

P O L S K A A K A D E M I A N A U K
I N S T Y T U T G E O G R A F I I
I P R Z E S T R Z E N N E G O Z A G O S P O D A R O W A N I A

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY PROBLEMU WĘZŁOWEGO
„PODSTAWY PRZESTRZENNEGO ZAGOSPODAROWANIA KRAJU“

Do użytku służbowego

BIULETYN INFORMACYJNY

ZESZYT 8

CZESŁAW SUROWIK

WYBRANE PROBLEMY PRZESTRZENNEGO
KSZTAŁTOWANIA INFRASTRUKTURY
OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ

INSTYTUT GEOGRAFII
I PRZESTRZENNEGO ZAGOSPODAROWANIA
Polskiej Akademii Nauk
Zakład Przestrzennego Zagospodarowania
00-330 Warszawa
ul. Nowy Świat Nr 72

WARSZAWA 1975

P O L S K A A K A D E M I A N A U K
I N S T Y T U T G E O G R A F I I
I P R Z E S T R Z E N N E G O Z A G O S P O D A R O W A N I A

ZESPÓŁ KOORDYNACYJNY PROBLEMU WĘZŁOWEGO
„**PODSTAWY PRZESTRZENNEGO ZAGOSPODAROWANIA KRAJU**“

Do użytku służbowego

BIULETYN INFORMACYJNY

ZESZYT 8

CZESŁAW SUROWIK

**WYBRANE PROBLEMY PRZESTRZENNEGO
KSZTAŁTOWANIA INFRASTRUKTURY
OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ**

INSTYTUT GEOGRAFII
I PRZESTRZENNEGO ZAGOSPODAROWANIA
Polskiej Akademii Nauk
Zakład Przemysłowego Zagospodarowania
00-330 Warszawa
ul. Nowy Świat Nr 72

WARSZAWA 1975

Opracowanie redakcyjne

I. Stańczak

SPIS TREŚCI

	str.
Wstęp	5
I. Zagadnienia teoretyczno-metodyczne	7
1. Pojęcie infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej	8
2. Cechy infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej	11
3. Klasyfikacja infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej	14
4. Stan zdrowia ludności jako czynnik kształtujący oczekiwania społeczne na świadczenia medyczne i pomocy społecznej	22
5. Czynniki kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej	26
6. Mierniki infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej	27
II. Infrastruktura ochrony zdrowia i pomocy społecznej w latach 1945-1974 /charakterystyka ogólna/	29
III. Układ przestrzenno-funkcjonalny infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej /diagnoza stanu obecnego/	48
1. Ogólna diagnoza stanu obecnego	49
2. Przestrzenno-funkcjonalna diagnoza stanu aktualnego i tendencji przemian	52
Szpitalnictwo ogólne	52
Zamknięte leczenie psychiatryczne	53
Wiejska służba zdrowia	54
Apteki otwarte /bez punktów aptecznych i aptek PKP/	55

Żłobki	56
Domy pomocy społecznej	57
Zatrudnienie	59
3. Lecznictwo uzdrowiskowe	59
IV. Głównie tendencje przemian po roku 1970	60
V. Wstępna analiza wybranych elementów infrastruktury ochrony zdrowia w układzie nowego podziału admini- stracyjnego oraz jego skutków dla kształtowania tej infrastruktury	64
VI. Zarys modelu docelowego przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i po- mocy społecznej	71
Bibliografia dotycząca infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej	82
Spis kartogramów	90

W S T Ę P

Niniejsze opracowanie stanowi syntezę wyników prac naukowo-badawczych i studiów szczegółowych wykonywanych pod kierownictwem Kazimierza Podoskiego Dyrektora Instytutu Nauk Politycznych Uniwersytetu Gdańskiego w zakresie infrastruktury społecznej w Polsce. Prace naukowo-badawcze i studia szczegółowe, które stanowiły podstawę niniejszego opracowania wykonane zostały w latach 1973-1975. Badania o charakterze bardziej ogólnym poddano niejako weryfikacji poprzez zlecenie całego szeregu studiów szczegółowych przedstawicielom różnych dyscyplin naukowych¹.

Opracowanie jest pierwszą próbą kompleksowego spojrzenia na tę dziedzinę infrastruktury społecznej na tle całości kształtu infrastruktury, lecz w takim zakresie jaki determinowała możliwość uzyskania materiałów podstawowych niezbędnych do wykonania analizy oraz stosunkowo krótki czas trwania badań. Kompletność analizy ograniczyły wprowadzone w okresie wykonywania badań istotne zmiany organizacyjne i w podziale administracyjnym kraju, które ze względu na brak pewnej, choćby minimalnej perspektywy czasu nie mogły być w pełni ocenione. Powołanie zespołów opieki zdrowotnej oraz wprowadzenie dwustopniowego podziału administracyjnego kraju - staną się nośnikami zmian w sferze czynników determinujących rozwój i kształtowanie przestrzenno-organizacyjnego modelu docelowego infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej.

¹ Studia szczegółowe m.in. dotyczyły następujących zagadnień: kryteriów oceny systemów opieki medycznej, perspektywicznej koncepcji organizacji przemysłowej służby zdrowia, efektywności inwestycji szpitalnych, górniczej służby zdrowia, roli akademii medycznych. Szczegółowy wykaz tych studiów wraz z podaniem ich autorów podano w wykazie bibliografii. Autorami byli: lekarze, ekonomiści, politolodzy i demografowie.

Proces ten został zapoczątkowany. Towarzyszy mu intensyfikacja przygotowywania personelu medycznego, zwłaszcza kadr lekarskich, mająca instrumentalne znaczenie dla przemian zmierzających do zdynamizowania zaspokajania potrzeb ludności w zakresie opieki zdrowotnej, pomocy społecznej i opieki nad dziećmi do lat trzech. Proces ten jest konsekwencją realizacji nowych koncepcji polityki społecznej po 1971 r. Skutki tego procesu będzie można poddać bardziej gruntownej analizie i uzyskać precyzyjniejsze wyniki poprzez kontynuację badań w okresie 1976-1980, a także w latach późniejszych.

Podstawowe etapy studiów nad infrastrukturą ochrony zdrowia i pomocy społecznej stanowiły: prace teoretyczno-metodyczne oraz badania szczegółowe oparte o materiały inwentaryzacyjne, których celem było uchwycenie głównych prawidłowości rozwojowych /niekoniecznie właściwych w aspekcie realizacji powszechności i dostępności świadczeń medycznych i pomocy społecznej dla ludności/ i dokonanie oceny rozmieszczenia tej dziedziny infrastruktury społecznej w Polsce. Analizowano przede wszystkim stan rozwoju i rozmieszczenie podstawowych rodzajów urządzeń opieki zdrowotnej i społecznej w 1970 r. i zmiany jakie zaszły w latach 1971-1973, a tam gdzie to było możliwe również sytuację na koniec 1974 r. i przewidywany stan w końcu bieżącego planu pięcioletniego.

Następnie zajęto się badaniem przemian w rozmieszczeniu przestrzennym i związanych z nimi przemian w poziomie zaspokojenia potrzeb ludności na świadczenia medyczne.

Na podstawie uzyskiwanych wyników formułowano docelowy model przestrzenno-organizacyjny infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w powiązaniu z określonymi typami obszarów i jednostek osadniczych. Propozycje uwzględniają możliwości dochodzenia do rozwiązań docelowych w zróżnicowanych warunkach wynikających ze stanu wyjściowego, założeń rozwojowych do 1990 r. określonych w planie przestrzennego zagospodarowania kraju i programach przygotowanych przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.

Wspomniane założenia perspektywicznego rozwoju Polski, dostępne, aczkolwiek nie zawsze adekwatne w pełni do potrzeb analizy podstawowe materiały statystyczne oraz obserwacje i doświadczenia autora zdobyte w prawie sześcioletniej pracy w terenowych organach resortu zdrowia - stanowiły główną podstawę umożliwiającą naświetlenie przedmiotu opracowania, skomplikowanego teoretycznie i trudnego w realizacji praktycznej.

W ramach dotychczasowych prac naukowo-badawczych nie mogły być wyjaśnione wszystkie zagadnienia przestrzenno-organizacyjnego kształtowania infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej w aspekcie optymalnego zaspokajania potrzeb ludności. Istnieje potrzeba prowadzenia dalszych badań nad infrastrukturą ochrony zdrowia i pomocy społecznej, ponieważ w świetle dotychczasowych przewidywań do roku 2000 przemiany tej infrastruktury przybiorą niewspółmiernie większe rozmiary w stosunku do przemian dokonanych w minionym trzydziestoleciu PRL.

Niniejsze opracowanie określić można jako syntetyczne studium podsumowujące wstępną fazę prac badawczych nad infrastrukturą ochrony zdrowia i opieki społecznej.

I. ZAGADNIENIA TEORETYCZNO-METODYCZNE

W rozdziale niniejszym przedstawione zostaną zagadnienia dotyczące przede wszystkim pojęcia, cech i klasyfikacji infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej oraz zaprezentowane zostaną metody badawcze. Zajęcie stanowiska w tych sprawach jest konieczne wobec braku jednomyślności w literaturze naukowej co do istoty samego pojęcia infrastruktury społecznej, której jedną z dziedzin jest infrastruktura ochrony zdrowia i opieki społecznej.

1. Pojęcie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Po przeanalizowaniu dostępnej literatury przedmiotu należy stwierdzić, że zawiera ona propozycje rozumienia infrastruktury społecznej w szerokim znaczeniu [27, 69, 974, 75, 78, 89, 91/.

Definicja ochrony zdrowia w aspekcie operatywnym określona jest jako: "system zorganizowanych działań urzędzeń, instytucji i norm prawnych, którymi państwo wpływa na zdrowie społeczeństwa" [77/.

K.Secomski [91/ proponując definicję infrastruktury społecznej podaje, że "Składają się na nią wszelkiego typu urzędzenia i instytucje wiążące się z ochroną zdrowia, szeroko pojmowanym systemem edukacji narodowej, zabezpieczeniem ludności, a przede wszystkim - z porządkiem prawnym, bezpieczeństwem, gwarantowaniem różnych praw i wolności wraz z wszelkimi ułatwieniami stanowiącymi w praktyce realizację zasady powszechnej dostępności urzędzeń socjalnych i kulturalnych oraz równych możliwości awansu społecznego.

W przytoczonych definicjach infrastruktury społecznej i ochrony zdrowia wymienia się obok urzędzeń /bazę materiałową i sprzęt/ instytucje, a także kadry oraz te czynniki, które ułatwiają dostępność i powszechność korzystania z usług świadczonych przez urzędzenia ochrony zdrowia. Z punktu widzenia zaspokajania potrzeb ludności nie budzą wątpliwości te elementy określeń infrastruktury ochrony zdrowia, które odnoszą się do bezpośredniego świadczenia usług medycznych, albo też spełniają w stosunku do nich funkcję pomocniczą, umożliwiającą doskonalenie działania bezpośredniego i wprowadzania postępu naukowo-technicznego. Teza ta znajduje potwierdzenia w poglądach nauk medycznych, które w zakresie działania ochrony zdrowia zgodnie wymieniają grupę funkcji podstawowych i grupę funkcji pomocniczych [61/.

J. Indulski i J. Leowski [60] słusznie zaakcentowali znaczenie kadr medycznych dla skutecznego zabezpieczenia opieki zdrowotnej nad społeczeństwem.

Dyskusyjne jest natomiast włączanie do pojęcia infrastruktury społecznej, a tym samym infrastruktury ochrony zdrowia instytucji, które nie świadczą usług medycznych w sposób bezpośredni. To nie przekreśla ich znaczenia w całości kształtowania przestrzenno-funkcjonalnego infrastruktury ochrony zdrowia, ale ich działalność nie jest masowo uznawana za niezbędną w odczuciu społecznym, ani też nie wskazuje ścisłych zależności ze społeczną efektywnością funkcjonowania urządzeń bezpośrednio zaspokajających potrzeby ludności.

W świetle tych spostrzeżeń oraz z punktu widzenia potrzeb przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej rysuje się możliwość, a raczej potrzeba, specyficznego potraktowania pojęcia tej infrastruktury. Ponadto rozpatrując to zagadnienie w płaszczyźnie całokształtu infrastruktury społecznej, będącej określonym systemem, obejmującym jako jedną z dziedzin infrastrukturę ochrony zdrowia i opieki społecznej, stanowiącą podsystem branżowy, a także układ strukturalny sprzężony z typami obszarów i jednostek osadniczych, można definiować cały podsystem oraz poszczególne jego urządzenia. Definiowanie natomiast rodzajów urządzeń wykracza poza ramy opracowania, co zresztą uczyniła już nauka organizacji ochrony zdrowia [61].

Przy takim rozumieniu tej infrastruktury uznać można za w pełni adekwatną definicję infrastruktury społecznej, zaproponowaną przez zespół tematyczny w monografii pt.: "Raport grupy tematycznej z badań prowadzonych w latach 1973-1975"², odnosząc ją do infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Na pojęcie całej infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej składać się będzie celowo rozmieszczona sieć urządzeń.

² Jest to raport z badań nad infrastrukturą społeczną "sensu stricto" opracowany pod kierunkiem K. Podolskiego.

składająca się z odpowiednio rozwiązanych obiektów, umożliwiających elastyczne zaspokajanie zmiennych w czasie i przestrzeni potrzeb społecznych, poprzez stosowanie osiągnięć rewolucji naukowo-technicznej przez kadry posiadające wysokie kwalifikacje zawodowe i społeczne, działające w określonym systemie organizacyjno-prawnym.

Pojedyncze urządzenie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej proponuje się traktować jako określoną całość składającą się z elementu o znaczeniu podstawowym i elementu o znaczeniu pomocniczym dla funkcji spełnianej przez dane urządzenie.

W skład każdego z tych elementów wchodzi: obiekty służące bezpośrednio zaspokajaniu potrzeb ludności oraz obiekty umożliwiające działanie podstawowe /stołówka w szkole i w szpitalu, dom studencki, internat, warsztat konserwacji aparatury i sprzętu technicznego/, wyposażenie zapewniające działalność podstawową lub pomocniczą w stosunku do działalności podstawowej, kadry zatrudnione w działalności podstawowej lub pomocniczej. Całość unormowania jest w postaci systemu organizacyjno-prawnego określającego zasady działania bezpośredniego lub pośredniego w zakresie zaspokajania potrzeb społecznych.

Wielkość składników urządzenia o znaczeniu podstawowym z punktu widzenia zaspokajania oczekiwań społecznych na świadczenia medyczne lub pomocy społecznej zależy jest od zakresu ilościowego i jakościowego świadczonych usług, które w zasadzie mogą być względnie jednolicie kształtowane. Natomiast składniki urządzenia o znaczeniu pomocniczym stymulowane są wielkością i funkcją urządzeń zaspokajających bezpośrednio potrzeby ludności, stopniem ich wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny.

Zatem urządzenia infrastruktury ochrony zdrowia składają się z elementów o znaczeniu podstawowym oraz z elementów o znaczeniu pomocniczym. Jednakowoż o charakterze danego urządzenia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej przesądza układ strukturalny wymienionych składników, oceniany z punktu widzenia ich funkcji w zaspokajaniu potrzeb ludności. Jeżeli głównym celem utworzenia i działania danego urządzenia jest bez-

pośrednie zaspokajanie potrzeb ludności to zaliczymy je do układu o charakterze działalności podstawowej.

Właściwe funkcjonowanie wymienionych urządzeń wspomagane być musi przez układ urządzeń spełniających funkcje pomocnicze w stosunku do urządzeń świadczących usługi bezpośrednie.

W literaturze naukowej w zakres pojęcia infrastruktury społecznej nie włącza się kadr w niej zatrudnionych. W opracowaniu niniejszym kadry zostały włączone. Najdoskonalszy nawet model przestrzenno - funkcjonalny musi być wsparty kadrą o wysokich kwalifikacjach zawodowych i społecznych. Bez niej zasoby materialne infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej nie będą mogły spełniać swojej funkcji.

2. Cechy infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Infrastruktura ochrony zdrowia i pomocy społecznej, będąc jedną z dziedzin infrastruktury społecznej, charakteryzuje się identycznymi lub podobnymi cechami. Za najistotniejsze z nich /w aspekcie przestrzennym/ uznać można:

1/ Długi okres trwania obiektów składających się na dane urządzenie, powodujący trudność przystosowywania ich do zmieniających się potrzeb ludności z zakresu opieki zdrowotnej i społecznej zarówno w aspekcie ilościowym i jakościowym jak i w układzie przestrzennym.

2/ Powszechność i dostępność przestrzenno-funkcjonalna działalności poszczególnych urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej zdeterminowana socjalistycznym ustrojem państwa polskiego.

3/ Uleganie wpływom lokalnym warunków społeczno-gospodarczych oraz wynikająca z tego konieczność przystosowywania działalności urządzeń, poprzez wykorzystywanie elastyczności czynnika ludzkiego. Urządzenia zaspokajające potrzeby podstawowe, z uwagi na swą jednorodność, mogą być względnie jednolicie kształtowane przestrzennie.

Natomiast właściwością urządzeń zaspokajających potrzeby specjalistyczne ludności jest to, że ich działalność jest różnorodna i dlatego przestrzenne ich rozmieszczanie musi być kształtowane indywidualnie.

4/ Dążenie do zintegrowania ząbębających się różnych świadczeń medycznych o charakterze podstawowym i specjalistycznym w ramach podstawowej funkcji w systemie ochrony zdrowia ludności /np. szpital wykonujący równocześnie zadania lecznictwa otwartego, rehabilitacji, organizowanie życia byłym pacjentom w środowisku zamieszkania i pracy przez pewien okres po zakończeniu leczenia szpitalnego, organizowanie opieki medycznej przez ogniwa systemu pomocy społecznej dla ludzi zniedożężniałych itp./. Ta wielofunkcyjna cecha infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest konsekwencją podlegania prawu koncentracji urządzeń w zakresie usług podstawowych, stwarzającej przesłanki włączenia ich w skład ośrodków zintegrowanej infrastruktury społecznej na szczeblu gminy, kombinatu rolno-przemysłowego i w osiedlach mieszkaniowych w miastach.

5/ Społeczny charakter oraz działanie na rzecz zaspokojenia najistotniejszych potrzeb człowieka, związanych z ochroną jego zdrowia, a niejednokrotnie życia sprawiają, że działanie to nacechowane być musi wysokim stopniem humanizmu, który zapewnić może człowiek wchodzący w skład infrastruktury ochrony zdrowia. Wynika z tego duże znaczenie kadr dla prawidłowego działania urządzeń tej infrastruktury. Potwierdza to także wspomnianą już zasadność włączenia ich do pojęcia infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej.

6/ Cechą omawianej infrastruktury jest stopniowe zmierzanie do wyprzedzania rozwoju gospodarczego. Obecnie w Polsce dominuje nadal rozwój produkcji materialnej, ale konieczne jest zapewnienie harmonii między tymi dwoma działaniami.

7/ Specyfiką działania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej jest jednoczesność świadczenia i konsumpcji usług. Występuje natomiast pewien dystans czasu od udzielenia

usługi do ujawniania symptomów jej skuteczności.

8/ Zmienność znaczenia poszczególnych rodzajów urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej warunkowana stadiami rozwoju społeczno-gospodarczego, które znamionują się różnorodnymi przemianami strukturalnymi społeczeństwa socjalistycznego. Proces przemian strukturalnych samej infrastruktury dokonuje się w postaci pojawiania się oraz zanikania różnych urządzeń, powodowany zmianą w oczekiwaniach społecznych na świadczenia medyczne i świadczenia pomocy społecznej [11].

9/ Współzależność rozwoju i przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania omawianej infrastruktury ze zjawiskami i procesami demograficznymi. Konsekwencją tego są trudności, a nawet niemożliwość wykorzystania wszystkich urządzeń ochrony zdrowia w każdym czasie i na każdej przestrzeni.

W literaturze przedmiotu za charakterystyczne cechy organizacyjne i funkcjonalne socjalistycznej służby zdrowia uważa się [51, 61, 77]:

a/ państwowy charakter sieci urządzeń służby zdrowia, działających bezpośrednio w zaspokajaniu oczekiwań społecznych na świadczenia medyczne,

b/ działanie w interesie zdrowia społecznego, realizujące politykę państwa w dziedzinie ustanowionego powszechnego prawa obywateli do ochrony zdrowia, wykorzystujące metody i środki działania o charakterze medycznym i społecznym,

c/ bezpłatność i powszechna dostępność opieki zdrowotnej,

d/ jednolitość i kompleksowość działania w zakresie wykonywania funkcji głównych - zasadniczych i pomocniczych,

e/ zasada ciągłości opieki profilaktyczno-leczniczej w każdej fazie opieki zdrowotnej, tj. poczynając od profilaktyki w stanie zdrowia poprzez różne formy leczenia od form opieki rehabilitacyjnej lub terminalnej w stanie choroby jednostki ludzkiej,

f/ preferowanie profilaktyki w każdej fazie działania ochronny zdrowia w coraz bardziej właściwych warunkach społeczno-eko-

nomicznych, organizacyjnych i rozwijania czynnego poradnictwa medycznego,

g/ objęcie zadań służby zdrowia planowaniem społeczno-gospodarczym w celu zapewnienia właściwego działania odpowiadającego zmiennym potrzebom ludności, wprowadzania postępu naukowo-technicznego.

Aktualny stan ochrony zdrowia w Polsce nie wykazuje pełnej zgodności z przytoczonymi cechami organizacyjno-funkcjonalnymi. Mamy bowiem do czynienia z pewnymi cechami właściwymi dla systemu ochrony zdrowia formacji kapitalistycznej, bowiem obok instytucji zdrowia publicznego działa tzw. indywidualna opieka lecznicza na zasadach komercyjnych, którą stanowi "specjalistyczna" spółdzielczość lekarska i prywatna praktyka lekarska. Również cechę jednolitości i kompleksowości można najpewniej odnieść do urządzeń należących do resortu zdrowia i opieki społecznej. Ciągłość opieki leczniczej nie osiągnęła w Polsce wymaganej skali m.in. ze względu na wielotorowość organizacyjną oraz utrzymywanie anachronicznych z punktu widzenia założeń ustrojowych, form opieki leczniczej sprawowanej na zasadach komercyjnych.

Stopień zrealizowania wymienionych cech opieki zdrowotnej i społecznej w Polsce nie osiągnął poziomu odpowiadającego aktualnym możliwościom i potrzebom społecznym z przyczyn natury obiektywnej i subiektywnej. Więcej uwagi poświęca się tym zagadnieniom w rozdziałach, które dotyczą oceny stanu w 1970 r. i przemian w latach 1971-1975.

3. Klasyfikacja infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Podziały klasyfikacyjne infrastruktury społecznej dokonywane są w literaturze przedmiotu z różnych punktów widzenia. Charakter opracowania wymaga przede wszystkim zaprezentowania klasyfikacji w aspekcie kształtowania infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej w układzie przestrzenno-funkcjonalnym.

Propozycje w tej dziedzinie mają charakter wstępny i wymagać będą dalszych badań po 1975 r.

Z punktu widzenia przestrzennego i funkcjonalnego w aktualnym stanie wyposażenia w infrastrukturę ochrony zdrowia i pomocy społecznej wyróżniają się następujące układy ośrodków:

- układ o znaczeniu ogólnokrajowym /lecznictwo uzdrowiskowe/,
- układ o znaczeniu ponadregionalnym /unikalne lecznictwo szpitalne, rehabilitacja lecznicza i zawodowa/,
- układ o znaczeniu regionalnym, wewnątrzregionalnym i lokalnym.

Układy te na siebie się nakładają w sensie przestrzennego rozmieszczenia, ale wyróżniają się w znaczeniu funkcjonalnym. Z takiego punktu widzenia można mówić nadto o powiązaniach urządzeń ochrony zdrowia z:

- miejscem zamieszkania i miejscem pracy /związanych z charakterem warunków pracy, powodowanych technologią i techniką produkcji/,
- ukierunkowaniem zaspokajania potrzeb określonych grup demograficznych ludności, np. opieka zdrowotna nad matką i dzieckiem,
- świadczeniem usług medycznych na rzecz określonych grup dyspenseryjnych osób chorych na choroby społeczne lub o ważnym znaczeniu społecznym.

W sferze działalności pomocniczej, zapewniającej bezpośrednio zaspokajanie potrzeb ludności na świadczenia medyczne, należy wspomnieć o układzie mającym zasięg międzynarodowy, np. wymiana myśli technicznej i naukowej w sferze produkcji oraz eksportu i importu aparatury i sprzętu medycznego.

Biorąc pod uwagę wyróżniane przez medycynę zasadnicze fazy postępowania zapobiegawczego /profilaktycznego/ [77] można także mówić o układach urządzeń umożliwiających realizację:

- "Profilaktyki pierwszej fazy", której celem jest kształtowanie środowiska naturalnego i społecznego sprzyjającego zachowaniu dobrego stanu zdrowia człowieka. Jest to dziedzina pozornie wykraczająca poza bezpośrednio działanie ochrony zdrowia,

bo "profilaktyka pierwszej fazy" polega na działaniu podnoszącym poziom higieniczny i przeciwepidemiczny, które najlepiej może wykonać służba zdrowia w ramach szeroko pojmowanej ochrony zdrowia ludności.

- "Profilaktyki drugiej fazy" zabezpieczającej człowieka przed ujemnymi następstwami choroby, której powodzenie - efekty - warunkowane są głównie stanem zasobów materialnych i ludzkich służby zdrowia oraz poziomem kultury zdrowotnej społeczeństwa.

- "Profilaktyki trzeciej fazy" polegającej na działaniu zapobiegającym stabilizacji niekorzystnych stanów spowodowanych chorobą oraz na działaniu przywracającym utracone funkcje biopsychiczne przez człowieka na skutek choroby.

Korzystanie z urządzeń spełniających funkcje profilaktyczne ma charakter masowy. Natomiast urządzenia służące leczeniu zachowawczemu lub zabiegowemu są wykorzystywane przez poszczególne jednostki społeczeństwa sporadycznie - okresowo.

Na tle przytoczonej klasyfikacji infrastruktury ochrony zdrowia, uwzględniając zwłaszcza poglądy literatury przedmiotu /22, 50, 52, 54/ i wyniki dyskusji, istnieje możliwość następującego sklasyfikowania urządzeń infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej:

1/ Ochrona zdrowia i pomoc społeczna stanowi jeden z podsystemów infrastruktury społecznej, w którym wyróżniają się takie rodzaje urządzeń, jak np. szpitale ogólne, szpitale psychiatryczne, lecznictwo uzdrowiskowe, otwarte lecznictwo specjalistyczne i podstawowe, domy opieki dla przewlekle chorych dorosłych i dzieci, lub emerytów itp.

2/ W zależności od terytorialnego zasięgu działania można mówić o urządzeniach i ich rodzajach zarządzanych przez naczelne i terenowe organy administracji państwowej, jednostki administracji gospodarczej sektora państwowego i spółdzielczego oraz zarządzanych przez organizacje społeczne /sanatoria związków zawodowych/.

3/ Z punktu widzenia niezbędności lub możliwości korzystania występują urządzenia świadczące usługi medyczne, korzystanie z których ma charakter obligatoryjny dla całej populacji ludzkiej lub tylko określonych jej grup, zgodnie z przyjętym podziałem demograficznym. Obowiązkowe korzystanie z usług ochrony zdrowia dotyczy zwłaszcza profilaktyki, chociaż występuje także w sferze leczenia /np. chorób społecznych/. Są urządzenia ochrony zdrowia określone jako "względnie fakultatywne", bo do korzystania z ich usług skłania człowieka stan zagrożenia zdrowia lub życia. Występują też takie sytuacje, które pozostawiają człowiekowi swobodę w korzystaniu z usług ochrony zdrowia. Mówi się wówczas o urządzeniach służby zdrowia, które świadczą usługi fakultatywne. Występuje wreszcie pewien zakres usług świadczonych fakultatywnie, ale korzystanie z nich jest ograniczone różnymi czynnikami, np. umieszczeniem dziecka w żłobku lub rezygnacją matki z pracy zawodowej na czas odchowania dziecka w zależności od sytuacji materialnej.

