

ZBIORY OŚRODKA KARTA

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZESZYTY

NIEZALEŻNEJ

MYŚLI

LEKARSKIEJ

Numer 9

GRUDZIEŃ 1986

S p i s t r e ś c i

| | str |
|---|-----|
| Od redakcji..... | 2 |
| Roman Biednota; Lekki - odpowiedzialność rządu..... | 3 |
| Lekki - próba analizy. Badanie Społecznego Komitetu Nauki i Społecznej Komisji Zdrowia..... | 7 |
| Ryszard Jakubowski. Stan zdrowia ludności wiejskiej..... | 12 |
| Bogdan Lis. W więzieniu w Barczewie..... | 17 |
| Dokument "Karty 77". Zdrowie jest składnikiem prawa do życia..... | 21 |
| Zbigniew Kozłowski. Co zostało z Października?..... | 37 |
| Wspólne oświadczenie przedstawicieli opozycji czechosio- wackiej, polskiej, węgierskiej i wschodnioniemiec- kiej..... | 41 |
| Biskup Katowicki o sytuacji ekologicznej na Śląsku..... | 41 |
| Józefa Hennelowa. Widziane z domu..... | 44 |
| Komunikat o powstaniu Społecznej Rady Wydawnictw Nieza- leżnych..... | 51 |

Cena 23.

OD REDAKCJI

Kolejny, dziewiąty numer "Zeszytów" oddajemy do rąk Czytelników w czasie, gdy nasi koledzy i przyjaciele są już z nami poza murami więzień. Jesteśmy już po okresie radosnych powitań, oczekiwań na ujawnienie się, niepokojów czy napewno ci i tamci zostaną wypuszczeni - zdawaliśmy sobie bowiem sprawę, że zwolnienie więźniów sumienia nie było ani amnestią /amnestia jest aktem prawnym - to co zostało ogłoszone w dniu 11 września nie miało nic z prawnym wspólnego/, ani dobroczynnością ze strony władz - było sprytnym politycznym działaniem wymuszonym przez sytuację ekonomiczną i międzynarodową. Znajdujemy się w ważnym okresie rozważań nad metodami dalszego działania, kryształizacji nowych form i niestety również niekończących się sporów o te właśnie nowe formy i struktury. Wszystko to w stosunkowo niewielkim stopniu dotyczy Społecznej Komisji Zdrowia i "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej" będącej sprawą zdrowia społeczeństwa i najbardziej skutecznych form organizacyjnych ochrony zdrowia ludzi w naszym kraju są wciąż może najważniejszymi, a w każdym razie najbardziej podstawowymi problemami naszego współczesnego życia wraz z zagadnieniami wychowywania młodzieży w prawdzie, edukacji narodu, nauki i kultury. Żadna też poprawa w sprawach zdrowia nie nastąpiła, a wręcz przeciwnie, obserwujemy postępujące pogarszanie się wszystkiego - od stanu zdrowia ludzi poprzez warunki leczenia, zaopatrzenie w leki i sprzęt, dostęp do lekarza z jednej strony, a sposób zakatwania i stosunek do chorego z drugiej strony, nauczanie w szkołach medycznych, warunki badań naukowych, aż do przerażającego zanieczyszczenia środowiska. Dlatego też wszystkie nasze działania są konieczne - zarówno jawne w ramach wszystkich istniejących legalnych organizacji /towarzystwa naukowej/, jak i z konieczności niejawne. Wszystkie działania służące poprawie istniejącej sytuacji będzie popierała Społeczna Komisja Zdrowia. Łamy "Zeszytów Niezależnej Myśli Lekarskiej" będą nadal służyć szeroko pojętej wymianie myśli na różne tematy - nie tylko, choć przede wszystkim, związanym ze zdrowiem fizycznym i moralnym narodu.

W obecnym numerze przekazujemy Czytelnikom, poza aktualnymi materiałami dotyczącymi skandalicznej sprawy zaopatrzenia w leki, fragmenty raportu przedłożonego Episkopatowi Polski na temat stanu zdrowia ludności wiejskiej. Wydaje nam się, że temat ten zasługuje na szczególną uwagę i na powrót do niego w niedalekiej przyszłości.

Artykuł Bogdana Lisa sumujący spostrzeżenia autora o więzieniu w Barczewie jest kolejnym alarmującym sygnałem o warunkach w jakich przetrzymywani są więźniowie w zakładach karnych w Polsce. Więzienie w Barczewie było już przedmiotem artykułów zamieszczanych w "ZMML" w przeszłości/ szkie Barczewskiego, fragmenty książki J.Kropiwnickiego "Zapis protestu"/, pisaliśmy też o innych więzieniach. Będziemy o tym pisać szczegółowo w przyszłości - jeżeli bowiem człowiek poza murami więzienia leczony jest źle, cierpi z powodu warunków sanitarnych w jakich się znajduje - ma możliwość protestowania, a często wyboru - więźniowie żadnych możliwości nie mają. Tam też najbardziej jaszkrawo ujawniają się wszelkie przekroczenia zasad etyki zawodowej pracowników Służby Zdrowia.

Sprawy warunków w Zakładach Karnych interesują nie tylko Społeczna Komisja Zdrowia; są również przyczyną szczególnej troski Prymasowskiego Komitetu Charytatywno-Społecznego - pamiętać bowiem należy, że czy są w Polsce więźniowie polityczni czy ich nie ma, w aresztach i więzieniach pozostają ludzie, którym niezależnie od tego jakich dopuścili się przestępstw, należą się minimalne czasy bytowania, a w razie choroby leczenia.

Okres rocznicowy, w którym składamy do druku 9 numer "Zeszytów" przypomina wypadki węgierskie i Polski Październik, o czym również piszemy. Wydaje nam się, że solidarność ludzi w krajach tzw. bloku wschodniego jest niezwykle ważnym czynnikiem umożliwiającym poprawę warunków życia i stwarzającym perspektywy wolności dla każdego z tych krajów.

Dążenia nasze są podobne; bardzo podobne są również nasze problemy. Świadczą o tym publikowany przez nas Dokument "Karty 77/ analizujący sytuację ochrony zdrowia w Czechosłowacji. Zwracamy uwagę na analogię między tym co dzieje się w naszej Służbie Zdrowia, a tym o czym piszą nasi czescy i słowaccy koledzy. Jest to najbardziej przekonujący dowód, że podstawowa przyczyna kryzysu, który zapanował w polskiej ochronie zdrowia jest wadliwym systemem. Przynajmniej ten niezwykle ciekawy dokument ze względu na jego odniesienie do naszych spraw, a także dlatego, że jesteśmy głęboko przekonani, że

system ten można i należy zmienić /bez rewolucji i "podważania sojuszy"/.

Homilia biskupa Damiana Zimonia o sytuacji ekologicznej na Śląsku, mało znana poza Śląskiem, jest wstrząsającym, pierwszym wyrażonym w takiej formie wystąpieniem z ambony wysokiego dostojnika Kościoła na ten bolesny temat.

Ponieważ listopadowy "Zeszyt" jest ostatnim numerem "ZWIKI" wydanym w roku 1986, życzymy naszym Czytelnikom, autorom i sympatykom zdrowia i przyjemnych Świąt Bożego Narodzenia oraz jak najbardziej pomyślnego Nowego Roku 1987.

Redakcja

Roman Biednota

LEKI - ODPOWIEDZIALNOŚĆ RZĄDU

Jesienią w całej Warszawie zabrakło rutinosorbitinu, witaminę C od dawna już można dostać wyłącznie na receptę, jeśli - oczywiście - jest ona w aptekach. Bywają dni i tygodnie, kiedy nie ma aspiryny, późną jesienią i na przedwiośnie giną leki przeciwgrypowe. Są to "drobiazgi", ale i one są zdolne wywołać dramat w rodzinie z dziećmi. Ludzie ze schorzeniami serca, wątroby, choroby na raka - przeżywają tragedie.

Luka między zapotrzebowaniem na leki i ich dostawami narasta od 1978 roku. Urzędowy Spis Leków zawiera 1888 pozycji, w tym leki gotowe stanowią 627 pozycji. Spośród nich w pierwszym kwartale 1984 r. brakowało zupełnie 161 leków, w 1985r. - 256, w 1986 - 195 leków. Z tych 627 leków 231 pochodzi z importu ze strefy dolarowej, 91 - z krajów socjalistycznych. Importujemy za dolaru tylko to, czego w kraju się nie produkuje, i to głównie leki ratujące życie. Otóż z tej listy brakowało zupełnie w 1984r. 62 leków, w 1985r. - 75 pozycji, w 1986r. - 89 leków. Zapotrzebowanie na pozostałe leki zaspokojono /?/ w 50 procentach.

Warto przyjrzeć się stale w różnych wariantach powtarzanej dacie - rok 1978. Wtedy właśnie zaczął się nasz kryzys, od tego roku zaczęła się stagnacja w dochodzie narodowym, od tej daty liczona jest narastająca niewydolność przemysłu i - jak wyżej powiedzieliśmy - również dramat farmakologiczny.

Dramat w istocie został zainaugurowany rok wcześniej. Rok 1977 miał być tą datą graniczną, która miała zainaugurować kolejny etap "dynamicznego rozwoju". W tym właśnie roku miały ruszyć fabryki i wytwórnie w najrozszerzonych gałęziach gospodarki, na które wydano olbrzymie pożyczki w pierwszej, "sztydlakowskiej" połowie dekady. Przez cały okres do 1977 roku zapowiadano "inwestycyjne żniwa" - od przemysłu elektronicznego po wielkie "fabryki mięsa". "Żniwa" - okazało się - dały plon raczej żałosny. Większość fabryk nie ruszyła w wyznaczonych terminach, te zaś, które zaczęły produkować, dawały produkt który na dolarowym Zachodzie był nowoczesny dziesięć lat wcześniej. Eksport nie nastąpił, przyszły natomiast nieubiegane terminy spłaty długów, zaciągniętych przez Szydłaka i jego kompanię.

Szydłak zapłacił za to poada sekretarza KC, my zaś zaczęliśmy płacić od 1978 roku stopniowym obniżaniem poziomu życia. Mało zwraca się uwagę na fakt, że zdecydowana większość naszych długów pochodzi z okresu po 1976r. Nie miejsce tu na głębokie analizy ekonomiczne, warto wszakże wiedzieć, że zniszczenie tak nieśmiałej reformy gospodarczej, jaką miało być wprowadzenie samodzielności zjednoczeń i wielkich przedsiębiorstw /tw. WOG-i - wielkie organizacje gospodarcze/, zaowocowało klęską gospodarczą.

Bunt robotników w 1976 r. był w istocie odmową zapałenia przez robotników kosztów nieudolności gospodarki socjalistycznej. Koszta te zapłacili kapitaliści - pożyczając na bardzo dogodnych warunkach miliardy dolarów, marek, funtów, franków...

Jednocześnie z niezwykle szybkim wzrostem zadłużenia dolarowego zaczęły się poczynania "oszczędnościowe", przy czym w pierwszej kolejności objęły one dziedziny bliskie człowiekowi - zaopatrzenie rynku, budownictwo mieszkaniowe, oświatę, służbę zdrowia. Nie ucierpiał natomiast inwestycje w "wielkim" przemyśle, zwłaszcza te, które były pod opieką wszechpotężnego wówczas Tadeusza Wrzasczyka.

Przemysł farmaceutyczny znalazł się w szczególnie trudnej sytuacji, wynikała ona ze "specyfiki" przemysłu chemicznego. Otóż w 1975r. zlikwidowano przemysł drobny. Piotr Jaroszewicz w zapale "integracji" włączył małe zakłady i zakładziki przemysłu terenowego do "klucza", "klucz" zaś natychmiast zajął

się "przeprofilowaniem" produkcji.

Odczuliśmy to niedgdyś w postaci braku butów, ta zaś zginęła dlatego, że jakiś zakładzik produkujący pudełka do pasty został "przeprofilowany". Chłopi odczuli /i odczuwają do dziś/ ówczesną "integrację" w formie braku widel, ropic, kos, łańcuchów...

To są skutki widoczne na codzień, powszechnie odczuwalne, stąd i reakcja władzy musiała być taka, by usunąć skutki decyzji wywołujących wzburzenie społeczeństwa. Przemysł chemiczny znalazł się w znacznie trudniejszej sytuacji. Na omieni poza samymi chemikami nie zna się nikt, znalezienie związku przyczynowego między obecnym brakiem leków, a niedgdyjszymi szaleństwami Jaroszewicza i Wrzaszczyka jest bez porównania trudniejsze.

Przy okazji "integracji" polikwidowano również masę małych wytwórni półproduktów chemicznych, które często w ciągu roku produkowały kilka, kilkanaście, a czasem pół kilograma potrzebnego substratu wyjściowego. Zlikwidowano również - zamiar przy okazji jako zapłaiki - małe spółdzielnie pracy chemików i farmaceutów. Były one "niepotrzebne", bo wszak po omy wspaniałym roku 1977, roku "zniu inwestycyjnych" i obrzymiego eksportu, wszystko można było /zakładano/ kupić za dolary. Pół kilograma czegoś tam, czego nazwy nie tylko zapamiętać, ale nawet i przeczytać nie potrafił nikt w całej Komisji Planowania - to miały być drobiazgi, które załatwiłoby się od ręki.

Innym dramatem polskiego przemysłu chemicznego były podjęte w połowie ubiegłej dekady ustalenia o specjalizacji. Polscy negocjatorzy zgodzili się na przyjęcie produkcji wielkotonażowej - kwasu siarkowego, amoniaku, sodecznika, polietylenu itd, ustępując z dziedziny, które są w chemii najcenniejsze /lepsze już przed wojną od niemieckich/ - barwniki, leki odczynniki, środki ochrony roślin. Z tej "galanterii" chemicznej Polsce przyznano jedynie kosmetyki.

Zostały nam więc te dziedziny, które wymagają najdgdziej nakładów inwestycyjnych, są energochłonne i najgroźniejsza dla środowiska. Chemia "mała", która głównie wymaga umiejętności i mistrzostwa, niewielkich nakładów na inwestycje, daje natomiast znakomite efekty ekonomiczne - oddano głównie NRD i Czechosłowacji.

W produkcji leków w Polsce została też ta, która w tym przemyśle można uznać za "wielką" - specjalizacja w produkcji antybiotyków. Nie trzeba chyba dodawać, co z tego ostatecznie wyszło - rozbabrany i niewykończony Tarchomin zmusza nas teraz do importu również i tych leków, w których mieliśmy się specjalizować.

Ten ekskurs w dziedzinę makroekospondarki był chyba konieczny, dobrze jest bowiem wiedzieć, że obecna sytuacja farmacji nie jest zrzadzeniem losu, lecz skutkiem polityki, która z gloszonymi haskami "interesu ogólnospołecznego", czy narodowego niewiele ma wspólnego. I to interesu pojmowanego najbardziej dosłownie, na tym najniższym poziomie rachunku prostych zysków i strat. To chyba pomoże nam zrozumieć naszą obecną sytuację w zaopatrzeniu w leki. Zrozumieć - to wcale nie znaczy: wybażyć.

W Warszawie dzieci ze szkół i przedszkoli przynoszą do domów wszy, bywa, że i świerzb. Zjawisko powszechne w czasach powojennych, dziś - w końcu XX wieku w samym środku Europy jest czymś haniebnym. Na wszawicę zaradziłby delacet lub artemizol. Pierwszy jest dostarczany w ilości 8% w stosunku do zapotrzebowania, drugi - 23%.

Wirusowe zapalenie wątroby można zwalczyć przez masowe szczepienia zopobiegawcze - szczepionki nie ma mimo obietnic ministra zdrowia nawet dla personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach. Zarządzono szczepienie dziewcząt w okresie pokwitania przeciw różyczce, która, przeżyta w okresie ciąży, może spowodować wady rozwojowe noworodków. Szczepień nie prowadzi się z braku szczepionki.

Blugo, tragicznie dugo można ciągnąć tę haniebną listę "braków", które sprawiają, że Polska stacza się w wiek XIX, albo i dalsze. Każdy lekarz każdy - w przyrodni i szpitalu może sporządzić raport dramatu polskiej medycyny, tragedii chorego i własnego dramatu zawodowego.

Ale dla jasności sytuacji trzeba powiedzieć, że ten dramat jest powszechnie znany. Powszechnie! To nie dzieje się w głąbokiej tajemnicy. Nieustający skandal z lekami jest bardzo dokładnie opisywany w prasie rządowej. W odpowiedzialnej komisji sejmowej regularnie odbywają się posiedzenia, na których dochodzi do awantur na pograniczu skandalu.

Np. posłanka Barbara Majzał przytoczyła dane dotyczące zaopatrzenia aptek w Tomaszowie Mazowieckim: środki diagnostyczne - brak w 100%, środki opakunkowe - brak w 50%, leki recepturowe - brak w 50%, leki ampułkowe - brak w 50%, leki w pastylkach - brak w 50%. A potem reprezentantka Tomaszowa zapytała: "Z materiałów przedstawionych nam wynika, że zaopatrzenie związane z ochroną zdrowia objęte programem operacyjnym zostało zrealizowane w ub.r. w 127%. Chciałabym usłyszeć z ust ministra, jak to było możliwe?".

Cytatami z prasy rządowej mogłaby zapewnić oaly numer "Zeszytów", protokoły z posiedzeń komisji sejmowej można wydać np. w "Kregu" in extenso - i byłby to również poczynny materiał, jak tzw. protokoły komisji Grabskiego. Nasz upadek odbywa się więc w pełnym świetle, tu nie ma żadnej tajemnicy, tu wszyscy o wszystkim wiedzą. Propagandowa sztańca o rządzie, który "pracuje przy otwartej kurtynie", jest warta tyle, co cała propaganda, ale w tym akurat przypadku - zaopatrzenia w leki - jest to prawda.

Minister przemysłu chemicznego i lekkiego, prof. dr Edward Grzywa na posiedzeniu Komisji sejmowej odgrywa rolę "pierwszej najmniejszej". W ubiegłym roku nie z roku na rok i gdzie jest granica tej chłonności?!. W ubiegłym roku rząd, w którego skład wchodzi min. Grzywa, podjął uchwałę nr 36 o rozwoju farmacji. W roku bieżącym resort przemysłu chemicznego wykonał zadania inwestycyjne w przemyśle farmaceutycznym jedynie w 30%, nie potrafił wydać nawet tych sum, które na ten cel zostały przyznane.

Ale jednocześnie ten sam resort zapowiada, że plan inwestycyjny na rok bieżący wykona w ponad 90%. Na co zatem pan Grzywa wydał pieniądze przeznaczone na farmację? Co było pilniejsze? Czy czasem nie rozbudowa w Pionkach wytwórni materiałów wybuchowych i gazów izawdających? Co ministrowi pozwoliło na zamianie obowiązujące go przecież uchwały rządu?

Tu oczywiście usłyszymy o trudnościach obiektywnych, braku sily przerobowych przedsiębiorstw budowlanych itp, itd. Ale w tym samym czasie, kiedy stał rozbabrany Tarchomin, zbudowano kolejny wielki piec w hucie Katowice i postawiono olbrzymią baterię koksowniczą.

Wiceminister zdrowia mówi przed komisją sejmową, że co roku zapotrzebowanie na leki wzrasta w Polsce o 10-12%. Podobny wzrost notuje się w innych rozwiniętych krajach świata - jest to ogólna prawidłowość stwierdzona przez Światową Organizację Zdrowia. Po czym twierdzi, że trudności z zaspokojeniem wzrastającego zapotrzebowania na leki wynikają z takich zjawisk pozytywnych, jak wysoki przyrost naturalny, spadek umieralności niemowląt, przedłużenie średniej długości życia i postępu wiedzy medycznej.

Z tych pozytywnych zjawisk niewątpliwy jest jedynie wysoki przyrost naturalny, nad innymi zjawiskami należałoby się już zadumać, a ktoś, kto pełni funkcję wiceministra zdrowia, musi wiedzieć, że w ostatnich latach nie zmniejsza się wskaźnik umieralności niemowląt, były ostatnio lata, kiedy wzrastał; pojawiło się zjawisko nadmiernej umieralności młodych mężczyzn; nie widuje się średnia długość życia.

Taki wysoki urzędnic państwowy winien również znać statystyki zachorowań na żółtaczkę, schorzenia układu krążenia, na powrót gruźlicy w rozmianach budzących żywy niepokój - na razie wśród lekarzy.

Ciekawe byłoby poznać opinie ministra zdrowia o działaniach ministra przemysłu chemicznego, które zdrowie rozkładają. Na zewnątrz jednak widzimy pełną zgodność opinii obu tych resortów, mało - pełną harmonię. Plan na rok bieżący zakłada wzrost dostaw leków o 1% /i nie wykluczone, że zostanie wykonany/. Plan na lata 1966-90 przewiduje wzrost dostaw leków o 57%. Jeśli będzie to wzrost wartościowy - to niewykluczone, że też zostanie wykonany. Ale jeśli nawet doczekamy się jego realizacji w wymiarze rzeczowym, to i tak będziemy w sytuacji gorszej, niż w 1965 r., kiedy to brakowało 40% leków.

Tu oczywiście warto odpowiedzieć na pytanie, co sprawiło że przy tak straszliwych brakach jeszcze nie przeżyliśmy ostatecznej katastrofy, że jednak lekarze mogli leczyć i ratować ludzi? Otóż wg szacunków Komisji Charytatywnej Episkopatu Polski w ciągu ostatnich pięciu lat napłynęła do naszego kraju pomoc w postaci medykamentów wartości 360 mln dolarów. Jest to wartość tego, co przeszło przez ręce społeczników zaangażowanych przy dziełach i dekanatach.

Jak bardzo jest ona cenna, mógł się przekonać i niżej podpisany, który

lek na schorzenie serca /na szczęście niegroźne/ mógł uzyskać jedynie dzięki istnieniu tych właśnie przykościelnych aptek.

Trzeba też uwzględnić niemałą pomoc w lekarstwach i aparaturze, która napłynęła bezpośrednio do szpitali, z pominięciem Kościoła: Nie popekniemy chyba większego błędu, jeśli ją łącznie oszacujemy na pół miliarda dolarów /Ministerstwo Zdrowia swoich statystyk w tym zakresie nie ujawnia/.

Ofiarność ludzka jednak ma swoje granice, nie jest też najpiękniejsza pod względem etycznym korzystanie z pomocy przez obywateli kraju nie najgorzej jednak rozwiniętego, z tej pomocy, która bardziej należy się ginącym z głodu i chorób ludziom krajów Trzeciego Świata. Co będzie, jeśli ten strumień leków płynących do naszego kraju będzie malał i w końcu zamrze? Z tym trzeba się liczyć.

Perspektywy, jakie przed nami rysuje rząd PRL pokazaliśmy wyżej. Utrzymać się na poziomie 1985 roku - to będzie maksimum, na co możemy liczyć. Rząd planuje - a jakże! - środki zaradcze. I jak wszędzie - mają one na celu przede wszystkim ograniczenie zużycia leków.

Główny atak ma zostać przypuszczony na tych, którzy mają prawo do leków bezpłatnych. Są to takie grupy społeczne jak: emeryci, renciści, kombataneci, pracownicy służby zdrowia itd. Najbardziej są winni emeryci, oni to ponoszą największą chomikują lekarstw, wymuszają na lekarzach najdroższe leki.

Więc - niektóre leki będą mogli przepisywać wyłącznie specjaliści, to ograniczy zapotrzebowanie, bowiem do specjalistów dostęp jest bardzo trudny /jakże to znakomicie pomyśleli urzędnicy z Ministerstwa Zdrowia - znają jednak sytuację, nie biorą pieniędzy za darmo/.

Propozycja następna - to przesunięcie ziół z aptek do specjalistycznych sklepów "Herbapolu", a tam już będzie się płacić pełną cenę. No i propozycja następna, a bardzo obiecująca - wprowadzenie opłaty manipulacyjnej w aptekach w wysokości 10 lub 20% wartości leku. Nie będzie to w żadnym razie przywrócenie odpłatności za lekarstwa, lecz właśnie "opłata manipulacyjna".

Oczywiście można zgodzić się i na to, można zaaprobować nawet pełną odpłatność, 100-procentową, za leki. I odpłatność za służbę zdrowia. Mało - można się zgodzić również na przywrócenie czasnego na wyższych uczelniach. Wszystko to jest możliwe - pod jednym jednak warunkiem: emerytura musi być taka, by pozwalała na opłatę lekarstw, odpowiednio wyższa musi być płaca.

Byłoby to oczywiście odstępstwo od głoszonych zasad socjalizmu, ale nad tym najmniej byśmy ubolewali. Już teraz z zasad tych została jedynie kierownicza rola partii i przyjaźń do ZSRR.

Nasi "liberalowie", zwalczający w prasie pozacenzuralnej "nadopiekuńczość" państwa, nie zdają sobie sprawy z tego, jak mało zostało z "opiekuńczości". To państwo nie wypełnia swoich obowiązków wobec własnego społeczeństwa na poziomie zupełnie elementarnym.

Jest w końcu obojętne, jaką ideologią kieruje się rząd /w takiej Europie ideologia ta może zmienić się radykalnie w ciągu jednej niedzieli wyborczej, a i między wyborami ulega znacznym fluktuacjom/, państwo wazakże przede wszystkim musi tak zorganizować życie społeczne /w tym i gospodarcze/, by zapewniało godziwe życie swoim obywatelom. Tu, dzisiaj, w PRL-u można z podręcznikiem ekonomii politycznej socjalizmu wykazać, że największe sukcesy na polu działalności antysocjalistycznej odnosi właśnie rząd PRL i jego ministrowie.

Nie będziemy jednak w tym miejscu wchodzić się w rozważania o naturze realnego socjalizmu, choć to wyjaśniłoby nam niemało zagadek z dziedziny farmakologii. Podstawą, istotą, cechą konstytutywną gospodarki socjalistycznej jest planowanie.

Obecnie zatwierdzany plan pięcioletni zapewnia nam pogłębienie się trudności zaopatrzenia w leki kurat w okresie, kiedy najliczniejsze w Polsce od 40 lat będzie pokolenie ludzi w wieku emerytalnym i w wieku szkolnym, naś mniej liczna będzie grupa ludności w wieku produkcyjnym. Zatem wystąpi maksimum zapotrzebowania na leki i żeby to przewidzieć, nie trzeba być wybitnym specjalistą od socjalistycznego planowania. Ot i mamy "nadopiekuńczość" państwa socjalistycznego.

Wiemy aż nadto dobrze, że w tym systemie obowiązuje swoisty szyfr, język jest umowny, słowa zostają utrzymane, ale stopniowo i niezauważalnie podmieniane są deagnaty. Przywykliśmy do tego, już zupełnie spokojnie stu-

chamy kłamstw, doszukujemy się "drugiego dna", próbujemy wywróżyć rzezozy- wisty sens z dialektyki leninowskiej.

Otóż sądzę, że już nie mamy czasu na taką zabawę, zaopatrzenie w leki stanowi groźbę dla już żyjących pokoleń, groźbę czysto biologiczną. Jeśli chcemy jej zapobiec, musimy przede wszystkim sami uwolnić się od dwójmyśle- nia. Jeśli już nam socjalizm "utrwalono" na jakiś czas przy pomocy czolgów i zmasowanych oddziałów ZOMO, musimy ten system traktować z całą powagą. Śmiertelną powagą.

Wystąpienie ministra Grzywy można oczywiście traktować jako przejaw akrajnego cynizmu. Można jednak, a sądzę, że należy - podejść do tego, jak do wykroczenia służbowego najwyższej rangi urzędnika państwowego. Bez trudu potrafilibyśmy wyliczyć te paragrafy konstytucji PRL, które zostały złamane, i te zasady socjalizmu, które nam ci panowie od 40 lat głoszą publicznie, a czasem wbijają do głowy pałkami milicjantów.

A jeśli tak, jeśli następuje tak jawne naruszenie obowiązków przez wy- sokiego urzędnika państwowego, to winien on stanąć przed Trybunałem Stanu. W towarzystwie Ministra Zdrowia.

Roman Biednota

LEKI - PRÓBA ANALIZY BADANIE SPOŁECZNEGO KOMITETU NAUKI I SPOŁECZNEJ KOMISJI ZDROWIA

Od początku lat osiemdziesiątych obserwuje się fatalny i stale pogar- szający się stan zaopatrzenia aptek, szpitali i innych placówek służby zdro- wia w leki, środki opatrunkowe, narzędzia i sprzęt medyczny. Charakterystyka ne, że stan ten uległ gwałtownemu pogorszeniu w roku 1981: do końca lat siedemdziesiątych zaopatrzenie kraju w leki było stosunkowo dobre^{x/}, lepsze niż w innych krajach RWPG.

Wbrew uspokajającym oświadczeniom rzecznika prasowego Rządu, enuncja- cjom urzędników Ministerstwa Zdrowia i artykułom w prasie usiłującym prze- konać opinię publiczną, że "braki są przejściowe", że "nie ma może pełnego wyboru leków, ale na każdą chorobę j a k i ś l e k s i ę z n a j - d z i e" /autentycznie!/, sytuacja się pogarsza, a nie polepsza.

W takich warunkach Społeczny Komitet Nauki i Społeczna Komisja Zdrowia podjęły próbę analizy zmierzającą do ustalenia, jakie są główne przyczyny obecnych braków, co spowodowało załamanie się produkcji leków w Polsce i trzeplia pozwalający na spełnienie jej podstawowych funkcji społecznego.

rzeprowadzone badania obejmowały wywiady z pracownikami przemysłu far- maceutycznego, administracji zaopatrzenia służby zdrowia, analizę dokumen- tów CEFARMU i oficjalnego spisu leków, oraz analizę ankiet rozesłanych wios- ną 1984r. do aptek, szpitali i przychodni w całej Polsce. W ankiecie pyta- niśmy o stan pokrycia w ostatnich latach /od r. 1983 do połowy r. 1985/, porów- nanie sytuacji obecnej z zaopatrzeniem w te same leki w r. 1979 /"przed największym kryzysem"/, oraz o udział darów zagranicznych w pokryciu bieżą- cych zapotrzebowań.

