

# ZESZYTY NIEZALEŻNEJ MYŚLI LEKARSKIEJ

(cena 4,00 zł)

niezależna  
oficyna  
wydawnicza



skreślić

10%, 33%, 100%

Taksacja

W numerze m. in.:

Reforma opieki zdrowotnej

Krajowy Zjazd Lekarzy

„Moja podróż do Rumunii”

„Rzecz o psuciu

krwi”

Nr.24

Data

styczeń 1990 r.

**SPOŁECZNA  
KOMISJA  
ZDROWIA**

(podpis, nr statystyczny, adres i nazwisko lekarza z adresem)

SPOŁECZNA KOMISJA ZDROWIA

ZESZYTY

NIEZALEŻNEJ

MYŚLI

LEKARSKIEJ

NUMER 24

STYCZEŃ 1990

NIEZALEŻNA OFICyna WYDAWNICZA

Warszawa, 1990

S p i s - t r e ś c i

	str.
<u>Reforma opieki zdrowotnej</u>	
1. Z.Kuratowska: Wokół reformy.....	3
2. H.Witkowski: PRON, ZBOWID I ZOZ.....	8
3. M.Krzanowski: Po przemyśleniu.....	10
4. M.Pamucka i K.Drosik: "Propozycja opolska".....	19
<u>Krajowy Zjazd Lekarzy</u>	
5. E.Wolak: Był Zjazd... ..	28
6. A.Laskowski: Projekt nowelizacji.....	39
7. P.Mierzewski: Przemówienie na Zjeździe.....	43
8. Ł.Nekanda-Trepka: Doping.....	56
<u>Biuletyn Izby Lekarskich</u>	
9. Z.Kuratowska: Wierzę w Izby Lekarskie.....	59
10. T.Chruściel: Artykuł wstępny.....	60
11. B.Osipiak: Moja podróż do Rumunii.....	65
12. Z.Węgrzynowicz: Rzecz o psuciu krwi.....	70
<u>Lektury</u>	
13. Generał Fieldorf.....	81
14. Leszek Kożakowski.....	84
Korespondencja.....	89

Copyright by Zeszyty Niezależnej Myśli Lekarskiej

Oddano do druku 22 stycznia 1990 r.

REFORMA OPIEKI ZDROWOTNEJ

Zofia Kuratowska

WOKÓŁ REFORMY

Korzystając z okazji zbierania głosów na temat projektów reformy ochrony zdrowia zaprezentowanych w 23 numerze "Zeszytów", pragnę podzielić się kilkoma uwagami, może nie tak bezpośrednio związanymi z samymi projektami, jak raczej z sytuacją w ochronie zdrowia na ich tle. Sytuacją widzianą z perspektywy stycznia 1990 roku.

Może na początek kilka komentarzy dotyczących samych projektów reform. Tytułem wyjaśnienia pragnę stwierdzić, że Zespół do Spraw Reformy powstał w wyniku negocjacji Okrągłego Stołu. Powstał w sytuacji dość szczególnej - Polska w kwietniu 1989 roku to była zupełnie inna Polska niż w listopadzie 1989, gdy projekt reformy został podany do wiadomości ogółu.

Wyraźnie wówczas były dwie strony reprezentujące dwie przeciwstawne siły polityczne: "partyjno-rządową" i solidarnościowo-opozycyjną. Było to z jednej strony znacznie bardziej przejrzyste i wygodniejsze niż później, gdy już pojawił się "nasz" rząd, który musimy i chcemy popierać, choć nie godzimy się z wieloma posunięciami i, co więcej, z wieloma osobami zajmującymi ważne funkcje państwowe.

Łatwiej było krytykować w czambuł Ministerstwo Zdrowia niż aktywnie zmieniać jego politykę, którą tym trudniej jest zmieniać, że zgodnie z linią Tadeusza Mazowieckiego nie prowadzimy weryfikacji personalnych i polowań na czarownice.

Z drugiej jednak strony sytuacja pierwszych miesięcy "po okrągło-stołowych" spowodowała, że w zespole przygotowującym projekty reform znalazło się wiele osób, których nigdy nie akceptowałam, czemu dawałam głośno wyraz, ale przecież był podział na "strony" i "tamta strona" miała suwerenne prawo dobierania takich współpracowników, jakich chciała.

Wiele spośród tych osób było odpowiedzialnych za obecny stan ochrony zdrowia, wiele z nich powinno jak najprędzej opuścić stanowiska, jakie zajmują. Trzeba zresztą obiektywnie stwierdzić, że udział większości tych "nomenklaturowych" postaci, poza robieniem pewnego zamieszania na posiedzeniach plenarnych, w tworzeniu ostatecznej wersji projektu był żaden.

Ten wstęp był potrzebny, aby wyjaśnić tym czytelnikom, którzy nie wiedzą, skąd się wziął Zespół do Spraw Reformy i jak powstawał projekt

w odróżnieniu od drugiego "autorskiego", nazywany "społecznym". Wyjaśnienia to również, skąd wziął się mój podpis pod tym projektem. Współprzewodniczyłam wraz z prof. Wojtczakiem Podzespołowi do Spraw Zdrowia "okrągłego stołu" i wspólnie wzięliśmy odpowiedzialność za powstały projekt.

Powtarzam: za pracę nad projektem czuję się odpowiedzialna, choć nie jestem ani jego autorem, ani nie podzielałam wszystkich zawartych w nim treści. Zresztą patrzę na te sprawy z punktu widzenia lekarza - klinicysty o przeszło 30-letniej praktyce, wojującego od wielu lat z istniejącym systemem ochrony zdrowia i jego strukturami.

Nie jestem natomiast ekonomistą, ani specjalistą od organizacji i nie będąc w wielu sprawach kompetentną, opieram się na doświadczeniu, obserwacji, lekturze i zaufaniu do specjalistów. Niech mi wolno będzie zatem wyrazić moje uznanie dla p. Wandy Majewskiej - głównej autorki części ekonomicznej projektu "społecznego", której argumenty i poglądy, podbudowane odpowiednią wiedzą, są najbliższe mojej wizji systemu ochrony zdrowia.

Dobrze się stało, że powstał również drugi projekt "autorski", i że jest z czego wybierać i nad czym dyskutować.

Jakie widzę podstawowe wady w przedstawionych materiałach? Oba projekty grzeszą brakiem konkretów, nie przedstawiają czytelnikowi jasnej wizji; jak kto i gdzie ma realizować postanowienia reformy. Oba projekty /głównie autorski/ pisane są językiem dla większości lekarzy i ludzi w ogóle, trudno przyswajalnym - zniechęcającym.

Byłoby może dobrze opublikować w przejrzystej formie artykuł, który bez "mowy-trawy" pokazywałby, co przynosi takie czy inne pociągnięcie reformy; powiedzmy - chory przychodzi do przychodni - wizyta u lekarza, ten zleca EKG i USG. Co ma zrobić chory: czym płaci..

Według mnie płaci odpowiednimi blankietkami z bloczku, który ma z Funduszu Ubezpieczeń Zdrowotnych /FUZ/ i tak np. za wizytę u lekarza domowego 2 odcinki, za EKG i USG po 3 /biorę te relacje z sufitu - jasne, że każdy blankiet odpowiada pewnej ilości punktów - te zaś sumie pieniędzy wg rachunku kosztów/. Placówka okresowo zwraca FUZ-owi blankietki - otrzymuje pieniądze. Następnie należy wyjaśnić, jakie to ma skutki dla ośrodka leczniczego itd.

To był przykład, ale potrzebny, żeby coś z tego wszystkiego rozumieć.

Słabą stroną obu projektów, przy czym największą mam tu pretensję do "społecznego", bo prezentuję opinię, że ten właśnie powinien być podstawą przyjętego systemu, jest opis strony organizacyjnej.

Deklaracje elastyczności struktur niczego nie ułatwiają. Muszą być określone nowe zasady organizacyjne, przy zachowaniu swobody i możliwości samoorganizowania się placówek. Stare struktury trzymają się mocno, walczą o przeżycie, nie rozwiążą się same /bo kto traci z własnej inicjatywy posadę/, w czym walcie pomagają nie tylko "układy" i nomenklatura, ale również tradycyjne nawyki myślowe.

Żeby stworzyć coś nowego, trzeba się nagimnastykować intelektualnie i przeprowadzić nieraz sporą walkę. Wszyscy się już na ogół przyczaili do starego, okopali na swoich pozycjach, znają swoich wrogów, znają sposoby na omijanie niewygodnych przepisów i jakos to leci. Samorządność jest trudna i pracochłonna.

Twierdzą jednak, że żadna reforma się nie uda przy zachowaniu starych struktur. Dopóki pozostaną ZOZ-y, Wydziały Zdrowia i biurokracja starego stylu, nic się nie zmieni. Trzeba zacząć od zmiany struktur i sposobu myślenia, czyli i od nowych ludzi, a potem wprowadzać wszystko to, co jest uprzednio dobrze przygotowane teoretycznie i prawnie. I bez żadnych eksperymentów w jednym szpitalu czy paru województwach. Eksperymentów mamy dość, a czasu nie mamy w ogóle. Pieniądzy też nie, a czym później, tym drożej i tym trudniej.

Jasne, że to ma być reforma, a nie rewolucja, musi więc być wprowadzana etapami, ale nie na wyspach na oceanie złej organizacji; nie w gminie za miedzą /dlaczego w tej, a nie obok?/ tylko po prostu wszędzie. I... jak najszybciej. Do kwestii czasu wrócę jeszcze pod koniec tych wywodów.

Projekt "społeczny" zakłada słusznie, że podstawą opieki zdrowotnej - tej powszechnej - musi być lekarz rodzinny czy domowy. Brak głębszego przedstawienia, jakie miałyby być formy jego działalności, co należy zrobić, aby mógł swoje zadania wykonywać; komu miałyby podlegać /zakładam oczywiście, że ZOZ nie istnieje/, jak może się dokształcać i śledzić losy swoich podopiecznych np. w czasie hospitalizacji. A sprawa właściwego ustawienia lekarza domowego jest kluczowa dla całej opieki zdrowotnej.

W projekcie "autorskim" przyjęto parabudżetowe źródło finansowania oraz w efekcie ostatecznym centralistyczny mechanizm rozdziału środków. Istnienie źródeł parabudżetowych jest sprzeczne z koncepcją gospodarki finansowej państwa i jako takie nie ma w chwili obecnej ani szans, ani racji bytu. Sprzeczne też z całą ideą nowo budowanego systemu w Polsce są wszelkie tendencje centralistyczne zmniejszające szanse samorządności.

Sądzę, że system ochrony zdrowia należy oprzeć na modelu ubezpieczeniowym, przyjmując wariant II projektu "społecznego", czyli opłacanie składki przez pracodawcę i przez ubezpieczonego np. w relacjach 75% do 25%.

Koncepcja FUZ-u jest słuszną, myślę jednak, że warto byłoby uniknąć monopolu i przyjąć możliwość ubezpieczania zarówno obowiązkowego, jak dowolnego również, przez inne towarzystwa ubezpieczeniowe. Zjawisko konkurencji w tym względzie może mieć duże znaczenie dla efektywności i dochodowości ubezpieczeń zdrowotnych; wynikają z tego niewątpliwe korzyści dla ubezpieczonych i dla placówek leczniczych.

System ubezpieczeniowy - szczególnie na etapie wprowadzenia - jest drogi, to prawda. Słychać głosy, że stworzy konieczność dużego aparatu administracyjnego. Sądzę, że poważne rezerwy w tym względzie posiadamy w postaci przerostów biurokratycznych w ZOZ-ach, wydziałach zdrowia i w samym ministerstwie. Ażewymaga on kadr wykwalifikowanych, a nie panów kierowników od nie wiadomo czego i pań urzędniczek, utrudniających pracę, jakich wiele płacze się po szpitalach i ZOZ-ach - to inna sprawa. Ważnym problemem będzie wykształcenie potrzebnych kadr, a pozbycie się, jak najszybsze, zbędnych.

Dość powszechna jest opinia, zresztą zasadniczo słuszną, że ponieważ opieka zdrowotna nic nie kosztuje, to się jej nie ceni i nie ma żadnych tendencji wśród społeczeństwa, ażeby oszczędzać leki, środki itp. Stąd powtarzane opinie, że chory powinien płacić /szczególnie za leki/, a ubezpieczenie później mu wydatek zrefunduje w całości lub w jakimś procencie. Tak dzieje się w wielu krajach.

Tylko, że w Polsce jest to po prostu niemożliwe. Nie będzie bowiem stać większości społeczeństwa na wyciągnięcie z kieszeni odpowiednich sum. Po prostu te kieszenie są puste. Już obecnie pokrycie 30% opłaty za pewne, drogie leki /np. cytostatyki/ przekracza możliwości wielu chorych, stąd chociaż racjonalne gospodarowanie lekami jest konieczne - to nie w kieszeni chorych możemy szukać funduszy. A coś dopiero, gdy chodzi o zabięgi, różne badania diagnostyczne itp.

Kraje, które przyjęły systemy odpłatności bezpośrednio od pacjenta, rozpoczynają to wychodząc z innego, znacznie wyższego poziomu życia. Największy kłopot naszej reformy to punkt startu, przypadający na najgłębszy kryzys i na najtrudniejsze chwile dla ludzi, których spory procent znajdzie się w sferze ubóstwa.

Pomimo tej sytuacji ekonomicznej, a właściwie właśnie dlatego, że jest tak dramatyczna, uważam, że wprowadzenie reformy systemu ochrony zdrowia jest sprawą niezwykle pilną. Powiedziałam, że nie mamy ani

czasu, ani pieniędzy. Każdy miesiąc zwłoki powoduje, że te skromne zasoby zmniejszają się bardzo szybko.

Przecież nasza uboga służba zdrowia, marnotrawi środki w sposób zastraszający. Wystarczy wymienić: złe wykorzystywanie posiadanej aparatury, trwonienie pracy, szafowanie lekami bez potrzeby, nieumiejętność zagospodarowania uzdrowisk, przerosty administracyjne itp., itd.

Konieczne jest szybkie stworzenie mechanizmów wymuszających efektywność działania placówek. Jeżeli będzie się opłacać i ludziom /? zebra im godziwie płacić i za pracę w godzinach obowiązkowych i ponadobowiązkowych/ i placówkom /sprzedaż usług ubezpieczeniom/, to cenna aparatura będzie pracować nie 6-8 godzin, a 12 i więcej.

Będzie wówczas jasne, że nie chodzi o to, żeby było 15 tomografów komputerowych, a wystarczy 7, tylko pracujących 2 razy dłużej; że nie opłaca się zamykać echokardiografu przed ordynatorem z sąsiedniego oddziału, tylko trzeba tak zorganizować jego fachową obsługę, żeby zbadani byli wszyscy, którzy tego potrzebują, w jak najkrótszym czasie, bo to czysty zysk.

Skończy się przyjmowanie chorych do szpitala na wiele dni przed planowaną operacją, aby wykonać badania, które oczywiście należy przeprowadzić ambulatoryjnie i przyjąć chorego w czasie koniecznym dla niezbędnego przygotowania do zabiegu.

Lekarz domowy będzie leczył nie tylko katar, ale również niewydolność krążenia czy chorobę wrzodową bez posyłania chorego do specjalisty, a specjalista będzie leczył tylko rzeczywiście wymagające tego przypadki.

Można takie przykłady mnożyć. Nie jest to potrzebne. Korzyści finansowe, psychologiczne i społeczne są oczywiste. Podałam je tylko dlatego, żeby uświadomić wszystkim: i tym, co reformy się boją, i tym, którzy ją będą wprowadzać, że trzeba się śpieszyć. Projekt "społeczny" mimo wszystkich jego niedociągnięć, braków i błędów, które można poprawić, należy już wdrażać.

Reforma jest sprawą polityczną - zmiana systemu ochrony zdrowia to część zmiany ustroju w Polsce. Chyba wszystkie ostatnie wydarzenia dostatecznie uświadomiły, że ta zmiana nie może być rozwlekana i rozmywana. Na tej zwłoce zyskują ci, którzy w oparciu o betonowe struktury rozkradają mienie narodu i demoralizują środowisko. /Przykład tego ostatniego: próby tworzenia spółek wykonujących za pieniądze po południu badania na aparaturze, która jest społeczną własnością i na której pacjent winien mieć przeprowadzone bezpłatnie badanie - wszystko jedno o jakiej porze!/.



Nie wolno już dłużej traocić czasu na przygotowania, studia zagranicą - dużo jest chętnych specjalistów do pomocy nam, dokształcania, rady tu na miejscu i na własny koszt, przymierzania się, niekończące się dyskusje. Nie wolno tracić pieniędzy na tworzenie dodatkowych Centrów Organizacji, czy jak tam ma się ta instytucja nazywać.

Można to świetnie urządzić na terenie samego ministerstwa przy dokonaniu i tak niezbędnych zmian organizacyjnych i personalnych wewnątrz resortu przy udziale już istniejących placówek i Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Reforma nie może stać się pretekstem do mnożenia bytów i wyrzucania pieniędzy.

A nade wszystko nie wolno nam dłużej tolerować żadnych strat zdrowia i życia na skutek niedowładu organizacyjnego, marnotrawstwa potencjału ludzkiego i organizacyjnego. Mówimy dużo o ofiarach, które ponieść musi społeczeństwo w związku z koniecznością wyjścia z kryzysu, w jaki wpędziło nasz kraj czterdziestolecie komunizmu.

Musimy sobie uświadomić, że nam - lekarzom i nowej ekipie administracyjnej, odpowiedzialnej za zdrowie ludzkie w warunkach wolności, ofiar ponoszonych z powodu opieszałości, sporów czy nieudolności nikt nie będzie mógł wybaczyć.

---

Henryk Witkowski

### PRON, ZBOWID I ZOZ

W "Zeszytach Niezależnej Myśli Lekarskiej" /Nr 23 z listopada 1989 r./ przeczytałem dwa projekty reformy systemu ochrony zdrowia w Polsce. Nie jestem lekarzem. Jestem pacjentem i to mnie upoważnia do zabrania głosu w dyskusji.

Odnoszę wrażenie, że autorzy obu tekstów nigdy w życiu nie chorowali. Bardzo się z tego cieszę, bo są to chyba ludzie zaci i godni szacunku. Toteż życzę im długich lat życia, a przede wszystkim tego, by nigdy nie chorowali.

Skąd moje domniemanie, że autorzy nigdy nie chorowali? Powód jest prosty: w ich obszernych opracowaniach nie znalazłem ani razu trzech liter "ZOZ", a przecież gdyby jako pacjenci się zetknęli ze służbą zdrowia, nie mogliby pominąć tej instytucji, czyli tzw. Zespołów Opieki Zdrowotnej, wprowadzonych przed laty według wzorców radzieckich.

Moim zdaniem jakakolwiek reforma służby zdrowia w Polsce powinna byłaby zacząć się właśnie od likwidacji tych ZOZ-ów. Są to instytucje

biurokratyczne, kosztowne i nikomu nie potrzebne /to znaczy nikomu - poza ich dyrektorami i pracownikami/. Widzę przynajmniej trzy korzyści z likwidacji ZOZ-ów.

1. Instytucje te kosztują miliony, a może dziesiątki milionów złotych, podczas gdy ludzie chorzy nie mają z nich żadnej korzyści. Uważam, że szpitale, przychodnie i lekarze rejonowi mogliby pracować z większym pożytkiem, gdyby nie musieli wciąż pamiętać o ZOZ-ach, przesyłać im niezliczone sprawozdania i wykłócać się o każdy niezbędny wydatek.

2. ZOZ-y zatrudniają tysiące, a może dziesiątki tysięcy lekarzy i pielęgniarek, zarabiających więcej, niż przy rzeczywistej opiece nad chorymi. Likwidacja ZOZ-ów byłaby równoznaczna ze skierowaniem tych lekarzy i pielęgniarek /a także personelu administracyjnego/ do prawdziwych placówek służby zdrowia. Narzekamy na brak lekarzy i pielęgniarek, a tyle ich traci czas na "urzędowanie" w ZOZ-ach.

3. ZOZ-y zajmują liczne lokale, często znacznie lepsze, niż pomieszczenia służby zdrowia. Po likwidacji ZOZ-ów można byłoby - chyba stosunkowo niewielkim kosztem - lokale te przystosować na potrzeby autentyczne lecznictwa.

Napisałem o trzech korzyściach z likwidacji ZOZ-ów. Nasuwa mi się jeszcze jeden pożytek. Po ich likwidacji lekarze będą mieli więcej czasu na leczenie ludzi chorych, gdyż pozbędą się niepotrzebnych sprawozdań i statystyk.

Szczęśliwie zlikwidowano już PRON, jako instytucję skompromitowaną i niepotrzebną. Słychać głosy - również na łamach prasy - że myśli się o likwidacji ZBOWIDU. Chyba teraz kolej na ZOZ-y.

Może warto jeszcze dodać na zakończenie, że ZOZ-y są fortecą nomenklatury i tzw. "betonu" partyjnego. Chyba wszyscy dyrektorzy ZOZ-ów są członkami PZPR, a większość spośród nich niechętnie widzi likwidację monopolu partii na sprawowanie władzy. Likwidacja ZOZ-ów sprawi, że lekarze i pielęgniarki będą dobierani według kwalifikacji fachowych, a nie według "zasług" dla partii.

---

Maciej Krzanowski

## PO PRZEMYSLENIU

Projekty różnią się między sobą sposobem finansowania. W projekcie społecznym odbywa się ono w znacznej mierze poza budżetem państwa. Składka wpłacana jest do instytucji ubezpieczeniowej /FUZ/,

która następnie kupuje swemu klientowi potrzebne mu usługi medyczne. Konsekwencją tego jest oparcie finansowania placówek usługowych o rozrachunek własny /"fee for service"/.

W projekcie autorskim składka ubezpieczeniowa jest raczej podatkiem na fundusz służący finansowaniu opieki zdrowotnej. Fundusz ten jest rozdzielany z góry na dół wg różnych kryteriów. Najpierw na samorządy lokalne, a z nich spływa do szpitali, ośrodków zdrowia itp.

Jest to przeto poprawiona odmiana systemu aktualnie obowiązującego. Poprawiona, gdyż opieka zdrowotna byłaby finansowana z funduszu celowego, powstającego z konkretnych składek płaconych przez wszystkich, podczas gdy aktualnie finansowana jest z budżetu centralnego /czyli jakby zewsząd i znikąd/.

Ma to kilka korzyści praktycznych, jak: uniezależnienie się od sytuacji w budżecie centralnym, podążanie wysokości funduszu za inflacją /ściślej za płacami, skoro fundusz jest określonym odsetkiem płac/, oraz znaczenie społeczno-polityczne; fakt płacenia składki na zdrowie przesuwania obywateli z pozycji jałmużników na klientów.

Podział środków na regiony miałyby się odbywać nie "metodami administracyjno-przetargowymi", ale sposobem, który prócz ilości mieszkańców uwzględni wskaźniki epidemiologiczne i ekologiczne oraz zaniedbania socjalne danego terenu. Przekaz środków z kas poszczególnych samorządów do świadczących usługi byłby dotacją, której wielkość byłaby negocjowana.

Gospodarka każdej jednostki w ten sposób dotowanej odbywałaby się w oparciu o zasadę "całościowego budżetu" i nie byłoby dofinansowań. Są to również istotne różnice in plus w stosunku do aktualnych zasad gospodarzenia.

Jestem jednak za sposobem finansowania proponowanym przez projekt "społeczny". Opinie na temat tych dwóch sposobów finansowania w świecie można podsumować tak, że pacjenci jako lepszy oceniają system proponowany przez projekt "społeczny", ekonomiści są za systemem finansowania budżetowego, gdyż jest ono tańsze pod względem kosztów organizacyjnych i tańsze, gdyż ogranicza proces nakręcania usług i wydatków.

Nie zapominajmy jednak, że rozważamy propozycję wprowadzenia systemu finansowania budżetowego opieki zdrowotnej /ściślej - usprawnienia systemu istniejącego/ w kraju, w którym i postawy obywatelskie i stosunki międzyludzkie są inne niż na Zachodzie.

Dyrektor, który "załatwia" dla swego ZOZ-u unikalny sprzęt, i to nie dlatego, że w jego placówce jest on aktualnie najbardziej potrzebny

i znajdzie wykorzystanie, ale dzięki temu, że ma dużą siłę przebicia, nie uważa się za człowieka zdemoralizowanego, a pełne porządných ludzi otoczenie uważa go za wspaniałego organizatora.

Dlatego fundusze i sprzęt nie powinny być w Polsce rozdzielane wg kryteriów takich, czy innych, najczęściej niedodawalnych ani nie odejmowalnych od siebie, ani nie w oparciu o "rzetelne analizy potrzeb infrastrukturalnych", ale wg ilości wypracowanych środków.

Stosowanie tej zasady w warunkach polskich powinno, wbrew doświadczeniom zachodnim, być rozwiązaniem tańszym. Wyższe koszty organizacyjne zostaną, jak sędzę, skompensowane skróceniem pobytów szpitalnych, unikaniem niepotrzebnych zakupów sprzętu /jeśli ten będzie musiał potem na siebie zapracować/ itp.

Jestem za projektem "społecznym" też dlatego, że w wyższym stopniu daje pacjentowi możliwość wyboru, gdzie chce się leczyć. Projekt "autorski" wiąże obywatela z jednym /wybrany przez niego/ lekarzem i zamiar zmiany karze extra-opłatami. Sprawa ewentualnego przypisania do konkretnego szpitala nie jest wyraźnie określona, ale np. w Szwecji obywatel ma z zasady korzystać ze szpitala, "do którego należy", a w Szwecji obowiązuje właśnie system finansowania zbliżony do zalecanego przez projekt "autorski".

Wadą obu tekstów jest nadmiar słów. Projekt "społeczny" góruje bardziej klarownym przedstawieniem propozycji, jego forma jest bliższa przepisowi do zrobienia czegoś, niż ma to miejsce z projektem "autorskim". Projekt "społeczny" pomija wprawdzie szereg istotnych dla jego wdrożenia problemów technicznych, jak cennik usług, sprawy rozliczeń, ale jest to osobne zagadnienie.

Rozliczenia to zagadnienie organizacyjnie najtrudniejsze. Jego rozwiązanie jest tematem nie tyle dla ekonomisty czy lekarza, co dla osób obeznaných z problematyką zarządzania, organizacji biura, likwidacji szkód w towarzystwie ubezpieczeniowym itp.

Sędzę, że w obu projektach popełniono grzechy - wyjątki. W projekcie "społecznym" leczenie sanatoryjne jest odpłatne i koszt jego nie jest refundowany, z wyjątkiem, gdy jest ono kontynuacją leczenia szpitalnego. W projekcie "autorskim" interwencje Pogotowia Ratunkowego są odpłatne, ale korzystają ze zniżek "dzieci do 3 lat, osoby starsze /emeryci/, kobiety ciężarne".

Wyjątki w odpłatności za leczenie sanatoryjne staną się przyczyną pozornie tylko potrzebnych hospitalizacji /"na każdy sposób jest anty-sposób"/. Próba znalezienia kreski rozróżniającej grupy osób pilnie

potrzebujących pomocy lub nie - w projekcie "autorskim" jest kontrowersyjna i w ogóle niemożliwa.

Proponowałbym, żeby miejsce wyjątków w odpłatności zastąpić refundacją poniesionych kosztów przez pomoc społeczną, oczywiście tym, których zła pozycja materialna do niej kwalifikuje. Niekoniecznie będzie to każdy emeryt. Sprawa asortymentu usług nie bezpłatnych powinna być poddana pod ogólną dyskusję. Należałoby oczywiście usiłować przekonać społeczeństwo, że im więcej bezpłatności, tym też wyższa składka.

Dyskutowane projekty były m.in. przedmiotem krytycznej oceny dokonanej przez p. mgr Danutę Wiewiórę. Zdaje się, że podstawowym zarzutem tej oceny jest brak definicji celów reformy. Nie zostało w nich napisane, co oczywiście, że chodzi o to, żeby w ramach istniejących możliwości zbliżyć opiekę zdrowotną w Polsce do tego, co osiągnięcia medycyny człowiekowi dać potrafią, a jednocześnie poprawić satysfakcję zawodową, a również komfort materialny pracowników służby zdrowia.

Bezpośrednie zadowolenie ludzi, poczucie bezpieczeństwa traktowałbym jako pierwszy cel reformy, choć zgadzam się z ewentualnymi oponentami tego poglądu, że środki wydane na profilaktykę owocują lepiej. Najpewniej trzeba robić jedno i drugie i zostawić w tym pole do popisu kierownictwom regionalnych oddziałów FUZ-u, z których każdy, gdyby zyskał uznanie projekt "społeczny", byłby odpowiedzialny za zdrowie swoich "klientów".

Wyobrażam sobie, że poszczególne FUZY wyznaczałyby sobie prócz zobowiązań rutynowych pewne szczególne pola działania; byłyby to np. dla województw jeleniogórskiego, łomżyńskiego, piłskiego i miasta Łodzi postępowanie ograniczające śmiertelność niemowląt /w r. 1988 o 50-80% wyższa niż w ostrołęckim czy leszczyńskim/, w pewnych regionach dążenie do ograniczania wypadków etc..

Ustalanie priorytetów musi oczywiście trzymać się zasad zdrowego rozsądku /przykład wyboru priorytetów w pracy p.D.Wiewióry "Ekonomika Służby Zdrowia w Zarysie", wyd.PTE, W-wa, 1989, str. 17, "opieka geriatryczna a opieka nad ciężarną" jest właśnie przykładem, że nie można tak sprawy stawiać, a przynajmniej głośno jej wymawiać/.

Nie można dla żadnego z nich zrezygnować z pewnych rutynowych działań profilaktycznych, jak masowe małoobrazkowe badania rtg klatki piersiowej, wyszukiwanie i leczenie chorych z nadciśnieniem, czy badania nad wczesnym wykrywaniem raka sutka i szyjki macicy.

Ponieważ dyskusja przedłużyła się i nadal wszystko przed nami, przemyślałem jeszcze raz swój pogląd na ten temat i rezultaty tego zaięczam z prosbą o krytyczne rozważenie. Projekt ten zawęży refcrnę do reformy opieki zdrowotnej, ale to, jak sędzę, wystarczy na początek. Ewentualne zmiany w San-Epidzie są zagadnieniem niezależnym i osobnym itp.

Projekt ten jest bardzo zbliżony do projektu "społecznego". Podkreślam w nim szczególną rolę lekarza opieki podstawowej /jako współzarządzającego do pewnego stopnia FUZ-em/, inaczej widzę sprawę nowych inwestycji etc.

