zamieszkania. Z usług kulturalnych seniorzy korzystają rzadko, a prawie wcale z usług sportowo-rekreacyjnych. Respondenci pozytywnie ocenili organizacyjny wymiar dostępności do usług medycznych, najwyżej – do tych funkcjonujących na zasadach rynkowych (np. apteki) – a najgorzej oceniono dostępność do lekarzy POZ innych niż lekarze pierwszego kontaktu.

Słowa kluczowe: dostępność do usług, percepcja dostępności, seniorzy, wykluczenie społeczne, Polska.

Keywords: *accessibility of services, perception of accessibility, seniors, social exclusion, Poland.*

Wstęp

Problem dostępności do różnych rodzajów usług publicznych dotyczy każdego człowieka, niezależnie od jego wieku. Jednocześnie wiek determinuje korzystanie z różnego rodzaju usług, np. edukacyjnych, medycznych czy kulturalno-rozrywkowych. Struktura demograficzna oraz wyposażenie w usługi nie są rozmieszczone równomiernie w przestrzeni. Dlatego dostępność do usług publicznych jest zagadnieniem o bardzo silnym wymiarze terytorialnym.

Współczesne przemiany ludnościowe w Polsce charakteryzują się wyraźną dychotomią. Z jednej strony mamy do czynienia z wyludnieniem i starzeniem się społeczeństwa na obszarach peryferyjnych, a z drugiej ze wzrostem ludnościowym i stosunkowo młodym społeczeństwem na obszarach metropolitalnych (głównie w strefach zewnętrznych miejskich obszarów metropolitalnych). Wzrost ten jest postrzegany jako korzystny ekonomicznie w ujęciu długookresowym, jednak w ujęciu krótkookresowym może stanowić wyzwanie dotyczące możliwości skorzystania z różnego rodzaju infrastruktury i usług. Natomiast zmniejszenie się liczby ludności postrzegane jest przede wszystkim jako wyzwanie

dla ekonomicznej efektywności regionów i zagrożenie marginalizacją (Carson et al., 2016). Obok pozytywnych aspektów przemian demograficznych (m.in. wzrost średniej oczekiwanej długości życia i długości życia w zdrowiu (Doblhammer i Ziegler, 2006) widoczne są także zagrożenia i wyzwania, m.in. dla rynku pracy (Lisiankova i Wright, 2005; Héran, 2014), systemu zabezpieczeń społecznych (Tivig et al., 2008) czy usług publicznych (np. medycznych; Shah et al., 2017; Padeiro, 2018). Jednym z tych wezwań jest potrzeba zapewnienia odpowiedniego poziomu dostępności do usług publicznych (szczególnie tych podstawowych, jak usługi medyczne) rosnącej populacji seniorów.

Coraz częściej poziom dostępności do usług publicznych i częstotliwość korzystania z tych usług (szczególnie tych o charakterze fakultatywnym) postrzegany jest jako wyznacznik dobrostanu ludności (*well-being*), w tym seniorów (por. Adams et al., 2011). Wiek emerytalny to okres przejściowy, w którym ludzie doświadczają zmian nie tylko w zdrowiu fizycznym, ale również w rolach społecznych (zakończenie aktywności związanej z pracą zawodową, dorosłe dzieci itp.), które mogą wpływać na możliwości uczestnictwa w życiu społecznym (Cornwell et al., 2008). Oczywiście możliwości te są zróżnicowane w zależności od wieku emerytów. Jednak z wiekiem ludności wiążą się również fizyczne ograniczenia w możliwości skorzystania z usług publicznych, np. malejące możliwości przemieszczania się własnym samochodem (wraz z wiekiem maleje odsetek aktywnych użytkowników samochodów), ograniczona mobilność ruchowa, zależność od innych osób itp. Te ograniczone możliwości skorzystania z usług publicznych lub ich brak mogą skutkować wykluczeniem społecznym i tworzeniem się zwartych obszarów o złej dostępności (por. Rosik et al., 2020). Rolą władz publicznych poszczególnych szczebli administracyjnych powinno być zapobieganie wszelkim rodzajom wykluczenia, w tym usługowego. Usługi publiczne (*services of general interest*; m.in. usługi administracyjne, edukacyjne, medyczne, kulturalno-rozrywkowe itp.) zaś powinny być traktowane jako niezbywalne dobro, które należy zapewnić wszystkim obywatelom, niezależnie od ich dochodów, wieku, przynależności do różnych grup społecznych czy miejsca zamieszkania (European Commission, 2004; Litke i Rauhut, 2013). Jednak zapewnienie równego poziomu dostępności do usług publicznych (rozumianego globalnie tj. jako prawo do korzystania z tego rodzaju usług (*equity of access*), czyli prawo do równego traktowania, zmodyfikowane rzeczywistymi czynnikami wpływającymi na możliwości skorzystania z danego rodzaju usługi) jest w praktyce niemożliwe. Poza tym to, co dla jednej osoby jest wystarczającym poziomem dostępności, dla innej może być niewystarczającym (percepcja dostępności). To samo można przenieść wyżej, tj. na grunt społeczeństw i zróżnicowań przestrzennych.

Celem niniejszego artykułu jest identyfikacja częstotliwości korzystania z wybranych usług publicznych (usługi medyczne, kulturalne, rekreacyjno-sportowe) przez seniorów (osoby w wieku 60+) w zależności od miejsca zamieszkania wraz z subiektywną oceną poziomu dostępności pod kątem organizacyjnym (*accommodation*) na przykładzie usług medycznych.

Artykuł ma następującą strukturę. W kolejnej części przedstawiono przegląd literatury, który skupia się na wieloaspektowym znaczeniu zmian demograficznych w kontekście poziomu dostępności do usług publicznych, w tym na subiektywnym jego odbiorze. Następnie krótko zaprezentowano metody badań (metodykę badań wśród seniorów). Zasadniczą częścią są wyniki badań własnych, na podstawie których określono częstotliwość korzystania z wybranych rodzajów usług i ocenę dostępności do nich. Artykuł zamyka dyskusja wraz z podsumowaniem.

Znaczenie zmian demograficznych w dostępności do usług publicznych

Usługi publiczne odgrywają ważną rolę jako kluczowy czynnik rozwoju gospodarczego oraz jako czynnik przyczyniający się do wzrostu spójności społecznej i terytorialnej (Ludlow i Rauhut, 2013). Są też istotnym źródłem nierówności przestrzennych, również w Europie (Marques et al., 2019). Powodują one zmiany w dystrybucji popytu i podaży usług, w szczególności na poziomie lokalnym (Littke i Rauhut, 2013). Wpływ ten jest widoczny na obszarach, które doświadczają zarówno zmniejszenia się liczby ludności, jak i starzenia się społeczeństwa. Zmniejszająca się liczba ludności powoduje wzrost kosztów utrzymania różnego rodzaju infrastruktury (w tym tej zapewniającej świadczenie usług) (Hoekveld, 2015; Kulcsár i Brown, 2017), co z kolei może ograniczać podaż różnego rodzaju usług (Elshof et al., 2017). Natomiast zmiany struktury wieku ludności (starzenie się społeczeństwa) prowadzi do zmian w zakresie popytu konsumenckiego (Thiede et al., 2017), co związane jest z przesunięciem w zakresie podstawowych potrzeb (np. rosnące koszty opieki medycznej dla osób starszych; de Nardi et al., 2016) oraz zmniejszonymi dochodami osób starszych (Thiede et al., 2017).

Istotnym zagadnieniem jest kontekst zapotrzebowania na dane usługi publiczne w zależności od wieku odbiorcy usługi, a szerzej – od struktury wieku ludności danego obszaru i liczebności poszczególnych kohort. Proces depopulacji i związany z nim proces demograficznego starzenia się społeczeństwa mogą wpływać na poziom zapotrzebowania na poszczególne rodzaje usług publicznych (np. z jednej strony zwiększone zapotrzebowanie na usługi medyczne i opiekuńcze, a z drugiej zmniejszony popyt na usługi edukacyjne) oraz powodować trudności w zapewnieniu odpowiedniego poziomu dostępności do tych usług (Thiede et al., 2017). Nieodpowiednia dostępność do usług publicznych może negatywnie wpływać na poziom życia mieszkańców (Metz, 2000; Doi et al., 2008), co z kolei może zmniejszyć zdolność danego miejsca do zatrzymania mieszkańców (czynnik przyspieszający odpływ migracyjny), nie mówiąc już o przyciąganiu wysoko wykwalifikowanych osób, które mogłyby przyczynić się do rozwoju społeczno-gospodarczego danego obszaru (Thiede et al., 2017). Poziom dostępności do usług publicznych jest więc odpowiedzią zarówno na zmiany ilościowe ludności (zmniejszający się potencjał ludnościowy, a więc wielkość populacji potencjalnych usługobiorców może powodować zmniejszenie podaży usług), jak i na przemiany strukturalne (zmiany struktury wieku ludności mogą powodować zwiększone lub zmniejszone zapotrzebowanie na niektóre rodzaje usług; wzorce zapotrzebowania na różnego rodzaju usługi różnią się w zależności od wieku; Klimczuk, 2010).

