

*prof. dr hab. med. Janusz Indulski,  
prof. dr hab. med. Henryk Rafalski*

## **Rozważania o zabezpieczeniu społecznym oraz higienie i bezpieczeństwie pracy ludności rolniczej w Polsce**

*Nadszedł czas na interwencję państwa i transfer środków finansowych do rolnictwa i na wieś po to, aby osiągać opłacalność produkcji rolnej i przetwórstwa żywnościowego oraz tworzyć nowe miejsca pracy w zawodach nierolniczych. Znosić drastyczne różnice w infrastrukturze społecznej i cywilizacyjnej miast i wsi.*

Wiarygodne jest uogólnienie J. Kennedy [29], które warto tu przypomnieć: „*bogaty jest zawsze zdrowszy, mniej choruje i dłużej żyje, aniżeli biedny*”. Długość życia i wskaźniki zgonów ludności zależą od wielkości dochodu narodowego mieszkańców. Dotyczy to wszystkich ustrojów i stron świata. Jest to zgodne również z wynikami naszej własnej analizy porównawczej opartej na danych WHO [65] oraz FAO [7]. Określono w niej związki między zamożnością, czynnikami środowiska i żywienia a długością życia i wskaźnikami zgonów ludności w 31 różnych krajach świata [48]. Stwierdzono, że spodziewana długość życia mężczyzn i kobiet jest skorelowana dodatnio – w pierwszej kolejności z wielkością dochodu narodowego (PKB) przeliczanego na mieszkańca. Natomiast wskaźniki zgonów, m.in.: z powodu chorób układu krążenia, naczyń wieńcowych i umieralności ogólnej, korelują ujemnie z wielkością PKB z podobnie wysoką wiarygodnością. Tylko wskaźniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych nie korelują się z wielkościami PKB.

Wyniki korelacji i regresji wielorakiej wykluczającej wykazały, że:

- spodziewana długość życia istotnie koreluje się dodatnio z wielkością PKB u mężczyzn i u kobiet  $F=0,0000$ ,  $p>95\%$ ;
- standaryzowane wskaźniki zgonów ogółem na 100 tys. ludności istotnie korelują się ujemnie z wielkością PKB u mężczyzn i u kobiet  $F = 0,0000$ ,  $p>95\%$ ;



- standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu chorób układu krążenia na 100 tys. ludności istotnie korelują się ujemnie z wielkością PKB u mężczyzn i u kobiet  $F=0,0000$ ,  $p>95\%$
- standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu chorób naczyń wieńcowych na 100 tys. ludności istotnie korelują się ujemnie: z wielkością PKB u mężczyzn  $F=0,0064$ ,  $p > 95\%$ ; u kobiet  $F = 0,0019$ ,  $p > 95\%$ .
- standaryzowane wskaźniki zgonów z powodu nowotworów złośliwych na 100 tys. ludności nie korelują się istotnie z wielkością PKB u mężczyzn i kobiet  $F= 0,6207$ ,  $p<95\%$ .

Współczynniki korelacji między wskaźnikami zdrowotnymi a PKB posiadają najwyższą znamienność w porównaniu do wartości, jakie osiągnęto ze wszystkimi innymi analizowanymi czynnikami środowiska naturalno-technicznego i społecznego.

Wyniki te znajdują potwierdzenie w analizach zależności między stanem zamożności poszczególnych klas społecznych a ich wskaźnikami zdrowia w Polsce. Ludność rolnicza, która osiąga dochody niższe niż mieszkańcy miast, charakteryzuje się równocześnie gorszymi wskaźnikami zdrowia, niższymi standardami zabezpieczenia społecznego i wykorzystania świadczeń opieki zdrowotnej [16, 38, 39, 40, 41, 42].

Ludność rolnicza oczekuje zatem wciąż na swoją szansę, aby móc wyrównać różnice w standardach cywilizacyjnych warunków życia, ochronie zdrowia, higienie i bezpieczeństwie pracy w aktualnej transmisji ustrojowej – w systemie demokracji parlamentarnej i społecznej gospodarce rynkowej.

---

### **Uwarunkowania potrzeb zdrowotnych ludności wiejskiej**

---

Można przyjąć, że mieszkańcy wsi i miast mają zbliżone potrzeby zdrowotne i podobne zapotrzebowanie na ochronę zdrowia, ubezpieczenia społeczne oraz na cywilizowane warunki życia, pracy i wypoczynku. Jednakże w rzeczywistości w obydwu populacjach zarówno stan i zakres tych potrzeb, jak i sposób ich zaspokajania, jest różny i nierówny. Różnice te mają historyczne uwarunkowania w położeniu społeczno-gospodarczym chłopów oraz ich traktowaniu, tak w ustroju feudalnym i kapitalistycznym, jak i w realnym socjalizmie w Polskiej Rzeczpospolitej Ludowej [8, 9].