Projekt zawiera samą kwintesencję, jest dzięki temu krótki, ale jest w nim chyba wszystko to, co potrzebne, żeby zrobić zeń tekst szacownie długi. W dalszej części, a więc osobno, znajdują się różne dodatkowe wyjaśnienia czy uzupełnienia. Strony dalsze pokazują główne trudności realizacji reformy wg proponowanej koncepcji oraz zadania, do których można przystąpić od razu.

x x x

#### Cel reformy

Celem reformy wg prezentowanego projektu jest poprawa opieki zdrowotnej pod względem dostępności, jakości i stopnia zaspakajania oczekiwani pacjentów. Drugim jej celem jest wzrost zadowolenia zawodowego i materialnego ludzi spełniających opiekę zdrowotną<sup>a/</sup>.

#### Istota zmian

1/ Minister Zdrowia i Opieki Społecznej przekazuje zadania w zakresie opieki zdrowotnej nowoutworzonej państwowej instytucji ubezpieczeniowej "Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych" /FUZ/.

2/ Usługi wchodzące w zakres opieki zdrowotnej są udzielane przez uprawnione<sup>b/</sup> osoby fizyczne i prawne, odpłatnie<sup>c/</sup>.

3/ Wprowadza się obowiązkowe ubezpieczenie od kosztów opieki zdrowotnej poprzez FUZ<sup>d/</sup>.

4/ Zadaniem FUZ-u jest zapewnienie ubezpieczonym dostępności do maksymalnie szerokiego zakresu usług medycznych koniecznych dla ratowania zdrowia, staranie o wczesne rozpoznawanie ewentualnych chorób oraz finansowanie kosztów poniesionych dla ratowania zdrowia w ustalonym zakresie<sup>e/</sup>. Zadania te realizuje m.in. poprzez sieć własnych lekarzy opieki podstawowej, którzy zobowiązani są opiekować się pacjentem na całej jego drodze leczenia<sup>f/</sup>.

5/ Pacjent ma wolny wybór lekarza i zakładu leczniczego niezależ-

nie od rejonu kraju, ale spośród lekarzy i zakładów, które uzyskały akceptację FUZ-u<sup>g/</sup>.

6/ Zakłady świadczące opiekę zdrowotną utrzymują się ze sprzedaży usług oraz ewentualnych darowizn.

#### Organizacja FUZ-u

Jednostką podstawową jest oddział terenowy. Pokrywa on swą działalnością obszar jednej do kilku gmin /np. dzisiejszego ZOZ-u/. Oddział terenowy prowadzi samodzielną działalność finansową, jest samowystarczalny i tylko w sytuacjach wyjątkowych /patrz niżej/ korzysta z pomocy Centrali.

Jego przychodami są składki ubezpieczeniowe i ewentualne dotacje gmin, na których terenie funkcjonuje, rozchodami - zakupy usług dla ubezpieczonych swego terenu i koszty funkcjonowania własnej sieci leczenia podstawowego. Samodzielne oddziały terenowe łączą się w Związki. Odprowadzają z zebranych składek do Centrali 5%<sup>h/</sup> na fundusz wzajemnej pomocy, służący na dofinansowywanie oddziałów terenowych w sytuacji, gdy koszt roczny leczenia jakiegoś chorego przekracza trzydziestokrotną<sup>h/</sup> wysokość średniej płacy w danym roku. Wtedy nadwyżkę płaci Centrala.

Skarb Państwa dofinansowuje te oddziały, w których przeciętna składka jest o ponad 25%<sup>h/</sup> niższa niż średnia dla kraju /dopłaca kwoty konieczne dla osiągnięcia tego minimum/. Oddziały terenowe odprowadzają poza tym 5%<sup>h/</sup> swych wpływów do banku na fundusz interwencyjny, uruchamiany, gdy wydatki w danym roku są ponadnormalnie wysokie.

Na czele oddziałów terenowych stoją Rady Nadzorcze; w ich skład wchodzi przedstawiciele samorządów gmin danego terenu /ich komisji zdrowia/. Na czele Związku stoi Rada Nadzorcza, w skład której wchodzi członkowie parlamentu i przedstawiciel Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej. Rady powierzają kierownictwo oddziałów i Związku dyrektorom.

Lekarze opieki podstawowej są etatowymi pracownikami<sup>f/</sup> FUZ-u, współpracują z dyrektorem oddziału na polu znajdowania rozwiązań optymalnych pod względem interesu ubezpieczonego i interesu ekonomicznego oddziału<sup>e/</sup>. 5 - 10%<sup>h/</sup> lekarzy opieki podstawowej wybranych przez dyrektora tworzy jego radę doradczą.

#### Gospodarka społecznych zakładów Służby Zdrowia

Oparta jest o zasadę "trzech S", ale podlega pewnemu nadzorowi ze strony organu założycielskiego /pod kątem odkładania odpisów amortyzacyjnych/ i samorządu terytorialnego /pod względem ogólnego komfortu korzystających z opieki danych zakładów/.

### Ceny usług

Są one negocjowane między reprezentacją danych zakładów /np. szpitali, sanatoriów, domów opieki dla przewlekle chorych itp./ a Centralą FUZ-u. Spełniają one funkcję cen maksymalnych.

W cenie uwzględniane są składowe na odtworzenie majątku stałego.

### Działalność inwestycyjna

Odbywa się ze środków własnych inwestora. Wykorzystuje na ten cel kapitał nagromadzony dzięki odpisom na amortyzację, kredyty, ewentualne darowizny czy subwencje etc. Po wykonaniu 60%<sup>h</sup>/ inwestycji ze środków własnych pozostałość, bez względu na sektor, do jakiego inwestor należy, jest finansowana przez Skarb Państwa.

### Reaktywuje się Bank Ubezpieczeń Społecznych

Do zadań banku<sup>i</sup>/ należy obsługa rachunków ZUS-u, PZU, FUZ-u oraz osób fizycznych jak i prawnych świadczących opiekę zdrowotną.

### Odnośniki

a/ Do opieki zdrowotnej zaliczam tu szeroko pojęte leczenie /też rehabilitację medyczną i leczenie sanatoryjne/ oraz opiekę nad osobami, które z powodu choroby, kalectwa lub starości nie są zdolne do samodzielnego życia. Nie interesują mnie w tym projekcie zmiany w takich dziedzinach, jak polityka zdrowotna, szkolnictwo medyczne, masowe akcje profilaktyczne, Państwowa Inspekcja Sanitarna, zapobieganie uzależnieniom, które nadal leżałyby w gestii Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej.

Dziedziny te, choć na pewno wymagają podniesienia na wyższy poziom, nie potrzebują, jak sądzę, istotnych zmian organizacyjnych. Pomijam tu sprawę OS /opieki społecznej/, która powinna, moim zdaniem, zostać przesunięta do gestii Ministra Pracy i Polityki Socjalnej. Dlatego projekt ten nie dotyczy całej służby zdrowia, ale tego, co w niej najpilniejsze i najtrudniejsze do poprawy, tj. opieki zdrowotnej.

Proponuję, żeby odłączyć ją od zadań Ministra Zdrowia, ale uważam, że powinien on zachować prawo i obowiązek nadzoru ogólnego nad jej poziomem i dostępnością /konstytucyjna odpowiedzialność Państwa/.

Do rozważenia, czy zakwalifikować do opieki zdrowotnej również domy dla dzieci upośledzonych i szpitale psychiatryczne. Myślę, że nie; w większości krajów o systemie "fee for service" są one finansowane przez budżet.

b/ Uprawnienia byłyby wydawane w wypadku osób prawnych przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, w wypadku osób fizycznych przez dany samorząd zawodowy /np. przez Izbę Lekarską odnośnie lekarzy/.



c/ Sprawa odpłatności to problem cennika usług i techniki płatania i refundacji. Cennik usług możnaby szybko zrobić, wykorzystując np. istniejący w RFN wykaz cen za poszczególne usługi. Porównanie nominatów przeciętnej składki per capita w RFN i w Polsce pozwoliłoby ustalić orientacyjny przelicznik DM:zł. Należałoby go następnie odnieść do średnich płac /np. cena cholecysektomii to taki a taki % średniej płacy/.

Istnieje groźba pojawienia się dyktatu cenowego rzadkich specjalistów. Mogłoby zapobiegać temu Minister Finansów /podatki/ i Minister Zdrowia i Opieki Społecznej /szkolenie w deficytowych specjalnościach/.

Technika odpłatności. Myślę, że należności mniejsze /np. za badanie laboratoryjne, za badanie lekarskie/ byłyby płacone przez ubezpieczonego za potwierdzeniem i następnie refundowane; rachunki większe /np. za pobyt w szpitalu/ tylko parafowane przez pacjenta, a rozliczane bezpośrednio między zakładem leczniczym a oddziałem FUZ-u. Jest to zagadnienie dla organizatorów biurowości.

d/ Składka byłaby płacona przez ubezpieczonego w wysokości 10-15% /do ustalenia, być może nawet w drodze referendum/ od jego wszystkich dochodów /od wynagrodzeń za pracę, dodatków rodzinnych i wychowawczych, dochodów z działalności indywidualnej, rent i emerytur lub przeciętnej płacy w danym miesiącu od osób niepracujących/.

Składka byłaby wprowadzie płacona przez ubezpieczonych, ale w momencie rozpoczęcia tego systemu podwyższonoby odpowiednio płace, emerytury, dodatki czy zasiłki społeczne, zarobkującym indywidualnie zmniejszonoby podatki tak, aby płacenie składki upodmiatawając ubezpieczonego nie stało się dlań uszczerbkiem dla budżetu domowego.

Wysokość składki nie zależałaby od warunków środowiskowych ani od ryzyka chorobowego ubezpieczonego. Mogłaby natomiast być w niektórych rejonach pomniejszana dzięki subwencji ze strony samorządu terytorialnego.

e/ Zakres, asortyment usług refundowanych przez FUZ pozostawiam do dyskusji na Forum Zdrowia /a może też w referendum; ludzie powinni zrozumieć związek wysokości koniecznej składki z asortymentem refundowanych usług/. Należy na pewno zniechęcać ludzi do leżenia w szpitalu i raczej nie odstraszać od wzywania Pogotowia Ratunkowego, a więc za każdy dzień pobytu w szpitalu proponowałbym odpłatność w wysokości 1% średniej płacy, za dzień pobytu w sanatorium 1,5% średniej płacy.

Jestem przeciwny wyjątkom w odpłatnościach, ale proponuję utworzenie funduszu w ramach opieki społecznej /? związków zawodowych/ na refundację wydatków na leczenie ponoszonych przez ludzi źle sytuowanych /nie każdy emeryt czy rencista jest ubogi i nie każdy pracujący jest zasobny/.

Terenowy oddział FUZ-u będzie zobowiązany do likwidacji kosztów opieki zdrowotnej osób płacących do jego kasy składkę. Przychody jego będą z reguły stałe, rezerwy ograniczone, co będzie zmuszało dyrektora do stałej kontroli sytuacji finansowej, wynajdywania ewentualnych rozrzutności i szukania jak najtańszych sposobów zapewnienia

nia swym podopiecznym zdrowia.

Wczesne rozpoznawanie chorób, pewne proste akcje profilaktyczne nie dające długo czekać na rezultaty /jak rozpoznawanie i leczenie nadciśnienia, skrupulatne leczenie nadżerek szyjki macicy, badania podopiecznych pod kątem czynników ryzyka miażdżycy i propaganda walki z tymi, które można usunąć/ staną się dla dyrekcji każdego oddziału FUZ-u ekonomiczną koniecznością.

f/ Lekarze opieki podstawowej są pracownikami etatowymi FUZ-u. Otrzymują oni wynagrodzenie miesięczne /umiarkowanej wysokości/, dodatkowym źródłem utrzymania są dla nich honoraria za świadczone usługi lekarskie. Rola tych lekarzy w prezentowanym projekcie jest szczególna, tak ze względu na interes pacjenta, jak i FUZ-u.

M.in. reprezentują oni interes merytoryczny pacjentów i finansowy FUZ-u w trakcie ich pobytu w szpitalu. Jest w tym wątek systemu amerykańskiego - lekarz domowy w USA czuwa, czy jego pacjent w szpitalu jest dobrze leczony, czy nie wykonuje mu się niepotrzebnych badań, czy nie leży tam niepotrzebnie długo etc.

Prestiż lekarza domowego z tymi uprawnieniami jest oczywiście odpowiednio wyższy. Powinien on stale wybierać opcje najlepsze i dla podopiecznego i dla FUZ-u, w razie sprzeczności interesów - dla pacjenta. Nie powinno się dlatego powierzać interesów FUZ-u "lekarzom zaufania" FUZ-u.

Lekarz domowy, któremu przecież zależy na opinii wśród pacjentów, nie zdradzi dla FUZ-u interesu chorego. Ale najczęściej interesy te okazywałyby się wspólne. Rozwiązania ekonomicznie uzasadnione są przeważnie też korzystne dla pacjenta /np. unikanie polipragmazji, krótszy pobyt w szpitalu, opieka nad osobą niedołężną w jej dotychczasowym mieszkaniu np. z pomocą opłacanej przez FUZ sąsiadki miast przenosić do Domu Opieki ... etc/.

g/ Ubezpieczony ma prawo wyboru lekarza opieki podstawowej, specjalisty, szpitala w ramach listy rekomendowanej przez FUZ, na terenie całego kraju. Na liście tej mogą znaleźć się również specjaliści i szpitale, które nie zaakceptowały cennika FUZ-u. W wypadku korzystania z ich usług FUZ partycypowałby w kosztach usługi tylko do wysokości cennika. FUZ byłby jednak zobowiązany zapewnić refundowaną przezeń pomoc medyczną /w ramach uzgodnionego asortymentu usług/ w każdej potrzebie i w razie niemożności realizacji tego zobowiązania w ramach cennika, byłby zmuszony płacić ceny wyższe.

Warunkiem podtrzymywania rekomendacji dla danego specjalisty, szpitala etc. byłoby wysoka jakość usług oraz wierność zasadzie nie napędzania niepotrzebnych kosztów.

h/ W tym wypadku i w podobnych oznaczonych literą "h" dają szacunki przykładowa i wymagające dyskusji.

i/ Utworzenie osobnego banku ułatwiłoby wprowadzenie reformy. Szereg cen i wysokość potrzebnych składek dla ich płacenia wymaga "dotarcia się" systemu w praktyce i w tym okresie czuwanie banku nad całością, ratowanie sytuacji, gdyby zachodziła tego konieczność, poprzez pomoc Państwa, czyli przez ten specjalny bank, byłoby bardzo pożyteczne. Istnienie tego banku sprzyjałoby poza tym wytworzeniu się kadry osób wyspecjalizowanych w ekonomii opieki zdrowotnej.

x x x

### Potencjalne trudności

Zamierzana poprawa opieki zdrowotnej ma być rezultatem oparcia finansowania lecznictwa o zasady ekonomii. Może temu przeszkadzać nierównomierność obsady medycznej w różnych częściach kraju. Ponad 50% wydatków na opiekę zdrowotną to fundusz osobowy. Dlatego dysproporcje rozmieszczenia kadry są powodem kilkukrotnych nawet różnic w kosztach opieki zdrowotnej na głowę pomiędzy poszczególnymi ZOZ-ami.

Pewne ZOZy świadczą dużo usług na rzecz innych ZOZ-ów. Trzeba by dla każdego ZOZ-u, choćby orientacyjnie, obliczyć, ile świadczy na zewnątrz i ile inne ZOZ-y świadczą mieszkańcom jego obszaru. Pozwoli to na ustalenie, ile rzeczywiście kosztuje opieka zdrowotna jednego obywatela w różnych rejonach kraju.

W przyszłości, jeśli zostanie przyjęty system finansowania oparty o wykonane usługi, może się okazać on niekorzystny tam, gdzie relatywnie do wykonanych zadań już dzisiaj zarobki są wysokie. Potrzebny jest więc program przystosowawczy.

Byłoby nim stopniowe spłaszczanie różnic przy rozdzielaniu środków na r. 1990. Nierównomierność rozmieszczenia kadr i jej implikacje płacowe po wprowadzeniu reformy powinny być jak najszybciej przedstawione w "Służbie Zdrowia".

Trudnością techniczną przy wdrażaniu finansowania za usługi będzie organizacja refundacji itp. Pomocnym tu zapewne będzie dobry sprzęt informatyczny i dobra organizacja biura. Należy już starać się o biuro i przygotowywać personel /np. przeprofilowywać zawodowców aktualny personel Meturgów/.

Już można i trzeba opracować szczegółowy cennik usług medycznych w oparciu o cennik używany np. w RFN. Jeżeli pewien zabieg jest np. równoważnością 8 przeciętnych składek ubezpieczeniowych w RFN w markach, powinien on kosztować u nas w złotych tyle, ile wynosi 8 przeciętnych składek ubezpieczeniowych w Polsce. Stosowanie takiej kalkulacji pozwoliłoby szybko stworzyć cennik, a następnie ewentualnie stopniowo dopa-

sowywać go do naszych odmienności. Mając cennik możnaby rozpocząć rozliczania się między ZOZ-ami za usługi zewnętrzne /na wstępie np. za pobyty szpitalne/.

Problematyka ekonomii w opiece zdrowotnej jest słabo reprezentowana w naszym piśmiennictwie. Byłoby wskazaniem, aby rozpocząć w "Służbie Zdrowia" druk artykułów o tematyce bardziej ogólnej, a też ewentualne opracowania porównawcze /np. koszt leczenia choroby wrzodowej za pomocą leków tradycyjnych, cimetydyny i zabiegu operacyjnego, koszt leczenia oraz koszt niezdolności do pracy itp./, również tłumaczenia z literatury zagranicznej.

Tak renomowane pismo jak "New England Journal of Medicine" zamieszcza na swych łamach od pewnego czasu artykuły tego typu. Polski lekarz, jak dotychczas, zupełnie nie jest wyculny na problematykę kosztów /i zysków/ określonych postępowań medycznych w stosunku do innych. Bez zmian w świadomości reforma nie uda się.

---

Maria Pamucka i Kazimierz Drosik

### "PROPOZYCJA OPOLSKA"

Katastrofalny stan służby zdrowia znany jest pacjentom, tzn. całemu społeczeństwu. Jako pracownicy służby zdrowia jesteśmy w tragicznej sytuacji. Codziennie przeżywamy niewyobrażalne dla osób zatrudnionych poza służbą zdrowia ogromne stresy, nie mogąc leczyć ludzi zgodnie z aktualnym stanem wiedzy. Nie mamy warsztatu pracy.

Stawia to pod znakiem zapytania możliwość biologicznego przeżycia narodu. Dowodem tego może być porównanie średniej długości życia w naszym kraju z długością życia w krajach na średnim poziomie rozwoju.

Nie bez znaczenia przy tym jest fakt, że mimo tak ciężkich warunków pracy nie otrzymujemy nawet normalnej płacy, a w zasadzie formę zapomogi, uzależnioną na dodatek od chęci czy niechęci do pracy innych grup zawodowych /praca w tzw. gospodarce materialnej/.

Jedyną drogą poprawy sytuacji jest natychmiastowe przeprowadzenie reformy systemu opieki zdrowotnej. Jakakolwiek zwłoka we wdrożeniu reformy może przynieść znacznie większe szkody społeczne i gospodarcze niż opóźnienie reformy w każdej innej dziedzinie. Uważamy przy tym, że wdrożenie reformy jest faktycznie możliwe mimo istniejącego kryzysu gospodarczego.

Przecież nie zawsze chodzi o wysokość środków, a często jedynie o ich właściwe adresowanie i wykorzystanie. Sądzimy, że nawet środki

aktualnie wpłacane do ZUS, tj. 38% funduszu płac, przy prawidłowym wykorzystaniu mogą pokryć potrzeby ochrony zdrowia.

Jeśli szybkie wprowadzenie reformy w proponowanym kształcie uznane będzie za zbyt trudne lub ryzykowne w skali kraju, można ją wprowadzić poczynając nawet od jednego wybranego województwa.

Załączamy zasadnicze założenia systemu opieki zdrowotnej. Oparte są one częściowo na zamieszczonym w "Służbie Zdrowia" nr 20 i 21/89 "Projekcie roboczym ustawy o opiece zdrowotnej".

#### Cel ustawy o opiece zdrowotnej

Stworzenie systemu służby zdrowia i opieki społecznej gwarantującego wysoki poziom świadczonych usług leczniczych oraz pełną ich dostępność.

Cel ten będzie realizowany w wyniku stworzenia:

- dobrze wyposażonego warsztatu pracy dla pracowników służby zdrowia, co da lepsze wykorzystanie sprzętu;
- dobrze opłacanych, w zależności od wkładu pracy, stanowisk pracy;
- stworzenie rynku pracy w służbie zdrowia, co da lepsze wykorzystanie pracowników;
- zainteresowanie pacjenta swoim zdrowiem - "zdrowie pacjenta jego interesem".

#### Założenia do projektu

Założenia obejmują jedynie podstawowe zasady zmienionego systemu finansowania służby zdrowia. Celowo nie przedstawiamy szczegółów, gdyż te mogą być tak różne, jak różne są potrzeby lecznicze ludzi w zależności od ich pracy, poziomu intelektualnego, miejsca zamieszkania itp.

Przedstawiony sposób finansowania i rozliczania służby zdrowia, oparty o zasady działania przedsiębiorstwa pozwala na opłacanie jedynie rzeczywistych kosztów leczenia, rehabilitacji, rent, emerytur oraz zapewnia zysk pozwalający na inwestowanie w nowy, ale gwarantujący opłacalność, a więc na pewno wykorzystywany sprzęt, szkolenie specjalistów /również w ośrodkach zagranicznych/, w remonty, w budowę nowych, ale niezbędnych zakładów służby zdrowia.

Rozdziały I, II, III, IV, V i VI z Projektu zamieszczonego w "Służbie Zdrowia" nr 20 i 21/89 mogą pozostać, jednak rozdział I art. 3 p.1.1. powinien uwzględnić: opieka zdrowotna jest bezpłatna pod warunkiem wpłacenia do Państwowego Banku Ubezpieczeń należnej, obowiązkowej składki ubezpieczeniowej. Składki mogą być wpłacane przez ubezpieczonego, jego zakład pracy lub terenową opiekę społeczną. Uiszczenie

składki emerytalnej pozwoli uzyskać zabezpieczenie finansowe po osiągnięciu wieku emerytalnego.

Wprowadza się symboliczną odpłatność za usługi lecznicze, np.:

100, - za jeden dzień pobytu w szpitalu /z wyjątkiem dzieci/;

50, - za każdą wizytę w przychodni, u lekarza specjalisty;

50, - za realizację jednej recepty.

Środki z tej odpłatności będą wpływały do Państwowego Banku Ubezpieczeń. Wysokość tych opłat, przekazywanych w ciągu roku przez pałenta, powinna mieć wpływ na zwiększenie lub zmniejszenie jego składki w roku następnym. Odpłatność wpłynie na zmniejszenie liczby niepotrzebnych wizyt u lekarza, skrócenie niepotrzebnie przedłużonych pobytów w szpitalu, zmniejszy ilość niewykorzystanych, leżących w domach leków.

Pełnopłatne są jedynie usługi kosmetyczno-lecznicze z wyjątkiem leczenia uszkodzeń nabytych w wyniku wypadku lub choroby.

Rozdział III. art. 21-25 należy przenieść do innych przepisów.

Rozdziały VII-XI powinny zostać całkowicie zmienione, zgodnie z przedstawioną poniżej propozycją rozwiązań.

Stoimy na stanowisku, że dramatyczna sytuacja opieki zdrowotnej wymaga gruntownej i natychmiastowej reformy, a nie kosmetycznych poprawek przystosowujących ją do istniejących przepisów.

Zakłady służby zdrowia otrzymują fundusze od jednostek finansujących. Przydział funduszy na działalność bieżącą podstawową, amortyzację, remonty, rozbudowę itp. następuje na podstawie preliminarza według cen aktualnych w dniu np. 1 grudnia roku poprzedniego. Wysokość funduszy jest negocjowana pomiędzy płatnikiem /jednostka finansująca/ a zakładem służby zdrowia. Jedynymi pracownikami odpowiadającymi przed płatnikiem /jego Radą Nadzorczą/ są: dyrektor zakładu służby zdrowia i główny księgowy.

#### Organy założycielskie i finansujące

Zasadniczymi organami założycielskimi i zarazem finansującymi dla zakładu służby zdrowia są:

B u d ż e t p a ń s t w a - uzyskuje fundusze z podatków.

Jest organem założycielskim i finansującym:

- działalność naukową instytutów resortowych /naukowo-badawczych/, zakładów /klinik/ akademii medycznych w zakresie badań podstawowych i klinicznych;

- wszelkie działania lecznicze i zapobiegawcze o zasięgu ogólnokrajowym /AIDS, żółtaczką zakaźną, salmonelloza, alkoholizm/;

- działanie o charakterze propagandowym /walka z narkomanią itp./;  
- instytucje kontrolne o zasięgu krajowym np. Państwowa Inspekcja Sanitarna, jeśli zachodzi konieczność jej istnienia, oraz działania przeciwepidemiczne stacji sanitarno-epidemiologicznych.

Państwowy Bank Ubezpieczeń - uzyskuje fundusze z obowiązkowych - obejmujących wszystkich obywateli, dobrowolnych - wprowadzanych dla różnych grup obywateli /z tytułu np. wykonywanej pracy/ - ubezpieczeń; zysków uzyskanych z obracania kapitałem.

Państwowy Bank Ubezpieczeń jest organem założycielskim i finansującym dla:

- zakładów opieki stacjonarnej - szpitali,
- przychodni i innych zakładów opieki specjalistycznej,
- oddziałów leczniczych /klinik/ instytutów resortowych i akademii medycznych wspólnie z Radami Naukowymi tych instytucji,
- stacji sanitarno-epidemiologicznych, głównie w zakresie badań okresowych pewnych grup pracowniczych /np. nosicielstwo/, badań warunków pracy /hałas, inne szkodliwości/.

Budżet terenowy - wydziela fundusze otrzymane z podatku terenowego, zysku z gospodarki terenowej itp.

Jest organem założycielskim i finansującym dla:

- podstawowej opieki zdrowotnej: lekarzy domowych, terenowych przychodni dziecięcych, ginekologicznych i stomatologicznych, gminnych /miejskich/ szpitali z podstawowymi czterema specjalnościami;
- opieki społecznej: pielęgniarki, opiekunki, domy pomocy społecznej, domy małego dziecka, żłobki;
- działalności kontrolnej /terenowej/ stacji sanitarno-epidemiologicznych;
- wypłaca zasiłki osobom nie posiadającym dochodów lub otrzymującym rentę lub emeryturę w niewystarczającej wysokości /zasiłek na opłacenie komornego, na zakup węgla itp./.

#### Zakłady służby zdrowia nie ujęte powyżej

Przemysłowa służba zdrowia - powinna mieć inny charakter i zadania. Głównym jej zadaniem jest zapobieganie zagrożeniom wynikającym z pracy wykonywanej w danym zakładzie przemysłowym oraz udzielenie pomocy w razie wypadków przy pracy. Nie ma w związku z tym uzasadnienia rozbudowa wielospecjalistycznych przychodni i szpitali dla pracowników jednego zakładu przemysłowego. Jeśli zakłady produkcyjne będą w stanie finansować specjalistyczną służbę zdrowia, będą to robić w porozumieniu z samorządem terytorialnym i Bankiem Ubezpieczeniowym.

Tzw. h i g i e n a s z k o l n a - wszystkie szkoły, przedszkola i inne zakłady zajmujące się edukacją, sportem, zajęciami pozalekcyjnymi dla dzieci i młodzieży będą miały wśród swojego personelu pielęgniarkę lub pielęgniarki pracujące tak długo, jak długo przebywa tam młodzież.

Jedynym zadaniem pielęgniarki w zakładzie kształcącym młodzież jest udzielanie pierwszej pomocy i w razie konieczności kierowanie do lekarza lub do szpitala. Badania okresowe dzieci w wieku szkolnym: szczepienia itp. należą do obowiązków lekarzy domowych /przychodni dziecięcych/, stomatologicznych.

O d d z i a ł y P o m o c y D o r a ż n e j /Pogotowia Ratunkowe/ - ulegają likwidacji w swej dotychczasowej formie. Jedynym zadaniem Pogotowia powołanego według nowych zasad będzie udzielenie szybkiej pomocy przedlekarskiej ofiarom wypadków ulicznych i domowych oraz dostarczanie ich do szpitala, gdzie otrzymają w pełni kwalifikowaną pomoc specjalistyczną. Zespoły wyjazdowe Pogotowia składać się powinny jedynie z właściwie wyszkolonych pielęgniarki /potrafiących zastosować sztuczne oddychanie, podać leki p/bólowe, p/wstrząsowe, właściwie ułożyć chorego/. Po dostarczeniu pacjenta do szpitala zajmuje się nim zespół specjalistów mających do dyspozycji cały zestaw aparatury, leków i sal zabiegowych. Przewozem pacjentów do szpitali, przychodni specjalistycznych na ich prośbę lub na zlecenie lekarza leczącego zajmuje się transport sanitarny szpitala.

R e s o r t o w e z a k ł a d y s ł u ż b y z d r o w i a /PKP, MON itp./ - powinny być utrzymywane przez resorty założycielskie lub, gdy udostępniają one swój personel, sprzęt i bazę wszystkim pacjentom, mogą zawierać umowy z Bankiem Ubezpieceniowym.

Aktualna organizacja wymienionych powyżej zakładów służby zdrowia to bezgraniczne marnotrawstwo środków i sił fachowych.

Poza wymienionymi powyżej organami założycielskimi i finansującymi dopuszcza się możliwość finansowania w całości lub częściowo /dofinansowanie/ zakładów służby zdrowia ze zbiorów społecznych, przez fundacje, na drodze darowizny, przez sponsorów, organizacje społeczne, związki wyznaniowe, kościoły itp. Wszelkie fundusze przekazywane przez te instytucje celem dofinansowania służby zdrowia są zwolnione od opodatkowania.

C e f a r m d z i a ł a n a z s s a d a c h p r e d s i ę w i ę r s t w a .



Państwowy Bank Ubezpieczeń /Kasa Chorych/

W związku ze zmianą zadań ulega likwidacji Zakład Ubezpieczeń Społecznych. Na jego miejsce powołuje się Państwowy Bank Ubezpieczeń /Kasę Chorych/. Prowadzi się działalność w oparciu o zasady bankowe. Narodowy Bank Polski jest gwarantem Państwowego Banku Ubezpieczeń.