Wcześniejsze badania dostępności do usług publicznych w Polsce wykazały silne i zróżnicowane związki między procesami demograficznymi a dostępnością do usług o różnym stopniu centralizacji (por. Stępnik et al., 2017; Wiśniewski et al., 2021). Gminy dotknięte problemami demograficznymi (zwłaszcza te, w których nakładają się problemy ilościowe i strukturalne – obszary peryferyjne o funkcjach rolniczych) oferują niższy poziom dostępności niż gminy o korzystnych uwarunkowaniach demograficznych, co można przypisać gorszemu dostępowi do usług specjalistycznych (które są bardziej scentralizowane) (por. Stępnik et al., 2017). Jednym z niepokojących zjawisk, obserwowanych nie tylko w Polsce, jest „urbanizacja” niektórych usług medycznych (por. Norris et al., 2014), która zmniejsza dostępność na słabiej rozwiniętych lub peryferyjnych obszarach wiejskich, co może skutkować wykluczeniem usługowym całych grup społecznych. W warunkach polskich negatywny wpływ mniejszej podaży tych usług na obszarach peryferyjnych jest częściowo

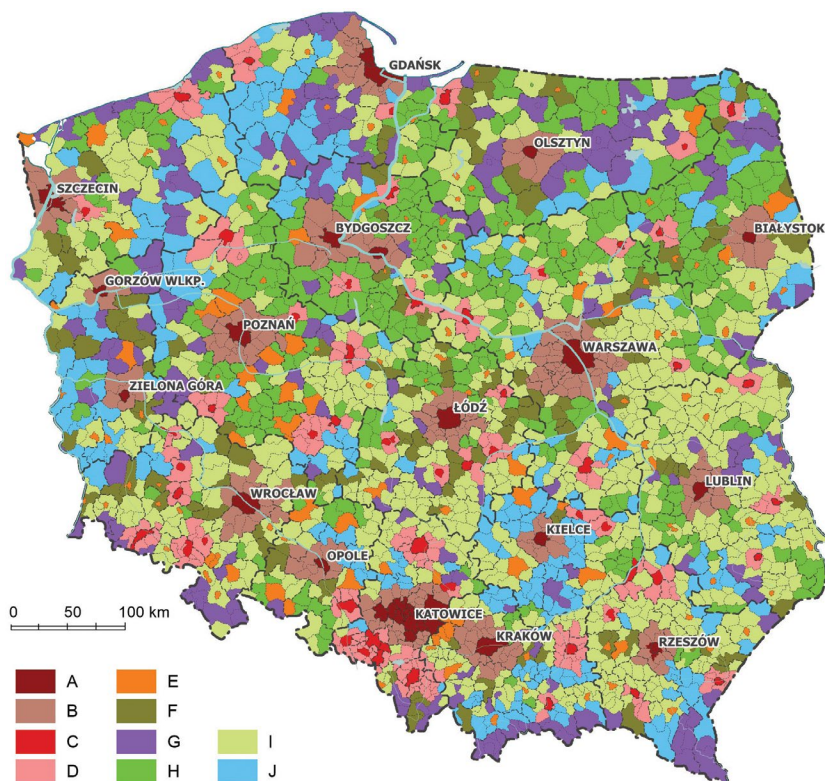
łagodzony przez równoległy odpływ ludności z tych obszarów. Nie zmienia to jednak faktu, że ludność mniej mobilna musi mierzyć się ze zmniejszającym się poziomem dostępności do różnego rodzaju usług publicznych.

Należy jednak pamiętać, że realne pogorszenie się poziomu dostępności (wynikające z rozmieszczenia ludności względem punktów usługowych oraz z organizacji transportu publicznego i posiadania lub nie własnego samochodu) nie musi skutkować pogorszeniem się oceny tej dostępności przez mieszkańców danego obszaru. Wynika to m.in. z częstotliwości korzystania z danego rodzaju usługi czy też generalnie z samego zaistnienia potrzeby skorzystania z takiej usługi. Na subiektywną ocenę poziomu dostępności do usług może wpływać wiele czynników np. transportowych (*availability*), ekonomicznych, przestrzennych (*accessibility*) czy wreszcie indywidualnych (np. Taylor, 1999; Heenan, 2006; Banerjee i Duflo, 2007; Thiede et al., 2017). Bardzo istotny jest czynnik ekonomiczny (dostępność finansowa usługi, czyli poziom dochodów ludności; *affordability*), jak też indywidualny (odnoszący się m.in. do zróżnicowanych potrzeb osób i zadowolenia z oferowanej jakości usług – *acceptability*) (Heenan, 2006). Na ocenę wpływać może również poziom dostosowania usług do potrzeb mieszkańców (np. dni i godziny przyjmowania pacjentów; *accommodation/adequacy*). Wymienione czynniki tworzą pięć wymiarów dostępności (Penchansky i Thomas, 1981). Z jednej strony są one niezależne, ale z drugiej ściśle powiązane ze sobą i każdy z nich ma znaczenie dla oceny osiągnięcia danego poziomu dostępności (Saurman, 2016).

Dane i metody badawcze

Podstawowym źródłem danych dotyczących postrzegania poziomu dostępności do usług było reprezentatywne badanie przeprowadzone metodą CATI. Grupą docelową były osoby w wieku 60 lat i więcej, w dodatkowym podziale na trzy grupy wieku: 60-69, 70-79, 80 lat lub więcej. Łącznie w badaniu wzięło udział 900 osób w całej Polsce w 10 typach funkcjonalnych gmin (Śleszyński i Komornicki, 2016) (ryc. 1). Dobór respondentów był losowy. Dobór wielkości próby w poszczególnych typach funkcjonalnych był proporcjonalny do liczebności osób w wieku 60+.

Przedmiotem badania była częstotliwość korzystania z wybranych rodzajów usług (medyczne, kulturalne, rekreacyjno-sportowe) w zależności od różnych cech społeczno-demograficznych, miejsca zamieszkania (typ funkcjonalny gminy) i wykorzystywanych środków transportu. Przedmiotem badania była również ocena przez respondentów organizacyjnego wymiaru dostępności (na przykładzie usług medycznych), czyli poziomu dostosowania tych usług do potrzeb pacjentów (*accommodation*), oraz ocena wpływu pandemii COVID-19 na poziom dostępności do usług. Usługi medyczne wybrano ze względu na zwiększające się zapotrzebowanie na te usługi wraz z wiekiem pacjentów (Parslow et al., 2004; Pilger, 2013). Natomiast korzystanie z pozostałych dwóch rodzajów usług (kulturalne i rekreacyjno-sportowe) coraz częściej postrzegane jest w literaturze przedmiotu jako wyznacznik jakości życia (*QoL*) czy dobrostanu ludności (*well-being*), również w odniesieniu do seniorów (Wilhelmson et al., 2005; Lee i Hung, 2011).



Ryc. 1. Klasyfikacja funkcjonalna gmin Polski

The functional classification of Poland's units of administration at local level (gminas)

Źródło: Śleszyński i Komornicki (2016, s. 480). Klucz do opisu typów: patrz tabela 1.