Uzyskiwane w ten sposób materiały są bardzo niekompletne. Nie- mniej, dają one jasny /choć ponury/ obraz obecnej sytuacji. Chcemy w tym miejscu podziękować serdecznie tym wszystkim kolegom, którzy brali udział w badaniach, jak również tym, którzy nie bali się udzielać nam informacji w dobrej pojętym interesie ochrony zdrowia społeczeństwa.

Przyczyny niedostatecznego i pogarszającego się z roku na rok zaopa- trzenia kraju w środki niezbędne dla pracy służby zdrowia są wielorakie i złożone. W ocenie tej przedstawiono kilka zasadniczych aspektów tej spra- wy.

1. Krajowa produkcja leków i innych środków zaopatrzenia lecznictwa
 - źródła trudności przemysłu farmaceutycznego
 - przeznaczenie leków produkowanych w kraju

^{x/} Autorzy opracowania omylili się w tym szacunku. Zaopatrzenie w leki zała- mało się już w roku 1978 /mówi o tym raport KOR-u z 1978 roku i widoczna jest to również w artykule R. Biednoty na str. 3 obecnego nr "Zeszytów".

-rola czynników ekonomicznych i biurokratycznych

2. Import
3. Zaopatrzenie szpitali, aptek i przychodni
4. Rola darów zagranicznych

1. Produkcja leków

Sytuację w produkcji leków charakteryzują dane dotyczące produkcji jednego z dużych zakładów przemysłu farmaceutycznego. Wartość produkcji /liczona w złotych nominalnych, bez uwzględnienia inflacji/ wzrosła w latach 1982-3 o 16,7%, co czyni sam wzrost problematycznym. Na bezpośrednie zaopatrzenie rynku krajowego skierowano jedynie 9,5% wartości produkcji w r. 1982 i 7,4% produkcji w r. 1983. Uwzględniając wzrost cen oznacza to znaczny spadek zaopatrzenia rynku. 57% produkcji w r. 1982 i 61,5% w r. 1983 zostało skierowane na eksport do krajów socjalistycznych, a odpowiednio, 3,7% i 6,8% sprzedane do krajów kapitalistycznych. Reszta produkcji, tj. 25-30% to produkty sprzedane w kraju. Tak więc ok. 2/3 produkcji przeznaczają się na eksport, a jedynie 1/3 łącznie na potrzeby rynku i dalszy przerób.

Interesujące jest porównanie wzrostu kosztów produkcji i cen sprzedaży w latach 1982 i 1983 w w/w zakładach farmaceutycznych. Wzrost wartości sprzedaży wyniósł zaledwie 16,7%, podczas gdy płace wzrosły o 29%, zatrudnienie o 10%, koszty przerobu o 72%.

Według opinii przemysłu, jedną z głównych przyczyn braków w produkcji leków jest system cen, zaopatrzenie w surowce, oraz dekapitalizacja zakładów produkcyjnych. Kilkakrotny wzrost cen robocizny, chemikaliów i energii przy niewielkich zmianach cen leków powoduje, że wielu leków "nie opłaca się" robić.

Dotyczy to produkcji Digoxyny, Vegantalginu, Procainy, Raphacholimu, Panoreatyny, Xylocainy, soli potasu /I/, oraz wszystkich witamin. Do produkcji Verospironu brak środków dewizowych na zakup surowców, to samo dotyczy Encortonu i Propranololu. Produkcję Bisephtolu hamuje brak środków na niezbędne inwestycje.

Rozbudowę produkcji antybiotyków rozpoczęto we wczesnych latach siedemdziesiątych /Tarohomin/, ale pierwszy etap budowy zakończono dopiero na przełomie lat 1985/86; trudno powiedzieć, kiedy osiągnięta będzie pełna moc produkcyjna. Część importowanych urządzeń uległa zniszczeniu w czasie magazynowania, zakupiona w USA technologia jest już dziś przestarzała. Maszyny do konfekcjonowania leków importowane z Zachodu w latach siedemdziesiątych są obecnie zużyte i niesprawne.

Krajowa produkcja strzykawek /Pofa w Lublinie/ nie wystarcza na potrzeby służby zdrowia. Brak również igieł, produkowanych w niewystarczających ilościach przez Fabrykę Narzędzi Dentystycznych w Milanówku. Często strzykawki, w jakie zaopatrywana jest służba zdrowia, nie pasują do igieł i wymagają stosowania reduktorów. Produkcją cewników miała zająć się spółdzielnia, ale jakoś dotychczas nic z tego nie wyszło. Podobnie, kilka państwowych zakładów chemicznych podejmowało się produkcji membran do dializy - bez pozytywnych skutków.

Brak surowców do produkcji zestawów kroplówkowych, nie ruszyła też produkcja rurek intubacyjnych. Produkowane przez zakład Polskiej Akademii Nauk "Teopan" polskie ustrasonografy, wg opinii komisji Ministerstwa Zdrowia nie nadają się do użytku, gdyż dają błędne wyniki. Braki ilościowe i jakościowe produkowanych w kraju wyrobów możnaby długo mmożyć.

Dużą część środków wypracowanych przez przemysł farmaceutyczny zabiera tzw. FAZ - fundusz aktywizacji zawodowej, co powoduje brak środków na inwestycje. Poprzednio Zjednoczenia finansowały produkcję leków deficytowych, obecnie wytwórnice muszą opłacać inwestycje z 10% zysku, jaki im pozostaje po opłaceniu FAZ.

Brak wykwalifikowanych pracowników i duża płynność kadr wynikają z systemu płac w przemyśle farmaceutycznym. Paradoksalne jest, że niewykwalifikowany robotnik /np. placowy/ zarabia więcej niż pracownik o wysokich kwalifikacjach.

Nakładanie na zakłady farmaceutyczne tzw. planu wartościowego i polityka importowa lat siedemdziesiątych doprowadziła przemysł farmaceutyczny do szczególnej degeneracji. Plan wartościowy najłatwiej było wykonać importu-

jąc produkty gotowe i rozbudowując w kraju jedynie konfekcjonowanie gotowych leków /zresztą też na maszynach importowanych/. Wymagało to wprowadzić 70% udziału dewizowego w produkcji, ale oszczędzało kilopoty z syntezą leków i konieczności rozbudowy aparatury do syntezy.

Do momentu kryzysu uzyskiwano wysokie zyski dzięki korzystnym relacjom pomiędzy "oficjalnym" kursem dolara i wartością rynkową sprzedawanych produktów. Brak środków dewizowych na import gotowych preparatów spowodował załamanie się rodzimej "produkcji" wielu leków.

Zdaniem przemysłu poważną przeszkodę w uruchamianiu produkcji leków stwarza działalność Komisji Leków Ministerstwa Zdrowia. Wnioski załatwiane są opieszale /na decyzję czeka się niejednokrotnie 2 lata!/, opiniowane są one niejednokrotnie przez niekompetentne w danej sprawie kliniki. Organizacja załatwiania wniosków i wydawania zezwoleń jest zła, a formalności samej rejestracji ciągną się w nieskończoność.

2. Import

Na zasadzie "podziału pracy" między karajami RWPG zaopatrzenie polskiego rynku w wiele podstawowych leków miało odbywać się na zasadzie importu z ZSRR, Węgier, NRD i in. W latach 1982-85 import z tych krajów znacznie ograniczono. Dotyczy to np. penicyliny, w którą miał nas zaopatrywać ZSRR, Curantylu i Corinfaru z NRD i wielu innych leków, których było pod dostatkiem w końcu lat siedemdziesiątych, a w latach osiemdziesiątych nagle znikły z naszego rynku. W znacznie większym stopniu ograniczono zakupy leków z krajów kapitalistycznych. Często dotyczy to leków podstawowych, bez zastąpienia ich produkcją krajową lub importem z krajów RWPG.

Wg danych Komisji Ochrony Zdrowia KC PZPR /Polityka Nr 10/1505, 8 marca 1986/ na import leków w r. 1986 potrzeba 150 mln rubli i 167 mln dolarów, a "przydzielono" zaledwie 127 mln rubli i 104,7 mln dolarów. Jedynie wyjście z sytuacji Komisja KC widzi w zwiększeniu eksportu przemysłu farmaceutycznego, który musi "zarobić" na import leków.

3. Zaopatrzenie aptek i szpitali

Stan zaopatrzenia aptek charakteryzują oficjalne wykazy CEFARMu podające okresowo całkowite /100%/ i częściowe /30%/ braki leków. Liczbę pozycji na tych spisach w różnych okresach podaje tabela 1.

Tabela 1

| Okres | Liczba pozycji | |
|-------------------|-----------------|-----------------|
| | Braki całkowite | Braki częściowe |
| IX.1982 - I.1983 | 135 | 211 |
| II.1983 - IV.1983 | 120 | 282 |
| V.1983 - VII.1983 | 90 | 351 |
| VII.1983 - X.1983 | 136 | 372 |
| XI.1983 - I.1984 | 128 | 351 |
| I.1984 | 97 | |

Jak widać z tych danych, braki znacznej liczby pozycji stanowią regułę, a nie zjawisko przejściowe.

Apteki przesyłają zamówienia na leki do hurtowni, podobnie postępują szpitale. Tasiemcowe listy niezrealizowanych zamówień gromadzą się w biurach hurtowni. Sytuację taką ilustruje dobrze zestawienie niezrealizowanych zamówień jednej z wojewódzkich central farmaceutycznych wiosną 1985r. Ogólna wartość niezrealizowanych zamówień wynosiła ponad 17 mln zł. Część tej sumy przypada na zamówienia niezrealizowane częściowo, reszta - na w ogóle niezrealizowane. W tabeli 2 podajemy dla przykładu kilka pozycji z listy zamówień całkowicie niezrealizowanych.

I w tym przypadku chodzi tu o sytuację typową, a nie "wyjątkową", czy też "chwilowe" braki.

W szpitalach specjalistycznych utrzymują się stałe braki leków psychotropowych, cytostatyków, antybiotyków /poza penicyliną, której niedobór też występuje/, leków kardiologicznych /np. beta blokery/ i wielu innych.

Jak rozdzielane są te leki i sprzęt, które trafiają na rynek? Podejmując próbę analizy oparliśmy się na danych z ankiet rozesyłanych do następu-

Tabela 2

| Nazwa leku | Ilość niezrealizowanych jednostek zamówienia |
|------------------|--|
| Gentamycyna | 3665 |
| Hydrocortison | 2265 |
| Penicylina proc. | 3650 |
| Sefril | 8910 |
| Trasoolan | 280 |
| Adriblastin | 3220 |
| Nootropil | 130 |

jących typów placówek służby zdrowia:

- szpitale rejonowe i wojewódzkie, bądź oddziały takich szpitali: osobno wyodrębniono szpitale w miastach akademickich. Często, choć nie zawsze, w kategorii tej znalazły się kliniki AM,
- apteki w dużych i małych miastach.

Przy projektowaniu ankiety wybrano przykładowo kilkadziesiąt typowych leków i drobnego sprzętu medycznego /strzykawkę jednorazową, igły/.

Dane dotyczą stanu z lat 1983-85 w różnych placówkach służby zdrowia w całej Polsce. Uzyskanie pełnych informacji od czynników administracyjnych było niemożliwe, jednak zdobyte poprzez ankietę informacje mają jednoznaczną wymowę.

Uzyskane wyniki są dalekie od kompletności. Dostarczają one jednak bezpośrednich ilościowych dowodów na powszechność braków zaopatrzenia we wszystkich ankietowanych placówkach. Z wyników ankiety widać znaczny rozrzut danych w grupach /szpitale wojewódzkie w dużych miastach uniwersyteckich i szpitale rejonowe w małych miastach, apteki w dużych i małych miastach/.

Nie udało się tu zaobserwować żadnych prawidłowości w rozdziale tej skromnej puli leków i sprzętu, jaka podlega dystrybucji. Zamieszczone w tabelach 3 i 4 dane ilustrują tylko rząd wielkości braków w wybranych pozycjach.

Tabela 3. Apteki

| Nazwa leku | Stopień pokrycia zapotrzebowania w % | | |
|---------------------------------------|--------------------------------------|---------------|---------------|
| | małe miasta | m.wojewódzkie | m.akademickie |
| Sorbonit | 50 | 50 | 54 |
| Corinfar | 20 | 13 | 10 |
| Aminophylina | 76 | 89 | 73 |
| Vegantalgin i inne środki rozkurczowe | 68 | 56 | 45 |
| Raphacholin | 51 | 21 | 18 |
| Pancreatinum | 56 | 45 | 40 |
| Fabialgina | 56 | 48 | 21 |
| Ampicilina | 55 | 48 | 63 |
| Gentamycyna | 40 | 66 | 20 |
| Potas | 17 | 20 | 12 |
| No-Spa | 56 | 43 | 44 |
| Encorton | 73 | 90 | 76 |
| Insulina | 90 | 100 | 87 |
| Strzykawkę jednorazowego użytku | 5 | 20 | 22 |
| Igły jednorazowego użytku | 5 | 4 | 5 |

Jak widać z powyższego zestawienia, z wyjątkiem insuliny, wszystkie porównywane pozycje wykazują poważne braki. Apteki skarżą się ponadto na brak ziści, środków opatrunkowych, artykułów gumowych, odciągaczek, termoforów.

Zaopatrzenie szpitali w te same leki przedstawia się nieco lepiej niż aptek, choć i tu widoczne są systematyczne, w wielu wypadkach znaczne ilościowo braki.

Tabela 4. Szpitale

| Nazwa leku | Stopień pokrycia zapotrzebowania w % | | | |
|--|--------------------------------------|-------------|----------|-----------|
| | szp. rejonowe | wojewódzkie | m. akad. | przemysł. |
| Sorbonit | 100 | 100 | 45 | 50 |
| Corinfar | 50 | 100 | 65 | 100 |
| Aminophylina | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Vegantalgin i inne środki rozkurczowe | 100 | | 50 | 25 |
| Raphacholin | 30 | 55 | 70 | 50 |
| Pancreatinum | 50 | 100 | 100 | 25 |
| Fabialgina | 80 | 80 | 75 | 50 |
| Ampicylina | 100 | 75 | 100 | 100 |
| Gentamycyna | 50 | 100 | 70 | 25 |
| Potas | 45 | 40 | | |
| No-Spa | 70 | 50 | 90 | 40 |
| Encerton | 100 | 100 | 90 | |
| Insulina | 100 | 100 | 90 | 87 |
| Strzykawki jednorazowego użytku | 15 | 10 | 20 | 40 |
| Igły jednorazowego użytku | 60 | 50 | 70 | |
| Rękawiczki chirurgiczne | | 50 | 80 | |

Szpitale odczuwają ponadto braki drobnego sprzętu, takiego jak worki do moczu, aparaty do mierzenia ciśnienia, sprzęt laboratoryjny, papier do elektrokardiografów, leków do narządy, środki opatrunkowe i in. Brak części zamiennych do istniejącej aparatury medycznej unieruchamia wiele aparatów.

Dane zestawione w tabeli 4 stwarzają wrażenie, że szpitale otwarte zaopatrzone są w leki lepiej niż szpitale przemysłowe. Materiał ankietowy był zbyt skromny, aby można było przyjąć taki wniosek. Możliwe, że względnie słabo zaopatrzone były niekiedy ankietowane placówki przemysłowej służby zdrowia.

Na pytanie, jakie było pokrycie zapotrzebowania na w/w leki w r. 1979 /"przed kryzysem"/, wypełniający ankietę odpowiadali na ogół "90-100%". Znaczy to, że istniejące dziś braki podstawowych dla lecznictwa środków powstały w latach osiemdziesiątych.

4. Dary zagraniczne

Osobne zagadnienie stanowią dary zagraniczne. Dary takie napływały różnymi kanałami już w r. 1930, osiągając maksimum natężenia na przełomie lat 1961/62, po czym dopływ ich stopniowo się kurczył. Niemniej jeszcze w początku 1968r. nadchodziły różnymi kanałami dary zagraniczne od Polonii zagranicznej i organizacji charytatywnych. Dary zawierają lekarstwa, odżywki dla dzieci, rzadziej drobny i większy sprzęt medyczny. Ankieta daje pewien pogląd na rolę darów w zaopatrzeniu szpitali w okresie do połowy 1994 r.

(tabela 5/).

Tabela 5 Dary zagraniczne

| Nazwa leku | Udział darów w pokryciu zapotrzebowania w % | | |
|-------------------------|---|-------------|------------------------|
| | szp. rejonowe | szp. wojew. | szp. w E. akademickich |
| Corinfar /Acalat/ | | | 50 |
| Aminophylina | | | 75 |
| Środki rozkurczowe | 50 | | 25 |
| Pancreatinum | 40 | | |
| Ampicylina | | | 50 |
| Gentamycyna | 40 | | |
| Rtas | 33 | | |
| No-Spa | 40 | | 10 |
| Insulina | | | 10 |
| Strzykawki jedn. użytku | 60 | | 50 |
| Rękawiczki chirurgiczne | 20 | 14 | 15 |

Jak widać, udział darów w zaopatrzeniu szpitali w niektóre leki i drobny sprzęt przekraczał 50% /1/. Świadczy to nie tyle o dużej ilości napływających darów, co o ubóstwie zaopatrzenia państwowego. Tabela 5 nie ujmuje leków napływających do Komisji Charytatywnej Episkopatu Polski i rozdzielanych indywidualnym chorym.

Obecnie udział darów w zaopatrzeniu szpitali znacznie się zmniejszył w stosunku do danych z ankiety, dotyczących lat 1983-84. Niemniej dary wciąż stanowią cenną pozycję w zaopatrzeniu służby zdrowia w leki i środki pomocnicze. Wydaje się, że trzeba by poważniej pomyśleć nad optymalnym ich wykorzystaniem. Wiele nadsyłanych darów marnuje się ze względu na niewłaściwe opakowanie i transport, krótkie terminy ważności, kierowanie do niewłaściwych placówek medycznych, a wreszcie przez nieuczciwość osób, które tymi darami dysponują.

Obecność niektórych leków produkcji zachodniej na bazarach jest niewątpliwym dowodem "przecieków". Wydaje się, że warto by zaktywizować społecznie zaangażowanych pracowników służby zdrowia do czynnej współpracy z organizacjami otrzymującymi dary /głównie kościelnymi/ i udziału w rozdziale napływających darów.

Uwagi końcowe

Spółeczeństwo ma prawo znać sytuację kraju w dziedzinie ochrony zdrowia i domagać się od władz państwowych podjęcia s k u t e c z n y c h kroków w kierunku poprawy. Wbrew uspokajającym oświadczeniom w prasie, władze wiedzą, jaka jest sytuacja, ale dotychczas nie podjęły żadnych zdecydowanych działań zmierzających do poprawy zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny.

Funkcjonują "apteki za żółtymi firankami", w których leki, niedostępne dla zwykłych obywateli, otrzymuje się na zapleczu, na podstawie rekomendacji administracji służby zdrowia wpisanych do specjalnej książki. Nie chodzi tu o tzw. "import indywidualny", w zasadzie dostępny dla wszystkich pacjentów na wniosek lekarza, lecz przywileje rozdzielane drogą administracyjną i przez znajomości.

Zaopatrzenie w leki i sprzęt jest też niejednokrotnie lepsze w placówkach służby zdrowia dostępnych dla pewnych kategorii uprzywilejowanych obywateli /apteki i lecznice Min. Zarowia, MON, MSW/.

Informację Komisji Zdrowia KC PZPR o tym, że "przydzielono" za mało środków na import leków i zaspokojenie potrzeb uzależnione jest od wzrostu eksportowej produkcji leków, można by potraktować jako dowcip, gdyby nie dotyczyło tak poważnych spraw, jak zdrowie i życie obywateli. Charakteryzuje to dobitnie hierarchię priorytetów społecznych, w której zdrowie ludności traktowane jest tak, jak luksusowe dobra konsumpcyjne.

Uzależnienie zaspokojenia elementarnych potrzeb kraju w leki i sprzęt medyczny od wyników ekonomicznych przemysłu farmaceutycznego jest niedopuszczalne. Przecież władze nie uzależniają finansowania wojska, aparatu bezpieczeństwa, rozbudowanej administracji państwowej, od wyników ekonomicznych tych działów.

W systemie społecznym, w którym znaczna część wartości wytworzonych przez obywateli zatrzymywana jest przez państwo pod pozorem przeznaczenia na tzw. "spożywie zbiorowe" /w tym: powszechną opiekę lekarską/, władze państwowe przyjęły na siebie obowiązek stworzenia funkcjonalnego systemu ochrony zdrowia i zapewnienia mu niezbędnych środków. Powinniśmy domagać się spełnienia przez nie tego obowiązku.

Prof. dr Ryszard Jakubowski
Instytut Medycyny Wsi w Lublinie

STAN ZDROWIA LUDNOŚCI WIEJSKIEJ

Fragmety "Raportu o stanie wsi i rolnictwa", opracowanego przez zespół autorów w ramach konwersatorium działającego w Studium Kultury Chrześcijańskiej przy Kościele św. Trójcy w Warszawie. Raport został przedłożony Episkopatowi Polski na ręce Prymasa w czerwcu 1986r. Tekst zamieszczamy bez wiedzy i zgody autora.

W Polsce nie udało się, jak dotąd, przeprowadzić reprezentatywnych badań stanu zdrowia ludności wiejskiej, toteż ogólną charakterystykę trzeba

opierać na rezultatach prac badawczych różnych placówek i zespołów naukowych, przynoszących informacje wycinkowe.

Warunki mieszkaniowe

Z materiałów Narodowego Spisu Powszechnego z 1978 roku wynika, że domy rolników indywidualnych w większości są stare, wybudowane przed 1970 rokiem /87,6% wszystkich domów/. Domy te pozbawione są elementarnych instalacji sanitarno-technicznych. Z ogólnej liczby 3 584 900 mieszkań na wsi tylko 35,8% wyposażonych było w wodociąg, 25,6% w łazienkę i 17% w centralne ogrzewanie. Natomiast spośród ponad 6 mln rolników indywidualnych 12,7% mieszkało w domach wyposażonych w wodociąg, łazienkę i ustęp, 0,3% w mieszkaniach mających wodociąg i ustęp, a 72,4% - bez wodociągu. Przeciętna liczba osób na izbę wynosiła 1,27.

Zaopatrzenie w wodę

Stan higieniczny na wsi oraz zdolności produkcyjne gospodarstw zależą w dużej mierze od tego, czy wies jest dostatecznie zaopatrzona w wodę. Ocenia się, że ponad 70% gospodarstw państwowych korzystało z urządzeń wodociągowych zbiorczych i zakładowych, natomiast dla 72% gospodarstw indywidualnych źródłem zaopatrzenia w wodę były studnie. Udział ludności wiejskiej w korzystaniu z urządzeń wodociągowych jest nadal bardzo mały i wzrasta bardzo wolno.

Powstającym na wsi wodociągom na ogół nie towarzyszą inwestycje zmierzające do uporządkowania gospodarki ściekowej. Poza tym zwłaszcza na wsi nie są przestrzegane właściwe strefy ochrony sanitarniej ujęć wodociągowych i w ogóle wodnych. Nic więc dziwnego, że w ostatnim okresie w wyniku zanieczyszczeń bakteryjnych i skażeń chemicznych nastąpiło obniżenie jakości wody zarówno w ujęciach wodociągowych, jak i w studniach.

Jak wynika z ocen sanitarnych wody pobieranej przez ludność wiejską w roku 1983 /dane GUS/ woda z wodociągów publicznych w około 20%, a z wodociągów lokalnych w 40,8% była niepewnej lub złej jakości. Natomiast woda pobierana ze studni publicznych w 72,9%, a ze studni przydomowych w 74,4% była niepewnej lub złej jakości. W latach 1975-1983 odsetki wody złej lub niepewnej jakości zwiększyły się: z wodociągów o około 1-3,3%, a ze studni o około 7,7%.

Utylizacja nieczystości i odpadów

Nie rozwiązany problemem wsi pozostaje od lat właściwe gromadzenie, usuwanie, unieszkodliwianie i rolnicze wykorzystywanie odpadów i nieczystości.

W badaniach Instytutu Medycyny Wsi, prowadzonych w latach 1982-1983 wykrowko na terenie kilku gmin, stwierdzono, że ponad połowa śmietników i ustępów nie odpowiadała podstawowym wymogom sanitarnym. W omawianych badaniach zaobserwowano, że stan sanitarny ponad 5% istniejących śmietników był zły, a około 65% zagród w ogóle śmietników nie posiadało.

Istotne zagrożenie epidemiczne stwarzają zlokalizowane najczęściej na obszarach wiejskich wysypiska odpadów komunalnych. Na 1484 wysypiska Zinventaryzowane w 1983 roku przez Instytut Medycyny Wsi i staje sanitarno-epidemiologiczne, 816 eksploatowanych było nieprawidłowo. Około 75% wysypisk mogło więc stanowić zagrożenie dla zdrowia. Z całą pewnością stanowiło je ponad 28% wysypisk.

Zagrożenia takie powodują również niewłaściwie eksploatowane ścieki. Na 1268 oczyszczalni z terenu całego kraju, objętych badaniami przez Instytut Medycyny Wsi, 222 oczyszczalnie usuwały do rzek i zbiorników wodnych ścieki bez uprzedniej ich kontroli bakteriologicznej.

Problemem nowym, związanym z intensyfikacją hodowli zwierząt, jest szkodliwe oddziaływanie na środowisko ścieków z wielkich ferm hodowlanych. Instytut Medycyny Wsi w 1983 roku ocenił 5388 ferm hodowlanych, mających ponad 100 dużych jednostek przeliczeniowych, jako potencjalne źródła zagrożenia epidemicznego. Analiza wykazała złą lokalizację 46,9% ferm /zbyt mała odległość od budynków mieszkalnych, szkół, źródeł wody/, złą lokalizację składowisk odpadów z 16,5% ferm, niewłaściwie urządzone gnojownie i składowiska odpadów w 62,2% badanych ferm.

W wielu przypadkach krytycznie oceniono sam proces technologiczny. W większości ferm, z powodu niedostatecznej pojemności zbiorników, składowa-

nie gnojowiny trwało 1-3 dni, a więc za krótko, aby powstały warunki dla przefermentowania i odkażenia gnojowicy. Jest to istotny problem, ponieważ u zwierząt bardzo często występują choroby zakaźne i inwazyjne. Wylana do większych ujęć wodnych lub na pola czy łąki, nieodkazona gnojowica stanowi poważne zagrożenie nie tylko dla środowiska, ale przede wszystkim dla ludzi.

Przy obecnych niedostatkach w unieszkodliwianiu gnojowicy i jednocześnie intensywnym nawożeniu łąk i pastwisk nie można wykluczyć ujemnych skutków sanitarnych, prowadzących drogą pośrednią, tj. przez glebę, wodę lub rośliny do zachorowań na niektóre choroby zakaźne. Wiadomo bowiem, że np. chorobotwórcze bakterie *Salmonella* zachowują żywotność na kisielcach fasoli 13-15 dni, a na źdźbłach trawy i na sianie do 11 miesięcy.

Badania wykazały, że gleby nawożone odchodami zwierząt zawierały bakterie chorobotwórcze na różnych głębokościach /60 - 150 cm/. Mogły więc przenikać również do wód gruntowych, które stanowią podstawowe źródło wody w wiejskich studniach. By ostatecznie uświadomić sobie rozmiar zagrożenia środowiska i zdrowia, warto przytoczyć jeszcze jedną informację. Otóż spośród 5308 badanych obiektów 90 odprowadzało gnojowicę do rzek w 24 województwach, 33 fermy w 12 województwach odprowadzały gnojowicę do rowów melioracyjnych, zaś 70 ferm stwarzało w ten sposób zagrożenie dla wód powierzchniowych wykorzystywanych dla celów gospodarczych i rekreacyjnych.

Chemizacja rolnictwa

Intensyfikacja produkcji rolnej niesie również ze sobą pewne zagrożenie dla zdrowia, wynikające ze skażenia środowiska substancjami chemicznymi stosowanymi w nawożeniu i ochronie roślin.

Poważne niebezpieczeństwo dla środowiska stanowi niezbilansowanie nawożenia mineralne, w tym zwłaszcza nawozami azotowymi. Nawożenie niezbilansowane, czyli nieadekwatne do potrzeb, zbyt obfite, powoduje nadmierne gromadzenie się w elementach środowiska /glebie, wodzie, roślinach/ azotanów i azotynów, a w dalszej konsekwencji nitrozoamin, mających charakteryzować się właściwościami rakotwórczymi.

Przeazotowanie środowiska - w tym również powietrza, co ma miejsce na terenach położonych w rejonach uprzemysłowionych, prowadzi do zmian patologicznych w układach: oddechowym, krwiotwórczym i nerwowym.

Groźne dla zdrowia skutki może powodować stosowanie do wapnowania gleb odpadów przemysłowych, które często zawierają w swoim składzie związki metali ciężkich, np. ołowiu, kadmu, chromu, oraz węglowodory i inne. Są to substancje szkodliwe dla organizmów żywych. Ze względu na pośredniość zagrożenia skutki ich oddziaływania na zdrowie populacji tak wiejskiej, jak i miejskiej mogą się ujawnić po dłuższym okresie i w bardzo zróżnicowanej formie.

Stosowanie w rolnictwie pestycydów, czyli środków ochrony roślin, przynosi ubocznie dwa rodzaje zagrożenia - bezpośrednie i pośrednie. Zagrożenie bezpośrednie dotyczy ludzi wykonujących zabiegi chemiczne, bądź stykających się z tymi środkami w dystrybucji, transporcie i magazynowaniu /pomija się tu produkcję jako kwestię warunków pracy w przemyśle/.

Zagrożenie pośrednie wiąże się z trwałością substancji czynnych wchodzących w skład chemicznych środków ochrony roślin i ich pozostałości w produktach roślinnych, dotyczy więc całej populacji.