Wskaźniki zdrowia ludności rolniczej we wszystkich ustrojach są związane ze specyficznymi czynnikami zdrowotwórczymi i chorobotwórczymi oraz z przyrodniczo-technicznymi warunkami bytowania i pracy w gospo-



darstwie rolnym. Wiązą się także z uciążliwościami wynikającymi z typowych niedostatków infrastruktury cywilizacyjnej i społecznej w osiedlu wiejskim. Mają związek z przyrostem naturalnym ludności oraz z przemieszczeniami w strukturze mieszkańców wsi i miast w okresie ostatnich 80. lat istnienia niepodległego państwa polskiego [39, 41, 42, 53].

**Struktura ludności wiejskiej i rolniczej w Polsce w latach 1921-1996 (w odsetkach)**

Lata	Ludność			
	na wsi	w mieście	rolnicza	pozarolnicza
1921	75	25	64	36
1938	72	28	60	40
1946	68	32	50	50
1990	38	62	18	82
1996	38	62	18	82

Procesy społeczno-gospodarcze w latach 1921-1938 nie przeobraziły istotnie struktury ludności, natomiast w latach 1946-1990 wpłynęły radykalnie na przemieszczenie jej ze wsi do miasta i z rolnictwa do zawodów pozarolniczych [13, 14].

Intensywne uprzemysłowienie i urbanizacja kraju w latach 1950-1980 doprowadziły do istotnych przeobrażeń i przemian w liczbie i strukturze mieszkańców Polski, przyczyniając się do rozładowania przeludnienia w obszarach wiejskich. Po roku 1945 nastąpił przyrost ok. 15 mln nowo narodzonych osób; ludność Polski wzrosła z ok. 23 mln w 1946 r. do ok. 38 mln w 1996 r.

Przyrost ten w 2/3 wywodzi się z rodzin wiejskich i stanowi ok. 60 proc. wszystkich aktualnie żyjących mieszkańców Polski. W strukturze ludności kraju odsetek mieszkańców wsi zmniejszył się z ok. 70 proc. w 1946 r. do ok. 38 proc. w 1996 r. Ludność rolnicza stanowi zaledwie ok. połowę mieszkańców wsi. Zatem ok. 18 proc. wszystkich obywateli w Polsce utrzymuje się z dochodów rolniczych. Z kraju rolniczego i wiejskiego z lat 50. Polska przemieniła się w kraj przemysłowy i miejski [13, 14, 22, 40, 41, 42, 44].

Jak na warunki europejskie, w latach 1945-1970 charakteryzuje ludność polską wysoki przyrost naturalny i przyrost netto liczby mieszkańców. Wysokie wskaźniki przyrostu zaczęły się systematycznie, wyraźnie obniżać od początku lat 70. i spadek ten trwa nadal. W ostatnim dziesięcioleciu następuje gwałtowne obniżenie przyrostu naturalnego, którego wartości upodob-



niają się do wskaźników w krajach Unii Europejskiej. Jednakże mieszkańcy wsi przez całe minione 10-lecie wykazują wyższą dynamikę urodzeń i przyrostu naturalnego niż ludność miast. Stąd przyrost netto ludności w Polsce wywodzi się głównie z przyrostu naturalnego w rodzinach wiejskich. Wyniósł on ok. 15 mln osób i nastąpił w latach 1946-1990.

**Wskaźniki zgonów i przyrostu naturalnego na 1 000 mieszkańców**

Polska w latach	w mieście		na wsi	
	zgonów	przyrost naturalny	zgonów	przyrost naturalny
1931-35	12,7	5,0	16,3	13,0
1951-55	10,0	16,6	11,2	18,8
1968-70	7,4	8,7	8,2	10,6
1990-91	9,6	3,0	11,2	6,0
1996	9,3	0,3	11,0	2,4

W porównaniu do mieszkańców miast ludność wiejską charakteryzują zarówno wyższe wskaźniki zgonów, jak i wyższe wskaźniki przyrostu naturalnego. Liczba urodzeń przypadająca na jedną kobietę na wsi wynosiła przeciętnie więcej niż troje dzieci, podczas gdy na kobietę w mieście przypadło dwoje. Stąd w strukturze ludności na wsi występuje wyższa niż wśród mieszkańców miast liczba kobiet wielodzietnych, dzieci, osób w wieku emerytalnym. W miastach przeważa odsetek roczników w wieku produkcyjnym, wśród których na jednego pracującego przypada mniej osób na utrzymaniu niż na wsi [21, 39, 40, 41, 44].