4/ Mimo powyższych podziałów ochrony zdrowia nie stracił swego znaczenia niejako tradycyjny podział na lecznictwo zamknięte i otwarte oraz na lecznictwo podstawowe i specjalistyczne. Wprowadzona integracja funkcjonalno-organizacyjna w formie powołania zespołów opieki zdrowotnej determinować będzie racjonalniejsze rozmieszczanie urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia, ale nie może stać się czynnikiem dominującym w podejmowaniu decyzji lokalizacyjnych. Różne funkcje wymienionych grup urządzeń w podsystemie ochrony zdrowia wpływać będą na kształtowanie i realizację modelu przestrzennego.

Urządzenia podstawowej opieki zdrowotnej muszą być łatwo dostępne dla ludności, tj. powinny być lokalizowane, możliwie blisko miejsca zamieszkania, najlepiej w ośrodku zintegrowanej infrastruktury społecznej, lub blisko miejsca pracy. Natomiast urządzenia świadczące usługi specjalistyczne lub unikalne kształtowane być powinny w ośrodki zlokalizowane w miastach: o znaczeniu podregionalnym, będących siedzibami władz wojewódzkich, o znaczeniu ponadregionalnym, czy w stolicy kraju.

Podany szkielet klasyfikacyjny nie wyklucza odstępstw od niego, ale w szczególnych warunkach lokalnych.

5/ Urządzenia świadczące bezpośrednio oraz pośrednio usługi medyczne, np. zakłady naprawcze aparatury i sprzętu medycznego, transport sanitarny, przedsiębiorstwa zaopatrzenia zakładów leczniczych itp.

6/ Urządzenia o charakterze podstawowym i inne lokowane w każdej jednostce osadniczej, względnie równomiernie i na tych samych lub bardzo zbliżonych zasadach, oraz urządzenia związane z profilaktyką zapobiegawczą, z charakterem rozwoju społeczno-gospodarczego danego regionu, /np. górnicza służba zdrowia działająca na obszarze aglomeracji katowickiej/, ze specyficznymi warunkami środowiska naturalnego /np. lecznictwo uzdrowiskowe, wczasy profilaktyczno-lecznicze/ lub pełniące szczególnie funkcje, np. jakie przypadają miejscowościom przygranicznym.

Pomijając zróżnicowania zdeterminowane naturalnymi warunkami środowiskowymi i stanem dotychczasowego zainteresowania /stanem zastanym/, podane powyżej okoliczności uzasadniają różny stopień wyposażenia w urządzenia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej poszczególnych regionów kraju.

Nie potwierdza to poglądów uznających gospodarkę każdego regionu za układ względnie odosobniony, w którym kształtowanie infrastruktury społecznej może odbywać się pod wpływem jego sytuacji rozwojowej [69].

7/ Urządzenia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej można podzielić wedle częstotliwości lub czasu korzystania z ich usług. Występują urządzenia, które świadczą usługi permanentnie /przez całą dobę/ np. szpitale, okresowo /np. przez kilka godzin dziennie- dom dziennego pobytu dla osób samotnych wieku podeszłego/, lub sporadycznie w celu uzyskania np. określonej porady lekarskiej, przyjęcia leku, szczepionki itp. Można też wyróżnić urządzenia świadczące usługi przez czas niezbędny dla osiągnięcia efektu usługi /np. leczenie szpitalne, sanatoryjne/ oraz urządzenia świadczące usługi bez ograniczeń czasowych /np. przez domy pomocy dla osób nieuleczalnie chorych/.

Działalność opieki zdrowotnej ma w zasadzie charakter indywidualizowany w stosunku do poszczególnego człowieka, ale w coraz szerszym zakresie nosi ona cechy opieki zespołowej lub kompleksowej. Zespołowa czy kompleksowa opieka profilaktyczno-lecznicza rozwija się szybko i wypiera opiekę indywidualną. Z punktu widzenia form opieki zdrowotnej można wyróżnić zespoły urzędzeń o przewadze usług medycznych noszących znamiona opieki indywidualnej, zespołowej i kompleksowej³. Wydaje się, że całkowite wyeliminowanie opieki indywidualnej nie nastąpi, gdyż opiekę zespołową i kompleksową w zasadzie zawsze poprzedzać będzie opieka indywidualna, zwłaszcza w "profilaktyce pierwszej fazy". Zatem więc i taki podział urzędzeń ochrony zdrowia z punktu widzenia kształtowania przestrzenno-funkcjonalnego modelu docelowego jest pożyteczny.

8/ Ośrodki kompleksowej specjalistycznej lub unikalnej opieki zdrowotnej o znaczeniu ponadregionalnym mogą być lokalizowane w jednostkach osadniczych, posiadających odpowiednio środowisko materialne i intelektualne. Ośrodki tego typu muszą wykorzystywać w swojej działalności najnowsze osiągnięcia naukowo-techniczne.

9/ W infrastrukturze ochrony zdrowia i pomocy społecznej, tak samo, jak w całej infrastrukturze społecznej, wyróżnia się grupy urzędzeń o charakterze zanikowym, stagnujące, wobec malejącego popytu na ich usługi, rozwijające się oraz takie urzędzenia, z których pojawieniem trzeba się liczyć w okresie objętym prognozą. Uwzględnianie tego podziału przy określaniu zasad rozmieszczenia urzędzeń infrastruktury wydaje się konieczne, gdyż może uchronić przed stratami społecznymi wynikającymi z rozwijania sieci urzędzeń zanikających w związku ze zmniejszeniem zapotrzebowania na ich świadczenia ze strony ludności.

³ J. Indulski, J. Leowski [61] wyróżniają "opiekę instytucyjną", którą wg nich ma być opieka wspomagana wyposażeniem technicznym, a "opieka zespołowa" charakteryzuje się współdziałaniem kadr lekarskich różnych specjalności, a także pracowników paramedycznych i korzystaniem z badań diagnostycznych. W świetle powyższego wydaje się wysoce dyskusyjne wyodrębnianie "opieki instytucyjnej".

Aktualnie, np. w takiej sytuacji znalazły się izby porodowe, izby chorych i punkty położnicze. Podobne zjawisko odnotować można w odniesieniu do domów rencisty. Pewien "kryzys" przeżywają żłobki z racji niskiego poziomu opieki nad dzieckiem.

10/ W dziedzinie ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce występują urzędnia świadczące usługi bezpłatne, częściowo odpłatne oraz działa pewien zespół urzędów świadczących usługi medyczne według zasad komercyjnych /specjalistyczna spółdzielczość lekarska i prywatna praktyka lekarska/. Założyć można, że do końca okresu objętego prognozą zaniknie udzielanie usług według zasad komercyjnych, a zatem kształtując model docelowy przestrzenno-funkcjonalny należy brać pod uwagę urzędnia świadczące usługi bezpłatnie i w coraz węższym zakresie urzędnia świadczące usługi częściowo odpłatnie.

W świetle tego można przyjąć, że czynnik odpłatności w sferze kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie będzie odgrywał istotnego znaczenia.

11/ Wreszcie z punktu widzenia warunków działania zasadne jest wyodrębnienie urzędów mieszczących się w budynkach przystosowanych do ich funkcji, wybudowanych do 1945 r. oraz w nowych obiektach umożliwiających jedno lub wielofunkcyjne działanie [27].

12/ Infrastrukturę pomocy społecznej w pewnym uproszczeniu można sprowadzić do podziału przeprowadzonego według spełnianej przez nie roli na urzędnia świadczące usługi przez domy społecznej pomocy, nazwanej inaczej pomocą zamkniętą i urzędnia świadczące usługi w formie pomocy otwartej lub inaczej - pozazakładowej. W ramach pomocy zakładowej kształtować się zaczęły formy pośrednie w postaci tzw. domów dziennego pobytu dla osób wieku podeszłego, pensjonatowe budownictwo mieszkaniowe z jednoczesnym zapewnieniem ciągłej minimalnej opieki medycznej w miejscu zamieszkania /w budynku pensjonatowym/.

Prognoza rozwoju ochrony zdrowia do 1990 r. opracowana przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w 1973 r. nie

poświęca zagadnieniu klasyfikacji urządzeń opieki zdrowotnej ludności zbyt wiele miejsca. Problem ten traktuje według aktualnego systemu organizacyjnego, który najwyraźniej został zaprezentowany w części poświęconej rozwojowi bazy materialnej, a zwłaszcza w rozdziale I "Zarys programu inwestycyjnego". Przedstawiona natomiast docelowa koncepcja "systemu ochrony zdrowia społeczeństwa w Polsce" tylko incydentalnie traktuje zagadnienie klasyfikacji i oparta została na przewidywanej ewolucji stanu zdrowia ludności do 1990 r. oraz na zasadach przestrzenno-funkcjonalnych. Takie ogólne potraktowanie klasyfikacji urządzeń ochrony zdrowia nie pozwoliło na określenie modelu docelowego i warunków dochodzenia do niego opartych o pełną diagnozę stanu wyjściowego w kategoriach teoretycznych i ich skutkach dla praktycznego działania. Biorąc jednak pod uwagę, że wspomniane opracowanie jest pierwszą próbą perspektywicznego spojrzenia na rozwój ochrony zdrowia w Polsce do 1990 r., stanowi ono cenny materiał wyjściowy do dalszych badań nad tą dziedziną infrastruktury społecznej. Autorzy prognozy stwierdzają, że punktem wyjścia ich rozważań jest analiza dotychczasowej ewolucji stanu zdrowia ludności, postulują wykonanie studiów szczegółowych w celu weryfikacji i uściślenia założeń prognozy przy pomocy udoskonalonych mierników.

W prognozie rozwoju pomocy społecznej /stan i ewolucja pomocy społecznej, 1973/ problem klasyfikacji urządzeń zaspokajających potrzeby w tym zakresie został potraktowany należycie w diagnozie stanu dotychczasowego i przewidywanej do 1990r. ewolucji form pomocy społecznej. Zagadnienie klasyfikacji zostało przedstawione w świetle dotychczasowych procesów rozwojowych i zmian w kształtowaniu infrastruktury pomocy społecznej w związku z poziomem rozwoju społeczno-gospodarczego kraju. Jest również o tym mowa w prognozie rozwoju ochrony zdrowia, ale w formie mniej precyzyjnej, mało oczywistej.

Jedno i drugie opracowanie wykonane zostało przede wszystkim w aspekcie uzasadnienia sformułowanego programu inwestycyjnego

cyjnego w skali kraju, a zatem pewne kwestie teoretyczne, mające jednocześnie znaczenie praktyczne, podporządkowano głównemu celowi obu opracowań prognostycznych. Oceniając je z takiego punktu widzenia można nawet nie podnosić braku kompletnej podbudowy teoretycznej w płaszczyźnie klasyfikacyjnej.

Dostępna literatura przedmiotu klasyfikuje infrastrukturę ochrony zdrowia w sposób tradycyjny, ukształtowany pod wpływem jej organizacji. Najczęściej stosowanym podziałem jest wyróżnianie opieki zdrowotnej: otwartej, zamkniętej, nad matką i dzieckiem, w przemyśle, nad ludnością wiejską, a nadto wyróżnia się służbę sanitarno-epidemiologiczną, stematologiczną, zajmującą się chorobami społecznymi, rehabilitacją oraz "wychowaniem zdrowotnym" - oświatą zdrowotną [73, 65].

W ramach powyższej klasyfikacji podawane są urządzenia świadczące usługi na rzecz określonych grup struktury demograficznej ludności.

Zaproponowana w niniejszym opracowaniu klasyfikacja infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie wyczerpuje wszystkich możliwych podziałów. Zagadnienie to wymagać będzie jeszcze dalszego precyzowania w studiach prowadzonych po 1975 r.

4. Stan zdrowia ludności jako czynnik kształtujący oczekiwania społeczne na świadczenia medyczne i pomocy społecznej

Światowa Organizacja Zdrowia przez zdrowie ludzkie rozumie stan pełnego dobrego samopoczucia fizycznego, psychicznego i społecznego. Opisowy charakter definicji stanu zdrowia ludności sprawia trudności w wykorzystaniu jej do pomiaru, gdyż nie podaje kryteriów odróżniania zdrowia lub choroby. Dokładne uchwycenie linii demarkacyjnej pomiędzy zdrowiem a chorobą w warunkach aktualnego stanu wiedzy medycznej jest niezwykle trudne. Występowanie trudności nie odstraszyło

przedstawicieli nauk medycznych od zaproponowania definicji zdrowia ludzkiego. Wszystkie one są definicjami opisowymi, nie dającymi także jak definicja zdrowia, przyjęta przez Światową Organizację Zdrowia, podstaw do dokonywania pomiaru i tworzenia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w zakresie zoptymalizowanym w stosunku do potrzeb ludności na świadczenia medyczne.

Definicja zdrowia ludzkiego, uznana za pełniejszą w stosunku do przyjętej przez Światową Organizację Zdrowia brzmi: zdrowiem jest nie tylko brak choroby lub niedomagania, ale dobre samopoczucie oraz taki stopień przystosowania się biologicznego, psychicznego i społecznego, jaki jest osiągalny dla jednostki w najkorzystniejszych warunkach [62].

Inna definicja zdrowia przyjmuje, że zdrowiem jest "zasób energii biologicznej, który umożliwia fizjologiczne funkcje ustroju, jego rozwój fizyczny i psychiczny, świadome i celowe działanie, rozmnażanie się oraz pokonywanie bodźców środowiskowych" [66].

Z przytoczonych definicji wynika, że oceny stanu zdrowia ludności w obecnych warunkach można dokonywać za pomocą mierników pośrednich. Wymienione są trzy podstawowe ich grupy [61]:

1/ Mierniki stanu zdrowia poszczególnych osób lub całych populacji, którymi będą np. dane demograficzne, dane o zgonach, zachorowalności i chorobowości, o średnim trwaniu życia, o stanie odżywiania.

2/ Mierniki charakteryzujące warunki bytu ludności zwane inaczej warunkami zdrowotnymi. Będą to np. dane o warunkach mieszkaniowych, zagrożeniu środowiska naturalnego człowieka w miejscu pracy lub zamieszkania, dane o zaopatrzeniu w wodę itp.

3/ Trzecią grupę mierników stanowią dane charakteryzujące stan wyposażenia, funkcjonowania i efektów działania infrastruktury ochrony zdrowia.

Za właściwe mierniki stanu zdrowia uważa się mierniki grupy pierwszej, ale nie można nie doceniać znaczenia w tej dziedzinie działalności służby zdrowia i warunków zdrowotnych, które kształtowane są przez następujące czynniki [48, 77]:

- a/ przeobrażające środowisko w sensie technicznym lecz zgodnie z potrzebami zdrowotnymi /np. budownictwo komunalne/,
- b/ zapewniające warunki przestrzegania higienicznych norm życia i pracy /czas pracy, urlopy, odżywianie itp./,
- c/ umożliwiające rozwój i społecznie efektywne działanie urządzeń infrastruktury społecznej,
- d/ powodujące wzrost poziomu kultury zdrowotnej społeczeństwa,
- e/ chroniące naturalne środowisko człowieka,
- f/ zapewniające powszechność i dostępność przestrzenno-funkcjonalną urządzeń opieki medycznej i społecznej,
- g/ umożliwiające wprowadzenie zdobyczy rewolucji naukowo-technicznej w dziedzinie opieki zdrowotnej.

Funkcjonowanie wymienionych czynników na rzecz poprawiania działalności opieki zdrowotnej i społecznej, a zwłaszcza warunków zdrowotnych jest uwarunkowane społecznie.

Istotne znaczenie dla przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej ma znajomość stanu zdrowia ludności i przewidywanych zmian w tej dziedzinie. Stąd też szczególnego znaczenia nabiera zagadnienie pomiaru tego stanu i doboru najodpowiedniejszych - spośród możliwych - mierników. Jak już zaznaczono aktualnie ocenianie stanu zdrowia ludności dokonuje się głównie za pomocą mierników negatywnych i pośrednich, chociaż czynione są ciągle próby posługiwania się miernikami bezpośrednimi i pozytywnymi.

W zależności od stanu zdrowia kształtuje się zapotrzebowanie na usługi opieki medycznej, a także pomocy społecznej. Zatem oceniając stan zdrowia ludności ustalamy rozmiary potrzeb, których zaspokojenie staje się realne przy posiadaniu odpowiedniego wyposażenia i funkcjonowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Nie zastąpią tego nawet najbardziej

konstruktywne rozstrzygnięcia prawne, chociaż stymulują rozwój infrastruktury, ale przez sam zapis prawny nie zaspokajają się potrzeb ludności na świadczenia medyczne i pomocy społecznej.

Wymienia się dwa główne sposoby pomiaru potrzeb ludności na usługi służby zdrowia i pomocy społecznej z punktu widzenia podanych wyżej dwóch grup mierników oceny stanu zdrowia ludności. W grupie mierników pośrednich, negatywnych umieszcza się mierniki oparte na danych o zgonach /umieralności ogólnej, umieralności wg płci, umieralności wg przyczyn, umieralności niemowląt/; o zachorowalności i chorobowości oraz o przeciętnym dalszym trwaniu życia i danych demograficznych. Za nowsze i pozytywne mierniki stanu zdrowia przyjmuje się wskaźniki rozwoju somatycznego, sprawności fizycznej i psychicznej jednostki i grup ludności. Uważa się, że próby oceny stanu zdrowia za pomocą mierników pozytywnych są obiecujące, ale z uwagi na ich pracochłonność, gdyż pomiar może być dokonywany metodami klinicznymi i próbami laboratoryjnymi trudne do stosowania w praktyce. Zatem mierniki te w aktualnych warunkach traktowane są jako uzupełniające mierniki negatywne [61]. Mimo to opracowanie metod posługiwania się miernikami pozytywnymi jest ciągłym przedmiotem zainteresowań nauk medycznych [13, 56].

Poprawa stanu zdrowia ludności nie może być utożsamiana ze spadkiem zapotrzebowania na świadczenia medyczne. Jest ona efektem działalności służby zdrowia, która intensyfikując swoje działanie niweluje lub wręcz uniemożliwia powszechność ujemnych skutków zachorowalności lub chorobowości, a zwłaszcza ochrania zdrowie ludzkie przez wykorzystywanie wszelkich możliwości w pierwszej fazie opieki zdrowotnej - w profilaktycznym umacnianiu zdrowia i zapobieganiu powstawania oraz rozwoju chorób społecznych i o dużym znaczeniu społecznym. Inaczej mówiąc - nie należy hamować rozwoju i działalności infrastruktury ochrony zdrowia w przypadkach stwierdzonej poprawy stanu zdrowia ludności.

Poziom stan zdrowia uwarunkowany być może poziomem kultury zdrowotnej, której przejawem będzie wysoki stopień zbliżności między rzeczywistym i wyrażonym zapotrzebowaniem na świad-

czenia medyczne, oraz jeszcze większa zbieżność pomiędzy zapotrzebowaniem uświadomionym i wyrażonym. W takiej sytuacji wra-
stają wymagania ludności w stosunku do służby zdrowia, co wyra-
ża się zwiększającą się liczbą zgłoszeń o poradę lekarską lub
pomoc medyczną nawet w warunkach nikłego zagrożenia zdrowia,
albo jego umocnienia lub też zabezpieczenia się przed chorobą.

Z dotychczasowych rozważań wynika, że poprawa stanu zdro-
wia ludności może być efektem działalności służby zdrowia sty-
mulowanej warunkami społecznymi, przejawiającymi się także
w postaci rosnącego poziomu kultury zdrowotnej społeczeństwa,
która również wywiera wpływ na ilość i jakość potrzeb ludnoś-
ci na świadczenia medyczne. Występuje tu cały szereg sprzężeń
zwrotnych, które pozwalają postulować, że granica optymalnego
zaspokojenia potrzeb ludności na usługi infrastruktury ochro-
ny zdrowia i pomocy społecznej, rozpatrywana w płaszczyźnie
ilościowej i jakościowej, jest kategorią zmienną i wobec tego
wymagającą ciągłego jej obserwowania i badania. Można to okre-
ślić w ten sposób, że to co dziś zyskuje uznanie społeczne
jako optymalne, za jakiś czas może okazać się niewystarczające,
np. pod wpływem wzrostu kultury zdrowotnej społeczeństwa lub
zmian w warunkach zdrowotnych w miejscu zamieszkania lub w miej-
scu pracy oraz w związku z ewolucją zachorowalności, której
prognozowanie ma istotne znaczenie dla kształtowania infrastru-
ktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej [90].

5. Czynniki kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Kształtowanie infrastruktury determinowane jest różnymi
czynnikami [18], na które w warunkach gospodarki socjalistycz-
nej można wywierać bezpośredni lub pośredni wpływ.

Za najistotniejsze przyjąć można:

- przyjęty i realizowany system sieci osadniczej kraju

4 poszczególnych regionów,

- czynniki społeczno-ekonomiczne,
- zmiany w układzie klasowo-warstwowym ludności państwa socjalistycznego,
- przemiany demograficzne,
- zmienność w czasie i przestrzeni zapotrzebowania na świadczenia medyczne i pomocy społecznej,
- znaczenie postępu naukowo-technicznego,
- możliwości dokonywania zmian w rozmieszczeniu i kształtowaniu infrastruktury opieki zdrowotnej i społecznej.

Podane czynniki kształtowania omawianej infrastruktury oddziałują w różnej skali przestrzennej oraz ze zróżnicowaną siłą, powodującą zmiany w potrzebach i możliwościach zaspokajania potrzeb ludności na usługi opieki zdrowotnej i społecznej. Przegląd wszystkich czynników powinien poprzedzać podejmowanie decyzji dotyczących rozwoju, rozmieszczenia i kształtowania urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

W warunkach gospodarki socjalistycznej można w sposób planowy kształtować infrastrukturę, uwzględniając w sposób kompleksowy czynniki wpływające na rozstrzygnięcia dotyczące tego kształtowania. Liczyć się jednak przy tym należy z tym, że nie wszystkie zjawiska i procesy mogą być stymulowane w sposób bezpośredni. Stosowane zatem być muszą metody pośredniego oddziaływania na takie zjawiska jak np. demograficzne.

6. Mierniki infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

W studiach szczegółowych Grupy Tematycznej poświęcono wiele uwagi zagadnieniu mierników infrastruktury [26, 44]. Na podstawie dotychczasowych ustaleń przyjęto następujące trzy grupy mierników:

a/ Mierniki charakteryzujące wyposażenie danego obszaru w infrastrukturę ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

b/ Mierniki działalności urządzeń tej infrastruktury w układzie przestrzennym i ilościowo-jakościowym.

c/ Mierniki społecznej efektywności działania służby zdrowia i pomocy społecznej.

1/ Uwzględniając zasadę dostępności przestrzennej i funkcjonalnej urządzeń ochrony zdrowia przyjęto dwa główne kryteria odniesienia mierników wyposażenia w infrastrukturę opieki medycznej. Pierwsze - ludność, która jest wyłącznym odbiorcą świadczeń służby zdrowia i pomocy społecznej. Drugie - obszar przypadający na dane urządzenie, przesądzający w powiązaniu z warunkami komunikacji i łączności o czasie uzyskania koniecznej pomocy medycznej. Zatem - kryterium czasowe przyjęto jako pomocnicze, choć przez to wcale nie mniej ważne od dwóch pozostałych, bowiem czas potrzebny dla uzyskania świadczenia medycznego rozstrzyga o skuteczności udzielonej pomocy lekarskiej.

2/ Ocenę funkcjonowania infrastruktury przeprowadzać najlepiej można za pomocą mierników jej wykorzystania. Decydująca rola przypada tutaj kadrom i ich kwalifikacjom zawodowym i społecznym, bowiem stan wyposażenia w zasoby materialne bez udziału czynnika ludzkiego jest stanem potencjalnym dla zaspokajania potrzeb ludności.

3/ O trudnościach pomiaru efektów działania infrastruktury ochrony zdrowia była już mowa w związku z naświetleniem znaczenia pomiaru stanu i zmian stanu zdrowia ludności. Problem jest zatem bardzo złożony, ale stosowane są w tej dziedzinie mierniki o charakterze negatywnym i pośrednim, które w obecnych warunkach mogą być stosowane w praktyce.

Orientacyjny zakres wymienionych trzech grup mierników przedstawiono w załączonej tablicy 1.

Orientacyjny zestaw mierników infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Mierniki wyposażenia	Mierniki działania	Mierniki efektów działania
1. Wartość odtworzeniowa majątku trwałego na mieszkańca /cechy majątku: wiek, przewidywane dalsze użytkowanie, kubatura, powierzchnia użytkowa, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny i jego standard/	1. Wydatki bieżące i na kapitalne remonty ogółem, w grupach rodzajowych urządzeń infrastruktury, w przeliczeniu na 1 mieszkańca i na korzystającego z danej usługi oraz w przeliczeniu na 1 łóżko w szpitalu, sanatorium, domu opieki społecznej i w żłobku	1. Wskaźnik umieralności niemowląt
2. Nakłady inwestycyjne w przeliczeniu na 1 mieszkańca	2. Liczba korzystających jednorazowo lub w określonym czasie	2. Przeciętne dalsze trwanie życia i przeciętny wiek ludności
3. Udział zatrudnionych w infrastrukturze w ogólnym zatrudnieniu w gospodarce uspołecznionej /cechy: wskaźnik na 1000 zatrudnionych, wykształcenie, staż pracy, fluktuacja/	3. Liczba porad lekarskich na 1 mieszkańca i liczba wizyt domowych na 1 mieszkańca udzielonych przez podstawowe leczenie otwarte i leczenie przemysłowe	3. Wskaźnik zachorowalności i chorobowości z powodu chorób społecznych i ważnych społecznie
4. Liczba miejsc lub przepustowość urządzeń ochronny zdrowia i opieki społecznej /np. liczba łóżek szpitalnych, miejsc w domach pomocy społecznej na 10000 ludności, liczba miejsc w żłobkach na 100 dzieci w wieku 0-2 lat lub na 1000 zatrudnionych kobiet w gospodarce uspołecznionej, liczba ludności przypadająca na 1 aptekę w mieście i na wsi, na 1 ośrodek zdrowia na wsi.	4. Średnioroczne obciążenie łóżka w szpitalu, miejsca w domu pomocy społecznej i w żłobku.	4. Wskaźniki umieralności ogólnej i szczególnej
5. Obszar przypadający na 1 ośrodek zdrowia i 1 aptekę na wsi	5. Średni pobyt chorego na leczeniu w szpitalu ogólnym	5. Zgony wg przyczyn w grupach wieku
6. Liczba lekarzy przypadająca na 1 ośrodek zdrowia na wsi	6. Struktura szpitali ogólnych wg liczby łóżek /wielkość szpitali/	6. Współczynnik absencji chorobowej na 1000 zatrudnionych w gospodarce uspołecznionej
7. Liczba ludności przypadająca na wybrane rodzaje aparatury medycznej	7. Powierzchnia sal chorych w szpitalach, przypadająca na 1 łóżko	7. Wskaźniki zanieczyszczenia podstawowych elementów naturalnego środowiska człowieka
8. Liczba lekarzy, lekarzy dentyistów, pielęgniarek na 10000 ludności	8. Procent ludności korzystający z leczenia uzdrowiskowego	
9. Struktura lekarzy wg specjalności I ^o i II ^o na tle ich ogólnej liczby	9. Procent wykonanych szczepień populacji podlegającej szczepieniom ochronnym	
10. Liczba zatrudnionych na 1 lekarza w przemysłowej służbie zdrowia	10. Liczba badań diagnostycznych, masowo ordynowanych na 1 mieszkańca i w przeliczeniu na 1 aparat diagnostyki laboratoryjnej oraz na 1 pracownika, zatrudnionego w diagnostyce laboratoryjnej i rentgenowskiej.	
11. Liczba miejsc w lecznictwie uzdrowiskowym na 10000 ludności	11. Liczba wyjazdów zespołów lekarskich doraźnej pomocy medycznej w przeliczeniu na 1 mieszkańca	
12. Dostępność urządzenia mierzona czasem dojazdu, dojazdu, przestrzennym zasięgiem działania, liczbą uprawnionych do korzystania	12. Liczba pobranej krwi odpłatnie i od honorowych dawców w przeliczeniu na 1 mieszkańca	
13. Liczba ludności i powierzchnia przypadająca na 1 karetkę pogotowia ratunkowego	13. Liczba badań warunków zdrowotnych	

II. INFRASTRUKTURA OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ W LATACH 1945-1974 /charakterystyka ogólna/

Straty infrastruktury spowodowane II wojną światową były znaczne. Podaje się, że np. z 632 szpitali o 69,4 tys. łóżek, którymi dysponowała Polska w roku 1938, uległo zniszczeniu 35 szpitali o 9,6 tys. łóżek, a około 100 szpitali liczących 54 tys. łóżek było w różnym stopniu zdewastowanych [88]⁴.

