

ZESZYTY NIEZALEŻNEJ MYŚLI LEKARSKIEJ

niezależna
oficyna
wydawnicza

(liczba egzemplarzy)

100%, 10%, 30%, 100%

Taksacja

W numerze m. in.: 22

Z. Kuratowska: Nasz rząd-
nasza szansa

#

W Senacie o sforcie
zdrowia

#

J. Głowacka: Stacje
Sanitarne-Epidemiologiczne

#

Data październik 89 19... r.

**SPOŁECZNA
KOMISJA
ZDROWIA**

(podpis, nr statystyczny i pieczęć
lekarza z adresem)

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZESZYTY

NIEZALEŻNEJ

MYŚLI

LEKARSKIEJ.

NUMER 22

PAŹDZIERNIK 1989

NIEZALEŻNA OFICyna WYDAWNICZA

Warszawa, - 1989

S p i s t r e ś c i

	str.
1. Z.Kuratowska: Nasz rząd - nasza szansa.....	3
2. W Senacie o służbie zdrowia.....	7
3. M.Sielicka: Przesłuchanie.....	63
4. I.Głowaczewska: Stacje sanitarno-epidemiologiczne.....	66
5. A.Gil: Niepełnosprawny człowiek.....	87
6. Uchwały KKK NSZZ "Solidarność" Służby Zdrowia.....	91

Copyright by Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej

Oddano do druku 9 października 1989 r.

Zofia Kuratowska

NASZ RZĄD - NASZA SZANSA

Zmiany w Polsce następują tak szybko, że nie sposób dogonić biegu spraw. Można paradoksalnie powiedzieć, że biegną one szybciej niż czas. Nic więc dziwnego, że wydajemy 22 numer "Zeszytów" w sytuacji zupełnie odmiennej od tej, która była w chwili oddania czytelnikom dwudziestego pierwszego "Zeszytu".

Zatytułowaliśmy wówczas nasz artykuł wstępny triumfalnym "Zwyciężyliśmy!". Chodziło oczywiście o wynik wyborów. Wcale nie przewidywaliśmy, że poza "naszym" Senatem i "naszymi" posłami, stanowiącymi 35% deputowanych w Sejmie, będziemy mieli naszego premiera.

Chciałabym, aby wszyscy, którzy nie są zadowoleni z przebiegu wydarzeń, którym nie odpowiada właśnie taka koalicja i wielu ministrów, którzy patrzą z przerażeniem lub uczuciem pokrzywdzenia na wysokość swoich zarobków, a z prawdziwą zgrozą na ceny i puste półki sklepów, zdali sobie sprawę z tego, co się stało w ostatnim czasie.

Musimy wszyscy /wszyscy jesteście w wielu rzeczy niezadowoleni, wszyscy krytykujemy/ uprzytomnić sobie, że stała się rzecz niewiarygodna, o której jeszcze przed pół rokiem nawet nie marzyliśmy. Gdyby ktoś w styczniu 89 roku, mało, w czasie obrad "okrągłego stołu", powiedział mi, że w sierpniu Tadeusz Mazowiecki zostanie premierem, Jacek Kuron ministrem, a ja wicemarszałkiem Senatu - posłałabym go do psychiatry, albo uznała za nowoczesnego dowcipnisa lub satyryka. I oto tak się stało - rzeczywistość polityczna wyprzedziła daleko marzenia i oczekiwania.

Dlaczego o tym piszę? Dlatego, że zgodnie z naturą ludzką jesteśmy niecierpliwi i zawsze chcemy czegoś więcej niż jest. Słyszysz się głosy, że skoro w ogóle to, co się stało, było możliwe, to "oni" /czyli komuniści/ są tak słabi, że można było osiągnąć znacznie więcej. że można było nie wybrać Jaruzelskiego prezydentem, że można było nie oddawać koalicji tytu resortów /w tym zdrowia/, tym bardziej, że ZSL i SD to były skompromitowane pseudo-partie nie mające żadnych wpływów ani siły.

To ostatnie stwierdzenie jest zapewne prawdziwe. Reszta to "gdybanie" wyrażające po prostu życzenia ludzi.

A teraz realia: utworzenie rządu przez Tadeusza Mazowieckiego w kraju bloku komunistycznego, czyli całkowite zerwanie właśnie z systemem komunistycznym - to wydarzenie niezwyklej wagi. Warto podkreślić, że doszło do tego w rekordowo szybkim czasie, bezkrwawo i bez dramatycznych konfliktów. Na następne kroki przyjdzie nam poczekać - stawianie

żądań maksymalnych jest niecelowe i bezsensowne.

Nie chcieliśmy, aby gen. Jaruzelski był prezydentem - większość z nas zajęła w czasie głosowania jasne stanowisko "przeciw". Jego postać kojarzy nam się z rządami wielu ubiegłych lat i nikt z nas nie zapomni jego twarzy i głosu w słynnym przemówieniu wielokrotnie powtarzanym w radiu i Telewizji 13 grudnia 81.

Patrząc jednak chłodnym okiem polityka nie sposób nie dostrzec, jakiego zwrotu generał dokonał w swojej polityce w stosunku do spraw kraju i opozycji w ciągu ostatnich kilkunastu miesięcy. Było to przecież przekreślenie całego poprzedniego kierunku jego działań. W polityce to się liczy.

Dlatego słowa premiera Mazowieckiego, że powodzenie jego rządu, a więc nasze powodzenie, zależy w dużej mierze od prezydenta Jaruzelskiego, nie były tylko kurtuazją, lecz prawdą.

Z całym przekonaniem mogę stwierdzić, że Tadeusz Mazowiecki dokonał mistrzowskiej sztuki, komponując w warunkach niezwykle skomplikowanych powiązań, wygórowanych żądań ZSL, pretensji PZPR, różnych uwarunkowań, w taki sposób skład swojego gabinetu. Okazał, nie pierwszy zresztą raz, niezwyklej mądrość i umiarkowanie, zachowując właściwą sobie uczciwość i niezależność myślenia.

Jak wielkim wysiłkiem to było okupione - przekonaliśmy się wszyscy. Zapewne nikt z nas nie zapomni dramatycznej przerwy w expose'e, spowodowanej zastąpieniem premiera. Wstrzymała oddech i zaciskała palce w tym czasie nie tylko cała Polska, ale cały cywilizowany świat.

Teraz musimy Tadeuszowi Mazowieckiemu i jego rządowi okazać zaufanie. Zdajemy sobie sprawę z dziedzictwa, jakie ten rząd otrzymał po kolejnych poprzednikach, z tego, że działa na ruinach. Spustoszenia dotyczą nie tylko wszelkich dziedzin gospodarki, deficytów budżetu, ale i umysłów ludzkich.

Powodzenie zależy od ekonomii. Truizmem jest powtarzanie, że genialniejsi ludzie w rządzie nie mogą dokonać oudu, a więc zmiany nie nastąpią szybko.

Tymczasem żądania zarówno płacowe jak i inwestycyjne - całkowicie uzasadnione szczególnie w ochronie zdrowia - formułowane w sposób kategoryczny pojawiają się ze wszystkich stron. Należy apelować do rozsądku: nie wypłynię z Bałtyku ani Wisły Złota Rybka i nie ofiaruje pieniędzy rządowi i żądającym.

Tych pieniędzy nie ma. Poczekać; bombardowanie rządu, a więc naszego premiera teleksami z ultimatywnymi postulatami nic nie da, a tylko osłabia jego pozycję. Pamiętajcie: osiągnęliśmy sukces, który nie odpowiada wielu grupom.

Każdy protest, żądanie, ultimatum jest w interesie najciemniejszych sił w naszym kraju: betonu partyjnego, demagogów z OPZZ, gangsterów ze służby bezpieczeństwa - tych wszystkich, którzy tracą grunt pod nogami i walczą o życie i znaczenie wykorzystują wszystko dla własnych celów.

Za długo nas wykorzystywali - teraz my, czyli społeczeństwo musimy wziąć wszystko w nasze ręce; to oznacza między innymi nie dawanie tym właśnie siłom żadnych argumentów, żadnej broni do ręki. To zależy od nas.

Rząd Tadeusza Mazowieckiego jest naszą wielką szansą; pierwszą od czterdziestolecia, a kto wie czy, jeżeli ją zmarujemy, nie ostatnią na długie lata. Świadomość tej szansy jest konieczna dla opanowania naszej niecierpliwości, nieodpowiedzialnych kroków, rozbudzonych nadmiernych, choć słusznych, ambicji.

x x x

A teraz czas na parę słów o naszych sprawach - służby zdrowia. Czas na wyjaśnienie wielu nieporozumień i pokazanie, co powinniśmy zrobić.

Ministrem Zdrowia został dr Andrzej Kosiniak-Kamysz z ZSL, od 9 miesięcy wiceminister zdrowia, następcą zmarłego gen.Bończaka na stanowisku Naczelnego Inspektora Sanitarnego Kraju. Nasze środowisko nie zaakceptowało tej nominacji.

Pozwolę sobie teraz na zupełnie osobiste uwagi. Wiem, że duża część pracowników służby zdrowia życzyła sobie, abym była ministrem zdrowia i z moją osobą wiązała nadzieje. Jestem za to wdzięczna wszystkim moim znanym i nieznanym Koleżankom i Kolegom z różnych zawodów medycznych. Jest to źródłem mojej wielkiej osobistej satysfakcji. Powszechna jest plotka, jakoby przez to, że nie zgodziłam się objąć tego stanowiska, mamy nie takiego ministra, jak byśmy chcieli. Otóż to jest nieprawda.

Po pierwsze: odrzuciłam propozycję gen.Kiszczaka; przyczyny odmowy są jasne i uzasadnione to w telewizyjnym studiu "Solidarności";

Po drugie: w sytuacji "koalicji" stało się nieodzownym, aby resort zdrowia objął przedstawiciel ZSL - możliwość taka dla "Solidarności" nie wchodziła w grę; a więc nie odmawiałam, oczywiście, naszemu premierowi. Z naszej strony mieliśmy, poza mną, co najmniej pięciu dobrych kandydatów na to stanowisko.

I wreszcie po trzecie: mam głębokie przekonanie, że mogę zrobić dla spraw zdrowia i dla naszego środowiska znacznie więcej ze swojej pozycji, nie będąc ministrem i nie będąc w ogóle w resorcie.

Mam poczucie odpowiedzialności za te sprawy; formalne stanowisko

nie ma tu znaczenia. Obecny minister jest członkiem gabinetu premiera Mazowieckiego. Uważam zatem za swój obowiązek pomóc mu w najważniejszym rozwiązaniu spraw ochrony zdrowia i w zrozumieniu głównych problemów powodujących tak katastrofalną sytuację w tej dziedzinie.

Sejmowa Komisja Zdrowia po przesłuchaniu ministra wydała opinię negatywną /zamieszczamy sprawozdanie z tego przesłuchania/. Zobaczymy, jak sprawy potoczą się dalej; nie możemy przyglądać się temu biernie. Rescrt zostaje niezwykle silnie wzmocniony przez naszych ludzi, wypróbowanych działaczy "Solidarności", posiadających koncepcje rozwiązań i plan działania. Sądzimy, że minister będzie z nami współdziałał i liczył się z opiniami Senackiej, Sejmowej i Społecznej Komisji grupujących grono poważnych ekspertów.

Jest oczywiste, że nie może być żadnych zmian bez radykalnych posunięć prowadzących do drastycznego ograniczenia administracji wszystkich szczebli, od ministerialnych poczynając na dzielnicowych i gminnych kończąc, rozbicia nomenklatury i zniesienia biurokratycznych struktur z ZOZ-ami włącznie.

Do tego trzeba odwagi i zdecydowania - żaden minister w pojedynkę tego nie zrobi. Nam się to musi udać. Tak jak musi się udać przebudowa przemysłu farmaceutycznego, samorządności placówek, a wreszcie sensowna reforma systemu. Projekt reformy przekażemy już w następnym numerze "Zeszytów", a także innymi drogami.

Trzeba jednak powiedzieć jasno: środowisko nasze musi się zmobilizować, pokazać, że poza protestami umie aktywnie zmieniać istniejącą sytuację. Nigdy jeszcze tak wiele /mimo braku środków/ nie zależało od nas samych. Nie wolno czekać na zmiany, które wprowadzi ktoś z góry, ani na czyjeś decyzje.

Pierwszym wielkim egzaminem są wybory do Izb Lekarskich - już teraz - lekarze muszą ten egzamin zdać. Za Izbami Lekarskimi pójdą inne samorzady zawodowe i samorzady pracownicze, które wezmą na siebie odpowiedzialność za placówki lecznicze.

Jest ciężko, jest tragicznie, ale wreszcie mamy perspektywę i szansę. Nie wolno nam przegrać. Wierzę, że nie przegramy.

W SENACIE O SŁUŻBIE ZDROWIA

Dnia 1 sierpnia 1989 roku odbyło się plenarne posiedzenie Senatu, poświęcone debacie nad sytuacją w polskiej służbie zdrowia. Poniżej zamieszczamy materiały z tej debaty, a mianowicie przygotowane przez Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu wstępne uwagi, obszernie fragmenty wystąpień szeregu senatorów oraz tekst uchwały Senatu w sprawie ochrony zdrowia. RED.

STAN OCHRONY ZDROWIA

1. Zagrożenie biologiczne życia społeczeństwa polskiego stało się faktem. Pomimo konstytucyjnie zagwarantowanego prawa do ochrony zdrowia, władze polityczne kraju wykazywały w ciągu całego czterdziestolecia całkowicie lekceważący stosunek do spraw zdrowia społeczeństwa. Głoszone zaś hasło, "życie i zdrowie narodu" pozostało zwykłym propagandowym sloganem. Owocem tej polityki władz państwowych jest drastyczne pogorszenie stanu zdrowia mieszkańców Polski i dramatyczny kryzys opieki zdrowotnej i pomocy społecznej.

2. Ilustracją tego stanu jest obserwowane w Polsce od kilkunastu lat zwiększenie umieralności niemowląt, zgonów młodych mężczyzn i kobiet na choroby układu krążenia, skrócenie przeciętnego trwania życia w Polsce, odbiegające niekorzystnie od analogicznych wskaźników w innych cywilizowanych krajach świata.

Na ten stan rzeczy składają się między innymi:

a/ przyczyny niezależne od działania służby zdrowia /sposób odżywiania, zaopatrzenia w żywność, zanieczyszczenie środowiska, warunki mieszkaniowe, warunki pracy, brak możliwości rekreacji i wypoczynku, system zabezpieczeń społecznych, ograniczanie możliwości korzystania z praw i swobód obywatelskich itd./;

b/ przyczyny zależne od niefunkcjonalności systemu ochrony zdrowia /fatalne rozmieszczenie kadr, nieuporządkowany rynek pracy, dyskryminacyjna polityka płac, przerost administracji, naruszenie elementarnych norm etycznych itd./

Wynika stąd konieczność podjęcia natychmiastowych działań poprawiających istniejący stan.

3. Dotychczasowy system ochrony zdrowia nie odpowiada obecnym oraz przyszłym potrzebom i oczekiwaniom społeczeństwa. Należy dążyć do jak najpilniejszej zmiany systemu, angażując do tego wszystkie resorty oraz całe społeczeństwo.

4. Opieka zdrowotna i pomoc społeczna jest na całym świecie jedną z najwyższych pozycji w budżecie. Przy naszym ogólnie mniejszym docho-

dzie narodowym nieporozumieniem jest przeznaczenie zaledwie około 5% wartości dochodu na sprawy zdrowia, włączając w to również inwestycje.

Bezwzględna koniecznością jest zwiększenie tego procentu, jak również wprowadzenie racjonalnego systemu finansowania przez ubezpieczenia zdrowotne.

5. Wprowadzony system opieki zdrowotnej musi mieć charakter:

- a/ ubezpieczeniowy w zakresie źródeł finansowania,
- b/ zaopatrzeniowy w zakresie uprawnień do świadczeń, gwarantujący uzyskanie bezpłatnych świadczeń z wolnym wyborem lekarza i placówki leczniczej. Należy jednocześnie utworzyć na nowo stanowisko lekarza domowego o silnej pozycji i znaczeniu.
- c/ elastyczny, jeżeli chodzi o struktury organizacyjne, oparty o samorząd terytorialny, pracowniczy, zawodowy. Należy odejść bezwzględnie od biurokratyzowanych struktur ZOZ-ów, uczynić wszystkie szczeble administracyjne podległymi samorządom i personelowi fachowców,
- d/ równy co do uprawnień wszystkich instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej niezależnie od form własności.

6. Finansowanie opieki zdrowotnej należy oprzeć na trzech podstawowych źródłach:

a/ Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych, utworzonym ze składek ubezpieczeniowych płaconych przez pracodawcę z ewent. dodatkowymi dobrowolnymi ubezpieczeniami w spółkach ubezpieczeniowych.

b/ budżetu Państwa, z którego pokrywane będą:

- inwestycje,
- Akademie Medyczne i Instytuty naukowo-badawcze,
- kształcenie kadr medycznych,
- walka z epidemiami i inne zadania strategiczne,
- programy ogólnokrajowe profilaktyczno-zdrowotne,
- dysproporcje /wyrównywanie/,

c/ Funduszu Zdrowia składającym się m.in. ze środków Funduszu Przeciwalkoholowego, Funduszu Zapobiegania Narkomanii, dodatkowych opłat ze sprzedaży papierosów i artykułów tytoniowych, dobrowolnych wpłat, zapisów, darowizn, środków przekazanych przez fundacje, odsetek z tytułu oprocentowania wkładów na rachunkach bankowych FZ, wpływów z imprez organizowanych na rzecz funduszu;

z przeznaczeniem na działalność profilaktyczną, leczniczą, rehabilitację readaptacyjną, resocjalizacyjną w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, zapobiegania narkomanii i zwalczania palenia tytoniu; realizację inwestycji związanych z w/w problemami.

Całość funduszy przeznaczonych i wykorzystywanych przez ochronę

zdrowia musi znajdować się pod ścisłą kontrolą społeczną /od Sejmu i Senatu poczynsz, a na samorządach terytorialnych skończywszy/.

7. Istniejący system pomocy społecznej nie jest zadowalający. Przyczyny są wielorakie, a większość z nich dotyczy rozwiązań organizacyjnych i prawnych. Problem to szczególnie ważny, gdyż w obliczu pogiębiania się kryzysu oraz występowania negatywnych skutków prowadzonej polityki gospodarczej i społecznej zwiększa się ilość rodzin i osób, którym należy pomóc w przeżyciu kryzysu.

8. Sytuacja ludzi niepełnosprawnych jest szczególnie trudna w każdej z dziedzin życia. Dlatego też należy:

- stworzyć ludziom niepełnosprawnym warunki do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez: zwiększenie miejsc pracy w różnych zakładach pracy i różnych dziedzinach z wszystkimi preferencjami dla tych zakładów,
- zwiększenie produkcji, a tym samym dostępności do sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, stwarzając dogodne warunki zakładom produkującym,
- umożliwienie zmiany mieszkań osobom niepełnosprawnym dla pokonania barier architektonicznych,
- uwzględnienie we wszystkich formach budownictwa usuwania barier ułatwiających poruszanie się osobom niepełnosprawnym.

Problemy ludzi niepełnosprawnych, poziom ich życia i pracy rozwiązać przez nowelizację istniejących ustaw oraz przygotowanie nowej tworzącej system działań na rzecz niepełnosprawnych i ich rodzin.

9. Gwarancją powodzenia reformy i dalszego prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest:

- kontrola społeczna poprzez Sejm i jego organy, samorząd terytorialny, zawodowy, związki zawodowe;

Bardzo ważną rolę mają do odegrania Izby Lekarskie, Pielęgniarskie, Położnych, Farmaceutyczne;

- właściwa polityka kadrowa, oparta jedynie o kryteria merytoryczne, etyczne, a dobór przez konkursy, z całkowitym odrzuceniem kryteriów politycznych, opiniowania przez organizacje partyjne pracowników wszystkich szczebli;

- zmiana w kształceniu kadr medycznych poprzez unowocześnienie programów i form kształcenia przed i podyplomowego;
- bezwzględne przezwyciężenie biurokracji, złamanie nomenklatury i zmniejszenie administracji na wszystkich szczeblach organizacyjnych.

10. Szczególne miejsce należy poświęcić średniemu personelowi medycznemu w ochronie zdrowia. Pielęgniarki i położne to najliczniejsza grupa zawodowa, najbardziej obciążona obowiązkami i może najbardziej niedoceniana.

Uważamy za niezbędne natychmiastowe działanie zmierzające do:

- zapewnienia nowoczesnego systemu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji,
- zapewnienia godziwych warunków pracy, płacy, perspektyw zawodowych i życiowych /wdrożenie konwencji 149 MOP/,
- stworzenie motywacji do wyboru zawodu i pozostania w nim,
- powołanie samorządów zawodowych /Izby Pielęgniarskie, Izby Położnych/, które będą miały bardzo ważne zadania do spełnienia, w szczególności obronę interesów całego środowiska personelu średniego.

Podobne działania należy podjąć w stosunku do techników laboratoryjnych, radiologicznych, farmaceutycznych itp. oraz pracowników kolumn transportu sanitarnego.

11. Należy przeprowadzić gruntowną reformę pionu farmaceutycznego z koniecznością przywrócenia należytej rangi zawodowi farmaceuty zarówno szpitalnego, jak w aptekach otwartych. Wiąże się z tym konieczność radykalnej restrukturyzacji obrotu lekami, dopuszczenia prywatnych i spółdzielczych aptek oraz trybu zamawiania leków.

Poddać kontroli środowiska i autentycznych ekspertów gospodarkę lekami.

Nadać bezwzględny priorytet zakładom produkcyjnym produkującym na potrzeby lecznictwa - przemysłowi farmaceutycznemu, wytwórniom sprzętu i aparatury medycznej, środków higienicznych i sprzętu jednorazowego użytku.

12. W związku ze stałym zagrożeniem epidemicznym ludności konieczne jest przeprowadzenie zmian systemu w obrębie tzw. pionu sanitarno-epidemiologicznego ze zniesieniem wszystkich fikcyjnych służb i przesunięciem zbędnego personelu do zadań użytecznych i wyposażeniem go w odpowiednie środki.

13. Wprowadzenie jakichkolwiek zmian modelu organizacyjnego ochrony zdrowia oraz przywrócenie w chwili obecnej minimalnej choćby funkcjonalności służby zdrowia nie jest możliwe bez natychmiastowego podniesienia zarobków wszystkich grup pracowników służby zdrowia co najmniej do poziomu średniej płacy w sferze materialnej, co zlikwiduje dyskryminację finansową ludzi odpowiedzialnych za życie chorego. W innym przypadku załamanie całego systemu jest nieuniknione, co pociągnie za sobą katastrofalne skutki społeczne.

14. Istnieje bezwzględna potrzeba podjęcia natychmiastowych działań ratujących zagrożony biologiczny byt narodu, zapewnienie środków finansowych, pozwalających na dalsze funkcjonowanie placówek służby zdrowia, podejmowanie działań interwencyjnych, zaopatrujących w leki,

sprzęt jednorazowy, środki opatrunkowe, realizacji płac, realizacji zobowiązań wynikających z ustaleń "Okrągłego Stołu".

15. Niezbędne jest zatem zwiększenie budżetu na cele zdrowia przez przesunięcie środków przeznaczonych na obronność, zbrojenia, ZOMO, niektóre zbędne inwestycje, biurokrację partyjną i państwową - na cele zdrowotne społeczeństwa.

16. Jednocześnie należy rozpocząć prace legislacyjne zmierzające do realizacji proponowanego programu, zapewnienia środków budżetowych itd.

Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu zobowiązuje zespoły przygotowujące reformę Ochrony Zdrowia, Pomocy Społecznej i Płac do przeanalizowania stopnia zaawansowania prac i możliwości skrócenia terminu realizacyjnego programu.

Za Komisję
Polityki Społecznej i Zdrowia
Kazimierz Brzeziński
senator

Kazimierz Brzeziński

ZAGAJENIE

Najwyższy autorytet moralny, jakim jest Jan Paweł II, na spotkaniu w Bazylice Mariackiej w Gdańsku, w dniu 12 czerwca 1987 r., przemawiając do pracowników służby zdrowia i chorych, powiedział: "Opieka nad ludźmi niesprawnymi i starymi, opieka nad ludźmi chorymi psychicznie - te dziedziny są bardziej niż jakakolwiek dziedzina życia społecznego miernikiem kultury społeczeństwa i państwa".

Panie i Panowie Senatorowie wybaczą mi postawienie obok siebie najwyższego autorytetu moralnego nie tylko dla nas, Polaków, i degren-golady państwa usiłującego realizować komunizm. Zadam bowiem pytanie, coż nasze państwo, poza artykulacją pięknych słów uczyniło, aby udowodnić, że słowa są zgodne z jego intencjami? Nic, poza potwierdzeniem naszego przekonania, iż w krajach tzw. demokracji socjalistycznej słowa czynników oficjalnych rozmiągają się z intencjami i realizującymi je czynami.

Jeśli zdrowie obywateli oficjalnie uznaje się za priorytet i wartość bezcenną, logicznie rozumując należałoby dążyć wszelkimi sposobami do jego ochrony i ratowania. Nic podobnego. Cechą wyróżniającą bowiem państwo, które się nami opiekuje, jest szczególna dychotomia, żeby nie nazwać jej dialektyczną. Żyje własnymi strukturami wewnętrznymi, samo się żywi, samo się leczy; na temat swoich obywateli natomiast wypowia-

da się w sposób dla nikogo niezrozumiały. Obywatele nie oczekują od swych państw słów, oceniają czyny.

Po tym ogólnym wstępie, jako przewodniczący senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia, jako przedstawiciel środowiska medycznego, jako więc desygnowany przez Wysoką Izbę obrońca zagrożonego biologicznego bytu narodu, skutkiem 40-letniej polityki państwa, pragnę przedstawić katastrofalne położenie społeczno-zdrowotne naszych obywateli, sytuację służby zdrowia, aby na koniec w tezach zarysować program przezwyciężenia dramatycznego kryzysu w imieniu naszej Komisji.

W dotychczasowej historii PRL sprawy zdrowia zawsze były odsuwane na plan dalszy. Nieważne było, w jakich warunkach leczy się naród. Władza nie potrafiła zrozumieć znaczenia sygnalizowanych problemów i wartości zgłaszanych postulatów. Żniwo takiej postawy zbieramy dzisiaj.

Zapadalność na choroby nowotworowe wzrasta nie tylko z powodu zatrucia środowiska, wody, żywności, ale i wskutek beznadziejnego poziomu profilaktyki. Zachorowalność na gruźlicę wykazuje tendencje zwykłowe, m.in. wskutek niedoborów w diecie białka. Wysoki wskaźnik umieralności na choroby krążenia to efekt diety, stresu i rekordowego na skalę światową nikotynizmu. Zatrucia pokarmowe to skutek fatalnych warunków sanitarnych. Wysoka urazowość w zakładach przemysłowych to konsekwencja sposobu traktowania higieny i bezpieczeństwa pracy.

Tendencje negatywne wykazują wszystkie współczynniki opisujące stan zdrowia społeczeństwa, jak długość życia, umieralność niemowląt, nadumieralność mężczyzn w wieku produkcyjnym. Charakterystyczna jest reakcja państwa na takie zjawiska. Zdrowotność społeczeństwa podnosi ono przez fałszowanie statystyk, ukrywanie prawdziwych danych uzyskiwanych przez sanepidy, czy też dowolną ich interpretację. Eksponowane są efektowne inwestycje w postaci Centrów Zdrowia, aby zwieść społeczeństwo fałszywym obrazem poziomu opieki.

Tymczasem chorzy najlepiej wiedzą, coź znaczy być chorym w PRL. Znaczą kolejki po lekarstwa, jeśli w ogóle można je zlokalizować w aptece, kilkumiesięczne oczekiwanie na przyjęcie do szpitala, kolejki za badaniem ambulatoryjnym, sprzętem rehabilitacyjno-ortopedycznym.

W szpitalu z kolei grozi choremu zatrucie, zakażenie tym bardziej niebezpieczne, że szczepy bakteryjne są odporne na dostępne antybiotyki. Chory musi się liczyć nie tylko z nieprawidłowym leczeniem z powodu braku leków i sprzętu, ale także z niedostateczną obsługą przez personel medyczny.

Niedobory pielęgniariek, zabieganie lekarzy, to naturalny skutek pogoni za średnią krajową. Odbywa się to kosztem kształcenia. Lekarz

może wprawdzie dorobić do swojej pensji, jednakże kosztem pacjenta. Zostaje więc podważony zasadniczy sens zawodu. Kontakt z pacjentem ogranicza się do minimum, obniża poziom wiedzy.

Szpitala, przychodnie, ośrodki zdrowia są niedoinwestowane. Praktycznie nie przeprowadza się remontów, nie konserwuje budynków, nie dokonuje się niezbędnych zakupów leków, sprzętu jednorazowego użycia, materiałów opatrunkowych, bielizny, pościeli, fartuchów, środków czystości itd. Sprzęt ulega zużyciu, nie ma środków na zakup nowego, zresztą istnieje niedostatek jego produkcji, bądź nie ma w Polsce w ogóle zakładów, które by go produkowały.

Jest wobec tego oczywiste, że wskutek niedostatku podstawowego sprzętu medycznego, jakim jest sprzęt jednorazowego użycia, środków czystości, odkażających, poza pacjentami szkodę na zdrowiu ponoszą również pracownicy służby zdrowia. Mam tutaj na myśli zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby. Powiększamy rzeszę chorych. Co trzeci pracownik służby zdrowia choruje na wirusowe zapalenie wątroby lub inne choroby zakaźne.

Żeby nie być gołosłownym, posłużę się dwoma przykładami szpitali znajdujących się w krytycznej sytuacji.

Z korespondencji między dyrektorem Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego a lekarzem wojewódzkim w Częstochowie wynika, że w najbliższym czasie zostanie wstrzymana działalność szpitala, gdyż zawieszono płatność wszystkich rachunków, za sprzęt, leki, żywność. Wyczerpano wszystkie środki finansowe. O 50% ograniczono zakupy środków czystości, wprowadzono całkowity zakaz kupna mebli, bielizny, fartuchów, pozostając tylko przy zakupie sprzętu jednorazowego w Cezalu.

Nałożono ograniczenia na energię, zakupy inwestycyjne, przeprowadzanie remontów, korzystanie z wody. Ustalono nowe stawki na wyżywienie, obiady, odpłatność za telefon. Z tego wynika, że za chwilę nie będzie już co reformować.

Podobna sytuacja jest w szpitalu psychiatrycznym w Warszawie na Nowowiejskiej. Braki średniego personelu medycznego sięgają 25%. Pacjentów na oddziałach psychiatrycznych obsługują pielęgniarki, bo brak mężczyzn do pomocy. Budynek wymaga kapitalnego remontu, nie ma na to środków. Brak miejsc hotelowych powoduje, że brak personelu średniego. W tej chwili dokonuje się remontu budynku w ten sposób, że na pierwszym piętrze nad oddziałem psychiatrycznym mają mieszkać pielęgniarki.

Zasygnalizowałem na tych przykładach kolejny problem, który należy rozwiązać natychmiast. Chodzi o położenie średniego personelu medycznego. Bodaż ta grupa zawodowa jest najbardziej narażona na konsekwencje

kryzysu. Kryzys dotyka przede wszystkim pracowników sfery budżetowej i tych obywateli, którzy nie mają możliwości wywierania skutecznego nacisku.

Nie dziwny się więc odejściu od zawodu masowej rzeszy pielęgniarek, sanitariuszy, salowych, skoro podstawowe potrzeby tej grupy, jak płace /pielęgniarki np. zarabiają niewiele ponad 50% średniej krajowej/, odpowiednie warunki mieszkaniowe i warunki pracy są absolutnie niezaspokajane.