Liczbę osób pracujących zawodowo w stałym kontakcie z chemicznymi środkami ochrony roślin szacuje się na około 10 tys., a zatrudnionych sezonowo tylko w rolnictwie uspołecznionym na około 60 tys. osób. Niewiele natomiast wiadomo o liczbie rolników indywidualnych, którzy wprawdzie teoretycznie nie powinni mieć dostępu do preparatów I i II klasy toksyczności, w praktyce jednak znaczna ich grupa stosuje silnie działające, aktywne biologicznie substancje.

Mechanizacja rolnictwa

Mechanizacja prac jest procesem stale rozwijającym się w rolnictwie. Wpływa ona na wzrost jego produktywności, dlatego liczby różnorodnych maszyn i urządzeń stale rosną.

Podobnie jak chemizacja, mechanizacja rolnictwa oprócz efektów pozytywnych przynosi wiele niezamierzonych - ujemnych skutków. Są to różnorodne zagrożenia dla zdrowia, które powstają w środowisku pracy. Zagrożenia te wy-

nikają z:

- tempa pracy, które narzuca potrzebę szybkiego i dokładnego rejestrowania napływających informacji, podejmowania optymalnych decyzji oraz wykształcenia prawidłowych odruchów;
- występowania w środowisku pracy takich czynników, jak dyskomfort przestrzenny /złe rozplanowanie stanowiska roboczego/, dyskomfort mikroklimatyczny /brak kabin bądź brak klimatyzacji czy też źle funkcjonująca klimatyzacja/ oraz czynników szkodliwych /hałas, wibracja, pył/.

Mechanizacja, by była bezpieczna, wymaga pewnej kultury technicznej, której na wsi brak w stopniu daleko większym niż w mieście.

Hałas w rolnictwie występuje najczęściej przy obsłudze ciągników i kombajnów. Szczególnie na hałas, i to przekraczający dopuszczalne normy, narażeni są pracownicy zakładów przemysłu rolno-spożywczego /młyn, kaszarnie, suszarnie zielonek/ oraz pracownicy zakładów Technicznej Obsługi Rolnictwa /stanowiska szlifierza, stolarza, spawacza/.

Zapylenie środowiska pracy wiąże się ze wzrostem wydajności niektórych maszyn, np. kombajnów, młocarni itp. Pył powstający podczas produkcji rolnej zawiera wprawdzie na ogół nie więcej niż 10% wolnej krzemionki, ale jest on bardzo rozdrobniony i łatwo wnika do dróg oddechowych. Występują w nim ponadto duże ilości mikroorganizmów, które mogą wpływać alergizująco na układ oddechowy. Zapylenie więc poza fizycznym oddziaływaniem na drogi oddechowe wpływa na nie poprzez mikroorganizmy stanowiące czynnik biologiczny.

Drobnoustroje przenikają do organizmu nie tylko drogą oddechową. Istotne zagrożenie dla zdrowia rolnika stanowi również bezpośredni kontakt z chorobami zwierzętami.

Dane demograficzne

Zestawienie struktury płci i wieku ludności wiejskiej ukazuje wyraźny niedobór kobiet w wieku produkcyjnym /87 kobiet na 100 mężczyzn/ i przedprodukcyjnym / 95 kobiet na 100 mężczyzn/, a nadmiar kobiet w wieku poprodukcyjnym /około 203,6 kobiet na 100 mężczyzn/.

Analizując dane o urodzeniach i zgonach w okresie okołoporodowym, można zauważyć pewną nieznaczną poprawę. Mimo to ciągle jeszcze umieralność niemowląt na wsi jest wyższa niż w mieście. Wyższa również na wsi niż w mieście jest umieralność dzieci i młodzieży, i to w każdej grupie płci i wieku. Głównymi przyczynami zgonów dzieci i młodzieży są wypadki, zatrucia i urazy. Np. w 1982 roku na wsi wskaźniki umieralności dzieci i młodzieży /na 100 tys z powodu wypadków, zatruc i urazów wynosiły: w grupie wieku 1-4 lata: 38,5 /w mieście 17,3/, w grupie wieku 15-19 lat: 58,8, /w mieście 36,9/.

Na uwagę zasługują m.in. przypadki zatruc dzieci leczonych w 1984 roku w szpitalach makroregionu lubalskiego. Ogółem leczono 638 dzieci, w tym 307 mieszkających na wsi. Podobnie jak w latach 1982-1983, dominowały zatrucia lekami. W grupie dzieci do lat 3 najczęściej były to zatrucia przypadkowe, natomiast w grupie dzieci starszych i młodzieży - zatrucia celowe!

Poważnym problemem zdrowotnym jest kalectwo i niepełnosprawność dzieci wiejskich. W latach 1980-1981 szacowano, że liczba dzieci kalekich i niepełnosprawnych w wieku do lat 16 wynosiła ponad 25 000.

Choroby dzieci i młodzieży

Analizując zachorowalność i chorobowość dzieci i młodzieży na wsi trzeba stwierdzić, iż mimo ogólnego obniżenia się występowania chorób zakaźnych, nadal w środowisku tym schorzenia występują częściej niż w mieście. Niepokoił pewien wzrost zapadalności na gruźlicę płuc, odnotowany od 1977 roku.

W latach 1982-1984 Instytut Medycyny Wsi prowadził badania dzieci zamieszkałych we wsiach na terenach zagrożonych emisjami przemysłowymi. Badania te wykazały wybitnie niezadawalający stan zdrowia, wyrażający się m.in.:

- wysokim wskaźnikiem zachorowalności na ostre schorzenia układu oddechowego /np. w rejonie Puław wśród dzieci dotkniętych tym schorzeniem stwierdzono znaczny odsetek dzieci z nieżytem spastycznym oskrzeli/;
 - wysokim odsetkiem dzieci z wadami postawy i wzroku.
- Około 16,7% badanych dzieci uznawano za chore wymagające natychmiastowego leczenia, 30,6% dzieci wymagało obserwacji i kontroli lekarskiej, a 33,3% dzieci zakwalifikowano do grup dyspanseryjnych.

Istotnym problemem zdrowotnym populacji w wieku szkolnym są zaburzenia

rozwoju psychospołecznego, współistniejące z niepowodzeniami szkolnymi.
Skracanie życia

Proces skracania życia mężczyzn zachodzi znacznie szybciej niż u kobiet. Charakterystyczną cechą umieralności w odniesieniu do wsi jest przede wszystkim to, że wśród mężczyzn w wieku 20-29 lat żyjących w tym środowisku umieralność jest dwukrotnie wyższa niż wśród ich rówieśników w miastach.

Częściej na wsi niż w mieście zdarzają się również zgony młodych kobiet, a mimo to w ostatnim okresie /dane za 1982 rok/ obserwowano na wsi szybszy wzrost nadumieralności mężczyzn niż kobiet. Są to zjawiska, które muszą niepokoić. Podstawowymi przyczynami zgonów ludności wiejskiej w roku 1983 były choroby układu krążenia /wskaźnik na 100 tys. ludności/ 467,8, nowotwory złośliwe - 168,6, oraz wypadki, zatrucia i urazy - 77,0.

W stosunku do lat 1980 - 1983 znacznie wzrósł wskaźnik zgonów z powodu chorób tętnic, tętniczek i naczyń włosowatych /o 21,4%/, oraz choroby nadciśnienia nienowotworowego /o 11,1%. Zwraca też uwagę stopniowy wzrost natężenia zgonów z powodu nowotworów i cukrzycy oraz urazów i zatruc. Zmniejszyły się natomiast wskaźnik zgonów z powodu choroby niedokrwiennej serca i chorób naczyń mózgu.

Przeprowadzone przez Instytut Medycyny Wsi badania stanu zdrowia 5000 robotników zatrudnionych w PGR wykazały u około 80% badanych zmiany chorobowe wymagające leczenia, w tym leczenia specjalistycznego: internistycznego u 18,3% ze zmianami chorobowymi, chirurgicznego u 8,7%, a okulistycznego u 3,7%.

Podobną strukturę chorób stwierdzono na podstawie innych badań Instytutu Medycyny Wsi. Badaniami objęto ponad 1000 mieszkańców 12 wsi w 6 województwach. Wyniki tych badań zawierały dodatkowo informacje o samocenie stanu zdrowia.

Okazało się, że około 46% badanych uważało się za chorych. O zdrowiu tych osób świadczyła również ilość wymienianych przez nie chorób, na które chorowały w okresie swego życia. Około 82% tych osób podawało przebycie 4 i więcej chorób. Jednakże tylko 7% osób wykazywało aktywną postawę wobec choroby. Pozostali nie leczyli się. Bierna postawa wobec choroby charakteryzowała mieszkańców wsi leżących w oddali od większych ośrodków miejsko-przemysłowych.

Analiza żywienia rodzin zamieszkałych w dwóch wsiach typowo rolniczych wykazała znaczne niedobory w racjach dziennych witamin i składników mineralnych przy równoczesnym wysokim spożyciu tłuszczów. Może to sprzyjać powstawaniu metabolicznych chorób, takich jak: miażdżyca, otyłość, choroby układu krążenia.

Druga grupa schorzeń o znacznym nasileniu, to choroby układu oddechowego, wśród których najczęstszymi są przewlekłe nieswoiste choroby dróg oddechowych. Występują one u około 11-22% badanych rolników. Częstotliwość tych chorób jest ściśle związana z nałogiem palenia tytoniu, ale też z zapyleniem powietrza. Świadczą o tym wysokie odsetki 41-53,7% pracowników roszarni lnu oraz wytwórni pasz, u których stwierdzano te schorzenia.

W ostatnich latach struktura chorobowości ludności wsi, wyjąwszy choroby zawodowe, staje się coraz bardziej podobna do struktury chorobowości ludności miast. Różnice dotyczą głównie chorób odzwierzęcych - alergicznych układu oddechowego.

Uwagi na przyszłość

Nawet z tej bardzo krótkiej charakterystyki uwarunkowań środowiskowych stanu zdrowia ludności wiejskiej wynika, iż więcej już wiadomo o tym, jaki jest stan zdrowia ludności i od czego zależą niepomyślnie zjawiska zdrowotne, niż robi się dla uzyskania poprawy stanu zdrowia. Stąd rodzi się konieczność przejścia do działań, które winny być podjęte zarówno przez wszystkie instytucje, organizacje, stowarzyszenia itd., które są żywotnie zainteresowane zdrowotnością wsi polskiej, jak i przez społeczności lokalne.

Znajomość związku między postępującą degradacją środowiska a zmianami zdrowotnymi winna przyczynić się do odstąpienia od wykorzystywania rolniczych ściłek i stałych odpadów przemysłowych oraz komunalnych, zawierających domieszkę substancji szkodliwych dla zdrowia, jak również odstąpienia od budowy ferm wielostadnych w przypadku złej lokalizacji czy niemożności utylizacji gnojowicy.

Organizowanie społeczności lokalnych miałooby na celu znalezienie i wypracowanie sposobu zaradzenia znu.

Sądzić można, że to, co byłoby podstawowym warunkiem powiększania się liczby ludności żyjącej długo i zdrowo, to ład społeczny, oparty na ładzie moralnym, oraz harmonijne, stopniowe przemiany w środowisku życia i pracy, a także zdrowe sposoby zaspokajania potrzeb i rewolucyjacja środowiska bytu i pracy.

Bogdan Lis

W WIEZIENIU W BARCZEWIE

Warunki odbywania kary

Zakład Karny w Barczewie położony jest na wyspie oblanej z jednej strony przez rzekę Wadąg, a z drugiej przez jej mały dopływ i jego rozlewiska /nazwy dopływu nie znam/. Cały teren jest wilgotny. Duże budynki, w których przebywają więźniowie kryminalni, są normalnie zbudowane. Natomiast pawilon, w którym przebywają więźniowie polityczni to budynek niski, jednopiętrowy, którego parter /podłoga/ położony jest równo na poziomie ziemi.

Pawilon ten pozbawiony jest izolacji od podłoża, co powoduje iż w celach panuje okropna wilgotność. Zimą, gdy cele są ogrzewane a na zewnątrz panuje mróz, wilgotność się zmniejsza, jednak wiosną, latem i jesienią jest tak duża, że w niektórych celach woda skraplając się na ścianach cieknie małymi strużkami. Odzież zdjęta wieczorem rano jest wilgotna.

Cele są małe. Dwuosobowa ma wymiary: szer. 1 m 80 cm, dł. 3 m 90 cm., czterosobowa: szer. 2 m 10 cm, dł. 3 m. 90 cm. W celi dwuosobowej znajdują się dwa łóżka ustawione piętrowo, stół, dwa lub trzy taborety, dwie szafki na rzeczy osobiste i naczynia, muszla klozetowa osłonięta z jednej strony drewnianą przegródką i zlew.

Okna cel są podójnie okratowane. Prócz normalnej kraty więziennej jest jeszcze jedna zrobiona z prętów stalowych o grubości ok. 4 mm i zmontowana w oknie jako stalowa siatka o oczkach 5 x 5 mm, co powoduje, że cele są ciemne. Okna w pawilonie dla więźniów politycznych są sześć razy mniejsze niż okna w budynku więźniów kryminalnych. Trzeba dodać, że cele więźniów kryminalnych są większe i wieloosobowe.

Wyrok odbywaliśmy w pełnej izolacji. Jest to niezgodne z obowiązującym regulaminem więziennych, którego kara izolacji to najcięższa kara, jaką można zastosować - najwyżej na okres jednego miesiąca w stosunku do więźnia. W naszym przypadku podczas izolacji nie było ograniczeń, jakie dodatkowo stosuje się przy wykonywaniu tego rodzaju kary. Chodzi tu o zakaz zakupu artykułów żywnościowych /w styczniu i lutym 86, taki zakaz praktycznie obowiązywał w stosunku do mnie i do siedzącego ze mną Stanisława Kotowskiego. Formalnie mogliśmy robić zakupy, ale wprowadzono takie ograniczenia, że rano nało się do akceptowaniu fikcji, wobec tego odmówiliśmy uczestniczenia w tej grze pozorów/, odebranie głośnika z celi oraz zakaz widzeń.

Meritum sprawy leży jednak w izolacji od innych więźniów. Świadczy o tym punkt regulaminu mówiący, że można ukarać więźnia spacerem w izolacji od innych więźniów. Myśmy taki spacer mieli przez cały okres odsiadki kary.

W więzieniu uniemożliwiano nam uczestniczenie w mszy św. Odmowę tłumaczono tym, iż kapelan więzienny jest na urlopie. Dopiero po trzech miesiącach na powtórne pismo do naczelnika /pierwsze było z sierpnia, kolejne z października/ zaczęto organizować nam msze św.

Odbywały się one w świetlicy przerobionej z dwóch cel. Zostawiono muszłę klozetową, którą zdemontowano dopiero po głodówce mojej o Stanisława Kotowskiego w lutym 1986r. Msze odbywały się pod stałą kontrolą dwóch lub trzech funkcjonariuszy służby więziennej. Wielokrotnie próbowali oni sprokować przerwanie mszy tak, aby mieć pretekst do stwierdzenia, że to my sami zrezygnowaliśmy z udziału w mszy.

Były próby karania mnie, Stanisława Kotowskiego i Adama Michnika za niezbyt gorliwy udział w mszy, co oceniał nie ksiądz prowadzący mszę, a nadzorujący funkcjonariusz. Generalnie chodziło o to, by zlikwidować tę jedyną możliwość mego kontaktu z Michnikiem. Wielokrotnie funkcjonariusze próbowali interweniować w takie sprawy, jak np. gdzie w czasie mszy ma stać Mich-

nik, agdzie ja.

Przed każdą mszą i po niej odbywały się przeszukania osobiste, szczególnie ostre były one, gdy przed mszą odbywała się spowiedź. A Michnikowie w ogóle odebrano prawo do osobistego kontaktu z kapłanem więziennym motywując to tym, że jest Żydem /inne wyznanie/.

Jedyną rozrywką, jaką udostępniono nam w ciągu całego pobytu w Barczewie, było oglądanie telewizji raz na trzy dni oraz czytanie książek. Przez dwa miesiące październik i listopad wraz ze Stanisławem Kotowskim prowadzono nas dwa razy w tygodniu do świetlicy umożliwiając grę w tenisa stołowego. W więzieniu funkcjonowało kino, ale tylko dla więźniów kryminalnych.

Cały pawilon więźniów politycznych miał tylko trzy zamieszkałe cele na 25, jakie znajdowały się w pawilonie. W jednej siedział Michnik ze współtowarzyszami, w drugiej ja z Kotowskim, a w trzeciej więźniowie kryminalni do obsługi pawilonu /wydawanie posiłków, sprzątanie, itp./.

Po godzinie w lutym 86 ponownie umożliwiono nam grę w tenisa, ale w świetlicy oddziałowej, która była tak mała, że w czasie gry plecami dotykało się ściany.

Mimo tego, że na trzy cele przypadały dwa telewizory, w dalszym ciągu oglądaliśmy TV raz na trzy dni. Służba więzienna sądziła, iż nie wiemy o tym, że Michnik otrzymuje inny telewizor, a ja inny, i że za pośrednictwem telewizora, ukrywając grypsy w jego wnętrzu będziemy przekazywać sobie informacje. Po każdorazowym wystawieniu telewizora z celi był on oszczędowo rozkręcany.

W związku z tym, iż były trudności z otrzymywaniem właściwych książek z biblioteki, domagaliśmy się umożliwienia nam bezpośredniego kontaktu z biblioteką. Dopiero dwa miesiące przed opuszczeniem więzienia umożliwiono to nam.

Na marginesie ciekawa informacja o kryteriach doboru więźniów do pracy w bibliotece. Gdy zły, że nie otrzymywałem zamawianych książek, twierdziłem w rozmowie z funkcjonariuszem, że przecież w bibliotece pracują zapewne więźniowie na tyle inteligentni i umiejący czytać, by zrozumieć o jakie książki mi chodzi, usłyszałem odpowiedź, że wręcz przeciwnie. Gdyby tacy tam pracowali, to zrobiliby co innego niż wypożyczanie książek.

Co jakiś czas były trudności z otrzymywaniem gazet. Tłumaczono to tym, że Barczewo to dziura i nie zawsze gazety dochodzą. Dotyczyło to zarówno dzienników, jak "Rzeczpospolita", "Trybuna Ludu", jak i tygodników; np. "Życie Gospodarcze" po raz pierwszy dostałem w maju 86r.

Widzenia z adwokatami oraz rodziną to osobny rozdział. Widzenia z obrońcami odbywały się w pomieszczeniu oszklonym, gdzie każdy ruch, gest czy poruszenie ustami było obserwowane przez oficerów służby więziennej. Pomieszczenie było małe, miało przymocowany do podłogi stół i krzesła, tak, że nie można było odwrócić się plecami do obserwujących, ponadto nie było wytłumienia i to, o czym się mówiło, głośniej było słyszane na zewnątrz.

Uniemożliwiono mi przenoszenie na te widzenia - celem poinformowania obrońcy - kopii pism wysyłanych do różnych instytucji, w tym sądu, ministra sprawiedliwości itp. Kilka takich pism odebrano adwokatom celem sprawdzenia, czy rzeczywiście szły przez kancelarię więzienną, pisma te zaginęły.

Przed każdym takim widzeniem, również z rodziną, przynoszono z magazynu odzieżowego nowe ubranie, w które musieliśmy się przebrać - pod nadzorem służby więziennej. Po widzeniu nasze ubranie nam zwracano, a odbierano to, w którym odbywaliśmy widzenie.

Widzenia z rodziną odbywały się w pomieszczeniach szefa ochrony więzienia i w obecności jego lub jego zastępcy. Czasem w czasie widzenia nadzór sprawował inny funkcjonariusz. Rozmowy z rodziną wielokrotnie przerywano.

Uniemożliwiano rozmowę na jakikolwiek temat związany z szukanami, jakie się wobec nas stosowało. Uniemożliwiano rozmowę na tematy ogólnie oraz sprawy, której uczestnikiem jak współoskarżony /już skazany/ byłem. Cały czas grożono ewentualnym przerwaniem widzenia. Rodziny po przyjeździe czekały na widzenie do dwóch, trzech godzin. Proces przeszukań i wymiana ubrań tak sam, jak w czasie widzeń z obrońcami.

Więźniowie kryminalni mieli możliwość otrzymania w czasie widzenia z rodziną posiłku przywiezionego z domu do skonsumowania na miejscu /zabierać nic im nie było wolno/. Nam nie zezwölano na otrzymywanie żywności ani

w czasie widzenia z rodziną, ani z obrońcami. Natychmiast interweniowano. Codziennie przeszukiwano cele. Początkowo robiono to w miarę kulturalnie, jednak od grudnia 1985r. było to zwykłe chamskie rozwalanie wszystkiego co było w celi. Aby udowodnić, że była to zwykła złośliwość, a nie przeszukiwania mające na celu znalezienie czegoś, schowaliśmy w pięciu miejscach zapisane - w sposób kwalifikowany do zabrania - kartki papieru. Mimo wielokrotnych przeszukań połączonych z demolowaniem celi, żadna z kartek nie została znaleziona.

Gdy podczas wychodzenia na wolność powiedziałem o tym komendantowi ochrony /podczas wychodzenia kwestionowałem zasadność przeszukań i żądałem zwrotu szeregu pism wysyłanych oficjalnie, których kopie mi odebrano/, stwierdził, że aby przeszukać dobrze cele, trzeba całego dnia, a więc te przeszukiwania, które się odbywają, mają za zadanie wryć nam w świadomość, że ciągle jesteśmy kontrolowani. Tak więc funkcjonariusze mogli zdaniem komendanta nie znaleźć tych pięciu zapisanych kartek papieru.

Wyżywienie

Dotychczas przebywałem w trzech więzieniach w Gdańsku, w Warszawie na Rakowickiej i w Barczewie. Jedynie w Gdańsku jedzenie było znośne. Jadłospis tygodniowy w Barczewie, cały czas powtarzany, był następujący /omawiam tylko drugie dania, bowiem z zup tylko dwie były do zidentyfikowania, a mianowicie pomidorowa, barszcz:/

poniedziałek - pognicione w kluski gotowane ziemniaki obsmażane na oleju, wtorek - makaron z twarogiem
środa - makaron z czymś w rodzaju klopsa, ale podejrzewa, że mięso wcześniej, przed sformowaniem go w klopsy, było wygotowane, bowiem klops był zrobiony jakby z trocin. Obiad ten był jednym z lepszych obiadów i nadawał się do jedzenia.

czwartek - kasza perłowa gotowana z kawałkiem gotowanego mięsa polanego śmietanowym sosem. Mięso obmywałem pod kranem z bieżącą wodą, następnie wkładałem do wody zagotowanej z czosnkiem i solą, a po trzech godzinach mięso nadawało się do spożycia.

piątek - ziemniaki z sosem mięsny, który po podgrzaniu i ewentualnym doprawieniu nadawał się do jedzenia i był nawet smaczny, lub też rodzaj klopsa inny niż ten środowy. Obiad nadawał się do spożycia.

sobota - naleśniki z marmoladą plus jedno surowe jajko.
niedziela - obiad taki sam jak w czwartek, połączony z myciem mięsa.

Śniadania były względnie dobre, choć tylko raz w ciągu przeszło roku dostaliśmy coś, co wiązało się z daniem mięsny, a mianowicie po kawałku kaszanki. Zazwyczaj śniadanie składało się na przemian z jajek surowych /można było usmażyć lub ugotować/, twarogu, żółtego i topionego sera, dżemu lub marmolady i kawałka masła /1/10 kostki/.

Kolacja przez cały czas zupy pod nazwą mleczne, solone. Ani razu nie zjadłem tej kolacji, choć próbowałem. Czasem, gdy służba więzienna doszła do wniosku, że kolacja nie nadaje się do jedzenia, przynoszono awaryjnie po kawałku margaryny i jednym lub po dwa jajka.

Nawiązując jeszcze do zup obiadowych - do każdej sypano tyle majeranku, że wszystkie miały tylko ten jeden - zabijający wszystkie inne, zapach i smak.

Gdy po mojej interwencji przestano majerankę do tych zup sypać, to, jak wspominałem, dwie nadawały się do spożycia. Przedtem żadna.

Paczki żywnościowe zgodnie z regulaminem można było otrzymać 6 razy w roku. Naczelnik nie miał obowiązku przyznania talonu na taką paczkę. Do grudnia 1985r. sprawa paczek nie była problemem. Otrzymałem w tym okresie dwukrotnie pomoc w postaci paczek z Kościoła i paczki z domu 3 razy. Od grudnia sprawa została zablokowana. W okresie od stycznia do momentu wyjścia w dniu 30 lipca br. otrzymałem trzykrotnie talon na paczkę 3 kg żywności, podczas gdy mój kolega z celi ani jednej. Tak więc na dwóch na okres 7 miesięcy w sumie przypadło 9 kg żywności przysłanej z domu.

Od kwietnia 86 sytuację ratował trochę fakt, iż na tzw. wypiakę dwa razy w miesiącu można było kupić kiełbasę. Brak natomiast było owoców i warzyw. W ciągu 1 roku i 1 miesiąca mego przebywania w więzieniu w Barczewie tylko w ciągu trzech lub czterech miesięcy można było kupić jabłka i cebulę, tylko 1 miesiąc były ogórki i pomidory - i to w okresie awarii w Czarno-

byłu, gdy na te towary na zewnątrz nie było popytu. Innych warzyw i owoców nie było. W związku z tym, że po paru miesiącach pobytu w Barczewie ważyłem 65 kg, tzn. tyle ile w Gdańsku po 10-dniowej głodówce, lekarz zalecił wydawać mi dziennie 1 litra mleka, które od marca br. otrzymywałem.

Warunki zdrowotne, służba zdrowia

Jak wspominałem poprzednio, cele były wilgotne, a nawet mokre, w lecie w celach było tak zimno, że w pewnych okresach, mimo iż ubrani byliśmy w zimowe podkoszulki i swetry, przeziębialiśmy się. Wilgoć była powodem różnych chorób skóry. Podczas pobytu w Barczewie niemal przez cały okres czasu miałem świąd, który ustąpił dopiero po wyjściu z więzienia.

Przez kilka miesięcy choroby byłem na grzybicę palców nóg. Na skutek tych chorób umożliwiono nam noszenie własnego obuwia oraz od wiosny br. umożliwiono nam kąpanie się dwa razy w tygodniu. Tak jak we wszystkich więzieniach, również w Barczewie mimo ciepłoty było robactwo, głównie karaluchów. Nad nami piętro zajmowane było przez oddział zakaźny szpitala, głównie przez więźniów kryminalnych chorych na zółtaczkę.

Ścieki z całego oddziału - również naszego, odprowadzano - wg słów funkcjonariuszy - nie oczyszczone do rzeki, z której czerpano wodę pitną dla miasta /tak przynajmniej zrozumiałem ich wypowiedzi/. Był przypadek, że przy badaniach okresowych ważono nas na wadze zabranej /pożyczonej/ z oddziału zółtaczkowego. Dowiedzieliśmy się o tym po fakcie, zupełnie przypadkiem. Fóżniej czegoś takiego już nie powtórzono.

Spacernik umieszczony był w pobliżu śmietnika, tak że jeśli wiatr wiał z nieodpowiedniej strony, ado tego przygrzewało słońce, fetor był prządnny. Spacer zgodnie z regulaminem trwał 1 godzinę dziennie. Przez okres trzech miesięcy nie miałem spaceru, a to z tego powodu, iż gdy zaczęła się zima, odebrano z celi ciepłą odzież, która nikomu nie przeszkadzała w ciągu lata. Dostarczono nam więzienną odzież zimową. Składała się na nią czapka z brezentu z nausznikami oraz brezentowa kurtka, która od biedy jakoś ciepło utrzymywała, ale czapka zamiast grzać, ziębiła. W ogóle nie wydano szalików ani rękawic.

W listopadzie zachorowałem na zatoki. Domagałem się wydania ciepłej futrzanej czapki więziennej. Odmówiono mi. W czasie długiej kuracji antybiotykowej nie wychodziłem na spacer. Po /tak sądziłem/ wyleczeniu się wyszedłem w "ciepłej" czapce więziennej, którą wydano wcześniej. Ponownie zachorowałem. Od tamtek pory aż do utrzymania ciepłej futrzanej czapki 27.II.68r. nie byłem ani razu na spacerze.

Po głodówce w lutym wydano nam wreszcie czapki, znalazły się też więzienne rękawice. Przez cały okres, gdy nie wychodziłem na spacer, leczyłem się. Kilkakrotnie zdarzały się krwotoki z nosa. Nie było na to żadnej reakcji. Dopiero głodówka wywołała reakcję.

Na codzień leczenia byliśmy przez lekarzy więziennych posiadających normalne stopnie oficerskie służby więziennej. Jedyne badania specjalistyczne przeprowadzane były przez lekarzy z wolności /cywilów/ pracujących w szpitalu więziennym. Nie można powiedzieć, by utrudniano nam leczenie się przez utrudnianie kontaktu z lekarzami. Były trudności z lekami, ale w związku z tym, że miałem zgodę naczelnika na otrzymywanie leków z domu, trudności tych nie odczuwałem.

Badania prowadzone przez lekarzy więziennych odbywały się w tym samym pomieszczeniu co widzenia z adwokatami. Na czas badań wstawiano tam łóżko, na którym w czasie badań można się było położyć. Jednak lekarz nie mógł na wet przysunąć krzesła do badanego, ponieważ były one przynocowane na stałe do podłogi. Pobieranie krwi odbywało się na dyżurce funkcjonariuszy oddziału, w którym przebywaliśmy. Badania specjalistyczne w większości prowadzone były w szpitalu więziennym, choć w przypadkach incydentalnych lekarze specjaliści, np. dermatolog, gastrolog, przychodzili na badania do pomieszczenia adwokackiego.

