

Instyucjonalne formy opieki zdrowotnej na wsi. Przeszłość - teraźniejszość - propozycje.

Koncepcja oparcia opieki zdrowotnej ludności wiejskiej na ośrodkach zdrowia powstała w Stanach Zjednoczonych i zaczęła się rozwijać od 1913 roku. Nawiązywała do rozwiązań brytyjskich, głównie "public health act" z 1848 i 1875 r.¹ W Europie idea ta była propagowana przez Komisję Higieny Wsi Ligi Narodów. Na zorganizowanej przez Komisję. Konferencji Budapeszteńskiej, która odbyła się 27 - 31 X 1930 r. ustalono, że: ośrodki zdrowia są najlepszym rozwiązaniem spraw zdrowotnych wsi w zakresie leczenia i profilaktyki². Zaproponowano dwa ogniwa w organizacji ośrodków zdrowia. Jednym z nich miał być "ośrodek pierwszego rzędu", w którym nad zdrowiem ludności czuwać mieli: lekarz higienista, pielęgniarka społeczna, położna oraz kontroler sanitarny. Miały one funkcjonować w oparciu o "ośrodki zdrowia drugiego rzędu", czyli powiatowe ośrodki zdrowia³.

W europejskiej polityce społecznej zaczynają się pojawiać w latach 30. koncepcje rozszerzenia funkcji profilaktyczno-leczniczej ośrodków zdrowia. Podczas II Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej, która odbyła się we Frankfurcie nad Menem w 1932r., prof. Tandler z Wiednia, zwracał uwagę na konieczność powiązania ośrodków zdrowia z innymi zakładami leczniczymi oraz ośrodkami pomocy społecznej. Postulował również zorganizowanie ośrodków zdrowia poradni dla kobiet w ciąży i kobiet-matek, stacji opieki dla chorych na gruźlicę, choroby weneryczne, umysłowe, opieki higienicznej nad młodzieżą szkolną oraz poradnictwa zawodowego⁴. Postulat ten uzyskał poparcie min. prof. Heleny Radlińskiej która wysoko oceniła koncepcję dr. Tandlera, wiążąca min. opiekę zdrowotną z opieką społeczną, ponieważ: "Skuteczność pomocy zależy od łącznego zaspokajania potrzeb materialnych i duchowych."⁵

¹ M. Kacprzak, *Powstanie i rozwój ośrodków zdrowia*, [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa 1928, s. 83.

² W. Chodźko, *Uzdrowotnienie wsi na terenie Ligi Narodów*, „Lekarz Polski”, R. 7, 1931, nr 1, s. 3.

³ *Ibidem*.

⁴ *Sprawozdanie z Drugiej Międzynarodowej Konferencji Służby Społecznej w Frankfurcie nad Menem 1932 r.*, Warszawa 1933, s. 11.

⁵ H. Radlińska, *Oświata i kultura wsi polskiej. Wybór pism.*, Warszawa 1979, s. 306.

Koncepcją tą była żywo zainteresowana Polska, która była jednym z ośmiu państw w których Fundacja Rockefellerowska założyła pierwsze okręgi sanitarne z ośrodkami zdrowia. Pierwsze 2 ośrodki i okręgi sanitarne powstały w 1925 r.: wielkomiejski w Warszawie na Mokotowie i małomiasteczkowo-wiejski w powiecie skierniewickim⁶. W latach następnych powstawały nowe. W 1934 r. pod ich opieką było pół miliona osób, a ilość ich w połowie 1936 r. wzrosła do 350. Ówczesne władze początkowo traktowały tę instytucję jako eksperyment łączący różne działy służby zdrowia w jedną całość.

Również jednym z głównych zadań polityki zdrowotnej państwa po 1945 r. była kwestia zapewnienia opieki zdrowotnej ludności wiejskiej stanowiącej w omawianym okresie 66% społeczeństwa. Przyjęta została zasada, że opieka ta powinna opierać się na ośrodkach zdrowia - instytucji sprawdzonej już w okresie międzywojennym. Nawiązano tutaj również do programów z okresu okupacji, w tym do założeń polityki zdrowotnej opracowanych przez Delegaturę Rządu RP.

Podstawą prawną dla działalności ośrodków miała być ustawa 15 czerwca 1939 r. o publicznej służbie zdrowia - którą uzupełniały okólniki Ministerstwa Zdrowia⁸.

Okręgowy ośrodek zdrowia powinien obsługiwać 10-15 tysięcy mieszkańców⁹. W przygotowywanym przez Ministerstwo Zdrowia projekcie dekretu o publicznej służbie zdrowia przewidywano, że na początku okręg mógłby obejmować nawet kilka gmin. Jednak po pewnym czasie: "W miarę możliwości powiatowa rada narodowa będzie zwiększać liczbę okręgów w powiecie, dążąc do tego by każda gmina stanowiła dla siebie okręg służby zdrowia"¹⁰. Na jej czele stać miał lekarz okręgowy powoływany przez powiatowy związek samorządowy. Sprawowałby on nadzór administracyjny nad gminami w zakresie publicznej służby zdrowia oraz stał na czele okręgowego ośrodka zdrowia. Koncepcja ta nie została nigdy zrealizowana.

Sieć ośrodków zdrowia powinny uzupełniać spółdzielnie zdrowia, będące dobrowolnymi zrzeszeniami, których członkowie opłacając miesięczną składkę mogliby korzystać z pomocy lekarskiej i lekarstw. Jednak placówek powsta-

⁶ S. Kosiński, S. Tokarski, *Ochrona zdrowia ludności wiejskiej (ze szczególnym uwzględnieniem Lubelszczyzny)*, Warszawa - Łódź 1987, s. 19 - 20; S. Tubisz, *Zarys ogólny ośrodków zdrowia w Rzeczypospolitej Polskiej*, [w:] *Ośrodki zdrowia w Polsce*, pod red. M. Kacprzaka, Warszawa 1928, s. 83.

⁷ Archiwum Akt Nowych w Warszawie (AAN), Ministerstwo Spraw Wewnętrznych (MSW) sygn. 748, s. 2.

⁸ AAN, Ministerstwo Administracji Publicznej, sygn. 1650, k. 20 - 21, sygn. 1659, k. 13 - 17.

⁹ Pierwszy rok działalności Ministerstwa Zdrowia 1945 kwiecień 1946, Warszawa 1946, s. VIII - XII, 18, 30, 64.

¹⁰ AAN, MAP, sygn. 1650, k. 20 - 21, sygn. 1659, k. 13 - 17.

ło niewiele, bo zaledwie dwie: w Markowej i Tymbarku¹¹.

Realizacja koncepcji oparcia opieki zdrowotnej na wsi na ośrodkach zdrowia nie przebiegała łatwo. Notujemy tutaj zarówno sukcesy jak i porażki. Poważny wzrost liczby ośrodków zdrowia przewidziany był w planie 6-letnim, które wraz ze szpitalem powiatowym miały być podstawowym ogniwem socjalistycznej służby zdrowia, nie został zrealizowany.