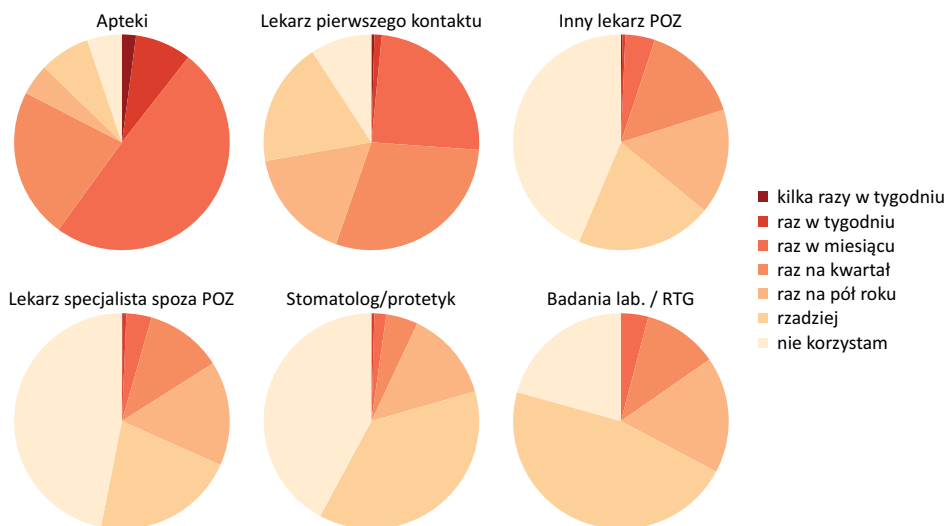
Wyniki badań

Częstotliwość korzystania z usług publicznych zależy od ich rodzaju. Seniorzy najczęściej korzystają z usług medycznych. Z przeprowadzonych badań wynika, że „przeciętny” senior korzysta przede wszystkim z usług lekarza pierwszego kontaktu i z apteki (ryc. 2). Prawie połowa respondentów (49,4%) korzysta z apteki raz w miesiącu, a do lekarza pierwszego kontaktu udaje się najczęściej raz na kwartał (29,2%) i raz w miesiącu (24,6%). Niepokojący jest fakt, że ponad 43% respondentów wcale nie korzysta z usług innego lekarza podstawowej opieki zdrowotnej (POZ) ani z usług lekarza specjalisty spoza POZ (prawie 47%). Bardzo duży odsetek seniorów nie korzysta również z usług stomatologa czy protetyka (42,1%). We wszystkich tych przypadkach wynika to z braku takiej potrzeby ankietowanych osób. Lepiej jest z badaniami laboratoryjnymi i/lub RTG, z których nie korzysta 21% respondentów. Z przeprowadzonych badań płynie wniosek, że seniorzy leczą się głównie u lekarza pierwszego kontaktu, który zleca im podstawowe badania. Konsekwencją wizyt lekarskich są częste wizyty w aptekach.

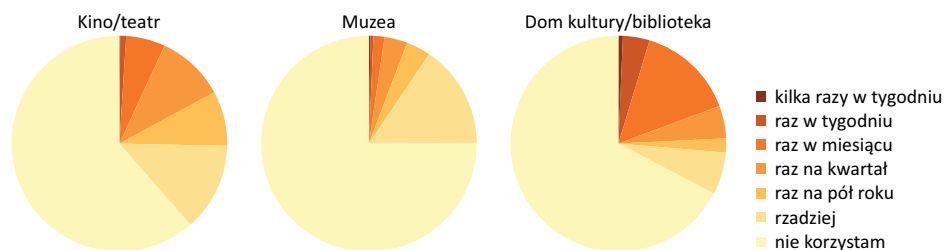
W zdecydowanej większości usługi medyczne, z których korzystają seniorzy, zlokalizowane są w gminie zamieszkania, względnie w innej gminie, ale w powiecie zamieszkania.

Wyjazdy poza powiat zamieszkania są sporadyczne. Wyjazdy poza gminę zamieszkania dotyczą przede wszystkim chęci skorzystania z usług świadczonych przez lekarzy specjalistów spoza POZ czy realizacji badań laboratoryjnych/RTG. Głównym powodem tych wyjazdów jest brak tych usług w gminie zamieszkania, lepsza oferta poza gminą zamieszkania czy też dogodniejsze terminy świadczenia tych usług.

Z usług kulturalnych seniorzy korzystają sporadycznie: ponad 61% respondentów nie chodzi do kina i/lub teatru, 75% do muzeum, 67% do domu kultury czy biblioteki (ryc. 3). Respondenci, którzy nie korzystają z tego typu usług, wskazują najczęściej, że względy zdrowotne uniemożliwiają lub ograniczają korzystanie z tych usług lub też nie mają takiej potrzeby. Zapewne w wielu przypadkach telewizja lub szeroka dostępność różnego rodzaju serwisów filmowych może skutecznie zaspokajać potrzebę obejrzenia filmu lub też spektaklu. Badania przeprowadzone w Finlandii (Näsi et al., 2012) wskazują na dużą rolę Internetu w zaspokajaniu wielu potrzeb i aktywności (kontakty z bliskimi, przyjaciółmi itp.), ale równocześnie wskazują, że osoby, które aktywnie korzystają z Internetu, równie aktywnie uczestniczą w życiu społecznym, czego nie można powiedzieć o polskich



Ryc. 2. Częstotliwość korzystania przez seniorów z usług medycznych
Frequency of use made of medical services by senior citizens



Ryc. 3. Częstotliwość korzystania przez seniorów z usług kulturalnych
Frequency of use made of cultural services by senior citizens

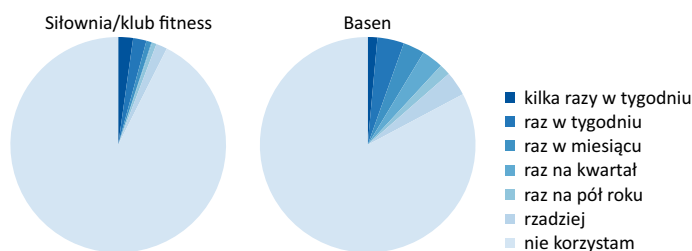
seniorach. Jak wykazały przeprowadzone badania, przeszkodą w korzystaniu z różnego rodzaju usług nie są względy finansowe (niespełna 5% respondentów, którzy wskazali, że nie chodzą do kina i/lub teatru, jako główny powód wskazali na czynnik finansowy).

Polscy seniorzy korzystają z usług rekreacyjno-sportowych w bardzo ograniczonym stopniu (por. np. Mamcarczyk, 2022). Prawie 93% respondentów wskazało, że nie korzysta z siłowni i/lub klubu fitness, a prawie 83% – z basenu (ryc. 4). W obu przypadkach podstawową przyczyną jest brak zainteresowania, następnie brak takich usług w gminie zamieszkania i brak czasu. Tylko nieliczni respondenci wskazywali utrudniony dostęp do usługi czy względy finansowe. Jak wykazały badania, korzystanie z usług kulturalnych i rekreacyjno-sportowych nie stanowi integralnego aspektu życia codziennego (Janicka-Olejnik, 2016), ale traktowane jest raczej jako „rodzaj ekskluzywnego dodatku do rzeczywistości, w którym partycypują ci, którzy zaspokoiли bardziej podstawowe potrzeby” (Krajewski, 2014, s. 309).

Wraz z wiekiem częstotliwość korzystania z analizowanych typów usług zmienia się. Zmniejsza się częstotliwość korzystania z usług kulturalnych i rekreacyjno-sportowych, zwiększa się natomiast częstotliwość korzystania z usług medycznych, w tym przede wszystkim z usług lekarza pierwszego kontaktu i lekarzy innych specjalności.

W zależności od miejsca zamieszkania (tj. typu funkcjonalnego gminy) można zaobserwować znaczące różnice w częstotliwości korzystania z analizowanych typów usług (tab. 1): im gmina położona bardziej peryferyjnie, tym obserwowana jest mniejsza częstotliwość korzystania z usług medycznych. Wyższa częstotliwość dotyczy gmin położonych centralnie względem ośrodków miejskich, skupiających szeroki zakres świadczonych usług. Widoczna jest też inna prawidłowość: im niższy poziom centralizacji danej usługi medycznej, tym bardziej zmniejsza się zróżnicowanie częstotliwości korzystania z tych usług między poszczególnymi typami funkcjonalnymi gmin (np. lekarze POZ). Wynika to m.in. z stosunkowo równomiernego rozkładu przestrzennego placówek POZ, co przekłada się na ich dobrą dostępność (Stępnik et al., 2017).