Nikt z nas by nie chciał, aby przysłowiem stało się powiedzenie, że w naszym kraju najbardziej dostaje się temu, kto nie może się bronić.

Jeśli średniego personelu medycznego nie wynagrodzi się właściwie za jego ciężką, niezwykle odpowiedzialną fachową pracę, dodatkowo w warunkach fatalnego wyposażenia szpitali, nie będziemy mieli żadnego dowodu na to, iż w polityce społeczno-zawodowej cokolwiek uległo zmianie.

Jeśli władzy politycznej nie przemawiają do rozsądku argumenty natury moralnej, powinna zastanowić się nad kosztem emigracji lekarzy i pielęgniarek. 20% absolwentów Akademii Medycznych opuszcza kraj. Po cóż wydawać pieniądze na specjalistyczne kształcenie, czy nie lepiej w ogóle nie kształcić, skoro specjaliści opuszczają nasz kraj, a może po prostu godziwiej ich wynagrodzić, skoro jednak są potrzebni i trudno sobie jakoś wyobrazić szpitale bez lekarzy i pielęgniarek.

Najwyższa pora przywrócić środowisku medycznemu należy mu status, przestać obrażać go niskimi wynagrodzeniami, które obecnie przypominają jałmużnę, pośrednio wyrażanymi oskarżeniami o bezproduktywności i kosztowności utrzymania.

Jeśli państwo realnego socjalizmu nie potrafi ocenić prawdziwej wartości usług świadczonych przez służbę zdrowia, niech chociaż wyświadczy społeczeństwu tę przyjemność, że w podobny sposób wynagrodzi usługi resortu spraw wewnętrznych, tym bardziej, że częstokroć narażają one na szwank zdrowie obywateli w przenośni i dosłownie.

Jeśli służba zdrowia potrzebna jest nawet na wojnie, to tym bardziej w okresie pokoju; powiedziałbym nawet, że w okresie pokoju służba zdrowia jest bardziej potrzebna niż wojsko, bo w okresie pokoju są po prostu inne priorytety.

Chciałbym teraz dotknąć kolejnego problemu, który wywołuje emocje w środowisku lekarskim, mianowicie problem etyki zawodowej. Włąże się z nim kilka zagadnień, które zamierzam poruszyć.

My jako środowisko lekarskie przyzwyczailiśmy się już do tego, że w bieżącym 40-leciu wielokroć odwoływano się do naszego powołania, do naszej etyki. Co ciekawe, a może symptomatyczne, to to, że czyniono to

i czyni się nam zarzuty natury etycznej w pewnej konkretnej sytuacji. Jest nią właśnie fatalny stan służby zdrowia pod względem materialnym.

Jak można więc, narażając się na oskarżenie o brak konsekwencji, karcić środowisko medyczne za upadek etyki, za dehumanizację, skoro z drugiej strony warunki, w jakich przychodzi pracować środowisku medycznemu, uwłaczają jego godności.

Czy państwo postępuje etycznie w stosunku do swoich obywateli, stwarzając takie, jak mamy warunki ochrony zdrowia? Czy atak na środowisko lekarskie i pielęgniarstwo nie jest przypadkiem próbą odwrócenia uwagi społecznej od istotnej przyczyny upadku moralności, etyki społecznej, to jest upadku etyki państwa?

Nie sądzmy, że zasadniczą przyczyną fatalnej zdrowotności naszego społeczeństwa leży w zaniedbaniach środowiska medycznego. Mówię to do tych, którzy chętnie by nas pouczali, jak powinniśmy pracować, będąc odpowiedzialnymi za warunki naszej pracy, działającymi tak, aby zniszczyć nasz warsztat pracy i zdrowie społeczeństwa.

Lekarz i pielęgniarka, którzy pracują w warunkach karygodnych zaniedbań organizacyjnych, materialnych, czyli udzielają niepełnej pomocy, już z natury rzeczy postępują nieetycznie. Nie można bowiem oddzielić dwóch rzeczy - postępowania etycznego służb medycznych od warunków, w których ona ma być realizowana.

Z problemem naszej etyki zawodowej wiąże się ostatnio eksponowane zagadnienie Izb Lekarskich. W latach pięćdziesiątych uległy one rozwiązaniu. Intencja władz była przejrzysta. Chodziło o ograniczenie wolności wolnego zawodu. Lekarza próbowano z różnym skutkiem podporządkować administracji, uczynić dyspozycyjnym, wtłoczyć w maszynę biurokracji i nomenklatury.

Dzisiaj z kolei podnosi się problem Izb Lekarskich. Dzisiaj, kiedy istnieje nomenklatura lekarska, należy uświadomić sobie, jakie zagrożenia niosą ze sobą Izby Lekarskie. Myślę, że szeroko pojęte uwłaszczenie nomenklatury grozi nam i w tej materii, bardzo delikatnej.

Chodzi bowiem o prawo do osądzania nas - lekarzy. Nie przysługuje ono tym, którzy naprawdę postępowali wbrew etyce i którzy są zainteresowani opanowaniem tej instytucji dla dwóch korzyści: ukrycia własnych przewinień, a piętnowania cudzych bodaj nie popełnionych.

Kto wejdzie do Izb Lekarskich, zależy dzisiaj w dużym stopniu od nas. Mówię to jako przedstawiciel lekarzy w Senacie, do moich kolegów.

W ostatnim okresie doczekaliśmy się krańcowych form protestu służby zdrowia, między innymi w postaci strajku głodowego. Świadczą one o stopniu desperacji białego personelu. Trwa walka nie tylko o godność

zawodu, ale i o godność osób chorych.

Obecny resort służby zdrowia w ewidentny sposób przyczynił się do strajków poprzez opóźnienie realizacji porozumień zawartych na początku bieżącego roku. W obecnym kształcie organizacyjnym i personalnym nie jest on skłonny do reform, a jeśli już, to do pobieżnych, płytkich, o charakterze kosmetycznym.

Obecne Ministerstwo Zdrowia powinniśmy raczej nazwać Ministerstwem Choroby. Samo jest chore i z pewnością nie działa w kierunku polepszenia stanu zdrowia naszego społeczeństwa, a przeciwnie, w kierunku pielęgnowania trapiących go chorób.

Panie i Panowie Senatorowie! Otrzymaliście tekst naszych tez do dyskusji na temat sytuacji i koncepcji programu i działania. Chciałbym ustosunkować się pokrótce do tego programu.

Dotychczasowy system ochrony zdrowia nie odpowiada obecnym oraz przyszłym potrzebom i oczekiwaniom społeczeństwa. Należy dążyć do jak najpilniejszej zmiany systemu, angażując do tego wszystkie resorty oraz całe społeczeństwo.

Opieka zdrowotna i pomoc społeczna jest na całym świecie jedną z najwyższych pozycji w budżecie. Przy naszym ogólnie mniejszym dochodzie narodowym nieporozumieniem jest przeznaczenie zaledwie około 5% wartości dochodu na sprawy zdrowia, włączając w to również inwestycje.

Bezwzględną koniecznością jest zwiększenie tego procentu, jak również wprowadzenie racjonalnego systemu finansowania przez ubezpieczenia zdrowotne.

Wprowadzony system opieki zdrowotnej musi mieć charakter ubezpieczeniowy w zakresie źródeł finansowania, zaopatrzeniowy w zakresie uprawnień do świadczeń, gwarantujący uzyskanie bezpłatnych świadczeń z wolnym wyborem lekarza i placówki leczniczej.

Należy jednocześnie utworzyć na nowo stanowisko lekarza domowego o silnej pozycji i znaczeniu. System musi być elastyczny, jeśli chodzi o struktury organizacyjne oparte o samorząd terytorialny, pracowniczy, zawodowy.

Należy odejść bezwzględnie od zbiurokratyzowanych struktur ZOZ-ów, uczynić wszystkie szczeble administracyjne podległymi samorządom i personelowi fachowców. Musi być system równy co do uprawnień wszystkich instytucji opieki zdrowotnej i pomocy społecznej, niezależnie od form własności.

Finansowanie opieki zdrowotnej należy oprzeć na trzech źródłach. Pierwszym źródłem ma być fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, utworzony ze składek ubezpieczeniowych. Drugie źródło, to jest budżet państwa,

z którego pokrywane będą inwestycje, Akademie Medyczne, instytuty naukowo-badawcze, kształcenie kadr, walka z epidemiami, programy ogólnokrajowe i wyrównywanie dysproporcji. I trzecim uzupełniającym źródłem ma być fundusz zdrowia składający się między innymi ze środków funduszu przeciwalkoholowego, funduszu zapobiegania narkomanii, dodatkowych opłat ze sprzedaży papierosów i artykułów tytoniowych, dobrowolnych wpłat, zapisów, darowizn, itd.

Ten fundusz zdrowia musi być przeznaczony na działania profilaktyczne, lecznicze, rehabilitacyjne, readaptacyjne i resocjalizacyjne w zakresie przeciwdziałania alkoholizmowi, zapobiegania narkomanii, zwalczania palenia tytoniu oraz inwestycje związane z wyżej wymienionymi problemami.

Całość funduszy przeznaczonych i wykorzystywanych przez ochronę zdrowia musi znajdować się pod ścisłą kontrolą społeczną od Sejmu i Senatu począwszy, a na samorządach terytorialnych skończywszy.

Obok systemu ochrony zdrowia istnieje system pomocy społecznej. Jest on również niezadowolający. Przyczyny są wielorakie. A większość z nich dotyczy rozwiązań organizacyjnych i prawnych. Problem to szczególnie ważny, gdyż w obliczu pogłębiania się kryzysu oraz występowania negatywnych skutków prowadzonej polityki gospodarczej i społecznej zwiększa się ilość rodzin i osób, którym należy pomóc w przeżyciu kryzysu.

Bardzo ważnym problemem jest sytuacja ludzi niepełnosprawnych. Jest ona trudna w wielu dziedzinach życia. Dlatego należy: stworzyć ludziom niepełnosprawnym warunki do uczestnictwa w życiu społecznym poprzez zwiększenie miejsc pracy w różnych zakładach pracy i w różnych dziedzinach ze wszystkimi preferencjami dla tych zakładów.

Należy zwiększyć produkcję, a tym samym dostępność do sprzętu ortopedycznego i rehabilitacyjnego, stwarzając dogodne warunki zakładom produkcyjnym. W tej chwili niejednokrotnie pacjent oczekuje dwa-trzy lata na zaopatrzenie w sprzęt ortopedyczny.

Należy umożliwić zamianę mieszkań osobom niepełnosprawnym dla pokonania barier architektonicznych. Zdarza się w tej chwili, że osoba niepełnosprawna, przykuta do łóżka, do wózka inwalidzkiego mieszka na czwartym piętrze, bez możliwości wejścia w środowisko.

Należy uwzględnić we wszystkich formach budownictwa usuwanie barier ułatwiających poruszanie się osobom niepełnosprawnym. Problem ich życia i pracy rozwiązać należy przez nowelizację istniejących ustaw oraz przygotowanie nowej ustawy, tworzącej system działań na rzecz niepełnosprawnych i ich rodzin.

Gwarancją powodzenia reformy i dalszego prawidłowego funkcjonowania opieki zdrowotnej i pomocy społecznej jest kontrola społeczna poprzez Sejm i jego organy, samorząd terytorialny, zawodowy, związki zawodowe. Bardzo ważną rolę mają do odegrania Izby Lekarskie, pielęgniarские, położnych, farmaceutyczne.

Drugim gwarantem ma być właściwa polityka kadrowa, oparta jedynie o kryteria merytoryczne, etyczne, a dobór przez konkursy, z całkowitym odrzuceniem kryteriów politycznych i opiniowaniem przez organizacje partyjne pracowników wszystkich szczebli.

Dalszym gwarantem ma być zmiana w kształceniu kadr medycznych poprzez unowocześnienie programów i form kształcenia przed i podypłomowego.

Bezwzględnie potrzebne jest przezwyciężenie biurokracji, złamanie nomenklatury i zmniejszenie administracji na wszystkich szczeblach organizacyjnych.

Jeszcze raz w tym programie chciałbym poruszyć sprawę średniego personelu medycznego w ochronie zdrowia. Jest to najliczniejsza grupa zawodowa, najbardziej obciążona i najbardziej niedoceniana. Uważamy za niezbędne natychmiastowe działania zmierzające do zapewnienia nowoczesnego systemu kształcenia i podnoszenia kwalifikacji. Zapewnienia godziwych warunków pracy, płacy i perspektyw zawodowych i życiowych. Ważne jest tutaj wdrożenie konwencji 149 MOP. Stworzenie motywacji do wyboru zawodu i pozostania w nim. W tej chwili większość pielęgniarek odchodzi od zawodu, nabór do szkół pielęgniarских jest niewielki.

Ważne jest powołanie samorządów zawodowych, jak izby pielęgniarские, izby położnych, które będą miały bardzo ważne zadanie do spełnienia, w szczególności obronę interesów całego środowiska personelu średniego.

Podobne działania należy podjąć w stosunku do techników laboratoryjnych, radiologicznych, farmaceutycznych i innych oraz pracowników kolumn sanitarnych.

Przed reformą stoi również konieczność gruntownych zmian w pionie farmaceutycznym. Należy przywrócić należną rangę zawodowi farmaceuty, zarówno szpitalnego, jak i w aptekach otwartych. Wiąże się z tym konieczność radykalnej restrukturyzacji obrotu lekami, dopuszczenie prywatnych i spółdzielczych aptek oraz trybu zamawiania leków.

Poddać trzeba kontroli środowiska i autentycznych ekspertów gospodarkę lekami. Nadać bezwzględny priorytet zakładom produkującym na potrzeby lecznictwa, przemysłowi farmaceutycznemu, wytwórniom sprzętu i aparatury medycznej, środków higienicznych i sprzętu jednorazowego użytku.

W związku ze stałym zagrożeniem epidemicznym ludności konieczne jest przeprowadzenie zmian systemu w obrębie tzw. pionu sanitarno-epidemiologicznego, ze zniesieniem wszystkich fikcyjnych służb i przesunięciem zbędnego personelu do zadań użytecznych i wyposażeniem go w odpowiednie środki.

Wprowadzenie jakichkolwiek zmian modelu organizacyjnego ochrony zdrowia oraz przywrócenie w chwili obecnej minimalnej choćby funkcjonalności służby zdrowia - nie jest możliwe bez natychmiastowego podniesienia zarobków wszystkich grup pracowników służby zdrowia, co najmniej do poziomu średniej płacy w sferze materialnej.

Istnieje bezwzględna potrzeba podjęcia natychmiastowych działań ratujących zagrożony biologiczny byt narodu, zapewnienie środków finansowych pozwalających na dalsze funkcjonowanie placówek służby zdrowia, podejmowanie działań interwencyjnych zaopatrujących w leki, sprzęt jednorazowy, środki opatrunkowe, realizacji płac i realizacji zobowiązań wynikających z ustaleń okrągłego stołu.

Niezbędne jest zatem zwiększenie budżetu na cele zdrowia przez przesunięcie środków przeznaczonych na obronność, zbrojenia, ZOMO, niektóre zbędne inwestycje, biurokrację partyjną i państwową - na cele zdrowotne społeczeństwa.

Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu zobowiązuje zespoły przygotowujące reformę ochrony zdrowia, pomocy społecznej i płac do przeanalizowania stopnia zaawansowania prac i możliwości skrócenia terminu realizacyjnego programu.

Uważamy, że należy jednocześnie rozpocząć prace legislacyjne, zmierzające do realizacji proponowanego programu i zapewnienia środków budżetowych.

Zofia Kuratowska

NIE MAMY CZASU

Sprawy zdrowia nigdy nie znajdowały się w centrum zainteresowania władz politycznych tego kraju. Wręcz przeciwnie. Sprawy te były zawsze powodem drastycznych oszczędności i obcinania wszelkich środków budżetowych na cele zdrowotne. Nigdy też nie mówiło się o tym głośno, nie stawiało się spraw zdrowia jako spraw najważniejszych.

Można powiedzieć, że w oiągu ostatniego roku nastąpiła w tym względzie przynajmniej zasadnicza zmiana. Dowodem tego, że sprawy zdrowia stały się przedmiotem szczególnego zainteresowania opozycji polskiej, w szczególności NSZZ "Solidarność", było zorganizowanie w czasie obrad "okrągłego stołu" specjalnego podzespołu do spraw zdrowia. Dowodem przy-

wiązywania dużej wagi do tych spraw jest również nasza dzisiejsza debata.

Może właśnie od spraw "okrągłego stołu" chciałabym zacząć. Byłam współprzewodniczącą od strony solidarnościowo-opozycyjnej podzespołu do spraw zdrowia. W czasie naszych obrad i później bardzo dużo i bardzo optymistycznie mówiło się o tym, że właśnie ten podzespół uzyskał wiele, może najwięcej, że podpisano wiele bardzo ważnych i pozytywnych porozumień. Sama nie miałam nigdy tego odczucia, że stało się tu coś bardzo ważnego w sensie podpisania, że podpisaliśmy wiele. Oczywiście podpisaliśmy pewne rzeczy.

Chcę państwu zacytować, nie mówiąc oczywiście o tych ustaleniach /za chwilę przejdę do tego, co właściwie z tego zostało/, jedno zdanie, a właściwie pół zdania, z protokołu porozumień "okrągłego stołu", protokołu wstępnego, który obejmował właściwie wszystkie sprawy. Otóż jest tam taki fragment, który częściowo znalazł się w protokole rozbieżności, ale zarówno w tekście r strony koalicyjno-rządowej, jak w tekście solidarnościowo-opozycyjnym jest jedno, bardzo istotne dla sprawy dziś omawianej zdanie.

Mianowicie: "Realizacja uzgodnień o charakterze organizacyjnym, prawnym oraz takich, które mają charakter interwencyjny /zwłaszcza dla ochrony zdrowia i życia/, powinna być podjęta niezwłocznie i wykonana w przyjętych przez Zespół i podzespoły terminach".

Mogę powiedzieć, że włączenie tego zdania w nawiasie, czyli spraw ochrony zdrowia i życia, wymagało pewnej walki. Niemniej znalazło się. Czy poszło coś za tym? Nic!

Pośród różnych zapisów, pośród spraw, które uważaliśmy za szczególnie ważne - omawialiśmy tam przecież drobny wycinek sfery zdrowia i pomocy społecznej - były zawarte oczywiście sprawy uposażeń.

Poza tym, że jestem lekarzem, jestem przewodniczącą Komisji Zdrowia Komitetu Obywatelskiego przy Przewodniczącym NSZZ "Solidarność" i członkiem Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia Senatu, poza tym jestem Wicemarszałkiem Senatu i mam pełne poczucie odpowiedzialności za wszystkie sprawy w tym kraju, a nie tylko za sprawę mojej grupy zawodowej.

Jednakże musimy wszyscy zdać sobie sprawę z tego, że o wszelkich sprawach dotyczących opieki nad chorym i niesprawnym, decydują jednak ludzie pracujący przy łóżku chorego, czy zawodowo odwiedzający chorych w domach, czy zatrudnieni przy osobach niepełnosprawnych. Ci ludzie od 40 lat byli uważani za tych, którym nie warto dobrze płacić. Ktoś z wyższych władz partyjnych powiedział kiedyś, że lekarzom nie warto dać podwyżek, bo i tak sobie dorobią.

Oznaczało to w podtekście ubliżające godności naszego zawodu dawa-

nie tak zwanych żąpówek, czy delikatniej mówiąc, wyrazów wdzięczności, niestety czasem decydujących np. o przyjęciu do szpitala, czy wykonaniu operacji.

To było z góry założone przez władze polityczne; zostało założone w chwili, kiedy - jeszcze wtedy, kiedy ja byłam na studiach - mówiono nam ex cathedra, że nasz zawód nie różni się niczym od żadnego innego zawodu; poczynając od zawodu sprzątaczkii, kończąc na innych zawodach.

Zapominano, że ten zawód - nie chodzi mi o lekarzy, chodzi mi o wszystkich pracowników służby zdrowie - ma do czynienia ze sprawą najdelikatniejszą, ma do czynienia z żywym człowiekiem, człowiekiem chorym, że w rękach ludzi tego zawodu jest życie, zdrowie ludzkie, sprawność, psychika człowieka.

O tym wszystkim zapomniano i stało się to, co się stało. Pan senator Brzeziński mówił o tym obszernie. Nie chciałabym tutaj być zrozumiana w tym sensie, że dołączam się do chóru głosów, które w tej chwili z budżetu - który nie jest w ogóle budżetem, tylko jednym wielkim długiem - chce wyciągnąć coś dla jakiejś grupy pracowniczej.

Muszę stwierdzić tylko jedno, bez takiego podwyższenia uposażeń pracowników w służbie zdrowia, jakie jest zawarte w naszych tezach /do prowadzenie przynajmniej do płacy równej średniej płacy w sferze materialnej/, jak również bez dania perspektywy temu zawodowi, perspektywy nie tylko finansowej, perspektywy lepszych warunków pracy i możliwości takiego spełniania swoich obowiązków, żebyśmy mieli poczucie, że te obowiązki wykonujemy należycie, tak jak na to zasługuje chory człowiek, który oddał się w nasze ręce - grozi katastrofa.

To nie jest przesada. Wiemy o tym, jaki jest stan zdrowia społeczeństwa, wiemy o tym, jaki jest stan naszych szpitali, placówek leczniczych, domów pomocy społecznej, domów dziecka, domów dla ludzi niesprawnych.

Z tego wszystkiego w zasadzie już wszyscy sobie zdają sprawę z obecnymi władzami politycznymi włącznie. Ale za tym nie poszło nic. To, co oferuje się pracownikom służby zdrowia, to jest ciągle rodzaj jałmużny. Na co oni już zgadzać się nie chcą i nie mogą.

Senator Brzeziński wspominał również o ogromnej emigracji z naszego kraju. Mamy na to przecież dane. Nawet na spotkaniu w Klubie Obywatelskim pan minister Kiszczak w odpowiedzi posłance Hennelowej na temat emigracji wymieniał liczby lekarzy, którzy wyemigrowali w ostatnim okresie z kraju.

Dzieje się tak nie tylko dlatego, że lekarze nie mają na utrzymanie domu. Rzeczywiście, lekarz kończący studia nie może utrzymać żony

i jednego dziecka, nie mówiąc o większej liczbie dzieci. Po prostu jest to niemożliwe. Otóż nie tylko to jest przyczyną emigracji. Przyczyną jest również to, że lekarz nie ma żadnej perspektywy.

Jak już było powiedziane w referacie wstępnym, od lat placówki służby zdrowia się syplą, od lat jest coraz gorzej. W tej chwili stanęliśmy oko w oko z sytuacją, że po prostu szpital nie ma grosza na zapłacenie leków, na zapłacenie jedzenia, na zapłacenie podstawowych potrzeb. Nie możemy tego zostawić tak, jak jest.

Ponad 60% pielęgniarek odchodzi od zawodu, zajmuje się czymś innym, pracami, które są lżejsze, które umożliwiają normalne życie - a nie dezorganizują go, jak praca pielęgniarki - i umożliwiają godziwą zapłatę, nie obarczając w zamian młodej kobiety wielką odpowiedzialnością za zdrowie innych. Znowu nie można się temu dziwić.

Jeżeli na oddziale psychiatrycznym lub oddziale internistycznym, gdzie jest bardzo wielu ciężko chorych, na noc na 60 lub 70 pacjentów zostaje jedna pielęgniarka, to jest tak, jakby jej w ogóle nie było, bo ona po prostu nie może niczego dopilnować. I ona ma pełną świadomość tego.

Otóż ta sytuacja nie może dłużej trwać po prostu dlatego, że grozi nam wszystkim, całemu społeczeństwu, śmiertelnym niebezpieczeństwem. I naprawdę wobec tego niebezpieczeństwa wszystkie niezwykle ważne sprawy, które i tu, i w innych gronach społecznych omawiamy, przestają mieć znaczenie.

Bo - jak to zresztą powiedziałam uczestnicząc w obradach głównego zespołu ekonomicznego "okrągłego stołu" - jeżeli rzeczywiście większość społeczeństwa zginie z powodu chorób, które w tej chwili zbierają u nas bogate żniwo, a czas życia skraca się zastraszająco, może będzie to oszczędność, tylko nie wiem, czy ona się opłaca.

Dlatego uważam, że i my, jako Senat, i Sejm musimy niezwykle prędko przeprowadzić prace legislacyjne, które z jednej strony umożliwią godziwą płacę pracownikom służby zdrowia, a z drugiej strony, umożliwią funkcjonowanie placówek leczniczych. Konkretnie przykłady dawał senator Brzeziński.

Mam przed sobą pismo z Rzeszowa do wydziału wojewódzkiego, w którym dyrektor szpitala pisze, że od dnia 1 lipca zawiesza dyżury na oddziale ortopedyczno-urazowym. Te dyżury będzie pełnić, powiedzmy, dział pomocy doraźnej, nieważne są szczegóły. Proszę Państwa, czy zdajecie sobie sprawę, jak wielka jest urazowość w naszym kraju - urazowość przy pracy, urazowość związana z wypadkami komunikacyjnymi? To dotyczy akurat Rzeszowa, okręgu turystycznego, gdzie ruch samochodowy

w warunkach górskich bardzo wzrasta, wobec czego wypadków będzie bardzo wiele.

Mamy bardzo złą statystykę usprawniania ludzi po wypadkach. Dlaczego? Dlatego, że po pierwsze, nie mamy możliwości rehabilitacji, a po drugie, bardzo często ludzie ci są operowani zbyt późno, z powodu nadmiernego tłoku, z powodu złej organizacji.

Podwyższenie uposażeń jest niewykonaną sprawą z obrad "okrągłego stołu". Miałam też przyjemność, wątpliwą, uczestniczyć w tych ostatnich, lipcowych, nocnych negocjacjach z Rządem. To, co tam zostało zapisane, uznałam że jest to mysz, którą urodziła góra. Tą górą był olbrzymi protest w skali krajowej, nie mówiąc już o poznańskim proteście głodowym, a porozumienie, to była mysz. Ale i ta mysz dziwnie się nie rozmnożyła i nie rozrosła i nikt z niej nie jest zadowolony. Otóż ta sprawa, niezależnie od sytuacji ekonomicznej kraju, po prostu musi być załatwiana, bo później nie będzie miał kto załatwiać innych spraw.

Następna ze spraw, które chciałam zasignalizować jako przykład tego, co zostało tutaj zapisane, nie tylko w tym jednym, wielce wymownym zdaniu o zagrożeniu życia i zdrowia, ale również w protokołach naszego zespołu "okrągłego stołu", to jest sprawa zaopatrzenia w sprzęt. Był taki zapis, że interwencyjnie i szybko należy zaopatrzyć placówki lecznicze w sprzęt jednorazowego użytku.

Dr Brzeziński mówił o żółtaczce wszczepiennej, która jest plagą naszych placówek leczniczych, plagą naszego środowiska. Ale ja już mówię z punktu widzenia całego społeczeństwa. Zajmujemy jedno z czołowych miejsc wśród krajów cywilizowanych, europejskich, w tabeli zachorowań na żółtaczkę wszczepienną. AIDS jest już realną rzeczywistością w naszym kraju, choć jeszcze, na szczęście, w skali nie tak wielkiej, jak w niektórych krajach Europy Zachodniej.

Zebrałam w sposób niezależny dane o zaopatrzeniu w sprzęt jednorazowy z Warszawy i rzucę tylko parę danych. W naszym zapisie było, że natychmiastowo - a nasz zapis powstał w marcu, czy w pierwszych dniach kwietnia - zostanie to zaopatrzenie zapewnione w stu procentach dla placówek leczniczych.

Otóż tylko dla samej Warszawy, mogę podać takie liczby: na Mokotowie w stosunku do potrzeb zaopatrzenie szpitali w igły i strzykawkę nie przekracza 40-50%, a w przychodniach 20% /!/. /Podobnie jest w innych przychodniach/. Podawano nawet 5 i 10%, szczególnie tam, gdzie nie mają tego sprzętu z darów zagranicznych.

Może jeszcze tragiczniejsze jest to, że u dzieci próby tuberkulinowe, próby wykazujące, czy dziecko jest zakażone gruźlicą czy nie,

oraz szczepienia BCG są wykonywane wielokrotnymi strzykawkami i igłami dlatego, że albo są strzykawki, ale nie pasują do nich igły, albo odwrotnie. Inne szczepienia są rzeczywiście wykonywane sprzętem jednorazowym. To jest przykład. Przykład znowu niewykonania zaleceń wynikających z tego porozumienia.

Dlaczego tego porozumienia nie wykonano? Nie dlatego, że Ministerstwo Zdrowia bojkotuje i sabotuje sprawy zdrowia. To, oczywiście, jest nieprawda. Tylko musimy sobie wszyscy uświadomić, że sprawy zdrowia to nie są sprawy tylko służby zdrowia ani tylko resortu zdrowia. To są sprawy wszystkich resortów i całego społeczeństwa. Mówię w tej chwili o stronie władzy. To jest sprawa wszystkich resortów. Dlatego, że jedna sprawa o drugą się zazębia, np. o resorty przemysłowe.

Na całym świecie przemysł farmaceutyczny jest jednym z najbardziej dochodowych przemysłów. Jest na liście 20 najbardziej dochodowych gałęzi przemysłowych. W Polsce przez lata słyszeliśmy, że jest to przemysł deficytowy. A jeżeli nawet w tej chwili nie jest deficytowy, to nie za wiele efektów działania tego przemysłu na naszym krajowym rynku widzimy.

I wreszcie następną sprawą, którą też wymieniam przykładowo, jeśli chodzi o sprawy umów przy "okrągłym stole". To jest sprawa nomenklatury, czyli opinii politycznych. Trudno jest w to uwierzyć ludziom postronnym. Ja po "okrągłym stole" nieraz słyszałam pytania "normalnych" ludzi. "Dlaczego wy tyle mówicie o tym odpolitycznieniu, jakie to ma znaczenie dla człowieka chorego?".

Otóż gigantyczne, bo każde stanowisko w służbie zdrowia - nie tylko w Akademii Medycznych i instytutach naukowych, gdzie chodzi o pracowników naukowych czy dydaktycznych, ale również przy zatrudnieniu asystenta w oddziale szpitalnym - wymaga, niekoniecznie na piśmie, ale wyrażenia opinii władz politycznych, czyli, krótko mówiąc, podstawowej organizacji partyjnej w szpitalu. Jest to absurd. Również takiej opinii wymagały do tej pory różne decyzje merytoryczne.

I mimo tego, że zapisaliśmy dość wyraźnie przy "okrągłym stole", że wszelkie personalne decyzje nie mogą być opiniowane inaczej niż z punktu widzenia merytorycznego i etycznego, teraz, w końcu czerwca, z jednego z instytutów naukowo-badawczych, lecz prowadzących leczenie w Warszawie, od członka rady naukowej słyszałam, że zwykły awans ze starszego asystenta na adiunkta, co nie jest, jak państwo rozumieją, objęciem kluczowej pozycji w kraju, wymaga opinii podstawowej organizacji partyjnej. A więc i to nie zostało dotrzymane.

Zostało to znów powtórzone w tych nocnych negocjacjach. Bo ci głodujący, protestujący pracownicy służby zdrowia nie tylko walczyli o

pieniądze. Walczyli o to, żeby opieka zdrowotna była naprawdę opieką zdrowotną i żeby była niezależna od władz politycznych.