W związku z tym, że lekarze specjaliści w większości nie byli funkcjonariuszami służby więziennej, przed kontaktem z nimi przeprowadzano przeszkolenia nas, takie jak przed widzeniami z rodziną lub adwokatami. Poza tym w czasie badania prowadzonego przez tych lekarzy w pomieszczeniu cały czas był obecny oficer z ochrony więzienia. Jedyńie w tych przypadkach, gdy funkcjonariusz nadzorujący badanie /kontakt badanego z lekarzem/ nie

mógł znieść widoku niektórych zabiegów, jak np. sondowanie żołądka, to wychodził za drzwi.

W ogólnym skrócie to, co napisałem, nie oddaje atmosfery panującej w więzieniu w Barczewie, ale pomaga w zrozumieniu powodów, dla których należy domagać się statusu więźniów politycznych dla osób przetrzymywanych w więzieniach z tych powodów. Publikowanie takich informacji może też w końcu wpłynąć na zmianę warunków przebywania w więzieniach na bardziej humanitarne.

Bogdan Lis

Dokument "Karty 77"

Za czasopiśmie niezależnym "Spectator" przedrukowujemy tekst zredagowany przez przyjaciół z "Karty 77". Choć tekst datowany jest w 1984 r., nic nie stracił na aktualności.

Redakcja

ZDROWIE JEST SKŁADNIKIEM PRAWA DO ŻYCIA

Dokument Karty 77

nr 14/84 z 15 sierpnia 1984 r.

Do Czeskiej Rady Narodowej

Do Ministerstwa Zdrowia Czeskiej Republiki Socjalistycznej

Przedstawiany dokument rodził się długo i z mozołem. Problematyka ludzkiego zdrowia jest niezwykle obszerna i paląca. Gorzkie doświadczenia osobiste, niekiedy będące wyjątkiem następstwem złego poinformowania o rzeczywistej powadze choroby, mogą skłaniać do pochopnych i niesprawiedliwych wniosków. Zarazem nie możemy sami prowadzić szerszych badań, a obowiązujące przepisy niezwykle utrudniają dostęp do rzetelnych danych statystycznych.

Z kilku możliwych wariantów wybieramy opublikowanie materiału, który z inicjatywy Karty 77 opracowała grupa czynnych zawodowo lekarzy i innych pracowników służby zdrowia; ze zrozumiałych względów muszą oni zachować anonimowość. Każdy fachowiec i laik będzie zapewne mógł wskazać wiele spraw, których w tym materiale zabrakło /przykładowo jedynie wymieniły specyficzne problemykę psychiatrii, wyraźnie pominięta/; jeżeli ktoś zechce opracować własne uwagi na piśmie i rzeczowo je uzasadnić, chętnie podejmemy próbę opublikowania jego głosu w podobny sposób.

Za istotną i płodną uważamy wszakże postawę autorów niniejszego dokumentu: nie dążą do krytyki za wszelką cenę, nie potępiają w czambuł wszystkiego, co zostało dotychczas osiągnięte w naszej służbie zdrowia, nie są niesprawiedliwi względem tysięcy jej pracowników, którzy uczciwie starają się w miarę swych sił służyć pacjentom. Przeciwnie, wskazują, że główną winę ponoszą nie ludzie, lecz niewłaściwy system, który prowadzi do zmarnowania znacznej części wysiłków lekarzy i karygodnie podkopuje zaufanie chorych, tak ważne dla wyników każdej kuracji.

Jednocześnie analiza niniejsza unika mnożenia pojawiających się co pewien czas w środkach informacji masowej banalnych uwag krytycznych, przedstawiających istotne błędy jako drobne usterki na składną piękny obliczu naszej wzorowej służby zdrowia. Przyczyny nieodrobnej sytuacji widzą bowiem o wiele głębiej, w ogólnym kryzysie totalitarnie rządzonego społeczeństwa; dążenie do upatrywania ich wyłącznie w słabych stronach czynnika ludzkiego /bez różnicy, czy będzie to skorumpowanie lekarzy, niedbałość pielęgniarek czy skłonność pacjentów do utyskiwania/ demaskują jako powierzchowny kamuflaż znacznie poważniejszych wad systemowych.

Codzienny widok przepęklonych poczekalni w ośrodkach zdrowia świadczy, że mamy albo za mało lekarzy, albo za dużo chorych. Jedno i drugie wiąże się ściśle ze sobą; mamy niewystarczającą opiekę lekarską tam, gdzie potrzeba jest jej najbardziej, a liczba chorych rzeczywiście rośnie dlatego, że organizacja tej opieki nie jest taka, jak by należało. Świadomość ludności celowo ukierunkowuje się przy tym w fałszywą stronę, szermując argumentem, jakoby ludzie nadużywali tego, że opiekę zdrowotną mają za darmo. Propaganda czynników oficjalnych natrętnie wmawia w obywateli, że ochrona zdrowia jest wyrazem łaski ze strony władzy, darem od państwa, które odejmuje sobie

od ust, byle tylko zapewnić ludowi opiekę, do której każdy obywatel ma niezaprzeczone prawo, opłacana jest bowiem wyłącznie z funduszków wypracowanych przez niego.

Fakt ten, a także przedstawione ustawy czeskosłowackie dają każdemu z nas prawo do krytycznej oceny wykorzystania tych pieniędzy; zgadzają się z prezentowanym opracowaniem, uważamy, że te nasze wspólne środki są wewnątrz systemu opieki zdrowotnej rozdzielane niesprawiedliwie i nieefektywnie, że znaczna ich część jest marnowana.

Tekst niniejszy świadomie pomija drastyczne wypadki zgonów na skutek niedbalstwa, faktycznej eutanazji w imię wygody personelu medycznego oraz przykłady bezpośredniej ingerencji aparatu władzy w sprawę chorób i zdrowia /z fałszowaniem wyników obdukcji sądowych włącznie/; nie należą one do prawda do rzadkości, nie można jednak przypisywać pracownikom służby zdrowia zamiaru powodowania zagrożenia zdrowia lub życia - nawet jeśli niekierownicy z nich tak robią, są raczej godnymi polittowania ofiarami sytuacji stresowych i znacznie potężniejszych mechanizmów.

Po dotychczasowych doświadczeniach nie liczymy zbyt na to, że powołane instytucje odpowiedzą bezpośrednio na nasze uwagi i zaznajomią nas z wynikami omówienia przez nie tej problematyki - aczkolwiek jest to ich ustawowym obowiązkiem. Chodzi nam przede wszystkim o to, by konstruktywnie zachęcić do stopniowego usuwania wskazanych braków; jeśli deputowani do ciał ustawodawczych i poszczególne ministerstwa zajmą się poważnie naszymi uwagami /oczywiście o wiele głębiej i z większą odpowiedzialnością, niż kilka miesięcy temu, kiedy omawiający tę tematykę deputowani nie zajęli się stwierdzeniem rzeczywistych przyczyn braków, a ich analiza znów prowadziła do gloryfikacji wysiłków państwa w owomawianej dziedzinie/, jeśli wydadzą polecenia lub zalecenia w sprawie naprawy i jeżeli ogół społeczeństwa dowie się o tym z oficjalnych środków przekazu, uznamy to za dowód, że nasze wysiłki nie były daremne, że czeskosłowacka służba zdrowia znowu ma szansę stać się czymś, z czego wspólnota narodowa będzie zadowolona i z czego słusznie będzie mogła być dumna.

Rzecznicy Karty 77: dr Vaclav Benda, Jiri Ruml,
Jana Sternova

15.08.1984r.

Obywatel, który przechodzi - lub trafniej: jest przeoiągany i dystrybuowany - przez system naszej opieki zdrowotnej, czuje się jak podczas wędrówki po labiryncie, którego sensu ani konstrukcji absolutnie nie może pojąć, w którym nie ma nawet formalnej możliwości wyboru i gdzie ponadto na każdym etapie swej wędrówki staje się obiektem ewidencji, dokumentacji, statystyki, ewentualnie opracowań komputerowych - i to wielokrotnie z różnych punktów widzenia. Obiektem tych zadziwiających, a zarazem podejrzanym manipulacji jest tutaj jego ciało, jego życie, on sam; a więc coś, o czym chętna ma prawo decydować - ba, bez tego prawa wszystkie pozostałe jego uprawnienia pozostają czoza teorią.

Nie zamierzamy być niesprawiedliwi względem ogromnej armii pracowników służby zdrowia. Niemniej jednak takie są odczucia przeżywającej części ludności, z niepokojem zadającej pytanie: "Co stało się z naszą opieką zdrowotną? Kiedyś przecież była naszą chlubą!"

Rozgoryczeni lub rozgniewani chorzy, stłoczeni i kaszlący w poczekalniach, biegający w poszukiwaniu leków od apteki do apteki, rozglądający się za znajomościami i protekcją, umierający na oczach innych na dostawionych łózkach - a z drugiej strony przepracowani, zawaleni zadaniami natury formalnej lekarze, zdegradowane do poziomu sił pomocniczych siostry, psychicznie niezdolne wytrzymać konfrontacji z cierpieniem, któremu niepodobna zaradzić, a fizycznie wyczerpane pracą nad siły, która w innych zawodach należą do zajęć zakazanych dla kobiet /noszenie ciężarów ponad 15 kg/, niedobór sił pomocniczych, niedobór środków technicznych - wszystko to wskazuje na istnienie jakiejś zasadniczej bariery.

Co się stało? I co możemy począć?

Nieoficjalne badanie opinii publicznej pokazało, że obywatela mając na względzie naprawę tego stanu domagają się większej liczby lekarzy, lepszego zaopatrzenia w leki i lepszego wyposażenia technicznego służby zdrowia.

Władze zwierzchnie powołują komisje do zbadania zjawisk negatywnych i ich likwidacji, ustanawiają nowe organy kontroli i żądają kolejnych sprawozdań; apeluje się do poczucia etyki pracowników służby zdrowia i do świadomej dyscypliny obywateli. A wszyscy dobrze zdają sobie sprawę z tego, że jest to praca szczytowa.

Nie ulega kwestii, że w naszej służbie zdrowia od II wojny światowej nastąpił szybki rozwój. Liczba jej pracowników od 1949 r. zwiększyła się ponad dwukrotnie. Liczba lekarzy w Czeskiej Republice Socjalistycznej wzrosła 3,6 razy, w 1948r. Jeden lekarz przypadał na 1033 mieszkańców, w 1978r. już tylko na 331. Dla całej CSRS w 1982r. na jednego lekarza przypadało 395 mieszkańców, co jest najniższą - po ZSRR - liczbą na świecie. Wzrosła liczba łóżek szpitalnych, zbudowano nowe polikliniki, poradnie, szpitale uzdrowiskowe, placówki naukowe itd., rozwinął się przemysł farmaceutyczny. Spadła umieralność na choroby zakaźne, niektóre z tych chorób znikły całkowicie /np. błonica, tężec, paraliż dziecięcy/, zmalała śmiertelność niemowląt, noworodków i matek.

Można by wymienić jeszcze wiele innych osiągnięć - o niektórych będzie mowa dalej. Faktem jest oczywiście, że taki rozwój można było zaobserwować we wszystkich rozwiniętych krajach przemysłowych. Postęp ten wiązał się z ogólnym rozwojem społecznym, technicznym i gospodarczym już od czasów I wojny światowej. Ogromny udział mają w nim zarówno osiągnięcia nauki /np. odkrycie i rozpowszechnienie antybiotyków, nowe ustalenia w zakresie immunologii, związane z możliwością szczepień, nowe metody diagnostyczne i lecznicze/, jak i powszechny wzrost poziomu życia i wykształcenia ludności, prowadzący do podniesienia się poziomu higieny, lepszego odżywiania i troski o środowisko naturalne.

Okazuje się także, iż proces ten w innych rozwiniętych krajach przebiegał szybciej i że w ostatnich latach nasilił się, podczas gdy w naszym systemie opieki zdrowotnej dochodzi do stagnacji, która odpowiada ogólnej sytuacji społecznej - dopiero teraz ujawniają się przeszkody, których przyczyn należy szukać nie w złej woli, obojętności i nieudolności ludzi /choćbyż czynnik oficjalne często tak to przedstawiają/, ale raczej w samym charakterze systemu.

Nasza służba zdrowia po II wojnie światowej tworzona była jako socjalistyczna, i to o charakterze państwowym /istnieją bowiem również inne typy socjalistycznej opieki zdrowotnej/. Nawiązywano tu do postulatu marksistowskiej lewicy czechosłowackiej socjaldemokracji z 1920 roku: "... likwidacji wszystkich prywatno-kapitalistycznych akcji lekarskich, prywatnych sanatoriów... i wprowadzenia kierowanej przez państwo i w skali całego państwa prowadzonej ogólnoludowej akcji higieny... bezpłatnie, na koszt państwa".

W okresie okupacji hitlerowskiej grupa lewicowych lekarzy opracowała projekty nowej organizacji opieki zdrowotnej i szkolenia personelu medycznego, tzw. plan Nedveda /Milos Nedved, lekarz i działacz społeczny, uczestnik ruchu oporu, aresztowany w 1942 r., zmarł w Oświęcimiu w 1943r. - uw. tkum./ Autorzy projektu kierowali się motywami humanistycznymi, dążeniem do zapewnienia podstawowej opieki jak najszerszym kręgom ludności bez względu na wykształcenie i sytuację majątkową, podobnie jak to widzimy w późniejszych projektach teoretyków ochrony zdrowia w krajach rozwijających się lub w propozycjach reform w niektórych państwach zachodnich /USA/.

Do realizacji tych planów doszło u nas po lutym 1948r., mianowicie wg wzoru radzieckiego iw oparciu o działalność radzieckich doradców. W 1951r. partia i rząd podjęły uchwałę o jednolitej służbie zdrowia, która stała się podstawą ustawy o jednolitej opiece prewencyjnej i leczniczej /ustawa nr 103 z 1951r./ oraz ustawy o opiece higienicznej i epidemiologicznej /ustawa nr 4 z 1952r./ W 1952 r. wydany został tzw. pierwszy dokument partii i rządu o ochronie zdrowia: kładł nacisk na profilaktyczne ukierunkowanie pracy wszystkich zatrudnionych w służbie zdrowia i ustalał priorytet opieki nad pracownikami przemysłu oraz wielkiej produkcji rolnej, jak też troski o rozwój młodego pokolenia.

W 1964r. wydany został tzw. drugi dokument partii i rządu o ochronie zdrowia, w którym ustalano główne zasady dalszego rozwoju troski o zdrowie; jego wyrazem prawnym była ustawa o opiece nad zdrowiem ludu /nr 20 z 1966/.

Sukcesywnie wydano sześć nawiązujących do niej rozporządzeń wykonawczych i szereg wewnętrznych wytycznych resortowych. Ustawa ta jest głównym aktem prawnym, na którym opiera się działalność naszej służby zdrowia. W uchwałach końcowych poszczególnych zjazdów KPCz ustalano również specyficzne zadania dla służby zdrowia, rozpracowane dla różnych odcinków ochrony zdrowia i różnych poziomów kierowania.

W dokumentach tych podkreślano konieczność troski o środowisko naturalne, o higienę pracy i o higienę komunalną. Opracowano programy działalności profilaktycznej w stosunku do najbardziej rozpowszechnionych chorób, których udział w ogólnej liczbie zachorowań, niezdolności do pracy, inwalidztwa i śmiertelności ma największe znaczenie społeczne - chodzi o nadciśnienie tętnicze, nowotwory, cukrzycę i wirusową chorobę dróg oddechowych. Wśród zadań priorytetowych znajduje się również troska o zdrowie młodego pokolenia.

We współpracy ze Światową Organizacją Zdrowia /WHO/ opracowuje się zakrojone na wielką skalę projekty badawcze w tych dziedzinach oraz praktykę prewencyjną, obejmującą już na pierwszym etapie olbrzymie grupy ludności; ze względu na swój ogólnospołeczny charakter i nastawienie na profilaktykę nasza służba zdrowia zalecana jest przez WHO jako model dla krajów rozwijających się.

Czechosłowacka służba zdrowia po 1948 r. była więc budowana jako socjalistyczna, z państwowym charakterem opieki zdrowotnej. Dla lepszego zrozumienia problematyki należy przyjrzeć się głównym zasadom tej służby: którymi są:

1. społeczny charakter troski o zdrowie i państwowy charakter służby zdrowia;
2. aktywny udział obywateli w opiece zdrowotnej;
3. podstawy naukowe opieki zdrowotnej;
4. działalność zapobiegawcza;
5. prymat ochrony zdrowia młodego pokolenia i pracujących;
6. bezpłatność i dostępność podstawowej opieki zdrowotnej;
7. jednolity system opieki zdrowotnej.

Popatrz teraz, co te zasady oznaczają w praktyce.

1. społeczny charakter troski o zdrowie i państwowy charakter służby

zdrowia

Stosunek między jednostką a społeczeństwem jest problemem, który na płaszczyźnie teoretycznej musi brać pod uwagę każda teoria państwa i prawa, a praktycznej - każde społeczeństwo, które chce zachować zdolność do życia i pragnie, by jego obywatele byli zadowoleni. Właściwe ułożenie stosunków między interesami jednostki i społeczeństwa w zakresie ochrony zdrowia oznacza z jednej strony zapewnienie poszczególnym ludziom jak najlepszej opieki zdrowotnej, i jak najlepszego leczenia w razie choroby - zgodnie ze stanem współczesnej wiedzy lekarskiej, możliwościami technicznymi danej epoki, a przy tym z gwarancją nienaruszalności wolności osobistej i godności oraz na bazie zaufania między lekarzem a chorym; z drugiej zaś strony oznacza to obronę interesów społeczeństw jako całości, tzn. konieczność wywierania na jednostkę określonego nacisku - jako przykład wymienimy choćby obowiązkowe leczenie chorób zakaźnych, obowiązkowe szczepienia, kwarantanny, obowiązek leczenia chorób wenerycznych itp.

Wylania się tu także kolejne pytanie: w jakim stopniu i jak społeczeństwo może lub musi chronić swych słabszych członków i pomagać im, dbać o zdrowie tych ludzi, którzy z różnych powodów sami o nie dbać nie potrafią, nie mogą albo i nie chcą? W jakim stopniu państwo ma prawo zmuszać jednostkę do szczepień, a więc także do zdrowia? Nowoczesna dobra opieka ze swymi wciąż rosnącymi możliwościami działania jest zresztą tak kosztowna, że tylko człowiek naprawdę bardzo bogaty mógłby sam zapłacić za jawniejszej jakości leczenie na poziomie współczesnej nauki i techniki.

Dlatego dziś każde społeczeństwo zmuszone jest w jakiś sposób - za pomocą różnych systemów ubezpieczeń lub interwencji państwa - finansować opiekę zdrowotną, całkowicie albo częściowo, w różnych systemach mieszanych /np. państwowa służba zdrowia z dodatkowym ubezpieczeniem obejmującym różne usługi poza standardem, ewentualnie nawet odpłatne/. Nawet najbogatsze

społeczeństwo musi przy tym rozważać kwestię priorytetów.

Dylemat w najostrożniejszej postaci brzmi: albo w drodze interwencji państwa zapewnić podstawową, niezbędną opiekę w minimalnym zakresie wszystkim obywatelom /tzw. model chiński/, albo realizować opiekę na najwyższym poziomie dla grupy obywateli uprzywilejowanych materialnie, z pozostawieniem obszaru dla rozwoju żywiłowego /do niedawna model USA/.

Można przyjąć, że ubogie kraje rozwijające się skłaniają się ku modelowi pierwszymu, z uwzględnieniem określonych możliwości opieki na najwyższym poziomie /albo leczenia za granicą/ dla warstwy uprzywilejowanej, i że bogate społeczeństwa rozwinięte, w których służba zdrowia powstała na bazie komercyjnej przy interwencjach różnych organizacji dobroczynnych, szukają drogi pozwalającej utrzymać dotychczasową strukturę, a jednocześnie objąć nowoczesną, wykwalifikowaną opieką wszystkich obywateli.

Zarazem trzeba rozwiązywać zagadnienia prewencji: konieczny jest nadzór nad warunkami higienicznymi życia, nad zgodnością artykułów żywnościowych i produktów chemicznych z normami, nad bezpieczeństwem pracy; nawet najbardziej rozwinięte społeczeństwo musi stosować środki represji w celu ochrony środowiska naturalnego. Społeczeństwa demokratyczne zdają sobie sprawę z tego, że składają się z poszczególnych jednostek, że zadowolenie społeczeństwa zależy od zadowolenia większości obywateli i od ich konsensu; dobrze funkcjonująca społeczna służba zdrowia musi być w każdej chwili dostępna dla kontroli ze strony opinii publicznej /my spotykamy się z tym zjawiskiem w czeczechosłowackich środkach masowego przekazu, najczęściej wtedy, gdy dochodzi do dramatycznych konfliktów, że przypomniły np. wrzawy wokół Conterganu w RFN, debaty w różnych państwach o prawnej i moralnej dopuszczalności takich czy innych zabiegów lekarskich, jak sztuczne zapłodnienie, przeszczepy, przerywanie ciąży itp., lub wielką aferą korupcyjną związaną z budową Szpitala Ogólnego w Wiedniu/.

W systemie ochrony zdrowia naszego typu wszystkie instytucje służby zdrowia są upaństwowione, finansowane z budżetu państwa, zarządzane przez organy administracji terenowej /o pewnych wyjątkach będzie mowa dalej/. Wszyscy pracownicy służby zdrowia są pracownikami państwa, w swej pracy kierują się przepisami wydanymi przez władze nadrzędne, od Ministerstwa Zdrowia po organy administracji terenowej; im też składają sprawozdania i relacje ze swojej działalności. Opłacani są zależnie od grupy zaszerogowania, zgodnie z określonymi taryfikatorami.

Płace zasadnicze w służbie zdrowia są takie jak w przemyśle lub niższe, dochody ponad płacę zasadniczą to opłaty za dyżury nocne i niedzielne oraz dodatki specjalne. Te ruchome części płacy w ostatnich latach maleją w nasdotępstwie posunięć oszczędnościowych: pracownicy zmuszani są zamiast pieniędzy brać za dyżury dni wolne. Przy tym np. godzina dyżuru lekarza w szpitalu honorowana jest zależnie od specjalności sumą 10-20 Kčs. Notabene organowi nadrzédnemu nader trudno jest obiektywnie ocenić jakość pracy lekarza i zadowolenie jego pacjentów.

Bierze się więc pod uwagę wskaźniki innego rodzaju: niski koszt przepisywanych leków /w CSRS ubezpieczeni kupując lekarstwa na recepty wnoszą stałą, raczej symboliczną opłatę, bez względu na rzeczywisty koszt danych leków - u. wtłum./, utrzymanie niskiego poziomu zwolnień lekarskich dla mieszkańców obwodu, wykazana w sprawozdaniu liczba badań profilaktycznych /których jakość jest obiektywnie nie do skontrolowania/.

Wysokość nagród dla pracowników na kierowniczych stanowiskach w szpitalach i dla podwładnych zależy od uzyskania zaplanowanych wskaźników, przestrzegania limitów zatrudnienia, wydatków na lekarstwa na jedno łóżko i jeden dzień leczenia, wykorzystania zasobu łóżek itp. A przede wszystkim - od zaangażowania pracownika w życie społecznym i politycznym.

Pracownik służby zdrowia jest pracownikiem państwa. I już sama dostępność zawodów medycznych regulowana jest interesami władzy państwowej. Przy przyjmowaniu do szkół średnich, decydujące znaczenie ma pochodzenie klasowe i profil polityczny rodziców. To samo odnosi się do przyjęć na studia wyższe, z tym, że tu ocenia się również zaangażowanie samego kandydata. A po ich ukończeniu taka sama zasada stosowana jest przy rekturacji na studia dyplomowe, specjalizację, mianowaniu na kierownicze stanowiska /lub do tzw. rezerw kadrowych na stanowiska kierownicze/.

Zdobywanie kwalifikacji do zajmowania kierowniczych stanowisk w służbie zdrowia wymaga zatwierdzenia przez komitet okręgowy KPCz. Mimo braku odpowiedniego przepisu prawnego, od lekarzy, którzy chcą pracować w placówkach na wysokim poziomie, żąda się, żeby wstąpiłi do partii. Za bezsensowne obciążenie lekarzy należy uznać stałe doszkalanie polityczne, stanowiące składnik ich doskonalenia zawodowego na wszystkich szczeblach - marksizm-leninizm, "naukowy komunizm", historia KPZR niepotrzebnie zabierają miejsce wartościowej wiedzy zawodowej.

Stale i niedwuznacznie daje się lekarzom do zrozumienia, że posłuszeństwo władzy obowiązuje ich bardziej niż jakaś tam przysięga Hipokratesa. Służba Bezpieczeństwa automatycznie zakłada, że dla niej nie istnieje żadna tajemnica lekarska i że jej decyzja, czy ktoś jest chory albo jak winien być leczony, musi mieć pierwszeństwo przed obiektywną diagnozą i ustaloną terapią. Również wasalne stosunku panują w środowisku lekarzy więziennych i w siłach zbrojnych, nieco zamaskowane jest to w odniesieniu do lekarzy zakładowych. Na biegłych sądowych /co jest bardzo korzystne finansowo/ powołuje się tylko tych, którzy skłonni są pośusznie wykonywać odpowiednie instrukcje.

Lekarz, który w wyniku takiego posłuszeństwa naruszy podstawowe zasady etyki zawodowej, nawet jeśli potłaga to za sobą czyjś zgon, ma zapewnioną ochronę państwa i nic mu nie zagraża - nie istnieje bowiem ani opinia publiczna, ani żadna instytucja lekarska, która mogłaby takie przestępstwa potępić. I przeciwnie - kto przeciwstawia się tego rodzaju naciskom /a na chwilę zawodu trzeba powiedzieć, że takich uczciwych lekarzy jest wielu, chyba nawet większość/, tego z zasady czekają różne nieprzyjemności, jeśli nie wprost zwolnienie z pracy.

Plan państwowy stanowi o budowie szpitali oraz o ich wyposażeniu, to samo dotyczy przemysłu farmaceutycznego, importu leków, instrumentów itp. Centralnie kierowanej i planowanej gospodarce narodowej trudno jest elastycznie reagować na pojawiające się nowe potrzeby; odnosi się to oczywiście również do służby zdrowia. Np. niemal niemożliwe jest wprowadzenie nowej badania lub leczenia albo nowego leku, które nie były /co zrozumiałe/ z góry zaplanowane na nadchodzącą pięcioletkę.

W ochronie zdrowia o charakterze państwowym punkt ciężkości w stosunkach między społeczeństwem a jednostką przesuwa się coraz bardziej na stronę społeczeństwa. Rozwiązania uznawane za ważne dla społeczeństwa jako całości mają pierwszeństwo przed interesami chorej jednostki. Odnosi się to do badań naukowych, rozmieszczenia kadr służby zdrowia, wydatków na leki i asortymentu leków z importu, orzekania o niezdolności do pracy i przyznawania rent inwalidzkich. Lekarz jest działaczem publicznym, "osoba urzędową" wreszcie - pracownikiem państwa; już sam ten fakt może prowadzić do wytworzenia się napięcia w stosunku pacjenta do niego, do braku zaufania i antagonizmu, odczuwanego niekiedy przez obie strony.

Państwo jest realizatorem opieki zdrowotnej, a także jej kontrolerem. Jest to monopol, który - jak postaramy się w dalszej części pokazać - odznacza się brakiem sprzężenia zwrotnego i samoregulacji, który nieuniknienie pracuje w sposób typowy dla administracji i rodzi tendencje do różnych zjawisk unikowych na rozmaitych płaszczynach.

2. Aktywny udział obywateli w opiece zdrowotnej

Zmęczony człowiek korzystający z naszej służby zdrowia słysząc to hasło naprawdę nie wie, jak miałby je rozumieć. Cóż: teoretycznie oznacza ono, że obywatele za pośrednictwem wybranych przedstawicieli i lud za pośrednictwem swej awangardy kierują naszą służbą zdrowia i kontrolują ją. Oznacza także, iż obywatele obowiązani są uczestniczyć w kształtowaniu zdrowego środowiska naturalnego i poświęcać się "działalności mającej na celu ochronę i umacnianie zdrowia ludu".

Obywatele mają zagwarantowane przez konstytucję prawo do ochrony zdrowia /na szczęście nie mówi się już przynajmniej, że lud ma prawo do zdrowia/, ale mają też obowiązki; muszą np. przestrzegać regulaminu leczniczego, leczyć się u wyznaczonego lekarza i podlegać hospitalizacji w szpitalu rejonowym, zdawać się na decyzje komisji orzekającej, co się tyczy niezdolności do pracy lub inwalidztwa, stawiać się na wezwanie w celu przeprowadzenia badań profilaktycznych lub szczepień.

Aczkolwiek w środkach informacji masowej mówi się wiele o osiągnięciach socjalistycznej służby zdrowia, większość obywateli nie zna jej struktury i w praktyce ludzie nie wiedzą, gdzie powinni się zwrócić ze swymi kłopotami. System zorganizowanej przez państwo opieki od kołyski po grób wytworzył w znacznej części społeczeństwa nawyk biernego liczenia na usługi służby zdrowia - obywatel narzeka wprawdzie na nią, ale sam nie nauczył się odpowiednio i dostatecznie aktywnie troszczyć się o swe zdrowie. Zbyt często pacjent z zaniedbaną chorobą mówi: "A bo nigdzie mnie nie posłali".

Ścisłej mówiąc jednak, populacja nasza dzieli się na dwie kategorie obywateli. Po pierwsze na tych, którzy czekają, aż ktoś coś z nimi zrobi, aż ktoś ich gdzieś skieruje albo coś im przydzieli. Są ludzie, którzy nie wiedzą, że ustawa gwarantuje im prawo do ~~zabiegów leczniczych~~ informacji o ich chorobie, że nie wolno dokonywać na nich żadnych zabiegów bez ich zgody, że w razie potrzeby mogą wybrać metodę leczenia spośród różnych możliwości, że nie mają obowiązku przebywania w szpitalu, jeżeli nie istnieje określony ustawą powód, jak np. choroba zakaźna.