Stan zasobów materialnych i ludzkich osiągnięty na koniec 1970 r. przez opiekę medyczną i społeczną, jest rezultatem intensywnych poczynań Państwa Ludowego w tej dziedzinie. Realizując powszechne prawo do ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego na wypadek choroby lub niezdolności do pracy doprowadzono do odczuwalnego społecznie rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej na miarę możliwości gospodarki socjalistycznej.

Okres 1945-1970 dla rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie był jednolity [19]. Koncepcja działania i zasady organizowania pracy służby zdrowia uległa wielokrotnym zmianom. Duży wpływ na kształtowanie infrastruktury wywierały zmiany podziału administracyjnego kraju, a zwłaszcza powołanie gromad w 1954 r. Przy rozwoju infrastruktury nie brano pod uwagę kompleksowego działania czynników determinujących ten rozwój.

Mimo tego w okresie 1945-1970 dokonał się istotny rozwój służby zdrowia i pomocy społecznej, co znajduje wyraz m.in. w następujących wskaźnikach:

a/ liczba łóżek w szpitalach ogólnych wzrosła w stosunku do stanu z 1938 r. prawie trzykrotnie, a wskaźnik liczby łóżek na 10 000 ludności wzrósł z 34,1 w 1946 r. do 50,9 w 1970,

⁴ W opracowaniu: Polska - Zarys Encyklopedyczny podano inne dane o zniszczeniach w ochronie zdrowia: 352 szpitale, 29 sanatoriów przeciwgruźliczych, 25 leczniczych zakładów zdrojowych, 778 ośrodków lekarskich i ambulatoriów, s. 126. Pomijając precyzję i odmiennosc szacunków można śmiało stwierdzić, że strata zniszczeń w tej dziedzinie była nie mniejsza niż w całej gospodarce narodowej.

b/ szpitale psychiatryczne w 1970 r. w porównaniu z 1946 r. dysponowały ponad trzy i półkrotnie większą liczbą łóżek,

c/ liczba ośrodków zdrowia na wsi w 15-tu latach poprzedzających 1970 r. zwiększyła się ponad trzykrotnie,

d/ domy pomocy społecznej również ponad trzykrotnie powiększyły liczbę miejsc.

Rozwojowi zasobów materialnych towarzyszył równie intensywny rozwój kadr. W okresie 1946-1970 liczba lekarzy powiększyła się ponad sześciokrotnie, lekarzy dentyków - ośmiokrotnie, farmaceutów - prawie czterokrotnie, a pielęgniarek - siedemnastokrotnie.

Głównym problemem w latach 1945 i 1946 było uruchomienie zastanego stanu urządzeń infrastruktury. Dotkliwy brak wykwalifikowanych kadr rozwiązano metodą skróconego kształcenia /kształcenie felczerów i asystentek pielęgniarskich, powszechne nadawanie uprawnień leczniczych technikom dentyckim/.

Urządzenia ochrony zdrowia i pomocy społecznej oraz żłobki lokowane były początkowo w pomieszczeniach zastępczych, których znaczna część jest nadal wykorzystywana. Ich funkcjonalność i standard wykazują znaczne odchylenia od poziomu przeciętnego. W latach czterdziestych na potrzeby uruchamianych placówek zajmowano lokale mające przedtem inne przeznaczenie, jak np. wille, dwory, rezydencje, obszerne mieszkania byłych właścicieli fabryk, a nawet niekiedy obiekty pofabryczne. Po bardziej lub mniej udanych adaptacjach służą one dotychczas urządzeniom infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej [88]. W zasadzie do 1955 r. dominowała ta droga uzyskiwania obiektów na potrzeby służby zdrowia i pomocy społecznej. Bała to konieczność, bowiem rozwój infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej odbywał się z tzw. "reszty" funduszu inwestycyjnego, który przeznaczony był głównie na przemysł i rozpoczynające się budownictwo nowych osiedli mieszkaniowych w miastach. Pod koniec połowy lat 50-tych zaczęto budowę ośrodków zdrowia na wsi. Brak jest dokładnych materiałów

statystycznych o efektych rzeczowych inwestycji tego okresu. Biorąc jednak pod uwagę np. oddanie do użytku 22 tys. miejsc w żłobkach można przyjąć, że tą wielkość uzyskano z adaptacji obiektów.

Zmiany administracyjne w 1954 i 1958 r. dotyczące gromad nie ułatwiały prawidłowego, z punktu widzenia perspektywicznego, rozmieszczania wiejskich urzędzeń służby zdrowia. Gromady jako zbyt małe jednostki nie mogły stać się osnową kształtowania sieci wiejskiej infrastruktury ochrony zdrowia i takiej roli do końca swego istnienia nie spełniły.

Okres 1956-1960 znamionuje się zwiększoną dynamiką inwestycyjną, której nadal towarzyszą procesy rewindykacyjno-adaptacyjne obiektów na potrzeby służby zdrowia. W szpitalach łączny przyrost łóżek wyniósł 22 tys., a liczba miejsc w żłobkach powiększyła się około 9 tys. miejsc. Pozytywną rolę w realizacji tych inwestycji odegrała intensywniejsza rozbudowa miast, odbywająca się pod presją wzmożonego ruchu migracyjnego ludności wiejskiej do miast.

W latach 1961-1965 wystąpił regres w inwestowaniu w infrastrukturę ochrony zdrowia, oddano bowiem do użytku o 2,7 tys. mniej łóżek szpitalnych niż w poprzedniej pięcioletce, a żłobki wzbogaciły swój stan posiadania zaledwie o 2 tys. miejsc.

Również w okresie 1966-1970 tempo rozwoju infrastruktury służby zdrowia było nadal słabe. Liczba łóżek w szpitalach i senatoriach łącznie osiągnęła zbliżony przyrost jaki dokonał się w latach 1961-1965 tylko w samym szpitalnictwie.

Skalę inwestowania w latach 1956-1970 określają efekty rzeczowe mierzone kubaturą budynków przekazanych do użytku w wyniku realizacji inwestycji. Sytuację w tej dziedzinie przedstawiono w tablicy 2, z której niedwuznacznie wynika brak rytmiczności inwestowania w całym tym okresie. Były okresy korzystniejsze, ale ogólnie rzecz oceniając nie można ówczesnej dynamiki inwestowania uznać za odpowiadającą po-

trzebom harmonijnego rozwoju społeczno-gospodarczego kraju, a zwłaszcza szybko rosnącemu zapotrzebowaniu ludności na świadczenia medyczne i pomocy społecznej.

Tablica 2

Kubatura budynków oddanych do użytku infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w wyniku realizacji inwestycji w latach 1956-1970

tys. m³

Wyszczególnienie	1956-1970	1956-1960	1961-1965	1966-1970	1971-1972
Szpitala i kliniki	5189	1130	2374	1685	1068
Sanatoria	849	155	282	412	264
Lecznictwo otwarte	3758	610	1212	1936	976
Żłobki	725	354	139	232	221
Domy pomocy społecznej	521	50	244	227	125

Źródło: Rocznik Statystyczny Inwestycji i Środków Trwałych 1946-1966, s. 278 i 280; 1972, s. 180-182, 1973, s. 199-201.

Nakłady na inwestycje ochrony zdrowia i pomocy społecznej wraz z kulturą fizyczną w okresie 1950-1974 w cenach 1971 r. przedstawiono w tablicy 3.

O niedostatku inwestowania w infrastrukturę społeczną w ogóle, a w tym w infrastrukturę ochrony zdrowia i pomocy społecznej wraz z kulturą fizyczną świadczy fakt malejącego udziału wartości środków trwałych brutto uzyskiwanych z działalności inwestycyjnej. Zbyt duży dystans występował między dynamiką inwestowania w całej gospodarce narodowej a dynamiką inwestowania

Tablica 3

Nakłady inwestycyjne na infrastrukturę ochrony zdrowia,
pomocy społecznej i kultury fizycznej

Wyszczególnienie	1950- 1955	1956- 1960	1961- 1965	1966- 1970	1961- 1970	1971- 1973	1974 ¹
Nakłady na infrastrukturę społeczną w mld zł.	19,6	30,8	45,3	56,5	101,8	45,5	21,7
W tym:							
Ochrona zdrowia, pomoc społeczna i kultura fizyczna	.	10,1	12,8	18,4	31,2	18,1	9,4
W odsetkach ogółu nakładów							
Infrastruktura społeczna	5,5	6,6	6,7	5,6	6,0	5,0	5,7
Ochrona zdrowia, pomoc społeczna i kultura fizyczna	.	2,2	1,9	1,8	1,8	2,0	2,2

¹ "Rada Narodowa - Gospodarka - Administracja" 1974, nr 19.

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 1974, s. 74.

w infrastrukturze społecznej, a w niej w infrastrukturze ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Jak wynika z danych tablicy 4 ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fizyczna dopiero w 1971 r. osiągnęły wskaźnik udziału posiadany w 1965 r. Analizując sytuację w tej płaszczyźnie stwierdza się brak rytmiczności inwestowania w rozwój służby zdrowia i pomocy społecznej.

Dane charakteryzujące skalę rzeczowych efektów i wielkość nakładów inwestycyjnych dotyczą stanów faktycznie zrealizowanych i nie obrazują stopnia wykonania zamierzeń planowych, które przeważnie ulegały korektom in minus. Brak jest materiałów statystycznych określających rozmiary tego zjawiska. Autorowi znane są z autopsji fakty tego rodzaju korekt planów inwestycyjnych.

Niezwykle interesujące są dane o szpitalnictwie ogólnym i psychiatrycznym, a dotyczące okresu wybudowania lub adaptowania obiektów szpitalnych. Wprawdzie uzyskano informacje na ten temat z ośmiu województw, ale skala tej informacji dotyczy 38% ogółu łóżek szpitalnych w 1970 r. i może być uznana za dostatecznie reprezentatywną, której wyniki można odnieść do sytuacji ogólnokrajowej. Dane dotyczące szpitali ogólnych podano w tablicy 5.

Z danych tablicy wynika, że prawie 1/3 budynków szpitali ogólnych liczy sobie co najmniej 50 lat. Stopień ich wyeksploatowania oraz nieprzystosowanie do wymogów współczesnej hospitalizacji pozwala sądzić, że użytkowane są głównie dlatego, że nie mogą być zastąpione obiektami nowo budowanymi. Za ekstrapolowaniem uzyskanych wyników z badań sytuacji w ośmiu województwach przemawia fakt taki, że inne źródła podają, że przyrost łóżek w szpitalach ogólnych w okresie 1946-1970 wyniósł 52% stanu z 1970 r., a zatem na tym odcinku stopień korelacji był /jest/ wysoki, bo wg danych uzyskanych z części województw 54,5% łóżek szpitalnych mieści się w budynkach wybudowanych lub adaptowanych po II wojnie światowej. Z danych też wynika, że lepszą zasobność byłych województw zachodnich niweluje starość budynków, które niemal w całości pochodzą z okresu po-

Tablica 4

Wartość brutto środków trwałych uzyskanych
z działalności inwestycyjnej /ceny bieżące/
w mln złotych

R o k	Wartość brutto środków trwałych		W odsetkach ogółu wartości	
	Ogółem	Ochrona zdrowia, opieka społeczna i kult.fizyczna	Infrastruktura społeczna	Ochrona zdrowia i kult.fiz.
1965	122970	1528	6,10	1,24
1966	142342	1986	5,61	1,39
1967	153221	1982	4,91	1,29
1968	166606	2215	4,73	1,33
1969	183301	2375	4,66	1,29
1970	201581	1783	3,88	0,88
1971	214337	2666	3,94	1,24
1972	263001	3693	4,30	1,40
1973	304047	3320	3,98	1,09
Dynamika wzrostu				
$\frac{1970}{1965}$	163,9	155,4	63,6	70,9
$\frac{1973}{1970}$	150,8	186,2	120,6	123,9

Z r ó d ł o : Rocznik Statystyczny 1974, s. 198.

Tablica 5

Stan szpitalnictwa ogólnego wg okresu wybudowania
budynków w wybranych województwach

Stan w 1970 r.

Województwo	Liczba łóżek mieszczących się w budynkach wybudowanych lub adaptowanych							
	Ogółem	przed I wojną światową		w okresie międzywojennym		po II wojnie światowej		
		łóżka	% ogółu	łóżka	% ogółu	łóżka	% ogółu	
Razem	62316	18847	30,2	9529	15,3	9940	54,5	
m.st. Warszawa ^{x/}	7334	1993	27,0	2453	33,0	2888	40,0	
m. Łódź	6565	2136	33,0	1368	21,0	3061	46,0	
m. Wrocław	4163	4163	100,0	-	-	-	-	
Białostockie	9163	1424	15,0	2430	25,0	5781	60,0	
Koszalińskie	4578	2980	64,0	993	21,6	605	13,4	
Łódzkie	9375	1182	12,7	2879	30,9	5314	56,4	
Rzeszowskie	6840	3845	56,0	1406	20,0	1589	24,0	
Wrocławskie	13566	12500	90,0	-	-	1366	10,0	

^{x/} bez szpitali klinicznych

Źródło: Informacja Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej
Urzędów Wojewódzkich

przedzającego I-szą wojnę światową.

Oceniając sytuację szpitalnictwa psychiatrycznego z takiego samego punktu widzenia stwierdzić należy, że jest ona katastrofalna. W tych samych ośmiu województwach zaledwie 6,1% łóżek mieści się w budynkach wybudowanych lub adaptowanych po II wojnie światowej, a 7,2% w budynkach wybudowanych w okresie międzywojennym. Szczegóły dotyczące tego zagadnienia przedstawiono w tablicy 6.

Liczba lekarzy w przeliczeniu na 10 000 ludności i w liczbach bezwzględnych systematycznie wzrasta, ale przy znacznych brakach lekarzy na wsi i w przemysłowej służbie zdrowia nie była wystarczająca. Słuszność takiego stwierdzenia staje się oczywista w świetle stagnacji kształcenia lekarzy /w roku akademickim 1960/61 w akademiach medycznych było 23,7 tys. studentów, a w roku 1970/71 - tylko 22,9 tys./.. Dynamika przyrostu kadr lekarskich, łóżek szpitalnych, ośrodków zdrowia na wsi, żłobków, aptek, placówek lecznictwa otwartego, domów opieki społecznej, w całym tym okresie, aczkolwiek znaczna, była niewystarczająca wobec tempa wzrostu potrzeb ludności na świadczenia medyczne i świadczenia urządzeń pomocy społecznej [39, 88/.

Inwestowanie sensu stricto jako element unowocześnienia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej wystąpiło właściwie po 1956 r., kiedy to proces adaptacji obiektów na potrzeby tej infrastruktury zanikał. Po przeanalizowaniu danych dotyczących zakresu inwestowania między rokiem 1956 a 1970 okazało się, że w obiektach zbudowanych w tym okresie m.in. znalazło się 27,8% łóżek szpitalnych i 22,4 miejsc w żłobkach. Traktując sprawę w skali ogólnokrajowej i bez głębszego wnikania w problematykę standardu, funkcjonalności, zapewnienia warunków do wprowadzania przemian w wykonywaniu funkcji można przyjąć, że przytoczone przykładowo wskaźniki oznaczały unowocześnienie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Nie zawsze dostateczna staranność w doborze lokalizacji i rozwiązań konstrukcyjno-urbanistycznych oraz wykonawstwa budowlanego przynosiła na ogół niewspółmiernie niższe efekty w stosunku do ponoszonych

Tablica 6

Sytuacja szpitalnictwa psychiatrycznego wg okresu wybudowania obiektów
w wybranych województwach

Stan w 1970 r.

Województwo	Liczba łóżek mieszczących się w budynkach wybudowanych lub adaptowanych						
	Ogółem	przed I wojną światową		w okresie międzywojennym, po II wojnie			
		łóżka	% ogółu	łóżka	% ogółu	łóżka	% ogółu
Razem	12119	10509	86,7	870	7,2	840	6,1
m.st. Warszawa	790	790	100,0	-	-	-	-
m. Łódź	1480	1120	76,0	-	-	360	24,0
m. Wrocław	309	309	100,0	-	-	-	-
Bielszowskie	1400	1400	100,0	-	-	-	-
Konwalińskie	-	-	-	-	-	-	-
Łódzkie	980	980	100,0	-	-	-	-
Rzeszowskie	1280	1280	100,0	-	-	-	-
Wrocławskie	5980	4630	77,5	870	14,5	480	8,0

Z r ó d ł o : informacje Wydziałów Zdrowia i Opieki Społecznej
Urzędów Wojewódzkich.

nakładów. Z tych przyczyn pomniejszyła się użyteczność budowanych przy udziale czynów społecznych ośrodków zdrowia na wsi, których użytkowanie staje się problematyczne w obliczu dokonującej się w coraz wyższym stopniu migracji ludności wiejskiej do miast, na skutek rozwinięcia się lokalizacji z siedzibami władz gminnych lub tworzących się kombinatów rolno-przemysłowych. Problematyczność tego unowocześnienia wiąże się i z tym, że powstał zdekonceńrowany układ urządzeń, który przez długi okres uniemożliwiał będzie tworzenie ośrodków zintegrowanej infrastruktury zaspakajających podstawowe potrzeby ludności oraz ośrodków medycznych posiadających warunki względnie łatwego wprowadzania najnowszych zdobyczy rewolucji naukowo-technicznej.

W świetle dotychczasowych wywodów uznać trzeba, że inwestowanie w służbę zdrowia i opiekę społeczną do 1970 r. było niewystarczające w stosunku do potrzeb, zarówno w aspekcie przestrzennym, jak również i funkcjonalnym. Nadal powszechne jest zjawisko przepełnienia szpitali oraz oczekiwanie na łóżko szpitalne, miejsce w domu pomocy społecznej, żłobku itp.

Wzrastało zatrudnienie, ale także w stopniu nie odpowiadającym potrzebom. Warunki płacowe również nie były zachęcające do podejmowania pracy w służbie zdrowia i pomocy społecznej. Poziom płac, aż do 1972 r., był niższy o 1/4 niż w całej gospodarce uspołecznionej /tablica 7/.

Niekorzystną sytuację płacową jeszcze dobitniej charakteryzuje analiza struktury zatrudnienia w gospodarce uspołecznionej, według wysokości płacy miesięcznej, uwzględniającą ochronę zdrowia, opiekę społeczną i kulturę fizyczną. Wyliczenia podane w tablicy 8 wskazują na fakt, że udział zatrudnionych o płacy do 1200 zł był w 1970 r. ponad trzykrotnie wyższy niż w całej gospodarce uspołecznionej, a w 1972 r. prawie czterokrotnie wyższy. W tym zjawisku tkwi m.in. przyczyna trudności w zatrudnieniu pomocniczego personelu medycznego. Mała atrakcyjność płac sprawia znaczny ubytek kadr pielęgniarskich "porzucających" pracę w zawodzie wyuczonym.

Tablica 7

Przeciętne miesięczne płace netto w gospodarce uspołecznionej i ochronie zdrowia, opiece społecznej oraz kulturze fizycznej

Wyszczególnienie	1960	1965	1970	1971	1972	1973	1974 ^{x/}
Ogółem w gosp. uspołeczn.	1591	1895	2277	2399	2542	2830	3176
Ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fiz. ¹	1239	1472	1738	1833	1981	2433	2666
w tym: zakłady służby zdrowia	.	.	1753	1789	1953	2460	2738
w odsetkach do ogółu = 100							
Ochrona zdrowia, opieka społeczna i kult. fizyczna	78	78	76	76	78	86	84
w tym: zakłady służby zdrowia	.	.	77	75	77	87	86

¹Wyłącznie pełnozatrudnieni

x/ Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 1975, s.55

Źródło: Rocznik Statystyczny 1974, s.166

Tablica 8

Struktura zatrudnienia w gospodarce uspołecznionej wg wysokości płacy
miesięcznej za wrzesień /w odsetkach/

Zatrudnienie wg płacy miesięcznej netto w zł.	Ogółem gospodarka uspołeczniona		Ochrona zdrowia, opieka społecz- na i kultura fizyczna	
	1970	1972	1970	1972
1200 i mniej	9,2	4,8	28,3	18,3
1201 - 1400	7,3	4,4	13,4	13,7
1401 - 2000	29,2	23,7	33,4	37,5
2001 - 2500	22,2	23,0	12,1	14,1
2501 - 3000	14,7	17,2	6,2	6,4
3001 - 4000	11,7	16,8	5,0	6,2
4001 - 5000	3,5	6,0	1,2	2,7
5001 - 7000	1,9	3,3	0,4	1,0
7000 - 10000	0,3	0,7	0,0	0,1
10000 i więcej	0,0	0,1	0,0	0,0

Zródło: Rocznik Statystyczny 1974, s.167

Na podstawie danych zawartych w tablicy 9 stwierdzić można stopniowy wzrost bieżących wydatków budżetu państwa na infrastrukturę społeczną, a w tym na infrastrukturę ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Podano je według cen bieżących /ze względu na dostępność materiałów/, co utrudnia ich porównywalność. Porównanie jednak dynamiki wzrostu wydatków ogółem, na infrastrukturę społeczną, służbę zdrowia i pomoc społeczną oraz przedstawienie zagadnienia w ujęciu infrastruktury pozwala zauważyć, że ochrona zdrowia i opieka społeczna na przestrzeni lat 1950-1973 znajdowały się w sytuacji korzystnej. W realizacji na 1 mieszkańca przedstawia się to mniej korzystniej, a w ostatnich latach dynamika wzrostu wydatków na ochronę zdrowia pokrywa się w zasadzie z dynamiką wzrostu wydatków na usługi socjalno-kulturalne, a w opiece społecznej występuje regres /tablica 10/.

W świetle danych Rocznika Statystycznego Finansów 1973 /s. 149-169/ oraz Rocznika Statystycznego 1974 /s. 605/ wynika, że przedsiębiorstwa państwowe i jednostki spółdzielcze łączyły nieznaczne kwoty na ochronę zdrowia w ramach działalności socjalno-bytowej. Według własnego wyliczenia w okresie 1971-1973 stanowiły one nieco powyżej 2% wydatków z budżetu państwa, poniesionych na sfinansowanie działalności służby zdrowia i opieki społecznej.

W dotychczasowych rozważaniach podkreślono, że do 1974 r. Państwo Ludowe przeznaczało znaczne środki na ochronę zdrowia i pomoc społeczną, zapewniając systematyczną poprawę w zaspokajaniu potrzeb ludności na świadczenia medyczne i społeczne. Skala efektów jest rzeczywiście duża, ale przeanalizowanie ich w aspekcie przestrzennego rozmieszczenia w układzie regionalnym i układzie miasto-wieś, skłaniać musi do refleksji mniej optymistycznych. Do roku 1970 zmienił się stan ilościowy w poszczególnych regionach, ale nie zaszły istotniejsze zmiany strukturalne, tzn., że te regiony, które startowały z gorszej pozycji na takiej nadal pozostają, jeśli nie brać pod uwagę wyjątkowej sytuacji m.st. Warszawy.

Tablica 9

Wydatki bieżące budżetu państwa na ochronę zdrowia i opiekę społeczną na tle wydatków ogółem i na infrastrukturę społeczną w mld złotych /ceny bieżące/

Okres - dynamika wzrostu	Wydatki bieżące budżetu państwa			W odsetkach ogółu wydatków = 100	
	Ogółem	w tym na infrastrukturę społeczną	ochronę zdrowia i opiekę społeczną	infrastruktura społeczna	ochrona zdrowia i opieka społeczna
1950-1955	342,6	61,3	22,0	17,8	6,4
1956-1960	614,0	119,2	47,5	19,4	7,7
1961-1965	963,6	198,4	81,1	20,6	8,5
1966-1970	1395,9	284,2	117,8	20,3	8,4
1971-1973	1060,1	250,8	96,5	23,6	9,1
Dynamika wzrostu					
1956-60/1950-55	179	194	216	x	x
1961-65/1956-60	157	166	171	x	x
1966-70/1961-65	145	143	145	x	x
1971-73/1966-70	76	88	82	x	x

Zródło: Rocznik Statystyczny Finansów 1974.

Tablica 10

Wydatki bieżące budżetu państwa na usługi kulturalne i socjalne
na jednego mieszkańca w złotych

Wyszczególnienie	1965	1970	1972	1973	Wskaźniki	
					$\frac{1972}{1970}$	$\frac{1973}{1970}$
Wydatki ogółem	1577	2165	2528	2641	116,8	121,9
w tym: ochrona zdrowia	622	882	1018	1111	115,4	126,0
opieka społeczna	55	75	76	77	101,3	102,7

Zródło: Rocznik Statystyczny 1974, s.587, tabl. 7/804/

Sytuacja Polski w tej dziedzinie na tle europejskich państw socjalistycznych nie przedstawia się korzystnie [4, 32]. Liczba łóżek w zakładach leczniczo-zapobiegawczych na 10 000 ludności w 1971 r. plasowała Polskę na ostatnim miejscu /w ZSRR przypadało 111 łóżek, natomiast w Polsce 74,3/.

W 1970 r. pod względem liczby lekarzy na 10 000 ludności, wyprzedziliśmy tylko Rumunię. Pozostałe państwa socjalistyczne w Europie /wyłączając NRD/ miały co najmniej o jedną trzecią korzystniejszą sytuację w tej dziedzinie.

Liczba miejsc w żłobkach na 1000 dzieci do lat 3 była pięciokrotnie mniejsza niż w NRD i ponad dwukrotnie mniejsza niż w pozostałych krajach. Jedynie nieznacznie w tym względzie wyprzedziliśmy Rumunię.

W świetle dotychczasowych wywodów godzi się zastanowić nad przyczynami nienajlepiej ukształtowanego układu przestrzenno-funkcjonalnego infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w Polsce i warunków działania do 1970 r. Okoliczności były następujące:

1/ Znacznemu wzrostowi dochodu narodowego, procesom urbanizacyjnym, polityce państwa zwiększającej zakres obligatoryjnego korzystania z usług służby zdrowia oraz znacznym przemianom demograficznym nie towarzyszył odpowiedni rozwój infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej. Występowała w tej dziedzinie dysharmonia między rozwojem społeczno-gospodarczym a rozwojem służby zdrowia i opieki społecznej.

2/ Postęp naukowo-techniczny w opiece zdrowotnej do 1970 r. odgrywał ograniczoną rolę, a to co dokonano w tej dziedzinie nie miało charakteru masowego.

3/ Czynniki społeczno-ekonomiczne i demograficzne przyczyniły się do znacznego wzrostu zapotrzebowania ludności na usługi infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w sensie ilościowym i jakościowym. Potrzeby te nie mogły być zaspokojone zgodnie z zasadą łatwiej dostępności przestrzennej i funkcjonalnej.

4/ Brak kadr lekarskich sprawił, że służba zdrowia i pomoc społeczna cierpi nadal na niedobór zatrudnienia, który szczególnie jest odczuwalny na wsi.

