

ŻYCIE GOSPODARCZE

TYGODNIK SPOŁECZNO-GOSPODARCZY

CENA 4 ZŁ



ŻYCIE I PRACA

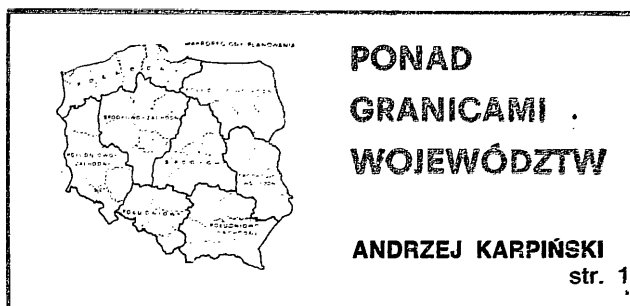
SZUKANIE MIAR POSTĘPU SPOŁECZNEGO

str. 7—10

Dobry gospodarz dba o to, co posiada

NASZ KOMENTARZ

str. 1



PONAD GRANICAMI WOJEWÓDZTWA

ANDRZEJ KARPIŃSKI

str. 1

W PRZEDNIU HELSINEK

ANDRZEJ LUBOWSKI

str. 13

FABRYKA I LUDZIE

ANNA SZYMAŃSKA

str. 3



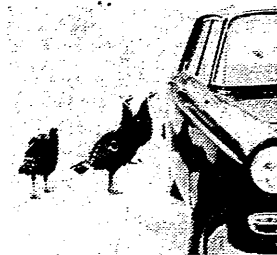
W 1974 r.

Volkswagen

stracił 600—700 mln DM

MICHAŁ RUSIŃSKI

str. 12



Kredyty inwestycyjne a rachunek produkcji dodanej

WALDEMAR KUCZYŃSKI

str. 11

PARASOLNICZE USŁUGI

POTRZEBUJEMY USŁUG „POD RĘKĄ”

PIOTR KRÓL

str. 5

Rynki surowcowe w I półroczu br.

KONIUNKTURA NA ŚWIECIE

str. 14

nasz komentarz

SZANUJMY CO MAMY

RZECZYWISTOŚĆ każe niekiedy pisać o rzeczach oczywistych. Dobry gospodarz dba przede wszystkim o to, co posiada, o majątek którym dysponuje. Tylko w ten sposób może go bowiem z pożytkiem wykorzystywać. Jeżeli zaś ten majątek decyduje się powiększyć, to nie po to, by wydawać pieniądze, lecz po to, aby móc więcej i lepiej produkować. Stąd jego uwaga skoncentrowana jest na eksploatacji, na racjonalnym użytkowaniu, właściwej konserwacji i odnowie posiadanych maszyn, budynków i innych obiektów.

Eksploatacja i konserwacja maszyn, urządzeń i pojazdów, którymi dysponuje nasza gospodarka, kosztuje rocznie kilkaset miliardów złotych. Jednak uwaga wielu gospodarzy uspołecznionego majątku jest skoncentrowana często głównie na tym, jak uzyskać nowe maszyny i urządzenia, a nie na tym, jak najlepiej, najracjonalniej wykorzystać już posiadane.

Oczywiście nikt nie postępuje tak, dlatego, że chce „na złość cioci odmrozić sobie uszy” — stąd zbadanie przyczyn powodujących lekceważenie i niedocenianie spraw eksploatacji jest ważnym zadaniem — bo bez ich poznania trudno znaleźć skuteczne środki zaradcze. Nad tym problemem pracowała komisja rządowa pod przewodnictwem wicepremiera Franciszka Kaimego, przygotowując, zarówno analizę stanu istniejącego, jak i program poprawy na przyszłość. Większość zawartych poniżej refleksji oparta jest na materiałach zgromadzonych przez komisję.