Inna sprawa oczywiście, że upominając się o respektowanie swych praw mogą wywoływać pewne komplikacje, gdyż pracownicy służby zdrowia nie lubią pacjentów sprawiających trudności i stwarzających problemy. Im bardziej lekarz lub pielęgniarka są szykanowani przez nadrzędne organy, tym chętniej zajmują postawę mających władzę czynników urzędowych, gdy tylko mogą sobie na to pozwolić.

Druga grupa pacjentów stosuje w trosce o własne zdrowie swoistą "samoobsługę", jaka przyjęła się w wielu innych dziedzinach życia. Są to ludzie, którzy nauczyli się, jak pływać wśród raf systemu, gdzie znaleźć znajomych, skombinować skierowanie do specjalisty, zdobyć odpowiednio lekarstwa. Nie byłoby to chyba takie złe, ostatecznie osobista inicjatywa i przedsiębiorczość są w walce o życie niezbędne; problem polega na tym, że w większości wypadków nie są to ludzie, których stan zdrowia wymagałby w pierwszej kolejności lepszej i intensywniejszej opieki. Możliwe nawet, że właśnie dlatego stan zdrowia tych "przedsiębiorczych jednostek" jest lepszy niż osób skazanych na kalendarz drogi urzędowej.

Ochrona zdrowia jest jedną z najwrażliwszych sfer życia publicznego i bieżą w tej funkcjonowaniu budzą niezadowolenie obywateli. Dlatego nieopyszne informacje dotyczące tej dziedziny są zatajane; Ministerstwo Zdrowia wydało zakaz publikowania czegokolwiek, co mogłoby rzucić niekorzystne światło na służbę zdrowia. Obywatel nie ma zatem dostępu do uczciwych i jasnych informacji, mimo to na własnej skórze nieustannie odczuwa, że coś nie jest w porządku. Chcąc jednak uogólnić swe doświadczenia, zdany jest na informacje pokłonne, "szepcane", często nieobiektywne. W jaki więc sposób ma aktywnie uczestniczyć w "działalności mającej na celu ochronę i umacnianie zdrowia ludu"?

3. Podstawy naukowe opieki zdrowotnej.

Pragniemy mieć nadzieję, że do przeszłości należą czasy, gdy również w medycynie całe gałęzie nauki stanowiły tabu: kilka roczników lekarzy w naszym kraju wyrosło nie mając najmniejszego pojęcia o genetyce (ponieważ merytorycznym morganizm był burżuazyjną pseudonauką) i nie śmiało mówić o regulacjach hormonalnych, wobec wątpliwości co do istnienia ludzkiej psyche (psychologia była dziedziną skrajnie podejrzaną, psychoanaliza - wyrazem zwyrodnienia, a psychosomatyczne sprężenie na medycynę uważano za szarlatanizm). Teoretycznie nasza nauka lekarska, kształcenie medyków, szkolenia podyplomowe oraz prace badawcze opierają się na światopoglądzie rzekomo naukowym - marksizmie-leninizmie.

W praktyce wpływ tego światopoglądu przejawia się tylko w postaci ideologicznego prania mózgu /brainwashing/ i agresywnej propagandy ateistycznej. Poza tym w naszej medycynie przeważa orientacja na pozytywistyczne przródzawstwo mniej więcej z początków naszego wieku. Niemal wszyscy zdają sobie sprawę z tego, że prace badawcze i praktyka pozostają w tyle, ale mało kto zdolny jest obiektywnie ocenić, co właściwie reprezentuje dziś światowa czółowka i w jakim kierunku ta czółowka zmierza. Dezycydatem naszego pacjenta oraz lekarza jest lepsze wyposażenie, zaopatrzenie w leki, lepsza organizacja pracy, same zasady współczesnej medycyny bółki co nie są podawane w wątpliwość.

Medyczne badania naukowe objęte są u nas planem państwowym i realizowane w placówkach Akademii Nauk, w instytutach resortowych Ministerstwa Zdrowia i na wydziałach lekarskich. Zadania badawcze określa plan, centralnie wyznaczani są koordynatorzy, typuje się placówki, które mają zajmować się tymi a tymi problemami, pokrycie finansowe zaplanowane jest w odniesieniu do poszczególnych zadań. Przy tym jednak dochodzi do częstych reorganizacji, do zmian planu i zmian zadań.

Jest praktycznie niemożliwe, żeby "badać" ktoś kto nie jest na etacie. A na etat w instytucie naukowym zazwyczaj dostaje się nie ten, kto ma najwięcej najlepszych pomysłów lub największe predyspozycje do pracy naukowej /choć i to się niekiedy zdarza/, lecz raczej ktoś, kto ma odpowiednie dane personalne i wpływowych znajomych. Wyżej wspominaliśmy już o systemie doboru kadr: także awanse pracownika naukowego, jego doskonalenie się i przydział zatwierdzają wyższe instancje partyjne, przy czym również tu polityczny punkt widzenia łączy się coraz ściślej z korupcją i nepotyzmem.

Mimo centralnego kierowania /lub może dzięki niemu/ badania naukowe rozproszone są między liczne placówki; wiele problemów rozwiązuje się równolegle w dwóch lub kilku placówkach jednocześnie. Badania planuje się na długi czas z góry; jest absurdem, że trzeba regularnie meldować władzom nadrzędnym, co będzie się badać i co odkryje się np. za dziesięć lat, przy czym takie surrealistyczne meldunki decydują o dalszym istnieniu i zabezpieczeniu materialnym zespołów badawczych, w związku z czym nie można reagować na wyłaniające się w danej chwili potrzeby, a rzeczywistość liczące się odkrycia /których niestety nie nauczyliśmy się dotychczas z góry planować/ albo w ogóle nie mogą być doprowadzone do końca i rozwinięte, albo w najlepszym razie zostają zastosowane z wieloletnim opóźnieniem, powstałym włącznie z winy nieelastycznego systemu.

Biurokratyczne kierowanie dźwii inicjatywę, mnóstwo obowiązków administracyjnych i za mały personel pomocniczy sprawia, że pracownicy naukowci są do tego stopnia obciążeni, iż pozostaje im bardzo niewiele czasu i sił na wymianę poglądów, doświadczeń, na powstawanie i opracowywanie nowych pomysłów. Staranny dobór kadr i etatyzacja nauki prowadzi do ukształtowania się ekskluzywnej kasty pracowników naukowych dzielących pomiędzy siebie funkcje w różnych organach zarządzania i nadzoru, w Towarzystwie Lekarskim, w ciałach doradczych itp. Wszystko to sprawia, że ocena wyników badań daleka jest od obiektywności. Również same zadania badawcze częstokroć planowane są nie pod kątem potrzeb medycyny, ale dla zapewnienia konkretnemu pracownikowi zadań na następną pięcioletkę.

Mimo tej alarmującej sytuacji wciąż mamy lekarzy dobrze wykształconych i wykwalifikowanych, którzy wszędzie na świecie zyskują sobie dobrą opinię. Mamy pracowników, którzy z zapałem, niewiarygodnym poświęceniem i nie zważając na osobiste ofiary uzyskują wartościowe rezultaty, choć borykają się z dodatkowymi trudnościami /przestarzała aparatura, brak części zamiennych, brak szkła laboratoryjnego, nieregularne dostawy odczynników do badań i chemikaliów itp./.

Np. z powodu oszczędności dewizowych sprzęt do badań laboratoryjnych sprowadza się na przemian z różnych, często wątpliwej reputacji firm zagranicznych, wskutek czego wyniki badań poszczególnych placówek albo nawet jednej i tej samej placówki po pewnym czasie są nieporównywalne, co jest sprzeczne z jednym z podstawowych postulatów współczesnej nauki doświadczalnej. Wymiana pracowników naukowych z zagranicą jest niedostateczna, o wyjazdach na stypendia i różnych praktykach zagranicznych decyduje się według uzupełnie innego klucza, niż potrzeby zawodowe - w ostatnich latach redukuje się również nakłady na diety i kontakty naukowe w kraju.

Jest przy tym interesujące, że również tu istnieje swoista "samoochłona". Pracownik na kierowniczym stanowisku, jeśli przejawia inicjatywę i ma stosowne znajomości, może uzyskać środki pozaplanowe i utworzyć placówkę na poziomie światowym. Dla szarego obywatela pozostaje zagadką, jak to możliwe, ale w istocie jest wdziedzany, że taka instytucja istnieje, i że choroby człowiek może się w niej leczyć /choć nie zawsze wiadomo jak do niej trafić/.

4. Działalność zapobiegawcza

W czeskosłowackiej służbie zdrowia pracuje ponad 1000 lekarzy w służbie sanitarno-higienicznej. Odpowiada to z grubsza liczbie psychiatrów lub jednej czwartej liczby lekarzy w obwodach terenowych. W myśl ustawy o opiece higienicznej i epidemiologicznej /nr 4 z 1952r./ oraz ustawy nr 20 z 1966r. nasza służba sanitarno-higieniczna i epidemiologiczna wyposażona jest w szerokie kompetencje.

Na terenie całego państwa utworzono sieć stacji sanitarno-higienicznych i epidemiologicznych, która stała się modelem dla wielu krajów rozwijających się. Nasi specjaliści z tych dziedzin są chętnie wziętani jako doradcy w wielu krajach i WHO korzysta z ich usług. System meldowania o chorobach zakaźnych, badania w ogniskach epidemicznych, posunięcia prewencyjne i szczeplenia ochronne przyniosły dobre wyniki i nasi specjaliści w znacznej mierze przyczynili się do likwidacji szeregu chorób zakaźnych nie tylko u nas, ale również w innych państwach, w których pomagali jako eksperci.

Służba sanitarno-higieniczna ma prawo i obowiązek wypowiedziania się praktycznie o wszystkim, co dzieje się w naszym społeczeństwie; zgodnie z ustawą lekarz higienista zatwierdza projekty zakładów przemysłowych i nadzoruje ich produkcję, żeby nie zagrażał zdrowiu okolicznej ludności oraz pracowników zakładów. Zatwierdza wyroby, zatwierdza normy żywienia dla młodzieży i pracujących, dla żywienia zbiorowego, nadzoruje jakość artykułów żywnościowych i ma prawo kontrolować przestrzeganie wszystkich zarządzeń sanitarno-higienicznych i epidemiologicznych w wytwórniach środków spożywczych, w zakładach żywienia zbiorowego, w kuchniach szkolnych. Nadzoruje produkcję rolniczą z punktu widzenia jej nieszkodliwości dla zdrowia.

Lekarzowi higieniście przysługuje prawo i obowiązek oceny i zatwierdzania wszystkich projektów osiedli, budynków publicznych, tras komunikacyjnych, a również domków jednorodzinnych i projektów przebudowy mieszkań. Ma pilnować jakości wody pitnej, atmosfery, kontrolować oczyszczanie ścieków i zrzutów przemysłowych, nadzoruje cementarze i zakłady pogrzebowe. Ma obowiązek kontrolować bakteriologicznie wszystkich ludzi, którzy w swej pracy mają do czynienia z artykułami spożywczymi. Jest to zatem ogromny zakres zadań administracyjnych i laboratoryjnych.

Problem jednak polega na czym innym: służba sanitarno-epidemiologiczna nie dysponuje skutecznymi środkami doprowadzania do poprawy sytuacji. Może wprawdzie wydawać ekspertyzy i obowiązujące zalecenia, ale w praktyce często się zdarza, że inspektor sanitarny otrzymuje od organu nadrzędnego /np. okręgowego komitetu narodowego/ rozkaz odwołania swojej decyzji, gdyż została ona uznana za sprzeczną z "interesami ogólnospołecznymi". W konfliktach między zasadami higieny a wymaganiami ekonomiki lub polityki punkt widzenia służby zdrowia zawsze musi ustąpić /patrz np. cementownie w Radiotinie, zanieczyszczanie cieków wodnych i źródeł mineralnych, odbycie spartakiady w okresie epidemii żółtaczki zakaźnej, udzielenie zezwoleń na obozy pionierskie w tymże czasie, a również prywatne interesy różnych prominentów/.

Służba sanitarno-higieniczna dysponuje bardzo dobrą dokumentacją fatalnego stanu środowiska naturalnego /np. w okręgu północnoczeskim lub w mieście stołecznym Pradze/. Wiadomo, że negatywne czynniki ekologiczne szkodzą tam populacji dziecięcej. Mniej mówi się np. o środowisku naturalnym w stolicy Słowacji, Bratysławie. Nie mamy dostatecznych materiałów, by poruszyć tę sprawę w naszym opracowaniu, ale alarmujące wskaźniki umiERALNOŚCI nie-umierać w Bratysławie niewątpliwie związane są z rozbudową przemysłu chemicznego w tej aglomeracji miejskiej.

Będem byżoby oburzać się na system opieki sanitarno-higienicznej i epidemiologicznej. Teoretycznie skonstruowany jest naprawdę wzorowo i nasze wyższe uczelnie, przede wszystkim wydział higieny lekarskiej, wychowują specjalistów na bardzo dobrym poziomie. Błąd tkwi nie w nich, ale raczej w tym, że całą odpowiedzialność zrzuca się na nich, choć w większości wypadków nie mają realnej możliwości wywierania wpływu na praktykę ogólnospołeczną.

W ustawach deklaruje się także, iż ochrona środowiska naturalnego i środowiska pracy jest obowiązkiem wszystkich obywateli. Jest to oczywiście postulat dość asurdałny, ponieważ obywatel ze źródeł oficjalnych nie może się dowiedzieć, czym i jak są te środowiska zagrożone - gdyż obowiązuje

zakaz publikowania informacji niepomysłnych. Obywatel od wczesnego dzieciństwa uczony jest, żeby zawiadania władze zwierzchnie o tym, że jego sąsiad wykroczył przeciw Jakiemuś zarządzeniu z zakresu higieny - nie zaniósł chodnika, myje samochód w rzęce, wysypuje śmieci przed domem itp.

Nie ma jednak najmniejszej możliwości wywarcia wpływu na prawdziwe klęski ekologiczne i wypowiedzenia się przeciw instytucjom i przedsiębiorstwom poważnie dewastującym przyrodę i środowisko naturalne w naszych miastach i na wsi. Przeciętny obywatel o większości spraw dotyczących biologicznej jakości życia w jego bezpośrednim otoczeniu i w całym państwie dowiaduje się jedynie z przekazywanych szepem plotek.

Jeśli jest dostatecznie rozsądny i energiczny, niekiedy może mu się udać ochronić przynajmniej siebie i swą rodzinę: może spróbować ograniczyć używanie skażonej wody i żywności, zmienić miejsce zamieszkania lub pracy, odmówić poddawania się niektórym problematycznym zabiegom medycznym /np. bezsensowne stosowanie antybiotyków przy każdej okazji, długotrwałe podawanie wysokich dawek fluoru dzieciom czy - stosunkowo niedawno modne - propagowanie sztucznego karmienia niemowląt/. Wobec samych negatywnych zjawisk jest jednak absolutnie bezsilny.

Prewencja w ochronie zdrowia nie jest oczywiście sprawą jedynie służby sanitarno-epidemiologicznej. Jest uważana za nieodłączną część pracy każdego pracownika służby zdrowia. To, co w skali masowej ma robić stacja sanitarno-epidemiologiczna, każdy pracownik służby zdrowia ma realizować w swej codziennej pracy na terenie /w zakładzie produkcyjnym/ objętym działalnością jego przychodni. Wielka część pracy lekarza w obwodzie ma polegać na kontroli warsztatów, stożówek, kłozetów, stajni, obór i chlewni itp. Niepojęte jest, że przy ogromnym nacisku kładzionym na tych zadaniach właśnie u nas stan tzw. urządzeń socjalnych jest tak mizerny - najwyraźniej wchodzi tu w grę również inne czynniki...

Termin oficjalny brzmi "opieka profilaktyczno-lecznicza". Prowadzi się obowiązkowo badania profilaktyczne ludności. Utworzono system prewencyjnej opieki nad dziećmi i młodocianymi, z obowiązkowymi badaniami o określony czas /bilans zdrowia/, szkolną służbę zdrowia i wyspecjalizowany pion opieki lekarskiej nad młodocianymi.

Badania wstępne obowiązują przy podejmowaniu pracy, przy zmianie zatrudnienia, okresowe zaś - w niektórych zakładach i przy określonych pracach w regularnych odstępach czasu, odpowiednio do ryzyka danej pracy. Istnieje odrębna specjalizacja medycyny pracy i chorób zawodowych /jest jednak paradoksem, że właśnie szczegółowość systemu utrudnia poszkodowanym uzyskanie oficjalnego odszkodowania za utratę zdrowia: ponieważ także liczba chorób zawodowych i wypadków przy pracy należy do obowiązkowych wskaźników planu, pracodawcy oraz lekarze zakładów na wszelkie sposoby starają się oddalić rozszczenia poszkodowanego albo przynajmniej skłonić go do cichej ugody, aby sam zrezygnował z pretensji i zgodził się przyjąć odszkodowanie wypłacone z innego tytułu/.

W ostatnim czasie obowiązkowymi badaniami profilaktycznymi obejmuje się szerokie kręgi ludności: w wybranych, eksperymentalnych powiatach do obowiązkowych już dawniej prześwietleń klatki piersiowej i badań ginekologicznych dochodzą kompleksowe badania onkologiczne i pod kątem chorób szczególnie dotkliwych ze społecznego punktu widzenia.

Wszystko to jest bardzo racjonalne i na pozór znakomite. W praktyce występuje jednakże pewna trudność: wielka liczba badań profilaktycznych absorbuje siły wielu pracowników służby zdrowia; po stwierdzeniu utraty zdrowia należałoby także podjąć leczenie, ale na to często brak środków. Np. u dzieci i młodocianych stwierdza się wiele wad postawy, ale nie mamy możliwości zapewnienia w dostatecznych rozmiarach specjalnej gimnastyki korekcyjnej.

W następstwie badań profilaktycznych zwiększa się też liczba zarejestrowanych chorób chronicznych w populacji dziecięcej - jest to czynnik, który wywiera niekorzystne wrażenie, wydano więc dyrektywę, aby na przyszłość niektóre lżejsze przypadki przedstawiać w statystykach jako choroby przejściowe. Także u dorosłych nie mamy dostatecznych możliwości leczenia wszystkich stwierdzonych dolegliwości: leczenie nadciśnienia tętniczego, choroby wieńcowej, ale również otyłości i cukrzycy wymaga nie tylko leków, ale również zmiany trybu życia i usunięcia czynników stresujących, co przerasta

możliwości pracownika służby zdrowia i pacjenta.

I tu kolejny problem: jędnorazowe badanie profilaktyczne może stwierdzić niedomaganie danego człowieka tylko w okresie, kiedy jest prowadzone; jeśli prewencja ma być skuteczna, badania muszą być powtarzane w regularnych, niezbyt wielkich odstępach czasu. A to przekracza możliwości najdoakonalszego nawet systemu.

Biorąc pod uwagę istnienie oniego tego rozbudowanego systemu działań zapobiegawczych, trzeba zastanowić się nad jednym faktem: że mianowicie stan zdrowia ludności CSRS nie jest lepszy niż w innych rozwiniętych krajach przemysłowych, raczej przeciwnie. Właśnie w grupie mężczyzn w średnim wieku, których otacza się u nas największą opieką prewencyjną, wzrasta umieralność, mimo doskonałej organizacji opieki pediatrycznej umieralność niemowląt jest u nas wprawdzie najniższa ze wszystkich krajów socjalistycznych, ale wyższa niż we wszystkich krajach rozwiniętych. Fakty te wskazują, że również tu wchodzi w grę inne czynniki i że większe znaczenie niż system opieki zdrowotnej mają chyba dla zdrowia ludności ogólne warunki życia danego społeczeństwa.

5. Prymat ochrony zdrowia młodego pokolenia i pracujących

Czechosłowacka służba zdrowia ma znskomicie zorganizowaną opiekę nad matką i dzieckiem, zarówno w zakresie profilaktyki, jak i leoznictwa. Dokonano wielkiej pracy wychowawczej w odniesieniu do kilku pokoleń matek, kobiety ciężarne są regularnie badane, w pierwszych latach po II wojnie światowej oraz później zbudowano pod dostatkami placówek położniczych, moglibyśmy więc być zadowoleni, że większość kobiet rodzi w tych placówkach - poród w domu stał się świadectwem niewyobrażalnego zacofania; wprowadziliśmy zadowalający system sztucznego karmienia, zbudowaliśmy żłobki i przedszkola.

Tymczasem jednak świat nie stał w miejscu, a nam jakby zabrakło oddechu. Realizacja nowoczesnych tendencji, jak np. system rooming-in /pobyt matki z noworodkiem w jednym pomieszczeniu, z możliwością nawiązania kontaktu psychicznego i opieki indywidualnej/ napotyka wielkie trudności ekonomiczne, organizacyjne i psychologiczne. Sztuczne karmienie w dotychczasowej formie jest niezadowalające, może prowadzić do alergii, nic nie zapewnia jego nieszkodliwości. Nie udaje się opanować wszystkich infekcji, przede wszystkim zapalen dróg oddechowych.

Mimo całej opieki spora jest przedczesnych porodów i wad wrodzonych. Śmiertelność noworodków i niemowląt nadal nie maleje. W całych regionach dzieci cierpią na niedokrwistość, zapalenia dróg oddechowych, objawy uczulenia, wykazują zmniejszoną odporność. Zachorowalność w żłobkach i przedszkolach jest wysoka, często niemal paraliżuje ich funkcjonowanie.

Wprowadza się system hartowania dzieci; zwiększenie ich odporności ma przynieść pozytywne rezultaty, wyrażające się w tym, że zmniejszy się absencja matek w pracy. Stale pogarsza się kondycja fizyczna poborowych. Opracowuje się więc systemy wychowania fizycznego młodzieży, lecz jednocześnie okazuje się, jak trudno jest umożliwić dziecku uprawianie sportu wzmacniającego i rekreacyjnego.

Ustanowiono normy wyżywienia dla dzieci w różnych kategoriach wieku - ale w praktyce nie można ich przestrzegać z przyczyn natury ekonomicznej. Badania profilaktyczne, "szkoły w przyrodzie", mleczne śniadanka w szkołach /notabene w szkodliwych dla zdrowia torebkach ze sztucznego tworzywa/ itd. są próbą skompensowania niezdrowego środowiska, skażonej wody pitnej, nieodpowiedniego żywienia - w sytuacji, kiedy całymi tygodniami nie można kupić świeżych warzyw ani owoców i gdy rodzice nie mają pewności, czy artykuły spożywcze są nieszkodliwe dla ich dzieci.

Poza tym dziecko od najmłodszych lat pozostaje pod wpływem czynników stresujących, jak ciasnota w mieszkaniu, nerwowość i zmęczenie rodziców, zbyt wczesne budzenie i wleczenie zaspanych dzieci do żłobków i przedszkoli. Potem dziecko wchodzi w etap powtarzających się reform szkolnych i zmian programu /z czym łączy się konieczność poświęcania coraz większej ilości czasu na naukę szkolną i zajęcia pozaszkolne; szkoły podstawowe już w najniższych klasach przekraczają normy czasu przewidziane w kodeksie pracy dla młodocianych między 15 a 16 rokiem życia/, problemów z przyjmowaniem do szkół wyższego stopnia.

Już dzieci podlegające obowiązkowi szkolnemu muszą dokumentować choroby zaświadczeniem lekarskim; uczniowie szkół średnich przesiadają godzinami w poczekalniach, żeby uzyskać zwolnienie i móc przeleżeć w domu niezbyt drogą oddechowych. Poza tym każda choroba dziecka oznacza dla matki nieprzyjemności w pracy, prowadzi do rozdrażnienia i wzrostu obciążenia psychicznego całej rodziny.

Nie możemy być obojętni ani na stan zdrowia młodego pokolenia, ani na losy naszych narodów, ich biologiczne przetrwanie. Póki co możemy jeszcze pocieszać się tym, że w skali całego państwa notujemy nieznaczny wprawdzie, ale przecież pewien przyrost ludności. W porównaniu z innymi krajami rozwiniętymi jednak nasze wskaźniki urodzeń nie kształtują się zbyt pomyślnie, w dodatku już od dłuższego czasu występuje w nich wyraźna tendencja spadkowa.

A przy tym na obraz danych w skali całego państwa w znacznym stopniu wpływa większy przyrost naturalny w Słowacji i części Moraw. Praga i okręg środkowoczeski wymieraają /jeśli nie uwzględnimy migracji/. W CSRS dokonuje się ponad 100 000 zabiegów przerywania ciąży rocznie /w 1982 r. było ich 134 063/. Oficjalne środki przekazu często sprowadzają cały problem wyłącznie do ewentualnych następstw dla zdrowia. Z drugiej strony znane są sprawy pokonników, którzy zostali pozbawieni możliwości wykonywania zawodu tylko dlatego, że ze względów etycznych odmówili wykonywania zabiegów przerywania ciąży.

Głoszony publicznie priorytet troski o zdrowie młodzieży i ludzi w wieku produkcyjnym budzi w starszych obywatelach poczucie, że na nich już nikomu nie zależy i że to na nich robi się oszczędności. Poczucie to nie jest całkowicie nieuzasadnione, choć nic nam nie wiadomo np. o wydaniu ogólnopństwowych wytycznych zakazujących przepisywania emerytom leków zagranicznych, jak to się między ludźmi słyszy.

Opieka nad ludźmi starymi niewątpliwie została zaniedbana; powszechny kult młodzieży znalazł wyraz również w służbie zdrowia. Dopiero w ostatnim czasie, gdy zestarały się także pokolenia "budowniczych socjalizmu" i gdy starzejąca się populacja staje się w ogóle wielkim problemem socjalnym, trosce o ludzi starych poświęca się więcej uwagi. Opracowano program geriatryczny. Analiza sytuacji ludzi starych zasługiwaby jednak na szersze studium, wykraczające poza czysto medyczny punkt widzenia, a tym samym przekraczające też nasze możliwości; zatem ograniczmy się tylko do kilku uwag.

Na łóżkach oddziałów wewnętrznych w szpitalach hospitalizowani są przez długi czas starzy ludzie, o których nie ma się kto troszczyć. Wielu z nich przyjmuje się do szpitali w stanie wygodzenia i zaniedbań pod względem higieny - dotyczy to zwłaszcza samotnych starych kobiet. Na umieszczenie w zakładzie leczniczym dla przewlekłe chorych albo na dom rencisty czeka się wiele miesięcy, a nawet kilka lat, wielu ludzi umiera więc, zanim zostaną tam przyjęci.

Placówki te powstały przeważnie w danych budynkach klasztorów i pałaców albo wskutek zmiany profilu innych szpitali. Poziom opieki utrzymuje się ledwie na pewnym minimum socjalnym i medycznym. W ostatnim czasie powstaje trochę zróżnicowanych placówek dla ludzi starych, na lepszym poziomie, ale pobyt w nich jest kosztowniejszy i niezatwo do nich się dostać.

Za mało jest opiekunek, które pomagałyby troszczyć się o chronicznie chorych ludzi starych w ich mieszkaniach. W ostatnim czasie utworzono funkcję pielęgniarki geriatrycznej. Ma ona odwiedzać obywateli w wieku powyżej 65 lat i interesować się ich sytuacją zdrowotną oraz socjalną. Obecnie jedną taką siostrą przypada przeciętnie na dwa obwoły, tzn. na około 6400 mieszkańców.

Opieka nad ludźmi starymi jest męcząca psychicznie i fizycznie, nie daje wielkiej satysfakcji, a wymaga ofiarności i uczucia. Mało jest kobiet, które chciałyby się tym zajmować. Sióstr zakonnych, które dotychczas pracowały w większości zakładów opieki społecznej, ubywa, nowych kandydatek ze strony kobiet nie mają prawa przyjmować, w ogóle zresztą dziesięć z rodziny wiekszość bardzo trudno jest dostać się do średniej szkoły medycznej, szczególnie w prowincji. Trudno przewidzieć, jak sytuacja będzie się kształtowała - nie chodzi bowiem tylko o zagadnienia ekonomiczne, ale o cały klimat społeczny, o stosunki międzyludzkie, o system wartości, zaszczepiany młodemu pokoleniu.

6. Bezpłatność i dostępność podstawowej opieki zdrowotnej

Według danych oficjalnych w CSRS jeden lekarz przypada na 395 mieszkańców /przeciętna europejska bez ZSRR wynosi 552, afrykańska 5434, w USA - 595 Obywatel, który wędruje po placówkach służby zdrowia i wiele razy wysiaduje w nich długie godziny, czekając na zbadanie lub opatrzenie, zdumiony pyta, gdzie ci lekarze są?

A więc liczba ta obejmuje lekarzy wszystkich specjalności, w tym stomatologów, pracowników orzecznictwa, organizatorów i higienistów. Jedno łóżko szpitalne przypada u nas na 81 mieszkańców, jeden lekarz z obwodu terenowego mniej więcej na 3200 mieszkańców, przy czym liczba przyjęć u lekarzy obwodowych, szczególnie na ziemiach czeskich, bardzo nieznacznie wzrosła - a spada liczba wizyt domowych.

Zasada dostępności opieki zdrowotnej prowadziła do utworzenia systemu opartego na obwodach: oznacza to, że całe terytorium państwa podzielono na terenowe obwody lekarskie, zamieszkiwane początkowo przez około 6000, obecnie 3200 ludzi; w obwodach zapewnione są dyżury lekarza o specjalności ogólnej /a więc lekarza-praktyka/, pediatri, ginekologa i stomatologa z odpowiednią liczbą personelu medycznego. Analogicznie zorganizowane są zakładowe obwody lekarskie. Wspólne dla kilku obwodów są dyżury specjalistów, jak np. internisty, chirurga, laryngologa, dermatologa, okulisty itp. Także usługi laboratoryjne świadczy wspólna poliklinika rejonowa.