Podobne zależności obserwowane są w przypadku usług kulturalnych i rekreacyjno-sportowych. Największe dysproporcje zachodzą między gminami miejskimi i ich otoczeniem a gminami wiejskimi. Ponad 80% respondentów gmin rolniczych (typ I) nie korzysta z usług kulturalnych (kino, teatr), podczas gdy w przypadku typów „miejskich” (A, C) jest to ok. 50%. Zarówno w przypadku typów miejskich (A-E), jak i wiejskich (F-J) głównym powodem niekorzystania z tego typu usług jest brak takiej potrzeby. Jednak w przypadku gmin wiejskich wskazywano bardzo często na brak takiej usługi w gminie zamieszkania, a chęć skorzystania z niej wiązała się zazwyczaj z utrudnionym dojazdem do kina czy teatru. Względy finansowe nie stanowią czynnika ograniczającego korzystanie z usług kulturalnych



Ryc. 4. Częstotliwość korzystania przez seniorów z usług rekreacyjno-sportowych
Frequency of use made of recreational and sports services by senior citizens

Tabela 1. Częstotliwość korzystania przez seniorów z usług medycznych według typów funkcjonalnych
Senior citizens frequency of use of medical services, by functional type of municipality in which they reside

Usługa	Częstotliwość / Typ funkcjonalny gminy	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
		rdzenie miejskich obszarów funkcyj- nalnych (MOF) stolic województw	strefy zewnętrzne MOF stolic województw	rdzenie MOF miast subregionalnych	strefy zewnętrzne MOF miast subregionalnych	miasta-ośrodki wielofunkcyjne	gminy z rozwiniętą funkcją transportową	gminy o innych rozwiniętych funk- cjach pozarolniczych	gminy z intensywnie rozwiniętą funkcją rolniczą	gminy z umiarkowanie rozwiniętą funkcją rolniczą	gminy ekstensywnie zagospodarowane
Apteki	kilka razy w tygodniu	1,6	5,0	0,0	0,0	2,1	6,7	0,0	3,6	2,5	2,5
	raz w tygodniu	10,8	5,0	9,7	5,8	9,3	6,7	4,9	7,1	8,3	7,5
	raz w miesiącu	50,0	46,4	44,3	55,8	42,1	53,4	58,5	46,5	55,8	50,0
	raz na kwartał	22,0	27,7	29,2	19,2	32,0	13,3	19,5	21,4	15,0	10,0
	raz na pół roku	4,8	3,0	4,4	1,9	5,2	3,3	2,4	7,1	6,7	5,0
	rzadziej	8,0	8,9	7,1	7,7	5,2	13,3	4,9	3,6	9,2	7,5
	nie korzystam	2,8	4,0	5,3	9,6	4,1	3,3	9,8	10,7	2,5	17,5
Lekarz pierwszego kontaktu	kilka razy w tygodniu	0,4	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,6	0,0	0,0
	raz w tygodniu	1,2	1,0	1,8	0,0	1,0	0,0	2,4	0,0	1,7	0,0
	raz w miesiącu	18,0	22,8	16,8	23,1	32,0	46,6	29,3	28,6	30,8	30,0
	raz na kwartał	30,0	38,5	35,3	26,9	21,6	26,7	17,1	30,3	26,7	25,0
	raz na pół roku	18,4	12,9	18,6	23,1	18,6	6,7	14,6	12,5	17,5	15,0
	rzadziej	21,2	19,8	20,4	11,5	17,5	16,7	22,0	12,5	17,5	15,0
	nie korzystam	10,8	4,0	7,1	15,4	9,3	3,3	14,6	12,5	5,8	15,0
Inny lekarz POZ	kilka razy w tygodniu	1,6	5,0	0,0	0,0	2,1	6,7	0,0	3,6	2,5	2,5
	raz w tygodniu	10,8	5,0	9,7	5,8	9,3	6,7	4,9	7,1	8,3	7,5
	raz w miesiącu	50,0	46,4	44,3	55,8	42,1	53,4	58,5	46,5	55,8	50,0
	raz na kwartał	22,0	27,7	29,2	19,2	32,0	13,3	19,5	21,4	15,0	10,0
	raz na pół roku	4,8	3,0	4,4	1,9	5,2	3,3	2,4	7,1	6,7	5,0
	rzadziej	8,0	8,9	7,1	7,7	5,2	13,3	4,9	3,6	9,2	7,5
	nie korzystam	2,8	4,0	5,3	9,6	4,1	3,3	9,8	10,7	2,5	17,5
Lekarz specjalista spoza POZ	kilka razy w tygodniu	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w tygodniu	0,4	0,0	1,8	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	0,8	0,0
	raz w miesiącu	3,2	1,0	5,3	7,7	2,1	3,3	4,9	3,6	3,3	10,0
	raz na kwartał	12,8	8,9	12,4	5,8	14,4	6,7	9,8	17,9	11,7	5,0
	raz na pół roku	17,2	17,8	15,0	19,2	13,4	6,7	19,5	12,5	15,0	12,5
	rzadziej	22,8	20,8	22,1	19,2	22,7	16,7	26,8	19,6	17,5	25,0
	nie korzystam	43,6	50,5	43,4	48,1	47,4	63,3	39,0	46,4	51,7	47,5
Stomatolog / protetyk	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w tygodniu	0,0	1,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	2,5
	raz w miesiącu	3,6	1,0	0,0	3,8	2,1	0,0	0,0	0,0	0,8	2,5
	raz na kwartał	7,2	5,9	2,7	3,8	4,1	3,3	4,9	5,4	2,5	2,5
	raz na pół roku	15,2	11,9	15,0	21,2	14,4	16,7	4,9	8,9	13,3	5,0
	rzadziej	40,8	33,7	41,6	42,4	33,0	33,3	24,4	41,1	36,7	30,0
	nie korzystam	33,2	46,5	38,9	28,8	46,4	46,7	65,8	44,6	46,7	57,5
Badania laborato- ryjne / RTG	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w miesiącu	4,4	2,0	6,2	1,9	3,1	3,3	0,0	5,4	5,8	5,0
	raz na kwartał	12,0	14,9	8,0	5,8	13,4	6,7	14,6	17,9	6,7	12,5
	raz na pół roku	18,8	20,8	15,9	21,2	13,4	16,7	19,5	16,1	16,7	12,5
	rzadziej	47,2	45,5	49,5	57,6	48,5	53,3	48,8	32,0	42,5	42,5
	nie korzystam	17,6	16,8	20,4	13,5	21,6	20,0	17,1	28,6	28,3	27,5

w żadnym z analizowanych typów funkcjonalnych. Natomiast znaczące różnice między typami funkcjonalnymi nie uwidaczniają się w przypadku korzystania z domów kultury czy bibliotek. We wszystkich typach funkcjonalnych głównym powodem niekorzystania z tego typu usług jest brak takiej potrzeby. Podobnie jest w przypadku usług rekreacyjno-sportowych (siłownia, klub fitness, basen) – niezależnie od typu funkcjonalnego zdecydowana większość respondentów nie korzysta z tych usług. Główne powody to przede wszystkim brak takiej potrzeby, brak czasu czy brak takiej usługi w gminie zamieszkania.

Głównym środkiem transportu wykorzystywanym do przejazdów w celu skorzystania z analizowanych usług medycznych jest samochód (36,9% jako kierowca, 7,1% jako pasażer). Bardzo duży odsetek respondentów przemieszcza się pieszo (38,1%), przede wszystkim na obszarach miejskich. Ponad 13% korzysta z transportu publicznego. Podobny rozkład dotyczy usług kulturalnych (38,9% własny samochód, 32,7% pieszo, 21,1% transport publiczny) czy rekreacyjno-sportowych (51,1% własny samochód, 27,0% pieszo, 14,4% transport publiczny). Udział samochodu w dojazdach do analizowanych usług maleje wraz z wiekiem respondentów. Ponad 46% respondentów w wieku 60-69 lat dojeżdża do placówek medycznych własnym samochodem, w wieku 70-79 lat – 29,9%, natomiast w wieku 80 lat lub więcej odsetek ten spada do 22,7%. Wraz z wiekiem respondentów wzrasta natomiast udział przejazdów realizowanych transportem publicznym (9,9% w wieku 60-69 lat i 19,7% w wieku 80 lat lub więcej), podwózek samochodem czy przemieszczania się pieszo.

Zaskakująco wysoko respondenci ocenili dostępność organizacyjną analizowanych usług medycznych (*accommodation*), tj. dni, w których dana placówka przyjmuje pacjentów, godziny przyjmowania pacjentów, częstotliwość przyjmowania czy czas oczekiwania na wizytę (dotyczy długości oczekiwania na dzień, w którym ma się odbyć wizyta, a nie czasu spędzonego w kolejce bezpośrednio przed wizytą w gabinecie lekarskim). Najwyższe oceny dotyczyły dostępności aptek. Ich stosunkowo równomierne rozmieszczenie przestrzenne oraz funkcjonowanie na zasadach rynkowych powoduje, że zarówno dni, jak i godziny otwarcia aptek zostały ocenione bardzo wysoko (tab. 2). Najniższe oceny dotyczyły dostępności lekarzy POZ innych niż pierwszego kontaktu, w szczególności czasu oczekiwania na wizytę i częstotliwości przyjmowania lekarzy.