Panując w latach ubiegłych w naszej gospodarce „reguły gry” spowodowały pewne nastawienie psychiczne, klimat, który panuje gdzieś niegdyś po dziś dzień, a który można nazwać kultem dnia dzisiejszego bez oglądania się na przyszłość. Za najważniejsze uznaje się wykonanie bieżących ilościowych zadań produkcyjnych — jeżeli więc właściwa kon-

serwacja, planowe remonty itp. kolidują z tymi zadaniami — muszą w tej konkurencji przegrywać. Rzecz jasna odbija się to na możliwościach produkcyjnych w następnym okresie — wtedy więc woła się wielkim głosem o inwestycje, o nowe maszyny i urządzenia. Nie jest tu miejsce na wchodzenie w głębsze przyczyny takiego stanu rzeczy — ale można hasłowo choćby wymienić krótki, w zasadzie roczny horyzont planowania oraz związany z tym system ocen i bodźców. W wielu dziedzinach gospodarki sytuacja wyraźnie poprawiła się pod tym względem — ale pewne zle nawyki i tradycje pozostały. Ujemny wpływ tych nawyków ciężko przesłać nie tylko na ludzką mentalność, ale i na materialnych możliwościach prowadzenia prawidłowej polityki eksploatacyjnej.

Zaczynamy od ludzi. W każdym zakładzie są służby, które powinny zajmować się stroną eksploatacyjną całej działalności — konserwatorskie, remontowe itp. Jest to praca trudna, wymagająca wysokich kwalifikacji, zarówno od pracowników inżynierskich, jak i od bezpośrednich wykonawców. Muszą to być często kwalifikacje inne niż umiejętności konstruktora, technologa i robotników pracujących bezpośrednio w produkcji. Z reguły są one nabywane dopiero w praktyce — szczególnie, jeżeli chodzi o kadre inżynierskie. Nasze wyższe uczelnie techniczne nie kształcą specjalnej kadry „eksploatatorów” — ludzi przygotowujących właściwie do konserwacji i odnowy parku maszynowego. Sprawa polega nie tylko na tym, by umieli oni naprawić zepsutą maszynę. Chodzi o kadre, która będzie umiała — w zależności od warunków, w jakich pracują dane urządzenia — postawić odpowiednie wymagania tym, którzy je produkują, określić, jaki jest potrzebny serwis, ile i jakich części zamiennych, co, kiedy i w jakim zakresie należy konserwować i remontować, aby uzyskać ostatecznie optymalny efekt.

Nie ludźmi się, że problemy te załatwiają instrukcje obsługi, przygotowywane przez producentów. Nawet bowiem w przypadku, gdy są one przygotowywane na podstawie rzetelnie zebranych doświadczeń — a nie tylko założeń konstruktorskich — bardzo często odsyłają użytkownika do wyspecjalizowanych służb remontowych. A jeżeli takich służb brakuje, to co wtedy?

I tu dochodzimy do następnego problemu — do zaplecza naprawczego. W wielu dziedzinach takiego wyspecjalizowanego zaplecza po prostu brak, w wielu jest ono dalece niedostateczne. Można tu się posłużyć przykładem pozytywnym — hutnictwa żelaza i stali. Remont wielkiego pieca w r. 1949 trwał około 6 miesięcy. Od tego czasu nasze hutnictwo potrafiło stworzyć wyspecjalizowane przedsiębiorstwa remontowe (zaplecze to zatrudnia obecnie około 17 tys. osób). Efekt — skrócenie remontu wielkiego pieca do 40 dni, a pieca martenowskiego do 5—8 dni.

Odpowiednie kwalifikacje, wraz z możliwością koncentracji wyspecjalizowanych kadr i sprzętu — dalo tu ogromne efekty. W hutnictwie stworzenie takiej sytuacji było możliwe m. in. dzięki temu, że technologia niejako wymusza przeprowadzanie określonych zabiegów konserwatorsko-naprawczych, a ich zaniebawienie odbija się w sposób niezwykle bolesny i łatwo dostrzegalny.

Niestety, są dziedziny, gdzie różnorodność sprzętu jest nieporównanie większa, urządzenia opowiadają sobie mniej i jednostkowo tańsze, a przymus technologiczny nie tak wyraźny. Choć więc i tam właściwa eksploatacja ma nie mniejsze znaczenie — nie przywiązuje się do niej takiej wagi.

I w tym przypadku niewłaściwie pojmowany prymat produkcji powodował istotne zaniedbania. Np. za rozwojem produkcji samochodów nie nadążał rozwój wyspecjalizowanego zaplecza naprawczego. Obecnie trzeba więc nadrobić zaniedbania w tej dziedzinie, a często wchodzi w grę bardzo duże środki inwestycyjne, np. w przypadku zaplecza naprawczego-konserwacyjnego dla motoryzacji sięgają one kilkunastu miliardów złotych.