Zadaniem Państwowego Banku Ubezpieczeń jest:

- pobieranie składek ubezpieczeniowych obowiązkowych i dodatkowych,
- przyjmowanie wpłat sponsorów,
- pomnażanie kapitału przez obrót nim. Bank wchodzi do spółki produkującej sprzęt medyczny, środki opatrunkowe, farmaceutyki, odżywki. Finansuje w części lub całkowicie zakłady produkujące i naprawiające sprzęt dla służby zdrowia itp., ośrodki leczenia klimatycznego, sanatoria,
- finansowanie powołanych przez Bank zakładów służby zdrowia - szpitali, zakładów specjalistycznej opieki medycznej, zakładów pracy inwalidów, oddziałów pracy chronionej, sanatoriów, szpitali rehabilitacyjnych itp.,
- odprowadzanie podatku od dochodów do budżetu Państwa,
- może uczestniczyć w finansowaniu badań naukowych, epidemiologicznych, ochrony środowiska, dofinansowywać działalność służby zdrowia o zasięgu krajowym itp.,
- rozliczenie podległych sobie zakładów leczniczych przez utworzoną i powołaną przez siebie radę nadzorczą działającą wspólnie z wojewódzkim zespołem specjalistów,
- może odprowadzać część kapitału do budżetu państwowego, ale jedynie w wymiarze zatwierdzonym przez radę nadzorczą. Nie dotyczy to oczywiście zwrotu kosztów leczenia lub badań pacjentów w zakładach finansowanych z budżetu. W tych wypadkach wymagany jest zwrot kosztów.

Rada nadzorcza ma również prawo do działań represyjnych: obciążenia częścią lub całością kosztów leczenia lub/i rehabilitacji lekarza, pacjenta lub jednostki służby zdrowia, jeśli wzrost kosztów leczenia wystąpił z winy któregoś z wymienionych /niepodjęcie leczenia we właściwym czasie często powoduje konieczność zastosowania leczenia znacznie droższego, dłuższego, wypłacania renty/.

Rada nadzorcza ma prawo obciążać lekarzy, pacjentów, zakłady służby zdrowia, kosztami nieuzasadnionych badań, niewykupionych leków itp. Ma prawo żądania dopłat z tytułu zatrucia środowiska od zakładów produkcyjnych lub opłacania badań profilaktycznych czy leczenia osób szczególnie narażonych. Rada nadzorcza, działając w imieniu Banku,

ma prawo żądania zwrotu kosztów leczenia w przypadkach chorób zawodowych, jak również pokrywania dożywotniej renty przez zakłady zatruwające środowisko.

Stanowiska kierownicze w zakładach służby zdrowia będą powierzone w drodze konkursów ogłaszanych przez organ założycielski. W komisji konkursowej uczestniczą poza przedstawicielami organu założycielskiego konsultanci wojewódzcy z zakresu danej specjalności oraz specjalności pokrewnych z jednego lub kilku województw.

Umowy o pracę na stanowiskach kierowniczych, w tym ordynatorów, zawiera się na okres 10 lat, a gdy stanowisko obejmuje pracownik w wieku 60 lat i powyżej, na okres 5 lat. Szczegółowe wymagania stawiane osobom ubiegającym się o objęcie stanowisk kierowniczych ustali Minister Zdrowia w porozumieniu z Krajowym Zespołem Konsultantów.

Płace - Minister Zdrowia i Minister Płacy i Pracy ustala minimalną płacę zasadniczą dla wszystkich grup zawodowych pracowników fachowych i pomocniczych. Szczegółową siatkę płac obowiązującą w podległych sobie zakładach służby zdrowia ustali samorząd terytorialny wspólnie z zespołem konsultantów wojewódzkich dla podstawowej opieki zdrowotnej, dla opieki specjalistycznej i szpitali - wojewódzka rada nadzorcza wspólnie z wojewódzkim zespołem specjalistów, rektorzy akademii medycznych i dyrektorzy instytutów naukowo-badawczych w porozumieniu z zespołem konsultantów krajowych dla podległych sobie jednostek naukowych. Taki system stworzy rynek pracy.

Służba zdrowia jest nadzorowana przez:

- Ministerstwo Zdrowia, a pod względem fachowym przez Krajowy Zespół Konsultantów,
- Wojewódzkie Rady Nadzorcze, a pod względem fachowym przez Zespół Konsultantów Wojewódzkich,
- szpitale i przychodnie specjalistyczne są kierowane przez dyrektorów powoływanych na drodze konkursu. Rolę pomocniczą i doradczą w szpitalach i przychodniach specjalistycznych może powierzyć dyrektor radom lub komisjom powoływanym do pomocy w rozwiązaniu jednego lub większej liczby zagadnień lub współpracujących stale z dyrektorem. Nie przewiduje się w zakładach służby zdrowia tworzenia rad pracowników - zasadniczym zadaniem służby zdrowia jest ochrona interesów pacjenta przed interesami zakładu pracy i pracownika, natomiast rada pracownicza, w której znajdują się również pracownicy nie znający takich kompromisów /pracownicy techniczni, praczki, portierzy/, będzie zasadniczo utrudniała pracę. Ponieważ zakłady służby zdrowia będą funkcjonowa-

ły na zasadach przedsiębiorstwa świadczącego usługi leczniczo, nie przewiduje się funkcjonowania w ich ramach działów socjalnych, gospodarstw pomocniczych itp. Pracownik powinien zarobić tyle, żeby mógł kupić sobie obiad w stołówce, wczasy, kolonie dla dzieci, bilety do teatru itp.

- kierownika miejskiej lub gminnej przychodni, któremu podlegają lekarze domowi, terenowe domy opieki, żłobki, pediatra, ginekolog, stomatolog.

W sytuacji, w której poszczególne grupy pracowników różnych dziedzin na drodze siły /strajki/, bądź korzystając z wprowadzenia gospodarki rynkowej stale zwiększają swe dochody, a odpowiedzialne władze nie są w stanie wprowadzić mechanizmów powodujących automatyczne odprowadzanie części tych dochodów /podatek lub składka ubezpieczeniowa/ o ściślejszym przeznaczeniu na ochronę zdrowia, służba zdrowia ma moralne prawo sama wprowadzić taki mechanizm.

Gospodarka rynkowa, która bez reformy systemu ochrony zdrowia nie jest nawet możliwa do wprowadzenia w służbie zdrowia, prowadzi do gwałtownego, relatywnego pogarszania się sytuacji materialnej pracowników służby zdrowia, a w efekcie zagrożenia jej funkcjonowania. Musimy więc bronić się sami, a tym samym chronić społeczeństwo przed całkowitym pozbawieniem go opieki medycznej.

Pracownicy jednostki służby zdrowia /np. całego szpitala/ lub jego części /np. oddziału/ po rozwiązaniu umowy o pracę mogą założyć spółkę na obowiązujących zasadach. Celem spółki byłoby osiągnięcie zysku na płace dla pracowników wchodzących do spółki poprzez pracę w jednostce służby zdrowia. W stosunku do sytuacji obecnej nastąpiłyby tylko niewielkie zmiany.

Dyrekcja szpitala lub innej jednostki nie podpisywałaby umowy o pracę z poszczególnymi pracownikami według obowiązujących przepisów obejmujących taryfikator płacowy, a zostałaby zmuszona do podpisania jednej umowy ze spółką na wynegocjowanych warunkach.

Płace w tym wypadku nie zależałyby od taryfikatora, a jedynie od uzgodnień wewnątrz samej spółki. Stworzy to możliwość podpisywania umów zabezpieczających zmienność płac, zależnie od sytuacji rynkowej, czego w żaden sposób nie gwarantują obecne przepisy. Zatrudnienie spółki przez dyrekcję jednostki służby zdrowia na zasadach dyktowanych przez spółkę /w zakresie płac/ nie byłoby wyżymem w już istniejących rozwiązaniach.

Przykładem może być zatrudnienie na tych samych zasadach różnych spółek i przedsiębiorstw celem prowadzenia prac remontowych czy porząd-

kowych.

Powstaje tylko pytanie, dlaczego dotychczas możliwa była sytuacja, w której wszyscy pracujący na terenie jednostki służby zdrowia pracownicy "zewnętrzni" mogli mieć znacznie wyższe zarobki w porównaniu z fachowymi pracownikami służby zdrowia, chociaż w ostatecznym rozrachunku ich płace pochodziły z tego samego źródła, czyli budżetu jednostki, jedynie "z innego paragrafu".

Do uzgodnienia między pracownikami pozostałoby rozwiązanie problemu, czy tworzyć jedną spółkę wszystkich pracowników danej jednostki, czy spółki oddzielne np. lekarzy, pielęgniarek, salowych, bądź też, w wypadku szpitala, spółki pracowników poszczególnych oddziałów bądź działów.

---

KRAJOWY ZJAZD LEKARZY

Ewa Wołak

BYŁ ZJAZD...

Po krajowym Zjeździe lekarzy w ogólnym odczuciu dominuje umiarkowany optymizm. Niewiele jest sądów skrajnie negatywnych i skrajnie pozytywnych. Wśród organizatorów chyba przeważa ulga, że od strony technicznej obyło się bez potknięć. Natomiast delegaci odczuwają pewien niedosyt, bo tak wiele spraw zostało niezakończonych, zaledwie zaakcentowanych, lub nieporuszonych.

A przecież Zjazd wniósł olbrzymi materiał do dyskusji i przemyslenia. Skala poruszanych tematów wahała się od zagadnień deontologicznych, historycznych, poprzez reformę służby zdrowia, ekologię, po problemy związane z wyjazdami lekarzy zagranicę, powstawaniem spółek na terenie placówek służby zdrowia, rozdziałem samochodów i ... dopinaniem w sporcie.

Nowopowstała Rada będzie miała co robić. Sam materiał wynikający ze zgłaszanych na piśmie wniosków wystarczy na całą kadencję.

Przygotowanie Zjazdu przebiegało w gorącej i nerwowej atmosferze. Spośród 177 członków powołanego przez Radę Państwa Komitetu Organizacyjnego Izba Lekarskich pracowało w ostatniej fazie zaledwie kilku. Pozostali wycofali się. Dlatego delegaci zrezygnowali z przewidzianego w projekcie porządku obrad Zjazdu absolutorium dla Komitetu Organizacyjnego, zastępując je podziękowaniem skierowanym tylko do tych członków Komitetu oraz ludzi spoza jego grona, którzy swą pracą i zaangażowaniem sprawili, że I Krajowy Zjazd Lekarzy stał się faktem.

Ta grupa osób pracowała niezwykle ciężko. Do niedobitków Komitetu dołączyło kilkunastu delegatów z Warszawy, ich kolegów, znajomych i członków rodzin. Oni przyczynili się do sprawnego wydawania mandatów i materiałów Zjazdu, ulotek wyborczych "Solidarności" i wykonali mnóstwo innych prac pomocniczych, może mało widocznych, ale bardzo ważnych.

Zjazd rozpoczął się w niedzielę 10 grudnia uroczystą mszą świętą koncelebrowaną pod przewodnictwem kardynała Józefa Glempa w kościele Najświętszego Krzyża. Współcelebrowali: ks. Józef Jachimczak - proboszcz miejscowej parafii, duszpasterz środowisk medycznych, oraz ks. Romuald Kamiński.

Pierwszego dnia niemal tysięczna rzesza delegatów reprezentujących 100 tysięcy polskich lekarzy obradowała w Filharmonii Warszawskiej. Drugiego i trzeciego - w Operetce. Zarówno Filharmonia, jak Operetka

udostępniły swoje pomieszczenia bezpłatnie. Również bezpłatnie wykonano przepiękną roślinną kompozycję wokół przesydłanego podium. Bez wynagrodzenia koncertował w przerwie pierwszego dnia obrad zespół kameralny "Concerto Avenna". Świadczy to - jak powiedział jeden z organizatorów Zjazdu, Stanisław Równicki - o wysokim prestiżu, jakim zawód lekarza cieszy się wciąż jeszcze w społeczeństwie.

Zjazd otworzył przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Izb Lekarskich Jacek Żochowski. Wykład inauguracyjny wygłosił prof. Józef Bogus. - "Czy światy się walą, czy światy się tworzą" - powiedział - "lekarz ma zawsze jasno wytyczoną, prostą drogę: ku dobru chorego". Zwrócił następnie uwagę na wielkie dylematy moralne, które niesie za sobą postęp medycyny. Postęp techniczny osiągnął takie rozmiary, że zaczął działać przeciw człowiekowi, jednostka ludzka zeszyła na daleki plan.

Lekarzowi nie wolno tracić z pola widzenia prawdy o jedności psychofizycznej człowieka. Ostrzegł przed nadużywaniem eksperymentu klinicznego, którego jednak medycyna nie może się wyrzec. Wskazał na konieczność określenia granicy między śmiałym krokiem w nieznaną a szkodliwym eksperymentowaniem na oświecku, między prawem do kontynuowania badań naukowych a prawem jednostki. Zapewnił, że w obliczu wielkich nadziei, jakie łączymy z przywróceniem Izb Lekarskich, umilkły małoduszne swary i waśnie.

Referaty wprowadzające wygłosili kolejno Tadeusz Chruściel i Zbigniew Chłap.

T. Chruściel mówił o ustawowych kompetencjach samorządu lekarskiego i o niedostatkach ustawy. Wśród zadań stojących przed Izbami Lekarskimi jako pierwszoplanowe wymienił przywrócenie właściwej godności naszemu zawodowi, poprawę bytu i warunków pracy, zapewnienie możliwości samorealizacji i rozwoju zawodowego. Podkreślił, że Izby Lekarskie będą takie, jakie sami stworzymy.

Z. Chłap zwrócił uwagę na potrzebę nowelizacji ustawy o Izbach Lekarskich. Nakreślił warunki, w jakich Izby powstają i w jakich przyjdzie im pracować - rozbicie środowiska lekarskiego, brak zaufania do jakichkolwiek władz, obniżenie prestiżu zawodowego i przygnębiająca pauperyzacja. Wskazał na pilną potrzebę wzmocnienia roli lekarza w kształtowaniu polityki zdrowotnej państwa.

W pierwszym dniu obrad miały również miejsce wystąpienia gości honorowych. Byli to: minister zdrowia Andrzej Kosiniak-Kamysz, krajowy duszpasterz służby zdrowia ks. Roman Jędrzejczyk, przewodniczący senackiej komisji zdrowia Kazimierz Brzeziński, przewodniczący PTL Jerzy

Woy-Wojciechowski, pełnomocnik KKK NSZZ "Solidarność" Antoni Bielewicz, oraz z ramienia Zrzeszenia Polskich Towarzystw Medycznych Bolesław Górnicki.

Dla sprawnego przebiegu obrad bardzo istotny był wybór przewodniczącego Zjazdu i składu Komisji. Szczególnie kluczową postacią był przewodniczący, tym bardziej, że sen z powiek organizatorów spędzała konieczność zakończenia Zjazdu w nieprzekraczalnym terminie do godziny 14.00. 12 grudnia. O tej godzinie na scenę Operetki miały wjechać dekoracje i rozpoczynał się spektakl dla całkiem innej publiczności.

Wybór Michała Kurowskiego ze Szczecina okazał się opatrnościowy. Z niezwyklej taktem, ale stanowczo pokierował tysiącosobową widownią, nie dopuszczając do żadnych dywagacji i odstępstw od regulaminu. Równie udany był wybór przewodniczących poszczególnych komisji, wśród nich Jerzego Umiastowskiego z Gdańska, który w sposób bezkolizyjny przeprowadził przez forum zjazdowe 132 wnioski i projekty uchwał, czym w ogóle umożliwił terminowe zakończenie obrad.

Jednak tym, co zdominowało wszystkie zjazdowe dni, były wybory do Naczelnej Izby Lekarskiej /NIL/. Po raz pierwszy po wojnie demokratycznie wybrani delegaci wyłaniali spośród siebie swoje najwyższe władze. To nie było łatwe - nawet przy założeniu, że za każdym delegatem stoi co najmniej 100 wyborców, więc każdy wybór będzie dobry. Zнали się tylko nieliczni, a na poznanie najlepszych z 1000 dobrych nie było czasu. Mścił się brak zorganizowanej na szerszą skalę kampanii wyborczej. Taką kampanię zorganizowała tylko "Solidarność" i wystąpiła na Zjeździe z ulotkami zawierającymi nazwiska popieranych przez nią kandydatów do wszystkich organów Izby - niekoniecznie członków Związku.

Nie było to jednoznacznie odbierane przez delegatów. Część osób oskarżała "S" o manipulację. Większość - uznała za element normalnej, typowej dla systemów demokratycznych gry wyborczej. Szkoda, że o stworzeniu swoich list nie pomyślały towarzystwa naukowe, PTL i inne organizacje. W końcu już sama świadomość "kto za kim stoi" do pewnego stopnia charakteryzuje kandydata.

Natomiast nie podzielałam zasłyszanej opinii, że wśród osób popieranych przez "S" powinni się znaleźć koledzy z MON i MSW. Są tam na pewno bardzo dobrzy, godni polecenia lekarze, ale niekoniecznie mają być popierani przez "Solidarność". Nie znamy tych kolegów. Poza tym rekomendacja "S" mogłaby być ostatnią rzeczą, której sobie życzą. Może potem, wbrew własnym chęciom, musieliby przejść do normalnych Izb terytorialnych.

Regulamin wyborów na najwyższe stanowiska - Przewodniczącego NRL

i Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej umożliwiają dość dobre poznanie kandydata. Przewiduje uzasadnienie kandydatury przez zgłaszającego, przedstawienie się kandydata i pytania z sali. Na przewodniczącego NRL zaproponowano Tadeusza Chruściela, Zofię Kuratowską i Jana Nielubowicza z Warszawy, oraz Włodzimierza Józefowicza, stomatologa z Łodzi. Zofii Kuratowskiej obowiązki parlamentarne uniemożliwiły udział w obradach.

Przewodniczącym NRL został wybrany Tadeusz Lesław Chruściel. Jana Nielubowicza obdarzono tytułem Honorowego Przewodniczącego.

Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej został Stanisław Leszczyński, wygrywając wybory z Krystyną Rowecką-Trzebicką.

Największe problemy stwarzało zapoznanie się z kandydatami do poszczególnych organów NIL. Regulamin nie przewiduje ich prezentacji. Zresztą stanowili oni tak dużą, ponad dwuosobową grupę, że nawet kilkunastominutowe wystąpienia przedłużyłyby obrady o kilka dni.

Nieocenioną pomocą w wyrobieniu sobie opinii o kandydatach okazała się broszurka "Who is who" dostarczona wszystkim w materiałach Zjazdu. Niestety zawierała obszerniejsze dane tylko o delegatach z Izby Warszawskiej. O pozostałych jedynie podstawowe, jak wiek, specjalizacja, miejsce pracy, adres. Dodatkowe informacje można być uzyskać, zadając kandydatowi pytania z sali. Taka możliwość była zagwarantowana w regulaminie.

I pytano: o doświadczenie zawodowe, własne priorytety w pracy NIL, przynależność do organizacji społecznych i politycznych. Te ostatnie u części widowni wywoływały nieprzychylną reakcję, a nawet okrzyki: - Co to ma do rzeczy? Co? - Czyżby naprawdę nie dostrzegano związku między "wiodącą" partią a kondycją służby zdrowia?

W przerwach między prezentacją kandydatów a wyborami, kiedy na zapleczu pracowała komisja wyborcza i skrutacyjna - na sali trwała dyskusja. Myślę, że jej sukcesem jest nie tylko mnogość poruszonych spraw, ale także to, czego udało się uniknąć - w szczególności roztrąsania problemu podziału terytorialnego Izb Lekarskich. Wiele ośrodków z Olsztynem na czele zgłaszało pragnienie wydzielenia się i istniało realne zagrożenie, że ta tematyka zmajoryzuje obrady.

Na szczęście w przeddzień Zjazdu na spotkaniu przewodniczących Izb Okręgowych i liderów województw powstał projekt uchwały zobowiązującej przyszłą Radę Naczelną do opracowania jeszcze w grudniu 1989 r. korekty obszaru dotychczasowych Okręgów na wniosek co najmniej 2/3 delegatów z danego terenu.



Ta uchwała, podjęta przez Zjazd, wygasila emocje i delegaci zamiast ustnie walczyć o swoje składali pisemne wnioski opatrzone odpowiednią ilością podpisów.

Natomiast to, co dyskusję naprawdę zdominowało, to wielkie, powszechne wołanie o reformę. Reformę systemu finansowania, płac, szkolenia przed i podyplomowego, szpitalnictwa, opieki podstawowej... wszystkich aspektów opieki zdrowotnej i tego, co z nią związane. Dyskusja udowodniła, jak wielkie nadzieje wiąże środowisko lekarskie z Izbami Lekarskimi. Domagano się także powszechnie większych, niż przewidziano w ustawie, kompetencji samorządu. Poszczególne środowiska wystąpiły z konkretnymi projektami poprawek do ustawy.

W związku z tym Zjazd upoważnił Komisję Legislacyjną do przedstawienia NRL projektu nowelizacji ustawy z 17 maja 1989 r. Jednocześnie zwrócił się do Sejmu z prośbą o przyjęcie projektu opracowanego przez NRL jako podstawy tej nowelizacji, zmierzającej w szczególności do rozszerzenia zakresu i zwiększenia uprawnień samorządu lekarskiego, oraz do większej integracji środowiska.

Koledzy z Izby Lekarskiej w Krakowie wystąpili z projektem nowelizacji rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie zasad i trybu przeprowadzania konkursu na niektóre stanowiska w zakładach społecznej służby zdrowia - w oparciu o ustawę o Izbach Lekarskich. Projekt ten, aczkolwiek zawierający elementy, z którymi nie wszyscy mogą się identyfikować, stanowi ciekawy materiał do dyskusji i taka też była jego intencja. Zamieszczamy go poniżej.

Bardzo wielu dyskutantów skupiało się na aspektach finansowych opieki zdrowotnej. Charakterystyczny był głos Wiesława Jędrzejczaka z Wojewódzkiej Izby Lekarskiej, - "Truizmem jest stwierdzenie, że najważniejszy problem służby zdrowia w Polsce - to problem pieniędzy. Przy całym marnotrawstwie obecnego systemu nie można sobie wyobrazić tańszego. Opiera się on na niesamowitym wyzysku personelu medycznego. Personel ten nie zna ceny swojej pracy i oddaje ją za pół darmo... Myślę, że obecne negocjacje płacowe, krążące wokół 97% tzw. średniej krajowej, mogą mieć tylko znaczenie doraźne. Sądzę i przedstawiam to pod rozważę NRL, że należy ustalić cenniki za poszczególne usługi lekarskie, wykorzystując dla porównania ceny usług motoryzacyjnych, telewizyjnych, hydraulicznych i innych, i negocjować takie cenniki. Przykładowo cena wymiany oleju w silniku nie powinna być kilkakrotnie wyższa od ceny wizyty u lekarza".

By zilustrować znaczenie walki o cenniki, W. Jędrzejczak podaje przykłady z wydanego w sierpniu 1989 roku przez Ministerstwo Zdrowia

zarządzenia dotyczącego cen, za usługi świadczone przez zakłady społecznej służby zdrowia osobom nie uprawnionym do bezpłatnych świadczeń: za poradę lekarską, obejmującą zbadanie, zapisanie leków, objaśnienie sposobu ich zażywania i wystawienie świadectwa lekarskiego - 600 zł. Za zastrzyk domięśniowy 120 zł /w tym czasie kcszt igły do strzykawki wynosił 80 zł, a strzykawki 300/, Ekg - 500 zł. /Przybicie blaszek do butów - 600 zł./ Takie opłaty obowiązywały jesienią 1989 r. np. Amerykanina, który wskutek choroby zmuszony był korzystać z usług polskiej służby zdrowia.

Dr Jędrzejczak uważa, że "Izba Lekarska powinna walczyć o rynkowy model reformy Służby Zdrowia, opierający się na płatnych świadczeniach, refundowanych przez przedsiębiorstwa ubezpieczeniowe. Tzw. autorski model p.dr Tymowskiej jest to w gruncie rzeczy inna wersja obecnego systemu zmierzająca do utrzymania status quo skrajnie niekorzystnego dla służby zdrowia". Na zakończenie konkluduje, że lekarz musi dużo zarabiać, bo tego wymaga szeroko rozumiane dobro chorego.

Wokół podobnych stwierdzeń oscylowały wypowiedzi wielu delegatów. Np. wg delegata z woj. toruńskiego, Marka Jackowskiego czas już skończyć z doktryną bezpłatnej i ogólnie dostępnej służby zdrowia i wprowadzić reformę opartą na sprawdzonych brytyjskich wzorach, bez polskich ulepszeń.

Dość powszechnie odwoływano się w dyskusji do przedwojennych Kas Chorych i podkreślano, że sam system musi wymuszać dobrą, uczciwą pracę.

Wszyscy byli zgodni, że Izby Lekarskie mają do odegrania ważną rolę w procesie reformowania służby zdrowia. Mirosław Madej z Krakowa wyrażał obawę, by Izby nie zgubiły się w mnogości stojących przed nimi spraw i zadań. Uważał, że trzeba je zhierarchizować, stawiając na pierwszym miejscu udział w przygotowaniu i realizacji reformy ochrony zdrowia opartej o ekonomizację.

Liczył też, że Izby staną się kuźnią kadr zarządzających i menedżerskich, a opracowana przez nie reforma szkolenia przed i podyplomowego pozwoli zrównać poziom polskich lekarzy z poziomem lekarzy z krajów zachodnioeuropejskich.

Kiepska kondycja materialna polskiego lekarza znalazła wyraz w stwierdzeniu, z którym identyfikowali się chyba wszyscy obecni: aby "być", trzeba minimum "mieć".

Niewiele jednak było postulatów, które w obecnych warunkach można uznać za rozsądne: wydłużenia urlopu wypoczynkowego do 6-7 tygodni, prawa do płatnego urlopu dla poratowania zdrowia i 30 wolnych dni przed

specjalizacją. Dawały się też słyszeć głosy wskazujące na pewne zagrożenie, które niesie nadmierna ekonomizacja ochrony zdrowia. A więc - czy nadrzędne cele naszego zawodu, jakimi są stanie na straży zdrowia fizycznego i psychicznego społeczeństwa oraz interesów pacjenta, nie będą w sprzeczności z "urynkowaniem" służby zdrowia.

O dużym poczuciu odpowiedzialności polskich lekarzy świadczy podjęta uchwała: *I Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie uważa za niedopuszczalne takie formy protestu, które godzą w dobro chorego.*

Dużo mówiło się o roli integrującej Izby Lekarskich. Tutaj szczególną i piękną kartę zapisali lekarze kolejowi nie godząc się na powołanie odrębnej Izby. W ich sprawie Zjazd podjął 2 uchwały:

*Delegaci zebrani na I Krajowym Zjeździe Lekarzy z zadowoleniem witają decyzję I Krajowego Zjazdu Lekarzy Kolejowych o niepowołaniu Kolejowej Izby Lekarskiej, jako elementu integracji środowiska lekarskiego.*

*Odpowiadając na apel I Krajowego Zjazdu Lekarzy Kolejowych, postanawiamy w oparciu o art. 21 ust. 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. zalecić Okręgowym Izdom Lekarskim włączenie do pracy w organach Okręgowych Izby Lekarskich przedstawicieli kolejowej służby zdrowia, będących delegatami na I Krajowy Zjazd Lekarzy Kolejowych w Muszynie.*

*I Krajowy Zjazd Lekarzy zwraca się do Sejmu PRL z prośbą o jak najszybszą nowelizację ustawy o Izbach Lekarskich zgodnie z poselekim projektem tej nowelizacji, jaki wpłynął do Łaski marszałkowskiej w dniu 16 listopada 1989 r. /druk nr 79/ w sprawie likwidacji zapisu o Kolejowej Izbie Lekarskiej.*

Często na zapis w ustawie o integrującej roli Izby Lekarskich powoływali się koledzy z MON i MSW. Zdzisław Pizio, reprezentujący, jak powiedział, sztucznie wyizolowaną grupę około 2 tysięcy lekarzy pracujących w lecznictwie MSW, zwrócił się do delegatów o poparcie dążeń do pełnego zjednoczenia wszystkich lekarzy poprzez zmianę zapisu w ustawie. Przypomniał, że przez ponad 40 lat władze wszystkich szczebli rządziły w myśl zasady "divide et impera". Teraz wierzy, że znikną wszelkie podziały między nami. On sam przeszło połowę swego 35-letniego stażu zawodowego przeżył w społecznej służbie zdrowia i czuje się nadal tylko i wyłącznie LEKARZEM.

Zdzisław Pizio bodaj jako jedyny kolega z MSW i MON domagał się zmiany ustawy w sensie likwidacji izb resortowych. Pozostali - przy wyraźnym podkreśleniu konieczności integracji środowiskowej - nie posuwali się tak daleko. Domagali się, owszem, nowelizacji ustawy, lecz w kierunku większego usamodzielnienia samorządów w tych resortach. Rze-

czywiście - w obecnych ramach prawnych są one właściwie ubezwłasnowolnione.

Minister Spraw Wewnętrznych w pertraktacjach z Prezydium Izby MSW zrezygnował wprawdzie z korzystania z przysługujących mu ograniczeń ustawy, lecz to tylko paliatyw, i lekarze MSW i MON domagają się skierowania do Sejmu wniosku o nowelizację paragrafów, które są dla nich krzywdzące. W razie nie spełnienia ich postulatów Izba MSW zagroziła rozwiązaniem się.

Janusz Szymczak z WIML podniósł trudny problem lekarzy cywilnych zatrudnionych w instytucjach wojskowych i lekarzy wojskowych pracujących w cywilnej służbie zdrowia. Ustawa nie precyzuje, kto ma dbać o ich interesy. J. Szymczak zaproponował powołanie jakiegoś organu na styku Izby Wojskowej i Izb terenowych, zajmującego się specjalnie tą problematyką.

Podział między lekarzami przebiega nie tylko przez granice resortów. Głębokie pęknięcie dzieli lekarzy zatrudnionych w dużych ośrodkach i na prowincji. Żeby się do siebie zbliżyć, musimy lepiej poznać warunki, w jakich pracujemy. W tej intencji Janusz Starzec ze szpitala w Kolbuszowej zaproponował wprowadzenie obowiązkowego, 1-miesięcznego stażu w szpitalach prowincjonalnych do II stopnia specjalizacji.

Inna grupa delegatów - stomatolodzy - wyrażali obawę, że lekarze medycyny zdominują Izby. Jak dotychczas reformy dotyczące stomatologii robi się bez stomatologów. Nie uległ zmianie 7-godzinny dzień pracy. Teraz sami chcą decydować o swoich sprawach.

W dyskusji znalazły się także wnioski dotyczące bardzo specjalnego, a mało znanego ogółowi lekarzy działy, jakim jest więzienna służba zdrowia. Zjazd wyraził pragnienie, by Izby Lekarskie objęły ją specjalną opieką.

Pokaźne miejsce w dyskusji zajęły sprawy etyczno-deontologiczne. Plik wniosków dotyczących m.in. opracowania nowego kodeksu etyki zawodowej i przyrzeczenia lekarskiego przekazano Radzie Naczelnej. Zajmie się nimi powołana przez NRL Komisja Etyki Zawodowej.

