

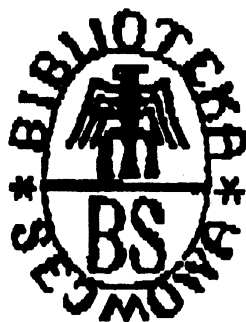
OKRĄGŁY STÓŁ

PODZESPÓŁ DO SPRAW ZDROWIA

STENOGRAM

z drugiego posiedzenia Podzespołu do Spraw Zdrowia

w dniu 28 lutego 1989 r.



WARSZAWA 1990

Stenogram sporządziła : Rada Krajowa PRON



Im. 46029

S T E N O G R A M

=====

z posiedzenia podzespołu do spraw zdrowia
z dnia 28.II.1989 r.

/Pbradom przewodniczy dr Zofia Kuratowska/

Przewodnicząca: Witam wszystkich państwa na kolejnym, drugim spotkaniu podzespołu do spraw zdrowia. W Dzisiejszego posiedzenia - pierwszą część posiedzenia jak uzgodniliśmy z panem prof. Wojtczakiem ja mam zaszczyt przewodniczyć tej pierwszej części.

Proszę Państwa! Ja na wstępie żeby nie było żadnych nieporozumień dotyczących przewodnictwa w zespole, ja chciałabym odczytać oświadczenie strony solidarnościowo-opozycyjnej podzespołu do spraw zdrowia. Zgodnie z ustaleniami podjętymi przez organizatorów obrad Okrągłego stołu co do stron uczestniczących w obradach i ich przewodniczących, oświadczamy, iż w obradach podzespołu do spraw zdrowia jak we wszystkich innych zespołach z wyjątkiem zespołu do spraw związków zawodowych rozmowy prowadzi strona partyjno-rządowa ze stroną solidarnościowo-opozycyjną pod przewodnictwem dwóch współprzewodniczących.

W rozmowach Okrągłego stołu nie ma trzeciej strony. A zatem uczestnicy obrad reprezentujący organizacje zrzeszone w OPZZ należą do strony rządowo-partyjnej. Stanowisko to zostało potwierdzone w rozmowach między panem sekretarzem Cioskiem a panem Mateuszem Mazowieckim w ubiegłym tygodniu. W związku z tym przyjmujemy, iż pbradom podzespołu do spraw zdrowia współprzewodniczą prof.

Andrzej Wojtczak i dr Zofia Kuratowska.

Żadna inna procedura prowadzenia rozmów nie może wchodzić w grę.

Pismo tej treści przekazałam współprzewodniczącemu panu prof. Wojtczakowi.

Sprawa nie wymaga komentarzy, dlatego, że jest to ustalenie dokonane na szczepku organizatorów Okrągłego stołu.

Czy w tej sprawie pan profesor?

Prof. Andrzej Wojtczak: Tak, bo ja w tej chwili to oświadczenie otrzymałem, przeczytałem. Ja myślę, że chciałbym w ten sposób ująć sprawę, przede wszystkim sprawą dla nas nadrzędną to jest rozwiązanie spraw związanych ze zdrowiem i społeczeństwa i tak samo poprawą warunków życia społeczeństwa, tych problemów na pierwszym naszym spotkaniu zidentyfikowaliśmy wiele i dlatego chciałbym żeby ten - te rozmowy które rozpoczęły się w układzie trójstronnym w związku z tym oświadczeniem strony solidarnościowej, rozwiązać w ten sposób: ja rozumiem, że ten czas na przewodnictwo zgodnie z sugestią pani przewodniczącej dla strony solidarnościowo-opozycyjnej i dla strony powiedzmy tej rządowo-koalicyjnej jest dzielony równo. I tak dzielimy przewodnictwo.

Z kolei ja chciałbym odstąpić swój - połowę swego czasu na przewodniczenie przez stronę w tej stronie rządowo-koalicyjnej związkowej, federacji i proponuję więc żeby przewodniczący tamtej grupy dysponował częścią czasu przeznaczoną dla mnie. Czy to stanowisko

nasze jest do zaakceptowania przez stronę solidarnościową?
Dr Zofia Kuratowska:

Tak oczywiście, że tak w tym układzie połowę czasu który ja mam do przewodniczenia jeżeli zajdzie taka potrzeba drugą połowę tego czasu naszego będzie przewodniczyć delegatka Krajowej Komisji Koordynacyjnej Pracowników Służby Zdrowia NSZZ "Solidarność" pani Anna Grzymisławska.

~~Gx~~ Prof. Andrzej Wojtczak: Proponuję -

Ob. Gustaw Bokszczanin: Jępelinpaństwo pozwolicie ja sądzę, że przedstawione pdezezstronę solidarnościową oświadczenie jest dla po pierwsze wielkim zaskoczeniem, po drugie nie bardzo rozumiemy co przez to strona solidarnościowa pragnie wyrazić, Chciałem przypomnieć i wyraźnie podkreślić, że Ogólnopolskie Porozumienie Związków ^{klasowy} Zawodowych ~~kierunków~~, odrodzony ruch zawodowy jest siłą niezależną, nie jest to siła funkcjonująca w koalicji z rządowej, ani nie jesteśmy w koalicji partyjno-rządowej. Jesteśmy siłą niezależną, samorządną i o te prawa tak zwanej równości partnerstwa się ubiegamy i ubiegać się będziemy. Chciałem poinformować szanownych państwa, przykłady możemy przedstawić, że w innych zespołach również występuje zjawisko współprzewodniczenia przedstawiciela 7-milionowej rzeszy pracujących.

Nie było dotychczas problemu, Ja sądzę, że szczególnie w gronie ludzi, którzy sam fakt pracy w tym środowisku, które to środowisko się cechuje na najwyższym wykształceniem w kraju, wysoką kulturą, inteligencją tego typu tematów nie powinno być, nie powinni mieć miejsca i zwracamy się do państwa w interesie spraw, które tu omawiamy,

w intersie naprawdę ludzi, którzy oczekują na zasadnicze rozwiązanie nurtujących ich problemów, o zachowanie równości, partnerstwa przy tym stole. Równości partnerstwa.

Kolega Guglas, który z naszego upoważnienia jest współprzewodniczącym, sądzę, że nie dał do dnia dzisiejszego ani w trakcie wszystkich obrad żadnych danych, aby tego współprzewodnictwa był pozbawiony. Dlatego apeluję do państwa i zwracam się z taką serdeczną prośbą, aby ten problem został rozstrzygnięty w tym układzie kompromisu. Po prostu równości i partnerstwa przy tym stole, który nie powinien po prostu tutaj - nie powinno tutaj cechować tego stołu po prostu jakieś interesy partykularne, czy po prostu jakieś własne ambicje a dominować powinny sprawy które podjęliśmy i które staramy się z wielką starannością rozwiązać.

Dziękuję.

Dr Zofia Kuratowska:

Chciałabym odpowiedzieć na to, to było to, że na pierwszym naszym posiedzeniu był ten układ trójstronny było to już złamanie zasad przyjętych jak mówię dla całego Okrągłego stołu, z wyjątkiem zespołu do spraw związkowych, gdzie sprawa trzech współprzewodniczących jest zupełnie oczywista.

Bardzo proszę nie używanie demagogicznych sformułowań że jest to jakiś partykularny interes nasz, my absolutnie nie występujemy przeciw uczestnictwu przed-

stawicieli OPZZ i organizacji związkowych z tym związanych w Okrągłym stole. Jest to zrozumiałe, że państwo tutaj są. Wydaje mi się, że rozwiązanie zaproponowane przez pana prof. Wojtczaka jest rozwiązaniem właśnie kompromisowym i rozwiązaniem, które zupełnie nie narusza zasady partnerstwa przy tym stole.

Ob. Wojciech Guglas:... w tym momencie w związku ze zgłoszeniem przez państwa jako współprzewodniczącego drugiego pani Żymisławskiej w tej chwili w kwestii formalnej - jest czterech wiceprzewodniczących.

Czterech współprzewodniczących.

Dr Kuratowska: Jest dwóch przewodniczących i dwóch wiceprzewodniczących, którzy - my dzielimy się oczywiście czasem przewodniczenia. Tak jak pan profesor to zresztą ujął ~~w~~prezycyjnie.

G.Bokszczanin /?/

Ob.....:Panie profesorze ! Naszelną sprawą, która przyświecała temu stolikowi była ochrona zdrowia społeczeństwa, ważne hasło społeczne . Ruch zawodowy, który mam zaszczyt reprezentować w tym zakresie ma pewne osiągnięcia i nie przedstawiał nigdy niczego innego jako najważniejszego celu jak ochrona zdrowia społeczeństwa.

Drugą kwestią była ochrona tego środowiska, pracowników służby zdrowia i z całą konsekwencją ruch zawodowy prezentował te stanowisko jako niezależny, nie związany w żadnych układach koalicyjno-rządowych, W związku z tym uważam, że tego rodzaju stanowisko jest nie do przyjęcia przez ruch zawodowy, i pogwałca hasła demokratyczne, którymi się posługujemy.

Dr Kuratowska

Wydażę mi się, że wejście w tej chwili w tego typu dyskusję jaką pan proponuje panie doktorze, jest zupełnie nie do przyjęcia, bo sięgniemy wt dy do tego że co ja mówiłam zresztą na zeszłym posiedzeniu, że my jesteśmy ciągle niezależalizowanym związkiem. Powołanie państwa związku - ja nie neguję państwa osiągnięć, absolutnie nie mamy tego zamiaru robić, natomiast powołanie państwa OPZZ było w dość określonej sytuacji historycznej, która - mam nadzieję - należy do przeszłości, która nie wróci, ale jednak sposób zupełnie określony.

A w końcu przewodniczący OPZZ jest członkiem najwyższych władz partyjnych. Tak że chyba nie muszą się państwo obrażać o to, że należycie do strony koalicyjno, rządowej. Wydażę mi się, że możemy przyjąć, nie zracić dalej czasu na dyskusję, przyjąć wniosek pana profesora Wojtczaka.

W, Wojtczak/?/

Ob.....: Pani profesor, tak jak wszystkim na tej sali mnie się wydażę- na tej sali, tak muszę powiedzieć ^{wieść} mi bardzo leży na sercu sprawa tego naszego dialogu, który ma ~~wnieść~~ do poprawy sytuacji i tu nie będziemy się przekonywali, bo to przecież jest dla nas wartością najwyższą.

Na poprzednim posiedzeniu mpwiliśmy tak samo o odpolitycznieniu służby zdrowia i medycyny. Ja zastanawiam się, czy żeby nie prowadzić do pewnych perturbacji w naszym bardzo napiętym programie, bo faktycznie

wyznaczyliśmy sobie bardzo ~~wymag~~ szeroki program rozmów, z uwagi na to, że ta sprawa ma niewątpliwie posmak polityczny, i to jest głęboko sprawa polityczna, żebyśmy tę sprawę za pani zgodą oddalili do decyzji i odpowiedniego stolika, który się tą sprawą zajmuje i do uzgodnień, bo tutaj w oświadczeniu tym są wspomniane dwa bardzo znaczące nazwiska, pana Mazowieckiego, sekretarza Cłoska, i żebyśmy dzisiejsze obrady mogli kontynuować w takim układzie, że sprawę tę przyjmujemy i te oświadczenie o współprzewodnictwie, że ja oddaję połowę czasu na współprzewodnictwo dr Guglasowi, i że poprowadzimy te rozmowy przyjmując oświadczenie i starając się poza czasem pracy naszego zespołu dojść do rozwiązań niestety tutaj już trzeba powiedzieć sobie prosto politycznych a nie merytorycznych, zdrowotnych.

Czy to jest do zaakceptowania przez -

Dr Kuratowska: Tak, oczywiście.

Prof. Wojtczak: A dr Guglasa i -

Dr Guglas: Ha rozumiem, że współprzewodniczenie przy Okrągłym stole, dzisiaj, w dniu dzisiejszym, do czasów rozstrzygnięcia?

Dr Kuratowska: Nie.

Dr Gustaw Bokszczanin: Przepraszam państwa, mamy oficjalną delegację 50 tysięcy członków związków w, którzy stoją za nami wybrani w demokratycznych wyborach i w tym momencie jeżeli chce się dogadywać, jeżeli tak

można powiedzieć strona rządowa ze stroną koalicyjną
ruch zawodowy jako neutralny pozwoli państwo, że
opuścimy posiedzenie dzisiejsze.

/Następuje opuszczenie sali obrad przez delegację
OPZZ/.

Dr Kuratowska: Jest to poniekąd sprawa państwa,
oczywiście, państwa decyzja, wydaje mi się, decyzji
co najmniej niesłusznej. Chcę powiedzieć, że ta sama
kwestia była tylko przed pierwszym posiedzeniem w
zespole oświaty i nauki i tam OPZZ nie opuścił sali,
c ociąż nie było zgody na trzeciego współprzewodniczą
cego.

Dr Guglas: Czy panowie już nie chcecie uczestni
czyć jeszcze w tej -

DrBokszczacinin: Panie ministrze, jeżeli dwie
strony, strona koalicyjna opozycyjna ze stroną rządową
się domówi ruch zawodowy jako niezależny będzie prezento
wał pół miliona członków. Jeżeli nie - poinformujemy
dzisiaj teleksami naszych delegatów.

3 Dziękuję bardzo.

Ob. Zofia Kuratowska:

Sprawa decyzji państwa wydaje mi się co najmniej decyzji niesłusznej. I chcę powiedzieć, że ta sama kwestia była tylko przed pierwszym posiedzeniem w zespole oświaty i nauki i tam OPZZ nie ~~opuścił~~ opuścił sali, chociaż nie było zgody na trzeciego współprzewodniczącego.

2 Przewodniczący:

Czy panowie nie chcecie uczestniczyć jeszcze w tej

Ob. Bokszczanin

Panie ministrze, jeżeli dwie strony, strona koalicyjna opozycyjna ze stroną rządową się domówi, ruch zawodowy jako niezależny będzie reprezentował pół miliona członków. Jeżeli teleksami nie to informujemy dzisiaj naszych delegatów.

Dziękuję bardzo.

Ob. ~~Przewodniczący~~ Zofia Kuratowska

Panie profesorze, szanowni państwo

Jest to oczywiście obrót wydarzeń, który absolutnie nie był naszym zamiarem, i jak jeszcze raz mówię, w innych zespołach, poza górniczym, gdzie to też zostało w jakiś sposób zeforsowane przez stronę OPZZ, ale gdzie podobne oświadczenie również będzie. We wszystkich innych to się układa zgodnie i oczywiście przedstawiciele OPZZ uczestniczą, mimo dwóch współprzewodniczących. W taki sposób była ułożony tok obrad w pierwszych rozmowach przez gen. Kiszcza i Lecha Wałęsę.

To był akt polityczny ze strony naszych współuczestników naszego spotkania.

Ob.

Jeśli można prosić o półgodzinną przerwę.

Ob. Zofia Kuratowska:

Naturalnie.

Ob.

Ja jeszcze przedtem jedną sprawę. Proszę państwa, ja rozumiem te wszystkie sprawy, które tu się porusza, że nie dla służby zdrowia i dla ludności, i dla zdrowia społecznego. To oczywiście to jest wszystko prawda. Tylko trzeba sobie zdać sprawę kim my jesteśmy i jakie sprawy my tu załatwiamy. Przecież my nie załatwiamy tutaj sprawy rejonowego ~~lekarza~~ lekarza, tylko zasadnicze sprawy polityczne. Jaka będzie organizacja, jakie będzie miało ^o społeczeństwo wpływ na służbę zdrowia. I to są czysto sprawy polityczne. Przecież my tu nie wchodzimy w żadne szczegóły. Proszę o tym pamiętać, że to jest rozmowa nie po to czy jutro będzie lekarstwo pięć groszy tańsze, tylko o to, jaka będzie służba zdrowia. Jaka ona będzie i jaka będzie nasza polityka. I to my musimy uzgodnić. Wobec tego, że rząd stanął na stanowisku, że w tej sprawie pertraktuje ze stroną solidarnościowo-opozycyjną, bardzo dobrze, to żadnych mediatorów do tego my nie potrzebujemy. Mediacja jest między panią prof. & doc. Kuratowską a panem prof. Wojtczakiem. A że ktoś jest niezależny, nie mamy nic przeciwko temu.

A wobec tego, że współpracuję cały czas z rządem, jesteśmy bardzo zadowoleni, że po stronie rządowej jest większa delegacja, która była, że tak powiem, pomocna w naszych obradach. I to wszystko.

~~/Pawłowski/~~

Ob. Guglas

O reformie to zadecyduje ten dyskurs, który prowadzimy, pewne uszczegółowienie w ramach kierunkowych rozwiązań. Bo przecież nie stać nas na to, i nie jesteśmy ekspertami tego rzędu, że możemy ~~xxw~~ rozwiązać poszczególne problemy które wymagają zespołu i socjologów, i prawdopodobnie inżynierów sanitarnych, przede wszystkim ekonomistów i trudno, żebyśmy będąc klinicystami, czy przedstawicielami zdrowia publicznego, mogli te sprawy rozwiązać.

Niemniej jednak jest cały szereg spraw o decyzyjnym znaczeniu i kierunkach. I niewątpliwie są to związane z polityką i społeczną i polityką zdrowotną. I dlatego muszę powiedzieć, że ci, którzy opuścili w tej chwili salę, a więc federacja, pomagała bardzo stronie rządowej przez długi czas rozwiązywać te sprawy. I muszę wyrazić żal i swoje rozczarowanie sytuacją zaistniałą, dlatego że na pewno ona nie doprowadzi do lepszego klimatu w służbie zdrowia.

Jeżeli pani przewodnicząca pozwoli, gdybyśmy mogli półgodzinną przerwę.

Przewodnicząca:

Oczywiście.

/przerwa/

/po przerwie/

Przewodnicząca:

Wobec tego, ddalszy ciąg, a właściwie rozpoczynamy nasze posiedzenie. W przerwie pomiędzy naszymi posiedzeniami czyli w ciągu tego tygodnia, który upłynął, spotkały się dwie grupy robocze, dwa pozdzespoły, które żeśmy, których istnienie żeśmy ustalili na poprzednim posiedzeniu. Wobec tego może zaczniemy od spraw spracownidzych i samorządowych i bardzo poproszę panią Anną Grzymisławską o zreferowanie ustaleń, które są nam do dyskusji dane. To nie są ustalenia ostateczne przez zespół, który spotkał się w Ministerstwie Zdoriwa. Bardzo proszę.

Ob. Anna Grzymisławska:

Proszę państwa, 24 lutego pracowała grupa robocza ds. pracowniczych i ~~szereż~~ samorządowych, która przygotowała czy wypracowała dla tego podzespołu pewne stanowiska.

Zapis tej grupy roboczej wygląda następująco.

Po pierwsze, po uzyskaniu wyników kształtowania się średnich wynagrodzeń za okres I kwartału 1989 r. strona rządowa dokona wspólnie ze stronami uczestniczącymi w obradach oceny sytuacji płacowej w służbie zdrowia i opiece społecznej na tle płac pracowników sfery materialnej.

Na podstawie przeprowadzonej analizy strona rządowa przedłoży Radzie Ministrów odpowiednie wnioski.

Po drugie, strony ustaliły, że w terminie do 30 czerwca br. zostanie wspólnie opracowany projekt systemu wynagradzania w służbie zdrowia i opiece społecznej zgodnie z kierunkami reformy.

Po trzecie, strony ustaliły, że w terminie 30 czerwca 1989 r. strona rządowa przedstawi Radzie Ministrów po uzgodnieniu ze stronami uczestniczącymi w obradach projekt regulacji ustawowej dotyczący zasad organizacji i wynagradzania za dyżury zakładowe i pracę w pomocy doraźnej wraz ze skutkami finansowymi wprowadzenia nowych rozwiązań.

Po czwarte, strony wyrażają pogląd, że dla pracowników służby zdrowia i opieki społecznej powinien być określony docelowy wskaźnik relacji wynagrodzeń w stosunku do sfery produkcji materialnej.

Proszę państwa. Sytuacja, która jest w tej chwili w służbie zdrowia, myślę, że jest sytuacją bardzo trudną. Tzn. chcieliśmy powiedzieć, że w tym stanowisku w punkcie 2.

nie uzyskaliśmy zgodności co do takiej analizy tego co się w środowisku dzieje. Mianowicie, tak jak podkreślaliśmy na poprzednim posiedzeniu uznajemy, że środowisko nasze nie przyjęło z zadowoleniem wprowadzonego w tej chwili systemu wynagradzania. Ten system uznając za niespełniający oczekiwań tego środowiska i jeszcze raz podkreślam, nie zawsze chodzi tutaj przyznanych pieniędzy na regulację płac.

Sprawa dotyczy systemu płac. Rozmawiając w tej grupie roboczej przedstawialiśmy to stanowisko, jak również przedstawialiśmy sytuację gdzie większość pracowników służby zdrowia traktuje obecną regulację płac jako regulację na dzisiaj, jako coś co jest tymczasowe, wpisując w listach ppłac pobranie tych pieniędzy jako zaliczkę.

Chcieliśmy przedstawić dzisiaj taką propozycję, ponieważ uważamy, że ta sytuacja w służbie zdrowia jest bardzo trudna i nie chcielibyśmy aby doprowadziła do sytuacji strajkowych, a niestety taką sytuację mamy, aby ten termin do 30 czerwca negocjowania systemu wynagradzania został skrócony do terminu 30 kwietnia.

Ja chciałam jeszcze, aby pani doktor Wnuk przewodnicząca komisji koordynacyjnej pracowników służby, warszawskiej, pani doktor Wolak, przepraszam, przewodnicząca komisji

koordynacyjnej warszawskiej służby zdrowia NSZZ Solidarność przeczytała oświadczenie tej komisji.

Ob. Ewa Wolak:

Warszawa 24 lutego 1989 r. Komitet Koordynacyjny NSZZ Solidarność warszawskiej służby zdrowia sprzeciwia się wprowadzanej obecnie, a obowiązującej od 1 stycznia 1989 r. nowej siatce płac. Wysokość naszych zarobków pozostała nadal niewystarczająca, a system tzw. wideł i dodatków uznaniowych pozwala dyrekcji na dowolną manipulację nimi. Nie daje to efektów motywacyjnych tylko przyczynia się do skłócenia naszego środowiska.

Służba zdrowia po raz kolejny czuje się oszukana i rozgoryczona. Domagamy się zmiany systemu płac, a przede wszystkim związania wysokości ~~wyższ~~ zarobków z kwalifikacjami i indywidualnym wkładem pracy, a nie uznaniem dyrekcji. Siatka płac nie może pozostawiać dowolności w interpretacji lecz musi jednoznacznie określać zasierogowanie pracownika w oparciu o jednoznaczne kryteria.

Domagamy się, by wysokość naszych wynagrodzeń podlegała co pół roku weryfikacji i zrównaniu ze średnią ~~z~~ zarobków w sferze produkcyjnej. Uważamy, że jako podstawę do negocjacji należy przyjąć projekt układu zbiorowego opracowany przez zespół sekcji służby zdrowia NSZZ Solidarność regionu Wielkopolska, która w zasadniczych zarysach spełnia nasze oczekiwania.

Proponowany układ zbiorowy winien obowiązywać do chwili wprowadzenia reformy opieki zdrowotnej z autentycznym uspołecznieniem i usamodzielnieniem placówek służby zdrowia. Wypłacane obecnie pobory traktujemy jako zaliczkę przyszłych zarobków. Domagamy się załatwienia tych postulatów w nie-

przekraczalnym terminie do dnia 30 kwietnia br. W przeciwnym razie narastające niezadowolenie i wzburzenie naszego środowiska może doprowadzić do nieobliczalnych konsekwencji.

Chciałam zaznaczyć, że to oświadczenie zostało opracowane po przeprowadzeniu sondażu w środowisku służby zdrowia i rozprowadzeniu szerokim projektu układu zbiorowego solidarnościowego, o którym tutaj jest wzmianka. Tak, że jak gdybyśmy opieramy się już na opinii środowiska, nie tylko samego komitetu koordynacyjnego.

Dziękuję.

Przewodnicząca:

Ja chciałam zaproponować, ażeby w związku z tym co pani doktor przeczytała, podobne stanowiska różnych komisji Solidarności i po prostu środowiskowych służby zdrowia z różnych stron kraju napłynęły do nas. Wiemy, że sytuacja jest napięta, są w niektórych miejscach decyzja, żeby nie podejmować płac, co niezwykle skłóca środowisko, bo są ludzie, którzy nie mogą sobie pozwolić na to, ażeby nie podjąć zarobków w danym miesiącu. Wobec czego my tego lekceważyć nie możemy. Zresztą żeśmy się już poprzednio zgodzili, że sytuacja w środowisku jest bardzo napięta i ażeby w ogóle poprawili cokolwiek w systemie ochrony zdrowia niezbędne jest współdziałanie całego środowiska medycznego.

Tego współdziałania oczywiście nie będzie, jeżeli kolejnymi aktami będziemy pogłębiać niezadowolenie.

W związku z tym ja bym proponowała, jeżeli państwo się na to zgodzą, ażebyśmy to co wypracowały grupy robocze nasze, przyjęli z poprawką, że ustalamy, że w terminie do 30 kwietnia zostanie wspólnie opracowany projekt systemu

wynagrodzania w służbie zdrowia i opiece społecznej aprobowanej przez środowisko, system musi być aprobowany przez środowisko, funkcjonujący do czasu wprowadzenia pełnej reformy.

A więc nie tyle zgodnie z kierunkami reformy, ile funkcjonujący do czasu wprowadzenia pełnej reformy, bo na pewno się wtedy wszystko zmieni.

Czy z państwa strony ktoś z państwa chciałby się ustosunkować?

Ob. _____

Chciałbym zapytać doradców, jak to jest z punktu widzenia technicznego możliwe, dlatego że jeżeli chodzi o kierunkowe sprawy, to przecież myśmy wielokrotnie powiedzieli, że nie ma pełnej satysfakcji, ja nie wiem czy jakkolwiek system opracowany usatysfakcjonuje wszystkich.

Natomiast mnie się wydaje, że grupa robocza działała właśnie w tym duchu wypracowanie jakiegoś perspektywicznego systemu. Faktem jest, że w tedy kiedy wejdzie w życie reforma i zaczną działać mechanizmy ekonomiczne, no to sytuacja będzie odmienna. Natomiast nikt z nas przecież nie może być marzycielem, bo jesteśmy realistami, że reforma wejdzie z dnia na dzień, to jest potężna przecież jak wszyscy jesteśmy świadomi, operacja, gdzie trzeba przełamać i przyzwyczajenia no i opracować w szczegółach mechanizmy ekonomiczne i wyszkolić kadrę.

Tak, że wydaje mi się, że nie miałbym tutaj obiekcji z wyjątkiem, że musiałbym zapytać się swoich ekspertów, czy 30 kwiecień jest realny, dlatego, że jest to praca kolosalna. Szczególnie gdzie wchodzi w grę i konsultacja. Bo znowu



coś teoretycznie wypracujemy i znowu nie będzie satysfakcji.

Przewodnicząca:

Mam na myśli wypracowanie systemu, później go skonsultowanie, ale do 30 kwietnia wypracowanie systemu. Ale musimy środowisku rzeczywiście powiedzieć, że w tej chwili podejmuję zaliczkę, że system właściwy zostanie opracowany, poddany pod konsultację, a następnie wejdzie - chyba nie będziemy tu precyzować terminu kiedy by wszedł.

Ale natomiast opracowanie do 30 kwietnia, co się rozumie że natychmiast potem można go opublikować.

Ob.

Pani przewodnicząca, my właśnie na naszym zespole roboczym długo zastanawialiśmy się na temat terminu. Co do kierunków zgodziliśmy się, że ten zapis satysfakcjonował obie strony.

Strona solidarności stawiała inny termin, znacznie krótszy i wtedy na zespole wszyscy doszliśmy do wspólnego wniosku, że stawianie terminów krótszych jest po prostu niewykonalne. Staraliśmy się uniknąć tutaj zapisu nierealnego. Stąd ten termin był 30 czerwiec. Strona rządowa na początku stawiała odleglejszy termin, zdecydowanie. Stało to w pewnym sensie nie tyle w środku, tylko jakie są możliwości przepracowania tego realne. I wydaje nam się, że termin do 30 kwietnia ze strony rządowej nie jest możliwy do wykonania ze względów technicznych. I stąd były nasze obiekcje, i stąd termin 30 czerwiec, przy całej merytorycznej zgodzie na taki właśnie wniosek jaki z panem profesorem tutaj podpisaliśmy.

Przewodnicząca:

Proszę pan dr Edelman.

Ob. Marek Edelman:

Oczywiście, że pan doktor ma 200% racji, tylko w sytuacji zupełnie innej niż taka jaka jest dzisiaj. Jest dzisiaj sytuacja, powiedzmy sobie szczerze, rewolucyjna. Nie mamy czasu. Jeżeli chcemy mieć spokojne przejście z okrągłego stołu do nowego systemu politycznego, to musimy wszystkie zadrażnienia, które są przedtem i narastają, usunąć.

Ja nie wiem, czy ten system będzie idealny, który będzie do 30 czerwca, ale już będzie inny i to jest to o co chodzi. Musimy zrozumieć, że ja nie wiem ile będzie więcej pieniędzy, będzie inny podział

I to jest to o co chodzi. Musicie zrozumieć, że ja nie wiem nie będzie więcej pieniędzy, będzie inny podział, będą znów niezadowolenia, ale zrozumcie, tu jest krzywda. Tu pracownicy poczułi się skrzywdzeni. Wyjdziemy stąd i 30 czerwca damy do konsultacji, za rok wprowadzimy, reforma będzie za 5 lat i to jest w ogóle dym.

Musimy to zrobić szybko. Ten stół ^{był} powinien się rozpocząć nie teraz, tylko pięć lat temu, czy cztery lata temu, byśmy byli dziś w innej sytuacji. &

Proszę państwa, kto daje szybko, ten dwa razy daje, żebyście to wiedzieli. Dać to po niewczasie, kiedy ta inflacja pójdzie jeszcze 50% do góry, to jest tak jakby nic nie dać. Więc musimy tutaj mieć konkretne rzeczy.

~~ix~~ I mimo, że ten system nie będzie idealny, i dlatego uważam, trudno, ci panowie urzędnicy, którzy to opracowują z naszą komisją będą pracowali nie po 8 godzin dziennie tylko po 12 godzin dziennie i muszą to zrobić. Bo to jest dla tego środowiska teraz ~~to~~ istotne. To jest wielka rzesza ludzi. Nie można tego zostawić. Musimy mieć w służbie zdrowia spokój.

Ja myślę, że tym sposobem, jeżeli to nie będzie idealne, będzie zmienione, będzie inne, będzie trochę lepsze, to już będzie spokój. A jak nie to pójdą na barykady, na to nie mamy rady.

Przewodnicząca:

Bardzo prosimy o nazwisko.

Ob. Józef Pietras /Ministerstwo Zdrowia/

Proszę państwa, zgadzam się z tym, że trzeba przystąpić i ppracować w jak najkrótszym możliwym terminie. Tylko nie byłbym za tym, że sobie z góry nakreślać zbyt krótki termin, który może będzie trudny do wykonania. Bo ja muszę powiedzieć tak, że po pierwsze mamy takie uwarunkowania, że w tym systemie musimy liczyć się z wynikami albo z ustaleniami dotyczącymi reformy, a poza tym było tu wspomniane o układzie zbiorowym prasy musimy się wobec tego liczyć z ustawą, która dotyczy układów zbiorowych pracy. Ja miałem okazję zapoznania się z projektem poznańskim i jest szereg punktów, takich, nad którymi trzeba dobrze się zastanowić bo ~~nie~~ nie można ich pogodzić z tekstem ustawy o układach zbiorowych pracy. Wobec tego trzeba to wszystko rozwiązać w jakiś sposób i na to trzeba czasu, wobec tego kończąc, jestem za tym, żeby niezwłocznie przystąpić i jak najszybciej opracować. Jeżeli nam się uda opracować to przed tym terminem to byłoby dobrze. Ale nie byłbym za tym, żeby sobie z góry nakreślać termin taki, w którym moglibyśmy mieć trudności wykonać.

Przewodnicząca:

Lipiński prosił o głos.

Ob. Lipiński:

Otóż można przygotowywać ten projekt z góry mając świadomość, że jest to prowizorium płacowe, bo to i tak będzie prowizorium płacowe, dlatego, że jeśli wprowadzi się reformę w służbie zdrowia, to mechanizmy płacowy będzie zupełnie inny. Toteż można z góry stwierdzić, że to co jest jest bardzo tymczasowe do momentu wprowadzania całej reformy.

Zgadzam się tu z doktorem Edelmanem, że kto szybko daje, dwa razy daje. Tem nasze obrady są oceniane nie przez pryzmat deklaracji, tylko przez pryzmat bardzo konkretnych rzeczy, które dla ludzi będą zrozumiałe i odczuwalne. I to byłaby jedna z takich rzeczy.

Przewodnicząca:

Czy ktoś z państwa jeszcze w tej sprawie chce

Ob. _____

Ponieważ wszyscy idziemy i jesteśmy zgodni, że idziemy w kierunku reformy i ją musimy wprowadzić i możliwie szybko, głęboko, systemowo.

Dlaczego nie traktować tego systemu jako prowizorium płacowe. Tym bardziej, że przecież on w tej chwili, jak mówię każdy system będzie krytykowany, ale przecież w czerwcu nastąpi tak samo rewaloryzacja, musi być ~~oparte~~ oparte i ocena, dlatego, że przecież jest to ustawa sejmowa, i ta ustawa sejmowa w tym Sejmie obowiązuje. Mamy zagwarantowany poziom 95% i tak realnie patrząc, przecież my musimy iść w tym systemie w tej chwili co najmniej do końca roku, jeżeli chcemy utrzymać faktycznie zgodność podwyżki płac z inflacją.

Dlatego może przyjmiemy tak. Ja bym miał propozycję taką. Że stronom ustalimy, żeby rozpocząć prace niezwłocznie. nad tym systemem i zakończyć powiedzmy, czy dać ten system powiedzmy do czerwca.

Ob.

Panie profesorze, merytorycznie, ja się zgadzam 200% z panem. Ale jest sytuacja taka, nie ja ją zrobiłem, sytuacja wymusza to. To nie jest sprawa mojej dobrej woli. Ja uważam, że ten system może iść do końca roku, ale on nie może iść, bo sytuacja wymusza to.

Ja wrócę do szpitala i co ^{mi} ~~xxx~~powiedzę, coś zrobię. W czerwcu dadzą do konsultacji, a w styczniu dostanę. Nie ma mowy o tym. Ludzie tego nie chcą słyszeć. Sytuacja wymusza. Ja wiem, że żaden system nie będzie idealny. Ale coś zrobimy. Musimy coś zrobić, chociażby te nierówności. Ja nie znam się na tym dokładnie, ale są tam niesprawiedliwości, nierówności są. Ludzie pokrzywdzeni, jak zawsze, w każdym systemie. Teraz są ci, potem będą trochę inni pokrzywdzeni. Ale coś będzie. Jeżeli my powiemy zrobimy w jak najszybszym czasie, a to będzie trwało do stycznia, to powiedzą, o, nabrali nas. Oczywiście.

Przewodnicząca:

Ja jestem zdania, że my w ogóle nie możemy tego typu deklaracji w jak ~~znaj~~najszybszym czasie, jak szybko, składać po obradach okrągłego stołu, dlatego, że społeczeństwo już ma zupełnie dosyć takich deklaracji. Musimy jednak mówić o konkretnych terminach, choćby one dla nas wszystkich były bardzo trudne. Ja się zgadzam z panem Pietrasem, że ~~xxxxxx~~

tam w tym systemie jest wiele punktów dyskusyjnych. Od tego byłyby grupy robocze, które by to dyskutowały. My nie postulujemy tutaj przyjęcia całkowitego tego systemu, który proponujemy. Proponujemy, ażeby to przedyskutować w gronie ekspertów, którzy się do tego ustosunkują.

Jeszcze jeżeli pan współprzewodniczący pozwoli, jeszcze pani Anna Grzymisławska chciała coś dodać do tego.