Nawet jednak najlepsze zaplecze naprawcze i służby konserwujące maszyny i urządzenia niewiele mogą zrobić, gdy brakuje części zamiennych. Jest to problem podno-

DOKOŃCZENIE NA STR. 2

PO REFORMIE ADMINISTRACJI TERENOWEJ

PLANOWANIE MAKROREGIONALNE

ANDRZEJ KARPIŃSKI

Decyzje XVII Plenum KC PZPR w sprawie dwustopniowej organizacji władz i administracji terenowej oraz zmiany podziału terytorialnego kraju stwarzają nowe warunki dla planowania regionalnego i nowe problemy wymagające rozwiązania. Na czoło tych problemów wysuwa się potrzeba tworzenia i rozwoju systemu planowania na szczeblu ponadwojewódzkim, które określał terminem planowania makroregionalnego.

WYDANE ostatnio Zarządzenie nr 41 Prezesa Rady Ministrów z 30.VI.1975 r. tworzy nowe zasady i warunki dla tego planowania. Ze względu na istotną rolę w całym systemie planowania sprawa ta zasługuje na szersze omówienie.

Cztery zasadnicze przyczyny powodują potrzebę tworzenia i rozwoju systemu tego planowania.

Na pierwszym miejscu wymienić należy zwiększenie liczby jednostek szczebla wojewódzkiego.

Potrzeba rozwoju planowania makroregionalnego narastała od szeregu lat. Już na VI Zjeździe Partii wskazano na potrzebę rozwoju planowania makroregionalnego oraz stworzenia systemu koordynacji międzyregionalnej w planowaniu. W uchwale VI Zjazdu Partii stwierdzono na ten temat co następuje:

„Planowe kształtowanie układów przestrzennych wiąże się z potrzebą kompleksowego projektowania i realizacji nowych inwestycji, zwłaszcza zaś inwestycji przemysłowych — ponad granicami powiatów i województw. Wymaga to opracowania skutecznych metod koordynacji międzyregionalnej, które pozwolą lepiej rozwiązywać problemy komunikacyjne, wykorzystania zasobów siły roboczej, gospodarki wodnej, ko-

nia i rozwijania systemu planowania makroregionalnego.

Drugą przyczyną powodującą konieczność tworzenia i rozwijania systemu planowania makroregionalnego jest fakt, że w nowych województwach o mniejszym obszarze nie możemy, bo byłoby nieracjonalne i społecznie niecelowe, odtwarzać całej sieci infrastruktury socjalnej i usług wyższego rzędu, występujących na szczeblu województw dawnych. Tak np. nie jest ekonomicznie i społecznie uzasadnione tworzenie 49 ośrodków onkologicznych w Polsce, czy też wyższych uczelni w każdym z 49 nowych województw. To samo dotyczy sieci handlu hurtowego, niektórych rodzajów szkół średnich itp.

Tak więc w nowym systemie pewne elementy sieci infrastruktury będą musiały nadal obsługiwać ludność więcej niż jednego województwa. Stąd programowanie tej sieci musi być realizowane na szczeblu wyższym niż województwo tak, aby zaspokajała ona możliwie najlepiej potrzeby całej ludności zamieszkałej na danym obszarze.

Trzecią przyczyną, niezwykle ważną, jest zachowanie całego dorobku planowania — perspektywicznego i przestrzennego. Dlatego od początku nowy podział terytorialny wiążano z potrzebą rozwinięcia planowania makroregionalnego. Prof. Z. Rybicki stwierdza na ten temat co następuje:

„Konstruując zasady podziału dwuszczeblowego staraliśmy się wykorzystać pewne pozytywne elementy poruszanej koncepcji (regionalizacji — dopisek A.K.) — przewidując możliwość porozumień ponadwojewódzkich i centralnego określania perspektywicznych planów rozwoju regionalnego dla pewnych obszarów

DOKOŃCZENIE NA STR. 2

Obraz dokonania „Glinika” byłby niepełny, gdyby nie dołączył doń ten meldunek z końca maja br.: „Załoga Fabryki Maszyn Wiertniczych i Górniczych, „Glinik” w Goricach melduje, że wykonała postawione przed nią zadania produkcyjne bieżącej 5-latkii w wysokości 560 mld 340 mln zł”.