Wśród delegatów dała się pocznąć prężna grupa działająca na rzecz życia poczętego. Na jej wniosek Zjazd wystąpił do Sejmu o uchynienie ustawy z 1956 r. o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży, zobowiązując jednocześnie NRL do aktywnego udziału w opracowaniu projektu nowej ustawy o ochronie poczętego życia. Jej też zapewne należy przypisać pytanie skierowane do T. Chruściela o stosunek do ustawy o dopuszczalności przerywania ciąży. - "Jestem lekarzem i katolikiem" - odp.

wiedział wówczas jeszcze kandydat na przewodniczącego - "tam, gdzie będzie zagrożone życie, będę działał jak lekarz, w innym przypadku jak katolik".

Nie obyć się też bez ekologii. Na wniosek delegatów Zjazd ustosunkował się do zagrożeń środowiska naturalnego, cc zostało zapisane w formie uchwał:<sup>x/</sup>

*Krajowy Zjazd Lekarzy w Warszawie w dniach 10, 11 i 12 grudnia 1989 r. wyraża zaniepokojenie sytuacją ekologiczną kraju, zwłaszcza budowę koksowni w Stonawie i elektrowni w Żarnowcu i zobowiązuje NRL do zajęcia negatywnego stanowiska w tej sprawie.*

*My, reprezentanci Lekarzy z całej Polski, protestujemy przeciwko kontynuowaniu budowy koksowni w Stonawie. Dalsze prowadzenie tego przedsięwzięcia doprowadzi do niepotrzebnego zaoźnienia stosunków między Polską a Czechosłowacją.*

*Do wiadomości: Sejm i Senat PRL, Rząd PRL*

*Adresat: ambasador Czechosłowacji w Warszawie*

*Delegaci zebrani na I Krajowym Zjeździe Lekarzy w Warszawie w dniach 10, 11 i 12 grudnia 1989 r. zwracają się do Światowej Organizacji Zdrowia oraz do Federacji Europejskiej Izby Lekarskich z prośbą o interwencję na rzecz wstrzymania budowy koksowni w Stonawie w Czechosłowacji. Umiejscowienie tego zakładu w pobliżu granicy z Polską stanowi ogromne zagrożenie dla stanu zdrowotnego ludności Polski i dla środowiska naturalnego.*

W licznych wypowiedziach przewijała się sprawa likwidacji ZOZ-ów, które stały się jakby synchronimem realnego socjalizmu w medycynie. Janusz Andruszkiewicz z Gdańska postulował ich rozwiązanie w oparciu o ustawę antymonopolową.

Rozważając kondycję materialną samorządu, zgodnie stwierdzono, że Izba ma walczyć o odzyskanie zagrabionego w latach 50-tych mienia, musi być w pełni samowystarczalna i utrzymywać się ze składek członków. Zobowiązano też NRL do podjęcia starań o utworzenie banku lekarskiego i kas pomocy koleżeńskiej.

Podniesiono również na Zjeździe sprawę AIDS i uznano ją za priorytetową w przyszłych pracach NRL.

Wśród problemów mniej znanych i nie docenianych przez lekarzy z dużych ośrodków znalazł się problem felczerów, pracujących jeszcze gdzieś niedługo na stanowiskach lekarskich. Poruszył go z ramienia Okrę-

<sup>x/</sup> Od redakcji: Zjazd odbywał się przed wydaniem decyzji o wstrzymaniu budowy koksowni w Stonawie, oraz przed zmianą nazwy i godła Polski.

gowej Izby w Szczecinie Tadeusz Wójcikowski z Kcszalina. Proponował, by wzorem przedwojennym powołać przy Izbie Lekarskiej sekcję felczerów, która objęłaby kontrolą tych, którzy pracują całkowicie samodzielnie, lub tylko formalnie pod nadzorem lekarzy.

Dużo głosów w dyskusji odnosiło się do roli delegatów w okresach między Zjazdami. W powszechnym odczuciu tak wielki potencjał ludzki - entuzjazmu, mądrości i społecznego zaufania - nie może być zmarnowany. Trzeba go wykorzystać do pracy na rzecz środowiska i właściwej terytorialnie Izby, a może także samorządu terytorialnego.

Żądano sformalizowania statusu delegata poprzez zapis w ustawie o utworzeniu na szczeblu powiatu lub ZOZ-u delegatury rejcnowej Izby Okręgowej. Takie wnioski, poparte przez Zjazd, zostały przekazane do załatwienia Radzie Naczelnej.

W dyskusji dawano wyraz pragnieniu wyprowadzenia polskiej medycyny z zaścianka. Padły postulaty zobowiązujące NRL do działań w kierunku ujednolicenia programów nauczania i zrównania polskich dyplomów z dyplomami innych europejskich uczelni. Zażądano akcesu samorządu lekarskiego do międzynarodowych organizacji lekarskich.

Ciepło przyjęto telegram skierowany do Zjazdu przez Francuską Izbę Lekarską:

"Prezydenci i główni sekretarze rad departamentalnych Francuskiej Izby Lekarskiej, zebrani na ogólnym posiedzeniu w Paryżu w sobotę 7 października 1989 r., dowiedzieli się z wielką przyjemnością o odrodzeniu narodowej Izby Lekarzy Polskich i przesyłają całemu zgromadzeniu lekarzy tego zaprzyjaźnionego narodu i jego nowej Radzie Izby Lekarskiej życzenia pełnego powodzenia".

Dając wyraz szacunku dla tradycji polskiej medycyny i wartości wspólnych dla całej kultury europejskiej, przekazywanych z pokolenia na pokolenie lekarzy - Zjazd powołał Radę Senicrów przy NRL. Jej członkami, z głosem doradczym zostali: Jan Nielubowicz /honorowy prezes NRL/, Józef Bogusz, Kazimierz Dominik, Bclesław Górnicki.

Zwracając się ku przeszłości, delegaci podjęli uchwałę potępiającą zbrodnię dokonaną na oficerach, w tym lekarzach wojska polskiego w Katyniu i innych miejscach kaźni. Minutą ciszy uczcili pamięć lekarzy, którzy zginęli w obronie praw człowieka, praw chorych i godności zawodu lekarza.

Z myślą o przyszłości - naszej własnej i tych, którzy przyjdą po nas - rozważano, jak podnieść autorytet lekarza w społeczeństwie. Wszyscy byli zgodni, że autorytet buduje się od dołu, poczynając od relacji pacjent-lekarz. Tej relacji trzeba podporządkować wszelkie działania

służby zdrowia, likwidując całą niepotrzebną nadbudowę. Zakładem służby zdrowia trzeba nadać status placówek najwyższej użyteczności publicznej.

Samorząd lekarski, wielka, całkowicie niezależna siła nacisku, działająca w interesie chorych i lekarzy - musi być zdolna konkurować z zakładami przemysłowymi, kopalniami, spółdzielczością mleczarską i innymi "lobby", które dotychczas tradycyjnie wygrywały ze służbą zdrowia.

Tak przynajmniej sądzi Stefan Zgliczyński, który wierzy, że dzięki Izbowi Lekarskiej uda się przeferować programy zapobiegania najczęstszemu przyczynom zgonu - miażdżycy, nowotworom i urazom. Liczy również, że Izby będą działać na rzecz zniesienia obowiązujących lekarzy niewolniczych przepisów i nowelizacji ustaw, popierać rozwój praktyki prywatnej i wyjazdy szkoleniowe lekarzy zagranicę.

Mniej optymistyczny jest Wojciech Celiński. Niepokoi go bierność środowiska lekarskiego i poczucie triumfu, które nie ma pokrycia. Ostrzega, że kompetencje stanowiące Izby mogą się stać pożywką dla powstania nowej nomenklatury.

Za sprawę kluczową delegaci uznali metody oddziaływania Izby Lekarskiej na społeczeństwo z jednej, a środowisko lekarskie z drugiej strony, czyli prawidłowej, wszechstronnej informacji. Mając to na uwadze Stefan Zgliczyński zaproponował powołanie rzecznika prasowego NRL. Wypowiadając się na temat gazety, do której wydawania zobowiązuje NRL ustawa, powiedział, że powinna być bezpłatna dla każdego lekarza dzięki funduszom czerpanym z reklam firm farmaceutycznych i produkujących sprzęt medyczny.

Problem własnego czasopisma poruszać wielu delegatów, m.in. Tomasz Jaroszewski, który jest zwolennikiem dwutygodnika dla lekarzy praktyków, czytane dla wszystkich i czytane chętnie przez zapracowanych lekarzy. Bo - nie ma integracji bez informacji.

Jedną z pierwszych informacji o Zjeździe poszła w świat do Jana Pawła II. Oto treść telegramu:

*Ukochany Ojciec Święty,*

*My, lekarze polscy zebrani po 40 latach na Krajowym Zjeździe Izby Lekarskich, składamy Ci wyrazy najgłębszego szacunku, miłości i oddania wraz z zapewnieniem, że nie ustaniemy w służeniu chorym i cierpiącym. Cywilizacja miłości będzie naszym drogowskazem.*

*Prosimy Cię, umiłowany Ojciec Święty, o apostołskie błogosławieństwo.*

*Uczestnicy Krajowego Zjazdu*

Wysłano również posłanie-apel do rządu Tadeusza Mazowieckiego:

*Krajowy Zjazd Lekarzy wyraża swe pełne poparcie dla pierwszego po wojnie, niekomunistycznego rządu Tadeusza Mazowieckiego. Mamy nadzieję, że Rząd ten dopro-*

wadzi do zrealizowania idei Rzeczypospolitej Samorządnej. Przywrócony samorząd lekarski nie zdoła jednak podnieść ochrony zdrowia na wyższy poziom, jeżeli nie uzyska zrozumienia i poparcia Rządu. Zwracamy się o przyspieszenie prac na rzecz reformy ochrony zdrowia. Rozumiemy konieczność wyrzeczeń w najbliższym okresie ratowania Kraju z upadku, ale jesteśmy przekonani, że nie wolno dopuścić do ciągłego pogarszania się warunków opieki zdrowotnej i dalszego zagrożenia zdrowia Narodu. Zatem konieczne jest obecnie zapewnienie co najmniej takich środków dla ochrony zdrowia, aby nie obniżyć jej poziomu.

Dowodem identyfikowania się delegatów z rządem była zbiórka pieniężna na Fundusz Mazowieckiego. Zebrano ponad 2 miliony złotych.

Na zakończenie Zjazdu przybył minister stanu Piotr Nowina-Kcnopka i przekazał środowisku lekarskiemu wyrazy uznania od Prezydenta.

Zjawił się również ciepło witany przez delegatów wiceminister zdrowia Piotr Mierzewski. - "Zabierze głos człowiek" - przedstawił go przewodniczący Zjazdu - "który działał w nielegalnych strukturach TKK i zmierzał siłą do obalenia konstytucyjnego ustroju państwa. Myślę, że ta siła pójdzie teraz w reformę". -

Delegatom podobało się wystąpienie Piotra Mierzewskiego. Było rzeczowe i wiarygodne. Powiedział m.in. "- im mniej ministerstwa, tym więcej zdrowia".

A więc Izbowi Lekarskim na zdrowie!

---

Andrzej Laskowski

## PROJEKT NOWELIZACJI

ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA I OPIEKI SPOŁECZNEJ Z DNIA  
7.V.1982 R. W OPARCIU O USTAWĘ O IZBACH LEKARSKICH Z 1989 R.  
W SPRAWIE ZASAD I TRYBU PRZEPROWADZANIA KONKURSU NA NIEKTÓRE  
STANOWISKA W ZAKŁADACH SPOŁECZNEJ SŁUŻBY ZDROWIA

Izby Lekarskie uległy decyzją władzy rozwiązaniu w latach pięćdziesiątych. Intencją tej decyzji było ograniczenie wolnego zawodu lekarza, którego starano się podporządkować administracji i włączyć w struktury nomenklatury. Właściwa polityka kadrowa, oparta jedynie o kryteria merytoryczne i etyczne i oparta o prawidłowo prowadzone konkursy, może wyłonić wiarygodną i właściwą kadrę ludzi zarządzających opieką zdrowotną i społeczną w Polsce.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia obowiązuje od 1982 r. i zostało ogłoszone w Dz.Ust. Nr 15 z 1982 r.



W oparciu o zapis porozumienia społecznego zawartego przy "okrągłym stole" konieczne stało się wprowadzenie jego nowelizacji.

Projekt niniejszy, przygotowany przez kolegów z Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie, należy traktować jako materiał do dyskusji Zjazdowej i winien stać się załącznikiem szybkiego podjęcia działań przez Naczelną Izbę Lekarską, zmierzających do zmiany i nowelizacji obowiązującego rozporządzenia.

Zgodnie z ustawą o Izbach Lekarskich konkursy na stanowiska administracyjne, a więc dyrektorów w placówkach służby zdrowia i zastępcy do spraw leczenia są ogłaszane i prowadzone przez administrację państwową. Zapis ten winien być poszerzony o stanowiska dyrektorów, a więc w opiece społecznej, a także zastępców dyrektora d.s. opieki społecznej, do spraw ekonomicznych i technicznych, a także naczelnego lekarza. Także stanowiska kierowników przychodni i zakładów służby zdrowia, pielęgniarki naczelnej szpitali i przychodni winny być zajmowane przez pracowników, którzy wygrali stosowne konkursy.

W lecznictwie uzdrowskowym stanowisko dyrektora, lekarza naczelnego uzdrowiska winno być stanowiskiem konkursowym, a konkursy na te stanowiska winna ogłaszać i prowadzić Okręgowa Izba Lekarska i departament uzdrowisk MZIOS.

Postępowanie konkursowe na stanowiska administracyjne zgodnie z ustawą z V 1989 r. prowadzi Lekarz Wojewódzki lub osoba przez niego wyznaczona.

W skład Komisji Konkursowej z prawem głosu wchodzi:

- 1/ Lekarz Wojewódzki lub osoba przez niego wyznaczona.
- 2/ Po jednym przedstawicielu związków zawodowych działających w tym zakładzie pracy.
- 3/ Przedstawiciel samorządu /lekarskiego, pielęgniarskiego, pracowniczego w zakładach o charakterze leczniczym i opieki społecznej, farmaceutycznego i pracowniczego w zakładach o charakterze farmaceutycznym /po jednym przedstawicielu tych samorządów.
- 4/ wariant A. Pracownik zajmujący analogiczne stanowisko w innym województwie jak to, którego konkurs dotyczy, wybrany drogą losowania dokonanego przez związki zawodowe na 5 dni przed datą wyznaczonego konkursu.  
wariant B. Przedstawiciel zespołu ordynatorów z zakładu, którego konkurs dotyczy głoszący zgodnie z wolą większości ordynatorów.

Na stanowiska ordynatorskie konkursy zgodnie z ustawą z V 1989 r. są ogłaszane i prowadzone przez Okręgową Izbę Lekarską lub jej delegaturę w porozumieniu z Okręgową Izbą Lekarską.

W skład Komisji Konkursowej wchodzi:

- 1/ Prezes Okręgowej Izby Lekarskiej lub osoba przez niego wyznaczona.
- 2/ Przedstawiciel Nadzoru Specjalistycznego.
- 3/ Dyrektor zakładu pracy.
- 4/ Ordynator analogicznej specjalności losowany przez przedstawiciela Okręgowej Izby Lekarskiej z innego województwa na 5 dni przed datą odbywanego konkursu.
- 5/ Przedstawiciel towarzystwa naukowego specjalności, której konkurs dotyczy, działającego na tym terenie.

W konkursie na stanowisko ordynatora mają prawo brać udział Związki Zawodowe działające w zakładzie pracy z prawem głosu opiniodawczego, jednak bez prawa głosowania konkursowego.

Liczba osób głosujących w konkursie winna być nieparzysta.

Miejscem ogłoszonych konkursów na stanowiska administracyjne winny być Wojewódzkie Wydziały Zdrowia, na stanowiska ordynatorskie Okręgowe Izby Lekarskie lub ich delegatury działające w porozumieniu i na polecenie Okręgowej Izby Lekarskiej.

Postępowanie konkursowe wyłania 1 z kandydatów, który w wyniku wygranego konkursu obligatoryjnie zajmuje stanowisko, którego konkurs dotyczy.

Stanowiska administracyjne winny mieć charakter pracy na czas określony, tj. na 4 lata. Po upływie tej kadencji jest możliwość zajmowania tego stanowiska drogą ponownego wygrania konkursu jedynie przez następne 4 lata. Po 8 latach na stanowisku dyrektora lub jego zastępcy, kierownika zakładu pracy, przychodni, naczelnego lekarza lub pielęgniarki nie ma możliwości dalszego kandydowania na to stanowisko w tym samym zakładzie pracy.

Dokumenty konieczne do udziału w konkursie kandydat winien złożyć zgodnie z dotychczas obowiązującym rozporządzeniem z 1982 r. w stożowym organie administracyjnym lub samorządowym prowadzącym postępowanie konkursowe. W trakcie postępowania konkursowego kandydat powinien udzielić odpowiedzi na dodatkowe pytania, jeśli ktokolwiek z biorących udział w konkursie będzie widział taką konieczność.

Przedstawiciele biorący udział w konkursie co najmniej na 3 dni poprzedzające postępowanie konkursowe winni mieć możliwość zapoznania się z całością dokumentacji.

Aktualnie pracująca kadra kierownicza administracyjna winna w ciągu 1990 r. być poddana weryfikacji w drodze postępowanie konkursowego na okres następnych 4 lat jako druga kadencja dopuszczalnego okresu zarządzania.

Stanowiska ordynatorskie winny być co 5 lat weryfikowane przez komisję weryfikacyjną Okręgowych Izb Lekarskich o analogicznym składzie osobowym, jak komisja konkursowa. Postępowanie weryfikacyjne powinno w szczególności brać pod uwagę:

- A/ dorobek szkoleniowy i ewentualny naukowy ordynatora i pracowników oddziału przez niego kierowanego.
- B/ postawa etycznie-moralna ordynatora, analiza zasadności skarg ze strony chorych, sprawność organizacyjna oddziału.
- C/ nowatorskie metody postępowania lekarskiego wprowadzane na kierowanym przez ordynatora oddziale.
- D/ ocenę intensywności i skuteczności wykonywanego nadzoru specjalistycznego przez ordynatora.
- E/ opinię dyrektora zakładu pracy, samorządu zawodowego działającego w tym zakładzie pracy i nadzoru specjalistycznego.

Weryfikacja ordynatorów winna być dokonana w ciągu 1991 i 1992 roku.

Postępowanie konkursowe na stanowiska pionu farmaceutycznego i pielęgniarstwa określa odrębne przepisy wydane w oparciu o utworzone izby farmaceutyczne i pielęgniarstwa.

Zawieszenie w czynnościach, a także odwołanie z pełnionego stanowiska dyrektora zakładu i jego zastępców, a także ordynatora dokonuje komisja w składzie analogicznym do komisji konkursowej, w wyniku zakończonego postępowania sądu koleżeńskiego i na jego wniosek.

W przypadku, gdy do 2-krotnie ogłoszonego postępowania konkursowego nie zgłasza się żaden kandydat lub zgłasza się tylko jeden kandydat, lub jeśli komisja konkursowa uzna, że nikt ze zgłoszonych kandydatów nie spełnia pokładanych nadziei, wówczas wyznacza na stanowisko administracyjne lub ordynatorskie osobę pełniącą obowiązki określone w postępowaniu konkursowym na okres nie dłuższy niż 1 roku. Po tym okresie postępowanie konkursowe winno być powtarzane.

Wszystkie konkursy na terenie całego kraju winny być wstrzymane do czasu nowelizacji rozporządzenia MZiOS z 1982 roku i wdrożenia ustawy o izbach lekarskich z 1989 roku.

---

Piotr Mierzewski

## PRZEMÓWIENIE NA ZJEZDZIE

Kłaniam się pięknie Państwu, przepraszam, że wyglądam tak, jakbym dopiero co wstał z łóżka, bo rzeczywiście KERM się skończył ok. czwartej.

Mam wiadomości z KERM-u, podam je Państwu na końcu. Nie są to wiadomości złe, ale też nie są to wiadomości bardzo dobre.

Proszę Państwa, dostałem zestaw pytań, na które odpowiem, przepuszczam w drugiej rundzie. I chciałbym w ogóle nie zajmować się specjalnymi szczegółami, tylko chciałbym zaprosić Państwa na konsylium. Taką formułę chciałbym zaproponować. Chcę przypomnieć po prostu, że doktor po łacinie to znaczy mistrz, albo nauczyciel. A minister to znaczy służyący, żebyśmy pamiętali o tym. Ja postaram się pamiętać.

Ważne jest, oczywiście, jakiemu Panu się służy. Ten stosunek, jak zwykle, wiecie Państwo, była odwrócony. To znaczy pytanie odwróciło się. Jest pytanie, jak się zwołuje konsylium, kogo się traktuje jak człowieka chorego, prawda? To często traktowało się całe środowisko, jako człowieka chorego i to Ministerstwo, czy urząd, występował w roli uzdrowiciela, czy w roli doktora. To jest jeszcze do dopuszczenia. Gorzej, że czasem traktowano nasze środowisko jako chorego. Ale nie chodzi o chorego somatycznie, tylko o chorego na głowę. Mam wrażenie, że bardzo dużo się zmienia. Zmienia się w tym sensie, że godzimy się z tym wszyscy, iż chory był w ogólności nasz system, a w szczególności nasz system ochrony zdrowia. I tutaj chciałbym wyraźnie Państwu uświadomić, że rolę tego konsylium możemy pełnić. To znaczy, że resort jest jakby wyrazicielem, po pierwsze środowiska, - inaczej, - powinien być po pierwsze obrońcą interesów zdrowia całego społeczeństwa. Po drugie, wyrazicielem interesów środowiska, które zadania polityki zdrowotnej musi spełniać.

A więc w tym zakresie czuję się bardziej człowiekiem resortu, a więc problemów ochrony zdrowia, niż człowiekiem rządu. Sądzę, że w poprzednich wersjach naszej struktury politycznej było to wyraźnie widoczne, że po prostu lojalność wobec naczelnych zadań polityki państwa, które nie koniecznie były zadaniami akceptowanymi społecznie, przyswajała nad interesami, które się powinno reprezentować.

Otóż w tym rozumieniu samorząd, pierwszy, zawodowy, jaki państwo tutaj tworzyacie, jest wydarzeniem historycznym. Jest wydarzeniem historycznym o tyle oczywiście, nie będą opowiadał banałów, nie bójcie się państwo, że powstajemy przed samorządem terytorialnym, z czego wynikają - będziemy je mieli - pewne określone kłopoty.

Nie będę opowiadał na czym polega kryzys medycyny. Państwo lepiej to wiedzą. Nie będę opowiadał, dlaczego akurat w tym roku doszło do faktycznego załamania się systemu? Do faktycznego załamania się systemu i do załamania się wiary naszego środowiska, że można coś tutaj naprawić. Stąd ten dramatyczny nacisk strajkowy, o którym wszyscy pamiętamy.

Zasadnicze pytanie zawsze jest takie. Jaki jest plan nowego rządu? Jaki jest plan nowego resortu? Czego się możemy spodziewać w przyszłości? Bo przeszłość wszyscy znamy, wiemy. Otóż chcę powiedzieć, że to pytanie mam z regularnością zegarka co tydzień zadawane. Jesteś w resorcie tydzień. Co zrobiłeś po tygodniu? Bo przecież nic nie widać. Państwo stawiacie to pytanie niewątpliwie mnie i sobie, prawda? Jest to zmiana ekipy. Dla mnie to są dwa miesiące, dla rządu to są trzy miesiące i co widać?

W związku z tym powiem, jak wygląda sytuacja w najważniejszej dla nas sprawie, w sprawie strategicznej, a więc przyszłości reformy, systemu, co do czego jest powszechna zgoda, że system ochrony zdrowia musi zostać zmieniony. Jak na tym tle wygląda etap najbliższy, doraźny, czyli rok przyszły.

Co do potrzeb reformy. Nie ulega żadnej wątpliwości, że trzeba z systemu zabezpieczeniowego wyjść na system ubezpieczeniowy. To znaczy z systemu, w którym tkwimy w budżecie i jesteśmy przedmiotem przetargów politycznych i lobby różnych, przemysłowych, musimy zawsze przegrać. Proszę Państwa, tak było i tak będzie, że jeden górnik z pióropuszem załatwi więcej, niż te nasze dziesiątki osób z tytułami profesorskimi, lekarskimi, najbardziej zasłużonymi lekarzami. Nawet jeżeli są oklaskiwani na sali obrad. Ale zauważyliście Państwo ten efekt, że ostatnio jak przemawia się i mówi o służbie zdrowia, to ludzie wychodzą z sali. Nikt nie chce słuchać złych wiadomości, prawda? Jest taki przesyt po prostu, że dość biadolenia, dość skarg. Co można zrobić? Możemy tylko my sami wyjść aktywnie. Przypomnę tylko to, co wszyscy wiemy, że *medice cura te ipsum*, prawda. Leczymy się sami. Ten akt, który się dzisiaj odbywa jest jakby jednym sposobem na leczenie. Drugi to właśnie nasze projekty reformy.

W sytuacji politycznej, której Państwu tylko zarys podam, a jeśli będą potrzebne szczegóły, to dopowiem je potem. Politycznie sytuacja jest taka. NIE MA ŻADNEGO PROJEKTU RESORTOWEGO, nie ma żadnego projektu rządowego. Trzeba to wyraźnie powiedzieć.

Projekt "okrągło-stołowy" był projektem specjalnej grupy mieszanej. Zespół komisyjny, powołany przy "okrągłym stole", miał przygotować pro-

jekt reformy, ewentualnie do zaakceptowania przez rząd. Projekt ten z wielkim kilkumiesięcznym opóźnieniem został ukończony. Jest to produkt komisyjny.

Drugi projekt, tzw. autorski /Tymowskiej, Golinowskiej i Włodarczyka/ został zrobiony przez grupę fachowców, ekonomistów służby zdrowia, którzy częściowo odłączyli się w trakcie tych obrad uznając, że praca jest nie efektywna, lub zbyt wolna.

Oba projekty są podstawą do dyskusji, która się niedługo zacznie. Po pierwsze, cały tok pracy był znacznie opóźniony. Po drugie, że ostateczne wersje tych projektów musiały przejść cyzelowanie, uzgodnienia międzyresortowe, żeby być w zgodzie przynajmniej z wizją przyszłego kształtu ustrojowego Polski. Chciałbym, żebyśmy sobie naprawdę zdawali sprawę, że MY DOKONUJEMY ZMIANY USTROJU. TO NIE JEST TYM RAZEM NA NIBY. I że waga zmiany systemu ochrony zdrowia polega na tym, że będziemy forpocztą zmian ustrojowych, będzie to wielka, na wielką, globalną skalę, operacja zmiany systemu. I dlatego musi być niesłychanie starannie, po pierwsze przygotowana, po drugie musi współgrać z innymi elementami przyszłej wizji. Nie wszystkie elementy tej wizji są dokładnie znane. I to jest jakby najważniejszy powód, dla którego reforma nie wejdzie w pełnym kształcie od 1 stycznia przyszłego roku. Czyli nie wejdzie za miesiąc. To mogę powiedzieć. To jest zła wiadomość.

Ala dobra wiadomość jest taka, że wszystkie elementy tej reformy, zasadnicze klocki, są już znane. że wszystko, co nas czeka, te najważniejsze decyzje polityczne, dotyczące podstawowych wyborów, /opowiem Państwu w paru słowach, jakie to decyzje, które przygotowujemy w najbliższym czasie/ i następnie zostaje tylko techniczna i merytoryczna praca nad szczegółami reformy, która w miarę, jak będą się pokazywały nowe elementy, jakby systemu ustrojowego, będzie można stopniowo wprowadzać.

Jakie to elementy, bez których nie ma w ogóle mowy o reformie? To znaczy chcę powiedzieć, że to nie jest wina komisji, to nie jest wina resortu, to nie jest w ogóle wina nikogo. Przyszły kształt ustrojowy wyznaczcy po pierwsze, ustawa o samorządzie terytorialnym. Są w tej chwili trzy wersje, przynajmniej z tego, co ja wiem. Jest to dyskutowane. Widać wyraźnie, że wybory do samorządu terytorialnego nie odbędą się przed czerwcem, najprawdopodobniej. To jest pierwszy niesłychanie ważny element, dlatego, że oba projekty reformy decentralizują uprawnienia.

Robią to, co już kiedyś powiedziałem, ale powtórzę przed kolegami taki slogan: ktoś tutaj powiedział, że Ministerstwo Zdrowia i Opieki

Społecznej jest Ministerstwem Chorób i Braku Opieki Społecznej. Jest to w znacznej części prawda. Można powiedzieć jeszcze inaczej. Im mniej ministerstwa, tym więcej zdrowia. I tak też będziemy robić.

Tak, że postulat pana doktora Nielubowicza, który jest zbyt radykalny i z którym absolutnie się nie zgadzam, jest ideaowo słuszny i gódzi się z działaniami samolikwidacyjnymi całego rządu po prostu. Im mniej rządzenia - trochę rządzenia, ale zupełnie brak zarządzania. Chcę powiedzieć, że administracja oznacza właśnie komuś pomocny, prawda? Tak, że jeżeli czymś będziemy, to będziemy starali się być tylko pomocni.

Wracam do wizji przyszłego państwa. Po pierwsze, samorząd terytorialny. Po drugie, ustawa, kształt polityki społecznej. Państwo ma politykę zagraniczną, państwo ma politykę gospodarczą. Państwo ma politykę społeczną. Wizja przyszłej polityki społecznej, to jest polityka ochrony zdrowia, która jest jednym z elementów. W tym najważniejsze jest opracowanie, w tej chwili dyskutowanej, ustawy o ubezpieczeniach społecznych, którym jednym elementem tylko, zgodnym z tym musi być, jakakolwiek ustawa, na czym polega ustawowe rozwiązanie kwestii ubezpieczeń zdrowotnych. Tak, że to jest też element, który musimy zgnać i jesteśmy na etapie uzgodnień.

Następny element, który jest tak samo niesłychanie ważny, to przyszły kształt rozwiązań podatkowych, obciążeń podatkowych od osób prawnych i od osób fizycznych. Jest to sprawa, która w tej chwili się kończy, są projekty legislacyjne, ale na przyszły rok mamy też w tej chwili na razie prowizorium. Wczoraj na KER-IE ktoś mówił jeszcze o prowizorium, nie ma jeszcze dokładnego kształtu, jak będzie wyglądała ustawa podatkowa.

Jest to niesłychanie ważne. Dlatego, że jeden z projektów, właściwie oba, mogą się posługiwać tym narzędziem, a jeden z nich wyraźnie traktuje ubezpieczenie jako podatek celowy. Korzystając z tej okazji, że można nie tworzyć kosztownej instytucji ubezpieczeniowej, a skorzystać z dotychczasowego aparatu, któryby automatycznie ściągał ubezpieczenia, ale w kształcie podatku celowego. Do tego jeszcze wrócę.