W omawianym okresie nastąpiło zahamowanie wzrostu liczby ośrodków zdrowia. Nie zapewniono również dostatecznej opieki medycznej mieszkańcom skolektywizowanych wsi i pracownikom PGR. Część ośrodków zdrowia zdegradowana została do roli punktów felczerskich. Wiele uwag krytycznych budziło ich rozmieszczenie. W efekcie, ich liczba znacznie się zmniejszyła. O ile w 1949 roku było ich 1220 - to w 1954 - zaledwie 818. W 1955 r. liczba ośrodków zdrowia wzrosła do 858. Ich działalność uzupełniało 1858 punktów zdrowia, z tego 227 lekarskich, 1280 felczerskich, 91 pielęgniarskich¹². Zorganizowanie takiego punktu było stosunkowo tanie. Powstawały one w różnych pomieszczeniach, najczęściej wynajmowanych i nie przystosowanych do pełnienia funkcji leczniczej.

Niezrealizowanie zadań planu 6-letniego w zakresie poprawy opieki zdrowotnej na wsi musiało spowodować korektę polityki zdrowotnej. Już w połowie 1955 r. powrócono m.in. do idei spółdzielczości zdrowia, która po 1956 r. miała szansę rozwoju. Również stworzone zostały podstawy dla rozwoju ośrodków zdrowia.

Zjawiskiem pozytywnym była możliwość uzyskania przez lekarzy którzy zdecydowali się na pracę na wsi, mieszkań przy ośrodkach zdrowia. Wprowadzone zostały również bodźce ekonomiczne, zachęcające lekarzy do podejmowania zatrudnienia na wsi, w formie dodatków przysługujących wyłącznie lekarzom wiejskim - za pracę terenową, za pracę w warunkach szczególnie uciążliwych, za kierownictwo izby porodowej i za pracę w PGR.

W 1963 r. lekarze wiejscy zyskali możliwość specjalizowania się w zakresie medycyny ogólnej w toku pracy w wiejskim ośrodku zdrowia. W ciągu trzech następnych lat specjalizację tę uzyskało 400 lekarzy, w tym 50% zamieszkałych na wsi¹³. Ogółem w latach 1961-1966 liczba wiejskich ośrodków zdrowia wzrosła o 618 to jest o ponad 40 %. Wzrost ten został osiągnięty zarówno przez adaptację innych obiektów (nie zawsze odpowiednich) przede wszystkim punktów felczerskich (stąd m.in. ubytek ich liczby) - jak i w drodze nowych inwestycji, realizowanych ze środków rad narodowych, Społecznego

¹¹ „Rada Narodowa” 1946, nr 43 - 44, s. 12 - 13.

¹² Rocznik Statystyczny ochrony zdrowia GUS 1945 - 1967. Warszawa 1968, s. 328.

¹³ AAN, Komitet Centralny Polskiej Zjednoczonej Partii Robotniczej (KC PZPR), sygn. 237/XIV - 426, k. 16.

Funduszu Odbudowy Kraju i Stolicy (następnie Społecznego Funduszu Budowy Szkół i Internatów), Państwowego Zakładu Ubezpieczeń i w "czynach społecznych"¹⁴.

Ponad 40% wzrost liczby ośrodków zdrowia, jaki miał miejsce w latach 1961-66 został osiągnięty tylko w 60% dzięki nowym inwestycjom. Wybudowanych zostało w omawianym okresie 323 nowych wiejskich ośrodków zdrowia oraz około 50 spółdzielczych¹⁵. /AGAD 237/XIV-426 k. 15/ Szczególny niepokój mogło budzić budownictwo ośrodków zdrowia w PGR, na które brak było odpowiednich środków finansowych w budżecie Ministerstwa Rolnictwa

Jeszcze gorzej przedstawia się sprawa w spółdzielczości zdrowia na wsi. Z informacji CRS "Samopomoc Chłopska" wynikało, że na ogólną liczbę 275 istniejących spółdzielni zdrowia, tylko 67, czyli 24% posiadało nowe budynki a 52 odpowiednio adaptowane.

Sukcesywnie do wzrostu liczby ośrodków zdrowia i spółdzielni zdrowia wzrasta obsada kadr pielęgniarskich. Na koniec 1966 r. liczba pielęgniarek zatrudnionych w tych placówkach wynosiła 1820 osób, z czego 70% stanowiła kadra pełno kwalifikowana. Średnio w kraju na 1 ośrodek przypadało 1,3 pielęgniarki. Osiągnięcie do r. 1970 wskaźnika 1,5 pielęgniarki na 1 ośrodek zdrowia - pozwoli wprowadzić do ośrodków zdrowia - po uprzednim przeszkoleniu - pielęgniarki środowiskowe.

Niepokojącym natomiast zjawiskiem był spadek zatrudnienia położnych na wsi. Wynikało to z faktu, iż w związku z rozwojem bazy łóżek położniczych w szpitalach - co wpłynęło na zwiększenie się liczby porodów kobiet ze wsi w tych zakładach - drogą specjalnych zarządzeń wydanych w 1962 r. położne zobowiązane zostały do pracy przede wszystkim w zakresie profilaktyki odnoszącej się do okresu przed i poporodowego (opieka nad ciężarną, a później niemowlęciem). Ponadto, brak odpowiednich bodźców finansowych, przy wysokich opłatach za mieszkanie - zniechęcało młode akuszerki do podejmowania zatrudnienia położnej rejonowej, która powinna zamieszkiwać w obrębie obsługiwanej gromady¹⁶.

Podstawowym ogniwem opieki zdrowotnej na wsi był rejon leczniczo-zapobiegawczy, obejmujący swym zasięgiem 1-2 gromad wiejskich.. W rejonach bardziej rozległych, pracę ośrodka zdrowia uzupełniały punkty zdrowia, lekarские, fclczerskie lub pielęgniarskie, izby porodowe i izby chorych.

Według założeń MZiOS promień działania ośrodka miał nie przekraczać 5 - 7 km i obejmować nie więcej niż 6 tysięcy mieszkańców /w 1966 r. na 1 ośrodek zdrowia przypadało 7,508 osób/.

¹⁴ AAN, KC PZPR, sygn. 237/XIV - 426, k. 14.

¹⁵ Ibidem, k. 15.

¹⁶ Ibidem, k. 16.

W myśl powyższych zasad, dla zabezpieczenia w dostatecznym stopniu opieki lekarskiej nad ludnością wiejską konieczne było osiągnięcie liczby 3 tysięcy ośrodków zdrowia i 1500 aptek /1 apteka na dwa rejony/, co było założeniem planu MZiOS na lata 1966-70. W 1967 roku liczba ośrodków zdrowia państwowych i spółdzielczych wynosiła 2217, a zatem pokrywała ustalone potrzeby w około 74%. Natomiast realizacja planu MZiOS budziła poważne wątpliwości w kręgach ówczesnych decydentów.