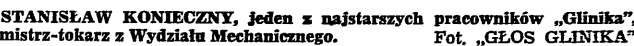
Zaczęli ambitnie, od nowoczesnych konstrukcji obudów hydraulicznych kroczących. W kopalniach ich jeszcze nie znano. Jeździli więc ze swoim wierzchem, jak z cyrkiem. Przekonywali do nowych urządzeń. Dziś, ile

W tym roku od 1 września w zasadniczej szkole utworzone zostanie średnie studium zawodowe dwójletniego rodzaju: trzyletnie dla tych,

Dziś, jeśli oczy zwracają się na „Glinik”, to nie z powodu biedy i strachu przed jutrem. Rodzice nie muszą wzywać na pomoc przychylonego losu, szczęście nie jest już potrzebne, żeby dostać się do „Glinika”. Wystarczy zgłosić się do działu kadr. Największe i najbardziej dynamiczne zakłady w okolicy już nie krzyczą wybrańcom, a sześciu tysiącom ludzi dają pracę i zarobek. A w

— I choć nigdzie w planach tego nie było, mamy fabrykę domów przy fabryce maszyn — mówi dyrektor. — Chcemy, aby osiedle, które dzieci niej zbudujemy było już osiedlem XXI wieku. Wyszukaliśmy odpowiedni teren, zaдрzewiony, nad rzeką Ropą, a dwa warianty tego osiedla opracowują na nasze zlecenie biura projektowe z Krakowa i Rzeszowa. Który będzie lepszy, zostanie zrealizowany.

Nie tylko mieszkania są mocną stroną „Glinika”. Wybudowano w ostatnich latach tuż przy fabryce piękną przychodnię, a w zasadzie górlckie centrum zdrowia. Tak dużego obiektu, świetnie wyposażonego, z gabinetami odnowy zdrowia, rehabilitacji, nie ma w mieście, a i w okolicy trzeba by dobrze po-



— Pamiętam — wspomina — w listopadzie mieliśmy zrealizować kontrakt, chyba dla Indii, na dostarczenie wiertnic. Wieczorem spot-

Patrzę w „Gliniku” z pewnym
dziwieniem, jak w niedaleko od
nich położonych dużych zakładach,
do których dowozi się 90 proc. pra-
cowników (a dowoży wiele kosztują)

Żeby się zorientować, jak ludzie chcieliby wykorzystywać wolne soboty, zakładowy socjolog przeprowadził badania. Wynikało z nich, że około 80 proc. ankietowanych zamierza dwa wolne dni przeznaczyć na czynny wypoczynek. Jak go widzą? Wycieczki do dużych miast połączo-

Latem w okresie pilnych prac powoływowych, odpowiednio planuje się urlopy, ustala zastępstwa. Przy Komitecie Zakładowym partii powołano specjalną komisję zajmującą się sprawami dojeżdżających.

— To, co robimy w tym zakresie, jest ściśle sprzęgnięte z procesem produkcyjnym, jest po prostu obowiązkiem wobec ludzi, potrzebą zakładów. Chciałbym, aby tak jak dobry sportowiec ze swoim klubem, tak nasza załoga była związana z fabryką.



SPORO instytucji zajmuje się zbieraniem i opracowywaniem danych liczbowych o ochronie zdrowia. Dane ogólne na ten temat są w rocznikach statystycznych GUS i wydawanym co dwa lata (począwszy od 1969 r.) Roczniku Statystycznym Ochrony Zdrowia oraz w rocznikach statystycznych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej. Poza tym są jeszcze roczniki statystyczne regionów oraz opracowania terenowych zakładów statystyki medycznej.

Można by więc sądzić, że czego jak czego, ale informacji o służbie zdrowia nam nie brakuje i stwarzają one dostateczne podstawy kształtowania polityki ochrony zdrowia i metod jej realizacji. A jednak właśnie z punktu widzenia potrzeb diagnozy stanu i tendencji rozwojowych ochrony zdrowia „branżowa” informacja statystyczna, dotycząca stopnia zaspokajania potrzeb ludności na świadczenia medyczne i ich społecznej efektywności wykazuje nadal duże niedoskonałości.