Ob. Anna Grzymisławska:

Proszę państwa, ja myślę tak, że służba zdrowia w tej chwili przede wszystkim nie ma samorządu. Proszę na to tak spojrzeć. Że sprawy wynagradzania pracowników załatwiane są w gronie takich osób: dyrektor, przedstawiciel związków zawodowych, przedstawiciel POP. I tak to wygląda. Odczucie społeczności służby zdrowia jest takie, że niestety brak przedstawicieli pracowników nie daje im gwarancji załatwienia sprawiedliwego podziału płacy.

Proszę zobaczyć co jeszcze się dzieje. Ten system wynagrodzeń wprowadził w płacy podstawowej dużą rozwartość w widełkach. Czyli dał dużą możliwość usytuowania pracownika w tej samej grupie, ale nie tak samo. Mając te same kwalifikacje, to samo przygotowanie zawodowe i pracując w tych samych warunkach.

Ja chciałam powiedzieć, że społeczeństwo w tej chwili pracowników służby zdrowia oczekuje na taki system, który będzie preferował dwie rzeczy. Z jednej strony miejsce pracy, panie ministrze, myślę, że jest znana panu cała sytuacja anestezjologów, pan prof. Jurczyk z Akademii Medycznej w Poznaniu, w której pracuję, zgłaszał i jestem przekonana, wiele wątpliwości do tego systemu płac, ponieważ anestezjodzy

daje tutaj przykład, zostali potraktowani, niżej chirurdzy, pracując w tych samych zespołach. Niestety, to są właśnie te konkretne sytuacje.

I teraz tak, to środowisko oczekuje dwóch rzeczy. Po pierwsze, żeby te preferencje były z tytułu miejsca pracy i uciążliwości pracy, i drugie, z tytułu kwalifikacji, wykształcenia. To są te dwie rzeczy, które środowisko podkreśla i zaakceptuje zawsze. Zaaceptuje zarówno i po naszej i zaakceptuje jeżeli przedstawi to Ministerstwo Zdrowia. Niestety, ten system nie zapewnia tych dwóch preferencji.

Ob.

Ja mam propozycję. Tzn. jedną, chciałbym odpowiedzieć o tych anestezjologach, że w tym systemie, ja nie dlatego mówię, żeby bronić jakiegokolwiek systemu, tylko jest dana preferencja do dyspozycji kierownika zakładu. Ponieważ sytuacja i z anestezjologami w różnych stronach kraju jest różna, i dlatego anestezjologia została w grupie tych czterech specjalności, gdzie kierownik zakładu może dać tę preferencję, bo on najlepiej wie jaka jest sytuacja na jego terenie. To jest pierwsza rzecz.

Drugi punktu krótki. Próbuje. Ponieważ jest to opracowanie projektu, proszę bardzo, zgadzamy się że nie może być system dobrze opracowany. Bardzo bym się cieszył, żeby taki zespół opracował z dwa lub trzy warianty, dlatego że na pewno nie może być to jeden system, bo żaden niezadowolili. I jeszcze jest jedno. To bo bardzo mi odpowiada ten zapis, zgodnie z kierunkami reformy. A więc musi być czynnik motywacyjny. Bo jeżeli my spłaszczymy wszystko, cały system bez żadnych motywacji, to przepraszam, ale to się kłóci

z założeniami z kierunkami reformy. Czyli jeżeli chodzi zapis zgadzamy się na ten zapis, poprawiamy tą datę i po prostu zespoły muszą przedstawić do końca kwietnia projekt systemu.

Zobaczmy, naszą intencją jest, żeby było lepiej.

xx Przewodnicząca:

Świetnie, a więc mamy wspólne ustalenie. Ja tylko, jeżeli pan minister pozwoli, żeby tu było dodane, zgodnie z kierunkami reformy i funkcjonujący do czasu pełnego jej wprowadzenia. Dlatego, żeby później nie było zaskoczeń w Kłodowsku, że się wszystko zmienia. A to nie zmienia zupełnie sensu tego.

Czyli to przyjmujemy wobec tego jako wspólne ustalenie.

To teraz poprosimy bardzo, czy jeszcze przepraszam, pan doktor Cybulko coś chciał powiedzieć.

Ob.Cybulko

Pani docent, ja mam takie pytanie, że funkcjonuje do momentu opracowanie nowego systemu, system obecny. Ja jestem dyrektorem szpitala wojewódzkiego. Przeprowadzam u siebie w tej chwili te podwyżki. Muszę powiedzieć, że to co pani powiedziała o wykształceniu, to pielęgniarki i salowe zaczynają się, jak to, to lekarz zarabia więcej niż ja salowa. Takie są pytania proszę państwa. Ja rozumiem to co państwo mówią, ale my musimy dopracować się takiego systemu, który w sposób właściwy będzie oceniał zależnie od kwalifikacji i wykształcenia. Ja się z państwem w zupełności zgadzam, ale musimy przekonać ludzi, że wreszcie różnicowanie powinno być. A takowego dotychczas nie było.

System płac był faktycznie spłaszczony. I teraz kiedy się zaczyna to zróżnicowanie, bo ja zacząłem zróżnicowanie, Ono wywołało ogromny niepokój, w innych grupach poza lekarską.

Ja rozumiem, że dla świętego spokoju możemy powiedzieć 30 kwiecień. Będę mieli również ludzie do nas pretensje, jeśli opracujemy taki system i pokażemy, bo przecież ludziom powiemy, że ~~pr~~ opracowaliśmy system w ciągu 2 miesięcy, tak szybko, Zaczną się w naszą stronę pytania, dlaczego aż tak szybko. Ja rozumiem niepokój który jest, bo jest. Ale zastanówmy się nad tym. Opracujmy ~~nie~~ coś takiego, co będzie spójne, rzeczowe i przez środowisko w jakiś sposób ocenione. I też jest prawdą że każdy system nie jest w pełni dobry i nie zawsze wywoła natychmiast zadowolenie i aprobatę wszystkich.

Ale jednak mimo wszystko, ja bym proponował ten czas na opracowanie tego systemu zostawić.

Przewodnicząca:

Ale nie można powiedzieć, że ten system został szybko opracowany, bo przecież państwo w ministerstwie opracowali jakiś system, a strona Solidarności opracowywała też przez parę lat ten system. Wobec czego nie jest to coś nagle.

To będzie przypuszczam, jakiś kompromis pomiędzy tymi systemami, wybrane coś najlepszego. Z różnych wersji. Więc nie jest to tak, że nagle siadamy od zera, jutro od zera do 30 kwietnia. Przecież tak nie jest.

A co do tych różnic międzyzawodowych, oczywiście podzielam ten niepokój, ale ważny jest tutaj czynnik kwalifikacji, ażeby w ogóle opłacało się podnosić kwalifikacje.

I to dotyczy wszystkich grup zawodowych. wszystkich, bo zarówno przecież pielęgniarek, nie mówiąc o miejscach, tutaj padli anestezjolodzy, pielęgniarki z oddziałów noworodkowych, pewnie dziś będzie o tym mowa, najrozmaitsze są takie czynniki. Ale kwalifikacje wszędzie mogą być podnoszone. One nawet mogą być podnoszone w tej najniższej grupie, wśród salowych.

Czy możemy uznać, że przyjęliśmy, czy jeszcze w tej sprawie.

Pan doktor Czarnecki.

Ob. Czarnecki:

Ja chciałem jeszcze zwrócić uwagę państwa na ten pierwszy punkt, który w pewnym sensie te nastroje mógłby łagodzić. Jeżeli wyeksponujemy jakąś tę sprawę, że nie czekając na półrocze, czy na sierpień my proponujemy i strona ~~rzeka~~ rządowa dotrzyma tego, że po I kwartale podsumujemy jak ta sprawa płac w stosunku do sfery produkcyjnej się kształtuje, to może to w pewnym sensie troszkę zasiać nadzieje, że wcześniej niż we wrześniu można się doczekać jakiejś retaksacji tej płacy. I myślę, że w zestawieniu z tym przyspieszonym opracowaniem nowego projektu płacowego, to by jakoś mogło nastroje uspokoić. Gdybyśmy oczywiście z obu stron tej oliwy troszkę na powierzchnię wylali za pomocą tych dwóch punktów.

Dziękuję.

Przewodnicząca:

Bardzo proszę.

Ob.

Chcę w pełni poprzeć ten projekt zaproponowany w tej ostatecznej wersji, ponieważ on rodzi jakieś nadzieje, że rzeczywiście będziemy w stanie stworzyć, zrobić coś dla służby zdrowia. Od dziesiętków lat dyskutujemy i sytuacja jest, jak wspólnie tutaj stwierdzamy dramatyczna. Sam wielokrotnie w różnych sytuacjach jako nie lekarz występowałem w interesie służby zdrowia w tym sensie, że te wynagrodzenia, które tam obowiązują z jednej strony są niejasne, niejasno sformułowane, nieprzejrzyste, a z drugiej strony stale brakowało środków. Stale brakowało środków.

My tutaj zapominamy, chyba o tym jednym elemencie, mianowicie środki pieniądza. System jest konieczny. I on musi ~~być~~ być jasny i przejrzysty. I wydaje mi się, że te kolejne zbliżenia, tutaj ja bym trochę bronił resortu zdrowia, w tym sensie, że przecież jest ogromna troska o to, żeby zbliżać je do jakiegoś ideału, do jakiejś koncepcji, która mogłaby zadowalać wszystkich. Niestety, nie jest to takie proste. Ponieważ, wydaje mi się, ciąży tutaj na resorcie stały brak środków. W tej chwili też. Na ten rok otrzymaliśmy taką a nie inną kwotę na wynagrodzenia. I prawda wygląda w ten sposób, i tak to się dyskutuje. Obserwuję jak to przebiega w Sejmie, na komisji sejmowej, gdzie ~~że~~ rzeczywiście ludzie są do końca zaangażowani, ale odpowiedź zawsze jest brutalna. Proszę bardzo, chcecie więcej, to powiedzcie komu zabrać. Zawsze jest, brutalnie rzecz formułując, jest taka odpowiedź.

Wobec tego wydaje mi się, że system na pewno powinien być taki, który w miarę, nie bądźmy tutaj tak bardzo pewnymi siebie, że jesteśmy w stanie wypracować taki system, który zadowoli wszystkich, w najmniejszym zakładzie pracy, wtedy kiedy są sprawy podwyżek, to większość ludzi jest niezadowolonych. Oczywiście trzeba stworzyć system taki, który mógłby gwarantować przynajmniej tej większej części zespołu pracowniczego określone zadowolenie.

Więc system na pewno tak, ale z drugiej strony równolegle trzeba myśleć nad tym skąd wziąć środki, żeby te środki były jednak zabezpieczone. Ponieważ zmów wywołamy nastroje tego typu, że system zostanie opracowany, że będzie więcej pieniędzy, ale jeżeli tych pieniędzy więcej nie będzie to pogłębi jeszcze tę sytuację niezadowolenia, która w tej chwili w służbie zdrowia funkcjonuje.

Tak, ~~zamy~~ generalnie, żeby już krótko powiedzieć, ^{że} jestem za tym wnioskiem, tutaj wydaje mi się sprawa czasu jest bardzo ważna i trzeba określać jednoznacznie. Najwyżej trzeba będzie się usprawiedliwiać, dlaczego się nie udało tego zrobić w określonym czasie. Natomiast rozważając mając na uwadze tę jakąś w miarę doskonałą siatkę płac, trzeba uwzględnić, już się zastanawiać nad tym, myśleć o tym, jakimi środkami dysponujemy aktualnie, czy będziemy mogli dysponować, żeby tę siatkę ~~pał~~ płac zapełnić pieniędzmy, bo inaczej to będzie puste. Bo inaczej to będzie puste.

Dziękuję bardzo.

Ob.

Można w takim razie zaproponować, żebyśmy starali się opracować ten projekt. Zobaczymy czy on będzie do zaakceptowania. Mamy ekspertów przecież, siadają eksperci, niech wypracują system. Może się okazać, że nie jest to ani idealny, ani bardzo perspektywiczny, że okaże się, że niedoskonały obecny, z możliwością wprowadzenia pewnych zmian, może być tym prowizorium, które dotrwa do wprowadzenia reformy, kiedy zagrają mechanizmy ekonomiczne i po prostu będą inny, inny system.

Przewodnicząca:

Dziękuję bardzo panu profesorowi.

Może tylko, ja bym nie chciała przedłużać dyskusji, na ten temat, tylko może zasygnalizujemy nie dyskutując w szczególach, że my widzimy źródła finansowe dla finansowania xplac w służbie zdrowia, może króciutko pani Anna Grzymisławska krótko zasygnalizuje.

Ob.

Czy byśmy mogli przejść do tych źródeł nieco później? Ja mam propozycje, ja bym chciał zgłosić później propozycje, jeżeli skończymy tę wstępną, bo bardzo dużo czasu tracimy na tę wstępną dyskusję, do której i tak będziemy musieli wrócić.

Przewodnicząca:

Dobrze, rzeczywiście. Sprawy finansowania później, kiedy będziemy mówić w ogóle o sprawach finansowych. Zgadzam się z tym. Króciutko do czego doszły samorzędy.

Ob. Zbigniew Chłap:

Szanowni państwo, druga część naszych obrad w Ministerstwie Zdrowia w podzespole ds. zdrowia dotyczyła dwóch ważnych wydaje nam się problemów. Pierwszy, to jest samorządów pracowniczych i drugi, samorządu zawodowego, zwanego izbami lekarskimi. Przeczytam po prostu nasze ustalenia, które przekazaliśmy tutaj i one brzmią następująco:

W pierwszym zagadnieniu: Zespół uznaje za niezbędne przygotowanie przez Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej w terminie do 20 marca br. projektu ustawy o zawodach medycznych i opiece zdrowotnej. Projekt w części dotyczącej zarządzania powinien uwzględnić rolę samorządów oraz przewidywane rozwiązania organizacyjne zawarte w kierunkach reformy służby zdrowia. Projekt ten powinien być następnie skonsultowany w środowisku służby zdrowia i poddany ocenie opinii społecznej.

Dosłownie dwa zdania komentarza. Zespół nasz natrafił na zasadniczą trudność wobec nieopracowania do tej pory ustawy o zawodach medycznych i opiece zdrowotnej i to jest konieczny wymóg, który stawiamy i prośbę w stosunku do Ministerstwa o jak najszybsze.

Drugie zdanie komentarza to to, że tu jest znowu nieprecyzyjne sformułowanie powinno być dzisiaj ustaleniem zakończone, mianowicie to co mówiła pani docent Kuratowska, że powinien być następnie skonsultowany. Myśmy to powinni powiedzieć, że w jakimś terminie powinien być ta konsultacja^{na} przeprowadzona.

Drugie zagadnienie, to jest nasze stanowisko odnośnie izb lekarskich. Ono brzmi następująco: Że zespół postanawia zwrócić się do Sejmu w sprawie jak najszybszego przekazania ostatniej wersji poselskiej projektu ustawy o samorządzie lekarskim do konsultacji w środowisku służby zdrowia.

I drugie, że po uwzględnieniu uwag zgłoszonych w toku konsultacji projekt ten powinien być skierowany na plenarne posiedzenie Sejmu obecnej kadencji. Tutaj jeśli chodzi, jedno zdanie komentarza, chodzi nam o to, że naszym zdaniem przewlekanie ponad naprawdę konieczność tej konsultacji jest bardzo niecelowe wobec tego, że jest to projekt najbardziej zaawansowany, praktycznie biorąc on jest nieźle konsultowany poprzez publikacje, które do tej pory miały miejsce, naturalnie jeżeli będzie nowa wersja i wciąż nowe wersje, nie możemy się zgodzić bez tej konsultacji, o którą prosimy, żeby była szybko przeprowadzona. Publikacja w służbie zdrowia powinna być do 3 tygodni. Projekt jest przecież gotowy i czekamy naprawdę tylko na tę publikację.

Przewodniczący

Pan profesor Zochowski.

Ob. Żochowski:

Ja rozumiem, że to stanowisko jest akceptowane, przez stronę Solidarności. My uważamy również, że w chwili obecnej projekt o izbach lekarskich w wersji ostatecznej opracowanej przez posłów jest projektem, który wymaga tylko pewnego makijażu. Te sprawy trwają już bardzo długo i wydaje się, że najwyższy czas, żeby ta ustawa się urodziła.

Nie zgadzamy się i uważamy, że niesłuszne były zarzuty stawiane, że ustawa o samorządzie lekarskim powinna się ukazać po ustawie o zawodach lekarskich i opiece zdrowotnej.

Uważamy, że może ukazać się ona przed albo w czasie. Nigdy nie odwrotnie. Stąd ten zarzut odwróconej kolejności uważamy za niesłuszny.

W sprawie ewentualnych konsultacji. Czy był projekt konsultowany czy nie, jak to sobie wyobrażamy. My trochę mówimy o projekcie, który nie jest projektem naszym. Jest projektem sejmowym, poselskim. Czyli mówimy o czym, co jest opracowane przez inny zespół. W zespole tym uczestniczyło wielu przedstawicieli również OPZZ przy opracowywaniu tego projektu. Zarzut, że nie była formalnie przeprowadzona konsultacja środowiskowa jest zarzutem trudnym dla akceptacji.

Również w chwili wydaje się, że ten projekt, ponieważ był zaakceptowany, nie sam projekt tylko idea, przez komitet społeczno-polityczny, ma zielone światło, i nie możemy iść w tej chwili w konsultacje projektu szeroką, który jest po pierwszym czytaniu i właściwie jest gotowy, po drugim czytaniu do wejścia na plenarne obrady.

Nie bardzo wierzę w możliwości przeprowadzenia tej konsultacji po przedrukowaniu tego w służbie zdrowia, które

nie będzie w stanie chyba, ta konsultacja, dokonać się szybko.

Mam taką propozycję, czy można byłoby skrócić maksymalnie ten czas poprzez publikację tego projektu w innej gazecie, myślę o dzienniku, myślę o Rzeczypospolitej. Jeżeli byłaby taka możliwość, skróciłoby to na tyle czas konsultacji że faktycznie ten projekt, on musi wejść na sesję plenarną obecnej kadencji. I takie było nasze stanowisko ustalone wspólnie.

Przewodnicząca:

Według mnie to jest znakomity projekt, żeby wyszło w Rzeczypospolitej. Z takim zastrzeżeniem, że byłoby dobrze, żeby w innych dziennikach, a to chyba Polskie Towarzystwo Lekarskie może się postarać, taka informacja, anons poprzedniego dnia, że następnego dnia. Bo Rzeczpospolita nie jest dziennikiem powszechnie czytany. Wtedy na pewno zabraknie go w kioskach, bo cała służba, wszyscy lekarze będą czytać. Więc rzeczywiście będzie wtedy powszechnie znany. To jest dużo lepsze niż Służba Zdrowia.

Czy wobec tego zgadzamy się.

Ob.

Ja rozumiem, że w takim razie mędziemy my jako, państwo jako przewodniczący, jako stół mogli wystąpić do grupy poselskiej, do Sejmu o umożliwienie właśnie w ten sposób przeprowadzenia konsultacji nie w piśmie medycznym.

Przewodnicząca:

Naturalnie, ja się na pewno zgadzam.

Ob.

Ja mam tylko jedną uwagę, uwagę, którą chciałbym, żeby była przedstawiona państwu. Mianowicie chodzi o projekt ustawy o zawodach medycznych i opiece zdrowotnej. Oczywiście jest tu 20 marca, jest uzgodniony, ja nie chcę kwestionować tego. Natomiast chciałbym, żeby panowała świadomość wśród nas faktu, że ustawa o opiece zdrowotnej musi przybrać formę tych tez kierunkowych, które wydyskutujemy dyskutując o reformie. Dlatego, że to jest przecież pochodna. No, niestety, tutaj musimy się zgodzić na kierunki, na pewne rozwiązania, bo przecież ustawa jest niczym innym jak zapisem prawnym merytorycznych uzgodnień. I dlatego mamy mało czasu i stąd jest moja inwokacja, żebyśmy mogli przystąpić do naszych prac merytorycznych możliwie jak najszybciej.

Przewodnicząca:

Pan profesor Chłap.

Ob. Chłap

Panie ministrze, to nie przeszkadza, żeby ten projekt pokazał się w formie wariantowej i wtedy będziemy mogli uzupełnić wybierając odpowiedni wariant.

Przewodnicząca:

Tak, to skoro już osiągnęliśmy zgodność co do tych dokumentów bardzo istotnych. W tym czasie również spotkał się nasza grupa robocza ds. kierunków reformy. W naszym pojęciu to spotkanie nie było takie, nie zakończyło się właściwie jakąś konkluzją i chcielibyśmy zaproponować, ażeby całą dyskusję na temat tych kierunków reformy z przedstawieniem naszego stanowiska, stanowiska państwa i ekspertów, przenieść na plenarne posiedzenie naszego stolika, jak najszybciej. Chcę zaanonsować, że mamy termin w poniedziałek na spotkanie zespołu, który ja zaklepałam ze względu na salę. Wiem że planowane było spotkanie 2 marca dwóch grup, grupy ekonomicznej i grupy ds. organizacyjno-strukturalnej. Otóż myśmy po przedyskutowaniu tego doszli do wniosku, że nie ma sensu, żeby te grupy się spotykały w tej chwili. Że musimy zająć się bardziej generalnymi kierunkami, a nie szczegółami, które się będą rzeczy w grupach będą. Chcemy mieć też zebrać troszkę wyników takiej naszej konsultacji w środowisku kierunków reformy, tak, że proponowałabym ażebyśmy na poniedziałkowym posiedzeniu skupili się wokół tych spraw.

Ob. Żochowski:

Chciałem przedstawić stanowisko naszej strony odnośnie nie tych propozycji, tylko w ogóle propozycji. Ja zdaję sobie sprawę z całego nurtu dyskusji już poprzedniej, że wszystkim nam leży bardzo na sercu i możliwie jak najszybsze wprowadzenie reformy systemowej w opiece zdrowotnej.

Dlatego ja proponuję, żebyśmy nasze obrady dalsze oparli na dokumencie tym, któryśmy państwu przekazali, a który stanowi o kierunkach reformy w opiece zdrowotnej i społecznej. I żeby można było, zgodnie z tym cośmy rozmawiali poprzednio, całe nasze obrady, a nie mamy dużo czasu, ukierunkować na dyskusję nad tymi tezami.

Trzeba powiedzieć, że prawdopodobnie wysłuchamy tak samo referentów, którzy dadzą nam krótkie sprawozdania nt. co w czasie gap roboczych zdołali przedyskutować, ale wydaje mi się, że ranga tych problemów, a przede wszystkim czas ograniczony, zmusza nas na przeniesienie na zebrania plenarne. I tu chciałbym wrócić, pani przewodnicząca, do tego cośmy sobie ustalali jako tematykę obrad dnia dzisiejszego, dnia jutrzejszego tzn. poniedziałkowego. W rzeczy samej myśmy wśród tych problemów, o których mówiliśmy, powiedzieli sobie o kształceniu medycznym, o niepełnosprawnych, czy pomocy społecznej, jak również mówiliśmy o lekach, mówiliśmy o narodowym programie zdrowia.

Ja bym proponował, żeby dzisiejsze obrady potraktować te trzy wystąpienia, tą tematykę, o którym myśmy

I tu chciałbym wrócić, pani przewodnicząca, do tego cośmy sobie ustalali jako tematykę obrad dnia dzisiejszego, dnia jutrzejszego, tzn. tego poniedziałkowego.

W rzeczy samej myśmy wśród tych problemów, o któryśmy mówili, powiedzieliśmy sobie o kształceniu medycznym, o niepełnosprawnych czy pomocy społecznej, jak również mówiliśmy o lekach, mówiliśmy o narodowym programie zdrowia.

Ja bym proponował, żeby dzisiejsze te obrady potraktować, trze trzy wystąpienia, tę tematykę, z którą myśmy ustalili, ^{tzn.} finansowanie, problem informacji o zaopatrzeniu w jednorazowy sprzęt, a przede wszystkim problemy dziecka, matki i noworodka, ten pierwszy temat, ja myślę, że jest to temat problemowy, który ma fundamentalne znaczenie w narodowym programie zdrowia i proponowałbym, żeby może na zakończenie tej reformy wrócić do narodowego programu zdrowia, ja przekazałem egzemplarz, my postaramy się jeszcze odbić, żeby państwu przekazać, i żebyśmy mogli wymienić zdania, prosiłbym, zwracam się o reakcję o opinię w stosunku do tego projektu.

Ja to powiedziałem na początku, że jest tam bardzo dobra ta część epidemiologiczna, natomiast wszelkie uwagi, które mogą być zgłoszone przez stronę solidarnościową, będą pomocne w pracach i międzyresortow^{ej}ych komisji, no i później wspólnych pewnych wypracowań.

Oczyli matka i dziecko, nazwijmy to tak, dzisiejsze, traktujemy jako ~~zadanie~~ zadatek dyskusji pewnej, kierunkowej nad narodowym programem zdrowia, natomiast te wszystkie elementy, dwa, dzisiejsze, dalsze, finansowanie, jako informację.

Żeby stworzyć nam możliwości dyskusowania kierunków reformy, kiedy dojdziemy do mechanizmów ekonomicznych, czy problemu tak ważnego, jak zaopatrzenie, musimy znaleźć pewne rozwiązania, już w ramach dyskusji nad reformą, i na przyszłe zebranie, jest może w dyskusji ustalającej, byśmy wytypowali te najważniejsze problemy. Ja myślę, kształcenie jest też jednym z bardzo istotnych problemów.

Niezależnie od tego, jeżeli będzie zgoda, my postaramy się przedstawić materiał informacyjny nt. medycyny wiejskiej, dlatego że tutaj wzbudziło na poprzednim zebraniu, było głosy bardzo interesujące i mieliśmy tylko bardzo krótką dyskusję. I w takim razie, gdyby pani przewodnicząca się zgodziła, to wwidziałbym, że w następnym tygodniu bierzemy część problemów związanych z kierunkami reformy na możliwie krótkim, może w przerwie tygodniowej, kończymy tę dyskusję nad reformą i będziemy starali się możliwie jak najszybciej sformułować stanowisko.

Ja rozumiem, że diagnoza jest zawsze łatwiejsza niż wytypowanie terapii. I jestem świadom, że wtedy kiedy będziemy mówili o terapii, to będziemy mieli różne rozwiązania. Część będzie wspólnych, podobnych, część będzie trochę rozbieżnych, ale mnie się wydaje, to nie jest problem rozbieżności, to jest innego podejścia, a w sumie to może być bardzo konstruktywne. Jeżeli to tak pani mogłaby przyjąć.

Przewodnicząca:

Tak, w tym zasadniczym zarysie programu naszych prac, to myślę, że tak. Ja chciałbym powiedzieć, że my musimy skończyć nasze spotkania do 15 marca. Tzn. do 15 marca musimy

mieć już protokoły naszych stanowisk, rozbieżności, wspólnych stanowisk itd., które musimy dać na odpowiednie główne stoły. Tak, że czasu jest rzeczywiście bardzo niewiele. Wobec tego, co pan profesor był łaskaw powiedzieć, dzisiaj będziemy, jeszcze mamy tam parę spraw powiedziałyśmy mniejszych, ale i zaległych, i od których pewne dalsze dyskusje będą zależały. Ale jeśli chodzi o tematy, po przerwie, będzie chyba o 12-ej, zrobimy przerwę krótką, a później przerwa obiadowa, ja nie wiem kiedy jest planowany dla nas obiad, to nasi drodzy asystenci powiedzą. Na ~~12~~ 14-tą. Czyli zrobimy krótką przerwę. Ale myślę, że po tej krótkiej przerwie o 12-ej, bo ona będzie nam potrzebna, powiemy sobie o finansowaniu. Właśnie w formie informacji od państwa, jakiś naszych uwag, bo to jest niezbędne do dyskusji o kierunkach reformy., którą zostawiamy na następne.

Ja w związku z tym co powiedziałam, że jeszcze takie zaległości mamy, my mamy zaległy temat z poprzedniego, odłożony po prostu, na dzisiaj, dyskusję dotyczącą stanowiska naszego, które chcielibyśmy aby było stanowiskiem wspólnym całego stołu, dotyczące spraw politycznych, a więc rekomendacji partyjnych na różne stanowiska w służbie zdrowia.

Ja przypomnę, że myśmy proponowali wówczas taki tekst i proponujemy go ponownie, tekst, że podzespół ds. zdrowia uważa, że medycyna powinna być odpolityczniona. W tym celu należy zlikwidować nomenklaturę rekomendacji i opinie partyjne w sprawach personalnych w służbie zdrowia oraz uniemożliwić wszelki udział czynnika politycznego w decyzjach fachowych.

Ja dostałam od pana profesora taką informację nt.

zatrudnienia w służbie zdrowia, gdzie była krótka informacja dotycząca spraw nomenklatury. Było tam powiedziane, że jeżeli chodzi o nomenklaturę, to dotyczy ona, rekomendacji partyjnej, dotyczy to stanowisk ministra zdrowia, wiceministrów i dyrektora departamentu kadr. To są stanowiska rządowe i nie o tym my mówimy. My mówimy, i to przyjmujemy oczywiście. My mówimy o tym co jest opinią partyjną jednak wymaganą, zresztą w tej informacji było powiedziane, że to się może zdarzać szcątkowo. My mamy dowody na to, że dzieje się to nie szcątkowo w służbie zdrowia, tylko dość powszechnie. A więc uważamy, tak jakżeśmy to mówili, ja tylko powtarzam, że to odpolitycznienie, ta zasadnicza sprawa pozostaje dla nas sprawą zasadniczą. Dla udziału naszego w planowaniu kierunków reformy, kierunku jakiś zmian, które miałyby nastąpić w służbie zdrowia. Jeżeli takiej decyzji, takiego zapewnienia nie będzie, to wówczas niczego co, nic co postanowimy nie będzie miało żadnego zaufania ze strony środowiska medycznego i całego społeczeństwa. Tak, że chciałabym ponownie to stanowisko oddać pod dyskusję. Proszę bardzo.

Ob.

Pani profesor, jak bym proponował tak. Jeżeli bierzemy te kierunki reformy, to tutaj cały rozdział od 21 do ileś stron poświęcony jest zagadnieniu doskonalenia kadry kierowniczej zdrowia. I tu jest m.in. w pierwszej, w pierwszym punkcie jest kwestia kryteriów. Kryteriów gdzie podkreśla się fachowość kadry, kwalifikacje zawodowe, umiejętności praktyczne. Jeżeli ja to przytaczam, to dlatego, że jeżeli jesteście zgodni, że te kierunki będą podstawą naszej dyskusji, dyskutując te zagadnienia powrócimy do tematu. Dlatego, że

wyduje mi się, że on w tej chwili traci jakiegokolwiek wartości w świetle tych kierunkowych ustaleń, Stawiamy merytoryczność, stawiamy oparcie kwalifikacji kadry, i tu ordynatorów, i tak samo kadry kierowniczej, wybitnie na merytorycznych sprawach. I naprawdę wydaje mi się, że przy tej okazji, dyskutując te sprawy możemy wrócić do tematu. Ja naprawdę nie chciałbym w tej chwili, żebyśmy cały czas chodzili po peryferiach, w moim odczuciu ja mogę się mylić, natomiast omijali tę dyskusję, która powinna doprowadzić wreszcie do pewnych uzgodnień merytorycznych.

Przewodniczącą:

Pan doktor Edelman.

Ob. Marek Edelman:

Panie ministrze, to nie są peryferie. To nie są peryferie, bo to jest zasadnicza rzecz. Bo jeżeli wszędzie się mówi, decydują kadry, to to jest więcej lub mniej prawdy, w zależności od techniki maszyny. W służbie zdrowia decydują wyłącznie kadry. Oczywiście trzeba mieć i komputer, trzeba mieć i echo itd. itd. Ale to jest kadra. A kadra w służbie zdrowia jest od lat niedobra. I ja państwu powiem prostą rzecz. Tu siedzi osób 12 po naszej stronie, czy 11. Ja nie mówię o więzieniach, o internatach, którzy tu przebyli, bo to jest bez znaczenia. Ale połowa z tych ludzi była represjonowana przez wydziały zdrowia, przez dyrekcje szpitali, co to znaczy represjonowana. On był wczoraj kierownikiem, jutro go wyrzucili. On był wczoraj kierownikiem kliniki, jutro mu zabrali. On był ordynatorem, nie dali mu, przenieśli go do małego miasta.

Proszę państwa. Państwo mówią o takich rzeczach, że my stawiamy na fachowość. Te słowa, które pan minister powiedział, ja słyszę od lat 40, tylko nie ma jego wykonawstwa. Bo, państwo, rząd się świetnie urządził i partia, bo wszystko przecież idzie konkursem, prawda. Tylko kto jest w tej komisji konkursowej. Jak już ten konkurs przejdzie i jest dwóch kandydatów i broń Boże ten bezpartyjny dostanie 7 głosów, a partyjny 3 głosy, to to idzie do zatwierdzenia do komitetu wojewódzkiego czy miejskiego, bo to jest dwóch kandydatów do wyboru, i daje się tego co ma 3 głosy, bo jest partyjny.

Już nie mówię o tym, że w szkolnictwie wyższym jest tak, że co roku, czy co trzy lata każdy asystent jest na takiej komisji, gdzie oczywiście decyduje kierownik kadr z organizacją

partyjną. Już nie mówiąc o profesorach, ale o każdym asystencie. To jest sprawa zasadnicza. Myśmy sobie naprodukowali w marcu tych docentów, którzy są już dziś profesorami, które są nieszczęściem dla służby zdrowia. Państwo wiedzą świetnie, że ten poziom się tak obniżył, to samo było z dyrektorami. Więc to jest rzecz zasadnicza, bo nie jest prawdą, że jak my powiemy tutaj fachowe, to naczelnik wydziału zdrowia sobie nie dobierze swoich kolegów do tego, żeby sobie wyznaczyć tego człowieka. Więc to musi być oficjalnie powiedziane, że żadn^e~~y~~ czynniki polityczne, ani jak to się nazywa, komitety, ani opiniowanie, ani przez komitety, ani przez organizacje, nie są nie tylko decydujące, ale nie mogą wpływać na komisje. To jest rzecz zasadnicza. Jeżeli ja nie wiem, ile lat będzie aż sobie wyleczymy, zrobimy dobre kadry. Ale zacznijmy to, jak tego nie zaczniemy, to wszystkie kierunki k~~ż~~ reformy będą do niczego. Jak nie będziemy mieli kadry najlepszej jaką możemy mieć dla tego okresu to nie będzie tak. Ja wam mówię jak jest, ja znam życie, ja jestem na nizinach, nie jestem w ministerstwie, jak to się mówi, że nie ~~ma~~ nomenklatura, tylko opiniowanie. To wychodzi na jedno i to samo, bo i tutaj się wtrącają nie tylko komitety, ale służby bezpieczeństwa i wszystkie inne elementy.

Więc jeżeli my od tego nie odejdziemy, nie zrobimy nic. Bo przecież partia sama mówi, musi się podzielić z władzą. Więc służba zdrowia jest rzeczą, gdzie nic jej nie zagraża. Jest to mała grupa społeczna, dotyczy to nie kawałka metalu, tylko dotyczy naszego życia. Naszego życia. I tak jest. Jeżeli w tej sprawie władza się boi oddać tego kawałeczka swojej władzy, żeby wyznaczyć tego czy tamtego profesora,

czy tego czy tamtego ordynatora, to przecież o czym my tu mówimy. Przecież władzy zależy na porozumieniu, w pierwszym rzędzie. To jest dla społeczeństwa. Władza potrzebuje tego porozumienia. Prawda? Żeby coś zrobić. Bo bez porozumienia nic nie zrobi i bez porozumienia się ta władza nie utrzyma. Więc jeżeli nie chce oddać takiego ~~kwa~~ kawałeczka ze swojej władzy nad lekarzem, no to proszę państwa o czym my możemy mówić. Ja nie rozumiem, państwo używają ciągle takich enigmatycznych słów. Jak ja przyszedłem do swojego szpitala i powiedzieli, pan minister Wojtczak powiedział o odpolitycznieniu, to co to znaczy. Co to znaczy odpolitycznienie służby zdrowia. Trzeba mówić jasne wyrazy, żeby wszyscy zrozumieli. To nikogo nie obrazi, to partii nie zabierze siły, rząd się przez to nie przewróci, ustrój zostanie ten sam, a w służbie zdrowia będzie trochę porządku.