Zaskakujące są również wyniki badania dotyczącego wpływu pandemii COVID-19 na dostępność do analizowanych typów usług (tab. 3). W wielu przypadkach wpływ ten okazał się stosunkowo niewielki. W przypadku aptek dla niespełna 10% respondentów wpływ ten okazał się duży lub bardzo duży. Niewiele ponad 50% respondentów oceniło wpływ pandemii na dostępność do lekarza pierwszego kontaktu jako duży lub bardzo duży. Dla pozostałej części respondentów wpływ ten był niewielki lub nie było go wcale. Dla prawie 60% respondentów pandemia wcale nie wpłynęła na dostępność do lekarzy specjalistów spoza POZ lub też wpłynęła tylko w niewielkim stopniu. Podobne wyniki uzyskano w przypadku pozostałych dwóch typów usług medycznych (stomatolog/protetyk oraz badania laboratoryjne/RTG). W przypadku usług kulturalnych większość respondentów zauważyła duży lub bardzo duży wpływ na ograniczenie dostępności do placówek tego typu, ale nie była to znacząca przewaga nad osobami, które tego wpływu nie zauważyły. Natomiast znaczące ograniczenie dostępności, dużo większe niż w przypadku dostępności do basenów, zauważono w przypadku siłowni/klubów fitness.

Częstotliwość korzystania z usług medycznych, kulturalnych czy rekreacyjno-sportowych ściśle wiąże się z poziomem wykształcenia. Duże różnice widoczne są szczególnie w przypadku niektórych usług medycznych: ponad 71% osób z wykształceniem pod-

stawowym nie korzysta z usług stomatologa/protetyka, natomiast w przypadku osób z wykształceniem wyższym jest to 25% (tab. 4). Badań laboratoryjnych nie wykonuje 40% respondentów z wykształceniem podstawowym, a z wykształceniem wyższym 9%. Ponad 93% osób z wykształceniem podstawowym nie chodzi do kina, a prawie 98% do muzeów. W przypadku osób z wykształceniem wyższym jest to odpowiednio 34,5% i 47,9%. Różnice te zmniejszają się w przypadku usług rekreacyjno-sportowych, chociaż nadal osoby z wykształceniem wyższym korzystają z tych usług częściej niż osoby o niższym poziomie wykształcenia. Wynika to m.in. z miejsca zamieszkania, które determinuje dostępność wielu usług. Osoby z wykształceniem podstawowym zamieszkują głównie obszary wiejskie, na których omawiane usługi są niedostępne, a korzystanie z nich związane jest z dojazdem.

Tabela 2. Ocena organizacyjnego wymiaru dostępności do usług medycznych
Assessment of the organisational dimension to the accessibility of medical services

Nazwa usługi / Elementy oceny organizacyjnej	Dni otwarcia	Godziny otwarcia	Czas oczekiwania na wizytę	Częstotliwość przyjmowania
Apteka	9,5	9,5	–	–
Lekarz pierwszego kontaktu	8,3	8,4	8,0	7,1
Inny lekarz w przychodni POZ	7,0	7,1	6,4	6,3
Lekarz specjalista spoza POZ	7,9	8,1	7,3	7,4
Stomatolog / protetyk	8,1	8,2	7,7	7,7
Badania lab. / RTG	8,9	8,9	8,6	8,5

Ocena w skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza bardzo złą, a 10 – bardzo dobrą dostępność organizacyjną.

Tabela 3. Ocena wpływu pandemii COVID-19 na dostępność do usług
Assessment of the impact of the COVID-19 pandemic on the accessibility of services

Nazwa usługi / Ocena	Bardzo duży wpływ	Duży wpływ	Niewielki wpływ	Brak wpływu
Apteka	3,3	6,4	21,5	68,8
Lekarz pierwszego kontaktu	20,0	31,1	19,8	29,1
Inny lekarz w przychodni POZ	19,5	32,8	21,1	26,6
Lekarz specjalista spoza POZ	16,1	24,2	18,2	41,5
Stomatolog / protetyk	13,0	18,9	20,0	48,1
Badania lab. / RTG	6,1	12,9	20,3	60,7
Kino / teatr	21,1	34,6	19,7	24,6
Muzea	17,6	42,4	23,5	16,5
Siłownia / klub fitness	30,8	34,6	15,4	19,2
Basen	21,3	30,3	23,8	24,6

Tabela 4. Częstotliwość korzystania z usług według poziomu wykształcenia
Respondents' frequency of use of services, by educational level

Usługa	Częstotliwość / Wykształcenie	Podstawowe	Zawodowe	Średnie	Wyższe
Apteki	kilka razy w tygodniu	2,1	2,6	2,0	1,9
	raz w tygodniu	7,4	8,6	7,9	9,3
	raz w miesiącu	51,1	45,5	50,0	52,1
	raz na kwartał	14,8	25,3	20,4	26,4
	raz na pół roku	4,3	3,4	6,5	3,3
	rzadziej	4,3	7,3	9,8	5,6
	nie korzystam	16,0	7,3	3,4	1,4
Lekarz pierwszego kontaktu	kilka razy w tygodniu	1,1	0,9	0,3	0,0
	raz w tygodniu	2,1	1,7	0,8	0,5
	raz w miesiącu	39,4	23,6	24,2	20,0
	raz na kwartał	20,2	34,3	27,6	30,7
	raz na pół roku	7,4	13,3	18,5	21,4
	rzadziej	14,9	15,5	20,2	20,9
	nie korzystam	14,9	10,7	8,4	6,5

Inny lekarz POZ	kilka razy w tygodniu	0,0	0,4	0,3	0,0
	raz w tygodniu	0,0	0,9	0,3	0,5
	raz w miesiącu	6,4	4,7	5,3	1,9
	raz na kwartał	13,8	18,0	12,6	16,3
	raz na pół roku	9,6	15,9	18,0	14,9
	raz na rok	11,7	18,5	23,6	21,4
	nie korzystam	58,5	41,6	39,9	45,0
Lekarz specjalista spoza POZ	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,3	0,0
	raz w tygodniu	1,1	0,0	0,6	0,9
	raz w miesiącu	4,3	3,4	3,1	5,1
	raz na kwartał	9,6	9,4	9,8	17,7
	raz na pół roku	7,4	10,3	18,3	20,9
	raz na rok	10,6	18,0	24,7	24,7
	nie korzystam	67,0	58,9	43,2	30,7
Stomatolog / protetyk	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w tygodniu	0,0	0,9	0,3	0,5
	raz w miesiącu	0,0	1,7	2,0	2,3
	raz na kwartał	3,2	3,0	3,7	9,3
	raz na pół roku	3,2	9,9	15,2	19,5
	raz na rok	22,3	33,0	41,0	42,8
	nie korzystam	71,3	51,5	37,8	25,6
Badania laboratoryjne / RTG	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w tygodniu	0,0	0,0	0,0	0,0
	raz w miesiącu	5,3	2,1	4,8	4,7
	raz na kwartał	6,4	10,7	9,0	17,7
	raz na pół roku	6,4	17,2	16,9	23,7
	raz na rok	41,5	43,4	51,0	44,6
	nie korzystam	40,4	26,6	18,3	9,3
Kino / teatr	kilka razy w tygodniu	0,0	0,4	0,0	0,0
	raz w tygodniu	1,1	0,0	0,6	2,3
	raz w miesiącu	0,0	1,3	4,8	15,3
	raz na kwartał	1,1	2,1	11,8	20,5
	raz na pół roku	2,1	6,4	8,7	12,1
	raz na rok	2,1	12,0	15,7	15,3
	nie korzystam	93,6	77,8	58,4	34,5
Muzea	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	0,6	0,0
	raz w tygodniu	0,0	0,4	0,3	0,9
	raz w miesiącu	0,0	0,4	0,6	5,6
	raz na kwartał	0,0	0,9	2,5	9,3
	raz na pół roku	1,1	1,7	3,9	6,5
	raz na rok	1,1	6,0	16,9	29,8
	nie korzystam	97,8	90,6	75,2	47,9
Dom kultury / biblioteka	kilka razy w tygodniu	0,0	0,0	1,1	0,9
	raz w tygodniu	0,0	0,4	4,5	8,8
	raz w miesiącu	5,3	5,6	19,1	21,4
	raz na kwartał	0,0	3,0	5,9	7,4
	raz na pół roku	1,1	0,9	3,1	2,3
	raz na rok	4,3	5,6	6,2	7,9
	nie korzystam	89,3	84,5	60,1	51,3
Siłownia / klub fitness	kilka razy w tygodniu	1,1	0,9	1,1	6,0
	raz w tygodniu	0,0	0,0	3,1	3,3
	raz w miesiącu	0,0	0,4	0,6	1,9
	raz na kwartał	0,0	0,0	0,3	0,0
	raz na pół roku	0,0	0,0	0,8	1,4
	raz na rok	0,0	0,9	2,2	2,3
	nie korzystam	98,9	97,8	91,9	85,1
Basen	kilka razy w tygodniu	0,0	1,3	1,1	2,8
	raz w tygodniu	0,0	2,1	5,3	5,6
	raz w miesiącu	2,1	1,3	3,1	6,0
	raz na kwartał	1,1	1,3	3,7	5,6
	raz na pół roku	2,1	0,0	2,0	2,8
	raz na rok	0,0	2,6	3,1	7,4
	nie korzystam	94,7	91,4	81,7	69,8