Trudno nawet ustalić stan szpitalnictwa ogólnego w układzie terenowym, gdyż sprawozdawczością nie obejmuje się szpitali wyłączonych z eksploatacji w związku z przeprowadzaniem w nich kapitalnym remontem przez okres dłuższy niż rok. I tak np. liczba szpitali w 1973 w stosunku do stanu z 1972 r. zmniejszyła się o 1 — w dawnym woj. kato-wickim, o 2 — w woj. poznańskim. Sprawia to nie lada trudność w ustalaniu właściwych trendów rozwojowych.

Nie wiadomo też np. ile łóżek szpitalnych przybyło w wyniku realizacji inwestycji, ile w drodze adaptacji lub modernizacji obiektów, albo w wyniku tzw. „zagęszczenia” sal chorych.

Z punktu widzenia koncentracji przestrzennej interesujące byłoby dane o stanie szpitalnictwa ogólnego w podziale wg ich wielkości mierzonej liczbą łóżek. Dane te jednak podawane są w publikacjach statystycznych tylko w skali ogólnokrajowej. Bowiemy instytucje kierujące działalnością opieki zdrowotnej w poszczególnych regionach znają ten problem „z pamięci”.

Następnym przykładem niedostatków w bieżącej informacji statystycznej z zakresu opieki zdrowotnej jest pomijanie danych charakteryzujących stan wyposażenia w wybrane rodzaje aparatury i sprzętu medycznego).

Rozmieszczenie zatrudnienia lekarzy, dentystów oraz pielęgniarek w zakładach podstawowego lecznictwa otwartego wykazuje znaczne dysproporcje między miastem i wsią. Jest to istotny powód, aby to zagadnienie objąć informacją statystyczną. Co prawda zapisano „na chwałę” GUS, że nie uległ sugestiom Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecz-



Nie można zadowolić się wiedzą o ilości ośrodków zdrowia na wsi (na zdjęciu ośrodek w Garbnie koło Kętrzyna) nie wnikając w jakość ich funkcjonowania. Fot. S. ZUBCZEWSKI

NIE WYSTARCZY WIEDZIEĆ ILE MAMY OŚRODKÓW ZDROWIA

CZESŁAW SUROWIK

nej, aby wobec integracji organizacyjnej zrezygnować z ujmowania w sprawozdawczości zatrudnienia personelu medycznego na wsi, ale wobec nieuwzględnienia tego rodzaju danych z zakładów lecznictwa otwartego w mieście, nie ma możliwości śledzenia niwelacji dysproporcji.

Wg opinii resortu zdrowia i opieki społecznej straciło to sens w związku z ustanowieniem jednego pracodawcy w postaci zespołu opieki zdrowotnej dla personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach, specjalistycznym i podstawowym lecznictwie otwartym, co daje możliwość tzw. oddelegowywania personelu do poszczególnych działów lecznictwa. W związku z tym podobno stało się niemożliwe uchwycenie faktycznego stanu zatrudnienia kadr medycznych w podstawowym lecznictwie otwartym w mieście. Z tym „oddelegowaniem”, a raczej z operatywnym ich przesuwaniem do zakładów, gdzie występuje niezaspokojone zapotrzebowanie na usługi, w rzeczywistości nie jest tak dobrze, jak się sądzi w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej).

Bieżąca informacja statystyczna nie zawsze w pełni, a także w niektórych przypadkach w ogóle nie liczy się z przemianami w sieci osadniczej. Nie wyciągnięto np. żadnego wniosku z faktu powołania gmin lub tworzenia się kombinatów rolnoprzemysłowych w gospodarce rolnej, bowiem nie podaje się przynajmniej większych ośrodków w miejscowościach stanowiących centra gmin lub siedziby wspomnianych kombinatów. Brak tego rodzaju informacji nie pozwala ocenić, czy dokonujący się rozwój ośrodków zdrowia odbywa się z uwzględnieniem koniecznej

koncentracji w świetle oczywistej pewności co do znacznej skali migracji ludności ze wsi do miast.

Trudno też stwierdzić, czy dokonujący się rozwój tego rodzaju urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia uwzględnia potrzeby perspektywiczne, a nie jest wyłącznie wynikiem rozstrzygnięć dokonywanych pod presją bieżącej.