5/ Przy tworzeniu nowej sieci urządzeń ochrony zdrowia nie zawsze brano pod uwagę wymogi przyszłości. Bardzo często o rozstrzygnięciach decydowały doraźne cele, nacisk społeczności lokalnych poparty czynami społecznymi, których realizacja zaspokajała doraźne potrzeby. Doceniając wysiłek ludności, który ze szczególną energią ujawniał się wśród mieszkańców wsi, trzeba zaznaczyć, że wiele nowych ośrodków zdrowia, nie ma perspektyw przetrwania. W związku z tym dojdzie do strat i niezadowolania społecznego, ale dalsze wykorzystywanie niekiedy rachitycznych ośrodków zdrowia, aptek, izb porodowych i izb chorych na tle dokonującego się postępu w medycynie stać się musi anachronizmem. Względy funkcjonalno-ekonomiczne, potrzeby i możliwości szerokiego korzystania ze zdobyczy rewolucji naukowo-technicznej powodować będą coraz silniejsze oddziaływanie tendencji do tworzenia ośrodków zintegrowanej infrastruktury społecznej, w skład których wchodzić będą urządzenia świadczące podstawowe usługi medyczne i pomocy społecznej.

Dotychczasowy rozwój i kształtowanie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej odbywało się pod wpływem różnych dysproporcji, które ujawniły się w stanie tej infrastruktury w latach 1970 i 1974. Dysproporcje te ujawniły się w różnych aspektach i z różną siłą oddziaływały na sytuację funkcjonowania służby zdrowia i pomocy społecznej, która w tych warunkach nie mogła sprostać oczekiwaniom społecznym na świadczenia medyczne i pomocy społecznej.

Za najważniejsze uważa się następujące dysproporcje:

a/ Między skalą potrzeb społecznych a możliwościami ich zaspokojenia. Powoduje to trudności w dostępie do usługi, np. niemożność uzyskania szybko lekarskiej porady specjalistycznej skłania do korzystania ze spółdzielczości lekarskiej lub prywatnej praktyki lekarskiej. Profesjonaliści medyczni skwa-

pliwie wykorzystują możliwość świadczenia usług na zasadach komercyjnych. Wcale nie rzadkie są przypadki tego rodzaju działania w ramach systemu państwowej opieki zdrowotnej.

b/ Dysproporcja pomiędzy potrzebami inwestycyjnymi, a stopniem ich zaspokojenia. Do 1970 r. potrzeby inwestycyjne infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej nie zyskały sobie należytego traktowania w polityce inwestycyjnej, co potęgowało trudności w wykonaniu i remoncie urządzeń tej infrastruktury.

c/ Rozminięcie się ogólnego poziomu technicznego w gospodarce narodowej z poziomem rozwoju technicznego i standardu wyposażenia służby zdrowia i pomocy społecznej. Posługiwanie się jeszcze w 1970 r. w połowie przestarzałą i szkodliwą dla pacjentów aparaturą rentgenowską /półfalowe aparaty rentgenowskie, wykorzystywanie przez sanitarny transport lotniczy najbardziej przestarzałych technicznie samolotów, oto dowody tego rozminięcia.

d/ Wystąpiły trudności wynikające z niedostosowania nowych obiektów oraz modernizowanych do zmiennych w czasie i przestrzeni potrzeb ludności na usługi służby zdrowia. Wielkość wielu nowych obiektów, uzasadniona w czasie ich projektowania okazała się za szczupłą, aby sprostać zadaniom determinowanym skalą przyszłych potrzeb społecznych. Uniemożliwia to wprowadzanie urządzeń techniki medycznej oraz pracę wielospecjalistycznych zespołów lekarskich.

e/ Ujawniała się dysharmonia między rozmieszczeniem urządzeń ochrony zdrowia, a miejscami występowania potrzeb. Tego rodzaju sprzeczność powstaje w okresach zmian podziału administracyjnego kraju. W Polsce wystąpiła w związku z powołaniem gromad, a potem ze znaczną ich likwidacją i powołaniem w 1973 r. gmin, a w tym roku spowoduje ją ustanowienie dwustopniowego podziału administracyjnego. Zmiany potrzeb w układzie przestrzennym powodowane są przemieszczeniami i zmianą struktury ludności, rozwojem i zanikaniem znaczenia jednostek osadniczych.

Generalnie, zmiany potrzeb w skali kraju można ocenić w ten sposób, że potrzeby ludności miejskiej weszły w etap jakościowy, a potrzeby ludności wiejskiej pozostają nadal w fazie ilościowej. Pod wpływem wprowadzania udoskonalonych form i metod zaspokajania potrzeb i zmian sieci osadniczej wzrastać będą wymagania ludności wobec służby zdrowia i pomocy społecznej, za którymi nie nadążają inwestycje i postęp w wyposażeniu w aparaturę i sprzęt medyczny.

f/ Dysproporcje między podejmowaniem dużej liczby różnorodnych studiów z zakresu planowania przestrzennego regionalnego i miejscowego, a rzeczywistym kształtowaniem sieci urządzeń służby zdrowia i pomocy społecznej. Skuteczność tych studiów na ogół była niska, zwłaszcza na wsi, gdzie w zasadzie rozstrzygnięcia lokalizacyjne zapadały pod naciskiem społeczności lokalnych, a także nierzadko, co również odnieść można do miast, według opinii tzw. wpływowych osobistości.

III. UKŁAD PRZESTRZENNO-FUNKCJONALNY INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ /diagnoza stanu obecnego/

Za płaszczyznę analizy układu przestrzenno-funkcjonalnego infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej przyjęto układ regionalny.

Za kryterium oceny obecnego stanu funkcjonalnego przyjęto klasyfikację urządzeń służby zdrowia i opieki społecznej w kategoriach niejako tradycyjnych, koncentrując uwagę na podstawowych rodzajach tych urządzeń z punktu widzenia przestrzennego rozmieszczenia⁵.

⁵ Szczegółowość dociekań w całej pracy może wzbudzać niekiedy wątpliwości, ale wobec oparcia się na studiach szczegółowych podanych w wykazie literatury, zawiera ona analizę bardziej syntetyczną, uogólnioną. W wielu tablicach dane dla ochrony zdrowia i opieki społecznej podane są wraz z kulturą fizyczną tylko dlatego, że takie ujęcie przyjmuje bieżąca informacja statystyczna. Wyeliminowanie danych dla kultury fizycznej przekraczało możliwości autora.

Tablica 11

Wartość środków trwałych ochrony zdrowia, opieki społecznej i kultury fizycznej
na 1 mieszkańca w roku 1960 i 1970

Województwo	Wartość		Dystans w 1970	w tys. zł	
	1960	1970		Uszeregowanie województw wg wartości środków trwał.	
				1960	1970
POLSKA	1,6	2,1	-60	x	x
M.st. Warszawa	2,8	3,2	x	x	x
warszawskie	1,0	1,3	x	x	x
M.st. Warszawa i warszawskie	1,6	2,0	-60	II	II
M. Kraków	3,1	3,5	x	x	x
krakowskie	1,5	2,3	x	x	x
M. Kraków i krakowskie	1,8	2,8	-45	II	II
M. Łódź	1,9	2,1	x	x	x
łódzkie	0,7	1,0	x	x	x
M. Łódź i łódzkie	1,1	1,3	-75	II	III
M. Poznań	1,7	2,3	x	x	x
poznańskie	1,0	1,3	x	x	x
M. Poznań i poznańskie	1,1	1,5	-70	II	III
M. Wrocław	2,8	3,0	x	x	x
wrocławskie	3,7	4,4	x	x	x
M. Wrocław i wrocławskie	3,5	3,9	-29	I	I
białostockie	0,8	1,0	-80	III	III
bydgoskie	1,4	1,8		II	II
gdańskie	2,3	2,7		I	II
katowickie	1,6	5,1	100	II	I
kieleckie	0,6	1,0	-65	III	III
koszalińskie	2,3	2,7	-47	I	II
lubelskie	0,7	1,0	-80	III	III
olsztyńskie	1,7	2,2	-57	II	II
opolskie	1,9	2,3	-55	II	II
rzeszowskie	0,9	1,2	-75	II	III
szczecińskie	2,7	3,0	-40	I	II
zielonogórskie	2,4	2,8	-45	I	II

Zródło: dla roku 1960: E. Bitnerowa, Majątek trwały jako czynnik rozwoju regionu na przykładzie woj. poznańskiego, Studia KPEK PAN, t. XX, Warszawa 1967, dla roku 1970: Rocznik Statystyki Inwestycji i Środków trwałych 1970

Wartość bardzo niska: /1960- poniżej 1 tys. zł, 1970 1-2 tys. zł/ = grupa III województw
Wartość przeciętna: /1960- 1-2 tys. zł, 1970 2-3 tys. zł/ = grupa II województw
Wartość wysoka: /1960 - powyżej 2,0 tys. zł, 1970 powyżej 3 tys. zł/ = grupa I województw

1. Ogólna diagnoza stanu obecnego

Biorąc za podstawę wartość środków trwałych ochrony zdrowia, opieki społecznej i kultury fizycznej przeliczoną na 1 mieszkańca można stwierdzić, że w 1970 r. rozwiniętą infrastrukturę posiadały regiony wrocławski i katowicki. W okresie 1960-1970 region katowicki poprawił swoją lokatę klasyfikacyjną, a mianowicie przesunął się z grupy II do I-szej regionów i posiada ponad dwu i półkrotnie wyższą wartość środków trwałych w porównaniu ze średnią krajową. Wydaje się jednak, że na taką sytuację regionu katowickiego rzutuje duży udział wartości środków trwałych kultury fizycznej. Znaczącym zjawiskiem w tej dziedzinie jest to, że regiony, które w 1960 r. znajdowały się w gorszej sytuacji od przeciętnej krajowej nie zdołały zmienić swojego położenia w ciągu 10 lat a 7 regionów znalazło się w gorszych grupach klasyfikacyjnych niż przed 10-ciu laty.

O skali dysproporcji wyposażenia regionów świadczą wielkości skrajne, które w 1970 r., przy średniej krajowej 2,1 tys. zł wartości majątku trwałego na 1 mieszkańca wynosiły: 5,1 tys. zł w regionie katowickim i 1,0 tys. zł w regionach: białostockim, kieleckim i lubelskim /tablica 11/.

Dane charakteryzujące /tablica 12/ dynamikę inwestowania w latach 1971-1973 w porównaniu z okresem 1961-1970 wcale nie wskazują, że zlikwidowane zostaną dysproporcje międzyregionalne w stanie wyposażenia w urządzenia infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej. W odniesieniu do regionów słabo pod tym względem rozwiniętych /białostocki, kielecki, lubelski/ charakterystyczny jest spadek udziału w nakładach ogółem we wspomnianych dwóch okresach. Nadal natomiast w dużym stopniu partycypują w nakładach inwestycyjnych ogółem te regiony, które w dziesięcioleciu poprzedzającym 1970 r. zajmowały niejako uprzywilejowane pozycje. Są to zwłaszcza regiony: katowicki, krakowski i warszawski.

Nakłady na inwestycje ochrony zdrowia,
opieki społecznej i kultury fizycznej w latach 1961-1973

/w mld zł., ceny 1971 r./

Województwo	Nakłady w latach		Procentowy udział wo- jewództw w latach	
	1961- 1970	1971- 1973	1961-1970	1971-1975
POLSKA	31,2	18,7	100,0	100,0
białostockie	0,9	0,4	2,9	2,1
bydgoskie	2,6	0,9	8,3	2,1
gdańskie	1,5	1,3	4,8	6,9
katowickie	4,5	2,4	14,4	12,8
kieleckie	1,7	0,8	5,4	4,3
koszalińskie	1,2	0,8	3,7	4,3
krakowskie z m. Krakowem	3,4	1,7	10,8	9,1
lubelskie	1,7	0,9	5,4	4,8
łódzkie z m. Łodzią	1,8	1,0	5,7	5,3
olsztyńskie	0,9	0,4	2,9	2,1
opolskie	0,8	0,5	2,6	2,7
poznańskie z m. Poznaniem	1,8	1,4	5,7	7,5
rzeszowskie	1,6	1,0	5,1	5,3
szczecińskie	1,0	0,8	3,2	4,3
warszawskie z m. Warszawą	4,4	1,6	13,7	8,6
wrocławskie z m. Wrocławiem	1,8	1,1	5,7	5,9
zielenogórskie	0,7	0,4	2,2	2,1

Źródło: Rocznik Statystyczny 1973, s. 145
Rocznik Statystyczny 1974, s. 188

Wprawdzie regiony białostocki, kielecki i lubelski posiadały w roku 1972 /sądzić należy, że i obecnie/ wyższy procent łóżek w obiektach nowych, ale obok nich z podobnym procentem znalazło się także siedem innych regionów /tablica 13/.

Stan obecny szpitalnictwa został w dużym stopniu osiągnięty w wyniku zrealizowania inwestycji, które jednak od 1956 do 1972 r. miały przebieg nierytmiczny, zarówno w skali ogólnokrajowej, jak poszczególnych regionów. Wynikało to z tego, że przy ograniczonym zakresie inwestowania oraz niedostatecznym niskim poziomie wyposażenia - wybudowanie w regionie nawet jednego szpitala sprawiało skokowy wzrost liczby łóżek. Potwierdzają to dane z tablicy 14 z której wynika również, że względnie korzystny wzrost liczby łóżek oddanych do użytku w szpitalach i sanatoriach miał miejsce w okresach 1956-1960 i 1961-1965. Takie wielkości przewiduje się osiągnąć w bieżącym planie 5-letnim.

Wyraźne ożywienie występuje po 1970 r. w zakresie inwestowania w rozwój żłobków w skali ogólnokrajowej, bowiem w latach 1971-1972 oddano do użytku prawie tyle miejsc w żłobkach, co w całym pięcioleciu 1966-1970, a rok 1972 przyniósł efekty równe przyrostowi miejsc w okresie 1961-1965. Zwiększenie inwestycji w tej dziedzinie było uwarunkowane presją demograficzną /40/.

Wskaźnik żłobków oceniany udziałem miejsc oddanych do użytku w latach 1961-1972 w stosunku do ogółu miejsc w roku 1972 wynosił 13,3% i może być uznany za właściwy. Niższy wskaźnik od średniego dla całego kraju posiada połowa byłych województw, a wielkości skrajne zamknęły się prawie w przedziale 27,2%, a 0,0 w województwie warszawskim /tablica 15/.

Spojrzenie na funkcjonowanie urządzeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej przez pryzmat wartości świadczonych przez nie usług, w przeliczeniu na 1 mieszkańca, również potwierdza występowanie dysproporcji w układzie regionalnym. Regiony, które są słabo wyposażone w urządzenia tej infrastruktury również

legitymują się niską wartością spożycia usług ochrony zdrowia, opieki społecznej oraz kultury fizycznej. Najniższą wartość w tej dziedzinie w 1970 r. osiągnęły regiony kielecki i lubelski, a białostocki nie osiągał nawet wartości średniej krajowej /tablica 16/.

2. Przestrzenno-funkcjonalna diagnoza stanu aktualnego i tendencji przemian

Szpitalnictwo ogólne

Szpitalnictwo ogólne charakteryzuje się nadmiernym rozdrobnieniem, tzn. dominują szpitale mało pojemne. Zmiany w tym zakresie są bardzo powolne, bowiem udział liczby szpitali o pojemności jednostkowej do 100 łóżek zmniejszył się z 8,5 punkta w 1960 r. do 5,7 punkta w 1973 r. Natomiast udział szpitali liczących powyżej 1000 łóżek pozostaje w tym okresie na poziomie niezmiennym /Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia, 1974/. Stan taki będzie ciążył na kształtowaniu modelu docelowego, który preferuje zakładanie szpitali pojemniejszych - większych, lokowanych przede wszystkim w głównych ogniwach sieci osadniczej zgodnie z nowym podziałem administracyjnym.

Stan ten odziedziczono po działalności, która charakteryzowała się tworzeniem przede wszystkim sieci szpitali ogólnych, zgodnie z podziałem kraju na powiaty. Formalne organizacyjne "zespolenie" lecznictwa zamkniętego i otwartego w "zespoły opieki zdrowotnej" nie zmieniło dotychczasowej sytuacji [79].

Rozmieszczenie szpitalnictwa w układzie regionalnym w latach 1970 i 1974 prezentuje tablica 17, z której wynikają znaczne rozbieżności w stanie wyposażenia poszczególnych regionów.

Lóżka w szpitalach i klinikach oddane do użytku
w latach 1958-1972

Województwo	Ilość łóżek w szpitalach i klinikach oddanych do użytku w latach 1958-1972	Ilość łóżek w szpitalach i klinikach 1972	Procent łóżek nowych 1972 = 100
POLSKA	64322	212578	30,3
M. st. Warszawa	5672	13325	42,6
M. Kraków	1143	5528	20,7
M. Łódź	2842	7467	38,1
M. Poznań	861	4142	20,8
M. Wrocław	494	4832	10,2
białostockie	3010	6949	43,3
bydgoskie	2225	10412	21,4
gdańskie	2189	10115	21,6
katowickie	8762	30915	28,3
kieleckie	4587	8502	53,9
koszalińskie	1592	4352	36,6
krakowskie	3161	8629	35,8
lubelskie	3792	10668	35,5
łódzkie	1911	8212	23,3
olsztyńskie	2941	5522	53,3
opolskie	1554	8732	17,8
poznańskie	2423	11148	21,8
rzeszowskie	3510	8423	41,7
szczecińskie	1335	4879	27,4
warszawskie	4608	11132	41,4
wrocławskie	3993	18946	21,1
zielonogórskie	1854	9548	19,4

Zródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945-1967
Rocznik Statystyczny Inwestycji i Środków Trwałych 1946-1966
Rocznik Statystyczny 1973

Lóżka w szpitalach i klinikach oddane do użytku w wyniku
działalności inwestycyjnej

Województwo	1956- 1972	1956- 1960 a/	1960- 1965	1966- 1970	1971- 1972
POLSKA	64322	25765	19336	1948	7273
M. st. Warszawa	5672	1853	2971	347	501
M. Kraków	1143	985	20	-	138
M. Łódź	2842	961	1079	242	560
M. Poznań	861	100	218	290	253
M. Wrocław	494	120	-	320	54
białostockie	3010	831	1506	435	238
bydgoskie	2225	566	759	425	475
gdańskie	2189	1313	398	378	100
katowickie	8762	5006	1391	1619	746
kieleckie	4587	774	1478	1729	606
koszalińskie	1592	1457	135	-	-
krakowskie	3161	614	738	735	1074
lubelskie	3792	542	1977	932	341
łódzkie	1911	245	883	646	140
olsztyńskie	2941	1938	7	799	204
opolskie	1554	370	635	361	188
poznańskie	2423	324	1018	411	670
rzeszowskie	3510	1639	1357	362	152
szczecińskie	1335	490	518	289	38
warszawskie	4608	1810	1610	730	458
wrocławskie	3993	2871	223	548	351
zielonogórskie	1854	956	422	350	126

a/ łącznie z łózkami w sanatoriach

Zródło: Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945-1967, s.297
Rocznik Statystyczny Inwestycji i Środków Trwałych 1946-1966, s.279
Rocznik Statystyczny Inwestycji i Środków Trwałych 1973, s. 252-253.

Efekty rzeczowe inwestycji źłobków

Województwo	Miejsca w żłobkach oddanych do użytku					Procent miejsc oddanych do użytku w latach 1961-1972, ogólnie miejsc w roku 1972
	1956- -1960	1961- -1965	1966- -1970	1971	1972	
POLSKA	8365	2040	4170	1140	1972	13,3
M.st. Warszawa		440	160	80	75	14,5
M. Kraków		80	80	80	60	23,2
M. Łódź		640	480	80	160	27,2
M. Poznań		240	160	-	80	26,2
M. Wrocław		160	300	80	-	16,1
białostockie		80	320	-	-	20,3
bydgoskie		-	155	75	75	15,1
gdańskie		-	320	80	-	11,4
katowickie		-	80	80	160	4,3
kieleckie		-	25	25	80	19,0
koszalińskie		80	80	-	80	9,5
krakowskie		-	320	160	60	27,0
lubelskie		-	320	-	455	35,6
łódzkie		-	160	-	75	10,9
olsztyńskie		-	80	-	80	6,3
opolskie		-	250	-	-	8,6
poznańskie		-	80	80	80	16,4
rzeszowskie		-	160	-	-	7,8
szczecińskie		80	80	-	110	8,2
warszawskie		-	-	-	-	-
wrocławskie		80	160	80	300	5,5
zielonogórskie		80	400	240	-	21,4

Źródło: Roczniki Statystyczne Inwestycji i Środków Trwałych 1946-1966, 1972, 1973.
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1945-1967
Rocznik Statystyczny Ochrony Zdrowia 1974.

Tablica 16

Spżycie przez ludnoř uszgu niematerialnych /infrastruktury społecznej/,
w tym: uszgu ochrony zdrowia, opieki społecznej i kultury fizycznej w 1970 r.

Województwo	Wartość w mln zł		Na jednego mieszkańca w tys. złotych		Dystans na 1 mieszkańca	
	Ogółem	ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fizyczna	Ogółem	ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fizyczna	Ogółem	ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fizyczna
POLSKA	73722,4	32100,4	2,3	1,0	77	67
białostockie	2175,7	888,6	1,9	0,8	63	53
bydgoskie	3644,8	1584,6	1,9	0,8	63	53
gdańskie	3846,7	1822,7	2,6	1,2	87	80
katowickie	8618,1	4213,6	2,3	1,1	77	73
kieleckie	3046,1	1221,4	1,6	0,6	54	40
koszalińskie	2036,9	955,4	2,6	1,2	87	80
krakowskie z m. Krakowem	6087,0	2832,5	2,2	1,0	73	67
lubelskie	3152,5	1205,8	1,6	0,6	53	40
łódzkie z m. Łodzią	5040,4	2125,7	2,1	0,9	70	60
olsztyńskie	2366,0	1128,3	2,4	1,1	80	73
opolskie	2247,4	958,2	2,1	0,9	70	60
poznańskie z m. Poznaniem	4906,4	1957,2	1,8	0,7	60	47
rzeszowskie	3047,8	1237,6	1,7	0,7	60	47
szczecińskie	2693,9	1160,7	3,0	1,3	100	86
warszawskie z m. st. Warszawą	11481,6	4145,9	3,0	1,1	100	73
wrocławskie z m. Wrocławiem	7178,8	3650,9	2,9	1,5	97	100
zielenogórskie	2152,2	1011,3	2,4	1,1	80	73

Lóżka w szpitalach

Tablica 17

Województwa	w liczbach bezwzględnych			na 10000 mieszkańców		
	1970	1974	1970=100	1970	1974	1970 = 100
POLSKA	168771	184128	109,1	51,8	54,4	105,0
M.st. Warszawa	11834	13020	110,0	90,4	92,3	102,1
M. Kraków	5506	5614	102,0	94,1	84,0	89,3
M. Łódź	6009	6539	108,8	78,9	83,1	105,3
M. Poznań	5902	4709	120,7	83,1	93,0	111,9
M. Wrocław	4772	4597	92,1	91,1	77,3	84,9
białostockie	5387	6045	112,2	45,9	50,5	110,0
bydgoskie	7791	8620	110,6	40,7	43,5	106,9
gdańskie	7890	8544	108,3	53,8	54,6	101,5
katowickie	25593	27489	107,4	69,3	70,3	101,4
kieleckie	5852	6696	114,4	31,0	35,0	112,9
koszalińskie	4337	4416	101,8	54,6	52,8	96,7
krakowskie	6820	7406	108,6	31,3	35,5	113,4
M. Kraków i krakowskie	12326	13020	105,6	44,6	45,2	101,3
lubelskie	8453	9069	107,5	44,0	46,3	105,2
łódzkie	5673	7680	115,1	40,0	45,7	114,2
M. Łódź i łódzkie	12682	14219	112,1	52,2	58,0	111,1
olsztyńskie	4927	5571	115,1	50,4	55,0	109,1
opolskie	6577	6829	103,8	62,2	68,4	100,5
poznańskie	8565	8391	109,6	39,1	41,7	106,6
M. Poznań i poznańskie	12467	14100	113,1	46,9	51,1	109,0
szeszowskie	6962	7309	105,0	39,6	40,1	101,3
szczecińskie	4835	5214	107,9	53,9	54,6	101,3
warszawskie	8292	10483	126,4	33,0	41,0	128,2
M.st. Warszawa i warszawskie	20126	23503	116,8	52,6	59,2	112,5
wrocławskie	13120	14106	107,5	66,5	69,7	104,8
M. Wrocław i wrocławskie	17892	18505	103,4	71,6	71,3	99,6
zielonogórskie	4673	4986	106,7	52,9	53,8	101,7

Uwaga: Łóżka w szpitalach wykazano bez łóżek w szpitalach psychiatrycznych oraz z łózkami w wydziałach szpitalnych przy stacjach pogotowia ratunkowego i przychodniach, bez łóżek dla noworodków i wcześniaków.

Stopień zagęszczenia sal chorych w szpitalach /łącznie z klinicznymi/
na koniec 1970 i 1973 r. oraz przewidywany na koniec 1975 r.
/stosunek procentowy do powierzchni normatywnej 6 m²/1 łóżko/

Województwo	Szpitale ogólne			Szpitale psychiatryczne		
	1970	1973	1975 ^{x/}	1970	1973	1975 ^{x/}
POLSKA	122,0	121,2	120,1	150,1	150,5	150,0
M.st. Warszawa	126,9	126,4	125,6	165,8	188,6	188,0
M. Kraków	123,7	121,7	120,6	123,7	121,7	121,0
M. Łódź	133,1	128,3	127,2	164,6	164,6	164,6
M. Poznań	115,4	113,9	112,8	156,8	169,2	168,7
M. Wrocław	119,8	119,0	118,0	119,5	115,1	114,6
białostockie	118,4	119,1	118,0	173,0	182,0	181,5
bydgoskie	120,2	118,9	117,8	169,9	169,9	169,9
gdańskie	114,2	116,4	115,2	145,0	143,6	143,0
katowickie	118,4	116,9	115,8	164,7	162,8	162,0
kieleckie	132,4	140,4	139,2	137,5	145,3	144,8
koszalińskie	120,0	122,6	121,5	120,0	120,0	120,0
krakowskie	126,9	118,5	117,6	174,1	167,0	166,4
lubelskie	133,7	133,0	133,0	130,8	160,2	159,7
łódzkie	135,5	134,1	133,0	216,3	216,3	216,3
olsztyńskie	114,3	113,8	112,9	107,8	124,8	124,0
opolskie	103,7	109,4	108,5	146,4	132,9	132,0
poznańskie	116,6	114,4	112,3	118,2	114,3	113,8
rzeszowskie	125,4	125,9	124,8	149,9	145,8	145,0
szezecińskie	127,9	127,9	126,8	183,2	150,7	150,0
warszawskie	120,1	121,4	120,3	150,1	161,1	151,1
wrocławskie	117,2	119,6	118,7	146,2	143,1	142,6
zielonogórskie	133,7	125,2	124,1	147,2	155,7	155,0

Zródło: Sprawozdania szpitalne Mz/Szp.4

x/ 1975 r. - stan przewidywany

Półowa regionów osiągnęła wskaźnik znacznie niższy od krajowego, a jednocześnie nie legitymuje się większymi parametrami przyrostu łóżek w okresie 1971-1974.

Leczenie szpitalne odbywa się w trudnych warunkach, czemu towarzyszy tzw. wyczekiwanie na łóżko, oraz zagęszczenie sal chorych /tablica 18/. Nieco więcej niż co piąte łóżko jest efektem "zagęszczenia" sal chorych, a przecież przyjmowana norma 6 m^2 na 1 łóżko /liczona przeciętnie/ nie jest zbyt duża i w niektórych działkach leczenia specjalistycznego musi być przekroczona, np. na oddziałach intensywnej terapii i reanimacji, chirurgii urazowej itp.

Na skutek niedostatku łóżek szpitalnych szczególnego znaczenia nabiera problem "gospodarki" nimi. Miara stosowaną w tej dziedzinie jest średni pobyt chorego w szpitalu, który jest u nas zbyt długi. Według danych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej od wielu lat utrzymuje się on na poziomie około 16 dni i mimo usprawnienia diagnostyki laboratoryjnej i rentgenowskiej nie zdradza tendencji malejącej. Rosną koszty leczenia, co również umożliwia jego intensywność. Problemowi optymalizacji kosztów leczenia w ramach tzw. "ekonomii ogólnej zdrowia" poświęca się coraz więcej uwagi w Polsce i w nauce światowej /59, 80, 81/.