Jeżeli nawet na tym wielkim okrągłym stole nie dojdzie do tego, że tą się nomenklaturę wyrzuci, czy jak to się dziś nazywa opiniodawczość, to w służbie zdrowia możemy to zrobić, będzie to pierwszy wyłom. Mały, ale przecież te ząbki wychodzą po jednym. Więc ten ząbek dla służby zdrowia jest bardzo potrzebny.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca:

Pan doktor Miastowski jedno zdanie.

Ob. Miastowski:

Ja chciałbym tutaj powołać się na ministra Kiszcza, żeby wylać trochę oliwy na te wzburzone fale, który mówił, że naje ma tematu tabu.

Dziękuję.

Bardzo proszę teraz prof. ~~Rozanehowski~~ Zochowski,
później prof. Indulski.

Ob. Jacek Zochowski:

Ja bardzo krótko. Właściwie już w pewnym sensie już ten temat ruszyliśmy. Nie wiem czy państwo zauważyli. Ula-
teg, że mówiąc o projekcie ustawy o samorządzie lekarskim,
o izbach lekarskich, próbujemy izbom lekarskim i chcemy
wszyscy, jak przy tym stole siedzimy, dać również władzę.
Będą to również izby władcze. Jeżeli przeczytamy propozy-
cje, które mówią o władzy izby lekarskiej, to w pewnym
sensie wybiega to naprzeciw oczekiwaniom państwa, bo już
punkt ~~w~~ piąty ~~z~~ mówi, że izby lekarskie, przedstawiciel izb
lekarskich przewodniczy komisjom konkursowym na stanowisko
ordynatora i uczestnictwo w konkursach na inne kierownicze
stanowiska w służbie zdrowia, czyli jeżeli zakładamy, że
reprezentacja w izbach lekarskich będzie reprezentacją wy-
braną w sposób demokratyczny i tak jak wszyscy tego oczeku-
jemy, to właściwy głos będzie należał do osób zasiadających
w tych gremiach.

Stąd wydaje mi się, że pierwszy krok został zrobiony
i że jest to projekt poselski, który prawdopodobnie w tej
formie się urodzi i już otwarcie furtki w tym kierunku,
o którym państwo mówią jest dość wyraźne. Tak, że my tutaj
widzimy konkrety nawet. Mówimy o tym, że ta ustawa ma się
lada chwila ukazać, o to walczymy.

Przewodnicząca:

Tak, ale to nie wyczerpuje wszystkiego, bo to dotyczy
lekarzy. My chcemy jasno sprawę postawić. To dotyczy wszyst-
kich, dotyczy kierownik-ów aptek, czy tego typu stanowisk,
bo jest to śmieszne w ogóle dla mnie, ale przecież wiem,
mam na to dowody. My tu wszyscy mamy na to dowody, że takie

opinie są zasięgane. Wobec czego chcemy to wyraźnie powiedzieć.

Pan profesor Indulski.

Ob. Janusz Indulski:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo

Ja myślę, że tu są dwie kategorie spraw. Jedna sprawa to jest sprawa oceny przeszłości, w której trudno byłoby nie zgodzić się, że było szereg dowodów na to, że istniało pojęcie nomenklatury, czy obsadzanie stanowisk według określonego klucza. Jest zagadnienie przyszłości. Ja myślę, że nasz wspólny stół, to jest to miejsce, gdzie my mamy się dogadać w tym wszystkich co nas łączy, ażeby było po prostu lepiej. Najlepszy dowód, żeby użyć tego słowa tak bardzo wysokiego, strona rządowa przedstawia w dokumencie, który jest przygotowany przez wiele lat. To nie jest pod naporem, czy żeby się wkupić w państwa łaski, stanowisko.

Stanowisko to jest, różni się tylko temperaturą przedstawienia sprawy, bo gdyby je merytorycznie rozebrać, to sedno sprawy jest to samo. Być może nam jest trudniej mówić w ten sposób jak państwo to nazwywacie, ale przecież jądro sprawy ~~na~~ co jest, co będzie zapisane, tylko co będzie realizowane. Więc jeżeli nie będzie mechanizm^{ów} demokratycznych, które będą kontrolowały i które będą pilnowały te zagadnienia, to żaden zapis w tej sprawie nie zrealizuje.

Myśmy zakładali i proponujemy, że podstawowym i jedynym kryterium, które może być brane przy obsadzaniu stanowisk kierowniczych jest to co wymieniał prof. Wojtczak, jest napisane na str. 22. I jeżeli będą mechanizmy regulujące demokratyczne, które będą to kontrolowały, to ten

zapis rozwiąże wszystkie sprawy obu stron. Jeżeli natomiast tych mechanizmów nie będzie, to najlepszy zapis pozostanie tak jak to mówił pan dr Edelman, papierem, który będzie bez wartości. Więc podejrzewam, że w tej sprawie nie ma różnicy poglądów do tego jak ma być, do tego jak mamy do tego dojść. Natomiast czy jest istotnie potrzebna sprawa, żebyśy zużywali czas na dokonywanie w sposób bardzo ostry tego co było.

Przecież sam fakt, że odcięto te wszystkie zagadnienia jest jednocześnie poddaniem krytyki tego co było. Bo odrzucono tę całą część. Ustalono, ustaliliśmy, że, na marginesie zwrócić od razu uwagę, że to wcale nie będzie przyjęte z pełnym aplauzem przez środowisko, np. wprowadzenie co 5 lat weryfikacji kwalifikacji na stanowisku, nie, nie. Ale to jest właśnie m.in. te zabezpieczenie demokratyczne, że jeżeliśy się pomylili, jeżeli to nie jest człowiek, który nie ma zdolności osobistych, ujawniły się ujemne cechy, nie chce się rozwijać, stosuje jakiś pojęty nepotyzm itpd. to żeby była szansa wymiany.

Cały dokument jest przepojony tą sprawą, że samorządność, demokratyzacja, kontrola społeczna, kontrola wewnętrzna społeczna, kontrola zewnętrzna i one będą regulowały autentycznie postępowanie zarządzających, to wydaje mi się, że nic nie stoi na przeszkodzie, żeby te postulaty zostały zrealizowane.

Natomiast czy my użyjemy słowo pręc z nomenklaturą, czy nie to nie o to chodzi. Te sformułowanie wyklucza pojęcie jakiegokolwiek nomenklatury. Nomenklaturą jest wiedza lekarska, umiejętności, doświadczenie, cechy osobiste człowieka, szacunek w środowisku.

Ob. _____/Czy pan kiedyś mówił inaczej/
Bywało, że mówiłem inaczej, bywało, ale pan też.

Przewodnicząca:

Przerywam panom tę dyskusję.

Proszę bardzo pana docenta Wnuka-Lipińskiego.

Ob. Edmund Wnuk-Lipiński:

W tej sprawie zgadzamy się i nie rozumiem dlaczego wobec tego mamy kłopoty z zajęciem wspólnego stanowiska. Otóż zajęcie takiego wspólnego stanowiska byłoby ważne również ze względów praktycznych, dlatego, że trudno się żudzić, aby te praktyki, które istniały, nie chodzi nam o rozliczanie przeszłości w tym momencie, te praktyki, które istniały, żeby one nagle ustąpiły, ale nasze wspólne oświadczenie mogłoby stanowić jakby punkt odniesienia do ocenmy tego, co się będzie działo po "okrągłym stole". I gdybyśmy takie wspólne ustalenie przyjęli, to wpływ polityczny na obsadzanie stanowisk merytorycznych, gdyby zaistniał, byłby sprzeczny z porozumieniami osiągniętymi tutaj. Tylko o to chodzi. Taka funkcja praktyczna by była, a nie polityczna.

Przewodnicząca:

Bardzo proszę, pan...

Ob. _____

Pani profesor, ja mam propozycję. Ponieważ zgodziliśmy się, że będziemy dyskutować te sprawy i efektem naszej dyskusji i prac będziemy mieli stanowiska tak samo państwa i piszemy protokół uzgodnień, jak również i różnic w spojrzeniu na pewne strony. Nie musimy mieć takich samych. To w tym protokole bardzo wyraźnie możemy to zaznaczyć, tym bardziej, że jest to cały rozdział poświęcony kadrze i chcielibyśmy mieć stanowisko państwa. Bo znowu byłoby

nie fair, że dajemy dokument, jako dokument do wierzenia, czy powiedzmy do realizacji.

W związku z tym ja bym proponował, żebyśmy tę dyskusję odnotowali, odnotowali w tej chwili ~~xx~~ to spojrzenie dla nas jest troszeczkę, cała ta sprawa ~~px~~ bezprzedmiotowa, o tyle, że my stawiamy te sprawy właśnie nacisk na meritum, na fachowość i dlatego odnotujmy sobie tę sprawę, wtedy kiedy będziemy pisać uzgodnienia, nasze stanowisko zapamiętamy sobie, postaramy się o sformułowanie, które do będzie do zaakceptowania dla dwóch stron.

Ob.

Proszę państwa, tu jest sprawa zaufania. To jest sprawa zaufania, bo jeżeli państwo, to jest jasne sformułowanie, które państwo, mówią, że państwu odpowiada. Tylko chcecie je rozmydlić w innej rzeczy. To jest sprawa zaufania. Wobec tego, że tu już tyle rzeczy było rozmydlonych, najpiękniejsze hasła poszły w mydło, to tutaj są wyraźne słowa. I te wyraźne słowa musi rząd powiedzieć. Bo jak nie będzie mówił wyraźnych słów, to będzie wszystko ~~sto~~ samo.

Ja to ciągle słyszę, że my mamy najlepsze intencje, tylko najgorzej nam to wychodzi. Ja was bardzo proszę, powiedzcie, że się nie zgadzacie na to, żeby organizacje partyjne nie miały wpływu, a nie mówcie, że my mówimy, że ma być tylko fachowo. Bo 40 lat przyzwyczajenia, niezależnie od tego, co państwo zapiszą w tym protokole rozbieżności, będzie trwało tu. Jak będzie nawet powiedziane *expresis verbis*, to jeszcze się komitety partyjne przebijają.

To jeszcze będzie sprawa z pozostałościami, a jak tego nie powiemy to wszystko zostanie po staremu. Odpolitycznienie, fachowość, to słowa, które się mówi 40 lat. To nic nie daje. A to musi być powiedziane wyraźnie.

A jeżeli państwo chcą w służbie zdrowia iść na rozbieżność w tej sprawie, proszę bardzo. To wtedy stracimy zaufanie do wszystkich dalszych spraw, bo to jest sprawa zasadnicza.

Dziękuję.

Ob.

Chciałem zwrócić uwagę, że to stanowisko, które prezentujemy jest nam potrzebne teraz, dlatego, że jeśli taka opinia nie zostanie przekazana, nie zostanie wyartykułowana to w jaki sposób potrafiemy pracować w zespołach dotyczących samorządności, gdzie tam na każdym kroku będziemy musieli i tak powiedzieć o tym, że nie zgadzamy się na udział tam czynników partyjnych jako opiniujących i decydujących.

Przewodnicząca:

Poproszę bardzo pana.

Ob. /lekarz wojewódzki w Krakowie/

Przepraszam bardzo za zdefektowany głos, ale grypa. Proszę państwa, ale jednak chcę zabrać głos w tym temacie, ponieważ z tego niezbyt popularnego stanowiska chcę państwu przedstawić pewne kwestie. Może odniosę się do tego, co powiedział pan doktor Edelman o tzw. represjach. Może i by warto było pomijając dzień 13 grudnia, spisać kto i gdzie był represjonowany, bo chcę państwa zapewnić, że w Krakowie włos nikomu z głowy nie spadł. Jest pan profesor, możemy tutaj sprostować w tym temacie, jeśli chodzi

o działaczySolidarności. Zajmowali stanowiska, jak zajmowali itd. Ale to nie o to chodzi. Ja chcę zastanowić się czy strona rządowa jest kompetentna do zajmowania stanowiska i wyrażania opinii o tzw. nomenklaturze. Jest to sprawa polityczna, nie ukrywajmy. Partia bardzo niechętnie będzie chciała oddawać tego pola, aczkolwiek już ogromnie dużo zrobiła. I ja chcę przypomnieć, że dzisiaj na poziomie województwa nomenklaturą są objęte tylko i wyłącznie stanowiska dyrektorów szpitali, zespołów opieki zdrowotnej, jednostek organizacyjnych i koniec. Oczywiście można powiedzieć, że nieformalnie partia będzie docierać do każdego zespołu opiniującego czy powołującego. No, ale możemy się również zastanowić, jak zrobić aby zapewnić optymalną obiektywność i sprawiedliwość w ocenie ludzi powoływanych na stanowiska. Przypomnę, dzisiaj ordynatora powołuje komisja w składzie: przedstawiciel wydziału zdrowia, na ogół jest to lekarz wojewódzki, specjalista wojewódzki, dyrektor zakładu pracy, w którym ordynator jest powoływany, przedstawiciel związku zawodowego, przedstawiciel Polskiego Towarzystwa Lekarskiego jest 6 osób i nikt więcej. Tam przedstawiciela partii nie ma. Jest tylko teraz kwestia, może zrezygnujemy z zasady, choć myślę, że można poszerzyć w przyszłości na pewno ten zespół będzie poszerzony, o przedstawiciela izby lekarskiej, o przedstawiciela takich czy innych związków itd. Ale ten zespół może być poszerzony. Jakiś porządek w doborze, ocenie kadr na pewno będzie. Jakiś zespół będzie powoływał. Trudno dzisiaj przesądzić, że będzie powoływała Izba Lekarska. No bo przecież my też musimy mieć wpływ i dyrektor zakładu pracy musi mieć wpływ, kogo on chce mieć za ordynatora.

Mówię na razie o ordynatorze.

Proszę państwa, w ogóle stanowiska kierowników ośrodków zdrowia, przychodni, w ogóle nie są w tej chwili absolutnie dyskutowane w nomenklaturze. Powołuje ich dyrektor ZOZ. Oczywiście nie sam, powołuje w pewnym zespole ludzi, których dobiera, np. oczywiście nie I sekretarz jest na początku, wcale nie. Proszę państwa jest specjalista wojewódzki jako pierwszy, jest ktoś z wydziału. To wtedy musimy zmienić tzw. całą kadrę kierowniczą. Ale ja już kończę.

Chciałbym zapewnić, tzn. miałbym propozycję, to może wnieśmy do regulaminu powoływania ordynatorów przynajmniej to, że komisja wybiera spośród tych 6 kandydatów, dwóch - jednego, jednego ordynatora, który automatycznie nim będzie. To już nie manipulujemy tym, że wybieramy dwóch, idziemy do Komitetu, mówimy, no towarzysze kogo wy chcecie mieć za ordynatora. Zapewniam, że tak się nie dzieje. Przynajmniej teraz. To niech komisja wybiera jednego, i automatycznie tym ordynatorem będzie.

W sumie uważam, że może przeceniamy w tej chwili, ja rozumiem, że są pozostałości, mamy złe doświadczenia, może nawet po obu stronach stołu mamy złe doświadczenia. Nam też nie jest łatwo, lekarzom wojewódzkim, też byśmy chcieli mieć kadrę najbardziej uczciwie dobraną i najlepszą. No, ale różnie to było. Wydaje mi się, ja nie mogę tutaj przemawiać w imieniu partii, co prawda jestem członkiem partii, nie mogę, ale chcę powiedzieć, to co ja wiem, że partia głęboko w tej chwili wycofała się z nomenklatury w służbie zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca:

Dziękuję panie doktorze, ale wydaje mi się, że to nie jest miejsce żebyśmy dyskutowali o składzie komisji, o trybie, regulaminie komisji konkursowych. To jest bardzo szczegółowy problem. Z tego co pan powiedział, jednak wyszło, że dyrektor szpitala jest w nomenklaturze, a my właśnie już tego absolutnie niemożemy przyjąć nawet do wiadomości. Wobec czego.

Jeszcze pan doktor

Ob.

Ja muszę powiedzieć państwu, że ja traktuję tutaj państwa głosy jako pewne przekonanie o nieistnieniu zjawiska, które po roku 1981 rozrosło się, a nie ograniczyło. I obejmuje w tej chwili opiniowanie wszystkie stanowiska funkcyjne, czego mogły być żywym przykładem, jako że

też byśmy chcieli mieć kadrę najbardziej uczciwie dobraną i najlepszą. No, ale różnie to było. Wydaje mi się, ja nie mogę tutaj przemawiać w imieniu partii, co prawda jestem członkiem partii, ale nie mogę. Ale chcę powiedzieć, to co ja wiem, że partia głęboko w tej chwili wycofała się z nomenklatury w służbie zdrowia.

Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca:

Dziękuję panie doktorze, ale wydaje mi się, że to nie jest miejsce, żebyśmy dyskutowali o składzie komisji, o trybie regulaminie komisji konkursowych, to jest bardzo szczegółowy problem. Z tego co pan powiedział^{jednak} wyszło, że dyrektor szpitala jest w nomenklaturze, a my właśnie już tego absolutnie nie możemy przyjąć nawet do wiadomości.

Wobec czego, jeszcze pan doktor..

Ob.

Ja traktuję tutaj państwa głosy jako pewne przekonanie o nieistnieniu zjawiska, które po roku 1981 rozrosło się a nie ograniczyło i obejmuje w tej chwili opiniowanie wszystkie stanowiska funkcyjne, czego mogą być żywym przykładem, jako że pozbawiono mnie kierowania poradnią zdrowia psychicznego w roku 198⁶8. Tak, że ja dlatego uważam, że państwo, dlatego tak ważne jest to, żeby ten cały nasz zespół wypowiedział się jednak w tej sprawie.

Ja bym proponował takie stanowisko. W służbie zdrowia, oczekujemy w polityce kadrowej zaprzestania kierowania się opiniowaniem i rekomendacją partii na stanowiska w stosunku do bezpartyjnych, co stałoby się gwarancją równouprawnienia.

Ob.

Będziemy dyskutowali, czy można poprosić to ~~stanowisko~~. To sformułowanie. Może państwo będziecie uprzejmi sformułowanie, to poprosimy.

Przewodnicząca:

Wobec tego po przerwie odczytamy, czy pod koniec dnia, udoskonalone stanowisko.

Rozumiem, że w tej chwili będzie przerwa. Po tej przerwie czy przejdziemy do dyskusji na temat finansowania?

Ob. Wojtczak

Nie, pierwsze będzie matka z Łdzieckiem. No musi mieć pierwszeństwo. Dlatego, że mamy o godz. 2-ej przerwę obiadową, a więc półtorej godzinna dyskusja. Proponowałbym następującą tematykę na następnej półtorej godziny.

Proponuję, żebyśmy sprawy raportu z grup roboczych poświęcony reformie w opiece zdrowotnej przełożyli na koniec, jako wejście do dyskusji na następne posiedzenie podzespołu, tzn. poprosimy szefów podzespołów roboczych, grup roboczych, panią prof. Chmielową i pana prof. Indulskiego, żeby podzielili się swoimi uwagami odnośnie pracy zespołu ds. reformy. I będzie to jak gdyby pewną rekapitulacją dzisiejszych naszych obrad i wstępem do dyskusji na poniedziałkowym podzespołe.

Natomiast w tej chwili chciałbym prosić panią prof. Bożkową.

Panie doktorze, wydaje mi się, że uzgodniliśmy przedtem, tę sprawę, dostaliśmy zapis, tak samo musimy przemyśleć, i że oddalimy to, żeby nie odwlekać dyskusji merytorycznej, bo tak to... W tym momencie nie jest załatwiona.

Proszę bardzo.

Ob. Grzymisławska

Ja chciałam jeszcze jedną sprawę prosić państwa, jeżeli pan panie ministrze pozwoli, przed tymi sprawami merytorycznymi i przed dalszym porządkiem obra. Mianowicie, zarówno po naszej stronie pan doktor Edelman w trakcie swojej dyskusji, czy w trakcie uzasadnienia poprzedniego ~~dy~~ stanowiska mówił o represjach w służbie zdrowia, jak również pan główny lekarz wojewódzki z Krakowa.

Ja chciałam jeszcze raz wrócić do tej sprawy i dlatego, że Związek Solidarność uważa tę sprawę za bardzo ważną i bardzo istotną. Wśród tego zespołu osób, które siedzą ze mną, połowa zespołu była represjonowana z przyczyn politycznych. I w związku z tym chciałam tutaj podnieść, że domagamy się przywrócenia do pracy pracowników służby zdrowia zwolnionych z przyczyn politycznych po 13 grudnia 1981 r. i rehabilitację skazanych za działalność polityczną w latach 1981-1988.

Represje, które dotknęły nasze środowisko były bardzo dotkliwe i niestety uderzały również w sposób pośredni w pacjentów. Nasze koleżanki, nasi koledzy tracili pracę i stanowiska, w tym także kierownicze. Karnie byli przesuwani do innych placówek służby ~~xxx~~ zdrowia, odbywali wyroki w więzieniach. Wszystko to wiązało się z pomniejszeniem ich statusu zawodowego, wyłącznie z przyczyn politycznych. Działania te nie miały nic wspólnego z oceną etyczną, merytoryczną i fachową pracowników służby zdrowia. Były głęboką krzywdą moralną wyrządzoną naszemu środowisku.

Przez 7 lat podziemnej działalności związek Solidarność domagał się sprawiedliwości społecznej i upominał o prawa pracownicze dla tych wszystkich, którym zostały one odebrane.

Mamy w związku z tym obowiązek jako strona przy tym stole wystąpić o wyrównanie poniesionych krzywd i cofnięcie zastosowanych sankcji wobec tych pracowników służby zdrowia, którzy zostali ukarani za przejawianie niezależnej postawy. I oczywiście, jeżeli państwo będą sobie tego życzyli, przedstawimy taką listę osób.

Ob. Wojtczak

Pani magister, poprosimy tę listę, poprosimy o przedstawienie tych faktów, dlatego, że ja rozumiem, że pewne rzeczy może są bolesne, myślałem, wtedy kiedyśmy otwierali nasze obrady, że będziemy mówili o przyszłości i przyszłości m.in. i służby zdrowia i zdrowia tego narodu. No my wracamy ciągle do spraw politycznych. Oczywiście, że zdrowie ma bardzo duży potencjał polityki w sobie, potrafi i budować mosty pomiędzy różnymi systemami i ustrojami. Ja to rozumiem tylko muszę powiedzieć, że chciałbym wyrazić swój osobisty stosunek do tego, że nie jesteśmy w stanie rozpocząć tej merytorycznej dyskusji. My cały czas odchodzimy od pewnych nurtów, które deklarujemy, deklarujemy m.in. przed kamerami telewizyjnymi, a w czasie dyskusji, gdzie chcemy nawiązać dialog, ciągle odczuwamy tę dystrację. Jest to mój niedosyt pewien, dlatego, że widzę wokół stołu ludzi prezentujących bardzo wysoki poziom fachowy i intelektualny, który by mógł być spożytkowany na pchnięcie spraw i reform tych merytorycznych spraw troszeczkę dalej.

Jeżeli, w takim razie panie magister, ja rozumiem, że pani przedstawi taką listę. Wydaje mi się, i to jest głębokie moje przekonanie, że znowu to nie jest sprawa do dyskusji na tym zespole. I chciałbym zaproponować, jeżeli państwo się zgodzą, żebyśmy przystąpili do prezentacji tych tematów, które zaplanowaliśmy na poprzednim zebraniu.

Czy pani przewodnicząca, współprzewodnicząca jest zgodna, żebyśmy mogli przystąpić do tej merytorycznej części.

Przewodnicząca:

Tak, jeszcze tylko pan

Ob. Edelman

Jestem bezwzględnie za tym, żeby przystąpić do dyskusji, ale chciałem, żeby pan minister mówił słowa, które są dla wszystkich zrozumiałe i jasne. Bo nie będzie zmiany w służbie zdrowia, dopóki nie będzie zmiany przy tym stole politycznej, nie będzie tego. Bo bez polityki nic się tutaj nie załatwi. Jeżeli jak państwo mówią ^{nie} mają pełnych uprawnień do podejmowania decyzji politycznych, a to trzeba przy innym stoliku załatwiać, to ta rozmowa jest bardzo trudna, bo będziemy rozmawiali o kierunkach polityki służby zdrowia, a państwo powiedzą, to trzeba przenieść na stół polityczny. Więc jakby wszystko trzeba było przenosić. Trzeba mieć te uprawnienia. My mamy te uprawnienia. Państwo muszą też mieć te uprawnienia, żeby była równa rzecz. Bo inaczej ta rozmowa do niczego nie doprowadzi.

Dziękuję.

Ob. Wojtczak

Panie doktorze, chciałbym od razu powiedzieć, tu nie

chodzi o uprawnienia, tylko chodzi o przekonania. Co jest tematem i cośmy uzgodnili jako temat naszych obrad. Dla tego tu nie chodzi o uprawnienia, o przekonania. A to cośmy założyli, możemy się różnić przekonaniem o zdecydowanie.

W związku z tym, czy można zapytać panią przewodniczącą czy możemy przystąpić do..

Przewodnicząca:

Ja chciałam powiedzieć, że zawało mi się, że my nie chcemy wracać do przeszłości. Magister Grzymisławska zgłosiła tutaj to nie jest przeszłość, bo to jest niestety jeszcze i teraźniejszość. Poza tym, jeżeli wracamy w tej chwili do tak dalekiej przeszłości, dla wielu ludzi tu siedzących przy tym stole, wręcz ~~ja~~ historycznej, jak zbrodnie okresu stalinowskiego, to musimy również dążyć do wyrównania krzywd okresu ostatniego. Tym bardziej. Bo te krzywdy są szalenie żywe w świadomości nas wszystkich, bardzo wielu ludzi.

I wydawało mi się, że to w ogóle to co w tej chwili, mnie by się tak wydawało, to co w tej chwili mgr Grzymisławska zgłosiła jest taką kwestią w ogóle bezdyskusyjną, jakgdyby niezależną od poglądów. O ile rozumiem opory przedstawicieli partii przeciwko, wobec wycofania się z opinii partyjnych, ja to mogę zrozumieć. Natomiast to mi się wydaje rzecz zupełnie oczywista. Ja chcę powiedzieć, że w ostatniej chwili jeszcze teraz dotknęły ~~na~~ represje różnych pracowników służby zdrowia, ale my tego nie wymienialiśmy, tu nie mamy zamiaru załatwiać interwencji. Tak, że tylko tyle chciałam stwierdzić. Jeżeli pan profesor uważa, należy przystąpić do zagadnienia dziecka, to naturalnie przystąpimy.

Ob. Wojtczak

Jestem zgodny, zdaje się, jasno się wyraziłem, że proszę właśnie panią magister Grzymisławską o przedstawienie tych materiałów. Jak najbardziej.

W takim razie przystąpimy do przedstawienia, zgodnie z ustaleniami na poprzednim podzespolu, na obradach, tematyki związanej nad matką i opieką nad noworodkiem. Ze strony naszej chciałbym prosić panią prof. Bożkową, która poproszona była jako ekspert, o przedstawienie zagadnienia.

Ob. Bożkowa

Dziękuję bardzo.

Szanowni państwo przewodniczący, szanowni państwo
Ja pozwolę sobie przedstawić na początku parę danych.
Chciałabym rozpocząć od demografii. Nasza piramida demograficzna Polski jest bardzo piramidą skomplikowaną. Na niej odbijają się wszystkie klęski naszego narodu, tzn. wszystkie wojny i wszystko cośmy przeżywali. Ona kształtuje się właśnie tak jak tutaj widzimy, tzn. widzimy kiedy ubywało Polaków, kiedy znowu jako prężny naród rodziło się nas więcej, i w związku z tym piramida nasza jest właściwie wyjątkową piramidą jeśli chodzi o świat. Wszystkie piramidy są znacznie bardziej spłaszczone, co ma olbrzymie implikacje również dla zagadnień organizacyjnych i dla zrozumienia pewnych zjawisk, które z jednej strony są chyba bardzo pozytywne, a z drugiej strony są niezwykle utrudniające.

Ja bym chciała się zatrzymać na okresie powojennym, w którym należy sobie powiedzieć, że liczba urodzeń bezpośrednio po wojnie wynosiła mniej więcej 800 tys. rocznie. I to się utrzymywało przez jakiś czas i potem od 1956 r.

liczba zaczęła się bardzo zmniejszać, dochodząc do swojego najniższego poziomu w roku 1967, gdzie liczba urodzeń wynosiła 520 tys., po czym znowu zaczęła liczba urodzeń wzrastać i najwyższą liczbę urodzeń mieliśmy w ~~1982rrr~~ 1983 r. i wynosiła ona 720 tys. urodzeń. Jesteśmy obecnie znowu na ramieniu zstępującym i liczba urodzeń nam się zmniejsza.

Myślę że trzeba sobie ten fakt uświadomić, bo to jest olbrzymia różnica w liczbie urodzeń wynosząca przeszło 250 tys. rocznie. I to bardzo rzutuje na politykę zdrowia jaką mieliśmy przez te lata powojenne. Z chwilą gdy mieliśmy 800 albo 700 przeszło tys. urodzeń, mówiło się, że mamy zbyt wysoki przyrost naturalny i w związku z tym pewne zagadnienia były stawiane w ten sposób, że one, ~~na~~ no nie potrzeba aż tak wielkich nakładów, ze względu na to, że i tak dzieci rodzi się bardzo dużo.

Niektórzy z państwa na pewno pamiętają, że wokół roku, że w roku 1967 gdy mieliśmy ten najniższy poziom urodzeń, była wtedy duża dyskusja 2 + 3, naród ginie, i w związku z tym, właściwie zaczęto bardzo dużo oddziałów położniczych i noworodkowych przemieniać, i pediatrycznych przemieniać na innego rodzaju oddziały w służbie zdrowia.

Ja dlaczego o tym mówię. Dlatego, że w tej chwili jesteśmy ~~na~~ w podobnej sytuacji. Była duża dyskusja o roku 1983, że na najwyższy^m ~~chłłłł~~ właściwie, no wtedy jak był największy kryzys, mieliśmy tak wiele urodzeń, ale przecież jest to odbicie naszego wyżu demograficznego z okresu powojennego, a teraz jest rzeczą znowu zrozumiałą, że zaczyna

nam się odbijać ten niż, czyli idziemy z liczbą urodzeń w dół. I o co mi chodzi. O to, że w tej chwili trzeba pamiętać, że nie wolno nie tylko zabierać żadnego posiadania położnictwu czy pediatrii, ale wręcz przeciwnie, trzeba pamiętać o tym, że za kilkanaście lat znowu będziemy mieli odbicie wyżu demograficznego, być może nie tak wysokie jak mieliśmy, ale jednak. I że właściwie w tej chwili jest moment na inwestycje na koniec obecnego wieku, żeby nie powtórzyła się sytuacja takiego przeładowania na oddziałach położniczych i takiego przeładowania na oddziałach noworodkowych.

Teraz jaki jest wskaźnik umieralności niemowląt. Wskaźnik umieralności niemowląt był bardzo wysoki, zarówno w okresie międzywojennym, jak i w okresie powojennym. Dokładne dane w latach 40-tych nie są do osiągnięcia, tam są wątpliwości, była duża migracja. W roku 1950 wynosił 111 promile przecinek 2, i potem stopniowo się zaczął obniżać. W tej chwili od roku 1980 jesteśmy wokół 20, w 1980 był 21, w 1987 był 17,4 i był o 0,1 wyższy niż w roku 1986. ~~xxx~~ 17,3 - był rok 1986. Było to bardzo alarmujące, bo nawet podniesienie się wskaźnika umieralności o 0,1 jest wskazówką na to, że dzieją się rzeczy niedobre. W związku z tym uruchomiono pewne działania i mogę powiedzieć, że umieralność niemowląt za rok 1988 dane są na razie tymczasowe, będzie około 16.

Ale mimo to, że moglibyśmy powiedzieć sobie, że jeżeli mamy spadek, to możemy być zadowoleni. To trzeba sobie zdać sprawę z tego, że droga przed nami jest bardzo długa, bo jeżeli weźmiemy, że najlepsze kraje takie jak Szwecja

in Finlandia mają w tej chwili 5,9, a NRD 9,2%, Holandia 8,1 - ja mówię o danych z 1986 r. bo ja nie mam jeszcze danych z 1987 i 1988, to widzimy jaką my drogę mamy do przebycia.

Teraz, jakie są główne przyczyny zgodów niemowląt. One się zmieniły na przestrzeni lat powojennych. Obecnie 48% to jest umieralność okołoporodowa i tutaj wydaje mi się, że trzeba sobie zdać sprawę, że w tej umieralności okołoporodowej to przede wszystkim niski ciężar urodzeniowy odgrywa bardzo dużą rolę, to jest wcześniactwo i niska masa ciała, czyli dystrofia wewnątrzmaciczna i zaburzenia oddychania.

To od razu wytycza również pewne kierunki naszego działania, bo trzeba sobie zdać sprawę, że trzeba będzie znacznie więcej postawić na rozwój oddziału intensywnej opieki nad noworodkiem. Dlatego że ratowanie dzieci z ciężarem urodzeniowym poniżej 2500 jest znacznie trudniejsze niż dzieci powyżej, i dlatego musi być inna, musi być pewna reorientacja jeśli chodzi o organizację opieki nad matką i dzieckiem.

Zresztą o matce będzie mówił prof. Troszyński, ja tylko chciałabym z tej strony dziecka powiedzieć.

I teraz, według wszystkich krajów europejskich i Stanów Zjednoczonych i Kanady oblicza się, że w chwili obecnej potrzeba jednej intensywnej terapii dla noworodków, licząc jeden oddział na milion mieszkańców. Czyli ~~u~~ u nas by to wynosiło 38, myśmy liczyli koło 40. Natomiast w tej chwili w Polsce są dwa albo trzy, to zależy jak liczymy, oddziały intensywnej terapii dla noworodków. I państwo widzą, czego właściwie my nie mamy. I to są rzeczy drogie,

dlatego, że tutaj noworodek kosztuje, a on właściwie w budżecie szpitala ciągle jeszcze jest niewidoczny. A to jest najdroższy odcinek moim zdaniem, jeśli chodzi o finansowanie. Bo to jest i ogromnie obciążające lekarzy, ale trzeba również doskonałego wyposażenia.

Tutaj również są te zaburzenia w oddychaniu, których bez respiratorów i bez dobrej organizacji nie tylko na wysokim poziomie, nie tylko w oddziałach referencyjnych, czyli w szpitalach wojewódzkich, czy akademiach medycznych, ale również w tym ZOZ-ie, w którym potrzebny jest respirator, żeby natychmiast ^t zaintubować noworodka, który ma zaburzenia w oddychaniu, ~~xxxxxxx~~ To zobaczmy jaka kosztowna jest to sprawa. A teraz, czy to jest tylko ratowanie życia.

To jest przede wszystkim ratowanie życia, ale również ratowanie jakości życia. Dlatego, że jeżeli będzie noworodek zaintubowany zbyt późno, to on może jeszcze przeżyć, ~~ka~~ ale będzie uszkodzony. I tu trzeba sobie zobaczyć, jaka to jest odpowiedzialność i jak na pewne rzeczy trzeba zwrócić uwagę, ale jak również limituje nasze działanie strona ekonomiczna.

Ja już nie mówię o zabezpieczeniu w leki. i w inną aparaturę.

Następnie 26% przyczyn zgonów, to są wady rozwojowe wrodzone. W tym 1% stanowią wady wrodzone serca. I teraz znowu można by było znacznie więcej noworodków i niemowląt i dzieci uratować z wadami wrodzonymi serca, gdyby była odpowiednia liczba oddziałów kardiologii dziecięcej. Docelowo uważamy, że w Polsce powinno być 5 co najmniej.

Myślę, że więcej nie, bo to jest zbyt kosztowne, ale 5 oddziałów dobrej, z prawdziwego zdarzenia kardiouchirurgii dziecięcej powinno być. Już są, ale one jeszcze nie są tak wyposażone jak być powinny.

