

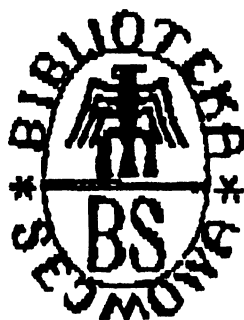
OKRĄGŁY STÓŁ

PODZESPÓŁ DO SPRAW ZDROWIA

STENOGRAM

z pierwszego posiedzenia Podzespołu do Spraw Zdrowia

w dniu 18 lutego 1989 r.



WARSZAWA 1990

Stenogram sporządziła : Rada Krajowa PRON



Inw. 46028

S T E N O G R A M
=====

z obrad Podzespołu do Spraw Zdrowia w dniu 18.02.1989 r.

/Obradom przewodniczy: Andrzej Wojtczak:

Panie Doktorze! Szanowni Państwo! Rozpoczynając obrady podzespołu do spraw zdrowia chciałbym powitać serdecznie wszystkich uczestników obrad i życzyć, aby nasza wymiana zdań i poglądów doprowadziła do wypracowania rozwiązań, których celem powinno być poprawa stanu zdrowia, naszego społeczeństwa, poprawa pracy opieki zdrowotnej, jej dostępności i jakości świadczeń oraz satysfakcja zawodowa i życiowa pracowników służby zdrowia.

Mówiąc o zdrowie społeczeństwa zwykliśmy rozpatrywać tę sprawę przez pryzmat podnoszenia sprawności służb medycznych. Pogląd ten uznaje walkę z chorobami jako podstawy zapewnienia zdrowia społeczeństwa i prowadzi do biernej jego postawy, poddających się ludzi działaniu służby zdrowia jako eksperta w tej walce.

Jest on wynikiem przekonania o istnieniu pełnej zależności między działaniami ukierunkowanymi na zwiększenie zasobów służby zdrowia, a poprawą stanu zdrowia społeczeństwa. Natomiast szersze, społeczne warunki ochrony zdrowia są z reguły pomijane, a jeśli wspomniane, to bez prób rozwinięcia praktycznych działań. Taka postawa niestety dominuje wielokrotnie nadal.

Nie umniejszając w żadnym wypadku roli działalności naprawczej, w walce z chorobami i ich konsekwencjami, jest

rzeczą zasadniczym znaczeniu, by uznać, że opieka medyczna jest tylko jednym spośród wielu czynników, które mają wpływ na zdrowie społeczne.

Skuteczne rozwiązanie problemów zaspokojenia potrzeb zdrowotnych wymaga rozróżnienia dwu zakresów naszych działań. Po pierwsze - ochrony zdrowia przed współczesnymi zagrożeniami wynikającymi z warunków ekologicznych, warunków bytowania i pracy, sposobu żywienia i stylu życia, w których takie czynniki jak nikotyzm, alkoholizm, brak aktywności fizycznej należą do czynników zdrowie niszczących.

I po drugie - opieki zdrowotnej wykorzystującej profilaktyczne i lecznicze zastosowanie wiedzy i technologii medycznej, które stanowią pewien bardzo ważny, ale fragment systemu ochrony zdrowia.

Jeżeli chodzi o ten pierwszy obszar działań, a więc ochronę zdrowia, to trzeba również podkreślić i to, że choć z oporami, to jednak coraz szerzej zaczyna zwyciężać zawarty już w Konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia spojrzenie na zdrowie, nie jako brak choroby, lecz jako wartość pozytywną, o znaczeniu ekonomicznym i jeden z głównych zasobów gospodarki narodowej.

Zyskuje ono powoli uznanie zarówno polityków społeczeństwa, jak i profesji medycznych. Tylko zdrowe społeczeństwo jest zdolne do tworzenia dóbr materialnych i kulturowych, oraz własnego rozwoju i satysfakcji.

Dlatego też wszelkie wysiłki zmierzać powinny do jego utrzymania, umacniania, a więc promocji zdrowia tak ważnego działania państwa przy aktywnym współudziale całego społeczeństwa.

I dlatego też muszę wyrazić niepokój, nie tylko z wielce niezadowolającego aktualnego stanu zdrowotności naszych współobywateli, na co przede wszystkim rzutuje występowanie tak zwanych chorób cywilizacyjnych, ale przede wszystkim niepomyślnych prognoz do roku 2000 i dalej.

Wynik industrializacji, migracji ludzi z wsi i miast, zmiany stylu życia wiodącego do zmiany i sposobu żywienia i wielokrotnie alkoholizmu, nikotynizmu i stresów przeszły i znalazły wyraz w stanie zdrowotności wielu krajów, które znacznie wcześniej przeszły okres uprzemysłowienia.

W tej chwili jesteśmy świadkami tego narastania bardzo niepokojącego tych chorób cywilizacyjnych w naszym kraju.

Dotychczasowa sytuacja w zakresie zapadalności i umieralności z powodu chorób układu krążenia w naszym kraju upoważnia do spodziewania się w przyszłości liniowego przyrostu rozpowszechnienia tych chorób. Jeśli nie nastąpi skuteczne i szybkie przeciwdziałanie. Przyniosłby on w roku 2000 liczbę około 680 zgonów na 100 tys. ludności, a w przypadku utrzymania się tendencji do 2010, blisko 800. A więc w porównaniu z obecnymi około 500.

Obserwowane tendencje występowaniu nowotworów złośliwych przy założeniu trafności przewidywania zmian struktury demograficznej pozwalają prognozować wzrost do roku 2010 u mężczyzn o 30 %, u kobiet o 20 %. Szczególnie niepokojący jest fakt, rozpowszechnienia się znacznego raka płuc, raka oskrzeli, raka krtani, a więc nowotworów typowo tytoniozależnych co najmniej w 80-85 % przypadków.

Do tego trzeba dodać przyczynę umieralności jaką stanowią wypadki w domu, pracy, na ulicy. W Polsce przeciętnie ginie

każdego dnia 75 osób. Biorąc pod uwagę, że w wypadkach ulicznych, a również i w innego rodzaju wypadkach alkohol jest czynnikiem przyczynowym, nawet do 70 % przypadków, rzuca to światło na znaczenie zachowań jako przyczynę zgonów w okresie życia najbardziej twórczego i ekonomicznie wydajnego.

Dodać należy, że w Polsce z około 370 tys. zgonów w roku 1988, około 35 % nastąpiło w wieku poniżej 65 lat, a więc w najbardziej twórczym i wydajnym okresie życia, a wymierne skutki ekonomiczne wyrażają się utratą nie wyprodukowanych dóbr, zasiłkami, wydatkami związanymi z leczeniem rehabilitacją, oraz zapewnieniem bytu osobom niepełnosprawnym zasługującym na lepszy los.

Biorąc pod uwagę, że czynniki, które determinują, to niemal epidemiczne narastanie wspomnianych chorób, wiążą się ze stanem środowiska, w którym żyjemy oraz z zachowaniami zdrowie niszczącymi, całkowicie zmienia perspektywę spojrzenia na działania opieki zdrowotnej.

Na stan zdrowia ludzi mają więc zarówno wpływ czynniki genetyczne jak i te, związane z paleniem ~~xx~~ tytoniu, nadużywaniem alkoholu, leków, nieprawidłowe odżywianie, warunki zamieszkania i pracy, otaczające środowisko, a nie tylko opieka medyczna.

Sprawa więc działań zapobiegawczych urasta do najbardziej istotnego problemu, który zadecyduje o stanie zdrowia społeczeństwa i będzie wyznaczał problemy opieki zdrowotnej i medycznej na lata następne.

W tym kierunku idą prace nad założeniami Narodowego Programu Zdrowia, mającego stanowić operacjonalizację opracowanego przed trzema laty międzyresortowego dokumentu

cele i zadania polskiego programu zdrowie dla wszystkich w roku 2000.

W procesie opracowywania, a następnie wdrażania programu jako że źródło czynników ryzyka znajduje się przeważnie poza bezpośrednim zasięgiem sektora zdrowia, potrzebne są działania obejmujące różne resorty społeczne i gospodarcze. Zastosowane muszą być metody sumujące się w swych efektach, takie jak kształcenie, informacja zdrowotna, legislacja, odpowiednie finansowanie programów, działania organizacyjne, administracyjne oraz pełne włączenie się środków masowego przekazu.

Zasadniczą sprawą jest świadomość i wiedza ludzi, na temat czynników zdrowie umacniających i niszczących. Realizacja tego programu i ~~stworzenie~~ stworzenie tego programu, dopracowanie tego programu będzie zadaniem niezmiernie trudnym, kosztownym i wymagającym zarówno współdziałania wielu sektorów gospodarczych, a przede wszystkim aktywnego udziału społeczeństwa, pełnej decentralizacji działań i uspołecznienia.

Powyższy obszar działań zmierzających do poprawy stanu zdrowia społeczeństwa, wymaga zdaniem naszym najwyższej uwagi i wspólnego zastanowienia się nad drogami rozwiązań w tym tak trudnym społecznie i ekonomicznie okresie.

Bowiem wszyscy jesteśmy świadomi, że bez podjęcia aktywnych działań włączających całe społeczeństwo, które procentować będą niestety w nie najbliższym horyzoncie czasowym, nie możemy spodziewać się poprawy stanu zdrowia naszych współrodaków nawet przy bardzo radykalnej reformie systemu opieki zdrowotnej i wzmocnieniu jego zasobów.

Drugim obszarem wymagającym energicznych i radykalnych działań jest opieka zdrowotna, a w jej ramach opieka medycz-

na. W tym kierunku zmierzają propozycje reform systemu opieki zdrowotnej zawarte w dokumencie kierunki i założenia systemu opieki zdrowotnej i społecznej, który został ostatecznie zatwierdzony przez komitet społeczno-polityczny Rady Ministrów i który wkrótce podany zostanie do wiadomości wszystkich pracowników służby zdrowia.

Założenia te wymagają wielu prac realizacyjnych, do których opracowania wszyscy są zaproszeni. Trzeba powiedzieć, że zjawiska rodzące potrzebne zmiany narastały przez wiele lat wraz z funkcjonowaniem systemu scentralizowanego i administracyjnego zarządzania służbą zdrowia. I choć przez wszystkie minione lata rozwiązyaliśmy wiele problemów i medycznych i zdrowotnych społeczeństwa, zbudowaliśmy infrastrukturę leczenia, i wykształcone zostały kadry medyczne, mające zdaniem nie tylko moim, bardzo dobrą reputację w świecie, to jednak stoimy dziś przed koniecznością radykalnych zmian systemu, który nie odpowiada obecnym i przyszłym potrzebom oraz naszym aspiracjom.

Ujmując bardzo ogólnie najważniejsze zdaniem moim niedostatki należy zwrócić uwagę na - po pierwsze - nadmierną centralizację decyzji z przewagą administracyjnych instrumentów oddziaływania, a tym samym zbyt małą samodzielność zakładów służby zdrowia, społeczności tam pracującej oraz lekarzy.

I drugie - na zerwanie więzi pomiędzy wielkością środków przeznaczanych na opiekę zdrowotną, a rzeczywistymi kosztami jej funkcjonowania przy braku mechanizmów racjonalizacji wykorzystania zasobów.

Lista niedostatków i słabości obecnego systemu organizacyjnego jest długa i można ją rozbudowywać. Chciałbym jednak

wyrazić moją głęboką nadzieję, że w czasie naszej dyskusji mniejszy nacisk położymy na jej uzupełnianie i rozbudowywanie, ale postaramy się znaleźć właściwe rozwiązania tych niełatwych problemów, a tak istotnych dla zdrowia naszego społeczeństwa.

Reforma systemu opieki zdrowotnej wiedzie do zerwania z praktyką administracyjnego, nieskutecznego i nieefektywnego kierowania służbą zdrowia. Te mechanizmy muszą być zastąpione społeczno-ekonomicznymi stymulatorami, zapewniającymi samoregulację systemu, jego zdolność do adoptowania się do zmieniających się potrzeb społecznych i zdrowotnych.

Jednolita struktura organizacyjna potrzebna w układzie nakazowo-rozdzielczym nie pozwala na elastyczne dostosowanie rozwiązań organizacyjnych, a także rozwiązań funkcyjnych do warunków lokalnych. A administracyjne zarządzanie z oddali odsuwa na daleki plan współudział społeczeństwa w działaniach na rzecz opieki zdrowotnej. Dlatego następuje i nastąpić musi pełna decentralizacja opieki zdrowotnej oraz jej finansowanie. Powinno to sprzyjać również skutecznemu i efektywnemu wykorzystaniu środków finansowych tak aparatury i wyposażenia.

Podstawowa opieka zdrowotna stanowiąca poziom kontaktu ze społecznością powinna zapewnić wysokiej jakości świadczenia ludziom w miejscu zamieszkania i w pracy, gwarantując kompleksowość i ciągłość procesu opieki zdrowotnej, świadczonej przez różne poziomy systemu zdrowia i ochrony zdrowia.

Szczególne rola przypada tu udziałowi społeczności lokalnej, które powinny mieć możliwość współdecydowania o rozwiązaniach organizacyjnych.

Innym elementem tego nowego systemu, który zakłada reforma musi być uspołecznienie procesów podejmowania decyzji i to zarówno w obszarach gospodarki kształtujących warunki zdrowotne jak też w zarządzaniu zakładami służby zdrowia i opieki społecznej, gdzie o funkcjonowaniu zakładu i wykorzystaniu środków współdecydować powinien samorząd pracowniczy i zawodowy.

Uspołecznienie ochrony zdrowia oznaczać powinno również zwiększenie poczucia odpowiedzialności obywateli za własne zdrowie i za warunki funkcjonowania zakładów opieki zdrowotnej.

Zmianie ulegnie rola ministerstwa, które ociążone z bezpośredniego administrowania opieką zdrowotną, powinno skoncentrować się na strategicznych problemach polityki zdrowotnej, prognozowaniu i planowaniu, rozwoju ochrony zdrowia, określaniu standardu i minimów jakościowych i wyposażeniowych, oraz inicjowaniu i koordynacji wieloresortowych programów zdrowotnych z mocą stanowiącą.

Zasady ekonomicznej racjonalizacji powinny być również wprowadzone do systemu płac, gdzie podstawą powinny być zakładowe systemy wynagradzania wiążące wysokość indywidualnych zarobków, z bezpośrednim indywidualnym wkładem pracy, jej wartością, ilością i jakością, a także z efektywnością gospodarowania zasobami zakładów.

Wypracowanie wspólne zasad takich systemów najlepiej odpowiadających potrzebom i satysfakcjonujących współpracowników służby zdrowia, byłoby istotną kontrybucją naszych zespołów.

System ochrony zdrowia powinien być zdolnym do zapewnienia pełnej opieki zdrowotnej począwszy od zapobiegania chorobom, poprzez promocje zdrowia, rozpoznawanie i leczenie

chorób oraz rehabilitację, a to wymaga pracy zespołowej, obejmującej różne profesje, nie tylko medyczne. I stąd rola lekarza nie zastąpiona w procesie diagnostyczno-lecznicznym w opiece zdrowotnej okupuje nadal zasadnicze ale nie jedyne miejsce. Stąd konieczność dyskusji nad prawidłowym podejściem do pracy zespołowej, prawidłowym uwzględnianiem specyfiki zawodowej i interesów różnych profesji obejmowanych wspólną nazwą "służba zdrowia".

Nieodzowna jest głęboka reorientacja procesów kształcenia kadr medycznych w dostosowaniu do tych nowych potrzeb i konieczność efektywniejszego systemu specjalizacji i kształcenia ciągłego personelu służby zdrowia.

Bez odpowiednio wykształconej i przygotowanej kadry z odpowiednimi umiejętnościami i reorientacją oraz pełnego wsparcia innych resortów cele zmierzające do poprawy stanu zdrowia społeczeństw nie będą realizowane zgodnie z zamierzeniami.

Jedną z podstawowych spraw jest sprawa finansowania działalności opieki zdrowotnej. Kierunki reformy zakładają, że docelowym źródłem finansowania działalności profilaktycznej leczniczej i rehabilitacyjnej, będzie Fundusz Ubezpieczeń Zdrowotnych, który oparty byłby o składki ubezpieczeniowe wnoszone przez wszystkie osoby fizyczne i prawne, prowadzące działalność gospodarczą na terenie kraju, przy czym przewiduje się zróżnicowanie składki w zależności od warunków pracy i ~~stanu~~ stanu środowiska ekologicznego. Dopuszcza się także różnorodność ubezpieczeń prywatnych. Jest to zagadnienie mogące mieć podstawowe znaczenie dla poprawy finansowego zasilania i racjonalizacji działań opieki zdrowotnej i stąd poddaje ją pod

rozważę wszystkich uczestników.

Konieczne są posunięcia prowadzące do pełnego zaopatrzenia w leki i zaopatrzenie medyczne poprzez rozbudowę przemysłu krajowego, przy stosowaniu różnych form współpracy z firmami zagranicznymi, ^zstworzonych ostatnio warunkach podstawowych.

Niezależnie od tego, nieodzowna jest racjonalizacja użycia leków. Sytuacja w tym względzie w porównaniu z innymi krajami jest niezadowalająca. I tak na przykład jeżeli chodzi o stosowanie antybiotyków, to w porównaniu ze Szwecją jest o 30 %, a z RFN o 150 % wyższe. Konieczne będzie więc wprowadzenie odpłatności za leki refundowanej, w pełni lub częściowo.

Można rozważać wprowadzenie zamiast bezpłatnych leków dla niektórych grup pracujących odpowiednio skalkulowany dodatek w skali rocznej, dla rencistów zachować bezpłatność, przy wprowadzaniu stałej wysokości opłaty za leki. Rozwiązań tych może być dużo, poddaję to tylko jako hasło wywoławcze pod dyskusję uczestników.

Wyrażam nadzieję, że w toku dyskusji zbiorową mądrością potrafimy zaproponować rozwiązania służące radykalnej poprawie tej sytuacji.

Wreszcie ważnym zagadnieniem jest danie satysfakcji pracownikom służby zdrowia, którzy przez lata nieodpowiednio opłacani i niedowartościowani padają w frustrację. Konieczne są posunięcia, które pozwolą na odzyskanie społecznego prestiżu, roli w życiu społeczno-politycznym kraju, zawodowej satysfakcji oraz materialnego statusu.

W przypadku lekarzy, nadzieje można wiązać z samorządem lekarskim, który może spełnić istotną rolę, szczególnie w warunkach reformy systemu opieki zdrowotnej, decentralizacji

i uspołecznienia i równouprawnienia sektorów państwowego, spółdzielczego i prywatnego. Jest to zagadnienie, które mu również powinniśmy poświęcić uwagę.

Czeka nas wszystkich obecnych tu na sali obrad i tych poza tą salą zadanie poszukiwania optymalnych dróg dla rozwiązania tych nawarstwionych przez lata problemów.

Jak wskazują doświadczenia innych krajów, posunięcia koncentrujące się jedynie na walce z chorobami i zasobach służby zdrowia, bez równoczesnych energicznych działań w kierunku promocji zdrowia, oraz zdrowotnych stylów życia i zapobiegania chorobom jest zadaniem przekraczającym możliwości najbogatszych i najlepiej wyposażonych służb zdrowia.

Dlatego też tylko sięgnięcie do przyczyn złego stanu zdrowia społeczeństwa, ich eliminacja lub znaczne ograniczenie wraz z radykalną poprawą warunków i efektywności służby zdrowia stwarza możliwości i uzasadnione nadzieje odwrócenia obserwowanych niepokojących trendów w stanie zdrowia populacji Polski, jak również poprzez zwiększenie dostępności i jakości świadczeń radykalnej poprawy jej funkcjonowania.

Jako wynik dzisiejszej dyskusji wszystkich uczestników naszego zespołu mam nadzieję, że uda nam się ustalić listę problemów nad którymi w dalszych etapach naszych obrad będziemy mogli prowadzić szczegółowe dyskusje i poszukiwać rozwiązań.

Chciałbym więc życzyć nam wszystkim, aby w efekcie naszej dyskusji zrodziły się rozwiązania i zapoczątkowane zostały działania, które przyniosą radykalną poprawę obecnej sytuacji zdrowia, opieki zdrowotnej i przede wszystkim zdrowia naszego społeczeństwa. Dziękuję.

Ob. Zofia Kuratowska:

Panie Profesorze! Szanowni Państwo! Przychodząc na tę salę jako przedstawiciele "Solidarności" i środowisk opozycyjnych Polski, przychodzimy nie jako przedstawiciele środowiska medycznego. Nie mamy zamiaru w tym miejscu występować w obronie tylko interesów środowiska medycznego.

Przyszedliśmy, aby występować w imieniu, to może brzmi górnolotnie, obrony zdrowia społeczeństwa.

Nie jest dla nikogo tajemnicą, że przez długie dziesięciolecie w naszym kraju władzenipolityczne kraju nie okazywały szczególnego zainteresowania sprawami zdrowia społeczeństwa. Zaowocowało to tragicznym niedoinwestowaniem zarówno szpitali, przychodni, niedoinwestowania sposobów profilaktyki, pomocy społecznej itd.

Środowiska opozycyjne od dawna zdawały sobie sprawę ze stanu grożącego coraz bardziej biologiczną katastrofą narodu, świadczą o tym publikowane oczywiście poza cenzurą, i opracowywane raporty KOR-u o sytuacji zdrowotnej Polski już w latach, późnych latach siedemdziesiątych, później opracowania "Solidarności" w okresie jej legalnego działania, a także wytężona praca tych środowisk w okresie działania nielegalnego, w okresie ścigania nas przez policję.

Dzięki temu wyraz, temu zaniepokojeniu sytuacją zdrowotną kraju, dzięki wyraz nasz przewodniczący Lech Wałęsa przeznaczając ofiarowane "Solidarności" milion dolarów przez Kongres Stanów Zjednoczonych na fundację społeczną, poświęconą specjalnie sprawom zdrowotnym.

Nie wymaga komentarzy dalszy ciąg sprawy fundacji i przejścia nasze, którego dopiero w tej chwili na skutek za-

opiniowania przez Ministra Zdrowia panią prof. Małecką pozytywnego statutu naszego, naszej fundacji prawdopodobnie skończą się szczęśliwie. Ale do tego trzeba było pewnej zmiany atmosfery w kraju.

Natomiast nie miały żadnego znaczenia argumenty rzeczowe, merytoryczne.

Ten stosunek lekceważący do sprawy zdrowia społeczeństwa może nabrał szczególnego wyrazu w okresie stanu wojennego, kiedy dla celów politycznych grupy rządzącej wyłączono telefony, a więc pozbawiono łączności ludzi. To nie, że rzeczywiście wojsko pomagało w uzyskaniu pomocy lekarskiej, człowiek samotny nie mógł się udać do najbliższego patrolu i prosić o pomoc. Nie wiemy, ile ofiar pochłonął ten okres, ale mogę przypuszczać że nieważko.

Nie po to to wszystko mówię, ażeby szukać winnych stanu, który jest w tej chwili czy próbować jakiegokolwiek rozliczeń. Ten wstęp miał na celu to, żeby powiedzieć, rzecz, która pewnie u naszych rozmówców będzie bardzo niepopularna, że zdrowie stało się w Polsce sprawą polityczną. Jest to sprawa polityczna. I dlatego bez załatwienia podstawowych spraw, prowadzących do reform politycznych oczywiście i gospodarczych, w tym kraju nie ma mowy, ażeby osiągnąć rzeczywisty postęp w sprawach zdrowia społeczeństwa i rzeczywistą poprawę systemu opieki zdrowotnej.

Tu dzisiaj chciałabym zasygnalizować tylko pewne sprawy najważniejsze, tych spraw jest oczywiście ogromnie dużo, sprawy generalne.

Obrady "okrągłego stołu" nie są dla załatwiania spraw szczegółowych. Jeżeli ten dialog, czy tetralog, nie wiem

jak go nazwać, rozpoczęty 6 lutego, skończy się szczęśliwie pozytywnie, zaowocuje postanowieniami rzeczywistych zmian politycznych kraju i demokratyzacji, wtedy będziemy mogli w zespołach ekspertów wspólnie zasiąść do załatwiania, pilnego załatwiania i rozwiązywania tych szczegółowych problemów. Szybko jednak musimy doprowadzić do załatwienia problemów generalnych.

Proszę Państwa! Wydaje mi się, że jest hańbą, że kraj cywilizowany znajdujący się w środku Europy przeznaczają państwo, przeznaczają zaledwie około 5 % dochodu narodowego, tak zwanego dochodu narodowego do podziału na sprawy służby zdrowia i to włączając w to inwestycje, a więc w efekcie jest to znacznie mniej.

Wiele protestów wzbudziło wspomniane w innych zespołach wspomniana konieczność ograniczenia budżetu na zbrojenia i MSW. Wydaje mi się, że byłoby sprawą bardzo pożyteczną, gdyby część tego budżetu przeznaczanego na czołgi czy inne rzeczy, ja się na tym nie znam oraz na tych panów, którzy pilnują naszych mieszkań, czy pilnowali do niedawna naszych mieszkań, ażeby może były przeznaczone na sprawy zdrowia całego społeczeństwa.

Wydaje mi się, że podwyższenie niezależnie skąd, jak będą zrobione te przesunięcia, podwyższenie tego procentu, jest konieczne już, zaraz, jeszcze w tym roku budżetowym. W końcu jesteśmy jeszcze w I kwartale.

Następna sprawa, która łączy się ze sprawami reform politycznych kraju, to jest sprawa absolutnego odpolitycznienia ochrony zdrowia. Jak powiedziałam, zdrowie stało się sprawą polityczną. Jest rzeczą niedopuszczalną, ażeby obsadzanie

wszelkich stanowisk w służbie zdrowia od stanowisk ordynatorów oddziałów, kierowników przychodni czy tym bardziej stanowisk akademickich, wymagało opiniowania przez komitety partyjne. Taka opinia dla pacjenta nie ma żadnego znaczenia, ta polityka zaowocowała już negatywnym p**o**borem w bardzo wielu miejscach. Nabierała znowu po okresach szczególnie złych, które nazywano kolejnymi okresami błędów i wypaczeń, ta polityka jest prowadzona prawie do dziś. Ja nie chcę być g**o**łosłowna d**l**a tego, że spotkamy się na pewno z odpowiedzią, że to nieprawda, że żadne ingerencje polityczne i ingerencje służby bezpieczeństwa w sprawy kadr medycznych nie mają miejsca. Na pewno sprawa moja osobista, jestem tego wymownym przykładem.

Nie chcę mówić o sobie, to nie po to, to jest tylko przykład. Zlikwidowano wówczas z przyczyn czysto politycznych placówkę bardzo potrzebną dla chorych, spowodowano, mówię z całą odpowiedzialnością śmierć wielu ludzi. Było to dla władz politycznych zupełnie obojętne.

Wydaje mi się, że to po prostu powinno być przestrogą. Jeszcze teraz, kiedy już negocjacje na temat "okrągłego stołu" rozpoczęcie "okrągłego stołu" były co najmniej zaawansowane, zwolniono z pracy z tytułu tylko politycznego co najmniej dwóch pracowników naukowych. Mówię to znowu po prostu jako przykład.

Nie tylko jako działanie polityczne, czyli z pobudek politycznych, działaniem paraliżującym działanie pracowników ochrony, całego systemu ochrony zdrowia jest działanie administracji, tego przerażającego, rozbudowanego machiny administracyjno-biurokratycznej, biurokratycznej, która zawadza w

pracy codziennej, uniemożliwia każdą prawie inicjatywę, spowodowała pozbawienie podmiotowości zarówno pracowników służby zdrowia, lekarzy, pielęgniarki, techników, właściwie niemal wszystkie grupy zawodowe pracujące w państwowej służbie zdrowia, pozbawiła również podmiotowości pacjentów, przyczyniła się do tego walnie.

Jeżeli jest możliwe, żeby na skutek administracyjnego zarządzenia poprzez urzędniczkę administracji decydować o przenoszeniu pracowników z jednego miejsca pracy na drugie, nie dając mu właściwie możliwości reakcji na to, nie powiadamiając kierownika placówki, są to znów przykłady, które znam bardzo dobrze, to chyba jest to dowód, że to musi ulec zmianie. Musi ulec zmianie natychmiastowej. Nie może być żadnych zmian w systemie ochrony zdrowia bez zmniejszenia administracji. Administracji zarówno szczebla centralnego, szczebli wojewódzkich, jak i tak zwanych ZOZ-ów, jak i szczebli lokalnych, miejscowych, w placówkach służby zdrowia. Znowu jako przykład, który może zabrzmieć anegdotycznie, chcę państwu powiedzieć, że dowiedziałam się od grupy ordynatorów z jednego ze szpitali warszawskich, że wyliczyli oni, że gdyby zlikwidować do rozmiarów niezbędnie potrzebnych, oczywiście administracja jest potrzebna, jest to jasne, niezmiennie potrzebnie administrację, która zajmuje dwa piętra w tym szpitalu, administrację ZOZ-u i przejąć fundusz płac, to tylko 50 % tego funduszu płac, było to w styczniu oceniane, zapewniłoby płace dla pielęgniarek w tym szpitalu sięgające 100 zł miesięcznie, średnio, to była taka po prostu orientacyjne obliczenie.

A więc wydaje się zupełnie oczywiste, że do tego dążyć

musimy, że to musi stać się prędko, a uzyskane po administracji lokale, należy przeznaczyć na różnego rodzaju placówki służby zdrowia, jak choćby oddziały pomocy dziennej, tak powszechnie stosowane na Zachodzie jako ekonomiczna forma leczenia, racjonalna, która powinna być rozwijana, oddziały rehabilitacyjne, oddziały przewlekłej pomocy i przewlekłej rehabilitacji dla chorych przewlekłe takich, których można uruchomić, takich rzeczy nie robimy w ogóle, hostele itp. A oczywiście fundusze uzyskane przeznaczyć na potrzeby tych placówek.

Nie oznacza to skazania pracowników administracji na bezrobocie.

Innego typu administracja jest potrzebna w służbie zdrowia. Niezbędnie potrzebni są pracownicy pracujący wraz z lekarzem na oddziale szpitalnym, czy w przychodni tak zwanej sekretarki medyczne. Nie doczekamy się tak prędko komputeryzacji naszych placówek służby zdrowia i nie żądamy się, że to jest dla nas szybkie rozwiązanie. Może kiedyś w przyszłości, na razie potrzebni są do tego niestety ludzie, którzy tę pracę będą robić zamiast marnowania cennych godzin lekarzy i pielęgniarek, na pracę papierkową, telefoniczną, załatwianie dziesiątków formalności, które naprawdę nie do nich należą.

Wszelkie do tego, ażeby ten system funkcjonował, konieczna jest demokratyzacja systemu służby zdrowia, a więc wprowadzenie powszechne samorządów. Ja zwracam uwagę, że ustawa o samorządach nie przewiduje tego rodzaju samorządów, bo mówię o samorządach^w przedsiębiorstwach. Konieczne jest zatem szybkie doprowadzenie do odpowiednich ustawowych

posunięć.

Również samorządy zawodowe, takie jak izby lekarskie, które rzeczywiście odegrają bardzo dużą rolę, jeżeli będą to rzeczywiście demokratyczne i wyposażone w moc władczą, moc rządzenia instytucje.

Planowana reforma służby zdrowia jaka by nie była, nie może stać się obciążeniem dla społeczeństwa. Dużo mówi się o różnych odpłatnościach. My wszyscy sobie zdajemy sprawę z tego, że musimy myśleć ekonomicznie o ochronie zdrowia.

Chcę powiedzieć nawiasem, że nikt z nas lekarzy nie zna rzeczywistych kosztów usług lekarskich. Boję się, że nie znają tego także panowie siedzący naprzeciwko, wynika to znieprawidłowego w ogóle układu walutowo-cenowego w tym kraju.

Niemniej jakakolwiek by była odpłatność, my nie możemy się zgodzić, ażeby w chwili tej, kiedy w większości społeczeństwa, w oczy zgląda niedostatek i nie są słuszne takie argumenty, że jest sporo ludzi bardzo zamożnych w tym kraju. Oczywiście jest, i oby było ich jak najwięcej. O to nam chyba wszystkim chodzi. Ale nie oni są klientelą naszą, naszą zakładów służby zdrowia.

Będziemy działać w obronie interesów naszych pacjentów w interesie ludzi najsłabszych, chorych, starych, niesprawnych, matek samotnych, dzieci, znaczy samotnych matek dzieci, wielodzietnych rodzin itd. Tych ludzi nie możemy doprowadzić do dalszego stopnia pauperyzacji.

Warunkiem jakichkolwiek zmian w systemie dalszym jest zmiana systemu, radykalna zmiana systemu ubezpieczeń, rzeczywistych ubezpieczeń chorego. Chcielibyśmy takich ubezpieczeń

u nas nie ma, z jakichkolwiek ubezpieczeń placówki służby zdrowia nie uzyskują niczego.

Chcielibyśmy dobrze znać wszelkie rozliczenia Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Jeżeli przedsiębiorstwa w Polsce opodatkowane są wysokości koło 40 %, to gdyby 20 % tego opodatkowania przeznaczyć na usługi zdrowotne, to ułatwiłoby według wstępnych ocen, ocen ekonomistów, sprawę tak zwanych ciągłych usług. A więc są źródła finansowe, które trzeba obrócić na rzecz służby zdrowia i wydaje się, że w tej sytuacji w jakiej znajdujemy się jest to niezwykle pilne.

Warunkiem tego, żeby jakiegokolwiek plany reformy służby zdrowia mogły być przeprowadzone, warunkiem nieodzownym jest zaufanie tych, którzy mają ten system realizować, do przedstawianych projektów.

Proszę Państwa! Jakże może być zaufanie wśród pracowników służby zdrowia już nie mówię o całym społeczeństwie, do projektów, które są tajne. Przecież do dziś nie znamy projektu tych głównych kierunków reformy służby zdrowia, które już zanim wypowiedziało się o tym środowisko, zostało zatwierdzone przez komitet społeczno-polityczny Rady Ministrów. W moim pojęciu jest to sytuacja nie do przyjęcia i my tutaj bardzo ostro przeciwko temu protestujemy. Jest to znowu stawianie całego środowiska w sytuacji ludzi podległych, ja nie wiem czy ten projekt jest mądry, czy niemądry, słuszny, czy niesłuszny, doskonały czy nie, ale nie można w ten sposób stawiać ludzi.

Lekarze dowiadują się o tym, że w ogóle jakieś projekty są z wywiadów w gazetach. Tak być po prostu nie może. Jest

to dalsze lekceważenie środowiska.

A więc trudno, żeby później środowisko jakikolwiek projekt popierało. Tego po prostu wymagać od środowiska nie można. No i w ogóle ta tajność różnych projektów resortu zdrowia bardzo dziwi i nawet powiedziałabym w obecnej sytuacji bawi, gdyż Ministerstwo Zdrowia jako agenda rządowa ma dostęp do wszystkich środków masowego przekazu. Dlatego zatem nie ujawnia tego. Przykładem takiej manipulacji środków masowego przekazu dla mnie, była ~~na~~ ostatnia konferencja prasowa pani minister Małeckiej. Myśmy się o niej, o tym, co było na tej konferencji powiedziane, niczego nie dowiedzieli z telewizji niczego, cały czas był pokazywany na tle pani minister komentarz dziennikarza, ale to nie były informacje. Podobnie było w gazecie codziennej, którą czytam, to znaczy w Życiu Warszawy, może gdzieindziej było. Nie dowiedzieliśmy się niczego o tej konferencji.

I to jest dziwny taki system. To jest dla mnie zabawniejsze, że środowisko opozycyjne mają dostęp głównie do swoich pism tylko drugiego obiegu, gdzie starają się szybko ujawniać wszystko co planują, co - o czym myślę i co postanawiają.