Dochodzą do tego jeszcze problemy wewnętrzne naszego systemu. To znaczy kryzys ekonomiczny. Każda reforma, co jest oczywiste, musi kosztować. W trakcie reformy dokonują się zmiany również struktur pieniądza, dokonuje się zmiana wysiłku, zmiana nastawień, i żadna reforma nie udaje się bez wyraźnego bodźca dla środowiska, które ma tę reformę robić.

Sądzę, że wszyscy zdajemy sobie sprawę, że reforma jest dla spo-

zaczęstwa i dla pacjentów, ale jak wszyscy wiemy, pierwsza koszty zapłaci środowisko. I o tych kosztach musimy wyraźnie wiedzieć, musimy znać wyraźny cel, ale ktoś musi za to w jakiś sposób zapłacić. Musi się znaleźć środki na opłacenie tych kosztów. I to są podstawowe powody, dla których reformy nie wprowadza się z dniem 1 stycznia.

Druga odpowiedź jest jak? Pytanie, kto, czyli: jaka jest wizja reformy, jest pytaniem politycznym. Jeśli sobie wyobrazimy, że każde reformowanie potrzebuje pewnej wizji, czyli etapu docelowego, pewnych ekonomicznych narzędzi, legalnych, organizacyjnych do wprowadzenia. Dodałbym trzeci element. Element swobody. Swobody w stosowaniu tych narzędzi i ewentualnie różnych opcji docelowych, bo te trzy narzędzia muszą być.

Najlepiej jest z wizją. Bo wizje są gotowe i będą do rozstrzygnięcia w dziedzinie politycznej. To znaczy przez parlament. Praca nasza dotycząca całej reformy, praca umysłowa, ludzi ze mną związanych, polega na tym, żeby tak przygotować decyzje, a sądzę, że po raz pierwszy z tego co się dowiaduję, w tak logiczny i ustrukturuwany sposób, żeby decydent miał przed sobą rozpisane wszystkie skutki poszczególnych alternatyw.

Ekonomiczne i organizacyjne skutki. Skutki dla środowiska, skutki dla pacjenta, skutki finansowe. Skutki zdrowotne, żeby wiedział, że jeżeli wybiera się taką opcję, to z takiej się rezygnuje. Jeśli się osiąga określony cel, to jakie cele są nie od osiągnięcia? W taki sposób tę decyzję przygotowujemy. Będziemy to robić w grudniu.

Pojutrze wyjeżdżam. Zamykamy się w górach na trzy dni z zespołami obu ekspertyz. To jest ta dobra wiadomość, zespołami obu grup. Zamykamy się i przygotowujemy taką decyzję, wstęp do takiej decyzji politycznej, po prostu przygotowujemy strategię działania. Decyzje te będą dotyczyły:

Po pierwsze, źródła zasilania systemu. Nie ma wątpliwości, że wychodzimy z budżetu, żeby przestać się kłócić. Tylko wychodzimy na samodzielne, stabilne źródło zasilania ubezpieczeniowego. To znaczy, że dopływ pieniędzy będzie kształtowany przez wysokość składki, która nie będzie przedmiotem negocjacji politycznych, tylko negocjacji ekonomicznej, negocjacji ze środowiskiem pacjentów. Negocjacji z nami, to znaczy ze środowiskiem służby zdrowia. Będzie wynikała z tego, co robi Sejm.

Sejm co robi? Sejm stawia pewne zadania, daje pewne środki i daje pewne narzędzia. Przegrywaliśmy zawsze, że zadania stawiało się nam takie, jakie były wygodne propagandowo, środki się dawało takie, jakie



zostały, ochłapy po tym wszystkim, po wszystkich lobby, jakie sobie wydzieliły, a narzędzia nie dawało się praktycznie w ogóle, prawda? Dlatego, że była scentralizowana administracja, której główna rola polegała jak gdyby na tym, żeby te zminimalizowane środki rozdzielać. Taka jej była siła.

Ten układ zmieniamy i ten układ się zmieni. Ale najważniejsze, że to nie jest stabilne, że są niestabilne źródła zasilania. Nie być zależnym od wpływów politycznych. To tylko system ubezpieczeniowy może zapewnić. Nie będę się wgłębiał w różnice między tymi dwoma systemami.

Polegają głównie na tym, że jeden system przewiduje powszechną, obowiązkową, równą dla wszystkich składkę ubezpieczeniową, zbieraną na zasadzie do par budżetu, czyli na osobnym budżecie, zbieranym na zasadzie podatku celowego, w połowie od pracownika, w połowie od pracodawcy. Ten system, nazwijmy go "autorski".

Projekt "społeczny" przewiduje powołanie funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, w domyśle również z instytucją, czy z szeregiem instytucji zdrowotnych, które by tym funduszem zarządzały, a więc z instytucją towarzystw ubezpieczeniowych, czy kas chorych, gdyby wrócić do tradycji, która dla wielu z państwa jest jeszcze bliska. Która by była pośrednikiem, byłaby trzecią stroną, brałaby udział w obiegu pieniędzy, w kontrolowaniu wydatków, w regulowaniu refundacji, w dodatkowym obiegu pieniędzy.

Niemniej oba, wyraźnie chcę tu powiedzieć, oba projekty są projektami ubezpieczeniowymi, nie zabezpieczeniowymi. Nie zabezpieczenia, tylko ubezpieczenie. Zależy od nas. Wyraźnie jest właściciel pieniędzy, wyraźnie jest związek między: ja płacę, ja wymagam. Wyraźny jest również związek z tego: ja pracuję, ja również za to dostaję.

Drugi dylemat polityczny, i to na najwyższym szczeblu do rozstrzygnięcia, w parlamencie, to zasady zasilania. Źródła jedno, a zasady drugie. W jaki sposób zbiera się składki, gdzie się je gromadzi, kto je dzieli i według jakich zasad? O tym, że zarządzanie będzie zdecentralizowane, to powiedziałem. Czy zasilanie ma być również zdecentralizowane, czyli ma być zautonomizowane na szczeblu samorządu terytorialnego, czy ma być w jakiś inny sposób robione, jest właśnie przedmiotem dyskusji politycznej. To znaczy, jaki jest udział własny, a jaki jest udział globalny?

Po pierwsze, jest to decyzja polityczna, bo chodzi o pytanie, czy wyrównywać nierówności? Jeżeli nierówności wyrównywać, jeżeli uznamy z powodów etycznych i politycznych, że każdy człowiek powinien mieć

podobny dostęp do systemu, to znaczy, że w procesie przyszłości trzeba wyrównywać proporcje, jeśli chodzi o zasoby materialne, jeśli chodzi o zasoby kadrowe itd. Jest to decyzja, oczywiście, polityczna. Można powiedzieć, niech każdy się sam martwi, prawda? Macie samorządy, zbierajcie sobie składki i róbcie sobie co chcecie.

Następną decyzją polityczną jest partycypacja pacjenta w kosztach leczenia. Bardzo gorący temat, który się niejednokrotnie też u państwa pojawiał. Powiem pewne zdanie, które dotyczy faktów, a więc nie powinno podlegać wielkiej dyskusji, jak to między dżentelmenami.

Mianowicie, w zasadzie nigdzie na świecie nie stosuje się, z wyjątkiem tylko elementów typu amerykańskiego i podobnych, udział pacjenta nie jest decydujący w systemie ochrony zdrowia. Wszędzie udział pacjenta traktuje się, to znaczy współudział w kosztach, jako sposób na racjonalizację zachowań zdrowotnych.

To jest dla nas wszystkich zrozumiałe. Sposób na racjonalizację. Przed tym, żeby nie nadużywać systemu, nie będę tego rzucał, to jest oczywiście jasne. To jest oczywiście decyzja polityczna. Gdzie, w jakich regionach, w jakiej wysokości, czy dla wszystkich równo? tę partycypację w kosztach parlament zdecyduje.

Dalej, zasady gospodarki finansowej. Czyli przechodzimy ze szczebla makroekonomicznego w decyzje mikroekonomiczne. Można powiedzieć, że to już nie muszą być decyzje polityczne, bowiem nie ma, proszę państwa, ekonomiki socjalizmu i ekonomiki kapitalizmu, bo te elementy, te klocki są same, ale to powinno zostać zdecydowane, w jaki sposób ma nastąpić rozrachunek ekonomiczny?

Jakie zasady ewidencji kosztów? W jaki sposób będzie się prowadzić gospodarkę finansową wewnątrz? Czy się będzie pracowało dla zysku? Czy będzie się przechowywało pieniądze? Czy będzie swoboda wynagradzania? Czy będzie swoboda inwestowania? Czy i jaki będzie fundusz amortyzacyjny? Jakie będą metody optymalizacyjne? Jest to oczywiście problem techniczny, merytoryczny, ale w całej swojej złożoności powinien być rozwiązany na szczeblu politycznym.

I ostatnia rzecz, którą przedstawiam na końcu, ale last but not least, zasady wynagradzania. Proszę państwa, to też na całym świecie prawie jest przedmiotem ustaleń ogólnych. W związku z tym, z wyjątkiem kompletnie wolnorynkowej, małego segmentu, to powtarzam, bo jest to też jeden z mitów, nie tak wielkiego, kompletnie wolnorynkowego segmentu amerykańskiego, w tej chwili australijskiego, te zasady są również jakoś generalnie nęczone. Nawet w systemach kas chorych, jak

w ojczyźnie. To jest pomysł Bismarcka, czyli w RFN-ie, zasady związku wynagrodzeń są negocjowane. Narzuca się lekarzom określony, dozwolony, pułap wzrostu cen. To są decyzje polityczne, które zapadną.

Jakie zapadną decyzje techniczne? Nie chciałbym o tym mówić, bo to jest bardzo ciekawe, ale to jest temat na wykład i na dyskusję panelową. Mam nadzieję, że będziemy się z Państwem spotykać już niedługo. Liczę bowiem na to, że Okręgowe Izby Lekarskie wyłonią swoich pełnomocników i komisje do spraw reformy, które będą współpracować z nami na roboczo, przedstawią Państwo taką propozycję, prawda, chcę więc tylko jeszcze dwa słowa powiedzieć o pewnych mitach, żeby od razu przejść do zarządzania. Co myśmy zrobili w tym wstępnie zarysowanym programie? Jaki jest harmonogram działań?

Pa pierwsze, mit ZUS-u, proszę państwa. Chcę jeszcze raz przypomnieć, co większość państwa wie, ale zdarza się, że zapominamy. Te 38 procent składowki od funduszu wynagrodzeń. To nie idzie na służbę zdrowia. To nie są ubezpieczenia zdrowotne. To są ubezpieczenia społeczne. I to są ubezpieczenia społeczne nie kapitalizowane. To nie jest tak, jak odkładanie do banku. Polega to na tym, że ja dzisiaj płacąc 38% pensji od mojego wynagrodzenia utrzymuję kogoś, kto już skończył pracę i teraz jest na moim utrzymaniu. Natomiast tak jak ja, co nie daj Boże, pójdę na rentę, to ktoś inny będzie mnie utrzymywał.

Jest to system, który w większości, prawie na całym świecie, tak obowiązuje. To znaczy, że jest to metoda krocząca. Tak jak ojciec dzieciom. To po pierwsze, kto idzie na rentę i emeryturę, to jest niewielki udział z tego, który idzie na służbę zdrowia, nie będą wchodził w szczególności, który idzie na wyrównanie dotacji do leków, ale w zasadzie jest to ubezpieczenie społeczne. Nie ma w tym ubezpieczenia zdrowotnego. To jest jeden mit, który chcę rozwiać.

Drugi mit, proszę państwa, mit rynku. Otóż od Kenneth'a Arrow'a /?/ przez Samuelsona, i jeszcze paru innych wybitnych ekonomistów. Ci dwaj, to laureaci nagrody Nobla, okazało się, że rynek w usługach, w świadczeniach społecznych, a w szczególności w usługach zdrowotnych, nie jest optymalnym regulatorem. Nie minimalizuje kosztów, nie alokalizuje alokacji środków, nie zwiększa podaży w czystej postaci.

To jest powodem, że jeśli państwo macie dostęp do "Ekonomisty", nie pamiętam, chyba sprzed miesiąca, tam jest napisane. Są w krótkim odstępie napisane dwa artykuły. Dlaczego amerykański system ma się za chwilę zapasć? On się nie zapadnie, bo tak kapitalizm działa.

Niemniej amerykański system, który już się oblił o 12 procent dochodu narodowego, co dawało im prawie 2 tysiące dolarów na głowę w

pewnym momencie , to jakkolwiek byśmy nie liczyli, to przeznaczamy u nas między 20, 30 a 40, nie wiem, tutaj mogą z państwem dyskutować, ale nie więcej dolarów na głowę. I taka jest różnica w nakładach.

Kanada, która na początku lat osiemdziesiątych przeprowadziła reformę i doszła do systemu, na którym my trochę się będziemy wzorować, obniżyła koszty o 5 procent i zdaniem wszystkich ma lepszy system zdrowotny niż Amerykanie. Jest takie wideo, które jak dostanę, obiecali mi sprowadzić, to pokazuje miasto, przez które przechodzi granica. Czyli ci sami ludzie, ta sama praca, ta sama kultura, prawda. Jest moment przed reformą i po reformie po stronie kanadyjskiej. Właśnie redukcja kosztów i pokazali jak wielka, naocznie pokazano. To jest taka kliniczna forma, bowiem badanie przeprowadzone z grupą kontrolną, jak reforma systemu potrafi wyołgać pieniądze.

Następnie chcę krótko powiedzieć, że jest mit wzorca. To znaczy, że mamy gotowy wzorec i to się też pojawia i że się da przenieść. Oczywiście, proszę państwa, to nie da się przenieść i państwo o tym wiecie. że to musi być osadzone nie tylko w systemie gospodarczym, ale również w systemie politycznym, nawet w całej kulturze, prawda? Stąd na przykład nawroty do kasy chorych, bo wydaje nam się, o czym ja nie jestem przekonany, że to jeszcze funkcjonuje jako taki element socjologiczny.

Natomiast jest to o tyle zasadne, że jakbyśmy zaproponowali przenieść wszystkie sklepy Pewexu z zachodu i postawić u nas. To jest fajnie tak pomyśleć, tylko nie da się, oczywiście, zrobić. Bo zależy od czegoś innego. Nie przeniesie się w taki prosty sposób. Nie będę tego rozwijał. Powiedziałem tylko o najważniejszych rzeczach.

Przejdę teraz do tego, co myśmy zrobili? Jak wyobrażamy sobie prace nad reformą? Po pierwsze, jeszcze raz powtórzę, ja muszę się powtarzać, że od początku lat osiemdziesiątych przynajmniej, a na pewno od ministra Kostrzewskiego, czyli od początku lat siedemdziesiątych, od reformy ZOZ-owskiej, zawsze się służbę zdrowia reformowało. To znaczy zawsze jakiś wiceminister, pierwszy zastępca, był odpowiedzialny za reformę. I zawsze była jakaś jedna, dwie, albo trzy komisje do spraw reformy służby zdrowia na różnych szczeblach. Był taki okres, że była komisja przy KC, przy Radzie Konsultacyjnej, przy Komisji do spraw Reformy i jeszcze resortowa. Cztery komisje, przynajmniej, równocześnie reformowały służbę zdrowia.

Otóż, ja oświadczam tutaj państwu, że ja chciałbym być jak najgorzej ostatnim ministrem, który nadzoruje reformę. To znaczy, żeby wszyscy następni już pracowali w nowym systemie. Natomiast nie wyobra-

żam sobie abyśmy nie skorzystali z tej szansy historycznej, to znaczy, żeby zrobić to wspólnie. Bo jeszcze raz deklaruję, że pod tym względem, my jesteśmy klientami w parlamencie.

My jesteśmy klientami wobec decydentów politycznych. My jesteśmy klientami wobec decydentów gospodarczych, ale my wspólnie. To znaczy resorty chciałyby być, jak sądzę, będzie wykazywał, że jest emanacją, stopniowo będzie wykazywał, interesów zdrowotnych właśnie środowiska, a nie jakichś ideologicznych interesów nadrzędnego państwa, prawda.

Co my możemy zrobić, proszę państwa? Ten harmonogram zmian, jakby ustrojowy, z którego wynikało, że jakby dopiero w przyszłym roku, poszczególne elementy będą jasne, wskazuje, że również właśnie stopniowo w ciągu przyszłego roku będziemy mogli wchodzić w pozyskanie decyzji politycznych; po uzyskaniu decyzji politycznych, opracowanych programów wdrożeniowych, będziemy mogli wchodzić z elementami reformy.

Zakładam, że systemowe rozwiązania reformy, to znaczy pierwszy kształt jakby skończony, znacznie być widoczny za rok, od 1 stycznia przyszłego roku. Ale już w ciągu tego roku będziemy wprowadzać wszystkie te elementy, które będą nie sprzeczne, które będą zgodne, albo które będą wymagały jakby sprawdzenia.

Nie będzie to na zasadzie eksperymentu, chcę wyraźnie powiedzieć, tak, jak to było do tej pory. To znaczy, że się daje dodatkowe pieniądze gdzieś i się próbuje, a to wolny wybór, a to opcje, a to eksperyment szpitalny, a to hospitalizację domową. Dlatego, że jeśli się da dodatkowe pieniądze, takie jest nasze doświadczenie z eksperymentów, to wszystko lepiej działało. I tutaj jesteśmy jakby u źródła.

W zeszłym roku według opracowania, które po raz pierwszy zamówiłem w resorcie, opracowanie które ukazuje wartość zdrowia, jako potencjału ekonomicznego, rozesłałiśmy to na KERM i do Rady Ministrów. Robiliśmy coś w rodzaju globalnej analizy cost/benefits, kosztów i strat, ile się traci?

Oczywiście, to jest bardzo trudne metodologicznie, my nie mamy danych po prostu, wszystko trzeba reformować, od resortu poczynszy, a na sprawozdawczości innej również, prawda? Als z pobieżnego zupełnie szacunku wynika, że tracimy więcej na wypadkowości, na absencji, na urazowości.

Obliczyliśmy to dla 1987 roku, z czego wyszło, że cztery razy większe są nakłady na straty, niż globalne sumy na służbę zdrowia. Oczywiście, to jest troszeczkę demagogii, bowiem nie znaczy to, że wszystko było do uniknięcia, cała absencja, pourazowość, powypadkowość itd. Niemniej jest to po prostu pokazanie, gdzie można zarobić.

Mówi się o nas, że my nie produkujemy, tak jak byśmy nie byli najważniejszym producentem, bo jesteśmy producentem producenta. Czyli po prostu chodzi o to, że niby wszyscy wiedzą. Tylko że to trzeba siłą miota parowego pokazywać i przekonywać. I my się za to zabieramy. My do tego będziemy potrzebowali nacisku państwa, nacisku związków zawodowych i przede wszystkim nacisku fachowców. To jest trudno zrobić. Trudno zrobić dla tych, dla których był to po prostu tylko worek do wyrzucania pieniędzy.

Wracam do tematu. Co my robimy? Uniknąłem, a uważam to za swój sukces, uniknąłem otwartej, publicznej wrzawy, tarcia między dwoma zespołami reformatorskimi. To znaczy uniknąłem włączenia się tej całej jakby prestiżowej otoczki przy akompaniamencie prasy i różnych mediów. Dlaczego? Polska, proszę państwa, jest małym krajem. Jest naprawdę na krzyż kilkunastu ludzi, którzy się znają na tym, co do tej pory nie było w medycynie potrzebne, to znaczy na ekonomice zdrowia, na systemach ubezpieczeniowych, na nowoczesnym zarządzaniu.

Jest ich kilkunastu. Znaczy to, że ci ludzie uczestniczyli już we wszystkich dotychczasowych próbach reformatorskich. Uczestniczyli już we wszystkich możliwych grupach interesów, trzeba sobie powiedzieć. W różny możliwy sposób musieli się już ze sobą zetrzeć. Czyli to środowisko nie jest jednolite. Teraz, w chwili historycznej, doprowadzenie do pogłębienia się tych podziałów, czy próba przeciwstawiania jednych drugim, po prostu jest absurdem.

Jesteśmy za małym krajem i za mały mamy potencjał globalny, żeby można było sobie na to pozwolić. Siła każdej z tych grup jest taka, że skutecznie może zablokować jedną drugiej jakąkolwiek robotę. Mielibyśmy odwieczne polskie piekło, prawda. Wciąganie do kotła smoły za nogę. Żadna z tych grup, twierdzą dalej to, pojedynczo, jeżeli się wyalienuje, nie jest w stanie zrobić reformy, a każda jest w stanie przeszkodzić w tym drugiej grupie. To jest element, z którym zwracam się publicznie. Może tego nie powinno się robić, ale nie umiem zachować się zbyt politycznie, bo tutaj element pewnej jedności, element pewnej zgody zbiorowej, pewnego consensusu jest potrzebny i będzie potrzebny.

Czyli będzie potrzebne przekonywanie i znalezienie optymalnego modelu, a nie prestiżowa walka drobniaczy. Większość różnic między tymi projektami. Nie wiem tylko, czy państwo mnie wyklaskują, więc ja już kończę.

O tym, jak będzie ruch na trakcie, to powiem, jestem może optymistą, prawda. Wbrew mojemu optymizmowi zmiany nie mogą polegać na

sklejeniu różnych rozwiązań. Zmiany muszą być systemowe, czyli w duchu tych opcji politycznych, generalnych, politycznych generalistów. Ale to dotyczy szczybla makro. Natomiast mechanizmy mikroekonomiczne są wspólne, tak jak powiedziałem. Nie ma polskiej, wyjątkowej, kryzysowej, mazowieckiej, ekonomii zdrowia. A tym bardziej, nie ma. Jest ekonomia, którą możemy stosować, którą możemy zaimportować, ekonomia znana na świecie.

Co to znaczy, że elementy tego możemy zaimportować? To znaczy, powiedziałem, że jesteśmy małym krajem, który potrzebuje pomocy. Ta pomoc na tym polega, którą w zasadzie udało nam się już uzyskać. To znaczy, po pierwsze, pomoc Banku Światowego i jego grupy ekspertów. To są ludzie od pieniędzy. To są ludzie, którzy działają pod flagą internacjonalizmu, prawda, jak ktoś chce może to nazwać kosmopolityzmem, jeśli jeszcze lubi to słowo, ale to są ludzie, którzy w związku z tym nie przeniosą narodowych obciążeń, prawda?

Francuz pod flagą Banku Światowego nie reprezentuje francuskiego kosztownego systemu, tylko reprezentuje sposób myślenia o finansach, który Bank Światowy proponuje. Jest pewien sposób neutralny. Ludzie do nas przyjadą, nam pomogą. Była misja, mam pierwszy raport, o którym w dyskusji mogę powiedzieć. Wynika z niego przede wszystkim, że potrzebujemy 2-3 lat na okres przejściowy przynajmniej. I to jest zdanie, które się wszędzie powtarza. To zdanie uzyskaliśmy od fachowców z „Project Hope”. Z Ameryki przyjeżdża specjalny doradca dla nas. Pojedzie z tymi dwoma grupami w góry, żeby przygotować tę strategię postępowania. Jest to światowy ekonomista zdrowia, który zreformował już parę systemów.

Wypunktuję to, cośmy zrobili. Będziemy mieli pomoc Banku Światowego. Będziemy mieli pomoc „Project Hope”. Mamy pomoc ekspertów WHO. Dzisiaj spotykamy się na cyklu uzgodnień międzyresortowych. To znaczy, Ministerstwo Finansów, Pracy, Centralnego Urzędu Planowania, GUS-u, Urzędu Rały Ministrów, właśnie na takim etapie zgodności jesteśmy z wszystkimi projektami przeszłorocznymi, przyszłorocznych zmian. Jesteśmy po pierwszym cyklu poważnych konsultacji w kręgach naukowych, na Uniwersytecie Warszawskim, w PAN-ie.

Dzisiaj jest o godz. 12 następna runda, w sali 242, dlatego będę musiał opuścić Izdę przed tą porą, żeby wziąć tam udział w następnej dyskusji, w Ośrodku Prac Społeczno-Politycznych regionu Mazowsze, prowadzonej przez dr Bugaję. Jestem po cyklu rozmów, dyskusji i ustaleń w komisji sejmowej, komisji senackiej i ostatnio na Forum Zdrowia. W czwartek jadę na zjazd Krajowej Komisji Koordynacyjnej „Solidarności”

służby zdrowia. I na tym jakby się zakończy pierwsza runda uzgodnień.

Na czym polegają te uzgodnienia? Na tym, żeby się umówić, że macie Państwo nas bić, za przeproszeniem w tyłek, byle nie w głowę. To jest to, o co mi chodzi. Dlaczego? Dlatego, że oczekuje się pewnych rzeczy, które są niemożliwe. Niemożliwy jest właśnie, jak powiedziałem, termin 1 stycznia, który kiedyś przy "okrągłym stole" nierozsądnie został zapisany, prawda? I chciałbym przekonać Państwa w dyskusji merytorycznej, że ten harmonogram jak najszybciej, jak może tak wygląda, że pewne elementy są wprowadzane od przyszłego roku. Na przykład ewidencja kosztów od zaraz. To jest gotowe. Jako element do świadomości kosztowej. Najpierw musi być system ewidencji kosztów zagregowany, żeby było wiadomo, gdzie koszty powstają, potem można mówić o cennikach, o rozliczeniach i o całej dalszej optymalizacji.

Zmiany organizacyjne można robić od zaraz. Odpowiednia kwestia ZOZ-ów, która się zrobiła kwestią mityczną, nie istnieje, proszę Państwa. KTO CHCE ROZWIĄZAĆ JE, MOŻE TO ZROBIĆ ZARAZ, JUTRO, NATYCHMIAST. I to nie jest sprawa ministra i nie będzie sprawą ministra.

Powiem Państwu tylko, co załatwiłem na kredyt. Nic nie załatwiłem. Powiem wobec tego, czego nie załatwiłem. Nie załatwiłem, żeby udało się w przyszłym roku uzyskać zachowanie nie wydanych kwot budżetowych. Jesteśmy w budżecie, co się nie wyda, to przepada. Chodziło nam o to, aby jako jeden z elementów reformy to wprowadzić. Mówiłem, że wchodzimy z projektem, który na początku musi kosztować, ale który przyniesie zyski może pod koniec już przyszłego roku.

Element wprowadzania gospodarki finansowej zgodnie z naszym projektem, to znaczy, żeby budżet nie przepadał w nie wykorzystanych środkach, żeby zwiększyć swobodę ruchu między poszczególnymi działkami: jest to niemożliwe. To jeszcze nie jest Rada Ministrów, ale Komitet Ekonomiczny Rady Ministrów nie mógł się na to zgodzić i to z kwestii ideologicznych.

Dalsz: nie zgodzili się na pozostawienie dochodów uzyskiwanych przez nas, to znaczy w systemie jednostek budżetowych. To znaczy, że tam, gdzie już teraz możnaby świadczyć usługi. /To jest na dłuższą wypowiedź, bo w niektórych miejscach mogą oczywiście to robić, mogą przeprowadzać rozliczenia niektóre jednostki/. Nasza reforma prowadzi do tego, żeby zakłady techniki medycznej, WKTS-y i monopole CEFARM-u i CEZAL-u zdemonopolizować i aby przeszły one na pewną formę rozliczeń, ale tutaj mówię generalnie. Takiej generalnej zgody też nie ma.

Jeśli chodzi o pieniądze na przyszły rok: na papierze - to znaczy



powiedziano nam - że zostaliśmy potraktowani nieco lepiej niż cała reszta gospodarki. Dlatego, że schemat jest taki, że pieniądze na przyszły rok nie ulegają w żadnym dziale, w żadnym resorcie zmianie. Jest przelicznik inflacyjny i bierze się po prostu budżet tego roku, mnoży przez przelicznik inflacyjny i zostawia się to tak, jak było w tym roku. My jesteśmy nieco lepsi. Natomiast straszna walka toczy się i będzie się dalej toczyła - uważamy, że to nie jest tajemnicą państwową - jeżeli chodzi o zmianę naszego parytetu dochodów do sfery materialnej.

Sama ta zasada jest taka, że można nad nią dyskutować, ale jest to jedyne narzędzie, jakie mamy. Myśmy proponowali, abyśmy uzyskali 104 procent. Ustawa o kształtowaniu wynagrodzeń mówi tak, że w 1992 roku powinno się dojść do 106 procent, a jednocześnie, że powinno się dochodzić równomiernie. Kiedyś, któraś z wcześniejszych propozycji już przewidywała, żeby dać nam 104 % w stosunku do średniej w sferze materialnej. I próbowaliśmy to teraz wprowadzić.

Proponują nam 98%, proponują nam na razie 98%. Powiem szczerze, idzie walka o 100%, czyli o symboliczną równość, Choć powiedzieć, że mamy za sobą premiera. Dlatego, że, jak Państwo wiecie, było spotkanie z premierem, o którym to mówiliśmy. Premier nie decyduje, nie mógł tego jawnie powiedzieć, prawda? 99, 100, 101. Natomiast wiemy, że nas popiera. Natomiast chcę powiedzieć, że ta ściana, która wczoraj w nocy, zwłaszcza o trzeciej, wydawała się potworna, jest naprawdę ogromna. Po prostu realia ekonomiczne są takie, że pierwszy kwartał będzie ciężki. Natomiast ci wszyscy ekonomiści, którzy tam siedzieli, wyglądali - a to jest czysto moje psychiczne wrażenie - na ludzi, którzy wiedzą, co robią, a zapowiadali, że od kwietnia przyszłego roku będzie lepiej.

---

Ładysław Nekanda-Trepka

### DOPING

Temat, który chciałym poruszyć, nie należy do głównych nurtów naszej dzisiejszej dyskusji. Stanowi jednak przykład szczególnego naruszenia etyki zawodowej i z tego właśnie względu winien być od samego początku powstania samorządu przedmiotem uwagi Naczelnej Izby Lekarskiej. Chodzi o sport i znaczną ilość lekarzy, którzy z nim współpracują.

Współczesny sport, również i w naszym kraju, niesie wiele patologii i zagrożeń. Na ich czoło niewątpliwie wysuwa się inwazja dopingu; z arsenałem środków, których stosowanie niepomniernie zwiększa zagroże-

nie zdrowia, a i czasem życia młodych sportowców. Za zaistniałą sytuację opinia społeczna, poza samymi zawodnikami, chyba nie bez racji, obciąża zarówno trenerów, jak i lekarzy. Przeświadczenie to przynosi wielką szkodę moralną naszemu środowisku i boleśnie godzi w prestiż lekarza.

Przed kilkunastu laty, kiedy w środowisku medycyny sportowej wzrosło zaniepokojenie coraz częstszym stosowaniem środków czy metod, co do których medyczna celowość wobec człowieka zdrowego, jakim był zawodnik, budziła poważne wątpliwości, zrozumiano, że powstała nowa nie przewidziana przez kodeks deontologiczny sytuacja.