W protokóle rozbieżności pozostało nasze zdecydowane żądanie ograniczenia, i to drastycznego ograniczenia, administracji w służbie zdrowia. Administracji, która odbiera podmiotowość pracownikowi służby zdrowia, nie mówiąc już o chorym. Bo dla administracji chory to jest zło konieczne. Otóż tych szczebli administracyjnych, biurokratycznych jest ogromnie dużo. Dublują się wydziały zdrowia, są lekarze wojewódzcy, ZOZ-y, które w większości przypadków są tylko zawadą itd., itd.

Do tego, ażebyśmy te bariery administracyjno-biurokratyczno-nomenklaturowe obalili, potrzebny jest oczywiście system reformy, którą zaczyna się przygotowywać. Słyszę pocieszające sygnały z kilku okolic kraju, że niektórzy próbują już oddolnie niejako wprowadzać reformy, bez sprzeciwu ze strony lokalnej administracji. Jest to bardzo pozytywne.

Niemniej przed nami - myślę o całości, o Senacie, o Sejmie w szczególności - stoi ogrom zadań legislacyjnych w sprawie zdrowia. I to zadań niezwykle pilnych. Od nich bowiem będzie zależeć kształt ochrony zdrowia w Polsce, a od tego zależy podstawowe dobro człowieka i przede wszystkim godność człowieka chorego, godność człowieka niesprawnego, która to godność jeszcze w związku z warunkami życia w naszym kraju, chociażby z warunkami zakupów czy innych tego typu usług, jest bez przerwy naruszana i szarpana. Ogromnie się cieszę, że przewodniczący Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia rozpoczął naszą debatę od zacytowania przepięknych słów Ojca Świętego. Ciągłe jeszcze wydaje mi się, że my wszyscy do tych słów przywiązujemy zbyt małe znaczenie. I że pozostały one słowami. Otóż nie mogą dłużej być słowami, muszą zostać przekute w istotne działania i w istotne czyny, które zmieniają sytuację.

Jeszcze raz na koniec chcę powiedzieć, że pragnę państwa uczulić - sytuacja jest dramatyczna i nie mamy czasu. Nie mamy czasu nie dlatego, że grożą nam strajki, choć grożą i w służbie zdrowia, czego jeszcze nigdy nie było. Ale nie to jest ważne. Naszemu społeczeństwu grozi biologiczna katastrofa. To już jest chyba sprawa rzeczywiście najważniejsza.

Andrzej Szczypiorski

FILOZOFICZNE UWARUNKOWANIA

Dzisiejsza debata jest poświęcona problematyce służby zdrowia. Wszyscy nią jesteśmy zainteresowani, ponieważ wszyscy jesteśmy, byliśmy albo będziemy pacjentami. Będziemy w czasie tej naszej debaty mnożyć-

li najrozmaitsze pytania i szukali najtrafniejszych odpowiedzi. Dlaczego nie ma strzykawek jednorazowego użytku, dlaczego lekarze i służba pomocnicza jest źle opłacana, dlaczego brak łóżek w szpitalach, dlaczego upada kultura lecznicza w Polsce?

Ja z racji mojego zawodu i kierunku moich zainteresowań osobistych chciałbym poruszyć w ramach tej debaty problem ogólniejszej natury, który wydaje mi się jednak absolutnie rozstrzygający dla całości tej właśnie problematyki. I będę prosił, ażeby Wysoka Izba w swojej uchwałę nade wszystko na tę właśnie kwestię położyła szczególny nacisk.

Mam na myśli mianowicie światopoglądowe i filozoficzne uwarunkowania obecnego stanu zdrowotności narodu. Bez ustosunkowania się do tej problematyki będziemy zajmowali się leczeniem skutków, a nie przesłedzeniem przyczyny tego stanu rzeczy.

Wiek XX jest wiekiem wyzwania totalitarnego. Cały świat zetknął się z tym doświadczeniem historycznym, ale w naszej części Europy było ono i, niestety, jest do dzisiaj szczególnie głębokie i szczególnie niszczące. To doświadczenie totalitarne nie stanowi, jak sądzą niektórzy, rodzaju moralnej zapaści i nie jest także zdumiewającym błędem w rozwoju myśli politycznej. Osobiście uważam doświadczenie totalitarne za rozwinięcie pewnych koncepcji filozoficznych naszej cywilizacji, rozwinięcie nieuniknione i swojego czasu całkiem nawet logiczne. Nie miejsce tutaj i nie czas, ażeby szczegółowo problem ten omawiać.

Chcę jednak zwrócić uwagę Wysokiej Izby, że pewne koncepcje myślowe towarzyszyły naszej cywilizacji przez cały wiek XIX, aby w wieku XX osiągnąć niejako swoje apogeum w dwóch zdumiewająco na pozór odmiennych ideologiach i praktykach politycznych. Przy czym jedna z nich znalazła swoje ukoronowanie w sformułowaniu, którego dokonał Józef Stalin w zasadach dialektyki oraz materializmu historycznego. A druga koncepcja znalazła swoje ukoronowanie w ustawach norymberskich, a także mętnych wywodach Alfreda Rosenberga w jego "Micie XX wieku".

I o cóż tu idzie w tych na pozór tak odmiennych od siebie poglądach społecznych i ideowych? Idzie o zaprzeczenie, w XIX wieku jeszcze nie do końca uświadomione i nie do końca wyartykułowane, a w wieku XX już ostatecznie zdefiniowane. Idzie o zaprzeczenie fundamentalnej zasady całej cywilizacji europejskiej, że mianowicie osoba ludzka jest osią wszechświata.

Już nie człowiek, ale masy ludzkie stają się przedmiotem analizy, sporu i syntezy. To są narody, rasy, klasy społeczne, warstwy, są to olbrzymie organizmy, których rozwój i cele zbiorowej egzystencji rozpatruje się w długich ciągach czasowych i którym ideologie stawiają

określone zadania do wykonania w skali historycznej. I nie ma już życia jednostki, jest tylko rozwój wielkich mas.

Kilka lat temu, w godzinie szczególnej rozpaczy, w obliczu tej grozy, napisałem zdanie, które oddaje istotę mojego osobistego stosunku do tego niszczącego procesu. Napisałem mianowicie zdanie, które brzmi: "Umarł człowiek, już tylko ludzkość pozostała".

I ta ludzkość dzieli się na lepsze lub gorsze rasy, narody. Przy czym rasy lepsze palą w piecach przedstawicieli ras gorszych. I ta ludzkość dzieli się na klasy zużyte i pasożytnicze oraz takie, którym przeznaczona jest rola demiurga dziejów. I w imię bezklasowej przyszłości morduje się miliony ludzi, przy pomocy głodu albo plutonów egzekucyjnych. Wszystko to odbywa się na skalę nowoczesną, w sposób dobrze zorganizowany i planowy.

Jedna ideologia, stalinowska, jest doprowadzoną do ostatecznych logicznych konsekwencji pogańską wiarą w nieograniczone możliwości rozumu. Druga, hitlerowska - w nieograniczone możliwości woli. Obie w jednakim stopniu są zaprzeczeniem łaocińskiej, chrześcijańskiej koncepcji świata i człowieka. I nie idzie tu o Boga, lecz o stosunek do osoby ludzkiej i otaczającej ją rzeczywistości.

Europa, Wysoki Senacie, wyrosła z antyku i z chrześcijaństwa. Celem nadrzędnym cywilizacji europejskiej jest człowiek, jako całość, a zatem jego dusza i jego ciało. Antyk zostawił nam w spadku poczucie tragizmu istoty ludzkiej, chrześcijaństwo ukazało nam jej świętość.

W religiach chrześcijańskich - o czym przypominam - sam Bóg przychodzi między ludzi i staje się człowiekiem, jednym z nas, osobą ludzką z ciałą i krwi - i umiera na krzyżu.

Tragizm i świętość osoby ludzkiej jest dla cywilizacji łaocińskiej miarą i sensem egzystencji. Tu szukamy źródeł naszej godności i wolności, naszych przeznaczeń, a także naszych lęków. W pojęciu tym mieści się i świętość życia i tragizm umierania. Dotyczy to zarówno osoby ludzkiej, jak i otaczającej człowieka natury. W tym sensie w wieku XX powstał problem moralny, nazwany w teologii grzechem ekologicznym.

Systemy totalitarne w swojej praktycznej działalności społecznej i politycznej zanegowały problematykę osoby ludzkiej. Stalin mówił o ludziach jako o nawozie historii. Walter Darre pisał o budowie Tysiącletniej Rzeszy na popiołach i kościach słaabszych biologicznie osobników. A zatem nie było już człowieka, nie było osoby ludzkiej.

Nie mogło być zatem i nie może być w ramach takiego oglądu świata medycyny dla człowieka, medycyny jako wiedzy służebnej wobec jednostki.

Jako naród żyjemy szczególnie kult dla umarłych, ale jednocześnie

jesteśmy bezradnymi i bezsilnymi świadkami pogardy dla umierających.

Wiem, że Polska jest bardzo biedna, że każda dziedzina życia zbiorowego wymaga ogromnych nakładów, aby osiągnąć jaki taki europejski poziom.

Medycyna rozwija się na świecie w sposób zdumiewający, przedłuża się ludzkie życie, likwiduje się różne choroby, a także ból, który przez tyle stuleci towarzyszył istocie ludzkiej, wystawiają na straszne próby jej godność.

Tymczasem u nas wciąż jesteśmy świadkami coraz głębiej postępującej dehumanizacji medycyny. I jest to nade wszystko problem intelektualny o najwyższej doniosłości. Dopiero w dalszej kolejności jest to problem organizacyjny i finansowy. Idzie o przezwyciężenie i usunięcie z naszego życia relikwów myślenia totalitarnego, w którym nie ma miejsca dla osoby ludzkiej.

Lekarz w Polsce, aby być prawdziwym lekarzem, wiernym swojemu posłannictwu i wypełniającym swoją misję, która nade wszystko jest moim zdaniem misją duchową, musi walczyć z nieustannie piętrzącymi się przeciwnościami, właśnie typu intelektualnego, światopoglądowego. Nie wynikają te przeciwności tylko z biedy i opóźnień cywilizacyjnych, ale nade wszystko z filozofii systemu.

Ten system bowiem trwa nadal, wbrew staraniom i wysiłkom wielu ludzi z różnych obozów politycznych i ideowych naszej współczesności. To nie jest zagadnienie złej woli takich czy innych ministrów, takich czy innych decydentów, na takim czy innym szczeblu władzy. Problem jest bez porównania głębszy i bardziej dramatyczny. Wynika on bowiem właśnie z tego, o czym mówiłem, z filozofii całego systemu.

Jestem pisarzem i jestem obywatelem. Jako pisarz winienem nade wszystko upominać się o rozwój kultury, o środki finansowe na książkę, film, teatr. Jako obywatel powinienem upominać się także o mieszkania dla moich rodaków, o ich bardziej godziwy byt materialny, warunki pracy, wypoczynku.

Lecz jestem przede wszystkim po prostu człowiekiem i jako człowiek wiem, i wszyscy to wiemy, że ważniejsze od chleba, od dachu nad głową, stosunków w pracy, poematów i dzieł sztuki są kwestie zachowania naszej godności w obliczu niedostatków ludzkiego ciała, w obliczu bólu, choroby, wreszcie śmierci.

Jestem człowiekiem i dlatego powiadam, że może w Polsce brakować mieszkań, sal koncertowych, autobusów, ale nie może brakować łóżek szpitalnych, leków, środków opatrunkowych, a także słów pocieszenia przy łożu umierającego.

Lecz to jeszcze nie wszystko.

Wysoka Izbo! O dojrzałości duchowej człowieka decyduje jego stosunek do siły i do słabości. Dojrzałość duchowa człowieka wyraża się najpełniej w jego miłości, współczuciu i miłosierdziu. A zatem w stosunku do bliźniego, który jest słaby i oczekuje pomocy. I nie ma w tym nic z taniego sentymentalizmu, lecz po prostu wierność dla zasad cywilizacji, której jesteście dziećmi i spadkobiercami.

Najważniejszym punktem odniesienia tej cywilizacji jest człowiek, posiadający ciało i duszę. Wolność i godność człowieka może być realizowana tylko wówczas, gdy uznajemy jedność, niepowtarzalność i bezcennność każdej osoby ludzkiej. To jest przecież fundament naszego świata.

I od tego fundamentu trzeba rozpocząć odbudowę całej problematyki zdrowia ludzkiego w naszym kraju. Trzeba po prostu, jak wspomniałem, przevalczyć i przezwyciężyć totalitarny punkt widzenia, że ludzie stanowią masę. Trzeba pochylić się z szacunkiem, miłosierdziem i całą mądrością sztuki lekarskiej nad każdym człowiekiem słabym i cierpiącym.

Wychodząc z tego założenia, winniśmy jako Senat apelować o skierowanie wszelkich możliwych środków państwa i społeczeństwa na potrzeby ochrony zdrowia i na opiekę nad człowiekiem chorym, bowiem w koncepcji totalitarnej człowiek chory, jak zresztą wszelka słabość, jest balastem, niegodnym uwagi, starań i środków materialnych.

Ale w koncepcji chrześcijańskiej, humanistycznej i demokratycznej człowiek chory jest przedmiotem troski, szacunku i zabiegów zmierzających do przywrócenia mu zdrowia, a gdy to okaże się niemożliwe, wobec ograniczeń współczesnej sztuki medycznej, do godnej śmierci, która jest przecież aktem ostatecznego pojednania.

Maciej Krzanowski

RACHUNEK EKONOMICZNY

Trudno jest zabierać głos po tak pięknym przemówieniu, i wszyscy bardzo dziękujemy panu senatorowi.

Zdrowie według definicji WHO to stan fizycznego, psychicznego i społecznego dobrego samopoczucia. Wyraża się zdolnością do funkcjonowania, a nie tylko brakiem choroby lub niesprawności.

Z tak szerokiego pojęcia zdrowia wynika, że właściwie cała pożyteczna działalność człowieka jest działalnością dla zdrowia, dla czegoś fizycznego, psychicznego czy społecznego dobrego samopoczucia.

W moim wystąpieniu interesuje mnie zdrowie jako brak choroby, sposoby organizacyjne służące szybkiemu do zdrowia powrotowi. I tu dla ścisłości trzeba powiedzieć jeszcze o pewnych ważnych, pozamedycznych czynnikach, od których zdrowie, nawet w tym zawężonym znaczeniu,

zależy, aby móc bez unikania nieomówień temat tego referatu zawężyć jeszcze bardziej.

Obliczono, że wśród sumy wpływów różnych czynników na zdrowie, zależy ono najbardziej od nas samych. Oczywiście w sytuacji pełnej wolności co do sposobu odżywiania, trybu życia i przy racjonalnym podejściu do sprawy używek. Wpływ tego czynnika kalkuluje się na 53%. Od środowiska naturalnego i społecznego w 21% i tylko w 10% od instytucji medycznych. Instytucje medyczne działają bowiem na zasadzie straży pożarnej, wkraczają, gdy już się pali, ratują życie, przywracają zdolność do pracy, ale nie zawsze rezultaty są pełne.

W tak powszechnej chorobie naszych czasów, jaką jest miażdżyca, roczniki statystyczne zanotowały spadek zgonów z powodu choroby wieńcowej w USA nie wtedy, gdy wprowadzono nowe, ratujące życie metody leczenia, ale gdy zmniejszył się odsetek palaczy papierosów w społeczeństwie, gdy upowszechniły się zasady określonego trybu życia i odżywiania.

Dzięki temu obliczono, że w roku 1985 nie umarło w USA z powodu choroby wieńcowej w stosunku do liczb spodziewanych 800 tys. ludzi. Warto o tym pamiętać, gdyż przy w pełni zasadnych zastrzeżeniach Polaków do opieki, jaką darzy ich służba zdrowia, nie powinni zapominać, że jakże często nie korzystają z prostych możliwości, jakie leżą w ich rękach.

Mam jednak mówić o organizacji usług medycznych, bo to ich dostępność lub brak dostępności, ich poziom decyduje o tym, jakie jest nasze poczucie zagrożenia, gdy ulegamy wypadkowi, gdy zjawia się choroba. Wiemy, że obywatele Polski stając w obliczu choroby, co wszędzie na świecie jest jakimś dyskomfortem, czasem nieszczęściem, narażeni są na stresy dodatkowe, bo na termin przyjęcia do specjalisty lub szpitala trzeba czekać, bo o zapisany lek trzeba pytać po dostawie towaru, a od pewnego czasu wcale nie przychodzi, bo tu nieczynny rentgen aż do odwołania itd.

Ludzie, dla których wszystkie ważne życiowe sprawy stały się nagle nieważne, bo w życie ich lub ich bliskich wkradła się choroba i jedyną prawdziwą wartością byłoby znów do zdrowia powrócić; ludzie ci mają poczucie, że czas płynie, a oni nie otrzymują pomocy i że żyjąc w innym kraju może byliby już zdrowi.

U najuczciwszych pojawiają się wtedy myśli, jak skorzystać z nieformalnych sposobów załatwienia sobie dojścia do właściwych źródeł. Z badań Halika wynika, że w roku 1980 w Warszawie 25% osób korzystających z usług lecznictwa otwartego korzystało zeń poprzez kontakty nie-

formalne, a używając sposobów nieformalnych dostało się do szpitala 39% osób badanych. Jedna trzecia spośród tych ostatnich za przyjęcie zapłaciła. 15% osób wykorzystało swoje możliwości służbowe. Itd.

A tymczasem są kraje, w których Konstytucji nie ma wzmianek o tym, że państwo zapewnia obywatelowi opiekę medyczną, ale ta opieka po prostu jest. W Polsce poświęca się na zdrowie około 5% dochodu narodowego. Przypomnę dla przykładu, że procent ten wynosi w krajach Zachodu, a też w Bułgarii, Czechosłowacji, od 8 do 15%.

Warto dodać, że też i podstawa, to jest dochód narodowy wielu z tych krajów jest znacznie większy niż w Polsce. Liczby te w sposób realny wskazują, jaki jest pułap możliwości naszej służby zdrowia, choć nawet ten pułap z przyczyn organizacyjnych nie jest praktycznie osiągalny.

Liczby te uwiadozniają pewnego rodzaju niemoralność naszego systemu, dysproporcję konstytucyjnych zapewnień i przewidywanych na ich realizację środków. Dysproporcję nawet jak na warunki naszej biedy istotną, co wynika choćby z porównania płac w resorcie służby zdrowia i resorcie Ministerstwa Obrony Narodowej.

Przyglądając się naszej służbie zdrowia można zauważyć, że choć z jednej strony biedna, to z drugiej rozrzutna. Kształci bezpłatnie lekarzy dla RFN; wykorzystuje łóżka szpitalne można powiedzieć w 50%, bo około dwa razy dłużej trwa średni czas pobytu w szpitalu w Polsce niż np. w USA. Nie zapewnia leków w dostatecznej ilości, a jednocześnie - to mogą państwu z własnych obserwacji powiedzieć - w szufladach polskich domów leżą w tej chwili tony różnych witamin, kartoniki z roz-poczętymi ledwo antybiotykami itd. Tubki zaczętych lub nie zaczętych maści. Często są to leki takie same, z czego wniosek, że odbiera się z apteki leki w domu już posiadane.

Niepełne zaopatrzenie w leki jest przyczyną jakże często konieczności wyboru droższych metod leczenia, niejednokrotnie nie tylko droższych, ale i mniej właściwych. Np. w okresie braku podstawowej penicyliny leczymy w szpitalu pneumokokowe zapalenie płuc znacznie droższą i mniej ku temu stosowną, ale akurat posiadaną karbenicyliną.

Nie jest stosowany rachunek ekonomiczny używanych metod leczenia, choć w krajach znacznie od nas bogatszych bada się i stosuje rozwiązania ekonomicznie najlepsze. Choć tu jednocześnie podkreślić, że wbrew obawom, które w tej chwili być może u słuchających to co mówię się rodzą, rozwiązania ekonomiczne, jeżeli bierze się w obliczeniach pod uwagę czas życia, nawroty choroby, niezdolność do pracy, ewentualnie inwalidztwo - to rozwiązania ekonomicznie zasadne są jednocześnie roz-

wiązaniami dla chorego najkorzystniejszymi.

Z nielicznych studiów ekonomicznych medycyny w Polsce przytoczę dla przykładu, że uruchomienie badań masowych kobiet celem wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w połowie lat osiemdziesiątych pozwoliło wykrywać wczesne postacie nowotworów kosztem ówczesnych 230 zł na jeden przypadek choroby, podczas gdy koszt leczenia, inwalidztwa itd. nierozpoznanego dość wczesnie przypadku wynosił wtedy 2,5 do 3 mln zł.

Można użyć tu też przykładu strzykawek jednorazowego użytku, poruszonego przez dr Brzezińskiego i doc. Kuratowską. Można obliczyć kosztem ilu strzykawek można zapobiec jednej żółtacze zakaźnej, chorobie, która prowadzi czasem do inwalidztwa lub zgonu, do raka wątroby czy przewlekłego zapalenia wątroby.

To, że nie szukamy w Polsce rozwiązań ekonomicznych wynika z braku instrumentów, które stymulowałyby racjonalne wykorzystanie zasobów kadrowych i materialnych, a więc wyboru tańszych, choć skutecznych metod diagnostycznych i leczniczych.

Służba zdrowia w Polsce jest bowiem utrzymywana z budżetu centralnego. Tak to ma miejsce we wszystkich krajach bloku socjalistycznego, ale też w kilku krajach kapitalistycznych, m.in. w Wielkiej Brytanii i Szwecji. Jest interesujące, że finansowanie z budżetu przejawia się w niższym poziomie usług, we wspomnianych krajach Zachodu, w porównaniu z podobnymi bogatymi krajami, też zachodnimi. Wywołuje to zresztą w tych krajach ostatnio krytyki i nawoływania do powrotu, do zmiany metody finansowania.

W Szwecji czeka się na operację zaćmy czy na endoprotezę stawu biodrowego około roku; w RFN, Francji czy Austrii nie czeka się. Po prostu w Szwecji lekarz żyje z pensji, w RFN z tego, co zarobi. Od strony pacjenta nie ma różnicy, gdyż opłata za usługi medyczne jest płacona za niego przez kasę chorych, towarzystwo ubezpieczeniowe.

Można przeto z uznaniem ocenić wyniki prac podzespołu do spraw zdrowia przy "okrągłym stole", którego protokół końcowy postuluje, że docelowy model opieki zdrowotnej w Polsce będzie w zakresie źródeł finansowych modelem ubezpieczeniowym.

Został już przygotowany przez komisję porozumiewawczą solidarnościowo-ministerialną projekt, który w ogólnym swym zarysie zasługuje moim zdaniem na akceptację. Przypomnę: potrzeby ogólne służby zdrowia, tak jak kształcenie kadr medycznych, Sanepid, masowe akcje profilaktyczne byłyby nadal finansowane z budżetu. Profilaktyka i terapia uzależnień - z Funduszu Zdrowia powstającego z dopłat do papierosów i alkoholu.

Lecznictwo natomiast byłoby finansowane z Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych, powstającego ze składek obywateli. Wysokość składki, gdyby przyjęć aktualny poziom finansowania, wynosiłaby 10% naszych poborów, emerytur czy dodatków rodzinnych. Sądzę, że należałoby podnieść ją do 15%. Uważam, że należałoby podnieść wszystkie wypłaty o takiż procent i następnie odebrać je w formie składki ubezpieczeniowej.

Ludzie nic na tej operacji nie straciliby, ale psychologicznie korzystne byłoby poczucie obywateli, że tego ubezpieczenia nikt im nie ofiarował.

Reforma zaleca pełną samodzielność, samorządność i samofinansowanie się wszystkich zakładów świadczących usługi medyczne. Zakłada również równouprawnienie sektorów. Zasady te powinny poprawić wykorzystanie potencjału ludzkiego. Odpowiedni układ cen działałby stymulująco na skracanie się czasu pobytu w szpitalu i jak najlepsze wykorzystanie łóżek.

W tym systemie okazałoby się, że za cenę jednego łóżka szpitalnego można i warto wybudować 3 łóżka w zakładzie dla "chroników", którzy są w tej chwili problemem każdego polskiego szpitala.

Opłaciłoby się usunąć wąskie gardła diagnostyczne w naszych szpitalach, przedłużające czas średniego pobytu w szpitalu, zatrudnić i lepiej opłacić większą ilość personelu. Dzisiaj część łóżek szpitalnych w Polsce w sposób bezwzględny czy względny nie funkcjonuje z powodu braku kadry. Te wszystkie zabiegi są znacznie tańsze, niż budowanie nowych łóżek szpitalnych.

Najpoważniejszym zastrzeżeniem, jakie można wysnąć pod adresem przygotowanego projektu reformy, jest jego zbyt rozwlekły harmonogram wdrażania. Zakłada on, że już od 1 stycznia 1991 roku wszystkie zakłady służby zdrowia zostaną objęte formą rozrachunku gospodarczego. Ale że dopiero od 1 stycznia roku 1993, czyli o dwa lata później, miałyby być utworzony Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych, czyli uniezależnienie się służby zdrowia od państwowej kiesz.

Sądzę, że pełna reforma powinna zostać wdrożona za półtora roku, to jest 1 stycznia roku 1991. Sądzę też, że pożytecznym byłoby ponownie utworzenie Banku Ubezpieczeń Społecznych, który przejąłby również obsługę finansową placówek zdrowia. Obecność takiego banku byłaby szczególnie potrzebna w okresie rozruchu nowego systemu ekonomicznego. Bank, jego możliwości kredytowe, byłby gwarantem, że zmiana systemu w tej jakże newralgicznej sferze naszego życia nie napotka na zakłócenia.

Na koniec chciałabym podkreślić, że proponowana reforma służby zdrowia, mająca między innymi na celu jej decentralizację, korespondu-

je z dążeniem do oparcia władzy w Polsce na samorządach terytorialnych.

Roman Ciesielski

SZKOLNICTWO MEDYCZNE

W debacie o służbie zdrowia najważniejsza jest relacja tych służb wobec człowieka, a więc sprawy ludzkie. Sprawy przygotowania, sprawy wykształcenia może wydają się drugorzędne, ale sądzę, że nie może ich tu brakować i dlatego pozwolę sobie poruszyć sprawy wyższego szkolnictwa medycznego i nauk medycznych. Ze sprawami tymi miałem kontakt i mogłem się zapoznać w okresie pełnienia funkcji przewodniczącego Rady Głównej Nauki i Szkolnictwa Wyższego, w której też skoncentrowane było szkolnictwo medyczne.

Państwo na pewno wie, że układ organizacyjny szkolnictwa wyższego jest taki, że podlega ono resortowi zdrowia i opieki społecznej. W takim układzie jest też szkolnictwo wojskowe, które podlega resortowi MON, szkolnictwo wyższe kultury fizycznej podlega swemu resortowi, wyższe szkolnictwo artystyczne resortowi kultury. Pozostałe szkoły podlegają Ministerstwu Edukacji Narodowej.

Ta specyfika być może jest i słuszna, ale pociąga za sobą różne konsekwencje, nie wszystkie korzystne. Wybocowanie szkół wyższych z tego grona, z tego trzonu, jest wielokrotnie kwestionowane. Między innymi mówi się, że Akademii Medyczne powinny wrócić do uniwersytetów tak, jak to było kiedyś, i stanowić silne wydziały uniwersyteckie; tak zresztą jest zagranicą. Przecież Akademia Medyczna na przykład krakowska, to jest były wydział medyczny Uniwersytetu Jagiellońskiego.

A dlaczego tak lepiej? Dlatego, że jest związek z naukami podstawowymi, które w coraz większym stopniu wpływają na wykształcenie dobrego lekarza.

Mówiąc o tym, chciałbym krótko zastanowić się nad odpowiedziami na te pytania, po pierwsze - czy nasz potencjał kształcenia kadr z wyższym wykształceniem jest w Polsce wystarczający, czy kształcimy dobrze, czy wystarczającą liczbę osób, no i jakie są sprawy związane z nauką, medycyną, naukami medycznymi.

W Polsce istnieje 12 Akademii Medycznych, ale system ten jest uzupełniony przez terenowe tak zwane instytuty medycyny klinicznej, które mają prawa wyższych lat szkół wyższych. Sądzę, że ten potencjał jest wystarczający, musi być tylko właściwie spożytkowany.

Czy nabór studentów jest wystarczający? Powiedział mi ktoś złośliwie, że im więcej wykształcimy, tym więcej wyjedzie zagranicę. Być może, ale to jest sprawa chwilowa. Nam nie wolno rezygnować z tego,

byle by tylko to wykształcenie było właściwe.

Czy ten system wykształcenia jest właściwy? Optymalizujemy to wykształcenie i sądzę, że na tym polu dzieje się wiele. Ale także wiele błędów popełnia się na skutek niedoskonałości ludzi lub po prostu złej pracy.

Już sam nabór na studia wzbudzał do niedawna spore zastrzeżenia; w tej chwili wydaje mi się, że jest on właściwy. Chociaż kryteria tego naboru dopiero teraz niedawno uzupełnione były o pewne sprawy związane z predyspozycją psychiczną i fizyczną kandydata, co w moim przekonaniu jest niezwykle ważne; do tego trzeba dodać także predyspozycje etyczne.

Sam system kształcenia musi być związany z późniejszym kształceniem dla praktyki medycznej specjalistycznej. I tu mamy bardzo dobre tradycje - Medyczne Centrum Podyplomowe, które kształci lekarzy. Poza tym wydaje się, że swoją rolę w kierunku specjalizacji odgrywają także instytuty specjalistyczne Polskiej Akademii Nauk oraz resortu MZiOS.

Sądzę, że w przyszłej ustawie o szkolnictwie wyższym powinny znaleźć się odrębności szkół medycznych, ale to są już sprawy szczegółowe.

Natomiast to co wiąże szkoły medyczne - i co jest niezwykle ważne - z innymi szkołami wyższymi - a tam szczególnie występuje - to jest utrzymanie samorządności, autonomii w tych uczelniach, wymagań fachowych, ale także etycznych.

To nie tylko sprawy deontologii lekarskiej, to sprawy etyki na co dzień. Wydaje mi się, że pod tym względem nie wszystkie uczelnie spełniają te wymagania, jak byśmy chcieli. Zresztą wynika to w ogóle z sytuacji szkolnictwa wyższego w Polsce; o tym mówił jeden z przedmówców, czy pani Marszałek mówiła, jak to gospodarzy się kadrami, kto ma na to wpływ, to wszystko musi ulec zmianom.

Jak teraz wyglądają sprawy bazy tych szkół? Wydaje mi się, że jest ona bardzo zła. I pod tym względem te wszystkie boleści nie różnią się od tego, co cechuje kryzysową sytuację innych szkół wyższych.

W Akademiach Medycznych to się jednak szczególnie uwidacznia. Odbierają to nie tylko pracownicy tych szkół, ale i pacjenci z klinik. Wydaje mi się, że pod tym względem są bardzo duże zaniedbania i przyłączam się do tych wszystkich wniosków, które mówią, że trzeba na to o wiele więcej środków, nawet w tym, co w tej chwili się u nas dzieje, sytuacji kryzysowej.

Zwraca się uwagę na to, że pewne resorty bogatsze budują sobie swój system opieki medycznej i świetnie wyposażone są szpitale resortów Ministerstwa Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, natomiast brak jest tych środków dla szpitali ogólnej obsługi. Postuluję, żeby

te sprawy jakoś wyrównać.

Wreszcie sprawy nauk medycznych. Sądzę, że pod tym względem nauki polskie nie mają złej sytuacji, a potrzebny jest rozwój istniejących instytutów dlatego, że medycyna coraz więcej wiąże się z innymi naukami. Nie tylko z naukami biologicznymi, ale z naukami ścisłymi i nawet z informatyką, matematyką, a także naukami technicznymi i nawet naukami rolniczymi.