Ale kiedy powstała Komisja Zdrowia Komitetu Obywatelskiego i na pierwszym swoim zebraniu podjęła pewne stanowisko w stosunku do ważnych spraw zdrowotnych w kraju, to zostały one ujawnione nie tylko w środkach drugiego obiegu, ale również w Przeglądzie Katolickim bardzo szybko. A więc można przedstawiać swoje opinie i słuchać jaka jest na ten temat opinia szerszego społeczeństwa. Jest to zresztą podobna sprawa nad tym się zatrzymam tylko bardzo krótko, podobna sprawa

jest z ostatnią regulacją płac, co do której sposobu przeprowadzenia konsultacji również można mieć co najmniej zastrzeżenia, jeżeli nie stanowczy sprzeciw.

Ta kolejna regulacja, tak jak jest w tej chwili już wdrażana w placówkach służby zdrowia, wygląda na kolejną manipulację. Środowisko się z nią nie zgodzi.

Na nasz apel zostały wstrzymane wszelkie akcje protestacyjne w placówkach służby zdrowia, znaczy myśmy apelowali, nie zostały wstrzymane, tylko myśmy apelowali o wstrzymanie w Komisji Koordynacyjnej Krakowej Pracowników Służby Zdrowia "Solidarność" do końca obrad "okrągłego stołu". Ale rozgoryczenie i brak zaufania jest tak wielki, że panować nad tym nie możemy, ani jest nam bardzo trudno. Choć my jako "Solidarność" jesteśmy przeciw wszelkim akcjom strajkowym, nawet jeśli polegać by one miały na niewypisywaniu pewnych zaświadczeń, bo w sytuacji kiedy każdy członek społeczeństwa musi starać się o najdrobniejszą sprawę zarówno w opiece zdrowotnej, jak w sklepie czy urzędzie, my pogłębiać jego trudności nie możemy. Byłyby to sprawy dotyczące podstaw tego, co nazywamy systemem ochrony zdrowia.

Ze spraw niezwykle ważnych jest sprawa zaopatrzenia zakładów opieki zdrowotnej oraz aptek w leki i środki dla lecznictwa, myślę o tak zwanym drobnym sprzęcie, w szczególności jednorazowym. Jest to także hańba. Mnie jest wstyd, choć lubi się mówić, że przynajmniej wytyka mi się to na łamach Trybuny Ludu, że w różnych wywiadach lubię pokazywać czarne strony naszego lecznictwa, czy naszej sytuacji w kraju. Nie! Nie lubię. Jest to wstyd, że znajdujemy się w częstoci zapadalności na żółtaczkę wszczepienną tam

~~na~~ g.dzieś na szczycie tej tabeli europejskiej. Znowu mówię, cywilizowany kraj, w środku Europy. O to nie zadbano, ciągle te strzykawki, czy sprzęt jednorazowego użycia, jest zaopatrzenie się 45 % średnie. Gdzie niegdzie nie ma go w ogóle. Jest to niezwykle pilne, ażeby ta sprawa uległa poprawie. Nie ma czasu czekać.

Podobnie jest z lekami. Import leków, leków rzeczywiście potrzebnych powinien być absolutnym priorytetem w polityce importowej państwa. Chory na lek nie może czekać dlatego, że to może być za późno. Wobec czego musi się ustalić i myślę, że będzie to przedmiotem dalszych jakiś naszych rozmów, sposób zaopatrzenia^w niezbędne leki, które muszą być dotowane z budżetu państwa i dpbór tych leków. Nie jest to trudno je dobrać, gdyż są na ten temat bardzo dobre zestawienia zrobione przez WHO. Nie trzeba tutaj eksperymentować.

Działania profilaktyczne w sferze zdrowotnej zarówno profilaktyczno-diagnostyczne, jak na przykład czas na profilaktykę raka, powiedzmy raka u kobiet, czy raka płuc, którego często^{sú} się zwiększyła, przewodu pokarmowego oraz chorób wynikających z zanieczyszczenia środowiska jest niemalże zerowa, przynajmniej jeśli chodzi o tę drugą część, to znaczy wykrywanie stężeń i skutków zdrowotnych, stężeń z czynników szkodliwych środowisku i skutków rozpoznawanie skutków zdrowotnych tych zanieczyszczeń. To jest niemalże, niemalże nie istniejące. A nie jest to sprawa ani tak szalenie kosztowna, ani tak bardzo trudna. Tylko również przez bardzo długi czas do niedawna okrywana była tajemnicą o charakterze polityczno-cenzuralnym.

W tej chwili można to rozwinąć. Istnieje tak ogromna sieć formalnych i nieformalnych klubów ekologicznych, stowarzyszeń, stowarzyszenie "Zdrowy Człowiek", którzy widzą możliwości masowych badań stosunkowo tanich populacji w regionach szczególnie zanieczyszczonych, należy to wdrożyć jak najszybciej. O to samo postuluje Komisja - Podzespół do Spraw Ekologii.

To się opłaci sownie dlatego, że ta sprawa zaciąży nie tylko na zdrowiu naszego pokolenia i pokolenia naszych dzieci, ale wielu innych pokoleń ze względu na znane skutki genetyczne tych zanieczyszczeń.

Niewątpliwie w najbliższym czasie może na następnym posiedzeniu będziemy mówić dziś, przynajmniej z naszej strony, nie o sprawie opieki nad noworodkami i niemowlętami. Nad tą bolesną sprawą tak szalenie wysokiej śmiertelności wśród noworodków i niemowląt. Jest to też sprawa, której powinniśmy się wstydzić. Naszych oddziałów położniczych i noworodkowych naprawdę musimy się wstydzić i nie załatwi tego pomnik "Matki Polki" dlatego, że rodzą kobiety w całym kraju i chodzi o nawet zupełnie banalne porody i rodzące się dzieci, które giną na skutek niemożności dobrej opieki w zatłoczonych, źle zorganizowanych oddziałach porodkowych.

Następną sprawą, która jest też sprawą wstydliwą, a którą chciałam tutaj zasygnalizować i która musi być przedmiotem naszych rozważań, jest to sprawa jak najszybszego wprowadzenia kontroli zarówno merytorycznej ze strony nadzorów specjalistycznych jak społecznej, więzienniczej służby zdrowia.

Więzienna służba zdrowia jest, często przynosi wstyd, i hańbę naszemu środowisku. I nie może tak być. Jesteśmy

krajem bardzo dużej ilości więźniów, niezależnie od tego, jak może w tej chwili zaczyna się ta ilość więźniów zmniejszać. Więzień ma takie same prawa osoby ludzkiej do zachowania zdrowia i życia, jak każdy inny. A w dodatku, choć oczywiście popełnił przestępstwo, jest już ukarany karą najcięższą, karą pozbawienia wolności. I tak jak jest w tej chwili być nie może. Będziemy stanowczo domagać się kontroli nad więzienną służbą zdrowia, kontroli społecznej.

Medycyną za niewiele lat zaczną się zajmować ludzie młodzi. Nie my, którzy tu siedzimy, ale ludzie, którzy w tej chwili są na studiach medycznych lub na te studia się wybierają. Dlatego niezbędne jest zastanowienie się nad takimi zmianami w kształceniu studentów, które ~~był~~ przynosiłyby kończącym studia rzeczywistą wiedzę. Nasze studia medyczne są niedobre, nieskuteczne, może powinniśmy już przestać iść na ilość studentów, skoro nie możemy im zapewnić warunków prawidłowego kształcenia, może lepiej kształcić lepiej mniejszą ilość osób, ale tych osób, które będą miały rzeczywisty kontakt z chorym. Przecież student wychodzący z uczelni prawie że nie ma kontaktu z chorym, bardzo znacznie za mało i faktycznie umię, praktycznej wiedzy ma bardzo niewiele. To musi ulec zmianie. Są to również postulaty młodzieży medycznej, zrzeszonej w Niezależnym Związku Studentów.

Do tego, ażeby reforma studiów mogła być rzeczywistą istotną konieczne jest liczenie się ze zdaniem młodzieży, konieczne jest uruchomienie inicjatyw młodzieży, a więc zarejestrowanie niezależnego Związku Studentów, oraz dopuszczenie do tworzenia innych stowarzyszeń, organizacji oraz inicjatyw studentów medycyny.

Niewątpliwie należy zmienić profil niektórych przedmio-

tów z odrzuceniem przedmiotów politycznych, a wprowadzeniem takich, których prawie nie ma, jak na przykład - to też jest wstyd - że studenci medycyny praktycznie nie uczą się o specyfice wieku starego. Nie mają zajęć z geriatрії.

Proszę Państwa! Jeszcze na koniec może powiem dwa zdania. Jedno dotyczy środowiska. Jest to jakby podsumowanie tego co mówiliśmy. Musimy doprowadzić poprzez te systemy demokratyczne, które wymieniłam w naszej, w naszym systemie ochrony zdrowia, do tego, ażeby lekarz, pielęgniarka, inny pracownik czuł się rzeczywiście gospodarzem placówki, w której pracuje. Żeby czuł, że on o czymś decyduje. To, że co przeczytałam w tygodniku "Polityka", że około 25 % lekarzy wyjechało na dłuższy czas za granicę, to jest nie tylko dlatego, że młody lekarz czy nawet lekarz średniego pokolenia nie może ze swojej pensji zapewnić godziwego bytu rodzinie. Jest to zawsze powodem zdziwień kolegów naszych z Zachodu, i to nie kolegów mających prywatne praktyki, po prostu nie rozumieją, że lekarz może tak mało zarabiać.

Ale nie tylko to. Jest to również poczucie frustracji, poczucie tego, że nie można się spełnić w zawodzie, że nie ma się żadnych perspektyw zawodowych. Jeżeli te perspektywy będą zależały rzeczywiście od środowiska i będą stworzone po temu, możliwości, to sytuacja ta się zmieni. Będą o tych różnych sprawach mówić koledzy w dalszej części. Będzie siedząca koło mnie koleżanka pielęgniarka mówić o problemach pielęgniarstwie, ale proszę Państwa, 60 % coś koło tego, ja to mówię tak około 60 % pielęgniarek, które porzuciły zawód, to jest tak niepokojące zjawisko, które musi pobudzić czujność i musi spowodować zmianę.

I na zakończenie powiem takie może ładne zdanie, cytując

największy autorytet moralny obecnych czasów. Ojciec Święty w czasie ostatniej pielgrzymki do Polski, w czasie spotkania z chorymi i służbą zdrowia w Katedrze Gdańskiej powiedział, to jest wolny cytat, ale bo nie mam przed sobą tekstu, powiedział, że miarą kultury społeczeństw jest ich stosunek do ludzi chorych, starych i niesprawnych. Na razie nie świadczy to najlepiej o naszej kulturze.

Wierzę głęboko, że kiedy nastąpią te zmiany w naszym kraju, będzie tego wstydzisz się nie będziemy musieli, i będzie to świadectwem naszej kultury. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Czy można prosić teraz dr Guglase o jego wystąpienie.

Ob. Wojciech Guglas:

Pani Docent! Panie Profesorze! Szanowni Państwo!

Sytuacja zdrowotna kraju osiąga już tak negatywny stan, iż bez przesady można to mówić o narodowej tragedii Polaków. Polacy umierają w stopniu o wiele wyższym niż inne narody Europy. I niestety, jak dotąd rząd nie dysponuje żadnym programem skutecznego zaradzenia tej tragedii.

Pośród czynników, które do takiej sytuacji doprowadzają, jest totalna niesprawność służby zdrowia, wyznaczana brakiem spójnej koncepcji rozwoju tej służby oraz woluntarystycznym sterowaniem jej elementami.

Jeśli charakteryzować bliżej sytuację zdrowotną naszego narodu, to trzeba powiedzieć, że nastąpił wzrost umieralności z powodu tak zwanych chorób cywilizacyjnych, wzrost częstotliwości zgonów z powodu wypadków, urazów i zatruc, związanych ze wzrostem spożycia alkoholu i liczby wypalanych papierosów, szerzy się zjawisko narkomanii, szczególnie wśród młodzieży.

Niekorzystnie przedstawia się również kondycja fizyczna dzieci i młodzieży, wiąże się to między innymi z niedostatkami kultury fizycznej. Pogarsza się opieka nad pracownikami, weteranami pracy i ludźmi niepełnosprawnymi.

Aktualna baza materialna instytucji opieki medycznej i opieki społecznej mimo stale zwiększającego się majątku trwałego nie zaspakaja potrzeb ani ilościowych, ani jakościowych. Wbrew żywotnym potrzebom ludności i wbrew elementarnym zasadom rachunku ekonomicznego, placówki służby zdrowia buduje się zbyt długo. Brakuje materiałów, wykonawców i pieniędzy.

Duże zagrożenie do inwestycji służby zdrowia i opieki społecznej rodzą zapisy w planie konsolidacji, a przede wszystkim w korekcie Narodowego Planu Społeczno-Gospodarczego. Jest to temat w najbliższym czasie do podjęcia, temat na dziś.

Remontów i modernizacji nie przeprowadza się w koniecznym zakresie. Poważną sytuację pogłębia fakt, że zaopatrzenie w leki krajowe jak i importowane jest niewystarczające. W szpitalach brak jest niezbędnego w codziennej pracy sprzętu

Ze służby zdrowia i opieki społecznej odchodzą masowo zarówno pracownicy zawodów medycznych, jak i zaplecze technicznego i obsługi.

Oczywiście formułowano częstokroć cele naprawy, zwykle jednak nie realizowano ich konsekwentnie. Przypomnę najgłośniejsze.

Wszędzie, wszelkich możliwych przedsięwzięć zmierzających do poprawy sanitarno-higienicznego kraju oraz środowiska naturalnego. Żadna poprawa nie nastąpiła.

Opracowanie kompleksowego programu działania na rzecz poprawy stanu zdrowotnego społeczeństwa, który powinien być przedstawiony opinii społecznej i po jego akceptacji, konsekwentnie wdrażany. Nic takiego się nie stało.

Priorytetowe potraktowanie inwestycji służby zdrowia, poprawienie radykalnie zaopatrzenia w leki, środki farmaceutyczne i artykuły sanitarne. Nic takiego się nie stało.

Wobec ciągle ~~złych~~ złych warunków pracy, szczególnie w regionach wielkoprzemysłowych, rozwijanie przemysłowej służby zdrowia. Nic takiego się nie stało.

Opracowanie i podanie do wiadomości społecznej reformy

systemu ekonomiczno-finansowego służby zdrowia i opieki społecznej. Na reformę tego systemu jak dotąd nie zanoszą się poważnie.

Służba zdrowia na garnuszku budżetu jest permanentnie ~~nieradko finansowania~~ niedofinansowana.

Kryzys ekonomiczny w Polsce jest faktem i sprawia, że wszyscy musimy ostrożnie wydawać pieniądze, że wszyscy chcemy dokładniej wiedzieć, jakie korzyści odniesie społeczeństwo z ponoszonych nakładów finansowych.

Ruch zawodowy pracowników ochrony zdrowia, choć zdaje sobie w pełni sprawę z aktualnych ekonomicznych ograniczeń, musi zdecydowanie stwierdzić, że środki finansowe przeznaczone obecnie na ochronę zdrowia są niewystarczające. Są one, ponadto przynajmniej w części marnotrawione przez niesprawy system organizacyjny ochrony zdrowia.

Ilektóż ruch zawodowy występował o zwiększenie nakładów finansowych na ochronę zdrowia, tylekroć spotykał się z twierdzeniem, iż nie jest to możliwe przeznaczenie dodatkowych środków z budżetu państwa na opiekę zdrowotną.

Zważaliśmy i uważamy tę tezę za bakamutną. Skoro można część budżetu państwa przeznaczoną jest na dotacje dla nieefektywnie działających przedsiębiorstw, oznacza to naszym zdaniem, że w konkurencji o środki finansowe z budżetu, ochrona zdrowia przegrywa z nieefektywnymi przedsiębiorstwami. zatem owo niedofinansowanie jest świadomą decyzją władz, które dotując nieefektywne przedsiębiorstwa decydują o niezaspakajaniu potrzeb zdrowotnych społeczeństwa.

Podstawy takich woluntarystycznych decyzji wydają się tworzyć nieprzewyciężone jeszcze pozostałości skotniskiego

systemu zarządzania przedkładającego interesy przemysłu nad zapewnieniem zdrowia społeczeństwa.

Wyduje się racjonalne poszukiwanie oszczędności lub dodatkowych źródeł finansowania w działalności przemysłowej służby zdrowia. Głównymi zadaniami przemysłowej służby zdrowia są zadania prewencyjne, zapobieganie szkodliwemu wpływowi środowiska pracy na zdrowie pracowników, a ponadto pomoc doraźna na terenie zakładu pracy oraz leczenie chorób związanych z pracą.

Tymczasem wśród działań rzeczywiście realizowanych dominują działania lecznicze. Zatem przemysłowa służba zdrowia nie mogą zrealizować zadań statutowych wykonuje zadania odmienne, w rzeczywistości dublując zadania podstawowej opieki zdrowotnej. Mamy tu do czynienia z marnotrawstwem zasobów.

Inaczej mówiąc, przemysłowa służba zdrowia jest źródłem nierówności społecznej. Nie fosić, że nieefektywne przedsiębiorstwa przemysłowe przechwytują część budżetu, która w racjonalnej gospodarce powinna zostać przeznaczona na ochronę zdrowia, to ponadto załogi tych przedsiębiorstw uzyskują elitarną opiekę zdrowotną.

Nie ma żadnych racji przemawiających za tym, by za usługi lecznicze wykraczające poza zasadnicze zadania przemysłowej służby zdrowia, nie wprowadzić pełnej odpłatności ze strony tych przedsiębiorstw. Dotyczyć to powinno szczególnie tych przedsiębiorstw, w których nie występują zagrożenia zdrowotne, a istnieją w nich placówki zakładowej służby zdrowia.

Jednym z niezrealizowanych zadań opieki zdrowotnej jest to, że nie nadano właściwej ranki i znaczenia podsta-

wowej opiece zdrowotnej. Pociągnęło to za sobą dezintegrację świadczeń i zbędne przerosty opieki specjalistycznej tam, gdzie w istocie rzeczy istnieje obszar działania dla opieki pierwszego kontaktu. Od niej również, a nie od placówek wyspecjalizowanych zależy w przeważającej mierze powodzenie masowych programów profilaktycznych. Problem opieki podstawowej uważamy za najważniejszy do podjęcia i rozwiązania już na jutro, skoro nie zrobiliśmy tego wczoraj.

Trzeba oczywiście teraz wyjaśnić, iż mamy na myśli taką opiekę podstawową, która opiera się na zasadach wypracowanych przez współczesną medycynę ogólną i społeczną.

Ruch zawodowy ma podstawy sądzić, że nie tylko pracownicy ochrony zdrowia, ale również społeczeństwo nie akceptuje niedostatecznej wielkości nakładów finansowych, ani metody finansowania ochrony zdrowia. Nie tylko służba zdrowia, ale i społeczeństwo nie akceptują postępującej pauperyzacji pracowników ochrony zdrowia, rzutującej na sposób wykonywania zawodu.

Zarówno służby zdrowia, jak i społeczeństwo dezakceptują także odmienność zakresu świadczeń opieki zdrowotnej, na różnych terenach kraju, wynikających z nierównomierności rozmieszczenia zasobów i niesprawności funkcjonowania opieki zdrowotnej.

Dezakceptują istnienie elitarnych systemów opieki zdrowotnej.

Uważamy za konieczne uznanie jako elementu umowy społecznej określenie wielkości i sposobu finansowania ochrony zdrowia, zakresu świadczeń zdrowotnych, jakie należą się obywatelowi oraz zasady funkcjonowania ochrony zdrowia.

Ruch zawodowy wielokrotnie podkreślał konieczność dokonania głębokiej i zasadniczej reformy systemu organizacyjnego ochrony zdrowia.

Uproszczeniem byłaby teza, iż ostatnie akcje protestacyjne i strajki w służbie zdrowia miały wyłącznie podłoże płacowe. Niesprawny system opieki zdrowotnej jest przyczyną wielu codziennych frustracji pracowniczych i społecznych. Bardzo źle opłacany lekarz, poddany presji pacjentów pozbawiony często podstawowego sprzętu medycznego, który ma świadomość nieskuteczności swego działania, bowiem pacjent nie uzyska w aptece przepisanych leków, musi protestować przeciwko tej sytuacji, w której został postawiony przez władzę.

Chcę tu jeszcze przedstawić nasze stanowisko w sprawie samorządności. Nie jesteśmy przeciw, jednak proponowany projekt ustawy, o którego konsultacje ze środowiskiem walczyliśmy i dzięki ruchowi zawodowemu trafił pod konsultację społeczną, jest zaprzeczeniem samorządu. Jest to propozycja najbardziej scentralizowanej i kosztownej instytucji o charakterze kontrolno-dyscyplinarnym. Jesteśmy zwolennikami opracowania takiego projektu, który uzyska powszechną akceptację środowiska lekarskiego.

Proponuje zmiany. Główną przyczyną złego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej jest: wadliwie działający system finansowania, oderwanie systemu płac pracowników służby zdrowia od wydajności i jakości usług, wadliwa organizacja niski stopień zorganizowania instytucji opieki medycznej.

W związku z tym ~~na~~ należy utworzyć nowe źródło finansowania jakim mógłby być system ubezpieczeń zdrowotnych; składka na fundusz ubezpieczeń zdrowotnych pobierana byłaby

od wszystkich podmiotów prowadzących działalność gospodarczą, przy czym należałoby zmniejszyć skalę obciążeń podatkowych tak, aby nastąpiło jedynie przesunięcie kosztów z ~~podatki~~ pozycji "podatki do budżetu państwa" na pozycję "składka na fundusz ubezpieczeń zdrowotnych". W innym przypadku, zwłaszcza dla sektora rolniczego, utworzenie nowej składki spowodowałoby przeświadczenie o odejściu od zasady bezpłatnej służby zdrowia.

Ścisłe powiązać system wynagrodzeń od ilości i jakości wykonywanych usług w rozliczeniu z organem finansującym, jaki byłby zakład ubezpieczeń zdrowotnych.

Są to główne kierunki proponowanych zmian, które wymagają po osiągnięciu porozumienia skonkretyzowania w pracach grup roboczych.

Chciał¹bym nadmienić, że powyższe stanowisko prezentował nasz ruch związkowy od czasu swego powstania. Niektóre te problemy będące od lat bolączkami środowiska służby zdrowia, udało się ruchowi związkowemu wywalczyć.

Uchwalona została przez Sejm PRL ustawa o kształtowaniu wynagrodzeń w sferze budżetowej, w której wprowadzono mechanizm waloryzacji wynagrodzeń w stosunku do sfery materialnej.

Czy jesteśmy do końca zadowoleni z zapisów tej ustawy? Nie! Musimy negocjować wysokość docelową nakładów na płace pracowników służby zdrowia, jak i szybkość wdrożenia docelowego systemu płac pracowników służby zdrowia.

Jednak z całą stanowczością trzeba stwierdzić, że potrafił¹śmy wspólnie, całe środowisko przełamać myślenie decydentów w kierunku prac pracowników służby zdrowia.

Na ten rok, jako zabezpieczone wyjściowe zapis 95 %.

W całej rozciągłości zgadzam się z panią docent, że ostatnia konferencja prasowa wywołała wiele złego dla środowiska. Padły tam fakty niejasne i nieuczciwe przedstawienie argumentacji, ponieważ ruch zawodowy wywalczył dokładnie tyle, ile pieniędzy rząd przeznaczył.

Chciałbym powiedzieć, że akcja protestacyjna była naciskiem, i nie wychodziliśmy z tym, że zaczęli protestować lekarze, i że zaczęli protestować w pełni służba zdrowia. Było podpisane porozumienie co dziś mogę powiedzieć, między kolejarzami a służbą zdrowia, że w wypadku nieustąpienia rządu, 6-go o godzinie 10-tej rozpocznie się strajk na kolei. Ten pistolet przystawiony do rządu spowodował przyjęcie i wydanie środków. Także puściliśmy odpowiednia odezwę do posłów. Zjawiło się to w Sejmie, pogმოło nam to w uchaleniu ustawy, która była bardzo znacząca do środowiska.

Jeśli dziś podnosimy te wszystkie sprawy, które stanowią cień opieki zdrowotnej i eksponujemy negatywne zjawiska związane z jej funkcjonowaniem, to nie dlatego, abyśmy chcieli przekreślić dorobek ochrony zdrowia w Polsce i nie dostrzegali wyników, którym można przypisać pozytywne oceny. Sądzymy jedynie, że wkład intelektu i pracy pracowników służby zdrowia nie dał takich rezultatów, jakich byśmy sobie życzyli i dla własnej satysfakcji zawodowej i dla dobra społecznego.

Błędy jakie popełniono w organizacji opieki zdrowotnej były fragmentem o wiele szerszych błędów systemu, który zakładał rozwiązania idealne, nie bacząc na praktyczne uwarunkowanie ich realizacji, który preferował przedsięwzięcia ekstensywne w miejsce lepszego wykorzystania zasobów istniejących.

Nie ulega wątpliwości, że władze żywią dziś najlepsze intencje naprawy tylko tyle, że nie jest łatwo znaleźć szybko właściwą receptę, a podejmowane działania wydają się zbyt nieśmiałe.

Dyskutuje się zresztą potrzebę głębokich zmian organizacyjnych i sądzić trzeba, że ostatecznie zostaną one zrealizowane.

Co może ważniejsze, wysuwa się koncepcję uspołecznienia służby zdrowia przez oparcie jej działalności na płaszczyźnie szerokiej konsultacji i krytyki społecznej. Przecież mało jest dziś dziedzin, w których dyskusja obywatelska byłaby tak ożywiona. Ruch związkowy wesprze wszelkie inicjatywy rządowe i inne zmierzające do poprawy obecnej sytuacji nie będzie także szczędził trudu, aby wzbogacić je własną inwencją.

Trudno przypuszczać, iż w ciągu tego posiedzenia uda się sformułować w sposób wystarczająco precyzyjne założenia koniecznej reformy ochrony zdrowia.

Zasygnalizowane tu wstępnie tezy, nasz ruch zawodowy mógłby w najbliższym czasie przedstawić jako rozwinięte przesłanki reformy. Gdyby Państwo się zgodzili, gdybyśmy wykonili spośród nas węższy zespół do spraw reformy, to byłby on dobrą formą dyskusji w tej sprawie. Tym bardziej, że wiele spraw tu nie poruszonych, wiele spraw pracowniczych wymaga uregulowania na dzień dzisiejszy. Powinniśmy przyspieszać działania w służbie zdrowia, a nie je opóźniać. Dziękuję za uwagę.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Zakończyliśmy wystąpienia. Chciałbym zaproponować proszę Państwa, tak jak założyliśmy sobie

na początku, że przedstawimy listę problemów do załatwienia, proponowałbym żeby kontynuować dyskusję do godziny gdzieś 12,30 - wolną dyskusję z przedstawianiem problemów, w tej chwili mamy 11,50, a o 12,30 zrobilibyśmy przerwę.

Jeżeli to jest do zaakceptowania przez współprzewodniczących, prosiłbym w takim razie o zabranie głosu w dyskusji.

Proszę uprzejmie. Jest prośba formalna, żeby przed zabranieniem głosu powiedzieć nazwisko, zgłosić nazwisko do mikrofonu,

Ob. Zofia Kuratowska:

Przed rozpoczęciem dyskusji przez pana docenta Wnuka-Lipińskiego, ja chciałam tylko przeczytać, to nie jest głos w dyskusji, pewien dokument.

Otóż Zespół Gospodarki i Polityki Społecznej wydał oświadczenie, z którego ja jedno zdanie przeczytam, a po czym naszego zespołu oświadczenie popierające.

Dotyczy - pismo z 13 lutego, dotyx zy sprawy przekazania do rządu zatwierdzonego przez Komitet Społeczno-Polityczny Rady Ministrów kierunku reformy opieki zdrowotnej i społecznej.

Jeden z punktów tego dokumentu przewiduje, że bez względu na tytuł własności zakład pracy może się stać organem założycielskim dla przychodni przyślowej służby zdrowia.

Otóż ja tu tylko fragment przeczytam z ich pisma. Niezależność przemysłowej ~~zdrze~~ służby zdrowia jest ważną zdobyczą pracowniczą i cennym elementem polskiej polityki społecznej. Została ona usankcjonowana w punkcie 37 § 1 zalecenia MOP nr 171 z 1981 r. w następujących słowach: Należy zapewnić zawodową niezależność personelowi świadczącemu usługi w zakresie służby zdrowia w miejscu pracy. Nie ulega wątpliwości, że poddanie personelu lekarskiego przemysłowej służby zdrowia dyrektywom kierownictwa zakładu pracy oznaczałoby w praktyce przekreślenie tej niezależności. Lekarze przemysłowi byłiby poddani jeszcze większym niż dzisiaj naciskom, aby wbrew swemu sumieniu lekarskiemu sztucznie obniżać statystykę absencji chorobowej pracowników.

Nasz podzespół popiera w swoim oświadczeniu to pismo

i chciałabym nasze stanowisko przeczytać, bo ono jest jeszcze wzbogacone o jeden punkt.

Podzespół do Spraw Zdrowia strony społecznej stwierdza, iż postulat zawarty w piśmie Zespołu Gospodarki, Polityki Społecznej w sprawie niedopuszczalności uzależnienia przemysłowej służby zdrowia od dyrekcji przedsiębiorstw, jest w pełni zasadny.

Możliwość uznania podległości placówek medycyny przemysłowej dyrekcjom zakładów jest sprzeczna z zaleceniami MOP w tej sprawie. Ograniczyłaby i tak niewielkie w praktyce w chwili obecnej uprawnienia lekarzy przemysłowych do ochrony zdrowia pracujących w warunkach szkodliwych.

Należy zaznaczyć, iż w licznych zakładach przemysłowych w Polsce stężenie czynników szkodliwych w środowisku pracy przewyższa znacznie normy przyjęte w uprzemysłowionych krajach zachodnich. Wpływa to w sposób wysoce niekorzystny na zdrowie zatrudnionych w nich ludzi.

Sprawa właściwego funkcjonowania przemysłowej służby zdrowia wymaga specjalnego rozważenia. Jednak podstawowym warunkiem jej skuteczności jest całkowita niezależność jej pracowników od dyrekcji przedsiębiorstw.

Stwierdzamy jednocześnie, iż zespół do spraw zdrowia uważa, za całkowicie niedopuszczalne przekazywanie do zatwierdzenia przez Komitet Społeczno-Polityczny Rady Ministrów dokumentów o tak podstawowej wadze, jak kierunki reformy opieki zdrowotnej i społecznej, bez poinformowania opinii publicznej, a w szczególności bez uzyskania opinii o nich środowiska służby zdrowia, która system ten będzie wprowadzać w życie.

Podpisali członkowie naszego podzespołu. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Teraz przepraszam, tutaj w kwestii formalnej.

Ob. Marek Edelman:

W sprawie formalnej.

Myszę, że dobrym początkiem naszego porozumienia by było, żebyśmy dzisiaj ten dokument popierający stanowisko, jak to się nazywa Komisji Społeczno-Gospodarczej przyjęli w ramach naszych obrad.

Przewodniczący:

Proszę bardzo.

Ob. Leszek Wdowiak:

Ja mam takie pytanie, kto dawał propozycję podporządkowania przemysłowej służby zdrowia zakładom pracy. Bo co innego jest finansowanie z zakładu pracy, a co innego jest podporządkowanie dyrektorowi.

Ob. Zofia Kuratowska:

Jest to zawarte w tym dokumencie jako fakultatywna możliwość, ale nie musi być podporządkowana, ale może. Tak, ewentualnie.

Przewodniczący:

Ja przed udzieleniem głosu chciałbym dać wyjaśnienie, że dokument, który zatytułowany jest "Kierunki założenia reformy w służbie zdrowia", który był przedmiotem dyskusji na Komitecie Społeczno-Politycznym, jest dokumentem opracowanym przez duże grupy ekspertów reprezentujących służbę zdrowia, jak podkreśliłem w swoim wystąpieniu, zawiera on kierunkowe rozwiązania, które będą opublikowane i dane do wiadomości wszystkim pracownikom służby zdrowia. Natomiast nie są to już gotowe rozwiązania, Pewne kierunkowe sprawy które związane są i z problemem decentralizacji, związane

~~xxxxx~~ z zagadnieniem i, które mają odbić się w ustawie o samorządzie terytorialnym, musiały być wstępnie przedyskutowane i powiedzmy pozytywnie były przyjęte. Natomiast to naprawdę nie ogranicza ani dalszej dyskusji w środowisku służby zdrowia, ani konieczności bardzo głębokiego dopracowania realizacyjnego, gdzie ja myślę dla wszystkich z nas będzie miejsce.

Natomiast nie znam takiego stwierdzenia i w tym dokumencie, jak pani docent była uprzejma przeczytać w tym stanowisku, to zgadzam się tu zupełnie z doc. Wdowiakiem, że takiego stanowiska nikt nie prezentował.

Trudno więc podpisywać pewien dokument protestacyjny, nieoparty na faktach.

Pan prof. Indulski jeszcze w tej sprawie, proszę bardzo.

Ob. Janusz Indulski:

Jeżeli można, tylko w tym punkcie. W punkcie siódmym pisze dokładnie tak: Stworzy się formalno-prawną możliwość, aby organem założycielskim dla przychodni przemysłowej zakładowej mógł być także zakład pracy, ponoszący wówczas wszystkie wydatki związane z działalnością służby zdrowia na swoim terenie. Umożliwi się także takie rozwiązanie, którym organem założycielskim w części dotyczącej działalności profilaktycznej przemysłowej służby zdrowia byłby wojewod, w części dotyczącej działalności leczniczej - szczególnie specjalistycznej zakład pracy. Rozwiązania te nie mogą jednak naruszać uprawnień i kompetencji nadzoru specjalistycznego w dziedzinie medycyny pracy.

I nigdzie nie ma słowa o podległości, wręcz odwrotnie, jest wyartykułowana odwrotność sytuacji.

Chodzi o to, żeby profilaktyczna działalność była finansowana przez służbę zdrowia, a to co nazwana elitarną działalnością, przez sam zakład pracy.

To jest komentarz niezgodny z dokumentem.

~~Przewodniczący:~~ Ob. Marek Edelman:

Musimy tworzyć takie dokumenty, które będą w praktyce owocować, a nie, które będą dawały trzy wyjścia i każdemu dyrektorowi pozwalały robić co chcą.

A oczywiste jest, że służba przemysłowa będzie o wiele lepiej płaciła swoim lekarzom niż służba zdrowia przez wiele lat jeszcze, i zależność ta będzie. Więc nie trzeba nawet dawać takiej możliwości. To jest wszystko co chciałem powiedzieć.

Przewodniczący:

Ja myślę, co pan Edelman w tej chwili powiedział, to jest jak gdyby pewnym wnioskiem do wzięcia tego zagadnienia jako jeden z problemów naszej dyskusji, czy nawet dania do rozpracowania zespołom i rozumiem, że tak samo tu strona OPZZ uznaje to jako pewien problem, który może być rozpracowany i wyjaśniony.

Zresztą jest to zgodne właśnie z duchem dokumentu, że daje pewien kierunek, niekoniecznie słuszny.

Proszę pana docenta o zabranie głosu. Jeszcze raz proszę o podanie nazwiska.

Ob. Edmund "Solidarność"

Z satysfakcją wysłuchałem trzech pierwszych wystąpień bo w warstwie diagnostycznej zarysowało się wiele punktów stycznych.

Trudno zresztą, aby było inaczej. Bo jaka jest sytuacja

ochrony zdrowia w Polsce każdy widzi.

Z górą 40 lat funkcjonowania stalinowskiego i postalinowskiego modelu doprowadziło do dzisiejszej katastrofy. Nie można zaprzeczyć, że na ochronę zdrowia wydatkuje się poważne środki, choć w porównaniu z wielu innymi krajami, nie są to środki duże. Ale nawet te ograniczone środki, które przeznacza się u nas na ochronę zdrowia są w części marnotrawione, a najgorsze jest to, że trudno nawet w przybliżeniu oszacować rozmiary marnotrawstwa.

Tak. Mamy do czynienia z katastrofą, bo stan obecny nie kwalifikuje już Polski do poziomu cywilizowanych krajów europejskich. Łatwo można wykazać zapóźnienie cywilizacyjne naszej ochrony zdrowia w stosunku do krajów Europy Zachodniej i Północnej. Oszczędzę więc państwu licznych i zawstydzających porównań.