**Dysproporcje między ujawnionym stanem zdrowotnym a wielkością nakładów przeznaczonych na ochronę zdrowia ludności**

Wielkość i dynamika przyrostu ludności w Polsce były z reguły wyższe niż przyrost dochodu narodowego oraz przyrost dóbr inwestycyjnych, konsumpcyjnych oraz środków przeznaczonych na zabezpieczenie społeczne



w przeliczeniu na mieszkańca. Dysproporcje te były głębsze i wpływały niekorzystnie na położenie społeczno-gospodarcze ludności wiejskiej w porównaniu do mieszkańców miast. Jednocześnie, odwrotnie do ujawnianych potrzeb społecznych ludności, w celu ich zagwarantowania lokalizowano na wsi (w przeliczeniu na liczbę mieszkańców) nieproporcjonalnie mniej zakładów oraz instytucji zdrowotnych, oświatowych i opiekuńczych niż w mieście [28, 39, 40, 41, 44]. Dysproporcje te i zróżnicowane ryzyko środowiskowe oraz niewystarczające nakłady na ochronę zdrowia w poszczególnych dziesięcioleciach mają niewątpliwy związek z niezadowalającymi standardami długości spodziewanego trwania życia ludności w Polsce, zarówno w mieście, jak i na wsi.

### Przeciętne dalsze trwanie życia noworodka

Polska w latach	męskiego		żeńskigo	
	miasto	wieś	miasto	wieś
1931-32	51,4	47,4	55,9	50,0
1952-53	59,0	58,3	65,4	66,3
1965-66	66,8	66,9	73,1	72,6
1990-91	66,5	66,4	74,9	75,9
1995-96	68,4	67,8	76,4	76,9

Spodziewane trwanie życia mężczyzn i kobiet zarówno w mieście, jak i na wsi wydłużyło się na przestrzeni lat 1931-1966. W okresie 1966-1997 notuje się raczej stagnację, aniżeli wzrost wskaźników przeciętnego dalszego trwania życia obydwu płci, niezależnie od miejsca zamieszkania [13, 14].

Jest faktem, że w okresie 50-lecia nastąpiło istotne wydłużenie życia do ok. 10-12 lat, zależnie od płci. Trwanie życia od roku 1952, wynoszące u kobiet 65 lat, w 1996 roku wydłużyło się do 76 lat, a u mężczyzn – z ok. 58 lat do 68 lat [13, 14]. Jednakże wskaźniki te wskazują, że trwanie życia ludności polskiej jest wciąż krótsze niż w krajach Unii Europejskiej [66].

Warto także zestawić aktualną długość życia polskiej ludności z genetycznym potencjałem, który umożliwia człowiekowi przeżyć w sprawności do ok. 120-130 lat i uświadomić dystans, jaki dzieli go od ideału.

Osiągnięte, niezadowalające standardy trwania życia ludności polskiej mają niewątpliwy związek z przyczynami przedwczesnej umieralności mężczyzn i kobiet w wieku poniżej 65 roku życia. Powiązane jest to wciąż



z wysoką umieralnością niemowląt i dzieci, wśród których ok. 10 proc. rodzi się wcześniakami i ok. 30 proc. rodzi się wprawdzie o czasie, ale z niską masą ciała. Wskazuje to, że ok. 30 proc. noworodków przyszło na świat wśród matek, które cierpiały na różne dolegliwości ciążowe prowadzące do opóźnienia rozwoju płodu [12, 66].

W strukturze przyczyn przedwczesnych zgonów ludności polskiej nastąpiły radykalne zmiany i przeobrażenia. Spadły kilkakrotnie wskaźniki umieralności z powodu ostrych chorób zakaźnych, pasożytniczych i okołoporodowych, a na ich miejsce pojawiły się zgony z powodu chorób przewlekłych i degeneracyjnych.

Struktura przyczyn zgonów upodobniła się do struktury przyczyn umieralności ludności krajów Europy Zachodniej, natomiast wielkość wskaźników zgonów jest wciąż wyższa [21, 32, 66].

Około 4/5 mężczyzn i ok. 2/3 kobiet umiera przedwcześnie z powodu chorób układu krążenia, wypadków, urazów i zatruc oraz nowotworów złośliwych. Istnieją oczywiście różnice w strukturze i wskaźnikach zgonów według płci i wieku wśród ludności wsi i miast. Są one wyższe wśród mieszkańców wsi [28, 39, 40, 53].

**Struktura wg kolejności najczęstszych powodów zgonów wśród ludności obydwu płci w latach 1970-1985**

miasto	wieś
– choroby układu krążenia	– choroby układu krążenia
– nowotwory złośliwe	– nowotwory złośliwe
– wypadki, urazy, zatrucia	– choroby układu oddechowego
– choroby przemiany materii	– choroby zakaźne, pasożytnicze
– choroby układu trawiennego	– wypadki, urazy, zatrucia
– choroby układu oddechowego	– choroby układu trawiennego

Choć powody zgonów wśród ludności wiejskiej i miejskiej są podobne, to ich częstość oraz intensywność jest różna. U ludności wiejskiej wśród przyczyn pojawiają się na wysokiej pozycji zgony spowodowane chorobami układu oddechowego i chorobami zakaźnymi i pasożytniczymi [28, 39].