Zamknięte lecznictwo psychiatryczne

Sytuacja przestrzenna szpitali psychiatrycznych w układzie regionalnym została przedstawiona w tablicy 19. Charakteryzuje ją przypadkowość lokalizacyjna, zastana po II wojnie światowej. Rozmieszczenie szpitali psychiatrycznych w minionym trzydziestolecu niewiele się zmieniło. Wzrosły wprawdzie zasoby łóżek tych szpitali, ale w nikłym stopniu w stosunku do potrzeb. Poszczególne regiony nie dążyły do rozwiązywania tego problemu we własnym zakresie. Ogólny niedobór łóżek najbar-

dziej charakteryzuje półtorakrotny stopień zagęszczenia sal chorych i wskaźnik liczby łóżek na 10 000 ludności. Jeśli nawet w 1975 r. osiągnie on liczbę 13 łóżek, to i tak będzie niski wobec skromnie założonych 20 łóżek w programie rozwoju Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej na 1990 r.

Rozpatrzenie obecnego stanu zamkniętego lecznictwa psychiatrycznego z różnych punktów widzenia prowadzi do stwierdzenia, że jest to stan graniczący z katastrofalnym. Dodać trzeba, że około 10-15% zasobów łóżek obciążone jest "prze-trzymywaniem" osób chronicznie chorych z powodu braku miejsc w domach opieki dla przewlekle chorych psychicznie. Tę skromną bazę łóżkową wykorzystuje się w pewnej części na potrzeby odwykowego leczenia alkoholików, bowiem mimo kilkunastoletniego okresu jaki upłynął od uchwalenia ustawy o zwalczaniu alkoholizmu, żadne z województw nie wybudowało specjalnego zakładu leczenia odwykowego. Tylko osiem województw posiada tego typu zakłady, które w 1973 r. liczyły 705 łóżek.

Wiejska służba zdrowia

Liczba wiejskich ośrodków zdrowia, które świadczą podstawowe usługi zdrowotne, szybko wzrosła i to równomiernie na obszarach poszczególnych byłych województw. W wyniku tego na 1 ośrodek zdrowia w 1974 r. przypadało nieco więcej niż 5000 mieszkańców, a 1 ośrodek przypadał na każde 100 km². W okresie 1971-1974 liczba ośrodków zdrowia na wsi wzrosła o ponad jedną piątą /tablice 20 i 21/. W wyniku powołania gmin, 342 siedziby ich władz nie posiadały w 1970 r. żadnego urzędnika z dziedziny ochrony zdrowia; w 16 - działała tylko apteka lub punkt apteczny; w 146 - ośrodek zdrowia lub punkt zdrowia, w 82 - punkt zdrowia, apteka lub punkt apteczny. Natomiast 1096 wsi /na 1670/ będących siedzibami władz gminnych, wyposażonych było w zasadzie w komplet urządzeń opieki zdrowotnej, tj. w gminny ośrodek zdrowia i aptekę. Znaczący przyrost liczby ośrodków zdrowia po 1970 r. poprawił sytuację ludności wiejskiej w zakresie dostępności te-

Tablica 19

Lóżka w zakładach dla nerwowo i psychicznie chorych łącznie z łózkami na oddziałach psychiatrycznych

Stan na koniec roku

Województwo	Ilość łózek psychiatrycznych						Wskaźniki	
	liczby bezwzględne			na 10000 ludności			3:2	4:2
	1970 r. x/	1973 r. x/	1975 r. xx/	1970	1973	1975 xx/		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
POLSKA	41126	42760	44200	12,6	12,8	13,0	104,0	107,5
m.st. Warszawa	1330	1226	1550	10,1	8,8	10,9	92,2	117,0
m. Kraków	150	150	150	2,5	2,3	2,2	100,0	100,0
m. Łódź	1480	1480	1630	10,1	19,0	20,4	100,0	110,1
m. Poznań	200	230	320	4,2	4,0	6,2	115,0	160,0
m. Wrocław	339	359	359	6,4	6,4	6,2	105,9	105,9
białostockie	1330	1400	1400	11,3	11,8	11,7	105,3	105,3
bydgoskie	2035	2035	2040	10,6	10,3	10,2	100,0	100,2
gdańskie	2220	2220	2220	15,1	14,4	14,0	100,0	100,0
katowickie	4400	4672	4000	12,1	12,1	12,8	104,8	111,9
kieleckie	1688	2146	2303	8,9	11,3	12,0	127,1	136,4
koszalińskie	30	52	127	0,4	0,6	1,5	173,3	423,3
krakowskie	1780	1780	1890	8,2	0,1	8,5	100,0	106,2
lubelskie	2005	2101	2171	10,4	11,1	11,0	107,8	108,3
łódzkie	980	960	980	5,9	5,9	5,8	100,0	100,0
olsztyńskie	510	714	714	5,2	7,1	7,1	140,0	140,0
opolskie	2358	2481	2643	22,3	22,9	23,9	105,2	112,1
poznańskie	2310	2630	2630	10,5	11,8	11,6	113,9	113,9
rzeszowskie	1195	1280	1230	6,8	7,1	7,0	107,1	107,1
szczecińskie	325	415	550	3,6	4,4	5,8	127,7	172,0
warszawskie	3173	3065	3365	12,6	13,2	13,1	106,0	106,0
wrocławskie	5980	5913	5593	30,2	29,4	29,0	98,9	98,5
zielonogórskie	5248	5080	4980	59,4	54,4	53,2	96,8	94,9

x/ opracowano na podstawie sprawozdań Mz/Szp-120 i Mz/Szp-4

xx/ 1975 r. - stan przewidywany

rytorialnej do ośrodków zdrowia. Nowe ośrodki powstawały przeważnie poza siedzibami władz gminnych, w 1973 r. adaptowano 280 budynków po byłych prezydiach gromadzkich rad narodowych⁶, a więc rozwiązanie to było tylko doraźne, a nie liczące się ze zmianą warunków na wsi w przyszłości.

Poprawie dostępności przestrzennej do wiejskiej sieci placówek służby zdrowia nie towarzyszyła poprawa ich funkcjonalności. Zjawisko to związane jest z niedostatkami kadr medycznych na wsi. Świadczą o tym dokonane wyliczenia własne [33], z których wynika, że w 1973 r. na 1 ośrodek zdrowia w skali ogólnokrajowej przypadało: 1,1 lekarza, 0,8 lekarza dentystry i 2,0 pielęgniarki. W takiej sytuacji trudno liczyć na uzyskanie rychłej pomocy medycznej przez mieszkańców wsi.

Oceniając ogólnie obecny stan służby zdrowia na wsi i jego ostatnie przemiany należy niestety stwierdzić, że prezentuje on układ bardzo rozdrobniony, a nowopoczynania kształtowane pod wpływem doraźnych nacisków społecznych, nie zawsze liczą się z faktem istnienia centrów gminnych i kształtujących się kombinatów rolno-przemysłowych oraz z nasileniem migracji ludności wiejskiej do miast.

Apteki otwarte /bez punktów aptecznych i aptek PKP/

Ważnym ogniwem całego podsystemu ochrony zdrowia są apteki. W 1970 r. działało w kraju 2567 aptek, w tym 600 na wsi. W okresie 1971-1973 przybyło 249 aptek, z tego na wieś przypadło 148. Tempo rozwoju wyposażenia kraju w apteki, w liczbach względnych, jest prawidłowe. Przyrost aptek w miastach wiąże się głównie z budownictwem mieszkaniowym, a zwłaszcza z budową nowych osiedli i dzielnic mieszkaniowych, natomiast na wsi stymulowany jest budową ośrodków zdrowia lub adaptacją obiektów na ich potrzeby. Z tego względu prawidłowość rozmieszczenia aptek na wsi wzbudzać musi takie same wątpliwości, jakie zaprezentowano przy charakterystyce wiejskiej służby zdrowia.

⁶ S. Marcinkowski, Problemy realizacji inwestycji służby zdrowia, "Rada Narodowa - Gospodarka - Administracja" 1974, nr 13.

W 1973 r. mimo odczuwalnego rozwoju aptek w skali kraju nie osiągnięto, uznawanego za optymalny, wskaźnik 10 tys. ludności na 1 aptekę. Spośród byłych województw wskaźnik taki osiągnęło m.st. Warszawa i woj. lubelskie.

W stanie wyposażenia poszczególnych byłych województw występują pewne dysproporcje /tabela 22/, ale ich skala nie jest tak duża jak to np. ma miejsce w rozmieszczeniu szpitalnictwa ogólnego. Jako odstępujące najbardziej od średniej krajowej wymienić trzeba było województwa krakowskie i olsztyńskie. Dodać jeszcze wypada, że na rozwój szpitalnictwa i zakładów lecznictwa otwartego nie oddziałują tak silnie budownictwo mieszkaniowe w miastach, jak to ma miejsce w stosunku do aptek.

Żłobki

Stan wyposażenia kraju i poszczególnych regionów w sieć żłobków w 1970 r. uznać można za niewystarczający w stosunku do potrzeb. W najkorzystniejszej sytuacji znajdują się wszystkie były miasta wydzielone i były województwo wrocławskie. Zapotrzebowanie na miejsca w żłobkach zależy od wielu czynników, a zwłaszcza od struktury demograficznej ludności, dochodów w rodzinie, aktywizacji zawodowej kobiet i polityki pronatalistycznej [41]. Jakość opieki w żłobkach ma niemałe znaczenie na skalę zapotrzebowań. W 1974 r. zbyt mały odsetek dzieci w wieku 0-2 lat korzystał z opieki w żłobkach. Wskaźnik ten w skali krajowej wynosił zaledwie 5,1%, a skrajne wielkości wynosiły od 22,1% w m.Łodzi do 1,6% w byłym województwie poznańskim /tablica 23/.

Stwierdzić wypada, że lata 1971-1974 przyniosły w tej dziedzinie pozytywne zmiany, bowiem przyrost liczby miejsc w tych latach wyniósł już ponad 8200, podczas gdy założenia planu pięcioletniego przewidują 10 600 nowych miejsc w żłobkach.

Ośrodki zdrowia na wsi

Województwa	Ośrodki zdrowia			Liczba mieszkańców wsi na ósrodek		Liczba ośrodków na 100 km ²	
	1970	1974	$\frac{1974}{1970}$	1970	1974	1970	1974
POLSKA	2508	3037	121,1	6209	5057	0,80	0,97
białostockie	152	193	127,0	4855	3694	0,65	0,85
bydgoskie	148	181	122,3	6378	5182	0,71	0,87
gdańskie	71	81	114,1	6295	5456	0,64	0,72
katowickie	157	156	113,9	6277	6429	1,44	1,63
kieleckie	223	267	119,1	5717	4640	1,14	1,37
koszalińskie	76	104	136,8	5276	3932	0,42	0,57
krakowskie	258	292	113,2	5891	5068	1,67	1,91
lubelskie	224	258	115,2	5933	4767	0,90	1,04
łódzkie	173	197	113,9	6208	5375	1,01	1,15
olsztyńskie	93	118	126,9	6204	4847	0,44	0,56
opolskie	113	135	119,5	5380	4429	1,18	1,41
poznańskie	142	178	125,3	9323	7438	0,53	0,66
rzeszowskie	199	259	130,1	6402	4915	1,07	1,39
szczecińskie	34	51	150,0	8823	5960	0,27	0,40
warszawskie	247	300	121,4	6562	5300	0,83	1,03
wrocławskie	141	174	123,4	6219	5000	0,74	0,92
zielonogórskie	92	95	101,1	4402	4365	0,63	0,64

Zródło: Rocznik Statystyczny 1971, s.546, dla roku 1974 sprawozdawczość statystyczna GUS.

Tabela 21

Lokalne ośrodki medyczne na wsi w 1970 r. w układzie wojewódzkim

Województwo	Liczba wsi posiadających urzędzenia medyczne	Liczba wsi będących siedzibami gmin	Liczba wsi posiadających:				Liczba wsi - siedzib gmin posiadających				bes urzędzeń służby zdrowia
			ośrodek zdrowia, aptekę lub punkt apteczny	punkt zdrowia, aptekę lub punkt apteczny	tylko ośrodek zdrowia lub punkt zdrowia	tylko aptekę lub punkt apteczny	ośrodek zdrowia, aptekę lub punkt apteczny	punkt zdrowia, aptekę lub apteczny	tylko ośrodek zdrowia lub punkt zdrowia	tylko aptekę lub punkt apteczny	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
RAZEM:	3697	1670	1980	566	744	74	1096	82	146	16	342
białostockie	183	95	125	23	27	3	71	4	7	-	14
bydgoskie	190	95	124	32	21	9	62	6	8	1	16
gdańskie	106	66	62	26	28	1	49	6	7	1	7
katowickie	205	95	122	41	27	12	63	3	5	3	21
kieleckie	235	136	165	31	35	2	96	3	11	-	26
koszalińskie	141	56	68	25	51	-	37	2	9	-	9
krakowskie	257	148	169	7	53	9	86	-	22	3	34
lubelskie	269	153	181	43	38	8	106	10	6	2	36
łódzkie	205	115	129	23	48	1	87	3	12	-	13
olsztyńskie	185	54	85	55	38	3	42	5	4	1	2
opolskie	168	63	98	49	25	3	42	10	2	-	12
poznańskie	209	119	114	40	53	3	68	2	5	-	45
rzeszowskie	258	128	151	58	46	3	78	7	6	-	38
szczęcińskie	86	41	28	36	15	7	19	8	5	1	8
warszawskie	282	182	180	21	76	2	115	7	20	1	39
wrocławskie	264	55	107	28	121	7	30	3	11	2	9
zielenogórskie	154	59	80	28	42	1	45	3	6	1	13

Zródło: Wykaz urzędzeń infrastruktury społecznej, INP UG 1973.

Tabela 22

Apteki otwarte /bez punktów aptecznych i aptek PkP/ - Stan na koniec roku

Województwo	Liczba aptek otwartych						Liczba ludności przypadająca na 1 aptekę ogółem			Liczba ludności wiejskiej przypadająca na 1 aptekę na wsi /w tys. ogółem/		
	1970 ^{x/}		1973 ^{x/}		1975 ^{xx/}		1970	1973	1975 ^{x/}	1970	1973	1975 ^{xx/}
	ogółem	w tym: na wsi	ogółem	w tym: na wsi	ogółem	w tym: na wsi						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
POLSKA	2567	600	2816	748	3053	840	12701	11900	11145	26,0	20,5	18,2
m. st. Warszawa	132	-	143	-	155	-	9916	9705	9209	-	-	-
m. Kraków	51	-	53	-	60	-	11411	12401	11210	-	-	-
m. Łódź	66	-	67	-	70	-	11545	11654	11413	-	-	-
m. Poznań	42	-	46	-	60	-	11190	10847	10306	-	-	-
m. Wrocław	47	-	49	-	52	-	11148	11433	11121	-	-	-
białostockie	87	31	96	39	104	44	13482	12387	11542	23,8	18,4	16,0
bydgoskie	146	33	160	40	173	45	13102	12274	11558	28,6	23,4	20,8
gdańskie	117	12	131	21	138	25	12529	11748	11449	37,7	20,9	17,8
katowickie	310	31	321	36	340	40	11919	12031	11500	27,7	23,4	20,9
kieleckie	135	58	150	67	163	74	13992	12678	11774	22,0	18,5	16,5
koszalińskie	61	10	65	12	69	13	13016	12709	12214	40,1	33,6	30,9
krakowskie	136	42	163	66	193	86	16044	13460	11524	36,2	22,3	17,2
lubelskie	181	105	198	119	209	126	10613	9837	9411	12,7	11,0	10,3
łódzkie	133	63	141	68	148	71	12548	11874	11383	17,3	15,6	14,8
olsztyńskie	64	14	75	19	81	20	15281	13349	12488	41,2	30,1	28,6
opolskie	80	17	99	32	107	35	13225	10955	10324	35,8	18,7	17,3
poznańskie	165	33	176	36	200	46	13278	12687	11289	40,1	36,7	28,6
rzeszowskie	144	56	168	77	180	90	13201	10726	10169	22,8	16,5	14,0
szczecińskie	72	7	83	9	92	10	12458	11327	10441	42,9	33,7	30,4
warszawskie	180	68	192	71	210	74	13967	13241	12226	23,8	22,5	21,5
wrocławskie	159	16	170	27	183	30	12415	11812	11122	54,8	32,3	28,6
zielonogórskie	59	5	70	9	76	11	14996	13076	12322	81,0	45,1	36,8

Zródło: x/ sprawozdanie wojewódzkich zarządów aptek
xx/ 1975 r. - stan przewidywany

Niektóre wskaźniki w żłobkach stałych w roku 1974

Województwo	Liczba dzieci na 100 miejsc w żłobkach	Dzieci w żłobkach w odsetkach liczby dzieci do lat 3
POLSKA	112	5,1
M.st. Warszawa	115	14,1
M. Kraków	120	7,4
M. Łódź	115	22,1
M. Poznań	112	10,5
M. Wrocław	139	21,4
białostockie	126	4,5
bydgoskie	126	3,1
gdańskie	122	5,6
katowickie	83	3,9
kieleckie	130	2,2
koszalińskie	120	6,5
krakowskie	92	1,7
lubelskie	120	3,4
łódzkie	128	3,5
olsztyńskie	108	5,2
opolskie	135	7,3
poznańskie	105	1,6
rzeszowskie	110	2,6
szczecińskie	106	8,2
warszawskie	115	1,7
wrocławskie	106	11,4
zielonogórskie	104	7,6

Źródło: Przeliczenia na podstawie sprawozdawczości GUS, wskaźnik liczby dzieci obliczono przy uwzględnieniu liczby dzieci według stanu w dniu 30 czerwca.

Oceniając jednak stan wyposażenia kraju w sieć żłobków w aspekcie zawodowej aktywności kobiet okazuje się, że nawet aktualna dynamika rozwoju żłobków wydaje się zbyt niska. W 1970 r. na 100 kobiet zatrudnionych w gospodarce społecznie przynależnej przypadało 1,7 miejsc w żłobkach, a przewidywania na 1975 r. szacują ten wskaźnik na około 1,4. Brane są w tych rozważaniach czynniki niwelujące ostrość problemu w 1975. r., którymi mogą okazać się w szczególności: spadek liczby dzieci w wieku żłobkowym oraz wzrost funkcji wychowawczej rodziny, ale nie powinny być one wskazaniem do obniżania dynamiki inwestowania w rozbudowę żłobków.

Domy pomocy społecznej

Zorganizowanie życia codziennego ludziom zniedołężniałym, udzielanie im pomocy, w zasadzie nie wymaga specjalnych urządzeń. Usługi te mogą być zaliczane do tzw. opieki otwartej i mogą być świadczone przy pomocy ludzi przy wykorzystaniu urządzeń innych dziedzin infrastruktury ekonomicznej lub technicznej. W sytuacjach, kiedy nie wystarczają formy pomocy otwartej, konieczne są specjalne domy pomocy społecznej. Rola ich będzie rosła, zważywszy, że procent osób w wieku poprodukcyjnym w stosunku do ogółu ludności, wzrośnie z 4,7% w 1975 r. do 6,8% w 2000 r. /patrz tablica 28/.

W tej dziedzinie występuje duże niezaspokojenie potrzeb. Charakteryzuje to wskaźnik oczekujących na umieszczenie w domach pomocy społecznej w stosunku do liczby miejsc, który w skali kraju w 1970 r. wynosił 19,3% a w 1973 r. wzrósł do 22,7%. Trudność uzyskania miejsca oraz niechęć ludzi w podeszłym wieku do korzystania z tego rodzaju opieki sprawia, że nie wszystkie potrzeby są ujawniane.

Sytuacja w dziedzinie pokrycia zapotrzebowania na tego rodzaju usługi, oceniana powyższą metodą, ujawniła duże dysproporcje, gdyż skrajne wielkości wymienionego wskaźnika wynosiły 5%-137% w 1970 r. i 4,5%-62,8% w 1973 r. /tabela 24/.

Tablica 24

Miejsca w domach pomocy społecznej i oczekujący na umieszczenie w nich
w roku 1970 i 1973

Stan na koniec roku

Województwo	1970			1973		
	liczba miejsc	liczba oczekujących na umieszczenie	wskaźnik 3:2	liczba miejsc	liczba oczekujących na umieszczenie	wskaźnik 6:5
1	2	3	4	5	6	7
POLSKA	47130	9080	19,3	52791	11996	22,7
M.st. Warszawa	3046	366	12,0	3290	1598	48,5
M. Kraków	1866	94	5,0	2206	99	4,5
M. Łódź	1644	368	22,4	1979	423	21,3
M. Poznań	635	245	38,6	944	379	40,1
M. Wrocław	337	465	137,9	536	302	56,3
białostockie	1006	159	15,8	1035	650	62,8
bydgoskie	3134	476	15,2	3303	475	14,4
gdańskie	1584	970	61,2	2200	629	28,6
katowickie	5665	701	12,3	5784	752	13,0
kieleckie	2412	629	26,0	2515	700	27,8
koszalińskie	1269	224	17,6	1445	284	19,6
krakowskie	2716	834	30,7	3305	813	24,6
M.Kraków z woj.krakowskim	4582	928	20,2	5511	912	16,5
lubelskie	2143	321	15,0	2304	411	17,8
łódzkie	2188	200	9,1	2260	540	23,9
M.Łódź z woj. łódzkim	3832	568	14,8	4239	963	22,7
olsztyńskie	1210	173	15,6	1527	232	15,2
opolskie	2009	131	6,5	2074	290	14,0
poznańskie	3756	295	7,8	4206	386	9,2
M.Poznań z woj.poznańskim	4391	540	12,3	5150	765	14,8
rzeszowskie	2402	214	8,9	2570	466	18,1
szececińskie	750	360	48,0	820	412	50,2
warszawskie	3259	979	30,1	3793	1319	34,7
M.Warszawa z woj.warszawskim	6305	1345	21,3	7083	2917	41,2
wrocławskie	3343	418	12,5	3570	550	15,4
M.Wrocław z woj.wrocławskim	3680	883	24,0	4106	852	20,7
zielenogórskie	756	458	60,6	1125	286	25,4

Liczba lekarzy w przeliczeniu na 10000 mieszkańców

Województwo	1970	1974	1970 = 100
POLSKA	15,1	16,8	111,2
Miast. Warszawa	49,7	50,0	100,6
M. Kraków	41,8	40,4	96,6
M. Łódź	31,7	36,9	116,4
M. Poznań	36,8	40,4	109,8
M. Wrocław	32,4	50,5	94,1
Białostockie	14,9	17,2	115,4
bydgoskie	11,1	12,8	115,3
gdańskie	20,2	20,7	102,5
kałowiackie	14,3	16,4	114,7
kieleckie	9,2	10,8	117,4
koszalińskie	11,3	13,0	115,0
krakowskie	10,3	12,1	117,5
krakowskie z m. Krakowem	17,0	18,6	109,4
lubelskie	11,7	13,4	114,5
łódzkie	9,7	11,0	113,4
łódzkie z m. Łodzią	16,6	19,4	116,9
olsztyńskie	10,0	12,1	111,0
opolskie	11,9	12,6	105,9
poznańskie	8,6	9,6	111,6
poznańskie z m. Poznaniem	13,6	15,2	111,8
rzeszowskie	8,8	10,0	113,6
szczecińskie	19,1	20,0	104,7
warszawskie	11,1	13,0	117,1
warszawskie z m. Warszawą	24,3	26,1	107,4
wrocławskie	11,6	14,3	123,5
wrocławskie z m. Wrocławiem	15,9	17,8	111,9
zielonogórskie	12,2	14,1	115,6

Uwaga: liczbę lekarzy ze stażystami obliczono na podstawie m-cy rejestracji w Wydziale Zdrowia i Opieki Społecznej Urzędów Wojewódzkich.

Pracownicy pełnozatrudnieni w gospodarce uspołecznionej
oraz w ochronie zdrowia, opiece społecznej i kulturze fizycznej w roku 1970 i 1973
według poziomu wykształcenia

w odsetkach ogółu zatrudnionych

Województwo	Rok 1970				Rok 1973			
	Ogółem w gospodarce uspołecznionej z wykształceniem		Ochronie zdrowia, opiece społecznej i kulturze fizycznej z wykształceniem		Ogółem w gospodarce uspołecznionej z wykształceniem		Ochronie zdrowia, opiece społecznej i kulturze fizycznej z wykształceniem	
	wyższym	średnim	wyższym	średnim	wyższym	średnim	wyższym	średnim
POLSKA	5,4	19,3	13,4	27,1	5,8	21,1	13,3	31,5
białostockie	4,5	23,1	14,1	27,4	5,8	21,1	13,7	34,4
bydgoskie	4,0	18,8	12,2	24,0	4,4	20,6	12,6	27,2
gdańskie	6,5	20,0	14,5	27,1	7,1	21,9	14,5	31,1
katowickie	4,7	16,2	14,6	28,5	4,9	17,8	13,5	32,6
kieleckie	3,8	20,7	14,2	31,8	4,3	21,9	13,6	36,1
koszalińskie	3,5	18,5	11,1	24,8	4,0	20,5	10,0	30,7
krakowskie z m. Krakowem	6,7	19,8	13,4	29,1	7,2	21,3	13,4	32,3
lubelskie	5,6	23,9	14,8	31,2	5,9	24,7	14,3	35,3
łódzkie z m. Łodzią	4,6	18,7	14,9	26,6	5,1	20,6	14,9	30,7
oleśtyńskie	3,9	18,8	11,6	24,8	4,2	20,2	11,4	28,8
opolskie	3,7	16,3	11,6	22,6	4,0	18,5	11,9	28,9
poznańskie z m. Poznaniem	5,2	17,9	15,2	24,8	5,7	20,0	14,9	30,9
rzeszowskie	4,2	22,5	11,1	37,0	4,6	22,9	11,5	38,1
sześcińskie	5,0	18,6	12,1	22,8	5,5	20,4	11,9	28,0
warszawskie z m.st. Warszawą	9,7	23,6	16,3	27,9	10,1	25,8	16,4	33,0
wrocławskie z m. Wrocławiem	4,6	17,5	9,5	23,7	5,1	19,4	10,1	28,3
zielonogórskie	3,3	17,9	11,4	24,4	3,7	20,0	11,3	25,9

Zródło: J. Kokotkiewicz, Analiza rozmieszczenia i kwalifikacji zatrudnionych w działach "oświata i wychowanie", "kultura i sztuka", "ochrona zdrowia, opieka społeczna i kultura fizyczna" w 1973 r. w oparciu o przekrój powiatowy, Część I analityczna, Gdańsk 1975, INP UG, 2:61-63.

Zatrudnienie

Zgodnie z zaproponowanym włączeniem do infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej czynnika ludzkiego godzi się przynajmniej nieco uwagi poświęcić kadrze lekarzy. Rozmieszczenie tej kadry w układzie regionalnym wykazuje znaczne dysproporcje, chociaż w ostatnich latach odnotować można stopniowy wzrost dynamiki przyrostu lekarzy, zwłaszcza na wsi [36]. Nierównomierność w rozmieszczeniu lekarzy wynika w pewnym stopniu z "zamrożenia" ich w byłych miastach wyłączonych z województw w ostatnich czterech latach /tablica 25/.

Zatrudnienie w ochronie zdrowia, pomocy społecznej i kulturze fizycznej według poziomu wykształcenia na tle zatrudnienia w całej gospodarce uspołecznionej przedstawia się korzystanie. Potwierdzają to dane przedstawione w tablicy 26, z których wynika, że w skali ogólnokrajowej w 1970 r. pracownicy z wykształceniem wyższym w całej gospodarce uspołecznionej stanowili 5,4%, a w 1973 r. - 5,8%, zaś w ochronie zdrowia, opiece społecznej i kulturze fizycznej - 13,4% i 13,3%.