Koncepcja takiego systemu obwodów, mającego zagwarantować opiekę zdrowotną mieszkańcom określonego terenu - której realizacja jest niezbędna na obszarach rzadko zasiedlonych, zwłaszcza w krajach rozwijających się - u nas nie stanowi całkowitej nowości. Już w czasach Marii Teresy utworzono na naszych ziemiach instytucję lekarzy obwodowych, którzy mieli troszczyć się o ogólny stan zdrowia mieszkańców swego obwodu; później, zwłaszcza w XIX wieku, istniała stosunkowo gęsta sieć lekarzy obwodowych, gminnych i miejskich. Do ich obowiązków należało zwalczanie chorób zakaźnych, dbanie o higienę komunalną i inne sprawy z zakresu zdrowia publicznego, przy czym ich powinnością było także bezpłatne leczenie osób niezamożnych.

Wszystko to na poziomie ówczesnej wiedzy lekarskiej, gospodarki i stosunków społecznych. Prócz tych lekarzy urzędowych istnieli oczywiście również lekarze ubezpieczalni /kas chorych/. Chory mógł sobie wybrać, do kogo chciał się zwrócić /oczywiście w zależności od możliwości finansowych/.

System, który kilkadziesiąt lat temu został wcielony w życie u nas, miał wyeliminować ze stosunków między lekarzem a pacjentem wszelkie czynniki materialne i zlikwidować walkę konkurencyjną między lekarzami: jedynym czynnikiem łączącym chorego z lekarzem miały stać się potrzeby chorego i zainteresowanie społeczeństwa jego zdrowiem.

Wspominaliśmy już, jak "upaństwowienie" lekarzy wpłynęło na stosunki między lekarzem a pacjentem: odpadł moment osobistego wyboru, a tym samym naruszone zostało wzajemne zaufanie. Chory obowiązany jest leczyć się u właściwego lekarza obwodowego. Dopiero ze skierowaniem od niego może być przyjęty przez specjalistę; jeżeli wymaga leczenia szpitalnego, niezbędne jest przestrzeganie drogi urzędowej /jeśli nie chodzi o udzielenie pierwszej pomocy/.

Chory jest uzależniony od kwalifikacji swego lekarza - nawet jeśli nie jest zadowolony, nigdzie indziej nie może iść. Jeżeli lekarz jest nieudolny lub nieodpowiedzialny, jeśli traktuje pacjentów ordynarnie - nie ma gdzie się odwołać. Można wprawdzie złożyć skargę jego przełożonym lub poprosić o przeniesienie do innego lekarza - ale jest to niemika, skomplikowana procedura, której wynik pozostaje niepewny.

Nie tylko fachowy, ale również finansowy aspekt pozycji lekarza obwodowego oceniany jest bardzo nisko /diametralna różnica w porównaniu z praktyką prywatną w krajach zachodnich/, co przyczynia się do tego, że w obwodach często pracują lekarze mniej zdolni lub tacy, którzy szukają dogodniejszych warunków - dużo jest tu lekarzy w wieku emerytalnym i kobiet, które odchodzą na urlopy macierzyńskie lub biorą zwolnienia na opiekę nad dziećmi. Wynikiem jest fluktuacja pracowników i niepewność pacjentów, którzy za każdym razem zastają w gabinecie kogoś innego.

Chory z całkiem banalną dolegliwością musi odwiedzać lekarza kilka razy. Już pierwszego dnia choroby, nawet gorączką, musi uzyskać zwolnienie

lekarские do zakładu pracy. Czasami zresztą zwolnienia nie otrzymuje. Często odsyła się go do specjalisty. Od niego idzie z rozpoznaniem z powrotem do lekarza obwodowego, by ewentualnie dostać skierowanie do kolejnego specjalisty, na prześwietlenie lub do laboratorium; z badania znowu wraca z rozpoznaniem do lekarza obwodowego, bierze receptę na lekarstwa, zaczyna leczyć się, ale tymczasem mijają termin, gdy trzeba stawić się przed komisją lekarską, by uzyskać przedłużenie zwolnienia itd.

Wszędzie trzeba się zapisywać, okres między zapisem a przyjęciem bywa krótszy lub dłuższy, zawsze poza tym siedzi się jeszcze w poczekalniach... Pacjent z jedną chorobą figuruje w kilku wykazach, sprawozdaniach z działalności dziennej lekarza, jego akta rosną - a on wiaściwie nawet nie ma kiedy pojechać i kurować się. Lekarz, który w ciągu jednego dnia pracy bada w taki sposób kilkudziesięciu chorych, nie ma czasu zająć się kimś indywidualnie i łatwo może przeoczyć istotne symptomy.

Pacjent nie dostanie leków w aptece bez recepty lekarza /z nielicznymi wyjątkami/, toteż niemała część dnia pracy lekarza obwodowego i wiele czasu pacjenta pochłania ponowne przepisywanie leków. Wielki jest udział zajęć administracyjnych. Trzeba wypełniać wiele meldunków i wykazów; również lekarze szpitalni mniej więcej połowę dnia pracy spędzają na wypisywaniu historii chorób i sprawozdań, ponieważ przy absolutnej biurokratyzacji systemu brakuje pracowników administracyjnych i nie ma odpowiedniego sprzętu biurowego.

Zbyt wielu chorych odsyła się do szpitali, gdyż lekarze-specjaliści nie wizytują pacjentów w domach. Ponieważ obrzydła większość obywateli chodzi do pracy, nie można także zapewnić choremu w domu - jeśli jest chory obłożnie - należytej opieki. Napór na łóżka szpitalna jest wielki i choć wskaźniki statystyczne sprawiają dobre wrażenie, np. w Pradze na operację przepukliny albo woreczka żółciowego czeka się kilka miesięcy.

Szpitalne są przepełnione, dostawki i łóżka na korytarzach nie należą do rzadkości. Przy tym chory nie płaci za leczenie, włączywszy materiałnie nie składają go do tego, by spieszyć mu się do domu, dla szpitala zaś przepelnienie jest o tyle korzystne, że przydział środków finansowych zależy od wykonania planu obłożenia łóżek.

Bezpłatność opieki zdrowotnej jest hasłem propagandowym, po które sięga się nieuczciwie. Do zrudzenia się stęży, że "nasze państwo wydaje wielkie sumy na bezpłatną opiekę zdrowotną". Obywatel może zapytać, co to takiego to państwo, które wiaź mu coś daje, i skąd bierze na to pieniądze, czy to naprawdę prezent, za który należy się wdzięczność? A może sumy te gromadzą się dzięki wynikom pracy nas wszystkich i częściowo z podatków, potrącanych nam przy wypłatach?

W 1982 r. wydatki na ochronę zdrowia w skali całego państwa wynosiły 24 663 865 000 Kcs. Istotnie jest to suma imponująca, w przeliczeniu na jednego mieszkańca naszego państwa wynosi jednak tylko 1 604,75 Kcs, z tego na inwestycje w służbie zdrowia 140,50 Kcs, a na leki - 279,29 Kcs. Jest to zdumiewające i wiele spraw wyjaśnia.

Opieka zdrowotna jest u nas teoretycznie jednakowa dla wszystkich, je-
jnym kryterium różnicowania powinien być stan chorego. Pacjent otrzymuje za darmo badania i leczenie, z operacjami, wyleganiem i lekami włącznie; bezpłatna jest także opieka stomatologiczna. Opieka zdrowotna świadczona jest w sposób jednolity i oszczędny, pacjent nie ma możliwości dopłacania np. za pobyt w pokoju jednokółkowym, za smaczniejsze i obfitsze posiłki, nie może zwrócić się o konkretnego operatora.

Za mało jest nowoczesnych aparatów diagnostycznych, bion rentgenowskich sprzętu laboratoryjnego i odczynników, płynów infuzyjnych, w szpitalach brakuje bielizny, działy pomocnicze borykają się z trudnościami, bo za mało jest personelu. Wskutek tego nawet w czołowych zakładach poważne naruszenia zasad higieny stanowią raczej regułę niż wyjątek.

Stale odczuwa się niedobór leków, zarówno w szpitalach, jak i w lecznictwie ambulatoryjnym. Gospodarowanie lekami rozpatrują różne instytucje i ko-
misje wszystkich szczebli, przepisywanie leków podlega surowej kontroli, każdy lekarz i każdy oddział musi przestrzegać określonych limitów - a przekroczenie ich trzeba dobrze uzasadnić. Wydawanie leków na recepty realizują wyznaczone apteki rejonowe i lekarzowi nie wolno przepisać albo choćby

zalecić choremu leku, którego w danym czasie odnośna apteka nie ma na składzie.

Regularnie wydawane są wykazy leków deficytowych. Import leków zagranicznych określany jest planem, niezatwo sprowadzić nowe zagraniczne lekarstwo. Przepisywanie niektórych leków wiąże się także z koniecznością zalecenia ich przez specjalistów w myśl odrębnych wytycznych. Skomplikowana jest również procedura uzyskiwania zezwoleń na otrzymanie leków w darze z zagranicy, toteż lekarze często z braku czasu lub z wygodniości nie przepisują wartościowych leków, chociaż mogliby.

Obecnie zapotrzebowanie na leki w 72,7% pokrywane jest przez produkcję krajową, 22,2% importuje się z państw socjalistycznych, a tylko 5,1% z kapitalistycznych. Przy tym jednak sporo leków krajowych wyrabia się z importowanych surowców, toteż tu także zdarzają się zakłócenia dostaw. Regularne i płynne nie są nawet dostawy z państw socjalistycznych, i jeśli czasem breknie leku mogącego ratować życie, bardzo trudno jest szybko sprowadzić inny w zastępstwie. Trudności wynikają też z problemów reorganizacji produkcji farmaceutycznej i dystrybucji leków. Z punktu widzenia wykonywania planu korzystniej czasami jest wyprodukować lek drogi, ale nie niezbędny, zamiast innego, ważniejszego, który dla fabryki byłby ekonomicznie mniej korzystny.

Podobnie jak w innych dziedzinach życia, tu także chroniczny deficyt doprowadził do powstania czarnego rynku. Istnieje on w różnych formach i na różnych poziomach. Lekarz musi mieć znajomych, jeśli chce zdobyć aparaturę i części zamienne, musi przekupywać konserwatora, świadcząc przysługi za przysługi zapewniać sobie wysokiej jakości badania specjalistyczne, instrumenty, leki, literaturę, odczynniki.

Obywatel jest pomysłowy i stara się już zawczasu mieć wszędzie znajomych, żeby być badanym starannie lub przez innego lekarza, żeby wcześniej przyjąć go do szpitala, ewentualnie do szpitala cieższego się lepszą opinią: tutaj dzie wiedza, której placówce można zaufać, a której nie, który specjalista może poszczycić się lepszymi wynikami, który chirurg wyspecjalizował się w danym rodzaju operacji. Istnieje czarny rynek leków i system łapówek w szpitalach, żeby chorey otrzymał lepszą opiekę - żeby został umyty czy nakarmiony. Część prezentów jest oczywiście wyrazem zadowolonia i wdzięczności za świadczoną opiekę, część jednak w intencji zarówno dających, jak i biorących: jest łapówką, "nieoficjalnym honorarium". O ile w innych dziedzinach, w sferze usług, system ten jest tolerowany, o tyle tu organy nadrzędne tępią go energicznie jako tzw. "negatywne zjawisko w służbie zdrowia". W praktyce jednak tępienie to dotyczy przede wszystkim wypadków, gdy chodzi o pracowników niższego szczebla /aczkolwiek nie o średni personel medyczny, którego jest stanowczo za mało/ i o tych, którzy narazili się władzom wyższym jeszcze w czynnym innym; przekupstwa prominentów nie zauważa się, pomija się je milczeniem.

Głośno potępiając tę plagę, propaganda oficjalna z powodzeniem odciąga uwagę społeczeństwa od problemu znacznie ważniejszych - przy czym oczywiście nie może przyznać, że tu także nie chodzi wyłącznie o przykłady sobkostwa tych czy owych osób, lecz przede wszystkim o symptom źle funkcjonującego systemu.

7. Jednolity system opieki zdrowotnej

Opieka zdrowotna jest w CSRS jednolita - w zasadzie oznacza to, że mamy do czynienia z jednolicie zarządzaną państwową służbą zdrowia, że pion prewencji połączony jest z lecznictwem, opieka ambulatoryjna ze szpitalną. Opieka jest ujednoczona, zróżnicowana jedynie w zależności od rodzaju choroby, stanu i wieku chorego, realizowana w miarę możliwości oszczędnie. Koncentracja opieki w placówkach rejonowych ma także umożliwić jednolitą dokumentację chorych i przekazywanie jej z jednej placówki do drugiej. Tajemnica lekarska jest zagwarantowana ustawą, ale w praktyce nie traktuje się jej zbyt poważnie; także społeczność nawiąka do różnych kontroli, nie wierzy zbyt w przestrzeganie poufności informacji w papierach służby zdrowia.

Zasada jednolitości ma też jednak pewne wyjątki: istnieje specjalna służba zdrowia dla wielkich zakładów przemysłowych, wojsnictwa, przemysłu

uranowego. Własną służbę zdrowia mają siły zbrojne i Ministerstwo Spraw Wewnętrznych. Specjalne usługi służby zdrowia zorganizowane zostały dla pracowników aparatu partyjnego oraz czołowych działaczy państwowych i partyjnych /tzw. Sanopz/.

Placówki te są często inaczej wyposażone, inaczej dotowane, mają pod dostatkiem aparatury, sprzętu medycznego i leków, nie jest też trudno załatwić dla nich kosztowny import z zagranicy. Również w nich cała opieka jest bezpłatna. Dla wybranych kategorii ludności istnieje inny system badań profilaktycznych, inne placówki uzdrowiskowe, specjalne domy opieki społecznej dla inwalidów i emerytów.

Szary obywatel wie o tym, czasami zauważa, że buduje się nowy obiekt, i myśli o tym swoje. Chyba nawet nie zazdrości, m.in. pociesza go świadomość, że w tych ekskluzywnych zakładach i placówkach nie zawsze pracują zespoły najzdolniejszych lekarzy, ponieważ kryteria personalne odgrywają tu jeszcze większą rolę niż w "normalnej" służbie zdrowia.

Zresztą właśnie w tej dziedzinie w interesujący sposób ujawniło się znaczenie "czynnika ludzkiego": podczas gdy inne siły nauki, kultury czy gospodarki w okresie "normalizacji" z całym spokojem spisywano na straty wysyłając najlepszych fachowców na emeryturę lub do łopaty, w służbie zdrowia pozbawiono ich co prawda dotychczasowych funkcji, ale w większości wypadków pozostawiono im możliwość dalszej pracy w zawodzie.

Nawet przedstawiciele władzy nie są bowiem uodpornieni na tak banalne zdarzenia, jak ból czy choroba; i o dziwo, jeśli muszą np. poddać się operacji, wołają by operował ich znakomity fachowiec niż chirurg pewny wyłącznie pod względem politycznym. Niestety - nie tylko dla nich - ten czynnik ludzki nie ma aż takiego znaczenia, ażeby mógł zapewnić bezstronny dobór i rozwój nowych pokoleń specjalistów.

Zakończenie

"... Poziom ludzkiego zdrowia i jego zabezpieczenie nie jest tylko uogólnionym wyrazem rozwoju gospodarczego. Coraz wyraźniej widać bowiem, że poziom ludzkiego zdrowia i jego zabezpieczenia ... jest jednocześnie i przede wszystkim wyrazem charakteru ustroju społeczno-gospodarczego, stopnia jego demokratyczności oraz panujących stosunków ideologicznych i międzyludzkich" /z materiału dla lektorów, wydanego w związku z XVII Zjazdem KPCh/.

Nasza ochrona zdrowia w teorii wyprzedziła rozwój społeczno-gospodarczy; u jej podstaw znajdującej zasadę obowiązującą w społeczeństwie komunistycznym, która głosi, że każdy winien otrzymywać według swoich potrzeb. Pozostaje sprawa otwarta, kto te potrzeby ma oceniać - czy sam chorey, czy jakiś organ społeczny, czy też najwyższym czynnikiem określającym potrzeby chorego winien być prowadzący go lekarz, który w swej pracy skrepowany jest różnorodnymi względami ekonomicznymi i administracyjnymi.

Tak więc konsekwentnie powołał się do życia system, który w sobie samym kryje przyczynę złego funkcjonowania. W początkach mógł być uważany za wyraz postępu i działań zadowolającego. Z biegiem lat jednak katastrofalnie kumuluje następstwa owych wudowanych wariacji usterek systemowych, powoduje przerost biurokratycznych nonsensów, przy czym czynnikiem przyspieszającym kryzys jest pojawienie się nowych ustaleń nauki, rozwój kosztownego i skomplikowanego medycznego sprzętu technicznego, rozwój nowych możliwości leczenia.

Okazuje się, że system z jednej strony ogranicza wolność i krępuje inicjatywę jednostki, a z drugiej nie może zadowolić także szerokich kręgów społeczeństwa ani zaspokoić abstrakcyjnego interesu społecznego. Pracownik służby zdrowia stał się działaczem i funkcjonariuszem publicznym, w znacznym stopniu siłą administracyjną, człowiek chorey zaś - przedmiotem popychania z jednej placówki do drugiej.

Ludzie zmieniają się w pozycje statystyczne. Taki system mógłby zapewne funkcjonować z pracownikami służby zdrowia, którzy poświęcaliby się bezinteresownie choremu, nie niepokojąc się bezsensownością znacznej części swej pracy - oraz z chorymi, którzy zmobilizowali w pokorze swoje cierpienia i nie żądali niczego więcej, byli zadowoleni z ilości i jakości opieki, jaką otrzymywali. Przesłanki te są nieludzkie, a ich podstawa widziwy jawne zaprzeczenie

humanitaryzmu; ponadto są absolutnie nierealne: Materiał partyjny zacytowany na początku tego rozdziału jest paradoksalnie prawdziwy, oddaje istotę rzeczy; problemy czechosłowackiej służby zdrowia rzeczywiście stanowią odzwierciedlenie kryzysu całego systemu, jego demokratyzm i panujących stosunków ideologicznych.

Naprawa tego stanu jest trudna, ponieważ brak jest kontroli społecznej, brakuje skutecznego sprzężenia zwrotnego i mechanizmów samoregulujących, działających na gruncie rzeczywistej sytuacji gospodarczej i społecznej. Koniec końców, brakuje również społeczeństwa, gdyż zbiorowisko ludzi rządzonych i manipulowanych nie jest jeszcze społeczeństwem.

Toteż lepszych perspektyw dla zdrowia poszczególnych ludzi niepodobna oddzielić od uzdrowienia społeczeństwa jako całości, od naprawy systemu, który uczynił z człowieka jedynie niezbyt ważny i w istocie niepożądany dodatek do abstrakcyjnych praw swego funkcjonowania.

Przełożył ph-n, 1985

Ebigniew Kozłowski

CO ZOSTAŁO Z PAŹDZIERNIKA?

Coraz więcej jest młodych ludzi, dla których wydarzenia z 1956 roku - w Polsce i na Węgrzech - są już zamierzonymi dziejami. Autor był świadkiem tych wydarzeń, więc niech mi wolno będzie powołać się na własne wspomnienia.

Uważam, że za początek drogi do Października należy uznać dzień marcowy 1955 roku, kiedy - w niewyjaśnionych dotychczas okolicznościach - zmarł Józef Stalin, jeden z największych zbrodniarzy w dziejach ludzkości. Pamiętam, jak ktoś z moich przyjaciół, wierzący naiwnie komunistą /dzis już takich nie ma/, płakał gorzkiimi łzami. Ale przeważająca większość Polaków zdawała sobie sprawę, że śmierć tyrana otwiera nowe perspektywy i może stać się zapowiedzią zmian na lepsze.

Prognozy te szybko zaczęły się sprawdzać: W Moskwie zlikwidowano w tajemnicy Ławrentia Berię, najokrutniejszego kata stalinowskiego, i zrehabilitowano grupę lekarzy /przeważnie pochodzenia żydowskiego/, którym Stalin zarzucił okrutne zbrodnie. W Moskwie i w Warszawie mówiono i pisano w prasie oficjalnej o "odwilży". Jej przejawy były chyba w Polsce bardziej widoczne, niż w innych krajach tak zwanego obozu socjalistycznego.

W latach 1954 i 1955 na łamach gazet warszawskich ukazywały się coraz częściej artykuły i wypowiedzi, w których krytykowano najrozmaitsze zjawiska z dziedziny życia politycznego, gospodarczego i kulturalnego, uważane jeszcze tak niedawno za "nietykalne". W pamięci pozostał mi artykuł, którego autor na podstawie wyników egzaminów wstępnych na wyzura uczenie skrytykował cały system nauczania w szkołach średnich. Cenzura nadal ingerowała, ale rzadziej niż w okresie stalinowskim.

Rok 1956 zaczął się w nastroju oczekiwania na zasadnicze zmiany polityczne. Optymiści tym razem mieli rację, choć ich nadzieje może były nadmierne. W lutym w Moskwie odbył się XX Zjazd KPZR. Nikita Chruszczow wygłosił tam referat, nazwany "tajnym" i dotychczas nie ogłoszony w ZSRR. Chruszczow ujawnił i napiętnował liczne zbrodnie Stalina, ale uczynił to w sposób selektywny. Za zbrodnie uznał wymordowanie tysięcy działaczy partyjnych, nie wspominając w ogóle o zakatowaniu milionów chłopów podczas kolektywizacji wsi, ani o śmierci milionów ludzi w łagrach.

Przetłumaczony na polski i wydany natychmiast w nakładzie 20 tysięcy egzemplarzy, referat Stalina wywołał wstrząs wśród członków PZPR /znów pamiętam płaczących starych komunistów/, a z Polski łatwo przedostał się na Zachód, skąd stacje radiowe w rodzaju "Wolnej Europy" retransmitowały rewelacje Chruszczowa do Polski i innych krajów /między innymi na Węgry, gdzie już w tym czasie wrzenie było nie mniejsze niż w Polsce/.

Bolesław Bierut, ówczesny dyktator Polski, pozostał po XX zjeździe w Moskwie, skąd po kilku tygodniach nadeszła wiadomość o jego śmierci, rzekomo wskutek choroby. W kręgach kierownictwa partyjnego krążyła informacja, że Bierut popełnił samobójstwo, nie mogąc przyjąć do wiadomości kresu epoki stalinowskiej.

Wstępem do Października stały się tragiczne wydarzenia poznańskie z czerwca tegoż historycznego 1956 roku. Zatarę z władzami zaczął się w zakładach im. Cegielskiego /wtedy zwanymi im. Stalina/. Po raz pierwszy robot-

nicy wystąpili przeciw partii, mającej w nazwie przymiotnik "robotnicza". Dnia 28 czerwca na placu Mickiewicza zgromadziło się około 100 tysięcy osób; do robotników z Cegielskiego dołączyli się robotnicy z innych zakładów przemysłowych. Spiewano pieśni patriotyczne i religijne. Obok transparentów z napisami "Chcemy chleba" lub "Żądamy obniżki cen", zjawily się napisy polityczne w rodzaju "Żądamy wolnych wyborów pod nadzorem ONZ".

Władze partyjne, wychowane w szkole stalinowskiej, uznały - nie bez racji - że w Poznaniu zaczęło się powstanie robotnicze, i pohnęły przeciw robotnikom czołgi. Walki trwały do rana następnego dnia. Liczba zabitych przekroczyła sto osób, rannych było około sześciuset. Po spacyfikowaniu Poznania komuniści oświadczyli, że bunt robotniczy był dziełem "imperialistycznych agentów", prowokatorów i chuliganów /Gomułka po Październiku oddał się od tych określeń, ale wkrótce do nich powrócił/. Faktem jest, że pomnik ofiarom poznańskim postawiono dopiero w okresie "Solidarności".

Krwawe wydarzenia poznańskie, mające jednoznaczną wymowę i kompromitującą władzę komunistyczną, nie mogły pozostać bez wpływu na życie polityczne kraju. Nastąpiło ogromne przyspieszenie, niemal wszyscy zdawali sobie sprawę, że konieczne są zasadnicze zmiany i że komuniści nie mogą rządzić tak jak dotychczas. Ich mżem opatrznosciowym okazał się Władysław Gomułka.

Zmarły niedawno historyk Jerzy Łojek na krótko przed śmiercią ogłosił w wydawnictwie niezależnym "Głos" pod pseudonimem Antoni Jajłowiecki interesującą "Kalendarz historyczny". W rozdziale zatytułowanym "Causus Gomułka" można przeczytać:

"Fakt, że Moskwa miała w Warszawie kandydata do władzy tej kategorii, co Gomułka, rozstrzygnął być może decydująco o losach Folski pod koniec i 1956 roku. Przez wiele lat było o Gomułce głucho; chodzily sliuchy, że siedzi w więzieniu, że "jest torturowany", co nie było prawdą, ale wystarczyło do wzbudzenia ku niemu powszechnej sympatii opinii publicznej... Gomułce ufano; był usunięty z partii i trzy lata trzymany w odesobnieniu; podobno sprzeciwiał się Moskwie; był naturalnie komunistą, ale nikt prawie nie wątpił, że po doświadczeniach lat 1947-1955 jest już komunisty "byłym" c pozor-nym... Gomułka szedł do władzy na fali legendy swoich cierpień i swoistego milocznego porozumienia z opinia publiczną"...

Wyprzedzając nieco chronologiczną relację, należy stwierdzić, że o zręco-ności politycznej Gomułki, a zarazem jego krótkotrwałej popularności, świad-oczy decyzja, powzięta dosiownie w kilka dni po jego powrocie do władzy, de-cyzyja o uwolnieniu z internowania w klasztorze w Komańcze prymasa Stefana Wyszyńskiego. Powrót wielkiego prymasa do Warszawy wywołał powszechny entu-zjasm i stał się atutem w grze politycznej Gomułki.

Gdy po kilku miesiącach, w styczniu 1957 roku odbywały się wybory do Sejmu, prymas niejako odwdzieczył się Gomułce i wezwał społeczeństwo do udzielenia mu poparcia. Episkopat wydał oświadczenie stwierdzające, że kato-licy winni "spełnić swój obowiązek sumienia wzięcia udziału w głosowaniu". Bez tego oświadczenia wyniki wyborów byłyby inne. /niezależnie od kwestii, czy ogłoszone oficjalnie liczby były prawdziwe, czy też przynajmniej czę-ściowo sfalszowane/. Inne wyniki, to znaczy, że bada frakcja była by mniej-sza od "tradycyjnej" w państwach komunistycznych stuprocentowej, bądź wytor-ocy by kreśliłi tych czy innych kandydatów, bądź też wreszcie nastąpiłoby oba te zjawiska jednocześnie.

X X X
Skoro już naruszyłem tok chronologiczny, chcę odejść również od zasady jedności miejsca i napisać kilka słów o równoległych z naszym Październi-kiem wydarzeniach na Węgrzech. Chyba nigdy, ani przedtem, ani potem, nie słuchaliśmy z takim przejęciem audycji radiowych różnych polskojęzycznych stacji zagranicznych - w poszukiwaniu rzetelnych informacji o tym, co się dzieje na Węgrzech. I chyba nigdy wiadomości z innego kraju nie miały tak bezpośredniego wpływu na nasze własne postawy i nastroje polityczne.

Nienawiść nie można wymierzyć, ale duże jest prawdopodobieństwo, że nienawiść do sprawujących władzę komunistów była w 1956 roku na Węgrzech jeszcze większa niż w Polsce. Więcej popełniali oni zbrodni, bardziej jest-cze ograniczali prawa obywatelskie, bardziej byli skorumpowani i skompro-mitowani. Ich przywódca Matyas Rakosi stał się uosobieniem zła komunistycz-nego /nawiasem mówiąc, gdy szukałem jego danych biograficznych w ostatnim

czterotomowym wydaniu polskiej Encyklopedii Powszechnej, okazało się, że redaktorzy woleli jego nazwisko po prostu pominąć/.

Przypadek - a może to była prawidłowość historyczna? - sprawił, że wzbuch nienawiści na Węgrzech doszedł do punktu kulminacyjnego w tym samym październiku 1956 roku. Rewolucyjne powstanie doprowadziło do przepędzenia dotychczasowych władców i do wyłonienia nowego rządu. Nie tu jest miejsce na szczegółowy opis węgierskiej rewolucji. Wystarczy napisać, że wnet do Budapesztu wkroczyły sowieckie czołgi, które szybko przywróciły "porządek" kosztem wielu tysięcy ofiar i kosztem emigracji kilkudziesięciu tysięcy ludzi.

Na Węgrzech mężem opatrnościowym dla ZSRR stał się Janos Kadar, który sam był represjonowany w poprzednich latach, co mu dało pewien tytuł do chwały. Kadar przy pomocy raźnieckiej odbudował partię i rząd. Okazał się politykiem znacznie większego kalibru niż Gomułka. Potrafił stosunkowo prędko zainicjować rzeczywiste reformy gospodarcze, dzięki którym Węgry są dziś nieporównanie bogatsze niż Polska. I potrafił rozszerzyć zakres swobód obywatelskich w tym samym czasie, gdy Gomułka zaczął je energicznie ograniczać.

Kadar i jego współpracownicy po trzydziestu latach nadal nazywają wydarzenia z 1956 roku "kontrewolucją", podczas gdy społeczeństwo węgierskie z dumą mówi o wstachu rewolucji i o próbie obalenia dominacji sowieckiej. Tyle o Węgrzech. Czas powrócić do Polski i do naszego Października.

x x x

Dnia 19 października zaczęły się w Warszawie obrady plenarne Komitetu Centralnego partii / oświadczone "ósmo" plenum/. Jednocześnie nadeszły informacje o niepokojących ruchach wojsk sowieckich na terenie Polski. I niemal jednocześnie na lotnisku warszawskim zjawiała się niezapowiedziana delegacja radziecka w składzie: Nikita Chruszczow oraz jego najbliżsi współpracownicy Kaganowicz, Mikojan i Mołotow. Plenum natychmiast wybrało Gomułkę na pierwszego sekretarza i w tym charakterze spotkał się on z "przyjaciółmi" z Moskwy.