Następne 26 to są pozostałe, tzw. pozostałe przyczyny, w których możemy powiedzieć, że bardzo przykrą przyczyną są zakażenia szpitalne i również posocznice wynikające z dużego tłoku. Dlatego ja wskazywałam na to, że my mamy okresy, w których okropne jest przeładowanie oddziałów położniczych ze wszystkimi następstwami. I dlatego wydaje mi się, że tutaj trzeba jak najprędzej zakończyć rozpoczęty przez nas proces organizacji nowoczesnej, takiej, że matka jest po porodzie z dzieckiem, czyli tak zwanego ~~room~~ rooming in I to trzeba doprowadzić do końca, co oczywiście też wymaga nakładów, ale jest konieczne z wielu względów. Raz ze względów psychologicznych, że dziecko powinno być z matką bezpośrednio po urodzeniu, chroni przed zakażeniami szpitalnymi, ^{że} dlatego tylko to środowisko tych dwóch, trzech, czy czterech matek, które leżą razem, a nie przewozi się na wózkach i zakaża po drodze, czyli to jest działanie i przeciwzakażeniom, a równocześnie jest jeszcze jeden moment, to jest ten, że matka uczy się jak opiekować się noworodkiem i równocześnie matka karmi dziecko na żądanie wytwarza się laktacja i wtedy będzie ten nasz program karmienia piersią miał widoczne postępy.

Teraz, tu chciałam zwrócić na jeszcze jedną rzecz uwagę w tym wprowadzeniu, że my mamy w całej Polsce, ja oczywiście województwa różnią się między sobą, ale ogólnie

polSKI wskaźnik wcześniactwa wynosi 8%. I te 8% dają nam 55% zgonów niemowlęcych. Z tych 8% wcześniaków jest 55% zgonów niemowlęcych. Czyli znowu widzimy na co trzeba zwrócić uwagę, będzie mówił prof. Troszyński, co zrobić, żeby obniżyć wcześniactwo z jednej strony, a ja już pokazałam co należy w dużej mierze zrobić, żeby te wcześniaki nie ginęły, tylko żeby one mogły być uratowane.

I teraz, co należy robić. Więc myślę, że są dwie rzeczy. Pierwsze, to jest profilaktyka, drugie to jest medycyna naprawcza. I myślę, że dotychczas nie wszyscy w społeczeństwie rozumieją, co to jest profilaktyka. Myślę, że to ~~jest~~ ^{jest} słowo ~~nie~~ ^{jest} słowo, a to jest właściwie słowo, które powinno być znacznie bardziej w cenie.

Co tutaj należy wymienić jako najważniejsze przy profilaktyce. To są warunki społeczno-ekonomiczne, które mają znaczny wpływ na kształtowanie się zdrowotności. Tu są i warunki mieszkaniowe, wiadomo, że jeżeli zbyt dużo osób mieszka w jednej izbie, to nawet przenoszenie się chorób zakaźnych, chorób wirusowych w czasie grypy, jest oczywiście znacznie łatwiejsze. Jest zabezpieczenie potrzeb dziecka i rodziny, szeroko pojęte. Ja myślę, tutaj o wszystkim co jest potrzebne do pielęgnacji, do żywienia, do stworzenia odpowiednich warunków życia. Mleko i jego przetwory i środki czystościowe, i odzież, wszystko co byśmy mogli wyliczać, a czego, każdy wie, jak to w tej chwili wygląda.

Myśmy wprawdzie opracowali cały zestaw co musi być przynajmniej dla najmłodszych dzieci, i chcieliśmy żeby to zawsze było, ale myślę, że to jest poza gestią resortu zdrowia. I my czasej jesteśmy tym głosem wołającym na

puszczy, dlatego, że to się uważa, że to jest służba zdrowia, my możemy mówić co potrzeba, my możemy ciągle o to molestować, natomiast nie mamy żadnej możliwości wydostania tego co byśmy chcieli, żeby było zabezpieczeniem dla matki i dziecka.

Poza tym na drugim miejscu postawiłabym warunki ekologiczne, ale nie tylko zanieczyszczenia środowiska przez fabryki, bo my bardzo często mówimy o zanieczyszczeniu wyłącznie z tego punktu widzenia przemysłu, autobusów, które oczywiście, że tutaj ci wszyscy nasi rodzeni zieloni robią dużo i pokazują to, ale myślę, że bardzo mało się mówi o naszym brudzie, i o naszych bardzo złych nawykach do tego, żeby tam gdzie można żeby było czysto. Możemy zobaczyć chociażby nasze ubikacje.

Trzecia, to jest kultura zdrowotna. Kultura zdrowotna to jest bardzo ważny problem, i tutaj myślę, że należałoby położyć bardzo duży nacisk na odpowiednie podniesienie kultury zdrowotnej całego społeczeństwa. Jest to zagadnienie trudne, dlatego że rozpoczyna się poprzez rodzinę i szkołę do właściwie każdego środowiska. I muszę powiedzieć, że nie jest to działanie, które daje tak dobre efekty jakbyśmy tego oczekiwali.

Na granicy kultury zdrowotnej i działania służby zdrowia jest bardzo duża przestrzeń. Bo oczywiście, że kultura zdrowotna nie może być tylko w rękach służby zdrowia, dlatego że wtedy służba zdrowia i społeczeństwo by przegrało. Służba zdrowia powinna ~~raz~~ pokazywać, co należy

granicy kultury zdrowotnej i działania służby zdrowia jest bardzo duża przestrzeń. Bo oczywiście, że kultura zdrowotna nie może być tylko w rękach służby zdrowia, dlatego że myślę, że wtedy by służba zdrowia i społeczeństwo przegrały. Służba zdrowia powinna pokazywać, co należy robić, natomiast włączone w to wszystko powinno być całe społeczeństwo, również szkoły, ale niewątpliwie rola służby zdrowia w tych postawach prozdrowotnych i propagandzie na to powinna być większa niż jest.

I teraz, co mi się wydaje, że w działaniu służby zdrowia powinno być specjalnie wypunktowane. Opieka nad kobietą w ciąży, o czym będzie mówił prof. Troszyński. Myślę, że trzeba rozbudować poradnię zdrowia rodziny. Dlatego, że to jest to, gdzie można by całościowo do pewnych zagadnień podejść, mówię o Instytucie. Mamy, zakład i poradnię zdrowia rodziny i mamy już dość duże doświadczenie.

Ponieważ zdrowie zaczyna się w domu, i według światowej organizacji zdrowia 75% zdrowia uzyskuje się w rodzinie, 25% podstawowej opiece zdrowotnej, a tylko 5% w specjalistycznej opiece zdrowotnej. A proszę zobaczyć, u nas jest to wszystko dość odwrócone, tzn. uważa się, że przede wszystkim specjalista da nam zdrowie. A dbałość o własne zdrowie właściwie nie jest specjalnie w cenie. Wydaje mi się, że tutaj jednak trzeba to zmienić. Myśmy razem z dr Sito napisały podręcznik Zdrowie rodziny, i wydaje mi się, że powinno to być znacznie bardziej rozpropagowane, żeby te zagadnienia były znacznie bardziej w życiu stosowane.

Ważnym elementem zdrowia rodziny są również szkoły przyszłych matek i ojców, które ustawiają tych przyszłych

rodziców w tym, żeby wiedzieli, że ich odpowiedzialność za zdrowie, a także odpowiedzialność ich za zdrowie współmałżonka jest ogromnie wielka. I za zdrowie przyszłego dziecka. I wydaje mi się, że jest to moment, w którym chętnie wszyscy słuchają co należy ~~z~~ zrobić, także u nas bardzo się to przyjęło i jest ogromna frekwencja, i wydaje mi się, że mogłoby to być więcej rozpropagowane. Z tym łączy się planowanie rodziny. Chodziłoby o to, żeby zapobiec przerywaniu ciąży, a także tragedii dzieci niechcianych.

Poza tym opieka, i tutaj wydaje mi się, że warto również powiedzieć, o całej propagandzie karmienia piersią, o przekonaniu i motywowaniu młodych matek do tego, żeby to przyjęły jako swój własny program, no bo w końcu one muszą być przeświadczone o tym, żeby w ten sposób postępować.

Poza tym o kształtowaniu prozdrowotnych zachowań przestrzeganiu zasad higieny i nawyków prozdrowotnych. Dużym bardzo elementem jest opieka nad noworodkiem. Ja już o nim wspomniałam, ale wydaje mi się, że tutaj jeszcze trzeba powiedzieć o naszym programie, który myślamy teraz czterema województwami wypracować. Jest to z jednej strony, bardzo może być przydatne w opracowywaniu pewnej reformy, dlatego, że jest to na zasadach decentralizacji. Jest tam udział bardzo duży właśnie województw, poczynawszy od leczenia podstawowego, poprzez szpitale wojewódzkie, aż do akademii. I tutaj chodzi o to, że chcielibyśmy wprowadzić większą jakby samodzielności i odpowiedzialność każdego pracującego w tym zakresie lekarza. Mamy już pewne może i nasze spostrzeżenia, ale jest za wcześnie o tym mówić.

Niemniej wprowadziliśmy ocenę poprzez system optymalizacji optymalności noworodka. Czyli naszą zasadą było, żeby wprowadzając tę samą dokumentacją pogłębioną, skomputeryzowaną nowoczesną, dać różne warianty możliwości różnych wariantów organizacyjnych opieki nad matką i dzieckiem.

Z tym wiąże się oczywiście również sprawa szkolenia kadr-~~x~~ która jest wtedy ukierunkowana na to, co widać przy podsumowywaniu tego działania, co właściwie brakuje zarówno lekarzom, pielęgniarkom, jak i położnym. Bo chodziłoby o to, żeby właśnie stworzyć znacznie większą współpracę między lekarzem i pielęgniarką, rodzicami, a także pielęgniarką położną i rodzicami. Nie będę mówiła o medycynie naprawczej, dlatego, że jest ona ważnym elementem, jak już powiedziałam kosztownym, i te wszystkie elementy trzeba widzieć w całości dlatego, że one dopiero pozwolą nam stworzyć ten system, który zarówno zapobiegnie jak i no może będzie mniej tych, które trzeba będzie naprawić.

Dziękuję bardzo.

Ob. Wojtczak

Chciałem podziękować bardzo pani profesor Bożkovej i w tej chwili może, jeżeli pani, ja widzę, że się zgłasza do dyskusji uczestniczka.

Tak ja wiem, na początku pytania.

Proszę bardzo.

Ob. Anna Grajcarek:

Jestem pielęgniarką, jest mi strasznie niezręcznie i bardzo przykro, że muszę zaprotestować, albo poprawić coś co powiedziała pani profesor. Mianowicie pani profesor powiedziała, że co drugi wcześniak ginie w Polsce. Połowa z nich ginie, tak? To jak?

Ob. Bożkowa

Że z 8% wcześniaków, to nie to, że co drugi ginie. Tylko z 8% wcześniaków pochodzi 55% zgonów, to nie jest to samo.

Ob. Anna Grajcarek:

Rozumiem. Nie zmienia tego...

Ob. Bożkowa

Ale zmienia, bo to nie co drugi.

Ob. Anna Grajcarek:

Co ja chciałam powiedzieć, po prostu pani profesor posługiwała się statystykami, no i istotnie statystyki takie są.

Natomiast mogę powiedzieć z własnej autopsji, że one nie są prawdziwe. Dlatego, że w tych statystykach nie mieszczą się dzieci urodzone poniżej 32 tygodnia i do kilograma wagi ciała. Poniżej kilograma. Te dzieciaki stają się obywatelami naszego kraju, ja to naprawdę bardzo dobrze sprawdziłam, dopiero po przeżyciu, oczywiście, po przeżyciu całej doby, czyli 24 godzin. Przez 24 godziny nie są obywatelami naszego kraju, nie mają żadnych praw i lekarz, który chce mieć dobre wyniki, dobrą statystykę, po prostu tymi dziećmi nie będzie się zajmował., bo nie pomogą tu respira-

tery, ponieważ takie jest prawo w Polsce. Ja nie nie wiem, czy ja to mówię jasno, ale to naprawdę chodzi o te dzieciaki, są miejsca na świecie, w których te dzieciaki w 90 czy 100% przeżywają, a u nas niemal wszystkie giną. I nie jest to, i uważam, że jest to jakiś błąd.

A prawo jakby demoralizuje ludzi, lekarzy, którzy się nimi opiekują, bo w ich interesie leży jakby, żeby one w tych pierwszych godzinach życia, jakby ten problem się rozwiązał. Nie mają motywacji do tego, żeby walczyć o nie. Bo to im pogarsza statystykę, w razie przypadku, kiedy one giną.

Ob. Wojtczak

Drugie pytanie.

Proszę nazwisko.

Ob. Marek Kulerski /Oddział Intensywnej Terapii

Dziecięcej w Warszawie/

Ja chciałem troszkę uściślić to co koleżanka przed chwilą powiedziała. Właśnie chodzi o to, że w polskim prawie funkcjonuje pojęcie noworodka czy wcześniaka żywo urodzonego niezdolnego do życia, który jest taki, że waży powyżej 600 g do 601 do 1000 g. Jeśli nie przeżyje 24 godzin, nie jest brany w statystykę śmiertelności. Jak to ma efekt.

Proszę państwa, wskaźnik umieralności niemowląt, ja mam dane za 1985 r., według wersji oficjalnej wynosi 18,4, z uwzględnieniem wersji obowiązującej czy podanej przez światową organizację zdrowia, która uważa za urodzonego noworodka wcześniaka powyżej 600 g, który przejawia chociaż jeden element życia przy uwzględnieniu tej poprawki ten wskaźnik za rok 1985 wynosi 22,1, jest to różnica blisko 4 promile, i jest to bardzo dużo, proszę państwa. Więc te wszystkie statystyki to jest wpływ nie tylko na statystykę śmiertelności noworodków, ale także niemowląt i całą dalszą statystykę umieralnościową. ^{więc} Ja nie jestem statystykiem ani demografem, mogą tutaj pewne nieścisłości powiedzieć.

Proszę państwa, jaki to ma dalszy efekt. To co koleżanka mówiła o wpływie prawa na postawy ludzkie. Jest konkurencja w obniżaniu śmiertelności. I proszę sobie wyobrazić, że w województwach niektórych, np. wskaźnik umieralności neonatalnej według definicji obowiązującej w Polsce wynosi np. 10,2 z uwzględnieniem poprawki wynosi 18,5, to jest blisko 50%. Wzrość śmiertelności neonatalnej. Dalej proszę państwa, jaki to ma dalszy wpływ. Jeśli przyjrzeć się rozkładowi liczby urodzeń w zależności od wagi, to okazuje się, że kobiety

polskie doskonale dostosowują się do przepisów prawa, mianowicie nagle w jednym z lat na przykład, urodziło się w grupie wagowej 950 - 1000 gramów, 1200 ~~u~~ noworodków, a w grupie wagowej powyżej 1000 do 1050 - 78. Jest to chyba statystycznie absurdalnie proszę państwa. ~~W~~ Dalej, do czego to doprowadziło. Mianowicie w niektórych województwach śmiertelność w tej grupie wagowej przekracza 100%. Wydaje się to śmieszne. I jest śmieszne, ale jest także tragiczne. Jest to podanie wagi urodzeniowej na wstępie, po zgodzie jeśli ta waga przekraczała 1000 g, zaniżanie wagi. Myślę, że tego typu sytuacji statystycznych można by było może znaleźć więcej, ale wydaje mi się, że to jest jedno z najtragiczniejszych. Było wystąpienie do Ministerstwa Zdrowia przed paru lat, w sprawie przystosowania tychże polskich przepisów do zaleceń światowej Organizacji Zdrowia, jakby Ministerstwo Zdrowia nie zareagowało na tą sprawę. to jest jeden problem, który chciałem ~~poruszyć~~ poruszyć. Oczywiście w skali europejskiej to nas plasuje jeszcze dalej niż 20 któreś miejsce, bo schodzimy rzeczywiście na przedostatnie jeśli nie ostatnie.

Proszę państwa, odnośnie noworodka. Ja się spodziewałem wypowiedzi pani profesor może bardziej skonkretyzowanej wizji tego co będzie robione, niż powiedzmy takich szerokich omówień pewnych zagadnień ogólnozdrowotnych, które chyba były właściwie dla nas wszystkich no nie dyskusyjne, bo jasne. Natomiast ja chciałem na jedną rzecz zwrócić uwagę. Mianowicie na sytuację w oddziałach noworodkowych rzeczywiście jak ona wygląda.

Proszę państwa, to jest pustynia. Tam nie ma nic. Oczywiście ^{kliniki} niektóre ośrodki, niektóre ~~wydziały~~, niektóre oddziały, które mają jako takie wyposażenie. Ja śmiem twierdzić, że noworodek, szczególnie wcześniak, urodzony w złym stanie, nie otrzymuje pomocy lekarskiej. Tzn. robi się wokół niego pewne rzeczy, ale to w świetle dzisiejszej wiedzy medycznej jest właściwie brakiem pomocy.

W tej grupie wagowej, o której wspominałem, 25 600 - 1000 g śmiertelność w statystykach krajowych w tej chwili jest około 50%, u nas jest blisko 100%, prawie 100%.

Budowa, rozwój oddziałów intensywnej terapii noworodkowej, tak, jest to rzecz, idea bardzo słuszna. Rzeczywiście te oddziały są potrzebne, rzeczywiście kosztują bardzo dużo, i ponieważ kosztują szalenie dużo, powinny być w jakiś sposób oszczędny tworzony. Podstawą musi być poprawa sytuacji w oddziałach noworodkowych i to w momencie urodzenia dziecka.

Innym zagadnieniem jest opieka plenarna, przedporodowa i okołoporodowa, która też w moim odczuciu, ja nie jestem położnikiem, więc mnie jest bardzo trudno to oceniać. Ale z tego co śledzę w tzw. literaturze, wydaje mi się, że tu jest wiele niedostatków także. Ale proszę państwa, reanimacja noworodka czy wożeśniaka, która się odbywa na przeciętnym oddziale noworodkowym, jest praktycznie znikąd.

Jeśli chodzi o udokumentowanie tego. Do naszego oddziału intensywnej terapii 14% noworodków jest przywożonych martwych, nieżywych, w stanie śmierci klinicznej. W pierwszej dobie śmiertelność tych noworodków jest rzędu 20 - 25%. O czym to świadczy, że do momentu przywiezienia one nie miały udzielonej

prawidłowej pomocy. Ja nie chcę wnikać w tej chwili w szczegóły, jak to wyglądać powinno itd. Natomiast w oddziałach noworodkowych przeciętnych, nie ma podstawowego wyposażenia do prowadzenia prawidłowej resuscytacji i leczenia noworodka. Wszystko się odbywa na tej zasadzie, urodził się w złym stanie, rurka i odesłać. Jest to błąd w postępowaniu i póki my nie poprawimy sytuacji zarówno personalnej, jak i jeśli chodzi o kwalifikacje jak i chodzi o wyposażenie w podstawowej komórce jakim jest oddział noworodkowy, żadna rozbudowa oddziałów intensywnej terapii nie rozwiąże, nie poprawi w istotny sposób sytuacji.

Ja mogę mieć najwspanialsze respiratory, inkubatory, jeśli martwy noworodek przyjeżdża ja nic z nim nie zrobię. To jest kolejna sprawa.

Kolejna sprawa to są problemy natury organizacyjnej w oddziałach noworodkowych. Nazwijmy to prawno-organizacyjnej. Jest cały szereg zarządzeń, które mają na celu jakby poprawę sytuacji w oddziałach noworodkowych. Wielokrotnie wydaje się, że one mają na celu poprawę sytuację typu administracyjnego. Jest taki, ja nie trafiłem, nie dostałem, nie widziałem dokumentu, ale ta wieść, że tak powiem, krąży, że jest zalecenie, rz. zarządzenie Instytutu Matki i Dziecka, czy Ministerstwa, nie potrafię tutaj sprecyzować, bo wszyscy tym pojęciem operują, a nikt mi tego nie pokazał, że chory noworodek musi być natychmiast odesłany do oddziału noworodkowego. Sprecyzowano mi to bliżej, że dotyczy m. noworodków z infekcją, z objawami infekcji. W zasadzie swojej założenie można czy dyskutować, czy nawet wstępnie uznać za słuszne, że groźba infekcji w oddziale noworodkowym, wobec tego ten noworodek powinien

być odesłany. Ale to zarządzenie dość konsekwentnie egzekwowane prowadzi do kolejnych absurdów. Że oddziały noworodkowe skarżą się, że nie uzyskują akceptacji na zakup pewnych leków z importu typu antybiotyki i inne rzeczy, które niekiedy muszą służyć do stosowania normalnego leczenia, ale zanim ten noworodek zostanie przeniesiony on musi być już leczony. To jest jedna sprawa.

A druga sprawa, że istnieje cały szereg rzeczy, które powinny być stosowane w profilaktyce tych noworodków, a one nie są stosowane, przez to, że mówi się wy nie macie prawa leczyć, wobec tego nie dostaniecie zgody na zakup takiego czy innego leku, czy takiego czy innego sprzętu.

Tak jak mówię, to dalej dotyczy całego szeregu innych problemów, że dalej nie stworzono rzeczywiście, mówi się odesłać, ale nie ma gdzie odesłać. Nie chodzi tu o oddziały intensywnej terapii, bo to jest inna sprawa, ale o oddziały, które by mogły prowadzić leczenie noworodków chorych ale nie wymagających jeszcze oddziału typowego intensywnej terapii. Formalnie one zostały stworzone, natomiast faktycznie one nie spełniają swojej roli z bardzo wielu względów szczegółowych. Nie chcę tutaj wnosić.

Wydaje mi się, jeśli mówimy o noworodku, bo tak zrozumiałem, że ten problem jest poruszany. To wydaje mi się, że zasadniczą sprawą, mówię, budowa oddziałów patologii czy rozwijanie patologii noworodka, czy oddziałów intensywnej opieki typu noworodkowego, bo tych w gruncie rzeczy, to są pojedyncze, w Warszawie są 3 oddziały reanimacji, ale żaden z nich nie jest nastawiony stricte na noworodka.

Ale najpierw podniesienie, umożliwienie kontynuowanie leczenia potem przez poprawienie sytuacji w momencie urodzenia się dziecka, bo to dopiero stwarza możliwość uzyskania efektów. W To co ja mówię dotyczy tylko od momentu ~~na~~ urodzenia, bo do tego momentu istnieje cały szereg innych jeszcze rzeczy.

Konkludując, wydaje mi się, że w tym aspekcie powinny być jakieś konkretne, ja wiem, że to bardzo drogo kosztuje, ale wielokrotnie umożliwienie prawidłowego postępowania po porodzie ogranicza, już pomijając wszystkie inne aspekty, w ogóle koszty leczenia. To jest sprawa ekonomiczna także. Nie tylko ściśle lekarska. Oddziały reanimacji typowej kosztują potwornie drogo.

Jeśli chodzi o wyposażenie, krótko. Przez 15 lat pracy w oddziale reanimacji nie zdarzyło mi się, żeby przyszedł noworodek z ~~z~~ dokonanym pomiarem ciśnienia ~~z~~ tętniczego krwi. Tak jakby noworodki, wcześniaki nie miały ciśnienia krwi. Nie ma możliwości. Nie ma tak podstawowego sprzętu dla wcześniaków jak inkubatory. Te, które są nie nadają się do użytku. To są pojedyncze egzemplarze, które rzeczywiście spełniają rolę inkubatora jako takiego. Nie ma stanowisk do resuscytacji z prawdziwego zdarzenia.

Ja nie mówię już o tym, że nie ma żadnych układów monitorowania itd.

Wobec tego wydaje mi się, że należałoby po pierwsze zmienić spojrzenie na statystykę w ogóle śmiertelności pod tym kątem, pod którym ja wspominałem o zmianie tego przepisu

obowiązującego u nas, bo to nas za bardzo może czasami uspokajać, i wzięcie rzeczywiście, stworzenie jakiegoś programu poprawy w tym zakresie noworodkowym. Ja nie chcę, oczywiście truizmem jest powiedzenie, że sytuacja noworodka zależy od stanu matki i całego środowiska itd. i od sytuacji ekonomicznej, to jest jasne.

Dziękuję.

Ob. Wojtczak

Dziękuję bardzo. Czy można prosić panią profesor.

Ob. Bożkova

Może razem z profesorem Troszyńskim, to jest to jednak, spóźka.

Ja część odpowiem, ale pana prof. Troszyńskiego poproszę, bo nie chciałabym w położnictwo wchodzić, a tu się pewne rzeczy zazębiają jakby to nie było, a ponieważ uważam że jednek ten zespół położnik-pediatra jest nierozzerwalny, to wtedy będziemy może odpowiadać razem.

Może tak, co do statystyki pan profesor też już mi mówił, że będzie na ten temat odpowiadał, ustosunkuje się, my wiemy o tym. To jest około 4 promile różnicy. Ten system obliczania wprowadziliśmy w 1960 r. W instytucie ^{wy} radajemy, taki biuletyn, ~~przez~~ prof. Brzeziński go publikuje, z danymi zarówno liczonymi według obowiązujących przepisów, jak i według Światowej Organizacji Zdrowia. My tę dwoistość prowadziliśmy już, żeby widzieć że to jest różnica i zdajemy sobie sprawę. Natomiast wydaje mi się, że jeśli chodzi o to co już, jeżeli obowiązuje od 1960-go roku życia to jest to porównywalne, więc nie ma tego, że my zmieniamy

potem już właściwie nie wiadomo, ile nam tych dzieci umiera. Czyli jak jest 60, a mamy 88, to ja się trzymam tego, że ja widzę, czy pogarsza się czy nie pogarsza. Jak zaczną mi zmieniać to ja już wtedy w ogóle nie wiem, czy ja stoję na lepiej, czy na gorzej. Bo jeden mi będzie tak, a drugi inaczej tłumaczył.

Zaraz, zaraz. LBądźmy znowu ściśli. Ja mam tutaj z francuskiego czasopisma podaną definicję i nie wszystkie kraje tak według światowej organizacji zdrowia wprowadzili u siebie, czyli, ja się zgadzam z tym, że to jest definicja, i że że prawdopodobnie po jakimś przygotowaniu będziemy chcieli. Ja bym nie twierdziła, że akurat moje stanowisko jest takie, że niech te dzieci giną, przeciwnie. Chciałabym, żebyśmy jak najwięcej dzieci utrzymali przy życiu. Natomiast nie wszystkie kraje to wprowadziły. I mam tutaj, które wprowadziły, mam takie krzyżyki nie krzyżyki, każdy ma tam jakieś swój sposób oceniania. Np. są kraje, które w ogóle nie liczą zgonów w domu. Czyli te statystyki są różnie prowadzone. I muszę powiedzieć, że jakbyśmy tak weszli to prawie każdy kraj ma jakieś tajemnice, które, może za wyjątkiem krajów ~~na~~ skandynawskich. Ja bym powiedziała, że Skandynawii to ja wierzę, bo tam każde dziecko jest rzeczywiście obliczone i ocenione. Reszta, to każdy coś ma, są kraje, w których statystyka, państwo daruje, ale ja zupełnie nie wierzę, ale to jest sprawa statystyki, do jest do domówienia co my przyjmujemy. Mnie się wydaje, że ważniejsze jest to, w pewnym sensie oskarżenie lekarzy. Że to prowadzi do demoralizacji i że lekarze nie ratują dzieci. Ja się mogę zgodzić, że oni

mogę przesunąć do takiej czy do innej jak dziecko zmarło, natomiast ja bym była bardzo ostrożna z oskarżaniem, że lekarz nie ratuje dziecka. On może nie mieć czym i może zrobić błąd, ja się z tym zgadzam, dlatego, że w tej chwili wzięliśmy program opieki nad matką i noworodkiem jako rzecz najważniejszą. I z prof. Troszyńskim już te zagadnienia wypunktowaliśmy, ale byłabym absolutnie przeciwna temu, że lekarz już tak nisko zszedł, że nie ratuje dziecka tylko dlatego, żeby mu statystyki nie zepsuł. To już nie. Bo potem jak już dziecko umrze, to oni się ratują, bym się z tym zgodziła. Ale jak już nieżyje to czy przesunie czy nie przesunie, to jest w moim punkcie, jeśli chodzi o moją etykę to jest mniej ważne, niż to, żeby on miał, bo tamto jest nie do przyjęcia. Natomiast dramatem jest jedna rzecz. Że nam nie tylko giną dzieci, które ważą 600 czy 700 g, nam giną dzieci, które ważą 2000. I przecież to najprędzej załatwić. Bo 2000 dziecko nie powinno w ogóle umrzeć. A teraz jak to wygląda.

Ja się zgadzam z panem doktorem Kulerskim, że każdy ma prawo i rzeczywiście ma prawo. I że głoszę zawsze to, że dziecko jest obywatelem od początku. I nie powinno się mówić mały człowiek, bo to jest człowiek. I to jest człowiek ze wszystkimi jego atrybutami. I on ma prawo jako obywatel, bo jest również obywatelem. Ale, przecież ja nie wiem na czym się różnimy. Ja powiedziałam, że trzeba a od najniższego poziomu tzn. od poziomu ZOZ to wszystko zorganizować. I myślę, że może nasze różnice polegają na nomenklaturze. Bo ja się zgadzam z tym, że dziecko tam gdzie się rodzi powinna być, powinno być zaintubowane,

ja to nazwałam respiratorem, on może być gorszy czy mniej, więc myślę, że tutaj są raczej nomenklaturowe różnice niż różnice w pojęciu, że trzeba.

Dla mnie lekarz jest lekarzem.

Nie jest dla pana lekarzem?

No to wtedy musielibyśmy go sądzić. Ale to już zostawmy ten margines.

Ja jednak wolę podejść optymistycznie. I myślę, że tutaj my się różnimy w jednym. W nazwie tego przyrządu, który ma nam pozwolić na to, żeby każdy noworodek potrzebujący interwencji ~~zawsze~~ zaczął oddychać jeżeli ma takie czy inne zaburzenia w oddychaniu. I czy my to nazwiemy respirator, czy my to nazwiemy inaczej, to jest kwestia załatwienia tego na najniższym poziomie.

I panie doktorze, jeszcze pan profesor powie, myśmy przygotowali celowo taki program, który wyprobujemy w czterech województwach, bo jest niemożliwe żebyśmy dojrzeli we wszystkich województwach, żeby jak najmniej dzieci było transportowane. To ja się z panem w 100% zgadzam, że w tej chwili transport

Żeby jak najmniej dzieci było transportowanych. Bo ja się z panem w 100% zgadzam, że w tej chwili transport jest fatalny i że to musi się zmienić. I transport noworodka jest w ogóle niebezpieczny. W związku z czym zasadą u nas, to co powie jeszcze prof. Troczyński, jest, żeby dziecko było transportowane in utero, czyli w macicy. I żeby rodziło się w tym ośrodku, w którym coś już w ogóle jest. Czy jest coś w ogóle, no, ja myślę, że są początki, ale na pewno to trzeba rozbudować.

Tęraz, myślę, że po to zrobiliśmy ten program wdrożeniowy, żeby zobaczyć ile to kosztuje, bo na dobrą sprawę to w tej chwili k nikt nie umie odpowiedzieć ile kosztuje wyposażenie czego i jak wygląda ekonomizacja czegokolwiek i w związku z tym podjęliśmy ten trud, żeby wreszcie dojść chociaż do jakiegoś rachunku, że ja będę mogła mojemu ministrowi powiedzieć, można zrobić to i do, ale kosztuje to tyle i tyle w takim wariancie, w innym wariancie kosztuje tyle i tyle, i wtedy zastanówmy się wszyscy razem jaki my wariant my będziemy wybierać. Stąd myślę, że jest to już początek, aczkolwiek droga jest bardzo długa.

Żadnych zarządzeń myśmy nie wydawali, za wyjątkiem tego, i to się pan doktor chyba zgodzi, że noworodki z infekcją nie mogą leżeć wśród zdrowych noworodków. A jak powinna wyglądać organizacja, to się pan zgodzi, bo to jest truizm, ^{że} to nie można. Natomiast organizacja patologii ciąży nagrafia na duże bariery, nie tylko finansowe, ale również bariery w myśleniu lekarzy, którzy teoretycznie się ze wszystkim ^{jak} zgadzają, ale przychodzi do organizacji patologii ciąży

patologii noworodka w wysokospecjalistycznej, nawet akademickim instytucie, to wtedy czasem bywa, gorzej, dlatego, że to jest jednak nakłada duże trudności. Mimo wszystko jestem optymistką, dlatego, że myślę, że część oddziałów dzieci starszych bez wielkich kłopotów da się przerobić na oddziały patologii ciąży, przy czym musi być kadra wyszkolona i musi być wyposażenie. Bo danie samego szyldu, to nie o to chyba chodzi.

Ale ja nie powiedziałam wszystkiego.

Przewodniczący

Dziękuję bardzo.

I poproszę prof. Troszyńskiego.

Ob. Troszyński:

Wyjaśnienia po prostu. Co do kwestii w jaki sposób my liczymy. Czy to jest wbrew czy zgodne z międzynarodowymi ustaleniami. Więc, nie jest zgodne. My jesteśmy jedni na świecie, że jesteśmy niezgodni, ale pewne uzgodnienia są, i to jest ~~xm~~ przestrzegane. Dla porównań międzynarodowych wszystkie kraje europejskie i nieeuropejskie podają od 1000 gramów wzwyż. Od 1000 gramów wzwyż. do porównań międzynarodowych. Natomiast w porównaniach krajowych, czyli wewnętrznych dla celów analizy wewnętrznej, jeżeli się stosuje do zaleceń Światowej Organizacji Zdrowia liczą od 500 gramów nie jak od 600 my. Ale są i takie, które poniżej, od 300 itd. każde, które się żywe urodziło. Wobec czego nie fałszujemy statystyki, dlatego że podajemy od 1000. Liczy to od nowa. Natomiast mamy ~~maximal~~ naddatek pewien tych, które są od 600 do 1000 przeżyły, a które my włączamy i one są w porównaniach do międzynarodowych porównań włączone. Czyli, że o tyle mamy obciążoną statystykę tę grupę.

Ja próbowałem uzgodnić to w Głównym Urzędzie Statystycznym, od niego to właśnie zależy, głównie, żebyśmy przeszli na klasyfikację międzynarodową, tzn. liczyli od 500 do i wzwyż, i tutaj w klasach co 500 gramów, natomiast do porównań międzynarodowych podawalibyśmy ~~kp~~ powyżej 1000 gramów, te które się urodziły, martwe czy żywe. Nie włączalibyśmy wtedy do tej grupy tych, które przeżyły 24 godziny.

Teraz co do tego, czy on jest obywatelem czy nie. My w tej chwili, jeżeli to się rodzi, to w ten sposób nikt na niego nie patrzy, na metrykę. Nie jest to sposób ani kąta widzenia żadnego z lekarzy. Co ~~gsm~~ innego jest zgłoszenie

do Urzędu Stanu Cywilnego, nawet martwe też się zresztą zgłaszane, nie wchodzi tylko do ruchu ludności. Natomiast każde z nich w takich warunkach w jakich może być ratowane, ratowane jest. A że nasze warunki są takie jakie znamy, wobec czego i wyniki nie mogą być inne.

Ja tylko chęć jeszcze powiedzieć co to tej intensywnej terapii, to ja mogę przytoczyć w tym miejscu Kanadę, gdzie w ciągu 5 lat zrobiono ogromny postęp, bo był czas lata wczesne 80. kiedy ich umieralność okołoporodowa była równa naszej wówczas, równa naszej, 25 mln ogromny kraj. 2 mln km². I oni zrobili ogromny skok w ciągu 5 lat. Przez co, przez właśnie stworzenie tych ośrodków, wykształcenie kadry i przez system, a system był na początku. Jaki system? Trójstopniowej selektywnej, a więc tam są ogromne przestrzenie, wobec czego kobieta, która jest w ciąży zagrożonej, a to wiadomo z history w takich przypadkach, jeżeli wiadomo, to ona musiała rodzić w ośrodku, gdzie cała intensywna była. Jeżeli urodził się taki noworodek w jakimkolwiek innych warunkach, co też może się zawsze zdarzyć, w każdym kraju, to zabierane z tamtego miejsca. Ekipa która przyjeżdżała z oprzyrządowaniem i ona odpowiadała od momentu przejęcia. Czyli transport. I tu różnica była tego typu, że np. jeżeli transport był wykonywany przez niefachową, takie porównania są przecież opisywane w piśmiennictwie, to w stosunku do tej ekipy, która była wdrożona i robiła to umiejętnie, to była kolosalna różnica. Te noworodki nie ginęły od razu, one ginęły po tygodniu, po dwóch, po trzech. A wszystko leżało w pierwszych minutach wręcz życia.