Nie sposób nie wspomnieć o nierównościach społecznych w zdrowiu. Jak pamiętamy podstawowym hasłem ideologicznym, które miało legitymizować stalinowski model ochrony zdrowia, był egalitaryzm. Przez wprowadzenie bezpłatnego leczenia wszelkie nierówności w tej dziedzinie miały być zlikwidowane.

Jak wiadomo, również i w tym wymiarze utrzymywany dotychczas model ochrony zdrowia nie sprawdził się, o czym świadczą nawet zbiorcze dane statystyczne publikowane w oficjalnych rocznikach.

Myszę, że zasygnalizowane tutaj elementy diagnozy i wiążące się z nimi oceny nie wywołają sporów. Co więcej - żywię nadzieję, iż strona rządowa dysponuje informacjami, które pozwolą nie tylko nakreślić pełniejszy obraz sytuacji, lecz także wskażą wadliwe mechanizmy, które do obecnego

8/1

wskażą wadliwe mechanizmy, które do obecnego stanu doprowadziły.

Jeśli nasza rozmowa ma być rzeczowa, a nie wątplię, iż jest to życzenie wszystkich zebranych, to przydatne byłoby uzupełnienie tego obrazu o następującej informacji.

Po pierwsze, jakie są globalne środki przeznaczone na ochronę zdrowia oraz jak są one wykorzystywane?

Po drugie, jakie są niedobory średniego i niższego personelu medycznego?

Po trzecie, ilu lekarzy wyemigrowało z Polski i ilu lekarzy brakuje w lecznictwie?

Po czwarte, jakie stanowiska w służbie zdrowia znajdują się w nomenklaturze, i jak przedstawia się zatrudnienie na stanowiskach kierowniczych według przynależności partyjnej?

Po piąte, jak gospodaruje się funduszem ubezpieczeń społecznych, funduszem przeciwalkoholowym, Narodowym Funduszem Ochrony Zdrowia, funduszem zapobiegania narkomanii?

Dane w Roczniku Statystycznym są lakoniczne i nie informują na co w istocie wydatkowane są te środki, a chodzi tu o bardzo poważne kwoty. Bowiem rocznie fundusze te dysponują łączną sumą blisko 2 bilionów złotych.

Po szóste, jak przedstawia się produkcja leków? Czy jest ona deficytowa czy dochodowa? Jaka część i jaki asortement wyprodukowanych leków idzie na eksport?

I wreszcie po siądme, jak przedstawia się więzienna służba zdrowia? Tzn. personel, wyposażenie i jak jest prawnie unormowana jej działalność?

Odpowiedzi na te pytania jeszcze silniej osadzą nas w realiach i nadadzą naszym rozmowom bardzo konkretny charakter. Nie-

8/2

zależnie jednak od odpowiedzi na te pytania nie musimy chyba przekonywać się wzajemnie, że stalinowski i postalinowski model ochrony zdrowia nie powinien być nadal utrzymywany. Zatem powinniśmy zastanawiać się nie tyle nad ulepszeniem tego co jest, ale nad tym czym zastąpić dotychczasowy model. Nie wszystko trzeba wymyślać od nowa. W większości chodzi o przywrócenie tych cennych elementów systemu ochrony zdrowia, które w czasach stalinowskich zostały zniszczone. Lub też pozapozyczenie pewnych rozwiązań z tych krajów, w których służba zdrowia funkcjonuje normalnie.

Nie można dalej tolerować sytuacji, w której lekarze są lekarze i pielęgniarki zdegradowani są do roli nisko płatnych urzędników państwowych, a pacjenci zostali przekształceni w patientów.

Tak więc wydaje się kwestią bezsporną, że dotychczasowy model zcentralizowanej i zbiurokratyzowanej służby zdrowia musi być zastąpiony nowymi rozwiązaniami, które powstrzymają dalszy regres infrastruktury medycznej, przywrócą motywację pracy, zahamują erozję moralną w części środowiska lekarskiego, które korzysta a niekiedy nawet wymusza dodatkowe gratyfikacje pieniężne lub rzeczowe od pacjentów i w końcu chodzi o takie rozwiązania, które stworzyły by tu, w kraju takie warunki pracy i płacy by emigracja zagranicę straciła swój zniewalający urok.

Propozycje tych rozwiązań szerzej, częściowo już przedstawiała nasza przewodnicząca, szerzej przedstawia moi koledzy w swoich wystąpieniach.

Nie wnikając już więc w szczegóły wymienię tutaj dla porządku sześć fundamentalnych zasad, czy celów strategicznych,

8/3

których realizacja wydaje się niezbędna jeśli serio myśli się o zainicjowaniu zasadniczej poprawy sytuacji.

Po pierwsze legalizacja "Solidarności" rozumiana jako środek służący pełnemu upodmiotowieniu pracowników służby zdrowia.

Po drugie odpolitycznienie służby zdrowia nie ma medycyny antysocjalistycznej ani socjalistycznej, jest tylko medycyna dobra lub zła.

Po trzecie usamodzielnienie placówek służby zdrowia wraz z wprowadzeniem samorządu pracowniczego.

Po czwarte rewitalizacja samorządu lekarskiego.

Po piąte zniesienie wszystkich administracyjnych barier dla rozwoju różnorodnych form opieki zdrowotnej publicznej czyli administrowanej przez państwo, społecznej i prywatnej.

Po szóste ekonomizacja służby zdrowia połączona z radykalną reformą ubezpieczeń społecznych. Wprowadzenie rachunku ekonomicznego powinno spowodować przywrócenie relacji pomiędzy jakością i ilością pracy a wysokością wynagrodzenia, a także powinno unormalnić relację pomiędzy pacjentem, a personelem medycznym.

Reforma i rozbudowa systemu ubezpieczeń powinna zmierzać w takim kierunku aby nie zwiększyły się nierówności społeczne w dostępie do służby zdrowia, bo one i tak są już duże. Ale zarazem by pieniądź zaczął pełnić funkcję regulatora działalności placówek służby zdrowia.

Przedstawione tu propozycje są tu wzajemnie powiązane. Oznacza to, że przyjęcie jedynie części tych zasad zawisa w próżni jeśli jednocześnie nie przyjmie się zasad pozostałych. Np. samodzielność placówek będzie fikcją jeśli nie wprowadzi się jednocześnie ekonomizacji służby zdrowia i nie zlikwiduje nomenklatu-

8/4

ry.

Rewitalizacja samorządu będzie ułomna jeśli nie będzie jej towarzyszyć odpolitycznienie służby zdrowia, a ekonomizacja ochrony zdrowia nie będzie zaakceptowana przez społeczeństwo jeśli nie będzie jej towarzyszyć radykalna reforma systemu ubezpieczeń społecznych, a z drugiej strony może doprowadzić do deformacji w podziale wpływów ze świadczonych usług jeśli nie zostanie zalegalizowana "Solidarność". A więc zmiany, o których dzisiaj tu mówimy muszą mieć charakter systemowy i jednoczesny zarazem.

Mówiłem do tej pory o szansach i nadziejach związanych ze zmianami w służbie zdrowia, ale przecież łatwo przewidzieć zagrożenia, które mogą obrócić w niwecz wszelkie wysiłki reformatorskie.

Największym zagrożeniem jest niewątpliwie połowiczność reformy, która spowoduje, że nawet trafne rozwiązania, którym towarzyszyć będzie brak innych niezbędnych rozwiązań zawisną w próżni i skompromitują się w opinii publicznej bo nie doprowadzą do założonych skutków.

Kolejnym zagrożeniem może być zwłaszcza w przejściowym okresie wdrażania reformy wzrost nierówności społecznych w dostępie do ochrony zdrowia. Tutaj ważnym gwarantem powinna być solidarność służby zdrowia, w której w etosie mieści się nie tylko związkowa ochrona interesów branżowych lecz także szersze właśnie solidarnościowe spojrzenie na interesy i potrzeby współrodaków.

Wreszcie po trzecie. Trzecie poważne zagrożenie wiąże się z procesem odbiurokratyzowania służby zdrowia. Wprowadzenie w

8/5

życie proponowanych zmian spowoduje, że część aparatu biurokratycznego straci rację bytu co prawdopodobnie uruchomi działania zmierzające do rozmycia lub wręcz zastopowania niezbędnych zmian. Stało by się tak na pewno gdyby reformę miał wdrażać aparat administracyjny, w którego interesy ta reforma niewątpliwie godzi. Mimo tych zagrożeń mamy szansę.

Od wyników naszych rozmów zależy czy ją wykorzystamy czy też zostanie nam w rękach ino sznur.

Dziękuję.

Przewodniczący Ob. Andrzej Wojtczak:

Dziękuję bardzo panu docentowi. Muszę powiedzieć, że jest mi szalenie miło, że praktycznie z tych sześciu postulatów i warunków reformy co do pięciu jesteśmy zupełnie zgodni i znalazło to wyraz tak samo w moim wystąpieniu.

Natomiast pierwszy punkt nie sędzę, że jest to zagadnienie, które wiąże się z obradą naszego podzespołu ds. zdrowia.

Proszę uprzejmie, można prosić nazwisko...

8/6

Ob. Janina Zielińska - rolniczka, działaczka Kół Gospodyń Wiejskich przedstawicielka Krajowego Związku Rolników Kółek i organizacji rolniczych z woj. bydgoskiego.

Wysłuchaliśmy tutaj pana profesora, wysłuchaliśmy strefy zawodowej medycznej. I ja chciałabym przedstawić sytuację zdrowotną mieszkańców środowiska wiejskiego.

Chcę powiedzieć jedno, że sytuacja zdrowotna mieszkańców wsi jest wręcz krytyczna. A co się na to składa? Przede wszystkim brakuje nam kadry lekarskiej. Chcę powiedzieć, że w środowisku wiejskim w 90 proc. ośrodków zdrowia mamy tylko po jednym lekarzu.

Ok. 8 proc. ośrodków zdrowia wiejskich i miejsko-gminnych nie ma w ogóle lekarza. I od tego musimy zacząć. Nie mówiąc już o specjalistach lekarzach, o stomatologach, jak również brakuje kadry pielęgniarskiej.

My od wielu lat jako organizacja wnioskujemy o poprawę tych wszystkich rozwiązań lecz niezawsze po prostu one docierają tam, gdzie powinny i te sprawy nie są rozwiązywane. Musimy w pierwszym stopniu rozwiązań sytuację kadry lekarskiej dając jej preferencyjne warunki płacowe i warunki socjalno-bytowe żeby kadra lekarska chciała przyjść po prostu do nas na wieś pracować

I tu wydaje mi się to możliwe w obecnej sytuacji, bo nie możemy żądać rzeczy niemożliwych do niezrealizowania. Mamy tą świadomość jako mieszkańcy wsi.

Brakuje nam również ośrodków zdrowia. My na ile jest to możliwe mieszkańcy wsi w ramach czynów społecznych wspieramy to, ale sami bez pomocy państwa wszystkiego nie zrobimy. W przeciągu czterech lat wybudowaliśmy jako mieszkańcy wsi w czynach społecz-

8/7

cznych zmodernizowaliśmy w czynach społecznych stare ośrodki zdrowia 225. Jest to można powiedzieć i mało i dużo. Dla nas jest to już wielkie rozwiązanie. Ale to nie zaspakaja potrzeb, jakie są potrzebne w środowisku wiejskim. Nie mówiąc już o aptekach, o braku leków, podstawowych środków higieny osobistej. Wstyd o tym mówić po prostu na takim wysokim forum, ale jest to sytuacja na wsi, jaka jest. Przedstawiamy już to niejednokrotnie, niejednokrotnie wnioskowaliśmy i żadnej poprawy na tym odcinku po prostu nie było.

Wiemy, że brakuje nam stomatologów. Mówi się o tym, że nawet stomatolodzy powinni być w każdej szkole wiejskiej. Jak my na jeden ośrodek miejsko-gminny, skąd pochodzę mamy jednego stomatologa. Obejmuje swoim zasięgiem 14 tys. ludności. To nawet choćby chciał to nie jest w stanie zaspokoić wszystkich potrzeb nie mówiąc już o zapotrzebowaniu w szkołach. A wiemy, że dzieci wiejskie w 90 proc. mają zaawansowaną próchnicę zębów. Wiemy, że jest większa umieralność dzieci, niemowląt, jak również i młodzież w niedostatku opieki lekarskiej.

Dzieci wiejskie mają słabszy i niższy wzrost, mniejszą wagę. I wiemy co się po prostu na to składa.

Tak samo wiele dzieci ma zniekształcone wady kręgosłupa, układu kostnego, jest to ok. 30 proc. dzieci wiejskich ma te wady po prostu.

Nie mówiąc już o rolnikach, którzy chorują na choroby zawodowe układu nerwowego i wiele innych, których potrzeba leczenia...

9/1

Nie mówiąc już o rolnikach, którzy chorują na choroby zawodowe układu nerwowego i wiele innych, którym potrzeba leczenia na codzień i już od zaraz.

I dlatego na pierwszym rzędzie musimy stworzyć te preferencyjne warunki żebyśmy pozyskali lekarzy na wsi. Jest to od nas rolników niezależne. My w miarę swoich możliwości robimy to na co nas stać i ile możemy ze środków, które mamy w dyspozycji funduszy wiejskich, funduszy gminnych nie zabezpiecza na pokrycie potrzeb, jakie są potrzebne w danym środowisku bez poparcia nam tych czynów społecznych. Zgadujemy, że są środki na to, na popieranie czynów społecznych tylko nie zawsze, jak już było mówiono trafiają one na te cele, na które powinny być przeznaczone.

Brakuje nam również ośrodków małej rehabilitacji. A jest to możliwe do zrealizowania. Już nie mówię we wszystkich ośrodkach zdrowia, ale w tych miejsko-gminnych chociaż żeby był jeden taki w gminie. I jest to do zrealizowania. Bo mówimy o rzeczach możliwych, które na dzisiaj po prostu możemy zrealizować.

Przede wszystkim zwiększenie opieki nad matką i dzieckiem wiejskim. Mówiła tu pani doktor o tym ogólnie, ale sytuacja na wsi na tym odcinku jest tragiczna. Już nie mówiąc o poradniach K o tej opiece takiej na co dzień. I dlatego taka sytuacja coraz się pogłębia. My jako organizacja Kół Gospodyń Wiejskich, jest to organizacja ogromna, bo zrzesza 90 proc. wsi sołeckich, mamy w swoich organizacjach ponad milion 300 tys. kobiet, wychodzimy na przeciw tym wszystkim staraniom, potrzebom, jakie są na wsi.

Organizujemy, wchodzimy w organizację kolonii zdrowotnych, kolonii rehabilitacyjnych organizacyjnie. Próbuje to robić w lokalach, ośrodkach szkoleniowych żeby w czasie wakacyjnym cho-

9/2

cięż w niewielkim stopniu tym dzieciom to udostępnić, ale bez pomocy środków finansowych sami też tego nie zrealizujemy. Jest to niemożliwe. Sama organizacja i ogromne zaangażowanie naszych działaczy społecznych nie jest w stanie tego wszystkiego zabezpieczyć, jak również i kolonie rehabilitacyjne.

Powiedziałam na wstępie, że 35 proc. dzieci jest z wadami i tu by była ogromna potrzeba ażeby umożliwić również dzieciom wiejskim możliwość leczenia.

Chciałabym również jeszcze taki wniosek podnieść żeby zabezpieczyć to, żeby kadry lekarskie na wsi było więcej i żeby umożliwić młodzieży wiejskiej start na studia medyczne. Może nie wszyscy, ale w niewielkim stopniu by ta młodzież do nas na wieś wróciła i tam pracowała.

Ale wiemy, że start dziecka wiejskiego jest o wiele trudniejszy, jak dziecka w mieście. Jest ta ogromna dysproporcja nierówności. W mieście jest możliwość udzielenia dzieciom korepetycji żeby miały możliwość dostać się na te studia i przygotować się należycie. Dzieciom wiejskim nie stwarza się takich warunków.

Stąd takie wnioski ażeby była możliwość stworzenia takich kursów przygotowawczych tej młodzieży, która by chciała i zdecydowała się pójść na studia medyczne dzieci rolników. I może to w niewielkim stopniu rozwiązałoby te rosnące problemy, które nas tak bardzo nurtują w naszym środowisku wiejskim.

My jako organizacja byliśmy współredaktorem uchwały Rady Ministrów nr 47 w poprawie warunków socjalno-bytowych mieszkańców wsi. I jako jedyna mam świadomość tego organizacja rozlicza my się w realizacji tej uchwały w środowisku, a tam są zapisy

9/3

do wszystkich, do wojewodów, do naczelników, do tych decydentów do wydziału zdrowia, lecz nie wszyscy się z tego wywiązują, niekiedy pozostają to tylko zapisy.

A wiemy, że zróżnicowanie lecznictwa wieś a miasto jest ogromne. A mówimy tak dużo i wszędzie o niwelowaniu różnic między wsią a miastem, a my jako wieś widzimy, że naprawdę tak nie jest. Jesteśmy jako mieszkańcy wsi na tym odcinku bardzo pokrzywdzeni i powiedziałabym więcej zdyskryminowani.

My chcemy wyjść i wychodzimy na przeciw jako organizacja kół gospodyń wiejskich poprzez podnoszenie oświaty zdrowotnej, poprzez prowadzenie szkół zdrowia, białych niedziel w środowisku wiejskim ażeby podnieść świadomość mieszkańców wsi w tym kierunku. Ale również brakuje nam kadry, która by nam przeprowadzała i szkolenia i te białe niedziele i przede wszystkim brak środków, bo nie wszystko zrobimy czynami społecznymi. Bo i tak jest. I to się nie da ukryć, że mieszkańcy wsi jeżeli chcą coś mieć to muszą to zrobić sami.

W mieście, gdy się buduje inne obiekty są na to środki, są pieniądze i nie interesuje to nikogo, kto to będzie robił. My mieszkańcy wsi chcąc coś mieć musimy się w to włączyć sami bo jeżeli inicjatywa nie wyjdzie od nas i my czynem społecznym tego nie poprzemy to nie będziemy mieli nic w tym naszym środowisku wiejskim.

Mam świadomość tego, że te obrady tutaj, wymiana tych wszystkich poglądów, postulatów realnych do zrealizowania przy tym naszym stole i oczekujemy, że po tych spotkaniach, po tych rozmowach podejmie się radykalne rozwiązania dla sytuacji zdrowotnej mieszkańców wsi.

Dziękuję za uwagę.

Dziękuję bardzo . Proszę...

Ob. Gustaw Bokszożanin; reprezentuję Ogólnopolskie Porozumienie Związków Zawodowych

Proszę państwa zacząć od rzeczy powszechnie znanych. Wiadomo, że stan zdrowia społeczeństwa zależy od poziomu szeroko rozumianych warunków zdrowotnych, postaw i zachowań zdrowotnych członków społeczeństwa, jakości systemu ochrony zdrowia i sprawności opieki medycznej.

Problemy warunków zdrowotnych w szczególności poziomu życia i ochrony środowiska, tak istotnych dla naszego tematu są dyskutowane przy innych stolikach. Pamiętajmy jednak aby w globalnej problematyce ekologicznej nie zgubić najprostszych problemów sanitarnych, a w szczególności bezinwestycyjnej walki z brudem i niechlujstwem co nie oznacza, że i tu inwestycje nie są w ogóle potrzebne.

Co do zasad kształtowania postaw i zachowań jesteśmy chyba wszyscy zgodni, że są one ujęte prawidłowo w polskim programie zdrowie dla wszystkich do roku 2000. W szczególności w zadaniach drugim i trzecim.

Trzeba się jednak zastanowić dlaczego dotychczasowe działania w walce z alkoholizmem, nikotynizmem czy narkomanią przynoszą tak nikłe rezultaty. rzutujące na poziom zachorowalności i nadumieralności mężczyzn w wieku produkcyjnym.

Pragniemy podkreślić konieczność skoncentrowania się na problemach systemu ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej. Nawiążę ponownie do programu "Zdrowie dla wszystkich", które zadanie 8 brzmi: do roku 1990 należy opracować i wdrożyć mechanizmy ekonomiczne racjonalizacji i wykorzystania zasobów będących w dyspo-

9/6

zycji służby zdrowia. Zaś 11 "do roku 1990 należy usprawnić mechanizmy wpływu społeczeństwa na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej i społecznej". Możemy tu mieć odmienne zdanie co do kolejności. Dla nas uspołecznienie jest niezbędnym warunkiem prawidłowej ekonomizacji, ale istotne jest to, że strategia powyższa przewiduje oba te kierunki.

Uzasadnieniem konieczności reformy jest fakt potwierdzony wieloletnią praktyką, że przesadnie scentralizowany i zbiurokratyzowany system zarządzania służbą zdrowia przyniósł zasługujące na ubolewanie rezultaty. Podobnie negatywną opinię powoduje wynik prowadzonych dotychczas praktyki obsadzania kierowniczych stanowisk w administracji służby zdrowia bez żadnej społecznej kontroli.

Dlatego też wypowiadamy się w imieniu OPZZ za głęboką decentralizacją i usamodzielnieniem zakładów służby zdrowia, a także za ich docelowym samofinansowaniem w oparciu o system i fundusz ubezpieczeniowy.

Zdajemy sobie sprawę, że nigdzie na świecie nie wypracowano modelu idealnego, ale model ubezpieczeniowy wydaje się mieć więcej zalet niż wad.

Istotne znaczenie będzie mieć wypracowanie systemu rzeczywistego uspołecznienia niektórych decyzji zarówno na szczeblu centralnym, wojewódzkim czy regionalnym. Jak również zwiększenie roli samorządu terytorialnego. Mamy na myśli społeczne rady zdrowia, w których ważną rolę odgrywałyby, odgrywałoby przedstawicielstwo związków zawodowych.

Oдноśnie ekonomizacji. Najważniejsze było by tu wprowadzenie rachunku ekonomicznego, który stymulować będzie lepsze

9/7

wykorzystanie środków i zasobów danych do dyspozycji służbie zdrowia oraz poprawę efektywności podejmowanych działań medycznych. Ale nie tylko.

Sądzymy, że wymaga dyskusji zasada całkowitej bezpłatności niektórych świadczeń np. leczenie uzdrowiskowe obecnie często przez niektórych traktowane jak bezpłatne wczasy czy kryteriów przyznawania bezpłatnych leków.

Uważamy, że w tych sprawach na poważną analizę zasługują propozycje zawarte w wielu materiałach społecznych i rządowych poddawanych m.in. ocenie związkowych w ostatnich latach. Ale zastrzegamy rewizja dotychczasowych zasad nie może tworzyć bariery ekonomicznej w korzystaniu z tych świadczeń dla grup ludności o niskich dochodach, a zwłaszcza osób przewlekłe chorych.

Sprawą wymagającą gruntownego przemyślenia jest rynek pracy personelu medycznego. Podzielamy obawy wielu grup społecznych i pracowniczych, że wprowadzenie pełnego równouprawnienia sektora państwowego, spółdzielczego i prywatnego w opiece zdrowotnej bez żadnych ograniczeń może drastycznie zróżnicować dostępność do niektórych usług. Wywołać ogromne różnice społeczne właśnie w tej dziedzinie, w której są one absolutnie dopuszczalne.

OPZZ udziela poparcia w walce pracowników służby zdrowia o godziwe wynagrodzenia...

10/1

OPZZ udziela poparcia w walce pracowników służby zdrowia o godziwe wynagrodzenia. Wiedząc, iż byli oni i w dalszym ciągu są materialnie niedowartościowani. Ale trzeba scharmonizować zabezpieczenia interesów zdrowotnych w społeczeństwie w tym jego najuboższych warstw z interesami niektórych grup personelu medycznego.

Dla przykładu można chyba zapewnić ordynatorom wysokie wynagrodzenie bez potrzeby różnicowania pacjentów na tych, którzy mogą zapłacić dodatkową i tych, których na to nie stać. Musimy znaleźć poprzez akceptowanie przez pracowników służby zdrowia motywacyjne systemy płacowe. Sposób na rozwiązanie problemów właściwej alokacji kadr. Tzn. ich nadmiaru na jednym terenie czy w określonych placówkach służby zdrowia, a braku gdzie indziej.

Wiąże się z tym także obecny system kształcenia przed i podyplomowego, który jest anachroniczny i utrwała niewłaściwą strukturę zatrudnienia.

Ze zrozumiałych względów OPZZ jako reprezentacja pracodawców jest zainteresowana ochroną zdrowia ludzi pracy. Chcemy żeby profilaktyczna opieka zdrowotna obejmowała maksimum pracowników, którzy jej wymagają.

W związku z tym uważamy, że trzeba podjąć decyzje o ratyfikacji tych konwencji MOP, które obligują państwo i pracodawców do zapewnienia właściwego poziomu ochrony zdrowia wszystkich pracujących zagrożonych szkodliwymi warunkami pracy bez względu na kondycję finansową zatrudniających ich zakładów.

Wiąże się to w pewnym stopniu z zagadnieniami niepełnosprawności i inwalidztwa. A więc z perspektywą niezbędnych zmian systemu orzekania o niezdolności do pracy i wspomagania osób,

10/2

które to zdolność utraciły np. poprzez odpowiedni system rehabilitacji zawodowej i społecznej.

Wiele w ostatnich latach dyskutowaliśmy na tematy z zainteresowanymi pracownikami i kompetentnymi przedstawicielami świata nauki. Stąd mamy sporo szczegółowych propozycji. Przedstawionych już wcześniej stronie rządowej.

Szczególnych spraw do rozważenia przy naszym stole jest wiele. Nie powiedziałem nic o katastrofalnym stanie inwestycji i wadliwej ich strukturze powodującej niedobór łóżek psychiatrycznych i w pomocy społecznej. O dramatycznym opóźnieniu możliwości dysponowania nowoczesnym sprzętem diagnostycznym i terepautycznym. O zaopatrzeniu w leki, w aspekcie ich braku. Racjonalizacji gospodarowania nimi, a także opłacalności produkcji przez przemysł farmaceutyczny. Pragnę jednak nie zabierać zbyt dużo czasu, przejść do rzeczy zasadniczych.

Po pierwsze nie jest możliwe rozwiązanie wszystkich złożonych problemów ochrony zdrowia przez nas samych. Nie uda się żadna reforma systemu jeśli nie zostanie ona ujęta w ramach w ramy legislacyjne. Jeśli nie zostaną podjęte i szybko zakończone prace nadustawami o ochronie zdrowia, o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych, o urzędzie ministra zdrowia, w lecznictwie uzdrowiskowym, w pomocy społecznej. Że wymienię te, o które ruch zawodowy dopomina się już od dawna. I to w kształcie zgodnym z postulatami reformy przede wszystkim w sensie uspołecznienia decyzji i właściwego ustanowienia problemów kadrowych.

Konieczne jest szybkie nadanie uprawnień koordynacyjnych ministrowi zdrowia jako odpowiedzialnemu za całość problematyki ochrony zdrowia w państwie. Gwarantującemu prowadzenie

prozdrowotnej polityki gospodarczej i społecznej.

OPZZ stara się aby cały czas doprowadzić do świadomości decydentów, że tylko zdrowe społeczeństwo jest zdolne do rozwoju a zwłaszcza, że zdrowieludzi pracy warunkuje możliwość osiągnięcia postępu w sferze gospodarczej.

Po drugie nie sędzę aby było możliwe rozstrzygnięcie szerokiego wachlarza problemów w naszym stosunkowo niedużym gronie.

Proponuję aby dyskusja szczegółowa prowadzona była w zespołach problemowych, które przygotowują uzasadnione propozycje dotyczące poszczególnych fragmentów polityki zdrowotnej jak np. do spraw ekonomiczno-organizacyjnych i udziału społeczeństwa w ochronie zdrowia. Do spraw polityki płacowej i kadrowej włącznie z systemem nauczania i problematyką samorządu zawodowego. Do spraw leku i przemysłu pracujących na rzecz ochrony zdrowia. Do spraw inwalidów i osób przewlekłe chorych, systemu rentowego, rehabilitacji zawodowej i społecznej, lecznictwa uzdrowiskowego i pomocy społecznej. Do spraw ochrony zdrowia pracujących. Do spraw oceny dotychczasowych programów rządowych dotyczących poprawy zdrowia społecznego i perspektyw stanu zdrowotnego społeczeństwa.

Sędzę, że jesteśmy w stanie osiągnąć porozumienie we wszystkich sprawach ponieważ łączy nas wspólny cel. Poprawa stanu zdrowia społeczeństwa. Społeczeństwo liczy na to, że wspólnie znajdziemy drogę do jak najszybszego i najefektowniejszego osiągnięcia tego celu.

Dziękuję.

Przewodniczący: Andrzej Wojtczak:

10/4

Bardzo dziękuję za to wystąpienie...

Ob. Marek Edelman:

Panie Przewodniczący chciałem wyjaśnić jedną sprawę. Bardzo się cieszę, że Pan przewodniczący powiedział, że w pięciu punktach, które pan doktor tutaj przedstawił z sześciu, pan przewodniczący jest zgodny, czyli, że rozmowy praktyczne bardzo szybko by przyniosły efekt myślę stronie rządowej itd. Ale jest tu sprawa zasadnicza.

Sprawa zasadnicza jest sprawa pierwszego punktu. To wszystko co my zrobimy bez poparcia przez nas wszystkich wszystkich wolnych inicjatyw opórzycyjnych bez powiedzenia tego, że kontrola społeczna będzie nie tylko strona rządowa zalegalizowane oficjalne związki zawodowe, że jeżeli nie będzie zalegalizowana "Solidarność" nie będzie współpracy społeczeństwa, a myśmy to 40 lat pracowali w tym systemie i wiemy, że bez ścisłej kontroli społeczeństwa nic dobrego z tego nie wyniknie i nie będziemy w żadnym wypadku mogli brać za to odpowiedzialności.

Więc myślę, że pierwszy punkt jest warunkiem wstępnym do dalszych rozmów. Inaczej być nie może.

Przewodniczący: Andrzej Wojtozak:

Chciałbym powiedzieć, że wskazując na pewną zbieżność, i to ja muszę powiedzieć, że wystąpienia zbieżność trzech stron poszukuje problemów, które byśmy mogli wspólnie rozwiązywać i dlatego ja to traktuję jako pewien wykaz zagadnień mających wielki wpływ na wprowadzenie reformy opieki zdrowotnej, a ukierunkowanych przecież to co jest chyba celem naszego podzespołu, na

10/5

zagadnienia zdrowia tego społeczeństwa.

Dlatego ja traktuję to, tą pewne wyliczenie zagadnień, ja uważam o kolosalnym znaczeniu dla w procesie decentralizacji, w procesie racjonalizacji opieki zdrowotnej. Mam nadzieję, że wrócimy do tych spraw wtedy kiedy będziemy starali się sporządzić pewną listę problemów, które powinny podane być jakiejś szczegółowszej dyskusji.

Proszę państwa ja chciałbym prosić w tej chwili, jeżeli państwo się zgodzą, o przerwę zgodnie z naszym ustaleniem 12.30, po przerwie prosiłbym panią współprzewodniczącą o godzinie 13.00 o przejęcie pałeczki przewodniczącej i pierwszym mówcą, który został mi jeszcze na liście w tej chwili, a już nie warto udzielić głosu, bo w zasadzie jest 12.30 będzie dr Cybulko.

Dziękuję uprzejmie o godzinie pierwszej wznowiamy obrady.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Bardzo proszę o zajmowanie miejsc. Zaczniemy drugą część naszych obrad.

Pierwsza uwaga techniczna. Ponieważ bardzo dużo mamy spraw i dużo osób zgłosiło się do wypowiedzi wobec tego musimy już teraz bardzo pilnować dyscypliny czasu. Także bardzo proszę państwa, wypowiedź w zasadzie 5 minut, nie może w żadnym wypadku przekraczać 7 minut.

Zanim udzielię głosu panu dr. Cybulko chciałam powiedzieć jedną rzecz, którą jednak musimy tutaj sobie uzgodnić.

W związku ze sprawą warunku, jakim dla nas jest w rozmowach poparcie legalizacji "Solidarności". Ja doskonale rozumiem że tutaj nikt nie podejmuje takich decyzji, że chyba zresztą,

10/6

jak rozumiem dotychczasowe obrady zespołu politycznego i związkowego, chyba jesteśmy tego bliscy niemniej przynajmniej myśmy zrozumieć wypowiedź pana prof. Wojtczaka, tak, że on tej sprawy nie popiera.

Ja chcę uświadomić wszystkim państwu, że my jak tu siedzimy za tym stołem, my wszyscy jesteśmy nielegalni. Państwo wszyscy mówią z pozycji legalnych zarówno członkowie związków, jak kółek rolniczych, państwo którzy reprezentują rząd. My mówimy tutaj z pozycji nielegalnych. I jeszcze miesiąc temu pewnie na tą salę wkroczyła by służba bezpieczeństwa, ja to znam dobrze z autopsji, powiedziałyby, że to jest nielegalne zgromadzenie, proszę się rozejść i zapisali by wszystkie dane. To się na szczęście zmieniło.

Niemniej, my nie jesteśmy jeszcze legalną organizacją. W związku z tym jest to dla nas bardzo ważne, bo właściwie jeżeli tego poparcia ze wszystkich stron, które tu siedzą nie będzie to my nie bardzo widzimy pole do naszych rozmów, tak jak jeszcze uważamy, że my nie możemy tworzyć zespołów i do nich wchodzić, dlatego, że reprezentujemy, jak gdyby, wtedy w takim zespole każdy tylko siebie. A troszkę o co innego tu chodzi bo chodzi o społeczeństwo.

Także mnie się wydaje, że ten pierwszy punkt my musimy jakoś sobie wyjaśnić panie profesorze.

Przewodniczący Andrzej Wojtczak:

Ja myślę pani docent. Tak jak pani bardzo jasno sprecyzowała, że chodzi tutaj o wyrażenie stosunku. Dlatego, że jeżeli w mojej wypowiedzi. Ja bardzo jasno powiedziałem, że są inne grona, które mają zdecydować i powiedzmy dyskutują o legalizacji

czy powiedzmy o uznaniu.

Natomiast sam fakt, mnie się wydaje, że traktujemy partnerską tą dyskusję i jesteśmy przy tym stole jest faktem poparcia.

Natomiast jeżeli chodzi o moją wypowiedź odnośnie pierwszego i tych dalszych punktów, ja widziałem tamte punkty jako problemy do dyskusji, do pogłębionej dyskusji, gdzie powiedzmy zagadnienie czy tego uspołecznienia służby zdrowia ono ma bardzo różną konotację i jest różnie odbierane i dlatego takie wyjaśnienia pogłębione one są konieczne. Tak jak jest problem samorządu lekarskiego, jak mogliśmy się w ciągu bardzo krótkiego okresu czasu w tej chwili, w tej krótkiej dyskusji przekonać, że spojrzenie samorząd tak, ale jego rola, jakie znaczenie to znów wiele kwestii zapytania i prawdopodobnie...

wiele kwestii zapytania i prawdopodobnie, ja nie powiem, że tak jak wiele nas wokół stołu, tak każdy ma jakieś tam wewnętrzne dodatkowe punkty, które chciałby w tym widzieć.

Jeżeli chodzi o równoprawność sektorów. Znowu powiedzieć możemy deklaratywnie tak, tylko ono ma bardzo duże implikacje gdybyśmy to zaczęli przeprowadzać dysekcje no to co to znaczy? To samo ekonomizacja działań.

Czyli ja tu widzę, to są problemy, które my w tym gronie możemy w sposób pogłębiony przedyskutować.

Natomiast sprawa ta pierwsza, ja uważam, że sam fakt, że siedzimy tutaj, że dyskutujemy, że chcielibyśmy wspólnie rozwiązywać te sprawy, jest tym poparciem.

Natomiast sprawa legalizacji to nie jest nasza sprawa.

Przewodnicząca: Ob. Zofia Kuratowska:

To to rozumiem, oczywiście że sama sprawa tak, tak...