Mogę tu wspomnieć choćby o takich dobrych osiągnięciach polskich, jak w Instytucie Podstawowych Problemów Techniki Polskiej Akademii Nauk, w zakresie akustyki medycznej, czy też w Instytucie Inżynierii Biomedycznej PAN. Są to osiągnięcia znane nie tylko w Polsce, ale w całym świecie. Trzeba ten nurt utrzymać nie tylko przez finansowanie, ale przez utrzymanie także tego dobrego klimatu naukowego, jaki tam panuje.

Na koniec chciałbym podać jeszcze jedną uwagę. Sądzę, że za mało w naszej debacie mówi się o sprawach profilaktyki i także sprawach, które może nie związane są z systemem już leczenia klinicznego, ale sprawami rehabilitacji, sprawami właściwej organizacji życia, żywienia, sprawami po prostu profilaktyki. Sądzę, że te sprawy powinny się znaleźć także w systemie kształcenia. One w tej chwili są w Akademjach Wychowania Fizycznego. Należałoby się zastanowić, czy to jest układ optymalny.

Jeśli chodzi natomiast o wyższe szkolnictwo medyczne, to, pomijając tu pewne uwagi szczegółowe, chciałbym to zawrzeć w takich dwóch wnioskach. Należy dbać o wyższe szkolnictwo medyczne, jego poziom naukowy, poziom dydaktyczny, ale także jego atmosferę akademicką, atmosferę rzetelności zawodowej, rzetelności etycznej. Jest to bowiem specyfika tego zawodu i jeżeli tę rzetelność etyczną złamiemy, może dojść do wielu wypaczeń. Niestety, takie już są, ale sądzą, że właśnie szczególnie w służbie zdrowia być nie powinny.

Tak więc w naszym końcowym wniosku z debaty powinno się także znaleźć poparcie dla wszystkich tych działań, które utrzymują Akademię Medyczną, utrzymują ich poziom i w ten sposób pozwalają na przygotowanie kadry z wyższym wykształceniem, która jest kierującą i od której oczywiście zależy już nie tylko poziom polskiej medycyny, ale także sprawy organizacyjne, no i sprawy te najważniejsze, od których zacząłem i którymi kończę, to jest sprawy stanu służby zdrowia, nie tylko służby zdrowia, ale stanu zdrowia obywateli polskich i sprawy właściwych usług, tak to nazwę, medycznych w Polsce.

August Chełkowski

SKAŻENIE ŚRODOWISKA

Do wszystkich uciążliwości, o których mówił m.in. pan przewodniczący Komisji, pani senator Kuratowska i inni mówcy, których skutkiem jest pogarszający się stan zdrowia społeczeństwa i stałe malenie średniej długości życia w kraju, dodać trzeba przyczynę niebagatelną - skażenie środowiska. Wdychamy zatrute powietrze, pijemy zatrutą wodę, spożywamy zatrutą żywność.

Jaskrawym przykładem tej ostatniej może być stan produktów mleczarskich, w których znajdują się liczne zanieczyszczenia z wszystkiego; powietrza, wody i gleby, a których nikt poza obywatelami PRL kupić nie chce, nawet w Bangladeszu.

Jak traktuje nas władza, może ilustrować fakt, że spala się u nas na przykład najgorsze gatunki węgla, najbardziej szkodliwe dla środowiska, a eksportuje najlepszy. Fetysz dolara przewyższa wszystko, nawet zdrowy rozsądek.

Dalej - żelbetonowe bunkry, które u nas nazywa się mieszkaniami, nie tylko nie są z najzdrowszych materiałów budowlanych, są kiepskimi izolatorami powodującymi ogromne straty energii grzewczej. Ale istotne jest jeszcze to, że przy produkcji cementu zanieczyszczenie środowiska jest ogromne. Dodajmy do tego żelazo, które otrzymuje się też w warunkach gorszych, jeżeli nie takich samych, a ponadto ogromne marnotrawstwo materiałowe w budownictwie. Jedni twierdzą, że 30% się marnuje, inni mówią, że aż 50, a to wszystko zużywa ogromne ilości energii, której wytwarzanie jest tak zanieczyszczeniogenne. I dodajmy fakt, że betonowane środowisko daje zniszczenia nie odwracalne - jawi się obraz zaiste apokaliptyczny.

A przecież buduje się dziś nie tylko, zresztą nie od dziś, znacznie taniej i zdrowiej. Ale u nas cegielnie zlikwidowano, a drzewo eksportuje się. W tym żeby było ciekawiej - do Szwecji. A przecież drzewo i cegła to są właśnie najzdrowsze i najtańsze materiały budowlane, a nadto znacznie ekonomiczniejsze pod względem kosztów ogrzewania. No i budownictwo takie nie tylko jest zdrowe, nie powoduje takich nieodwracalnych zmian w środowisku.

Jak dotąd mamy praktycznie niewielki wpływ na przeciwdziałania dewastacji środowiska. Jesteśmy w znacznym stopniu bezsilni wobec praktyk władz w tym zakresie. Decyduje zawsze wola wyższej instancji, rząd praktycznie może nas dowolnie zatruwać.

Praktyka pokazuje, że w tym zakresie niemal nic praktycznie się nie zmieni tak długo, jak długo decyzje o zagospodarowaniu środowiska,

podważalne jedynie przez sądy niezawisłe, nie będą spoczywały w ręku mieszkańców, w ręku ich samorządów. Jeśli to nie nastąpi, to szczególnie w aglomeracjach wielkoprzemysłowych grozi nam już w niedługim czasie, to co stało się na Ukrainie, chociażby w Zagłębiu Donieckim, gdzie już zieleń zniknęła, a średni czas życia obniżył się o 10 lat w stosunku do reszty mieszkańców z innych okręgów.

Nie mieli praktycznie możliwości obrony ci, których uśmiercano w komorach. W podobnej sytuacji byli uśmierceni w Gułagach, przez nie-dożywanie i katorżniczą pracę. Ale dziś uśmierca się nas powoli, systematycznie i to w imię humanizmu, rzekomej niemalże ojcowskiej troski o nas.

Panowie ojcowie decydenci, którzy macie się za naszych dobroczyńców, osieroćcie nas wreszcie z tej troski, siebie uwolnijcie z tego ojcostwa. Pozwólcie, że sami będziemy decydowali o tym, co dla nas jest najlepsze.

Na koniec pozwolę sobie wyrazić pogląd, że nie tylko należy ograniczyć niszczycielskie możliwości nieodpowiedzialnych decydentów, ale przede wszystkim obciążyć kosztami na służbę zdrowia, wynikłymi z chorób powstałych wskutek skażenia środowiska, naszych licznych trucicielii. A jeśli to niemożliwe, to przynajmniej to wszystko razem zbilansować. Może wreszcie władze zrozumieją, że wiele osiągnąć jest pozornych, że się po prostu wiele już nie opłaca.

Wnioski nasuwają się same, przynajmniej kilka:

- Znacznie ograniczyć budownictwo mieszkaniowe z tych nie nadających się do budownictwa materiałów.

- Nie eksportować potrzebnych w kraju surowców, takich jak chociażby drzewo czy dobry węgiel. No i zrobić bilans zysków i strat wynikających z istnienia zakładów przemysłowych powodujących uciążliwość dla środowiska.

Edward Pyziołek

POMOC SPOŁECZNA

Reforma opieki zdrowotnej pociąga za sobą konieczność zreformowania równoległej sfery działania resortu zdrowia, jakim jest system pomocy społecznej.

Pogłębianie się zjawisk pauperyzacji, wzrost zagrożeń stanu zdrowia społeczeństwa, wzrost ilości ludzi niepełnosprawnych od urodzenia, inwalidów, może w niektórych kategoriach rodzin nabrać cech wielopokoleniowej trwałości.

Dotychczasowa polityka społeczna i gospodarcza spowodowała, że ilość

rodzin wielodzietnych oscyluje w kierunku rodzin mniej zamożnych, niż tych o wyższym standardzie - jak na nasze warunki - materialnym.

Sytuacja taka zmusza do tego, aby pomoc społeczna była szczególnie poważnie potraktowana w naszej debacie, tym bardziej, że reformy gospodarcze przeprowadzone w stylu rozpacziwym niosą dalsze zagrożenia ekonomiczne i zapatrzeniowe ludności.

Senacka Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia za podstawę dalszych prac przyjmuje protokół ustaleń podzespołu "okrągłego stołu" do spraw reformy pomocy społecznej i opracowanie pod tytułem: kierunki reformy systemu pomocy społecznej, autorstwa dr Joanny Staręgi-Piasek, mgr Tomasza Kaźmierczaka i mgr Marty Łuczynskiej.

Pomoc społeczna, jak wynika z definicji w powyższych opracowaniach, to system działań kompensacyjnych, promocyjnych, profilaktycznych, strzegący możliwości do samodzielnego funkcjonowania i co ważniejsze, uczestniczenia w życiu społecznym jednostkom, rodzinom, grupom społecznym będącym w trudnej sytuacji życiowej, której nie mogą przezwyciężyć przez wykorzystanie własnych środków, możliwości i uprawnień.

Tak zrozumiane zadania systemu pomocy społecznej wymagają stworzenia warunków organizacyjnych, finansowych i prawnych. Zmiany tych struktur polegać będą na decentralizacji i podniesieniu skuteczności funkcjonowania podstawowych instytucji życia zbiorowego, w konsekwencji do przyjęcia odpowiedzialności za przypisywane zadania.

Nie może się zdarzyć tak, jak dotychczas, że do izb przyjęć szpitali trafiają chorzy skrajnie zaniedbani, w okresie letnim odwodnieni, z odleżynami wypełnionymi czerwiami; w okresach zimowych natomiast ludzie starsi, niedożęzni z ogromnymi odmrożeniami, przy funkcjonującej u nas pomocy społecznej. Wymaga to ścisłej integracji z podstawową opieką społeczną. Praktycznie polegałoby na tym, że działy służb społecznych w ZOZ-ach przekształciłyby się na ośrodki pomocy społecznej i pracy socjalnej w gminach, dzielnicach i miastach.

Kierownik takiego ośrodka byłby uprawniony przez organy samorządu terytorialnego do rzeczywistego gospodarowania funduszami pomocy społecznej tak, aby były one właściwie rozdzielone i zależały tylko od potrzeb, a nie innych czynników.

Wojewódzkie ośrodki opiekuna społecznego i komórki do spraw opieki i pomocy społecznej wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich utworzyłyby wojewódzkie zespoły pomocy społecznej, eliminując dotychczasowe niezależności kompetencyjne.

Zmiany powinny doprowadzić do rozszerzenia asortymentu świadczeń i stworzyć nowe formy świadczeń usługowych, traktowanych dotychczas

marginalnie. Dotyczy to szczególnie rodzin dysfunkcyjnych, bezdomnych i inwalidów; zorientowanie działań na rodzinę, a nie na poszczególnych jej członków, doprowadzi do elastyczności działań w zależności od potrzeb lokalnych, szczególnie uwzględniających zaniedbania, jakie są w tej chwili w środowisku wiejskim.

Zreformowana pomoc społeczna finansowana powinna być ze środków pochodzących z budżetu centralnego, budżetów terenowych oraz fundacji i funduszy celowych.

Niezbędne jest przekształcenie zasiłków stałych i zasiłków dla inwalidów od urodzenia - w rentę socjalną, finansowaną z budżetu centralnego.

Państwowe domy pomocy społecznej, cierpiące w tej chwili na niedostateczną ilość miejsc i niedostateczne warunki bytowe, podporządkowane byłyby wojewódzkiemu zespołom pomocy społecznej.

Mała ilość miejsc w domach opieki społecznej rzutuje na zajmowanie łóżek szpitalnych. Siłą rzeczy pacjent oczekujący na miejsce w domu pomocy społecznej musi być hospitalizowany.

Z drugiej strony inicjatywy społeczne wielu organizacji i stowarzyszeń napotykają na ogromne trudności administracyjne i biurokratyczne, czego przykładem są afery z hospicjami, schroniskami dla bezdomnych oraz wiele lat trwająca walka o lokalizację pod budowę domu lekarza seniora. Obawiam się, że fundusze zgromadzone na te cele wystarczą już nie na miejsce w tym domu, ale na śpiwory.

Konieczne są też działania Senatu wspierające rozwój towarzystw charytatywnych, kościelnych, zakonnych, prywatnych, tak skutecznie zniszczonych w imię ideologii komunistycznej, a mających tak doniosłe znaczenie nawet w okresie okupacji.

Do chwili obecnej pomoc społeczna, praktycznie rzecz biorąc, pozostawiona jest regulacji ustawowej, precyzyjnie definiujących prawa obywateli do pomocy społecznej oraz obowiązki państwa i poszczególnych jego organów w tym zakresie. Przeważająca część tych przepisów, na których opiera się funkcjonowanie pomocy społecznej, ma bardzo niską rangę i nie stanowi systemu spójnego. Konieczne jest zatem przygotowanie ustawy o pomocy społecznej, odpowiadającej obecnym i przyszłym potrzebom.

Wiele aktów prawnych wymaga już zmian natychmiastowych, jak Kodeks Rodzinny, ustawa emerytalna, prawo budżetowe, aż do ustawy o powszechnym obowiązku obrony, na mocy którego cytuję: źródłem wspierania rodzin żołnierzy odbywających służbę wojskową, są świadczenia z pomocy społecznej.

Nawet najlepsza organizacja i przepisy nie zastąpią pracowników

pomocy społecznej. Sytuacja płacowa, podobnie jak w służbie zdrowia, powoduje to, że od lat obserwuje się odpływ kadry. Wymogi profesjonalizacji opieki społecznej i zreformowania systemu przejściowo pogorszą tę sytuację, ponieważ niezbędne jest, aby kierownicze funkcje obejmowały osoby posiadające odpowiednie kwalifikacje zawodowe, staż pracy i odpowiednią opinię środowiska, np. Polskiego Towarzystwa Pracowników Socjalnych. Dotyczy to również takich organizacji jak PCK i PKPS. Ludzie, którzy nie sprawdzili się na innych stanowiskach, są właśnie tam kierowani.

Pracownicy socjalni muszą mieć zapewniony rozwój możliwości kształtowania etosu i kultury swojego zawodu tak, aby był on w opinii społecznej równy rangą innym zawodom medycznym. Wymaga to przyspieszenia rozwoju kształcenia na poziomie zawodowym, weryfikacji programów na wydziałach pracowników socjalnych przy medycznych studiach zawodowych, a także rozwoju kształcenia na wyższym poziomie.

Pracownikom socjalnym wreszcie powinna być zapewniona ochrona praw przewidziana w przepisach prawa, tak jak dla funkcjonariuszy państwowych, oraz uprawnienia do załatwiania spraw związanych z wykonywaniem czynności służbowych, aż po możliwość pełnomocnictwa w sądach cywilnych i rodzinnych.

Podstawowe "kierunki systemu reformy pomocy społecznej" Komisja Polityki Społecznej i Zdrowia uważa za dobrą podstawę do opracowania projektu ustawy o pomocy społecznej i proponuje, aby autorów opracowania powołać na ekspertów Senatu. Ustawa powinna wpłynąć do łaski marszałkowskiej do końca 1989 roku.

Drugą sprawę, którą chcę dotknąć, to jest uświadomienie wszystkim, że zdrowie jest również czynnikiem ekonomicznym. Tylko zdrowy i zadowolony człowiek może wytwarzać dobra materialne, kulturalne. Natomiast dotychczas za ten stan rzeczy byli obarczani lekarze i resort zdrowia.

Inną sprawą, którą musimy sobie uprzytomnić i uzmysłowić, to jest odpowiedzialność za zdrowie człowieka. Lekarz dopuszczający się zaniedbania słusznie jest uważany za człowieka nieetycznego, a nawet pociągany do odpowiedzialności karnej. Decydent, od którego zależy stan funkcjonowania placówek służby zdrowia, stan zatrucia środowiska i wiele innych zagrożeń, nie ponosi żadnej odpowiedzialności. Nawet tej moralnej.

Orzeczenie Trybunału Konstytucyjnego stwierdza niezbicie, że lekarze od 1975 r. byli i są traktowani przez Rząd niezgodnie z Konstytucją i z kodeksem pracy. Są wyjęci spod tych praw. Tymczasem elita sprawująca kierowniczą rolę i rządząca krajem korzysta z nienależnych jej przywilejów. Ma własną służbę zdrowia i dobre warunki.

Następnym nieporozumieniem jest - co nam często się zarzuca - że lekarze walczą o poprawę warunków pracy dla siebie. Jeżeli zajdzie potrzeba, pracować będziemy nawet pod namiotami. Nam chodzi o godziwe warunki leczenia chorych, a niejednokrotnie o zapewnienie warunków godziwego umierania, bo wszystkim nam to grozi.

Stefania Hejmanowska

PRZEMYSŁOWA SŁUŻBA ZDROWIA

Rozpatrując zagadnienia służby zdrowia, nie sposób nie zająć stanowiska wobec problemów związanych z ochroną i opieką zdrowotną nad zatrudnionymi, a więc spraw dotyczących przemysłowej służby zdrowia.

Z zawodu jestem technikiem chemikiem, długoletnim pracownikiem zakładów chemicznych "Stilon", działaczem związku zawodowego "Solidarność". Dlatego też czuję się zobowiązana do zabrania głosu w imieniu milionów ludzi zatrudnionych w przemyśle, wytwarzających dochód narodowy.

Za najpilniejszą sprawę uważam sprawę całkowitej niezależności pracowników przemysłowej służby zdrowia od dyrekcji, administracji przedsiębiorstwa. Polegać ma ona na pełnej niezależności służbowej i finansowej fachowych pracowników medycznych od dyrekcji przedsiębiorstwa.

Podstawowa pensja lekarza zakładowego w obecnej chwili płacona jest przez resort służby zdrowia, który powinien zapewnić pracownikom medycznym godne pobory, zgodne z nakładem pracy. Nie znaczy to, że dyrekcja przedsiębiorstwa nie ma partycypować w utrzymaniu placówek służby zdrowia.

Natomiast jeśli chodzi o wszelkiego rodzaju premie, dodatki różnej wysokości, zależne od własnego uznania dyrekcji przedsiębiorstwa, które do dzisiaj wypłaca, a które powodują podległość lekarza względem dyrekcji, pozostawiając dużą możliwość manipulacji - to trzeba przypomnieć, że są one sprzeczne z zaleceniem MOP w tej sprawie.

Druga sprawa, to działania profilaktyczne, zapobieganie chorobom zawodowym, między innymi alergii, pylicy, głuchocie. zylakom, nadciśnieniu, skoliozie.

Podstawowa praca lekarza zakładowego, a więc badania profilaktyczne nie spełniają swojego zadania, a to z wielu przyczyn. Jedną z nich jest rozpoznanie chorób zawodowych. Może ono nastąpić tylko wtedy, gdy dział higieny właściwego wojewódzkiego Sanepidu stwierdzi przekroczenie norm czynników szkodliwych w środowisku. Tymczasem tylko niewielki odsetek, bo około 10% stanowisk pracy spośród zagrożonych, bada się systematycznie pod kątem istniejących szkodliwości.

Mało tego - nie wszystkie województwa zatrudniają inspektorów higieny pracy, dlatego też badania stanowisk pracy wykonuje się praktycznie raz na kilka lat, albo nie wykonuje się ich wcale.

Poza tym wyniki badań są fałszowane lub ich wykonywanie jest błędne. Losowa weryfikacja wiarygodności badań środowiskowych wykazała, że 44% oznaczeń wykonywanych przez pracowników pionu higieny pracy była błędna. Były stacje, w których 75% wyników było błędnych, a tylko dwie miały 100-procentową wiarygodność wyników.

Dane te i inne, którymi dysponuje Instytut Medycyny Pracy w Łodzi, przechodzą najsmielsze oczekiwania. Nie jest to tylko błąd sprawozdawczy, jest to przestępstwo skierowane przeciwko zdrowiu i życiu.

W Polsce prawie 2,5 mln ludzi pracuje na stanowiskach zagrożonych zdrowotnie. Dla 4 mln praca jest trudna i wymaga dużego wysiłku fizycznego, a lista zawodów i prac, których wykonywanie powoduje po kilku latach nieodwracalne skutki zdrowotne, prowadzące do zmiany pracy, wynosi kilkaset pozycji.

W najtrudniejszej sytuacji znajdują się kobiety, pracownice przemysłu odzieżowego i włókienniczego, na ironię zwanym "lekkim", które narażone są częściej na szkodliwe czynniki fizyczne, niż toksyczne. Przemysł włókienniczy i odzieżowy skupia 64,4% ogółu przypadków narażenia zawodowego w tym dziale gospodarki.

Tak więc tylko co trzecia osoba pracująca w przemyśle włókienniczym i odzieżowym nie jest ekspozowana na działanie szkodliwych czynników w środowisku pracy. Od 30 do 40% więcej miejsc pracy obsługiwanych przez kobiety niż mężczyzn, stanowi zagrożenie dla zdrowia. Choroby zawodowe kobiet stanowiły w pierwszej połowie lat osiemdziesiątych 31% wszystkich chorób zawodowych.

Rola kobiety jest szczególnie trudna. Godzenie trzech etatów: żony, matki i pracownicy, powoduje, że kobiety wprawdzie żyją dłużej, ale chorują częściej. Częściej też ze względu na poczucie rozbieżności statusu w rolach matki, żony i pracownicy, wywołujące stan stałego napięcia, ustawiczne zmęczenie, są pacjentkami szpitali psychiatrycznych i neurologów.

Hańbą XX wieku jest praca nocna kobiet, która zgodnie z ustaleniami "okrągłego stołu" miała być stopniowo likwidowana. Ponieważ kobiety wnoszą do budżetu rodzinnego od 40 do 50% wpływów finansowych, w większości przypadków zamiast świadomego wyboru, działa wyłącznie przymus ekonomiczny.

Pokrótce przedstawiłam problemy pracowników zatrudnionych w przemyśle. Ograniczę się do paru propozycji, które winny być objęte w ramach

ochrony i opieki zdrowotnej nad zatrudnionym przez przemysłową służbę medyczną dla ratowania ludzi pracujących w zagrożonych środowiskach.

W związku z powyższym należy:

- wypracować model systematycznego obiektywnego badania zagrożonych stanowisk pracy przy stałej modyfikacji norm najwyższych dopuszczalnych stężeń i natężeń;

- wprowadzenie stałego monitorowania wszystkich szkodliwych czynników środowiska pracy;

- monitorowanie stanu zdrowia osób pracujących w warunkach szkodliwych;

- zwiększenie udziału i zakresu badań profilaktycznych, jeśli jest to możliwe, biorąc pod uwagę względy organizacyjne, łącznie profilaktyki, leczenia i rehabilitacji związanej z zatrudnieniem;

- wprowadzenie zasady współdziałania lekarzy przemysłowych i zakładowych laboratoriów środowiskowych, które również powinny być służbowo i finansowo niezależne od dyrekcji, ze służbami i społecznymi ruchami ekologicznymi danego regionu, wobec których mogą pełnić rolę systemów wczesnego ostrzegania o zaistniałych zagrożeniach dla środowiska naturalnego;

- utworzenie we wszystkich zakładach przemysłowych oddziałów pracy chronionej.

Zadania przemysłowej służby zdrowia są ogromne. Ukazałam je w zarysie i, jak już wspomniałam, realizacja ich nie zależy od samego lekarza. Potrzebne jest stworzenie odpowiednich możliwości działania, które doprowadzą do tego, że lekarz stanie się rzecznikiem zdrowia załogi, jej sanitarnym policjantem.

Anna Bogucka-Skowrońska

PRAWO I MEDYCYNĄ

Jestem senatorem województwa śląskiego i chciałabym się krótko wypowiedzieć w dwóch sprawach. Po pierwsze - przedstawić sytuację własnego województwa w zakresie służby zdrowia, i po drugie zająć się pewnymi zagadnieniami na styku prawa, polityki i medycyny.

Jeśli chodzi o ten punkt pierwszy. Nasze województwo jest jednym z województw o najwyższym wskaźniku przyrostu naturalnego. W 1990 roku liczba mieszkańców będzie wynosiła ponad 400 tys. Brak jest w tej chwili około 700 łóżek szpitalnych i prowadzona jest przede wszystkim ze środków społecznych budowa wojewódzkiego szpitala zespolonego w Śląsku, obliczonego na 658 łóżek.

Równolegle trwa oczywiście budowa innych obiektów, między innymi

szpitala w Ustce, szereg również inwestycji w ramach czynów społecznych, wiejskich ośrodków zdrowia.

Już teraz się okazuje, że nakłady inwestycyjne, jakie województwo może osiągnąć samo, na realizację tej najpoważniejszej inwestycji wojewódzkiego szpitala zespolonego są absolutnie nie wystarczające. Uznano już obecnie za nierealny termin zakończenia robót na 1992 rok, przewidywany jest 1995 rok. I w tej chwili według obliczeń Najwyższej Izby Kontroli na poziomie cen roku 1988, przewiduje się nakłady inwestycyjne rzędu ponad 20 mld zł.

Jeżeli inwestycja ta nie będzie objęta planem centralnym, dotacjami centralnymi, to oczywiście nie będzie ona mogła być ukończona i to, co zostało już w tej chwili wybudowane, ulegnie zaprzepaszczeniu.

Już na tle tej inwestycji doszło do pewnych, mówiąc delikatnie, nieprawidłowości. Wokół inwestycji wytyczono teren dla domków jednorodzinnych z przeznaczeniem dla personelu lekarskiego, ponieważ brak jest około 600 osób personelu, w tym około 120 osób wykwalifikowanego personelu lekarskiego, czyli lekarzy.

Wytyczono więc działki na budownictwo jednorodzinne po to, aby takich specjalistów do tego budującego się szpitala ściągnąć. Już w tej chwili kilkanaście z tych działek przydzielono prominentom słupskim, oczywiście z uzasadnieniem, że są to osoby, które w jakiś sposób pomagają w budowie.

Zwraca na to uwagę społeczeństwo Słupska. Poza tym w 1981 r. z inicjatywy słupskiej "Solidarności" przejęto na rzecz służby zdrowia budynek, który był już budowany dla potrzeb prezydium wojewódzkiej rady narodowej. Budynek został wybudowany, lecz po wprowadzeniu stanu wojennego zdecydowano się oddać służbie zdrowia tylko część budynku, a to z uzasadnieniem, że z różnych powodów, między innymi przeciwpożarowych, inne kondygnacje służbie zdrowia służyć nie mogą. Oczywiście są to wnioski zawodne i wynikające z określonych układów czasu.

Uważam, że walka o godność ludzi leczonych musi iść w parze z walką o godność lekarzy i personelu pomocniczego. Nie tylko lekarz, ale i pielęgniarka powinna zarabiać tyle, ile zarabia u nas oficer służby bezpieczeństwa. I uważam, że istnieje możliwość szybkiego przerzucenia środków budżetowych poprzez likwidację ZOMO i ORMO, bo takie wnioski bez przerwy społeczeństwo nam składało w czasie naszych spotkań wyborczych, a środki te przeznaczyć na utrzymanie personelu medycznego.

Uważam, że również, podobnie jak w roku 1981, należy dokonać przeglądu inwestycji, które służyły, że tak powiem, totalitarnej przemocy, i część tych inwestycji ocenić pod kątem przydatności dla potrzeb

służby zdrowia jako służby, która bardziej służy narodowi niż instytucje po prostu innych resortów.

Ponieważ jestem prawnikiem, wydaje mi się, że należy poruszyć, przynajmniej jako sygnał, kilka problemów, które znajdują się jak gdyby na styku prawa, polityki i właśnie służby zdrowia - medycyny.

Przed wszystkim uważam, że nie może być mowy o nomenklaturze w służbie zdrowia. Znam przypadek nasz terenowy, bulwersujący, kiedy koleżanka chirurg dziecięcy przez 2,5 roku w okresie stanu wojennego nie mogła objąć stanowiska ordynatora oddziału chirurgii dziecięcej w Słupsku tylko wobec sprzeciwu władz politycznych i milicyjnych i dopiero po 2,5-letnim okresie mogła zostać ordynatorem wskutek interwencji krajowych służb nadzoru specjalistycznego.

Jest to przypadek rażący, wskazujący na to, jak irracjonalne bywają decyzje polityczne, bo przecież została w końcu ordynatorem chirurgii dziecięcej, a więc kryteria doboru politycznego na tym stanowisku wydają się być, delikatnie mówiąc, absolutnie chybione.

Nie ma u nas w Polsce może rażącego problemu, jaki występował w Związku Radzieckim, wykorzystywania medycyny do walki z przeciwnikami politycznymi. Ale spotkaliśmy się znów z konstrukcją prawną w okresie stanu wojennego, która skłaniała ku temu, mianowicie w ustawodawstwie stanu wojennego wolno było odstąpić od bardzo represyjnego reżimu trybu doraźnego tylko przy istnieniu tzw. wątpliwości co do stanu psychicznego.

Ja sama oraz wielu innych kolegów, obrońców politycznych, stało w sytuacji po prostu łamania własnego sumienia i sumienia osób represjonowanych. W interesie bowiem żywotnym tych osób i ich rodzin było mnożenie wątpliwości co do ich stanu psychicznego, żeby polepszyć ich sytuację procesową i aby zaistniała możliwość łagodniejszego wyroku, a jednocześnie sprzeciwiało się to po prostu godności tych ludzi.

Gdybyśmy w jakiś sposób łamali te sumienia, doszłoby również u nas do mnożenia dewiacji psychicznych tylko dla potrzeb procesowych u osób, które dokonywały czynów przestępnych w świetle obowiązującego prawa, służącego doraźnym celom, a których motywy zasługiwały jedynie na moralne podkreślenie i podziw.

Spotkałam się też z wykorzystywaniem medycyny do celów politycznych. Mianowicie, wprawdzie zdarzało się to sporadycznie i ta praktyka została zaniechana, ale zaczęto niejako profilaktycznie dokonywać oględzin, obdukcji osób zatrzymanych politycznych po to, aby się uchronić od potencjalnego zarzutu naruszania ich nietykalności czy bicia.

Oczywiście poddanie takiej obdukcji, oględzinom, jest również na-

ruszeniem nietykalności. No i ten środek potem już, po sygnalizacji zresztą procesowej, w pewnym sensie nie był przeciwko osobom politycznie wykorzystywany.

Osobnym problemem ogromnej wagi jest problem opieki lekarskiej nad więźniami. Ja jako adwokat, i chyba wszyscy adwokaci w naszym kraju, wielokrotnie prowadzę z urzędu sprawy więźniów skazanych na długoletnie kary pozbawienia wolności, którzy występują przeciwko skarbowi państwa z procesami o odszkodowanie za niewłaściwe leczenie lub po prostu nabycie choroby w czasie odbywania kar pozbawienia wolności.

Rzeczywiście, dużo jest chorób społecznych, np. gruźlica bywa w więzieniu, zaostwiają się inne choroby i choć w większości powództwa te nie są uwzględniane, to przecież nie sposób oprzeć się pewnej oczywistości w ocenie tej sytuacji.

Życie więźniów jest na niskim poziomie, dostają niskie porcje żywnościowe, bywają okradani przez służbę więzienną. Raz brałam udział w procesie, w którym wykazano, że te klimaty bezprawia trwały całe lata. A więc i te, tak mizerne porcje były okrojone i to w więzieniu, gdzie odbywali karę dziesiątkami lat ludzie, którym nie dostarczano tych podstawowych składników, koniecznych dla ich przeżycia, i w związku z tym ich odporność się zmniejszała.