Dyskusja i podsumowanie

Celem artykułu jest określenie częstotliwości korzystania przez seniorów (60+) z usług medycznych i kulturalno-rozrywkowych, głównie w zależności od miejsca zamieszkania (typ funkcjonalny gminy) i poziomu wykształcenia. Jest to grupa, która w największym stopniu narażona jest na wykluczenie społeczne, w tym przypadku usługowe (szczególnie na obszarach wiejskich), m.in. ze względu na duże zmiany na rynku usług transportowych (Ciechański, 2023) oraz malejące wraz z wiekiem możliwości korzystania z własnych środków transportu. W artykule przedstawiono również ocenę organizacyjnego poziomu dostępności do usług medycznych (*accommodation*) i ocenę wpływu pandemii COVID-19 na poziom dostępności od analizowanych rodzajów usług (medycznych, kulturalnych, rekreacyjno-sportowych).

Częstotliwość korzystania z różnego rodzaju usług jest wypadkową dwóch czynników: ich dostępności przestrzennej i potrzeb mieszkańców (dana usług może być bardzo dobrze dostępna, ale mieszkańcy nie mają potrzeby korzystania z niej). Badania wykazały, że w ciągu ostatnich 12 miesięcy przed przeprowadzeniem wywiadu około 10% respondentów ani razu nie odwiedziło lekarza pierwszego kontaktu, a 46% – lekarza specjalisty spoza POZ. Inne badania wykazały zróżnicowane wyniki w zależności od kraju (np. odsetek osób w podeszłym wieku, które nie odwiedziły lekarza w ciągu ostatnich sześciu miesięcy wynosił: 1% w Japonii, 14% w Niemczech, 31% w Kanadzie, 33% w Wielkiej Brytanii i 40% w USA; Pilger, 2013).

Częstotliwość korzystania z usług medycznych jest zróżnicowana w zależności od typu funkcjonalnego gminy. Uogólniając, większą częstotliwością korzystania z usług medycznych charakteryzują się mieszkańcy gmin „centralnych” niż peryferyjnych (por. Bowling et al., 1991). Jednak poziom centralizacji tego rodzaju usług modyfikuje ten obraz, tj. im niższy poziom centralizacji danej usługi medycznej, tym zróżnicowanie częstotliwości korzystania z tych usług w zależności od typu funkcjonalnego gminy maleje. Układ funkcjonalno-przestrzenny determinuje więc poziom dostępności, ale tylko do wybranych typów usług. Nie ma on dużego znaczenia w przypadku aptek czy lekarzy pierwszego kontaktu, ale ma znaczenie w przypadku lekarzy specjalistów czy usług kulturalnych. Trzeba też zaznaczyć, że różnice między poszczególnymi typami funkcjonalnymi w częstotliwości korzystania z usług wynikają z utrudnionego dojazdu do niektórych usług (co wynika z jednej strony z przestrzennego rozmieszczenia placówek, a z drugiej z organizacji transportu publicznego lub też posiadania lub nie własnego samochodu) oraz z subiektywnych potrzeb mieszkańców („nie korzystam, bo nie mam takiej potrzeby”). Usługi medyczne, z których korzystają seniorzy, najczęściej zlokalizowane są w gminie zamieszkania (usługi medyczne podstawowe) lub w innej gminie (usługi medyczne specjalistyczne), ale w powiecie zamieszkania. Badania w Szwecji pokazały, że na częstotliwość korzystania z usług medycznych wpływ ma nie tylko dostępność transportowa (dojazd transportem publicznym), przestrzenna (dojazd własnym samochodem) czy lokalizacja placówek medycznych, ale również stopień rozwinięcia e-usług medycznych (Blusi et al., 2016). Mogą one przyczynić się m.in. do zwiększenia trwałości i dostępności wsparcia medycznego dla pacjentów, dla ich opiekunów oraz przyczynić się do zmniejszenia wykluczenia społecznego, szczególnie dla osób z ograniczonymi możliwościami poruszania się (Keating, 2008; Manzoor i Vimarlund, 2017). W warunkach polskich problemem pozostaje jednak nie tylko niski poziom znajomości nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych (oraz dostępu do Inter-

netu) wśród seniorów (Kujawski, 2018; Czarnecka et al., 2023), szczególnie na obszarach wiejskich, ale również proces wdrożenia e-usług przez podmioty świadczące te usługi. Jak wykazały badania, podczas których przebadano 11 tys. placówek medycznych, w prawie 60% placówek nie wdrożono e-usług, nawet tak podstawowych jak możliwość rejestracji czy sprawdzenia wyników badań (Stawnicka, 2025). Częstotliwość korzystania z usług jest również zróżnicowana w zależności od wieku respondentów i poziomu wykształcenia. Zaobserwowano ogólną zależność: wraz z wiekiem maleje częstotliwość korzystania z analizowanych usług (wszystkich łącznie). Jednak nie dotyczy to usług medycznych, szczególnie wizyt u lekarza pierwszego kontaktu lub innego lekarza w POZ, lekarza specjalisty spoza POZ czy wizyt u stomatologa/protetyka. Wraz z wiekiem częstotliwość tych wizyt wzrasta, co jest zgodne z wynikami innych badań (por. np. Parslow et al., 2004; Pilger, 2013). W przypadku poziomu wykształcenia: im wyższy, tym większa jest częstotliwość korzystania z analizowanych rodzajów usług.

Z usług kulturalnych polscy seniorzy korzystają sporadycznie, częściej ci zamieszkali w ośrodkach miejskich i ich bezpośrednim otoczeniu funkcjonalnym, co oczywiście wynika z istniejącej oferty. Natomiast z analizowanych usług rekreacyjno-sportowych seniorzy nie korzystają prawie wcale. W przypadku obu rodzajów usług podstawowymi przyczynami niekorzystania z takiej oferty usługowej są względy zdrowotne, brak takiej potrzeby lub brak takich usług w gminie zamieszkania. Korzystanie z tego typu usług zależy od wielu czynników, w tym demograficznych, kulturowych, ekonomicznych czy cech indywidualnych (Hillerås et al., 2001; Banerjee i Duflo, 2007; Panriensaen et al., 2024). Jak wykazały badania, im wyższy poziom uczestnictwa w zajęciach sportowo-rekreacyjnych, tym wyższy stopień zadowolenia z życia (Lee i Hung, 2011).

Zaskakująco pozytywnie respondenci ocenili organizacyjny wymiar dostępności (*accommodation*) do usług medycznych. Najwyższe oceny dotyczyły aptek (co można wiązać z ich funkcjonowaniem na zasadach rynkowych) oraz tych typów usług medycznych, z których respondenci korzystają stosunkowo rzadko (np. badania laboratoryjne). Najgorzej oceniono dostępność do lekarzy POZ innych niż lekarze pierwszego kontaktu. To właśnie usługi medyczne mają kluczowe znaczenie na każdym etapie ludzkiego życia. Z różnych usług medycznych korzystamy z różną częstotliwością w zależności od wieku. Jak wykazały badania, częstotliwość ta rośnie wraz z wiekiem respondentów. I to będzie największym wyzwaniem władz na różnych szczeblach administracyjnych: zapewnienie odpowiedniego poziomu dostępności usług medycznych w kontekście dynamicznych zmian demograficznych, w szczególności starzenia się społeczeństwa (zwłaszcza wzrostu udziału najstarszych seniorów, tj. osób w wieku 85+, tzw. *double ageing*) i wzrostu średniej długości życia.

Ryciny i tabele, pod którymi nie zamieszczono źródeł, są opracowaniem własnym autora artykułu.