Spotkanie to po trzydziestu latach otoczone jest tajemnicą. Nie wiadomo dokładnie, kto w nim wziął udział, gdzie się odbyło i - co ważniejsze - jaki był jego przebieg. Nie ogłoszono nigdy żadnego komunikatu i nie wiadomo, czy powołano jakiegokolwiek formalne uchwały. Faktem jest, że Chruszczow i jego towarzysze przyjeźli do wiadomości wybór Gomułki na pierwszego sekretarza /nie jest więc zupełnie ściśle cytowana powyżej opinia Jerzego Łojka, że "Moskwa miała w Warszawie kandydata do władzy tej kategorii co Gomułka"/, i faktem jest, że czołgi radzieckie otrzymały natychmiast rozkaz powrotu do miejsc stacjonowania.

Chruszczow widocznie przekonał się, że Gomułka go nie zawiedzie. I tak też było. Podczas wyborów nowego składu Biura Politycznego wypadł z gry Konstanty Rokossowski. Stracił również miejsce w Biurze Politycznym... Edward Gierek. Wkrótce nastąpiło w Warszawie uroczyste pożegnanie "doradców radzieckich" z Rokossowskim na czele.

W pozwole listopada Gomułka wyjechał na czele delegacji partyjnej do Moskwy, żegnany w Warszawie i na stacjach po drodze przez rozentuzjasmowane tłumy. W Moskwie Gomułka podpisał szereg umów gospodarczych, w zasadzie korzystnych dla Polski. Witany po powrocie niemal jako "zbawca ojczyzny". Wkrótce uznał za stosowne i możliwe porzucenie maski "liberała" i wystąpienie w roli wiernego Moskwie komunisty.

O wyborach sejmowych z początku 1957 roku była już mowa. "Głosujemy bez skreśleń" stało się głównym hasłem Gomułki, który przecież zdawał sobie sprawę, jak bardzo niepopularni są kandydaci partyjni. "Skreślanie kandydatów naszej partii - wołał - to skreślanie Polski z mapy państw europejskich". W wyniku tak wyreżyserowanych wyborów w przeszło czterystuosobowym Sejmie znalazło się 12 /słownie: dwunastu/ posłów katolickich.

Likwidacja tygodnika "po Frostu" stała się niemal formalnym zakończeniem złudzeń październikowych. Czasopismo to w poprzednich kilku latach odegrało istotną rolę w kształtowaniu opinii polskiej inteligencji. Pomysłane początkowo jako tygodnik studencki, szybko wykroczyło poza ramy środowiska młodzieży akademickiej. Na łamach "Po Frostu" ukazywały się najbardziej konsekwentne - jak na owe czasy - krytyki posunięć politycznych, gospodarczych i kulturalnych władzy. Jako swoiste curosum warto może przypomnieć, że jednym z współpracowników tygodnika był... Jerzy Urban, wyróżniający się

czynizmem wtedy i dziś.

Gomułka po okrzepnięciu postanowił zlikwidować "Po Prostu". Pod pretekstem, że jest to czasopismo studenckie, tygodnik zawieszono na okres wakacyjny 1957 roku, a gdy we wrześniu miał się ukazać numer powakacyjny, jego treść została w całości skłoniskowana.

Casus "Po Prostu" należy traktować jako "pars pro toto". W tym czasie Gomułka uznał, że dość już liberalizmu, że władza, czyli przede wszystkim on osobiście, wie lepiej od obywateli, co jest dobre dla kraju, i że ani on, ani jakikolwiek inny przedstawiciel władzy nie mogą podlegać krytyce. Raz jeszcze przytoczę opinię Jerzego Łojka z tegoż "Kalendarza historycznego": "Z twarzy Gomułki spadła polityczna maska: ukazał swe oblicze dogmatycznego, politycznie i intelektualnie prymitywnego, ogarniętego despotyczną mafią, urzędnika komunizmu, który mógłby znaleźć swoje właściwe miejsce tylko w zagarniętej przez Sowietów Polsce".

Dalsza kariera polityczna Gomułki wykracza poza ramy czasowe tego szkicu. Wypomnijmy mu więc tylko marzec 1968 roku, kiedy w konkurencji z Kłoczysławem Moczarem nie zawahał się przed skorzystaniem z zatrutej broni antysemityzmu. I wypomnijmy mu grudzień 1970 roku, kiedy stał się odpowiedzialny za wydanie rozkazu strzelania do robotników na Wybrzeżu. Węsi! teraz od czasu do czasu na łamach prasy partyjnej podejmowane są próby gloryfikowania Gomułki jako "świętego komunizmu", należy to uznać za nieudolne galwanizowanie politycznego trupa.

X X X

Czy z powyższych wywodów należy wyprowadzić wnioski, że Gomułka /i partia/ zdolał skutecznie przekreślić osiągnięcia polskiego Października, który go wyniósł do władzy? Czy to oznacza, że po krótkotrwałych uniesieniach i złudzeniach nie nie pozostają, prócz goryczy zawiedzionych nadziei? Kończąc zdaniem taki wniosek byłby całkowicie błędny. Dwa lata poprzedzające październik 1956 roku i następnego półrocze pozostawiły trwały ślad w świadomości społeczeństwa polskiego, ślad, którego nie mogły wyazać ani kolejne posiedzenia plenarne Instytucji partyjnych, ani nasilające się represje polityczne. W następnym przystąpieniu latach Polacy raz po raz - śladom lub nieswiadomości - nawiązywali do idei Października.

"Tygodnik Powszechny" zamieścił niedawno obszerną rozmowę z prof. Stanisławem Stojmą z okazji rocznicy Października. Na pytanie "Kiedy się skończył Październik?" profesor odpowiada: "Można się spierać o fakty, ale nie oświadczać tego robić, zwłaszcza, że jestem przeciwnikiem dość rozpowszechnionej tezy, jakoby Październik zakończył się fiaskiem. Spodziewam się, że nadejdzie, jakie społeczeństwo miało - dość ogólne, mało sprecyzowane, ale daleko idące - nie spełniły się lub spełniły w małej części, a mimo to zrobiliśmy wtedy duży historyczny krok naprzód. Pierwszy w okresie powojennym".

Fada z kolei pyta: "I trwały?". Odpowiedź brzmi: "Mogę wskazać trzy elementy, które przetrwały i sprawują, że realny socjalizm - ten realny socjalizm po Październiku wygląda grubo inaczej niż przedtem. Po pierwsze: społeczeństwo po wstrząsie październikowym było inne. Stan uświadomienia politycznego, stan samowiedzy politycznej, ambicji narodowych ogromnie się zmieniły. Stał się inny społeczeństwem świadomym sobie, mającym cele polityczne. To jest fakt niezależny od władzy, fakt społeczny.

Po drugie: zmieniły się w Polsce metody rządzenia. /Tu następuje ingerencja cenzora i tylko domyślności czytelnika można zostawić, co cenzora przeszkadza.../... to jednak w stosunku do czasów stalinowskich była nieporównanie większa swoboda? - dop. red./.

Po trzecie: partia, może nie tyle formalnie, ile de facto musiała zmienić postawę, tolerując na wielu odcinkach pluralizm, który się mocno nasilił w życiu polskim i różni - w zmiennym tempie, ale stał - od tamtego czasu. Przejawami pluralizmu "zarejestrowanego" przez władze było m.in. zmniejszenie "Tygodnika Powszechnego", utworzenie "Znaku", Klubu Inteligencji Katolickiej. Mini-przejawy, ale za to na terenie politycznym, było wpuszczenie do Sejmu grupy zupełnie niezależnej, a autorytatywnej wobec Prymasa, co było jasne od początku - bez warunków i zastrzeżeń..."

Po kolejnej ingerencji cenzury czytamy w wypowiedzi prof. Stojmy: "Czatnia kwestia, która w Październiku została zadecydowana, to sprawa ustroju rolnego. Zgodzono się na to, że w aktualnej sytuacji Polski sektor prywatny

chłopski, jest fundamentem i bazą w rolnictwie. To wielka zdobycz. I trwa-
ła. Jak powiedział, jakas generalna zmiana nie nastąpiła i ci, którzy mieli
nadzieję na duże reformy, zostali zawiedzeni, ale osiągnięcia były i nie ta-
kie małe"...

Uzupełniając przytoczone wywody prof. Stompy i przechodząc do nowszych
czasów, chciałoby zaznaczyć, że - moim zdaniem - bez Października nie byłoby
ani protestu robotniczego w 1976 roku, ani powstania KORu, ani narodzin "So-
lidarności". Wierzę, że to jest teza dyskusyjna i odwołuje się już do doświad-
czeń kolejnego pokolenia, ale z okazji rocznicy Października warto o tym po-
myśleć. Należy tu uwzględnić, że w 1956 roku wydarzenia odbywały się niejako
w łonie partii, podczas gdy w latach 1980/81 społeczeństwo przeciwstawiło
się partii. Lecz to już zupełnie odrębny temat.

Zbigniew Kozłowski

WSPOLNE OŚWIADCZENIE PRZEDSTAWICIELI SPOŻYWCY CZECHOSŁOWACKIEJ,
POLSKIEJ, WĘGERSKIEJ I WŚRODNIEMOŚCISKIEJ

My, apłatawiaszce, apeluujemy do przyjąciś na całym świecie o przyłącze-
nie się do wartościach obchodów trzydziestej rocznicy rewolucji 1956 roku na
Węgrzech. Z tej okazji pragniemy ponownie dać wyraz naszej determinacji w
związku z toczoną o polityczną, demokrację w naszych krajach, o ich pełną nie-
podległość, o pluralizm oparty o zasadę samorządności, o pokojowe zjednocze-
nie podzielonej Europy i jej integrację przeprowadzoną na demokratycznych
zasadach, jak również o prawa wszystkich mniejszości. Pragniemy podkreślić
związane sobie wzajemne poparcie w toczoną obecnie walce o lepsze życie
w warunkach wiarygodnej swobody, tak w naszych krajach, jak i na całym świecie.
Doświadczenie Węgierskich rewolucjonistów z roku 1956 pozostaje naszym
wspólnym dziedzictwem i źródłem inspiracji.

Przejazdy - Berlin - Praga - Warszawa

16 października 1986

34 podpisy z Węgier, 23 z Czechosłowacji, 16 z NRD, 28 z Polski

podpisy z Polski: Konrad Bieliński, Marian Brandys, Jacek Czapotowicz,
Marek Ekiel, Jacek Federowicz, Jan Andrzej Górny, Janusz Grzałak, Zbigniew
Janas, Jan Kisielowski, Wiktor Kulerski, Władysław Kunicki-Golfinger, Zofia
Kurętowska, Jacek Kuron, Jan Józef Lipski, Jan Litwiński, Barbara Malak, Wo-
jciech Mazurek, Adam Michnik, Leszek Moczulski, Piotr Niemczyk, Zbigniew
Romaszczyński, Zofia Romaszewska, Krystyna Starczewska, Stefan Starczewski,
Krzysztof Stankiewicz, Miłomir Szaniawski, Jacek Szymanderski, Henryk Wujec.

Wzrost katastrof ekologicznych na Śląsku

Wzrost katastrof ekologicznych na Śląsku
Wzrost katastrof ekologicznych na Śląsku

Życie świętego jest znaniem odczytywanym na tle epoki, w której żyje.
Lecz wiele wartości, które święty realizował, aktualizuje się wciąż na nowo.
Św. Franciszek np., jako wielki miłośnik Bożego dziecka stworzonego jawi się w
świecie dzisiejszym, zagrożonym w swym istnieniu nieszczytną działalno-
ścią człowieka, jako przyczyną zniszczenia, bo partnerskiego, pełnego
szacunku stosunku człowieka do środowiska, w którym żyje.

W 1978 roku Ojciec Święty Jan Paweł II ogłosił św. Franciszka patronem
ekologii, a więc ludzi, którzy sprawą właściwych wzajemnych odniesień czło-
wieka-świata, uważają za rzecz decydującą o życiu i jego jakości tak obecnego
jak i przyszłych pokoleń.

Trzeba więc w nawiązaniu do liturgicznego wspomnienia św. Franciszka,
które obchodzimy w Kościele powszechnym w dniu 4 października, spojrzeć na
problem, który stał się dziś palącą sprawą o zasięgu światowym.

Groźne skutki zanieczyszczenia środowiska człowieka widoczne są na cu-
zym świecie. Śląsk, zdaniem specjalistów, należy pod tym względem do obsza-
rów najszybszych nie tylko w Polsce, ale i w świecie. Mówi się powszechnie
o stanie katastrofy ekologicznej na Śląsku. Każdego mieszkańca naszej wiel-
kiej ałoneracji dotykają bezpośrednio niebezpieczne skutki spowodowane za-
nieczyszczeniami powietrza, brakami wody i skażeniem gleby. Niepełna pow-

szechna świadomość złej sytuacji pogarsza ją, ponieważ osłabia możliwości skutecznego przeciwdziałania i obrony.

Pewierzchnia woj.katowickiego stanowi zaledwie 2% powierzchni kraju. Jest to przy tym obszar najgęściej zaludniony. I na ten mały skrawek ziemi spada 30% pyłów, 40% gazów i 60% wszelkich odpadów przemysłowych, które "produkowane" są w Polsce. Są takie miasta jak Zabrze, Ruda Śląska, Bytom, Chorzów, Katowice, w których na 1 km² w ciągu roku spada od 250-1000 ton pyłów.

Jest to smutny i alarmujący zarazem rekord zapylenia. Od Bytomia po Tarnowskie Góry oraz w Rybnickim Okręgu Węglowym krajobraz tworzą martwe hałdy, niektóre z nich jeszcze dymiące. W okolicach Miasteczka Śl. umiera kilkaset hektarów lasu poparzonego mgłą kwasu siarkowego, zatrutego pyłami z pobliskiej huty cynku. Zagrożeni czują się mieszkańcy Żygłina i Żyglinka i wszyscy mieszkający w pobliżu huty, która w trakcie budowy określana była jako supernowoczesna, a teraz okazuje się niebezpiecznie groźna dla zdrowia i życia ludzkiego.

Bardzo podobna sytuacja wytworzyła się wokół innego wielkiego zakładu przemysłowego - huty "Katowice". Żadna z rzek na terenie GOP-u nie odpowiada normom czystości wód, są to po prostu odkryte ścieki. W wielu okolicach smog pochłania czwartą, trzecią, a nawet większą część promieni słonecznych. A cóż powiedzieć o naszej ziemi, zapadającej się i wstrząsanej na skutek niepożamowanej i nieroztropnej eksploatacji węgla? Cierpią na tym budowlę, wszystko to, czym od stuleci ubogaciliśmy naszą przestrzeń, w tym także nasze stare i nowe świątynie.

Śląsk jest zagrożony! Człowiek jest zagrożony

Ta trudna sytuacja ekologiczna odbija się niekorzystnie na zdrowiu ludzkim. Ogólnodostępne źródła informują, że o 15% wyższy jest tutaj wskaźnik umieralności niemowląt, a 9 tys. dzieci ma uszkodzony centralny układ nerwowy. Umieralność jest tutaj o wiele wyższa od analogicznego wskaźnika dla kraju. W naszym regionie występuje o 15% więcej zachorowań na choroby układu krążenia, o 30% na choroby nowotworowe i blisko 50% na choroby dróg oddechowych od przeciętnej krajowej /dane powyższe są zgodne z danymi podanymi w Raporcie o stanie środowiska w woj.katowickim, wydanym przez Urząd Wojewódzki w Katowicach/.

Długo można by jeszcze mówić o szkodach zdrowotnych - także w zdrowiu psychicznym i o wielu innych zagrożeniach naszego regionu. Nie sposób opisać je wszystkie w jednym liście pasterskim. Kościół w sposób nieustępliwy i bezkompromisowy broni każdego ludzkiego życia. Tym bardziej nie można milczeć, gdy zagrożenie dotyczy milionów ludzi, a najdotkliwiej godzi w organizm dzieci narodzonych i nienarodzonych.

Milczenie Kościoła w tej sprawie byłoby niewybaczalne. Zabierając głos na ten temat pragniemy zmobilizować wszystkich: począwszy od ludzi urzędowo i zawodowo odpowiedzialnych za stan środowiska na Śląsku, poprzez różnego rodzaju grupy formalne i nieformalne, którym ta sprawa leży na sercu, aż do każdego poszczególnego człowieka włącznie.

Istnieje tu możliwość i potrzeba współdziałania ludzi o różnych orientacjach światopoglądowych, ponieważ zagrożenie zawisło nad głową każdego z nas. Mamy tylko jedną ziemię, za którą ponosimy wspólną odpowiedzialność. Kościół na Śląsku będzie więc konsekwentnie wskazywał na istniejące braki i zagrożenia, ale równocześnie swym autorytetem wesprze te działania, które będą zmierzały do poprawy sytuacji ekologicznej na Śląsku.

Jest paradoksem, iż ludzie ciężkiej, wyniszczającej pracy w hutach, kopalniach, zakładach chemicznych i w innych także w pracy żyją wśród dymiących kominów i hałd, wśród zwałowisk i różnych zanieczyszczeń przemysłowych. Zwyczajna uczciwość i sprawiedliwość wymaga, aby warunki życia na Śląsku zdecydowanie poprawić pod tym względem. Bez tego bowiem wyrażane często publicznie szacunek i uznanie dla ciężkiej pracy wielu grup zawodowych pozostaje pustym, okazjonalnym zwrotem.

Cieszyć muszą takie inicjatywy, jak stworzenie niegdyś Wojewódzkiego Parku Kultury i Wypoczynku w Chorzowie, budowa Lesnego Pasu Ochronnego, zalesianie hałd czy powstanie na początku lat 80-tych społecznego ruchu ochrony środowiska. Ale nie można nie dostrzegać, że ten sam Lesny Pas Ochronny obumiera, Park Kultury niszczy się, a opinie i postulaty społecznego ruchu ekologicznego zostały zlekceważone lub poszły w zapomnienie.

Przesłanki teologiczne

Opisując stworzenie świata, natchniony autor dodaje: "A Bóg widział, że wszystko, co uczynił, było bardzo dobre" /Rdz.1, 31/. Człowiek - korona stworzenia - otrzymał prawo, by uczynić sobie ziemię poddaną /Rdz.1, 28/. Nie znaczy to jednak, by nie liczyć się z jej prawami, bo człowiek powołany jest do tworzenia a nie do niszczenia. W ten sposób ma upodabniać się do Boga-Stwórcy, współpracować z Nim a nie przeciw Niemu.

Jak stwierdza papież Paweł VI: "Trzeba było tysiącleci, aby człowiek nauczył się panować nad przyrodą - czynić sobie Ziemię poddaną - jak mówi biblia. Nadeszła chwila, aby opanował swe panowanie, a to niezbędne przedsięwzięcie wymaga nie mniejszej dzielności i niezłomności niż dzieło podbicia przyrody". Postęp, który ostatecznie zwraca się przeciw człowiekowi, jest regresem nawet wtedy, gdy umożliwia mnożenie dóbr materialnych.

Każdy prawdziwy postęp musi być ludzki, tzn. przyczyniać się do rozwoju całego człowieka, całej jego duchowo-fizycznej struktury. Trzeba tę prawdę przypomniać zwłaszcza tu na Śląsku, gdzie człowiek został podporządkowany sprawom ekonomii, wydajności. Bywa, że przypomnienie owej prawdy jest uznawane za działanie przeciw człowiekowi. To, nader żałosne, bardzo bolesne nieporozumienie i dowód krótkowzroczności.

Raz jeszcze - z Bożego punktu widzenia - należy stwierdzić: panowanie nad światem daje człowiekowi funkcję zarządcy, użytkownika a także opiekuna wszystkich dóbr, lecz nigdy marnotrawcy i niszczyciela. Stanowisko to, a raczej godność reprezentanta Boga wobec świata powierzona człowiekowi daje mu olbrzymią władzę, lecz nakłada również wielką odpowiedzialność za mądre kierowanie wszystkim, czym dysponuje /Rdz. 14, 10/. Zresztą sama logika wskazuje, że mądry człowiek dba o wszystko, co dlań pożyteczne. Tej mądrości żąda i spodziewa się od nas Bóg" Kor 4, 1; Ełk 12, 42; Mt 24, 25/.

Wielu czuje się jednak właścicielami świata nie chcąc uznać swej odpowiedzialności przed Bogiem. Można i tak myśleć pamiętając jednak, że nie tylko ludzie, lecz także przyroda - traktowana jako wrogi lub martwy przedmiot użytkowy - bez szacunku, który jej się należy - mści się broniąc przed gwałtem. Skuteczność tego odwetu widzimy na własne oczy bardzo wyraźnie. Nie wyciągać wniosków, nie umieć odczytać mowy przyrody - znaczy dobrowolnie, wybrać zagładę, krótko mówiąc: zostać zabojcą i samobójcą zarazem.

W tej sytuacji Kościół na Śląsku zwraca się z apelem:

1. Do wychowawców - rodziców, nauczycieli, a zwłaszcza duszpasterzy i katechetów, aby formując najmłodsze pokolenie, jako życiowy drogowskaz wszczepiali mu franciszkańskiego ducha umiłowania, szacunku i troski o Boże dzieło stworzenia powierzona pieczy człowieka. Niechaj wychowawcy ukazują dzieciom i młodzieży także negatywne skutki dla środowiska działalności i obecności człowieka.
2. Do twórców postępu - ludzie świata nauki i techniki - aby w swej pracy oraz w swych konstrukcjach i projektach zawsze uwzględniali prawdziwe dobro człowieka i przyrody. A także - by skierowali swój twórczy wysiłek dla odwrócenia katastrofy ekologicznej. Niechaj prowadzący badania naukowe nad sytuacją ekologiczną oraz nad skutkami zdrowotnymi różnego rodzaju skażeń mają zawsze odwagę udostępniania rezultatów swych badań szerokiej opinii publicznej; niech odważnie i w duchu prawdy wypowiadają swe opinie i niech im będzie dana pełna swoboda wypowiedzi na łamach prasy, w radiu i telewizji.
3. Do organizatorów życia gospodarczego i społecznego - by jako cel swej misji widzieli zawsze dobro człowieka. Należy uznać za błędną politykę gospodarczą, która nie uwzględnia w dostatecznym stopniu ochrony środowiska. Dalsza rozbudowa przemysłu jest dla Śląska samobójstwem. Dojrzał już czas, w którym należy rzetelnie rozważyć czy Śląsk może w dotychczasowym tempie i ilości dostarczać swoje wielkie bogactwo - węgiel. Winniśmy myśleć o przyszłych pokoleniach, którym węgiel będzie również, a może nawet bardziej potrzebny. My tymczasem tak wiele go marnujemy zarówno w trakcie wydobycia, jak i poprzez nieoszczędne używanie energii. Bez znaczącego zmniejszenia wydobycia i zużycia węgla, ratunek dla Śląska - zdaniem fachowców - może okazać się niemożliwy.
4. Do pracowników przemysłu, zwłaszcza kierujących zakładami: nałożony na

was obowiązkiem ochrony środowiska to sprawa paragrafu. Ale największą odpowiedzialność ponosite we własnym sumieniu - za przestrzeganie właściwych technologii, celowe wydatkowanie środków na ochronę środowiska, za działania wszelkich urządzeń zabezpieczających przed skażeniami powietrza, wody i gleby.

5. Do rolników: stosując wszelkie sztuczne, czyli chemiczne substancje ułatwiające waszą pracę i zwiększające plony ziemi - nawozy, środki ochrony roślin i zwierząt, pasze - pamiętajcie nie tylko o ilości dostarczonej przez was żywności, ale także o jej jakości. To wielka i nowa w stosunku do poprzednich epok odpowiedzialność rolników za zdrową żywność, wolną od skażeń wynikających z pogoni za ilością masy towarowej i zyskiem.

6. Każdy wreszcie pozwólk niech zadba o tę cząstkę przyrody, która znajduje się wokół jego domu czy miejsca pracy. Nie rozwiąże to wprawdzie problemu katastrofy ekologicznej, nie odwróci jej, ale wprowadzi choć trochę żywego piękna w szare i martwe środowisko Śląska.

Zakończenie

Dzieląc się z Wami tymi niepokojącymi zjawiskami oraz kierując apel pragnę wyrazić najgłębszą troskę Kościoła Katolickiego o przyszłość Śląska i o każdego z Was. Mam nadzieję, że ludzie dobrej woli, odpowiedzialni za losy naszego regionu uczynią wszystko co możliwe dla powstrzymania katastrofy ekologicznej na Śląsku. Prosimy też św. Franciszka, biedaczynę z Asyżu, o nowe oczy, które pozwolą zobaczyć piękno świata, o nowe serce mizujące człowieka w jego środowisku, a także o ducną ascezy, który pozwoli nam zrezygnować ze zbędnych rzeczy, potrzeb wtórnych lub pozornych. Więcej bowiem wart jest człowiek ze względu na to kim jest, niż ze względu na to co posiada.

Wszystkim, którzy przyczyniają się do poprawy sytuacji ekologicznej na Śląsku i wszystkim diecezjanom z serca błogosławie.

Katowice, dnia 5 września 1986 r.

+ Damian Zimor
Biskup Katowicki

Józefa Hennelowa

WIDZIANE Z DOMU

Poniżej zamieszczamy dalszy ciąg felietonów skreślonych przez cenzurę w "Tygodniku Powszechnym".

Redakcja

"ŻADNA STRASZNA TRWOGA..."

Istotą domu jest bezpieczeństwo. To, że chroni, i chroni skutecznie: że każdemu jego członkowi na chwilę słabości daje świadomość oparcia. Dom jest po to, żeby chronił życie. Ciele: biologiczne, psychiczne, życie jednostki i wspólnoty, życie kwitnące i życie w stanie szczytkowym.

Człowiek rozwija się prawidłowo w świadomości, że jest bezpieczny. Wtedy, gdy może być sobą, gdy lęk nie paraliżuje w nim właściwych odruchów i nie wykoszlawia energii w agresję. Świat zewnętrzny to nawet dla niemowlęcia potencjalne zagrożenie - ale gdy równowagę go domna bezpieczeństwa, doświadczanie przezwyciężania rozgromień zyskuje mocną podstawę i staje się stylizatorem działań coraz bogatszych i coraz bardziej prawidłowych. A przecież także i człowiek jak najbardziej dorosły potrzebuje takiego miejsca i takiej szerzej spokoju, w której odzyskuje siebie i regeneruje siły.

Życie społeczne, które nie zabezpiecza domu, jest kalekie i chore. Świat który stwarza domowi zagrożenie, jest światem złym. Taki jest świat wojny. Kalem u Sienkiewicza zawdzięczamy wiadomość, że bywały gdzieś kiedyś "lucyferki": oazy normalności dla słabych członków oca plomion, których męczycieli scierali się w walce. Ale to był tylko margines sielanki. Świat wojenny jest

s t a n e m zagrożenia domu. Okupacyjna strofa Miłosza

"przez całą noc sen ciężki, sen tej ziemi
męka mnie dławili, przerażeniem gniotli
i śniło mi się, że oni stoja w sieni.
że latarkami węższą koło wrót"

jest ponadczasowym obrazem s y t u a c j i wojennej, która znosi samą z a s a d ę bezpieczeństwa domu, nawet gdy jej akurat doraznie nie realizuje. Dom staje się wówczas rozgromionym rozstajem, otwartym miejscem koczo-

wania przerażonych i słabych, gdzie może wtargnąć każdy gwałt, gdzie każda przemoc może strącać zacisze, wywlec z niego bezbronnych, obnażyć ich duchową i fizyczną intymność, zniszczyć to co się podoba zniszczyć; czasem tylko godność ludzką, niezależność duchową - czasem fizyczną wolność i życie.

Sytuację wojenną powszechnie poczuwa się jako grozę i jako nieprawość. I to jest oczywiste. Ale dom może być zagrożony także od wewnątrz; wtedy gdy zabraknie bariery, jaką znu stawiają sami jego członkowie.

Małe dziecko pyta: "Prawda, że się nie boisz?", "Prawda, że się nie martwisz?". Zwraca się z tym pytaniem do ludzi, którzy stanowią dla niego barierę lęku: To są ci, których uczucia ma prawo być pewne całkowicie i zawsze. Dopiero gdy dotrze do dziecka, że nie ma na kogo liczyć tak zupełnie na pewno że nie wiadomo czy matka kocha i czy ojciec jest niezachwianym oparciem - dopiero wówczas lek wkracza do samego środka domu. A z nim razem zniszczenie którego skutków nie da się przewidzieć.

Sygnalem alarmowym i oskarżeniem - oskarżeniem systemu, porządku prawnego, politycznej sytuacji kraju, ale także oskarżeniem rodziców i nas wszystkich - są dzieci, które się boją.
Sierpień 82

CYTAT

Nie musi być nadużyciem ani lenistwem. Nie musi być wykpieniem się od obowiązku szukania własnej prawdy i własnego wyrazu. Może być dobrodziejstwem, jak ręka podawana człowiekowi, który nie potrafi się podnieść. Istnieje bowiem próg ciśnienia, za którym ustaje zdolność wypowiadania się - czyli to co najogólniej nazywa się twórczością. Tak jak pisał poeta przed 40 laty:

"... jak pieśń się łamie,
gdy na niej cięży rozpacz ludzi ciemnych.
Lnie zatarte widzisz na niej znamię,
i mądrych nie ma słów, ni myśli cennyh".

Ludzie przyniesieni szukają wtedy pomocy cudzego słowa. Choćby przychodziło z dalekiego czasu i przestrzeni, jeśli tylko wyraża ich prawdziwie, staje się ich własne. Ile razy braliśmy już to w ludzkich dziejach. Latarennik zastępiał nad wierszem jak nad odnalezioną ojczyzną duszy i ciała. Cudze słowo stawało się pomocą skuteczną a nawet jedyną. Najważniejszą. Jeśli nie porafrim wypowiedzieć siebie, niech wypowie nas kto inny, kto mógł, kto potrafił. Jeśli pod ciśnieniem zastyga nasza zdolność poszukiwania odpowiedzi a nawet zadawania pytań, niech ktoś inny z szukających, może już dawno, zapala teraz przed nami światło w tunelu.