3. Lecznictwo uzdrowiskowe

Szczególne role lecznictwa uzdrowiskowego, które świadczy usługi dla ludności całego kraju bez względu na miejsce lokalizacji zdeterminowała jego odrębne potraktowanie w tym opracowaniu. Lecznictwo to stanowi ważne ogniwo w ciągu opieki zdrowotnej nad chorym. Charakteryzuje się tym, że może być lokalizowane tylko na obszarach o szczególnych walorach naturalnych, a więc nie można wiązać jego rozmieszczenia z rozmieszczeniem ludności [41]. Stopień wykorzystania warunków dla dalszego rozwoju tego lecznictwa szacuje się w Zjednoczeniu "Uzdrowiska Polskie" na około 30-35%.

Z różnych form świadczeń lecznictwa uzdrowiskowego w 1970 r. skorzystało 1,6% ludności Polski, podczas gdy za wskaźnik zbliżony do optymalnego przyjmuje się 5%.

Z danych Rocznika Statystycznego Ochrony Zdrowia 1974 /tablica 12/31/, s.50/ wynika, że liczba łóżek sanatoryjnych⁷ w okresie 1971-1973 wzrosła o 4670, tj. o 10,5%. Wzrosła także produkcja wód mineralnych przeciętnie rocznie do około 2 litrów na każdego mieszkańca Polski podczas gdy w Czechosłowacji wynosi około 9 litrów, a w Bułgarii około 10 litrów.

Udostępnienie leczeniu uzdrowiskowemu domów wypoczynkowych w okresie ich niewykorzystywania sprawiło, że w 1974 r., w stosunku do 1973 r., uzyskano zwiększenie liczby miejsc sanatoryjnych o około 20 tys. Jest to skutek integracyjnych poczynań zmierzających do racjonalizacji wykorzystania bazy materialnej infrastruktury społecznej pozostającej pod zarządem różnych jednostek organizacyjnych. Nadano szeregu miejscowościom status uzdrowiska, co daje formalne podstawy do tworzenia na ich terenie zakładów tegoż lecznictwa.

IV. GŁÓWNE TENDENCJE PRZEMIAN PO 1970 r.

Na tle dokonanej dotychczas charakterystyki wybranych elementów infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej, ważnym, zdaniem autora, jest wskazanie głównych tendencji przemian jakie zarysowały się w okresie 1971-1975, a więc w warunkach nowej polityki społeczno-gospodarczej.

⁷ Dane są niekompletne, bo nie obejmują sanatoriów MCN i MSW oraz wielu innych resortów. Ponadto nie podaje się bazy łóżkowej w całości, która służy dla potrzeb leczenia uzdrowiskowego, którą w 1970 r. szacowano w Zjednoczeniu "Uzdrowiska Polskie" na ok. 75 000. Trudno się zgodzić z szacunkiem zaspokojenia obecnych potrzeb w 60%, jak np. podaje A.Koźmiński [68].

1/ Założenia polityki społecznej dotyczące infrastruktury ochrony zdrowia i opieki społecznej nie były w pełni realizowane, ale usunięcie wielu barier, które ukształtowały się w długim okresie poprzedzającym rok 1970, nie było możliwe, w tak krótkim czasie.

Szczególnie trudne do pokonania okazały się bariery wykonawstwa inwestycyjnego oraz bariery resortowe, które najbardziej utrudniają integrację urządzeń służby zdrowia.

2/ Pozytywnym zjawiskiem jest opracowanie programów rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej, aczkolwiek nie pozbawionych mankamentów, zwłaszcza w dziedzinie rytmiczności inwestowania, w całym okresie objętym prognozą. Nakreślony w tych programach kierunek koncentracji przestrzennej i organizacyjnej jest realizowany, ale niezawsze konsekwentnie. Istotne znaczenie dla koncentracji przestrzennej /a także w zakresie rozwoju/ może odegrać utworzony Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia.

3/ W okresie 1971-1974 przeciętne średnie roczne tempo przyrostu zatrudnienia w ochronie zdrowia, opiece społecznej i kulturze fizycznej było znacznie wyższe niż w latach 1950-1970, w okresie 1950-1970 wynosiło: - 15,7 tys. osób, a w 1971-1974 - 27,7 tys.⁸.

Zwiększyła się proporcja pracowników ze średnim wykształceniem w stosunku do pracowników z wyższym wykształceniem. Zjawisko to należy traktować jako zmierzanie do odciążenia pracowników z wyższym wykształceniem, od czynności takich kwalifikacji nie wymagających.

4/ W dziedzinie ochrony zdrowia najwyraźniej ujawniła się funkcja egalitaryzująca polityki społecznej w postaci upowszechnienia dostępności do świadczeń medycznych państwowej służby zdrowia ludności wiejskiej, utrzymującej się z prowadzenia indywidualnych gospodarstw rolnych.

⁸ Mały Rocznik Statystyczny 1975, s. 32

Skutki tej decyzji sprawiły wzrost potrzeb na świadczenia medyczne, które wywarły presję na przyspieszone tempo rozwoju sieci wiejskich ośrodków zdrowia.

5/ W lecznictwie przemysłowym, zwłaszcza działającym w aglomeracjach, zaznaczyły się powolne procesy integracyjne. Tworzono przychodnie międzyzakładowe dla zatrudnionych w określonej gałęzi lub branży produkcji. Przekształcanie w tym kierunku urzędów przemysłowej służby zdrowia towarzyszało powstawaniu nowych dzielnic przemysłowo-składowych i modernizacji przemysłu.

6/ W sferze socjalnej zniesiono zróżnicowania uprawnień pracowników fizycznych i umysłowych, wydłużono urlopy macierzyńskie i umożliwiono korzystanie z bezpłatnego urlopu przez matki wychowujące dzieci, zwiększono czas wolny od pracy, podniesiono zarobki pracownicze, coraz pomyślniej rozwiązywano problem mieszkaniowy. Rozwijanie działalności socjalno-bytowej zakładów pracy wpłynęło na zmiany w zapotrzebowaniu na usługi infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

7/ W coraz szerszym zakresie wprowadzano technikę medyczną zwłaszcza do tych dziedzin medycyny, które zapobiegają i zwalczają choroby społeczne i o dużym znaczeniu społecznym, jak np. choroby onkologiczne, układu krążenia, gruźlicy itp.

8/ Działania ostatnich lat, aczkolwiek obarczone jeszcze wieloma niedostatkami występującymi w ścieraniu się nowego ze stereotypem myślenia i rutyną, w szerszym stopniu uwzględniają potrzeby perspektywiczne, które zostały określone programami i ekspertyzami resortowymi⁹. Opracowanie tych programów i zapowiadane ich doskonalenie oraz weryfikowanie pozwala sądzić, że będziemy w Polsce tworzyć nowoczesny przestrzenno-

⁹ Poza już cytowanymi programami rozwoju ochrony zdrowia i pomocy społecznej Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej opracowało program opieki nad dzieckiem i młodzieżą; opracowany jest przez zespół ekspertów program walki z rakiem; powstał także program rozwoju przemysłu medycznego.

funkcjonalny model ochrony zdrowia i pomocy społecznej, odpowiadający nie tylko potrzebom doby obecnej, ale także wymaganiom XXI wieku. Dominować zaczęły konstruktywne poczynania, które zdobyć muszą jeszcze większe prawo obywatelstwa przede wszystkim w praktycznej realizacji słuszych zamierzeń przemian i rozwoju omawianego podsystemu infrastruktury społecznej.

9/ Wzrosły nakłady inwestycyjne na infrastrukturę ochrony zdrowia i pomocy społecznej w wielkościach bezwzględnych, ale ich układ przedmiotowy i terenowy jest jeszcze w małym stopniu odczuwalny. Ochrona zdrowia i opieka społeczna wraz z kulturą fizyczną w 1974 r. osiągnęła 2,2% ogółu nakładów inwestycyjnych w gospodarce uspołecznionej, a więc poniżej planowanego /2,4%/ i równy udziałowi z lat 1956-1960¹⁰.

10/ Efekty polityki socjalnej uwidoczniły się w dynamicznym rozwoju żłobków, który odpowiada bieżącym potrzebom i wymaganiom polityki pronatalistycznej, stymulowaniu aktywizacji funkcji wychowawczej rodziny i aktywizacji zawodowej kobiet. Przyrostowi miejsc w żłobkach niestety nie towarzyszy wzrost jakości opieki nad dziećmi oraz jednoczesne przekazywanie ich do użytku wraz z osiedlami i dzielnicami mieszkaniowymi. Taki sam los spotyka przychodnie rejonowe, które do czasu wybudowania właściwych obiektów lokowane są na parterach domów mieszkalnych.

11/ W dziedzinie pomocy społecznej zarysowała się prawidłowa tendencja rozwoju domów pomocy dla przewlekle chorych oraz wzbogacanie form opieki otwartej m.in. poprzez tworzenie tzw. domów dziennego pobytu dla osób w podeszłym wieku. Zapoczątkowane zostało budownictwo mieszkaniowe wraz z podstawowymi urządzeniami opieki zdrowotnej dla rodzin i osób star-

¹⁰ Mały Rocznik Statystyczny 1974 i 1975, s. 74, a udział planowany podano za czasopisem "Rada Narodowa" - Gospodarka - Administracja" 1974, nr 19.

szych. Ten rodzaj budownictwa stanie się substytutem domów rencistów, których rozwój w ostatnich latach nie osiąga zaplanowanych efektów.

12/ Pomyślnie rozwinął się i unowocześnił w okresie 1971-1975 transport sanitarny samochodowy i lotniczy oraz łączność bezprzewodowa.

V. WSTĘPNA ANALIZA WYBRANYCH ELEMENTÓW INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA W UKŁADZIE NOWEGO PODZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO ORAZ JEGO SKUTKÓW DLA KSZTAŁTOWANIA TEJ INFRASTRUKTURY

Analizą objęto spośród zasobów materialnych - szpitalnictwo, a spośród zasobów ludzkich - lekarzy. O wyborze takim zdecydowały możliwości przeprowadzenia wględnie dokładnych szacunków na podstawie uzyskanych informacji o nowym podziale kraju.

W minionych latach szpitalnictwo koncentrowało się w miastach będących siedzibami władz wojewódzkich. To też województwa, których centrami pozostały dawne siedziby władz, mają z reguły korzystniejszy wskaźnik liczby łóżek na 10 000 mieszkańców niż województwa nowo utworzone. Spotkać można jednak przypadki wyjątkowe, zarówno w jednej jak i drugiej grupie województw, np. wysoki wskaźnik łóżek szpitalnych na 10 000 mieszkańców posiadają, nowo utworzone województwa: Gorzowskie - 125,6, Jeleniogórskie - 108,8, Wałbrzyskie - 102,0.

W wyniku zmian administracyjnych niektóre województwa z tzw. "starych" uzyskały poprawę tego wskaźnika, np. województwa: /na pierwszym miejscu podano wskaźnik dla 1970 r./ Białostockie - 60,4 i 81,6; Bydgoskie 53,3 i 61,4; Gdańskie - 67,5 i 71,0; Kieleckie - 46,3 i 54,9; Lubelskie - 54,7 i 66,8; Olsztyńskie 59,1 i 66,8; Opolskie - 82,1

i 86,1; Poznańskie 57,9 i 73,4; Szczecińskie - 52,4 i 53,7; Wrocławskie - 92,5 i 94,2. Jedynie zachowało status quo woj. Zielonogórskie, a pogorszyły swoją sytuację województwa: Katowickie, Rzeszowskie i Koszalińskie. Zatem prawie wszystkie "stare" województwa w nowym obszarze, ale z poprzednim centrum poprawiły stan wyposażenia w sieć szpitali. Stało się to dlatego, że skoncentrowany ośrodek tego szpitalnictwa w siedzibie władz wojewódzkich rozliczany jest na znacznie mniejszą ilość ludności.

W stosunku do województw nowo utworzonych stwierdza się, poza nielicznymi wyjątkami, gorszy stan wyposażenia w łóżka szpitalne na 10 000 mieszkańców.

Zmieniła się sytuacja utrzymanych trzech województw miejskich, które w obecnym podziale administracyjnym posiadają mniejszy stan szpitalnictwa w porównaniu ze stanem poprzednim /Kraków 85,1 łóżka na 10 000 mieszkańców w 1973, obecnie 76,4, Łódź - 102,3 i 88,1, Warszawa - 99,0 i 91,2/.

Pogłębia się skala dysproporcji międzywojewódzkich, która mierzona przy pomocy liczby łóżek na 10 000 ludności w układzie wojewódzkim przed zmianą podziału administracyjnego wynosiła 61,4 punkta, a obecnie wzrosła do 95,9 punkta /tablica 27/.

Na tle dotychczasowych rozważań wynika, że dokonanie zmian w podziale administracyjnym powoduje istotne przekształcenia w stanie wyposażenia nowo powołanych jednostek administracyjnych. Skutkować to będzie na kształt przestrzenno-funkcjonalny modelu docelowego oraz czas i drogi jego realizacji.

W świetle nowego podziału administracyjnego coraz mniej realne stają się szanse docelowego przetrwania "szpitali powiatowych", a zwłaszcza karłowatych, niezlokalizowanych w ośrodkach przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym lub regionalnym i centrach wojewódzkich. Ośrodki te, z racji przewidywanego dlań przyrostu i koncentracji ludności, udoskonalonej komunikacji i łączności, oraz obecnie lepiej rozwiniętego szpitalnictwa są predystynowane do stania się wielospecjalistycznymi centrami medycznymi leczenia zamkniętego i otwartego.

Liczyć się należy z następującymi głównymi kierunkami oddziaływania skutków nowego podziału administracyjnego kraju:

1/ Sprzyjanie koncentracji szpitalnictwa ogólnego, o większej pojemności jednostkowej /licząc liczbę łóżek/ oraz wąsko-specjalistycznego lecznictwa otwartego zintegrowanego z tym szpitalnictwem. Dawne centra powiatowe utraciły walory, które dotychczas brano pod uwagę przy lokowaniu w nich budynków nowych, ale jednocześnie karłowatych szpitali jak na wymogi współczesnego, nowoczesnie wyposażonego kompleksowego leczenia.

Jako walory byłych centrów powiatowych uważano: centralne położenie w stosunku do obszaru powiatu i posiadanie dogodniejszych połączeń komunikacyjnych, stworzenie łatwo dostępnego ośrodka specjalizacji medycznej lekarzom, zwłaszcza zatrudnionym na wsi, konieczność zbliżenia do ludności specjalistycznego lecznictwa otwartego, opartego o kadrę lekarską pracującą w szpitalu¹¹.

2/ Zakładać można, że nowy podział administracyjny sprzyjał będzie likwidacji różnicowań w rozmieszczeniu szpitalnictwa ogólnego, które z większą ostrością wyszły na jaw w świetle wprowadzonych zmian. Władze nowych województw, rywalizując ze "starymi województwami", będą mogły bezpośrednio przedstawiać swoją sytuację na szczeblu naczelnym i żądać uwzględnienia ich potrzeb czego przedtem jako władze powiatowe nie posiadały. Przewidywać należy, że władze nowych województw środki na tworzenie i funkcjonowanie infrastruktury ochrony zdrowia przeznaczać będą na ukształtowanie centrów wojewódzkich /podregionalnych/, co także sprzyjać będzie koncentracji szpitalnictwa i towarzyszącego mu specjalistycznego lecznictwa otwartego.

¹¹ Waler to wątpliwy, bowiem zazwyczaj szpital powiatowy leczył w czterech podstawowych specjalnościach: interna, chirurgia, ginekologia z położnictwem i pediatria, a więc w specjalnościach, które poza chirurgią, występują w podstawowym lecznictwie otwartym.

Liczba lekarzy i łóżek w szpitalach /szacunek/

Stan na koniec 1973 r.

Województwo	Lekarze w liczbach bezwzględnych	na 10000 ludności	Łóżka w szpitalach w liczbach bezwzględnych	ogólnych na 10000 ludności
POLSKA	51672	15,4	217409	64,9
Białkopodlaskie	194	7,0	1077	38,6
Białostockie	1439	23,6	4970	81,6
Bielskie	845	11,1	3365	44,3
Bydgoskie	1130	11,6	5963	61,4
Chełmskie	182	8,3	1077	48,9
Ciechanowskie	274	6,9	1163	29,3
Częstochowskie	681	9,2	4679	63,1
Elbląskie	414	10,0	1860	44,7
Gdańskie	2570	21,4	8514	71,0
Gorzowskie	521	12,3	5324	125,6
Jeleniogórskie	545	11,3	5232	108,8
Kaliskie	509	8,0	2467	38,8
Katowickie	5412	16,0	26741	79,7
Kieleckie	1204	11,8	5586	54,9
Konińskie	301	7,2	1525	36,3
Koszalińskie	524	12,4	2046	48,4
Kraków miejskie	2941	26,6	8449	76,4
Krośnieńskie	390	9,5	1615	39,3
Leszczyńskie /Lessno/	276	8,2	2467	72,9
Lubelskie	1789	20,7	5789	66,8
Legnickie	404	10,2	2098	53,0
Łomżyńskie	280	8,1	1154	36,0
Łódź miejskie	2794	26,5	9295	88,1
Nowosądeckie	771	13,0	2070	34,8
Olsztyńskie	819	12,7	4287	66,1
Opolskie	1160	12,2	8204	86,1
Ostrołęckie	261	7,3	1083	30,2
Piaskie	322	7,8	1855	45,2
Piotrkowskie	519	9,0	3038	52,4
Płockie	493	10,4	2809	59,3
Poznańskie	2658	23,2	8393	73,4
Przemyskie	307	8,2	2733	73,1
Radomskie	687	10,0	2704	40,4
Rzeszowskie	628	10,6	2466	41,4
Siedleckie	460	7,7	1875	31,3
Sieradzkie	320	8,3	2399	62,0
Skierniewickie	446	11,5	1994	51,6
Słupskie	378	10,9	2163	62,1
Suwalskie	368	9,0	2036	49,9
Szczecińskie	1684	20,3	4447	53,7
Tarnobrzeskie	432	8,2	1911	36,2
Tarnowskie	466	8,2	1688	29,7
Toruńskie	645	11,2	3177	55,4
Wałbrzyskie	891	12,6	7208	102,0
Warszawa stołeczna	7591	36,4	19048	91,2
Włocławskie	374	9,4	1373	34,3
Wrocławskie	2464	24,6	9444	94,2
Zamojskie	266	5,6	2218	47,0
Zielonogórskie	683	12,0	4350	76,5

Szacunkowe wyliczenia autora na podstawie danych Rocznika Statystycznego Powiatów 1974, które mogą ulec zmianom po ostatecznej delimitacji granic województw.

3/ W związku z tradycyjnym pojmowaniem roli szpitali powiatowych wiąże się pewne niebezpieczeństwo rozwijania ich poprzez adaptacje budynków po byłych urzędach powiatowych. Będzie to działanie doraźnie efektowne od strony liczb i wskaźników /jak w przypadku rozwoju sieci wiejskich ośrodków zdrowia w budynkach po byłych prezydiach gromadzkich rad narodowych/, ale problematyczne w zakresie unowocześnienia szpitalnictwa ogólnego oraz w sensie efektywności ekonomicznej i społecznej.

Zauważmy jeszcze jedno, że lekarze o wyższych kwalifikacjach w danej specjalności oraz chcący się specjalizować chętniej pracować będą w nowoczesnych szpitalach, aniżeli działających w warunkach umożliwiających głównie leczenie metodami tradycyjnymi. Zatem należy liczyć się także w związku z tym z trudnościami kadrowymi "Szpitali powiatowych"

W świetle powyższych wywodów można zagadnienie adaptacji budynków po byłych urzędach powiatowych uznać za działanie efektowne, jeśli je rozpatrywać w kategoriach statystycznych, ale problematyczne w aspekcie społecznej efektywności, która w miarę rozwoju nowoczesnie rozwiązanych i działających szpitali o pojedynczej pojemności wynoszącej co najmniej 600-800 łóżek będzie ulegać szybkiej degradacji.

Z punktu widzenia realizacji polityki społecznej tego rodzaju postępowanie byłoby kontynuacją rozwoju infrastruktury społecznej z "reszty", która pozostaje po pokryciu potrzeb inwestycji produkcyjnych i mieszkaniowych. Takie m.in. traktowanie rozwoju służby zdrowia i pomocy społecznej na dłuższą metę nie będzie dobrze służyć harmonijnemu rozwojowi społeczno-gospodarczemu Polski. Niestety bieżąca praktyka w takiej płaszczyźnie się odbywa. Zalegają środki Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia, który jest zaledwie w około połowie wykorzystywany, w czym duży udział mają zakupy inwestycyjne, a nie realizacja poszerzonego programu inwestycyjnego. Znow Fundusz ten spełnia rolę ociążającą budżet państwa i z tego punktu widzenia podzielił los swoich poprzedników, a w szczególności Funduszu Budowy Szkół i Internatów oraz centralnego funduszu inwestycji

socjalnych, którego powołanie zahamowało inwestowanie o połowę w świetle doświadczeń roku 1974. Trudno zjawiska te uznać za pożądane z punktu widzenia społecznego i ekonomicznego i korzystne w aspekcie politycznym.

4/ Nowy podział administracyjny nie pomniejszy roli i znaczenia stolicy kraju oraz aglomeracji ukształtowanych i kształtujących się, a także potencjalnych. Tego typu jednostki osadnicze są terenem działania centrów medycznych o znaczeniu ponadregionalnym, które wsparte często zapleczem naukowo-badawczym /w 10 ośrodkach działają akademie medyczne i instytuty naukowo-badawcze/ w coraz większym stopniu dominować będą w zaspokajaniu specjalistycznych potrzeb ludności w dziedzinie ochrony zdrowia.

Również nie ustanowienie siedzibami władz wojewódzkich ośrodków przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym lub regionalnym nie obniży obecnego znaczenia zlokalizowanych na ich terenie urządzeń służby zdrowia. Będą one obok centrów wojewódzkich spełniać w zaspokajaniu potrzeb na specjalistyczne świadczenia medyczne rolę ośrodków o znaczeniu podregionalnym. Jednakowoż liczyć się trzeba ze stagnacją ich funkcji przynajmniej w okresie przewidywanej intensyfikacji inwestowania w infrastrukturę ochrony zdrowia w 32 siedzibach nowych województw, w tym zwłaszcza w tych miastach, które przedtem nie były miastami stanowiącymi powiat. Hipoteza dotycząca zdynamizowania inwestycji w wymienionej grupie centrów wojewódzkich jest o tyle zasadna, że władze nowo powołanych województw, z dużym stopniem prawdopodobieństwa, będą dążyć do wyrównywania na swoim terenie różnic w zakresie wyposażenia w wyspecjalizowane urządzenia służby zdrowia w stosunku do województw "starych".

5/ Zmieniony układ centrów wojewódzkich, stagnująca rola ośrodków przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym i regionalnym, biocentryzm siedzib niektórych województw /Łomża-Ostrołęka, Bydgoszcz-Toruń, Jelenia Góra-Wałbrzych, Płock-Włocławek/, spadek roli byłych centrów powiatowych położonych poza aglomeracjami sprawia, że koncentracja szpital-

nictwa ogólnego i otwartej specjalistycznej opieki zdrowotnej zyskała mocniejsze podstawy. W modelu docelowym specjalistyczne centra medyczne wiązano z głównymi ogniwami sieci osadniczej o znaczeniu ponadregionalnym, regionalnym i podregionalnym. Zaznaczyć jednak należy, że w tych zmienionych warunkach liczyć się trzeba z potrzebą stosowania w szerszej skali indywidualnych rozstrzygnięć, dotyczących kształtowania sieci /układu/ urządzeń świadczących specjalistyczne lub unikalne usługi medyczne.

Jak wynika z powyższych wywodów skutki wprowadzenia nowego podziału administracyjnego dla przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania szpitali ogólnych mogą być znaczne. Jest to problem zarówno w aspekcie teoretycznym jak i praktycznym bardzo skomplikowany, którego precyzyjniejsze wyjaśnienie muszą poprzedzać długotrwałe i systematyczne badania naukowe.

Z analizy rozmieszczenia lekarzy przeprowadzonej w układzie nowego podziału administracyjnego kraju wynika, że, w porównaniu z analizą dokonaną według poprzedniego podziału Polski na województwa, dysproporcje w tej dziedzinie uległy pewnym zmianom. Skala rozpiętości między wielkościami skrajnymi zmniejszyła z 40,1 lekarza na 10 000 ludności w poprzednim podziale kraju na 30,8 - w obecnym. Ale jak widać z tego nadal dysproporcje te są bardzo duże i wykazują zbieżność ze skalą rozpiętości w dziedzinie przestrzennego rozmieszczenia łóżek szpitalnych. Związek ten wynika z faktu, że czynnik ludzki jest elementem współtowarzyszącym zasobom materialnym. Biorąc tą okoliczność pod uwagę należy założyć, że rozwojowi urządzeń służby zdrowia, a zwłaszcza urządzeń świadczących usługi wyspecjalizowane towarzyszył dotąd wyższy przyrost kadr medycznych. Zjawisko to może stopniowo tracić znaczenie w miarę coraz to pełniejszego i stosowanego do potrzeb przyrostu kadr medycznych. Będzie to proces długotrwały, którego przebiegu nie zdołają w oczekiwanym stopniu zmienić wprowadzone ostatnio preferencje płacowe, np. dla lekarzy podejmujących pracę na wsi.

Poważny wpływ na przegrupowanie w rozmieszczeniu lekarzy w układzie obecnego podziału kraju na województwa wywarło m.in. skoncentrowanie ich w dawnych ośrodkach wojewódzkich co w przeliczeniu na mniejszą liczbę ludności w obecnych województwach daje korzystniejsze wskaźniki. Znacznie wyższy wskaźnik na 10 000 mieszkańców mają teraz następujące województwa: białostockie, gdańskie, lubelskie, poznańskie i wrocławskie.

W stosunku do wskaźnika średniokrajowego, wszystkie nowo powołane województwa posiadają gorsze nasycenie lekarzami, urzędzeń służby zdrowia co wobec faktu lepszego wyposażenia w szpitale, kilkunastu z nich, nasuwa wniosek, że trzeba będzie i na tym odcinku likwidować nierównomierność, m.in. w celu optymalizacji wykorzystywania zasobów łóżkowych poprzez stosowne do wielkości tych zasobów zatrudnienie liczby lekarzy, a także innego personelu medycznego.

Przebadanie tych dwóch elementów infrastruktury ochrony zdrowia w układzie nowego podziału administracyjnego kraju ujawnia cały szereg problemów dla bieżącego kształtowania funkcjonowania urzędzeń świadczących usługi specjalistyczne lub unikalne. Prawidłowość działania tych urzędzeń może być zakłócona przez partykularyzm lokalny, zawężony do znacznie mniejszych obszarów, ale mogący wystąpić w znacznie większej liczbie województw niż to miało miejsce poprzednio. Zatem skala problemu nie ulegnie zasadniczej zmianie, zajdzie potrzeba silnego oddziaływania władz centralnych na większą liczbę władz wojewódzkich. W związku z tym inaczej będzie musiał być rozstrzygany problem zarządzania infrastrukturą ochrony zdrowia, a zwłaszcza specjalistycznymi szpitalami, niż to miało miejsce przy trójstopniowym podziale administracyjnym kraju. Trudno jest wykluczyć przynajmniej przejściowej konieczności podporządkowania tego rodzaju szpitali o znaczeniu ponadregionalnym, naczelnym organom administracji państwowej, aby uchronić je przed niepożądanym oddziaływaniem partykularyzmu, usi-

łużącym ograniczać działanie tych szpitali do przyciasnych ram obszarowych nowych województw.

VI. ZARYS MODELU DOCELOWEGO PRZESTRZENNO- FUNKCJONALNEGO KSZTAŁTOWANIA INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA I POMOCY SPOŁECZNEJ

W świetle zaprezentowanej diagnozy stanu obecnego, zarysowujących się ostatnio tendencji przekształceń pod wpływem wskazanych czynników oraz dynamiki perspektywicznego społeczno-gospodarczego rozwoju Polski stwierdzić można, że optymalne wyposażenie i funkcjonowanie infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w stosunku do rosnących i zmiennych w czasie potrzeb ludności wydaje się nieosiągalne do roku 1990 czy 2000. Oznacza to, że okres dochodzenia do modelu docelowego kształtowania tej infrastruktury będzie niewątpliwie długi. Zbyt konsekwentne zmierzanie w tym kierunku musiałyby być połączone ze znacznymi stratami społecznymi. Aby jednak te straty były minimalne /niestety w procesie dynamicznych przemian społeczno-gospodarczych nie da się ich absolutnie wyeliminować, a w świetle obecnego stanu tej infrastruktury w Polsce będą musiały być znaczne/ konieczne jest określenie ramowego modelu docelowego, do którego należy racjonalnie zmierzać.