Jak one były od początku poprowadzone. N To tyle na temat tego może momentu.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Czy są jakieś pytania?

Nie ma.

Ob. Edelman:

Panie ministrze, pani prof. Bożkova szalenie nas poparła w całym swoim referacie. Bo nie chodzi tu o szczegóły statystyczne. Chodzi tu o zasadę. Tych szczegółów statystycznych, ile trzeba oddziałów, jakich trzeba lekarzy, a ile trzeba dać tego, to my nie wiemy. I my tutaj tych spraw nie rozwiążemy. Nie o to chodzi. Tu chodzi o politykę. I ta polityka w pani profesor wydaniu jak dotychczas była bardzo zła. I polityka demograficzna, i polityka szpitalna, a to jest czysto polityczna sprawa, panie ministrze. Więc nie uciekajmy od polityki. I załatwmy tę sprawę polityczną. Tu są dwie rzeczy. Polityczna jest sprawa finansów i polityczna jest sprawa kadry. I ja bym radził zatrzymać się przy tym okrągłym stole, czy kwadratowym stole, nad tej rozmowie. Bo tutaj nikt nie jest poza panią profesor, może doktor Kulerski, jeszcze ktoś, Chmielowa, nie są kompetentni w tych sprawach. My nie będziemy rozwiązywali gdzie ma być oddział intensywnej terapii, a gdzie ma lekarz mieć respirator. To jest niemożliwe. Będą zespoły, podzespoły. Ale, musimy załatwić pierwszą rzecz, sprawę polityki finansowej i polityki kadrowej. I to jest zasadnicza rzecz. Dlatego obstajemy, że wszystko co tutaj mówimy robimy,

nie jest sprawą szczególną, te wszystkie problemy, które tutaj stają szczegółowe muszą w pierwszym rzędzie być podporządkowane polityce. Bo, pani profesor powie jedno, pan doktor powie drugie, ja nie wiem ile 16 promile, 18 promile, jak to jest naprawdę. Ale musimy wiedzieć jedno, ile dajemy na to pieniędzy i skąd je bierzemy. Jakie ciało będzie je kontrolowało. Czy to będzie w ZOZ, czy to będzie przez administrację, czy to będzie uspołecznione. To są rzeczy istotne, a tych szczegółów naprawdę nie jesteśmy w stanie tutaj rozwiązywać. Tu nie ma fachowców do tego. Resztę potrzebują fachowcy. Niech fachowcy powiedzą potrzebujemy 3 mln zł, proszę bardzo, bo to, to i to, ale my musimy wpierw powiedzieć skąd wziąć pieniądze, na co je wydać, co jest priorytetem i na tym skończyć. Bo tutaj zginiemy w tym. Ta rozmowa do niczego nie doprowadzi.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Ja bym się zgodził z doktorem Edelmanem, że jest to problem nie do rozwiązywania tutaj w drodze dyskusji pomiędzy specjalistami, natomiast przedstawiliśmy sytuację z uwagi na to, że po pierwsze w czasie naszej pierwszej sesji wyraziliśmy zaniepokojenie sytuacją, jeżeli chodzi o umieralność niemowląt. Po drugie, wyrażono i strona solidarnościowa tak samo wyrażała bardzo duże zaniepokojenie, problemami matki i noworodka. I dlatego ja mam propozycję idącą w podobnym kierunku, tzn. nie będziemy rozstrzygać tutaj ani program u szczegółowego, tylko chodzi nam o pewny priorytety w polityce zdrowotnej, która w tym wypadku tak

samo musi być częścią polityki społecznej całego państwa. I w związku z tym chciałbym przedstawić, jeżeli uzyskamy zgodę, to stanowisko całego podzespołu, odczytam, że podzespół stoi na stanowisku, że opieka nad kobietą ciężarną oraz opieka zdrowotna nad noworodkiem i niemowlęciem winna mieć priorytetowe znaczenie w systemie opieki zdrowotnej.

Można realizować poprzez zapewnienie właściwego wyposażenia oddziałów noworodkowych w sprzęt i aparaturę, stałe i systemowe doskonalenie kwalifikacji kadr medycznych odpowiedzialnych za opiekę nad tą częścią populacji oraz właściwą organizację tej opieki.

Jednocześnie stwierdzamy, że rozwiązanie tych kwestii powinno być ujęte w programie polityki społecznej państwa. Takie kierunki działania powinny stać się ważnym elementem realizacji narodowego programu zdrowia.

Ob. Edelman:

Ale tutaj trzeba w pierwszym rzędzie postawić sprawę finansową. Bo to wszystko to są słowa. Dopóki nie będzie pieniędzy, że trzeba dużo oddziałów to mówimy od 10. lat, ale trzeba dać na to pieniądze i to jest pierwsza rzecz. Trzeba sprawy finansowe noworodków czy dzieci, czy niemowląt. Finansowe, to musi być postawione, bo przecież ciągle mówimy takimi ogólnikami, że naprawdę to nic nie da. Jeżeli nie napiszemy konkretnie czego my chcemy, nie że chcemy 2 mln zł, tylko że potrzebujemy z tej puli, która wypadnie na służbę zdrowia priorytetu dla noworodków według programu zorganizowanego przez tego, tego i tego, to to jest jasne słowa powiedziane. A że my chcemy zapewnić, to my zawsze chcieliśmy zapewnić, tylko że mieliśmy spadek demograficzny, i tutaj

trzeba jeszcze poruszyć sprawę, bo to jest bezwzględnie rzecz, tu się mówi, że szkoły mają wychowywać, że rodzina ma wychowywać, dobrze, ale mydło musi być. I to tanie mydło. I to też musi być powiedziane. Jeżeli państwo ma coś subydiować to nie lekarzy tylko mydło. I to musi być powiedziane. Ja nie mam sformułowania tego teraz. Ale w zasadzie trzeba to uogólnić, bo powiedzieć, że my chcemy zapewnić to jest dym.

Przewodniczący:

Doktor Kulerski.

Ob. Marek Kulerski:

Ja chciałbym poruszyć jeszcze jedną sprawę. Oczywiście ja się zgadzam z tym co zostało przez doktora Edelmana powiedziane przed chwilą, ale jest problem także wykorzystania tych pieniędzy, które zostaną przydzielone. Rozumiem, czy chciałbym to tak widzieć, że odpowiednia instytucja resortowa, czy Ministerstwo Zdrowia, rozumiem że Instytut Matki i Dziecka opracuje jakiś konkretny bardzo program działania, z tym że widzę potrzebę, ja osobiście przynajmniej, konsultacji nazwijmy to znowu społecznej, nazwijmy to w cudzysłowie oczywiście. Bo chodzi mi o to, żeby taki projekt został przedyskutowany szeroko w środowisku medycznym, bo wydaje mi się, że stworzenie tylko przez zespół Instytutu Matki i Dziecka jakby bez innej jeszcze konsultacji nieco szerszej, może w praktyce być więcej wart niż taki, który będzie szerzej przekonsultowany, i ewentualnie potem jakaś kontrola w pewnym stopniu realizacji tego, bo to są konkrety, pieniądze mogą być, ale nie raz były pie-

niądze na zdrowie, na dzieci, ale jakby nie przyniosły one rzeczywistego profitu w stanie zdrowia.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Czy w takim razie można zaproponować..

Proszę bardzo, pani profesor, w^bardzo przepraszam.

Ob. Maria Chmielowa:

Według mnie dyskusja nt. zdrowia noworodka powinna się zacząć od sytuacji dziecka, które się jeszcze nie urodziło, od dziecka rozwijającego się w łonie matki. I tutaj informacje według danych oficjalnych mówią o 25 mln dzieci, które straciły życie na skutek zabiegów przerywania ciąży. I z tym się wiąże problem małego bardzo rozpowszechnienia i epopularyzowania antykoncepcji oraz propagowania naturalnych metod regulacji urodzeń.

Sądzę, że traktowanie sprawy, zaczynając tylko od noworodka, jest wysoce niewłaściwe w stosunku do tego najmłodszego i najbardziej bezbronnego dziecka. Bo noworodek spośród tych już urodzonych też, dlatego pewnie że taki mały, jest bezbronny, nie jest traktowany jako pacjent i tak wiele brakuje w wyposażeniu nawet oddziałów noworodkowych. Ale powracam do tego problemu, tego dziecka rozwijającego się w łonie matki. Wiemy o tym, że jest ta ustawa o przerywaniu ciąży, że odbywa się bardzo wiele tych zabiegów. Równocześnie obserwujemy zjawisko w latach 50. zupełnie nieznane, tzw. podtrzymywanych ciąż. Dzisiaj prawie każda kobieta ciężarna od 2. miesiąca ciąży leży, bo nie może

normalnie prosperować, normalnie funkcjonować. Ponadto otrzymuje cały szereg leków, jest to tzw. cięża podtrzymywana. I rodzi się dziecko-, właśnie dziecko takie trudne, mało wartościowe, dziecko, u którego mamy kłopoty, potem pediatrzy przez wiele miesięcy jego życia. I mogłabym powiedzieć, że prawdopodobnie, może to nie jest jedyny czynnik, ~~żam~~ ale prawdopodobnie te wartościowe, zdrowe pierwsze dzieci, odbiera im się prawo brutalnie do życia, a potem w stosunku do tych kolejnych z wielkim nakładem sił i środków usiłuje się je utrzymać przy życiu, i to nie zawsze z powodzeniem.

Tak, że prosiłabym bardzo o rozważenie również i tego bardzo istotnego, według mnie, problemu.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Proszę bardzo.

Ob. Zofia Kuratowska:

W związku z projektem, który przedstawił pan przewodniczący, wydaje mi się, że tak jak mówił doktor Edelman to trzeba go troszkę ukonkretnić. Nie w szczegółach, ~~żam~~ ale ukonkretnić. A przynajmniej przedstawić terminy, po pierwsze przygotowania takich programów, po drugie, może ju tutaj zaznaczenia skąd, czy zadań, otrzymania na to funduszy i również też jakiś termin kiedy taki, do kiedy muszą być takie opracowania oraz zdobyte i wykazane fundusze. My oczywiście o tych funduszach będziemy znowu mówić. To jest mnie się wydaje konieczne, żebyśmy nie podejmowali tylko deklaracji ogólnych i opartych tylko na naszych wspólnych bardzo dobrych intencjach.

Druga rzecz, którą chciałam taką tylko uwagę powiedzieć, że pani profesor mówiła sporo o sprawie rodzin i wróciło tu jakby to hasło, które ja w pewien sposób już atakowałam przy naszym pierwszym posiedzeniu, że twoje zdrowie zależy od ciebie, a więc zdrowie dziecka zależy od zdrowia rodziny i naszych postępowań. I powtarzam to raz jeszcze, że to musi być w jakimś programie, ażeby tak jak doktor powiedział mydło było, tak samo muszą być środki czystościowe. To co dzieje się w oddziałach położniczych, to przecież dobrze wiemy, jest po prostu brud, ale brakuje określonych środków. Musi być pełne zaopatrzenie w środki higieniczne, w środki dla kobiet, środki dla dzieci. Przecież niemożliwość^{ność} dostania pieluszek, czy czegoś takiego, to jest zupełny skandal.

A więc to wszystko składa się na tę sferę. Nie możemy wymagać od ludzi, żeby zachowywali się czysto i zdrowia, abstrahuję ja wiem, że my nie mamy tradycji czystości w tym kraju. Ale to się bardzo poprawiło, i później w pewnym momencie były kartki na mydło i jeden z ministrów powiedział, że wystarczy pół kostki na miesiąc. Teraz oczywiście żaden minister by czegoś podobnego nie powiedział. Ale to było parę lat temu. Bardzo niedawno, bo w stanie wojennym.

Jeżeli zaczęliśmy wychowywać ludzi czystych, to to wszystko się zepsuło. Więc musimy zapewnić tak jak możliwości mówiła pani profesor służnie o tych poradniach dla przyszłych matek i ojców, musimy zapewnić możliwości gwał gimnastyki, znowu do tego wracam, mówili o tym państwo ze wsi w zeszłym roku. Musi możliwość dla uprawiania sportu, dla

młodych kobiet i młodych mężczyzn, ażeby te ciąże przebiegały jakoś prawidłowo. Przecież nie tylko przyczyną tych patologicznych ciąż są uprzednie przerywania ciąży. To jest ważny czynnik ale nie jedyny. Mnie to zadziwia jak dużo kobiet młodych w pierwszej ciąży, w tej chwili ma już ciążę zagrożoną.

Druga sprawa to są warunki pracy dla kobiet. My o tym tutaj nie wiem, pewnie nie będziemy mieli w ogóle czasu mówić, ale jest to sprawa niesłychanie ważna. Mamy zakłady włókiennicze o straszliwych warunkach, o warunkach niezwykle szkodliwych dla wszystkich pracujących, ale dla kobiet szczególności. O tych sprawach mówi się za mało, wtedy kiedy chodzi nam o profilaktykę zdrowia najmłodszego pokolenia czyli noworodków.

Ja chcę tutaj powiedzieć państwu, ponieważ niewątpliwie u naszym partnerom ze strony partyjno-rządowej nie są znane publikacje, które myśmy, mimo bardzo trudnych warunków wydawali. My wydajemy od lat takie pismo, które się nazywa Zeszyty niezależnej myśli lekarskiej. Tam, ~~aktualnie~~ nie akurat w tym numerze, który mam, ale w jednym z poprzednich były sprawy warunków pracy dla kobiet. Wydaliśmy również przez tę samą firmę wydany był i u nas drukowany raport o Łodzi, który przedstawiał rzeczywiste sprawy w sposób rzeczywiście dramatyczny. Wydaliśmy również specjalną książkę zawierającą badania przede wszystkim socjologiczne, ale ta część Zdrowie kobiety było tam bardzo obszernie omówione pt. Kobieta lat 80. Była to książka dosyć, powiedziałałabym rozrywana, boję się jednak, że nie trafiła do decydentów, gdyż wtedy gdybyśmy kolportowali

wśród państwa, no to znaleźlibyśmy się w więzieniu, co nas tak specjalnie nie pasjonowało, jako program życiowy.

Więc chciałam zwrócić na to uwagę, że już takie opracowania są i trzeba z nich wyciągnąć wnioski. Tak, że jeżeli jakiegokolwiek będziemy podejmowali tutaj ogólne stanowiska może niekoniecznie dzisiaj, ale na ten temat, o którym była mowa, sprawa warunków pracy i życia kobiety, w ciąży, lub która jest potencjalną matką muszą być rozpatrzone i muszą to być stanowcze dezyderaty dla rządu. W bieżącym tygodniu powiedział pan prof. Żochowski rzecz, która mi się tak ogromnie spodobała, że jest hańbą, że dotowany jest sport wyczerpujący. Właśnie te pieniądze są nam potrzebne dla tego wychowania zdrowego, młodego pokolenia.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Proszę, zaraz, tutaj jest pan Waleczek, pan poseł.

Ob. Jan Waleczek:

Jeżeli szanowni państwo pozwolicie, to chciałem nawiązać do wypowiedzi pani prof. Gmielewicz. Wcześniej tutaj to zagadnienie jakoś nie przewijało. Mianowicie mówimy o ratowaniu dzieci już urodzonych i tutaj służba zdrowia dokonuje ogromnych wysiłków, natomiast nie mówimy o dziecku poczętym, jak gdyby to tutaj z pola widzenia zupełnie zniknęło. Ja wiem, że są różne szkoły, są różne opinie, są różne światopoglądy i różne jest odczucie tego tematu. Natomiast wydaje mi się, że jest to problem przede wszystkim moralny i jest to zjawisko przeogromne. Rocznie w Polsce dokonuje

się sztucznych poronień², jedni twierdzą kilkaset tysięcy, inni mówią, że jest to o wiele większa liczba. I tutaj chciałem zwrócić uwagę na stanowisko Kościoła katolickiego, który jednoznacznie w tej materii się wypowiada. Dla katolików jest to sprawa zupełnie oczywista, ale wydaje mi się, również dla innych ludzi, którzy posługują się światopoglądami religijnymi. Papież Jan Paweł II w takim dokumencie Atwortacja Apostolska Familiaris Consortio mówi, tutaj cytuję jedno zdanie o planie przerywania ciąży, iż jest to jedno z głównych przejawów degradacji podstawowych wartości współczesnego świata. I w ostatnim czasie jest szczególna inicjatywa¹, aktywność, zresztą zawsze w nauczaniu, a w tej chwili w konkretnym działaniu Kościoła katolickiego, określonych środowisk katolickich, klubów inteligencji katolickiej, ostatnio odbyło się spotkanie z inicjatywą księdza arcybiskupa Dąbrowskiego, grupy posłów w siedzibie Episkopatu. Jest podjęta inicjatywa poselska w celu uchwalenia nowej ustawy, która by wyeliminowała z życia ustawę o warunkach dopuszczalności przerywania ciąży z 1956 r.

Po prostu chciałem zwrócić uwagę na ten wielki aspekt moralny, którego trudno przy tej okazji nie widzieć, kiedy mówimy o dziecku, no i ewentualnie chciałem prosić szanowny, wysoki podzespół, o poparcie tej podjętej inicjatywy. To już nie jest istotne czy ten Sejm czy następny, ale powinien tę problematykę podjąć i do końca to zagadnienie przeanalizować.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Proszę uprzejmie, tylko proszę podać nazwisko.

2 Ob. Alicja Włodarz:

Jestem lekarzem, neonatologiem, od 25. lat prowadzę oddział noworodkowy szpitala wojewódzkiego w Tychach. Ale ja nie w tej sprawie chciałam wystąpić. Ale ja nie chciałam podjąć dyskusji z panem doktorem, tylko chciałam ustosunkować się troszeczkę do wypowiedzi pani prof. Kuratowskiej.

Oprócz tego jestem działaczką Ligi Kobiet. Może nie wszyscy tę naszą organizację traktują zbyt poważnie, niemniej ona istnieje, liczy 500 tys. członków i moje koleżanki siedzące po przeciwnej stronie chyba powinny to zrozumieć, jeśli tam jest 500 tys. kobiet, coś tam dzieje się.

Chciałam powiedzieć na temat stanowisk pracy chronionej i oszczędzania pracy. Nasza organizacja zrobiła bardzo dużo. Wydaliśmy bardzo dużo czasopis, nasz biuletyn, który też może nie jest czytany przez stronę solidarnościową zawiera bardzo wiele naszej działalności. I nie jest to działalność stricte partyjna, jest to działalność czysto kobieca.

Jedną mam tutaj uwagę, czy w dobie reformy kiedy zakłady pracy przejdą na taki inny system pracy, czy miejsca pracy chronione, czysto stanowiska pracy chronione dla kobiet w okresie prokreacji, ciążarnych, a także proszę państwa, co tu dużo mówić, dla mężczyzn, którzy z tych czy innych wypadków nie będą mogli pracować w pełnym wymiarze godzin. Czy takie miejsca pracy zgodne z reformą i z tym co tu się mówi, będą preferowane.

A sprawę, o której tu pani profesor powiedziała leżą nam bardzo na sercu, zdajemy sobie sprawę, jak wielkie zagrożenie dla kobiety jest praca, a jeszcze nie powiedziano

tutaj, tego co ja bym sobie życzyła, żeby zniesiono w ogólną zmianę dla kobiet. Naturalnie nie mówię tu o służbie zdrowia, bo jest to nie-możliwe, natomiast w innych dziedzinach naszego przemysłu włókienniczego jest właśnie to zagrożenie.

Dziękuję bardzo, ja tylko tyle.

Przewodniczący:

Doktor ~~Miastowski~~. Umiastowski.

RRk, Ob. Jerzy Umiastowski:

W związku z projektem pana ministra wspólnego stanowiska, chciałbym żeby ono było wzbogacone o dwa elementy. Mianowicie o taką zmianę statystyki dotyczącej śmiertelności noworodków, aby była ona godna z zaleceniami światowej organizacji Zdrowia oraz taką zmianę prawodawstwa, aby chroniło ono życie noworodków o niskiej wadze.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Proszę uprzejmie.

Ob. Zofia Kurnatowska

Taki jeden punkt^w, który jest postulatem^{ach} Solidarności stolika gospodarczego i polityki społecznej. Otóż tu właśnie o tych sprawach to mówi.

Tam, że wymagać będzie następujących decyzji ten punkt ~~2~~ jeden.

Dwa, wprowadzenia w ciągu 3. miesięcy zakazu pracy kobiet na nocnej zmianie kobiet wychowujących dzieci do lat 15. i ustalenia programu stopniowego, całkowitego zakazu pracy nocnej kobiet. Więc to jest to właśnie, o czym pani mówiła.

Ob. Edelman:

Tam trzeba dopisać kobiet w ciąży.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Ja bym , jeżeli się państwo zgodzę, wystąpił-bym z propozycją pani docent. Gdybyśmy powołali zespół redakcyjny, który sformułuje stanowisko podzespołu, który ujmie te elementy, które tu padały. Bo ja muszę powiedzieć, że idea była wymiana, przedstawienie problemu, wymiana poglądów i sformułowanie stanowiska. Ja myślę, że jesteśmy zgodni zupełnie, że jest to jeden z ważniejszych, albo najważniejszych problemów, decydujących, które zadecydują o zdrowotności

Zaraz, przepraszam bardzo. Ja udzielę jeszcze głosu. W związku z tymże w trybie roboczym, pani profesor by się zastanowiła kto z pani zespołu wejdzie do zespołu redakcyjnego i tak samo ja proponuję nazwiska dwóch osób, bo to wystarczy.

Proszę bardzo, jeszcze pan dokto.r.

Ob. Mirosław Cybulko:

Mam troszeczkę niedosyt dzisiejszej dyskusji, pomimo tego, że nie jestem pediatrą, na temat noworodka. Otóż, w związku z propozycją pana doktora nt. opracowania nowego programu opieki nad noworodkiem. Przed dwoma laty taki program został opracowany, skonsultowany ze środowiskiem pediatrów i położników, atakże zatwierdzony przez nadzór krajowy w zakresie położnictwa i ginekologii oraz pediatrii. I mam niedosyt również z tego względu, że dzisiaj w zasadzie ten program w jakiejś części nawet nie został państwu przedstawiony. Stąd idąc za słowami pana prof. Wojtczaka sądzę, że dobrze byłoby, żeby ten program był państwu przedstawiony. tej nawet grupie roboczej, żeby nie tworzyć nowych programów, a żeby zobaczyć, czy ten program opracowany wspólnie przez Instytut Matki i Dziecka i Ministerstwa Zdrowia jest dobry, w czym go należy uzupełnić i jeśli tak to wprowadzić go w życie. Dlatego, że on był bardzo szczegółowy. Dotyczyło to również opracowania dokładnego wyposażenia każdego stanowiska, włącznie z restytucją.

Pieniądze.

Ob.

Ano właśnie., proszę pana, pieniądze. No tak.

Przewodniczący:

Dziękuję, jeszcze ostatnia uwaga. Pani profesor Bożkowa.

Ob. Bożkowa:

Pieniądze po raz pierwszy i to jest najważniejsze, bo jak nie ma armat, to nie ma czym strzelać, ale ja muszę powiedzieć, że część tego programu jest wprowadzana gwo

Ale ja muszę powiedzieć, że część tego programu jest wprowadzana gwoźmi prawdzi. Tzn. nie w Polsce całej, ale w 4 województwach. Jest to droga bardzo trudna, nie robi to tylko sam Instytut. Chciałam z góry powiedzieć, że tutaj nastąpiło, to co może jest po raz pierwszy. I warto by może było do tego programu dojść, żeby go przedyskutować. Dlatego, że jest to program robiony z czterema województwami, z których dwa województwa mają akademię medyczną, m.in. jest Poznań w tym wszystkim, jest tzn. województwo poznańskie, dwa województwa nie mają akademii medycznych, jedno województwo jak wałbrzyskie jest najbardziej zanieszczonym miejscem w Polsce. Czyli my chcielibyśmy ten program usicielić, bo to był dość ogólny program. I teraz chcemy przy nowocześnie zaprogramowanej, wspólnie z innymi co biorą w tym udział dokumentacji, prześledzić w których miejscach są jakie trudności. To już są szczegóły, ale wydaje mi się, że może on być dobrym przykładem na to, jak już daleko pewne rzeczy wyszły i co można z nich wykorzystać. Żeby nie rozpoczynać od początku, bo ja wcale nie twierdzę, że jest to idealne. My mamy pełno rad, na które się napotykamy, ale niemniej chciałabym powiedzieć, że idziemy mimo trudności, w pewnym sensie trochę naprzód.

Dziękuję.

Przewodniczący.

Dziękuję bardzo. Wracamy do tego uzgodnienia, że powołamy podzespół redakcyjny, który zapozna się z programem, który był opracowany przed dwoma laty i przygotowuje krótkie stanowisko podzespołu w sprawie programu opieki nad kobietą ciężarną, noworodkiem i niemowlęciem.

Zanim ogłoszę przerwę obiadową, chciałbym państwu poprawić może samopoczucie, wszystkim uczestnikom, i zakomunikować, dać dwa komunikaty. Pierwszy, obydwie wiążę się i z oświadczeniem rannym, i z sytuacją, jaka zaistniała na początku naszych obrad.

Z uzyskanych informacji wynika, że nie było ostatecznych żadnych uzgodnień między panem Mazowieckim i sekretarzem Cioskiem, że taka dyskusja była co do współzawodnictwa, współprzewodnictwa, tak, współprzewodnictwa. Natomiast, ja myślę, że ta wymiana poglądów w naszej grupie i późniejsza wymiana poglądów prowadzi do pewnego rozwiązania sytuacji. Rozmawialiśmy z panią współprzewodniczącą i z uwagi na to, że nastąpiła zgoda na to, żeby mój limit przewodnictwa połowę tego limitu udzielić doktorowi Guglasowi na współprzewodniczenie. Strona, Federacja Związków Zawodowych Ochrony Zdrowia będzie, dołączy do naszych obrad w poniedziałek i weźmie udział w obradach w naszych dyskusjach nad kierunkach reformy ochrony zdrowia.

Panie doktorze, no są jakieś koszty w ekonomice. Czy pani przewodnicząca chciałaby coś dodać?

Ob. Kuratowska:

Pan profesor powiedział o dwóch komunikatach.

Przewodniczący:

To są dwa komunikaty. Jeden związany z oświadczeniem, a drugi związany z rozwiązaniem.

Ob. Kuratowska:

Ja chciałam tylko, przepraszam, wszyscy państwo powiedzą, że jesteśmy beznadziejnie nudni, ale tutaj chcę powiedzieć, że znaczenie rekomendacji partyjnych w nadzorze

specjalistycznym też ma bardzo, jest bardzo duże i wpływa na najrozmaitsze sprawy, jak m.in. rozdziały różnych aparatów, czy coś takiego, co ma związek też i z tą sprawą pediatryczną. Ja tylko to chciałam dorzucić.

I jeżeli pan przewodniczący pozwoli, ponieważ dziś nie będziemy, tak jak żeśmy to ustalili, mówić o sprawach wsi, to właściwie nie tyle do dyskusji, chciałabym przeczytać nasze oświadczenie, które będzie do protokołu, i które jest pewną deklaracją z naszej strony wobec tych bardzo dramatycznych danych dotyczących wsi, a przede wszystkim możliwości posiadania kadry lekarskiej na wsi, które przedstawiła pani Zielińska na poprzednim naszym posiedzeniu i pan Trylski również.

Otóż myśmy takie składamy oświadczenie: Nawiązując do wypowiedzi pani Janiny Zielińskiej na poprzednim spotkaniu zespołu do spraw zdrowia dotyczącej katastrofalnej sytuacji zdrowotnej wsi i utrudnionego dostępu młodzieży wiejskiej do studiów medycznych proponujemy utworzenie w ~~miastach~~ ośrodkach akademickich roku przygotowawczego dla młodzieży ze wsi i małych ośrodków miejskich. Rekrutacja na ten rok winna się odbywać przez egzaminy wstępne lub wolny nabór a nie drogą typowania przez szkoły lub organizacje społeczne i polityczne. Ukończenie roku przygotowawczego nie oznaczałoby automatycznego przyjęcia na studia. Absolwent podlegałby normalnej procedurze egzaminacyjnej przyjęcia na rok ~~studium~~ jętej dla danego kierunku studiów. Przyjęcie na rok przygotowawczy automatycznie powodowałoby odroczenie zasadniczej służby wojskowej na okres anuki. Rok przygotowawczy

zrównałby szanse przyjęcia na studia medyczne młodzieży ze wsi, małych miasteczek i dużych miast. W jego organizowaniu również widzimy miejsce współdziałania Solidarności, Rolników Indywidualnych i Solidarności Służby Zdrowia oraz wszystkich innych organizacji działających na wsi. Podkreślamy, że proponowane rozwiązanie uważamy jedynie za tymczasowe, rodzaj protezy za dla kalekiego systemu szkolnictwa wiejskiego i nieprawidłowego systemu rekrutacji na wyższe uczelnie.

Tu nie ma jeszcze uwzględnionego, należy tutaj w tym dopisać, że nie uważamy, ażeby to miał być wyłączenie młodego człowieka na cały rok z działalności jako rolnika, gdyż te szkolenia mogłyby się odbywać w sposób zblokowany w ciągu jakiegoś okresu.

My jako Solidarność Służby Zdrowia podejmujemy się takie działania w tym kierunku rozpocząć i przygotować. Zarówno kadry do szkolenia, jak i jakiejs podstawy do zorganizowania tego.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Czy można pani profesor prosić o przekazanie nam całego, dlatego że to trudno podążyć. Oczywiście, że my jesteśmy zgodni, że podejmiemy właśnie wspólne stanowisko uzgodnimy. Ja bym proponował troszeczkę rozeznać. Dlatego, że my mamy materiał tak samo dotyczący spraw zdrowotnych wsi. Chcielibyśmy ten materiał przedstawić państwu nawet w formie jako powielonej jako informację, dlatego, że liczę się z czynnikiem czasu, którego zespół nie ma dużo i wtedy można sformułować będzie wspólne stanowisko

poszerzone. Jeszcze doktor Cybulko chciał.

Ob. Mirosław Cybulko:

Chciałem podziękować pani docent za poruszenie problemu zdrowotnego i w ogóle spraw wsi, ze względu na to, że jestem również działaczem ludowym, ale chciałbym proponować powtórzyć to co mówił pan profesor Wojtczak, że jednak problemy 40% grupy naszego społeczeństwa, bo stanowi ona 40% naszego społeczeństwa, by jednak rozpatrzyć na naszym plenarnym posiedzeniu, po otrzymaniu tych materiałów, o których mówił pan profesor.

Dziękuję dzisiaj.

Przewodniczący:

To już nie dzisiaj.

Ja myślę, że jeżeli się państwo zgodzą, my wrócimy do problemu wsi, dlatego, że chciałbym prosić, że jeżeli będziemy jeszcze dyskutowali pod koniec, że jeżeli poprosimy stanowisko tak samo państwa w stosunku do zgłoszonego dokumentu Kierunki reformy i tam w pewnych, pewne rodzaje będą zazębiały się za zagadnienia wsi, wtedy tak samo przedstawimy dokument, czy to na następnym posiedzeniu, po prostu na kolejnym.

Jeżeli nikt się nie zgłasza do głosu, chciałbym bardzo podziękować i zaprosić na obiad do godziny, ja myślę 45 min, dlatego, że z doświadczenia ubiegłego dnia, to wiem, że wyznaczaliśmy sobie pół godziny, a jednak były trudności z dojściem. 45.

/ przerwa /

/po przerwie/

Przewodniczący:

Jeśli można prosić wszystkich o zajęcie miejsc.

Dajemy pierwszeństwo zawsze publikatorom, telewizji, wywiadom, ale czas nagli, a program mamy jeszcze dość bogaty.

Proszę państwa zgodnie z ustaleniami poprzednimi przedstawimy państwu dwie informacje. Ja myślę, że te informacje będą służyły łatwiejszemu poprowadzeniu dyskusji nad kierunkami reformy. Z uwagi na to, że kwestia zasilania i tych mechanizmów ekonomicznych jest bardzo istotną. Trudno mówić o mechanizmach ekonomicznych, jeżeli nie ma jasnej, klarownej wizji aktualnych środków i źródeł finansowania. Dlatego chciałbym prosić, w tej chwili mgr Wysockiego o przedstawienie materiału informacyjnego.

Można prosić.

0b. Jerzy Wysocki:

Panie przewodniczący, szanowni państwo. Ja bym chciał przedstawić informację o sytuacji jaka aktualnie się w służbie zdrowia kształtuje w zakresie następujących zagadnień. Po pierwsze, źródła finansowania, po drugie nakładów na ochronę zdrowia i po trzecie zasad gospodarki, czyli w jaki sposób te środki są wykorzystywane na co są przeznaczane.

Nie chciałbym oczywiście zacząć od powiedzenia pewnego filozofa, który mówił, że tyle jest innych pięknych rzeczy na świecie, po cóż mi tam pieniądze. Ponieważ gdy się zastanowił uznał, że ile trzeba mieć pieniędzy, żeby te piękne rzeczy zdobyć.

Podobnie rzecz ma się w zdrowiu. Podstawowym źródłem finansowania w okresie od kilku dziesiątek lat jest budżet państwa. Z budżetu państwa pokrywa się 93% wszelkich wydatków na ochronę zdrowia. Przy czym jak wiadomo budżet ten jest tworzony, ustalany na okresy 5-letnie przez Sejm, a następnie na okresy roczne przez Sejm, jeśli chodzi o budżet centralny i rady narodowe, jeśli chodzi o budżety tereneowe.

I tu chciałbym od razu odpowiedzieć na jedną bardzo istotną rzecz. Przed trzema laty nastąpiła istotna zmiana zasad gospodarowania i planowania budżetowego. Tak jak do roku 1983 włącznie, minister i ministerstwo miały bezpośredni wpływ na poziom finansowania służby zdrowia, od 1983 roku, sytuacja zdecydowanie uległa zmianie. Minister i ministerstwo ma wpływ na zasady podziału środków i na podział środków w odniesieniu do jednostek centralnych, już nie ma wpływu jeśli chodzi o wysokość finansowania, podział środków

kierunki wydatkowania jeśli chodzi o budżety terenowe. Ponieważ obowiązuje zasada samodzielności finansowej rad narodowych. Ma to istotne konsekwencje m.in. na temat, który był omawiany przed południem, tzn. matka, dziecko, noworodek, ponieważ rada narodowa samodzielnie decyduje o wysokości środków i sposobie ich podziału.

Paradoksem niemal jest przypadek ~~wzrost~~ z roku 1989, kiedy minister zdrowia uznał, że szereg województw za mało przeznacza na ochronę zdrowia. Były nawet dwa województwa, które mniej niż w ubiegłym roku. Minister wystąpił do przewodniczących wojewódzkich rad narodowych i prezydentów i wojewodów o rozważenie możliwości powiększenia nakładów^w, bo postawi do służbę zdrowia naprawdę ~~złej~~ sytuacji.

Nie wszystkie odpowiedzi jak dotychczas, były w tej sprawie pozytywne.

Budżet ten, czyli 93% tego ~~kwota~~ bochenka chleba, który dla ochrony zdrowia jest przeznaczany, dzielony jest na budżet centralny i terenowy. Budżet centralny jest ok. 30% wydatków i budżety terenowe ok. 70% wydatków. Innymi słowy większość wydatków, czyli większość tego bochenka jest ustalana i realizowana w planach terenowych, to znaczy w planach głównie województw, ale ~~na~~ od niedawna także miast i gmin.