CECHY GODNE POMIARU

Niezmiernie ważne jest badanie efektywności działania służby zdrowia. Zakres obecnie obowiązującej informacji statystycznej nie obejmuje wszystkich cech godnych pomiaru statystycznego w tej dziedzinie. Jedną z takich cech jest wielkość i stopień powszechności wizyt domowych personelu medycznego w miejscu zamieszkania pacjenta.

Istotne znaczenie w badaniach statystycznych z zakresu ochrony zdrowia ma właściwy dobór przedmiotów pomiaru pod kątem optymalizacji zaspokajania potrzeb ludności. Uwagę koncentrować więc należy na tych rodzajach urządzeń infrastruktury ochrony zdrowia, które powinny być rozwijane i doskonalone w skali kraju lub na określonych jego obszarach. Pomijając należałoby natomiast, i to nie tylko w ramach badań, ale także w bieżącej informacji statystycznej te spośród urządzeń infrastruktury, które z różnych względów odgrywają coraz mniejszą rolę w zaspokajaniu potrzeb ludności. Jako przykład przytoczyć można izby chorych, izby porodowe, a zwłaszcza punkty położnicze, które nadal są wyodrębniane w aktualnej sprawozdawczości statystycznej.

W badaniach ochrony zdrowia ogromne znaczenie mają mierniki wyrażane liczbami względnymi. One jasniej określają stopień zaspokojenia potrzeb i pozwalają na trafniejsze dokonywanie porównań między regionalnymi między miastem i wsią lub porównań w skali międzynarodowej. Ten typ mierników stosuje bieżąca informacja statystyczna, ale krąg ich wykazywania jest ograniczony do dokonujących się przemian w warunkach społeczno-ekonomicznych i demograficznych w Polsce. Np. na pewno bardziej wymowny byłby wskaźnik przypadający na przestrzeń obszarów wiejskich na jedną karetkę pogotowia ratunkowego, niż podawanie ich bezwzględnej liczby w przekrojach regionalnych. Czynniki przestrzenne i sprzężony z nim czynnik czasu mają decydujące znaczenie dla skuteczności działania stacji pogotowia ratunkowego.

Interesujące są dane o działalności przemysłowej służby zdrowia, które jednak z racji nieukazywania koniecznego, lub lepiej — obowiązującego pola działania, nawet ustalonego statystycznie, co pewien czas, np. co pięć lat, stają się mniej użyteczne w badaniach zmierzających do udzielenia odpowiedzi: czy cała ludność, która powinna być objęta opieką zdrowotną tego działu lecznictwa, została nią objęta? Np. nie wiadomo, a raczej wiadomo z autopsji, że dane o działalności przemysłowej służby zdrowia obejmują działalność placówek służby zdrowia, które z racji funkcjonowania w zakładach nieprzemysłowych, na miano przemysłowej służby zdrowia nie zasługują.

Na tym tle rysuje się ważny problem; przebadanie autentycznego zagrożenia dla zdrowia zatrudnionych objętych opieką zdrowotną przez ten pion lecznictwa otwartego. Dotychczas bowiem nie wiadomo, czy podawane liczby zatrudnionych objętych opieką zdrowotną przemysłowej służby zdrowia odpowiadają liczbie osób, które taką opieką objęte być powinny.

Aby sprawdzić uzyskiwane dane statystyczne do porównywalności, należy poddać je weryfikacji w płaszczyźnie doboru możliwie jednorodnych cech jednostek i obszarów osadniczych, eliminując te spośród nich, które mają charakter specyficzny i powodują konieczność różnorodnego traktowania.

Ludność zamieszkała na obszarach aglomeracji miejsko-przemysłowych jest narażona na wiele warunków ujemnie wpływających na ich zdrowie (hałas, zapylenie, przebywanie w dużych skupiskach), które powodują wyższą zachorowalność. Są to względy zasługujące na szczególne potraktowanie w badaniach statystycznych, inna jest bowiem sytuacja z punktu widzenia warunków zdrowotnych ludności zamieszkałej na obszarach rolniczo-przemysłowych w stosunku do ludności zamieszkałej w dużych miastach.