Ob. Marek Edelman:

Żeby znaleźć jakiś consensus w tej sprawie. Bo przecież nie przyszliśmy się tu kłócić. Tylko przyszliśmy tu współpracować. Więc proponuję taką formułę, że "okrągły stół" czy jak to się nazywa ten podstolik czy podzespół do spraw zdrowia uważa, że kontrola pracy Ministerstwa Zdrowia powinna być przy uwzględnieniu wszystkich czynników społecznych łącznie z "Solidarnością", kontrola społeczna.

Jeżeli państwo na ten konsensus pójda to proszę bardzo.

Ob. Andrzej Wojtczak:

Z jednym zastrzeżeniem panie doktorze, że nie Minister-

stwa Zdrowia, bo przecież my mówimy o uspołecznieniu procesu, proszę sformułować ten sens.

Ob. Marek Edelman:

Państwo się godzą na taki sens?

Przewodnicząca Zofia Kuratowska:

Czy to w sprawie tego consensusu?

Ob. Wojciech Guglas:

Jeżeli można. Proszę państwa bardzo ważne jest usytuowanie ruchu zawodowego dla pracowników służby zdrowia. Tzn. określenie modelu ruchu zawodowego, który będzie spełniał wszystkie postulaty środowiska pracowników służby zdrowia i będzie na tyle silny, ponieważ do tej pory, jak historia wykazała nie mieliśmy tak silnego ruchu zawodowego, że będzie mógł narosłe problemy tego środowiska załatwić.

Czyli jest także kwestia programowa działania ruchu zawodowego. Oprę się na doświadczeniach.

Do lat 70-tych ruch zawodowy pracowników służby zdrowia usytuowany w kompleksie CRZZ nie mógł niczego zrobić i niczego dla pracowników nie załatwił.

Nie chciałbym się odnosić do lat 80-tych ponieważ w tych latach nie działałem w związkach zawodowych, nie jest mi ten temat w pełni znany. Natomiast na dzień dzisiejszy także obserwowało się pewnego rodzaju lobby wielkoprzemysłowe, lobby decyzyjne w zakresie spraw pracowników służby zdrowia, jak i spojrzenia na system ochrony zdrowia w Polsce, w kwestiach stworzenia pryncypalitetu.

Sądzę, jak tu wszyscy siedzimy, uważamy, że wszyscy

11/3

jesteśmy partnerami i od początku ruch zawodowy, któremu przyszło mi przewodniczyć stał na stanowisku, że nie może być zdrowego społeczeństwa bez skupienia wszystkich sił społecznych.

Natomiast bardzo ważną rzeczą jest zastanowienie się nad koncepcją ruchu zawodowego w służbie zdrowia, który spełniłby wszystkie zadania jakie oczekuje społeczeństwo od służby zdrowia, ale przede wszystkim jakie oczekuje podmiot czyli pracownicy zdrowia od związków zawodowych. Jest to tym bardziej ważne, że stoimy przed problemem uspołecznienia. Bo także uspołecznienie to jest kwestia samorządności, nie tylko kwestia samorządności w rozumieniu Izb Lekarskich, ale także pielęgniarek, farmaceutów i innych zawodów.

Dlatego jeżeli można by ten temat szczegółowiej to kwestia powołania zespołu ds. modelu ruchu jak i samorządności w służbie zdrowia.

Natomiast co do samej istoty działalności "Solidarności" to oczywiście podzielamy zdanie, które zostało tutaj wypowiedziane w tym gremium i od początku takie zdanie podzielaliśmy.

Ob. Marek Edelman:

Czyli państwo też popierają ten consensus?

Ob. Wojciech Guglas:

Consensu popieramy. Natomiast jest kwestia warunków do omówienia modelu ruchu zawodowego w służbie zdrowia.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

To jest zrozumiałe i na szczepku w ogóle ruchu związkowego.

Ob. Andrzej Wojtczak:

Czy to jest do przyjęcia?

Tak. To przygotujcie coś... To ja teraz poproszę pana dr. Cybulko o zabranie głosu. Następna przygotowuje się pani Anna Grajcarek.

Ob. Mirosław Cybulko:

Pani docent, szanowni państwo. Zdrowie nie jest wszystkim w życiu człowieka, ale przy braku którego wszystko staje się niczym i dlatego przyjmując propozycję uczestnictwa w obradach "okrągłego stołu" zastanawiałem się czy a jeśli tak? to z czym zasiąść do tego "stołu".

Moje doświadczenie wiele lat lekarskich w Polsce terenowej i w gabinecie ministerialnym, podpowiadają mi, że w tym gronie możemy dopracować spójne plany poprawy stanu zdrowia bardzo wielu Polaków i bardzo wielu Polek.

Zgadza się wszyscy ze stwierdzeniem, że stan zdrowia społeczeństwa i stan ochrony jego zdrowia nie jest zadowalający i to wynikało z dotychczasowych wypowiedzi. Potwierdzają to również liczne badania instytutów naukowo-badawczych, ministerstwo też określa w różnych wskaźnikach, a także i częściowe ekspertyzy lokalne.

Zgadza się również chociaż prawda ta zbyt wolno dociera do całych grup społecznych także wykształconych, także do niektórych ośrodków decyzyjnych, iż uwarunkowania zdrowotne leżą w większości poza sferą służby zdrowia.

Myślę, że następnie należy zastanowić się nad stanem opieki zdrowotnej to jest nad jej potencjałem przede wszystkim ludzie, a więc lekarze, stomatolodzy, farmaceuci, pielęgniarki i szereg innych zawodów, które w tej chwili mają miejsce w służbie zdrowia. I kompetencje zawodowe i moralna ich kondycja materialna, a także i psychiczna. Potem powinniśmy się zastanowić na temat bazy, na temat ilości i jakości szpitali, przychodni, ośrodków zdrowia, wyposażenia ich w coraz nowocześniejsze, a tym samym w coraz droższe^{w/} decydującej mierze importowane sprzęt i

11/6

aparaturę.

Na tym tle pragnę odnieść się do paru zaledwie, ale naszym zdaniem bardzo istotnych obszarów.

Sądzę, że pierwszym ważnym istotnym czynnikiem jest reforma studiów medycznych, które muszą wreszcie kształcić lekarzy zdolnych do samodzielnej pracy i do samodzielnej decyzji.

Drugim jest szkolenie poddyplomowe. Obserwuje się u nas dziwną korelację między wzrostem liczby specjalistów z jednej strony, a z drugiej strony obniżaniem się ogólnolekarskiej wiedzy i umiejętności lekarzy.

I trzecia to jest sprawa strategii ochrony zdrowia, gdzie służba zdrowia zajmuje już pewną pozycję i na czoło wysuwają się tu działania i społeczeństwa, innych resortów, a także na koniec samej służby zdrowia.

Jeśli chodzi o społeczeństwo, proszę państwa, dotychczas mówiliśmy źle i mówimy źle o społeczeństwie. Mówimy, że ono jest nieaktywne, nadmiernie otyłuszczone i w zasadzie próbujemy działać na wszystkich. I w związku z tym myślę, że należało by tu przede wszystkim nasze działania ukierunkować na towarzystwa, które powstały już na cukrzyków, na Towarzystwo Padaczkowców, niepełnosprawnych, zdrowa żywność i inne stowarzyszenia, które są już, które już działają czyli powinniśmy bezwzględnie wykorzystać ruchy istniejące. Trzeba pomóc jednym słowem chętnym, którzy rozpoczęli już działania profilaktyczne.

Druga sprawa jeśli chodzi o inne resorty. Działalność innych resortów znam bardzo dokładnie, jako były minister i uważam, że one nie w pełni wywiązują się z tego wszystkiego co powinny w stosunku do resortów zdrowia.

I uważam, że też nie liczbą kadr tworzy się nowoczesność w medycynie, ale nowoczesną i skomplikowaną aparaturą. O tym o czym przed chwilą mówiliśmy sprzętem nawet do jednorazowego użytku, a także tym podstawowym sprzętem do sprzątania. Proszę państwa, ci którzy pracują w szpitalu wiedzą o tym, że nasze salowe zmywają podłogi w szpitalach szmatą tam gdzie te bakterie przesuwają się z jednego miejsca w drugi ką. I dlatego mówiąc o tym pozostaje nam jedna droga i ten błąd popełniamy. Czyli droga zwiększania ciągłego personelu w naszej służbie zdrowia.

Po dwóch latach ministrowania jestem dyrektorem ponownie tego samego szpitala, ponad tysiąc łóżkowego i znowu nie mam salowych, nie mam kucharek, nie mam pracowników obsługi, a także coraz częściej zaczynamy nie mieć techników fizjoterapii i innych specjalności.

I niestety przy nowym taryfikatorze, nowych płac, które zostały już... wprowadza się, nie jestem konkurencyjny w zasadzie do nikogo. Nawet do państwowych szpitali klinicznych.

No i sprawa, która ciągnie się przez kadencje wszystkich ministrów, to jest sprawa, o której też już mówiono, pogarszania się zaopatrzenia w leki.

Proszę państwa wszelkie próby oszczędności, odpłatności, podwyżek cen leków dadzą pozytywne efekty, tylko wówczas kiedy one będą. A przecież ponad połowy leków nadal nie ma. I w ten sposób jeśli nawet ^{w/}którejś grupie są one w większej ilości to natychmiast się je wykupuje i powstaje deficyt. I prawie codziennie jako dyrektor muszę wykonywać telefony w sprawie leków i w związku z tym mam takie pytanie o jakiej reformie i o jakiej oszczędności w tej chwili możemy mówić. Musimy się bardzo poważnie nad tym zastanowić.

11/8

I trzecia sprawa samej służby zdrowia. Jestem zwolennikiem reform i uważam, że powinno się je konsekwentnie wprowadzać z tym, że należy ustalić ich zakres i kolejność.

A więc określić co dzisiaj wdrażamy, i co powinniśmy wdrożyć dzisiaj i to również ^{co/} mamy zamiar wdrożyć jutro.

Sądzę, że należy zacząć od bilansu i siły środków, ale trzeba pamiętać również o tym, że to reforma dla społeczeństwa. Jeżeli niesie za sobą okres chaosu, niedogodności czy wręcz pogorszenia dotychczasowej sytuacji należy dobrze zastanowić się nad wieloma sprawami przede wszystkim nad czasem zapoczątkowania może nie w okresie najbardziej nasilonego kryzysu społeczno-gospodarczego, nad koniecznością poczynania reformatorskich może najpierw reorganizacja tego co działa źle, może w ramach dotychczasowych struktur i dopiero w dalszej kolejności planować nakłady finansowe na nowe zadania zarówno z budżetu, a także i możliwe, że i od pacjentów.

Niestety dotychczas tak było, że każdy z szefów resortu opracowywał założenia do reformy, konsultował to, akceptował politycznie i rządowo i odchodził ze stanowiska. Przychodził nowy i zaczynał to samo od nowa. Z tym, że niezawsze to co zostało już zrobione przez poprzednika uwzględniał.

I w związku z tym uważam, że przy reformowaniu brakuje nam trzech rzeczy. Brak rzetelnych odpowiedzi dlaczego mamy coś zmienić? Brak konsekwencji w realizacji tego cośmy już ustalili. I trzecia sprawa to sprawa uwarunkowań reformy, pieniędzy, o którym dzisiaj tak cicho mówimy. Po prostu to kosztuje i to trzeba wyraźnie społeczeństwu powiedzieć, i przedstawić, że ta reforma będzie kosztowała. Powtarzam jeszcze raz, aby rzeczywiś-

11/9

cie wiedzieć co chcemy zrobić iż by było lepiej, a nie tylko inaczej i w jakim czasie zamierzamy to wprowadzić i jakimi środkami.

I wreszcie sprawa zajmująca mnie, jako działacza Zjednoczonego Stronnictwa Ludowego, to sprawa dysparytetu, ale nie dochodów rolniczych tylko, bo od tego są inni, ale dysparytetu życia na wsi, znacznie niższego poziomu oświaty, kultury, ochrony zdrowia i innych spraw socjalnych, o których również mówiła pani.

I szanowni państwo na wsi tylko co drugi ośrodek zdrowia ma lekarza dentystę...

co drugi ośrodek zdrowia ma lekarza dentystę. Co trzeci ma aptekę, a liczba lekarzy medycyny niestety zaczyna znowu spadać. Jest to bardzo niepokojące.

Dotychczasowe doświadczenia wykazały, że wprowadzone w którychś tam latach tylko trzy gratyfikacje. Samochody, mieszkania i znacząca różnica płac zaczęła poprawiać sytuację kadrową. Po prostu przybywało więcej lekarzy na wieś. To dotyczyło podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko znowu zabrakło nam konsekwencji. Płace w zasadzie zrównaliśmy, czy prawie zrównaliśmy. Samochody niedawno żeśmy odebrali. A nowych ośrodków, to co tutaj stwierdziliśmy również budujemy mniej.

Jednym słowem w tym wszystkim o czym mówiłem w podstawowej opiece zdrowotnej i podstawowej opiece zdrowotnej na wsi musimy pomyśleć również o tych trzech gratyfikacjach, które już były w stosunku do środowiska wiejskiego.

I ostatnia sprawa, o której chciałem powiedzieć. Otóż uspołecznienie problemów służby zdrowia.

Proszę państwa ja myślę, że nie ustawy, ja nie myślę, że rozporządzenia, ale chyba ludzie tworzą to uspołecznienie. Ja podam to na przykładzie szpitala, w którym znowu pracuję po dwóch latach.

Jest Rada Społeczna Szpitala składająca się z przedstawicieli samorządów różnego rodzaju w zakładach pracy, dyrektorów ponad 40 osób. Bardzo wspomaga działanie szpitala przy niedostatkach budżetu państwowego również te zakłady dają pieniądze. Nie tylko pieniądze w postaci złotych, ale również dolary. Zakupują sprzęt, zakupują aparaturę, widząc w tym możliwość pomocy swoim pracownikom. My również wspieramy ich poprzez spotkania z lekarzami, kierownikami przychodni przemysłowych i poma-

12/2

gamy im w leczeniu chorych. Myślę, że tutaj nie musimy aż zbierać się/
rać, aż decydować na "okrągłym stole", że tak właśnie musi być.
To tylko i wyłącznie zależy od ludzi.

I następna sprawa, sprawa administracji tak mocno atakowanej tutaj, ja nie będę mówił o centralnej administracji, ale powiem o administracji tegoż samego szpitala, w którym jestem. 4,8 proc. administracji.

Ale proszę państwa ci z państwa, którzy pracują w szpitalu to wiedzą, że do administracji zalicza się kierownik pralni, który pracuje tak samo, kierownik kuchni, a jeśli w wielopawilonowym szpitalu, w takim, w którym ja pracuję jest pięć kierowniczek kuchni, one są kucharkami, ale ich się zalicza do administracji. I można by dawać inne przykłady. Kierownik poradni zalicza się do administracji. Kierownik przychodni zalicza się do administracji.

W związku z tym ja tutaj byłbym delikatny w tych sformułowaniach, że ta administracja rozkłada całą służbę zdrowia. Ona w tym szpitalu, ja nie mówię o innych, pełni rolę usługową w stosunku do części medycznych. I taką widzę rolę i zadanie administracji jeśli chodzi o administrację w naszych jednostkach służby zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo wydaje mi się, że jest tutaj wiele punktów do dalszej dyskusji później. Teraz proszę bardzo panią Annę Grajcarek z Krakowa, pielęgniarka.

Ob. Anna Grajcarek, "Solidarność":

Kiedy wiele lat temu decydowałam się na wybór swego zawodu postać pielęgniarki utożsamiała mi się z kimś powszechnie szanowanym, bardzo potrzebnym. Był to zawód z tzw. prestiżem.

Wydaje mi się, że od kilkunastu lat można zauważyć stały, pogłębiający się z roku na rok spadek właśnie tego co nazywamy prestiżem zawodowym. I czyli, że jest to jedna z przyczyn tak ogromnego odejścia od zawodu, jaki obserwujemy w naszym środowisku, gdzie ok. 60 proc. wykwalifikowanych pielęgniarek zmienia zawód.

Przyczyny tego zjawiska są oczywiście złożone wpływają na nie z pewnością zła sytuacja ogólna w kraju, na którą nie bardzo mamy wpływ. Natomiast jest wiele bardziej istotnych sprawach, które można by uregulować bez konieczności zmian ustaw czy postanowień sejmowych.

Zacznę od szkół pielęgniarskich, które od dawna przestały być obiektem marzeń młodych dziewcząt. Brak zainteresowania tym zawodem powoduje, że nabór jest przypadkowy, praktycznie bez jakiegokolwiek sensownej selekcji, nastawiony wyłącznie na ilość. Bo wiadomo, że i tak więcej niż połowa odejdzie do zawodu. Taki stan rzeczy musi nie mieć negatywnego wpływu na poziom przygotowania zawodowego i będzie rzutował na przyszłą pracę.

Absolwentka szkoły po otrzymaniu dyplomu nie ma niemal żadnych możliwości wyboru miejsca pracy. Jej predyspozycja, oczekiwania, plany życiowe, jeszcze jedno bezduszne postanowienie administracyjne w postaci nakazu pracy. Za nią zdecydowano nie tylko gdzie ma pracować, ale jaki rodzaj pracy ma wykonywać. Wobec tego buntuje się, często odchodzi. Jeśli mimo rozgorycze-

12/4

nia pozostaje to z początku oczekują ją najrozmaitsze trudności. Bo okazuje się, że jej praktyczne wykształcenie jest bardzo niewystarczające. Co gorsze nie ma możliwości z korzystania na miejscu ze zorganizowanych szkoleń podyplomowych, z nabyciem wiadomości związanych z tak szybkim postępem medycyny.

Praca zwłaszcza na oddziałach szpitalnych stawia przed pielęgniarką cały szereg problemów w większości znanych. Niestety od 10-tków lat nie rozwiązywanych. Jest to konieczność przejęcia obowiązków stale brakujących salowych, załatwianie tysięcy spraw administracyjnych.

Powszechna bolączka to ogromny procent nieobasadzonych etatów pielęgniarskich. W krańcowych przypadkach prowadzący do zamykania całych oddziałów. Np. w Klinice Hematologicznej Akademii Medycznej w Krakowie zamiast 11 pielęgniarek pracuje od wielu, wielu miesięcy tylko 5. I za tą niezwykle ciężką pracę nie otrzymują zwiększonej pensji. Proponuje im się wprowadzić pracę ponadetatową i tylko za to mają szansę uzyskać jakieś dodatkowe wynagrodzenia.

Sytuacja materialna pielęgniarek i salowych jest od lat żenująco złą. Tzw. podwyżki nie nadążają za inflacją co w efekcie powoduje, że z każdym rokiem zarabiamy po prostu mniej. Takich spraw są dziesiątki.

Ogromne zastrzeżenie budzą w siatce płac tzw. widełki. Uważamy je za wyjątkowo nieudany pomysł finansowania. Pewnego uregulowania wymaga tzw. wysługa lat, która winna być zdecydowanie krocząca. A więc nie zatrzymująca się na 20 latach z 20-procentowym dodatkiem.

Spore wątpliwości budzą dodatki za szkodliwe warunki pracy. Dlaczego z dodatków wyeliminowano oddziały zakaźne i pulmonologię

12/5

Nasze środowisko ma prawo do dodatku za pracę w dni ustawowo wolne od pracy w niedzielę i święta. A ponadto domaga się pewnej jawności co do kryteriów ustalania uposażenia, premii i tym podobnych historii.

Na koniec chciałabym powiedzieć jeszcze o jednej dość drażniącej sprawie chodzi o uczestniczenie pielęgniarek w akcji zabijania nienarodzonych dzieci. Domagamy się aby pielęgniarka miała prawo odmowy udziału w tym akcie. Wydaje nam się prawdziwym paradoksem, iż zabijanie odbywa się w obiektach służby zdrowia, której powołaniem jest przecież ochrona zdrowia i życia człowieka.

Już tak na koniec zdajemy sobie sprawę, że nasza obecność decyduje o funkcjonowaniu wszystkich instytucji służby zdrowia. Domagamy się aby stworzono nam warunki, w których nasza praca odzyska należną rangę. Co jest warunkiem podtrzymania uczciwości z zawodu, a także prawa do poczucia zadowolenia z wykonywanej trudnej służby.

Dziękuję.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo. Wydaje mi się, rzeczą ważną, że na tym głosie zabrzmiał wreszcie głos pielęgniarki.

Ja zanim udzielię głosu następnemu mówcy chciałam przeczytać króciutki jednozdaniowy wynik tego consensusu, który przedtem był tutaj, doszło do niego. "Uczestnicy podzespołu "okrągłego stołu" ds. zdrowia uważają, iż gwarancją prawidłowego funkcjonowania systemu ochrony zdrowia w Polsce jest poddanie tego systemu kontroli społecznej, w tym również NSZZ "Solidarność".

Czy jest zgoda na przyjęcie tego jako dokument dzisiejszych obrad?

Teraz poproszę o zabranie głosu pana Antoniego Trylskiego ze Związku Rolników Kółek i organizacji rolniczych.

Ob. Antoni Trylski, Związek Rolników, Kółek i organizacji rolniczych, jestem rolnikiem indywidualnym:

Szanowni państwo z całą przyjemnością uczestniczę dzisiaj przy tym stole, choć nie "okrągły", ale myślę, że będzie sprawiedliwy i wnioski, jakie zostaną tutaj podjęte będą ku zadowoleniu całemu społeczeństwu, w którym my mieszkamy i pracujemy. Chciałbym uzupełnić moją koleżankę, która mówiła o stanie zdrowia i kilka jeszcze do tego tematu, choć pani przewodnicząca już nadmieniła o tych niemowlakach, które przychodzą na świat i chciałbym tutaj również nadmienić, że na urodzonych w roku 87 tysiąc małych dzieci żywych w mieście umiera 17,1 proc., natomiast na wsi 17,8 proc.

Wyższa jest również umieralność i dzieci i młodzieży w każdej grupie wiekowej. Dzieci wiejskie mimo większej aktywności i wytrzymałości charakteryzują się gorszą sprawnością fizyczną niż dzieci w mieście.

Jest to kolejny błąd już w systemie nauczania. Bo proszę również może taką uwagę, żona pracuje w szkolnictwie i tych dzieci naprawdę nie mają gdzie przeprowadzić jakiegokolwiek gimnastyki. Jak z takiego młodzieńca wyrośnie zdrowy obywatel, podstawny itd.

W związku z tym m.in. również i to wzrost, budowę ciała itd. również do tego się zmierza.

Chciałbym również powiedzieć, że prawie dwukrotna wyższość jest dzieci na wsi, tzn.

młodzieży do 29 lat. To też o czymś świadczy, o tym zaniedbaniu. Ja chodząc jeszcze do szkoły wpajan mi, że kraj, w którym żyjemy jest to kraj socjalistyczny, jest to gospodarka planowa. Mam nadzieję, że planowa, ale niestety trudno gdzieś ten plan się zapodziać. W związku z tym ja mam pewne wątpliwości też zastrzeżenia i popieram każdego czy ze strony "Solidarności" czy z OPZZ te słowa, które tu wpłynęły pod adresem tych, którzy decydowali, tych którzy zarządzali tą służbą zdrowia i tym co jest na dzień dzisiejszy bezwzględnie ktoś jest winien i musimy jakoś w ten sposób powiedzieć sobie prawdę szczerze.

Chciałbym jeszcze na jedno zwrócić uwagę. A mianowicie na leczenie sanatoryjne.

Proszę państwa rolnik nie miał możliwości leczenia się w sanatoriach. Nie mógł skorzystać, ponieważ nie miał warunków do tego. Był można powiedzieć, brzydkie to słowo, dyskryminowany, zostawiany na ten plan dalszy. Może jest to nawet i właściwie nie może tylko jest to pewna zasługa naszej organizacji, która od wielu lat domagała się ażeby ten rolnik mógł wyjechać na te wczasy właściwie do sanatorium podleczyć swoje zdrowie, choć trudno było rolnika namówić ze względu na to, że on był tak zaangażowany w swojej pracy, że on tak był zaangażowany w swoim gospodarstwie, że on nie mógł wypracować chwili czasu żeby opuścić gospodarstwo. Bo nie miał zastępcy. Bo myślał odrazu, że gospodarstwo jego się, jak się to mówi, rozłoży. Ale niestety lata płynęły, zmuszały warunki, a nas jako organizacje bronić tychże rolników.

W związku z tym podam kilka przykładów, a mianowicie w roku 72 zleceń sanatoryjnych, ze zleceń sanatoryjnych skorzystało 1860 osób, po wojnie tyle lat, 72 r. tylko 1860 osób.

Proszę państwa w roku 84 sytuacja się polepszyła. Już skorzystało przeszło 14 tys. i w roku 87 ok. 33 tys. Ale proszę państwa jest to znikoma ilość. Rolnicy czekają. Z obliczeń, jakie prowadzimy rolnicy chcieliby skorzystać ok. 70 tys. rolników czeka na to żeby podreperować swoje zdrowie. Zdrowie, które naprawdę jest zniszczone. Rolnicy cierpią na choroby reumatologiczne. Są połamani, mam przyjemność tzn. uczestniczyć i oglądać w tych, że bo taka moja rola jest, że oglądam i przyjeżdżam do sanatoriów i widzę, rozmawiam z tymi ludźmi i niejednokrotnie łąza się do oka ciśnie, bo oni mówią przez tyle lat nie było warunków do tego żebyśmy się leczyli, choroby przestarzałe. To świadczy o czymś. O tym rolniku, który daje żywność który produkuje żywność i dzisiaj mówimy o tej zdrowej żywności, ten rolnik był w taki sposób traktowany. Mam nadzieję, jestem święcie przekonany i w imieniu tych ludzi, którzy dzisiaj czekają na te miejsca w sanatorium, że te nasze obrady, ta nasza dyskusja, ta nasza wymiana poglądów doprowadzi do tego, że naprawdę stan rolników, którzy będą się leczyć w sanatorium ulegnie radykalnej poprawie. Mam nadzieję i jestem przekonany, że jest to nasze pierwsze spotkanie i nie ostatnie. Na ten temat będziemy jeszcze wiele mówić. Powiem tylko jeszcze, tak chcę szybko i żeby się zmieścił w tym czasie, że nasza organizacja podejmuje budowę sanatorium. Podejmuje budowę sanatorium dla dzieci wiejskich w Rabce.

Proszę państwa miałem okazję rozmawiać z jednym naukowcem z Francji, który przyjechał do nas i w rozmowie wyciągam rękę do niego i mówi, że taka i taka sprawa, że budujemy sanatorium w Rabce dla dzieci wiejskich. Są to dzieci, które nie mają możliwości dostać się na te leczenie itd. On mówi w czym ja mógł-

bym pomóc? Ja mu mówię, że nam potrzebne są pieniądze, on mówi dobrze. To ja będę się starał. Zobaczymy, ma przyjechać do 25 lutego i mamy się skontaktować. Skontaktuję się również z panią dr prof. Kańską, która jest w Instytucie Matki i Dziecka w Rabce i na pewno z nią wspólnie będziemy podejmować pewną decyzję, bo jak no Ministerstwu Zdrowia wiadomo, natomiast państwu może nie, że związek podpisał umowę o partycypacji budowy właśnie tego szpitala dla dzieci wiejskich w Rabce i będzie 50 proc. ze składek - zaznaczam - ze składek społeczeństwa, a 50 proc. będzie z Ministerstwa Zdrowia. Naprawdę wyciągamy do każdego ręce i mówimy, że taka i taka jest sytuacja. Koszt tego budynku będzie drogi. Na dzisiaj już ok. 9 mld złotych. Proszę państwa jest to kolosalna suma. Ja nie muszę państwu mówić, ale to jest na dzisiaj. A na jutro nie wiadomo. Zebrać te pieniądze w czy- nie społecznym przykładowo połowę to trzeba też troszeczkę, jak to się mówi, napocić i zachodów ażeby ściągnąć te pieniądze.

Chcemy dobudować skrzydło w Nałęczowie-Zdroju. Jest tam nasze sanatorium na dalsze 150 miejsc. Również potrzebne są pieniądze. Wychodzimy naprzeciw tym ludziom. Ale proszę państwa na pewno bez pomocy całego społeczeństwa, jak tu powiedział pan doktor nie jesteśmy w stanie. Musimy się zmobilizować. Musi zapanować u nas jedność żeby tą jednością można było te fundame- nty robić. Bo o ile tego nie zrobimy to nie mamy jakichkolwiek szans na przyszłość, poprawienie jakichkolwiek warunków ażeby ci ludzie, którzy może nie mieli możliwości albo jeszcze do dzi- siejszego dnia nie mają możliwości leczyć się żeby mieli w przy- szłości.

Związek nasz będzie z każdym jednym. Nie mamy tu absolut- nie, że ci są ci, a ci są absolutnie. Związek nasz ^{z/}każdym jed-

nym będzie prowadził rozmowy i będzie za tym obstawał, kto będzie tylko i wyłącznie chciał iść na przeciw budowie i zabezpieczeniu ludzi i zdrowiu.

Proszę państwa rolnik jest naprawdę zdyscyplinowanym. 97 proc. rolników korzysta, o ile dostanie swoje skierowanie, to 97, te 3 proc. to są ludzie, którzy wypadki losowe i oni nie mogą przyjechać na te sanatoria. Ja nie będę porównywał, bo po pierwsze nie jestem upoważniony, a po drugie nie znam statystyki z innych grup społecznych, które korzystają, ale naprawdę jest to zdyscyplinowany.

Pani profesor już kończę. Chciałbym jeszcze na zakończenie dać wnioszek. Jeszcze tu muszę powiedzieć. Proszę mi naprawdę wybaczyć, ale chciałbym wrócić do służby zdrowia.

Proszę państwa mówi się, mówi się i to trzeba sobie dzisiaj jawnie powiedzieć, że lekarze biorą, jak to się mówi dodatkowe pieniądze. Proszę państwa jest to dyskryminacja lekarzy. My sami przez właśnie płace dyskryminujemy, zmuszamy tego lekarza do tego żeby on w jakimkolwiek standardzie lepszym żył. I on jest zmuszony na to żeby wziął. Kochani i musimy być tu już mowi ażeby uregulować płace. I to jest bardzo ważne, bo płaca tylko i wyłącznie płaca, warunki mogą do tego zmusić.

I na zakończenie chciałbym zgłosić wniosek o powołaniu o ile państwo zaakceptują, powołaniu takiego zespołu, który by również na temat wsi i warunków zdrowotnych wsi zajął się tymi problemami.

Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję panu bardzo. Bardzo ważne problemy. Wydaje mi

się, że problemy wsi są rzeczywiście pośród tego morza problemów jednym z najważniejszych.

I chciałam korzystając z tego, że jestem przewodniczącą czyli jestem przy głosie, tylko powiedzieć jedną rzecz, pan zwrócił uwagę na niemożliwość gimnastykowania się dzieci wiejskich. Oczywiście ona jest zupełna. Ja dlatego, że właśnie odebrano społeczeństwu wszelkie możliwości postępowania zdrowotnych jestem zawsze strasznie przeciwna temu, że się krzyczy, że twoje zdrowie zależy od ciebie, i że społeczeństwo może samo się leczyć. To jest rzeczywiście w ogóle słuszne, tylko niestety nie w naszych warunkach. Kiedy nikt sobie nie dobierze diety, ani nikt nie będzie mógł uprawiać sportu, tak jak chce i wszędzie. Także to jest coś bardzo istotnego.

Ja teraz poproszę pana Zbigniewa Chłapa...

13/6

Ob. Zbigniew Chłap z Krakowa:

Chciałem kilka refleksji przekazać państwu w sprawie samej idei samorządności w medycynie. Dlatego, że tutaj, jak widać niewątpliwie wszyscy z największym niepokojem śledzimy dwa równoległe i bardzo narastające procesy tzn. pogarszające się parametry zdrowia Polaków i narastającą niewydolność służby naszej zdrowia. I widać, że dyskutując obie tutaj strony, czy trzy strony wyrażają opinie, że należy rozpocząć bezzwłocznie działania ekonomiczne, społeczne w tym także polityczne zmierzające do poprawy obecnego stanu rzeczy. I ta mowyślna zbieżność opinii nie może jednak przesłonić pewnych rozbieżności, które wynikają choćby nawet z natury czy z podejścia do samej definicji zdrowie społeczeństwa. Myśmy tutaj słyszeli, że np. zdrowie to jest zasadniczy czynnik rozwoju państwa. Jeden z zasobów gospodarki narodowej i tam inne rzeczy się słyszy. A ja nie podważam, nie neguję tutaj pewnych racji takiego podejścia, ale w koncepcjach społecznych, o których także pan prof. Wojtczak mówił, a pod którymi podpisuje się "Solidarność" zdrowie jest priorytetem bezwzględny i trzeba powiedzieć przed motywami postępu cywilizacji technicznej, ale w związku z tym chciałbym dodać, że gwarantem działań podejmowanych dla ochrony zdrowia powinno być oczywiście państwo, a ściślej biorąc rząd, ale jako organ wykonawczy intencji i woli narodu. I gdy tak się rzecz ujmie to przestaje się traktować te nasze działania dla potrzeb ochrony zdrowia jako sektor deficytowy, bezproduktywny, przeciwnie przecież to od bardzo dawna wiadomo, jak opłacalne są nakłady na zabezpieczenie zdrowia obywateli, jest powszechnie wiadomo. Dlatego też starania się o zwiększenia tych nakładów nawet kosztem redukcji budżetów innych gałęzi takich, jak

wojsko czy zbrojenia, o których tutaj mówiliśmy nie mogą być traktowane nagannie, jak to usłyszeliśmy nie tak dawno w wypowiedzi pana rzecznika rządu, pana min. Urbana. Tutaj dochodzę do sedna właściwie tego co chciałem powiedzieć. Że jeśli przyjmemy, że zdrowie ludzkie, zdrowie każdego człowieka, zdrowie społeczeństwa jest czymś bezcennym, a przecież o tym mówi wszędzie, jakie znam programy roku 2000, o którym mówił tu przed chwilą...

... to proszę państwa musimy dojść do konkluzji, że w tej szczególnej dziedzinie, ale ja powiadam w tej szczególnej dziedzinie, jaką jest zdrowie, decydujący głos ma mieć społeczeństwo, i że to ono powinno obligować rząd do stosowanych i do skutecznych działań w sferze wysokości nakładów, naturalnie budżetu na rzecz zdrowia, pomocy społecznej, profilaktyki, w zakresie kontroli wydatkowania o czym tu było też, nie zajmuje się tym.

W sprawie w zakresie wprowadzonych reform oczywiście. I proszę państwa ja chciałem jeszcze raz powiedzieć, podkreślam, że wcale to nie są żadne przesadne wymagania. Mam za sobą 40 lat pracy w służbie zdrowia. Ja muszę powiedzieć, że ja nie pamiętam tak powszechnej nigdy, nie pamiętam tak powszechnej i głębokiej niewiary po prostu w możliwość naprawy systemu tej opieki drogą negocjacji czy stopniowych drobnych przemian, drobnych poprawek itd.

Dlatego jestem tutaj wyrazicielem poglądu, że wprowadzenie zasadniczych i tak koniecznych reform w systemie sprawowania opieki zdrowotnej nie przyniesie planowanych skutków o ile nie zostanie odbudowane to, co zostało najbardziej naruszone w minionym 40-leciu, to jest zaufanie społeczeństwa do systemu opieki społecznej, a w konsekwencji do oczywiście pacjenta i lekarzy o czym moi przedmówcy także już mówili.

I wydaje mi się, że najprostszą i chyba jedyną drogą odzyskania tego zaufania jest uznanie podmiotowości społeczeństwa i zapewnienie mu możliwości nie tylko opiniowania, ale i decydowania. I tą drogą jest samorządność oparta o demokratyczne zasady jej tworzenia.

W praktyce co to oznacza? Oznacza, że społeczeństwo po pierwsze musi być rzetelnie informowane o proponowanych refor-

mach.