Aby osiągnąć takie wskaźniki długości życia wśród ludności polskiej, jakie występują wśród mieszkańców niektórych krajów Unii [65], należałoby zainwestować w stan zdrowia obywateli tyle środków, ile przeznaczyły na te cele zachodnie kraje europejskie. Czy i kiedy jest to możliwe, aby taki proces mógł nastąpić w Polsce, trudne jest to do przewidzenia w najbliższej



przyszłości, zwłaszcza że w aktualnej transformacji społeczno-gospodarczej, w której bogaty się bogaci, a biedny biednieje, ci ostatni stanowią co najmniej 3/4 całego społeczeństwa.

## Poprawie rozwoju somatycznego młodych pokoleń nie towarzyszy istotny spadek przedwczesnej umieralności Polaków

Osiągnięty stan rozwoju biologicznego młodych pokoleń Polaków jest bardziej optymistyczny, aniżeli wskaźniki długości życia. Rozmiary somatyczne przeciętnego młodego Polaka i Polki są prawie zbliżone do rozmiarów ciał młodych mieszkańców Europy Zachodniej. Dotyczy to zwłaszcza roczników urodzonych w latach 60. i 70. i osiągających pełnoletność w latach 1980-1990 [3, 11, 28]. Dzieje się to dzięki wieloletniej poprawie wartości odżywczej pożywienia i cywilizacyjnych warunków życia dzieci, w porównaniu do warunków bytowania i pracy rodziców. Poprawa ta jest zauważalna prawie w każdej polskiej rodzinie wielopokoleniowej, w której dzieci są najwyższe i przerosły rodziców i dziadków. Jednakże istnieją wciąż różnice w rozmiarach i smukleniu sylwetki ciała, sile motorycznej i dojrzałości szkolnej między miejskimi i wiejskimi rówieśnikami. Najwyższy rozmiar osiąga młodzież stolicy, następnie rówieśnicy z miast, a na koniec młodzież ze wsi i w rodzinach rolniczych [3,11, 28].

### Przeciętna wysokość i masa ciała mężczyzn i kobiet w 18-19 roku życia w dużych miastach i na wsi, określona w ogólnopolskich badaniach antropologicznych w latach 1955-1978

Urodzeni w latach	Badani w latach	Wysokość w cm				Masa w kg			
		miasto		wieś		miasto		wieś	
		M	K	M	K	M	K	M	K
1937	1955	168	156	166	155	61	53	61	53
1949	1967	173	160	170	158	64	54	62	55
1957	1975	176	163	172	160	65	56	63	55
1973	1991	178*	164			68	57		

[Bielecki, Welon, Waliszka, 1981 r.]

\* dane dla miasta Poznania z 1991 r.

M – mężczyźni; K – kobiety



Rozmiary somatyczne ciała chłopców i dziewcząt zamieszkałych w dużych miastach były istotnie większe niż rozmiary ich rówieśników ze wsi. Notuje się istotne przyrosty w wysokości i masie ciała u obu płci, ale mniejsze przyrosty notuje się wśród młodzieży wiejskiej. Warto tu zauważyć i podkreślić następujące fakty: powiększeniu się rozmiarów i smukleniu sylwetki ciała wśród młodych roczników urodzonych po 1945 roku nie towarzyszy równocześnie istotny spadek wskaźników przedwczesnej umieralności oraz znaczące wydłużenie spodziewanego trwania życia.

Być może środowiskowe przyczyny, które miały niewątpliwy wkład w poprawę rozwoju somatycznego dla ok. 60% społeczeństwa polskiego, nie wywierają jednocześnie zauważalnego wpływu na spadek przedwczesnych zgonów. Przyczyny te, albo nie mają istotnego związku z umieralnością ludności, albo zbieżność poprawy wskaźników rozwoju somatycznego ze wskaźnikami przedwczesnych zgonów ujawni się dopiero w kolejnych pokoleniach. Inaczej mówiąc, nie zauważa się zbieżności statystycznej między trendem zwiększenia rozmiarów i smuklenia sylwetki ciała a trendem spadku wskaźników przedwczesnej umieralności mieszkańców miast i wsi.

Skrótowy z konieczności przegląd uwarunkowań sytuacji zdrowotnej ludności kraju wykazuje, że ludność wiejska charakteryzuje się istotnie większym zakresem potrzeb różnego rodzaju opieki medycznej, potrzeb z zakresu pomocy społecznej oraz oświaty i wychowania zdrowotnego niż mieszkańcy miast. Potrzeby mieszkańców wsi nie są jednak odpowiednio zaspokajane, chociaż zasoby kadrowe i szpitalne służby zdrowia są wystarczające w skali całego kraju [14, 40, 41].

---

### **Warunki powodzenia transformacji ustrojowej w zakresie poprawy ochrony zdrowia i zabezpieczenia społecznego ludności rolniczej**

---

Do 1972 r. ludność rodzinnych gospodarstw rolnych nie była objęta bezpłatnym systemem państwowej opieki zdrowotnej, natomiast do 1980 r. – powszechnym ubezpieczeniem społecznym. W okresie istnienia państwa polskiego w latach 1918-1998 (tj. ponad 60 lat) ludność rolnicza była pozbawiona ubezpieczeń zdrowotnych oraz ubezpieczeń emerytalno-rentowych, powypadkowych i rodzinnych, z jakich korzystali pracownicy najemni zatrudnieni w zakładach państwowych, spółdzielczych i prywatnych w latach 1945-1996.