Mimo dużego postępu, jaki miał w tym okresie miejsce w zakresie opieki zdrowotnej na wsi istniały duże dysproporcje między poziomem tej opieki w mieście i na wsi, między tempem wzrostu cywilizacji na wsi a postępowaniem w zakresie ochrony zdrowia. Udział ludności przedwcześnie zniedołężniałej w ogólnej liczbie ludności w chłopskim rolnictwie, udział dzieci o nabytej, niepełnej sprawności fizycznej oraz niepełnej sprawności umysłowej /np. w wyniku znacznych ubytków słuchu, wzroku itp./ jest wielokrotnie większy niż w mieście.

Z badań przeprowadzonych przez Instytut Medycyny Pracy i Higieny Wsi w Lublinie wynikało, że najczęściej występującymi na terenach wiejskich są schorzenia układu oddechowego, układu trawiennego, układu krążenia i urazy. Widoczny był wyraźny spadek chorób zakaźnych i gruźlicy, wzrastała natomiast liczba chorób układu krążenia, nowotwory, urazy i choroby związane ze starzeniem się ludności.

Niepokój budziły dane o zachorowalności i chorobowości, umieralności ogólnej i niemowląt oraz rozwoju fizycznego dzieci i młodzieży wiejskiej - które były w posiadaniu MZiOS. Wskaźniki zgonów dla populacji wiejskiej były wyższe niż w mieście. Dotyczyło to również wskaźników umieralności niemowląt. Nadal utrzymywał się na wsi wyższy wskaźnik umieralności niemowląt /1969 r. wieś 35,4%, miasto 33,1%. Stopień próchnicy zębów u dzieci i młodzieży wiejskiej dochodził do ok. 80% ogółu tej młodzieży, ok. 90% ludności wiejskiej nieubezpieczonej wymaga leczenia stomatologicznego, a ok. 80% protetycznego i profilaktycznego. Wskaźniki śmiertelności ludności wiejskiej były wyższe niż w miastach. Populacja wiejska legitymowała się większym procentem ludzi w wieku podeszłym, chorych na choroby przewlekłe.

Gorszy był rozwój fizyczny dzieci i młodzieży wiejskiej. W wyniku badań i obserwacji stwierdzano na wsi większą liczbę dzieci i młodzieży chorych z powodu choroby reumatycznej, gruźlicy, chorób układu oddechowego i krążenia, jamy ustnej i zębów. Przeciętne wskaźniki rozwoju fizycznego dzieci wiejskich wskazują na słabszy rozwój tej populacji.

Na stan zdrowia ludności wiejskiej miały duży wpływ warunki sanitarne wsi, warunki pracy i bytu. Sezonowość i różnorodność robót, odległość zamieszkania od miejsca pracy wykonywanej przeważnie na wolnym powietrzu niezależnie od pory roku, zwiększające się narażenie na działanie środków chemicznych stosowanych w rolnictwie oraz bezpośredni kontakt ze zwierzętami ho-

dowlanymi - wszystko to stwarzało i stwarza specyficzne warunki niekorzystnie wpływające na stan zdrowia, szczególnie kobiet, młodocianych i dzieci biorących udział w pracach rolnych..

W 1970 roku, jak było do przewidzenia, zamiast planowanych 143 ośrodków (w tym 108 państwowych i 35 spółdzielczych) wybudowano tylko 98 (w tym 76 państwowych i 22 spółdzielcze). Niedobory w wykonaniu planu budów związane były z brakiem wykonawstwa w sektorze państwowym oraz brakiem limitów inwestycyjnych w sektorze spółdzielczym. Ogólna liczba państwowych ośrodków zdrowia wynosiła 2198 oraz spółdzielczych - 310. Sieć tę uzupełniało 310 punktów lekarskich, 438 felczerskich i 835 pielęgniarskich.

Obok wyżej wymienionych zakładów, działały także przyzakładowe punkty zdrowia o charakterze przeważnie dojazdowym. Były one czynne w zakładach rolnych odległych o ponad 7 km od najbliższego ośrodka zdrowia. Liczba wspomnianych punktów wzrosła w stosunku do lat poprzednich. W 1970 roku było ich ponad 650. Zwiększyła się również liczba lekarzy dojeżdżających do tych placówek. Ujemną stroną placówek przyzakładowych była m. in. niestabilność kadry fachowej spowodowaną niskim uposażeniem za dojazdy (300 lub 500 zł mieś. za 1 lub 2 dojazdy w tygodniu) oraz trudności komunikacyjne (niewystarczające kredyty w budżetach rad narodowych na zwrot kosztów dojazdu). Tym niemniej zakłady rolne położone peryferyjnie miały zapewnione niezbędne minimum opieki lekarskiej.

Równoległe do rozwoju sieci placówek opieki zdrowotnej na wsi nastąpił wzrost liczby pracowników fachowych: w 1969 r. w ośrodkach zdrowia państwowych i spółdzielczych było 2341 etatów lekarskich, a w 1970 r. 2498.

Dla uzyskania dokładnego rozeznania potrzeb pracowników gospodarki rolnej uspołecznionej w zakresie świadczeń opieki podstawowej i specjalistycznej - rozpoczęto w 1970 r. akcję badań pracowników zakładów rolnych i ich rodzin w województwach bydgoskim i opolskim. Przebadanie 50 tysięcy pracowników w obu wymienionych województwach przewidziano na lata 1970-71, Nadzór nad akcją badań oraz opracowanie jej wyników i odpowiednich wniosków powierzono Instytutowi Medycyny Pracy i Higieny Wsi. Zalecono przygotowanie ustaleń określających potrzeby pracowników rolnych w zakresie usług lekarskich oraz w zakresie działalności zapobiegawczej. W 1970 roku opracowano ponownie projekty aktów prawnych dotyczących organizowania przyzakładowych dojazdowych punktów zdrowia dla pracowników leśnych.

W 1970 roku zanotowano dalszą stopniową poprawę w zakresie liczb i kwalifikacji pielęgniarek zatrudnionych w wiejskich ośrodkach zdrowia, jak również na odcinku świadczeń pielęgniarskich. Kadra pielęgniarska, licząca na koniec 1970 roku 4060 osób, wzrosła w stosunku do 1969 r. o 425 osób. Odsetek pielęgniarek niepełnokwalifikowanych obniżył się w tym czasie z 26,4 na 22,9. Mimo trudnych jeszcze warunków kadrowych rozwijało się stopniowo pielęgniarstwo środowiskowe, zwłaszcza w niektórych województwach. W

połowie 1970 roku liczba pielęgniarek środowiskowych na wsi wynosiła 288, przy czym najwięcej przypadało na województwa: wrocławskie - 80 osób (stanowi to 24% potrzeb), krakowskie - 67 osób (23% potrzeb), opolskie - 58, rzeszowskie 29, a następnie poznańskie - 19 osób, koszalińskie - 12, gdańskie - 8, bydgoskie - 6, lubelskie - 5 i białostockie - 4. Wiele spośród nich wykonuje równocześnie obowiązki pielęgniarskie w ośrodku zdrowia (szczepienia, zabiegi). Działalność pielęgniarek środowiskowych koncentrowała się na opiece nad dziećmi, obłożnie chorymi, osobami chorymi na gruźlicę oraz w zakresie rozwiązywania - najczęściej przy współdziałaniu opiekunów społecznych - wielu trudnych problemów socjalno-bytowych na wsi.