Po drugie warunkiem, i tutaj warunkiem sine qua non jest w tej wiarygodności w ogóle sensu istnienia wszystkich typów samorządów, a więc przede wszystkim i to podkreślam samorządu pracowniczego, terytorialnego czy zawodowego musi być respektowanie demokratycznych zasad wyborów kandydatów do tych samorządów. Jest wśród naszych współpracowników w służbie zdrowia powszechne oczekiwanie wprowadzenia tych samorządów, przede wszystkim wprowadzenia samorządu pracowniczego niezbędnego elementu poprawy stosunków wewnątrz naszych zakładów, pan dr Cybulko też o tym mówił.

Przedstawialiśmy takie propozycje działania samorządów pracowniczych w 81 r. Mówiło się wtedy o ustawie, która ma zostać dostosowana także i do służby zdrowia. Niestety lata nam niestety ubiegły.

Podkreślam raz jeszcze, że jeżeli zasady nie będą uczciwe, jeśli popełni się jakiś fałszywy krok, który zrazi nasze bardzo uwrażliwione społeczeństwo, nie identyfikujące się np. z reprezentacją jakąś daną. To można z całą pewnością przyjąć, że żadne decyzje nie będą akceptowane. Staną się przedmiotem sporów i kontestacji prowadzących, jak zwykle do nikąd.

Przyznaję, że nie jest czas i miejsce, czas zwłaszcza definiowania struktury funkcji tych organów samorządowych służby zdrowia, który m.in. proponuje ten dość tajemniczo pojawiający się projekt reformy opieki zdrowotnej, ale pan prof. Wojtczak wyjaśnił nam, że on się pojawi wreszcie. To powinno być przedmiotem szczegółowej analizy, bardzo ważnej analizy, gdyż sam projekt określa zaledwie z nazwy te interesujące przecież struktury samorządowe nic nie mówiąc jednak o sposobach ani wy-

bierania ani o samym składzie co uważam za rzecz podstawową.

Ponieważ jednak, i tu już kończę, o ile mi wiadomo projekt samorządu lekarskiego czyli Izb Lekarskich jest o wiele bardziej zaawansowany i nawet dotarł do odpowiedniej komisji sejmowej, o czym słyszeliśmy także niedawno, przeto na zakończenie pozwalam sobie przedstawić w kilku zdaniach opinię komisji zdrowia Komitetu Obywatelskiego przy przewodniczącym NSZZ "Solidarność" na ten temat, a szczegółowo naszą opinię, tutaj stawiamy to w formie naszego wniosku, prosimy żeby przedstawił, żeby mógł przedstawić nasz przedstawiciel, naszą opinię w komisji odpowiedniej sejmowej i prosimy o dopuszczenie takiego naszego reprezentanta.

A więc komisja nasza jest głęboko przekonana o celowości powołania Izb Lekarskich, które są elementem warunkującym przeprowadzenie reform. Zresztą uważamy je za rzecznika praw obywatelskich w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa.

Uważamy też, że kolejny projekt ustawy o Izbach Lekarskich opublikowany w "Służbie zdrowia" nr 45 jest wersją, którą należy uzupełnić albo zmienić przed przekazaniem Sejmowi PRL, wspominał o tym także dr Guglas, dlatego, że zasadnicze zmiany muszą tutaj dotyczyć.

Po pierwsze korekty nadmiernie rozbudowanej części w cudzysłowie mówiąc prokuratorsko penitarnej działalności dyscyplinarnej, czy dyscyplinujących Izb Lekarskich. Odnośnie zadań i uprawnień Izb Lekarskich należy uwypuklić rolę tych Izb we współdecydowaniu w obsadzaniu stanowisk lekarskich zwłaszcza kierowniczych. W wyrażeniu opinii i postulatów w sprawie szczególnych zagrożeń zdrowia społeczeństwa, w obronie praw środowiska medycznego, niezależności sumienia lekarskiego, przeciwstawienia się mo-

ralnej i materialnej pauperyzacji zawodu lekarza. Odnośnie członkostwa uważamy, że musi być obowiązkowy dla wszystkich lekarzy polskich wykonujących swój zawód na terenie kraju, a wszyscy członkowie powinni być zrównani w zakresie obowiązków, praw i odpowiedzialności bez względu na podległość resortową.

I ostatnie, że odnośnie wyborów jesteśmy przekonani, iż przede wszystkim muszą być przeprowadzone w sposób demokratyczny bezpośrednio po zatwierdzeniu ustawy o Izbach Lekarskich. Opracowanie regulaminu wyborów na I Krajowym Zjeździe należy powierzyć komitetowi organizacyjnemu Izb Lekarskich wyłonionemu na drodze wyborów kandydatów do komitetu.

I wybory te winny przeprowadzić regionalne środowiska lekarskie w oparciu o listy lekarzy zatrudnionych w tym rejonie.

Wreszcie wyrażamy opinię wielu środowisk medycznych, że wprowadzenie Izb Lekarskich i innych form, czy wprowadzeniu raczej Izb Lekarskich i innych także form samorządowych oczywiście musi towarzyszyć równoległa likwidacja nadmiernie rozbudowanych struktur administracyjnych służby zdrowia.

Czas już najwyższy proszę państwa, aby w naszym środowisku odrodziły się te zbyt rzadko dziś spotykane cnoty, jak zaangażowanie zawodowe, społeczna odpowiedzialność, osobista także i humanizm, o którym... którym szczyciły się pokolenia tylu polskich lekarzy.

Dziękuję.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo panu profesorowi. Poproszę... pan prosił o głos, przepraszam, nie wiem nazwiska.

Ob. Jan Walczek:

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli i szanowni państwo, to najpierw chciałem się podzielić taką bardzo ogólną refleksją, a później kilka uwag szczegółowych. Refleksja ogólna odnosi się do wystąpień pana min. Wojtczaka, pani doc. Kuratowskiej i pana dr. Guglasa.

Otóż zabieram głos, jako nieprofesjonalista, że tak się wyrażę, nie lekarz, a korzystający z pomocy służby zdrowia pacjent. z jednej strony, a z drugiej strony jako ktoś kto społecznie działa w służbie zdrowia i od lat również stara się na miarę swoich skromnych możliwości uczestniczyć w tych wszystkich procesach, które dotyczą służby zdrowia.

Otóż te zasadnicze wystąpienia dla mnie osobiście w moim odczuciu są ku mojej radości jakoś są tak ogromnie zbieżne. Ja po prostu mogę się z wszystkimi tymi wystąpieniami identyfikować. Stanowią oczywiście w innej formie, bo każde subiektywnie wyraża określone treści, ale można je uogólnić, wyraża ogromną troskę o właściwe funkcjonowanie służby zdrowia w naszym kraju, o dokonaniu określonych zmian w tej sytuacji powiedzmy sobie dramatycznej, w której znalazła się nasza służba zdrowia również określone propozycje przekształceń, zmian. Jest to duża satysfakcja.

Oczywiście chce się również identyfikować z wszystkimi wystąpieniami dotychczas, które tu zostały zaprezentowane. Ponieważ nie widzę w tych wystąpieniach jakichkolwiek zasadniczych różnic natomiast widzę ogromną troskę, ogromne zaangażowanie i chęć naprawy Rzeczypospolitej w zakresie służby zdrowia.

Tutaj głos pana doc. Chłapa, mojego szanownego przedmówcy wysłuchałem z ogromną satysfakcją. I tylko oburacz się pod tym podpisać.

Wydaje mi się, że jest to tak konkretna propozycja i tak przejrzyste i tak jasno sformułowana, że u mnie budzi to ogromną satysfakcję.

Natomiast jeżeli wolno w kilku sprawach szczegółowych na tle dotychczasowych wystąpień. Oczywiście jest to już tak bogaty materiał, że rzeczywiście. A pani doc. Kuratowska była uprzejma na koniec swojej wypowiedzi zacytować z pamięci, oczywiście ja to też powtórzę tą głęboką kapitalną myśl obecnego papieża Jana Pawła II, który na spotkaniu właśnie w Gdańsku powiedział, iż miarą kultury danego społeczeństwa jest jego stosunek do ludzi chorych, do ludzi starych, do ludzi potrzebujących określonej pomocy.

Wydaje mi się, że ta idea gdyby głęboko zafunkcjonowała w świadomości całego społeczeństwa, ale również tych, którzy są odpowiedzialni jako rządzący, za to społeczeństwo, wydaje mi się, że wiele spraw o których tutaj dzisiaj z takim ubolewaniem i troską mówimy może nie miałoby tutaj miejsca.

Sprawy szczegółowe są rzeczywiście bardzo ważne. One tutaj mocno zostały wyeksponowane. Oczywiście można o nich długo dyskutować. Chciałoby rola i ranga lekarza.

Rola i ranga lekarza wiąże się bezpośrednio w jakimś sensie z samorządem lekarskim. Otóż przy roli i randze lekarzy chciałbym nawiązać do sprawy płac. Bo tak się składa, że temat ten wielokrotnie społecznie podnosiłem. Dla mnie to jest sprawa pani przewodnicząca mówiła, że są pewne sprawy, o których mówimy trochę zażenowani. Bo nie powinno się o nich mówić. Jako nie lekarz mogę z czystym sumieniem o tych sprawach mówić.

Jest to od lat problem nierozwiązywany, pogłębiający się doprowadzający do gorszących w odbiorze społecznym sytuacji, do

tych skutków dramatycznych, że w ub.r. 2,5 tys. lekarzy opuściło nasz kraj, jaka będzie perspektywa to jest jeden rocznik wszystkich akademii medycznych. Czy można tych ludzi potępić, czy można mieć do nich pretensje, czy można mieć do nich żal. Naszym obowiązkiem jest stworzenie im określonej perspektywy, możliwości życia i działania i służenia własnemu społeczeństwu. Ale tak się dzieje.

Proszę państwa mamy kolejną, jak to się mówi regulację w płacach, która rzeczywiście powiedzmy sobie szczerze przy - ja tu nie chcę krytykować resortu Ministerstwa Zdrowia, bo to byłoby najłatwiej, sprawa moim zdaniem jest o wiele szersza i ma głębsze podłoże. Na pewno środowiska nie usatysfakcjonuje, to jest propozycja podejścia do tych 90 proc. średniej płacy w przemyśle, w perspektywie....

w perspektywie do 105 proc., kiedy ta perspektywa będzie. Przecież w tej chwili pracując nad budżetem resortu zdrowia, nawet nie potrafiliśmy zapisać tego w ustawie podstawowej, tych środków, tylko są one po prostu obiecane. To jest na zasadzie przyrzeczenia prawda, te 200-ileś tam miliardów złotych, oczywiście z wszystkimi dodatkowymi należnościami będzie to ok. 400, tu pan dyr. Wysocki mnie poprawi. Są to rzeczy, które nie tak powinny być rozwiązywane. To powinien być stały, jasny przejrzysty mechanizm, który te sprawy reguluje i myśmy o tym nie powinni mówić. I to nie powinno doprowadzać do tak głębokiej frustracji, do takiego zgorszenia w całej służbie zdrowia. Bo my w ten sposób wyrażamy określoną nieufność do służby zdrowia. Stawiamy ją w bardzo niesympatycznej sytuacji w społeczeństwie. Tak to nie powinno wyglądać:

A jeszcze sposób realizacji. Oczywiście on znów jest wyciągnięty w czasie, znów się go dyskutuje, znów się go przekazuje w tą strukturę mechanizmów biurokratycznych, i jak on praktycznie będzie wyglądał, jak ten poszczególny pracownik służby zdrowia odbierze realizację tego programu to dopiero w najbliższym czasie zobaczymy. Ale obawiam się, żeby to znów nie była kolejna jakaś taka realizacja słuszných założeń, które nie wprowadzi określonej satysfakcji, a pogłębiające się niezadowolenie w służbie zdrowia.

Stąd wydaje mi się, że jest to bardzo ważny temat, który właściwie systemowo należałoby do niego podejść i tylko w tych kategoriach go dyskutować. Bo już takie kłajstrowanie, przepraszam za wyrażenie niczego tutaj nie rozwiązuje i niczego nie daje:

Taka zasada tutaj sformułowana w związku ze zdrowiem społeczeństwa i całokształtem działania w tej sferze i postulat, że należy tą sferę życia odpolitycznić.

Oczywiście, że tak. Oczywiście, że tak. Wydaje mi się, że u nas istniały całe lata, gdzie był prymat polityki nad wszystkimi innymi sferami działania społecznego. I to m.in. spowodowało określone skutki. Wobec tego to sformułowanie jest tak oczywiste i jest tak logiczne, że ja osobiście mogę tylko w pełni go poprzeć.

Należy przy tej okazji kształtować ową podmiotowość służby zdrowia. A więc musi tutaj mieć szansę realizacji ta szeroka płaszczyzna, którą my określamy możliwością dalszej demokratyzacji działania w służbie zdrowia, określonej samodzielności.

Dobra biurokracja. Biurokracja co to jest? To jest perlo-tywne trochę określenie, ale ona jest potrzebna, ona jest nieodzowna w określonych granicach, w określonym zakresie i żeby służyła, żeby pomagała, żeby nie przeszkadzała. Wobec tego sformułujmy projekt funkcjonowania takiej biurokracji w służbie zdrowia. Wtedy rzeczywiście będzie to miało określony sens.

Natomiast ta negatywna obawiam się, że przy aktualnym systemie część tych środków przeznaczonych, przesadną część środków przeznaczonych na uposażenia zje nam administracja służby zdrowia. I też się trzeba nad tym zastanowić, jak to praktycznie będzie realizowane. Ponieważ dobra powinna istnieć. Natomiast nieprzesadna, nieprzesadnie rozbudowana ponieważ tutaj nie będzie to tym elementem upodmiotawiania służby zdrowia, a wręcz odwrotnie.

Oczywiście była tu taka uwaga, że niektóre dokumenty, pro-

jekty, a mówił m.in. o tym, pan min. Cybulko, przychodzi nowy minister, ma jak najlepsze intencje, pełen nadziei, pełen dobrych chęci próbuje coś formułować, nie zdążył jeszcze niczego stworzyć, odchodzi, przychodzi następny i tak się to dzieje. Ale jest też taka rzecz, że mianowicie są w międzyczasie formułowane określone projekty reform określone dokumenty, które mają kształtować ową perspektywę w tym zakresie służby zdrowia, o której tutaj mówimy i wszyscy jesteśmy tym zainteresowani.

Rzeczywiście jest utajnienie tych dokumentów. Tak to trzeba nazwać, aczkolwiek myślę, że w intencji tych, którzy to realizują nie ma takiego założenia, prawda. Natomiast taki to ma odbiór społeczny. Dowiadujemy się w różnych wydawałoby się społecznie nośnych zespołach, ostatni o określonych propozycjach i o określonych sugestiach. Ale jak wtedy dyskutować, jak się do tego ustosunkowywać. W tej chwili decyzje podejmuje się na bardzo wysokim szczeblu rządowym, hola, hola, o wiele za wcześnie, przepraszam za takie określenie.

Wydaje mi się, że to jest ta technika działania społecznego, z którą trudno się pogodzić i tak to tutaj zostało zawarte podkreślam jeszcze raz we wszystkich wystąpieniach, ja tak to odebrałem i tak to odczytałem. Przepraszam żebym czasu nie nadużył.

Już. To przepraszam jeszcze dwa słowa.

Kształcenie młodzieży. Przede wszystkim rodzi się pytanie brutalne po co ją kształcić jeżeli ta młodzież później kraj będzie opuszczała to jest pierwsza rzecz, a druga rzecz rzeczywiście znów tutaj specjaliści wypowiadali się, ale przecież ogólną orientację posiadamy, że ten styl, ta formuła, ta metoda jest również społecznie mało skuteczna i reforma jest potrzebna.

Rodzi się pytanie generalne, jaki ma być ten nowy system opieki zdrowotnej? W sytuacji uspołecznienia służby zdrowia. Jaki on ma być, bo tego myśmy tutaj nie czas dzisiaj żeby go zarysować ale wydaje mi się ponieważ pani przewodnicząca na samym początku powiedziała, że myśmy tu powinni zająć się pewnymi **generaliami** pewnymi ogólnymi zagadnieniami, bo w te szczegóły, jak wejdziemy to my się utopimy. One są bardzo ważne i nie można od nich odchodzić, ale wydaje mi się, że takie podejście i takie ewentualnie... taka próba zarysowania pewnej koncepcji wydaje mi się, że byłaby bardzo cenna, była by bardzo przydatna.

Są potrzebne rozwiązania systemowe, wtedy nie mówilibyśmy również o braku aparatury medycznej, w innych miejscach o nadmiarze. Przecież w tym roku zaledwie uruchomimy budowę proszę państwa trzech szpitali w Polsce. Jaką to rysuje perspektywę? Takie mamy środki. Rzeczywiście tak to nie może wyglądać. To są rzeczywi^ście w tej sferze ekonomicznej dramatyczne zapisy i tutaj tylko można głośno, głośno mówić i na nie oburzać się, ale sytuacja jest taka.

Ostatnie zdanie jeżeli wolno. Tutaj odwołam się też do wystąpienia pani docent, pani przewodniczącej. Mianowicie była pani łaskawa powiedzieć, że lekarze często nam mówią, twoje zdrowie zależy od ciebie, prawda. No myślę tak piękne i słuszne stwierdzenie i sformułowanie - nie palić, nie pić, właściwie się ożywiać, określony styl życia prowadzić. Ale powiedzmy sobie szczerze lekarze słusznie, że tak mówią, tylko jest to po prostu w aktualnej sytuacji społecznej, w klimacie społecznym w którym wszyscy uczestniczymy jest to w zasadzie nie do zrealizowania. Stąd piękne hasło, ale obyśmy z niego mogli korzystać.

Dziękuję i przepraszam za przedłużenie.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo. Proszę teraz pana dr. Marka Edelmana

Ob. Marek Edelman:

Ja króciutko chciałem powiedzieć o paru konkretnych rzeczach.

Szalenie popieram to co powiedział pan dr Cybulko w sprawie reorganizacji. Jak wiadomo każda reorganizacja jest dezorganizacją. Powinniśmy na tym zespole, który będzie tutaj zarysować zmian i terminarz. Bo, że musi być kardynalnie zmieniona organizacja i struktura służby zdrowia to nie ulega dla nikogo kwestii. Jest tylko sprawa, jak to zrobić: Co pierwsze usunąć. Co usunąć tak żeby z dnia na dzień była widoczna poprawa i dla pracowników i dla społeczeństwa. Bo jeżeli ta reorganizacja zaszkodzi społeczeństwu to żebyśmy mieli najgenialszy plan za 10 lat to będziemy zmieceni. Wiec.

Dlatego proponuję niech państwo nie myślą, że jak my mówimy o likwidacji administracji to znaczy, że chcemy zlikwidować 100 proc. ZOZ-ów, nieprawda. Chcemy zlikwidować tam, gdzie ZOZ-y przeszkadzają. To znaczy się w miastach, czy w miejscowościach, czy gminach powyżej 50 tys. Tam gdzie jest jeden szpital, jedna poradnia, jeden dyrektor. Oczywiście w tych ZOZ-ach trzeba wyrzucić te wszystkie metorgi, te wszystkie statystyki, które są od początku do końca kłamliwe, które są narzucone z góry schematy, przecież te instytuty, które robią nam statystyki, nie chcą o tym mówić, bo nie chcą tutaj nikogo dotykać. Ale widzę to z dołu, jak to się kłamie, ile jest przyjętych dzisiaj pacjentów w poradni, takie głupstwo. Czy dziś lekarz ma tam tyle godzin, więc ma przyjąć tyle pacjentów. Ale dziś była ładna pogoda i nikt nie przyszedł. I tak ma przyjętych więcej, bo pielęgniarka wie, że jak nie to mu zdejma godziny itd. Te wszystkie rzeczy, które nieby tworzą statystykę i nasz pogląd na służbę zdrowia one są

nieprawdziwe. Więc musimy wrócić do prawdziwości. I w tej reorganizacji musimy złapać to co jest najbardziej. Te wszystkie balony, które wyrosły w tej administracji. Jeżeli u mnie w ZOZ-ie pracuje 2 400 osób, a 200-ileś jest pracowników administracji nie tych z kuchni, z pralni, tylko tych z administracji w tym budynku, gdzie oni siedzą, to rozumiecie, że ta proporcja jest nie, a oni muszą się czymś wykazać więc piszą do mnie tony papieru i tak to idzie w kółko i zawracają głowę i tyle. Więc to musi być tam, gdzie to jest przeszkadza musi to zostać zlikwidowane szybko.

Samodzielność szpitali może powstać i będzie trudność przy tym. Proszę pamiętać. bo żaden lekarz naczelny, który zostanie dyrektorem po co on ma sobie brać na głowę to całe masło i teraz się samemu starać. To nie jest taka prosta rzecz, że wszyscy będą chcieli zostać dyrektorami samodzielnych szpitali. I dlatego musi to być dyrektor nowy, to nie znaczy nowy w tym sensie, że nowy człowiek, ale z nowym podejściem do sprawy. Ci, którzy się nie podejmują znajdą się na ich miejscach. Ludzie ze społecznym zacięciem. A w służbie zdrowia trzeba pamiętać jest bardzo dużo naszych ludzi.

Nasza służba zdrowia się nie rozpoczęła dzisiaj. Trzeba pamiętać, że jedno z pierwszych ministerstw zdrowia było w Polsce w rządzie Daszyńskiego, był pierwszy minister zdrowia i to zostało uznane przez cały świat za wielką rzecz. Zresztą jeżeli państwo pamiętają, on się nazywał Judym. A Judym potem wziął Żeromski na dr. Judyma. To jest bardzo ciekawa taka rzecz przy okazji.

Więc reorganizacja tak. Bezwzględnie, ale żeby nie była dezorganizacją. Musimy zarysować docelowe rzeczy w ciągu roku, dwóch, a co na dziś trzeba od razu coś zrobić. Koniecznie.

Druga rzecz to jest sprawa finansów. Proszę państwa, jak to jest z tymi finansami. To jest troszeczkę tak, jak w Oświęcimiu. Jest kocioł z zupą, na dole są kartofle, trochę wyżej jest kasza, powyżej tego jest woda z pokrzywami. Jak jest u nas? Wszystko się wrzuca do budżetu do środka. Potem przychodzą ludzie, kto jest silny to się dopcha do tych kartofli, a kto jest słaby dostaje tą wodę z pokrzywami i my dostajemy wodę z pokrzywami.

Proszę państwa od min. Sztacherskiego, który był delikatnym człowiekiem, nie miał łokci, poprzez min. Śliwińskiego, dr. Szelachowskiego, który był łagodności człowiekiem, nie miał tych łokci, poza jednym min. Barańskim, który odszedł w ciągu krótkich sześciu tygodni, bo nie mógł na to patrzeć, czy trzech miesięcy, on bardzo krótko w każdym razie był...

Ob. Andrzej Wojtczak:

Cztery lata był..

w dc. M. Edelman:

Cztery lata był, już nie pamiętam, ale w każdym razie poszło o rzecz zasadniczą. A ci wszyscy ministrowie odchodzą z powodu zmian, które się tu odbywają w tej karuzeli. I nie umia się pchać do tego kotła. Dlatego musimy mieć własną pulę pieniędzy. Własną pulę pieniędzy.

Co to znaczy własną pulę pieniędzy? Ten budżet niech nam nie robi łaski, że nam coś daje. Niech nam nie robi łaski, bo zabiera pracownika, proszę państwa, od pracownika tzn. bo jeżeli dostaje tysiąc złotych pensji, a pięćset złotych się płaci na ZUS i na jakiś fundusz socjalny, to jest moja pensja, tak. To jest robione inaczej, ale to jest z moich pieniędzy zabierane.

Więc ja nie wiem czy to całe 50 proc. ma iść na służbę zdrowia, czy tam są inne kulturalne i takie cele, ale przecież ten ZUS to jest pijawka. On bierze 30 lat pieniądze od ludzi, a płaci im 6-5 lat. Jeżeli ^{oni/}mówią, że oni plałtują dzisiaj, że oni nie mają z czego płacić rent i emerytur to trzeba ich wziąć i wystrzelić w armatę. Bo wszystkie towarzystwa ubezpieczeniowe na świecie to jest złoty interes. Więc nie wiem co oni zrobili z tymi pieniędzmi? Albo zjedli dziesięć kotletów schabowych codziennie, albo coś innego. Trzeba w to wejść, to nie jest takie mówienie my musimy sprawdzić. Trzeba konkretnie wiedzieć co się dzieje z tymi pieniędzmi raz.

Drugie przemysł farmaceutyczny. Po pierwsze trzeba go zabrać, bo to jest najbardziej dochodowy przemysł w chemii. Trzeba go zabrać stamtąd i przekazać do Ministerstwa Zdrowia. I te dochody - oni nie będa chcieli, ja wiem bo oni są tam silni, ale nie ma rady na to, muszą płacić wszystkie firmy farmaceuty-

czne podtrzymują służbę zdrowia, nasz nie. Nasz na wystawę, jak jest zjazd, jak mają dać 200 tys. złotych to mówią my nie mamy pieniędzy. Jak nie mają pieniędzy to niech nie prowadzą farmacji. Bo to jest najbardziej dochodowy przemysł. I my musimy mieć w nim udział. To nie ulega kwestii.

I jeszcze jedna sprawa ludzka. Proszę państwa jest bardzo źle w szpitalach z salowymi, z wszystkimi pracownikami technicznymi, to państwo wiedzą, że jest jedna salowa na 60 chorych itd., itd.

Jest taka instytucja zastępcza służba zdrowia. Zastępcza Służba Wojskowa. Proszę państwa przecież wszyscy tutaj mówią, że nie ma co robić, że trzeba iść tylko do górnictwa, oni mają, jak gdyby jeszcze następną karę im dać, że nie chcą służyć w wojsku. My potrzebujemy tych ludzi. I musimy postulować żeby zastępcza służba wojskowa odbywała się w dużym stopniu w szpitalach, w lecznictwie zamkniętym i w lecznictwie otwartym. Otwartym mam na myśli np. u ludzi starych i niepełnosprawnych, jak dostaniemy taki zastrzyk tych ludzi nie zgadzających się na służbę wojskową, a przeważnie są to ludzie ideowi. Jest to dobry element, lepszy niż tego normalnego rekruta, będziemy mieli znaczną pomoc w szpitalach. I dla młodzieży, która nie idzie będzie to o wiele większa satysfakcja niż on pójdzie fedrować, o którym nie ma pojęcia. To jest wszystko co chciałem powiedzieć.

I chcieliśmy żebyśmy tu postulowali to żeby zastępcza służba wojskowa odbywała się w wielkim stopniu również w ramach służby zdrowia, tak w lecznictwie zamkniętym, jak i w ramach pomocy ludziom starym i niepełnosprawnym. To jest chyba do przyjęcia, my tu dotykamy tabu wojska, ale wojsko i tak zwalnia

tych ludzi, którzy nie chcą nosić broni, więc my możemy prawda ich wykorzystać o wiele lepiej niż w górnictwie. O wiele lepiej, tam nie mają pojęcia.

Ob. Mirosław Cybulko:

W domach pomocy społecznej...

Ob. Marek Edelman:

M.in. w domach pomocy społecznej. Proszę państwa a ile jest dzieci niepełnosprawnych, których rodzice nie mogą ich posadzić sami, że on jak będzie przychodził dwie godziny dziennie, ja nie umiem tego dokładnie... do takiego domu i będzie miały trzy domy to przecież to będzie szalona ulga dla tych ludzi. A dla niego satysfakcja.

Dziękuję.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

To są również postulaty młodzieży. Rozumiem, że państwo zgadzają się na przyjęcie takiego sformułowania postulatu. Tam go trzeba jeszcze zredagować może, ale chyba jest to naprawdę ważne...

Ob. Andrzej Wojtczak:

Trzeba uczciwie powiedzieć, że te wypadki istnieją, u mnie pracują w szpitalu...

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Nie, nie oczywiście, że istnieją. Tu chodzi o... zdarzają się i w szpitalach warszawskich, ale zresztą jest dobór negatywny zupełnie wyraźnie, to nie chodzi o tych, którzy z pobudek

ideowych nie chcą służyć w wojsku, bo tych się posyła tak żeby pracowali po kolana w wodzie, żeby byli właśnie w kopalni, zupełnie inaczej, a z nich byłby bardzo dobry narybek do pracy, może by nawet zostali przy jakichś pracach tego typu, np. pomocy społecznej. I myślę, że musimy się o to dopominać...

Ob. Andrzej Wojtczak:

Pani docent, w kwestiach zupełnie organizacyjnych chciałbym. Dlatego, że właśnie dyskusja się toczy i będzie toczyła, chciałbym tylko poinformować, tu się musimy zdecydować, że jest możliwość, o 2.30 obiadu, że można przedłużyć ten okres, możemy sobie ustalić, że podyskutujemy do 3.00 czy 3.30, żeby zamknąć tę sesję i to chciałbym po prostu, w takiej w tej chwili dyskusji dwustronnej uzgodnić, bo żebyśmy sobie założyli pewne jakieś ramy dyskusji z uwagi na to, że mnie się wydaje, że myśmy dokonali bardzo szerokiego przeglądu spraw.

I chciałbym zanim wyznaczymy sobie pewny czas, dokonali przeglądu problemów w stosunku do do których będziemy zgodni, że po pierwsze weźmiemy, uwzględnimy w programie następnej dyskusji naszego zebrania powiedziałbym plenarnego, że warto by się zastanowić. Bo tu wypełniło całyszeręg wniosków odnośnie powołania pewnych grup roboczych, żeby uczestnicy wytypowani przez nazwijmy to jeden stół, ale troszkę podzielony na jakieś trzy, zresztą całe szczęście bardzo spójne części, wytypowały przedstawicieli, żeby mogli przygotować pewne projekty, koncepcje do przedstawienia nam na jednym z przyszłych zebrań. I dlatego te wszystkie rzeczy, ja nie wiem, jak my pomieścimy w czasie, stąd chciałbym powiedzieć jeżeli pani pozwoli usłyszeć, tak samo pani opinię.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Mnie się wydaje, że musimy ustalić o której ten obiad, bo ja myślę, że byłoby dobrze zrobić przerwę na obiad i później wrócić i podjąć jakieś decyzje czy nie wiem czy musimy iść o w pół do trzeciej, czy możemy np. za 15 trzecia, myślę, że obiad w pół godziny da się załatwić. Czyli bym jeszcze kontynuowała dyskusję...

Ob. Andrzej Wojtczak:

Czyli ustalamy, że powiedzmy do za 15 trzecia prowadzimy dyskusję. Zawiadomimy, że przyjdziemy za 15 trzecia na obiad, pół godziny na obiad i o 3.15 byśmy rozpoczęli dyskusję...

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dalszy ciąg dochodzenie do pewnych już jakichś takich konkluzji.

Ja mam tutaj dwóch panów z przeciwka zapisanych. Ja jeszcze w związku z tym, że mówiliśmy o wszystkim, to znaczy o bardzo wielu problemach w tym były problemy ekonomiczne, ja bym chciała poprosić zapisaną do głosu panią Grzymisławską, wyszła, no to nie to nie będzie poproszona, to ja wobec tego proszę pana, bo pan się zgłaszał.

Ob. Maciej Latański; miejsce mojej pracy jest Instytut Medycyny Wsi w Lublinie, Instytut Resortowy Ministerstwa Zdrowia.

Tematyka zdrowia ludności wiejskiej była tutaj już u kilku moich szanownych przemówców treścią ich wypowiedzi. Pozwólcie państwu za tym, że jeszcze do tego problemu troszeczkę wrócę.

Instytut prowadzi aktualnie ogólnopolskie reprezentacyjne badania stanu zdrowia ludności wiejskiej. I jesteśmy w tej chwili na etapie zakończenia badań pilotażowych. Wstępne wyniki tych badań pilotażowych w wielkim skrócie pozwolę sobie państwu przedstawić. Rzuci to trochę światła do tych określeń, jak stan zdrowia ludności wiejskiej się przedstawia.

Otóż wśród przebytych chorób i zgłaszanych skarg grupę najczęściej wymienianą stanowiły **choroby** zwyrodnieniowe układu kostno-stawowego i bóle stawowe.

Ogólnie u 68 proc. osób lekarze stwierdzili występowanie chorób o charakterze przewlekłym, przy czym ich natężenie pozostawało w ścisłej korelacji z wiekiem i płcią. U kobiet odsetek stwierdzonych chorób wyniósł 71 proc. wobec 64 proc. u mężczyzn.

Na pierwszym miejscu w strukturze chorób uplasowały się choroby układu krążenia. Mężczyźni 36, kobiety 32 proc.

Na drugim choroby układu mięśniowo-kostnego. Mężczyźni 13, kobiety 15.

Trzecie miejsce przypadło chorobom układu trawiennego, po ok. 11 dla obu płci. A czwarte chorobom układu nerwowego i narządu zmysłów oraz chorobom układu nerwowego.

W wylansowanej przez nas próbie zwraca uwagę dosyć wy-

soki wynoszący 13,6 proc. odsetek osób oznaczoną grupą inwalidzką, w tym z III grupą 8,7 proc., z II grupą 4,6 proc.

W populacji generalnej dorosłych mieszkańców wsi stwierdzono 9,7 proc. inwalidów.

Najczęstszą przyczyną invalidztwa były choroby układu mięśniowo-kostnego 44 proc. i układu krążenia 24 proc.

Ocena wybranych dziedzin rzeczywistości traktowanych jako potencjalny zestaw zmiennych przewidzianych do pomiaru społecznego aspektu zdrowia, rozumianego jako zadowolenie z określonej sytuacji życiowej wypadła korzystniej niż przypuszczano. Blisko 70 proc. respondentów wyraża zadowolenie z miejscowości, w której mieszka. Odsetek zadowolonych z pracy ukształtował się na poziomie nieco powyżej 90, gorzej wypadła ocena warunków mieszkaniowych...

warunków mieszkaniowych. Tylko 48 proc. przyznało tutaj ocenę pozytywną. O tym, że względnie dobra lub dobra atmosfera panuje w ich rodzinie zawsze lub często poinformowało 76 proc. badanych, o życzliwości sąsiadów jest przekonanych 80 proc. respondentów.

Z analizy wypowiedzi respondentów wynika, że posiadają oni wysoki stopień poczucia oparcia społecznego. Zaledwie 0,3 proc. badanych stwierdziło, że w sytuacji nagłej potrzeby życiowej musiało by liczyć wyłącznie na siebie.

Przeciętny poziom neurotyczności jest wysoki u ludności wiejskiej i wzrasta on z wiekiem.

Jednocześnie pozwolę sobie zaznaczyć to co powiedziałem na wstępie, że są to tylko wyniki badań pilotażowych, właściwe badania są prowadzone dopiero w tym roku i te wyniki mogą ulec zweryfikowaniu, jakiejś weryfikacji. Niemniej warunki... wyniki badania stanu zdrowia i w ogóle stan zdrowia winien decydować o tym, jak powinna być zorganizowana opieka zdrowotna w tym przypadku, jak powinien być, jakie funkcje powinien spełniać ośrodek zdrowia na wsi.

Organizacja musi wynikać z potrzeb. Aby w tym ośrodku zdrowia na wsi możliwie największy procent tych potrzeb zdrowotnych mógł zostać możliwie najlepszym stopniu zaspokojony. Pomijam już w tej chwili kwestie kwalifikacji kadry, która tam pracuje, nie chcę w te szczegóły wnikać, ani wypowiadać dzisiaj swoich spostrzeżeń w tym zakresie.

Była mowa o brakach kadry medycznej na wsi. Jeżeli przyjmujemy wskaźnik, że jeden lekarz powinien mieć więcej niż 2,5 tys. podopiecznych to na wsi brakuje nam w tej chwili 679 lekarzy jeżeli pracowali by oni w pełnym wymiarze godzin.

Jeżeli przejdziemy do konkretnych cyfr to bez lekarza

jest w tej chwili w Polsce 5,7 proc. ośrodków zdrowia. A bezwzględną liczbą wyraża się to jako 189 na 3303. Natomiast aż 828 i to stanowi 25 proc. ośrodków zdrowia nie zatrudnia lekarza stomatologa.