Wielokrotnie również w naszej praktyce adwokackiej spotykałam się z tym, że zupełnie inna jest ocena stanu zdrowotnego lekarzy więziennych dotycząca konkretnej osoby, a inna lekarzy wolnościowych. Dochodzi do zgonów w więzieniach, dochodzi do braku jakiegos uczulenia bezpośredniego na samouszkodzenia więźniów. Również wielokrotnie lekarze nie są skłonni chętnie ujawniać np. jakieś ślady po pobiciach w aresztach milicyjnych i więziennych. Staje się to dopiero na wyraźną interwencję obrońców czy rodziny.

Chodzi o to, żeby po prostu ci lekarze nie mieli warunków do dyspozycyjności. Służba zdrowia w więzieniu powinna być poddana resortowi służby zdrowia, nie podlegać resortowi spraw wewnętrznych, bo oczywiście w sposób zupełnie bezwiedny to z tych lekarzy czyni funkcjonariuszy tego resortu, a więc ludzi, którzy nie są przychylnie nastawieni wobec więźniów. Tym bardziej, że dochodzi często do barier już typowo psychologicznych, że i wśród więźniów są postawy, które jak gdyby nie sprzyjają chęci widzenia w nich przede wszystkim ludzi cierpiących.

Następnym problemem z tego samego pogranicza jest problem profilaktyki społecznej, jeśli chodzi o przestępczość. Wiadomo, że czynnikiem kryminogennym w przestępczości jest wielokrotnie patologia osobowości. Wielokrotnie wszelkie encefalopatie czy charakteropatie, a więc schorze-

nia wynikające z centralnego uszkodzenia układu nerwowego, powodują czyny przestępne, ponieważ ludzie nie są w stanie powstrzymać swoich emocji.

Dlatego też tutaj spotyka się jak gdyby powołanie służby zdrowia z powołaniem prawników, ponieważ odpowiednia walka z alkoholizmem poprzez odpowiednią sieć leczenia wyeliminowałyby w jakimś sensie te kryminogenne układy, które powodują przestępczość. W Słupsku np. nie ma do tej pory izby wytrzeźwień, mimo że jest to już tak duże miasto.

Chodzi również i o narkomanie, która zaczyna się rozpowszechniać i która też będzie wkrótce stanowiła poważny problem prawny.

Wydaje mi się, że jeśli chodzi o stosunek do służby zdrowia, wypada i tutaj podnieść przypadek nagonki na służbę zdrowia zrobionej z okazji procesu zabójstwa Grzesia Przemyskiego i fikcyjnego potem, prowokacyjnego procesu pani dr Witkowskiej, warszawskiej lekarki, która oczywiście została pozornie zrehabilitowana, pozornie, ponieważ już tak bardzo nie rozpropagowano tego błędu, jak początkowo propagowano prowokacyjny atak na służbę zdrowia.

Reasumując te kilka moich uwag, chciałam poprzeć jako prawnik te wszystkie wnioski, które do tej pory tu zostały zgłoszone, a które zmierzają właśnie do podniesienia godności człowieka leczonego w naszym kraju i podniesienia również godności personelu lekarskiego po to, żeby ten lekarz i ta pielęgniarka czuli się godni przy łóżku chorego i aby ten chory mógł czuć ich obecność jako ludzi, a nie widzieć ich tylko umęczonych, udręczonych, w ciągłym pędzie, bez sprzętu. Aby po prostu człowiek u nas nie musiał być leczony i umierać w upodleniu.

Wydaje mi się - i tutaj popieram te głosy, które wprost to tutaj dzisiaj podawały - że walka o polską służbę zdrowia jest realizacją prawa do życia, które jest prawem naturalnym i które formułowane jest wielokrotnie w nauce społecznej Kościoła, między innymi w encyklice "Pacem in terris". Z tego prawa do życia, które wypływa z godności osoby ludzkiej, wypływa prawo do ochrony zdrowia formułowane wprost w art. 25 Deklaracji Praw Człowieka. A więc prawo do ochrony zdrowia i nasza walka o to prawo do ochrony zdrowia jest jednocześnie naszą parlamentarną walką o godne życie i możliwość godnego umierania w naszej ojczyźnie.

Jan Józef Lipski

SAMORZĄD

Ten dokument, który w zasadzie dyskutujemy - stan ochrony zdrowia, główne koncepcje programu i działania, jest dokumentem bardzo poważnym i rzeczywiście stanowiącym rzecz bardzo istotną dla naszych wszelkich

dalszych rozważań tutaj na ten temat. Ale brakuje mi tutaj pewnej rzeczy.

Otóż znajduję tam takie zdanie: "Bardzo ważną rolę mają do odegrania Izby Lekarskie". Muszę powiedzieć, że tak jak na moje wyobrażenie i na moje dyskusje z ludźmi bardziej kompetentnymi ode mnie co do ewentualnej roli Izby Lekarskich, które wielu z nich sobie wyobraża jako rolę bardzo szeroką ze względu na pilnowanie zasadniczych spraw dotyczących kompetencji lekarskiej, kompetencji moralnej lekarzy, zasadniczych regulacji fachowych, związanych z wykonywaniem fachu przez lekarzy - to wydaje mi się to zbyt ogólne tego rodzaju zdanie.

Ale wydaje mi się poza tym, że nawet gdyby ono zostało sprecyzowane, to by mnie to jeszcze nie zadowalało. Wydaje mi się, że należy rozważać ewentualność powołania jakichś struktur samorządnych nawiązujących do tradycji międzywojennych Kas Chorych, które w swoim czasie powstały z inicjatywy Polskiej Partii Socjalistycznej, a które zostały zlikwidowane na korzyść innego rozwiązania w okresie, kiedy raczej samorządność na rzecz etatyizmu była bardzo daleko ograniczona.

I tutaj sobie wyobrażam, że namawiałbym przy dalszych tutaj pracach na ten temat, by wziąć pod uwagę konieczność samorządu nie tylko lekarskiego, ale również samorządu sprawowanego przez nas wszystkich, znaczy zarówno faktycznych, jak i potencjalnych pacjentów. Takie instytucje już istniały, więc byłoby do czego nawiązywać.

Natomiast jest ten dokument - uchwała Senatu w sprawie ochrony zdrowia. Otóż ja rozumiem bardzo chwalebny tendencję do tego, by uczynić z tego dokument krótki, ale powstała rzecz zupełnie tym intencjom jakby przeciwna, bo on jest, co prawda, krótki, ale zawiera punkty, które są po prostu żenujące przez swój brak treści.

Punkt trzeci przecież nie mówi o niczym konkretnym tylko jest jakąś taką dziwną deklaracją, gdzie nie ma mowy o żadnych konkretach. Wydaje mi się, że w uchwałach Senatu, jeżeli nie ma się, nie umie się sformułować zbyt konkretnie, to lepiej unikać w ogóle sformułowania, nie mówiąc o tym, że zakończenie wydają mi się po prostu żenujące, to powoływanie się na to, że rozumiemy to, że sprawy dotyczące zdrowia ludzkie go gwarantują życie i godność człowieka.

Andrzej Czapski

INFLACJA

Chciałem tutaj nawiązać do tematu dotkniętego przez naszego referenta, mianowicie ubożenie jednostek służby zdrowia w ciągu ostatniego półrocza. Wynika to stąd, że jednostki nasze otrzymały środki na wydatki rzeczowe na ten rok na poziomie wykonania roku ubiegłego.

Postępująca gwałtownie inflacja spowodowała, że już w lipcu praktycznie środki te zostały wyczerpane. Spodziewaliśmy się, że będą te nakłady, plany rewaloryzowane wraz z postępującą inflacją. Nic takiego nie nastąpiło. Województwa otrzymały dyspozycje Ministra Finansów, ażeby niedobory środków w budżecie pokrywać z wygoszparowanych nadwyżek w różny sposób, zwiększając podatki, opłaty itd.

W województwach, tak zwanych zielonych, gdzie wpływy własne są znikome, gross środków to są dotacje z budżetu centralnego, około 60-70%. W związku z tym realną staje się groźba, że praktycznie jednostki budżetowe, jakim jest też służba zdrowia, zostaną w pewnym momencie ualieruchomione. Od pewnego czasu zmuszeni jesteśmy do duszenia wydatków, ograniczania wydatków właśnie kosztem zakupywania sprzętu medycznego, środków czystości i innych.

Również perspektywa na przyszłość nie rysuje się zbyt korzystnie. Proponowany projekt zmian ustawy budżetowej zakłada wzrost planu w resorcie ochrony zdrowia o 50%, około 50%, troszkę mniej.

Jako pracownik służb finansowych w podstawowej jednostce znam z wyliczeń, że środków tych będzie nam potrzeba w granicach 150%. Nie sądzę, aby inne jednostki służby zdrowia w kraju były w innej sytuacji.

Uważam, że projekt proponowanych zmian w ustawie budżetowej, projekt chyba wytworzony w Ministerstwie Finansów, jest delikatnie mówiąc przejawem nierasობliwości i lekceważenia realiów, o których mówiłem.

Dlatego też na zakończenie mam dwa pytania: jak sobie Ministerstwo Finansów wyobraża możliwość zbilansowania budżetów województw właśnie takich, jak bielsko-podlaskie, gdzie 60-70% planu wydatków jest pokrywanych z dotacji, i jak sobie wyobraża Ministerstwo Finansów dotrwanie jednostek służby zdrowia przy założeniu, że tylko o 50% będziemy mogli zwiększyć swoje wydatki do końca tego roku?

Antoni Borowski

FINANSE

Na temat służby zdrowia wypowiedziało się dużo fachowców, ja chciałbym zabrać głos z pozycji obywatela mającego świadomość jej potrzeb./.../

Chciałbym złożyć jeszcze jedną propozycję i chciałbym, żeby została zaprotokółowana i przyjęta ewentualnie jako inicjatywa ustawodawcza Senatu.

Chodzi mianowicie o to, aby tak ustawić przepisy finansowe i podatkowe, przy okazji zawiązywania się różnych spółek lub już istniejących, żeby określone kwoty płynęły na cele służby zdrowia. Powstałby pewien fundusz docelowy. /.../

Uważam, że projekt ten powinien być przyjęty i opracowany w najkrótszym czasie. Bo tak jak powiedziałem, stan biologiczny narodu będziemy odbudowywali długo, natomiast kwestia aparatury, leków podstawowych itp. przy odpowiednich finansach jest możliwa do rozwiązania szybciej.

Andrzej Kaliciński

SRODKI DORAŻNE

Są dziedziny, które decydują o zwiększeniu potencjału narodu w przyszłości. Te dziedziny są następujące: jest to zdrowie, jest to edukacja narodowa i wyniesienie człowieka jako głównego podmiotu.

Dzisiaj wiemy, że taka będzie przyszłość narodu, jakie jest dzisiaj jego nauczanie i jakie jest dzisiaj kształtowanie jego zdrowia i moralności.

Od ponad 40 lat sprawy zdrowia widniały w naszym systemie państwowym jako jedno z naczelnych haseł. I do dnia dzisiejszego pozostały wyłącznie hasłem. Polityka zdrowotna wszystkich dotychczasowych szefów resortu zdrowia i rządów PRL nie tylko nie pomnożyła potencjału zdrowotnego naszego narodu, lecz przyczyniła się do katastrofalnego pomniejszenia jego stanu zdrowia.

W historii liczą się wyłącznie skutki. One zaś są takie, że podam przykłady. Średnia długość życia ludzkiego jest w Polsce krótsza o 10 lat w porównaniu z innymi krajami Europy. Co więcej, gdzie indziej życie ludzkie się nadal wydłuża i to aktywne, a nie wegetatywne życie. U nas ulega zaś dalszemu skracaniu.

Znamienny jest obraz statystyki chorób serca. Co drugi człowiek w Polsce umiera z powodu chorób serca i naczyń. W minionym dziesięcioleciu umieralność wywołana tymi przyczynami wzrosła w Polsce o około 40%, a w krajach prowadzących mądrą politykę zdrowotną nastąpiło zmniejszenie liczby zgonów wywołanych chorobami serca już o 30%.

Zresztą ludzie w Polsce wymiatają z tego świata także i inne choroby. Mamy w tym zakresie nowotworowe, choroby zawodowe, choroby zakaźne, epidemiczne, wypadki drogowe, alkoholizm, należy też tutaj do rekreantów, narkomania i wreszcie choroby psychiczne.

Wspomniane fakty zmuszają nas do podjęcia działań. Wszelkie filozoficzne podejścia do tych problemów zmuszają nas do przeliczenia działań na konkrety i na pieniądze. W tych konkretach, w sprawach finansowych trzeba działania te rozbić na dwie grupy. Jedne to są te, które rozkładamy na perspektywę lat, inne to są te, które trzeba podjąć od razu, doraźnie, już, na dzisiaj i na jutro. Te doraźne pragnę pokrótce

omówić.

Katastrofalna sytuacja zdrowotna zmusza nas do podjęcia pewnych wstępnych kroków w dwóch w zasadzie dziedzinach: finansowej i organizacyjnej. O tej finansowej wspomnę na wstępie.

Wbrew głośzonym hasiom sprawy finansowe były owiane pewną legendą, w którą wierzyły wciąż czynniki rządzące. Każdy wydatek na służbę zdrowia, na tak zwane sprawy zdrowotne, obciąża budżet i jest niejako złem koniecznym, które należy pomniejszać. Nie rozumiano nigdy tego, że idzie o największy skarb, jakim jest życie ludzkie, i zdrowie ludzkie.

Chciałbym te sprawy finansowe zacząć od zagadnienia, które już było dzisiaj poruszane - od spraw uposażeń. Przy tym z naciskiem chciałbym podkreślić, że nie idzie tutaj o interesy branżowe. Nie one bowiem określają jego wagę, a zagadnienia te nie są pozbawione znaczenia, lecz inaczej do tego podejźmy.

Podstawowym bowiem instrumentem osiągnięcia celów zdrowotnych są ludzie, a konkretnie lekarz i pielęgniarka. I dotyczy to zarówno lecznictwa otwartego, jak i zamkniętego. Dotyczy to w równym stopniu opieki domowej, społecznej, jak i profilaktyki, jak i epidemiologii, jak i domów opieki dla starców. To oni właśnie, lekarz i pielęgniarka, a nie wydziały zdrowia i ich kierownicy, stanowią główną siłę napędową w reperowaniu zdrowia.

Tymczasem jak na ironię w zakresie płac zostali oni w szczególności sposobem zlekceważeni, a efekty są takie, że po 40 latach tych działań, szpitale zaczynają pustoszeć, zamykają się oddziały z powodu braku pielęgniarek. W ostatnim czasie opuściło ponad 1200 lekarzy nasz kraj. Oznacza to, że kształcimy ich przeszło 6 lat po to, by z gotowych fachowców robić prezent bogatym krajom Europy i Ameryki.

Świadoma rozrzutność, brak wyobraźni, czy brak odpowiedzialności, czy beżmyślność? Zostawmy w tej chwili to pytanie bez odpowiedzi. Jedno jest pewne, ten układ należy niezwłocznie zmienić i to w sposób radykalny. To nie dążenie do średniej krajowej w płacach, lecz bardzo wyraźne jej przekroczenie powinno być naszym zadaniem i celem.

Powstaje pytanie skąd wziąć pieniądze? /.../ Mówię tylko o środkach doraznych. Należałoby przesunąć część budżetu Ministerstwa Obrony Narodowej i Ministerstwa Spraw Wewnętrznych na rzecz zdrowia. Mamy ku temu wszelkie podstawy nie tylko dlatego, żebyśmy musieli zakładać, że nie grozi nam wojna w najbliższym czasie, lecz także dlatego, że oba te resorty są zwolnione od ubezpieczeń. Oznacza to, że pracownicy tych resortów nie płacą takich stawek ubezpieczeniowych, jak my. Oznacza to zatem, że my - reszta obywateli - za ich leczenie płacimy.

Należy dofinansować zdrowie z zysków monopoli loteryjnych.

I wreszcie należy ograniczyć finansowanie szkodliwych dla zdrowia sportów wyczynowych na rzecz rozwoju i upowszechnienia kultury fizycznej powszechnej, ogólnej, narodowej.

Drugą dziedziną, w której powinniśmy podjąć działania szybkie i doraźne, to są posunięcia organizacyjne. Wymienię najważniejsze z nich. Należy wydatnie zwiększyć zaopatrzenie lecznictwa w leki i sprzęt ratujący życie.

Braki w lekach są zastraszające, leczymy dziś metodami sprzed 15-20 lat. Jedynie kliniki i niektóre oddziały wojewódzkie stoją na jakim takim poziomie. Natomiast tak zwane szpitale prowincjonalne nie mają nawet części tych leków i części tego sprzętu ratującego życie, jakimi dysponują kliniki.

Należy niezwłocznie zmienić całkowicie strukturę lekarzy przemysłowych, uniezależnić ich od dyrekcji zakładów. Są oni od wprowadzania profilaktyki, ergonomii, a nie, jak chcą dyrekcje, od wypisywania recept i wypisywania protokołów powypadkowych.

Należy wprowadzić oddziały pracy chronionej dla kobiet w zakładach pracy.

Wreszcie trzeba przetrworzyć w Polsce koncepcję kultury fizycznej. Tę trzeba przede wszystkim upowszechnić, począwszy już od małych dzieci, a na dorosłych i starszych ludziach skończywszy. A sprzeciwić się stymulowaniu sportu wyczynowego, który w ogromnej większości jest szkodliwy dla zdrowia i także działa antywychowawczo na nasze społeczeństwo.

Wreszcie wśród działań doraźnych należy wymienić te, które doprowadzą do ratowania ogromnej luki w niedostatku pielęgniarek. Jak to zrobić? Proponujemy, ażeby do szpitali, zwłaszcza do szpitali psychiatrycznych, skierować żołnierzy, odbywających tak zwaną służbę zastępczą. Mogą oni częściowo wypełnić tę lukę i w dodatku mogą sami uzyskać w pewnym stopniu kształcenie w dziedzinie na przykład sanitarno-epidemiologicznej, higienicznej itd., itd. Obie strony będą zadowolone.

Należy wreszcie wspomnieć, że trzeba rozwiązać już dziś niezwykle silną i agresywną, powiedziałbym, propagandę higieny dnia i życia codziennego. Nie będę wspominał i Wysoka Izba sama zna ten problem, niezwykle wstydlivy, problem, który zamyka nam ze wstydu oczy przed każdym cudzoziemcem, że już nie wspomnę o zagadnieniu prostego papieru higienicznego i ręcznika.

I wreszcie do działań doraźnych należy zaliczyć jeszcze jedno: odbiurokratyzować - bo to można zrobić od razu - szybko pracę lekarzy i pielęgniarek. U mnie w klinice na samą pisaninę lekarz poświęca dzień-

nie 2,5 - 3 godzin; jest to tragicznie dużo dlatego, że oszczędzamy na sekretarki medyczne, na magnetofony i na taśmy. I lekarz zamiast zająć się rozmową z chorym, musi prowadzić dokumentację. Te działania można podjąć szybko i doraźnie.

Wszelkie te działania, jeżeli będą podjęte dostatecznie szybko, stworzą lepszą atmosferę w służbie zdrowia i przygotowują lepszy grunt do tego, ażebyśmy mogli spokojnie w ciągu kilku lub kilkunastu miesięcy opracować stan tego rodzaju finansowania zagadnień zdrowia, jaki jest w każdym przeciętnym kraju europejskim i który zdał przecieź bardzo dobrze egzamin, podczas gdy wciąż jeszcze próbujemy eksperymentować na żywym organizmie narodu.

Stanisław Hoffman

BICIE NA ALARM

Jestem senatorem z województwa leszczyńskiego i jako lekarz z zawodu chciałbym ustosunkować się w kilku słowach do poruszanego tematu. Dobrze się stało, że jedna z pierwszych debat publicznych w Senacie poświęcona jest ochronie zdrowia, ponieważ jest to nasz moralny obowiązek. Toczmy tę publiczną dyskusję i spoglądamy na sprawę w kilku płaszczyznach, mianowicie w płaszczyźnie oceny stanu zdrowotnego społeczeństwa, w płaszczyźnie organizacji i realizacji opieki zdrowotnej i wreszcie w płaszczyźnie egzystencji poszczególnych grup zawodowych zatrudnionych w ochronie zdrowia.

Przeciętny obywatel naszego kraju 7-krotnie w ciągu roku korzysta z porady lekarskiej, przewyższając dwukrotnie średni wskaźnik europejski. Spowodowane to jest, jak zauważył pan senator Brzeziński, złą kondycją zdrowotną społeczeństwa.

Proszę Państwa, jest to sytuacja, która wymaga naprawę bicia na alarm. Przyczyna tego jest nie tylko w fatalnej sytuacji w opiece zdrowotnej, ale również w niehigienicznym stylu życia i pracy naszego społeczeństwa. Spowodowane trudnościami egzystencji podstawowej, zanieczyszczonym środowiskiem, czy wreszcie stresem życia codziennego - złą żywnością i jej niedostatkiem.

Władza wykazywała brak odpowiedzialności za zdrowie własnego narodu. Przez wiele lat słuszne postulaty były lekceważone zupełnie lub załatwiane częściowo. Doprowadziło to do sytuacji, w której społeczeństwo nie upominało się o interesy służby zdrowia, ograniczając się tylko do narzekania na jej funkcjonowanie.

Brak podstawowych leków, materiałów opatrunkowych, sprzętu jednorazowego itd. itd. jest owocem zasad 40-letniego finansowania i zarzą-

dzania służbą zdrowia. Mówi się, że służba zdrowia jest chora. Ale czyż może ona być zdrowa, jeśli jest tak nisko dotowana i tak nisko opłacana?

Że, jak tu podkreślano, wyspecjalizowany lekarz, kardiochirurg, ortopeda, czy urolog, może osiągnąć za swą podstawową pracę dwie trzecie wartości średniej płacy krajowej. Gdy tymczasem lekarz z kilkunastoletnim stażem w całej Europie, po kilku latach pracy, uzyskuje płacę o 50% większą niż wynagrodzenie inżyniera w produkcji. Czy należy zatem się dziwić, że 20% dyplomantów emigruje zagranicę w celu zrealizowania swoich ambicji zawodowych i ekonomicznych?

Podobna sytuacja finansowa warunkuje życie innych pracowników medycznych z wyższym wykształceniem, w tym również pracowników aptek, o których tak często zapominamy. O ile gorzej się to przedstawia, jeśli chodzi o personel średni, czy niższy, całkowicie sfeminizowany, tak nisko opłacany, że powoduje to masowe odchodzenie od zawodu, była tutaj już mowa.

Sytuacja panująca w służbie zdrowia zmusiła ostatnio białą personel do wyjścia na ulicę. I niestety, należy powiedzieć w sposób wyraźny, że odpowiedzialność moralna za powyższy stan spoczywa na ośrodkach władzy.

Latami całymi pracowano, by z lekarzy uczynić funkcjonariuszy państwowych. Całkowicie została zatracona wolność tego zawodu. Rozrastająca się administracja stworzyła cały zespół układów i zależności pozalekarskich, a w zwykłych, podstawowych sprawach decyduje nomenklatura.

Opowiadałem się zatem za zlikwidowaniem zbędnych jednostek administracyjnych w strukturach ZOZ-ów, w tym wojewódzkich wydziałów zdrowia, i podporządkowanie agend ochrony zdrowia autentycznym organom samorządu terytorialnego, ponieważ lokalne społeczeństwo musi się wreszcie stać właścicielem miejscowej służby zdrowia.

Uspołecznienie lecznictwa jest nieodzowne i konieczne. Zmiany muszą być radykalne i daleko idące. Wielkie nadzieje pokładam w Izbach Lekarskich, które muszą stać się prawdziwym organem samorządowym poprzez wybranie od dołu, poprzez odpowiednią ordynację wyborczą.

Należy wypracować również inny model ubezpieczenia społecznego, jak tutaj to już podkreślano. Ja bym nawet poszedł w swych rozważaniach dalej. Uważam, że obywatel zamiast zbiorowo, jak dotychczas, powinien indywidualnie opłacać składkę ubezpieczeniową na leczenie i zabezpieczenie emerytalne. Rozgraniczenie tych dwóch składek jest nieodzowne, gdyż będzie stanowić fundament zależności rozliczeń finansowych między pacjentem a służbą zdrowia, a w tej sprawie na świecie naprawdę mamy z kogo brać przykład.

Kilka słów chciałbym poświęcić również wiejskiej służbie zdrowia, realizowanej obecnie przez sieć gminnych i wiejskich ośrodków zdrowia. Jakkolwiek nie jestem zwolennikiem budowania w każdej wsi ośrodka zdrowia, to medyczną opiekę wiejską należy uznać za dobro podstawowe, a realizowane ono powinno być głównie przez instytucje lekarza domowego, a więc lekarza pierwszego kontaktu. Podległość służby zdrowia miejscowemu samorządowi pozwoli na zatrudnienie odpowiedniego specjalisty.

Z tej wysokiej trybuny, proszę państwa, chciałbym się zwrócić również do pani Minister Zdrowia o jak najszybsze zakończenie wszystkich inwestycji w służbie zdrowia. Przede wszystkim o zmobilizowanie wszystkich dostępnych środków finansowych na celu zakończenia budowy rozpoczętych szpitali, w tym również Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Lesznie.

Jerzy Dietl

PRZECIWIW "POMNIKOM"

Chciałbym dodać tylko kilka uwag do tego niesłychanie ciekawego, z którym się w pełni zgadzam, dokumentu pana senatora Brzezińskiego.

Tak więc wydaje mi się, że w tym dokumencie warto by może było zwrócić uwagę na rolę samorządów terytorialnych w finansowaniu zdrowia. Jeżeli dojdzie do rzeczywiście samorządnych wyborów i samorzady terytorialne będą posiadały udział w podatku dochodowym, to wtedy będą posiadały pełną samodzielność finansową. I wobec tego ta część tego dokumentu, która mówi o finansowaniu z budżetu, musi być podzielona na część finansowaną z budżetu centralnego i część finansowaną z budżetów terenowych. I to jest bardzo ważne, żeby w budżetach terenowych zdrowie znalazło należne miejsce.

Po wtóre, nie jestem zwolennikiem Funduszu Zdrowia, w ogóle tworzenia zbyt wielu funduszy celowych, gdyż biorąc pod uwagę strukturę dochodów tego funduszu i strukturę jego rozchodów, można by to znakomicie zastąpić fundacjami, o których zresztą jest tam mowa w tym dokumencie.

Po trzecie, mnie się zdaje, że w niedostatecznym może stopniu państwo uwzględniło problem prywatyzacji i związku czy zależności między prywatyzacją w części służby zdrowia, a włączeniem tej sprywatyzowanej służby zdrowia w system świadczeń społecznych, tak jak jest to w innych krajach. Po prostu można korzystać zarówno z prywatnych usług, jak i z uspołecznionych usług, z ewentualnymi dopłatami do usług prywatnych.

W tym zakresie muszę powiedzieć, że brak mi tutaj również stwier-

dzenia bardziej wyraźnego o prywatyzacji nie tylko handlu detalicznego, o którym mowa, to znaczy aptek, ale również handlu hurtowego, co by stworzyło lepsze warunki zaopatrzenia, przy czym tu jest nie tylko ważna prywatyzacja, ale reprivatyzacja, bo w dalszym ciągu istnieją rodziny, które mają tradycje w zakresie tego zawodu i mogłyby te apteki z powrotem przejąć.

I wreszcie brak, moim zdaniem, jest może ustosunkowania się do projektów rządowych, które już znalazły wyraz pisemny w komercjalizacji części usług zdrowia. To znaczy, jaki jest stosunek przedstawiciele Komisji Zdrowia do projektu komercjalizacji, to znaczy opłaty 10% lekarstw przez emerytów i rencistów i pokrycia przez chorych pełnej odpłatności wyżywienia w szpitalach.

I ostatnia uwaga. Trzeba by może w dalszych pracach zastanowić się nad optimum wielkościowym powszechnych szpitali. Wszyscy wiemy, że niesłychaną krzywdę zdrowiu czy służbie zdrowia wyrządzono, budując te olbrzymie pomniki-szpitali. Mówię to szczególnie w imieniu tego regionu, który reprezentuję, to znaczy Łodzi, gdzie wszystkie fundusze zostały wchłonięte przez ten "pomnik".

Ale wobec tego nasuwa się pytanie, czy w ogóle wielkości szpitali by nie można zmniejszyć. Również jestem zwolennikiem jak najdalej posuniętej decentralizacji, w szczególności w związku z odnową samorządu terytorialnego.

Wreszcie może zupełnie już na końcu, brak tu może jest też w tym dokumencie problematyki opieki społecznej w zakresie rekonstrukcji Caritasu kościelnego i uwzględnienia w służbie zdrowia pomocy kościoła, a szczególnie klasztorów kobiecych.

Mieczysław Ustasiak

STAN WOJENNY

Mój głos będzie odbiegać trochę od tych, które mieliśmy okazję wysłuchać, ale myślę, że to też trzeba powiedzieć.

Stan wojenny był dla wielu z nas początkiem nowych doświadczeń, trudnych przeżyć, okresem niezłym dla nas i dla naszych rodzin. Każda pomoc, którą wówczas otrzymywaliśmy, każda pomocna ręka w stronę nas wyciągnięta, utrwaliła się w naszej pamięci. Tę pomoc niósł Kościół, a z nim przede wszystkim środowisko lekarzy i pielęgniarek. Środowisko to dawało dowody swego oddania "Solidarności". Oni ryzykując własnym bezpieczeństwem i karierą zawodową ochraniaли ludzi ściganych, szukanych, udzielali pomocy więzionym. Sobą zasłaniaли innych.

Środowisko to zapłaciło za swoją postawę. Pamiętamy okres nagonki

na nich, pamiętamy absurdalne oskarżenia. Myślę, że nadal za swoją postawę jeszcze płaci szeregiem dyskryminacji. Uważam za konieczne, by dzisiaj wyrazić za to wszystko, za to całe działanie, wdzięczność, powiedzieć: dziękuję. Powiedzieć, że tej waszej postawy nie zapomnieliśmy. Dzięki wam tyłu opuściło wcześniej więzienia, dzięki wam wielu uniknęło aresztowań, przesłuchań. Dzięki wam mieliśmy świadomość, że nie jesteśmy sami. Za to wszystko jeszcze raz dziękuję.

Zofia Kuratowska

PODSUMOWANIE

Przede wszystkim w imieniu swoim i senatora Brzezińskiego jako przewodniczącego senackiej Komisji Polityki Społecznej i Zdrowia chciałam bardzo serdecznie podziękować wszystkim dyskutantom za wypowiedzi, wnoszące wiele nowych i ważnych dla nas elementów.

Chciałam od razu powiedzieć, że w tezach, które zostały Państwu przedstawione do dyskusji, oczywiście nie ma wszystkich problemów. Gdybyśmy chcieli zawrzeć w nich wszystko, co powinno być i co należy zrobić, to nie byłoby to materiał dyskusyjny, byłoby to cały tom. Chcielibyśmy zawrzeć w nich tylko sprawy najważniejsze.

Nasze ustalenia z "okrąglego stołu", to jest też tomik, a jest tam jeszcze mniej niż tutaj. Chciałabym jednak prosić Wysoką Izbę, o uznanie tych tez za pewien tymczasowy materiał do dyskusji i włączenie ich do materiałów dzisiejszej debaty. Są to po prostu sygnały komisji; sygnały, które mają wskazywać parę najważniejszych punktów w oparciu o już pewne opracowane dokumenty. Nie wyczerpuje to wszystkiego i nie ma powodu, w moim pojęciu, ażeby komisja zdrowia produkowała następny tego typu dokument z uwzględnieniem jeszcze szeregu innych spraw, oczywiście ważnych, być może przeoczonych tutaj, ale bardzo wiele spraw ominęliśmy tutaj całkiem celowo.