Łukę, jaka wytworzyła się pomiędzy rozumieniem spraw leczenia /tożsamy lub podobny u pacjenta i zawodnika/, a tzw. wspomaganie organizmu trenującego zdrowego człowieka, którą wykorzystywali lekarze o mniejszej dyscyplinie etycznej, starano się wypełnić odpowiednimi postanowieniami.

W Polsce pod koniec lat 70-tych Polskie Towarzystwo Medycyny Sportowej uchwaliło "Zasady etyczno-deontologiczne lekarza sportowego", a na forum międzynarodowym w roku 1981 - 34 Światowe Forum Medyczne w formie "Deklaracji w sprawie zasad etycznych lekarza sportowego".

W świetle tych dokumentów wiadomo było, co jest postępowaniem właściwym, a co nagannym. Niemniej jednak, ze względu na dalszy rozwój, a zwłaszcza szerokie upowszechnienie się sportu, nie tylko w formie wyczynowej, ale i rekreacyjnej, wydaje się celowe, ażeby przynajmniej trzon tych zasad został przeniesiony do kodeksu etycznego obowiązującego ogół lekarzy. Podnoszę tę sprawę mając na względzie fakt, że do nowej redakcji Zasad etyczno-deontologicznych Komisja Deontologiczna Naczelnej Izby przystąpi niebawem.

Istnienie prawa etycznego, niestety, nie wpłynęło na zahamowanie stosowania środków dopingujących w sporcie. Masowy charakter zjawiska, jak i waga zagrożenia zmusiły międzynarodowe władze sportowe, jak MKOI i międzynarodowe organizacje lekarzy sportowych, a także rządy niektórych państw do energicznego przeciwdziałania temu procederowi.

Również Polska ostatnio podjęła kroki w tym kierunku. W roku 1987 powołano w Instytucie Sportu w Warszawie Laboratorium Kontroli Dopingu, nie ustępujące pod względem technicznego wyposażenia standardom światowym. Rychło też ma nastąpić jego akredytacja przez Komisję Lekarską MKOL. W roku 1988 powołano Komisję Antydopingową, a w bieżącym roku oiało doradcze przewodniczącego Komitetu Młodzieży i Kultury Fizycznej - Radę do spraw Przeciwdziałania Dopingowi w sporcie. Na jej czele stoi Prof. Jerzy Sowiński.

Pośród 3000 analiz wykonanych w ciągu trzech ostatnich lat stwier-

dzono ok. 60 przypadków pozytywnych. Jest to zaledwie wierzchołek góry lodowej. Przeważa opinia, że istotną tego przyczyną jest między innymi fakt niskiej skuteczności kar, a właściwie pozostawianie poza zasięgiem sankcji trenera i lekarza.

Z dużym prawdopodobieństwem można wyrazić sąd, że to właśnie lekarze planują procesy tzw. wspomaganie /eufemizm dopingu/, bezpośrednio podają zabronione środki farmakologiczne, stosują rozmaite naganne zabiegi z całą świadomością łamania etyki zawodowej. Kierują nimi, niesłusznie, niskie motywacje, czysto materialne, współudział w nagrodach czy innych korzyściach.

Jak dotąd ani władze sportowe, ani resortowe, ani żadne z towarzystw lekarskich nie uczyniły nic, aby choć w jednym przypadku wykrytego dopingu tę możliwość wyjaśnić.

Powstanie Izby Lekarskiej stwarza nadzieję, że zaistnieje właściwe forum, gdzie te niełatwe sprawy mogą być rzetelnie rozpatrywane.

Dodatkowym aspektem zupełnie świeżej daty, jest podpisanie w listopadzie 1989 r., przez ministra Skubiszewskiego tak zwanej "Konwencji Antydopingowej Rady Europy", w której postanowieniach czytamy:

"Art. 3 - Strony koordynują przedsięwzięcia i akcje agencji rządowych swych krajów oraz innych instytucji publicznych uczestniczących w zwalczaniu dopingu w sporcie" oraz dalej:

"... zachęcają swoje organizacje sportowe do precyzowania i ujednolicenia praw i obowiązków, a zwłaszcza ... procedury wymierzania skutecznych kar działaczom, lekarzom, weterynarzom, fizykoterapeutom itp. za przekroczenie przepisów antydopingowych przez sportowców".

Przedkładam tę sprawę UWADZE Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej. Wydaje się, że jeden z jego zastępców winien być w stałym kontakcie z Komisją Antydopingową przy Komitecie Młodzieży i Kultury Fizycznej, na którym winien spoczywać obowiązek włączania się w tok postępowania wyjaśniającego w każdym stwierdzonym przypadku przekroczenia przepisów antydopingowych przez polskiego zawodnika.

Współuczestnictwo lekarzy w stosowaniu dopingu w sporcie jest szczególnym przypadkiem łamania etyki zawodowej.

Tylko stanowcza i systematyczna działalność organów Izby Lekarskiej w tym kierunku może się przyczynić zarówno do ochrony lekarzy przed niesłusznymi pomówieniami, jak i do eliminacji tych lekarzy, którzy świadomie zasad etycznych nie respektują.

---

BIULETYN IZB LEKARSKICH

Z datą 1 stycznia 1990 r. ukazał się pierwszy numer Biuletynu Izby Lekarskiej. Poniżej zamieszczamy "Słowo wstępne" Zofii Kuratowskiej oraz artykuł wstępny prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej, Tadeusza Chruściela. /RED./

Zofia Kuratowska

**WIERZĘ W IZBY LEKARSKIE**

Po latach starań Izby Lekarskie stały się faktem. Środowisko lekarskie doczekało się wreszcie chwili, gdy o sprawach swojego zawodu może decydować samo. Jest to wielka szansa i radość, ale także duża odpowiedzialność. Minał okres emocji wyborczych, skończyło się święto i podniosły nastrój towarzyszący rodzeniu się Izby. Nadszedł trudny czas.

Jest faktem oczywistym, że ogrom problemów narosłych w ciągu przeszło czterdziestu lat rządów komunistycznych nie da się szybko rozwiązać. Wszak do ideologii tego okresu - szczególnie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych - należało obniżenie rangi zawodu lekarskiego przez dyskryminację finansową lekarzy, podporządkowanie ich nomenklaturze administracyjnej i partyjnej, a także przez próby odbierania cech szczególnych, odróżniających tę profesję od wszystkich innych zawodów. Było to zgodne z założonym celem zniszczenia etosu inteligencji. Do założeń ideologicznych dołożyła się powszechna demoralizacja, nieodłączna od panującego systemu.

Choć więc Izby nie mogą odwrócić w ciągu paru miesięcy skutków polityki dziesięcioleci, należy wyraźnie powiedzieć, że już te pierwsze miesiące będą okresem wielkiej próby. Izby muszą bowiem już teraz wykazać, czy nasze środowisko jest rzeczywiście zdolne do wzięcia spraw zawodowych w swoje ręce, wydawać decyzje i konsekwentnie egzekwować ich wykonywanie. Pamiętajmy, że integralną częścią wspomnianej przedtem demoralizacji poprzez system jest odebranie ludziom zdolności inicjatywy i oczekiwanie na działanie "z góry".

Izby Lekarskie są ważnym elementem zmiany ustroju w naszym kraju. Jedną z podstaw nowego systemu stanowi wyjęcie z rąk władz centralnych decyzji w każdej sprawie i zrozumienie, że o kształcie kraju - a więc także o kształcie naszego zawodu - decydujemy sami na każdym szczeblu: od gminy do całego kraju, od poradni wiejskiej czy rejonowej do szpitala klinicznego.

Zdajemy sobie sprawę, że duża część naszych kolegów patrzy na Izby z nieufnością, a nawet niechęcią. Tylko szybkie działanie Izby, udowadniające możliwość natychmiastowego przełamania owej bezradności i indolencji środowiska, będzie skuteczną metodą przekonania wszystkich wątpią-

cych.

Wierzę, że nowopowstałe Izby potrafią to zrobić. Wierzę również, że ustrzegą się różnych góźzących niebezpieczeństw, jak np. wyłączenia administracji zamiast egzekwowania od niej określonych działań, antagonizowania innych zawodów medycznych, załatwiania wszystkich spraw naraz bez wyboru najważniejszych, wreszcie ulegania źle pojętej zawodowej solidarności, co może zahamować działanie sądów koleżeńskich i dochodzenie wszelkich spraw związanych z przekroczeniem norm etycznych i lekceważeniem obowiązków i godności chorych. Obróciłoby się to przeciw interesom naszego zawodu.

Wierzę, że uda się ominąć wszystkie te i inne nie wymienione rafa i wyprowadzić zawód lekarski na czyste wody w pełnym blasku należnego temu zawodowi uznania i szacunku.

Jako członek "Solidarności" wyrażam również przekonanie, że zgodnie z ideą tego wielkiego ruchu społecznego Izby Lekarskie będą istotną częścią samorządnej, demokratycznej Rzeczypospolitej, w której liczyć się mogą tylko kwalifikacje zawodowe i moralne człowieka oraz wartość jego pracy, a nie przynależność partyjna, organizacyjna czy związkowa.

U progu Nowego Roku życzę koleżankom i kolegom wybranym do struktur Izb Lekarskich pełnego powodzenia w ich działalności, deklarując jednocześnie pomoc w miarę moich możliwości.

A nam - wszystkim lekarzom - członkom samorządu lekarskiego /również tym, którzy buntują się przeciw obowiązkowej przynależności do Izb/ życzę, aby praca w naszym zawodzie odpowiadała marzeniom, które snuliśmy wstępując na pierwszy rok studiów.

---

Tadeusz Chruściel

### ARTYKUŁ WSTĘPNY BIULETYNU IZB LEKARSKICH

Izby Lekarskie zostały po 38 latach reaktywowane. Istniejące od 1922 r. w niepodległej Polsce izby lekarskie zostały rozwiązane w 1951 r. jako "reakcyjne" i "klasowo obce". W rzeczywistości ich likwidacja miała podporządkować czynnikiem politycznym i biurokratycznym tę niezależną i dobrze zorganizowaną grupę inteligencji, którą stanowili lekarze.

Izby Lekarskie NIE SĄ partią, stowarzyszeniem, instytucją ani związkiem zawodowym. Izby Lekarskie są SAMORZĄDEM ZAWODOWYM i jako takie ogarniają wszystkich lekarzy i lekarzy stomatologów.

Przed samorządem lekarzy jest tyle pilnych zadań do wykonania, że ustalenie priorytetów jest niemożliwe. Po prostu trzeba wziąć się do pracy.

System, który dławiał nas przez prawie pół wieku, pozostawił po sobie nie tylko ruinę gospodarczą i zacofanie cywilizacyjne, społeczne i kulturowe, zerwanie łączności ze światem, lecz także znacznego stopnia wyniszczenie narodu. Objawia się to między innymi największym w Europie odsetkiem ciężkich chorób, nadumieralnością mężczyzn, liczbą przedwczesnych śmierci, złym wskaźnikiem umieralności noworodków, przerażająco wielkim użyciem alkoholu, największym w Europie nasileniem uzależnienia od nikotyny, rosnącymi zjawiskami patologii społecznej, zwłaszcza wśród młodzieży. Nie ominęła naszej młodzieży plaga narkomanii.

Samorząd lekarski ma duże kompetencje. Przejmuje już w pierwszym kwartale 1990 r. wiele uprawnień Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i innych instytucji administracji służby zdrowia. Przejmuje nadzór nad sprawami dotyczącymi etyki i prawidłowego wykonywania zawodu lekarza. Sami musimy zająć się orzecznictwem i sądownictwem zawodowym, bo tylko lekarz może sprawiedliwie osądzić drugiego lekarza.

Będziemy decydować o obsadzaniu stanowisk ordynatorów i współdecydować w obsadzaniu innych kierowniczych stanowisk w opiece zdrowotnej.

Ustawa o izbach lekarskich została zredagowana w czasie rządów monopartyjnych i jej treść wymaga zmian i modyfikacji.

Ustawowe sformułowanie zadań ma w większości przypadków charakter hasłowy, a jedynie niektóre obowiązki zostały sformułowane w sposób jednoznaczny.

Ten stan rzeczy ma swoje dobre i złe strony.

Treści i sformułowania hasłowe można wypełnić realnymi działaniami.

Fakt, że wyszliśmy z epoki komunizującego totalitaryzmu<sup>1/</sup> i że zmierzamy do państwa ładu prawnego powinien nas napełnić otuchą. Droga jednak nie jest łatwa. Jesteśmy poddawani dwóm przyciąganiom: starych, tkwiących w nas nawyków, pochodzących z epoki nierealnych rozwiązań, siłą narzucanych układów, które jednak trwały tak długo, że będąc częścią naszego życia weszły w naszą podświadomość. Wiele spośród straszyszeń dawnej epoki wydaje się nam normalnością, a to, co jest postawieniem z powrotem na nogi, jest dziwne i niepokojące, wręcz obce. Komunizujący totalitaryzm jeszcze trwa, choć mało kto weń wierzy. Państwo ładu praw-

<sup>1/</sup> Józef Tischner: Dokąd prowadzi ta droga? Tyg. Powszechny 43, nr 47 /2108/ z 10

nego tworzy się dopiero - na naszych oczach.

Wydaje się jednak, że na drodze do państwa ładu prawnego przeszliśmy już z etapu społeczeństwa "monologizującego" do społeczeństwa dialogu. W naszej wspólnocie lekarskiej mamy już za sobą to wydarzenie o dziejowym znaczeniu, jakim był „okrągły stół” i zmierzamy do społeczeństwa osób, czyli podmiotów prawa<sup>1/</sup>.

Pomimo olbrzymich zmian polityczno-społecznych, jakie zaszły w naszym państwie, niemal wszystko funkcjonuje jeszcze po starym, nadal mamy ZOZ-y, te same przerosty administracyjne, nadal nie nadążające za sferą produkcyjną wynagrodzenia i nadal straszny nomenklatura.

Toteż natychmiast po uporządkowaniu sprawy podziału terytorialnego kraju, czym zajęła się Naczelna Rada Lekarska /NRL/ na pierwszym posiedzeniu, zajmijmy się realizacją ustawowych zadań samorządu lekarskiego.

Chciałem wyrazić radość z wielkiej pomocy, jakiej udzielił I Krajowy Zjazd Lekarzy, dostarczając bogatej palety uchwał i wniosków, niejednokrotnie trudnych i skomplikowanych, ale równocześnie ułatwiających orientację pracy Naczelnej Izby Lekarskiej.

Uchwały i wnioski zjazdu są dla mnie dowodem wielkiego zaangażowania wszystkich delegatów, wyrazem ich dojrzałości zawodowej i społecznej i pozwalają mi spokojniej patrzeć w przyszłość pracy NRL.

Nie mam bowiem najmniejszego zamiaru pozwolić Wam spocząć na laurach.

Liczę na to, że bez potrzeby apelowania o kontynuację pracy i bez oczekiwania na zarządzenia, rozporządzenia i uchwały, których mieliśmy tyle w przeszłości, delegaci sami stworzą kluby, grupy czy koła, które utrzymują żywy i bezpośredni kontakt z NRL. Proszę o to.

Jakie więc są najpilniejsze zadania dla NRL?

Praca musi być godziwie wynagradzana.

Wydajność pracy musi się opłacać.

W negocjowaniu warunków pracy i płac lekarzy samorząd lekarzy nie powinien konkurować, lecz współpracować z istniejącymi związkami zawodowymi. Nie oznacza to jednak, że samorząd musi zawsze zgadzać się ze związkami zawodowymi, choć zawsze będziemy pamiętać, że niezależny samorządny związek zawodowy "Solidarność" był główną sprężyną działania zmierzającego do odrodzenia samorządów zawodowych.

Wolność nie może być ograniczona niczym innym, jak tylko istnieje

---

<sup>1/</sup> op.cit.

jącym prawem.

Prawdziwe znaczenie powinny uzyskać słowa takie, jak etyka zawodowa, moralność<sup>1/</sup>, obowiązek, punktualność i wiele jeszcze innych zwykłych słów.

Chcemy nadać właściwą, realną treść słowom takim, jak upodmiotowienie lekarza i pacjenta. Nie może być mowy o sprawach wykonywania naszego zawodu bez równoczesnej troski o naszych pacjentów, o ich potrzeby i priorytety.

Zbliżająca się, naszkicowana w ogólnych zarysach w dokumentach "okrągłego stołu", reforma opieki zdrowotnej będzie głównym zadaniem dla izb lekarskich. Zmiana systemu finansowania na system ubezpieczeniowy, równouprawnienie sektorów prywatnego, spółdzielczego i państwowego, zwiększenie znaczenia w strukturze opieki zdrowotnej lekarza p.c.s., zniesienie nomenklatury, upodmiotowienie lekarza i pacjenta, to tylko wstępna lista zadań.

Samorząd powinien nie tylko realizować, lecz także współtworzyć aktywnie reformę opieki zdrowotnej. To od nas powinno zależeć oparcie stosunków międzyludzkich na zasadach etyki i moralności.

Musimy gonić Europę.

W krajach Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej wprowadza się już od 1992 r. równoważność dyplomów lekarskich. Musimy dołożyć starań, szybko, w pośpiechu - aby treść naszego nauczania odpowiadała wymogom ustalonym przez EWG i aby nasi lekarze, pracujący okresowo zagranicą, mogli zajmować należne im etaty w zagranicznych służbach zdrowia.

Jakie są obecnie codzienne zadania Naczelnej Izby Lekarskiej i okręgowych izb lekarskich?

Wiele spraw trywialnych. Musimy zorganizować biuro, sekretariat, przygotować ogólnopolskie jednolite wzory druków, uzgodnić z okręgowymi izbami sposób odbierania życzeń i wskazówek, jakie będą nam przekazywać izby okręgowe, zastanowić się nad systemem informacji docierającym do każdego lekarza. Musimy założyć pismo, zorganizować redakcję, prawdopodobnie stworzyć własne wydawnictwo.

Musimy pomyśleć o materialnej bazie naszej działalności. Marzy mi się rozwinięcie własnej działalności gospodarczej izb okręgowych i izby krajowej. Będę gorąco zachęcać do wszelkich inicjatyw w tym kierunku.

Decydować o priorytetach będą okręgowe rady lekarskie. Od ich

---

<sup>1/</sup> jak mówił Ojciec Św. w czasie ostatniej pielgrzymki do Polski



inicjatyw zależeć będzie bardzo wiele, a rolę naczelnej rady lekarskiej widzę jako rolę organu służebnego rad okręgowych.

Rozpoczyna się normalny dzień pracy.

Składam wszystkim Koleżankom i Kolegom najlepsze życzenia Bożonarodzeniowe i Noworoczne z wyrazami szacunku dla Waszego codziennego trudu w profilaktyce, opiece zdrowotnej, rehabilitacji i nauce.

---

Beata Osipiak

## MOJA PODRÓŻ DO RUMUNI

Moja podróż do Rumunii zaczęła się od telefonu z Paryża. Dzwonił p. Jacques Lébas w imieniu francuskiego stowarzyszenia "Medicins du Monde" /Lekarze Świata/. Pan Lébas pytał, czy zarejestrowane w ubiegłym roku polskie towarzystwo "Lekarze Świata" przyłączy się do akcji na rzecz Rumunii. Odpowiedź była twierdząca.

Było to w przedświąteczny piątek, 22 grudnia. Porozumiałam się natychmiast z prof. Zbigniewem Chiapem w Krakowie, który jest przewodniczącym polskich "Lekarzy Świata", i uzgodniliśmy, że jak najprędzej wyjadą ciężarówka z pomocą dla Rumunii - jednocześnie z Warszawy i z Krakowa.

Największy kłopot był ze znalezieniem, czy też właściwie wypożyczeniem, ciężarówka. Dzięki ogromnym wysiłkom kilku osób, a wśród nich Jolanty Siemińskiej, udało się dotrzeć do Akademii Medycznej w Warszawie. Tu spotkaliśmy się z pełnym zrozumieniem. Rektor Akademii prof. Pruszyński, dyrektor administracyjny Zalewski i kierownik bazy transportowej wyrazili zgodę na wypożyczenie nam trzytonowej ciężarówka z dwoma kierowcami, którzy by prowadzili wóz na zmianę, by jak najprędzej dotrzeć do Rumunii.

W nocy z soboty na niedzielę /Święta! / przygotowano samochód i znaleziono kierowców. W ciągu dnia trwało załadunek, a wyjechaliśmy w noc wigilijną o godzinie 11 wieczór. Czwartym pasażerem - prócz mnie i dwóch kierowców - był Paweł Wołowski, romanista związany z "Lekarzami Świata". Jego znakomita znajomość francuskiego bardzo nam się przydała.

Leki otrzymaliśmy z Komitetu Prymasowskiego w kościele na Żytniej, antybiotyki i płyny infuzyjne z apteki szpitalnej na Lindleya, a poza tym załadowaliśmy sporo koców i ciepłej odzieży również z Komitetu Prymasowskiego. Ciężarówka była pełna. Pieniądże na wydatki w drodze dała nam Komisja Społeczna Zdrowia "Solidarności".

W pośpiechu, ale z powodzeniem załatwiliśmy niezbędne formalności. Ministerstwo Spraw Wewnętrznych wystawiło paszporty służbowe dla całej naszej czwórki, a Ministerstwo Spraw Zagranicznych zawiadomiło wszystkie polskie placówki na naszej trasie, prosząc o udzielenie nam pomocy. MSZ wystawiło również dokument zaświadcwiający cel naszej podróży, który w pewnej sytuacji bardzo się przydał.

Wreszcie mogliśmy wyruszyć. W ciągu nocy dojechaliśmy do granicy z Czechosłowacją w Barwieku. Celnicy już na nas czekali. Trzeba było

załatwić ubezpieczenie dla ciężarówki. Celnicy czescy zaplombowali wóz, który jechał przez ich kraj tylko tranzytem. Już o godzinie 9 rano znaleźliśmy się na granicy czesko-węgierskiej. Węgrzy maksymalnie ułatwili nam załatwienie formalności. Kierowcy nawet nie musieli wysiadać z wozu.

Wreszcie ruszyliśmy wprost w kierunku na Rumunię. W Debreczynie zatrzymaliśmy się na obiad - był to nasz pierwszy postój od wyruszenia z Warszawy. Byliśmy wszyscy zmęczeni i podnieceni. Droga okazała się trudna dla kierowców - z powodu mgły i złej widoczności.

W czasie obiadu obaj kierowcy oświadczyli, że nie pojadą do Rumunii - mogą nas tylko dowieźć do granicy. Zwyczajnie obleciał ich strach. W Rumunii jeszcze wciąż było bardzo niespokojnie i dochodziły informacje o strzelaninie w różnych miejscowościach.

Po naradzie uzgodniliśmy, że kierowcy dowiozą nas tylko do Szegedu, jeszcze na terenie Węgier. Z Debreczyna telefonowaliśmy do Paryża, do "Medicins du Monde", gdzie nas poinformowano, że właśnie w Szegedzie znajduje się zorganizowany ad hoc ośrodek "Medicins du Monde", koordynujący akcję pomocy. Podano nam adres - hotel "Hungaria". Tam rzeczywiście zastaliśmy sprawnie działający punkt "Medicins du Monde" i mogliśmy przeładować całą zawartość naszej ciężarówki na duże francuskie TIR-y.

W Szegedzie pożegnaliśmy się z naszymi kierowcami, którzy wracali do Warszawy. Nie mieliśmy do nich żalu. Strach jest rzeczą ludzką. Paweł i ja zatrzymaliśmy się w Szegedzie, by zorientować się w sytuacji w Rumunii. Po licznych telefonach ustaliliśmy, że autobus z Krakowa przyjedzie do Satu Mare na północy Rumunii, gdzie się spotkamy. Przez Szeged szły transporty z pomocą "Medicins du Monde" z Francji, Holandii, Szwajcarii i RFN.

Dowiedzieliśmy się, że niektóre miasta rumuńskie, jak np. Timisoara /gdzie się wszystko zaczęło/, Arad czy Oradea, w tej chwili nie potrzebują żadnej pomocy medycznej - otrzymali już dość. Natomiast inne miasta albo wcale jeszcze nie dostały pomocy, albo dostały zbyt mało.

Na pomoc medyczną czekały tego dnia Braszów, Sibiu, Kluż, Satu Mare i Baia Mare. Francuzi, którzy przejęli nasz transport, postanowili pojechać do Sibiu i Braszowa, choć według dochodzących informacji w tej ostatniej prowincji jeszcze trwały walki, i to nawet z użyciem artylerii. Nikt nie mógł jechać do Alba Julia - był to ośrodek szkolenia osławionej Securitate.

Myśmy uznali, że Polska przyjedzie z pomocą północnej części Rumu-

nią - prowincjom /czy województwom/ Satu Mare, Baia Mare, Kluż, a także wioskom podkarpackim, zamieszkałym częściowo przez ludność polską. Podczas rozmów telefonicznych dowiedzieliśmy się, jakie są ich zapotrzebowania. Ku naszemu żaskoczeniu na pierwszym miejscu wymieniano środki antykoncepcyjne. To wymaga pewnej dygresji.

Otóż Ceausescu miał własną - obłądną - politykę populacyjną. Domagał się, by kobiety rumuńskie rodziły przynajmniej po 5 dzieci. Chciał doprowadzić do tego, by kraj do roku 2000 miał 30 milionów Rumunów /obecnie ma około 25 milionów/.

Cyganie, najbiedniejsi mieszkańcy, mieli z reguły wielodzietne rodziny. Gdy okazało się, że odsetek Cyganów coraz się zwiększa, Ceausescu znalazł proste wyjście: ze statystyki po prostu wykreślił Cyganów.

Ale muszę wrócić do tematu. Prócz zapotrzebowania na środki antykoncepcyjne w odpowiedzi na nasze pytania Rumuni wymieniali najczęściej luksusowe antybiotyki /głównie Cephalosporyny/, inne drogie leki, których nie mamy w Polsce, materiały chirurgiczne, stomatologiczne i anestezyjologiczne, leki krażeniowe i nasercowe, rękawice chirurgiczne i aparaty do USG. Na zapytania o żywność wymieniano masło, mięso, mąkę, owoce i czekoladę. Muszę przyznać, że było to dla nas szokujące.

Po dniu w Szegedzie wyruszyliśmy wraz z Pawłem pociągiem do Satu Mare. Jest to ośrodek wojewódzki, liczący około 150 tysięcy mieszkańców. Jechaliśmy pociągiem z kilku przesiadkami. Na samej granicy z Rumunią spotkała nas przykra przygoda. Celnik węgierski /mówił trochę po polsku/ zaczął nam robić trudności. Chciał po prostu skonfiskować posiadane przez nas pieniądze /forinty i dolary/.

Na moją propozycję, że zostawię pieniądze w depozycie, stanowczo odmówił. W pewnej chwili chciał mi siłą zabrać portmonetkę. Wtedy pokazałam mu wspomniane przedtem zaświadczenie naszego Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Pomogło. Przypuszczam, że albo wziął nas za spekulantów, albo też - co bardziej prawdopodobne - chciał po prostu nas okraść...

• Po kilku godzinach jazdy dotarliśmy do Satu Mare. Celnicy i straż graniczna w Rumunii okazali nam ogromną życzliwość i pomagali, wyjaśniając, jak mamy się przesiadać. Pociągi rumuńskie - przynajmniej te, którymi jechaliśmy - to były pociągi-widma. Były puste, nie miały ani jednej żarówki, a było zupełnie ciemno.

Gdy przyjechaliśmy do Satu Mare /tak się nazywa i województwo i główne miasto/ o godzinie 23.30 w nocy, na dworcu było ciemno. Nie mieliśmy żadnego adresu, nie było taksówek. Wreszcie dotarliśmy do miejscowego hotelu, zupełnie puł tego. Więc bez trudu otrzymaliśmy pokój, bardzo zimny.

Nazajutrz rano - był to już 28 grudnia - dopytaliśmy się o drogę do miejscowej siedziby Frontu Ocalenia Narodowego. Miasto sprawiało dziwne wrażenie. Większość domów miała charakter secesyjny, jakby z czasów monarchii austro-węgierskiej, ale w środku miasta był duży biały plac z wysokim białym gmachem. Była to jeszcze w poprzednim tygodniu siedziba miejscowego komitetu partyjnego, a teraz gmach przejął Front Ocalenia Narodowego.

Przy wejściu stali żołnierze z karabinami, ale nas wpuścili bez trudu. Oficer dyżurny sprawdził nasze dokumenty i zaprosił do środka. Serdecznie przyjęli nas zastępcy szefa Frontu. Zaproszono nas na śniadanie, podane na srebrnej tacy. Śniadanie było wysmienite /czy z darów?/, a do herbaty dostaliśmy cytrynę. Serdeczność Frontu była tak wielka, że zapowiedzieli pokrycie hotelu i posiłków.

Poznajemy szefa miejscowego Frontu, jest to pułkownik, mający na piersi liczne ordery. Jego zastępcami są cywile - adwokat, weterynarz, pastor i literat. W gmachu przewija się tłum ludzi - wszyscy mają opaski w kolorach narodowych. Po chwili zjawia się fotograf prasowy, który chce zamieścić nasze zdjęcie w miejscowej gazecie. Nazywa się "Cronica Libera" i tego dnia ukazał się już numer szósty.

Po kilku godzinach nadjeżdża wielki autokar z Krakowa. Witamy się z prof. Chłapem, któremu towarzyszy dwóch chirurgów, dziennikarz z "Tygodnika Powszechnego" i kierowca /ten się nie bał/. Ciekawe było dla mnie, że żołnierze rumuńscy od granicy skierowali polski autokar najpierw do magazynu wojskowego, gdzie wszystko wyładowali, a dopiero później pozwolono im przyjechać do Frontu.

Pozostają do następnego ranka w Satu Mare. Chodzę po mieście i nie widzę radości na twarzach mieszkańców. Tylko ludzie z Frontu cieszą się jak małe dzieci. Podczas rozmowy ze wspomnianym powyżej adwokatem pytam go o "proces" i o rozstrzelanie Ceausescu. Adwokat nie ma żadnych wątpliwości. "Prawo rewolucyjne" działa znakomicie. Przecież - mówi - proces trwał tylko 4 godziny.

Uzgadniam z prof. Chłapem, że razem wracamy do Polski. Paweł postanawia jechać do Bukaresztu, skąd ma zamiar dotrzeć do polskich wiosek podkarpackich.

Wieczorem gospodarze zapraszają nas do restauracji. Kolacja jest wykwintna z dobrym winem. Gospodarze wyjaśniają, że dawniej nie mieli wstępu do takiego lokalu, który był zarezerwowany dla "nomenklatury". Nowa władza natychmiast zniosła takie zakazy, więc teraz korzystają. Kolację podają nam w małym i przyjemnym saloniku. Dowiadujemy się, że

dawniej ten salonik był zarezerwowany dla "Securitate"...