Niezależnie od dotychczasowych ustrojów państwa polskiego, polityka społeczno-gospodarcza stwarzała przywileje i realne warunki dla uprzemysłowienia i rozbudowy miast. Ludność miast, zarówno ta z rodowodem mieszczańskim, jak i wywodząca się w pierwszym pokoleniu ze wsi, korzystała w wyższym stopniu ze zdobyczy wzrostu gospodarczego, przyrostu i podziału dochodu narodowego (PKB) oraz z różnych form zabezpieczenia społecznego niż ludność wsi [13, 14, 40, 41]. Przypominanie o tym władzy i społeczności miejskiej jest oczywiście niepopularne.

W latach 1918-1920, a więc na samym starcie państwa polskiego, ok. 75 proc. dochodu narodowego pochodziło z dochodów rolnictwa, pomimo jego rozdrobnienia: aż 35 proc. gospodarstw rodzinnych stanowiły gospodarstwa poniżej 2 ha. W obydwu ustrojach uchwalono reformę rolną i parcelację majątków ziemskich: w 1920 i 1946 roku.

Realizacja obydwu reform nie doprowadziła jednak do takiej przebudowy, jaka mogłaby zapewnić koncentrację ziemi, produkcję towarową i samowystarczalność ekonomiczną gospodarstwom rodzinnym, tak w II RP, jak i w PRL [13,14].

**Struktura rodzinnych gospodarstw rolnych w Polsce w latach 1921-1996 (w odsetkach)**

Powierzchnia gospodarstw w ha	Lata				
	1921	1938	1950	1980	1996
0-5	61	64	54	53	51
5-10	25	24	33	33	30
10 i więcej	14	12	13	17	19
liczba gospodarstw w mln	3,4	4,5	2,9	2,3	2,0

Polityka społeczno-gospodarcza w II RP w latach 1921-1938 sprzyjała dekoncentracji ziemi i spadku towarowości gospodarstw. W PRL natomiast polityka rolna w latach 1946-1996 niedostatecznie wpływała na koncentrację ziemi znacznej liczby gospodarstw oraz wzrost ich towarowości [13, 14]. Rodzinne gospodarstwa rolne w latach 1946-1996 użytkowały ok. 70-80 proc. powierzchni gruntów rolnych i nie podały się administracyjnej kolektywizacji.

Jedną z głównych przyczyn niepowodzeń przebudowy gospodarki rolnej było to, że w latach 1945-1970 ludność rolnicza musiała pod przymusem eko-



onomicznym i administracyjnym świadczyć na rzecz uprzemysłowienia i urbanizacji, a więc dokonywać transferu dochodów kosztem zaniedbań i stagnacji własnego gospodarstwa. Musiała także dostarczać środki i siłę roboczą do rozbudowy sieci ośrodków zdrowia, szpitali, przychodni specjalistycznych, domów opieki społecznej oraz zakładów oświaty i kultury.

Osiągnięty do 1996 r. stan zabezpieczenia społecznego i warunków życia i pracy na wsi przeczy obiegowym opiniom, że ludności wiejska, zwłaszcza rolnicza, istotnie zyskała na uprzemysłowieniu i urbanizacji. Ludność rolnicza nie korzystała z państwowych, opiekuńczych środków zabezpieczenia społecznego, bo albo nie miała do tego uprawnień, bądź nie starczało dla niej środków, a jeżeli już korzystała, to w mniejszym stopniu niż mieszkańcy miast [39, 40, 41].

Zdaniem ekonomistów rolniczych [8, 9] dochody rolnicze z reguły były niższe w latach 1960-1980 o około 20-25 proc., w latach 1980-90 o około 25-30 proc. i w latach 1990-97 o ok. 30-45 proc. niż dochody ludności nierolniczej.

Nadszedł więc obecnie czas na interwencję państwa i transfer środków finansowych do rolnictwa i na wieś po to, aby osiągać opłacalność produkcji rolnej i przetwórstwa żywnościowego oraz tworzyć nowe miejsca pracy w zawodach nierolniczych. Znosić drastyczne różnice w infrastrukturze społecznej i cywilizacyjnej miast i wsi.

Jest więc potrzebne przyzwolenie społeczne, wola polityczna parlamentu i rządu III RP na stały transfer środków z dochodu narodowego. Szacuje się, że aby doprowadzić do realnych przekształceń społeczno-zawodowych ludności rolniczej, wielkość nakładów i dopłat powinna wynosić ok. 40 proc. wartości produkcji rolniczej rodzinnych gospodarstw rolnych. Wielkość tych nakładów byłaby wówczas zbliżona do wielkości nakładów stosowanych w krajach Unii Europejskiej [39, 40, 41]. Powinny one docierać bezpośrednio do producenta rolnego, z pominięciem wszelkich dotychczasowych pośredników administracyjnych i usługowych, którzy – jak dotąd – przechwytyją większą część środków budżetowych i pozabudżetowych przeznaczonych na produkcję rolną i utworzenie pozarolniczych miejsc pracy na wsi.