Natomiast tak, jak mówiłam w swoim wystąpieniu, byliśmy zdania, że poruszenie właśnie w tej chwili, w chwili głębokiego kryzysu ochrony zdrowia, tej sprawy w formie debaty senackiej jest celowe. I zresztą głosy w dzisiejszej dyskusji są tego najlepszym dowodem. Padło tutaj, jak już powiedziałam, bardzo wiele cennych uwag. Ale nie może być mowy o wyczerpaniu całości zagadnienia.

Panu senatorowi Trzebiatowskiemu chcę powiedzieć, że oczywiście człowiek jest częścią przyrody i nie będzie zdrowego człowieka, jeżeli zostanie zniszczona przyroda. My to doceniamy, cały czas uważamy, że w ogóle prace naszej komisji zdrowia muszą być połączone z pracami komisji do spraw ochrony środowiska, w tym ochrony przyrody naturalnej

w Polsce. To jest sprawa oczywista, ale też tutaj nie mogła znaleźć swojego miejsca.

Jeżeli chodzi o to, o czym mówił senator Lipski, czyli o sprawach samorządów. Otóż samorzady zawodowe: nie było żadnej możliwości, aby w takim dokumencie zawierać istotę tego, co daje nam w tej chwili ustawa o samorządzie lekarskim, czyli o Izbach Lekarskich i czego oczekujemy od wykonania przepisów zawartych w tej ustawie. To znowu byłby oddzielny, duży dokument.

Jesteśmy zdania, że tworzenie samorządów zawodowych jest kwestią bardzo pilną. Mamy ustawę o samorządzie lekarskim, one zaczynają się rodzić. Ustawa ta powinna torować drogę innym ustawom o samorządach zawodowych, które przykładowo są w naszych tezach wymienione.

Istnieje również potrzeba samorządu pracowniczego. Jest to *en passant* powiedziane w jednym z punktów w rozważanym już przez nas projekcie reformy systemu ochrony zdrowia. Są już przewidywane rozwiązania, które są bardzo zbliżone właśnie do Kasy Chorych. Ja się z tym zgadzam, że jest to bardzo dobry wzór.

Pan prof. Dietl powiedział, że istnieją już pewne rządowe decyzje dotyczące np. opłacania 10% za leki przez wszystkich i opłaty za żywność w szpitalu.

Chcę powiedzieć z całą mocą, że to zostało zablokowane w czasie debaty "okrągłego stołu". I nie będzie żadnych takich decyzji, dopóki nie zostaną podjęte w ogóle decyzje, w jaki sposób ma się reformować system ochrony zdrowia. Takiej decyzji więc nie ma i nikt z nas jeszcze dzisiaj nie wie, w jaki sposób zostanie ustalona np. odpłatność za leki. To, że tu coś trzeba zmienić, nie ulega wątpliwości. I znowu chodzi o to, żeby nie uderzyć ludzi najsłabszych.

Chcę więc wszystkich uspokoić, że te decyzje rządowe zostały wstrzymane.

Nie pisaliśmy też w naszym dokumencie o sprawie tych "pomników", czyli szpitali nie na naszą miarę, budowanych dla pokazania się publiczności, a nie dla rzeczywistych celów. Bo znowu - jest to słuszne, ale stanowi jednak pewien margines.

Wiele osób, szczególnie ekonomistów, występuje przeciwko Funduszu Zdrowia. To jest kontrowersyjna sprawa. Jednak to po prostu konieczność. Ponieważ istnieje Fundusz Przeciwalkoholowy, Fundusz Walki z Narkomanią, chcieliśmy to niejako troszkę połączyć, zwiększając jeszcze rezerwy. Takie są projekty. I to co tutaj jest, to nie jest żadne postanowienie. To jest projekt na pewno do dyskusji.

Było pytanie o to, jakie właściwie gremium zajmuje się sprawami

projektów reformy. Otóż w tym, co próbowaliśmy przedstawić państwu jako uchwałę, jest powiedziane, że projekty mają być przedłożone Senatowi przez Zespół d/s Reformy Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej. Otóż Zespół taki powstał w wyniku "okrągłego stołu". Jest to zespół mieszany, składający się z przedstawicieli strony rządowej,

przedstawicieli strony solidarnościowo-opozycyjnej spośród uczestników "okrągłego stołu" współpracujący ściśle z Komisją Koordynacyjną Pracowników Służby Zdrowia "Solidarność".

Zespół ten zamierza współpracować ściśle zarówno z Senacką Komisją Zdrowia, jak również z "naszą" częścią Sejmowej Komisji Zdrowia. Dokument przygotowany przez ten zespół ma być przedstawiony do zaopiniowania przez społeczeństwo, przede wszystkim przez środowiska związane ze służbą zdrowia, ale i przez całe społeczeństwo, bo ono odbiera nasze usługi.

Zespół pracuje, ma powołanych swoich ekspertów itd. i szkoda byłoby wysiłku naszej komisji senackiej, żeby równolegle przygotowywać inny podobny dokument. Natomiast chodzi o to, ażeby ten dokument możliwie jak najszybciej powstał.

Mówię to absolutnie przeciw moim prywatnym interesom, bo jestem członkiem tego zespołu, jako współprzewodniczący z "okrągłego stołu". Naciśnięcie tego zespołu przez naszą uchwałę, ażeby to zostało przedstawione właśnie do ostatecznego zaopiniowania przez komisję senacką i przedstawione również Wysokiej Izbie jest sprawą bardzo ważną. Dlatego szczegółów, które są przedmiotem dyskusji tego zespołu, pracującego w różnych podzespołach, nie umieszczaliśmy w tezach. Umieściliśmy w tezach tylko rzeczy zasadnicze, które wydają się nie budzić wątpliwości.

To jest część, na którą chciałam odpowiedzieć, jeśli chodzi o te tezy, kończąc prośbą o przyjęcie tego dokumentu.

Teraz, jeśli chodzi o krytykę panów senatorów dotyczącą uchwały. Oczywiście, dokument ten jest co najmniej bardzo niedoskonały. Jednak chciałabym powiedzieć, że niezwykle zależy nam, ażeby właśnie teraz, po senackiej debacie, na zakończenie tego posiedzenia Senatu, które trwa już cztery dni, ukazał się jakiś dokument. Dokument wskazujący rzeczy najważniejsze. I wskazujący na odpowiedzialność władz wobec systemu ochrony zdrowia. A zarazem pokazujący, iż Senat zdaje sobie sprawę z tego, kto ponosi odpowiedzialność za stan, jaki w tej chwili mamy.

Nie możemy nie mówić o uposażeniach dla pracowników służby zdrowia. Ja naprawdę nie chcę się powtarzać. Mówiłam o tym w czasie posiedzenia

Obywatelskiego Klubu Parlamentarnego, mówiłam też dzisiaj rano, dlaczego sprawa ta musi być tu jakoś zaznaczona.

Nie możemy w stosunku do środowiska zachować się tak, jak byśmy nie wiedzieli o tym, że zwiększenie nakładów z budżetu państwa na służbę zdrowia jest niezbędne. Inaczej, naprawdę proszę państwa, wkrótce nie będziecie gdzie mieli ię leczyć, ani leczyć swoich dzieci.

Nie było powodu, żeby w uchwale Senatu pisać o szczegółach, jaki ma być nowy system ochrony zdrowia. Właśnie tylko tyle, że ma to być system, który w pewien sposób potrzeby społeczne i uwzględni to, co tak pięknie zostało wyrażone przez senatora Szczypiorskiego - szanowanie godności pacjenta. Życzenia zaś dotyczą postulatu wolnego wyboru lekarza, co też w naszych tezach zostało ujęte. I umyślnie zostało napisane, że sprawa dotyczy wszystkich obszarów, a więc również przemysłowej i wiejskiej służby zdrowia. O przemysłowej służbie zdrowia trochę tu mówiliśmy, wspomiała o niej senator Hejmanowska, natomiast o wiejskiej niestety nie mówiliśmy. Brakowało nam tu naszego eksperta, pana senatora Lipko, który wyjechał. Nie chcieliśmy więc o tym mówić niekompetentnie, od państwa też ten problem nie wypłynął.

Nie uważam, aby ostatnie zdanie, które zostało tak ostro skrytykowane przez senatora Lipskiego, że Senat przykłada dużą wagę do spraw dotyczących zdrowia ludzkiego, gdyż stanowią one podstawę praw gwarantujących życie i godność człowieka oraz jego udział w życiu społecznym było truizmem. Jest to również to samo, tylko dużo brzydziej wyrażone. to, o czym mówił senator Szczypiorski. Do tego nie przywiązywały wagi do tej pory żadne władze, łącznie z odpowiedzialnymi za służbę zdrowia w naszym kraju. I Senat niejako będzie pierwszym oficjalnym ciałem, który właśnie do tego aspektu problemu zdrowia przywiązuje wagę szczególną.

A więc mój końcowy wniosek w naszym imieniu byłby taki, ażeby - zgodzi się pewnie pan Marszałek, także - żeby to przegłosować, jeżeli by się państwo zgodzili, żebyśmy ten dokument przyjęli jako uchwałę Senatu z poprawkami, jakie państwo tutaj proponowali.

UCHWAŁA SENATU W SPRAWIE OCHRONY ZDROWIA

Z DNIA 1 SIERPNIA 1989

Senat świadomy jest faktu katastrofalnej sytuacji zdrowotnej społeczeństwa i głębokiego kryzysu w systemie ochrony zdrowia. Pełną odpowiedzialność za ten stan rzeczy ponoszą władze polityczne, które od dziesiątków lat lekceważyły sprawy człowieka, a więc i zdrowia narodu, drastycznie ograniczając środki i prowadząc politykę dyskryminacyjną

w stosunku do pracowników służby zdrowia.

Senat uważa, iż zmiana istniejącej sytuacji jest sprawą niecierpiącą zwłoki.

W tym celu konieczne są natychmiastowe posunięcia:

1. Wydatne zwiększenie nakładów z budżetu państwa na ochronę zdrowia.
2. Podniesienie zarobków pracowników służby zdrowia co najmniej do poziomu średniej płacy w sferze materialnej. Chodzi tu bowiem o wartość większą niż poziom życia tej grupy pracowników, chodzi o przywrócenie rangi zawodów medycznych i poczucia godności ich przedstawicieli.
3. Zasadnicza zmiana systemu ochrony zdrowia w Polsce w taki sposób, aby system ten w sposób racjonalny, ekonomiczny i etyczny służył człowiekowi choremu i niepełnosprawnemu z pełnym poszanowaniem jego potrzeb, życzeń i godności. Dokonać się to musi we wszystkich obszarach z uwzględnieniem przemysłowej i wiejskiej służby zdrowia.

Senat zobowiązuje Komisję Polityki Społecznej i Zdrowia do opracowania w oparciu o tezy przedłożone przez Komisję oraz materiały przygotowane przez Zespół do spraw Reformy Ochrony Zdrowia "okrągłego stołu" i dzisiejszą debatę odpowiedniego programu i przedstawienia go Senatowi w terminie do końca października br. Niezbędne prace legislacyjne winny być podjęte bezzwłocznie po jego opracowaniu.

Senat przykłada dużą wagę do spraw dotyczących zdrowia ludzkiego, gdyż stanowią one podstawę praw gwarantujących życie i godność człowieka, a także jego udział w życiu społeczeństwa.

Maria Sielicka

PRZESŁUCHANIE

W niedzielę 10.IX.1989 roku o godzinie 10.00 rozpoczęliśmy rozmowę z trzema kandydatami na ministrów: finansów panem Balcerowiczem, pracy, płacy J.Kuroniem i zdrowia i opieki społecznej panem Andrzejem Kosiniakiem. Pierwszy - suchy, kompetentny, poważny, raczej trudny do ocenienia przez ludzi mających mało do czynienia z finansami. Usiłowaliśmy tylko uświadomić młodemu jeszcze i zdrowemu kandydatowi, że istnieje coś takiego jak wiecznie niedofinansowany resort zdrowia. Czy się nam to udało, okaże się niebawem. Jacek Kuroń błysnął dowcipem, pewnością siebie, a także zadziwił nieco dosyć przemyślaną wizją przyszłej pracy. Naraził się tylko nałogiem, który będzie nadal pomagał mu pracować /tak powiedział/. Naszego kandydata przesłuchiwalismy już nieco zmęczeni. Trzeba też przyznać, że wystąpienie po Jacku Kuroniu mogło na kandydata wpłynąć deprymująco.

Z dosyć nużącego exposé dowiedzieliśmy się, że kandydat od paru miesięcy dopiero pracuje w Ministerstwie Zdrowia i zajmuje stanowisko Głównego Inspektora Sanitarnego. Przyjechał z Krakowa, gdzie jako internista pracował w szpitalu. Nie dowiedzieliśmy się niczego na temat pomysłu reformy ochrony zdrowia ani w ogóle nawet zarysowanej wizji swojej roli na czele resortu. Określił się tylko jako zwolennik zrównania wszystkich sektorów usług - państwowego, spółdzielczego i prywatnego.

Na zadane sobie samemu pytanie: kim powinien być minister zdrowia, odpowiedział: "Moim zdaniem powinien być reprezentantem prozdrowotnych interesów narodu w rządzie, a równocześnie nadzorować w terenie wykonywanie stosownych działań. Jaki jest mój program? W kontekście powszechnie znanej sytuacji uważam, że niezbędne są działania doraźne, podejmowane od zaraz oraz działania systemowe, docelowe, podejmowane także niezwłocznie - ale realizowane systematycznie i w miarę spokojnie. Nie można nie przemyślanymi posunięciami reorganizacyjnymi naruszyć istniejącego potencjału lecznictwa, nie można powtórzyć błędów przeszłości, kiedy to na zmianach cierpieli w pierwszym rządzie pacjenci, a w drugim sami pracownicy służby zdrowia. Takie właśnie były często skutki reorganizacji - mówię to na podstawie doświadczeń lekarza-praktyka, który przeszedł przez wiele różnych stanowisk w służbie zdrowia. 18 lat pracowałem w szpitalu, 5 lat w gminnym ośrodku zdrowia, potem w ośrodku miejskim, pracowałem też w ZUS, wykładałem w studium medycznym". Dalej kandydat mówił, że "wśród zadań doraźnych najważniejsze jest nasilenie i usprawienie profilaktyki, poprawienie stanu sanitarnego państwa, także

kontrole na stanowiskach pracy".

W medycynie, jak ją nazwał, naprawczej, "należy wykorzystać istniejący potencjał". Widzi konieczność "przerzucenia pacjentów w podeszłym wieku, nie wymagających intensywnej terapii, do domów opieki społecznej". Należy też kończyć inwestycje, których budowa ciągnie się latami. Opowiedział się za budową mniejszych 350-400 łóżkowych szpitali zamiast gigantów.

W gospodarowaniu lekami opowiada się za najszybszym uruchomieniem produkcji krajowej, wykorzystując surowce lub półprodukty. Uważa, że konieczna jest decentralizacja i demonopolizacja obrotu lekami.

Kandydat dostrzega braki pielęgniarek w dużych aglomeracjach. W sprawie zatrzymania ludzi emigrujących - lekarzy, opowiada się przeciwko działaniom administracyjnym na rzecz poprawy warunków pracy i płacy.

Za konieczną uważa ekonomizację służby zdrowia.

Pytano następnie kandydata o pogląd na służby resortowe /poseł z PZPR/, czy uda się jako ministrowi oderwać od istniejących w ministerstwie układów /SD/, jak widzi problem rzekomo nie istniejącej gruźlicy, opiekę nad dziećmi i młodzieżą /OKP/. Sygnalizowano także problemy stomatologii /PZPR/. Podniesiono konieczność wyceny pracy lekarza i pielęgniarki, potrzebę niezbędnego sprzętu dla inwalidów i konieczność nadzoru Ministra Zdrowia nad produkcją rolną.

Pan Andrzej Kosiniak-Kamysz jako Główny Inspektor Sanitarny próbował wydawać opinie i miał wpływ na produkcję rolną głównie w sensie jakości. Nie miał wpływu na asortyment. Podjął współpracę z różnymi towarzystwami na rzecz tzw. zdrowej żywności. W sprawie inwalidów proponuje doraźne uruchomienie wypożyczalni sprzętu. W dalszej perspektywie widzi konieczność współpracy wielu ministrów - Pracy i Płacy, Przemysłu itp. dla rehabilitacji inwalidów.

Przedstawiciel farmaceutów dbałyby w resorcie o racjonalną gospodarkę lekami.

Optymistycznie zabrzmiało stwierdzenie kandydata, że konieczne są głębokie zmiany strukturalne i personalne w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej.

W pierwszej części spotkania nasz kandydat wypadł dosyć bezbarwnie, a jego program brzmiał ogólnikowo, niezdecydowanie i mało przekonująco.

Po przerwie, pytaniami konkretnymi, dotyczącymi finansowania służby zdrowia i systemu organizacji, a także ze znajomości zachodnich modeli organizacji opieki zdrowotnej, zarzuciła kandydata poseł E. Seferowicz. Poprosiła też o to, żeby kandydat odpowiadał bezpośrednio pytającemu

konkretnie na pytanie.

Spotkanie się ożywiło.

W odpowiedzi dowiedzieliśmy się, że studia kandydat odbył w Norwegii, a jego zdaniem każdy system opieki zdrowotnej powinien być dostosowany do warunków danego kraju. Obiecał też, zagadnięty, że jeśli zostanie ministrem, nie będzie potrzeby rozwiązywania konfliktów strajkami głodowymi. W dalszym ciągu przesłuchania poruszono sprawę etatyzacji, sprawę nie przystąpienia przez Polskę do 139 konwencji MOP. Następnie poseł już drugiej kadencji, opierając się na swoim doświadczeniu, zamiast pytania wygłosił popierające przemówienie. Przesłuchiwał już bowiem 4-tego kandydata na ministra /a żaden dotąd się nie sprawdził!/.

Nasz kandydat długo i ze znanstwem mówił o AIDS. Czuło się, że z tym zagadnieniem stykał się na codzień w resorcie. Przy okazji za swój największy sukces uznał "przeorientowanie działania inspekcji sanitarniej z kontrolno-represyjnej na instruktazową".

Na zapytanie posła A.Bielewicza /SD/, jak zamierza dotrzeć z reformą do aparatu administracyjnego, stwierdził, że ministerstwo musi zrezygnować z centralnego zarządzania.

Zagadnięto także kandydata o konflikt z min.Wilczkiem, który obraził służby sanitarne. Zażegnanie konfliktu trwało parę tygodni.

Pytano jeszcze o oddolne finansowanie służby zdrowia, o koncepcję opieki lekarskiej na terenach klęski ekologicznej, a także, jak Sejm może pomóc kandydatowi. Pytano o rozumienie nomenklatury w służbie zdrowia i rolę Akademii Medycznych w zreformowanej służbie zdrowia. Jedna z posłanek /PZPR/ poczuła się nieprzekonana wystąpieniem, bo takie reformy trwają już od 30 lat.

W głosowaniu kandydat uzyskał 16 głosów popierających, 19 przeciwnych, a 7 osób wstrzymało się od głosu.

Po głosowaniu, którego rezultatem zaskoczony był Pan Przewodniczący, wywiązała się dyskusja, w której poseł /recydywista/ piastujący kolejny raz mandat - J.Szymborski /PZPR/ zarzucił, że zostały "wywierane niedopuszczalne formy nacisku", bo w sprawie członkowie OKP odbyli krótkie zebranie. Na takie dictum oburzyli się nawet klubowi koledzy posła, a Pani Maria Dmochowska orzekła, że dyskusja po głosowaniu świadczy, iż musimy dłużej jeszcze uczyć się zasad demokracji.

Tym stwierdzeniem zakończono przesłuchanie. Kandydat został desygnowany przez Premiera na Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Liczymy, że deklaracja współpracy w tworzeniu nowej prawdziwie naszej opieki zdrowotnej przyniesie rezultaty, jakich od lat oczekujemy. Musimy jednak dużo dać z siebie!

Irena Głowaczewska

STACJE SANITARNO-EPIDEMIOLOGICZNE W POLSCE

Część pierwsza

STAN OBECNY

Służba sanitarno-epidemiologiczna wydaje się stanowić tę część służby zdrowia w Polsce, która wymaga dość gruntownej reformy, zarówno w strukturze organizacyjnej, jak i w zakresie i formach działalności merytorycznej.

Od czasu swego powstania w II Rzeczypospolitej jako służba sanitarna działająca na mocy Ustawy Sanitarnej i Ustawy "w przedmiocie zwalczania chorób zakaźnych oraz innych chorób występujących endemicznie" /obłą, z lipca 1919 roku/, a następnie Ustawy "o zapobieganiu chorobom zakaźnym i ich zwalczaniu" z 11 lutego 1935 roku, służba ta zapisała piękną kartę w dziejach polskiej medycyny zapobiegawczej, tworząc równocześnie podstawy pod współczesną epidemiologię chorób zakaźnych w Polsce.

Po II wojnie światowej zadania służby sanitarnej i przeciwepidemicznej nadal pełnił istniejący od 1923 roku Państwowy Zakład Higieny /PZH/ wraz z filiami oraz oddziałami sanitarno-epidemiologicznymi wojewódzkich wydziałów zdrowia, a od 1952 roku tworzone i pracujące pod jego patronatem Stacje Sanitarno-Epidemiologiczne /powstałe z połączenia filii PZH z oddziałami sanitarno-epidemiologicznymi wydziałów zdrowia/, które - dzięki przetrwałym częściowo kadrom medycznym z czasów II Rzeczypospolitej - stanowiły w znacznym stopniu kontynuację działalności przedwojennej służby sanitarnej, niezależnie od tego, że oparte były w przeważającej mierze na ówczesnych wzorach radzieckich.

Na przestrzeni ostatnich dwudziestu lat, w czasie których kadra medyczna służby sanitarnej uległa prawie całkowitej wymianie /przejście starszych lekarzy na emeryturę, przejęcie funkcji kierowniczych przez lekarzy młodszej generacji, często po studiach na krótko istniejącym w AM Wydziale Sanitarno-Higienicznym/, w pracy służby sanitarno-epidemiologicznej pojawiły się niekorzystne, nasilające się z czasem zmiany, cechujące się:

1/ stopniowym oddzielaniem jej od pozostałych struktur służby zdrowia, co bardzo utrudniło, a częściowo uniemożliwiło prowadzenie działalności zapobiegawczej i przeciwepidemicznej w zakresie chorób zakaźnych i pasożytniczych;

2/ nadmierną rozbudową struktury organizacyjnej, z liczbą pracowników znacznie przekraczającą potrzeby wynikające z uzasadnionej mery-

torycznie działalności. Szczególnie dotyczy to administracji i pracowników tzw. nadzoru sanitarnego;

3/ postępującym ekspozowaniu w pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych działalności kontrolnej i represyjnej /mandaty i tzw. postępowanie egzekucyjne w administracji/;

4/ rozbudowaniem do monstrualnych rozmiarów sprawozdawczości, w większości bezsensownej, opartej na ujednoczonych formularzach opracowanych przez Ministerstwo Zdrowia i różne instytuty /Państwowy Zakład Higieny, Instytut Medycyny Pracy, Instytut Higieny Żywnienia i Żywności itd./;

5/ część obowiązujących aktów prawnych, poczynając od Ustaw, a kończąc na różnych rozporządzeniach, zarządzeniach, instrukcjach Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej oraz wytycznych Głównego Inspektora Sanitarnego /viceminister zdrowia d/s sanitarno-epidemiologicznych/, a także różnych pismach okólnych GIS i podległych mu dyrektorów departamentu /aktualnie Głównego Inspektora Sanitarnego/, które z jednej strony zmuszają stacje sanitarno-epidemiologiczne do wykonywania zadań nie mających żadnego istotnego związku z medycyną zapobiegawczą i działalnością przeciwepidemiczną sensu stricto, z drugiej zaś strony uniemożliwiają sensowną pracę wynikającą z rzeczywistych problemów zdrowotnych ludności na określonym terenie;

6/ brakiem w służbie sanitarno-epidemiologicznej kadry lekarskiej o wysokich kwalifikacjach zawodowych, szczególnie na poziomie terenowych /czasem też wojewódzkich/ stacji, w których lekarze pełniący funkcje dyrektorów rzadko posiadają wiedzę epidemiologiczną wystarczającą do właściwego ukierunkowania pracy stacji i podejmowania słusznych - z merytorycznego punktu widzenia - decyzji;

7/ niedostrzeganiu przez kadrę kierowniczą /począwszy od szczebla Ministerstwa Zdrowia, a kończąc na dyrektorach wojewódzkich i terenowych stacji sanitarno-epidemiologicznych/ nowych problemów zdrowotnych społeczeństwa, związanych głównie z oddziaływaniem na organizm ludzki szkodliwych czynników chemicznych i fizycznych środowiska, wchodzących w zakres rozwiniętej już w wielu krajach europejskich epidemiologii chorób niezakaźnych.

x x x

Aktualnie na terenie każdego województwa istnieje jedna wojewódzka /WSSE/ i kilka do kilkunastu terenowych /TSSE/ stacji sanitarno-epidemiologicznych. Liczba pracowników zatrudnionych w jednym województwie wynosi w przybliżeniu 600 - 1000 osób, spośród których ok.30% pracuje w WSSE, a pozostałych 70% w TSSE.

Poszczególne działy merytoryczne WSSE, jak epidemiologia, higiena pracy, higiena komunalna, higiena żywienia, żywności i przedmiotów użytku, higiena szkolna, oświata zdrowotna i nadzór zapobiegawczy /opiniowanie projektów obiektów budowlanych/ mają swoje odpowiedniki w stacjach terenowych.

Cztery z pierwszych wymienionych działów posiadają na szczelbu wojewódzkim pracownie laboratoryjne: bakteriologii, wirusologii /tylko niektóre WSSE/, serologii, parazytologii, badania wody, powietrza, gleby, żywności i przedmiotów użytku oraz niektórych chemicznych i fizycznych czynników szkodliwych występujących w przemyśle.

Kadry pracowników kompetentnych merytorycznie skupiają prawie wyłącznie stacje wojewódzkie /szczególnie te, które pełniły funkcje WSSE przed 1965 rokiem, tj. przed zmianą podziału administracyjnego kraju/. W stacjach terenowych należą do nich zaledwie pojedyncze osoby, tj. nieliczni lekarze medycyny ze specjalizacją epidemiologii /jest to zawsze specjalizacja II stopnia/ i niektórzy pracownicy zatrudnieni w laboratoriach.

Pozostali pracownicy TSSE /ok.400-600 w każdym województwie/ pełnią głównie funkcje tzw. nadzoru bieżącego wynikającego z Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej i polegającego na przeprowadzaniu kontroli sanitarnych różnych obiektów, które w rzeczywistości sprowadzają się do wypełniania różnych formularzy w celu zebrania danych do patologicznie rozbudowanej i absurdalnej sprawozdawczości, o czym niżej.

Ponadto, w przypadku stwierdzenia w czasie kontroli tzw. uchybień sanitarnych, pracownicy TSSE sporządzają "protokoły o naruszeniu przepisów sanitarnych" i wszczynają dalsze - trwające miesiącami, a czasem nawet latami - postępowanie egzekucyjne w administracji /połączone z kolejnymi kontrolami i rosnącą dokumentacją/ celem "przymuszenia do usunięcia stwierdzonych uchybień" lub wymuszenia kary pieniężnej, po czym wszystko zaczyna się od nowa, zwiększając tylko stos zapisanego papieru.

Należy podkreślić z całą mocą, że kontrole te nie mają prawie żadnego związku z działalnością merytoryczną stacji sanitarno-epidemiologicznych, co dokładniej postaram się uzasadnić w dalszej części.

W pionie epidemiologii TSSE, w którym czynności kontrolne odgrywają stosunkowo niewielką rolę, pracownicy /lekarze, pielęgniarki, instruktorzy higieny/ przeprowadzają wywiady epidemiologiczne dotyczące chorych na różne choroby zakaźne.

Śród różnych działów merytorycznych służby sanitarno-epidemiologicznej, potrzeba bezpośredniego związku z lecznictwem dotyczy głów-

nie epidemiologii, dla której ważnym elementem w dalszej pracy są zgłoszenia chorób zakaźnych i inwazyjnych rozpoznanych przez lekarzy z lecznictwa. Zgłoszone do sekcji epidemiologii TSSE zachorowania służą z jednej strony do celów statystycznych i do analizy epidemiologicznej oraz do opracowywania, opartych na niej, różnych programów epidemiologicznych i prac oświatowych, z drugiej zaś strony - w określonych ostrych chorobach zakaźnych i inwazyjnych - do niedopuszczenia, w miarę istniejących możliwości, do dalszego szerzenia się zachorowań od przypadków już rozpoznanych.

Temu ostatniemu służyć mają wywiady epidemiologiczne. Skuteczna działalność przeciwepidemiczna wynikająca z wywiadów i dochodzeń epidemiologicznych pozostaje w prostej zależności od czasu, jaki upłynie od zachorowania do przeprowadzenia tego wywiadu: im krótszy czas, tym większa szansa skutecznego przeciwdziałania dalszym zachorowaniom; im dłuższy czas - tym szansa mniejsza.

Najlepszy efekt otrzymuje się wówczas, gdy wywiad epidemiologiczny i dalsze dochodzenie przeprowadza się bezpośrednio po ustaleniu rozpoznania /ew.podejrzenia/ choroby zakaźnej przez lekarza w lecznictwie. Jak problem ten wygląda w obecnych strukturach, najlepiej zobrazują przykłady.

Przykład 1. Lekarz w przychodni rozpoznaje u starszej, samotnie mieszkającej Janiny Kowalskiej włośnicę. Kieruje ją do szpitala i - o ile pamięta o obowiązku zgłoszenia - wypełnia odpowiedni druk do terenowej stacji sanitarno-epidemiologicznej, do której dociera on pocztą po tygodniu lub jeszcze później.

Pielęgniarka z terenowej stacji udaje się pod wskazany na druku adres, ale nie zastaje nikogo w domu. Zostawia w drzwiach "wezwanie do obowiązkowego stawienia się" i czeka aż ktoś się zgłosi. Mijają następne dni. Po upływie kolejnego tygodnia do innej terenowej stacji wpływają ze szpitala zakaźnego zgłoszenia 4 zachorowań na włośnicę.

Zachorowania dotyczą młodego małżeństwa Kowalskich z dwojgiem dzieci. Znowu pielęgniarka /inna/ udaje się pod wskazany adres i nikogo nie zastaje. Zostawia "wezwanie" w drzwiach i idzie do domu gotować obiad /jest godzina 13.00, nie warto więc wracać do pracy na dwie godziny; nie po to bowiem pracuje w San-epidzie, by się przemęczać/.

Następnego dnia informuje lekarza zatrudnionego w epidemiologii o 4 zgłoszonych zachorowaniach na włośnicę i o tym, że nie zastała nikogo w domu.

Tym razem lekarz udaje się do szpitala zakaźnego i przeprowadza wywiad epidemiologiczny, z którego wynika, że trzy tygodnie wcześniej

zachorowała z podobnymi objawami matka pacjenta Kowalskiego, przebywająca aktualnie w innym szpitalu na oddziale wewnętrznym i że przed miesiącem zaopatrzyła ona swoje dzieci i wnuki w mięso wieprzowe, które młodzi Kowalscy i ich dzieci zjedli na obiad kilka dni przed zachorowaniem w postaci mielonych, smażonych sznycelków. Pacjent Kowalski zjadł ponadto przed obiadem trochę surowego mięsa w postaci tataru. Stan jego jest bardzo ciężki.