W roku bieżącym, ponieważ nie będę sięgał do historii ile to było w latach ubiegłych, w budżecie centralnym na te zadania centralne, na ochronę zdrowia, podkreślam jeszcze raz na ochronę zdrowia, czyli to nie jest nauka,

W roku bieżącym, ponieważ nie będę sięgał do historii ile to było w latach ubiegłych, w budżecie centralnym na te zadania centralne, na ochronę zdrowia, podkreślam jeszcze raz na ochronę zdrowia, czyli to nie jest nauka, szkolnictwo, tylko ochrona zdrowia, bo tak to byśmy kilkakrotnie liczyli, minister edukacji liczyłby, szkolnictwo wyższe dwa razy, minister zdrowia jeszcze raz. Przeznaczone 347,9 miliarda złotych, ^{oraz} ~~ponad~~ 77 miliardów na inwestycje. Czyli w sumie ponad 400 miliardów jest w planie centralnych. Z tego utrzymywane są szpitale kliniczne akademii medycznych, działalność lecznicza instytutów naukowo-badawczych. Z tego utrzymywane są wszelkie inwestycje centralne i dopłaty do niektórych inwestycji terenowych oraz do tego roku z tych środków finansowane były dopłaty do leków wydawanych w aptekach na recepty.

W działalności służby zdrowia finansowana jest z budżetów terenowych i w budżetach na rok 1989 na ten cel przewi^{prawie}duje się 900 mld złotych plus ponad 180 mld na inwestycje. Jest to w sumie z kolei ponad 1 bilion złotych na działalność służby zdrowia w roku 1989.

Poza tymi ~~dwoma~~ dwoma elementami dla ochrony zdrowia jeszcze Rada Ministrów posiada rezerwę, co do znacznej części już dyspozycja nastąpiła, tj. 450 miliardów złotych na sfinansowanie podwyżki od 1 stycznia. Ponadto jeszcze jest w rezerwie 140 miliardów złotych na sfinansowanie zwiększonych cen leków. Podwyżka cen leków spowodowała że będzie trzeba z budżetu do działalności szpitalnictwa i innych obiektów na ten cel przeznaczyć środki.

Do działalności szpitalnictwa i innych obiektów na ten cel przeznaczyć środki. I to jest te 93% jakie w ochronie zdrowia jest przeznaczane z budżetu państwa. Pozostałe 7% czyli porównywalnie mniejsza kwota, cóż to jest. Od bieżącego roku, czyli od 1989 r. są to środki funduszu ubezpieczeń społecznych przeznaczone na sfinansowanie leków dla uprawnionych, czyli to co dotychczas finansowane było z budżetu centralnego czyli zapłata te 70% do każdej recepty lub 100% w przypadku osób uprawnionych do leków bezpłatnych, od tego roku będzie nadal finansowania przez Ministerstwo Zdrowia, ale ze środków funduszu ubezpieczeń społecznych. I do obecnego roku ze środków z funduszu ubezpieczeń społecznych żadna działalność opiekuńczo zdrowotna w sensie działalności służby zdrowia nie była finansowana.

Z informacji, jakie ześmy przed dzisiejszym posiedzeniem zbierali od kierownictwa ZUS wynika, że podstawowym źródłem funduszu ubezpieczeń społecznych jest składka ubezpieczeniowa, która pokrywa wydatki w 80 kilku do 90%, a pozostała część finansowana jest z dotacji budżetowej, przy czym jedyny raz w roku w 1987 ²⁰⁰ ~~dnia~~ miliardów złotych było nadwyżki i zostały ulokowane w banku na 12%.

Z tej kwoty całej jak jest w ZUS-ie, tzn. w roku 1988 było to 2,7 biliona złotych, na rok 1989 zakładany jest 4 biliony złotych z ZUS, ja tu wchodzę troszeczkę w nie swoje kompetencje, ponieważ ZUS nie jest w resorcie zdrowia tylko w resorcie ministra pracy i polityki socjalnej, niemniej jednak reprezentujemy stronę rządową i w związku z tym informacja musi być nie z podziałem na resorty, ale między-

resortowa, z tych kwot 75% są to wydatki na renty, emerytury i 24,8% są to na zasiłki i świadczenia.

Gdyby były pytania, ponieważ wiem, że w odczuciu wielu osób środki ZUS są znaczące, bo jest to 38 dotychczas procent, była to składka od pracujących, potem składka od rolników, wydawałoby się w potocznym takim odczuciu, że są to duże pieniądze, które w znacznym stopniu powinny być przeznaczone na ochronę zdrowia. Jak wynika tutaj z tych rozliczeń i informacji ZUS nie sądzę, nie mamy podstaw twierdzić, żeby nie były wiarygodne, żeby ZUS gdzieś chował te pieniądze przed nami, wynika, że faktycznie wolnych środków w ZUS-ie nie ma a nawet przeniesienie w roku bieżącym finansowania zamiast z budżetu do ZUS-u leków dla uprawnionych, zdaje się będzie musiało spowodować odpowiedni niewysoki ale podniesienie składki.

Gdyby były jakieś pytania w sprawie głębiej ZUS, są eksperci z kierownictwa ZUS, którzy ewentualnie bliżej na te tematy będą mogli przybliżyć i wyjaśnić.

Ja tylko gwoili informacji, ponieważ od tego roku ZUS już jest jednym ze źródeł finansowania, a jak się okazuje w bardzo niewielkim stopniu.

Następne to są bardzo drobne źródła, ale są. Gwoili porządku trudno je pominąć. Jest to fundusz prewencyjny PZU, na podstawie umowy sprzed kilku laty między ministrem zdrowia i władzami PZU, co roku przeznaczana jest kwota z PZU w ramach środków na prewencję, na budowę ośrodków zdrowia na wsi. Program przewiduje sfinansowanie 49 ośrodków w 49 województwach. Jest to dość dobrze realizowany program co do umowy z PZU. Na rok 1989 1 miliard złotych z PZU

będzie przeznaczony dla ochrony zdrowia.

I kolejna sprawa, są to środki już minimalne, są to dwa fundusze, centralny, fundusz dobrowolnych świadczeń, społecznych i fundusz pomocy rodzinie. Po wprowadzeniu stanu wojennego z darów państw socjalistycznych został utworzony fundusz pomocy rodzinie i z darów państw kapitalistycznych fundusz dobrowolnych świadczeń społecznych. Praktycznie nie ma wpływów na obydwa te fundusze od wielu lat. Pozostałość z środków jaka jest niewielka, finansowane są te programy, a zwłaszcza związane z budownictwem pomocy społecznej i szpitalnictwa, jako ciąg dalszych rozpoczętych programów w początku lat. 80. I dla porządku powiem, ponieważ to nie jest nigdzie rejestrowane, istnieje znaczący udział zakładów przemysłowych w finansowaniu służby zdrowia. Oceniamy to na zasadzie szacunku, że jest to rocznie, w roku bieżącym będzie ponad 14 miliardów złotych. Są to kwoty wydatkowane na utrzymanie przemysłowej służby zdrowia.

I tyle jeśli chodzi o sprawę źródeł. Nie mówię o źródle, które jest publikowane w roczniku statystycznym jest to udział własny ludności w finansowaniu ochrony ~~sz~~ zdrowia, oczywiście mam na myśli ten udział oficjalny, gdzie poprzez różne formy czy odpłatności, czy zapłaty za leki czy za inne, z kieszeni ludności także finansowana jest ochrona zdrowia.

Jak wyglądają nakłady państwa na ochronę zdrowia. Ja cały czas powtarzam, dotyczy to działu ^{nie}ochrona zdrowia, czyli samej służby zdrowia i dotyczy to działalności naukowo-badawczej służby zdrowia, działalności dotacji do przedsiębiorstw w sferze zdrowia itd., dotyczy samej działalności

ochrony zdrowia, tak jak jest to w nomenklaturze i międzynarodowej, WSM WHO-owskiej jak i naszej własnej stosowanej.

Nie będę sięgał historii, ponieważ oczywiście i eksperci i zainteresowani mogli sobie sięgnąć do roczników statystycznych i ogólnych i specjalistycznych, jak to się kształtowało na przestrzeni wielu ostatnich lat, proporcje, udziały. Sięgnę do ostatniego roku, tzn. 1988 i 1989 r., a jest to nasz dzień dzisiejszy. Na ten temat brak jeszcze po prostu publikacji. xRakstwo a jest to nasz dzień dzisiejszy.

W roku 1988 na ochronę zdrowia według przewidywań bo jeszcze nie mamy sprawozdawczości, GUS nie ogłosił żadnych wyników ostatecznych w tym przedmiocie, wydatki wynosiły bilion 305 miliardów złotych, w tym na działalność bieżącą około biliona złotych, na inwestycje powyżej 210 miliardów złotych, inne drobne nie będę poruszał.

Na rok 1989 w warunkach nominalnych tzn. to co jest zapisane w ustawach budżetowych zakłada się na ochronę zdrowia bilion 653 miliardy złotych, ale w warunkach porównywalnych tzn. uwzględniając środki FUZ po raz pierwszy bo one w ubiegłym roku były finansowane z budżetu, rezerwę która została już uruchomiona na podwyżkę wynagrodzeń, będzie to 2 biliony 259 miliardów złotych, w tym wydatki bieżące bilion 700, inwestycje około 250 miliardów złotych, ZUS 145 miliardów, traktujemy, że według aktualnych szacunków będzie i musiała przeznaczyć na dopłaty do leków no i rezerwa rządu 140 miliardów złotych na dopłatę w związku ze zwyżką cen leków.

Jak się przedstawiają relacje, gdzie my jesteśmy jako kraj, jeśli w ogóle możemy się porównywać. Bo powiedz-

my sobie szczerze, porównanie do państw socjalistycznych jest możliwe, bo sposób liczenia dochodu narodowego i relacjonowanie jest podobne jak w Polsce. Już porównywanie się z państwami zachodnimi będzie utrudnione, bo inny sposób jest i liczenia dochodu narodowego, udziału ochrony zdrowia w tym dochodzie narodowym, tak są te porównania są nieobiektywne, ale jednak się porównujemy. I tak jeśli chodzi o udział w wydatków na ochronę zdrowia do budżetu państwa, jest to porównanie najprostsze, to w roku 1988 kwoty nominalne, czyli tak jak one były wydatkowane, jest to 13,1; w wysokości nominalnej czyli bez FUS, bez uruchomionych rezerw w roku 1989 jest to 9,1%, a w warunkach porównywalnych tzn. uwzględniając warunki porównywalne do ubiegłego roku i lat poprzednich, jest to rok ubiegły i rok bieżący jest wskaźnik około 14% z ułamkiem po przecinku podobnym.

Gdybyśmy wzięli same wydatki bieżące, czyli bez inwestycji, bez remontów, jest rok ubiegły 13%, rok bieżący też około 13%.

Jest to liczenie też bardzo złudne, ponieważ ono na nic nie odpowiada, bo powiedzmy sobie szczerze, zmienia się struktura budżetu od razu inny jest udział, czyli jakiś pewien pogląd może nam w przestrzeni iluś lat dawać, ale to nie jest coś do czego można się w sposób bardzo obiektywny odnieść, ponieważ, powiedzmy sobie szczerze, w roku bieżącym dynamiczny wzrost wydatków na dotacje dla przedsiębiorstw czy przejęcie przez budżet państwa obsługi zadłużenia zagranicznego, które w ubiegłym roku inaczej było rozwiązywane, od razu powoduje zwężenie relacji budżet-

WS

~~8/5~~ 8/7

towych i trudno nawet porównywać do roku ubiegłego czy lat poprzednich, aczkolwiek dla celów jakiś takich bardzo statystycznych się czyni. Bardziej obiektywne jest odniesienie do dochodu narodowego, aczkolwiek powiedzmy sobie szczerze że dochód narodowy w naszym kraju to nie jest dochód narodowy ^{powiedzmy} jak Szwecji, ja już nie mówię o takich bogatych, ale Hiszpanii czy innych, jest to inna wielkość dochodu narodowego, czyli gdybyśmy to przeliczyli czy na głowę, czy globalnie, jest to troszeczkę inne wielkości. I z drugiej strony dochód narodowy nasz, licząc w cenach realnych w roku 1988 czy 1989 to nie jest dochód narodowy z roku 1978 czy nawet z roku 1979. O tych wwarunkowaniach musimy zdać sobie sprawę, jaka kondycja jest służby zdrowia wynikająca zresztą z kondycji gospodarki. Ale powiedzmy sobie, chciałbym też takie porównanie zacytować, jeśli chodzi o udział w dochodzie narodowym. W stosunku do krajów socjalistycznych, bo to jest w pewnym sensie porównywalne, jak jesteśmy posadowieni, prezentuję dane z roku 1984, czyli jako ostatnie ^m dane dostępne, przekazane w ubiegłym roku na takich ~~wn~~ pierwszym workshope WHORWPG przez Światową Organizację Zdrowia. Polska miała w tym czasie 5,2 nakładów na ochronę zdrowia w stosunku do dochodu narodowego do podziału, czyli to nie jest ten... tylko dochód narodowy do podziału, w tym czasie najwyższą miała Bułgaria 6,1, ZSRR - 3,9 najniższą, Jugosławia - 4,1, jeśli traktujemy Jugosławię, że to jest ten sam obóz, podobna wielkość, Węgry - 5,1, mniej niż Polska, NRD - 5,3 trochę więcej niż Polska i Czechosłowacja - 5,1 trochę mniej niż Polska. xW Czyli Polska z tym 5,2

kształtowała się gdzieś tak , cały czas musimy jednak pamiętać, że jest to realnie rzecz biorąc, inny dochód niż dochód w Czechosłowacji, NRD, czy Bułgarii. Te uwarunkowania proszę mieć. No ale trudno nie prezentować wskaźników udziału dochodu.

A jak się ma do państw kapitalistycznych. Ja tu zaprezentuję dwie wielkości, jedną wielkość starszą z roku 1983 i drugą opublikowaną w ubiegłorocznym ~~Newsweek~~ Newsweek gdzie pisze się o kryzysie służby zdrowia na zachodzie i podaje się niektóre wielkości z niektórych państw. Te starsze dane z lat z połowy lat 80., aczkolwiek powtarzam jest to nieporównywalne wielkości

gdzie pisze się o kryzysie służby zdrowia na zachodzie i podaje się niektóre wielkości z niektórych państw. Te starsze dane z lat a połowy lat 80-tych, aczkolwiek powtarzam jest to nieporównywalnie wielkości, bo sposób liczenia jest inny, ale dla poglądu bodajże, stosunkowo wysoko, były to wielkości w Szwecji - 9,6% - jest to relacją do dochodu narodowego brutto, Austria - 7,3, Portugalia - 5,7 - jeden z niższych, Grecja - 4,7 -bardzo niski, chyba najniższy w Europie zachodniej Wielka Brytania - 6,2. Tak się rzecz miała na przełomie lat 85. Z tych ostatnich publikacji wynika, że Wielka Brytania zmniejszyła swój udział do 5,9 w roku 1987, bo publikacja z 1988, Hiszpania ma 5,8, RFM 8,2 i Stany Zjednoczone najwięcej, zdecydowanie najwięcej, 11, aczkolwiek tam jest inne uwarunkowanie. W wydatkach na ochronę zdrowia ponad 60% stanowią środki z prywatnych ubezpieczeń. Czyli bezpośrednio przez klienta wniesione do przerównanych instytucji ubezpieczeniowych. I to jest główny dochód, czyli źródło nakładów na ochronę zdrowia w Stanach Zjednoczonych, przy bardzo wysokim, bodaj najwyższym udziale nakładów ze wszystkich innych krajów świata.

Jakie są kierunki wydatkowania, powiedziałem tyle pieniędzy mamy. Zresztą to są nominalne wielkości. Jakie są kierunki wydatkowania tych środków. Na co te pieniądze są wydawane, co ile z grubsza kosztuje. A więc globalna ta kwota, ja odniosę to do roku 1989 czyli do tego co nas czeka aktualnie, ta kwota 2 miliardy 200 z ułamkiem, 258, większość tych pieniędzy, najwięcej ze wszystkich, są to wydatki na wynagrodzenia. Bilion złotych w roku bieżącym,

aktualnie, tzn. bez korekt jakie najprawdopodobniej będą musiały mieć miejsce wobec wysokich wypłat w sferze produkcji materialnej w II półroczu. Jest to bilion 42 miliony złotych. Ale są to złotówki, na czyste płace, czyli to co nasi pracownicy otrzymają, jest to około 815 miliardów złotych. Ponieważ pozostałe do jest składka do ZUS, którą każdą płaci w służbie zdrowia, czy każdy zakład w służbie podobnie jak i w przemyśle. Ale w sumie jest to bilion złotych. Prawie 300 miliardów złotych są to finansowanie kosztów utrzymania drobnego wyposażenia kxxł baz i sprzęt jednorazowego użytku i tego co jest związane z bieżącą eksploatacją służby zdrowia. 70 miliardów, na nazie 70 miliardów, są to na leki, artykuły sanitarne w zakładach służby zdrowia. Ponieważ był to budżet robiony w warunkach przed podwyżką cen leków, wiadomo, że trzeba to będzie co najmniej około do tych 70 miliardów dołożyć co najmniej kxxł 140 żeby wykupić te leki dla szpitali, środki pomocnicze jakie są do wykupienia. Środki na ten cel są w rezerwie budżetu centralnego. 53 miliardy złotych są to koszty żywienia chorych, funkcjonariuszy w zakładach służby zdrowia. Był projekt wprowadzenia odpłatności za żywienie w szpitalach. Przy czym te 53 miliardy to dzisiaj tylko koszty surowca, a nie koszty całości żywienia. Od tego projektu rzecz jasna odstąpiono. 118 miliardów są to dotacje dla żłobków, domów dziennej pomocy, organizacji społecznych itd. Przy czym w tej kwocie 118 miliardów złotych, 51,5 miliarda złotych są to środki dla dwóch funduszy, zapobiegania narkomanii, przeciwdziałania alkoholizmowi, ponieważ te fundusze nie są tworzone

z jakiś wpłat, tylko normalnie z tych środków budżetowych. Czyli budżet oddaje część środków, które przejął m.in.

z podatków wpłacanych od obrotu alkoholem. Następnie są to 103,9 miliarda złotych są to zasiłki dla podopiecznych, jest to cała pomoc społeczna, ale tylko ta kpozazakładowa, nie zakładowa, zakup środków ortopedycznych, przejazdy chorych do lekarzy specjalistów, sanatoriów i t.d.

Inwestycje i remonty szacuje się w roku bieżącym na około 260 miliardów złotych, w ramach tego przewiduje się uzyskanie, oddanie do użytku trzech nowych szpitali, 3 tys. łóżek, tysiąca miejsc w domach pomocy, 40 przychodni, 50 ośrodków zdrowia. Nie będę mówił o porównywalnie drobnej kwocie, końcówce, ponad 25 miliardów złotych, jest to szereg działalności promocyjnych zdrowia, przeciwdziałanie AIDS, eksperymenty organizacyjne i inne.

Tak wyglądają te podstawowe kierunki i chciałbym zatrzymać się kilka zdań o dwóch funduszach ponieważ je pan doktor Wnuk-Lipiński m.in. takie pytanie zadał na poprzednim naszym posiedzeniu. Ile pieniędzy i na co się to wydaje. Fundusz przeciwalkoholowy, tworzony z odpisu środków, czyli wpłat do budżetu od obrotu alkoholem. W roku 1989 jest to 2,3% procenta od obrotu alkoholem i stanowi to kwotę 39,5 miliarda złotych. Czyli tyle wynosi ten fundusz w roku bieżącym. Na co ma być przeznaczony. Prawie 20 mld jest to budowa, czyli wszelkiego rodzaju działalność inwestycyjna, modernizacyjna bazy leczenia odwykowego, domów pomocy społecznej, zakłady pracy chro-nionej, izb wytrzeźwień. Czyli więcej niż połowa przeznaczana

na poprawę bazy związanej z psychiatrią, z działalnością odwykową i pomocy społecznej. 3, miliardy 700 są to inwestycje, adaptacje, remonty placówek opiekuńczo-wychowawczych, czyli przechodzi do gestii ministra edukacji narodowej, od razu na początku on te pieniądze dzieli ^{dla} na poszczególnych województw. Miliard 800 jest ~~na~~ działalność oświatowo-zdrowotną, informacyjną, kulturalną i inną, która jest realizowana przez zwłaszcza przez województwa, a także przez poszczególne organizacje społeczne, szczebla centralnego. 853 miliony są to prace naukowo-badawcze, jest to program centralny, program badawczo-rozwojowy, zapobieganie skutkom alkoholizmu i narkomanii. Obligatoryjna wpłata na fundusz rozwoju kultury tj. 15% wpływów jest to kwota 5 - prawie 6 miliardów złotych. Obligatoryjna wpłata z kolei na szkolenia, kursy, kształcenie specjalistów, zatrudnienie osób w niepełnym wymiarze ~~pr~~ czasu pracy w związku z walką z alkoholizmem, jest to kwota prawie 2 miliardów złotych.

I teraz jeśli chodzi o fundusz zapobiegania narkomanii, 12 miliardów złotych., w roku 1988 tzn. mamy zapreliminowane w roku bieżącym 12 miliardów złotych, jest to też z odpisu procenten od obrotu alkoholem na rok 1989 jest to 0,7. Na co te 12 mld złotych ma być przeznaczone w roku bieżącym. Po pierwsze też na bazę, na rozwój bazy 7,6 mld zł, chodzi szczególnie o organizację adaptację oddziałów detoksykacyjnych dla narkomanów, pomocy społecznej. Prawie miliard 800 jest to działalność oświatowo-zdrowotna, informacyjna, kulturalna i inna. 360 ^{milionów} kilka miliardów jest to pomoc osobom uzależnionym i 303 miliony zł są to też druga część wpłaty na centralny program badawczo-rozwojowy

zapobiegania skutkom alkoholizmu i narkomanii, no i inne wydatki, jest to kwota stosunkowo drobna, jest miliard 900 milionów złotych. Jeśli chodzi o sprawę zatrudnienia organizacji społecznych, kształcenia specjalistów, kursy szkolenia i inne.

Tęk wyglądałaby sprawa źródeł finansowania oraz kierunków wydatkowania środków.

Teraz dwa słowa chciałbym powiedzieć o zasadach rządzących, w jaki sposób się to planuje, wykorzystuje, w jaki sposób jest to dzielone, jeśli można mówić o dzieleniu. Chciałbym powiedzieć, że znowu w odczuciu społecznym, w tym także organizatorów ochrony zdrowia tkwią jeszcze sprzed lat nawyki związane z bardzo sztywnym systemem finansowania służby zdrowia. On jest w porównaniu do przedsiębiorstw, czyli do tej sfery rozrachunku gospodarczego nadal bardzo sztywny z prostej przyczyny, że wszystkie wydatki w ochronie zdrowia realizowane są poprzez system jednostek budżetowych, a jednostka polega na tym, że wszystko co mi potrzeba mam otrzymać z budżetu, ^{ale} a wszystko co zarobiłem mam oddać do budżetu. Rodzi to system braku zainteresowania, braku motywacji ogólnej do tego, żeby oszczędniej, lepiej gospodarować za jednym wyjątkiem, jeśli mam ^{ewentualnie} poczucie obowiązku, to tak jeśli kontrola mnie w ten sposób ukierunkuje czy złapie. Czyli brak jest tej motywacji. Ten system w ten sposób system jednostek budżetowych stymuluje gospodarność lub brak tej gospodarności. Aczkolwiek przez wiele lat był bardzo wygodny, bo nie zmuszał nikogo do tego, żeby liczył co ile kosztuje. Po prostu zdrowie człowieka jest najwyższym dobrem i tyle ile nas stać mamy

na to dać i w związku z tym mamy tak się gospodarzyć.

Szpitala, jednostki, domy pomocy finansowane są w formie jako jednostki budżetowe. Nieliczne tylko, bo domy dziennego pobytu, żłobki, są zakładami budżetowymi, gdzie jest finansowana różnica, wynik, że jeśli brakuje należy do tego dopłacić, ale wszystkie dochody zaliczane są dla tej jednostki.

Rzecz oczywiście, rodzi to swoje określone konsekwencje. Gdybyśmy chcieli powiedzieć z kolei na ile mamy wpływ a na dzielenie. Chyba niezupełnie ten wpływ jest jeśli chodzi ~~exakakę~~ o skalę makro. W skali makro największe uprawnienia aktualnie co do ~~W~~ podziału środków, aczkolwiek też są to uprawnienia teoretyczne, bo jest to znowu wybieranie między ochroną zdrowia, między gospodarką komunalną, oświatą i ~~ż~~ tymi wszystkimi dziedzinami, które w sferze budżetowej tkwią i od lat są niedofinansowane, niemniej jednak nie ma pojęcia że minister zdrowia dzieli pieniądze na cokolwiek. Tak, dzieli w stosunku do swoich jednostek. Tzn. w stosunku do szpitali klinicznych, ale nie na szpitale tylko dla akademii, a już rektor dzieli na szpitale, w stosunku do jednostek bezpośrednio podległych.

Rzecz oczywiście, rodzi to swoje określone konsekwencje. Gdybyśmy chcieli powiedzieć z kolei na ile mamy wpływ na dzielenie. Chyba niezupełnie ten wpływ jest, jeśli chodzi o skalę makro, ponieważ w skali makro największe uprawnienia aktualnie co do podziału środków, aczkolwiek też są to uprawnienia teoretyczne, bo jest to znowu wybieranie między ochroną zdrowia, między gospodarką komunalną, oświatą i tymi wszystkimi dziedzinami, które w sferze budżetowej tkwią i od lat są niedofinansowane, niemniej jednak nie ma pojęcia, że minister zdrowia dzieli pieniądze na cokolwiek. Tak, dzieli w stosunku do swoich jednostek. Tzn. w stosunku do szpitali klinicznych, ale nie na szpitale tylko dla akademii, a już rektor dzieli na szpitale, w stosunku do jednostek bezpośrednio podległych. Za to nie dzieli już, że na matkę z dzieckiem to damy tyle w tym roku, a powiedzmy sobie na człowieka starego to przeznaczymy tyle, ponieważ taki podział z wprowadzeniem decentralizacji uprawnień, takiego podziału na szczeblu centralnym się nie dokona. Dokonuje się za to przez zbitkę projektów co rady narodowe zamierzają przeznaczyć na ochronę zdrowia, oczywiście na etapie planowania wiemy ile będzie przeznaczzone na pomoc społeczną, ile będzie przeznaczzone na szpitalnictwo, a ile na inspekcję sanitarną, czyli na te elementy, które są planowane na etapie budżetu państwa.

Czego za to nie wiemy i co jest jedną z podstawowych przeszkód, żebyśmy wiedzieli. Jest to brak rachunku kosztów w służbie zdrowia. Czyli przy dosyć szerokiej wiedzy

bo na szczeblu szpitala można dużo wiedzieć, można ocenić każdy oddział co do kosztów, każdą jednostkę niemalże, ale wymagałoby to większej pracy, generalnie brak jest rachunku kosztów w ochronie zdrowia. W związku z tym przy wiedzy, że ile nas kosztuje jeden pacjent np., ale w Polsce w województwa, ale ile nas kosztuje pacjent leczony według oddziału już tego nie jesteśmy w stanie powiedzieć. Ile nas kosztuje zabieg, nie jesteśmy w stanie powiedzieć. Może być zabieg bardziej kosztowny, i mniej kosztowny. Był przypadek na przykład w roku 1981, gdzie w Gdańsku wydatki na jednego leczonego tylko na leki wynosiły około 2 tys. z groszami, podczas gdy średnio w kraju 1200. Skąd się wzięło, okazało się, że ze względu na warunki sanitarne ^w szpitalach przy każdym zabiegu jest osłona antybiotykowa stosowana. Kosztuje to. Ale dopiero po badaniu, trudno było porównać jeden oddział z drugim, jeden szpital z drugim szpitalem.

I kolejna sprawa, jest to sprawa związana, jako mankament, jest to sprawa tzw. finansowania poprzez resztę. Jesteśmy instytucją, aczkolwiek bardzo potrzebną, to trzeba powiedzieć w stosunku w udziale do innych wydatków, dosyć kosztowną. W związku z tym nawet w radach narodowych przepicie się poprzez lobby poszczególnych innych sfer dziedzin działalności nie ukrywam, że jest bardzo trudne.

I kolejna sprawa, jest to sprawa stworzenia, to znaczy zapewnienia w sposób systemowy stabilnych środków dla działalności ochrony zdrowia. Bo jak powiedziałem, są województwa, gdzie te środki są nie tyle wystarczające,

ale w wysokości niezbędnej i w szeregu województw w zależności od sytuacji politycznej na miejscu lobby poszczególnych, środki te mogą być niewystarczające.

W związku z tym co jako firma, jako ministerstwo W ostatnim okresie robiono żeby tę sytuację zmienić, poprawić, bo przecież nie jest tu pan prof. Indulski na jednym z posiedzeń powiedział przy reformie, nie jest tylko problem braku środków, ale sposobu ich wykorzystywania. Jak te środki przynoszą efekt, czy stwarza się warunki do tego, żeby te środki efektywnie wykorzystać.

Co w związku z tym w ostatnim okresie zrobiono. A więc mimo stwierdzeń, że system, polski system finansowania gospodarki finansowej w zakładach służby zdrowia jest bardzo sztywny, mało elastyczny, nie można się zgodzić z takim poglądem. Jest zdecydowanie bardziej elastyczny niż w szeregu państw socjalistycznych i także w szeregu państw kapitalistycznych. Czy to jest bardzo dobrze, ja tego nie wiem. Bo też pytanie, czy to tak bardzo dobrze, żeby pozostawiono szeroką swobodę nawet w systemie budżetowym dyrektorom zakładów i kierownictwom zakładów pracy. Ponieważ praktycznie od kilku lat, tzn. od 6-ciu lat nie ustala się żadnych norm na wydatki na w ochronie zdrowia, za wyjątkiem jednej - normy na żywienie.

I kolejna sprawa, to jest oetatyzowanie czyli odlimitowanie zatrudnienia w służbie zdrowia. Od połowy ubiegłego roku nie ma pojęcia, że przekroczyć etaty, brakuje mi etatów, albo nie mogę czegoś uruchomić bo nie mam etatu. Pojęcie etatu ma charakter informacyjny, liczy się ile mam pieniędzy i od kierownictwa zależy czy będzie miał wyższe

wynagrodzenia wykonane przez mniej liczny zespół, zczy po prostu w ramach tych środków niższe wynagrodzenie wykonane większą liczbą ~~zaxxm~~ zespołu. O tyle ma to zaletę, że nie płaci się podatku od ppw, tzn. od ponadnormatywnych wynagrodzeń, który stanowił gilotynę w sferze produkcji materialnej.

I kolejny element, jest to przekazanie upoważnienia przez ministra zdrowia też w końcu ubiegłego roku wszystkim kierownikom zakładów centralnego podporządkowania do dysponowania środkami budżetowymi w takim zakresie, jak przysługuje on ministrowi. Czyli dyrektor szpitala w II półroczu ubiegłego roku uzyskał uprawnienie tych przesunień ^{wszystkich} w budżecie, takie same jak posiadał minister.

Z podobną prośbą zwrócono się do wojewodów, różnie w województwach to zaskoczyło. Czyli nie wszyscy wojewodowie chcieli podzielić się tymi ~~pm~~ uprawnieniami z dyrektorami swoich zakładów. Ale w tym roku będziemy konsekwentnie pilnować, żeby takie podzielenie się tą władzą z dyrektorami zakładów nastąpiło.

I po tym wszystkim co powiedziałem rodzi się pytanie, skoro to źródło jest, powiedzmy sobie szczerze, w świecie istnieją różne systemy, tam ~~gdzie~~ gdzie jest w ocenie przynajmniej w światowych przekrojach, najlepsze służba zdrowia tam jest akurat system budżetowy. Mam na myśli kraje skandynawskie. Tam gdzie jest dobra służba zdrowia, albo efektywna służba zdrowia, mam na myśli system finansowania ubezpieczeniowego prawie 100 lat w RFN, od Bismarcka poczynając, tzw. system samopomocy społecznej, gdzie jest efektywna służba zdrowia, co wcale nie znaczy, że tania ta służba zdrowia jest, bo

WS

10/5

ona tania nie jest, jest to system ubezpieczeniowy. Czyli wcale jak tu widzimy nie tylko decyduje czy to będą środki z budżetu czy skądinąd, decyduje po pierwsze ile tych środków będzie, i po pierwsze czy sposób podziału, czyli dystrybucji tych środków wykorzystania będzie motywował do efektów uzyskanych. Poprzez to że np. nie mamy rachunków kosztów nie jesteśmy w stanie uczynić dwóch podstawowych analiz, koszty efektywne z koszt efekt czy koszt benefika koszt korzyść wyrażony w pieniądzu, która jest niezmiennie potrzebna m.in. do oceny programów a typu program matka - dziecko, gdzie można doczynić tzw. alternatywne oceny tego programu czy alternatywne sposoby wykorzystania środków.

Czyli konkluzje rodzą się co najmniej dwie, należy w ramach reformy stworzyć wydajne i stabilne źródła finansowania i tutaj opowiadamy się za tzw. pluralizmem finansowym czyli nie jedno, nie monokultura, a kilka źródeł finansowania i to żeby nie było jedno 90% i od niego jesteśmy tylko uzależnieni. I takim proponowanym modelem jest fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, ja celowo podkreślam nie społecznych, a zdrowotnych, bo gdyby propozycja dotyczyła społecznych, znowu byłby problem. W tej chwili jest w budżecie problem kultura czy edukacja, edukacja czy zdrowie. Byłby problem, renciści - emeryci, a zasiłki - czy zdrowie. A jesteśmy nie ukrywam drodzy, tzn. drodzy w sensie potrzeby są tego typu, środki są potrzebne wysokie.

Dlatego jest propozycja tego funduszu ubezpieczeń zdrowotnych, ale nie tylko. Także budżetu, tzn. wspomagania budżetem działalności tej zwłaszcza z programami zdrowotnymi

związanymi, z pomocą społeczną, inwestycjami, no nie będę wymieniał tych drobiazgów, będzie czas na dyskusję.

I sprawa kolejna, to sprawa wprowadzenia ewidencji rachunku kosztów. To się nie podoba znacznej części, zwłaszcza w naszych warunkach, przyzwyczajonych do nieliczenia się z groszem pracowników służby zdrowia. Ponieważ zaczęcie się liczyć, wyliczenie się z czegoś, odniesienie tego do efektu, nie jesteśmy do tego przyzwyczajeni, ale bez tego trudno mówić o ocenie efektywności.

I po trzecie, to jest w jaki sposób dzielić te pieniądze, korzystać z tych pieniędzy. I to jest sposób jeden. Nic innego nie wymyślił jak samofinansowanie, samodzielność, a w związku z tym samorządność. Niech każdy odpowiada pod kontrolą społeczną za to ile zarobi, jaka będzie jego kondycja. Rzecz jasna nie może być tego typu firma nastawiona na zysk, ale na zaspokojenie potrzeb społecznych.

I to są takie trzy chyba podstawowe elementy, sposobu wyjścia z tej sytuacji, a już bym wkroczył w obszar reformy co nie jest przedmiotem dzisiejszego posiedzenia.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Jest to, mnie się wydaje, dobre przygotowanie do dyskusji nad mechanizmami ekonomicznymi reformy, które nas czekają, a które jedna z podgrup grupy roboczej chciała dyskutować.

Ja może poproszę teraz o głos w dyskusji, ja już wiem, jedną dyskutantkę mam, widziałem. Tak, tak pytania. Ja myślę, że w tej chwili pytania, dlatego że mamy tak

samo ekspertów ZUS, jeżeli są pytania, to muszę powiedzieć, że mam wyrzuty sumienia, ponieważ prosiłem na ranną sesję, myślałem, że te mechanizmy ekonomiczne przejdą rano i od-siedzieli razem z nami eksperci ZUS.

Proszę bardzo pytania.

Ob. Janina Zielińska:

Ja mam pytanie do przedmówcy. Wiemy, że mamy przecież narodowy fundusz ochrony zdrowia. Chciałabym wiedzieć, jaka to jest kwota w skali kraju, bo zrobiłam rozeznanie w skali województwa, wiem że na dole są to minimalne złotówki, ale w skali województwa bydgoskiego mamy tego 270 milionów i wiem co z tego było zrobione i co można zrobić. Jaka to jest kwota w skali kraju.