O ile ilość lekarzy medycyny powoli ale z roku na rok na wsi rośnie, o tyle lekarzy dentystów ubywa.

Proszę państwa powiedziałem, że problemy zdrowotne powinny być tym wskaźnikiem, który powinien decydować o tym, jak powinna opieka zdrowotna na wsi wyglądać. Był tutaj poruszony problem rehabilitacji. Jest to wielkie zaniedbanie w środowisku wiejskim. Tylko 3,7proc. ośrodków zdrowia na wsi dysponuje jakim takim gabinetem rehabilitacyjnym, a przypominę, że z tego bardzo skrótowego obrazu stanu zdrowia i inwalidztwo i zgłaszane dolegliwości na pierwszym miejscu są właśnie w zakresie układu kostnow stawowego i mięśniowego. Ale to nie jest jedyny problem, który wymaga rozwiązania. Nie tylko kwestia organizacji gabinetów lekarskich. Bardzo istotnym problemem jest dostępność do możliwości wykonywania diagnostycznych badań laboratoryjnych.

Na wsi mamy w tej chwili tylko 11,6 proc. ośrodków zdrowia, gdzie działa laboratorium analityczne o węższym lub szerszym spektrum swoich możliwości diagnostycznych.

I mamy 42,5 proc. takich ośrodków zdrowia, gdzie istnieje tylko punkt pobrania materiału do badań i te materiały są odsyłane do najbliższego laboratorium w ZOZ-ie i przywożone potem.

W przypadku kiedy działa taki punkt pobrania materiału średni czas oczekiwania na wynik badania laboratoryjnego wynosi cztery dni. W przypadku kiedy nie ma i takiego punktu wydłuża się on do 7 i więcej dni. Jest to okres czasu, który praktycznie rzecz biorąc dezaktualizuje wyniki badań i niewiele może on pomóc

lekarzowi w przyjęciu swego postępowania w stosunku do pacjenta.

A więc rozwiązanie problemu gabinetów rehabilitacyjnych. Z pewnym standardowym ich wyposażeniem. Rozwiązanie problemu diagnostyki laboratoryjnej w służbie zdrowia na wsi oraz uzupełnienie standardowego na dziś wyposażenia gabinetów lekarskich ośrodków zdrowia na wsi w aparaty EKG, w spirometrię najogólniej to określam, w każdym razie chodzi o aparaty do określania wydolności układu oddechowego z możliwie dużą ilością parametrów, które można by było na nich wykazać, inhalatory. Podkreślam to i tą spirometrię i te inhalatory ze względu na wysoką pozycję chorób układu oddechowego. Powinny być do ośrodków zdrowia, w ośrodkach zdrowia lokalizowane.

Te potrzeby jako instytut dostrzegamy, te kierunki działania chcemy preferować i w tym kierunku działania nasze prowadzimy.

Dziękuję uprzejmie.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo. Teraz poproszę panią dr Joannę Starengę-Piasek. Myśmy mówili dużo o różnych sprawach. Prawie nie mówiliśmy o sprawie niezwykle ważnej, o pomocy społecznej, proszę bardzo panią o zabranie głosu.

dr Joanna Starenga-Piasek:

Resort zdrowia w Polsce, zresztą tak, jak w wielu innych krajach obejmuje zakresem swojego działania poza ochroną zdrowia inną część polityki społecznej, mianowicie pomoc i opiekę społeczną.

Moim zdaniem jest to układ korzystny dla obu sfer i przy dobrym systemie organizacyjnym powodującym wzajemne synergiczne podnoszenie efektów działania, szczególnie na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej. Pomoc społeczną należy traktować jako zorganizowaną działalność na rzecz człowieka pozostającego w trudnej sytuacji, a także na rzecz tych kategorii społecznych, które również pozostają w trudnej sytuacji społecznej na skutek negatywnych, często niezamierzonych skutków polityki społecznej.

Negatywne skutki polityki społecznej powodują, że pomoc społeczna musi mieć otwartą strukturę. Co to znaczy? To znaczy, że musi nie tylko postrzegać negatywne zjawiska społeczne, ale i mieć możliwość reakcji na to.

Pomoc społeczna nie może czekać aż władza począwszy od premiera skończywszy na naczelniku pozwoli zauważyć, że... i nazwać istniejący problem. Czy bezdomni są czy ich nie ma? Przez jakiś czas narkomanów nie było, potem się pojawili. Co ze sprawą AIDS w kontekście nawet pomocy i opieki społecznej. Nie mówię w aspekcie medycznym.

Co z nędzą u ludzi starych, samotnych na wsi, jak wobec tych problemów ma stawać lekarz i ma zalecać cały szereg rozwiązań jeżeli nie ma od razu możliwości... od razu wie, że nie ma możliwości na ich realizowanie.

Oceniając pomoc społeczną w dniu dzisiejszym stwierdzić

trzeba, że ze względu na sytuację, środki, którymi dysponuje, infrastrukturę często nad podziw skutecznie wywiązuje się ze swoich zadań. Dzieje się to głównie dzięki pracownikom socjalnym, dzięki ludziom zwińzanym z pomocą społeczną, ale często dzieje się to ich kosztem. Kosztem ich zaangażowania, kosztem nadmiernego zaangażowania wysiłku i przedsiębiorczości. Oceniając jednak pomoc społeczną z punktu widzenia społecznych oczekiwań wobec niej ta ocena wypadnie negatywnie.

Pomoc społeczna funkcjonuje w przestarzałych strukturach, zakresach i formach. Do dziś obowiązuje ustawa z 23 roku. Dla pomocy społecznej niezbędne moim zdanie jest po pierwsze wprowadzenie ustawy uwzględniającej perspektywę XXI wieku, a nie kodyfikującej stan obecny. Po drugie poszerzenie jej zadań, jako skutek zmian społecznych, kryzysu ekonomicznego i pewnej polityki społecznej, którą obserwujemy w tej chwili.

Po trzecie. Zrónicowanie usług i to zarówno od sfery finansowej poprzez poradnictwo, bezpośrednie formy opieki nad ludźmi potrzebującymi tego.

Ogarnięcia pomocą społeczną szerszych nieco kategorii osób niż to w pewnej tradycji się utarło. Myśli się na ogół o ludziach starych, niesprawnych, a myślę, że szerszą grupę należałoby objąć.

Dałej uproszczenia i usprawnienia struktur organizacyjnych, jak również i sprawa niebywale ważna podjęcia działań o charakterze prewencyjnym, co również się w jakimś sensie w tradycji dotychczas funkcjonującej pomocy społecznej w zasadzie nie mieści.

Niezbędne jest równoległe do poszerzenia zadań pewnego

typu inwestycje zawodową kadrę pomocy społecznej w pracowników socjalnych. I tutaj inwestycje widzę w trzech sferach.

W sferze finansowej, w sferze podnoszenia różnymi formami jej prestiżu i samodzielności działania. Pracownik socjalny nie może być petentem w urzędzie bo on nie swoje swoje sprawy załatwia on ma być reprezentantem interesu swojego podopiecznego nie może być urzędnikiem również.

I trzecia sfera podniesienie poziomu kwalifikacji w zależności właśnie od zadań i od specyfiki tych zadań. Dla większości pomoc społeczna kojarzy się głównie z domami pomocy. Jest ich w Polsce różnego typu 603, obejmują ponad 66 tys. osób. Ale ponad 12 tys. osób czeka na miejsce w domu pomocy społecznej.

Wskaźnik zaspokojenia potrzeb w tym zakresie, stosunek oczekujących do przyjętych w danym roku wynosi ponad 50 proc.

Druga istotna i rozleglejsza sfera działania pomocy społecznej to środowisko lokalne. To miejsce zamieszkania człowieka bezbronego wobec problemów, którym nie może podołać. Człowieka, który znajduje się najczęściej w syndromie biedy, rozumie tutaj choroby, zbyt niskie dochody, dysfunkcjonalność rodziny.

I w takiej sytuacji jednym ratunkiem dla tej kategorii osób, wcale nie tak nielicznej jest pomoc społeczna, jest pracownik socjalny, i jest praca socjalna. W okresie kryzysu wydaje mi się, że poszerzenie i pogłębienie... tzn. w okresie kryzysu poszerzającego i pogłębiającego się syndromu biedy sprawna środowiskowa pomoc społeczna jest niezastąpiona i w jakimś sensie musi w tej chwili wyjść z ukrycia. Musi pokazać perspektywy czy sprawy które może załatwić. I musi się to dokonać w miarę szybko.

Wydaje się, że w tej chwili sensowna inwestycja w pomoc

społeczną jest znacznie tańsza i bardziej humanitarna... i przynosi większe efekty niż potem rozwiązywanie dość nabrzmiałych kwestii społecznych.

Moim zdaniem system reformy pomocy społecznej powinien uwzględniać, nie wyczerpuje to, ale zwraca tylko uwagę na niektóre sprawy trzy aspekty. Wyraźniej powinien być reformowany w kierunku interesu jednostki. Wyraźnie powinna być w konsekwencji tego wielość różnego typu świadczeń, różnego typu usług, różnego typu angażowania podopiecznego w rozwiązywanie swoich własnych problemów.

I ostatnia bardzo ważna sprawa w dwóch aspektach widziana. W aspekcie jednostkowym i społecznym sprawna służba zdrowia to zresztą padało już tutaj, sprawna pomoc społeczna jest elementem budowania poczucia bezpieczeństwa społecznego. To jest szalenie ważne i szalenie istotne dla funkcjonowania zdrowego społeczeństwa jako całości.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Dziękuję bardzo. Chciałam wobec tego odczytać to znowu jedno zdanie, nasz postulat tego zgromadzenia o tej zastępczej służbie. Postulujemy aby przyjąć zasadę odbywania zastępczej służby wojskowej w lecznictwie zamkniętym, w domach pomocy społecznej oraz w opiece środowiskowej.

Ob. Wojciech Guglas:

Ja chciałem powiedzieć ta zasada jest stosowana. Rozszerzenie tej zasady stosowanej dlatego, że i to na okres przejściowy bo my nie możemy mówić, że to uzdrowi.

Natomiast powinno to być zdecydowanie wobec dzisiejszej sytuacji

cji niedboru rozszerzone. Bo to jest stosowane. Także to nie jest nowum, tylko rozszerzenie...

(głos z sali: zależy od województwa panie doktorze)

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Rozszerzonej...

(głos z sali: zdecydowane rozszerzenie w obecnych warunkach, żeby nam tego...)

(głos z sali: lepsze i odpowiadające rzeczywistości)

Ob. Andrzej Wojtczak:

Można jeszcze dodać, bo ja nie wiem tam się formuluje, że wobec odczuwanego braku personelu jako jeden z mechanizmów...

Ob. Marek Edelman:

Nie tłumaczmy się...

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

To poza tym ma znaczenie wychowawcze...

Ob. Mirosław Cybulko:

Panie profesorze ja proponuję żeby zastanowić się nad tą opieką w środowisku, bardzo szczerze był jeśli chodzi o... Dlatego, że przecież zastępczą służbę wojskową odbywają nie tylko przepraszam za wyrażenie bardzo porządni ludzie. A są i tacy którzy nie mogą być w wojsku. W związku z tym oddanie się ich do zastępczej służby wojskowej...

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

To chyba musi być jakiś dobór kandydatów...

Ob. Mirosław Cybulko:

A później oni sami będą decydowali co w tym środowisku mają robić. Także byłbym bardzo ostrożny w sformułowaniu, że również w opiece środowiskowej. Bo w domu pomocy społecznej, w szpitalu mamy nad nimi nadzór. Natomiast tam nie mamy żadnego nadzoru.

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Jest to słuszna uwaga...

Ob. Marek Edelman: Pojęcie zastępczej służby wojskowej to nie jest dla tych, którzy są z marginesu.

(głos z sali: panie doktorze w zastępczej służbie wojskowej są z dwóma kropkami na powiekach również ludzie)

(głos z sali: bo ich nie chcą wziąć do wojska)

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Bo ich nie chcą, tak to jest prawda.

Ob. Andrzej Wojtczak:

Myślę, że to jest szalenie ważna uwaga, powiedzmy chodzi o to żeby z naszej dyskusji wychodziły rzeczy merytoryczne...

Przewodnicząca Ob. Zofia Kuratowska:

Teraz proszę o zabranie głosu przez pana prof. Żochowskiego, będzie ostatnim przed przerwą obiadową. Obiad jest zamówiony na 14.45.

prof. Jacek Żochowski: Wracając do punktów, które tutaj pan docent nam podał, z którymi się wszyscy zgadzają zabrakło mi tutaj jednego. Myślę, że się wszyscy zgodzimy z tym. Wianowicie u podstaw pewnych nieszczęść systemowych, które w chwili obecnej następują było nonszalanckie podejście do pieniądza. Jak rzadko gdzie to nonszalanckie podejście do pieniądza widzi się w służbie zdrowia.

Jeżeli byśmy postarali się spojrzeć na to pod kątem patrzenia na służbę zdrowia nie jako tylko dziwny twór dotowany w niedokońca znanym procencie, z niedokońca znanej kwoty, to wtedy prawdopodobnie moglibyśmy wiele spraw rozwiązać i wiele spraw łatwiej by się nam udało wspólnie dojść do porozumienia.

Jesteśmy wszyscy za tym żeby wszelkiego rodzaju projekty reform, które powstają nie powstawały w sposób utajniony. Wydaje się, że w chwili obecnej nastąpiła bardzo dobra atmosfera ażeby nie było tego utajnienia. Dlatego, że nie nastąpi chyba taka sytuacja, że kolejną reformę sygnują ci sami reformatorzy.

Prawdopodobnie leżało to u podstaw utajniania pewnych dokumentów i dowiadaliśmy się o nich w momencie kiedy było właśnie za późno.

Chciałbym wrócić do jednego punktu, który mnie tutaj troszkę przestraszył i z którym nie chciałbym się zgodzić.

Państwo powiedzieli o szkoleniu studentów może w jakość a nie w ilość. Wydaje mi się, że nie możemy postawić takiego wniosku. Musi być i jakość i ilość. Nie stać nas w chwili obecnej na to żeby pójść na jakość kosztem ilości.

Nieprzekonywująco zabrzmiało dla mnie również próba powrotu do jakiejś formy punktów preferencyjnych środowisk pozawielkomiejskich. Nie wierzę w to i nikt chyba z nas tutaj, że

osoby środowisk wiejskich chętnie i w stu procentach wracają z powrotem do swojego miejsca. Historia nam już pokazała, że tak nie jest. Mówiąc o reformie służby zdrowia chciałbym z całą mocą podkreślić, że ta reforma służby zdrowia musi być robiona przez i będzie robiona przez innych ludzi. I dlatego chciałbym zwrócić uwagę na to że powinniśmy tutaj, jak jesteśmy, zdać sobie sprawę z tego, że zarówno system rekrutacji na studia medyczne, jak i system szkolenia przed dyplomowego, jaki system szkolenia podyplomowego jest chory. Jest chory. Jest to choroba przewlekła i jeżeli my w chwili obecnej nie przerwiemy tego procesu to nie wiem do czego to dojdzie.

Przyjmujemy na studia ludzi przypadkowych, uczymy ich w bardzo dużym odsetku przypadkowych przedmiotów na pierwszych latach. Również przypadkowych przedmiotów na innych latach, nie ucząc ich tego co powinien umieć lekarz, ale również i lekarz humanista.

Z kolei po zakończeniu studiów zakładamy, że obecny system szkolenia podyplomowego pozwala żeby koledzy ponodsili swoje kwalifikacje. Proszę państwa statystyczny lekarz medycyny, statystyczny może wykorzystać, korzystając z obecnych form szkolenia korzystać ze szkolenia fachowego raz na 6 lat. Stomatolog raz na 30 lat, farmaceuta raz na 17 lat.

W jaki sposób to rzutuje na inne cyfry. W ten sposób, że w chwili obecnej w Polsce mamy specjalistów, ale chyba najstarszych w Europie. Przeciętna wieku specjalisty np. w kardiologii wynosi 42 lata. To jest średnia wieku specjalisty w kardiologii.

W hematologii, tak jak pani docent wie, 43 lata itd. Czyli są to cyfry, które świadczą o tym, że proces szkolenia podyplomowego również wymaga zmiany i to zmiany zasadniczej.

I wreszcie punkt, o którym dość się wstydliwie mówimy, że prasa czasami o tym pisze. W tej chwili jest czas na inicjatywy, czas na koncepcje.

Ja wracam znowu do tej nonszalancji w stosunku do pieniądza. My nie mamy w Polsce taniej medycyny. My mamy medycynę bardzo zdrową. Nikt nie opracował dotąd modelu budowania tanich łóżek szpitalnych. Różnego rodzaju hospicjów. Są w tej chwili możliwości żeby różne środowiska, żeby różne organy założycielskie wypełniły tę lukę. Ja rozumiem, że nie stać może spółek, nie stać osób zgromadzonych w pewnych stowarzyszeniach na budowę szpitali, ale stać na pewno i może to być bardzo pomocne na budowanie wszelkiego rodzaju tanich łóżek paraszpitalnych. O tym się ciągle w Polsce mówi, bardzo cicho, ale nie się na ten temat nic dzieje.

I wreszcie punkt ostatni. Nie zgadzam się zupełnie w polskiej sytuacji z tymi wszelkiego rodzaju hasłami, które są powywieszane i które ciągle czytam "Twoje zdrowie w twoich rękach", Twoje zdrowie w twoich rękach jest to dobre hasło w kraju bogatym. W kraju takim, jakim my jesteśmy jest to hasło, które jest hasłem niemożliwym do akceptacji. My bardzo chcielibyśmy to zdrowie wziąć w swoje ręce, tylko te ręce nasze są puste.

I stąd mam pewien wniosek i chciałbym tu państwu go przedstawić. Uważam, że hańbą jest żeby w takiej sytuacji w jakiej się znajdujemy istniał w Polsce dotowany sport wyczynowy. Kiedy i uważam, że dotacja powinna dotyczyć wyłącznie sportu rodzinnego, rekreacyjnego i szkolnego, a sport wyczynowy powinien być sportem samofinansującym się czy zawodowym.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca: Dziękuję bardzo. Miód na moje serce. Z tym ser-

sportem to miód na moje serce. Chcę powiedzieć, że w zespole ds. stowarzyszeń, ponieważ ja też do tej komisji należę, tylko dziś biorę udział w rozmowach, Wniosek m.in. o zmianę ustawy o stowarzyszeniach sportowych. Bo przecież to jest monopol i wobec tego się grupa na wsi np. chciałaby sobie założyć kółko gry w piłkę to jest zależna od centralnego urzędu i centralnego, to jest zupełnie bez sensu.

Jeszcze na króciutko pani Zielińska.

Janina Zielińska: Ja w kwestii formalnej. Jest pytanie do mojego przedmówcy. Jak pan rozumie to preferowanie młodzieży bo ja nie w tym sensie powiedziałam. Pan chyba mnie źle zrozumiał. Mnie nie chodziło o preferencje młodzieży żeby w pierwszej kolejności się dostały dzieci rolników, tylko chodziło mi o to, żeby pomóc w przygotowaniu na studia. Wiemy, że start dziecka wiejskiego jest trudniejszy. A nie o preferencje czy ono prędzej się dostanie czy gorzej. Nie w tym sensie.

(głos z sali: jestem absolutnie za tym)

Janina Zielińska: To jesteśmy zgodni.

Przewodnicząca: Mamy tutaj ostateczną redakcję zaproponowaną przez kogoś z uczestników tego postulatu, o którym mówiliśmy w ten sposób - uważamy, że niezbędne i znaczące rozszerzenie jest/
...

P o p r z e r w i e

Przewodniczący: Jeżeli można, proszę pośpieszyć, to po posiłku byśmy przystąpili do popołudniowych obrad. Jest propozycja wszystkich stron, które się zarządziły odnośnie tego, żeby wypowiedzi były krótkie ponieważ mamy podjąć decyzję odnośnie ukształtowania dalszych prac naszej grupy. W związku z tym bym prosił o możliwie - bo to jest możliwe - maksymalne skrócenie czasu wypowiedzi.

Jako pierwszy o zabranie głosu prosił prof. Indulski. Jeżeli można prosić.

Prof. Janusz Indulski: Dziękuję bardzo.

Panie Przewodniczący! Szanowni Państwo!

Muszę powiedzieć, że poczytuję sobie za zaszczyt uczestniczenie w dzisiejszej dyskusji i w tym zespole do "okrągłego stołu". I z ogromną satysfakcją stwierdzam, że istnieje prawdopodobnie duża szansa na powodzenie tego przedsięwzięcia ze względu na to, że wyartykułowane tutaj przez państwa problemy, tak przez pana prof. Wojciechaka, przez panią doc. Kuratowską jak i przez pana dr. Guglasa, są tymi problemami, którymi rzeczywiście żyje środowisko. Być może emocje i sposób formułowania tych spraw są różne w różnych środowiskach, niemniej jednak jądro sprawy, treść sprawy jest ta sama a szereg spraw w środowiskach reformatorskich, w środowiskach naukowych była podejmowana przez wiele lat.

Chciałbym tylko stwierdzić - jest to taki mój osobisty pogląd na sprawę - że tak jak nie jest prawdą, że za wszystkie niepowodzenia można obwinąć administrację, tak samo nie jest prawdą, że w tym okresie, o którym tutaj mówimy nie dokonano szeregu rzeczy pozytywnych i szeregu rzeczy, które by były godne odnotowania jako osiągnięcia. Ja rozu-

19/2

niem, że nie jest to czas dzisiaj dla wystawiania cenzurek ani zaświadczeń i skupiliśmy się raczej na mankamentach i niepowodzeniach. Ale warto również o tym pamiętać.

Również należy chyba pamiętać o jeszcze dwóch sprawach które nam jakoś umknęły czy umykają, że sprawy ochrony zdrowia, my to dziś akcentujemy, że one nie są w oderwaniu od ogólnej sytuacji ani społeczno-politycznej, ani społeczno-gospodarczej. I to co jest możliwe dzisiaj nie było możliwe ani 5, 10 czy też 40 lat temu. I warto o tym pamiętać.

I druga sprawa, że jeżeli popatrzymy na inne kraje, które są często dla naszych rozmówców wzorcami, to gdybyśmy tak dokładnie przeanalizowali, to nie ma takiego kraju w Europie, który by nie miał różnego problemu trudności z ochroną zdrowia. Być może nie ma tak głębokiego kryzysu, jak my posiadamy, być może w tych różnych sprawach, które są o wiele łatwiejsze, sobie łatwiej i szybciej poradzić, niemniej jednak te problemy dotyczą tak najbardziej cywilizowanych, demokratycznych, jak i bogatych krajów. Więc jest ta sprawa chyba jakaś bardziej złożona i bardziej skomplikowana, aniżeli czasami my tu chcemy jednostkowo przedstawić.

A teraz do samego przedmiotu sprawy. Po pierwsze - chciałem się jeszcze raz podpisać i odnieść do wielkiej roli procesu uspołecznienia medycyny w ogóle a instytucji, jaką jest służba zdrowia i jej działalność w szczególności. W tym upatruje się wielkiej szansy, szczególnie dlate o, że m.in. ~~zastąpiły~~ zaistniały warunki poprzez cały proces decentralizacji władzy. Oczywiście to będzie zależało w tej chwili od społeczności lokalnych, jak będą potrafiły wykorzystać te szanse, które dzisiaj są jej dane. I ten

warunek jest dopiero niejako warunkiem do tego, żebyśmy my mogli na tej bazie rozwinąć szereg korzystnych i pożytecznych akcji.

Druga sprawa, jeżeli mówimy o wielkości budżetu przeznaczanego na ochronę zdrowia, trudno zakwestionować, że większy nie byłby pożyteczniejszy, że inne narody nie świadczą więcej. Nie umiem wskazać, skąd wziąć, bo to nie jest taka łatwa sprawa. Ale wiem jedną rzecz, i na to chciałem zwrócić uwagę, na co państwo nie zwróciliście do tej pory uwagi i ta sprawa mnie niezmiernie boli. Podejrzewam, że w samej służbie zdrowia, w samej instytucji opieki zdrowotnej jest ukryte rzędu 20-30 proc. źle wykorzystywanych środków, które - nie mamy czasu, żeby rozróżniać przyczyn, bo też można by skategoryzować, ale po pierwsze - poprzez nieracjonalne rządzenie. Ja wysuwam nie od dzisiaj i to zresztą nie ukrywam, to nie jest utajnione moje myślenie w tej sprawie, że Polska posiada nadmiar kadr medycznych, które są źle wykształcone, źle opłacane, źle nadzorowane i źle pracujące. Niezależnie od tego, że tracą wszystkie inne pozytywne walory. Podejrzewam, że te same zadania można by wykonać przy 20-30-proc. mniejszej kadrze, a szczególnie kadrze wysoko kwalifikowanej. Dość się odwołać do szeregu innych krajów, które tak łatwo dzisiaj cytowaliśmy, które posiadają o 40-50 proc. mniej kadr - wystarczy Wielką Brytanię wskazać, czy kraje skandynawskie, i się okaże, że gorzej nie świadczą swoich usług.

Druga sprawa, to cały system zarządzania. I tu chciałem zwrócić uwagę na fakt, że jeżeli my do nowej reformy

er

19/4

nie przygotowujemy kadr, które będą miały ją wdrażać, będziemy w tej samej sytuacji, w której jesteśmy przez cały czas. To nie jest rzecz dana z momentem objęcia stanowiska. To jest taka sama umiejętność, której trzeba się wykształcić, nauczyć, nie mówiąc o cechach osobowości, które są niezbędne do wykonywania tego typu roli, że jeżeli władza trafia w niewłaściwe ręce i nieprzygotowane, to skutki będą te same, a więc nam jest konieczna pilna potrzeba zaakcentowania posiadania profesjonalnie przygotowanej kadry kierowniczej do wykonywania profesjonalnych zadań w rządzeniu profesjonalną instytucją, jaką jest system opieki zdrowotnej.

Warto zwrócić uwagę, że Polska jest jedynym krajem Europy, poza Albanią, który nie posiada własnej instytucji, narodowej instytucji zajmującej się zawodowo na co dzień, a nie po amatorsku od pogrzebu do pogrzebu, od wydarzenia do wydarzenia, przygotowaniem kadry czy też naukową codzienną analizą istniejącej sytuacji.

Druga sprawa, na którą chciałem zwrócić uwagę, to żebyśmy pamiętali jeszcze o jednej sprawie, że my często tak zbyt może nie kontrolujemy zagadnienia nazewnictwa, gdy mówimy o ochronie zdrowia, to zamiennie używamy ją często do opieki zdrowotnej, a jeszcze częściej do służby zdrowia. Przecież to jest prawda, że ochrona zdrowia jest najważniejsza. Tylko, że służba zdrowia a w związku z tym i administracja i minister zdrowia ma jak najmniej do powiedzenia, w ochronie zdrowia. To jest autentycznie sprawa całego narodu z jednej strony, a z drugiej strony, całego aparatu państwowego i całego rządu. I wiemy, że najmniej się robi

er

19/5

w tych sprawach poza medycznych, natomiast najwięcej oczekuje się od wyspecjalizowanej instytucji jaką jest służba zdrowia. Doświadczenie różne uczy, że jedni mówią, że 5 proc, drudzy że 12, są tacy, którzy mówią że 25, no, ale nie więcej niż 20 proc. ^{w ogóle/} zależy od medycyny, reszta to są poza medyczne czynniki, poczynając od genetyki, kończąc na środowisku i wszystkim tym, co się w środku dzieje.

I tutaj dopatruję się znowu wielkiej roli włączenia społeczeństwa. I nie zgadzam się z głosami, że jesteśmy w tej chwili za biedni. W każdej sytuacji można na właściwe tory skierować uwagę społeczeństwa. Natomiast prawdą jest, żeśmy przez wiele lat rozbroili społeczeństwo z odpowiedzialności za własny stan zdrowia, przejmując niejako poprzez scentralizowany system tą odpowiedzialność na państwo, które się z tego nie wywiązało. I dzisiaj doprowadziliśmy do sytuacji podwójnie rozbieżnej, bo z jednej strony społeczeństwo jest rozbrojone, a z drugiej strony oczekiwania odwrotnie, jeszcze bardziej wzrosły.

Czeka nas w związku z tym niemała wcale praca, żeby tą sytuację wyrównać. Ja już nie mówię o trudnościach w zdrowym żywieniu, czy w normalnym żywieniu, czy rozwijaniu szeregu innych spraw. Niemniej jednak bez udziału społeczeństwa tego się nie da zrobić.

I ostatnia sprawa, to jest sprawa reformy. Myślę, że na szczegółowych zespołach będzie łatwiejsza sprawa. Trudno mi powiedzieć, dlaczego ten dokument jest nazwany, że jest utajniony. Nie ma nic tajnego. Wydaje mi się, że wszyscy doskonale go znają albo powinni znać. Tam są zawarte nie

treści, takie jak tutaj wszystkie trzy strony prezentowały, ale o dziwo, co za zbieg okoliczności, nawet często te same sformułowania. Być może ludzie ucząc się tego samego mówią tym samym językiem.

Ob. Marek Edelman: Ale myślą co innego.

Prof. Janusz Indulski: To tego my nie wiemy, co kto myśli. Możemy tylko podejrzewać pō tym co kto powie i co robi.

Więc intencje są bardzo dobre. Na pierwszej stronie założeń jest napisane, że powodzenie reformy jest uzależnione od zaakceptowania i reformowanych i reformujących. A więc dopatruję się szansy powodzenia reformy tylko wtedy, jeżeli ją jak najgłębiej, najprecyzyjniej, szczegółowo doprowadzimy do rąk, świadomości zainteresowanych i ich spróbujemy zaangażować w czynną realizację. Poza tym są to sformułowania w wielu wypadkach sformułowane ogólnie. One wymagają dopiero teraz codziennej dyskusji i dopracowania szczegółów, nad którymi na pewno powstanie niejedna dyskusja. Ale jest to, wydaje mi się, normalna rzecz. I osobiście jestem przekonany że czas, w którym wdramy jest najgorszy do wdrażania reformy. Bo były czasy lepsze, korzystniejsze, w których można było to zrobić. Ale tak już historia nas ustawiła. To jednak ona ma szanse powodzenia, ponieważ wydaje mi się, że jest oparta na zdrowych zasadach, na wyliczeniu realnych możliwości, jakie w danym momencie istnieją. Natomiast być może ona nie spełnia wszystkich oczekiwań, które my byśmy sami, ci którzy biorą udział w jej formułowaniu, jak i którzy oczekują rezultatów, chcieliby tutaj uzyskać.

Tak, że wydaje mi się, że jesteście na dobrej drodze ~~dochodzenia~~ do wspólnych poglądów i aby te środki realizacyjne, które będą do tego ~~użyte~~ używane były takie same. Dziękuję.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo. Ja sądzę, panie profesorze, że my już limit oddawania władzy w nieprzygotowane ręce w Polsce wyczerpaliśmy, bo do tej pory to jakoś tak się nam zdarzało.

Pan minister Wojtczak prosił o głos.

Minister Andrzej ~~Wojtkazki~~ Wojtczak. ~~Wojtkazki~~

Minister Andrzej Wojtczak:

Przewodniczący: Dziękuję bardzo. Proszę państwa wydać mi się, że po tym przeglądzie różnych spraw, któregośmy dokonali w ciągu już kilku godzin posiedzenia. Chciałbym wyjść z pewną propozycją dalszej pracy. Bo ja wierzę, że będzie jeszcze cały szereg wypowiedzi i będziemy mieli jeszcze możliwości wymieniania i poglądów i dróg rozwiązań. Natomiast jeżeli państwo się zgodzą ja przedstawię pewne propozycje.

Z tych zagadnień, któreśmy przedyskutowali wydaje mi się konieczność powołania dwóch grup roboczych aktualnych. Z uwagi na to, że powołanie wielkiej ilości grup roboczych obawiam się, że stracimy wtedy kontrolę po prostu jak gdyby nad procesem.

W związku z tym proponuję powołanie grupy roboczej do spraw ruchu zawodowego w służbie zdrowia żeby omówić te zagadnienia kompleksowo, jak również drugą grupę roboczą system uspołecznionej opieki zdrowotnej. To co zaczęliśmy mówić. Rozmawialiśmy i mówiliśmy o podmiotowości i pracownika służby zdrowia, czy lekarza, o podmiotowości pacjenta, o uspołecznieniu, o różnych mechanizmach, o decentralizacji postarajmy się stworzyć w tej chwili, w tej grupie roboczej, jakieś wspólne spojrzenie na drogi realizacji tego modelu.

Teraz cały szereg pytań tu padło ze strony sformułowane przez pana docenta, mianowicie i liczbę pielęgniarek, tzn. o ich niedobór, jak się przedstawia sprawa lekarzy. Muszę powiedzieć, że resort dysponuje materiałami dość szczegółowymi łącznie z prognozami co by było gdyby było, gdyby był ten odpływ lekarzy tak duży, jak te wskaźniki będą się kształtowały, to samo problem leków tzn. działań w tej chwili, jakie zostały podjęte żeby - ja nie mówię wyrównać zupełnie te niedobory - ale w każdym razie zmniejszyć i jakie są plany dla rozwiązania tej kwestii

20/2

aczkolwiek zdaję sobie sprawę, że żadna z tych w tej chwili jeszcze działań nie może zapewnić dobrobytu i zapewnienia rynku.

W związku z tym ja bym proponował żeby sprawę leków i sprawę zaopatrzenia postawić na następnym zebraniu. Przy czym z jednej strony była by informacja dla państwa żebyśmy pracowali na tych samych materiałach i z tą samą wizją i z drugiej strony przeprowadzilibyśmy pogłębioną dyskusję nad zagadnieniami zaopatrzenia, produkcji krajowej, jakie jeszcze źródła i jakie jeszcze rozwiązania można przewidzieć. Jak również nad problemem racjonalizacji zużycia leków.

Jeżeli by państwo przyjęli to to jest jeden z punktów do dyskusji na sesji plenarnej. I w zależności od dyskusji moglibyśmy zdecydować, że potrzeba nam powołania jakiejś grupy ekspertów, którzy mogą dopracować pewne nasze uwagi i sugestie.

Druga informacja zarazem, która wymaga wyprostowania wielu spraw to jest zagadnienie źródeł finansowania. Dlatego, że pracujemy na zupełnie różnych materiałach. Ja nie chciałem się włączać bo uważałem, że potrzebna jest taka dyskusja powiedzmy ogólna żebyśmy wymienili swoje zdania, ale sprawy FUS-u czy ZUS-u i spraw tych finansowych wymagają tego żebyśmy mieli informacje dość dogłębną, od źródła sprawy a nie na fragmentarycznych materiałach, które niestety spaczają nasze spojrzenie i wydaje mi się, że rozbudzają nie uzasadniane z jednej strony nadzieje, aczkolwiek musimy tą drogę dopracować i dopiero wtedy możemy zdecydować powołanie grup powiedzmy ekspertów, którzy by dopracowali te zagadnienia.

Trzecią sprawą, która mocno wpływała wśród dyskutantów to są problemy kształcenia. To jest problem kształcenia i to przed-dyplomowego i doksztalcenia podyplomowego, ja myślę specjalizacji

Tu jest wiele przecież wniosków w dyskusji różnej i w publikatorach i tak samo w wypowiedziach państwa padało. Ja bym włączył do kształcenia kadr tak samo zagadnienie pielęgniarstwa i poszerzył je nie tylko problemami kształcenia, ale zaczął od strony i planowania. Od odpowiedzi to też to znaczy żebyśmy się postarali odpowiedzieć ilości i jakością, lepsze wykorzystanie. Czyli w tych kategoriach, a że kształcenie medyczne generalnie jest zagadnieniem o niebywałym znaczeniu to wystarczy spojrzeć na mapę Europy i zobaczyć, że w ciągu ostatnich trzech lat było pięć europejskich konferencji poświęconych kształceniu medycznemu łącznie z konferencją lizbońską ministrów edukacji i ministrów zdrowia i deklaracją edynburską i inicjatywą lizbońską, która wychodzi w kierunku po proszu inicjatywy zmian, dostosowania kształcenia do potrzeb obecnych i przyszłych.