Artykuł powstał w ramach grantu badawczego MINIATURA 3 pt. *Dostępność do usług publicznych a wykluczenie społeczne w kontekście przemian demograficznych*, finansowane przez Narodowe Centrum Nauki na podstawie decyzji nr DEC-2019/03/X/HS4/01647.

Piśmiennictwo

- Adams, B.K, Leibrandt, S., Moon, H. (2011). A critical review of the literature on social and leisure activity and well-being in later life. *Ageing and Society*, 31(4), 683-712.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X10001091>
- Banerjee, A.V. & Duflo, E. (2007). The Economic Lives of the Poor. *Journal of Economic Perspective*, 21(1), 141-167. <https://doi.org/10.1257/jep.21.1.141>
- Blusi, M., Jong, M., & Dalin, R. (2016). Older People Using e-Health Services-Exploring Frequency of Use and Associations with Perceived Benefits for Spouse Caregivers. *Informatics*, 3(3), 15.
<https://doi.org/10.3390/informatics3030015>
- Bowling, A., Farquhar, M., & Browne, P. (1991). Use of services in old age: Data from three surveys of elderly people. *Social Science & Medicine*, 33(6), 689-700.
[https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90023-6](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90023-6)
- Carson, D.B., Carson, D.A., Porter, R., Ahlin, C.Y. & Sköld, P. (2016). Decline, Adaptation or Transformation: New Perspectives on Demographic Change in Resource Peripheries in Australia and Sweden. *Comparative Population Studies*, 41(3-4), 379-406. <https://doi.org/10.12765/CPoS-2016-11>
- Ciechański, A. (2023). Zmierzch czy koniec przedsiębiorstw Państwowej Komunikacji Samochodowej? *Prace Komisji Geografii Komunikacji PTG*, 26(1), 69-79.
<https://doi.org/10.4467/2543859XPKG.23.005.17402>
- Cornwell, B., Laumann, E.O., & Schumm, L.P. (2008). The social connectedness of older adults: A national profile. *American Sociological Review*, 73(2), 185-203.
<https://doi.org/10.1177/000312240807300201>
- Czarnecka, M., Kelm, H., & Koczur, W. (2023). Wykluczenie cyfrowe seniorów w zakresie korzystania z usług społecznych w Polsce w dobie demograficznego starzenia się ludności. *Optimum. Economic Studies*, 111(1), 89-109. <https://doi.org/10.15290/oes.2023.01.111.06>
- Doblhammer, G., & Ziegler, U. (2006). Future Elderly Living Conditions in Europe: Demographic Insights. W: G. Backes, V. Lasch, K. Reimann (red.), *Gender, Health and Ageing* (s. 267-292). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Doi, K., Kii, M., & Nakanishi, H. (2008). An integrated evaluation method of accessibility, quality of life, and social interaction. *Environment and Planning B: Urban Analytics and City Science*, 35(6), 1098-1116. <https://doi.org/10.1068/b3315t>
- Elshof, H., Haartsen, T., van Wissen, L.J.G., & Mulder, C.H. (2017). The Influence of Village Attractiveness on Flows of Movers in a Declining Rural Region. *Journal of Rural Studies*, 56, 39-52.
<https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2017.07.004>
- European Commission. (2004). White Paper on services of general interest, COM(2004)374.
- Guzik, R. (2003). *Przestrzenna dostępność szkolnictwa ponadpodstawowego*. Kraków: IGIgP UJ.
- Heenan, D. (2006). The factors influencing access to health and social care in the farming communities of County Down, Northern Ireland. *Ageing and Society*, 26(3), 373-391.
<https://doi.org/10.1017/S0144686X06004697>
- Héran, F. (2014). Demographic Trends, Labour Market Needs and Migration. W: *Matching Economic Migration with Labour Market Needs* (s. 23-35). Paris: OECD Publishing.
- Hillerås, P.K., Aguero-Torres, H., & Winblad, B. (2001). Factors influencing well-being in the elderly. *Current Opinion in Psychiatry*, 14(4), 361-365.
- Hoekveld, J.J. (2015). Spatial Differentiation of Population Development in a Declining Region: the Case of Saarland. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 97(1), 47-68.
<https://doi.org/10.1111/geob.12065>

- Janicka-Olejnik, E. (2016). Uczestnictwo Polaków w kulturze w świetle aktualnych raportów. *Studia BAS*, 46(2), 57-75.
- Keating, N. (2008). *Rural Ageing: A Good Place to Grow Old?* Bristol: The Policy Press.
- Klimczuk, M. (2010). Wpływ zmian demograficznych na rynek pracy. W: R.C. Horodeński, C. Sadowska-Snarska (red.), *Uwarunkowania rynku pracy w Polsce. Aspekty regionalne* (s. 121-140). Białystok-Warszawa: WSE, IPISS.
- Krajewski, M. (2014). Kompetencje kulturowe Polaków. W: R. Drozdowski, B. Fatyga, M. Filiciak, M. Krajewski, T. Szlendak (red.), *Praktyki kulturalne Polaków* (s. 304-370). Toruń: Wydawnictwo Naukowe UMK, MKiDN.
- Kujawski, J. (2018). Wykluczenie cyfrowe jako forma wykluczenia społecznego. Przypadek Polski. *Media i Społeczeństwo*, 9(2), 252-260.
- Kulcsar, L.J., Brown, D.L. (2017). Population Ageing in Eastern Europe: Toward a Coupled Micro-Macro Framework. *Regional Statistics*, 7(1), 115-134.
- Lee, Y.J., & Hung, W.L. (2011). The relationship between exercise participation and well-being of the retired elderly. *Aging & Mental Health*, 15(7), 873-881.
<https://doi.org/10.1080/13607863.2011.569486>
- Lisiankova, K., & Wright, R.E. (2005). Demographic Change and the European Union Labour Market. *National Institute Economic Review*, 194(1), 74-81. <https://doi.org/10.1177/0027950105061497>
- Littke, H., & Rauhut, D. (2013). Minimum levels of Services of General Interest – What fundamental rights do individuals and enterprises have? *EUROPA XXI*, 23, 47-68.
<https://doi.org/10.7163/Eu21.2013.23.3>
- Ludlow, D., & Rauhut, D. (2013). Services of General Interest: policy challenges and policy options. *Europa XXI*, 23, 69-83. <https://doi.org/10.7163/Eu21.2013.23.4>
- Mamcarczyk, M. (2022). Cultural and sports activity of seniors in the Małopolskie voivodeship. *Scientific Papers of Silesian University of Technology. Organization and Management Series*, 157, 309-326. <https://doi.org/10.29119/1641-3466.2022.157.20>
- Manzoor, M., & Vimarlund, V. (2017). E-services for the social inclusion of people with disabilities: A literature review. *Technology and Disability*, 29(1-2), 15-33. <https://doi.org/10.3233/TAD-170175>
- Marques, T., Saraiva, M., de Mtos, F.L., Maia, C., Ribeiro, D., Ferreira, M., & Amante, A. (2019). Assessing territorial vulnerabilities and spatial inequalities: the case of Portugal. AESOP 2019 Conference – Book of Papers. Pobrane z: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/125435/2/369726.pdf> (4.04.2025).
- Metz, D.H. (2000). Mobility of older people and their quality of life. *Transport Policy*, 7(2), 149-152.
[https://doi.org/10.1016/S0967-070X\(00\)00004-4](https://doi.org/10.1016/S0967-070X(00)00004-4)
- de Nardi, M., French, E., Jones, J.B., & McCauley, J. (2016). Medical Spending of the US Elderly. *Fiscal Studies*, 37(3-4), 717-747. <https://doi.org/10.1111/j.1475-5890.2016.12106>
- Näsi, M., Räsänen, P., & Sarpila, O. (2012). ICT activity in later life: Internet use and leisure activities amongst senior citizens in Finland. *European Journal of Ageing*, 9, 169-176.
<https://doi.org/10.1007/s10433-011-0210-8>
- Norris, P., Horsburgh, S., Sides, G., Ram, S., & Fraser, J. (2014). Geographical Access to Community Pharmacies in New Zealand. *Health & Place*, 29, 140-145.
<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2014.07.005>
- Padeiro, M. (2018). Geographical Accessibility to Community Pharmacies by the Elderly in Metropolitan Lisbon. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(7), 653-662.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.07.014>