W godzinach rannych - przed wyruszeniem w drogę powrotną - zwiedzamy miejscowy szpital. Mnie interesuje laboratorium. Przekonuję się, że wyposażenie mają fatalne. Np. hemoglobinę oznacza się przy pomocy hemoglobinometru Saliego. Może dlatego nie byli chętni do pokazania obcokrajowcom szpitali?

29 grudnia wyruszam krakowskim autokarem do Polski. Droga do Krakowa trwa tylko 8 godzin.

Byłam zbyt krótko w Rumunii - łącznie cała podróż trwała sześć dni - by zrozumieć Rumunów. Wiem już teraz, że Rumunia jest inna, niż sobie wyobrażałam przed wyjazdem z domu, i że ewentualna dalsza pomoc z Polski powinna być odpowiednio przemyślana. Nie może to być pomoc "na oślep"

Pozostaje kilka pytań, na które nie potrafię odpowiedzieć. Dlaczego nie chcieli przyjąć polskich lekarzy? Dlaczego francuskim lekarzom, którzy przyjechali wcześniej do Timisoary nie pozwolono pracować?

Być może z różnych powodów, nam nieznanych, nie chcą nawet ludziom im życzliwym pokazywać Rumunii od środka.

---

Zenon Węgrzynowicz

## RZECZ O PSUCIU KRWI

Opieka zdrowotna jest w Polsce jedną z najgorzej funkcjonujących dziedzin życia społecznego. Pracował na to konsekwentnie system, który odchodząc zostawia nam ruinę zarówno w sferze moralnej, jak i materialnej. Wszyscy, a zwłaszcza związani zawodowo ze Służbą Zdrowia, są zobowiązani do uważnego rozejrzenia się wkoło i ujawniania wszelkich schorzeń i nieprawidłowości, gdyż tylko to może nas wyzwolić z kręgu niemożności. Nie pretendując do wszechstronnego przedstawienia problemu, chciałbym z pozycji bardzo osobistych, rzucić nieco światła na Służbę Krwi, jej niedomagania i sprawy do natychmiastowego załatwienia.

### Parę zdań o sobie

Kiedy na początku dorosłego życia znalazłem się na rozdrożu, spotkałem na ulicy Stefana Niewiarowskiego, towarzysza górskich wypraw. Powiedział mi: "Nie wiesz co robić? Chodź do nas. Obiecuję ci nie mniejsze przeżycia i emocje niż te, których doznawaliśmy na wspinaczkach". I tak w 1957 roku znalazłem się w Instytucie Hematologii, w zespole prof. Edwarda Kowalskiego, człowieka o niezwykłej osobowości. Młodzi ludzie zgrupowani wokół niego chcieli dobrze leczyć swoich pacjentów i dobrze przygotować się do wykonywania swego zawodu. Gdy kończyła się praca w klinice, wszyscy przenosili się do laboratorium lub biblioteki, które codziennie tętniły życiem do późnego wieczora. Prowadzone doświadczenia, na gorąco burzliwie dyskutowane, rodziły nowe koncepcje i idee, nowe metody skuteczniejszego leczenia chorych. Nie wyjaśnione i nie zdiagnozowane przypadki zmuszały z kolei do dalszego pogłębiania wiedzy.

Pierwsze bezpośrednie konfrontacje z nauką światową wykazały, że grupa ta nie tylko nie jest gorsza, ale nawet w niektórych problemach uprawianej przez nią dyscypliną, jest ona wręcz lepsza. Rodziły się wtedy w tym zespole załączki przyszłych wielkich karier naukowych. W tym czasie w Instytucie Hematologii obok Poradni Chorób Krwi i Przeciwwskrzepowej, powstała Poradnia dla Chorych na Hemofilię, której ambicją było objąć fachową opieką lekarską chorych z całej Polski. Już wtedy podejmowaliśmy próby izolowania składników osoczowych i ich zastosowania w terapii, wtedy szukano też pierwszych kontaktów z powstającym na świecie, a także w Polsce, przemysłem preparatów osoczopochodnych.

Gry, jak się to ładnie mówi, z powdów pozamerytorycznych w 1960 roku prof. Edward Kowalski stracił pracę w Instytucie Hematologii, wraz z nim odeszło 31 osób. Większość z nich znalazła pracę u boku profesora

ra w Instytucie Badań Jądrowych. Można tam było kontynuować badania podstawowe, ale przez brak kontaktu z chorymi i ich potrzebami, zaprzeczona została szansa stworzenia w Polsce zaplecza naukowego dla przemysłu leków osoczopochodnych.

W czasie stanu wojennego znów z powodów pozamerytorycznych, wyrzucano mnie z Instytutu Badań Jądrowych. Przygarnął mnie do prowadzonej przez siebie Pracowni Biochemii Krzepnięcia i Poradni Skaz Krwotocznych Instytutu Hematologii, prof. Stanisław Łopaciuk. Myślałem, że pracując eksperymentalnie dotrwam już bezpiecznie do emerytury. Zetknąłem się wtedy ponownie z chorymi na hemofilię, ich tragediami i dramatami, a także z bezsilnością lekarzy, nie mogących tym chorym zapewnić właściwego leczenia. I wtedy, któregoś wieczora, kończąc przeciągający się eksperyment, odebrałem zamiejscowy telefon. Dzwonił jakiś generał z MSW z Wrocławia w żądaniem, by prof. Łopaciuk zaakceptował docelowy import koncentratu czynnika VII za kwotę 40 tysięcy dolarów, dla funkcjonariusza wysokiego szczebla, który musi zostać poddany operacji. Tego chorego uratowano... Als gdyby to był ktoś inny?

Po śmierci dr Przesława Pcszwińskiego, Kierownika Samodzielnej Pracowni Liofilizacji i Frakcjonowania Instytutu Hematologii, wobec absolutnego braku specjalistów z tej dziedziny, zaproponowano mi stanowisko po nim. Pomyślałem, że przyjmując je /nie będąc nigdy technologia/ osiągnę szczyty niekompetencji. I wtedy przyjaciel zmarłego prof. Kazimierz Zakrzewski powiedział: "Kolego, skoro o tym wiecie, macie dostateczne kwalifikacje. Jeśli będą problemy - ja wam pomogę. Tam pracuje grupka bardzo dobrych ludzi. Tylko im na początku nie przeszkadzajcie w pracy, a wszystko będzie dobrze". Przyjmując to stanowisko wiedziałem, że zyskuję możliwość wyciągania wszelkich problemów związanych z produkcją leków osoczopochodnych na światło dzienne i w zderzeniu z przypadkościami nekającymi Służbę Krwi mogę odgrywać rolę dziecka, które powiedziało, że król jest nagi.

#### Król jest nagi

W grudniu 1983 roku objąłem powierzoną mi pracownię i z tego tytułu zostałem włączony do prac Zespołu Nadzoru Specjalistycznego d/s Krwiotdawstwa i Krwiolecznictwa. Musiałem więc się dowiedzieć, co to oznacza "Produkcja preparatów osoczopochodnych w Polsce". Na przełomie lat pięćdziesiątych i sześćdziesiątych Warszawska Wytwórnia Surowic i Serozjonek i Centralne Laboratorium "Biomed" wprowadzały produkcję gammaglobuliny domięśniowej i roztworu 5% albuminy. Była to już produkcja przemysłowa, pokrywająca potrzeby krajowe, a jej jakość odpowiadała



normom światowym. Prowadzono tam wtedy produkcję plazminogenu i jego aktywatora streptokinazy - preparatu najlepszego w tym czasie na świecie. Rokowało to nadzieje, że stworzy się w Pclsce w ten sposób materialne podstawy do rozczki leczenia trombolitycznego.

Gdy w roku 1984 ponownie zapoznawałem się z sytuacją, nadal produkowano prawie tę samą ilość albuminy i gammaglobuliny domięśniowej /tylko już gorszej jakości i z mniejszą wydajnością/, o produkcji wysokococzyszczonych preparatów streptokinazy dawno zapomniano, a wytwarzania czynników krzepnięcia w ogóle nie podjęto. Uzyskiwanie z 50 tys. litrów osocza tylko dwu preparatów obrazuje karygodne marnotrawstwo i co najmniej 20-letnie w tej dziedzinie zacofanie, przy czym potrzeby krajowe w tym zakresie były zaspokajane tylko w 20%.

Na zmianę tego katastrofalnego stanu niewiele mogła wpłynąć działalność produkcyjna Wojewódzkich Stacji Krwiodawstwa i Instytutu Hematologii, prowadzona na wielką skalę, a w Instytucie Hematologii ponadto w warunkach urągających zasadom niezbędnej higieny i aseptyki. Wytwarzano krioprecypitat na potrzeby leczenia chorych na hemofilię A, koncentrat czynnika IX dla chorych na hemofilię B, niewielkie ilości inhibitora esterazy C1 komplementu i immunoglobuliny anty-HBs i anty-RhD. Za duży sukces można było uznać jedynie produkcję immunoglobuliny anty-RhD, którą już pokrywała 50% potrzeb krajowych. Produkcja krioprecypitatu zaspokajała tylko 30%, a koncentratu czynnika IX jedynie około 10% potrzeb. Niedobór tych leków w niewielkiej mierze łagodził import docelowy "na ratunek" i wymiana osocza z austriacką firmą Schwab na najbardziej deficytowe leki: czynnik VIII, albuminę 20%, immunoglobulinę dożylną.

Twierdzą, że Polska w dziedzinie produkcji i zaopatrzenia w leki osoczopochodne reprezentuje poziom kraju III świata. Nie bez winy jest tu Instytut Hematologii, który nie szukał związków z przemysłem.

#### Czy uda się wyjść z impasu ?

Składając pod koniec 1984 roku sprawozdanie z działalności, mogłbym mówić o antyimportowej produkcji w Instytucie Hematologii, której wartość sięgała 830 tys.dolarów, ale równocześnie informowaliśmy, że w ciągu 4 miesięcy wiosennych i letnich znajdujące się w suterenach pomieszczenie produkcyjne aż 6-krotnie zalewane było fekaliami z wadliwych instalacji kanalizacyjnych. Pracując w takich warunkach - nie można było myśleć o rozszerzaniu produkcji, a jedynie - o jej przeniesieniu do bardziej odpowiednich pomieszczeń. Nie można też było bezczynnie oczekiwać, aż nowy Instytut Hematologii /istniejący po dzień dzisiejszy-

szy tylko w planie/ zostanie wybudowany wraz z odpowiednim dla naszych potrzeb zapleczem. Zrodziła się wtedy idea budowy niewielkiego pawilonu w bezpośrednim sąsiedztwie Instytutu. Wyliczono, że dysponując powierzchnią produkcyjną zaledwie 200 m<sup>2</sup>, możnaby trzykrotnie zwiększyć ilość wytwarzanych leków osoczczo pochodnych, a nakłady finansowe zwróciłyby się w ciągu dwóch lat. Oczywiście powstanie takiego pawilonu nie rozwiązałoby problemu zaopatrzenia Polski w leki osoczczo pochodne, ale złagodziłoby niewątpliwie istniejące niedobory. Podejmując u władz miejskich starania o lokalizację, a w Ministerstwie Zdrowia i Opieki Społecznej o potrzebne na ten cel środki, zintensyfikowaliśmy równoległe starania o podjęcie budowy nowoczesnej wytwórni preparatów osoczczo pochodnych, obliczonej na pełne przetwarzanie 1000- 2000 tys. litrów osocza rocznie, gdyż dopiero tej skali produkcja mogłaby zaspokoić potrzeby krajowe. Z radością powitaliśmy Uchwałę Nr 36/85 Rady Ministrów z dn. 22 marca 1985 r., zapowiadającą budowę takiej wytwórni. Podjęte zostały intensywne studia i konsultacje, przeprowadzono analizy i ekspertyzy, które pozwoliłyby na wybór optymalnych rozwiązań. Za szczególnie wartościowe należy uznać opracowanie Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie krwiodawstwa i krwiolecznictwa, obejmujące w syntetycznej formie całokształt problemów związanych z realizacją budowy wytwórni i zapewnienia dla niej bazy surowcowej. Opracowanie to złożył pełnomocnikowi Ministra Przemysłu Chemicznego i Lekkiego d/s zaopatrzenia kraju w leki, w którego rękach miały się znaleźć środki finansowe i koordynacja podejmowanych działań. Rozpoczęte zostały prace projektowe.

Nieszawnej już dziś pamięci pełnomocnik rozwinął równocześnie niezwykle energię w organizowaniu wycieczek do krajów zachodnich dla siebie i podsekretarzy stanu z Ministerstwa Przemysłu Chemicznego i Lekkiego oraz Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej, pod hasłem rozwiązywania problemów przyszłej inwestycji.

#### Stracone złudzenia

Po paru latach takiej działalności, Warszawską Wytwórnię Surowic i Szczepionek, mocno zaangażowaną w prace projektowe, powiadomiono, że inwestycja nie będzie realizowana z planu centralnego, ani przez budżet centralny finansowana. Raz jeszcze na najwyższym państwowym szczeblu ogłoszono szumnie decyzję o budowie fabryki preparatów osoczczo pochodnych, wprowadzono do planów państwowych, wydano niemałe środki na wstępne prace projektowe, po czym zrezygnowano z tych planów z powodu trudności gospodarczych i braku środków dewizowych. Równocześnie zwiększono

środki dewizowe na import leków osoczopochodnych z 16 milionów dolarów w 1987 r. do 19 milionów w roku 1988. Regułą stała się częsta zmiana partnerów handlowych, ponieważ sprzyjało to częstszym wizytom u potencjalnych kontrahentów. Warszawskiej Wytwórni Surowic i Szczepionek zaczęto szukać zachodnich wspólników, którzy wnieśliby wkład dewizowy w budowę fabryki leków osoczopochodnych. Potencjalni wspólnicy są jednak zainteresowani sprzedawaniem swoich produktów i kupowaniem po zaniżonych cenach polskiego osocza, a nie rozwijaniem w Polsce jego przetwórstwa. A nawet gdyby udało się ich w najbliższym czasie znaleźć, to i tak budowa mogłaby być zrealizowana najwcześniej w 1994 roku. Wobec sytuacji gospodarczej kraju szanse na import są coraz mniejsze, a tragiczny los chorych, zwłaszcza chorych na hemofilię, jeszcze się pogłębia.

Pozostała nadzieja, że od władz miasta Warszawy uzyskamy chociaż działkę pod budowę pawilonu w sąsiedztwie Instytutu Hematologii. Kiedy po spełnieniu przez nas wszelkich wymogów formalnych decyzja o lokalizacji czekała już tylko na podpis Prezydenta Warszawy, "nieznani sprawcy" skradli ten dokument z biurka prezydenta. Instytut Hematologii zawiadomiono o tym po upływie pół roku i, wobec zmiany przepisów, polecono zaczynać starania od początku. Starania podjęliśmy i to od szacelnego Komitetu Blokowego, Rady Osiedlowej, Dzielnicowej Rady Narodowej, by w styczniu 1989 roku uzyskać od Prezydenta Warszawy wskazanie lokalizacji. I wtedy "nieznani sprawcy" znów dali znać o sobie. Pod pretekstem, że działka jest potrzebna dla żłobka na plac zabaw, wstrzymano realizację planów budowy pawilonu.

Dyrektor ZOZ-u nr 1 w Warszawie uzyskał zmianę opinii Dzielnicowej Rady Narodowej na Mokotowie. Działacze Stołecznego Komitetu PRON i PZPR powiedzieli nam w zaufaniu, że zakusy na "naszą" działkę mają: były prezydent Warszawy, były wiceprezydent, były wicepremier, bardzo ważny generał i jeszcze na dodatek niezwykle bogaty przedstawiciel inicjatywy prywatnej. I że ów żłobek, tak bardzo potrzebujący dodatkowego placu zabaw, ma ulec likwidacji. Rola dyrektora ZOZ-u przestała być nawet dwuznaczna.

Stało się oczywiste, że bez samozorganizowania się chorych i ludzi, którym ich los nie jest obojętny, niczego nie zdołamy osiągnąć. W styczniu 1989 roku powstał projekt stworzenia ośrodka produkcji leków osoczopochodnych, który pozwoli sobie przytoczyć:

#### Projekt stworzenia ośrodka produkcji leków osoczopochodnych

Niedobór leków w Polsce w chwili obecnej dotyka każdego, kto leczy

się w ogólnodostępnej służbie zdrowia, czyli znakomitą większość Polaków. Wśród tych, którzy cierpią najbardziej, są chorzy na hemofilię, ludzie, których życie często zależy od stałej dostępności leków osoczopochodnych. Leki dla nich sprowadza się z krajów zachodnich za kwotę 16 milionów dolarów rocznie, co pokrywa tylko 10% zapotrzebowania. Wszyscy chorzy na hemofilię są pozbawieni osłony profilaktycznej. Miesiącami i latami czekają na usunięcie zębów, operacje ortopedyczne czy inne zabiegi chirurgiczne, bo muszą być one przeprowadzane pod osłoną preparatów osoczopochodnych. Leki te są niezbędne również i w innych schorzeniach, a ich dostępność decyduje często o ratowaniu ludzkiego życia. W związku z rozprzestrzenieniem się AIDS ceny leków osoczopochodnych ostatnio zwiększyły się, a trudności w ich zdobywaniu stały się wręcz niewyobrażalne.

Bezwiad i indolencja władz centralnych nie gwarantuje zmiany w tej dziedzinie, co zmusza do samoorganizowania się. Dlatego nowopowstała fundacja "Zdrowa Krew Dzięki Tobie", Polskie Stowarzyszenie Chorych na Hemofilię, dyrekcja Instytutu Hematologii i grupa ludzi związanych z Solidarnością, podjęła inicjatywę, aby zbudować mały pawilon produkcyjny, laboratorium, którego zadaniem będzie:

1. Uruchomienie produkcji preparatów osoczopochodnych i przekazywanie opracowanych technologii istniejącym już w Polsce wybranym zakładom przemysłowym i stacjom krwiodawstwa.

2. Dalsze opracowywanie i wdrażanie w skali laboratoryjnej nowoczesnych i nowych metod preparatyki białek osoczowych dla celów leczniczych i diagnostycznych.

3. Stworzenie bazy, w oparciu o którą mogłyby wyrastać kolejne kadry fachowców zajmujące się dziedziną szlak krwotocznych, chorobą zakrzepową i transfuzjologią.

Pawilon ma nosić imię Profesora Edwarda Kowalskiego, twórcy polskiej szkoły koagulologicznej i wychowawcy wielu wybitnych naukowców.

W Polsce pobiera się rocznie ponad 1/2 miliona litrów krwi, lecz tylko niewielka jej część jest przetwarzana, a chorzy są leczeni głównie krwią pełną i osoczem. Praktycznie nie istnieje przemysł preparatów osoczopochodnych, co pociąga za sobą opisaną powyżej tragiczną sytuację chorych.

Tymczasem Polska dysponuje jeszcze surowcem najwyższej jakości, a to ze względu na minimalne zagrożenie AIDS. W sytuacji, gdy istnieje tak wielki potencjał, jest rzeczą niezmiernie ważną, by go wykorzystać. Powstał już zespół programowy przyszłego ośrodka, złożony z najwybitniejszych w tej dziedzinie specjalistów w Polsce o światowej renomie: członkowie Polskiej Akademii Nauk prof.dr Maria Kopec i prof.dr Jerzy

Kościelak, prof.dr Stanisław Łopaciuk, wybitny specjalista w dziedzinie leczenia zaburzeń hemostazy, prof.dr Kazimierz Zakrzewski, były prezydent Europejskiej Federacji Towarzystw Biochemicznych. Zadeklarował także swoją współpracę prof.dr Stefan Niewiarowski z Temple University w Filadelfii, wychowawca i były najbliższy współpracownik Profesora Kowalskiego. Realizacją programu zajmują się także prof.dr Zofia Kuratowska, Przewodnicząca Komisji Zdrowia Komitetu Obywatelskiego przy Lechu Wałęsie oraz doc.dr Jan Sabliński i dr Zenon Węgrzynowicz z Instytutu Hematologii, także wychowankowie prof.Kowalskiego. Od władz miejskich Warszawy otrzymano teren na budowę pawilonu, który zostanie wybudowany ze środków krajowych.

Wyposażenie ośrodka stanowić będzie sprzęt obecnej Samodzielnej Pracowni Liofilizacji i Frakcjonowania Instytutu Hematologii, a także nieużywana już, ale pełnosprawna aparatura laboratoryjna przekazywana w darze przez laboratoria i szpitale amerykańskie. Zbieraniem tej aparatury zajmie się dr Bogusław Lipiński, dyrektor H.S.Research Laboratory w Bostonie, zaś fundacja Americares for Poland zadeklarowała gotowość przesyłania tego sprzętu do Polski.

Organizatorzy tej akcji są przekonani, że podjęte działanie w ciągu kilku lat doprowadzi do pełnego wykorzystania oddawanej przez polskie społeczeństwo krwi, zapobieganie jej marnotrawieniu i pozwoli uratować wiele istnień ludzkich, pozostawionych obecnie bez ratunku. Lech Wałęsa, Przewodniczący "Solidarności" i laureat Pokojowej Nagrody Nobla, popiera starania organizatorów ośrodka im.E.Kowalskiego.

Już w lutym zaczęliśmy go rozpowszechniać, szczególnie na terenie USA, gdzie przebywa wielu dawnych naszych kolegów i żyją jeszcze przyjaciele prof.Edwarda Kowalskiego. Szczególne wzruszenie budzi postawa chorych na hemofilię i ich rodzin: wobec braku w I.H. środków, prace przygotowawcze niezbędne do uzyskania lokalizacji są pokrywane głównie z ich składek.

#### O tych - co krew nam psują

Tymczasem wygraliśmy wybory. I stajemy znów wobec pytania, czy poprzestać na wariantcie opracowanym w poprzednim okresie, czy też czekać na decyzję n a s z e g o rządu. Znana jest dramatyczna sytuacja Służby Zdrowia. Każdy dzień przynosi nowe szokujące informacje o indolencji, niegospodarności, nadużyciach, ukrywanych dotąd przez administrację pod pretekstem przestrzegania tajemnicy służbowej czy państwowej. Dotyczy to w dużej mierze Służby Krwi, w której zarządzaniu osiągnięto szczyty absurdu i paranoi.

Krwiodawstwo w Polsce, podobnie jak w większości krajów świata opiera się o krwiodawstwo honorowe, organizowane i propagowane formalnie przez PCK. Z liczby ponad miliona krwiodawców tylko w 10% są to krwiodawcy płatni. Łącznie pobiera się u nas ponad pół miliona litrów krwi. Dokonują tego Wojewódzkie Stacje Krwiodawstwa i podlegające im przyszpitalne punkty krwiodawstwa. Wojewódzkie Stacje podlegają wojewodom i lekarzom wojewódzkim, do których należy dotąd obsadzanie stanowisk dyrektorskich i zapewnienie środków finansowych. Równolegle Wojewódzkie Stacje Krwiodawstwa podlegają Departamentowi Profilaktyki MZIOS, a pod względem merytorycznym Instytutowi Hematologii. Za każdy litr krwi pobranej honorowemu krwiodawcy Wojewódzka Stacja Krwiodawstwa płaci Wojewódzkim Zarządom PCK haracz 4 500 zł. na koszty propagandy i organizacji.

Przetwórstwem wyprodukowanego osocza zajmuje się Warszawska Wytwórnia Surowic i Szczepionek, która podlega kompletnie w tej dziedzinie niekompetentnemu Departamentowi Inspekcji Sanitarnej MZIOS i Głównemu Inspektorowi Sanitarnemu. W galerii decydentów nie można pominąć MON-u, który poprzez swój Departament Wojskowy w MZIOS czuwa, aby Służba Krwi utrzymywała zapasy liofilizowanego osocza na potrzeby wojska. W ten sposób działalność i rozwój krwiodawstwa zostały niemal całkowicie sparaliżowane, a rola Instytutu Hematologii w tym układzie sił zminimalizowana.

Ustawienie organizacyjne służby krwi - praprzyczyna zła wszelkiego - doprowadziło do jej co najmniej dwudziestoletniego zacofania w wyposażeniu w aparaturę, opakowania i środki produkcji. W tej dziedzinie 20 lat to dużo, bardzo dużo. Przyjrzyjmy się bliżej gospodarce krwią, przeznaczoną do stosowania w lecznictwie i na zapasy państwowe na wypadek wojny, katastrof czy klęsk żywiołowych.

Z krwi pobieranej w 85% do szklanych opakowań, nie można oddzielić osocza w sposób całkowicie jałowy. Pozostała po nim masa erytrocytarna może być bezpiecznie stosowana tylko do 48 godzin od pobrania krwi. Po tym terminie można ją użyć, ale dopiero po wykonaniu badań bakteriologicznych, trwających co najmniej 5 dni i niosących ryzyko, że przy pobieraniu próbki preparat masy erytrocytarnej zostanie zakażony. W rezultacie krwiolecznictwo w Polsce opiera się aż w 80% na przetaczaniu krwi pełnej. Utrzymywanie zapasów takiej krwi powoduje jej przeterminowanie, krwinki są wylewane, zaś osocze jako niepełnowartościowe oddaje się Wytwórni Surowic i Szczepionek z przeznaczeniem na produkcję albumin i gammaglobuliny.

Tymczasem spośród chorych leczonych krwią tylko 10% wymaga stosowania krwi pełnej. Innym wystarczy lub wręcz należy podawać tylko niektóre jej składniki, a więc masę erytrocytarną, leukocytową czy płytkową lub takie białka znajdujące się w osoczu, jak czynnik VIII i IX, fibrynogen, albuminy, immunoglobuliny, a nie pełne osocze. Lecznictwo chorych na hemofilię typu A opiera się na stosowaniu tzw. krioprecypitatu otrzymywanego z osocza świeżo mrożonego, ale ciągle jeszcze stosuje się także osocze świeżo mrożone, a nawet krew pełną. Produkcja krioprecypitatu wytwarzanego przez stacje krwiodawstwa pokrywa tylko 50% potrzeb krajowych, a jego stosowanie - pomimo starannego badania krwiodawców - niesie groźbę zakażenia wirusami powodującymi AIDS, cytomegalie czy żółtaczkę typu non-A non-B. Bezpieczne pod tym względem są preparaty oczyszczone i poddane inaktywacji wirusów. Niezwykle drogi import oczyszczonego czynnika VIII, sprowadzanego tylko "na ratunek", pokrywa około 5% minimalnych potrzeb.

Jak podkreślono w "Projekcie", przez brak leczenia, aż u 50% kilkunastoletnich chorych chłopców pojawia się już kalectwo narządów ruchu. W następstwie tego narasta zapotrzebowanie na czynnik VIII, a koszt leczenia niepomiarnie wzrasta. A któż policzy tu ponoszone koszty społeczne?

Nie mniejsze straty ponosi się utrzymując tzw. zapasy państwowe. Tworzy się je z krwi pełnej i liofilizowanego czyli suszonego osocza. Krew pełna już po kilku tygodniach przechowywania nadaje się tylko do produkcji osocza odpadowego, a krwinki do wylania. Jeszcze większe ilości masy erytrocytarnej marnuje się przy produkcji osocza liofilizowanego. Z różnych powodów w Polsce niszczy się rocznie 75 tysięcy litrów masy erytrocytarnej! Przy prawidłowej gospodarce krwią masa erytrocytarna mogłaby zastąpić krew pełną, aż w 90% niepotrzebnie przetwarzaną chorym, lub też w toku plazmaferezy być zwracana krwiodawcom.

Wróćmy jednak do zapasów liofilizowanego osocza. Już w żadnym rozwiniętym i cywilizowanym kraju nie jest ono stosowane w lecznictwie. W powszechnym użyciu są liofilizowane albuminy i one tylko powinny stanowić rezerwy państwowe. Tymczasem u nas corocznie produkuje się suszone osocze, co kosztuje Służbę Zdrowia corocznie 9 miliardów złotych. Po wycofaniu z magazynów wojskowych wrace ono do Wytwórni Surowic i Szczepionek z przeznaczeniem na przerobienie na albuminy, stanowi ono jednak surowiec bardzo złej jakości. To karygodne marnotrawstwo jest od lat w pionie krwiodawstwa powszechnie znane, ale osłaniała go tajemnica wojskowa. Nie można było na ten temat publicznie mówić, a

wszelkie opracowania Instytutu Hematologii krytykujące stan rzeczy, też jako ściśle poufne grzęzły w biurkach szefów Wojskowej Służby Krwi.

Tylko 15% tej krwi, która już teraz jest pobierana do opakowań z tworzyw sztucznych, może być prawidłowo wykorzystana. Wartość rynkowa 1 litra świeżo mrożonego osocza mieści się w granicach 50-60 dolarów, a można z niego wytworzyć leki wartości co najmniej 500 dolarów. Wyprodukowanie w Polsce 1 litra takiego osocza - uwzględniając koszty dewizowe testów do badania krwiodawców - kosztuje 220 tys. złotych.

#### Co robić?

Doświadczenia ostatnich 30 lat pouczają, że odpowiedzialność za podejmowane decyzje, ich realizacja, swobodne dysponowanie środkami materialnymi nie tylko na działalność bieżącą, ale i na inwestycje i import leków, muszą spoczywać w innych rękach. Nawet przeznaczane dotąd na ten cel środki - byle celowo i odpowiedzialnie zużytkowane, a nie beztrosko marnowane - mogłyby w dużym stopniu poprawić sytuację. Należy bezwzględnie:

1. Wyposażyć wszystkie dobrze funkcjonujące punkty krwiodawstwa w wirówki chłodzone, lodówki i zamrażarki.
2. Krew pobierać wyłącznie do opakowań z tworzyw sztucznych, co umożliwi uzyskiwanie jałowych i pełnowartościowych preparatów. Pozwoli to na upowszechnienie plazmaferezy, a w konsekwencji - na zwiększenie produkcji osocza i zapobieżenie marnowaniu masy erythrocytarnej.
3. Wstrzymać natychmiast produkcję osocza liofilizowanego, a w zapasach państwowych sukcesywnie wymieniać je na albuminę.
4. Zbudować dwie wytwórnie preparatów osoczopochodnych.
5. Tworzyć już teraz bazę surowcową i kształcić kadrę specjalistów dla przemysłu leków krwiopochodnych.

Jest oczywiste, że pełna realizacja tych zadań nie nastąpi natychmiast. Ich przedstawienie może natomiast uświadomić naszym nowym władzom groźny fakt, że dalsze odkładanie naprawy pogłębia katastrofę ludzi chorych. Gdyby więc okazały się inertne - i one staną pod pretekstem opinii publicznej. Gdyż nikomu nie wolno psuć polskiej krwi.

P.S. A jednak coś się zmienia.