Operowanie w badaniach wielkościami względnymi (wskaźnikami) pozwala na bardziej przejrzyste ujawnianie zbieżności lub rozbieżności rozwojowych służby zdrowia w stosunku do czynników kształtujących zapotrzebowanie ludności na jej usługi. Jest np. niezwykle interesujące uchwycenie korelacji między wzrostem dochodu narodowego, a wzrostem zasobów materialnych

ochrony zdrowia; dynamiki inwestycji ogółem i dynamiki inwestowania na ochronę zdrowia; przemian w strukturze demograficznej i przemian w funkcjach ochrony zdrowia.

NIE ILE, LECZ JAK

Z punktu widzenia wykonywanych zadań przez społeczną służbę zdrowia ważne jest ich badanie w zakresie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji. Badania w tak ujętym układzie funkcjonalnym powinny niejako łączyć wszelkiego rodzaju bariery typu formalnego. Trudno jest z całą precyzją wyodrębnić rodzaj zakładów zajmujących się wyłącznie jedną z wymienionych sfer działania medycznego.

Krzywdzące byłoby twierdzenie, że obecny system informacji statystycznej nie daje podstaw do badań w układzie funkcjonalnym społecznej służby zdrowia, ale są one przeważnie nie rozróżnione z racji ich przyporządkowywania wewnętrznym podziałom organizacyjnym służby zdrowia.

Służbę zdrowia socjalistycznego państwa powinna cechować aktywność w wykonywaniu swoich zadań, zwłaszcza w sferze profilaktyki. M. in. miarą tej aktywności może być liczba domowych wizyt lekarskich i pielęgniarskich u pacjentów, okresowe przeglądy stanu uzębienia wśród uczniów szkół podstawowych, aktywność opieki domowej nad dziećmiem do określonego wieku, kobieta ciężarną itp. Ustalenie stopnia aktywności społecznej służby zdrowia ma istotne znaczenie dla oceny działania zapobiegawczo-leczniczego, ale także jest ważne w aspekcie dostępności przestrzennej i funkcjonalnej infrastruktury ochrony zdrowia.

Dla wyrobienia pełniejszego poglądu o społecznej skuteczności działania państwowej służby zdrowia w Polsce należałoby przebadać zakres i jakość usług świadczonych przez spółdzielnie lekarzy specjalistów. Problem ten pomijany jest w statystyce medycznej, chociaż ze względów społeczno-politycznych na takie traktowanie sobie nie zasłużył. Ustalenie danych liczbowych w tej dziedzinie mogłoby wskazać, jak wygląda rzeczywisty obraz przeciętnej pracy części personelu medycznego w podstawowym miejscu zatrudnienia; jaki jest zakres obciążenia indywidualnego funduszu spożycia ludności z tytułu odpłatności za świadczone usługi przez spółdzielczość lekarską, jak są realizowane przepisy prawne o przerywaniu ciąży przez państwowe placówki służby zdrowia. Istotne też w tym względzie byłoby ustalenie sprawności działania spółdzielczości lekarskiej w świetle posiadanych zasobów mate-

rialnych i ludzkich. Uzyskanie korelacji między tymi dwiema formami świadczeń usług medycznych mogłoby okazać się niezwykle interesujące w aspekcie oceny ich działania.

W sferze leczenia, zwłaszcza wykonywanego przez zamknięte zakłady leczniczo-zapobiegawcze, istotne jest przebadanie wykorzystania istniejącej bazy materialnej dla określenia stopnia intensywności leczenia. Sprawozdawczość resortowa ustala przeciętny czas pobytu pacjenta w szpitalu. Z ustaleń tych wynika, że na tym odcinku występuje zróżnicowanie międzyregionalne, ale jak dotychczas nie pokuszono się o przebadanie przyczyn zbyt długiego, jak na obecne warunki, diagnozowania chorób i przebywania pacjentów w szpitalach.

Trzecią sferą działania medycznego jest rehabilitacja lecznicza i zawodowa, która zawiera w sobie szereg problemów zasługujących na objęcie badaniami statystycznymi. Aktualnie można uzyskać dane, chociaż niekompletne, z działalności uzdrowisk, które jednak nie dają podstaw do udzielenia odpowiedzi co do stopnia zaspokojenia potrzeb ludności w układzie przestrzennym lub w układzie określonych grup zawodowych.