Poważną jednak przeszkodą w organizowaniu pielęgniarstwa środowiskowego na wsi, był brak dostatecznej liczby pielęgniarek o wysokich kwalifikacjach, niewystarczająca obsada pielęgniarska w większości ośrodków zdrowia, zbyt rozległe rejony, brak środków lokomocji oraz mieszkań.

Fundamentalnym problemem rozwiązany w minionym czterdziestolecu była decyzja o powszechnym ubezpieczeniu chłopów - właścicieli gospodarstw indywidualnych wraz z ich rodzinami. Dzięki temu około 6,5 mln osób skorzystało na równych prawach z pracownikami gospodarki uspołecznionej ze świadczeń medycznych¹⁷.

Upowszechnienie opieki zdrowotnej na wsi było nie tylko problemem społecznym w znaczeniu humanitarnym, ale także w znaczeniu ekonomicznym i politycznym. Mogło bowiem przyczynić się do zwiększenia efektywności zawodowej ludności chłopskiej. Dla ówczesnych władz decyzja ta miała również znaczenie polityczne. Bowiem fakt, iż ludność chłopska nie była w pełni objęta bezpłatną opieką zdrowotną opóźniało proces ograniczania prywatnej praktyki lekarskiej zarówno w mieście jak i na wsi.

Dodać tutaj należy, iż do lat 70. znaczna część ludności związanej z indywidualnymi gospodarstwami rolnymi nabyła już pełne uprawnienia do bezpłatnych świadczeń lekarskich w wyniku pracy w przedsiębiorstwach gospodarki uspołecznionej, pełnienia funkcji społecznych /sołtysi/, lub przynależności do organizacji społecznych /członkowie ZBoWiD/. Na 13,8 mln osób wchodzących w skład gospodarstw domowych związanych z indywidualnymi gospodarstwami rolnymi pełne uprawnienia do bezpłatnych świadczeń lekarskich posiadało już 7,3 mln osób. Pozostałe 6,5 mln nieubezpieczonych korzystało w ograniczonym zakresie z bezpłatnej opieki lekarskiej, względnie z dość szerokiego wachlarza ulg w odpłatności za leczenie.

Z bezpłatnej opieki zdrowotnej korzystały bowiem kobiety w zakresie chorób kobiecych i w związku z ciążą, dzieci do 1 roku życia, młodzież szkolna, młodzież w zakładach rehabilitacyjnych w związku z kalectwem narządu ru-

¹⁷ S. Kosiński, S. Tokarski, op. cit., s. 56.

chu, chorzy na choroby społeczne i zakaźne, alkoholicy kierowani na leczenie odwykowe oraz chorzy umysłowo, których roczne dochody nie przekraczały 15200 zł. Nieubezpieczona ludność chłopska przebywająca w szpitalu płaciła od 41,50 do 57 zł za 1 dobę, z tym, że gospodarstwa o niższej przychodowości korzystały z ulg od 15 do 70% należnych opłat. Pełny koszt pobytu chorego w szpitalu wynosił natomiast około 150 zł na jedną dobę.

W projekcie tej reformy zakładano przyjęcie zasady, że ludność wiejska powinna zapłacić w formie składek ubezpieczeniowych kwotę odpowiadającą obniżeniu jej wydatków na leczenie w 1972 r. /około 1 mld zł/ wymagałoby obciążenia tą kwotą ok. 2,2 mln gospodarstw nie ubezpieczonych o bardzo zróżnicowanej sytuacji ekonomicznej. Wskazywano na celowość zróżnicowania wysokości składek w zależności od przychodowości gospodarstw.

Uwzględniono również fakt, że koszty leczenia uzależnione miały być nie od przychodowości gospodarstw, ale od liczby osób w rodzinie i stanu ich zdrowia. przyjęto więc zasadę, że połowa składek ubezpieczeniowych obciążać powinna równo każde gospodarstwo, a tylko druga połowa mogła być podzielona proporcjonalnie do przychodowości gospodarstw. Przyjęcie tej zasady było równoznaczne z pewnym złagodzeniem progresji składek w zależności od przychodowości gospodarstw, gdyż połowa składek dzielona byłaby równo na gospodarstwo¹⁸.

W okresie dwóch następnych lat zaznaczył się zdecydowany rozwój potencjału i działalności zapobiegawczo-leczniczej wiejskiej służby zdrowia. W latach 1972 - 1973 przybyło ponad 300 ośrodków zdrowia i 150 punktów lekarskich. O ponad 24% wzrosła liczba stanowisk lekarskich i o prawie 40% pielęgniarskich. Liczba porad ambulatoryjnych dla ludności wiejskiej wzrosła o 44%, wizyt domowych o około 72%.

Znacznie trudniejsze było zaspokojenie potrzeb ludności wiejskiej w zakresie badań diagnostycznych i świadczeń specjalistycznych protetyki stomatologicznej a przede wszystkim w zakresie opieki szpitalnej. Pozostaje to w związku z ogólnym niedoborem łóżek szpitalnych, częściowo do tego zajmowanych wskutek deficytu domów pomocy społecznej - przez osoby przewlekłe chore.

W lutym 1973 r. rząd zatwierdził program rozwoju ochrony zdrowia i opieki społecznej PRL do 1990 r., który stał się podstawą dalszych poczynań służby zdrowia. Był to pierwszy tego rodzaju dokument, który ujmował kompleksowo i perspektywicznie problematykę ochrony zdrowia w naszym kraju¹⁹

Po 1975 r. wiejskie ośrodki zdrowia stały się ważnym ogniwem (rejonem) obwodów leczniczo-zapobiegawczych w nowopowstałych Zespołach Opieki

¹⁸ AAN, KC PZPR, sygn. V/93, k. 850.

¹⁹ S. Kosiński, S. Tokarski, op. cit., s. 57.

Zdrowotnej obejmujących swym zasięgiem tereny zlikwidowanych powiatów. Każdy z nich miał obsługiwać 3-6 tysięcy mieszkańców zamieszkałych w promieniu 5 - 6 kilometrów. Wzrastała również liczba ośrodków których w roku 1980 było już 3217.