Lekarz z terenowej stacji wraca do pracy i przekazuje telefonicznie wywiad lekarzowi z innej TSSE, na terenie której znajduje się szpital, w którym leży matka pacjenta Kowalskiego. Wywiad przeprowadzony następnego dnia z matką pacjenta Kowalskiego ujawnia, że kupiła ona mięso wieprzowe prywatnie, w pracy, od przychodzącej tam od czasu do czasu z mięsem wiejskiej kobiety.

Kupujących było kilku. Jak wynika z dalszego dochodzenia epidemiologicznego, są też już dalsze zachorowania /lekarze zapomnieli zgłosić lub nie mieli czasu na wypisywanie druków względnie zabrakło druków i nie mogli wypełnić/. Chorzy ci jedli mięso z włośniami w czasie, gdy druk zawiadaniający o pierwszym zachorowaniu u starszej pani Kowalskiej wędrował pocztą, a także wtedy, gdy pielęgniarka pierwszej z wymienionych TSSE czekała aż ktoś się zgłosi na jej "wezwanie".

Ostatecznie, jak się później jeszcze okazało, w ognisku zachorowało 11 osób; pacjent Kowalski zmarł /lat 34/. Pozostałych pacjentów wypisano po kilku tygodniach hospitalizacji, w stanie ogólnym dobrym...

To przykład niezupełnie fikcyjny; pacjent Kowalski w rzeczywistości nazywał się inaczej, ale rzeczywiście był hospitalizowany wraz z całą rodziną i rzeczywiście zmarł. Pozostałe dane z ogniska tylko częściowo fikcyjne, ale prawdziwe w odniesieniu do innych ognisk. Wystarczy chwila zastanowienia, by stwierdzić, że:

gdyby wywiad epidemiologiczny przeprowadził lekarz z przychodni, który rozpoznał włośnicę u pacjentki Kowalskiej, i gdyby - mając od razu od pacjentki adresy ew. telefony do rodziny pani Kowalskiej i jej miejsca pracy - skierował tam, w tym samym dniu, kogoś z personelu średniego, np. pielęgniarkę środowiskową lub pielęgniarkę przeciwepidemiczną /gdyby taka była/, by dotarła do tych dwóch środowisk i ostrzegła przed spożywaniem mięsa z włośniami, ewentualnie pobrać próbę mięsa do badania trychinoskopowego, można by było uniknąć 10 zachorowań, w tym 1 zgonu młodego człowieka. Wypada jeszcze dodać, że epidemiologia w tym wypadku byłaby w TSSE zbędna.

Przykład 2. U dziecka uczęszczającego do przedszkola X lekarz w poradni rozpoznaje biegunkę podejrzaną klinicznie o etiologię czerwonkową. Stan ogólny dziecka jest dość dobry. Matka nie chce zwolnienia lekarskiego, bo to kosztowne i nie bardzo ją na to stać, względnie nie może otrzymać zwolnienia, bo wyczerpała już cały limit przewidywany na opiekę nad dzieckiem i może wziąć tylko urlop bezpłatny /płatny już wykorzystała/, a na to ją też nie stać.

Lekarz poprzestaje więc na przepisaniu leków, m.in. biseptolu. Czasem wypisuje jeszcze skierowanie na badanie bakteriologiczne. Nie zgłasza zachorowania do stacji sanitarnej, bo nie ma takiego obowiązku /obowiązek zgłaszania dotyczy tylko biegunek u dzieci w pierwszym i drugim roku życia/. Matka często nie przeprowadza w ogóle badania bakteriologicznego, bo "nie ma czasu na bieganie do stacji", a dziecko - jak twierdzi potem - po dobie leczenia czuło się już zupełnie dobrze; względnie przynosi materiał do badania bakteriologicznego po 4-5 dobach kuracji biseptołem, co nierzadko jest przyczyną ujemnego wyniku badania.

Po upływie tygodnia lub później matka innego dziecka z przedszkola X telefonuje do TSSE, zdenerwowana, że "w przedszkolu tyle dzieci choruje na biegunkę, a stacja nic nie robi". Jeżeli informacja ta dotrze do stacji san.-epid. w piątek po godzinie 14.00 /a często tak bywa, w godzinach porannych telefony obciążane, trudno uzyskać połączenie/, to pracownicy TSSE pojadą do przedszkola X dopiero w poniedziałek /sobota wolna od pracy, a w piątek za nadgodziny nikt nie zapłaci, pensja też marna, więc po co się wysilać/.

W poniedziałek, gdy pracownicy TSSE jadą do przedszkola X, ognisko jest już w fazie wygasania; wszystkie dzieci podatne na zakażenie już zachorowały w następstwie kontaktowych zakażeń od dziecka uczęszczającego do przedszkola z biegunką. Cała działalność przeciwepidemiczna stacji jest fikcją, a dalsze badania bakteriologiczne dzieci z przedszkola mogą służyć już tylko ujawnieniu ewentualnych zakażeń subklinicznych lub przypadków przewlekłej czerwonki.

Podobne przykłady można by mnożyć w nieskończoność. Wszystkie one wskazują jednoznacznie, że współpraca na odległość /zwykle przez pocztę/ między lekarzem z lecznictwa a lekarzem lub pielęgniarką z terenowej stacji - zwykle nie może zapobiec dalszym zachorowaniom u osób z kontaktu z chorymi, co stawia pod znakiem zapytania celowość tak ustawionej działalności zapobiegawczej w ogniskach sporadycznych zachorowań na niektóre choroby zakaźne i inwazyjne.

Brak bliskiego kontaktu z lecznictwem rzutuje również na nieefektywną pracę epidemiologa z wojewódzkiej stacji. Dla potwierdzenia tego

stwierdzenia pozwalam sobie przytoczyć przykład z moich własnych doświadczeń ostatnich lat, po czym powrócę do omawiania pracy TSSE w obecnych ich strukturach.

Przykład dotyczy kilka już lat trwających wysiłków mających na celu zorganizowanie profilaktyki noworodków przed zakażeniem okołoporodowym wirusem hepatitis B od matek-nosicielek tego wirusa.

W piśmie skierowanym w tej sprawie do lekarza wojewódzkiego i dyrektorów ZOZ-ów zobowiązaliśmy się - w przedłożonym w załączeniu piśmie "programie profilaktycznym", opracowanym wspólnie z Kliniką Chorób Zakaźnych - do wykonywania badań serologicznych wszystkim ciężarnym w trzecim trymestrze ciąży oraz do wydawania ciężarnym - nosicielkom wirusa hepatitis B - specyficznej immunoglobuliny celem podania jej noworodkowi w szpitalu, bezpośrednio po urodzeniu i zabezpieczeniu go w ten sposób przed zakażeniem /każdego roku w Polsce, ok. 2-3 tysięcy matek zakaża swoje dzieci okołoporodowo w związku z nosicielstwem wirusa hepatitis B/.

Potrzebna była tylko współpraca z lecznictwem. Pismo nasze do lekarza wojewódzkiego i dyrektorów ZOZ-ów nie dało prawie żadnego efektu. Skierowaliśmy pracowników TSSE bezpośrednio do poradni K z prośbą o zwrotną informację. Z uzyskanych odpowiedzi niektórych TSSE wynikało, że bardzo nieliczni lekarze wiedzieli o naszej propozycji. Inni wiedzieli, ale nikt nie kazał im zorganizować przekazywania prób krwi ciężarnych do badań.

○ Trzeba było dwóch lat, by objąć badaniami niecałe 50% ciężarnych. Inna propozycja zawarta w w/w programie, dotycząca zorganizowania w lecznictwie jednego oddziału dla porodu ciężarnych-nosicielek wirusa hepatitis B, nie doczekała się do dziś odpowiedzi ze strony lekarza wojewódzkiego, mimo że wskazaliśmy nawet szpital, na bazie którego można było zorganizować taki oddział, podkreślaliśmy poważne ryzyko zakażenia na salach porodowych zdrowych pacjentek od nosicielek wirusa i zobowiązywaliśmy się do zaszczepienia przeciwko wzv B personelu medycznego przed uruchomieniem takiego oddziału.

Jako stacja sanitarno-epidemiologiczna /a tym bardziej jeden z jej działów tj. epidemiologia/ nie możemy podejmować bezpośrednio w lecznictwie jakichkolwiek działań, a oficjalna "droga służbowa" poprzez dyrektora WSSE, lekarza wojewódzkiego i dyrektorów ZOZ-ów okazuje się murem, przez który żadna lub prawie żadna nasza propozycja dotycząca możliwej do przeprowadzenia profilaktyki chorób zakaźnych przebić się nie może.

Nie wydaje mi się, by podany przykład był w Polsce odosobniony i

świadczył tylko o złej woli jednego lekarza wojewódzkiego i kilku dyrektorów ZOZ-ów. Sądzę natomiast, że propozycje przekazywane przez kilku pośredników rzadko prowadzą do określonego celu, zwłaszcza jeżeli wymagają wykonania dodatkowej pracy.

Oprócz przedstawionej wyżej, mało skutecznej w obecnych strukturach, działalności zapobiegawczej terenowych stacji, dotyczącej sporadycznych zachorowań na niektóre choroby zakaźne, pracownicy epidemiologii wspólnie z pracownikami higieny żywienia i żywności TSSE zajmują się opracowywaniem epidemiologicznym ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych, które również rzadko prowadzą do określonego celu, tj. do wykrycia i unieszkodliwienia względnie wyeliminowania źródła zakażenia lub rozpoznania i przecięcia dróg szerzenia się zakażeń.

Zarówno unieszkodliwienie źródła, jak i przecięcie drogi szerzenia się zakażeń w takim ognisku może niejednokrotnie zapobiec dziesiątkom, a czasem nawet setkom dalszych zachorowań.

Jedną z istotnych przyczyn, uniemożliwiających wyegzekwowanie od pracowników terenowych stacji prawidłowego opracowywania tych ognisk są aktualnie obowiązujące formularze, które zostały zredagowane w sposób całkowicie sprzeczny z zasadami wynikającymi z właściwej dla takich ognisk metodyki epidemiologicznej, co sprawia, że opracowanie ogniska przy jej użyciu /wymagającego - oprócz wiedzy, wnikliwości i dużego wkładu pracy/ dodatkowo utrudnia wypełnienie obowiązującego formularza i odwrotnie; opracowanie ogniska pod kątem formularza /nie wymagające ani specjalnej wiedzy, ani większego wkładu pracy/ nie wymaga oparcia się na metodyce epidemiologicznej.

W efekcie, ogniska zbiorowych zatruc pokarmowych opracowywane są - po najmniejszej linii oporu i przy znacznym nakładzie kosztów finansowych - "dla formularzy", a liczba zatruc pokarmowych stale rośnie. Jest oczywiste, że utrzymujący się w Polsce od kilku lat poważny wzrost liczby zatruc pokarmowych wynika z kilku różnych przyczyn, nie zmienia to jednak faktu, że jedną z nich jest właśnie nieprawidłowe opracowywanie ognisk tych zatruc.

Osobiście uważam, że epidemiologiczne opracowywanie wszelkich ognisk mających rozmiary epidemii /w tym ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych/ przerasta możliwości merytoryczne terenowych stacji i - jeżeli ma prowadzić do celu - winno być wykonywane przez specjalnie do takich zadań przygotowany kilkuosobowy zespół przeciwepidemiczny na szczeblu wojewódzkim, pracujący na zasadzie zbliżonej do pogotowia /bez sztywnych godzin pracy od... do i bez całej urzędowej biurokracji/. Aktualnie zadanie to wykonywane jest nieefektywnie przez około 50 pracowników na tere-

nie województwa, głównie pielęgniarki z TSSE /4-6 pracowników z każdej TSSE/.

Jak wspomniano już wyżej, prawidłowe opracowywanie ognisk epidemicznych jest istotne również z ekonomicznego punktu widzenia, m.in. w związku z kosztownymi badaniami bakteriologicznymi. Przykładowo koszt jednego tylko badania w kierunku Salmonella-Shigella przed dwoma laty wynosił ok. 3 tys.zł., a w jednym ognisku wykonuje się tych badań co najmniej kilkanaście, a nierzadko kilkadziesiąt, przy czym, im gorsze opracowanie ogniska, tym większa liczba badań. Nawet prawidłowo przeprowadzone dochodzenia jest kosztowne; nieudolnie przeprowadzone kosztuje kilka lub kilkanaście razy więcej.

Inną bezcelową, bo nikomu niepotrzebną działalnością pielęgniarek terenowych i wojewódzkich stacji sanitarno-epidemiologicznych, jest kontrola punktów szczepień w poradniach dziecięcych i szkolnych. Czynność tę na terenie jednego województwa przeprowadza około 20 pielęgniarek specjalnie w tym celu zatrudnionych, a w całym kraju około 600 pielęgniarek. Kontrole te, równie liczne, co powierzchniowe, sprowadzają się w zasadzie do wypełnienia "protokołu z kontroli" i nie obrazują rzeczywistego wykonawstwa szczepień w danej poradni, a tym bardziej stanu uodpornienia populacji dziecięcej.

Ponadto, w każdym województwie wykonawstwo szczepień jest już kontrolowane przez pion pediatrii. Wydaje się, że ^{nadzor} nad szczepieniami ze strony służby sanitarno-epidemiologicznej winien opierać się raczej na wrywkowym, zdeterminowanym sytuacją epidemiologiczną /przeprowadzonymi przez wojewódzkie stacje/ sprawdzeniu stanu uodpornienia dzieci z wybranych roczników i w wybranych punktach szczepień, przeprowadzonych wg wzorów Światowej Organizacji Zdrowia i w ścisłej współpracy z pionem pediatrii.

Do tak ustawionego nadzoru wystarczyłyby 3-4 pielęgniarki w województwie, odpowiednio przeszkolone i kierowane przez lekarza epidemiologa ze szczebla wojewódzkiego. Mogłyby to być pielęgniarki zatrudnione we wspomnianym wyżej zespole przeciwepidemicznym /gdyby taki powstał w WSSE/, które w wolnych chwilach /gdy nie ma żadnych ognisk wymagających opracowania/ wykorzystywałyby czas na sprawdzian stanu uodpornienia.

Oprócz wyżej opisanych kontroli, pielęgniarki do spraw szczepień WSSE i TSSE zajmują się dystrybucją szczepionek, ściślej - wydawaniem ich pielęgniarkom z lecznictwa. Wydaje się, że obecna droga szczepionki od producenta względnie Cefarmu /instytucja importująca szczepionki przeciwko polio, odrze, wścieklicznie, różyczce i wzw/ jest zbyt skomplikowana i odbywa się przy udziale zbyt wielu pośredników. Sprawa ta wyma-

gałaby odrębnego opracowania, które winno być ściśle związane z całościową reorganizacją służby zdrowia.

Oprócz pielęgniarek przeciwepidemicznych i pielęgniarek d/s szczepień, pion epidemiologii na szczepku TSSE zatrudnia ponadto pracowników d/s DDD /dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji/. Są to również pielęgniarki lub instruktorzy higieny zajmujący się kontrolą procesów sterylizacji i dezynfekcji w zakładach służby zdrowia.

Również i te funkcje - z pozoru sensowne - nie mają żadnego związku z poprawą sterylizacji i dezynfekcji w zakładach służby zdrowia. Nie można bowiem uzyskać poprawy procesów sterylizacji wyrывkową kontrolą przy użyciu sporotestów bakteryjnych, przeprowadzaną przez stacje sanitarne w sytuacji, w której wiele zakładów służby zdrowia posiada bardzo stare, maksymalnie wyeksploatowane i ulegające częstym awariom sterylizatory na suche ciepło oraz wiekowe autoklawy, bardzo starej konstrukcji, wymagające ręcznego sterowania.

Jeśli do tego dodać, że każdy proces sterylizacyjny winien odbywać pod kontrolą tzw. wskaźników skuteczności sterylizacji np. termoindykatorów, których w Polsce w ogóle nie ma /choć od lat sygnalizujemy bezwzględna konieczność ich zakupu z importu lub produkcji w kraju/, to trudno się dziwić, że kontrole przeprowadzane przez stacje san.-epid. straciły już wszelki sens.

Od lat wiemy, że co najmniej 10% pacjentów w Polsce operuje się niesterylnymi narzędziami /tzn. po nieskutecznej sterylizacji, o czym zespół operujący nawet nie wie/, co rzutuje bezpośrednio na ogromną zapadalność na wirusowe zapalenie wątroby typu B i nic z tej naszej wiedzy nie wynika.

Niewykluczone, że gdyby zlikwidowano w chwili obecnej etaty pracowników TSSE kontrolujących sterylizację /ok.700 etatów w skali kraju/ i zakupiono, za uzyskane tą drogą fundusze, najprostsze termoindykatory, to pozwoliłoby to na rzeczywistą i sensowną kontrolę procesów sterylizacji przeprowadzaną bezpośrednio przez pracowników szpitali w sposób ciągły. Kontrola taka byłaby bezpośrednio połączona ze skutecznym eliminowaniem niesterylnego sprzętu przed zabiegiem operacyjnym.

Stosowana obecnie przez stacje san.-epid. metoda sporotestów bakteryjnych pozwala na sprawdzenie zaledwie kilku procesów sterylizacyjnych w ciągu roku w jednym szpitalu, co jest kroplą w morzu potrzeb /czas potrzebny na namnożenie się bakterii w testach po wyjęciu ich ze sterylizatora/. Metoda ta pozwala więc tylko na stwierdzenie post factum, że np. kilku pacjentów operowanych tym sprzętem mogło ulec różnym zakażeniom, m.in. wirusem hepatitis B.

Jest oczywiste, że ewentualne wprowadzenie do sterylizacji w lecznictwie termoindykatorów nie rozwiąże bardzo pilnej potrzeby zaopatrzenia placówek służby zdrowia w nowe, sprawnie działające sterylizatory na suche ciepło i autoklawy.

x x x

W pozostałych - poza epidemiologią - działach służby sanitarno-epidemiologicznej na szczeblu terenowych stacji brak uzasadnienia merytorycznego dotyczy setek tysięcy wspomnianych już wcześniej kontroli przeprowadzanych każdego roku w Polsce, przez tysiące pracowników: higieny komunalnej, higieny żywienia i żywności, higieny pracy, higieny szkolnej, a nawet oświaty zdrowotnej.

Kontrole te, zwane sanitarnymi, wynikają zarówno z obowiązujących aktów prawnych, jak również różnych pism wyszczególnionych w pkt. 5 na początku tego opracowania. Przykładowo, jeden tylko ust.4 art.4 Ustawy z dnia 14 marca 1985 roku o Państwowej Inspekcji Sanitarnej wystarczy, by zamienić stacje sanitarno-epidemiologiczne w organ kontrolny działający na zasadzie i na poziomie milicji porządkowej.

Punkt ten zobowiązuje stacje do kontroli przestrzegania przepisów określających "wymagania higieniczne i zdrowotne, w szczególności dotyczące utrzymania należytego stanu higienicznego nieruchomości, zakładów pracy, instytucji, obiektów i urządzeń użyteczności publicznej, dróg, ulic oraz środków-komunikacji publicznej".

Równocześnie inne fragmenty w/w Ustawy wymagają od kontrolujących pracowników ze średnim wykształceniem /instruktorzy higieny, pielęgniarki/ znajomości "warunków produkcji /-/ żywności" /art. 4 Ust.3/, "warunków zdrowotnych produkcji i obrotu przedmiotami użytku" /art.3 ust.4/ itd., itd., nie wymagają natomiast od służby sanitarno-epidemiologicznej nadzoru nad jakością artykułów żywnościowych i wyrobów przemysłowych, co uwzględnił jeszcze poprzedzający Ustawę Dekret o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 1954 roku obowiązujący do 1985 roku.

Bezsens przeprowadzanych kontroli wynika między innymi z faktu, że do chwili obecnej nie zostały opracowane "wymagania higieniczno-sanitarne, jakim powinny odpowiadać poszczególne rodzaje nieruchomości, zakłady pracy i instytucje", które, zgodnie z zapowiedzią sprzed 26 laty, zawartą w art.5 Ustawy "o zwalczaniu chorób zakaźnych" z 13 listopada 1963 roku, mieli "określić w drodze rozporządzenia właściwi ministrowie w porozumieniu z Ministrem Zdrowia i Opieki Społecznej". Nie wiadomo właściwie, jakimi kryteriami mają się kierować pracownicy TSSE przeprowadzający kontrole raz w aptece, innym razem w fabryce zabawek, innym znów razem w laboratorium kosmetycznym.

Jest oczywiste, że opracowanie takich wymagań higieniczno-sanitarnych /uwzględniających wszelkie zagrożenia zdrowotne, bo tylko wówczas miałyby one sens/ dla tysięcy różnych zakładów o różnym profilu produkcyjnym, dla potrzeb kontrolnych instruktorów higieny i pielęgniarek z terenowych stacji, nie jest w ogóle możliwe, co automatycznie przekreśla jakikolwiek sens tych kontroli, a równocześnie sprawia, że przeprowadzane od wielu lat kontrole, zwane sanitarnymi, sprowadzają się w większości do sprawdzania bieżącego porządku i czystości /w tym głównie brudnych ścian, podłóg, stołów, ubytków glazury, wyszczerbionych garnków itp., itp./.

Fakty te nie dotarły, jak dotąd, do świadomości decydentów ze szczebla ministerialnego, którzy z każdym rokiem, a ostatnio już z każdym miesiącem, domagają się coraz większej liczby kontroli, licząc, że tą drogą poprawią pogarszający się stale stan sanitarny kraju.

Ukoronowaniem merytorycznej niekompetencji w zakresie aktów prawnych dotyczących tzw. kontroli sanitarnych jest projekt ostatniego Zarządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej "w sprawie określenia jednolitych form nadzoru sanitarnego i zasad dokonywania ocen stanu sanitarno-epidemiologicznego", który, pomijając już pozbawione sensu określenia w rodzaju "stan sanitarno-epidemiologiczny obiektu", sprowadza całą pracę stacji sanitarno-epidemiologicznych, zarówno szczebla terenowego, jak i wojewódzkiego, do równie absurdalnych co niewykonalnych kontroli połączonych z wystawianiem poszczególnym zakładom stopni /"dobry", "zadowolający", "niezadowolający"/, z których nic nie wynika poza przekazaniem informacji o postawionym stopniu Ministrowi Zdrowia i Opieki Społecznej.

Niewykonalność kontroli w ujęciu projektu Zarządzenia wynika m.in. z faktu, że "ustalenie przyczyn i skutków zagrożeń zdrowotnych" w jednym tylko dużym zakładzie przemysłowym wymaga często kilku miesięcy pracy wysoko kwalifikowanego zespołu fachowców /inżynierowie, lekarze/, a "wskazanie sposobu i środków usunięcia tych zagrożeń" /związanych niejednokrotnie z wprowadzeniem nowych technologii produkcji/ następnym kilku miesięcy, jeżeli jest to w ogóle możliwe bez udziału ekspertów zachodnich.

Wymaganie zatem, by corocznie instruktorzy higieny i pielęgniarce przeprowadzali takie kontrole, w dodatku we wszystkich zakładach przemysłowych, żywnościowych i innych, świadczy tylko o tym, że autor projektu Zarządzenia nie bardzo wiedział, o czym pisze.

Sądzę, że gdyby Zarządzenie to zostało przypadkiem podpisane przez Ministra Zdrowia, to i tak - wobec całkowitej jego niewykonalności -

niczego to nie zmieni w dotychczasowej pracy stacji sanitarno-epidemiologicznych, których pracownicy, zgodnie z dotychczasowymi przepisami, poleceniami i zaleceniami, nadal będą przeprowadzać tysiące kontroli w tysiącach obiektów. Wpływ kontroli na stan sanitarny kraju i stan zdrowia społeczeństwa jest tak znikomy, że nie ma praktycznie żadnego znaczenia.

Potwierdzeniem powyższego stwierdzenia mogą być plany pracy, "dzienniczki pracy", prowadzone przez wielu pracowników TSSE na polecenie dyrektorów, oraz protokoły z "kontroli sanitarnych", których całe stopy zalegające szafy i biurka pracowników TSSE są w każdej chwili dostępne do wglądu i oceny.

I tak, w pionie higieny komunalnej, obok kilku rodzajów obiektów, jak np. ujęcia wodne, wodociągi i baseny kąpielowe, w których kontrole sanitarne połączone z pobraniem wody do zbadania i oceny jej jakości, należy uznać za uzasadnione merytorycznie, kontroluje się ponadto zakłady służby zdrowia, domy pomocy społecznej, schroniska dla zwierząt, magazyny nawozów sztucznych, hotele, kluby, śmietniki, poczty, biblioteki, ogródki działkowe, pieczarkarnie, kina, stacje benzynowe, tramwaje, autobusy, nawet pętle tramwajowe, place, przejścia podziemne, trasy przelotowe, glinianki, stadiony, parkingi, parki itd., itd.

Wątpię, by ktokolwiek z osób odpowiedzialnych za tak ustawioną pracę w stacjach terenowych potrafił rzeczowo odpowiedzieć na pytanie np., jakim warunkom sanitarnym winna odpowiadać trasa przelotowa względnie pętla tramwajowa, względnie glinianka i jaki to może mieć związek ze stanem zdrowotnym społeczeństwa.

Innym curiosum są "protokoły z kontroli sanitarnych" różnych obiektów żywnościowo-żywnościowych, tzw. arkusze klasyfikacyjne, w których informacje o tzw. stanie sanitarnym zostały rozbudowane do patologicznych rozmiarów. Protokoły te pracownicy higieny żywienia i żywności wypełniają w czasie kontroli przeprowadzanych raz w roku lub raz na dwa lata w każdym zakładzie.

Formularze tych "protokołów kontroli" obowiązują na terenie całego kraju i służą sporządzaniu w WSSE zbiorowych sprawozdań, przesyłanych następnie do Ministerstwa Zdrowia, z których Minister Zdrowia może się np. dowiedzieć, w ilu zakładach mleczarskich na terenie kraju stwierdzono "brak instrukcji mycia", albo "są uszkodzone ściany, podłogi, okna i drzwi", albo "personel jest brudny", albo "jest złe składowanie środków myjących i dezynfekcyjnych", a także, w ilu zakładach żywienia zbiorowego w Polsce "szatnia jest źle usytuowana", względnie "woda jest dowożona lub donoszona" /sic!/, lub "wpusty podłogowe są bez syfonów

lub kratek" itd., itd.

Dla pełnego obrazu należy dodać, że to tylko bardzo nieliczne przykłady wypisane z trzech formularzy "protokołów kontroli sanitarnych" zatwierdzonych przez Główny Urząd Statystyczny. W sumie w pionie higieny żywienia i żywności, podobnych wzorów formularzy przeznaczonych dla różnych rodzajów obiektów jest przeszło dwadzieścia.

Zobowiązują one instruktorów higieny TSSE do kontroli tysięcy różnych obiektów /ze sklepami włącznie/ każdego roku, na terenie każdego województwa. Na pytanie, "czy stan sanitarny zakładu wynikający z protokołu kontroli koreluje z jakością wyprodukowanej w nim żywności", pracownicy nadzoru higieny żywienia i żywności WSSE odpowiedzieli mi, że "teoretycznie powinien, ale praktycznie rzadko koreluje".

Z tego wynika, że wszystkie te kontrole nie mają prawie żadnego związku z jakością wyprodukowanych w tych zakładach produktów spożywczych, trafiających następnie do konsumenta, i że nawet bardzo dobry stan sanitarny zakładu, wynikający z treści formularza, nie wyklucza obecności w wyprodukowanych tam produktach spożywczych różnych zanieczyszczeń chemicznych czy bakteriologicznych, mogących być przyczyną zatrucia pokarmowego, czerwonki, a nawet zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych przez listerie hodowane już w Polsce z serków homogenizowanych.

Niewykluczone, że gdyby ktoś pokusił się o obliczenie kosztów związanych z przeprowadzaniem tych kontroli na terenie całego kraju /czas pracy pracownika TSSE, w części kontroli eksploatacja samochodu z kierowcą, koszty druku formularzy wzorcowych, papier zużyty na protokoły i ew. dalsze postępowanie egzekucyjne w administracji/, to mogłoby się okazać, że za te fundusze można by wybudować i wyposażać w nowoczesny sprzęt jeden zakład mleczarski w roku, który produkowałby m.in. serki homogenizowane bez salmonelli shigelli, listerii i innych możliwych zanieczyszczeń.

Do kosztów tych należałoby jeszcze doliczyć trzy miesiące pracy kilku pracowników Działu Higieny Żywienia i Żywności WSSE każdej z 49 stacji w Polsce, zużyte każdego roku na zbiorcze opracowanie tych formularzy dla Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, gdzie prawdopodobnie i tak nikt ich nie czyta.

Trzech miesięcy pracy każdego roku wymaga również analiza statystyczna zarejestrowanych zachorowań na choroby zakaźne i inwazyjne, która od kilku lat opracowywana jest przez WSSE na jednolitych dla całego kraju formularzach, z jednej strony nadmiernie rozbudowanych o informacje mało przydatne dla epidemiologa z wojewódzkiej stacji, z drugiej

zaś nie uwzględniających lub zamazujących istotne problemy epidemiologiczne, co w konsekwencji zmusza do opracowywania podwójnej analizy; jednej dla obowiązujących formularzy i drugiej dla własnych potrzeb.

x x x

Sytuacje podobne do wyżej opisanych dotyczą również pracy innych pionów terenowych stacji san-epid. I tak: formularze z kontroli i formularze sprawozdawcze w pionie higieny pracy nie dają obrazu faktycznych zagrożeń na stanowiskach pracy w przemyśle i niczego nie poprawiają, czego przejawem jest katastrofalny stan zdrowia pracowników zatrudnionych w wielu gałęziach przemysłu w Polsce.

Formularze z kontroli i sprawozdania higieny szkolnej nie mają żadnego związku z rzeczywistością, szeroko pojętą higieną dzieci i młodzieży, ani też nie wpływają na stan sanitarny obiektów szkolnych. Pionem, w którym zarówno ilość, jak i jakość gromadzonej dokumentacji /plany pracy, protokoły z kontroli, sprawozdania itd./ bije wszelkie rekordy absurdalności, jest oświata zdrowotna.

Nie jest możliwe, w ramach tego opracowania, przedstawienie i omówienie wszystkich absurdów związanych z kontrolami "sanitarnymi" oraz dokumentacją i sprawozdawczością prowadzącą - zgodnie z obowiązującymi przepisami - przez pracowników tzw. nadzoru sanitarnego. Dokumentacja ta jest w każdej chwili dostępna sprawdzeniu i ocenie.

Dodatковым czynnikiem pogarszającym istniejącą sytuację jest bezpośrednio zainteresowanie dyrektorów TSSE liczbą przeprowadzonych kontroli, w myśl zasady, że im więcej kontroli, tym większa szansa na zebranie większej sumy pieniędzy z mandatów. Od sumy tej bowiem zależy wysokość miesięcznej premii tzw. motywacyjnej przyznawanej przez dyrektora WSSE dyrektorom TSSE. Nie jest mi wiadomo, czy zasada ta stosowana jest we wszystkich województwach, nie sądzę jednak, by województwo warszawskie było w tej kwestii jedynym niechlubnym wyjątkiem.

Całkowicie różne problemy rzutują na nie najlepszą jakość pracy wojewódzkich stacji, powodując pogłębiające się uczucie zniechęcenia i nierzadko głębokiej frustracji nielicznej, ale jeszcze istniejącej kadry pracowników o wysokich kwalifikacjach zawodowych. Dwa przykłady, które wydają mi się godne uwagi, przedstawiam niżej.