Śladem najlepszych doświadczeń polskiego ruchu spółdzielczego zbytu produktów rolnych i zaopatrzenia ludności wiejskiej oraz wzorem sprawdzonych działań spółdzielczości w najbogatszych krajach świata (Japonia, UE oraz USA i Kanada) ochronę dochodów rolniczych może jedynie zapewnić systemowo reaktywowana spółdzielczość rolnicza i wiejska we współpracy z samorządem gminnym.

Stworzone po 1990 r. rządowe i prywatne, tzw. rynkowe pośrednictwo usług między producentami rolnymi a konsumentami pozbawiło rolników



prawnej i ekonomicznej ochrony dochodów, natomiast konsumentom odebrało skuteczną ochronę kosztów utrzymania oraz racjonalizacji wydatków w budżetach gospodarstw domowych.

---

### **Samorządy ziemskie organizatorem społecznego ruchu higienizacji wsi**

---

Mieszkańcy wsi, a szczególnie zaś ludność rolnicza, współuczestniczą od lat w reformach i poprawie warunków działania wiejskiej służby zdrowia, w społecznym ruchu higienizacji środowiska bytowania i pracy, zgodnie z hasłem „sami sobie poprawiamy nasz los”. Tradycje społecznego ruchu ludowego w różnych dziedzinach życia i pracy na wsi liczą w Polsce co najmniej sto lat. Ponad 30 organizacji wniosło trwałe ślad w poprawę zdrowia, oświaty i kultury, higienizacji środowiska wiejskiego, w tworzenie spółdzielczości rolniczej oraz postęp gospodarki. Był on nie mniejszy niż wkład administracji państwowej.

Działacze społecznego ruchu ludowego i ludność wiejska wnieśli znaczny materialny udział w rozbudowę sieci państwowych i spółdzielczych ośrodków zdrowia, aptek, domów opieki, szkół i przedszkoli. Stanowił on ok. połowę środków przeznaczonych w latach 1946-1990 na wybudowanie 3 300 wiejskich ośrodków zdrowia. Społeczny ruch wspomagali lekarze, pielęgniarki, fachowy personel służby sanitarno-epidemiologicznej, służąc fachowymi radami i pomocą. Społeczny ruch budowy placówek zdrowotnych przejawiał działanie w wielu kierunkach, m.in. w krzewieniu podstawowej wiedzy, bieżącej informacji naukowej, w fachowej konsultacji, jak i konkretnym działaniu na rzecz poprawy opieki zdrowotnej i warunków życia i pracy na wsi.

Zakres dotychczasowego działania ruchu higienizacji wsi przejawia się w organizacji szkolenia, prowadzenia różnorodnych konkursów i akcji prozdrowotnych, społecznych szkół zdrowia, oświaty rolniczej i kursów bezpieczeństwa i higieny pracy. Ruch higienizacji ma swój trwały wkład w budowanie lokalnych wodociągów, studni głębinowych, fachowej utylizacji odpadów rolniczych, ścieków bytowych i produkcyjnych, wreszcie służył wspomaganie intensywnej towarowej produkcji rolnej. Dorobkiem Ruchu jest także przygotowywanie koncepcji rozwiązań prawno-organizacyjnych minimum higienicznego rodzinnego gospodarstwa rolnego i osiedla wiejskiego.



Koncepcje minimum były przedkładane administracji samorządowej i państwowej do rozpatrzenia i przygotowania udziału środków państwowych i samorządowych do poprawy życia i pracy na wsi [28, 39, 40, 41, 42].

### **Reforma służby zdrowia powinna znosić różnice w dostępie opieki zdrowotnej do zdobyczy nauki i techniki medycznej**

Należy uznać, że w PRL w latach 1970-1990 osiągnięto stan kadr medycznych oraz zasobów infrastruktury zdrowotnej (przychodni, szpitali, sanatoriów, domów opieki społecznej) w przeliczeniu na mieszkańców taki, jaki notuje się aktualnie w krajach Unii Europejskiej [14, 20, 25, 28].

#### **Stan personelu medycznego i łóżek szpitalnych w Polsce na 10 tys. mieszkańców w latach 1923-1996**

lata	lekarze	pielęgniarki	łóżka szpitalne
1923	2,4	2,5	21,9
1938	3,7	4,6	21,7
1948	3,2	5,1	34,1
1990	21,6	54,4	57,2
1996	23,5	55,7	54,9

Faktyczny przyrost zasobów kadr medycznych i bazy szpitalnej nastąpił po roku 1948, a szczególnie intensywny był w latach 1960-1980. Jednak dystrybucja zawsze była nierównomierna. Mieszkańcom wsi, stanowiącym ok. 40 ogółu ludności polskiej, udostępniono bezpośrednio tylko ok. 20 proc. tych zasobów [13, 14].