Według ówczesnych koncepcji, m.in. prof. H. Rafalskiego, placówka ta miała sprawować całokształt opieki w zakresie leczenia podstawowego i medycyny zapobiegawczej oraz koordynować działania w zakresie opieki społecznej na terenie gminy²⁰.

W tym samym czasie Krajowy Zespół Specjalistyczny do spraw medycyny pracy i higieny wsi przedstawił opracowanie na temat aktualnej sytuacji w działach metodyczno - organizacyjnych Wojewódzkich Szpitali Zespołonych w odniesieniu do problemów organizacji opieki zdrowotnej na wsi. Znalazły się w nim następujące postulaty, oceny i spostrzeżenia:

1. W niektórych gminach budowane ze środków NFOZ budynki Gminnych Ośrodków Zdrowia z powodu oszczędności zbyt małe dla przewidywanych funkcji a także często i bez mieszkań. Postulowano więc zablokowanie możliwości budowania ośrodków zdrowia niedostosowanych do aktualnych i przyszłych potrzeb.
2. Sprawa rejonizacji opieki zdrowotnej wymagała ponownego zainteresowania wojewódzkich władz służby zdrowia. Zmiany w podziale administracyjnym kraju, przewidywane likwidacje niektórych gmin, zmiany w liczbie ludności /odpływ lub napływ/ w dotychczasowych rejonach oraz zmiany w strukturze wieku powodowały konieczność dokonywania okresowych korekt obowiązującej rejonizacji. Innym problemem była sprawa opieki medycznej nad ludnością z rejonów "granicznych" między poszczególnymi województwami - było bowiem nieraz tak iż ludność zmuszona była do korzystania z opieki medycznej w dalszej odległości, przy gorszych warunkach dojazdu i obsługi medycznej niż gdyby mogła wędrować poprzez "granice".
3. Zdaniem członków Zespołu - korzystnym było przyjęcie zasady możliwości nie pokrywania się granic rejonów i obwodów zapobiegawczo-leczniczych z administracyjnymi granicami gmin i województw. Rozpoczęcie nowego etapu prac nad ulepszeniem rejonizacji powinno być nastąpić we wszystkich województwach.
4. Duże wątpliwości wzbudzał podległość lekarzy wiejskich wielu osobom w ramach nadzoru specjalistycznego najniższego szczebla. Każdy ordynator i in-

²⁰ J. Kamiński i H. Rafalski, Współczesne problemy medycyny wsi, Warszawa 1980, s. 30-31

ne osoby w Zespołach Opieki Zdrowotnej odpowiedzialne za rozwiązywanie merytorycznych zagadnień opieki medycznej mieszczących się w jakimś "pionie", a także różne komórki organizacyjne szczebla wojewódzkiego dokonywały wizytacji i kontroli ośrodków zdrowia zostawiając niekiedy sprzeczne zalecenia pokontrolne. W toku wizytacji stawiano nadmiernych wymagań niemożliwych do wykonania w danych warunkach i w danym czasie. Aby tego uniknąć zespół proponował upowszechnienie doświadczeń tych województw i ZOZ-ów, które przeszły na system t.zw. kompleksowych kontroli w czasie, których zespół nadzorujący dyskutował pod kierunkiem kierownika działu metodyczno-organizacyjnego /lub dyrektora ZOZ-u/ dotychczasową pracę ośrodka zdrowia oraz plan pracy na przyszłość. Omawiano wówczas nie tylko wykonanie zaleceń odgórnych ale przede wszystkim stopień rozpoznania dla danego rejonu problematyki zdrowotnej i opiekuńczo-społecznej oraz wyniki prac nad zabezpieczeniem dominujących w rejonie potrzeb ludności i plan poprawy opieki medycznej w przyszłości.

5. Zespół zasugerował stworzenie stanowiska koordynatora działalności dotyczącej ochrony zdrowia ludności wiejskiej na szczeblu wojewódzkim. Między innymi przedyskutowano możliwość utworzenia w niektórych województwach w ramach Wojewódzkich Szpitali Zespołonych poradni medycyny wsi, która zajęłaby się konsultacjami dla lekarzy wiejskich w dziedzinie specyficznych problemów zdrowia i opieki zdrowotnej na wsi.

6. Istotnym postulatem wymagającym wciąż jeszcze załatwienia w wielu województwach jest sprawa łączności /radiotelefony a nieraz "brak i zwykłego telefonu/ oraz transportu. Najlepszym rozwiązaniem było zdaniem zespołu przydzielanie ośrodkom zdrowia stałego, lub na wybrane dni w tygodniu samochodu sanitarnego z kierowcą. Tylko w ten sposób można było bowiem zabezpieczyć pracę profilaktyczną personelu ośrodka w terenie. Również ryczałt na dojazdy własnym samochodem byłby dobrym uzupełnieniem możliwości udzielania świadczeń w terenie przez lekarzy ośrodka zdrowia. nierozwiązana była sprawa przydziałów samochodów lekarzom wiejskim. Dawny priorytet dla nich w uzyskiwaniu przydziałów został zupełnie wycofany²¹.

W latach 80. liczba ośrodków zdrowia nieznacznie wzrasta. W 1990 roku było ich w kraju 3328²². Nic dziwnego że ówczesne badania, prowadzone przez zespół kierowanym przez prof. Lucynę Frąckiewicz nie napawały optymizmem. "Wyniki badań funkcjonowania usług ochrony zdrowia na wsi w Polsce i

²¹ AAN, Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej, sygn. 10/18, passim.

²² Rocznik Statystyczny GUS 1998, Warszawa 1999, s. 249.

korzystania z nich, a także stanu zdrowotnego mieszkańców wsi uświadamiają, że dotychczas problem opieki lekarskiej nad ludnością wsi nie został rozwiązany nawet na poziomie dostatecznym"²³.

W wyniku przemian ustrojowych zmienił się ich status prawny. Organem założycielskim stały się z powrotem samorządy terytorialne. Według ustawy z 8 marca 1990 roku o samorządzie gminnym, zaspokajanie potrzeb z zakresu ochrony zdrowia należało do zadań własnych gminy, ze szczególnym zwróceniem uwagi na zapewnienie tej opieki kobietom w ciąży. Do zadań gminy w zakresie ochrony zdrowia należy pełnienie funkcji organu założycielskiego dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ), przy czym kompetencje i obowiązki gminy jako organu założycielskiego określa ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U.91.91.408 z późn. zm.) oraz wydane na jej podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia.

Wśród uprawnień właścicielskich można wymienić m.in.: możliwość tworzenia, przekształcenia i likwidacji publicznego zakładu opieki zdrowotnej (w drodze uchwały), nadawanie statutu zakładowi opieki zdrowotnej, nawiązywanie stosunku pracy z kierownikiem zakładu, delegowanie przedstawiciela do rady społecznej zakładu, udzielanie dotacji na zadania określone w art.55, nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej zgodnie z rozporządzeniem z dnia 18 listopada 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego.