Na radzie tyle.

Przewodniczący:

Dziękuję.

Może od razu magistrze.

Ob. Wysocki:

Nie podawałem funduszu, narodowego funduszu ochrony zdrowia, ponieważ są to środki nie państwowe, tylko są środki społeczne. Jest to aktualnie niewielka kwota, jest to kwota około 5 miliardów złotych zbiórki Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia. Po to, żebyśmy zrealizowali program NFOZ z budżetu państwa dokłada się co roku i w roku bieżącym dołoży się 22 miliardy złotych, żeby ciągnąć program rozpoczęty z Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Doktor Umiastowski.

Ob. Umiastowski:

Mam kilka krótkich pytań. Pierwsze, dlaczego ZUS jest deficytowy. Drugie, dlaczego środki z monopolu spirytusowego nie idą na służbę zdrowia. Trzecie, co się dzieje z dochodami dewizowymi kontraktów medycznych polskiej służby zdrowia. Czwarte, czy przemysł farmaceutyczny jest dochodowy czy deficytowy, jeśli deficytowy to dlaczego, jeśli dochodowy to co się dzieje

Ob. Wysocki:

Jeśli mam odpowiedzieć na pytania, to powoli, bo zapisać nie mogę.

Ob. Umiastowski:

Dobrze, bardzo przepraszam.

Wczemu ZUS deficytowy - pierwsze. Drugie - co się dzieje z dochodami z monopolu spirytusowego i tytoniowego.

Ob. Uniaśtowski:

Dobrze, bardzo przepraszam.

Czemu ZUS jest deficytowy - pierwsze. Durgie - co się dzieje z dochodami monopolu spirytusowego i tytoniowego. Trzecie - co się dzieje z dochodami dewizowymi kontraktów służby zdrowia, zagranicznych, zbiorowych i indywidualnych. Wiem, że idę do banku handlowego, co potem. Czwarte - czy przemysł farmaceutyczny jest dochodowy czy deficytowy. Jeśli deficytowy, to dlaczego. Jeśli dochodowy, to dokąd idzie dochód. I Piąte - czy można ustalić, ile polski podatnik płaci na służbę zdrowia. Dziękuję.

Przewodniczący:

Ja myślę, że może na to pierwsze pytanie odnośnie ZUS ja poproszę naszych gości z ZUS.

Ob. Kuratowska

Ponieważ to do ZUS pytanie właśnie, króciutkie bardzo. Czy wszystkie resorty, a więc i resort obrony narodowej i MSW płacą składki ZUS-owskie, bo tutaj jest trochę nieporozumienie.

Ob. Teresa Madejska:

Tak zrozumiałam to pytanie, że jednak będę musiała odpowiedzieć szerszej a nie wprost czy ZUS jest deficytowy, bo oczywiście w dniu dzisiejszym jeszcze deficytowy nie jest. O środkach ZUS, środkach Zakładu Ubezpieczeń Społecznych możemy mówić od 1968 r., kiedy to część naszej działalności została wyłączona z budżetu państwa, utworzony został fundusz emerytalny. W 1968 r. funduszem emerytalnym objęte zostały świadczenia emerytalno-rentowe i świadczenia na wypadek choroby i macierzyństwa.

Z tytułu wypadków przy pracy. Natomiast te świadczenia, krótkoterminowe nadal pozostały w budżecie, czyli że wszystkie zasiłki pozostały w budżecie państwa. Stąd już w 1968 r. wpływy ze składek były dzielone na fundusz i na budżet. W skali globalnej to był podział 70% wpływów otrzymywał fundusz, 30% budżet państwa.

I w okresie lat 1968 - 1986, kiedy funkcjonował fundusz emerytalny występowały corocznie nadwyżki funduszu z wyjątkiem dwóch lat. Pierwsze załamanie było w roku 1980, drugie w 1982. W 1980 r. zabrakło nam 17 mld zł, było to związane z podwyżką świadczeń emerytalnych i rentowych i niedobór ten został pokryty ze środków nagromadzonych w latach poprzednich. W 1982 r. zabrakło nam. I muszę powiedzieć, że już w 1981 r. podwyższono składkę po tym pierwszym załamaniu.

W 1982 r. zabrakło nam 21 mld zł, dochody były niższe od wydatków i środków nagromadzonych nie było, budżet państwa udzielił nam dotacji uzupełniającej, o którą nigdy się do tej pory nie upomniał, po prostu dofinansował fundusz emerytalny.

W 1987 r. został utworzony fundusz ubezpieczenia społecznego. W funduszu tym jest objęta całość dochodów i całość wydatków ubezpieczeń społecznych. Od momentu utworzenia funduszu budżet państwa nie dostaje od nas grosza. Natomiast my czerpiemy środki z budżetu w formie dotacji, to będzie w tej chwili odpowiedź na pytanie pani docent. Finansujemy bowiem, wypłacamy, bo przyznaje resort Ministerstwa Obrony Narodowej, MSW, służba więzienna, to są te resorty na całym świecie finansowane z budżetu państwa, w Polsce również świadczenia te przyznawane są przez te

resorty, natomiast my jesteśmy kasą, która te kwoty wypłaca. I na ten cel otrzymujemy dotacje z budżetu państwa do wysokości dokonanych wpłat. To są systemy zaopatrzeniowe, a więc systemy nie oparte na składkach. Składki na ubezpieczenie społeczne dla funkcjonariuszy tych resortów nie są płacone, stąd budżet państwa pokrywa.

Niezależnie od tego, są drobne inne dotacje, np. niektóre grupy ludności płacą niższą składkę niż powszechnie obowiązująca. Taką grupę ~~jest~~ są rolnicze spółdzielnie produkcyjne, są państwowe gospodarstwa rolne. Na te grupy ludności otrzymujemy również dotacje do wysokości powszechnie obowiązującej składki, a więc do wysokości 38, bo jak państwo wiedzą w 1977 r. składka z 43 została obniżona do 38%. W 1989 r. na te dwa rodzaje dotacji uzupełniające składki i pokrycie wydatków, no przepraszam jeszcze nie tylko MON, MSW i służba więzienna, świadczenia kombatanckie do 1987 r. istniał fundusz kombatanatów, którzy refundował nam wydatki, a w tej chwili myśmy przejęli wypłaty świadczeń kombatanckich i tak samo budżet państwa zwraca nam co do złotówki świadczenia wypłacane inwalidom wojennym. i wojskowym. Muszę powiedzieć, że my nie jesteśmy tacy dobrzy, że my nawet opłaty pocztowe ściągamy z budżetu państwa. Jak ja za przekazaną emeryturę płacę 60 zł, to ja sobie też do dotacji doliczam. Ryczałty energetyczne wypłacane kombatancom też są objęte dotacją budżetu państwa.

Łącznie, to już mówił mój poprzednik pan dyrektor Wysocki, łącznie dochody ZUS w 1989 r. wyniosą 3 biliony 964 zł, ale wydatki wyniosą 4 biliony 209 miliardów złotych. I muszę powiedzieć, że plan nasz został skonstruowany tak,

że ja w tym planie mam, zgodnie z obowiązującymi przepisami, tylko uwzględnione wydatki, które można było przewidzieć przed opracowaniem planu, a więc mam tylko środki na waloryzację na skutki waloryzacji ubiegłorocznej, w danym roku mamy 10 miesięcy, więc 2 miesiące musiałam dopłanować. Skutki waloryzacji ubiegłorocznej, skutki waloryzacji tegorocznej od 1 marca, skutki podwyżek najniższych emerytur i rent od 1 stycznia, od 1 marca, no i mam też tę dodatkową waloryzację, którą zostali objęci emeryci, którym świadczenia zostały przyznane w 1988 r.

A nie łudźmy się, na pewno będą dodatkowe działania osłonowe w II połowie roku. A już przy tym planie dzisiejszym mam w roku 1989 niedobór 250 mld zł, stąd nagromadzone środki przez nas na koniec 1989 r. spadają do 477 mld zł. A, tak jak każdy fundusz, tak i nasz fundusz musi na koniec roku zawsze mieć pewną rezerwę środków obrotowych.

Proszę pamiętać, że składki na ubezpieczenia społeczne płacone są z dołu, świadczenia wypłacamy z góry co 5 dni, waloryzacja świadczeń, dodatkowe osłonowe działania powodują skoki wydatków w danym miesiącu, to nie jest równomierne w całym roku, wzrost wydatków. A poza tym nie wszystkie województwa stały się samowystarczalne samofinansujące, są takie tereny, gdzie składki płacone przez zakłady pracy i przez samych ubezpieczonych nie starczą na pokrycie świadczeń. Ja muszę mieć rezerwę środków na redystrybucję i dofinansowywanie niektórych oddziałów ZUS. W 1988 r. dofinansowywaliśmy 28 oddziałów ZUS.

Tak, że stan środków, który nam zostnie na koniec roku nie pozwalał nam na żadne inne przeznaczenie ich na

żadne inne cele poza celami ubezpieczeniowymi. Ten stan spowoduje to, że rezerwa, o której wspominał pan dyrektor Wysocki 200 mld zł umieszczona w banku na oprocentowanym rachunku w formie lokaty będzie musiała być w ciągu tego roku wycofana, bo 486 mld zł to jest kwota, która jest nam bezwzględnie potrzebna na właściwe gospodarowanie funduszem, na nie pójście do rządu i powiedzenie, że nie mamy z czego płacić emerytur czy rent.

Ponadto chciałam zwrócić uwagę, że Sejm 16 lutego podjął ustawę o zmianie ustawy o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń społecznych i zobowiązał nas do prowadzenia działalności dotyczącej, zmierzającej do zapobiegania zachorowaniom, inwalidztwu i wypadkom oraz wspierania działalności rehabilitacji zawodowej. Mamy wspierać, rozumie się, że finansowo, edukację zawodową, rozwijanie ośrodków rehabilitacji zawodowej, rozwijanie produkcji protez, przedmiotów ortopedycznych, sprzętu rehabilitacyjnego, prowadzić badania i analizy przyczyn inwalidztwa, a zwłaszcza w zakresie wypadków przy pracy i chorób zawodowych. ZUS został również tą ustawą zobowiązany do wspierania rozwoju sieci domów, pensjonatów dla emerytów i rencistów.

Oczywiście działania te będziemy podejmować w takim zakresie, na jaki będą nam pozwalały środki funduszu.

Wystarczy?

Ob. Edelman:

...miliony, miliardy lecą, a ja nic nie rozumiem.

Ode mnie pani bierze przez 25 lat 38%. Tak?

Ob. Madejska:

Nieprawda, 15,5 brałam od zarobków 3.000.

Ob. Edelman:

3 tys. to jest wartość złotych, to jest inflacja, to pani źle gospodaruje tym interesem, że pani nie zabezpieczyła tych pieniędzy. To pani widać. Oczywiście. Ale 15% czy ileś bierzecie 38% od daty, nie dzisiaj, już parę lat. I przepraszam bardzo, ja potem dostaję renty przeciętnie, znaczy się człowiek, 5 lat powiedzmy, nawet też nie, nie, emerytury znaczy się - 5 lat. To ja się pytam, gdzie moje 15-20 lat tego co ja mało płacę, mały płacę, ale gdzie one są. To znaczy, że pani pozwoliła, jak ja pani płaciłem, włożyć sobie te pieniądze do kieszeni, trzymać pod poduszką i nie zrobić z nich użytku, żeby one się zdewaluowały. Bo nic innego nie widzę, bo jak pani mi płaciła 2 tys. zł emerytury 15 lat temu, a dziś pani mi płaci 40, a ja płacę mniej więcej ten sam procent, to pani zmarnowała moje pieniądze. Tak, czy nie? Pani będzie mi płaciła 5 lat, ja dłużej niż do 80 lat nie przeżyję, 85, ile człowiek przeżyje, do 100. Nie chodzi o mnie. To jest nielogiczne co wy mówicie, albo zmarnowaliście te pieniądze, albo wtedy kiedy mieliście pieniądze odprowadzaliście do budżetu państwa, albo wydawaliście na coś innego, na co ja w ogóle nie jestem w stanie zrozumieć. Bo 30 lat przeciętnie, 25 lat każdy człowiek płaci do ZUS i nie ma tych pieniędzy. 30 lat płaci, nie wiem. Więc gdzie są te pieniądze, to mi wytłumaczcie. Dobrze, dziś nie macie, dziurę macie. Ale gdzie macie te pieniądze za te 30 lat.

Ob. Madejska:

Ja chyba od tego zaczęłam.

Ob. Edelman:

Nie

Ob. Madejska:

Ze finanse ZUS wchodzi w budżecie państwa.

System budżetu państwa jest taki, że całość dochodów
zostaje w budżecie...

Ob. Edelman:

Aha, zabierają, nareszcie wiemy o co chodzi

Ob. Madejska:

Na wydatki otrzymuje środki z budżetu. Powiedziałam, że o środkach ZUS możemy mówić od 1968 r., kiedy powstał fundusz emerytalny.

Ob. Edelman:

To też 20 lat.

Ob. Madejska:

I powiedziałam, że w każdym roku jakaś nadwyżka zostawała na tym funduszu, tylko dwa lata zabrakło nam środków funduszu emerytalnego.

Ob. Edelman:

Ale przecież to jest niemożliwe.. Przecież 20 lat ludzie płacą pieniądze i pracują dalej.

Ob. Madejska:

Renta jest świadczeniem płaconym bardzo długo. Bo na rentę można iść mając lat 20 i brać ją do 80 roku życia. Emerytura jest płacona przeciętnie około 15 lat. Oczywiście. I na tym polega ryzyku ubezpieczeniowe.

Ob. Edelman:

Przeciętna 72 lata, a i-dzie na emeryturę i rentę 65, więc gdzie tu jest 15 lat płacenia. Przecież tu nie chodzi o poszczególnego człowieka, tylko ogólnie. Państwo zmarnowali od 1968 r. kupę pieniędzy, boście ich nie zabezpieczyli. To jest oczywiste. I wobec tego trzeba się zastanowić co z tym zrobić, bo tak nie może być. Ludzie płacą pieniądze, a potem nie dostają swoich wartości. Bo te pieniądze, które pani bierze z mojej pensji to ja nie dostaję w zakładzie pracy, to są moje pieniądze. Wartości tego garnituru jest tylko 5% mojej pracy.

A reszta to jest niewiadomo co. Pani bierze też z tego, czyli gdyby pani nie brała, to byłoby 7,5%, a pani bierze. Bo przecież poza tymi 38% jeszcze 20% co się płaci już nie wiem na co, na socjalno, 28 jeszcze 28%. 20%, gdzie tamto jest, kto to pierze? Też państwo biorą część z tego. Zmarnowaliście te pieniądze. To jest oczywista rzecz. Nikogo nie przekonacie. żebyście podawali te biliony i miliardy, to nikogo nie przekonacie, żeście nie zrobili źle z tymi pieniędzmi. Czyli oddawaliście te pieniądze do budżetu państwa i państwo wam dawało ile wy chcecie. I to jest wszystko. Zamiast zabezpieczyć^ć moje pieniądze, to w ogóle do sądu was podam.

Przewodniczący:

Zaraz pani dyrektor.

Muszę powiedzieć, że się bardzo cieszę, że mamy ekspertów.

Ob. Edelman:

Ja nie jestem ekspertem, ja dbam o moje 200 zł.

Przewodniczący:

Nie, nie pan.

Dlatego my poprosimy teraz o udzielenie odpowiedzi, a jeszcze może zbierzemy te pytania, które będą do ZUS.

Proszę bardzo.

Ob. Chmielowa:

Czy możemy się dowiedzieć, ilu mamy rencistów, ilu mamy emerytów. Czy to jest możliwe, bo słyszałam, że pracujących obecnie jest tylko 11 mln, a blisko 5 mln jest emerytów i rencistów. I teraz interesowałby mnie wiek, w jakim wieku są przeciętnie ci renciści i emeryci. Bo inaczej to ten rachunek się naprawdę nie zgadza.

Bo my wszyscy umieramy w biegu. Pracujemy do końca i umieramy. Ja prawie nie znam emeryta wśród lekarzy. To gdzie są ci emeryci, którzy te nasze pieniądze biorą.

Przewodniczący:

Czy są jakieś jeszcze pytania?

Proszę.

Ob. Kulerski

Ja mam jeszcze pytanie odnośnie tych rent. Ja nie jestem ekspertem, ale mam wątpliwości. Mianowicie, jest powiedziane, że w tej chwili ZUS płaci renty i emerytury pracownikom resortu Ministerstwa Obrony Narodowej i MSW i to jest refundowane jakby, czy dawane nazwijmy to, z budżetu państwa. Tak to zrozumiałem. I teraz wobec tego mam pytanie, czy do tych przeciętnych wieku, o których państwo mówicie jaka to jest kwota łącznie w tej chwili bo rozumiem, że państwo macie 3 biliony, a wydatkowane będą 4 a biliony 200. Czy to jest ta różnica. Nie. Dobrze, to jest jedna sprawa.

Druga sprawa, mówi się tutaj o niskim wieku osób idących na renty i emerytury. Czy również jest to średnia wszystkich grup, bo ja znowuż nie wiem, ale wydaje mi się, że grupa, te dwie grupy o których wspomniałem, przechodzą na renty, na emerytury, bo renty to też swoją drogą, ale trudniej jest uchwycić, ale na emerytury znacznie wcześniej.

I trzecie pytanie, czy fundusz, który jest przez państwo przeznaczany dla tej grupy emerytów i rencistów jest wliczany w fundusz przeznaczony dla tych dwóch resortów generalnie. Czy

Takie pytanie może śmieszne, ale może ja nie mam racji, świadczenia kombatanckie na jakim mniej więcej

poziomie się kształtują w stosunku do lat poprzednich, mnie nie chodzi o wartości bezwzględne, a raczej czy jest to spadkowa tendencja, czy wz się utrzymuje, czy wzrastająca.

Przewodniczący:

Czy są jeszcze jakieś pytania?

Jeżeli nie, można prosić panią dyrektor.

Ob. Madejska

Nie na wszystkie pytanie zanotowałam.

Pierwsze, pamiętam pytanie jest, w systemie ubezpieczenia społecznego pracownika i systemie pochodnym mamy przeciętnie miesięcznie 5 mln 585 to są emeryci i renciści. Jeżeli do damy do tego rolników to wychodzimy na liczbę 6 mln 990 to jest nasza roczna liczba emerytów.

WS

12/5

Ob. Madejska:

Nie na wszystkie będę umiała odpowiedzieć pytania i nie wszystkie zanotowałam.

Pierwsze pamiętam pytanie dotyczące liczby emerytów i rencistów. W systemie ubezpieczenia społecznego pracowników i systemie pochodnym mamy przeciętnie miesięcznie 5 mln 585, to są emeryci i renciści. Jeżeli dodamy do tego rolników, to wychodzimy na liczbę 6 mln 990, to jest nasza roczna liczba emerytów, rencistów.

Nie, ja nie planuję takimi danymi, to już, rocznik statystyczny mam, to możemy zerknąć.

To jest jedno. Drugie. Wróć do tych składek. Składka przeciętna jest 38%, nie wszystkie grupy ubezpieczonych płacą, za nie wszystkie grupy ubezpieczonych płaci się 38%, za emerytów, rencistów, inwalidów składka jest płacona w wysokości 5%. Stąd średnia ważona stopa procentowa składek w roku 1988 dla przykładu, wyniosła tylko 35,35. To nie jest pełne 38%.

MON, MSW, służba więzienna. Ja mówiąc przedtem, już powiedziałam. Łączna dotacja moja, nie mam podziału dotacji ze sobą, nie spodziewałam się bo nasza komisja, ta komisja nie jest komisją ubezpieczeń społecznych, więc nie wzięłam szczególnych danych. Natomiast całość dotacji, dotacja dla wojska, milicji, służby więziennej i ta dotacja uzupełniająca, o której mówiłam za niektóre grupy płatników w planie 1989 r. wyniosł 356 miliardów złotych. I jest ona po stronie dochodów i po stronie wydatków, bo jest kwota w wydatkach.

Stąd nie ma mowy o tym, żeby ta różnica, o której ja mówiłam, że wydatki przekraczają dochody, miała coś wspólnego z dyńmi świadczeniami.

Kombatanci. Były dwa rodzaje świadczeń dla kombatantów jak pamiętam przed laty. Jedni mieli od zarobków, jeżeli jakiś okres czasu przepracowali, wymiar. Inni mieli od ryczałtowej podstawy. Ta ryczałtowa podstawa była najpierw 3 tys., później 8x 7, później 9. I te 9 tys. jest teraz walorowane, tym samym współczynnikiem co system pracowniczy. Tak, że przeciętna wysokość świadczenia nie jest tam wysoka.

Ob.

Mnie nie chodziło o wysokość świadczeń. Bo to jest inna sprawa. Tylko czy liczba.

Ob. Madejska

Portfel spadał się zmniejsza.

Liczba spada, oczywiście z roku na rok spada.

Przewododniczący:

Prawidłowo, uznajemy za prawidłową sytuację.

Ob. Madejska

Portfel się zmniejsza. Liczba spada z roku na rok.

Ob.

Dziękuję.

Przewodniczący:

Prawidłowo; uznajemy za prawidłową sytuację.

Czy w takim razie,

Proszę bardzo.

Ob. Madejska

Padł tu zarzut, w tej chwili sobie przypomniałam, że zmarnowałam pieniądze. Ponieważ tylko z środków ZUS wydawane były pieniądze na świadczenia społeczne do tej pory, i takie dane mam. Ja mogę od ¹⁹⁶⁸ 1988 r. do 1988 rok po roku podać kwotę nadwyżki, jaka była na koniec roku i podać kwotę oprocentowania. Sekundkę, mam tu gdzieś karteczkę, zaumowałam sobie specjalnie. Do roku 1988 odsetki od naszych pieniędzy wyniosły 37 miliardów, natomiast bank od tej lokaty, o której tu mówiliśmy nie przypisał nam jeszcze odsetek, bowiem termin lokaty mija w sierpniu 1989 r. i wtedy zostaną przypisane odsetki. 12% za rok 1988, 55% za rok 1989. Przypuszczam, że to będzie kwota stanowiąca około 30 mld złotych.

Przewodniczący:

Tak, proszę przejść.

Ob. Górski /wiceprezes ZUS/

Wolałam, żeby moja koleżanka odpowiadała na te pytania, po prostu pracując w ZUS od urodzenia, czyli od skończenia studiów, ja zdecydowanie krócej i jest osobą bardziej kompetentną. Tę pracę prowadzi.

WS

13/2

Proszę państwa, dwie czy trzy uwagi na tle tego postawionych dwóch zarzutów, co się z tymi pieniędzmi dzieje. I po pierwsze, czy ZUS te pieniądze zmarnował. Ja jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie w zrozumieniu rachunku, który powinna prowadzić klasyczna, podkreślam klasyczna, instytucja ubezpieczeniowa, jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie dać nie mogę, zwłaszcza do sytuacji, która panowała do roku 1987. Od roku 1987, tzn. od momentu kiedy wydana została zoszę przy dużej inicjatywie Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, prezesa Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, a obecnie wiceprezesa Rady Ministrów Sekuły, nowa ustawa o organizacji i finansowaniu ubezpieczeń stworzony został względnie czysty system finansowy dla Zakładu Ubezpieczeń Społecznych, kten, który pozwala w ramach jednego funduszu gromadzić środki pochodzące ze składek, nimi gospodarować, przy czym wyniki będą różne w różnych latach. My jesteśmy instytucją wykonawczą, natomiast realizujemy szereg decyzji podwyżkowych, decydowanych zdecydowanie wyżej. Nierozmywana jest natomiast odpowiedzialność w przepływie pieniędzy pomiędzy budżetem a funduszem. Uczyniona została wreszcie rzecz jeszcze jedna bardzo ważna, uczyniona w ramach tej poprawki do ustawy, o której pani Madejska przed chwilę mówiła, uchwalonej 16 lutego, i która nas bardzo połała. Mianowicie, rzeczywiście Zakład Ubezpieczeń Społecznych mógł swoje środki pochodzące z nadwyżek, myślę o roku 1987, 1988, mógł swoje środki dawać do banku na oprocentowanie delikatnie mówiąc, powiedzmy nie najbardziej korzystne z punktu widzenia wielkości procent.

Z punktu widzenia wilkości procentów i inflacji, To jest dokładnie ten sam proces jaki mieli poszczególni obywatele.

Proszę państwa, żeby była jasność, panie doktorze, ja naprawdę mam do pana tak wielki szacunek, ale ~~max~~ w grę wchodziły kwoty i ewentualne utraty kwot, czy relatywne utraty kwot, które w stosunku do całego budżetu ZUS i wydatków ZUS mogł^yby wynosić około 5%, 6%. W tej chwili ta poprawka wprowadzona do ustawy, uchwalonej 16 lutego br., pozwala Zakładowi Ubezpieczeń Społecznych lokować pieniądze w sposób maksymalnie korzystny, i takie zobowiązanie na nas, wyboru banku, wyboru, łącznie z przedsięwzięciami quasi ~~pr~~ gospodarczymi, takimi jak to miały miejsce przed wojnę itd.

Oczywiście znowu cała ta nadwyżka nasza w tej chwili jest bardzo niewielka, bardzo niewielka, i oczywiście znowu to nie jest wielkość, która cokolwiek może uratować czy rzutować finansów ZUS, natomiast z punktu widzenia poprawnej gospodarki, gospodarności i uniknięcia zarzutu, żeście zmarnowali moje pieniądze, jest to sytuacja dla naszej instytucji, jako instytucji finansowej, zdecydowanie normalniejsza, tak bym ją nazwał.

Teraz, jeszcze dwa zdania i kończę. Jeśli idzie o ten zarzut zmarnowania tych pieniędzy i porównanie takie proste porównanie typu przeciętna długość życia, moment uzyskiwania emerytury i renty, no i wysokość płaconych składek. To jest oczywiście rzecz strasznie ekspertska i wymagałaby zbadania naszych ksiąg, tak bym to powiedział. Rzecz jest stosunkowo prosta, tylko wymagałaby zbadania roku po roku.

Proszę państwa, znakomita część naszych emerytury, której my znowu nie możemy odnosić do tego przeciętnego wieku 60-65, bo są i okresy zdecydowanie krótsze, stanowią mamy około 4 mln emerytów, ponad 2 czy 2,5 miliona to są renciści, którzy korzystają z tych świadczeń z różnych grup, korzystają zdecydowanie wcześniej. Do tego dochodzą renty rodzinne, do tego dochodzi refinansowanie świadczeń z tytułu zachorowań. Po prostu ta mozaika jest zdecydowanie bardziej złożona, żeby można było robić to proste porównanie, że przeciętny wiek mężczyzny w tej chwili zdaje się 60,5 roku, a powszechnie obowiązujący wiek odejścia na emeryturę 65, wobec tego tylko odłożenie z moich składek na te 3,5 roku. Po prostu rachunek byłby nieprawdziwy. Można badać rok po roku i przy mankamentach, o których mówiłem, których jestem świadom, w samym systemie finansowania dotychczasowych instytucji, przy świadomości tych mankamentów, nie tu pies jest pogrzebany.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Ob. Edelman

Żeby to wygospodarować to płatnik się nie musi martwić. Jeżeli ZUS bierze od niego pieniądze, to ZUS jest za nie odpowiedzialny. To moja sprawa nie jest, to jest pana sprawa. Jak, żeby było dla mnie na te trzy lata. To jest pana sprawa. A jeżeli pan ze mnie płaci na inne rzeczy, to pan musi z moich pieniędzy zarobić na ^{xxg} te inne rzeczy, a pan nie zarabia. Pan nie zarabia, to pan splajtował.

A jeżeli pan splajtował, to pana zamknął ten interes.

Ob.

Panie przewodniczący, krótko jeszcze.

Przewodniczący:

Tak proszę bardzo, panie... ^{prezesie.} Po tośmy pana prosili.

Ob. Górski

Zgadzam się na 100% z panem, z wywodem pana doktora. Natomiast myśmy nigdy nie dopuścili z winy ZUS, poza tymi dwoma przypadkami o niewielkiej skali, o których mówiła pani Madejska, że przez dwa lata kończyliśmy bilans ZUS minusowym wynikiem.

Dodatkowo mieć, i to była sprawa tych rekompensat i operacji podwyżkowych. Błąd musimy mieć ten fundusz rezerwowy, o którym również pani Madejska mówiła, który by nam jakieś skokowe różnice pozwalał wyrównywać.

Zarzut pana doktora może sprowadzać się do tej ^obardzo obszernej listy celów uzupełniających, które zostały wprowadzone w ustawie, na które ^oZUS może dodatkowo pieniądze przeznaczać. Lista jest rzeczywiście imponująca. Od budowy domów starców poprzez ośrodki rehabilitacyjne itd. itd.

Proszę państwa, to w tej chwili z naszych kalkulacji, ta ustawa i ta poprawka do ustawy weszła 16 lutego, wpływają już pierwsze oferty. Dla przykładu rozmawiałem wczoraj z panem prof. Rudnickim, który bardzo agituje nas fundację "Nie jedno serce" na rozbudowę ośrodka ^oka rehabilitacji kardiologicznej w Konstancinie, podobno rzeczy szalenie potrzebnej. Nam również potrzebnej. Ta rozbudowa kosztowałaby 5, 6, 7 mld - w tych granicach. To jest tego

I żeby mnie to przynosiło zyski. Natomiast układów jeszcze u nas w gospodarce nie ma.

Z punktu widzenia interesów środków, które pan doktor i państwo włożyliście w ZUS przymusowo powiedzmy, płacąc składki, no to z tego punktu widzenia powinienem to lokować w interesy choćby najbardziej podejrzane moralnie, ale dające mi największy zysk, z punktu widzenia tego drugiego celu, muszę dokonywać niejako wyboru, że ja to robię z dużym marginesem ostrożności, ale powiedzmy sobie, w jakimś tam stopniu kosztem świadczeń pieniężnych, które są naszą podstawową naszą domeną.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Ja chciałbym serdecznie, tak, tak, ja wiem będę odpowiedzi. Natomiast chciałbym serdecznie podziękować naszym gościom i ekspertom z ZUS, bo mnie się wydaje, że my nie rozwiążemy dzisiaj w tej dyskusji problemów ZUS jako instytucji, rentowności, czy powiedzmy iść jak fundacja Rockefellera, czy Rockefeller, który swoje przedsiębiorstwo prowadzi. Natomiast przyjmujemy tę informację, ponieważ jest to tak jakżeśmy zapowiedzieli, informacja, i bym poprosił w tej chwili, dziękując bardzo panu prezesowi i pani dyrektor za to, że tak długo z nami spędzili tyle czasu i tyle czasu czekali na swój występ. A doktora Edelmana muszę zastrzec panie prezesie, nie jest łatwo zadowolić. W związku z tym proszę to wziąć pod uwagę.

Natomiast chciałbym, żeby dyrektor Wysocki odpowiedział na te pozostałe pytania, możliwie też informacyjnie, dlatego, że czas naprawdę ucieka.

WS

14/2

Ob.

Ponieważ państwo z ZUS mają odejść, to może jeszcze jedno pytanie. Gdyby tę składkę ubezpieczenia zdrowotnego ZUS miał liczyć, to słyszałam, że państwo dokonywali jakiś szacunków, o ile by z tego tytułu wzrosły koszty funkcjonowania ZUS. Nie robiliście państwo.

Ob. Madejska

Muszę powiedzieć, że gdyby komisja doszło do takiego wniosku, że służbę zdrowia trzeba poratować jakąś dodatkową składką, to ZUS nie uchyla się od tego, że może być pomocą swym aparatem. Bowiem zbieramy składkę na ubezpieczenie społeczne, moglibyśmy równie dobrze zbierać dodatkową składkę na ubezpieczenia zdrowotne i przekazywać ją do Ministerstwa Zdrowia, czy na Fundusz Ochrony Zdrowia. Przepisy w tej chwili są takie, że w sumie prawo do świadczeń wynika nadal nie z prawa konstytucyjnego, a z prawa objęcia ubezpieczeniem społecznym. Ale nie możemy, jak przedstawiają nasze finanse, z naszych finansów finansować. Z naszych środków przeznaczyć coś na ochronę zdrowia. Natomiast możemy być tym robotnikiem, który ściągnie i przekaże tę składkę. Z tym że każda podwyżka składki to jak wiemy to jest wzrost kosztów działalności przedsiębiorstwa, to jest czynnikiem inflacyjnym.

Ob. Górski:

Jeżeli zostaliśmy jeszcze powołani do głosu, przepraszam jeszcze bardzo państwa, znamy ten temat. Tak samo jak przyjacielem państwa, tak i moim jest pan doktor Krasucki jego memoriały też mam. Bezpośrednia odpowiedź na pytanie

pani jaka musiałaby to być wielkość składki, w sensie rachunkowym musielibyśmy mieć jakieś liczydełko, jest niesłychanie prosta. Bo jest ten bilion 400 milionów, o którym mówił pan dyrektor Wysocki, tyle kosztuje służba zdrowia zdaje się, że mniej więcej tyle kosztuje, to podzielić to przez liczbę osób ubezpieczonych, od których składujemy podzielić przez 12 i mielibyśmy mniej więcej, odnieść do funduszu płac, i byśmy mieli poziom składki.

Tylko teraz powstaje pytanie następujące, bo ja się też nad tym tematem m.in. na skutek dyskusji z Piotrusiem Krasuckim bardzo zastanawiałem. Na pewno, mówił o tym pan dyrektor Wysocki, że mamy służbę zdrowia funkcjonującą bardzo dobrze, a finansowaną z budżetu w Skandynawii, i też dobrze pracującą w oparciu o inny model RFN-owski ubezpieczeniowy.

My jako instytucja ubezpieczeniowa w obecnym kształcie, proszę państwa proszę pamiętać, że wspomniana z łą w oku ubezpieczalnia społeczna była zlikwidowana w 1949 czy 1950 r. Myśmy się stali w tej chwili instytucją typowo finansowo-świadczeniową. Gdyby to miała być operacja nie tylko finansowa, tzn. że my pobieramy składki, przekazujemy to na kogoś powiedzmy sobie, potrzeba miliard 400 to ustalamy składkę, która zapewnia, bilion 400 przepraszam, ale jeżeli to miało-by być związane z kontrolą przez nas zasadności wydatkowania pieniędzy przez służbę zdrowia, rachunkiem kosztów określonym jakiś normatywów na każdego chorego, każdy zastrzyk, każde urządzenie itd. to my byśmy musieli się jako instytucja przekształcić. To by musiała

WS

14/4

być całkiem inną instytucją, z przynajmniej całym pionem silnie wyspecjalizowanym, który może działałby o wiele lepiej od obecnego Ministerstwa Zdrowia, ale czy, ja też takiej gwarancji nie potrafię dać. Więc w pierwszej fazie, gdyby taka koncepcja zwyciężyła, oskładkowania, to byłoby to po prostu koncepcja tylko innego sposobu przekazywania pieniędzy, bo my w poborze składek to mamy dużą władzę, to potrafimy robić, my gwarantować, że nie zmarnujemy tych pieniędzy teraz dzięki tym możliwościom korzystniejszego lokowania, to też byśmy zagwarantowali. Natomiast k musieliśmy być płatnikiem rachunków, które nam by organizacje służby zdrowia wystawiały bez rzeczywistej kontroli, dopóki byśmy jakiś aparat, czy jakiegoś modelu kontroli tych wydatków sami nie wypracowali.

Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Czy można przyjąć, że nie ma więcej pytań do ZUS.

Ja myślę, że to było bardzo pomocne, dlatego że wielokrotnie wydawało się, że prosty zabieg przerzucenia całych wydatków na Zakład Ubezpieczeń Społecznych na ubezpieczenia zdrowotne rozwiązuje sprawę. Jest to zagadnienie oczywiście, które jest aktualne i stawiane w reformie, w tych kierunkach reformy, ale musimy zdawać sobie, że to nie jest takie proste przedstawienie łatwe i w krótkim czasie, bardzo krótkim czasie może nastąpić. Ja dziękuję bardzo państwu.