Sprawiła to m.in. realizacja doktrynalnej polityki ustrojowej w PRL, że nadbudowa w postaci świadczeń i usług społecznych musi podążać za bazą ośrodków przemysłowych i urbanizowanych. Musiało to więc pogłębiać różnice w zaspokajaniu potrzeb ludności miast w stosunku do mieszkańców wsi. Stąd powstały istotne dysproporcje i przesadnie nadmierna lokalizacja



zasobów w stosunku do liczby mieszkańców w regionach zachodnich kraju oraz w województwach uprzemysłowionych w porównaniu do obszarów rolniczych.

Wszystkie zasoby materialne i kadrowe były tworzone w ramach państwowego systemu ochrony zdrowia finansowanego z budżetu państwa oraz ze społecznych dopłat obywateli w latach 1950-1996. Okazało się, że nakłady wynoszące stopniowo 3-4 do 5 proc. PKB i ok. 10-15 proc. budżetu krajowego nie wystarczały na pożądany standard świadczeń i eksploatację rozbudowanych zasobów służby zdrowia [14, 18 40, 41].

Być może dlatego znacznemu przyrostowi personelu medycznego, zasobów łóżek szpitalnych, przychodni i poradni medycznych wyposażenia diagnostyczno-leczniczego w latach 1970-1996 nie towarzyszył równocześnie radykalny spadek przedwczesnych zgonów, m.in. z powodu chorób układu krążenia i nowotworów złośliwych, oraz nie zanotowano także wydłużenia spodziewanego trwania życia mężczyzn i kobiet w takim zakresie, w jakim zależy to od sprawnej i skutecznej opieki zdrowotnej np. w krajach Unii Europejskiej, Japonii, USA czy Kanadzie.

Rozbudowana polska służba zdrowia jest w parametrach ilościowych średnio przygotowana fachowo i kompetencyjnie, a dysponując niskimi nakładami w przeliczeniu na pacjenta i na zatrudnionego, nie jest w stanie doprowadzić do pożądanej poprawy zdrowia i obniżenia przedwczesnej umieralności ludzi. Możliwości te nie mają porównania do wkładu, jaki wnosi służba zdrowia i opieka medyczna krajów Unii Europejskiej.

W porównaniu do mieszkańców miast, ludność rolnicza korzystała przeciętnie 2-4-krotnie mniej ze wszystkich świadczeń dostarczanych przez państwowy system opieki zdrowotnej [39, 40, 41]. Jest zatem nieustannie zainteresowana zwiększeniem wszystkich dostępnych świadczeń w ogniwach podstawowej, specjalistycznej i szpitalnej służbie zdrowia. Jest także za przeprowadzeniem reformy opieki zdrowotnej, aby opieka ta była bardziej skuteczna, wydajniejsza i bez trudu osiągalna na wsi.

W świetle tej uproszczonej analizy uzasadnione jest stwierdzenie, że istotą niewydolności całego systemu opieki zdrowotnej jest wadliwe i niedostateczne zaspokajanie potrzeb ogółu ludności w tej sferze życia społecznego. W dużej mierze jest to wynik dysproporcji między potrzebami finansowymi całego systemu opieki zdrowotnej a wielkością środków budżetowych przeznaczonych na utrzymywanie i eksploatację rozbudowanych kadr i zakładów służby zdrowia. Dysproporcji tej towarzyszy równocześnie niegospodarność i niedostateczna kontrola wydatków na usprawnienie opieki zdrowotnej.

Wydatki na opiekę, przeznaczane rocznie na statystycznego Polaka w kwocie ok. 150-200 USD, są niewspółmiernie niskie do wydatków na jednego mieszkańca w krajach Unii Europejskiej (od 350 do 2100 USD).



Można więc przyjąć, że ludność wsi i miast popiera i akceptuje takie projekty reformy ochrony zdrowia, które będą prowadziły do zwiększenia nakładów finansowych z PKB, racjonalizacji wydatków, optymalizacji wykorzystania zasobów kadrowych i materialnych [30, 31]. Równocześnie nie może ona wyrazić zgody na to, aby odbierać uprawnienia nabyte od lat, pogarszać osiągalność opieki zdrowotnej, wreszcie akceptować wymuszanie wszelkiego rodzaju dopłat za należne świadczenia medyczne [40, 41].

Oczekiwania społeczeństwa związane z reformą służby zdrowia i opieki zdrowotnej stanowią jednocześnie naczelną cel oraz istotę przeobrażeń, jakie muszą przynieść odpowiedni, zauważalny wkład w ograniczenie przedwczesnej umieralności z powodu chorób i urazów. Kompetentna, skuteczna, ciągła opieka zdrowotna jest w stanie przeciwdziałać i wydłużyć spodziewane trwanie życia, sprawnego psychicznie i somatycznie na tyle, na ile zależy to od działania sprawnej opieki zdrowotnej.