Z kolei ustawa z 30 VIII 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej ośrodki zdrowia zaliczyła do zakładów opieki zdrowotnej. Usankcjonowała również istnienie niepublicznego sektora opieki zdrowotnej. W wyniku tych zmian samorząd terytorialny stał się według Wąsiewicza i Musiakowskiego; organizatorem, właścicielem i organem założycielskim samodzielnych publicznych zoz, zarządcą niepublicznego sektora usług zdrowotnych, podmiotem współfinansującym zadania zaspokojenia potrzeb zdrowotnych ludności²⁴.

Jednak przejmowanie infrastruktury służby zdrowia na wsi postępowało bardzo wolno. Gminy do końca 1995 r. Przejęły zaledwie 75 gminnych i 51 wiejskich ośrodków zdrowia²⁵. Sygnalizowano również nieprawidłowości które były uciążliwe również dla społeczności wiejskiej. Były to min.: utrudnienia w sprawowaniu nadzoru merytorycznego, utrudnienia w korzystaniu ze świadczeń zdrowotnych przez mieszkańców sąsiednich gmin, pozbawionych na

²³ B. Iwankiewicz - Rak, *Dostępność i korzystanie z usług ochrony zdrowia na wsi*, [w:] *Ochrona zdrowia w Polsce*, pod red. L. Frąckiewicz, Katowice 1991, s. 143.

²⁴ E.P. Wąsiewicz, A. Musiakowski, *Rola samorządu terytorialnego w kreowaniu polityki zdrowotnej*, „Zdrowie Publiczne” t. 111, 2001 nr 4, s. 215 - 218.

²⁵ Monitor Zdrowia 1997, nr 5(14), s. 5.

przykład ośrodka, skłonność placówek do zaciągania zobowiązań i popadania w długi.

Przekazanie zagadnień opieki zdrowotnej samorządom mogłoby pozwolić na realizację zadań w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej jakie proponuje Światowa Organizacja Zdrowia. Są to: oświata zdrowotna, profilaktyka i medycyna naprawcza, higiena otoczenia, żywności i wody, opieka nad matką i dzieckiem wraz z planowaniem rodziny, szczepienia ochronne, zapobieganie i zwalczanie chorób epidemicznych, leczenie urazów nie wymagających wiedzy wąkospecjalistycznej, dostarczanie podstawowych leków²⁶.

Zadania te znajdują się w kompetencjach samorządów wielu państw europejskich. W krajach skandynawskich, np. w Danii: "Władze gminy w pełni odpowiadają za organizację i zapewnienie opieki ambulatoryjnej, zwłaszcza opieki nad matką i dzieckiem, medycyny szkolnej, opieki nad niepełnosprawnymi i ludźmi starszymi, nadzór sanitarny i zdrowotność środowiska naturalnego oraz rozwój programów zapobiegawczych. Gminy zatrudniają lekarzy i pielęgniarki zdrowia publicznego. Świadczenia w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej zapewniają niezależnie praktykujący lekarze ogólni, współpracujący z pielęgniarkami zatrudnionymi w gminnych ośrodkach zdrowia (health centers). Ustalanie priorytetowych kierunków działania w dziedzinie opieki zdrowotnej należy w Danii do kompetencji i właściwości wojewódzkich i gminnych rad"²⁷.

Jednak od połowy lat 90. obserwujemy niebezpieczne zjawisko spadku liczby ośrodków zdrowia na wsi. W latach 1995 -2000 ich ilość zmniejszyła się o ponad 800, z 3312 ośrodków w 1995 roku do 2802 w roku 1999 i aż do 2503 w roku 2000, a więc o około 25%²⁸. Szczególnie widoczny spadek ich liczby nastąpił w okresie po wprowadzeniu reformy służby zdrowia. Spadek liczby ośrodków zdrowia w latach poprzedzających wprowadzenie reformy był właściwie niezauważalny. W roku 1996 ich liczba wynosiła 3304, a w roku następnym 3291²⁹. W omawianym okresie, również niepokojącym zjawiskiem był spadek liczby usług świadczonych przez ośrodki zdrowia³⁰. W województwie łódzkim Urząd Marszałkowski chciał sprzedać dwa ośrodki zdrowia w powiecie skier-

²⁶ C. Włodarczyk, *Podstawowa opieka zdrowotna jako kategoria polityki zdrowotnej*, [w:] *Zdrowie Publiczne. Wybrane zagadnienia*, Vesaliusz, Kraków 2000, s. 214.

²⁷ S. Paździoch, *Zadania i kompetencje samorządu terytorialnego w dziedzinie ochrony zdrowia w krajach Unii Europejskiej - kraje skandynawskie i Francja*, „Zdrowie i Zarządzanie”, t. 2, 2000, nr 3 - 4, s. 19.

²⁸ Mały Rocznik Statystyczny Polski 2001, GUS, Warszawa 2002, s. 241.

²⁹ Rocznik Statystyczny GUS 1998, Warszawa 1999, s. 249.

³⁰ M. Latański, H. Skrzypek, M. Jarosz, *Wybrane elementy działalności ośrodków zdrowia na wsi*, „Medycyna Wiejska”, t. 28, 1993, nr 3, s. 209 - 211.

niewickim, co spotkało się ze stanowczym sprzeciwem mieszkańców, którzy niegdyś uczestniczyli w ich budowie³¹.

Po reformie administracyjnej kraju również realizacja zadań własnych powiatu z zakresu ochrony zdrowia na ogół przebiega źle - brakuje dokumentów określających politykę zdrowotną oraz planów rozmieszczenia opieki ambulatoryjnej. Niezbyt dobrze rozwijane są projekty promocji zdrowia i profilaktyki, a także przeciwdziałanie niektórym patologiom społecznym - alkoholizmowi i narkomanii. Na te formy działania brakuje w powiecie środków finansowych. Zaplecze kadrowe w zarządzaniu powiatową opieką zdrowotną jest znikome. Najczęściej za całość tej problematyki odpowiedzialna jest jedna osoba. Przy ogromnie niewypełnionych w powiecie zadań z zakresu opieki zdrowotnej jest to stanowczo zbyt mało. W badanych powiatach komisje zdrowia rad powiatów skarżą się na brak jasno określonych kompetencji działania oraz brak realnego wpływu na podejmowane decyzje³².

Bez wątpienia bardzo istotną kwestią zarządzania służbą zdrowia w powiecie były i są **relacje z kasą chorych, a następnie z Narodowym Funduszem Zdrowia**. Dzisiaj ta ostatnia zapewnia bowiem finansowanie świadczeń w oparciu o kontrakty z zakładami opieki zdrowotnej.