Konstrukcję modelu docelowego oparto na ogólnych przesłankach planu przestrzennego zagospodarowania kraju, do roku 1990 [57]. Zakres tych przesłanek okazał się skromny, a sformułowane w nich zasady polityki rozmieszczenia infrastruktury społecznej, a w tym infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej mało konstruktywne i zbyt schematyczne.

Oto kilka dyspozycji zawartych w tym dokumencie dotyczących rozmieszczenia urządzeń służby zdrowia:

a/ wskazanie jako zasady tworzenia rejonu leczniczo-zapobiegawczego dla około 3000 osób bez uwzględnienia całego splotu uwarunkowań takich jak: gęstość zaludnienia, warunki komunikacyjne, liczba osób korzystających z usług przemysłowej służby zdrowia, włączenie w skład ośrodka zintegrowanej infrastruktury społecznej, wpływających na zróżnicowanie wielkości rejonu.

b/ przewidywanie tworzenia filii gminnych ośrodków zdrowia /GOZ/ jako trwałego elementu w sieci wiejskich ośrodków zdrowia nie wydaje się słuszne jeśli zważyć, że nastąpi bezwzględne i względne zmniejszenie liczby ludności utrzymującej się ze źródeł rolniczych, usprawnienie komunikacji i łączności oraz rozwój motoryzacji indywidualnej. Nadto wzrost zatrudnienia kadr medycznych w wiejskiej służbie zdrowia spowoduje aktywne świadczenie usług, zwłaszcza w działalności profilaktycznej wszystkich ogniw podstawowej opieki zdrowotnej [73].

c/ trwałe sankcjonowanie szpitali ogólnych znajdujących się poza obszarami wszystkich typów aglomeracji, ośrodków przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym i regionalnym jest sprzeczne z wymogami kompleksowej opieki medycznej nad jednostką przez wielospecjalistyczny zespół lekarski, działający w warunkach odpowiednio dużego szpitala, zespolonego ze specjalistycznym lecnictwem otwartym /problem ten już uprzednio szerzej naświetlano/.

W świetle przytoczonych uwag można stwierdzić, że problem przestrzennego rozwoju infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej w planie przestrzennego zagospodarowania kraju do roku 1990 potraktowano zbyt stereotypowo i bez uwzględnienia kompleksu czynników determinujących ten rozwój. Reasumując godzi się zaznaczyć, że z omawianego dokumentu niewiele zyskano przy próbie formułowania zasad rozmieszczenia przestrzennego infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej, ale myśli w nim zawarte były inspiratorem koncepcji modelu docelowego.

Jako główne przesłanki próby określenia zarysu modelu docelowego przestrzenno-funkcjonalnego kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej przyjęto:

1/ Prognozę demograficzną ludności /tablica 28/ na rok 2000.

Tablica 28

Prognoza ludności według wieku w mln osób

Grupa wieku	1975	1980	1990	2000
OGÓŁEM	34,0	35,3	37,4	38,9
w tym:				
0 - 2	1,7	1,7	1,5	1,5
3 - 6	2,1	2,3	2,2	2,0
7 - 16	5,6	5,3	5,8	5,2
17 - 18	1,3	1,0	1,1	1,1
19 - 24	4,1	3,9	3,1	3,4
60 i więcej	4,7	4,8	5,9	6,8

Źródło: Mały Rocznik Statystyczny 1974, s.19

Przeliczenia własne, dla niektórych grup wieku

2/ Zmiany w rozmieszczeniu przestrzennym ludności związane z kształtowaniem systemu osadniczego, które charakteryzować się będzie koncentracją towarzyszącą procesom urbanizacyjnym.

3/ Uznanie problemu kształtowania tej infrastruktury jako problemu ekonomicznego, społecznego i politycznego [82].

4/ Zmiany w strukturze i dynamice wzrostu zatrudnienia w układzie działowym, układzie sektorów I, II i III oraz zmiany w strukturze klasowo-warstwowej społeczeństwa [93].

5/ Wpływ rewolucji naukowo-technicznej [76], a zwłaszcza techniki medycznej na rozmieszczenie infrastruktury ochrony zdrowia i stymulowanie jej funkcjonalności.

6/ Wzrost stopni życiowej ludności, a zwłaszcza poprawę warunków bytu .

7/ Prognozy ewolucji stanu zdrowia ludności w Polsce [90] na tle środowiskowych uwarunkowań zachorowalności.

Na podstawie powyższych przesłanek, zarys koncepcji docelowej rozmieszczenia i kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej przedstawia się następująco:

a/ Urządzenia świadczące usługi podstawowe należy wiązać z przemianami demograficznymi na danym obszarze. Przestrzenny układ tych urządzeń powinien być powiązany z racjonalnie rozmieszczonymi ośrodkami skoncentrowanej infrastruktury społecznej. Urządzenia te powinny stanowić jeden z elementów takich ośrodków. Względy ekonomiczne i społeczne uzasadniają tworzenie ośrodków skoncentrowanej infrastruktury społecznej we wszystkich typach jednostek osadniczych. Realizacji tej koncepcji należy podporządkowywać rozmieszczenie nowych, modernizację i przekształcanie istniejących urządzeń¹².

b/ Biorąc pod uwagę coraz szersze stosowanie techniki medycznej należy tworzyć i rozwijać ośrodki obsługi urządzeń świadczących bezpośrednio usługi medyczne. Technika medyczna jest jednym ze stymulatorów koncentracji urządzeń zaspokajających zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę zdrowotną. Dostępność do nich należy zapewniać poprzez odpowiednie wyposażenie w samochody i lotniczy transport sanitarny oraz łączność bezprzewodową /radiotelefony, magnetowidy/ i specjalnie wydzieloną łączność telefoniczną. Ośrodki bezpośrednio zaspokajające potrzeby ludności powinny być lokowane na obszarach aglomeracji, centrów wojewódzkich, ośrodków przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym lub regionalnym, a także w szczególności uzasadnionych przypadkach również w innych miastach. Propozycje powyższe nie wykluczają potrzeby zdekoncentrowanego rozmieszczenia urządzeń techniki medycznej czy transportu sanitarnego stosownie do potrzeb. Charakteryzowane ośrodki zaplecza techniczno-warsztatowego i dyspozycyjnego jeśli idzie o transport sanitarny, tworzyć powinny układ skoncentrowany.

¹² Szerzej ten problem traktuje opracowanie pt. "Raport grupy tematycznej z badań prowadzonych w latach 1973-1975" Problemu węzłowego 11.2.1.07B "Infrastruktura społeczna sensu stricto".

c/ Urządzenia sprawujące specjalistyczną lub unikalną opiekę zdrowotną kształtowane być powinny w ośrodki medyczne o znaczeniu ponadregionalnym w centrach aglomeracji będących siedzibami akademii medycznych lub ich filii. Usługami tymi powinna być objęta ludność całego kraju lub jego część.

d/ Szpitale ogólne i towarzyszące mu w formie zespolonej specjalistyczne lecznictwo otwarte kształtowane być powinno w ośrodki zintegrowanych urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia w następujących jednostkach osadniczych: w aglomeracjach, w centrach wojewódzkich, w ośrodkach przyspieszonego wzrostu o znaczeniu krajowym lub regionalnym i nie będących siedzibami władz wojewódzkich. Działanie szpitali powiatowych traktować trzeba jako przejściowe w okresie dochodzenia do modelu docelowego. Rozwijać należy zakłady rekonwalescencji dla osób po przebytym leczeniu szpitalnym, wykorzystując m.in. na ten cel obiekty po likwidowanych szpitalach powiatowych, ale położonych w korzystnych warunkach terenowych dla procesu rekonwalescencji.

e/ Psychiatryczne lecznictwo zamknięte lokować należy na terenach o najdogodniejszych warunkach dla terapii pracą. Powinny to być szpitale o dużej pojemności jednostkowej, uzasadniającej zatrudnianie lekarzy innych podstawowych specjalności, uzupełniających działanie lekarzy psychiatrów. W świetle tego nie wydaje się zasadne lokowanie tego szpitalnictwa w pobliżu szpitali ogólnych ze względu na konieczność konsultacji lekarskich w sprawach zachorowań innych niż psychiczne. Przestrzenne rozmieszczenie tego szpitalnictwa powinno umożliwiać leczenie chorych w ramach każdego województwa. Jest to sugestia docelowa, której realizacja w warunkach polskiego szpitalnictwa psychiatrycznego będzie długotrwała, a zarazem niezwykle trudna ze względu na występujący nadal próg wykonawstwa inwestycyjnego, i brak sprecyzowanej formuły rozwiązania projektowego i szczegółowej koncepcji terapii pracą. Medycyna chyba też nie uporała się ostatecznie z ustaleniem pasma demarkacyjnego /nie linii/ między chorobą psychiczną, tzw. uleczalną i chorobą chroniczną. Dążyć trzeba do utworzenia w każdym województwie zakładu odwykowego leczenia alkoholików.

f/ Lecznictwo przemysłowe kształtować należy w formę bardziej skoncentrowaną, ujmowaną organizacyjnie w przychodnie międzyzakładowe, łatwo dostępne w tych specjalnościach, które w danym środowisku pracy mają charakter podstawowy, a w ogólnej problematyce lecznictwa otwartego uznawane są za specjalistyczne. Lecznictwo to związane być powinno z miejscem pracy osób objętych opieką zdrowotną przemysłowej służby zdrowia i oparte o jasno sprecyzowane kryteria medyczne, jaka populacja zatrudnionych, z uwagi na szkodliwość warunków pracy dla ich zdrowia, taką specjalną opiekę lekarską objęta być powinna [7]. Lecznictwo to należałoby tworzyć na zasadzie wyjątkowej, a nie jako jeden "z pionów" dublujący ogólnie dostępny system otwartej opieki zdrowotnej. Stan faktyczny tego lecznictwa, niekiedy wraz ze szpitalami, ukształtował się w dużej mierze w warunkach niedostatecznie rozwiniętej ogólnodostępnej sieci placówek służby zdrowia [10].

g/ Rozmieszczenie żłobków spełniać powinno, w możliwie maksymalnym stopniu postulat łatwej dostępności przestrzennej. Zatem lokowanie żłobków powinno odbywać się w powiązaniu z miejscem zamieszkania osób korzystających z ich usług. Na tle tego problematyczne jest utrzymanie żłobków przyzakładowych na obszarze aglomeracji ukształtowanych. Powinno dążyć się do tego, aby żłobki stopniowo stawały się /zwłaszcza te nowo budowane/ elementem wspomnianych ośrodków zintegrowanej infrastruktury społecznej. Rozwój żłobków powinien się liczyć z zafalowaniami demograficznymi, stopniem aktywności zawodowej kobiet, charakterem polityki społecznej w stosunku do rodziny itp. [82].

h/ Domy specjalnej pomocy społecznej dla przewlekle chorych mogą być swobodnie lokalizowane. Przy wyborze lokalizacji powinno preferować się małe miasta i osiedla, z uwagi na możliwość korzystania z infrastruktury komunalnej. Nie można wykluczać lokalizacji tego rodzaju domów na obszarach wiejskich. Konieczne jest profilowanie tych domów wedle rodzaju chronicznego schorzenia osób korzystających z opieki terminalnej.

Przy rozmieszczaniu domów rencistów należy uwzględnić możliwość utrzymywania kontaktów przez rencistów z poprzednim

środowiskiem w miejscu zamieszkania i miejscu pracy.

Konkurencyjne w stosunku do domów rencistów są nowe urządzenia w postaci domów dziennego pobytu i pensjonatowe budownictwo mieszkaniowe dla osób w wieku podeszłym. Te nowe urządzenia nie powodują zmian w warunkach bytowania ludzi starszych jak to ma miejsce w domach rencisty.

Wzrost zabezpieczenia materialnego na okres starości powoduje zmianę roli opieki społecznej, która w głównej mierze skupiać się będzie na udzielaniu pomocy w organizacji życia codziennego osobom zniedołężniałym w miejscu ich zamieszkania [83].

i/ O rozmieszczeniu lecznictwa uzdrowiskowego decydują walory naturalnego środowiska. Należy przeprowadzić gruntowne rozpoznanie obszaru całego kraju i niedopuszczyć do innego zagospodarowania terenów posiadających warunki do tworzenia i działania lecznictwa uzdrowiskowego.

Uogólniając dotychczasowe szczegółowe rozważania dotyczące zarysu koncepcji docelowego przestrzennego rozmieszczenia urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia można wskazać, że trzeba ją wiązać z hipotezą rozmieszczenia ludności i środowiskowymi uwarunkowaniami zachorowalności. Przedstawiona w zarysie koncepcja zakłada duży stopień koncentracji urządzeń świadczących specjalistyczne usługi medyczne oraz umiarkowanie rozproszony układ rozmieszczenia pozostałych urządzeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej.

Stan wyposażenia różnych typów jednostek i obszarów osadniczych w urządzenia infrastrukturalne, z racji działania w niektórych z nich ośrodków medycznych o znaczeniu ponadregionalnym oraz uwzględniając niejednorodność środowiskowych warunków wpływających na stan zdrowia ludności, nie może być jednolity.

W związku z postępem cywilizacji coraz większej ostrości nabiera problem tzw. chorób cywilizacyjnych, wzrastają jednocześnie możliwości skuteczniejszego działania w dziedzi-

nie rehabilitacji leczniczej i zawodowej. Wydaje się, że specjalistyczne ośrodki rehabilitacji leczniczej i zawodowej powinny tworzyć układ ogniw o znaczeniu ponadregionalnym, natomiast inne ośrodki rehabilitacji, prowadzące działalność mniej skomplikowaną, powinny być lokowane w każdym województwie.

Propozycje docelowe rozmieszczenia urządzeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej przedstawiono w tablicy 29. Zawiera ona informacje o specyfice zasad przestrzennego rozmieszczenia docelowego urządzeń ochrony zdrowia i pomocy społecznej w podziale na urządzenia działalności podstawowej i pomocniczej, zgodnie z przyjętą konwencją definiowania omawianej infrastruktury jako dziedziny infrastruktury społecznej.

Z uwagi na obecny stan infrastruktury oraz stopień zaangażowania możliwości społeczno-gospodarczych kraju, dochodzenie do zaproponowanego modelu docelowego będzie długie, ale odbywać się musi w takim tempie, aby stan optymalnego zaspokojenia potrzeb ludności był szybko osiągalny. Bez wzrostu dynamiki inwestowania w tej dziedzinie, w stosunku do inwestycji produkcyjnych, nie będzie to możliwe. Jednocześnie należy racjonalnie wyrównywać stopień wyposażenia poszczególnych województw oraz jednostek i obszarów osadniczych, aby stworzyć ludności względnie jednolite warunki do ochrony zdrowia¹³. Towarzyszyć temu powinno zapewnianie odpowiednich środków na realizację rosnących zadań w dziedzinie opieki zdrowotnej i społecznej, oraz zwiększenie dopływu kwalifikowanych kadr i stworzenie właściwych warunków organizacyjno-prawnych.

Przy realizacji modelu docelowego należy brać pod uwagę następujące postulaty:

1/ Usprawienie projektowania poprzez przygotowanie wielu wariantów projektów budowy dla różnych rodzajów urządzeń służ-

¹³ Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z elementów prawa ludności do podnoszenia stopy życiowej [82, 91].

Koncepcja docelowego rozmieszczenia urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia i pomocy społecznej

Typ jednostki osadniczej lub obszaru	Działalność podstawowa Urządzenia działające indywidualnie	Działalność pomocnicza Urządzenia wchodzące w skład ośrodka zintegrowanej infrastruktury społecznej	Działalność pomocnicza
1	2	3	4
1/ Stolica kraju - aglomeracja stołeczna	- instytuty naukowo-badawcze wraz z klinikami leczenia chorób społecznych i o dużym znaczeniu społecznym	W osiedlach i dzielnicach mieszkaniowych nowobudowanych	- instytuty naukowo-badawcze zajmujące się problemami pośrednio związanymi z ochroną zdrowia np. Instytut Leków, Żywności i Żywności itp.
2/ Aglomeracje ukształtowane	- szpitale wielospecjalistyczne i jednoprofilowe z przychodniami specjalistycznymi	- przychodnia rejonowa wraz z apteką	- jednostki międzynarodowej wymiany naukowej, eksportu i importu aparatury i sprzętu medycznego, leków
	- szpitale psychiatryczne i zakłady odwykowego leczenia alkoholików	- żłobek	- centralny ośrodek dyspozycji lotnictwa sanitarnego
	- centra przemysłowej służby zdrowia wraz z przychodniami przy dużych zakładach pracy, w których praca odbywa się w warunkach szkodliwych dla zdrowia	- dom dziennego pobytu dla osób wieku podeszłego	- ośrodek dyspozycji lecznictwa uzdrowiskowego
	- protezownie stomatologiczne	- podstawowe urządzenia rehabilitacyjne	- wytwórnia sztucznych narządów
	- przychodnie lecznictwa podstawowego, żłobki, domy rencisty, domy dziennego pobytu dla osób wieku podeszłego, domy mieszkalne typu pensjonatowego dla osób starszych zapewniające ciągłą opiekę lekarską-pielęgniarską		- centrala zaopatrzenia w leki i środki opatrunkowe
	- zakłady protezowania ludności i wytwórni protez		- bank tkanek do przeszczepów chirurgicznych
	- ośrodek rehabilitacji leczniczej i zawodowej oraz zakłady dla rekonwalescentów po przebytych leczeniu szpitalnym		- stacja krwiodawstwa
	- stacje pogotowia ratunkowego		- bank aparatów elektrostymulacyjnych
			- przedsiębiorstwo aptek - apteki
			- zakłady naprawcze aparatury i sprzętu medycznego, prowadzące serwis napraw aparatów importowanych
			- kolumna samochodowego i lotniczego transportu sanitarnego
			- jednostki nadzoru sanitarno-epidemiologicznego
			- przedsiębiorstwo surowie i szepionek
			- biuro projektów służby zdrowia
			- przedsiębiorstwo zaopatrzenia lecznictwa
			- przedsiębiorstwo aptek
3/ Aglomeracje kształtujące się	- szpitale wielospecjalistyczne i jednoprofilowe z przychodniami specjalistycznymi	jak wyżej	- instytuty medyczne pracy dla określonych branż lub gałęzi produkcji
	- szpitale psychiatryczne i zakłady odwykowego leczenia alkoholików		- zakłady naprawcze aparatury i sprzętu medycznego /wysoko wyspecjalizowane/
4/ Aglomeracje potencjalne	- centra przemysłowej służby zdrowia i przychodnie przyzakładowe w dużych zakładach, w których praca odbywa się w warunkach szkodliwych dla zdrowia		- jednostka nadzoru sanitarno-epidemiologicznego
	- zakłady opieki społecznej /reszta jak w aglomeracjach ukształtowanych/		- kolumna samochodowego i lotniczego transportu sanitarnego

1	2	3	4
	<ul style="list-style-type: none"> - przychodnie leczenia podstawowego - żłobki - zakłady rekonwalescencji dla osób po przeby- tym leczeniu szpitalnym - stacja pogotowia ratunkowego - zakłady protezowania ludności i wytwórnie protes- tezownie stomatologiczne 		<ul style="list-style-type: none"> - stacja krwiodawstwa - przedsiębiorstwo zaopatrzenia lecz- nictwa - przedsiębiorstwo aptek - apteki
5/ Ośrodki wzrostu o znaczeniu krajowym	<ul style="list-style-type: none"> - szpitale wielospecjalistyczne z odpowiednimi przychodniami specjalistycznymi - szpitale psychiatryczne - zakłady opieki społecznej /reszta jak w aglome- racjach ukształtowanych/ 	Jak wyżej	<ul style="list-style-type: none"> - stacja krwiodawstwa - jednostka nadzoru sanitarno-epidemi- ologicznego - przedsiębiorstwo aptek - apteki - zakłady naprawy sprzętu i aparatury medycznej - kolumna samochodowego i lotniczego transportu sanitarnego - przedsiębiorstwo zaopatrzenia lecz- nictwa
6/ Ośrodki wzro- stu o znacze- niu regional- nym	<ul style="list-style-type: none"> - zakłady protetyki stomatologicznej - stacje pogotowia ratunkowego - zakład protezowania ludności - zakład rekonwalescencji dla osób po przebywym leczeniu szpitalnym - przychodnie przemysłowej służby zdrowia - przychodnie lecznictwa podstawowego - żłobki 	Jak wyżej	<ul style="list-style-type: none"> - stacja krwiodawstwa - jednostki nadzoru sanitarno-epidemi- ologicznego - filie zakładów naprawczych aparaty i sprzętu medycznego - kolumna transportu sanitarnego - apteki
7/ Ośrodki miej- skie /poza obszarem aglo- meracji/	<ul style="list-style-type: none"> - zakład dla rekonwalescentów po leczeniu szpitalnym - zakład protetyki stomatologicznej - stacja pogotowia ratunkowego - przychodnia lecznictwa podstawowego i specja- listycznego, żłobki 	<p>Dla całego miasta lub osiedla mieszkaniowego</p> <ul style="list-style-type: none"> - reszta jak wyżej 	<ul style="list-style-type: none"> - punkty krwiodawstwa - jednostka nadzoru sanitarno-epide- miologicznego - apteki - kolumna transportu sanitarnego
8/ Kombinat rol- no-przemysłowy oraz ośrodek gminny	W wyjątkowo uzasadnionych przypadkach niektóre urządzenia zdeintegrowane	<p>Dla całej gminy lub kombinatu rolno-przemysłowego:</p> <ul style="list-style-type: none"> - gminny ośrodek zdrowia z apteką - żłobek - dom opieki "starego rolnika" 	<ul style="list-style-type: none"> - instruktor sanitarny - środki transportu samochodowego
9/ Obszar o spe- cyficznych walo- rach środowiska naturalnego	zakłady lecznictwa uzdrowiskowego wraz z rozwiniętym lechnictwem otwartym		
10/ Obszary roln. -przemysłowe /poza obszarem aglomeracji	zakłady opieki społecznej dla przewlekle chorych szpitale psychiatryczne		
11/ Jednostki przy graniczne	rozwinięte lecznictwo otwarte		

by zdrowia i pomocy społecznej, uwzględniających wymogi medycyny w dobie rewolucji naukowo-technicznej.

2/ Doprowadzenie do jednoczesności przekazywania do użytku urządzeń służby zdrowia wraz z osiedlami mieszkaniowymi, nowo powstającymi i modernizowanymi zakładami produkcyjnymi.

3/ Wykonywanie konserwacji i remontów obiektów budowlanych oraz aparatury i sprzętu medycznego przez wyspecjalizowane przedsiębiorstwa, a także montażu zwłaszcza aparatury medycznej.

4/ Zrewidowanie założeń planu perspektywicznego rozwoju Polski w zakresie programu inwestycyjnego, który ustala, że na lata 1986-1990 ma przypaść aż 47% nakładów przewidzianych na cały okres 1971-1990.

5/ Niedoinwestowanie powoduje nadmierne przeciążenie urzędów. Potrzebne jest zatem intensywne działanie wymagające odpowiednich środków materialnych i finansowych. Na tym tle rysuje się potrzeba parokrotnego zwiększenia wydatków bieżących do 1990 r. w stosunku do wielkości z okresu 1966-1970.

6/ Zapewnienie rozbudowy i utworzenia nowego przemysłu produkującego aparaturę i sprzęt medyczny we własnym zakresie oraz w kooperacji z krajami RWPG, a także z krajami kapitalistycznymi ale według ustalonych optymalnych normatów wyposażenia, zgranych z projektami budowy szpitali, a zwłaszcza ich zaplecza diagnostyczno-laboratoryjnego. Obecny stan w tym zakresie nie może napawać optymizmem [71].

7/ Niwelowanie trudności związanych z niedostatecznym przyrostem kadr w liczbach bezwzględnych i podnoszenia ich kwalifikacji zawodowych i społecznych.

8/ Wprowadzenie czynnika społecznego do zarządzania określonymi urządzeniami działającymi indywidualnie lub w ośrodkach zintegrowanej infrastruktury społecznej. Wynika to z faktu bezpośredniego zaspokajania potrzeb ludności przez te urzędy oraz niezadowalającego stanu obecnego funkcjonowania placówek służby zdrowia i żłobków. Społeczny nadzór w tej dziedzinie w obecnych formach organizacyjnych jest niewystarczający. Proponowany udział czynnika społecznego

jest także uzasadniony instrumentalnym charakterem tej infrastruktury, bowiem korzystanie z niej jest równoznaczne z korzystaniem ze społecznego funduszu spożycia.

9/ Egalitaryzująca funkcja funduszy społecznych przejawia się w działalności ochrony zdrowia i pomocy społecznej, która w przyszłości przybierze rozmiary powszechności poprzez zniesienie: opłat za żłobki, odpłatności za leki i środki opatrunkowe, za korzystanie z domów opieki dla przewlekle chorych.

10/ System finansowania powinien sprzyjać racjonalnej koncentracji infrastruktury ochrony zdrowia poprzez prowadzenie zmian w proporcjach redystrybucji dochodu narodowego przez budżet państwa, albo przez utworzone specjalne fundusze. Te ostatnie można rozpatrywać jako instrument kontroli społecznej efektywności działania urzędów służby zdrowia, jaką ongiś spełniał fundusz ubezpieczeń społecznych. Konieczna jest weryfikacja obecnie obowiązującego systemu płac, który nie uwzględnia prawie wcale funkcji bodźcowych.

11/ Szczególną rolę w realizacji programu docelowego odgrywać będą inwestycje. Proponuje się następującą ich hierarchię:

a/ w układzie funkcjonalnym - szpitale psychiatryczne, szpitale ogólne, zakłady odwykowego leczenia alkoholików, zakłady opieki dla przewlekle chorych, ośrodki działalności pomocniczej oraz urzędnia podstawowej opieki zdrowotnej, żłobki i pozostałe urzędnia opieki społecznej wraz z budownictwem mieszkaniowym w miastach i realizację koncepcji tworzenia ośrodków zintegrowanej infrastruktury społecznej, uzdrowiska;

b/ w układzie przestrzennym - zakończenie inwestycji realizowanych nawet niezgodnie z modelem docelowym /np. szpitale powiatowe/, inwestycje służby zdrowia w nowych dzielnicach i osiedlach mieszkaniowych w miastach oraz w ośrodkach gminnych i agrokompleksach [63] w centralach nowo powołanych województw, na terenach o szczególnych walorach naturalnego środowiska.

Przedstawione powyżej propozycje realizacji modelu docelowego są pierwszą tego rodzaju próbą, która powinna być poddawana weryfikacji opartej o badania naukowe oraz sprawdzona w praktycznym działaniu. Ma to istotne znaczenie dla racjonalnego zmierzania w kierunku osiągnięcia zaproponowanego modelu docelowego.

W świetle dotychczasowych wyników badań nad infrastrukturą ochrony zdrowia i pomocy społecznej, należy podkreślić niezwykłą złożoność problemu oraz jego wagę z punktu widzenia politycznego, społecznego i ekonomicznego.