W ostatnich tygodniach Służba Krwi, z funduszu przeznaczanego na walkę z AIDS, otrzymała 3,5 miliona dolarów, za które zakupiono wyposażenie dla Stacji Krwiodawstwa. Chociaż zaspokoi to potrzeby tylko w 10%, to i tak w znaczący sposób wpłynie na poprawę istniejącego stanu rzeczy. Wiosną 1990 roku prywatna firma "Rowimed" podejmie produkcję opakowań



z tworzyw sztucznych do pobierania krwi i osocza. Na koniec - władze wojskowe obiecują zmianę struktury zapasów państwowych utrzymywanych na wypadek wojny, klęsk żywiołowych i katastrof.

I chyba należy jeszcze tylko życzyć sobie, by Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej poprawiło sposób zarządzania krwiodawstwem i krwiolecznictwem, a także środkami na nie przeznaczonymi. Wtedy reszta będzie zależała od nas, pracowników Służby Krwi.

---

## Lektury

### GENERAL FIELDORF

W gmachu na rogu Ostrobramskiej i Zamienieckiej w warszawskiej dzielnicy Grochów mieszczą się od dawna instytucje służby zdrowia /kiedyś szpital, teraz przychodnia/. Przed kilkunastu laty część ulicy Zamienieckiej przemianowano na ulicę Bieruta, co nie spotkało się z zachwytem pracujących tam lekarzy czy pielęgniarek. Dopiero ostatecznie, po przeszło rocznych staraniach i protestach, raz jeszcze zmienić o nazwę ulicy. Zamiast "im.Bieruta" nazywa się teraz "im.Fieldorfa".

Okazało się wówczas, że większość zatrudnionych tam lekarzy nie wie, kim był Fieldorf. Trudno się temu dziwić. Ten bohaterski generał Armii Krajowej, jedna z najwspanialszych postaci ruchu oporu przeciw okupantowi hitlerowskiemu, został w 1952 roku skazany przez komunistów na karę śmierci na mocy dekretu o "zbrodniarzach hitlerowskich".

Prezydent Bierut nie skorzystał z przysługującego mu prawa łaski i wyrok wykonano. W ciągu następnych lat nazwisko Fieldorfa było objęte zapisem cenzury. Według wyświechtanego zwrotu Bierut przewraca się teraz w grobie na wieść, że "jego" ulicę przyznano teraz właśnie generałowi Fieldorfowi.

x x x

August Emil Fieldorf, posługujący się w Armii Krajowej pseudonimem "Nil", urodził się w Krakowie w 1895 roku. Ojciec był ślusarzem, a potem maszynistą kolejowym. Dalszy ciąg życiorysu przytaczam za aktami sprawy sądowej, w których zachowały się zeznania oskarżonego.

*W 1910 roku ukończyłem 4 klasy gimnazjum humanistycznego w Krakowie, następnie pracowałem dorywczo jako robotnik... W grudniu 1912 roku wstąpiłem do Krakowskiego Związku Strzeleckiego, w którym przeszedłem przeszkolenie rekrucie oraz ukończyłem szkołę podoficerską w stopniu kaprała. W sierpniu 1914 roku wyruszyłem na front rosyjski jako zastępca dowódcy plutonu w stopniu plutonowego I kompanii 4 batalionu I Brygady Legionów Polskich...*

Na pytanie oficera śledczego Ministerstwa Bezpieczeństwa Publicznego Fieldorf szczegółowo opowiada o swej karierze zawodowego wojskowiec, o kolejnych studiach i awansach do stopnia podpułkownika. *W początkach 1937 roku objąłem dowództwo 51 p.p. w Brzeżanach koło Tarnopola, którym dowodziłem do września 1939 roku. W tymże miesiącu pułk został rozbitý przez wojska niemieckie, a ja przedostałem się na Węgry, skąd w styczniu 1940 r. udałem się do Francji.*

W słynnym Coetquidanie Fieldorf ukończył kurs wyższych dowódców i awansowany do stopnia pułkownika. *Gen.Paszkiewicz zaproponował mi objęcie*

funkcji dowódcy pułku tworzącej się wówczas na emigracji armii polskiej lub powrót do kraju w charakterze emisariusza do pracy konspiracyjnej. Fieldorf wybrał powrót do Polski. Wkrótce został ewakuowany do Anglii.

W lipcu 1940 r., dzień przed wyjazdem do kraju, zostałem wezwany przez gen. Sikorskiego, który przeprowadził ze mną rozmowę na temat ówczesnej sytuacji w kraju i na arenie międzynarodowej oraz na temat czekającej mnie pracy konspiracyjnej. W dniu następnym wyjechałem z Anglii do kraju, udając się wyszczoną z góry marszrutą przez Południową Afrykę i inne kraje...

Po przybyciu do Warszawy /wrzesień 1940 r./ zostałem skontaktowany z komendantem głównym ZWZ "Grot" - Roweckim, któremu przekazałem rozkazy od gen. Sikorskiego oraz zameldowałem mu o przydzieleniu mnie do jego dyspozycji... W sierpniu 1942 r. "Grot" powierzył mi zorganizowanie na bazie istniejących oddziałów sapersko-dyweryyjnych ZWZ nowych oddziałów dyweryyjnych do walki z Niemcami dla odciążenia frontu wschodniego, pod nazwą Kedyw /Kierownictwo Dywersji/. Jednocześnie "Grot" mianował mnie komendantem Kedywu Komendy Głównej ZWZ...

Nie jest tu miejsce na dzieje Kedywu, który odegrał tak wielką rolę w latach okupacji hitlerowskiej. Poprzestanę na przytoczeniu kilku zdań z rozkazu generała "Grot" z 22 stycznia 1943 r.: *Cel akcji. Nękanie przeciwnika i zadawanie mu coraz mocniejszych ciosów przez akcję dyweryyjną i sabotażową oraz stosowanie już w chwili obecnej wobec okupanta odwetu za akty gwałtu w stosunku do ludności polskiej. Zaprawianie i hartowanie ludzi do wykonania zadań bojowych w okresie powstania oraz utrzymywanie w społeczeństwie postawy bojowej i przygotowania w ten sposób atmosfery sprzyjającej powstaniu...*

Fieldorf w Powstaniu Warszawskim nie mógł wziąć udziału, gdyż wraz z ludnością cywilną zamieszkującą w opianowanych przez Niemców okolicach ul. Rakowieckiej został osadzony w tamtejszych koszarach wojskowych. Wysiedlony z Warszawy po Powstaniu, trafił pierw do Grodziska Mazowieckiego, a następnie do Częstochowy, gdzie spotkał się z gen. Okulickim jako kolejnym komendantem głównym AK.

Na polecenie Okulickiego zajął się odtwarzaniem struktury organizacyjnej i założeń organizacji "Nie". Któreś z kolejnych spotkań z Okulickim miało się odbyć na wiosnę 1945 r. w Milanówku. Jednakże do spotkania nie doszło, gdyż w międzyczasie zostałem zaaresztowany przez NKWD... Aresztowany zostałem pod nazwiskiem Walenty Gdanicki, pod którym nadal występowałem, nie ujawniając właściwego nazwiska i przynależności organizacyjnej.

Agenci NKWD nie pozapali się, jak gruba ryba wpadła w ich sieć. Dzięki temu Fieldorf - jako Gdanicki - mógł w październiku 1947 r. wrócić ze Związku Sowieckiego. Odnalazł rodzinę i zamieszkał w Łodzi. Ponownie został aresztowany w listopadzie 1950 r. - tym razem już jako

Fieldorf.

Generał Fieldorf stanął przed Sądem Wojewódzkim dla m.st. Warszawy, Wydział IV Karny, dnia 16 kwietnia 1952 r. Niejawna rozprawa trwała tylko kilka godzin. Sąd zastosował wobec oskarżonego artykuł i punkt 1 dekretu PKWN z 31 sierpnia 1944 r. "o wymiarze kary dla faszystowsko-hitlerowskich zbrodniarzy oraz zdrajców Narodu Polskiego". Sędziowie posłusznie wykonali polecenie partii komunistycznej i skazali Fieldorfa na karę śmierci pod zmyślnym oskarżeniem, że Kedyw walczył jakoby z "lewicą", Sąd Najwyższy po kilku miesiącach zatwierdził wyrok. Bierut, jak już o tym była mowa, nie skorzystał z prawa łaski i 24 lutego 1953 roku generał Fieldorf został stracony.

Jeden z podwładnych Fieldorfa, komendant Kedywu Okręgu Warszawskiego, kapitan AK, dr Józef Rybicki /zmarły niedawno/ skorzystał z pierwszej nadarzającej się okazji, by przeciwstawić się zmyśleniom władz bezpieczeństwa, jakoby Kedyw występował przeciw "lewicy". Podczas rozprawy rewizyjnej płk. Władysław Liniarskiego w 1957 r. dr Rybicki zeznał:

*Kedyw nigdy nie likwidował lewicy ani żołnierzy radzieckich. Kedyw likwidował zdrajców, kolaborantów, nigdy lewicę, jak to usiłował wmówić mi w śledztwie Różański i inni. Po zakończeniu śledztwa zaniechałem do MBP listę zlikwidowanych zdrajców, która zachowała się w moim archiwum. Upłynęło od tej chwili dużo czasu, a MBP bliżej się tym nie interesowało. Gdyby osoby zlikwidowane były komunistami, na pewno MBP już dawno zajęłoby się tą sprawą. Wykluczam możliwość, aby pod pokrywką sabotażu hitlerowskiego były dokonywane morderstwa członków lewicy. O osobach, które miały być zlikwidowane, zbierano się bardzo dokładne informacje; w moich aktach archiwalnych podane jest dokładnie, kto, za co, i przez kogo został zlikwidowany...*

W czasie wspomnianej powyżej rozprawy rewizyjnej z 1957 r. świadek Tadeusz Grzmielewski odwołał swe zeznania z 1951 r. mówiąc: *Celem Kedywu była walka z hitlerowcami, dywersja i sabotaż. Kedyw został powołany do życia w 1943 r. w celu prowadzenia sabotażu i dywersji. Akcje bojowe Kedywu następowały na rozkaz komendanta Okręgu. O akcji antylewicowej czy antyradzieckiej Kedywu nie słyszałem, ani meliżanków tej treści nie otrzymałem... Nie potwierdzam i odwołuję zeznania ze śledztwa, ponieważ zostały na mnie wymuszone. Przez czertery dni bez przerwy byłem przesłuchiwany, bity tak, że pod koniec przesłuchania nie wiedziałem, co się ze mną dzieje...*

Rodzina i przyjaciele generała Fieldorfa przez wiele lat żądali jego rehabilitacji. Dopiero w kwietniu 1957 r. - na fali "październikowej" - Generalna Prokuratura wystąpiła z wnioskiem o wznowienie pos-

tepowania na korzyść Fieldorfa, ale skutek był połowiczny. W 1958 r. śledztwo umorzono /pośmiertnie!/"wobec braku dowodów winy oskarżonego". Musiało minąć jeszcze trzydzieści lat i musiały nastąpić znane zmiany polityczne, by w marcu 1989 r. Prokurator Generalny postanowił zmienić postanowienie z 1958 r. i uznał, że "podstawą umorzenia jest stwierdzenie, iż August Emil Fieldorf nie popełnił zarzucanego mu czynu".

x x x

Wszystkie podane powyżej informacje znalazłem w książce Stanisława Marata i Jacka Snopkiewicza pt. "Zbrodnia. Sprawa generała Fieldorfa - Nila". Niestety wydawnictwo /"Alfa"/ nie zadbało o odpowiednie uporządkowanie i zredagowanie zebranych przez autorów materiałów z akt sądowych i innych źródeł. Lektura książki jest przez to utrudniona. Ale autorom należy się uznanie za udokumentowanie jeszcze jednej zbrodni komunistycznej z lat stalinowskich.

Grzegorz Jaszuski

---

### Lektury

#### LESZEK KOŁAKOWSKI

*W 1968 roku władze komunistyczne - po oślawionym "marcu" - amusiły profesora Leszka Kołakowskiego do emigracji. W myśl reguły, że nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło, Kołakowski wkrótce zrobił światową karierę. Jest profesorem Oksfordu, a liczne jego dzieła filozoficzne zostały przetłumaczone na kilkanaście języków. Gdy niedawno przyjechał na krótko do Polski, witano go owacyjnie.*

*Nakładem Niezależnej Oficyny Wydawniczej /NOWA/ ukazały się teraz trzy tomy jego pism rozproszonych z lat 1955-1968" pod wspólnym tytułem "Pochwała niekonsekwencji". Przedmowa, wybór i opracowanie - Zbigniew Mentzel. Poniżej zamieszczamy "Posłowie", napisane przez Kołakowskiego w marcu 1988 r. /RED./.*

#### POSŁOWIE

To nie ja, to kolega! Jest to główna informacja, jaką powinienem podać o niniejszych trzech tomach. W rzeczy samej nigdy przecież nie napisałem żadnych "pism rozproszonych" z lat 1955-68; pisałem jedynie to i owo, drukując tu i ówdzie /lub nie drukując/ na rozmaite tematy, każdą rzecz z osobna. A kto te trzy tomy sporządził? Kolega!

Pierwszym kolegą, który mi sprawę przez telefon wyłożył, był Adam Michnik. "Słuchaj, rzeczce, zgódź się, żebyśmy bez twojej zgody i wiedzy wydali twoje pisma z lat późnych 1950-tych i 60-tych". "Jakie pisma?", zapytałem zdumiony. "Wszystkie, których nie ma w żadnych wydaniach

książkowych". Zadrżałem. "Wszystkie? Wykluczone!" Ale jako człowiek potulny niczym jagnię i wierzący we wszystko, co mi powiedzą, postanowiłem, że trzeba dojść do zgody na temat mojej zgody co do wydania bez mojej zgody pism niektórych.

Wtedy jednak wyłonił się jeszcze groźniejszy kolega i właściwy twórca owych "pism rozproszonych", czyli Zbigniew Mentzel. Okazało się, ku mojej zgrozie, że odnalazł on i przeczytał wszystko, co kiedykolwiek gdziekolwiek drukowałem, a w niektórych przypadkach nawet nie drukowałem, lecz tylko napisałem, włączając rzeczy ogłoszone nawet w żłokiem egzotycznych miejscach i takie, o których istnieniu sam dawno zapomniałem: wszędzie złośliwie dotarł, niczego nie przepuścił, wszystko zapamiętał. I oto wynik.

Wynik potwierdza jedno z praw nauki, jakie odkryłem, a które głosi: im więcej napiszesz, tym więcej głupstw napiszesz. Nie chcę przez to nieskromnie twierdzić, że te trzy tomy składają się z samych głupstw; gdybym tak mniemał, nie przystałbym, mimo przyrodzonej dobroduszości, na ich wznawianie, choćby ożęściowe. Jednakże przeglądając je, nieraz po trzydziestu i więcej latach od chwili napisania, zauważyłem, że wiele - chyba większość - jest takich, których dziś nie napisałbym albo wcale, albo przynajmniej w taki sposób, jak napisane zostały. Dotyczy to zarówno tych kilku rzeczy, które nieoczekiwanie dla mnie stały się, w chwili ogłoszenia, zasłużenie czy nie, pewnego rodzaju krótkotrwałą sensacją z politycznych powodów, jak też, w niektórych przynajmniej przypadkach, esejów filozoficznych.

Znaczna ożęść przyczynków na tematy polityczne lub "ideologiczne" pomieszczonych w tomie drugim pisana była ze stanowiska, jak to się zwykle mówić, rewizjonistycznego. Rewizjonizm w Europie środkowej i wschodniej w latach 1950-tych, 60-tych był próbą takiego zreformowania komunistycznych ustrojów, aby zaszczeić w nich poszanowanie dla prawdy i argumentów logicznych, dla zdrowego rozsądku, dla wartości demokratycznych, praw obywatelskich, sprawności ekonomicznych i innych rzeczy czcigodnych, ale tak, by rdzeń systemu ostał się przy tych naprawach. Było to stanowisko niespójne wewnętrznie, jako że ów rdzeń na tym właśnie polega, by wszystkie te rzeczy czcigodne konsekwentnie rujnować. Dzięki tej niekonsekwencji jednakże rewizjonizm miał w tych latach niejaką skuteczność i chociaż, z jednej strony, przyczyniał się do podtrzymywania mylnej wiary, iż komunizm da się zreformować na podstawie własnych swoich założeń ustrojowych, to w ogólnych wynikach, jak wolno sądzić, miał głównie destrukcyjną rolę i demontował stopniowo

wszystkie części urzędowej ideologii marksizmu-leninizmu.

Zarówno postęp owego demontażu, jak też wewnętrzne niespójności, właśnie wspomniane, sprawiły, że rewizjonizm mógł być tylko prowizoryczną formacją i w pewnym momencie mało co do zrewidowania zostało. Okazało się, że komunizm jest wprawdzie w tym sensie reformowalny, iż presja społeczna i katastrofy ekonomiczne, jakie powoduje, mogą go zmuszać do cząstkowych przemian zgodnych z aspiracjami społeczeństwa, że jednak wszystkie te zmiany są objawami jego niedożętnienia i sprzeciwiają się jego własnej naturze takiej, jaka wyznaczona jest zarówno przez jego ideologiczne, bardzo wyraźne i niedwuznaczne samo-definicje, jak przez jego historię; innymi słowy, że, o ile komunizm może się poprawiać, to tylko w ten sposób, iż staje się mniej, nie zaś bardziej komunistyczny, iż rozkłada się nie zaś regeneruje.

Krytyka polityczna i ideologiczna z lat 1950-tych i 60-tych uprawiana w rewizjonistycznym duchu nie ma zatem, jak sądzę, czynnego odniesienia do dzisiejszej sytuacji. To, co na te tematy w tamtych latach pisałem, może być użyteczne jako w przybliżeniu wierne - tak przynajmniej sobie wyobrażam - kompendium "ducha rewizjonizmu" z owych czasów, nie zaś jako komentarz do przemian, które dziś się dzieją.

Analogiczną uwagę można poczynić w odniesieniu do teorii marksistowskiej, o której mowa w niektórych pomieszczonych tu esejach. Ówczesne próby regeneracji marksizmu, podejmowane przeze mnie i wielu innych ludzi, muszą wydawać się, z dzisiejszej perspektywy, dwuznaczne. Z jednej strony godziły w leninowsko-stalinowską wersję marksizmu, rażąco prostacką i ordynarną, intelektualnie jałową i sprowadzoną do narzędzia każdorazowo potrzebnej propagandy politycznej. Z drugiej strony utrwały przypuszczenie, że marksizm, odpowiednio przerobiony, uzupełniony; zrewidowany i odmłodzony, może nadal być skutecznym instrumentem analizy współczesnego świata. Oczekiwania takie były wszelako próżne. Nie wiemy, co by się stało, gdyby nie zaszła, w czasie pierwszej wojny światowej, seria nadzwyczajnych przypadków historycznych, w których wyniku marksizm został praktycznie zmonopolizowany przez nowy totalitarny i rychło upaństwowiony ruch, oddany na jego usługi i wycyty z intelektualnych funkcji samodzielnych i gdyby ostała się i zwyciężyła wersja marksizmu uprawiana przez środkowo-europejskich centrystów w ruchu socjaldemokratycznym. Pytanie jest nierozstrzygalne, a stało się to, co się stało: ów "euro-marksizm" niemal uwiadł - choć skromne jego przedłużenia nadal wegetują - a azjato-marksizm leninowsko-stalinowski ostał się na dziesięciolecia. Pisarstwo Marksa pozostało z pewnością ważnym składnikiem intelektualnej historii Europy, lecz zdawać się na jego zasoby - choćby nie wiedzieć jak odświeżone - w badaniu i krytyce

dziesiętyszych społeczeństw tyle służy, co czytanie dzieł Kartezjusza jako nadal ważnego podręcznika fizyki /a nikt nie zaprzeczy, że trzeba dzieła Kartezjusza czytać/.

Niektóre z esejów czy felietonów tu zawartych były skonfiskowane przez cenzurę; niektóre inne doznały cięć cenzuralnych, których odtworzyć niepodobna. Tam, gdzie chodziło o kwestie drażliwe, stosowaliśmy nieuchronnie wszyscy - mówię o sobie i swoich kolegach podobnej formacji - pewien stopień auto-cenzury w doborze wyrażen i w stopniu jednoznaczności wykładu, jeśli pisaliśmy cokolwiek z intencją publikacji - stosownie do wiekami uświęconego zwyczaju. Rozmiarów tej auto-cenzury wymierzyć nie sposób, zależało nam jednak na tym, aby przez niepełną wypowiedź pełny sens jakoś do głosu dochodził. Wielu z nas - mówię nadal o tych samych uczestnikach rewizjonistycznego nurtu, a więc o ludziach rodowodu komunistycznego - przestało się uważać za komunistów w rozpoznawalnym sensie dość wcześnie, w ciągu 1955-go roku, większość jednak /wśród nich i ja sam/ przechowała swoje partyjne legitymacje w mniemaniu - nie całkiem może błędnym, gdy je abstrakcyjnie wysłowić, ale w sumie bodaj mylącym i dopuszczającym zbyt wiele dwuznaczności - że skoro partia jest jedyną czynną formą życia politycznego, warto z tej formy korzystać na rzecz jakichś ulepszeń w życiu społecznym oraz że byłoby przeciwskuteczne pozostawiać to jedyne forum w rękach stalinowskich obskurantów. Mniemanie to, powtarzam, nie było może całkiem oparte na urojeniu, o ile obecność w partii znacznej ilości ludzi tego rodzaju ułatwiała korozję ideologiczną systemu, biorąc jednak pod uwagę całe dossier rządów komunistycznych, a także ich przyszłe możliwości - nawet oglądane z perspektywy października 1956 - przyniosło, być może, więcej szkód niż pożytku /jeśli już abstrahować od zasadniczej godziwości takich decyzji/, tym bardziej, że nikt z nas nie był aparatczykiem partyjnym, nie pełnił funkcji publicznych /chwalić Boga/ i nie miał wpływu na żadne decyzje polityczne; w samej rzeczy ci, co takie funkcje pełnili i, pełniąc je, na podobne motywy się powoływali /"należy być w środku, aby mieć wpływ na wydarzenia i przeciwdziałać restalinizacji partii i kraju"/, mieli na pozór lepsze dla siebie usprawiedliwienie; nie robili jednak prawie nic /nie bez nielicznych wyjątków/, aby to usprawiedliwienie potwierdzić. Ci, co te czasy pamiętają, docenią oględność mojej formuły.

Inną osobliwością, która mnie w tych tekstach, po dziesięcioleciach oglądanych, uderzyła, było nadmierne /zwłaszcza w rzeczach wcześniej sporządzonych/ przywiązanie do tradycji racjonalistycznej, do któ-



rej dzisiaj z większymi ograniczeniami gotów byłbym się przypisać. Chociaż bowiem nie dzieliłem wtedy różnych przesądów, jakie z tą tradycją, a przynajmniej pewną jej wersją, były związane - a więc, na przykład, wiary w "prawa historyczne", a także wiary, że racjonalizm, jako pewna teoria poznania, jest samo-ugruntowanym i samo-uprawomocniającym stanowiskiem - to jednak nadal chyba przez jakiś czas sądziłem, że reguły racjonalizmu są stosowalne w kwestiach metafizycznych lub teologicznych z takim samym powodzeniem, jak w naukowych, nie uświadamiając sobie wyraźnie, że pytania o "całość", chociaż w granicach tych reguł nierozstrzygalne, narzucają się w przymusowy niejako sposób umysłowi i próżno je dekretem filozoficznym unieważniać. Myślę, że ślady racjonalistycznych uprzedzeń tak pojętych obecne są w niektórych miejscach mojej pisaniny.

Rzecz ta wiąże się ze stosunkami moim do tradycji myśli, wiary i kultury chrześcijańskiej. Nie byłem zupełnym ignorantem w tych sprawach, lecz sprawa wcale nie polega na stopniu wiedzy lub niewiedzy. I chociaż nadal nie myślę wcale, by należało mieć jakiegokolwiek zahamowania w krytycznym rozbiorze rozmaitych stron dziejów chrześcijaństwa i Kościoła, ani nie myślę, by z doraźnych powodów należało poprzestawać na globalnej apologetyce, chociaż nie widzę powodów, by również dzisiaj kultura chrześcijańska była poza zasięgiem krytyki - uprawianej zresztą nieraz przez wybitnie w tej tradycji osadzonych chrześcijan - to jednak nie uświadamiałem sobie, jak sądzę, owego "geniuszu chrześcijaństwa", który można wykryć i wysledzić w jego dziejach poza wszystkimi ludzkimi pasjami, przywarami i grzechami, jakie nieuchronnie przylepiają się do wszelkich poczynañ naszych - w religii nie mniej, niż w polityce, sztuce, filozofii i w życiu codziennym. Widzę pewno lepiej dzisiaj, że na przekór wszystkim swoim ułomnościom, przechował się w cywilizacji chrześcijańskiej, od czasów Ewangelii do naszych dni, rdzeń twardy, który jest zarazem rdzeniem Europy jako przestrzeni duchowej, i że ze rdzenia tego promieniuje energia, dzięki której możemy stać wobec niewiadomej przyszłości w nadziei, nie zaś w paraliżującej grozie i zatruwaniu. Kończąc na tej dwuznaczności.

Oxford, 19 marca 1988

---

## Korespondencja

### "KULTURA" I DR A. MARGOLIS-EDELMAN

*W paryskiej "Kulturze" /Nr 7-8 z 1989 r./ ukazała się notatka szkalująca Fundację Społeczną "Solidarności". Zamieszczała w Paryżu dr Alina Margolis-Edelman wysłała do redakcji "Kultury" list wyjaśniający sprawę. Redakcja listu nie ogłosiła. Poniżej zamieszczamy oba teksty. RED.*

27-5-89

P. Barbara Johnson przekazała milion dolarów na konto Fundacji Solidarności Robotniczej, założonej przez Lecha Wałęsę, który w 1987 roku przekazał na tenże cel milion dolarów, przyznanych "Solidarności" przez Kongres Stanów Zjednoczonych. Decyzja ta została podjęta bez konsultowania "Solidarności". W ub. roku Kongres Stanów Zjednoczonych przyznał Fundacji drugi milion dolarów. Jak dotąd nie zostało ogłoszone sprawozdanie z działalności tego Funduszu, natomiast jest zaskakujące, że Fundusz nie udzielił żadnej pomocy organizacji S.O.S. Solidarność w Paryżu prowadzonej przez dr Alinę Margolis-Edelman, która z największym poświęceniem zajmuje się pomocą dzieciom z Kraju /m.in. dzieciom członków "Solidarności", które wymagają leczenia specjalistycznego na Zachodzie/. S.O.S. "Solidarność" korzysta jedynie z ofiar emigracji polskiej, coraz bardziej malejących.

Paryż. 5 września 1989

Wielce Szanowny Panie Redaktorze,

W 7-8 numerze Kultury na str. 204 znalazłam notatkę dotyczącą Funduszu SOS w Paryżu nazwanym mylnie Funduszem Solidarności /pełna nazwa organizacji brzmi: Fundusz SOS Pomocy Chorym w Polsce/. W notatce tej, która kwestionuje funkcjonowanie Społecznej Fundacji Solidarności Robotniczej powołanej przez Lecha Wałęsę dla złagodzenia dramatycznej sytuacji polskiej medycyny, wysunięty został zarzut, że nie udzieliła ona żadnej pomocy naszej organizacji SOS.

W związku z tym pragnę wyjaśnić, że Fundusz SOS w Paryżu nastawiony był początkowo jedynie na indywidualną pomoc chorym, których właściwe rozpoznanie i leczenie jest w obecnych warunkach niemożliwe w kraju. Poszczególni chorzy, dzieci i dorośli zostają w tym celu sprowadzeni na Zachód, innym wysyłano leki i sprzęt medyczny. Później, działalność Funduszu SOS została rozszerzona o szkolenie lekarzy oraz organizowanie kontaktów między niektórymi ośrodkami specjalistycznymi w Polsce

i we Francji, a następnie - o bezpośrednie działanie w kraju. Pierwszą inicjatywą tego typu jest stworzenie w Warszawie Krajowego ośrodka wykrywania i leczenia niedosłuchu u dzieci oraz uruchomienie produkcji aparatów słuchowych nie istniejących praktycznie na rynku krajowym.

Otóż, jest oczywiste, że zadaniem Społecznej Fundacji Solidarności Robotniczej dysponującej pieniędzmi Kongresu amerykańskiego nie mogła być i być nie może indywidualna pomoc wybranym chorym. Natomiast od samego początku, po roku po jej powstaniu i jeszcze przed jej zarejestrowaniem, Społeczna Fundacja Solidarności Robotniczej rozpoczęła współpracę na zasadzie partnerstwa z Funduszem SOS oraz ze stowarzyszeniem p. Danielle Mitterrand-France Libertés w realizowaniu warszawskiego ośrodka dla dzieci niedosłyszających a także w finansowaniu szkolenia lekarzy. 15 marca 1988 Społeczna Fundacja Solidarności Robotniczej przyznała Funduszowi SOS na te cele 200 000 dolarów.

Społeczna Fundacja Solidarności Robotniczej została zarejestrowana po długiej walce w marcu 1989 r. Do tego momentu nie mogła występować w kraju jako dysponent prawny funduszy przekazanych przez Kongres amerykański. Natychmiast po rejestracji Fundacji przystąpiono do organizacji nowoczesnego ośrodka kardiologicznego w Gdańsku oraz rozpoczęto przygotowania do akcji wykrywania raka piersi u kobiet przy pomocy sprzętu diagnostycznego, który zostanie zakupiony na Zachodzie i zainstalowany w trzech miastach polskich.

Myślę, że to wyjaśnienie sprostuje fałszywy pogląd, jaki na podstawie zamieszczonej notatki mogli sobie wyrzucić czytelnicy Kultury na sprawę działalności tych, którzy usiłują zaradzić tragicznej sytuacji zdrowotnej polskiego społeczeństwa.

Przy okazji pragnę zaznaczyć, że Fundusz SOS Pomocy Chorym w Polsce w selekcji pacjentów sprowadzanych na Zachód kieruje się wyłącznie wskazaniami lekarskimi, nie na miejscu jest więc złośliwe zdanie o pomocy "m.in. dzieciom członków Solidarności", a także, że Fundusz SOS korzysta nie tyle z ofiar emigracji polskiej, faktycznie niewielkich, ale głównie z pomocy instytucji i donatorów francuskich, amerykańskich, kanadyjskich i innych a także ... paryskiej Kultury.

Z wyrazami szacunku i poważania

Alina Margolis-Edelman

A.Margolis-Edelman  
52, rue Dutot  
75015 Paris

Kolegium redakcyjne: *Zbigniew Chłap, Grzegorz Jaszewski,*  
*Zofia Kuratowska /red.nacz./,*  
*Edmund Wnuk-Lipiński, Krzysztof Wojtyłło,*  
*Ewa Wolak, Alicja Gil /red.tech./*

Pismo Społecznej Komisji Zdrowia

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

Cena: 500 zł.

cena 500,-