Stając się właścicielem zakładów opieki zdrowotnej finansowanych przez kasy chorych samorząd powiatowy wpadł w swoistą pułapkę organizacyjną. Składa się ona z trzech elementów.

Pierwszy związany jest z poziomem finansowania usług zapewnionym przez kontrakty z NFZ w porównaniu do ogółu kosztów utrzymania zakładów opieki. Jak wiadomo oddziały NFZ kontraktują przede wszystkim usługi lecznicze pozostawiając problemy związane z utrzymaniem zakładów ich właścicielowi czyli samorządowi terytorialnemu odpowiedniego szczebla.

Drugim elementem pułapki, w którą wpadły samorzady powiatowe, są możliwości wpływu na decyzje NFZ, przebieg negocjacji, a w efekcie wartość zawieranych kontraktów. Otóż, można się było spodziewać, że z uwagi na rozwiązania ustawowe możliwości takiego wpływu są znikome. Na mocy ustawy o kasach chorych samorząd szczebla powiatowego praktycznie rzecz biorąc nie jest reprezentowany w radach nadzorczych kas chorych. Według parytetu określonego na mocy rozwiązań ustawowych w radach nadzorczych NFZ reprezentowani są przede wszystkim przedstawiciele samorządu szczebla wojewódzkiego. Powiatom pozostaje więc tylko pośrednia droga (poprzez szczebel wojewódzki) obrony swych interesów w tej instytucji.

³¹ „Dziennik Łódzki” 2004, nr 31, s. 2.

³² Raport Najwyższej Izby Kontroli: Informacja o wynikach kontroli restrukturyzacji i przekształceń systemowych w ochronie zdrowia, Warszawa 2004, s. 23 - 24.

Trzeci element trudnej sytuacji nowego właściciela zakładów opieki zdrowotnej również był możliwy do przewidzenia. Kłopoty w jakie popadł powiat związane są z ogólnymi cechami nierównomiernej struktury naszej służby zdrowia i koniecznością jej restrukturyzacji.

Realizacja programów restrukturyzacyjnych SPZOZ była uzależniona od zapewnienia odpowiednich źródeł finansowania. W opracowanych w Ministerstwie Zdrowia Programach restrukturyzacji w ogóle nie przewidziano udziału finansowego jednostek samorządu terytorialnego w finansowaniu zadań inwestycyjnych w ramach Programu restrukturyzacji. Obowiązek współfinansowania inwestycji wynikał z postanowień art. 44 ust. 3 i 4 ustawy z dnia 26 listopada 1998 r. o dochodach jednostek samorządu terytorialnego w latach 1999 - 2003 (Dz. U. Nr 150, poz.983 ze zm.)³³.

Skuteczne wdrażanie programów restrukturyzacyjnych i naprawczych było ściśle uzależnione od jakości zarządzania zakładem. Niestabilność obsady stanowisk kierowniczych, w kontrolowanych placówkach, stanowiła, w ocenie NIK, istotną przeszkodę w efektywnej restrukturyzacji kontrolowanych zakładów. W 14 zakładach (30% skontrolowanych) funkcję dyrektora zakładu sprawowały, w okresie objętym kontrolą, przynajmniej 4 różne osoby.

Likwidacja placówek lecznictwa samorządowego miałyby rację bytu w przypadku istnienia niewielkich potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej, zarówno obiektywnych jak subiektywnych. Statystyki mówią jednak co innego. Współczynniki zgonów (zgony na 100 tys. ludności) są wyższe na wsi niż w miastach. Od początku lat dziewięćdziesiątych współczynniki zgonów zmniejszają się, przy czym nadal utrzymują się różnice w ich wielkości w podziale miasto - wieś. Dotyczy to zarówno mężczyzn jak i kobiet. Prawie we wszystkich grupach wiekowych liczba zgonów na wsi (na 100 tys. ludności) jest wyższa niż w mieście. Największa różnica w wielkości zgonów wśród mężczyzn dotyczy przedziału wiekowego 15 - 19 lat. Współczynnik zgonów na wsi w tym przedziale wiekowym wynosi ponad 57% ogółu. Można stwierdzić, że w przedziale wiekowym 5 - 34 lat współczynniki zgonów na wsi są znacznie wyższe niż w mieście. Również wyższe wskaźniki umieralności na wsi notuje się wśród dzieci. Niepokoją także wysokie wskaźniki zgonów z powodu chorób układu oddechowego oraz z powodu urazów i zatruc³⁴.

³³ Zgodnie z art. 44 ust. 3 wspomnianej ustawy łączna wysokość dotacji przyznanych w kolejnych latach na dofinansowanie inwestycji realizowanej przez jednostkę samorządu terytorialnego nie mogła przekroczyć 50% wartości kosztorysowej inwestycji z zastrzeżeniem ust. 4 i art. 45 ustawy, który przewidywał wyjątki, dla których łączna wysokość dotacji nie mogła przekroczyć 75%.

³⁴ G. Giura, *Stan zdrowia mieszkańców wsi*, Sejm RP, Biuro Studiów i Ekspertyz, Informacja nr 593, s. 2 - 5; S. Piątek - Sójka, M. Włodarczyk, *Sytuacja demograficzna i zdrowotna mieszkańców w si w Polsce w latach 1990 - 1997*, Biuletyn Informacyjny nr 38, Warszawa 1999, s. 18;

Mimo, że w 2000 r. (według danych Kasy Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego) liczba wypadków przy pracy rolniczej zmniejszyła się z 31 906 w 1999 r. do 30 943 w 2000 r., tj. o 963 (3%) - ich ilość może budzić uzasadnione obawy. W liczbie wypadków ogółem zarejestrowano 216 wypadków śmiertelnych.

Głównymi przyczynami wypadków były:

- niezajomość lub lekceważenie zagrożeń, szczególnie przy prostych rutynowych czynnościach, pośpiech i stres,
- angażowanie do niektórych prac osób w podeszłym wieku i dzieci,
- bałagan w obejściu, posługiwanie się maszynami i ciągnikami po spożyciu alkoholu,
- czyszczenie, dokonywanie regulacji i sprawdzanie działania maszyn w ruchu, podejmowanie napraw bez wymaganego oprzyrządowania i mimo braku wymaganych kwalifikacji,
- brak środków ochrony indywidualnej i właściwych ubrań roboczych,
- zły stan techniczny maszyn, budynków gospodarczych, narzędzi, schodów.