BIBLIOGRAFIA DOTYCZĄCA INFRASTRUKTURY OCHRONY ZDROWIA
I POMOCY SPOŁECZNEJ

Opracowania Zespołu Koordynacyjnego Grupy Tematycznej Proble-
mu Węzłowego 11.2.1.07B 5 i 7 Infrastruktura społeczna "sensu
stricto"

1. Augustowska M., Surowik Cz., Pożądane kierunki zmian w syste-
mie finansowania infrastruktury społecznej, Gdańsk 1975,
s.13.
2. Bobowik J., Ocena inwestycji i środków trwałych kultury i sztuki
oraz ochrony zdrowia, opieki społecznej i kultury fizycznej
w świetle materiałów Rocznika Statystycznego Inwestycji
i Środków Trwałych 1972, Gdańsk 1973, s. 3 + tablice.
3. Bobowik J., Spożycie ludności w układzie wojewódzkim za rok
1970, Gdańsk, 1973, s. 9. + tablice.
4. Bobowik S., Szczegółowa charakterystyka gmin wg liczby gmin
mieszkańców w Polsce, Gdańsk 1974, s. 4 + tablice.
5. Dąbrowski H., Społeczne i gospodarcze funkcje ośrodków gmin-
nych /na przykładzie woj. olsztyńskiego/, Gdańsk 1974, s.19.
6. Filikowski J., Perspektywiczna koncepcja organizacji przemy-
słowej służby zdrowia na przykładzie m. Gdyni, Gdańsk 1974,
s.18.
7. Filikowski J., Perspektywiczna koncepcja organizacji przemy-
słowej służby zdrowia, Gdańsk 1974, s.12.
8. Graniewska D., Aktywizacja zawodowa kobiet a infrastruktura
społeczna /problemy i założenia koncepcji badań/, Gdańsk 1973,
s.16.
9. Górawski J., Badanie efektywności inwestycji szpitalnych na
terenie woj. koszalińskiego w latach 1966-2000, Gdańsk 1974,
s.25.
10. Jaworek R., Wiktorow A., Raport z przeprowadzonych badań nad
infrastrukturą społeczną dużych zakładów pracy, Gdańsk 1975,
s.94.

11. Kokotkiewicz I., Urządzenia infrastruktury - systematyka i propozycje rozmieszczenia, Gdańsk 1973, s.75.
12. Kokotkiewicz I. z zespołem, Analiza rozmieszczenia i kwalifikacji zatrudnionych w działach: "Oświata i Wychowanie", "Kultura i Sztuka", "Ochrona Zdrowia, Opieka Społeczna i Kultura Fizyczna", Gdańsk 1974, s.70 + 213 stron tablic.
13. Mackiewicz M., Kryteria ocen jakości systemów opieki medycznej, Gdańsk 1974, s.48.
14. Mackiewicz M., Surowik Cz., Zarys hipotezy rozwoju i kształtowania infrastruktury ochrony zdrowia, Gdańsk 1974, s.56.
15. Machaliński Zb. z zespołem, Struktura organizacyjna Akademii Medycznej w Gdańsku jako funkcja celu uczelni w infrastrukturze służby zdrowia, Gdańsk 1975, s.292.
16. Pakuła W., Wzajemne relacje między powszechną a górniczą służbą zdrowia w zaspokojeniu potrzeb zdrowotnych ludności miasta przemysłowego, Gdańsk 1974, s.22.
17. Piasecki B., Podoski K., Typologia jednostek osadniczych z punktu widzenia przyszłościowego kształtowania infrastruktury społecznej, Gdańsk 1974, s.15.
18. Piasecki B., Czynniki determinujące rozmieszczenie infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.52.
19. Podoski K. wraz z zespołem, Infrastruktura społeczna a etapy rozwoju społeczno-gospodarczego, Gdańsk 1973, s.79.
20. Podoski K., Piasecki B., Wstępna hipoteza przyszłościowego rozmieszczenia infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.93.
21. Podoski K., Kształtowanie infrastruktury społecznej jako element polityki regionalnej, Gdańsk 1974, s.13.
22. Podoski K., System mierników infrastruktury społecznej i możliwość jego wprowadzenia przez GUS, Gdańsk 1975, s.24 + tablica.

23. Podoski K. wraz z zespołem, Wybrane problemy przestrzennego kształtowania infrastruktury społecznej, Gdańsk 1975, s.58 + tablice i kartogramy.
24. Praca zbiorowa pod red. K. Podoskiego, Studia nad infrastrukturą społeczną "sensu stricto", Gdańsk 1974, z.1, s.100.
25. Pukniel W., Demograficzne uwarunkowania rozmieszczenia infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.19.
26. Pukniel W., Mierniki infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.22.
27. Pukniel W., Definicja i klasyfikacja infrastruktury społecznej /w/ Studia nad infrastrukturą społeczną "sensu stricto", Warszawa 1974, Biul. Infor. ZKPW z.2.
28. Rebs T., Kwerenda bibliograficzna dotyczące problematyki górniczej służby zdrowia, Gdańsk 1974, s.12.
29. Różanowicz A., Rozwój górniczej służby zdrowia w PRL w nawiązaniu do stanu z przed 1945 r., Gdańsk 1974, s.23.
30. Surowik Cz., Podstawowe wskaźniki ochrony zdrowia w przekroju powiatowym, Gdańsk 1973, s.93 + tablice.
31. Surowik Cz., Synteza stanu obecnego oraz wstępny zarys prognozy rozwoju opieki zdrowotnej i społecznej, Gdańsk 1973, s.93.
32. Surowik Cz., Wstępna ocena zasobów materialnych i ludzkich infrastruktury ochrony zdrowia w przekroju wojewódzkim, Gdańsk 1973, s.43 + tablice.
33. Surowik Cz., Wpływ stanu obecnego na przyszłościowe kształtowanie infrastruktury służby zdrowia na wsi w świetle wyników NSP z 1970 r. i inwentaryzacji z 1973 r. infrastruktury społecznej w wybranych powiatach, Gdańsk 1974, s.34 + tablice.
34. Surowik Cz., Hipoteza rozmieszczenia urzędzeń służby zdrowia, Gdańsk 1974, s.15.
35. Surowik Cz., Polityczne i społeczne następstwa zmian w rozmieszczeniu infrastruktury ochrony zdrowia, Gdańsk 1974, s.13.

36. Surowik Cz., Analiza wpływu zmian w rozmieszczeniu infrastruktury ochrony zdrowia w latach 1971-1975 na koncepcje przyszłościowe, Gdańsk 1974, s.44.
37. Surowik Cz., Infrastruktura służby zdrowia a przyszłościowe zagospodarowanie kraju, Gdańsk 1974, s.12.
38. Surowik Cz., Przemiany w zapotrzebowaniu społecznym i postęp techniczny a kształtowanie infrastruktury ochrony zdrowia, Gdańsk 1974, s.40.
39. Surowik Cz., Koncepcja przyszłościowego kształtowania ochrony zdrowia i opieki społecznej, Gdańsk 1974, s.269 + tablice, wykresy, schematy, mapy.
40. Sobczak I., Rozmieszczenie i struktura demograficzna ludności, a efektywne kształtowanie infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.23.
41. Sobczak I., Rozmieszczenie ludności, gęstość zaludnienia, przemiany sieci osadniczej a zasady efektywnego rozmieszczenia infrastruktury społecznej, Gdańsk 1975, s.32.
42. Stasiów A., Aktualny stan organizacyjny, zakres i rozmiary świadczeń górniczej służby zdrowia oraz kierunki jej rozwoju, Gdańsk 1974, s.13.
43. Tablice dotyczące podstawowych wskaźników w zakresie ochrony zdrowia w roku 1970 i 1973, Gdańsk 1975.
44. Urbanek-Krzysztofiak D., Mierniki infrastruktury społecznej, Gdańsk 1973, s.20.
45. Wojkiewicz K., Warunki realizacji przemian infrastruktury społecznej na wsi na podstawie kontrolnej inwentaryzacji wybranych powiatów, Gdańsk 1974, s.55.
46. Wojkiewicz K., Ocena zbiorcza infrastruktury społecznej wybranych powiatów w zakresie służby zdrowia, Gdańsk 1973, s.5.
47. Wykretowicz S. wraz z zespołem, Wpływ rewolucji naukowo-technicznej na infrastrukturę społeczną, Gdańsk 1974, s.80.

Książki, opracowania naukowe, artykuły /pozyoje wybrane/

48. Aleksandrowicz J., Prognozy ochrony zdrowia społecznego, KBiP "Polska 2000", PAN, Warszawa 1975.
49. Ancerowicz S., Honorarium - cztery miliardy, "Polityka" 1974, nr 35.
50. Batkis G.A., Organizacja służby zdrowia w ZSRR, Warszawa 1950.
51. Bureš R., Wstęp do teorii ochrony zdrowia, Warszawa 1962.
52. Bulla A., Organization elements and criteria of medical scientific research, La Santé Publique 1966, nr 1, 3.
53. Brunet - Jelly J. /W:/ Essai Sur L'Economic Générale De La Santé, Editions Cujas - juin 1967, s. 897 porusza problem aktywności sanitarnej, aktywnego poradnictwa medycznego.
54. Caregorodeow G.J., Socjalizm i zdrowie /w tłumaczeniu/, Znamia, Moskwa 1967.
55. Czyżowska Z., Rozwój urzędzeń socjalnych i kulturalnych /założenia do prognozy/ /W:/ Społeczny rozwój Polski w pracach prognostycznych, Warszawa 1974.
56. Fenshel S., Bush J.M., Operations Research, 1970, nr 18 s. 1021-1066, /podają propozycje socjomedycznej skali zdrowia/.
57. Graniewska D., Żłobki i przedszkola w PRL, Warszawa 1971.
58. Curtz J., Müller M., Finanse a polepszenie jakości usług i zwiększenie efektywności wykorzystania środków w sferze socjalno-kulturalnej w NRD, "Finanse" 1974, nr 1.
59. Heliński Z., Niektóre problemy "Statystyki Zdrowia" w aspekcie "Ekonomii Ogólnej Zdrowia", Warszawa 1975 /maszynopis złożony w PTE/.
60. Hodoly A., Terminologia sfery spożycia, Warszawa 1973, PAN.
61. Indulski J., Leowski J., Podstawy medycyny społecznej, Warszawa 1971.

62. Kacprzak M., Ocena zdrowia ludności, "Zdrowie Publiczne" 1962, nr 4/5.
63. Kaohniarz T., System obsługi wsi w nowym układzie gmin, "Miasto" 1973, nr 1.
64. Karozewski M., Opieka społeczna /W:/ Polityka społeczna pod red. A. Rajkiewicza, Warszawa 1973.
65. Kleczkowski B.M., Prognozowanie ochrony zdrowia społeczeństwa. Model ogólnej metody optymalizacyjnej, "Zdrowie Publiczne" 1968, nr 2.
66. Korzusznik B., O sytuacji w medycynie, "Zdrowie Publiczne" 1963, nr 1.
67. Kozieradzki K. z zespołem, Koncepcja planu przestrzennego zagospodarowania kraju do roku 1990, Warszawa 1974, Biuletyn KPZK PAN z. 85.
68. Koźmiński A., Leczyć się u wód, "Polityka" 1974, nr 35.
69. Kroszel J., Infrastruktura społeczna w teorii i praktyce gospodarki socjalistycznej, Opole 1974.
70. Krzanowski M., Co dobrego w medycynie, "Polityka" 1974, nr 35.
71. Kuszek A., Postęp i kariera, "Życie Gospodarcze" 1975, nr 19.
72. Leszczycki St., Przed drugim etapem prac nad perspektywnym planem przestrzennego zagospodarowania kraju, Warszawa 1974, Biuletyn KPZK PAN, z. 85.
73. Lecharew L.G., Teoria i organizacja sowieckiego zdrowotności, Moskwa 1961.
74. Mała Encyklopedia Ekonomiczna, Warszawa 1974.
75. Malisz B., Problematyka przestrzennego zagospodarowania kraju, Warszawa 1974.
76. Markow M., Rewolucja naukowo-techniczna, Warszawa 1974, Cz. II.

77. Miśkiewicz M., Ochrona zdrowia /W:/ Polityka społeczna, Warszawa 1973.
78. Miszewski B., Postęp społeczny a infrastruktura społeczna /W:/ Studia nad infrastrukturą społeczną "sensu stricto", Warszawa 1974.
79. Mozołowski A., Coś mnie boli panie ZOZ, "Polityka" 1974, nr 32.
80. Nieduszyński M., Analiza nakładów na usługi socjalne w krajach RWPG, Warszawa 1973.
81. Nieduszyński M., Analiza efektywności leczenia szpitalnego, Warszawa 1973, Instytut Finansów.
82. Podcski K., Prognozy rozwoju społecznego, Warszawa 1973.
83. Piotrowski J., Miejsce człowieka starego w rodzinie i społeczeństwie, Warszawa 1973.
84. Praca zbiorowa, Społeczny rozwój Polski w pracach prognozycznych, Warszawa 1974.
85. Praca zbiorowa, Polska - Zarys Encyklopedyczny, Warszawa 1974.
86. Prognoza rozwoju ochrony zdrowia do roku 1990, Warszawa 1973, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
87. Rajkiewicz A., Polityka społeczna, Warszawa 1973.
88. Rajkiewicz A., Warunki bytu ludności /W:/ XXX lat Gospodarki Polski Ludowej, Warszawa 1974.
89. Rajkiewicz A., Recenzja roboczej wersji raportu końcowego Grupy Tematycznej, Infrastruktura społeczna "sensu stricto", Gdańsk 1975, /maszynopis złożony w INP UG/.
90. Rudowski W., Człowiek i medycyna w roku 2000, "Miesięcznik Literacki" 1971, nr 1.
91. Secomski K., Elementy polityki ekonomicznej, Warszawa 1972.

92. Secomski K., Czynniki społeczne we współczesnym rozwoju gospodarczym, Warszawa 1970.
93. Szczepański J., Przewidywany rozwój makrostruktury społecznej /W:/ Społeczny rozwój Polski w pracach prognostycznych, Warszawa 1974.
94. Stan i ewolucja pomocy społecznej, Warszawa 1973, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej.
95. Titkow A., Zachowanie medyczne. Systematyzacja problematyki, Warszawa 1973, PAN.

SPIS KARTOGRAMÓW

- Kartogram 1 - Łóżka w szpitalach /łącznie z psychiatrycznymi/ na 10 000 mieszkańców w 1973 r.
- Kartogram 2 - Liczba ludności wiejskiej na 1 ośrodek zdrowia na wsi w 1973 r.
- Kartogram 3 - Liczba lekarzy na 10 000 mieszkańców w 1973r.
- Kartogram 4 - Liczba pielęgniarek na 10 000 mieszkańców w 1973 r.
- Kartogram 5 - Powiaty według liczby zatrudnionych w ochronie zdrowia i opiece społecznej na 10 000 ludności - 1973 r.
- Kartogram 6 - Liczba lekarzy na 10 000 mieszkańców w 1973r. /układ powiatowy/
- Kartogram 7 - Liczba pielęgniarek na 10 000 mieszkańców w 1973 r. /układ powiatowy/
- Kartogram 8 - Model docelowego rozmieszczenia szpitali ogólnych i specjalistycznego lecznictwa otwartego



ŁÓŻKA SZPITALNE /łącznie z psychiatrycznymi/ na
10 000 ludności : rok 1973

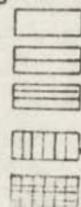
do 30 łóżek na 10 000 ludności

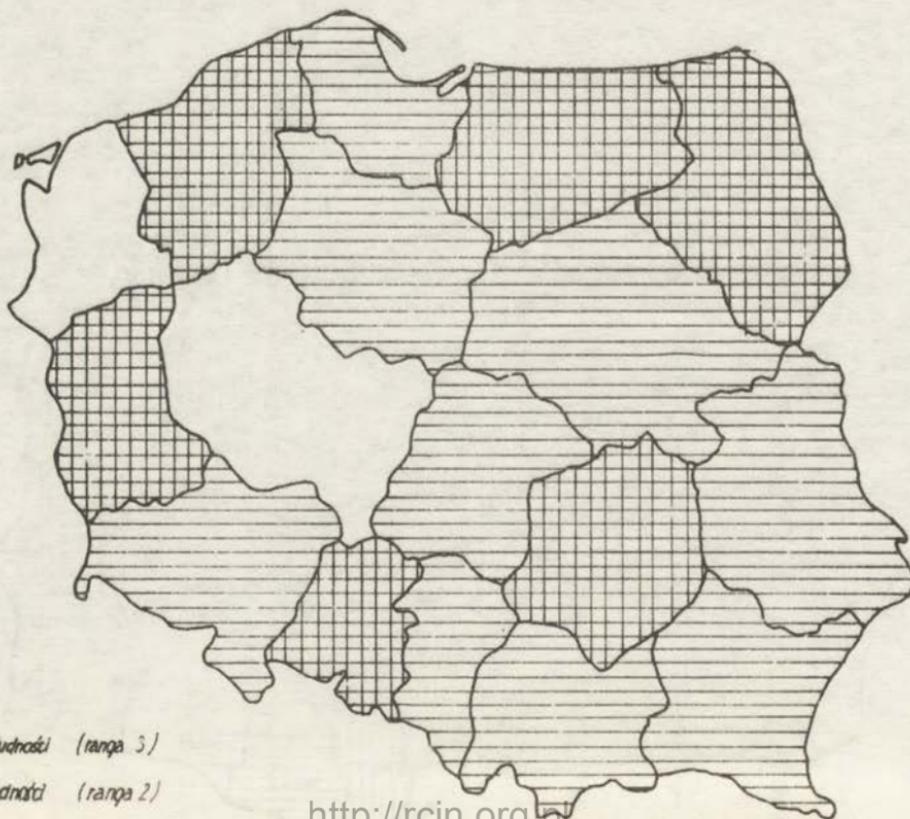
od 31 do 50 łóżek na 10 000 ludności

od 51 do 70 - " -

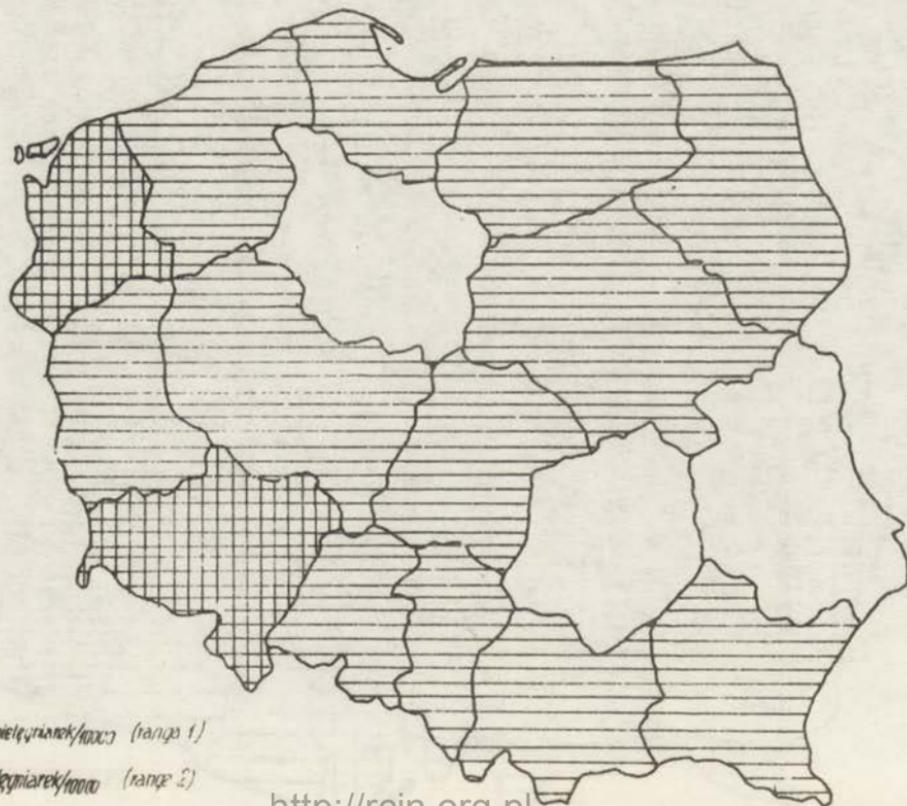
od 71 do 100 - " -

ponad 100 - " -



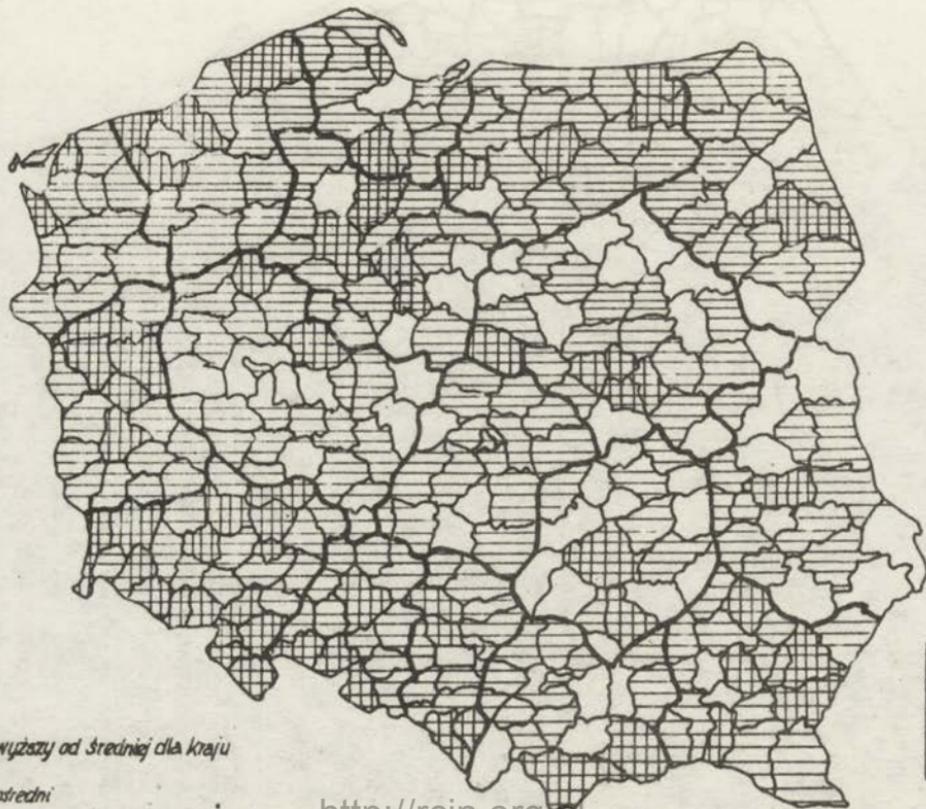


-  powyżej 6 tys. ludności (rang 3)
-  5-6 tys. ludności (rang 2)
-  do 5 tys. ludności (rang 1)

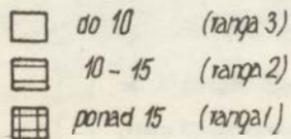
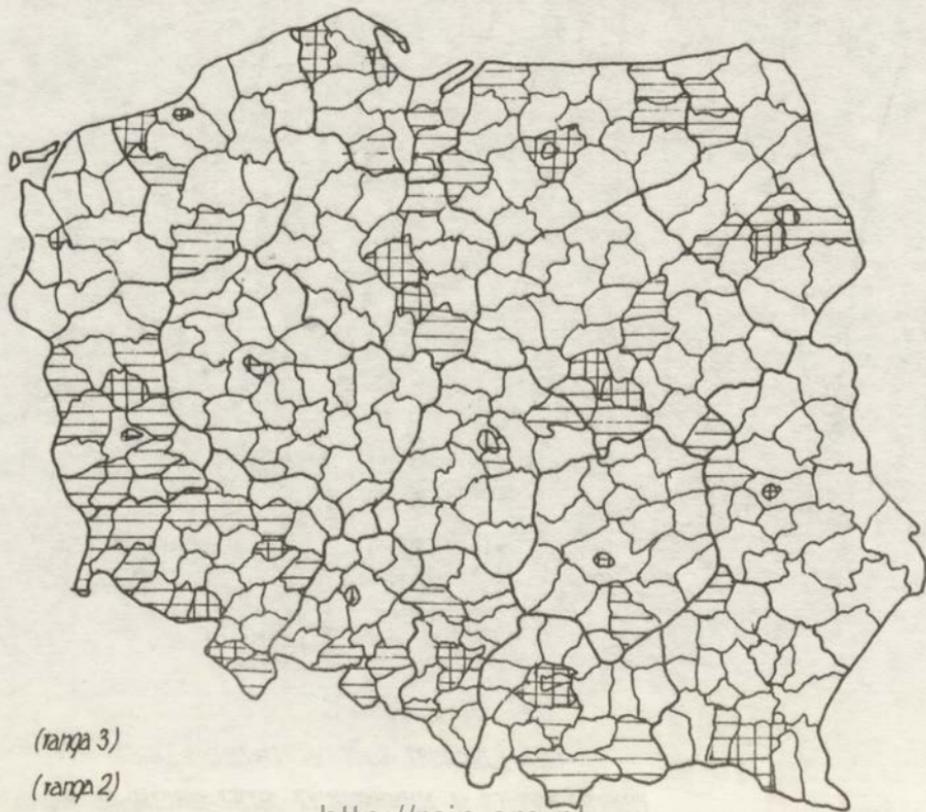


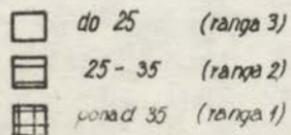
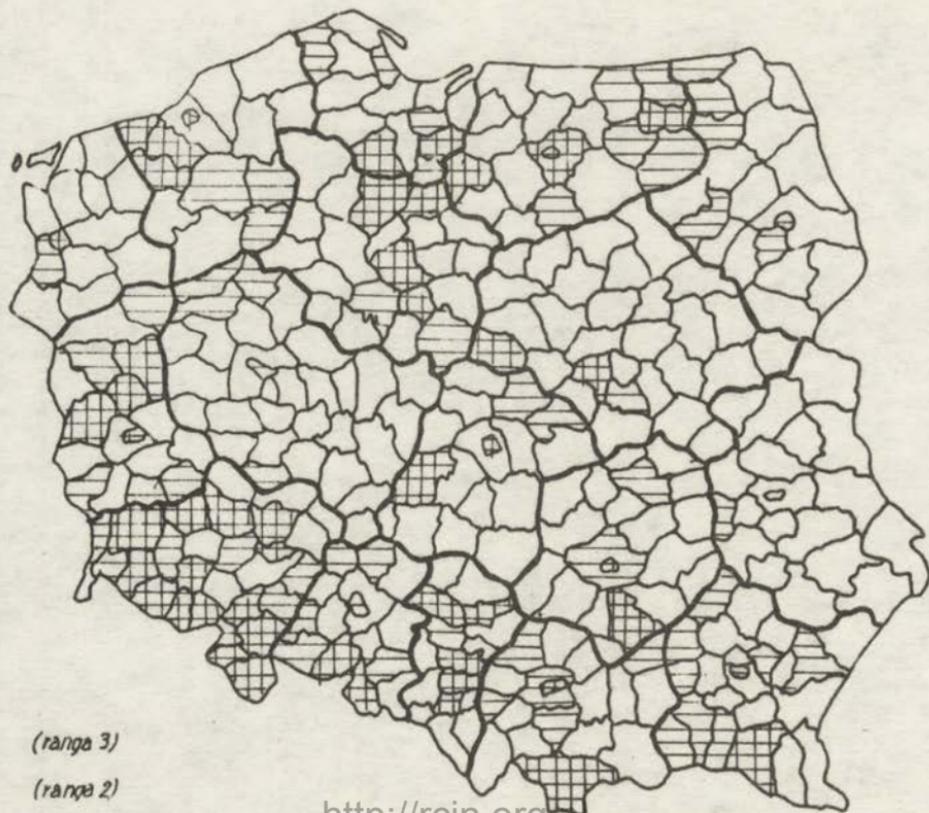
-  powyżej 40 pielęgniarek/10000 (range 1)
-  40-30 pielęgniarek/10000 (range 2)
-  poniżej 30 pielęgniarek/10000 (range 3)

POWIATY WEDŁUG LICZBY ZATRUDNIONYCH W OCHRONIE ZDROWIA
I (PIECE SPOŁECZNE) NA 10 000 LUDNOŚCI - 1973 r.



-  Wskaźnik wyższy od średniej dla kraju
-  poziom pośredni
-  wskaźnik stanowiący 1/2 średniej dla kraju i niższy





W.D.N. Zam. 614/o/75. Nakład 200+23 egz.