I wreszcie czwarty problem. Wydaje mi się bardzo mocno postawiony przez panią dr Starengę, to jest zagadnienie pomocy społecznej. Znowu zacząć od pewnej globalnej informacji i znaleźć pewne rozwiązania. Może je znajdziemy w dyskusji, a może trzeba będzie głębszego jakiegoś zastanowienia się. I powiem szczerze, mimo, że są jeszcze dalsze zagadnienia to bym widział po tych problemach. Chciałbym żebyśmy realnie podeszli do sprawy i zastanowili się ile takich modułów tych spraw możemy wziąć na posiedzenie byłoby bardzo ważne zagadnienie to co poruszył pan min. Cybulko mianowicie zakres działań reformatorskich i etapy wdrażania. Bo jest bardzo łatwo hasłowo powiedzieć już natychmiast i zgadzam się, że pośpieszne rzeczy należy planować pośpiesznie tylko musimy mieć pewną jasność żebyśmy znowu nie stanęli takiej sytuacji, że będziemy piłeczkę przerzucać, a warunki będą nierealne dla pewnych jakichś postulatów.

I wreszcie ta sprawa ja wiem, że jest może najtrudniejsza,

że jest bardzo trudna sytuacja i społeczna i ekonomiczna żeby ruszać narodowy program zdrowia. Ale on jest konieczny, można dyskutować w jakim zakresie, jak dalece wychodzić z pewną już kształceniem społeczeństwa? Jak dalece można wychodzić z pewnymi podprogramami, **jaki** jest ta walka z nikotynizmem, alkoholizmem zanalizować dlaczego ona nie jest skuteczna. My walczymy już z tym od dłuższego czasu. W ogóle na tą sferę promocji zdrowia. Ja wiem, że każdy od niej ucieka. Ja w wielu gronach i te sprawy dyskutowałem, uciekają od niej organizatorzy ochrony zdrowia, uciekają inni, aczkolwiek trzeba sobie zdawać sprawę, że jeżeli my nie podejmiemy już w tej chwili tych działań, to alternatywną sprawą za 10 lat jest więcej kadr, więcej łóżek, więcej specjalistów, więcej aparatury.

Jednak program kanadyjski czy program fiński, który faktycznie zaczął wcześniej wystartował, bo kanadyjski w 71 chyba czy 2 roku po raporcie Lalonda, a fiński w 73, ale Kanadyjczycy już sprowadzili o 50 proc. w dół umieralność^c z powodu chorób układu krążenia, zmniejszyli zapadalność, co Finowie zrobili i co oni bliżej to my wiemy, że górowali w Europie, w tej chwili zbliżają się do poziomu Polski, ale to znaczy, że prawie o 60 proc. **obniżyli** tą zapadalność. My musimy to jakoś zrobić. I powiem szczerze jest to bardzo trudne zagadnienie.

Dlatego głos doradczy, wspólne jakieś znalezienie pewnych rozwiązań, mądrością wspólną jest to nieodzowne. Bo powiem prosto resort ma dobrą w tej chwili diagnozę epidemiologiczną. Restort ma dobrą prognozę opartą o te dane i przypuszczenia trendów demograficznych. Jest plan i jest komisja międzyresortowa, która będzie starała się wyjść^c naprzeciw tym dyzederatom tzn. jeżeli chodzi i o zdrową żywność^c i problemy związane i z budow-

nictwem i z oświatą. Tylko, że musimy się zastanowić nad tym dlatego, że jednak ja nie wiem dla nas zasadniczą rzeczą jest to zdrowie. A to zdrowie podupada i będzie podupadało jeżeli nie przyczynimy się wspólnym wysiłkiem, z oddziaływaniem na społeczeństwo, na publikatory. I dlatego jest to lista może dość duża, ja zdaję sobie sprawę, że wymaga przedyskutowania i consensusu tylko, że to by jakoś znajecie nam może sprowadziło tą dyskusję z bardzo już dzisiaj musiała być taka z rozstrzelonej, na jakąś bardziej skanalizowaną w sensie rozwiązywania już spraw.

Dziękuję panie przewodniczący.

Marek Edelman: Chciałem zapytać panie ministrze co pan miał na myśli w punkcie pierwszym komisja do spraw związkowych, bo ja nie widzę...

Andrzej Wojtczak: Nie, nie komisję, grupę roboczą. To jest sprawa samorządu, ale panie doktorze jeżeli mówimy obojętnie o opiece zdrowotnej czy o ochronie zdrowia, to nie są tylko lekarze,

21/1

to to nie są tylko lekarze, to nie są tylko pielęgniarki, to są i pracownicy socjalni i inni. I nie chodzi mi, żeby tworzyć samorzady wszystkie profesjonalne, tylko żeby spojrzeć na to zagadnienie bardziej globalnie. Jak będziemy prowadzili te sprawy?

Marek Edelman:

On. ~~Przewodniczący~~: Myślę, że ta komisja powinna być samorządową komisją, bo wtedy to się wszystko w tym mieści. Bo sprawy związkowe są rozwiązane, albo nie rozwiązane, ale ustalone jakoś. Więc nie trzeba tutaj mieszać tych pojęć, bo zaraz zaczniemy, od tego jeden związek, trzy związki...

Ob. A. Wojtczak: Nie, nie, samorządowy.

Ob. Zofia Kuratowska: Pracownicy łączą wszystkie zawody, bo mogą być...

Marek Edelman

~~Przewodniczący~~: Panie ministrze, bardzo ciekawe rzeczy pan tu nam powiedział i naprawdę bardzo ważne. Tylko chciałem zwrócić uwagę, że nasza działalność jest dość krótka. Ze w ciągu tych trzech czy czterech tygodni, które nam pozostało my tych spraw nie zakażemy. Dlatego radziłbym się skupić, bo przecież my nawet nie rozwiązaliśmy niczego, my możemy dać pewne kierunki tylko. Ale myślę, że tu jest za dużo zagadnień na raz postawionych. Myślę, że trzeba się skoncentrować na dwóch zasadniczych zagadnieniach, to jest sprawa samorządu - być może na trzech - sprawa reformy służby zdrowia i sprawa finansów.

I ja myślę, że jeżeli my dojdziemy w tym do porozumienia i do tego, że nasze idee będą nie tylko powiedziane, ale wykonane, to reszta tych rzeczy jest do dalszej współpracy. Bo tutaj więcej to będzie maksymalnie do zakażenia.

er

21/2

Myślę, że tego też nie załatwimy, bo jak wejdziemy w finanse, to się zakopimy, bo nikt nic nie wie.

I dlatego myślę, że wystarczy nam trzy komisje.

Ob. Wojciech Guglas: Jeżeli można, ponieważ także chciałbym nasze zdanie przedstawić. Sądzę, że kwestia samorządu jest zbyt wąskim zagadnieniem. Powinien to być zespół ds. pracowniczych i samorządności. Tym bardziej, że w sprawach ds. samorządności to, jak dobrze zrozumiałem intencje pana prof. Chłapa, wnoszą jeszcze kwestię - a wiemy na jakim etapie jest projekt obecny, jeżeli chodzi o samorząd, kwestia ostatniej wersji, która znajduje się w tej chwili w Sejmie, a która to już jest kolejna to my sami nie wiemy, kolejnej ostatecznej redakcji istoty samorządu, żeby co do tego się ustosunkować. Czy to jest zgodne z oczekiwaniami społecznymi czy nie. Jest bardzo ważna kwestia ustawowa, to, co do czego już doszliśmy, żeby nie odwlekać wdrożenia w najbliższym czasie pod obrady Sejmu ustawy o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych, bo z tego co jest mi wiadomo, to do 15-tego strona rządowa była zmuszona do przedstawienia, i co do takiego projektu powinniśmy się ustosunkować. I kwestie funkcjonowania ruchu zawodowego, co jest niebagatelne, w zakładach służby zdrowia także powinniśmy w gronie tutaj naszym związkowym wspólnym podnieść.

Tak, że bym proponował, że jeżeli można by pogodzić te interesy a to wynikało z dyskusji także ze strony państwa, żeby nazwać ten zespół ds. pracowniczych i samorządności, ponieważ on będzie obejmował cały pakiet spraw.

Czy można, panie ministrze?

Minister Andrzej Wojtczak: Zgoda.

er

21/3

Przewodniczący
Ob. _____ : Czyli co do jednego zespołu mamy zgodność.

Jeżeli chodzi o zgłoszenie drugiego zespołu - system uspołecznionej opieki zdrowotnej. Jest to bardzo ważny temat co do którego powinniśmy zabrać stanowisko. Ja sądzę, że ponieważ zgłoszone przez resort propozycje będą się odnosić do kilku zespołów, to ograniczy czas i spowoduje przygotowanie materiałów, że merytorycznie już z pewnymi uzgodnieniami przyjdziemy na spotkanie.

I kwestia drugiego zespołu - system uspołecznionej opieki zdrowotnej.

/Głos z sali: to znaczy do spraw reformy/

Do spraw reformy. Czyli to by się zgadzało z tym, co pan doktor zgłaszał do spraw reformy.

I kwestia trzeciego zespołu - finansowanie. To zasady ekonomiczno-finansowe, to dotyczy także reformy.

Ob. Marek Edelman : Musimy znać źródła.

~~/Głosy z sali: Bo to jest wszystko dym, co nam mówią.~~
4,5 proc, 5 proc, z inwestycjami. Z czego, z budżetu, z dochodu podzielonego brutto, czy netto? W ogóle nie wiadomo. To jest 40 proc, to jest 60 proc. Tu nie dojdziemy, jeżeli nie będzie konkretnych danych.

Ob. Andrzej Wojtczak : Konkretne dane są, panie doktorze.

Dr. Marek Edelman : Może są, ale nie są publikowane.

/Głosy z sali: Są./

Gdzie?

W. Guglas/

Ob. Przewodniczący : Przepraszam bardzo, zostało stwierdzone wcześniej, że źródła finansowania ~~xx~~ i to zosta-

na podane, co zrozumiałem tutaj po spojrzeniu i po gestach. Ten temat został ujęty, czyli to byłoby to co najważniejsze. Natomiast kwestia reformy, kwestia zasilania, finansowania, zmian wprowadzania i to co dotyczy reformy. I w trakcie zespołu jednego ds. reformy możemy wydzielić.

Czy można tak?

Prof. Zofia Kuratowska: Mnie się wydaje, że my chcielibyśmy te informacje, w które były wymienione w punktach u pana doc. Wnuka-Lipińskiego, my byśmy je chcieli otrzymać. M.in. jest tam ten nieszczęsny tekst tych kierunków. Ja miałam go w takim - przed następnym spotkaniem oczywiście - ja miałam ten tekst w takim wydaniu znacznie gorszym, niż każde nasze wydanie podziemnego pisma, bo strony były zupełnie nieczytelne. I to tak bokiem dostałam. Tak, że my chcemy mieć wszyscy i po prostu się z tym zapoznać. Więc to, ale tam było jeszcze szereg innych. Ja bym chciała, żeby jednak to traktować jako nasz postulat, te dokumenty o których mówił pan docent i tam są te różne finansowe. Bo oczywiście pewnie jest to publikowane w różnych miejscach, tylko że my nie mamy ani czasu ani możliwości tego szukać, bo nie jesteśmy specjaliści w tej dziedzinie, choć pomaga nam nasz ekspert ekonomista. Ale to jest za mało. I do wszystkich tych innych spraw, w których ja bym też bardzo prosiła, ażebyśmy nie okrywali milczeniem tej więziennej służby zdrowia i też otrzymali te informacje. To jest w tych punktach pana doc. Lipińskiego. I rozumiem, że to co pan profesor powiedział w drugiej części, to byłyby sprawy, które byśmy omawiali, czyli omawiali niejako po raz pierwszy. Czyli sprawa leków szeroko pojętej sprawy, bo i zao-

patrzenia i dystrybucji i produkcji i tego wszystkiego, i jakoś ewentualnie jakoś kosztów, bo to jest przecież ważne. Nad tym byśmy po prostu podyskutowali. Tak samo nad tymi innymi problemami, które byśmy niezależnie od tych dwóch zespołów roboczych, grup roboczych, byśmy tutaj przedyskutowali na plenarnym posiedzeniu. A wszelkie wyniki działania tych grup roboczych do zaakceptowania całe o gremium chyba by było przedstawione na jakimś, czy ostatnim, czy nie wiem, ile nam tych spotkań zostało, ale w każdym razie na czymś takim. I zobaczymy jakie będą różnice, rozbieżności między poglądów, jakie będą ustalenia.

Ja bym chciała bardzo, żeby w tym zmieściło się - choć nie jestem pediatrą, ale uważam i chyba zgadza się pani prof. Chmielowa, że powinno się też w centrum naszego ~~zainteresowania~~ zainteresowania na przyszłym posiedzeniu znaleźć do dziecko. Przede wszystkim małe dziecko. Chyba to jest najważniejsze.

My przyszłym razem nie będziemy mówić nie będziemy mówić tyle różnych okrągłych zdań i wstępnych tych wprowadzeń, także zyskamy jakiś czas do dyskusji rzeczowej.

Ob. Andrzej Wojtczak: Jeżeli można, to jeszcze pytanie formalne. Pani docent, ja myślę, że tak, na pewno będziemy mieli ~~z~~ cały szereg jeszcze ~~z~~ zebrań. Jeżeli mamy pogłębić, to wydaje mi się, że wszystkich problemów na następne zebranie nie możemy wziąć. Że trzeba dać tym dwóm zespołom troszeczkę czasu żeby popracowali. Ja ze swej strony do zespołu na temat reformy właśnie tego systemu reformy zgłosiłbym prof. Indulskiego, a później

to już eksperci. Ja myślę, że każda grupa może wytypować w tej chwili człowieka, gdzie trzech panów jak porozmawia, to każdy z nich później - może panie tak samo - dobierze zespół ekspertów i wtedy przedstawia taką ekspertyzę nam. Z tym, że trzeba im dać troszkę czasu.

Natomiast na następne zebranie, które jest nieco limitowane czasem - od razu muszę powiedzieć, dlatego, że jest już wypełniony grafik różnych podstołów, grup i rzeczy samej 28 luty, godz. 10 lub 10.30 mamy zarezerwowany ten pokój. I w związku z tym dobrze by było, żebyśmy się zdecydowali, które z tych problemów byśmy wzięli na następne nasze zebranie.

Przewodniczący: Pani docent, czy można prosić o jakieś spojrzenie państwa na propozycje złożone przez pana ministra?

Ob. Marek Edelman: Trudno teraz powiedzieć, bo trzeba byłoby wyznaczyć grafik, to już za 10 dni... przygotować te wszystkie sprawy reformy itd. To nie da rady.

Doc. Zofia Kuratowska: Ja też uważam, że to co jest w grupach roboczych to się nie da. Natomiast... Na pewno nie.

Minister Andrzej Wojtczak: Ja myślę, że sprawy leków mogłyby być, sprawy zaopatrzenia, informacje, pogłębione informacje dla przedstawienia państwu. Ja myślę, że źródła finansowania bym wziął. Dlaczego? Bo jest to, co tu padało, być może, że trzeba będzie znowu grupę roboczą posadzić, żeby uszczegółowiła pewne koncepcje, albo dała jakieś rozwiązania. W związku z tym mnie się wydaje, że jeżeli weźmiemy te dwa pakiety spraw, to to są naprawdę już wystarczają-

ce.

Doc. Kuratowska: Dziecko nam się wymknie. Naprawdę społeczne zapotrzebowanie. My musimy, dziecko musi być.

dziecko...

Ob. A. Wojtczak : Zgadza się, że dziecko tak...

Ob. Marek Edelman : Dziecko musi być.

Ob. A. Wojtczak : Ale gdzie na następne zebranie chcecie dziecko czy noworodek i niemowlę.

Ob. Marek Edelman : Noworodek i niemowlę

Ob. : Noworodek i niemowlę przy tej dużej śmiertelności, to wynika z zapotrzebowania społecznego...

Ob. A. Wojtczak : Noworodek i niemowlę, dobrze.

Ob. Marek Edelman : Jest jeszcze jedna sprawa, która się tu wymyka to jest sprawa tych strajków lekarskich, tych w służbie zdrowia. My nie jesteśmy za strajkami, ale coś trzeba z tym fantem zrobić. Bo nie chcemy mieć za 6 tygodni znowu strajków w służbie zdrowia nowych w Poznaniu, nowych w gotowiu, nowych tego. To wiecie, ludzie się tak nauczyli, że jak się nie strajkuje to się nic nie dostaje.

Więc tutaj coś trzeba zrobić z tą siatką płac. To musi być. Nikt nie wie dobrze nawet ja nie wiem dziś dobrze co tam jest chociaż jestem lekarzem, mam za dwa tygodnie dostać pieniądze. Żeby to powiedzieć, żeby to się wyjaśniło, że to jest, bo piszą ludzie podobno w Poznaniu, ja nie wiem, że bierzemy te pensje zaliczkowo, do czasu końca "okrągłego stołu".

Ob. Zofia Kuratowska: Może byśmy dopuścili panią mister Grzemisławską, jeśli pan przewodniczący pozwoli, do głosu, która...

Ob. Andrzej Wojtczak: Czy można panie przewodniczący tylko zadać pytanie, bo tak łatwo powiedzieć coś należy zrobić. Można jeżeli państwo uważacie, że jest to sprawa nabrzmiała jeżeli

22/ 2

chodzi o system to proszę bardzo. Możemy się i tak samo dać grupę roboczą, niech opracują dwa-trzy modele systemu motywacyjnego płac i przedstawią nam, ale ja nie sądzę żebyśmy w tej chwili mogli iść na jakieś...

Ob. Wojciech Guglas: Przepraszam przestrzegajmy dyscypliny. Jeżeli można pani Grzymisławska chce się wypowiedzieć w tym zakresie.

Ob. Anna Grzymisławska: Ja mam taką sprawę proszę państwa bo proszę spojrzeć myśmy, tzn. ministerstwo wprowadziło nowy układ zbiorowy, rozumiem, że układ zbiorowy był w jakiś sposób negocjowany z OPZZ, nie wiemy w jakiej, ale sądzę, że był. I ten układ zbiorowy czy taryfikator spotkał się absolutnie z dezaprobatą służby zdrowia. Niestety taka na dzisiaj jest sytuacja. Tzn. nadzisiaj mamy taką sytuację ~~wymagalną~~, która w pomocy doraźnej m. Poznania i nie tylko woj. poznańskiego, bo i Krot szyn, Międzyrzecz, Gniezno, że tam pracownicy nie przyjęli tego układu zbiorowego, tylko w tej chwili odbierają pensje zaliczkowo. I odłożyli całą akcję protestacyjną, zawiesili do końca obrad "okrągłego stołu", to znaczy na naszą prośbę. Ja rozumiem, że tu byłateż taka sytuacja, że była gotowość strajkowa i też ona w pewnym momencie została odwieszona. Myślę, że ta sytuacja pracowników pomocy doraźnej nie jest sytuacją jedyną w służbie zdrowia, i że układ zbiorowy niestety nie został zaakceptowany. I z tym musi się strona rządowa w tej chwili pogodzić, bo to są fakty.

Natomiast my byśmy zaproponowali jednak zdecydowanie negocjacje w grupie roboczej na tematy płacowe służby zdrowia, przykro nam, że będziemy mówili tak szybko po wprowadzeniu w tej chwili układu zbiorowego i jest to podwójna robota, ale tak

się stało. I zdecydowanie nad systemem na nieco innym, To znaczy my byśmy proponowali układ zbiorowy, który jest przez "Solidarność" dawno przygotowany, on nie jest widełkowy, tylko jest procentowy do średniej płacy w gospodarce materialnej i myślę, że niestety ten zespół roboczy będzie musiał być zespołem oddzielnym. Bo on się nie zmieści w reformie. I oczywiście mówimy, że ten system płac jest możliwy przy gospodarce centralnej. Tzn. my nie chcemy zakładać, że jeżeli przyjdzie reforma i będzie rachunek kosztów to zupełnie będzie, będą inaczej zupełnie wyglądały płace w służbie zdrowia. Także jest to jakiś układ zbiorowy, który musimy wynegocjować na okres przejściowy. do czasu wprowadzenia reformy w służbie zdrowia. Tak by to wyglądało. I taka jest propozycja z naszej strony w tej chwili.

Ob. Wojciech Guglas: Czy pan minister pozwoli?

Ob. Andrzej Wojtczak: **Proszę bardzo.**

Ob. Wojciech Guglas: Jeżeli można proszę państwa, bo właśnie dlatego proponowałem zespół do spraw pracowniczych i samorządowych. Ponieważ jak, wiecie pogotowie strajkowe ogłosiła federacja i podporządkowało jej się 930 organizacji w kraju i taka jest prawda, są na to uchwały zarządu i uchwały załóg w większości jednostek.

Problem pierwszej negocjacji, pierwsze materiały zostały odrzucone całkowicie przez środowisko. W związku z tym dyskutowaliśmy co przyjąć, jaki system płac przyjąć, który byłby w części akceptowany przez środowisko, który byłby na dzień dzisiejszy wypełnieniem.

Proszę zrozumieć jedną rzecz, że po prostu nakłady na ochronę zdrowia, my zdawaliśmy sobie sprawę z tego, że nakłady na ochronę zdrowia mimo, że jest to i nikt nie powie, że nie

22/4

jest to przełamanie obojętności, bo jeżeli do tej pory kształtowały się także w okresie lat 80-tych na poziomie 70 proc., jest 95 proc. średniej dostawy produkcji materialnej, jest to jednak jakieś przełamanie mentalności, żeśmy założyli zgodnie z międzynarodowymi trendami metodą wartościowania pracy w odniesieniu prawda do przemysłu, w odniesieniu do gospodarki uspołecznione wprowadzenie nowego systemu płac. Założyliśmy okres pół roku na doskonalenie. Wszystkie grupy zawodowe, które w tym systemie, którym się wydaje, że ich praca jest zbyt mało wyceniona lub powinni być wyżej zaszeregowani w grupach i to mają prawo zgłaszania. Stoimy także na stanowisku, że od 1 lipca jest to zagwarantowane w umowie, w sporze zbiorowym między rządem a ruchem zawodowym, że od 1 lipca nastąpi waloryzacja płac w wypadku drgnięcia w sferze produkcji materialnej. Wiadomo jest, że pułap wyjściowy 56 tys. określony na 88 r. w stosunku do wejścia w styczniem rzuca na to, że już będzie podwyżka płac z dniem 1 lipca dla pracowników. Ten okres poświęcamy na usprawnienie tego systemu. Ja także na początku mówiłem, że nie jesteśmy zadowoleni z wysokości docelowej. Tzn. 106 proc. jawi z okresu dojścia do docelowej wielkości jeżeli chodzi o płace pracowników służby zdrowia. Tylko proszę państwa siedzimy wszyscy przy "okrągłym stole" wszyscy chcemy dobra tego kraju, i odpowiadamy jakiegokolwiek podbijanie pałaczki, bo prawda zawsze pójdą ludzie, jeżeli państwo powiedzą, że chcą 110 proc., my powiemy 120, państwo 130 my 140.

Sądzę, że dojście do tego systemu, dojście do systemu powinniśmy powołać zespół do spraw układów i w związku z tym postulowałem żeby nam nie ~~uciekała~~ ustawa o opiece zdrowotnej i zawodach medycznych tam istotnie jest bardzo ważne i kwestia przy-

jęcia docelowego systemu płac w służbie zdrowia, ale mamy... docelowego systemu płac w służbie zdrowia, tak jak tutaj proponuję.

Natomiast to już jest w założeniach, tylko trzeba także stwierdzić, że informacja spływająca w kierunku jednostek służby zdrowia była niedoskonała, a do tego rozczarowanie muszę stwierdzić, że przychodziła dezinformacja chociażby ostatnio podkreślana ze strony resortu zdrowia. Jak to się wszystko zdarzyło to ludzie naprawdę na dole będąc nieraz na progu ubóstwa wiele zawodów, chociażby rozpoczynające pielęgniarki czy coś. byli wystraszeni tą sytuacją. Także sądzę, że jeżeli można przyjąć, byśmy przyjęli to w ramach tego zespołu, zapoznali państwa z taktyką, jaka była stosowana. Jest to kwestia także ustawy co do której musielibyśmy sięgnąć, jest to kawałek roboty, sądzę, że w najbliższym czasie powinniśmy się do tego ustosunkować. Zresztą w swoim wystąpieniu na początku o to właśnie wносиłem.

Ob. Anna Grzymiałowska: Jeśli państwo pozwolą, muszę polemizować z tym głosem. Mianowicie na pewno nie będziemy tutaj licytowali wysokości płacy, tak myślę, to znaczy wydaje mi się, że to nie na tym w ogóle polega. Ja myślę, że powinniśmy wreszcie zdać sobie sprawę z jednego, że płaca lekarki, lekarza i pielęgniarki powinna zależeć przede wszystkim od ich kwalifikacji i specjalizacji, a nie od uznania dyrektora. I my mówimy tutaj o zmianie systemu płac. A nie będziemy licytowali wysokości. I to jest zasadnicza różnica. Nawet na ten okres przejściowy, który ma się zakończyć reformą w służbie zdrowia. A zmiana systemu niestety będzie wymagała uważam negocjacji. Bo to jest zupełnie inne podejście do układu zbiorowego.

Ob. Wojciech Guglas: Czyli przyjęliśmy jeżeli można, że w tym zespole do spraw pracowniczych i samorządowych podejmimy temat układu zbiorowego dojścia. Tutaj te warunki rzutowały także przy wprowadzaniu tego drugiego ostatniego projektu.

Ob. Zofia Kuratowska: Mnie chodzi o uszczegółowienie czy chodzi o układ zbiorowy czy o zasady wynagrodzeniowe.

Ob. Anna Grzymisławska: Nie. Dotyczy to zasad wynagradzania i układu zbiorowego. W całości układu zbiorowego i w tym zasad wynagradzania. Tak to zgłaszamy.

Ob. Wojciech Guglas: Zakładowego tak, czy resortowego?

Ob. Anna Grzymisławska: Resortowego.

Ob. Wojciech Guglas: Sądzę, że zespoły przygotowują tutaj stanowisko, bo będziemy przedłużać w tym zakresie dyskusję. Z jednej i z drugiej strony problem zgłoszony. W jednym i w drugim wystąpieniu wiodącym, jak i teraz w związku z czym to przyjęcie w tym, panie ministrze ujęcie w tym zespole pierwszym.

Ob. Andrzej Wojtczak: Jak najbardziej, ja zagadam się z tym, tak samo damy swoich przedstawicieli i wydaje mi się, że to było od początku zasygnalizowane w moim wystąpieniu, że jesteśmy za tym. Z uwagi na to, że zdając sobie sprawę, jak czułą sprawą w odbiorze społecznym jest system. Dlatego bylibyśmy wdzięczni gdyby zespół mógł przedstawić model i przejściowy i docelowy, nawet dwa czy trzy modele jakieś rozwiązania, które mogły by wreszcie usatysfakcjonować pracowników służby zdrowia. Dlatego, że zdajemy sobie sprawę i z tej sytuacji, z niezadowolenia, jak czułą jest ta sprawa i bardzo bym się cieszył, gdyby faktycznie można już z dużym wyprzedzeniem, tak jak mówimy o reformie i tak jak mówimy o pewnych wyprzedzających działaniach posiadać takie wypracowane modele.

Ob. Wojciech Guglas: Czyli temat został uzgodniony, można prosić pan dr Umiastowski prosił wcześniej o głos.

Co to znaczy totalitaryzm? Wtrącanie się polityków przemocą w dziedzinę, w które im się nie wolno wtrącać. Myślę, że te-będą domeną polityki jest Sejm, partie polityczne, publikatory, natomiast nie fachowa działalność służby zdrowia.

Po co się wtrącano? Kiedyś wiadomo, mówiono o czystości linii, o walce z wrogiem, wszyscy się dziś z tego śmiejemy. Natomiast jak się wtrącano? Instytucjonalnie. Powstały instytucje wtrącania się polityków do spraw łóżka chorego. Te instytucje to są podstawowe organizacje partyjne w zakładach służby zdrowia, system nomenklatury, rekomendacji partyjnej i zinstytucjonalizowany, zbiurokratyzowany który obowiązuje.

Nie chcemy oczywiście burzyć systemu politycznego w kraju. Proszę nie rozumieć mnie, że występuję przeciwko partii, czy przeciwko systemowi politycznemu. Jestem przeciwnikiem wszelkich rewolucji, wszystkich tych nagłych zmian, nie chcę burzyć w tej chwili tego dziś jeszcze istniejącego systemu jednopartyjnego w Polsce, ponieważ zburzenie go z dnia na dzień byłoby dla nas wszystkich chyba katastrofą. To musi przejść ewolucyjnie, jak powiedział Adam Michnik o modelu hiszpańskim, który od frankizmu do demokracji przeszedł płynnie. Ten proces musi nastąpić w Polsce powoli.

Natomiast obecność polityków przy łóżku chorego w formie instytucji, jest rzeczą, która nas kompromituje w światowej opinii publicznej. Tego nie wolno. Dlatego postulujemy, zrobić wyjątek dla służby zdrowia i wnieść do komisji politycznej naszą propozycję, aby na terenie placówek służby zdrowia zakazać instytucjonalnych działań politycznych takich, jak POP, rekomendacje i nomenklatura.

er

23/2

Wyłącznie w służbie zdrowia. Jeśli lekarz, czy inny pracownik służby zdrowia pragnie działać politycznie, to my to gorąco popieramy i proponujemy mu działania w miejscach do tego przeznaczonych, a nie przy łóżku chorego.

Myślę, że jeżeli tego nie zrobimy, to wszystkie nasze rozmowy będą jałowe, będziemy mówili o skutkach a nie o przyczynie. Ja proponuję, żeby usunąć przyczynę katastrofy służby zdrowia - totalitaryzm, tzn. ingerencja czynnika politycznego w sprawy fachowe i to w drodze przymusu. Naprawdę musimy od tego odejść. Jeśli nie posiemy sobie tu prawdy dziś, to będziemy się bawić następne 10 lat i niczego nie zrobimy. Dlatego sprawę tę stawiamy dość kategorycznie. Uważam, że polityk niech robi politykę, a lekarz leczy. Dlatego wniosek - wnieść tą sprawę pod komisję polityczną, ażeby wyjątkowo w służbie zdrowia znieść nomenklaturę, POP-y i rekomendacje. Dziękuję.

Przewodniczący: Dziękuję bardzo. Czy ktoś w tym temacie chce zabrać głos? Pan Wojtczak.

Minister Andrzej Wojtczak: Ja myślę, że pryncypa państwa, my ciągle odbiegamy od zagadnień zdrowia. Założyliśmy sobie cel bardzo jasny. I po to jest komisja, podzespół ds. zdrowia. I cały czas odbiegamy od zagadnieniami nad którymi moglibyśmy podyskutować dłużej, dlatego że obawiam się, że pewne diagnozy są uproszczone. I dlatego, jeżeli się państwo zgodzą, ja bardzo bym apelował do wszystkich o podejście naprawdę konstruktywne do tematów które wzięliśmy w tej chwili jako tematy i dla grup roboczych i dla naszego posiedzenia plenarnego i nie cały czas

er

23/3

odchodzili od naprawę zagadnień, które ten nasz zespół, zespół ds. zdrowia, zespół profesjonalistów powinien interesować.

Pracuje w tym budynku wiele zespołów. Zajmują się tymi sprawami. I dlatego proponowałbym, żeby - oczywiście każdy jest wolny, żeby wypowiedzieć swoje kwestie, ale żebyśmy tej kwestii dalej już nie dyskutowali. Tylko postarali się tej chwili zakończyć tą sprawę tych merytorycznych zespołów, które mnie się wydaje, będą miały kolosalne znaczenie nie tylko dla dalszej naszej pracy, ale do tego, żeby dojść do bardzo konstruktywnych jakichś wniosków. Dziękuję.

Przewodniczący: Ja chciałbym przypomnieć jeszcze, że czasu naprawę będzie niedużo, jeżeli będziemy mieli dwa tematy tylko załatwić, tzn. ds. pracowniczych i samorządności, biorąc pod uwagę spojrzenie na rozwiązanie rzeczywiście systemu płac, który byłby akceptowany przez środowisko i dawał satysfakcję, plus rozwiązanie sprawy uspołecznionej służby zdrowia, w tym programu dziecka, to czasu do przygotowania jest niezbyt dużo. Są to tematy merytoryczne, wiedzące. Kwestia reformy, to o czym mówiliśmy, informacje przygotowane na następne spotkanie i z tego wynikające następne podzespoły, które by rozpracowały spojrzenie na całości i przyjęcie jakiegoś stanowiska w tym zakresie.

Pan Edelman jeszcze.

Ob. Marek Edelman: Bardzo się cieszę, panie ministrze, że mamy takie ważne sprawy do rozwiązania i w tych dwóch, czy trzech komisjach będą się decydowały losy powiedzmy kierunki naszego rozwoju służby zdrowia. I musimy je zrobić jak najlepiej, według naszej najlepszej wiedzy.

I myślę, że dużych różnic zdań w tym nie będzie. Jesteśmy zdaje się w większości punktów zgodni, co jest bardzo dobre.

Ale, pan minister był uprzejmy powiedzieć, że sprawy polityczne nie mają wpływu na służbę zdrowia. Chciałem zwrócić uwagę, że sprawy polityczne nie tylko nie mają, ale jak dotychczas decydują o tym, i w sprawach budżetu, i w sprawach struktury i w sprawach organizacji, i w sprawach kadrowych i w sprawach kształcenia - to są wszystko sprawy polityczne. I proszę nie robić z nas dzieci, które niczego nie rozumieją, że ktoś inny za nas coś załatwia.

Jest to sprawa zasadnicza, żeby te wszystkie rzeczy mogły być załatwione, musi być zmiana polityki i polityków i partii politycznych, grupy rządzącej do służby zdrowia.

Ja nie mówię, żeby tu dziś podjąć uchwałę, jutro wyrzucamy POP-y ze szpitala. Ja tego nie mówię. Mówię, że te rzeczy przeszkadzają rozwojowi służby zdrowia. Przeszkadzają od początku reorganizacji. I to, że pan dr. Indulski jest uprzejmy powiedzieć, że od 10 lat mówi to samo, co my mówimy, a widzimy co jest, to jest wina polityki. Jeżeli pracownicy służby zdrowia, legalnie i nielegalnie, z jednej i z drugiej strony są tego samego zdania i to nie jest robione, to kto jest winien, duch święty? Nie. Winni są ci, którzy rządzą. A rządzi kto? Rządzi partia. I partia przeszkadza, przeszkadza leczyć chorego. To ja panu mówię, ja jestem lekarzem 40 lat i nie raz byłem świadkiem, jak świetnych lekarzy wyrzucano dlatego, że wypowiedział się na tak ~~in~~ⁱⁿne zagadnienie odmiennie. I to są sprawy, które muszą być załat-

wione. I myślę, ja nie mówię, żeby to tutaj uchwalić którego dnia, ale ta sprawa musi tu stać. I musi być powiedziane, że to jest jedną z przyczyn polityki i finansowania i stosunków do chorego i wszystkiego innego. To musi być tu powiedziane. I proszę nie mówić, że załatwimy reformę bez zmiany polityki, bo nie załatwimy. I to pan minister wie świetnie. I proszę z nas nie robić naiwnych dzieci.

Uważam, że ta sprawa musi zostać postawiona, w ten czy w inny sposób. Może nie tutaj, może wniesiona na ten stół ogólny. Czy to ma być wyjątek dla służby zdrowia. Nie uważam, że to będzie dobre, bo to będzie za mało, bo te struktury są skostniałe, one działają swoim aparatem, to się nie da tak zrobić. Musi to być ogólne. Ale my musimy to popierać. Szczególnie my. To jest wszystko. I proszę od tych spraw nie uciekać, bo nic innego nie zrobimy dobrego, jeżeli tego nie załatwimy, jeżeli nie będziemy mieli w tym względzie stanowiska. Dziękuję.