Szczególnie niepokojącym zjawiskiem są wypadki, jakim w gospodarstwach rolnych ulegają dzieci. Według danych KRUS liczba takich wypadków w roku 2000 zwiększyła się o 11% - z 1 257 w 1999 r. do 1 397. W wypadkach tych zginęło 6 dzieci (o 4 mniej niż w roku poprzednim). Największa częstotliwość wypadków występuje w województwie podlaskim (34,4), warmińskomazurskim (30,2) i lubelskim (27,2), najrzadziej zaś rejestruje się takie wypadki w województwie opolskim (13,5 na 1 000 ubezpieczonych), śląskim (15,5), dolnośląskim (16,2) i zachodniopomorskim (16,4). Natomiast w latach 2001-2002 pomimo wzrostu liczby wypadków, zmniejszył się o 1% **wskaźnik częstości tych wypadków na 1000 ubezpieczonych rolników** - z 20,1 do 19,9. **Wskaźnik ten jest jednak nadal znacznie wyższy niż dla innych grup zawodowych** (wypadki w rolnictwie zdarzają się ponad 2,5-krotnie częściej niż wypadki w pozostałych dziedzinach gospodarki).

Podobnie jak w latach poprzednich, dominującą grupę schorzeń stanowiły *choroby układu oddechowego*: 12 (w 2001 r. - 14) przypadków *alergicznego zapalenia pęcherzyków płucnych* ("płuco rolnika") i 48 (w 2001 r. - 44) przypadków *dychawicy oskrzelowej*. Wzrosła liczba chorób roznoszonych przez kleszcze (*boreliozy, kleszczowego zapalenia mózgu i opon mózgowo-rdzeniowych*) - z 34 w 2001 r. do 41 w 2002 r. Zaobserwowano także wzrost liczby zachorowań na *uczuleniowe zapalenie skóry* - z 14 w 2001 r. do 24 w 2002 r. Przyczyny występowania chorób zawodowych nie uległy zmianie, były to głównie:

S. Tokarski, *Uwarunkowania zdrowia ludności w okresie transformacji ustrojowej w Polsce (na przykładzie Regionu Środkowo - Wschodniego)*, IMW, Lublin 1999, s. 21 - 45.

*szkodliwe oddziaływanie pyłów, kontakt ze zwierzętami w gospodarstwie oraz żyjącymi na wolności, ukąszenia przez kleszcze*³⁵.

Powyższe informacje dotyczą jedynie rolników ubezpieczonych w KRUS tj. ok. 37 % ogólnej liczby rolników indywidualnych (stan w dniu 31.12.2002 r. wyniósł około 4 mln). Wypadki przy pracy rolniczej i choroby zawodowe pozostałej populacji rolników nie są objęte państwową statystyką

Rozwiązanie tych problemów wymaga kompleksowego podejścia do problemów społecznych wsi. Słusznym wydaje się postulat wyeliminowania zbędnego i drogiego pośrednika w transferze pieniędzy na cele zdrowotne na wsi - jakim jest Narodowy Fundusz Zdrowia. Należy również zlikwidować zbyt duże oddalenie oddziałów NFZ od ludności rolniczej - przybliżyć natomiast Kasę Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego - instytucji powstałej w 1990 roku. Kasa Rolniczego Ubezpieczenia Społecznego (KRUS) istnieje w systemie administracji publicznej od 1991 r., od chwili, gdy Parlament III RP powołał ją na mocy ustawy z 20 grudnia 1990 roku (Dz. U. z 1998 r. Nr 7 poz. 25 ze zm.) jako samodzielną instytucję odpowiedzialną za realizację wyodrębnionego z ZUS, kompleksowego systemu ubezpieczenia społecznego rolników. System ten ostatecznie usankcjonował prawo do zabezpieczenia społecznego znacznej części ludności wiejskiej. KRUS w chwili obecnej realizuje zadania z zakresu rehabilitacji leczniczej. Organizuje leczenie i rehabilitację na turnusach rehabilitacyjnych w Centrach Rehabilitacji Rolników, zakładach opieki zdrowotnej itd³⁶.

Postulat dr Andrzeja Kociniaka -Kamysza wydaje się stale aktualny. Zwrócił, on uwagę m.in. na fakt, że: "Chodzi przede wszystkim o ubezpieczenie zdrowotne, które np. w Austrii czy Niemczech funkcjonuje w obrębie systemu ubezpieczenia społecznego rolników. Należałoby w toku tej dyskusji także dowiedzieć, że wynikiłe z choroby lub ułomności problemy zdrowotne i inne bytowe powinny być załatwiane w jednym okienku przez jedną instytucję - właśnie KRUS - nie tylko z przyczyn praktycznych (Kasa ma do tego dobre przygotowanie instytucjonalne), ale także dlatego, by oszczędnie wydawać pieniądze z budżetu państwa na zabezpieczenie społeczne, zdrowotne i socjalne rolników"³⁷.

³⁵ <http://www.pip.gov.pl>: Sprawozdanie Głównego Inspektora Pracy z działalności Państwowej Inspekcji Pracy 2003.

³⁶ J. Kossakowski, *Orzecznictwo lekarskie w systemie ubezpieczeń społecznych rolników*, [w:] *Ubezpieczenia Społeczne i Zdrowotne w Rolnictwie*, pod red. J. Jastrzębskiej, Lublin 2003, s. 127.

³⁷ Konferencja Naukowa Teresin 7 - 8 września 2001 r., „*Ubezpieczenia w rolnictwie. Studia i Materiały*”, 2001, nr 3(11) s. 7.

Zmiany te mogą pozwolić na zahamowanie niekorzystnych zjawisk, jakie obserwujemy w opiece zdrowotnej na wsi. Pozwoli na oparcie tej opieki z powrotem na ośrodkach zdrowia. Powinny być one finansowane z trzech źródeł: KRUS-u, samorządów oraz z budżetu państwa. Oprócz zadań z zakresu medycyny zapobiegawczej i naprawczej (m.in. mogłyby stanowić zaplecze diagnostyczne dla medycyny rodzinnej, zapewniać nocną pomoc lekarską) powinny one również koordynować zadania z zakresu pomocy społecznej, rehabilitacji. Należy zastanowić się nad problemem tworzenia w części ośrodków baz dla ratownictwa medycznego, szczególnie tych, które znajdują się w miejscowościach oddalonych szpitali wielospecjalistycznych. Jak bowiem wiadomo, w stosunku do 41 procent ofiar wypadków specjalistyczne leczenie szpitalne rozpoczyna się po ponad 3 godzinach. Uwaga ta dotyczy zarówno wypadków komunikacyjnych jak i wypadków przy pracy.

Reasumując, należy zahamować proces likwidowania prowadzonych przez samorządy wielofunkcyjnych ośrodków zdrowia. Wymaga tego stale pogarszający się stan zdrowotny ludności wiejskiej. Jego poprawa powinna być jednym z głównych celów polityki zdrowotnej państwa. Należy pamiętać, że koncepcja ośrodków zdrowia sprawdzała się nie tylko w Polsce. Powinna być w dalszym ciągu realizowana i modyfikowana. Najlepszym rozwiązaniem wydaje się być dla terenów wiejskich system hybrydowy dający równe szanse SPZOZ jakim są ośrodki zdrowia oraz dla lekarzy rodzinnych, finansowany przez państwo, samorząd lokalny i KRUS.