Na podstawie aktualnej bieżącej informacji statystycznej nie można byłoby udzielić odpowiedzi, w jakim stopniu zaspokojone są lub być mogą potrzeby ludności w dziedzinie rehabilitacji zawodowej. Nie wystarczy wiedzieć, ile czego ma służba zdrowia — choć jest to także niezmiernie ważne — lecz niezbędna jest dla właściwej oceny znajomość jakości tego, czym dysponuje omawiana dziedzina infrastruktury społecznej.

Np. nie można zadowolić się wiedzą o ilości ośrodków zdrowia na wsi nie wnikając w problematykę ich jakości funkcjonalnej i przestrzennej. Jest to istotne zwłaszcza obecnie, w okresie formułowania prognoz i programów rozwojowych.

Nie można określać teoretycznych koncepcji rozmieszczania i przekształceń infrastruktury bez znajomości jakości stanu aktualnego. Nieprzeprowadzenie dotąd powszechnej inwentaryzacji niezwykle utrudnia nakreślenie docelowego modelu przestrzenno-funkcjonalnego na rok 2000 i dalej. Zważyż bowiem trzeba, że obecne zainwestowanie służby nam będzie i w XXI wieku, ale z tego punktu widzenia niezmiernie ważna jest znajomość, co z obecnego stanu będzie mogło być zaadaptowane (zmodernizowane) stosownie do wymogów medycznych tego okresu, a co trzeba wybudować.

Dotąd nie rozoorządzamy tego rodzaju danymi. Nie wiemy np. względnie dokładnie, jaki jest stopień dekapitalizacji starych budynków szpitalnych i jakie w związku z tym będą rozmiary ubytków technicznych w okresie objętym prognozą. Podobny brak rozeznania występuje w odniesieniu do zakładów lecznictwa otwartego. Podawanie w statystyce, ile mamy przychodni, już od wielu lat nie zadowalało co wnioskujących osób zajmujących się z różnych powodów problematyką realizacji w Polsce prawa do ochrony zdrowia z punktu widzenia zapewnienia warunków realizacji tego prawa. Z punktu widzenia zajmowanej powierzchni, czy liczby gabinetów lekarskich itp.; np. przychodnie lekarskie i ośrodki zdrowia na wsi nie są sobie równe. Ale i na ten temat brak danych w statystyce krajowej, resortowej i regionalnej.

Tymczasem stan obecny infrastruktury ochrony zdrowia jest w skali kraju i poszczególnych regionach bardzo zróżnicowany. Zróżnicowanie to ma taki stopień, że można dojść do wniosku, że zostało ono ukształtowane pod wpływem różnych inicjatyw lokalnych i stopnia ich wspierania przez decydentów. Jest to jeszcze jedno uwarunkowanie potrzeby ryłczego objęcia badaniami statystycznymi cech jakościowych.

Postęp techniczny w coraz szerszym zakresie wkracza do działalności medycznej. Jest to kolejny problem wymagający ciągłej analizy jakościowej, dla której dotąd, niestety, brakuje nawet danych ilościowych. Obowiązujący dotychczas system rozdzielnictwa niektórych aparatów medycznych funkcjonuje chyba na zasadzie tzw. wyczucia, które jak wykazuje doświadczenie, okazało się zawodne, bowiem analizowanie nowoczesności wyposażenia w wybraną aparaturę medyczną ujawniło występujące bardzo głęboko dysproporcje międzyregionalne.

Niezbędne jest więc zrewidowanie zakresu statystyki ochrony zdrowia, zastosowanie mierników, umożliwiających optymalizację pomiaru stanu wyposażenia funkcjonowania i efektów działania całej infrastruktury ochrony zdrowia i bardziej kompleksowe ujęcie danych jakościowych dotyczących poszczególnych sfer jej działania, profilaktyki, leczenia, rehabilitacji.

Takie ujęcie badań jest szczególnie ważne z punktu widzenia harmonijnego rozwoju społeczno-gospodarczego, któremu towarzyszyć powinien odpowiedni zakres i poziom działania ochrony zdrowia. Sprawa ta wydaje się oczywista, zwłaszcza jeśli uwzględni się definicję stanu zdrowia ludności, przyjętą przez Światową Organizację Zdrowia, ujmującą w ramach tego terminu także dobre samopoczucie społeczne.

¹⁾ Por. A. Kuszk: Postępi i bariera „Życie Gospodarcze” nr 19/1975.
²⁾ Por. A. Mozołowski, Lekarze dają dyła „Polityka” 14/1974.