Przewodniczący: Jeżeli można, to może taka propozycja, że ponieważ jest to temat innego zespołu, może z grupy służby zdrowia. Część osób postawiłaby ten wniosek na zespoleniu ds. politycznych.

Ob. ~~Marcel Edelman~~: Chciałbym, żeby to wszyscy postawili..... /nie słychać/

Ob. Marek Edelman: Ily na pewno to postawimy, bo my to stawiamy, ale chcemy, żeby to wszyscy postawili.

Dr. Adam Czarnecki: My przecież spotykamy się z naszymi kolegami z innych zespołów. Po prostu trzeba przekazać, że tu padła taka opinia. Jak będziemy się wszyscy zajmo-

wać wszystkim, to rzeczywiście nie załatwimy problemów ważnych. Ja nie twierdzę, że polityka nie ma wpływu. Oczywiście polityka ma duży wpływ na wszystko co się dzieje w kraju, nie tylko w służbie zdrowia. Akurat tu może nie tak ważną sprawą, jak te organizacje są nieliczne, małe. I myślę, że tak jak byśmy podeszli do sprawy, to trzeba by najpierw zacząć od dużych fabrycznych komitetów, bo one mają dużo większy wpływ niż organizacje w naszej służbie zdrowia.

Ja myślę, że rzeczywiście żeby nie rozpraszać się na takich zagadnieniach, bo to tych macek w bok może być mnóstwo. Jednak bym proponował, żeby przekazać naszym kolegom z zespołów politycznych, że tu taka kwestia padła, żeby wzięli to pod uwagę. I to, myślę, wystarczy. Po jak będziemy się tym zajmować, to właściwie możemy cały czas o tym rozmawiać tylko.

Przewodniczący: Proszę bardzo.

Ob. Jerzy Umiastowski: Consensus brzmiałby w ten sposób, że nasz podzespół uważa, że instytucjonalne działania polityczne w sferze fachowej służby zdrowia w formie ingerencji podstawowych organizacji partyjnych, nomenklatury i rekomendacji, są szkodliwe dla funkcjonowania służby zdrowia i prosimy to rozpatrzyć przez ~~zespół~~ zespół polityczny.

2 Przewodniczący: Jak się wszyscy zgodzą, to możemy przyjąć taki consensus.

Przewodniczący: Prof. Indulski.

Prof. Janusz Indulski: Ja myślę, że nas różni temperament w przedstawianiu tych spraw, ale również i pewne podejście. Bo ta sama sprawa pewno inaczej brzmi, przecież

tu są jednak różne strony zainteresowane tym, co mówimy. Nikt nie kwestionuje i pewno wszyscy razem jesteśmy zgodni - i to jest ten consensus - że służba zdrowia, czy działalność medyczna powinna być uwolniona od bezpośredniego wpływu czy ingerencji czynnika politycznego. I to jest jedna sprawa.

A zupełnie jest to inna sprawa ingerencji organizacyjnej w istniejące życie polityczne. Na Boga, w ten sposób się wytwarza zupełnie inna platforma tej rozmowy. Myśmy nie przyszli zmieniać ustroju w naszym kraju, tylko przyszliśmy załatwić sprawy zdrowotne, sprawy funkcjonowania tego systemu. I co do pierwszego, to myślę, że nie ma takiego który by się pod tym nie podpisał. Natomiast na pewno trudno jest członkom partii

zgadzamy się wszyscy z tym, że trzeba odpolitycznić służbę zdrowia, to proszę bardzo dwa zdania w tej sprawie i oddamy to na stolik polityczny.

(głos z sali: ... wnioskodawca pan doktor myślę, że...)

Ob. Marek Edelman : Ja mogę, proszę bardzo, masz napisane to...

Ob. Wojciech Guglas : Za chwileczkę... ^J eżeli można, bo w tej chwili jest narazie propozycja przedstawienia pisemnego wniosku tutaj ze strony państwa. Natomiast prosiła o zabranie głosu pani Ewa Wolak.

Ob. Ewa Wolak : Jestem lekarzem reprezentuję "Solidarność".

Chciałam poruszyć kilka zagadnień związanych z opieką zdrowotną nad pracownikiem czyli z przemysłową służbą zdrowia. Do czego czujemy się powołani jako związkowcy.

W samym założeniu lekarz przemysłowy ma chronić zdrowie grupy ludzi, wytwarzających dochód narodowy. Ma być rzecznikiem zdrowia pracowników wobec kierownictwa zakładu. Aby się z tego wywiązać jego pozycja musi być mocna. Przede wszystkim musi być służbowo i finansowo niezależny od dyrekcji, a tym samym nie podatny na naciski z jej strony.

W praktyce wygląda to inaczej. Pensje lekarzy zakładowych są pokrywane co prawda z budżetu służby zdrowia lecz dyrekcje zakładów pracy mogą im przyznawać lub nie przyznawać dodatki uznaniowe różnej wysokości zależnie od własnego uznania. Łatwo się domyśleć, że pozostawia to dużą możliwość manipulacji. Również zakładowe pracownie badań środowiskowych są finansowo zainteresowane aby sobie dobrze ułożyć stosunki z dyrekcją.

24/2

Podstawowa praca lekarza zakładowego, badania profilaktyczne nie spełniają swojego zadania. Składa się na to wiele przyczyn, z których tylko część zależy od rzetelności lekarza. Nawet najuczciwszy lekarz przegrywa w sporze z dyrekcją np. w walce o wyłączenie stanowiska pracy z powodu istniejących zagrożeń jeżeli dyrekcji zależy na utrzymaniu tego stanowiska. W sporze przeważają zazwyczaj doraźne względy ekonomiczne.

Następnie rozpoznanie choroby zawodowej niezależy jedynie od lekarza przemysłowego. Musi zaistnieć jednocześnie przekroczenie norm czynników szkodliwych w środowisku pracy potwierdzone przez dział higieny pracy właściwego wojewódzkiego Sanepidu. Tymczasem tylko niewielki odsetek stanowisk pracy spośród zagrożonych bada się systematycznie pod kątem istniejących szkodliwości, bo ok. 10 proc. C_o więcej nie wszystkie województwa zatrudniają inspektorów higieny pracy, więc badania stanowisk pracy wykonuje się praktycznie raz na kilka lat, albo w nie wykonuje się ich wcale. Należy również zweryfikować obowiązujące normy, sposób pomiaru i obliczeń. Gdyż może się okazać, że zagrożenie zdrowia istnieje także na stanowiskach pracy uznawanych za bezpieczne.

Jeżeli dodać wspomnianą zależność finansową lekarzy i laboratoriów środowiskowych, jak również inspektorów bhp od dyrekcji zakładów staje się zrozumiałe dlaczego przy tak rozbudownych mechanizmach kontrolnych zwalczanie zagrożeń jest prowadzone pozornie. Najgorsza pod tym względem jest sytuacja w małych i średnich zakładach pracy.

Niezwykle ważną rolę w kontroli zagrożeń i ochronie zdrowia pracowników może odgrywać uatentyczny niezależny związek zawodowy, jakim jest "Solidarność". Choćby poprzez społecznych inspektorów pracy będących na etacie związku. Mają oni dość duże kom-

24/3

petencje, mogą np. zamykać stanowisko pracy z powodu istniejącego zagrożenia zdrowia lub życia.

I jeszcze jedna sprawa. W związku z masowym powstawaniem małych, lecz bogatych firm polonijnych, prywatnych itd przy utrzymaniu obecnego modelu organizacyjnego istnieje realne niebezpieczeństwo wzrostu zagrożenia zdrowia pracowników i środowiska ekologicznego. Zależność finansowa personelu medycznego i służb kontrolnych od dyrekcji tych firm może spowodować skłonność do przykrywania oczu na istniejące zagrożenia zdrowia pracowników i środowiska naturalnego.

Reasumując celowe wydaje się utrzymanie funkcji lekarza zakładowego w przemyśle niezależnego, dobrze opłaconego lecz w taki sposób by dyrekcja zakładu pracy nie miała wpływu na wysokość wynagrodzeń. Lekarz musi ściśle współpracować z zakładową pracownią badań środowiskowych, której fachowy personel byłby równie służbowo i finansowo niezależny od dyrekcji.

Główny nacisk winien być położony na badania profilaktyczne oraz obiektywne badania stanowisk pracy dla wykrycia zaistniałych zagrożeń. Ośrodek międzyzakładowy powinien służyć jako centrum pełnej i szybkiej diagnostyki chorób zawodowych.

Lekarze przemysłowi i laboratoria środowiskowych powinny być związane ze służbą ekologiczną swojego regionu np. inspektorami ochrony środowiska służąc m.in. jako system wczesnego ostrzegania o zaistniałym zagrożeniu ekologicznym.

Świadczenia przemysłu na rzecz zdrowia pracowników to przede wszystkim nie dopuszczenie do przekroczeń bezpiecznych norm w środowisku pracy i szybkie eliminowanie istniejących bez względu na koszty zamykania stanowiska pracy włącznie. Dalej ocz

wiecie wszystkie inwestycje budowania przychodni, laboratoriów, centrów diagnostycznych, ośrodków rehabilitacyjnych i wyposażanie ich w nowoczesny sprzęt. To więcej przemysł musi partycypować w tworzeniu budżetu służby zdrowia terenowego czy centralnego.

Na koniec musimy jeszcze raz z całą jasnością i precyzją określić nasze stanowisko w sprawie niezależności zakładowej służby zdrowia od dyirekcji zakładów pracy. Nie wolno nam absolutnie produkować żadnych projektów, deklaracji i stwierdzeń, które by pozwalały na jakąkolwiek dowolność interpretacji.

Dziękuję.

Ob. Wojciech Guglas: Dziękuję bardzo. Proszę bardzo.

Ob. Antoni Trylski: Ja po raz kolejny, to znaczy po raz drugi, jak się ciężko chłopu dorwać do głosu. W związku z tym, że po raz kolejny rękę podnoszę, także że to jest przykład żebyśmy wiedzieli, jak chłop żeś jeste, jak żeś się chłopie urodził pod ławą, to już na ławę nie wyjdiesz za nic. Ale to jest poza marginesem. W związku z tym ja chciałem się zapytać pana ministra, bo pan minister podał kilka zespołów, Ja wnioskowałem ażeby powstał zespół ds. wsi, który będzie się zajmował tą problematyką. Czy mam rozumieć, że te zespoły będą jeszcze w dalszej kolejności kiedyś powoływane czy już na tym koniec, stop i kropka? Takie pytanie mam.

Dziękuję.

min. Andrzej Wojtczak: Odpowiadając na pana pytanie, nie. Ja nie myślę, że lista jest zamknięta. Tylko bałbym się od razu powoływać proponować bardzo dużą ilość zespołów żeby nie rozdrobnić zagadnień, tylko wziąć w tej chwili na warsztat zaga-

dnienia bardzo węzłowe, które tak samo będą dotyczyły wsi, dlatego, że jeżeli my mamy zespół do spraw reformy i społecznienia, one będą tak samo dotyczyły wsi.

Ob. Antoni Trylski: W tym wypadku, ja rozumiem jak najbardziej o to mi chodziło żebym ja się tej informacji dowiedział bo ostatecznie zespół do spraw reformy może polegać jeszcze, jeszcze na czymś innym, a ja prosty chłop ze wsi, który bronić chce interesów i ten żeby robotnik i rolnik był na wsi zdrowy w związku z tym takie zadałem pytanie. Myślę, że pan profesor również i Latański poprze ten wniosek, który m.in. z Instytutu z Lublina na ten temat mówił.

Także dziękuję serdecznie za informacje.

Ob. Wojciech Guglas: Dziękuję bardzo. Czy jest już gotowy wniosek, co prawda do dwóch pierwszych zespołów mamy już jasność i jeżeli można prosić o kandydatury osób pracujących, które będą pracować w zespole ds. pracowniczych i samorządności.

er

25/1

Czyli można prosić o kandydatury osób pracujących, które będą pracować w zespole ds. pracowniczych i samorządności.

Doc. Zofia Kuratowska: Do grupy roboczej spraw pracowniczych i samorządności... samorządów z naszej strony proponujemy panią magister Annę Grzymiśkowską, ur. Władysław Sidorowicz, prof. Chłapa jeśli chodzi o samorząd zawodowy. Zresztą właściwie to już mamy opracowane pewne stanowiska. I dr. Wojciech Neuman.

Do zespołu systemu reformy, czy jak to tam nazwać, systemu opieki zdrowotnej i opieki społecznej - ja bym to tak nazwała - i tutaj dr. Staręga-Piasek. Myślę, że ważne są tu sprawy pielęgniarские, więc pani Anna Grzymiśka, pani prof. Maria Chmielowa, pan doc. Zbigniew Woźniak. I mamy dwóch ekspertów, panią magister Majewską, pana doc. Sobiecha - ekonomistów.

Przewodniczący: Ale można prosić także o pisemne przekazanie, jeżeli moglibyśmy prosić.

Panie ministrze, czy teraz do zespołów...

Minister A. Wojtczak: Do zespołu pierwszego - prac samorządu, prof. Żochowski, dr. Czarnecki, mgr Pietras.

Do drugiego zespołu - reformy, dr. Cybulko, prof. Induński, dr. Opolski.

Przewodniczący: Do spraw samorządu to zgłosimy z naszej strony kol. Łożniewskiego, kol. Milewską, kol. Wokszanina, a do kwestii reformy kol. Kaletnińska, kol. Wdowiak i dr. Matuszewski... Matuszkiewicz.

Do pierwszego zespołu z naszej strony wchodzi kol. Milewska, kol. Wokszczanin, kol. Salicka /?/ i jeżeli państwo pozwolą, do pierwszego zespołu także ja wejdę,

ponieważ są to bardzo ważne sprawy. I dr. Żołnowski.

Minister. A. Wojtczak: Panie przewodniczący, zespół reformy, ponieważ on będzie bardzo duży obszar polityki, tak samo zagadnień ekonomicznych, zgłaszamy trzy nazwiska ekonomistów: Wysocki, Smoleń, Chechliński.

Przewodniczący: Zespół ds. reformy ze strony państwa, jeżeli można prosić.

Doc. Kuratowska: Dr. Starega-Fiasek, prof. Maria Chmielowa, pani Anna Grajcarek, dr. Zbigniew Woźniak i ekonomiści doc. Sobiech i dr. Majewska.

Ob. Maciej Latański: Ja tutaj mam propozycję. Ponieważ są przedstawiciele naszej wsi, którzy tutaj bardzo aktywnie zabierali głos i wiele cennych uwag zgłosili, ja uważam, panie przewodniczący, że jeżeli koledzy lub koleżanka i koledzy zgłoszą akces pracy w jednym z zespołów, byłoby to ze wszech miar wskazane. Albowiem jeżeli ten problem wygląda tak dramatycznie, jak tutaj państwo przedstawiali, a my również potwierdzamy tę dramaturgię, to prosimy również ... zapraszamy również państwa do pracy w jednym lub w dwóch zespołach.

Przewodniczący: Jaka odpowiedź jest państwa? Momencik, zaraz państwo uzgodnią.

Proszę państwa, ja sądzę, że my pozostawimy także stronom możliwość zapraszania ekspertów i możliwość konstrukcji zespołu, gdyż to w trakcie przyjdzie. Chodzi o dobre przygotowanie materiałów a nie o przyjęcie w tej chwili stanu. My propozycje zgłosiliśmy, sądzę, że każda ze stron ma prawo jeszcze złożyć uzupełnienia do tych propozycji, bo może być przypadek losowy, ktoś zachoruje, czy jakieś

sprawy związane z pracą uniemożliwią pracę w tym zespole. W związku z tym traktujemy te zespoły jako propozycje. Natomiast ważne jest załatwienie problemów i przygotowanie stanowisk na najbliższe spotkanie wspólne zespołów.

Ob. Mirosław Cybulko: Czy można prosić o odczytanie zespołów...

Przewodniczący: Panie profesorze, tu jest... ja proszę o właśnie przekazanie nazwisk, ponieważ grupa robocza ds. pracowniczych i samorządu, mgr Łymisławska, dr. Władysław Sidorowicz, prof. Chłap, dr. Wojciech Neuman. Sądzę, że ten zespół, w którym będziemy pracować ~~ds.~~ ds. pracowniczych i samorządowych. Jest to zespół, który powinien jak najszybciej przygotowywać stanowiska ze względu na toczące się chociażby prace w Sejmie i przygotowanie ustaw które mają wejść pod obrady Sejmu.

Czy ktoś z państwa jeszcze pragnie... czy stanowisko? Proszę bardzo.

Ob. Władysław Sidorowicz: Krajowa Komisja Koordynacyjna "Solidarności" Służby zdrowia.

Chciałem zauważyć, że ta zdumiewająca zbieżność poglądów na wiele kwestii trapiących służbę zdrowia nakłada na nas tym większy obowiązek szukania warunków do pokojowego, do znalezienia jakiejś bazy politycznej pokojowej, która umożliwiłaby utrzymanie w tym okresie negocjacyjnym pokoju.

I dlatego chciałem tu podnieść jedną taką przykrą sprawę, sprawę zawłaszczania nazwy "Solidarność" przez ognia klasowych związków zawodowych. Tak się np. dzieje w Wojewódzkiej Stacji Sanepid, a więc w służbie zdrowia. I stąd mój apel i prośba do przedstawicieli obecnych tu

klasowych związków zawodowych, żeby jednak nie podkreślać tutaj napięcia społecznego. Rtosy klasowych związków zawodowych i "Solidarności" są całkowicie różne. W jakiś sposób zapłaciliśmy za istnienie tego związku w służbie zdrowia swoimi karierami, losami.

I wobec powyższego myślę, że jeśli mamy wierzyć w uczciwość stron, które tutaj negocjują, tego typu wypadki nie powinny mieć miejsca. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący: Ja bym prosił o sprecyzowanie, bo rozumiem, że "Solidarność" to także klasowe związki zawodowe, bo to są związki broniące pracowników, więc pracownicy są klasowym systemem. I w związku z tym nie rozumiem różnicy między klasowymi związkami zawodowymi a "Solidarnością" bo wtedy, jeżeli istnieje zasadnicza różnica, to prawda... Bo tutaj w takim tonie to zostało zgłoszone.

Natomiast chciałbym powiedzieć, że w wielu związkach zawodowych, w których sto procent ludzi było w "Solidarności" przeszli i utworzyli ruch zawodowy. Tak dzieje się nie tylko w służbie zdrowia, ale także dzieje się tak np. w Techma Ostrzeszów, który przybrał nazwę "Solidarność" bardzo dawno temu i pracuje. Jeżeli jest wola tych pracowników przyjęcie nazwy, biorąc pod uwagę ustawę o związkach zawodowych, która panu doktorowi jest doskonale znana, mają do tego pełne prawo, ponieważ są przedstawicielstwem załogi i sądzę, że nie jest to problem tutaj dyskusji przy "okrągłym stole".

Ob. Władysław Sidorowicz: Proszę państwa, to jest mocno powiedziane, że między tzw. klasowymi związkami

/Głosy z sali: nie słychać/

Przepraszam bardzo. Drodzy państwo, polityka to jest coś takiego co jednak istnieje. I to nie jest mój pomysł nazywanie tego ruchu ruchem klasowym, bo nazywał go choćby pierwszy sekretarz Jaruzelski. Wobec powyższego mam wrażenie, że w jakiś sposób państwo troszeczkę jesteście, że tak powiem, przypisani do określonej struktury politycznej i nie ma powodu zresztą się tego wstydić.

Jeśli ma być jakiś pluralizm ideowy, to nie o to idzie, żeby w tej chwili zamydlać istniejące różnice. "Solidarność" ma inny etos, etos consensusu, etos funkcjonalnego ładu społecznego a nie walki klasowej, etos dobra wspólnego. A więc troszeczkę, jak powiedziałem, rodowód tego, tych dwóch nurtów związkowych jest inny i serdecznie państwu życzymy jakiejś dobrej pracy w tym nurcie. Natomiast bardzo źle widzimy tutaj zawłaszczanie czegoś, co z pewnością nie jest państwa etosem.

Przewodniczący: Sądzę, że jest to temat na posiedzenie tego zespołu. Pani docent się zgodzi, pewne sprawy się dzieją z jednej i drugiej strony. To już od dawna wiele nieprawidłowości się działo. Sądzę, że to ~~przekazywanie~~ wyjaśnienia sobie wyjaśnimy podczas posiedzenia zespołu.

Proszę bardzo.

Ob. Antoni Trylski: Panie przewodniczący, chciałem zgłosić do zespołu reform i organizacji panią Alinę Honszkę. To jest trudne nazwisko, ale za to dobry ekspert. Dziękuję serdecznie.

Przewodniczący: Dziękuję.

dziękuję bardzo. Pan minister prosi o głos:

min. Andrzej Wojtczak: Panie przewodniczący czy byłby pan uprzejmy w tej chwili zorientować nas w sytuacji powiedzmy tych zespołów ja rozumiem, że te zespoły się spotkają zaraz po posiedzeniu i ustalą sobie program prac i jak przedstawiają się te tematy na następne nasze posiedzenie.

Ob. Wojciech Guglas: Jeżeli można dwa podstawowe tematy jako wiodące. Pierwszy zespół ds. pracowniczych i samorządności Powtarzałem przed sekundą panu prof. Żochowskiemu ze strony kolegów kto wchodzi w skład zespołu. Z naszej strony przekazywaliśmy, że w skład tego zespołu wejdzie koleżanka Milewska, kol. Bokszczanin z OPZZ, koleżanka Waliszka i kol. Żołnowski plus także jeden by uczestniczył w pracach tego zespołu.

Drugi zespół to jest ds. reformy systemu w służbie zdrowia i w skład tego zespołu teraz jeżeli można ds. pracowniczych i samorządu, ds. reformy dr Starenga-Piasek, Anna Grajcarek, prof. Maria Chmiel i dr Zbigniew Woźniak, eksperci doc. Sobiech i dr Majewska.

Z naszej strony kol. Wdowiak, kol. Kwietniewska, i pan dr Matuszkiewicz. Z tym, że tak jak mówiliśmy strony zastrzegły sobie prawo powoływania ekspertów, bo my też nie wszystkich ekspertów, bo my też nie wszystkich ekspertów zresztą to zastrzeżliśmy, że nie wszystkich ekspertów w tej chwili umieściliśmy na liście, także będziemy dopraszać, ponieważ są to tematy bardzo trudne, w których prawda niesposób było zaprosić wszystkich.

Czy tak przyjęte stanowisko następnego spotkania, tzn. jako wiodące przy czym było także zobowiązanie ze strony ministerstwa zdrowia, że zostaną przedstawione tematy, które będą tematem posiedzenia jako źródła finansowania służby zdrowia,

26/2

ich wysokość oraz problemy związane z opieką nad noworodkiem i niemowlęciem także zostaną włączone pod obrady 28. To są te wiodące tematy, to znaczy jest ich tak mało, nie ma zbyt dużo czasu, czy jeszcze coś wnosimy.

Ob. Zofia Kuratowska: Pierwsza rzecz jest ta, niemożna powiedzieć, że już te komisje przedstawia gotowe. Powiecie to co tam, stopień zaawansowania, kierunki które żeście wyznaczyli, bo szczególnie w tym systemie reformy to jest niemożliwe. Bo pewne sprawy pracownicze i samorządu to tu stanowisko można na pewno mieć gotowe i jest tu ważne, bo to jest bardzo pilne chyba z punktu widzenia. A te inne nie. Inne tematy to te, które pan minister nam tutaj rzucił, będziemy je dyskutować, czyli leki.

Ob. Wojciech Guglas : To może ja jeszcze coś... Ja myślę że myśmy uzgodnili, że na przyszłe posiedzenie byśmy wzięli sprawy leków i zaopatrzenia medycznego jako informacje i dyskusje i źródła finansowania, jako informacje. I trzeci temat noworodek - niemowlę.

Czyli rozumiem, że kształcenie kadr, planowanie schodzi z przyszłego posiedzenia. Bo też było sygnalizowane przez pana ministra.

min. Andrzej Wojtczak: Ale problem zostaje...

Ob. Wojciech Guglas: Zostaje, natomiast nie jest tematem przyszłego posiedzenia i opieka społeczna, która była wnoszona też, będziemy...

Ob. Zofia Kuratowska: Czy można wobec tego przeczytać ten postulacik, który był przedtem na temat politycznych spraw. Po prostu byśmy tę sprawę załatwili.

Ob. Wojciech Guglas: Proszę bardzo.

26/3

Ob. Zofia Kuratowska: Podzespół ds. zdrowia uważa, że medycyna powinna być odpolityczniona. W tym celu należy zlikwidować nomenklaturę, rekomendacje i opinie partyjne w sprawach personalnych służbie zdrowia oraz uniemożliwić wszelki udział czynnika politycznego w decyzjach fachowych.

min. Andrzej Wojtczak: Panie przewodniczący ja bym proponował ponieważ wiele spraw merytorycznych wydaje mi się dzisiaj zapoczątkowaliśmy. Bo to jest początek dyskusji, wyłonił się tylko problem. Ja proponowałbym żebyśmy nie dyskutowali tej sprawy dzisiaj. Ewentualnie, ja rozumiem, że strona sformułowała swoje stanowisko, może żeby przekazała panu i żebyśmy nie dyskutowali tej sprawy dzisiaj.

Ob. Zofia Kuratowska: Dobrze. Wobec tego jako nasze stanowisko, podzespół do spraw zdrowia tzw. "Solidarności". Po prostu bo my to naturalnie skierujemy do zespołu politycznego.

Ob. Marek Edelman: Ale chcielibyśmy żeby to było wspólne stanowisko.

Ob. Zofia Kuratowska: Wspólne, zależy nam na consensusie.

min. Andrzej Wojtczak: Ja muszę powiedzieć...

Ob. Marek Edelman: Panie ministrze chcemy żeby było dobrze

min. Andrzej Wojtczak: Ja też chcę żeby było dobrze i mnie się wydaje, że tą troskę wyrażam wszędzie i chyba mam nadzieję, że my wszyscy chcemy żeby było dobrze tylko bardzo byłbym wdzięczny, zobowiązany powiedzieć żebyśmy naprawdę zajęli się tymi merytorycznymi zagadnieniami, które są nam przypisane jako zespołowi zdrowia. Ja rozumiem, że wszystkie problemy są bardzo ważne i to co pan dr Edelman powiedział, że medycyna jest w jakimś sensie polityką to ja się zgadzam. Przez wiele lat pra-

26/4

cowałem w zagadnieniach polityki zdrowotnej, ale rozdzielał jeszcze zagadnienie polityki zdrowotnej, praktyki medycznej i klinicznej i dlatego prosilibym żebyśmy się skoncentrowali na tych zagadnieniach. Przyjmujemy, ja rozumiem, że każda strona może mieć stanowisko jakieś, w stosunku do którego jest bardzo przekonana. I my nie jesteśmy w tej chwili chciałbym powiedzieć w pozycji żeby, prosilibym żeby zdjąć to z porządku obrad, tym bardziej, że w tym wypadku consensusu nie uzyskamy.

Ob. Marek Edelman: Spróbujemy to przełożyć na następne posiedzenie. ~~Jeżeli można zaproponować ponieważ będzie pracować~~

Ob. Marek Guglas: Jeżeli można coś zaproponować ponieważ będzie pracował zespół do spraw pracowniczych, gdzie wchodzi kwestia samorządności chociażby w propozycjach była kwestia nomenklatury kadrowej, która winna leżeć na przykład w kwestii samorządności. Także może przenieść to na podobrady tego zespołu propozycję, którą państwo zgłosili, że także weźmiemy w tym zespole pod obrady, a dzisiaj byśmy to znieśli z porządku obrad. Jeżeli można.

Ob. Zofia Kuratowska: Mogę mieć swoje zdanie. Moje zdanie jest takie, że nie powinniśmy tego zdejmować. Jeżeli państwo to sobie uzgodnią, będą uważali za słuszne, to państwo po prostu nas w dalszym terminie, poprą nasze dalsze stanowisko. Natomiast ja bym to... albo nie poprą, przecież nie musimy mieć w każdej sprawie jednakowego stanowiska. Nie przesądzajmy. I tak żeśmy dziś strasznie dużo uzgodnili, jak na pierwsze spotkanie.

Wobec czego uważam jest to sprawa polityczna i my uważamy tak, państwo mogą uważać inaczej wobec tego przedstawiamy po

prostu komisji politycznej, zespołowi reform politycznych nasze stanowisko, nasze, nie będziemy państwa dopisywać do tego na pewno. Napiszemy, że jest to naszej strony.

Ob. Marek Guglas: Natomiast pani docent ponieważ oczywiście wymaga zastanowienia w jakim stopniu, zdaniem państwa, zdaniem naszym wypowiedzenie się odnośnie nomenklatury, na ile to przeszkadzało, jakie powodowało skutki i to, bo tylko sam postulat bez poparcia merytorycznego to jest taki można powiedzieć polityczny.

Ob. Zofia Kuratowska: To wy przygotujecie po fakcie.

Ob. Marek Guglas: Natomiast, jak będzie miało uzasadnienie merytoryczne, to ja sądzę, że prof. Chłap się tutaj ze mną zgodzi, ponieważ wnosił wiele spraw, że to przedyskutujemy jeszcze w zespole. Natomiast na dzień dzisiejszy byśmy odstąpili.

min. Andrzej Wojtczak: Natomiast chciałbym panie przewodniczący zaproponować drugiej stronie inne sformułowanie. Przy podejmowaniu decyzji mających wpływ na działalność służby zdrowia nie powinny być brane pod uwagę, powinny być brane pod uwagę jedyne aspekty merytoryczne.

(głos z sali: też to samo sformułowanie tylko odwrotne)

Ob. Zofia Kuratowska: Niezupełnie to samo, to jest bardzo dobre sformułowanie, ale to nie jest to samo. Ja to doskonale rozumiem, że komitety partii właściwie nomenklatura to może oczywiście mniej, ale komitety partyjne chcą mieć tą opinię, mnie się wydaje, że jesteśmy na innym etapie.

min. Andrzej Wojtczak: Pani docent przedstawiamy do rozważenia tak samo na ręce przewodniczącego.

Ob. Marek Guglas: I proponujemy to przekazać na następne posiedzenie.

28/6

Ob. Marek Edelman: Bo w znaczeniu dla medycyny jedna i druga propozycja ma to samo znaczenie. Natomiast w treści politycznej jest różna. Jeżeli można to odkładamy tą kwestię, rozumiem, że jesteśmy zgodni.

Ob. Zofia Kuratowska: Zgodni nie jesteśmy.

Ob. Wojciech Guglas: Że przekładamy jesteśmy zgodni.

Ob. Zofia Kuratowska: Nie wszyscy są zgodni, ja uważam, że nie należy odkładać. Ale państwo są większością. tutaj w mojej grupie. Więc...

Ob. Janusz Indulski: Jeśli można jeszcze tylko jedno zdanie. Wydaje mi się, że ponieważ osiągnęliśmy bardzo wiele. Chyba dobrze by było żeby na zakończenie nie było takiej sytuacji, że jedna strona podejmuje coś a druga do tego się w jakimś momencie się nie ustosunkowuje. Wydaje mi się, że to co zaproponował pan przewodniczący i poparł pan docent żeby ten wniosek przełożyć, byłoby chyba takim najlepszym wyjściem z sytuacji, na dzień dzisiejszy, przemyślimy i może znajdziemy jakiś consensus żeby nie było to jednak...

Ob. Zofia Kuratowska: Ja nie postawiłam veta, bo nie uważam żebym miała takie prawo. Powiedziałam swoje zdanie po prostu, które może się różnić, ale możemy odłożyć oczywiście.

Ob. Marek Edelman: Ja tylko dla czystości dyskusji chciałem zwrócić uwagę na fakt, że przecież podejrzewam, że meritum sprawy leży w tym, żeby decyzje medyczne były apolityczne. Natomiast nie używanie pewnych określeń w formułowaniu. Jest więc ten ciężar zagadnienia w tym sformułowaniu jest użyty żeby decyzje wszystkie dotyczące opieki zdrowotnej i medycznej były podejmowane wyłącznie w aspekcie merytorycznym, kropka.

min. Andrzej Wójtczak: Np. poza decyzjami kadrowymi.

na przykład...

(głos z sali: nie, nie tego nie da się)

Ob. Marek Edelman : Jak się mówi taką rzecz, która ma bardzo złą tradycję, to w tej tradycji mieszczą się różne rzeczy, że np. partia nie kazała wstrzykiwać cjanku dożylnie. Ale kazała zmieniać ordynatora. I tutaj się zaczynają te rzeczy co tak, co nie. To jest decyzją polityczną, a co decyzją inną. To musi być powiedziane jasno i wyraźnie. Ale ja jestem za tym żeby państwo się zastanowili, żeby to rozpatrzyć na drugim pełnym posiedzeniu. Nie uzyskamy consensusu, to nie. A uzyskamy jeszcze lepiej. I wtedy to dajemy na stół polityczny.

Ob. Wojciech Guglas! Jest to jeszcze jeden z tematów, co do którego powinniśmy się ustosunkować podczas przyszłego spotkania czyli 28.

Natomiast sędzę, że podłoże merytoryczne, bo też jest trudno żebyśmy jako zespół wyrażali swoje opinie odnośnie nomenklatury i to nie oceniając definitywnie wpływu nomenklatury na funkcje w służbie zdrowia. Także, że jest kwestia przygotowania merytorycznej wykładni.

Dziękuję bardzo.

Czy ktoś z państwa jeszcze chciałby zabrać głos?

min. Andrzej Wojtczak: Musimy ustalić daty posiedzeń zespołów.

Ob. Wojciech Guglas: Zespoły same sobie ustalają, bo przecież nie wszyscy biorą udział w zespołach. Czy można zaproponować, że porozumiemy się. Trzech współprzewodniczących porozumie się i wyznaczmy daty spotkania, bo też i kwestia uzgodnienia możliwości przygotowania miejsca i przygotowania materiałów,

bo to jest także kwestia przygotowania materiałów.

Ob. Zofia Kuratowska: Spotkania plenarnego?

Ob. Wojciech Guglas: Nie, nie tylko tych grup, podzespołów. Czy można tak przyjąć. Tak. Dziękuję bardzo.

Czy panie ministrze pan jeszcze pragnie zabrać głos.

min. Andrzej Wojtczak: Może ja miałbym propozycję żeby te podzespoły zostały na chwileczkę na sali i ukonstytuowały się. Natomiast ja deklaruję miejsce w resorcie, są sale, gdzie zespoły mogą pracować. Prosiłbym żeby może podjęły prace, jak najenergiczniej, dlatego że faktycznie jest to tematyka bardzo obszerna. Ja nie wierzę, że mogą zespoły dopracować powiedzmy rozwiązania modelowe. Natomiast wszelkiego rodzaju sugestie, i powiedzmy uzgodnienia mogą być bardzo pomocne w realizacji reformy.

Ob. Wojciech Guglas: Dziękuję bardzo. Ponieważ tak się stało, że wbrew pewnym sugestiom mimo wszystko nasz ruch zawodowy, który zawsze prezentował w sposób jednoznaczny stanowiska został uznany za tą pełną stronę i także współprzewodniczy proponujemy, że ruch zawodowy z ruchem zawodowym powinien się dogadywać może mieć rozbieżności, także nasza siedziba jest także do dyspozycji w spotkaniu zespołów. Bo sądzę, że mamy bliską drogę do siebie w wielu problemach. Jeżeli można to czy pani docent jeszcze w tym temacie?

- Nie,

Ob. Zofia Kuratowska: Mnie się wydaje, że w ministerstwie. My jeszcze siedziby nie mamy.

Ob. Wojciech Guglas: Pani docent dziękuję bardzo, panie

27/3

ministrze dziękuję bardzo. Sądzę, że zgodnie z propozycją jeżeli jeszcze na chwilę podzespoły zostaną, ci przewodniczący się porozumią, nie wiem, jak to zrobimy. Na chwileczkę może pozosta-
ną wyznaczone osoby do podzespołów i uzgodnimy, w który dzień i na jaki sygnał się spotykamy.

Dziękuję bardzo.


Inw. 46028