Na szczycie WSSE ważną i istotną częścią pracy z merytorycznego punktu widzenia są badania laboratoryjne służące ocenie: czystości powietrza, jakości wody do picia i potrzeb gospodarczych, jakości produktów spożywczych, zanieczyszczeń gleby oraz zagrożeń zdrowotnych, wywołanych działaniem szkodliwych związków chemicznych i czynników fizycznych występujących głównie w przemyśle i wynikających z tzw. NDS-ów /najwyż-

szych dopuszczalnych stężeń substancji chemicznych) i NDN-ów /najwyższych dopuszczalnych natężeń czynników fizycznych, np. hałasu, wibracji/.

W rzeczywistości, te ważne zadania realizowane są na poziomie tak bardzo zaniżonym w stosunku do istniejących potrzeb, że wartość ich pozostaje co najmniej problematyczna. Z nielicznymi bowiem wyjątkami, laboratoria WSSE i nieliczne TSSE, oparte są na przestarzałych metodach badań, nie przystosowanych do aktualnych zagrożeń biologicznych, chemicznych i fizycznych występujących w środowisku.

Dla niektórych szkodliwych związków chemicznych normy stężeń są niższe niż wykrywalność metody, np. zgodnie z normą ilość rtęci w wodzie nie może przekraczać 0,001 mg/litr, podczas gdy stosowana, przestarzała metoda zapewnia jej wykrycie dopiero przy stężeniu 0.006 mg/litr, czyli przy 6-krotnym przekroczeniu ilości dopuszczalnej wg normy. Dla wielu istniejących zagrożeń brak w ogóle metodyki badań lub odpowiedniej aparatury.

W laboratoriach wchodzących w skład epidemiologii /bakteriologia, parazytologia, serologia i wirusologia/, czyli wykonywanych badań diagnostycznych służących potrzebom lecznictwa, część wynika bezpośrednio z zadań epidemiologii. Wśród tych ostatnich mieszczą się badania bakteriologiczne tzw. branzowców (osoby pracujące przy żywności, w wodociągach i przy leczeniu i opiece dzieci do lat 6), w kierunku nosicielstwa pałeczek schorzeń jelitowych /salmonella-shigella/ wynikające z obowiązujących przepisów prawnych.

Badania te, wykonywane w ogromnych ilościach /ok. 2 miliony rocznie w całym kraju/, nadmiernie obciążające pracownie bakteriologiczne WSSE i TSSE i zmuszające niejednokrotnie do ograniczenia badań w ogniskach epidemicznych, nie mają żadnego uzasadnienia merytorycznego w aktualnej sytuacji epidemiologicznej kraju.

Koszty tych badań, liczące się w bilionach złotych każdego roku, obliczył dokładnie p.prof.Kałużewski - pracownik Zakładu Bakteriologii PZH, który występował bezskutecznie z wnioskiem o zrezygnowanie z nich. Uzasadnienie niecelowości tych badań wymagałoby osobnego opracowania, które pomijam wobec faktu, że dokonał już tego prof. Kałużewski, który - jeżeli zajdzie potrzeba - chętnie je zapewne udostępni.

Poza przedstawionymi wyżej problemami, w pracy pracowników WSSE, podobnie jak TSSE, sporo czasu pochłania sprawozdawczość będąca kontynuacją opisaną już sprawozdawczości terenowych stacji. Do zbiorczych sprawozdań na obowiązujących formularzach, przedstawiających dane z ca-

łego województwa, dołączane są ponadto sprawozdania opisowe, liczące czasem po kilkadziesiąt stron, opracowywane na polecenie Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, z których również nic nie wynika poza marnotrawstwem papieru, którego w Polsce brak.

Część druga

WNIOSKI I PROPOZYCJE

Plan reformy służby sanitarno-epidemiologicznej powinien opracować kilkusobowy zespół, w skład którego wchodziłoby lekarze ze specjalnością epidemiologii, chorób zakaźnych, toksykologii, pediatrii oraz prawnik. Ustalenia dotyczące reformy w poszczególnych pionach służby sanitarno-epidemiologicznej /higienie pracy, higienie szkolnej, higienie komunalnej, higienie żywienia i żywności oraz ochronie radiologicznej i oświacie/ powinien być poddany konsultacji z pracownikami tych pionów.

Wydaje się, że wskazane byłoby przeprowadzenie reformy w dwóch etapach:

Pierwszym, możliwym do szybkiego zrealizowania, polegającym na redukcji pracowników przeprowadzających kontrole sanitarne w terenowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych wraz ze związaną z tymi kontrolami działalnością represyjną, dokumentacją i sprawozdawczością;

Drugim, przeprowadzonym równolegle z reformą całej służby zdrowia w Polsce i polegającym na ściślejszym powiązaniu /połączeniu?/ służby sanitarno-epidemiologicznej z pozostałymi strukturami służby zdrowia oraz dalszych zmianach organizacyjnych stacji terenowych i wojewódzkich. Reforma służby zdrowia winna obejmować również szczebel Centralnej Służby Sanitarnej-Epidemiologicznej, reprezentowany aktualnie przez Główny Inspektorat Sanitarny.

Ad.I. Redukcja pracowników przeprowadzających kontrole sanitarne pozwoliłaby na zmniejszenie stanu zatrudnienia TSSE o ok.70%. Eliminacja tych kontroli musi się wiązać z rezygnacją z działalności represyjnej /mandaty i tzw. postępowanie egzekucyjne w administracji/ oraz z opisanej w części pierwszej dokumentacji /formularze i inne protokoły z kontroli sanitarnych/ i sprawozdawczości w tym zakresie.

Równocześnie wydaje się celowe zachowanie /przejściowo, do czasu względnej stabilizacji rynku/ sporadycznych kontroli sanitarnych ze szczebla WSSE w ważnych obiektach zaopatrujących ludność w wodę do picia i produkujących żywność przeznaczoną do spożycia bez obróbki termicznej /wodociągi, mleczarnie, garmażerie i zakłady produkujące wędliny/.

Zła jakość wody lub produktów spożywczych powinna pociągać za sobą bardzo ostre sankcje stosowane wg skutecznego modelu, który należy

wypracować z udziałem pracowników, gdyż dotychczasowe postępowanie, łącznie z kierowaniem na kolegia d/s wykroczeń i do prokuratury, nie dały efektu.

Być może celowe byłoby stworzenie jakiejś komórki społecznej, która współpracowałaby w tym zakresie z Działami Higieny Żywnienia i Higieny Komunalnej WSSE i wywierałaby odpowiedni nacisk społeczny /m.in. przez prasę/ zarówno na sądy, jak i na władze miejskie /w sprawie jakości wody do picia/ oraz zakłady produkujące złą żywność /t.j. nie odpowiadającą normom/.

Należy zwrócić uwagę na nadmierną rozbudowę etatów w terenowych stacjach sanitarno-epidemiologicznych. Np. dyrektor TSSE zatrudnia aż 3 sekretarki /zamiast jednej/; w oświacie zdrowotnej, w której, na szczeblu TSSE, z powodzeniem wystarczy pół etatu, marnuje się lekarz i dwie pielęgniarki. Zwraca też uwagę bezsensowna obsada personelu np. lekarz weterynarii kierujący sekcją higieny szkolnej dzieci i młodzieży. Jedna TSSE nie odpowiada dokładnie strukturze innych TSSE. W każdej z nich będą zapewne inne problemy przy ewentualnej redukcji pracowników nadzoru. Jest jednak bardzo prawdopodobne, że I etap reformy, w skali kraju, pozwoli na odzyskanie dla potrzeb lecznictwa kilkudziesięciu lekarzy i około 3 tysięcy pielęgniarek.

Zasadą I etapu reformy winna być eliminacja kontroli sanitarnych i związanych z nią pracowników TSSE. Z uwagi na fakt, że wszystkie TSSE na terenie jednego województwa mają administrację wspólną z WSSE, redukcja pracowników nadzoru TSSE automatycznie winna pociągnąć za sobą redukcję administracji w WSSE.

Nieco inne problemy mogą dotyczyć TSSE posiadające laboratoria. Uważam, że wszystkie laboratorysty w TSSE winny być w całości zachowane. W przypadku ew. unieważnienia przepisów zobowiązujących tzw. branżowców do badań bakteriologicznych na nosicielstwo pałeczek schorzeń jelitowych, niektóre pracownie bakteriologiczne TSSE mogłyby być przejęte /wraz z personelem/ przez lecznictwo, co byłoby tym cenniejsze, że potrzeby w tym zakresie w lecznictwie są ogromne.

Realizacja przedstawionego I etapu reformy wymagałaby ponadto zmian w niektórych aktach prawnych, począwszy od Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej z 1985 roku.

Ad II. Jak wspomniano wyżej, drugi etap reformy służby sanitarno-epidemiologicznej musi być związany z reformą całej służby zdrowia w Polsce i winien polegać:

- na ściślejszym powiązaniu służby sanitarno-epidemiologicznej, szczególnie epidemiologii, higieny szkolnej, higieny pracy i oświaty

zdrowotnej z pozostałymi strukturami służby zdrowia, zarówno na szczeblu TSSE, jak i WSSE.

W epidemiologii - celowe byłoby przeniesienie działalności p/epidemicznej dotyczącej ognisk o rozmiarach epidemii /w tym ognisk zbiorowych zatruc pokarmowych/ na szczebel WSSE. Również ocena stanu uodpornienia dzieci i młodzieży byłaby w kompetencji WSSE.

Wiązałoby się to z dalszą redukcją pracowników TSSE, a ściślej przemieszczeniem tych pracowników /lekarzy, pielęgniarek/ albo do WSSE /bardzo nielicznych/, albo do podstawowych jednostek organizacyjnych służby zdrowia tj. ew. wydziałów zdrowia, przychodni i szpitali, gdzie byłaby prowadzona działalność zapobiegawcza w otoczeniu chorych na niektóre choroby zakaźne i inwazyjne, przy udziale lekarzy z lecznictwa zamkniętego i otwartego.

Przy przeprowadzeniu takiej reformy terenowe stacje sanitarno-epidemiologiczne przestałyby praktycznie istnieć jako samodzielne jednostki organizacyjne i wtopiłyby się w struktury podstawowej służby zdrowia.

Na szczeblu WSSE wydaje się ponadto konieczne utworzenie sekcji /oddziału/ epidemiologii chorób niezakaźnych pod kierunkiem lekarza-toksykologa.

W zakresie higieny szkolnej konieczne jest opracowanie form i zakresu działalności /począwszy od pielęgniarki w przedszkolu i szkole, a kończąc na szczeblu wojewódzkim służby zdrowia ściśle współpracującym z WSSE/ przez pediatrów z ew. udziałem higienistów i epidemiologów.

W zakresie higieny pracy konieczna wydaje się całkowita zmiana dotychczasowych form pracy służby san.-epid., która powinna bardzo ściśle współpracować z lekarzami przemysłowymi /a nie jak dotąd - przeprowadzać kontrole/ w zakresie eliminacji zagrożeń zdrowotnych występujących na stanowiskach pracy. Bliższe określenie form tej współpracy winno być wypracowane przez lekarzy przemysłowych z lekarzami pionu higieny pracy służby sanitarno-epidemiologicznej.

W oświacie zdrowotnej niezbędna jest większa samodzielność pracy na szczeblu wojewódzkim. Działalność oświaty zdrowotnej nie może opierać się - jak dotychczas - na dystrybucji materiałów otrzymywanych ze szczebla centralnego, gdyż różne województwa mogą mieć zapotrzebowanie na materiały o różnej tematyce w zależności od sytuacji epidemiologicznej chorób zakaźnych i niezakaźnych i ew. innych czynników. Pracownicy oświaty zdrowotnej nie powinni zajmować się żadnymi kontrolami, ani też egzekwowaniem sprawozdawczości z działalności oświatowej placówek lecznictwa.

- na dalszym ograniczeniu czynności stacji san.-epid. w zakresie bieżącego nadzoru sanitarnego wyłącznie do badań laboratoryjnych jakości wody i produktów spożywczych oraz pomiarów stężeń substancji chemicznych /NDS-ów/ i natężeń czynników fizycznych /NDN-ów/ w powietrzu i i pomieszczeniach zakładów przemysłowych.

Wszelkie kontrole sanitarne powinny być w tym okresie całkowicie zaniechane.

Ponadto, w zakresie higieny komunalnej i higieny żywności i żywienia winna być podjęta bardzo ścisła współpraca /ze stałą wymianą wyników badań/ z ochroną środowiska. Obecna współpraca jest całkowitą fikcją. Wyniki badań obu stron nie są ujawniane.

W dalszej perspektywie należy rozważyć celowość istnienia wojewódzkich stacji w obecnych strukturach, gdyż bezpośredni związek ze służbą zdrowia dotyczy w zasadzie epidemiologii, higieny szkolnej, higieny pracy i ew. oświaty zdrowotnej.

Natomiast z aktualnie istniejących działów Higieny Żywności i Żywności oraz Higieny Komunalnej mogłyby powstać - na wzór wielu krajów zachodnich - samodzielne i niezależne od służby zdrowia, samofinansujące się /przy prawidłowych założeniach ekonomicznych/ zakłady tj. Zakład Badania Wody i oddzielnie Zakład Badania Żywności.

Nie wydaje mi się natomiast celowe bezpośrednie połączenie tych działów z ochroną środowiska w obecnych jego strukturach /tendencje takie mogą się pojawić jako nowa forma centralizacji wszystkiego, co wiąże się z ochroną środowiska/. Bardziej wskazana byłaby jak największa decentralizacja wszelkich zakładów czy pracowni, łącznie z powstawaniem niezależnych ośrodków, wykonujących różne badania związane z ochroną środowiska.

- na gruntowej reorganizacji służby sanitarno-epidemiologicznej szczebla centralnego. Istniejący obecnie Główny Inspektorat Sanitarny, który powstał z Departamentu Inspekcji Sanitarnej /poprzednio jeszcze zwanym Departamentem Sanitarno-Epidemiologicznym/ i który związany jest z Ministerstwem Zdrowia wyłącznie przez osobę Głównego Inspektora Sanitarnego /z-ca Ministra Zdrowia i Podsekretarz Stanu/, stracił wszelki sens istnienia.

W Inspektoracie tym nie ma aktualnie żadnych lekarzy specjalistów, kompetentnych w problemach służby sanitarno-epidemiologicznej, skupia on natomiast dużą liczbę całkowicie zbędnych urzędników. Sądzę, że urząd ten winien ulec całkowitej likwidacji z równoczesnym powołaniem na jego miejsce kilkuosobowego Wydziału d/s Sanitarnych i Przeciwdemicznych przy odpowiednim Departamencie /Profilaktyki i Lecznictwa -

jeżeli taki jeszcze istnieje/.

Wydział taki powinien składać się z lekarzy posiadających duże doświadczenie w pracy służby sanitarno-epidemiologicznej i ustalać oraz rozwiązywać węzłowe /a nie szczegółowe/ zadania tej służby przy ścisłej współpracy z Komisją Epidemiologiczną istniejącą przy Głównym Inspektorze Sanitarnym. Głównym Inspektorem Sanitarnym powinien być lekarz ze specjalizacją chorób zakaźnych lub epidemiologii.

Niezależnie od powyższego, należałoby też rozważyć celowość utrzymania funkcji Głównego Inspektora Sanitarnego przez z-cę Ministra Zdrowia d/s Sanitarnych i Przeciwepidemicznych.

Alicja Gil

NIEPEŁNOSPRAWNY CZŁOWIEK

W tym roku mija 15 lat od chwili, kiedy odbył się I Zjazd nowo założonego Polskiego Towarzystwa Gerontologicznego. Przez wszystkie te lata wzrosły szeregi badaczy problemów gerontologii tak medycznej, jak psychologicznej i społecznej. Interdyscyplinarny charakter Towarzystwa - mimo kryzysu gospodarczego w naszym kraju - sprzyja zadaniom i celom stojącym przed stowarzyszeniem; przede wszystkim zaś wskazywaniu i wprowadzaniu w życie programów dotyczących ochrony, poprawy warunków życia tej części starego społeczeństwa, która jest niepełnosprawna.

Starość i niepełnosprawność to temat obecnej, wrześnieiowej konferencji naukowej. Zagadnienie to przewijało się już przy okazji poprzednich zjazdów PTG, przy innych tematach. Jest tak bardzo aktualne, że nie sposób mówić o człowieku starym pomijając problem jego niepełnosprawności.

Starości nie da się uniknąć. Z wiekiem obniża się sprawność fizyczna i pogarsza się stan zdrowia. Jeśli do tego dodamy samotność, brak opieki, rodzinnego ciepła i poczucia pewności, że jest się jeszcze potrzebnym - będziemy mieć obraz smutnego, ale niestety w większości przypadków, rzeczywistego społeczeństwa ludzi starych niepełnosprawnych w Polsce.

Moje przemyślenia na ten temat są jedynie spostrzeżeniami postronnego obserwatora, nie opierającymi się na żadnych badaniach medycznych, socjologicznych, psychologicznych czy statystycznych.

Sytuacja ludzi niepełnosprawnych, a tym bardziej starych, w naszym kraju jest daleka od doskonałej, żeby nie powiedzieć - dostatecznej. W ostatnich latach wiele pisze się i mówi na ten temat. Wiele zadań stawia przed sobą Polskie Towarzystwo Gerontologiczne. Moralnym obowiązkiem każdego z nas jest dążenie do poprawy losu człowieka starego, a tym bardziej pomoc w zniesieniu barier dla związanej z wiekiem niesprawności fizycznej.

W społeczeństwach pierwotnych pozycja ludzi starych była bardzo wysoka. Otoczeni byli szacunkiem i miłością, mieli zapewnione środki do życia. Dawało to poczucie bezpieczeństwa.

Dzisiaj potrzeba nam do tego rozwoju badań gerontologicznych, aby ukazać wagę problemu, jaki stanowią ludzie starzy niepełnosprawni. Bo i jest to w obecnych czasach problem ogromny.

Dokuczliwe skutki kryzysu gospodarczego, ciągła pogoń za dodatkowym źródłem zarobku nie pozwalają na pełne angażowanie się najbliższej rodziny w sprawy swoich bliskich niepełnosprawnych, na całkowite zajęcie

się nimi, na poświęcenie im zbyt wiele czasu. W wielu przypadkach dzisiaj wyrokiem dla zniedołężniałej matki czy ojca jest dom opieki społecznej. Społeczeństwo polskie starzeje się. Liczba ludzi "złotego wieku" gwałtownie rośnie. Systematyczne odsuwanie ich na margines życia, odrzucanie przez najbliższych, to symptom naszych czasów.

Starość jest smutna i tym bardziej dokuczliwa, kiedy człowiek nie jest sprawny. Opieka, czułość potrzebne są wówczas podwójnie. Tymczasem bardzo rzadko u schyłku życia ludziom jest to dane. Z wiekiem maleje zdolność adaptacji do zmieniających się warunków życia; zwłaszcza jeśli dochodzą do tego różnego rodzaju ułomności i kalectwo; brakuje sił, łatwo przychodzi zmęczenie, szwankuje zużyty organizm, słabnie odporność. Procesy percepcji i zapamiętywania są mniej sprawne, aktywność ustępuje miejsca bierności.

Uświadomienie sobie wszystkich tych problemów powinno zmuszać wręcz do łączenia spraw ludzi starych niepełnosprawnych z problemami "normalnego" społeczeństwa. Konieczny jest przede wszystkim ^{rodziny} profilaktyki geriatrycznej i gerontologii, aby stary człowiek był długo aktywny i jak najmniej uzależniony od innych. W tym celu należy:

1. utrzymać jak najdłużej aktywność fizyczną człowieka starego poprzez zabezpieczenie właściwej rehabilitacji, odpowiedniej ilości ośrodków profilaktycznych, sanatoriów - wówczas żywotność i sprawność ludzi starych będzie większa i trwalsza;

2. zabezpieczyć w wystarczającym wymiarze pomoc socjalną, nie tyle bezpośrednio dla ludzi starych niepełnosprawnych, ile raczej ludziom dostarczającym im tej opieki; a zatem pole do popisu dla polityki społecznej. Warunki życiowe rodzin ograniczają możliwości opieki domowej nad osobą ułomną, stąd konieczność pomocy z zewnątrz. Człowiek stary niepełnosprawny znacznie bezpieczniej będzie czuł się przebywając razem z rodziną dostarczającą oparcia emocjonalnego, korzystającą z pomocy np. wystarczającej liczby opiekunek PCK, niż w domu starców. Z ekonomicznego punktu widzenia również jest to ważne;

3. rozwijać i budować wystarczającą ilość domów pomocy społecznej, czy domów dziennej opieki nad człowiekiem starym. Wiemy o tym wszyscy, jak przykrą sprawą jest oczekiwanie na zgon kogoś z pensjonariuszy takiego domu, aby umieścić tam kogoś oczekującego w kolejce na miejsce. Dotyczy to głównie starych ludzi samotnych, nie posiadających bliskich, ale nie tylko. Domy takie winny funkcjonować na zasadzie domu rodzinnego, gdzie stary człowiek zachowałby pewną niezależność; a przy różnym stopniu niepełności znalazłby fachową pomoc i opiekę, gdzie mógłby liczyć na pomoc w potrzebie. Nasze domy opieki społecznej - poza nielicznymi wyjąt-

kami - są ponure i odpychające. Marzą mi się obiekty jasne, czyste, prawdziwie "domowe" z wszelkimi udogodnieniami, z normalnym dostępem do telefonu, z różnego rodzaju pracownikami zainteresowań, basenami, pogodnym personelem, który chce, a nie "pracuje, bo musi", salami gimnastycznymi i bez barier architektonicznych, /Przykładem takiego domu - Dom za Falochronem w Gdyni/. Można by stworzyć takie ośrodki przy pomocy Kościoła; nie liczne, w których pracują siostry zakonne, nie są w stanie zabezpieczyć potrzeb wszystkich oczekujących tej pomocy;

4. znosić bariery architektoniczne, urbanistyczne; a raczej przyszłościwo myśleć i planować. Na naszych ulicach nie widać zbyt wielu niepełnosprawnych. Odnosi się wrażenie, że nie jest ich aż tak dużo. Są, ale "wyjście" z domu takiego chorego bez pomocy osoby drugiej nie jest możliwe. Brak sprzętu rehabilitacyjnego, odpowiednio wyposażonych wózków, niedostosowanie budownictwa, ciągów komunikacyjnych, komunikacji nie sprzyjają poruszaniu się osób niepełnosprawnych. Próby i eksperymenty dostosowywania wszystkich tych dóbr cywilizacji są znikome, aby zmienić sytuację. Konieczne jest zainteresowanie wszystkich sektorów naszej gospodarki wprowadzaniem udogodnień dla ludzi niepełnosprawnych, począwszy od projektowania właściwych mieszkań dla ludzi starych z wszelkimi udogodnieniami dla ich wieku i sprawności ruchowej /szerokie drzwi, likwidacja progów, odpowiednia powierzchnia, urządzenia w łazience ułatwiające samoobsługę, odpowiednio dostosowane windy/, poprzez odpowiednie podjazdy do klatek schodowych, sklepów, urzędów, aż po komunikację umożliwiającą również ludziom niepełnosprawnym przenoszenie się z miejsca na miejsce /w ostatnich latach widać już dodatkowe poręcze w autobusach i tramwajach/;

5. ludzie starzy niepełnosprawni nie muszą się izolować, choć zazwyczaj tak się dzieje, od życia społecznego, kulturalnego, towarzyskiego. Większość z nich to pełnowartościowe osoby, które - mimo swej ułomności - mogą jeszcze dać wiele innym. Jest to konieczne dla potwierdzenia ich własnej wartości, dla osobistej satysfakcji, kontaktów z innymi ludźmi, uznania społecznego. Nie wystarczy tu system samopomocy koleżeńskiej, kontaktu z byłym zakładem pracy. Pilną potrzebą wydaje się stworzenie, powołanie do życia lub zmodernizowanie dotychczasowych domów kultury, świetlic, klubów, w których życiu pewną rolę odgrywałiby nasi starzy niepełnosprawni. W tę sprawę winno włączyć się całe społeczeństwo, bo ani instytucje powołane w tym celu, ani obecny system opieki społecznej problemu tego nie załatwi.

Podsumowując, wydaje mi się, że najpilniejszą potrzebą w ulżeniu doli ludzi starych niepełnosprawnych w Polsce i stworzeniu im prawdziwej

"złotej jesieni" życia, są nie tylko badania gerontologiczne w różnych aspektach /medycznych, społecznych, socjologicznych/ prowadzone przez członków i sympatyków PTG, ale przede wszystkim wprowadzanie efektów tych badań w życie.

Polskie Towarzystwo Gerontologiczne powinno nie tylko zgłaszać propozycje, wnioski i rozwiązania, ale również egzekwować swoje postulaty w sprawie skutecznej ochrony interesów ludzi, którym to Towarzystwo ma służyć i ku czemu zostało powołane. To nie kwestia praktycznej i teoretycznej "przydatności" Towarzystwa, ale i etyki, czysto moralnego obowiązku i tworzenia wartości uwzględniających idee humanizmu.

Z UCHWAŁ KRAJOWEJ KOMISJI KOORDYNACYJNEJ

NSZZ "SOLIDARNOŚĆ" PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA

UCHWAŁA

w sprawie akcji protestacyjnych

KKK Pracowników Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" zwraca się do wszystkich RKK oraz Komisji Zakładowych NSZZ "S" Służby Zdrowia, aby decydując się na podjęcie akcji protestacyjnych przestrzegały następujących zasad, wynikających ze Statutu NSZZ "S" i szczególnych obowiązków służby zdrowia w stosunku do społeczeństwa.

1. Akcja protestacyjna powinna mieć jasno określony cel, wyraźnie sformułowany i podany członkom Związku oraz społeczeństwu.

2. Akcję protestacyjną należy uzgodnić z Regionalnym Komitetem Organizacyjnym NSZZ "S" Pracowników Służby Zdrowia oraz powiadomić o niej KKK NSZZ "S" Pr.Sł.Zdr.

3. Akcja protestacyjna nie może zawierać elementów strajku, tj. czasowego powstrzymania się od wykonywania zadań na rzecz pacjentów.

4. Akcja protestacyjna obejmująca cały region wymaga zgody 50%+1 przedstawicieli Komisji Zakładowych.

5. Poszczególne Komisje Zakładowe podejmujące akcje protestacyjne bez uzgodnienia ich z RKO NSZZ "S" i powiadomienia RKK NSZZ "S" Pr.Sł.Zdr. łamią statutowe zasady "Solidarności". W obecnej sytuacji politycznej jest to szczególnie niewskazane i szkodliwe.

6. KKK NSZZ "S" Pr.Sł.Zdr. i RKK NSZZ "S" Pr.Sł.Zdr. mają prawo i obowiązek informowania członków NSZZ "S" o tym, czy protest służby zdrowia na ich terenie jest lub nie jest organizowany przez NSZZ "S" i czy "S" się z nim solidaryzuje.

Gdańsk 9.IX.1989 r.

x x x

UCHWAŁA

w sprawie zasad reprezentowania Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność"

W związku z tym, że jedynie KKK Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" została upoważniona przez KKW NSZZ "Solidarność" do reprezentowania interesów Służby Zdrowia i problemów ochrony zdrowia w stosunku do władz - negocjacje poszczególnych sekcji przedsiębiorstw i zakładów skupionych w KKK Służby Zdrowia mogą się odbywać jedynie po uzyskaniu upoważnienia

KKK Służby Zdrowia. Wszelkie rozmowy bez tego upoważnienia należy uznać za naruszenie zasady jedności i solidarności działania oraz statutu NSZZ "Solidarność".

Gdańsk, 9.IX.1989 r.

x x x

UCHWAŁA

KKK Pracowników Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" zwraca się do Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej o zmianę metody liczenia zapotrzebowania na środki finansowe potrzebne na fundusz płac.

Zdaniem KKK Pracowników Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" fundusz płac dla zakładów społecznej Służby Zdrowia powinien być wyliczany w oparciu o liczbę pracowników wynikającą z norm obsady stanowisk, a nie z etatów przeliczeniowych.

Gdańsk, 9.IX.1989 r.

x x x

OŚWIADCZENIE

Krajowej Komisji Koordynacyjnej Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" w sprawie przyjęcia rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej dotyczącego uposażenia pracowników zakładów społecznej służby zdrowia.

1. Przesunięcie na IV kwartał kwoty 100,8 mld. zł., przeznaczonej w Ustawie Budżetowej na regulację płac w III kwartale br., wprawdzie dokonano zgodnie z uprawnieniami Rady Ministrów, lecz spowodowało to, że otrzymane wyrównanie wynagrodzeń jest nieadekwatne do otrzymywanego wynagrodzenia w sferze materialnej, które wyniesienie wg. nas średnio rocznie 160 tys.zł., a nie, jak założyła Rada Ministrów, 140 tys.zł. Przesunięcie tej kwoty spowodowało obniżenie miesięcznego wynagrodzenia pracowników służby zdrowia o 39 tys.zł. w okresie II półroczu.

2. Wynegocjowany dodatek za wysługę lat w wys. 25% miesięcznego uposażenia zasadniczego po 25 latach pracy jest wspólnym stanowiskiem wszystkich związków biorących udział w negocjacjach i KKK Sł.Zdr. NSZZ "Solidarność" nie widzi możliwości odstąpienia od tego żądania. Zgodnie z oczekiwaniami środowiska dodatek ten winien wynieść w 1990 r. 30%.

3. W taryfikatorze kategorii zaszeregować nie uwzględniono:

- a/ stanowiska pielęgniarki w ambulatorium pomocy doraźnej, które powinno być ujęte pod lp. 13 kat.XII-XIII;
- b/ stanowiska pielęgniarki oddziałów chirurgii dziecięcej, które powinno być ujęte pod lp. 13 kat. XII-XIII.

4. Negatywnie oceniamy ograniczenie uprawnień do otrzymania 50% dodatku wiejskiego tylko w stosunku do pracowników zamieszkałych w rejonie działania. KKK Sł.Zdr.NSZZ "S" uważa, że rozszerzenie uprawnień wg wariantu II spowoduje większy napływ kadry fachowej na wieś i powinno być wprowadzone od 1.01.1990 r.

5. Negatywnie oceniamy powrót do widełkowych stawek dodatku funkcyjnego dla stanowisk kierowniczych.

6. KKK Sł.Zdr. podtrzymuje swoje stanowisko w sprawie wprowadzenia Układu Zbiorowego Pracy wg projektu "Solidarności" z początkiem 1990 r. Niezależnie od wprowadzenia UZP, przy najbliższej regulacji płac powinien być opracowany taryfikator oparty o metodę wskaźnikową.

7. Ministerstwo Zdrowia w Instrukcji Wykonawczej wprowadzającej regulację płac powinno wyraźnie określić, że wypłacana nagroda na I półrocze br. dotyczy wyrównania wynagrodzeń i uwzględnia się ją do emerytury na zasadzie otrzymanego wynagrodzenia.

8. W przyszłości taryfikator wynagrodzeń dla pracowników służby zdrowia powinien być opracowany w oparciu o minimum socjalne, ustalone przez Min.Pracy, Płacy i Polityki Socjalnej.

9. Wniezione zastrzeżenia do postanowień rozporządzenia nie powinny włączyć uruchomienia wypłat wyrównania wynagrodzeń za III kw. br.

Gdańsk, 9.IX.1989 r.

Krajowa Komisja Koordynacyjna
NSZZ "Solidarność" Pr.Sł.Zdr.

Kolegium redakcyjne: *Zbigniew Chłap, Grzegorz Jaszewski,*
Zofia Kuratowska /red.nacz./,
Edmund Wruck-Lipiński, Krzysztof Wojtyźło,
Ewa Wołak, Alicja Gil/red.tech./

Pismo Społecznej Komisji Zdrowia

Pismo otrzymuje subwencje od Społecznej Komisji Zdrowia i Solidarité
France-Pologne

Cena: 300zł

Cena 300 zł