- Panriensaen, R., Suksee, S., Siladlao, S., Kingkaew, M., & Prabsangob, K. (2024). Behavioral Patterns and Recreational Preferences among Elderly Individuals in the Lower Central Region of Thailand. *International Journal of Geoinformatics*, 20(3), 44-53. <https://doi.org/10.52939/ijg.v20i3.3129>
- Parslow, R., Jorm, A., Christensen, H., Jacomb, P., & Rodgers, B. (2004). Gender differences in factors affecting use of health services: an analysis of a community study of middle-aged and older Australians. *Social Science & Medicine*, 59(10), 2121-2129. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.03.018>
- Penchansky, R., & Thomas, J. (1981). The concept of access: Definition and relationship to consumer satisfaction. *Medical Care*, 19, 127-140. <https://doi.org/10.1097/00005650-198102000-00001>
- Pilger, C., Menon, M.U., & Mathias, T.A. (2013). Health services use among elderly people living in the community. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 47(1), 213-220. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342013000100027>
- Rosik, P. (2012). *Dostępność lądowa przestrzeni Polski w wymiarze europejskim*. Warszawa: IGiPZ PAN.
- Rosik, P., Stępiak, M., & Wiśniewski, R. (2020). Delineation of health care deserts using accessibility measures: the case of Poland. *European Planning Studies*, 29(6), 1151-1173. <https://doi.org/10.1080/09654313.2020.1818184>
- Saurman, E. (2016). Improving access: modifying Penchansky and Thomas's Theory of Access. *Journal of Health Services Research & Policy*, 21(1), 36-39. <https://doi.org/10.1177/1355819615600001>
- Shah, T.I., Milosavljevic, S., & Bath, B. (2017). Determining Geographic Accessibility of Family Physician and Nurse Practitioner Services in Relation to the Distribution of Seniors Within Two Canadian Prairie Provinces. *Social Science & Medicine*, 194, 96-104. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.10.019>
- Śleszyński, P., & Komornicki, T. (2016). Klasyfikacja funkcjonalna gmin Polski na potrzeby monitoringu planowania przestrzennego. *Przegląd Geograficzny*, 88(4), 469-488. <https://doi.org/10.7163/PrzG.2016.4.3>
- Stawnicka, I. (2025). E-usługi w ochronie zdrowia wciąż nie są standardem. Portal Prawo.pl. Pobrane z: <https://www.prawo.pl/zdrowie/e-uslugi-w-ochronie-zdrowia-wyzwania-w-polsce,532918.html> (14.05.2025).
- Stępiak, M., Wiśniewski, R., Goliszek, S., & Marcińczak, S. (2017). *Dostępność przestrzenna do usług publicznych w Polsce*. Prace Geograficzne, 261. Warszawa: IGiPZ PAN.
- Taylor, Z. (1999). *Przestrzenna dostępność miejsc zatrudnienia, kształcenia i usług a codzienna ruchliwość ludności wiejskiej*. Wrocław: IGiPZ PAN, Continuo.
- Thiede, B.C., Brown, D.L., Sanders, S.R., Glasgow, N., & Kulcsar, L.J. (2017). A Demographic Deficit? Local Population Aging and Access to Services in Rural America, 1990-2010. *Rural Sociology*, 82(1), 44-74. <https://doi.org/10.1111/ruso.12117>
- Tivig, T., Frosch, K., & Kühntopf, S. (2008). *Mapping Regional Demographic Change and Regional Demographic Location Risk in Europe*. Rostock: Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels.
- Wilhelmson, K., Andersson, C., Waern, M., & Allebeck, P. (2005). Elderly people's perspectives on quality of life. *Ageing and Society*, 25(4), 585-600. <https://doi.org/10.1017/S0144686X05003454>
- Wiśniewski, R., Mazur, M., Śleszyński, P., & Szejgiec-Kolenda, B. (2020). *Wpływ zmian demograficznych w Polsce na rozwój lokalny*. Prace Geograficzne, 274. Warszawa: IGiPZ PAN.
- Wiśniewski, R., Stępiak, M., & Szejgiec-Kolenda, B. (2020). Accessibility of public services in the age of ageing and shrinking population: are regions following trends. *Geografiska Annaler: Series B, Human Geography*, 103(1), 55-74. <https://doi.org/10.1080/04353684.2021.1903334>

Summary

This article examines the frequency with which older adults in Poland (aged 60 and over) use medical, cultural, and entertainment services, primarily in relation to their place of residence (functional type of local-authority area/municipality) and level of education. This age group is particularly vulnerable to social exclusion in terms of service accessibility, especially in rural areas, due to significant changes on the transport-services market (Ciechański, 2023), as well as age-related declines in ability to use private transport. The article also evaluates the organisational aspects of accessibility (*accommodation*; cf. Penchansky & Thomas, 1981) to medical services, and investigates the impact of the pandemic on accessibility to the analysed categories of services, which are medical, cultural, recreational and sports-related.

The frequency with which different types of services are used is found to relate to two main factors: their spatial availability and the needs of residents. Our research has shown that, in the 12 months prior to the survey, around 10% of respondents had not visited their general practitioner at all. Comparable studies conducted across different countries have revealed varying results. For example, the proportions of older adults not visiting a doctor in the previous six months proved to be 1% in Japan, 14% in Germany, 31% in Canada, 33% in the United Kingdom and 40% in the United States (Pilger, 2013).

The frequency of use of medical services is also influenced by the functional type of municipality in which people reside. In general, residents of core municipalities access medical services more frequently than those living in peripheral areas (see Bowling et al., 1991). However, the degree of service centralisation moderates this pattern, as: the lower the level of centralisation, the more limited the variation in service utilisation between different functional types of municipality. Thus, functional and spatial structures shape service accessibility, though this effect is more significant for certain services, such as specialist medical or cultural services, than for others, such as pharmacies or general practitioners.

The medical services used by seniors are most often located within their municipality of residence (for basic medical services, e.g. general practitioners), or in another municipality within their county (for specialised medical services). Research in Sweden has shown that people's frequency of utilisation of medical services is influenced, not only by transport (public and private) and the location of healthcare facilities, but also by the development of e-health services (Blusi et al., 2016). E-health solutions can increase the sustainability and accessibility of healthcare for patients and caregivers, and may reduce social exclusion, particularly among individuals with limited mobility (Keating, 2008; Manzoor & Vimarlund, 2017). However, in Poland, barriers remain, due to limited digital skills and Internet access among older people, particularly in rural areas (Kujawski, 2018; Czarnecka et al., 2023); as well as the slow implementation of e-services by healthcare providers. A study of 11,000 medical facilities revealed that almost 60% had not implemented basic e-services such as online appointment booking or access to lab results (Stawnicka, 2025).

Frequency of service use also varies in line with people's ages and levels of education. Overall, utilisation tends to be lower at greater age. However, this does not apply to medical services, where visits to general practitioners, other doctors, and dentists/prosthodontists tend to increase in frequency with age. This pattern is consistent with the findings of other studies (e.g. Parslow et al., 2004; Pilger, 2013). Service use also correlates

positively with educational level, in that the higher the level of education, the more frequently individuals engage with the various services analysed.

Poland's over-60s rarely use cultural services, though this is more common among those living in urban centres and their surrounding areas. This is unsurprising, given the greater availability of cultural offerings in the latter areas. In contrast, recreational and sports services are only used with extreme rarity by the elderly. The most commonly cited reasons for non-participation in these two categories of service include health-related limitations, a perceived lack of need, and the lack of such services within the municipality of residence. Participation in cultural, recreational and sports activities is known to be influenced by a variety of demographic, cultural, economic and personal factors (Hillerås et al., 2001; Banerjee & Duflo, 2007; Panriansaen et al., 2024). Empirical studies have demonstrated a positive correlation between participation in sports and recreational activities, and overall life satisfaction (Lee & Hung, 2011).

Respondents offered surprisingly positive assessments of the organisational dimension to access to medical services (i.e. *accommodation*; cf. PENCHANSKY & THOMAS, 1981). Thus respondents were relatively positive about the organisational aspect of access to medical services (thus displaying *accommodation*). The highest ratings were given to pharmacies (likely due to their commercial approach), as well as to medical services like laboratory testing used only relatively infrequently. By contrast, the lowest ratings were those assigned to the accessibility of primary-care physicians other than general practitioners. Medical services are essential at all stages of life, though the frequency and type of services used vary with age. As the study indicates, frequency of use increases with advancing age. This trend poses a significant challenge to authorities at all administrative levels, which are to ensure adequate access to medical services amid rapid demographic changes, particularly population ageing. Of particular concern is the growing proportion of people aged 85 and over (a phenomenon referred to as 'double ageing'), alongside rising average life expectancy.