Każdy pacjent spodziewa się, że reforma spowoduje zniesienie przeszkód w korzystaniu z różnych form opieki zdrowotnej, jakie wyłącznie zależą od organizacji i funkcjonowania służby zdrowia. Stanowią one ok. 50 proc. wariacji dostępności wykorzystania opieki zdrowotnej w Polsce. Pacjenci oczekują m.in. na zniesienie trudności w osiąganiu skutecznej porady medycznej w potrzebie zdrowotnej, tak w miejscu zamieszkania, jak i na miejscu zdarzenia chorobowego i urazu. Wiąże się to z możliwością dostępu do odpowiedzialnego lekarza ogólnego, który posiadałby nie więcej niż 1 500 podopiecznych, oraz ze sprawną organizacją doraźnej pomocy medycznej uzupełniającej działania podstawowej opieki zdrowotnej.

Oczekiwania te wiążą się z potrzebą opracowania ustawy o prawach i obowiązkach podstawowej opieki zdrowotnej, jej miejsca w kasach chorych oraz o statusie lekarza ogólnego (domowego).

Ludzie oczekują uregulowania prawnie gwarantowanych bezpłatnych świadczeń zdrowotnych oraz uzasadnienia dopłat i opłat za ponadstandardowe usługi; wreszcie zaprzestania manipulowania cenami i opłatami za leki, wzrostu kosztów leczenia i rehabilitacji, niezrozumiałych dla pacjentów i niezgodnych z konstytucyjnymi zasadami i ustawami o ochronie zdrowia. Wydatki ponoszone przez pacjentów na zakup leków i środków leczniczych wynoszą od 40-60 proc. wszystkich wydatków na opiekę medyczną i stanowią istotną barierę w osiągalności oczekiwanej poprawy opieki zdrowotnej [33, 40].

Koszty zakupu leków i środków leczniczych ponoszone przez ludność polską należą do najwyższych w krajach posiadających ubezpieczenia społeczne. Są one niewspółmiernie wysokie w porównaniu do struktury wydatków ponoszonych przez ludność krajów UE. Wiąże się to z tym, że ludność



polska nie ma m.in. zapewnionej ustawowo ochrony prawnej i ekonomicznej kosztów utrzymania. Ochrona ta wzorem krajów UE powinna być zagwarantowana przez rząd i organizacje konsumentów i pacjentów, zgodnie z ustawowym rozwinięciem konstytucyjnych praw ekonomicznych, społecznych i kulturalnych obywatela (Konstytucja RP, 1997).

---

### **Medycyna wsi jest w stanie objąć ludność rolniczą podstawową opieką zdrowotną**

---

Twórcy i organizatorzy ochrony zdrowia działający w różnych ustrojach społeczno-gospodarczych w Polsce na przestrzeni ostatnich 100 lat posługiwali się pojęciem: medycyna wiejska [27, 39]. Rozumieli przez to z reguły naturalne potrzeby zdrowotne ludności oraz stosowną do tych potrzeb organizację i funkcję podstawowej opieki zdrowotnej połączonej z należytym zapleczem specjalistycznej pomocy szpitalnej.

Podstawowe funkcje medyczne w organizacji opieki nad podopiecznym łączy z zasady zespół lekarsko-pielęgniarski. Zespół ten udzielałby świadczeń w zakresie medycyny ogólnej i obejmował około 1 500 osób ciągłą obserwacją zdrowotną w ambulatorium ośrodka zdrowia, w domu chorego oraz w miejscu pracy w gospodarstwie rolnym i w osiedlu wiejskim.

Potrzeby zdrowotne rodziny wiejskiej oraz społeczności lokalnych są uwarunkowane zarówno determinantami genetycznymi, jak i czynnikami specyficznego środowiska życia, pracy i wypoczynku w gospodarstwach rolnych oraz w osiedlach wiejskich. Niezależnie od wątpliwości i kontrowersji podnoszonych w fachowym piśmiennictwie medycznym można wyodrębnić specyficzne potrzeby zdrowotne ludności wiejskiej i rolniczej, uwarunkowane typowym środowiskiem przyrodniczym, cywilizacyjnym i społecznym odmiennym od środowiska uprzemysłowionego i zurbanizowanego ludności miejskiej [28, 39, 42, 53].

Specyfika potrzeb zdrowotnych mieszkańców wsi wiąże się nierozdzielnie m.in. z tym, że:

- rodziny rolnicze są tradycyjnie trzypokoleniowe;
- dzielą te same warunki bytowania, pracy i wypoczynku w gospodarstwie rolnym,
- charakteryzują się na ogół takim samym stylem życia,
- prezentują podobne zachowania zdrowotne,
- posiadają zbliżoną wiedzę o zdrowiu i chorobie,