Oto cytat sprzed lat pięciu i z dalekiego kraju, chociaż pochodzi od rodaka. Jeden z tych, które przynoszą mi odpowiedź adekwatną do wymiaru zastój i beznadziei, jaka dominuje nad świadomością dnia dzisiejszego.

"Na wszystkich obszarach świata ludzkiego, zarówno tych, które przywodzą na pamięć hortus deliciarum, jak i tych co przypominają raczej kolonię karną, zderzające się ze sobą, wzajem się podniecające, naładowane nienawiścią pretensje i resentymenty zdają się w każdej chwili grozić nam wszechniszczącą eksplozją; z drugiej strony nasze zubożnienie albo ucieczka od napięć obiecuja nam łagodną, stopniową, ledwo zauważalną apokalipsę; poszukujemy tajemnej formuły alchemicznej na ogień czyścicowy, ogień który oczyszcza i który przynosi ból tylko razem z nadzieją./.../ Stąpając po gruncie bagnistym i niepewnym, błądząc, zawracając, krążąc tu i ówdzie, mamy tylko, by przetrwać duchowo, niezawodne znaki orientacyjne, które można w całości spróbować do prostych, od niepamiętnych czasów znanych nakazów i zakazów, a wśród nich i ten jest: gotowość do walki bez nienawiści, duch pojednawczy bez ustępstw co do istoty sprawy.

W świecie wyładowanym nienawiścią, zawiścią i żądzą zemsty, w świecie który - nie tylko wskutek ubóstwa natury ile przez gargantuiczną naszą zaręczność - zdaje się nam coraz ciasniejszy, nienawiść należy do tych żeł, o których wolno powiedzieć, że nie usuną ich żadne zabezpieczenia instytucjonalne. W tym wypadku wolno nam bez narażenia się na śmieszność przyznać, że każdy z nas, gdy w sobie to zło poskramia, przyczynia się do tego, by je poskramiać w świecie, i tak niesie w sobie niepewną i kruchą antycypację znośniejszego życia na naszym statku szaleńców".

Sierpień 82

"...JAK ŁAWA"

Chleb codzienny - poczucie obrzydzenia do siebie i innych. Czasem za przypływ namiętnej, taniej agresji, to nic że zastępczej - na sąsiada w tramwaju, na autora głupiej notatki w gazecie - ale równie silnie traktującej. Czasem za zniechęcenie, małoduszność - za chęć uchowania siebie i swoich choćby płacąc cenę zapomnienia o wszystkim. Obrzydzenie do innych: za to że odbijają tak dobrze swój własny egoizm i moje własne tchórzostwo. A jeszcze za paźerność, za sprzedajność, za upodlenie. Za własną i cudzą samotność.

Chleb odświętny - dobijający nas z upodobaniem etatowi skargowie i stan-czykowie. Jest moda na pisanie przeciw społeczeństwu, władzę i decydentów - dość już się kiedys nakrzytykowało, teraz inny etap. Rachunki sumienia - za społeczeństwo. Pseudo-stanyczkowe sztychery, pseudo-skargowe gromy. Paszkwile i kazania. Inwektywy i "targanie trzew". Każda szkoła stylistyczna dobra i przydatna. Najbardziej czytani sięgają po klasyków. Kto po Słowackiego, kto po Norwida. "Człowiek w Polaku karzeł..." "Jesteśmy żadnym społeczeństwem..."

Od tego odświętnego chleba jeszcze smutniej i bardziej obrzydliwie. I wtedy gdy ich zakłamanie odczuwa się jak opłucie: I wtedy gdy wierzy się w dobre intencje. Jeśli tak siebie widzieć, to co począć ze sobą i z powietrzem którym już nie da się oddychać?

A tymczasem już obok świat zupełnie inny. Prawdziwszy niż ten na powierzchni, pod bokiem. Świat ogromnych doświadczeń, będących udziałem tysięcy ludzi. To jest świat cierpienia. Zbiorowego i jednostkowego równocześnie. Całe światy poszczególnych ludzkich losów i wewnątrz i suma zlorowego przeżycia ich wszystkich. Wielkie doświadczenie rozbitych planów i pogrzebanych wysiłków. Krzywdzącego znieważenia i pomówień. Przymusowej bezczynności, osamotnienia i doświadczanej przemocy. Świat cierpien fizycznych. Doświadczenie ofiar poświęconych dobrowolnie. Doświadczenie zwyciężanych wciąż na nowo pokus nieważności, odwetu, oraz pielęgnowanych w pamięci. Dorobek zwycięstw i moralnych - i także doświadczenie własnych rachunków z życiem, ze sobą, z przeżyciami. Heroiczne dokopywanie się sensu w tym co się przeżyło i przeżywa.

Temu światu doświadczeń tysięcy ludzi inne tysiące towarzyszą współczuwaniem, wiarnością, solidarną pomocą albo choćby świadomą pamięcią. Oni też budują wielkie doświadczenie swego czasu.

Taki dorobek nigdy nie przepada. Jest owocem, którego zasoby żywotne i zdolność odradzania się okazują się wyjątkowo trwałe. Etatowi "stanczykowie" nie muszą o tym wiedzieć, to nie ich rola. A musi o tym pamiętać każdy z nas, codziennych zjadaczy chleba, ile razy staje się przed pokusą zwątpienia.

Sierpień 62

"...TRACAC PAMIĘĆ TRACA ŻYCIE"

Na krakowskich Błoniach śladu nie ma po historycznym dniu 10 czerwca 1979, gdy Jan Paweł II odprowadził swoją ostatnią w Polsce Mszę św. dla milio-nów ludzi i wypowiedział swoje ostatnie posłanie dla narodu i Kościoła polskiego. Kraków nie zdobył się na to, by w stosownym czasie poświęcić tu jakiśkolwiek znak pamięci i dziś mało kto z całą pewnością potrafiłby pokazać miejsce, na którym wznosił się ołtarz. Drzewa takie do siebie podobne. Ale niedaleko stamtąd, zapewne dziełem przypadku, zachowała się płyta betonowa z wymalowanymi krzyżami: miejsce wielokrotnego lądowania papieskiego helikoptera, gwaj z ciągu czterech tamtych niezapomnianych dni Jan Paweł II krążył pomiędzy Krakowem a Oświęcimiem, Wadowicami, Nowym Targiem i Węglizą. Cóż przeszkadza, by wrócić w to miejsce, pokazywać dzieciom, wspominać jak było w t e d y.

Mikt nas w tym nie wyrzeczy. Sami musimy zachować i przekazać pamięć o tym, co przekazyliśmy, co wiemy, co chcemy, żeby było zapamiętane. Jest to ważniejsze, niż wszystkie troski o materialne bazy następnego przetrwania. Mówił filozof: "ani społeczeństwo ani państwo nie mogą być górą lotnych płaszców". Społem jest właśnie pamięć. A jej siła jest siła sama w sobie, jakkolwiek w dany czas chwiałaby się albo ulegała demontażowi mechanicznemu. Urzeczona ta pamięć w trwałych znakach kultury: w archiwum dokumentalnym, w badaniach historyka, w rozważaniach eseisty i filozofa, w wizji arty-

tycznej dostępnej odbiorcy. Nigdy nie jest tak, by wolno było rozgrzeszyć się z niepamięci.

Jest w literaturze polskiej taki słynny obraz pamięci odżywającej: kiedy bohater "Szyfrowych prac", otopiały w zaborczej szkole, nagle, słuchając fragmentu "Reduty Orдона" odnajduje w pamięci lat dziecińczych opowieść gajowego o zakatowanym nahanami powstańcu. "Teraz już wiedział wszystko". Jeden obraz z dzieciństwa, jedno zaszczerpione wspomnienie - kleknie po latach z siłą rozsądzającą skorupę obojętności i dryl tresowanego tak długo umysłu i uczucia. Wystarczyło.

Nikt nie ma prawa usprawiedliwiać się, że czasu mu brak albo wie niewiele albo nie ma gdzie sięgnąć po pomoc, po źródła. Historia ostatnich lat miała to do siebie, że wiała szerokim skrzydłem, zagarniając właściwie wszystkich. Każdy przeżył, każdy pamięta. Nasze domy nie są pracowniami badaczy. W domu wystarczy, by przechowała się fotografia i wstążeczka, przepicany wiersz Mickiewicza czy Miłosa, melodia piosenki "Nie mam teraz czasu dla ciebie", pamięć miejsce, w których powie się dziecku: "To widziałem sam, to sam przeżyłem...".

Wtedy, na Broniach, wszyscy przyjmowaliśmy w siebie tamten zmęczony, wysiłony, głęboki głos, który mówił: "Proszę was, abyście nigdy nie podcięli tych korzeni, z których wyrastacie..." To było zobowiązanie. Testament.

Nasze domy są po to, żeby pamiętać.

Sierpień 82

JAK W RODZINIE...

Paternalistyczny model społecznego obfitości sięga do analogii z rodziną. Jednym ze składników, uparcie zalecanych i stawianych za wzór, jest w tym modelu zgoda i jedność.

Paternalistyczny model społeczeństwa jest albo uproszczony i daleki od rzeczywistości, albo cynicznie zakłamany. Toteż sięga do pięknie brzmiących hasel, które albo ukrywają pustkę treściową, albo świadomie zakładają spychanie i zubożenie człowieka.

Co znaczą zgoda i jedność, przetłumaczone na język rodzinnego konkretnego? Paternalista będzie wnioskował przez negację: wyróżnikiem będzie dla niego brak kłótni. Brak sporów. Tak jak pojawienie się ich to sygnał do zamykania rąk i zgorszenia: kłóca się - a więc jest źle. Są w konflikcie - a więc godni napiętnowania, skarcenia.

Paternalista usiłuje wmówić, że zgoda i jedność to brak konfliktu, brak sporów, a zatem idealna przystawalność myśli, poglądów i ocen, zamiarów, dążeń i celów. Usiłuje to wmówić, to albo nie zastanowił się, że prawdziwi żywi ludzie nawet w serdecznej miłości nie mogą być identyczni, albo wie o tym dobrze, ale stara się, aby rzekoma jedność i zgoda przykrywały doskonałą obojętność na jakikolwiek oceny i cele, obojętność, która jest tak wielka, że nigdy niczemu się nie sprzeciwi, bo nie uważa, żeby było warto. Wtedy można mówić o "doskonalej jedynomyślności".

Paternalista odrzuciłby z oburzeniem niepokojące zbieżności między obrazem społeczeństwa, jakie sobie wymarzył, a obrazem ludzkiej masy rządzonej całkowicie despoticznie, tak by się nie przesknął ani jeden odruch niekontrolowany. Jest to obraz stada. Despota nie ukrywa, że chodzi mu o stado. "Aby nie pozostała im w głowie ani jedna własna myśl" - mówi fanatyk terroryzmu u Dostojewskiego. Paternalista stwierdza, że chodzi mu o dobrą wolę, o świadomą zgodę. Ale taką zgodę i taką dobrą wolę można znaleźć tylko u dzieci - bardzo małych, bezkrytycznie zachwyconych rodzicami i im oddanych. Albo u dzieci bezwolnych, zdających sobie sprawę, jak całkowicie zależne są od opiekunów. I znowu, byskawicznie, wkraczamy w sferę zakłamania, które bardzo ściśle wiąże się z infantylizmem człowieka.

Popatrzmy na rodzinę: czy jej wyróżnikiem jest doprawdy to, że jej członkowie nie różnią się niczym? Nie kłóca? Nie mają nieporozumień? Czy też może coś zupełnie innego: to, że tutaj, w rodzinie, ludzie uczą się i udwierdzają właśnie w umiejętności różnić się od siebie?

Zakochani, którzy zaczęli od usilnej tendencji do upodobiania się, ustępowania sobie, potakiwania w imię zachwyty sobą, niedostrzegania w wzajemnym oczarowaniu żadnych cech ujemnych, żadnych różnic, maszą na drodze do dojrzałej miłości przejść przez doświadczenie, że są i będą różni, że.

nie wolno od najbliższego człowieka żądać aby był dopasowującą się plasteliną, że trzeba przyjąć razem z najbliższym człowiekiem sto i tysiąc jego przyzwyczajzeń, upodobań czy skabości, które nieraz doskwierają bardziej niż poważna wina.

Tylko infantylny osobnik z wybuchem odrzuceniem, że "ona" lub "on" okazują się nieoczywiście inni, tylko niedojrzałość powoduje te nieopamiętane spory o drobiazgi, reakcje tak gwałtowne, jak u rozkapryszonych dzieci, ślepe furie całkowicie niewspółmierne do przyczyny. A jeśli się nie odkryje, że jedyna droga zdobycia harmonii prowadzi przez umiejętność wychodzenia z konfliktów - a to oznacza bardzo głęboko sięgające zaakceptowanie różnic i pogodzenie się z możliwością zaistnienia sporu, a nawet kłótni - jeśli nikt nie pomoże to zrozumieć, nie ma przyszłości harmonijnej przed rodziną, nie ma szans na wierność prawdziwą.

Dzieci uczą się różnic pomiędzy sobą jeszcze bardziej naturalnie - ponieważ rodzeństwo, o ile je mają, jest dla nich faktem najbardziej naturalnym na świecie. A wśród rodzeństwa nie ma jednakowych, i wystarczy umiejętność przeprowadzić przez manowce ewentualnej zazdrości, by lekoja o tym, jak bardzo każdy człowiek jest całym osobnym światem, pierwsza, najważniejsza lekoja życia, została zaszczeplona w porę.

A przeciw rodzinie także poszerza się, wzbogaca o nowych dorosłych ludzi. Wtedy tym bardziej, jeśli się ma utrzymać, potrzebna jest umiejętność zaakceptowania wszystkich odrębności, które człowiek nowy do rodziny wnosi.

Cóż to wszystko ma wspólnego z paternalistycznym wzorem doskonałego dopasowania się i jedyności? Cały okres dojrzewania młodego pokolenia, czas, w którym właśnie różnice zaznaczają się z niesłychaną ostrością, jest czasem, gdy bez poszanowania odrębności coraz starszych dzieci nie ma mowy ani o utrzymaniu więzi z nimi, ani o wpływie wychowawczym.

I jeszcze coś bardzo istotnego. Wie to każdy z własnego doświadczenia. Prawda w rodzinie jest ważniejsza niż zakłajstwowana, powierzchowna zgoda. Prawda różnic. Prawda konfliktów, których nie da się zagłaskać tylko dlatego, że "tak wypadła", że ktoś prosi "już się nie kłóćcie". Tylko z prawdy odbić się można do naprawy stosunków. Zakładając, że utrzymała się jakaś więź naderżnuta, że nas coś jeszcze ze sobą łączy.

Rodzina - ogólnie nie jest najlepszą analogią na wzorzec społeczny. Za duszno i za ciasno byłoby w świecie, gdyby istniał obowiązek intymnej bliskości z wszystkimi - na wzór rodziny. Pojęcie "rodziny ludzkiej" wymaga bardzo głębokiego i dojrzałego przemyślenia, w którym składowa tolerancji i dyskrekcji jest nie mniej ważna - a może ważniejsza - od najmniej pomyślanej wizji więzi uczuciowych i powierzchownej jedności. Może lepiej żeby nie byżo na dużo teoretyków nie dostających do tej wizji a z lubością się nią posługujących, bo albo tak brzmia ładnie, albo jest dobrym kamuflażem.

Apele do zgody dobrą się przykrywką do upraszczania, zamazywania, wyjawiania pola styku z jakichkolwiek istotnych treści. Człowieka wychowujemy nie do zgody - wychowujemy go /jeśli ma być naprawdę dojrzały/ do u m i e j ę t n o s c i r ó z n i c i a s i ę. Bo jak długo pozostanie mu wolność wyboru - tak długo muszą istnieć różnice i musi istnieć możliwość konfliktu. Zapominać o tym, to albo nie żyć w prawdzie, albo odmawiać innym prawa do prawdy.

Sierpień 82

ZAMKNIĘTE OKNA

Sferę prywatności ludzkie nie darmo określa się zwrotem "u siebie". U siebie - a więc tam, gdzie najbardziej naturalnie odnajdujemy się i proszujemy. Gdzie zaczynamy znów funkcjonować w zgodzie z samymi sobą, w rytmie który jest nam naturalny, w prawdzie, do której jesteśmy stworzeni.

Nasza prywatność ma być opanoczką i azylem. Spokojem i bezpieczeństwem. Pewnością, o której nikt nie potrzebuje nas zapewniać, harmonią, której nikt z zewnątrz nie uładza, rytmem bytowania, w który nie ingerują obce siły. Tam mają budzić się i gruntować dobre przyzwyczajenia, trwały, nienużalny obyczaj, poczuwany jako najnaturalniejszy pod słońcem, nie naruszony ani nie wyrozumowany. Tam się dzieją nasza zwyczajna ludzka radość, ludzka umiejętność czynienia dobrze, bycia wiernym, przebaczenia, cieszenia się robieniem tego, co ma sens i co nas prawdziwie wypowiada.

Nasza prywatność powinna być dorobkiem w oazie, nawiązaniem do tego, co przeszedł i nadzieją na więź z dniem jutrzejszym. Dorobkiem, który narasta tak powoli i niezauważalnie jak słońce w drzewie, i tak samo jak drzewo jest mocny.

To jest dobro, dla którego bronić trzeba zawsze ludzkiego prawa do bycia "u siebie" bez zagrożenia i bez ingerencji.

Zamiast tego - od iluż pokoleń powtarza się ten sam dramat: zagrożenie prywatności przez napór "sił historii, które co chwila kruszą ściany wszystkich azylów, wstrzasają każdą historią, sprawiają, że jeśli nawet ocalała się coś z tej prywatności, to tylko szczątki, z których tak trudno zbudować dostateczną osłonę dla nowych ludzi, dopiero mających się rodzić i wzrastać.

Wtedy szukamy innej mądrości i innej pomocy. Wtedy rodzi się nauka o pielgrzymstwie i o znaczeniu doraźności. Odkrywamy, co znaczy wychodzenie z siebie, poświęcenie azylu. Wzbogaca nas doświadczenie bezdomnych i wydziedziczonych. Doświadczenie trudne, bardzo trudne. Nigdy też nie wolno powiedzieć, jakoby wszyscy byli do niego powołani.

Najtrudniej jest jednak, gdy nasza prywatność osaczona zostaje pokusą zdrady. Gdy ktokolwiek podsuwa nam, żebyśmy w jej imię przeciwstawili się czynieniu większego dobra. Żeby nasz prywatny egoizm i strach stały się argumentem przeciw dobru wspólnemu, które właśnie wymaga wyjścia i siebie, pielgrzymowania. Kiedy stawia się przed człowiekiem fałszywy dylemat: albo nie zagrożona, niska prywatność - i kapitulacja - albo dawanie świadectwa wartościom - i zniszczenie azylu.

Fokusa zamknięcia okien wychodzących na ulicę, aby nie dobiegł krzyk człowieka potrzebującego pomocy, aby nie zobaczył nic więcej niż swoje cztery ściany. Aby nie musieć wybierać.

Wrzesień 82

NA ODLEGŁOŚĆ

Nasz polski dom widziany z podróży, z wędrowki po różnych zakątkach kontynentu. Jak wygląda, co w nim uderza, czym szczególnie się wyróżnia, co w nim zastanawia?

Najsilniejsze wrażenie, nieocparta konstatacja: temu naszemu domowi odbierana jest zwyczajność. Ciągłe, od pokoleń coś ją podważa, kwestionuje, rozбивa, niszczy. Zwyczajność, normalna jak zdrowie organizmu, czyniąca niezauważalnym funkcjonowanie domu, bo to, co o jego codziennym byciu stanowi, nie wymaga ani specjalnych zabiegów, ani specjalnych układow, ani specjalnego, przerastającego normę wysiłku. Dom, który po to, by mógł istnieć, nie żąda ani bohaterstwa, ani próby ponad siły. Gdzie cztery ściany naprawdę są osłagalne i naprawdę chronią, gdzie zakupy są tylko zakupami a remont remontem, gdzie ludzie nie wracają z pracy zmęczeni do otepiania a rytm dnia nie jest wlecznie podważany arytmia życia poza domem. Gdzie pewność najpotrzebniejszej dzieciom obecności najbliższych wychowuje bardziej skutecznie niż jakiegokolwiek specjalne zabiegi. Skąd wychodzi się do pracy pogodnie, do przedszkola chętnie, do szkoły z zapałem. Gdzie ludzie mają czas dla siebie.

To nie znaczy, że taka zwyczajność domu chroni przed próbą, że gwarantuje się śmiertelność, choroba, niewierność, rozmięcenie się ludzi najbliższych sobie. Ale próby te dzieją się na organizmie w całości zdrowym, normalnym, odpornym. Wtedy potrafi on mobilizować się do przeciwdziałania. I przeciwdziałać bez uszczerbku dla siebie wstrząsy, które zniszczyłyby organizm chory.

Na tle mijanych w podróży dzień po dniu pogodnych twarzy rodziców i dzieci, na tle spokojnych domów, ciągów spacerowych i piaskownic, kolorowych gromad opuszczających budynki szkolne, dorosłych i małych rojących się bez zenerowania po ścieżkach z materiałów piśmiennych albo bezstrosko brnących w strumieniu nieagresywnych pojazdów na ulicach - na tym tle nasze niestające od dziesiątków lat napięcie i niezwykłe próby, nasze obrabowanie ze zwyczajności, niemożność odzyskania jej na dłuższą niż na lat kilka rysuje się jako wielka krzywda i niejako wielkie zagrożenie.

Zeromski opisuje w "Ludziach bezdomnych" wstrząs, jakiego doznał żona warszawskiego robotnika patrząca z okna emigranckiej izby na salę szwajcarskiego przedszkola. Źródłem tego wstrząsu nie jest sama świadomość, że jej

dziko rosnące dzieci nigdy nie zetknęły się z takim nauczaniem pracy, które może być zabawą, przyjemnością i estetyką. Istotą jej pouczania krzywdy jest świadomość, że to na co patrzy, to nie rajski ogródek dla uprzywilejowanych czy szczęśliwy wyjątek dla nielicznych, ale że to norma, system, chleb powszedni ludzi takich jak ona.

Stara książka, stary opis. Ile to już pokoleń wstecz? A dziś, po podróży, ostra świadomość: cała praca dla rodziny, test, który sprawdza każde hasło czy kazanie, każdy frazes i spektakularną akcję, sprowadza się do kwestii: czy to pomoże rodzinie i domowi odzyskać ich zwyczajność - tę, która stanowi o zdrowiu i o sile przetrwania?

Październik 82

CENA STRACHU

Dom poprawczy funkcjonuje w oparciu o założenie, że podopieczni są winni. Takie założenie ustawia ich w sytuację całkowitej zależności od władz zwierzchnich. Władze zwierzchnie to coś diametralnie od nich innego: one reprezentują nieskazitelną wobec prawa i samo prawo. Także więć i prawo do pogardy wobec podległych.

Z założenia winy wynika nakaz totalnej nieufności. Podopiecznym nie ufa się z zasady. Ten kto raz miał oś na sumieniu, każdej chwili może to sumienie obciążać ponownie.

Stąd oczywiście metody działania przez represję. Represja to najpierw kara przewidziana prawem: za to co było. Potem - właściwe zabezpieczenie na przyszłość. Przed nowym przestępstwem najskuteczniej powstrzymuje strach: kara wymierzona albo kara wisząca w powietrzu i mogąca spaść każdej chwili. Kara znoszona przeze mnie i kara, którą obserwuję, gdy doznaję jej inni. W metodę odstraszenia wierzy się najłatwiej i najpowszechniej.

W domu poprawczym nie powinno być żadnej więzi pomiędzy podopiecznymi. Ich solidarność mogłaby się przeciw natychmiast skierować przeciw zwierzchności. Stąd każdy objaw spontanicznej więzi staje się podejrzany: czy ktoś nie kuje już z niej broni przeciw władzy? Podopiecznych powinien łączyć tylko strach i zrodzona zeń potrzeba kapitulacji. Dlatego tak cenni są podopieczni pojętni, wtajemniczający towarzyszy losu w technice kapitulacji, w szczególności jej realizowania. Wzorce uległości, zarażające bardziej opornych, sztywniejszych.

Ale najbezpieczniejsi dla domu poprawczego i najbardziej w nim pożądani są donosiciele. Kto wie, czy bez nich zakład w ogóle mógłby funkcjonować?

Nie ma żadnej wspólnoty interesów między zwierzchnością a podopiecznymi. Z założenia, że podopieczny zawsze ma złą wolę, a jedynym na to sposobem jest doskonalic techniki poskramiania, może wynikać tylko wszechstronny antagonizm.

Do technik domu poprawczego należy także bardzo szczegółowe zaprogramowanie życia. Człowiek dokładnie obmyślony. Szczegółowo otoczony planem. Oczywiście planem narzuconym przez zwierzchność jako jedynie świadomą służących celów i jedynie mającą prawo reprezentować zdrową normę, kodeks zasad, rozoznanie we właściwym porządku istnienia.

Dom poprawczy jest ostatecznością. Tryby strachu i pogardy nie kształtują nikogo na lepszego niż był. Dopiero gdy zjawia się w nim ludzie z Bożej łaski, podważający i odrzucający na bok wszystkie zasady, o których wyżej, dokonują się czasem z pokamanymi istotami ludzkimi rzeczy niespodziewanie radosne.

Dom normalny, społeczność normalna funkcjonuje na zasadzie zupełnie odmiennej: nie na pogardzie ale na szacunku - a stąd na zaufaniu i potrzebie więzi. W normalnym domu, w normalnej społeczności człowiek nie jest ani "poprawiany", ani "wychowywany": człowiek tam rozwija się i żyje, realizując siebie i ucząc się innych.

październik 82

LIST NIE WYSŁANY

...Jeżeli składa się tak szczęśliwie, że macie akurat trochę psychicznego luzu, trochę czasu, trochę wewnętrznej pogody - jeśli właśnie nie musicie leczyć żadnych ran, czuć przy żadnym nieszczęściu, dźwigać ciężaru ponad siły - skierujcie tę całą swoją wolność ducha na dziecko, które rośnie obok was. Spróbujcie przez ten czas, jaki jest wam dany /może bardzo krótki.../.

nauczyć je czegoś dobrego.

Nauczcie je na przykład wbijania obluzowanych gwoździ i przyszywania brakujących guzików. Ale dokładnie, z całym wtajemniczeniem w te czynności, z rozpoznaniem materiału, opanowaniem narzędzi, techniki i sposobów, dokładnie i do samego końca.

Może to być także umiejętność czyszczenia butów, układania rzeczy, doprowadzania otoczenia do stanu czystości - umiejętność, która dopiero wtedy jest opanowana, gdy przechodzi w nawyk. Nauczcie wasze dziecko -- przez ten krótki, wolny czas - sztuki pozdrawiania ludzi. Rozmawiania z sąsiadami. Dziękowania. Nauczcie je pisać /może dopiero rysować/ listy i znaczyć w kalendarzu te święta bliskich, w które będą oni czekać na taki znak więzi.

Pokażcie mu, jak się głośno zwierzę: jak mruczy hołubiony kot, jak drapany za uchem pies przewraca się na grzbiet. Idźcie razem obserwować świat zwierzęcy: mrówkę na ścieżce, ptaka wydziobującego owoc na drzewie, może tylko owada na szybie?

Uporządkujcie z nim razem wasze domowe książki w bibliotece. Dowie się wówczas, które są waszymi mistrzami albo przyjaciółmi. Zacznie je czytać.

Nauczcie wasze dziecko przygotować herbatę dla zmarznętego gościa, zacielić kółko zdrażonemu.

To wszystko są drobiazgi. Aż śmieszne. Ale chciałabym przekonać was, że czasem nie ma zadania ważniejszego.

Jakiegokolwiek by nas czekały jeszcze burze, trzeba żeby na drugi brzeg przeszli nie tylko najodporniejsi i najwytrwalsi, i ci którzy będą mieli najwięcej szczęścia albo siły przystosowania. Trzeba żeby ci ludzie ocalili w sobie wiedzę, jak to się jest dobrym dla bliźnich i dla całego świata stworzonego. Jak się tworzy ład w miejsce chaosu i destrukcji - i jak się pozostaje wrażliwym na tajemnicę.

Byłoby wielkim zagrożeniem dla całej naszej przyszłości, gdyby ci jutrzejsi ludzie odkryli, że już nie wiedzą, jakim tonem przemawia się do dziecka, jak pielęgnuje się chorych, jak chroni się piękno. Gdyby przestał ich ich boleć kamień na drodze, dziurawy dach nad domem sąsiada, zachman na mijanym przechodniu - a nawet na samym sobie. I gdyby w tej swojej niewiedzy już nawet nie czuli braku, a przyzwyczajenia sprzed potopu uznali za dziwactwo równie niepojęte jak zbędna.

październik 82

KOMUNIKAT O POWSTANIU SPOŁECZNEJ RADY WYDAWNICTW NIEZALEŻNYCH

W październiku 1986 powstała Społeczna Rada Wydawnictw Niezależnych, do której weszli przedstawiciele różnych środowisk o powszechnie uznanym autorytecie. Zadaniem Rady jest społeczna kontrola nad działalnością wydawnictw, ocena produkcji wydawniczej i koordynacja planów, czuwanie nad przestrzeganiem etyki edytorskiej i właściwego wykorzystania Funduszu Wydawniczego. Sprawozdania Rady będą ogłaszane w prasie niezależnej.

Społeczna Rada Wydawnictw Niezależnych

Kwartalnik Społecznej Komisji Zdrowia
Druk: Terenowy Komitet Oporu "Solidarność", Region Mazowski