A teraz wracamy do tych pytań, które były postawione przez pana doktora Umiastowskiego i poproszę magistra Wysockiego o odpowiedź.

WS

14/5

Ob. Wysocki:

Dziękuję bardzo. Nie wiem czy potrafię na wszystkie kompetentnie odpowiedzieć, bo część pytań jest nie do naszego resortu, nie do resortu zdrowia. Ale na ile mi wiedza pozwala oczywiście postram się odpowiedzieć.

Pytanie pierwsze, co się dzieje z podatkami od monopolu spirytusowego. A więc podatki od działalności, od produkcji alkoholu wpłacane są jak wszystkie inne podatki dochodowe i obrotowe do fiskusa. Tzn. do izb skarbowych. Co się z nimi dzieje, a idą do budżetu centralnego i idą na wszelkie cele. To są jedne z dochodów budżetu. Za to to, co my otrzymujemy na fundusz przeciwałkoholowy to jest nie odpis od produkcji alkoholu, tylko odpis od obrotu alkoholem. To jest od wartości obrotu alkoholem. My dostajemy tylko, tak jak tu podawałem, tylko 2,3%, a reszta stanowi dochód budżetu centralnego.

Druga sprawa kontrakty zagraniczne. Normalnie wszystkie kontrakty zagraniczne, te zbiorowe, indywidualne, które prowadzi P x Polserwis, rozlicza Polserwis. Z tego, na ile zorientowany jestem, połowę dewiz odstrzedaje państwu, tzn. do Narodowego Banku, a połowę zostaje jemu, tzn. on posiada tylko połowę dewiz. Do nielicznych kontraktów, bodaj do dwóch, jest taka decyzja, podejrzewam przez pomyłkę nie uchylona, jeszcze Prezydium Rządu z lat 70., gdzie w odniesieniu do dwóch kontraktów, ^{z Lee} ~~xxkxx~~ jeszcze któryś nie pamiętam nazwy miejscowości, z tej połówki, która zostaje Polserwisowi, połowa jest przekazywana na konto ministrowi zdrowia i opieki społecznej. W ubiegłym roku było to ponad 200 tys. dolarów i te 200 tys. dolarów jest dzielone z kolei

WS

14/6

głównie między realizatorów kontraktu, którzy te kontrakty realizują. Realizatorów, tzn. do szpitali, w Białymstoku czy w Krakowie, czy w Gdańsku, tam gdzie lekarze są, na sprzęt, aparaturę. Tylko powiedzmy sobie, że jest to porównywalnie niewielka, niska kwota. Co to jest kilkaset tysięcy dolarów w skali kraju.

Przemysł farmaceutyczny. Kondycja każdego przemysłu w tym samym farmaceutycznego, uzależniona jest od cen, tzn. za ile się produkuje i za ile się sprzedaje. Nasz cały świat jest to przemysł wyjątkowo dochodowy, ponieważ akumulacja jest potężna. U nas w Polsce do lat początków 80. był to bardzo dochodowy przemysł, ponieważ akumulacja wynosiła jak na początek lat 80. czy do 1982 bardzo dużo, bo około 10-12 miliardów złotych, co na owe czasy jest bardzo dużo. Tylko po wprowadzeniu cen urzędowych i nie podwyższaniu cen w Cefarmach, tzn. u kupujących leki przemysł ten w produkcji na kraj przestał być przemysłem dochodowym. Na eksport jest nadal dochodowy. W produkcji na kraj, dlaczego bo obowiązywały ceny urzędowe. Efekt jest taki, że w bieżącym roku to co Cefarm kupił od przemysłu farmaceutycznego, czyli ta kwota, którą wydał na zakup leków, a ta kwota za którą sprzedał leki, detaliczne, wyrównując dopłaty do recept, że to są zupełnie odrębne środki, że budżet państwa dopłaca do każdej recepty określoną kwotę, to po to, żeby pokryć różnicę w cenie, między ceną zakupu i ceną sprzedaży, oczywiście łącznie z lekami z importu, bo przecież te leki z importu też są kupowane, dolarę są przeliczane po cenie określonej, a lek jest sprzedawany po cenie polskiej, tzn. nie kosztuje 10 tys. czy 20, tylko odpowiednio mniej. Na To ta dopłata wyniosła 140 mld zł.

WS

15/1

Czyli jakbyśmy powiedzieli ujemny bilans przemysłu farmaceutycznego w ubiegłym roku w odniesieniu tylko do obrotów z Cefarmem, wyniósł 140 miliardów złotych.

Rzecz jasna poza tym przemysł otrzymywał swoją cenę, czyli przemysł do tego nie dopłacał. Straty nie miał. Ale nie miał normalnych, godziwych zysków na tyle, gdyby pozwolono mu dać cenę umowną, czyli taka cena, która byłaby ceną negocjowaną. W związku z tym możemy dzisiaj generalnie powiedzieć, że kondycja przemysłu, czy sytuacja finansowa przemysłu farmaceutycznego w tej produkcji na kraj nie jest porównywalną z tymi normalnymi firmami na zachodzie, które bardzo dobrze, nie tylko te przemysłu, ale i fiskus, bardzo dobrze z tego żyją.

Przy czym, może to nie być pełna odpowiedź, bo ja mówię to z pozycji Ministerstwa Zdrowia, nie z pozycji ministra przemysłu czy ministra finansów.

I sprawa następna, to jest sprawa, ile kżs każdy podatnik płaci. A więc tak, po pierwsze trzeba powiedzieć, że generalnie obywatel jako osoba fizyczna, generalnie podatków nie płaci, poza podatkiem wyrównawczym, jeśli ma bardzo duże dochody. Te nasze kwydatki, które są na ochronę zdrowia pochodzą głównie z różnego rodzaju podatków, m.in. z tych podatków nazwijmy, które fiskus pozbiera typu obrotowego od alkoholu, od tych wszystkich monopolii, tak, że w związku z tym trudno powiedzieć ile podatków płaci, bo takiej ewidencji nie ma. Bo jak tego podatnika liczyć. Są to głównie podatnicy uspołecznieni. Za to można to odnieść ile w ubiegłym roku w stosunku do wydatków na ochronę

zdrowia, ja podawałem, że te nakłady na ochronę zdrowia wynosiły bilion 300 miliardów złotych, podzielić przez liczbę mieszkańców, ile by to wypadło na mieszkańca. Wypada to około 35 tys. złotych na jednego mieszkańca, wydatki ubiegłoroczne. Czyli gdyby każdy mieszkaniec chciał tę służbę zdrowia mieć jaką miał w ubiegłym roku i te nakłady odnieść do każdego, byłoby to 35 tys. zł. W skali roku. Licząc oseski i każdy mieszkaniec zarejestrowany.

Wydało mi się, że odpowiedziałem na wszystkie pytania.

Przewodniczący:

Tak jest. Proszę bardzo.

WS

15/3

Ob. Kuratowska:

Mnie tutaj szokuje nie od dziś, to co pan dyrektor powiedział, to mnie tylko upewniło w tym szoku, ten Narodowy Fundusz Zdrowia. To jest zupełne nieporozumienie. Płacę niby na to niemal wszyscy, tzn. deklarują, jedni płacą, inni nie. Od razu mówię, że ja na to nie płacę, dlatego, że uznałam, że to jest absurdalna sprawa. I jak widać, jest to absurdalna. Wtedy tylko tego ^{typu} fundusz, który jest funduszem minimalnym jak wynika z tego co pan powiedział, tylko wtedy taki fundusz miałby sens i ludzie mogliby się, bo to jest dobrowolne opodatkowanie, wobec czego ludzie by się opodatkowywali na to gdyby wiedzieli na co to idzie konkretnie. Nie to, że pan dyrektor dzisiaj powiedział, że tyle a tam tyle, a jeszcze można by to na pewno rozbić, jakie tam placówki zostały wzmocnione tym funduszem. Ale gdyby czy komunalna jakaś grupa ludzi, czy pracownicy służby zdrowia, którzy też mają właśnie podlegać tym opodatkowaniom, czy mogą, wiedzieli, że będzie to ich udział w jakiejś bardzo konkretnej inwestycji, czy innego zabezpieczenia aparatury, bardzo konkretnej i bardzo im potrzebnej. Jednym słowem, żeby to znowu nie był wspólny garnek. Tak jak z tym budżetem państwa, że idą pieniądze, i pan też o nich mówił, idą sobie do budżetu i gdzieś tam giną, i wydawane są nam niewiadomo kto.

Muszę powiedzieć, że w stosunku do Narodowego Funduszu Zdrowia od dawna nie ma ten fundusz żadnego zaufania społecznego. Jeżeli ludzie płacą, to dlatego, że jest nacisk w miejscach pracy, i kboją się nie. Na pewno to są zmarnowane pieniądze i zmarnowana inicjatywa społeczna, którą pewne można

WS

15/4

byłoby znacznie lepiej wykorzystać. To jest pierwsza sprawa.

Druga, interesuje nas, mówiliśmy tutaj o emeryturach w resorcie Obrony Narodowej i MSW, że one są płacone z ZUS, a ZUS na to bierze pieniądze z budżetu państwa. Według mnie to też jest jakiś absurd. A drugie, kto właściwie finansuje służbę zdrowia w tych resortach, czy też resorty, czy też dochodzi, jeżeli tak, to jaki jest udział budżetu centralnego zdrowia, czyli Ministerstwa Zdrowia do tej służby zdrowia. To byłoby to co mnie w tej chwili interesuje.

Przewodniczący:

Bardzo proszę.

WS

15/5

Ob.

Ja może powiem kilka słów NFOZ. Ja podałem ostatnie dane z danych publikowanych, było 5 - 6,5 miliarda złotych. Aktualnie tzn. za rok 1988, to są dane jeszcze niepublikowane, wykonanie przewidywane wyniesie 11 miliardów, planuje się na rok 1989 - 13 miliardów zł zbiórki i wydatków NFOZ.

Przy czym chciałem tu jedną rzecz podkreślić, być może, to jest fundusz autentycznie społeczny, tzn. co znaczy autentycznie społeczny. Że organy administracji państwowej nie mają nic do niego. Po prostu są petentami u niego. Można powiedzieć na ile jest to samorządny fundusz a więc jest to komitet narodowy, prezesem jest prof. Kostrzewski, tego funduszu, i on nie ma nic wspólnego z administracją państwową ani z ministrem finansów, ani z innymi organami administracji państwowej.

Ja tu chciałem powiedzieć jedną rzecz. Być może ten fundusz w za małym stopniu propaguje swoją działalność. Bo ja chciałem powiedzieć, że tylko w latach 1973-1987, bo takimi danymi mam, posiadam te dane, z funduszu zostało wybudowanych prawie 1700 obiektów w Polsce. 1700 obiektów. W tym 22 szpitale o prawie 8 tys. łóżkach. W początku lat 80. 1/4 całości nakładów na inwestycje to był NFOZ. Teraz odwrotnie jest, z budżetu państwa dokłada się do inwestycji, bo by ich nigdy nie skończono z prostej przyczyny, że kiedyś deklarowano 0,5, 0,25 od poborów. A teraz deklaruje się 100, 200 zł. Tylko 100, 200 zł 1 stycznia to jest to samo co 200 zł w listopadzie, już w grudniu nie pomnę. W związku z tym kondycja tego funduszu jest coraz bardziej podła. Najprawdopodobniej, gdyby w większym stopniu intere-

WS

15/6

sowano społeczeństwo, efektami, to ofiarność najprawdopodobniej byłaby inna. Tu jest związany jeszcze jeden problem. Że trudno, żeby np. Biała Podlaska, czy radomskie czy inne w ze swoich środków wybudowało szpital, w związku część swoich środków przekazuje na cele centralne, i jest to taki trochę bezimienny szpital, bo pieniądze przychodzą z komitetu Narodowego Funduszu Ochrony Zdrowia w Warszawie, nie jest to związane z konkretnym terenem, bo trudno, żeby dane województwo nawet z NFOZ po 10 latach zbiórki zbudowało tenże szpital.

Ja już nie będę podawał pozostałych efektów NFOZ, one naprawdę są dosyć znaczące.

Kolejna sprawa to jest sprawa MON i MSW. Służba zdrowia MON nie wchodzi do tych kwot, które ja tutaj podawałem. Te kwoty, które tu prezentowałem to są nakłady na ochronę zdrowia, nie wchodzi służba zdrowia MON, za wyjątkiem około 2 - 2,5 mld zł, które kiedyś chyba przed 2, 3 czy czterema laty z MON były przekazane z budżetu MON do budżetu ochrony zdrowia, a w tej chwili są co roku przekazywane MON na zasadzie umowy wykorzystania, czyli działalności MON na rzecz ludności cywilnej. MON się rozlicza ile osób obejmowała opieką, ile hospitalizował, czy w szpitalach MON-owskich, ile padów było przeprowadzonych. Jest to kwota, dotychczas, do tego roku, około 2 - ^{2,5}2,5 miliarda złotych, co było z naszych pieniędzy z ochrony zdrowia. Pozostała służba zdrowia jest poza ochroną zdrowia.

Za to MSW. Tak z budżetu centralnego, te 2 - 2,5 miliarda złotych było z budżetu centralnego. Za to MSW nie jest ani koordynowana, ani finansowana z budżetu Minister-

WS

15/7
1990

stwa Zdrowia, z budżetu centralnego, jest ustalana w dziale ochrona zdrowia jako zupełnie odrębna kwota, do której minister zdrowia nie ma żadnej dyspozycyjności, na zasadzie części wydatków z budżetu centralnego na ochronę zdrowia MSW.

I ona obciąża, tzn. ona doliczana jest.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo.

Proszę państwa, ja bym chciał się zwrócić teraz do współprzewodniczącej, dlatego, że jest za 20 pięta. Pozostały nam co najmniej dwa punkty, tzn. jeden tj. informacja nt. zaopatrzenia w sprzęt jednorazowy i jeszcze krótkie sprawozdanie z grup roboczych jako wprowadzenie do tematyki następnego posiedzenia. I teraz moje pytanie jest skierowane do pani, jak będziemy dysponować i programem i czasem. Dlatego, że ja oceniam, sądząc, ja wiem, że nic tak nas wzbudza emocji jak dyskusja o pieniądzach, że rzeczy bardziej materialne, powiedzmy mniej budzą dyskusji. Czyli pytanie moje jest bardzo proste. Czy państwo uważają, że teraz powinniśmy przejść i dać jeszcze informację o zaopatrzeniu, czy przenieść informację o zaopatrzeniu wtedy, kiedy będziemy dyskutować reformę i ~~naprawdę~~ będzie problem zaopatrzenie. Ale nie byłoby to dobre, bo byśmy skończyli z informacjami.

Czyli rozumiem, że możemy teraz przejść do informacji, bo ja ciągle podkreślam, chcielibyśmy pracować na podobnym podejściu, żebyśmy wyzbyli się pewnych mitów. Ja nie mówię, czy mity są zawinione, czy niezawinione, ale jest jaśniejsze spojrzenie na mechanizmy ekonomiczne. Czyli jeżeli można zaproponować państwu, to byśmy może 5 minut przerwy zrobili.

WS

15/8

XXXXXXXXXX

Ob. Edelman

Ja bym jeszcze raz sprawę finansów i zpotem przerwa.

Przewodniczący:

Dobrze.

Ob. Edelman

Bo o finansach mówiliśmy co jest źle. Ale trzeba do tego następnego tygodnia trzeba pomyśleć jak ma być dobrze. Więc proszę bardzo.

Przewodniczący:

Przepraszam bardzo, do finansów pan... dobrze.

Ob.

Źródła finansowania w służby zdrowia muszą być samodzielne. Od tego się zaczyna.

WS

16/1

Ob. Edelman

Źródła finansowania służby zdrowia muszą być samodzielne. Od tego się zaczyna. Jak widzimy to z ZUS, że wpłaca się do tego kotła, i państwo daje ile oni potrzebują. Proszę państwa, jest lobby węglowe, jest lobby stalowe, jest lobby kolejowe i jest lobby telekomunikacyjne, ale nie ma lobby zdrowotnego. Ja proponuję, żeby się tutaj umówili wszyscy razem, że będziemy stanowili jedno lobby. Że my ten rząd weźmiemy za haczyk, nasze lobby będzie mocne, bo oni też chorują, wprowadzić mają swoje oddziały, ale lekarze muszą się leczyć i muszą się leczyć u lekarzy. I muszą być tak samo zainteresowani w zdrowiu jak my. Mamy na nich środki. I proponuję następujące rzeczy. Następujące rzeczy.

Samofinansowanie. Skąd wziąć pieniądze. Raz. ZUS czy inna instytucja musi mieć fundusz jak on się nazywa, FUZ. to jest raz. Dwa, musimy wydebić od przemysłu farmaceutycznego, nie od rządu, żeby te 40% podatku, które wchodzi do kasy państwowej nie szły do kasy państwowej, do kotła gdzie my się dopchać nie możemy, tylko żeby szły bezpośrednio te 40% ich podatków do naszego resortu. Ja nie mówię jak. To są bardzo duże sumy. Bo to opowiadanie, że oni dokładają, niech oni babci opowiadają. To jest nieprawda. Bo jeżeli oni dokładają, to się nie nadają do tego, żeby prowadzić przemysł farmaceutyczny, bo na całym świecie. Zresztą, muszą państwu powiedzieć, że w ostatniej tabeli najbardziej dochodowych przedsiębiorstw jest przemysł farmaceutyczny. Więc nie wiem co oni opowiadają. Ja rozumiem jak woda destylowana

WS

16/2

kosztuje 150 zł pół litra, to oni do tego dokładają, to trudno, ja już na to nie mam rady. Prawda? To jest druga rzecz.

Trzecia rzecz. Fundusz alkoholowy, nie mówię o całym podatku alkoholowym, ale jeżeli my bierzemy 2,5 % z funduszu antyalkoholowego, a nikt się antyalkoholizmem nie zajmuje poza służbę zdrowia, dobrze za czy źle, niech dają cały fundusz antyalkoholowy do nas. To jest trzecie źródło.

Czwarte źródło, które nie jest wielkie, prawdopodobnie te kontrakty, ja nie umiem powiedzieć ile z tego wyniknie pieniędzy, ale coś tam będzie, są to dewizy.

A czwarte źródło będzie źródło rządowe. Rząd będzie płacił, bo my go nie zwolnimy z tego, będzie płacił, ale nie będzie jedynym, że tak powiem, funkcjonariuszem tych pieniędzy. Będą udziałowcy. Każdy udziałowiec będzie pilnował swoich pieniędzy, żeby się nie zmarnowały. To jest zasadnicza rzecz.

Może są jeszcze źródła, trudno mi w tej chwili powiedzieć, skąd jeszcze można. To jest prawda, że to jest prawdziwe branie pieniędzy z jednej kieszeni i wkładanie do drugiej. Tylko że my do tej kieszeni gdzie te pieniądze leżą, nie możemy się dopchać.

Może są jeszcze. Ale ja wam mówię. Bo my się nigdy nie dopchamy do tych pieniędzy, bo nasi ministrowie są delikatni. I najlepszy dowód to jest to, że w GUS nie ma procentu, bo ja tam byłem u nich, ja się ich zapytałem, ile z Narodowego Funduszu, dochodu narodowego podzielonego dostaje służba zdrowia. My nie prowadzimy tego rachunku. A co wy za rachunek

WS

16/3

- żadnego rachunku nie prowadzimy, bo to prowadzi tylko Ministerstwo Zdrowia. Ja mówię, ile im rząd dorzuci, tyle biorę. Tak jest. I nie mamy żadnej statystyki. Statystykę ma tylko Ministerstwo Zdrowia, która jest na łasce pana ministra finansów czy innego ministra, szczególnie jest najbardziej na łasce ministra górnictwa, bo tamtem bierze wszystko, żeby tę tonę węgla wydobywać za 100 dolarów a sprzedawać za 45. I my do tego płacimy. Ona ma chorych górników, których my mamy leczyć.

Są możliwości, od górnictwa, od przemysłu. Więc, żeby to wszystko zostało tutaj złożone. I z tych wszystkich funduszy, razem z rządem. Np. Akademia Medyczna, co to znaczy, że z akademii medycznej, że się płaci 2 godziny lekarzowi dodatkowo za obsługę pacjentów. Przecież to trzeba mieć źle w głowie. On ma 20 pacjentów na tej wielkiej klinice i niech on prowadzi studentów bez tych 20 pacjentów, to co on będzie robił, bawił się tak? Będzie przychodził do trzeciego szpitala. To była dotacja dla lekarzy te 700 zł kiedyś, a dziś może jest to 3 tys. To była dotacja. To jest dotacja z naszych pieniędzy. To powinna płacić edukacja. Niech płaci, niech im podniesie pensje. Ja nie mam nic przeciwko temu, ale dlaczego my mamy za to płacić. Niech oni płacą, przecież to jest tylko dotacja. To jest niesłychana rzecz, itd. itd. Ja nie umiem tutaj wyliczyć wszystkich, ale tak ma być budowany fundusz zdrowia. I trzeba żądać, żeby te podatki z tych przemysłów, które są związane ze zdrowiem, szły jeżeli nie w całości 100%, a z przemysłu farmaceutycznego wszystko zabrać, bo oni z nas tylko żyją, a od innych przemysłów część zabrać

WS

16/4

i dołożyć do funduszu tutaj. Niech rząd nie robi łaski.
On robi łaskę jak daje.

Ob. Kuratowska:

nie
A szczególnie zabrać tym, którzy pracują dla zdrowia,
ale tym którzy zdrowiu szkodzą, tzn. monopol spirytusowy,
tytoniowy itd. Tu podatki powinny być wzięte.

Ob. Edelman:

Ja chciałem zwrócić uwagę, że w bogatych krajach
Malboro płaci na fundusz antyrakowy 60% podatków. Malboro,
ta firma, gdzie się u nas też reklamuje, w Pewexach.
Jeżeli państwo są zgodni z tym, to ja nie mówię, żeby
to dziś ustalić do końca, ale jeżeli to państwu odpowiada
w zasadzie, to trzeba to opracować, ja nie jestem ekonomistą,
żeby to było w przyszłości tak podane..

Przewodniczący:

Ja muszę powiedzieć, że intencją było, że te grupy
robocze, które, ta grupa robocza ds. reformy, która się
podzieliła na dwa zespoły, ekonomiczny, miała się zająć
dyskusją nad źródłami finansowania. Bo jeżeli państwo ci,
którzy przejrżeli ten dokument, oczywiście tam jest też
źródła finansowania nie są wyczerpujące, ale one są, idą
w tym kierunku co mówił pan doktor. Ten przykład z Malboro
to tam też jest zróżnicowanie składki w zależności od ryzyka.
Czyli, po prostu, ponieważ to jest tylko kierunkowy materiał,
dlatego ta dyskusja ma nad szczegółowymi mechanizmami i źródła-
mi...

Ob. Edelman

Ona nie jest tutaj,... kierunkowo

WS

16/5

Przewodniczący:

Kierunkowo, oczywiście. I dlatego mnie się wydaje, że to możemy przyjąć i chciałbym, żebyśmy mieli jakiś porządek w dyskusji, ponieważ my przedstawiliśmy materiał, ja spodziewam się, że na następnym posiedzeniu otrzymamy komentarz, ^{Czy} Państwo się zgadzają z tymi kierunkowymi rozwiązaniami, gdzie należałoby zmieniać. Może macie jeszcze inne propozycje. Dlatego, że chcielibyśmy, żeby jako wynik naszych jeszcze dwóch posiedzeń, bo nie możemy więcej ciągnąć, musimy skończyć i dojść do protokołu, żeby był to poprawiony kierunkowy materiał, wzbogacony o przeróżne rozwiązania i w finansowaniu i w organizacji, i w tej samorządności. To cośmy dyskutowali.

Proszę bardzo. Proszę bardzo. I dojdziemy do sformułowań, tylko oprzyjmy na czymś co jest przedstawione. I dlatego, jeżeli państwo się zgodzę, ja przepraszam, że tak troszeczkę pilnuję czasu, jeżeli się zgodzicie, to my do tych spraw finansowych, traktujemy jako informację wzbogaconą przez głos w dyskusji pana doktora, gdzie musimy poszukiwać tych nowych źródeł finansowania, przenieść to do dyskusji nad reformą, tzn. dzisiaj nie robić żadnego zapieku, bo to i tak nie wyczerpuje. Musimy to oddać jakiejś grupie, która się zna, która nam podpowie. Obecnie przedstawić tę informację o zaopatrzeniu, krótką i poprosić, chciałbym poprosić jeszcze prof. Indulskiego na zakończenie, żeby dał swoje impresje odnośnie grupy roboczej ds. reformy.

Ob. Edelman:

Ja bym nie przenosił tego na grupę roboczą, bo grupa

WS

16/6

robocza w trzy dni nic nie zrobi. Ja proponuję, żeby była komisja z 2 - 3 osób, która sformułuje to. Bo tu wiadomo o co chodzi. I na następnym zebraniu przyjmimy to. Więc żeby nie było żadnych komisji, podkomisji, bo zginiemy.

Przewodniczący:

Przepraszam, ja mówiłem, że to było intencją grupy roboczej. Myśmy się zgodzili na początku, że przenosimy obrady na plenarkę.

Ob. Edelman:

To musi być przygotowane.

Przewodniczący:

To musi być przygotowane i dlatego taki zespół musimy powołać, 2, 3 osoby redakcyjne, które nam sformułują.

Ob. Edelman:

5 minut przerwy, tak?

Ob.

...czy ja będę mogła parę słów powiedzieć.

Przewodniczący:

Oczywiście, nawet pierwsza.

Teraz ja bym proponował, żebyśmy zrobili 10 minut przerwy. Bo to się zanosi, że to się jeszcze troszeczkę pociągnie. Za 10 minut. Dziękuję bardzo.

/przerwa/

bw

17/1

I chciałbym poprosić jeszcze prof. Indulskiego na zakończenie, żeby dał swoje impresje odnośnie tej grupy roboczej d/s reformy.

Prof. Janusz Indulski:

Ja bym nie przenosił tego na grupę roboczą, bo grupa robocza 3mx w trzy dni nic nie robi. Ja proponuję, żeby była komisja z 2-3 osób, która sformułuje to, bo tu wiadomo o co chodzi, i na następnym zebraniu przyjmiemy to.

Przewodniczący Wojtczak:

No więc ja dlatego powiedziałem, żadnych komisji, podkomisji, bo zginiemy.

Ja mówiłem, że to było intencją grupy roboczej, myśmy się zgodzili na początku, że przenosimy te obrady na plenarę.

Prof. Janusz Indulski:

Dobrze, ale to musi być przygotowane. I dlatego taki zespół musimy powołać, 2-3 osoby. 5 minut przetwy.

Teraz tak, ja bym proponował, żebyśmy jednak zrobili 10 minut przerwy, bo to się zanosí, że to się jeszcze troszkę pociągnie. Za 10 minut, dziękuję bardzo.

/Przerwa/

Przewodniczący Andrzej Wojtczak: /po przerwie/

... dłuższej nieco niż planowanej przerwie, ale jesteśmy nie zawsze lordami własnego czasu, i chęci, w związku z tym przystępujemy do ostatniej informacji, przed wystąpieniami naszych współprzewodniczących grupy

bw

17/2

~~niektórzy~~ roboczej. Poproszę może pana dyr. Gierczyńskiego o przedstawienie w sposób syntetyczny informacji na temacie interesujący nas wszystkich, ta informacja jest nieco może zawężona, w tej chwili jedynie do zaopatrzenia w sprzęt jednorazowy, natomiast sprawy leków przeniesiemy na następną sesję, przy czym wyjaśniam dlaczego. My mamy przygotowany materiał, tylko trudno rozmawiać o zaopatrzeniu w leki, kiedy przemysł farmaceutyczny jest w rękach innych chemii, to znaczy przemysłu, i osoba, która jest odpowiedzialna za współpracę z przemysłem farmaceutycznym, jest nieobecna po prostu w kraju. I to spowodowało, że musieliśmy przesunąć tę informację, co zresztą wyjdzie na zdrowie dla nas, dlatego że informacja będzie krótsza.

Poproszę bardzo o przedstawienie.

P. Andrzej Gierczyński:

Państwo Przewodniczący! Panowie! Państwo!

Sprawne działanie służby zdrowia zależy w znacznej mierze od stopnia zaopatrzenia w wyroby techniki medycznej. Znaczenie techniki w medycynie rośnie wykładniczo i obecnie nikt już nie kwestionuje, że odgrywa ono decydującą rolę w procesach nowoczesnej diagnostyki i terapii. Wyroby techniki medycznej stanowią całą grupę rozwiązań, prostych, jak igła, do najbardziej złożonych jak tomograf komputerowy, urządzenia magnetycznego rezonansu jądrowego.

Wbrew powszechnemu przekonaniu, wydatki jednostek służby zdrowia w krajach rozwiniętych nie są determinowane

bw

17/3

zakupami złożonej aparatury medycznej, ale przede wszystkim wyrobami jednorazowego użytku. Wymogo nowoczesnej medycyny, zasady septyki i wreszcie pojawienie się nowych, nieznanych dotąd zagrożeń, jakim jest AIDS, powodują, że zapotrzebowanie na wyroby jednorazowego użytku gwałtownie rośnie. Z uwagi na ich powszechne użytkowanie, wymagane ilości określone są nawet w setkach milionów sztuk rocznie. Warunki te determinują konieczność zapewnienia dostaw tych wyrobów z produkcji krajowej. W Polsce, ponad 38-milionowym kraju, musimy zapewnić krajową produkcję podstawowych wyrobów medycznych jednorazowego użytku. Niezbyt skomplikowana technologia wytwarzania oraz olbrzymie potrzeby stwarzają warunki do pełnej opłacalności produkcji i nie kwestionowanej gwarancji zbytu.

A jak wygląda aktualnie sytuacja w zakresie zaopatrzenia służby zdrowia w wyroby techniki medycznej jednorazowego użytku? Z uwagi na bardzo duży asortyment tych wyrobów, pozwolę sobie przytoczyć dane liczbowe dotyczące trzech podstawowych wyrobów, jakim są igły, strzykawki i zestawy do przetaczania krwi i płynów infuzyjnych.

Potrzeby kraju naszego, Ministerstwo Zdrowia w tym asortymencie wyrobów określa w sposób następujący: przy czym od razu wyjaśnia, że samo określenie potrzeb kraju jest co najmniej dyskusyjne potrzeb służby zdrowia. Każdy może to robić w zupełnie inny sposób, w zależności od danych zamówień, można określić potrzeby kraju, zresztą one też sinusoidalnie wręcz się zmieniają.

Dane, które tutaj Państwu podaję, określamy w zasadzie jako pewną pochodną współczynników WHO, które są przyjęte

bw

17/4

średnio na populację jako ~~średnio~~ 10 iniekcji na statystycznego obywatela rocznie. Określamy to jako nasze potrzeby powinny być nieco większe z uwagi na deficyt ich dotychczasowy.

A więc igły jednorazowego użytku określamy jako potrzeby około 450 mln sztuk, te dane proszę traktować plus-minus 10%, bo one mogą się zmieniać.

Strzykawki 260 do 300 mln, zestawy do przetoczeń około 22-25 mln sztuk.

Krajowi producenci strzykawek jednorazowego użytku dostarczyli służbie zdrowia w 1988 r. 138 mln sztuk, tj o 24 mln mniej niż w 1987 r., a więc krajowa produkcja mamy dostawy igieł jednorazowego użytku osiągnęły poziom 225 mln sztuk, tj. około 5 mln sztuk więcej niż w 1987 r., ale było to blisko 60 mln sztuk mniej niż potwierdzenie dostaw przez producentów, nie mówiąc już o rzeczywistych potrzebach, które określiłem nieco wcześniej.

I w trzecim asortymencie jedyny znaczący producent zestawów do przetadzania krwi - lubelska Polfa, ~~która~~ dostarczyła krajowej służbie zdrowia 7 mln kompletów tych urządzeń, wielkość tej produkcji pokrywa około 30% potrzeb kraju.

Jak wynika z wyżej podanych przykładów, krajowa produkcja tych wyrobów nie zapewnia nawet minimum potrzeb służby zdrowia. Resort służby zdrowia, będący przecież tylko odbiorcą wyrobów wyprodukowanych przez krajowych producentów, zmuszony jest przeznaczać środki dewizowe na interwencyjny import tych wyrobów, ponieważ żaden

bw

17/5

z krajów socjalistycznych nie produkuje w nadmiarze tego asortymentu sprzętu medycznego, pozostaje konieczność importu wyłącznie z II obszaru płatniczego.

Na zakup sprzętu iniekcyjnego jednorazowego użytku zmuszeni byliśmy wydać w 1987 r. 2,5 mln dolarów, w 1988 r. około 1 mln dolarów. Na uzupełnienie dostaw zestawu do przetaczania krwi¹ płynów infuzyjnych przeznaczamy około 4 mln dolarów w clearingu jugosłowiańskim, to nie jest taki normalny dolar dlatego, że nasz budżet, o którym mogę później udzielić informacji, mówi o budżecie dewizowym, resortu, składa się z wielu kieszeni, na ogół operuje się pojęciem w dolarach USA, ale są to ściśle określone kierunki, poza gotówką są kredyty, clearingi, clearing jugosłowiański i chiński.

Czego spodziewamy się w roku bieżącym od naszych producentów? Istotnej poprawy przede wszystkim w dostawie igieł jednorazowego użytku, bowiem druga krajowy producent, Polfa Bolesławiec, uporał się już z rozruchem produkcji i wraz z fabryką Mifa Milanówek, pracującą zresztą na maksimum swych dotychczasowych możliwości produkcyjnych, deklaruje dostawy w bieżącym roku 350 mln sztuk igieł. Niestety, nie będzie to poprawy w dostawach strzykawek. Potwierdzenie dostaw na 155 mln sztuk to nadal o 7 mln mniej niż dostawy krajowe sprzed 2 lat.

Optylizmem napawać natomiast może potwierdzenie tegorocznych dostaw zestawów do przetaczania. Na poziomie 22-25 mln sztuk, co zapewniłoby realizację pełnych

bw

17/6

potrzeb służby zdrowia. Na tle jednak dosyć czasowych doświadczeń chcemy zabezpieczyć się przed niespodziankami z tytułu uruchomienia nowych linii, jak to już nieraz bywało w naszym przemyśle i rezerwujemy pewną kwotę na zestawy do przetaczania krwi i płynów infuzyjnych w imporcie z Jugosławii.

Spodziewamy się również po raz pierwszy, że producenci krajowi dostarczą nam około 9 mln sztuk insulinówek jednorazowego użytku. Mówiąc o sprzęcie jednorazowego użytku musimy wiedzieć o jego olbrzymim asortymencie. To nie tylko igły, strzykawki, czy zestawy do przetaczania, to cała gama cewników, zgłębników, kaniul, rurtek, drenów, worków, filtrów itp. Krajowi dostawcy zapewniają służbie zdrowia około 30-35% całego asortymentu. Mówię o asortymencie, a nie o ilości. Pozostała część musi być importowana.

Jesteśmy stale w ścisłym kontakcie z przemysłem medycznym, spółdzielczymi organizacjami producentów sprzętu medycznego, rzemieślnikami produkującymi na rzecz służby zdrowia, spółkami i przedsiębiorstwami z udziałem kapitału zagranicznego.

Przemysł medyczny w Polsce, oczywiście mówię o przemyśle wytwarzającym wyroby techniki medycznej, wyłączam tu w tej chwili farmację, to w zasadzie 9 specjalistycznych przedsiębiorstw, zgrupowanych w zrzeszeniu OMEL. Zatrudnia one około 6 tys. pracowników załedwie, a więc nie powinno to być problemem w skali ewentualnie stworzenia priorytetów czy bodźców dla tego przemysłu.

bw

17/5

Ich dostawy stanowią niestety tylko 14% wszystkich dostaw, jakie otrzymuje służba zdrowia. Cały przemysł, łącznie z przemysłem, jak już tu mówiliśmy, farmaceutycznym, chemicznym, dostarcza 31% wyrobów techniki medycznej jaką otrzymuje służba zdrowia. Spółdzielczość dostarcza 6%, rzemiosło około 5% i pozostałe jednostki organizacyjne około 3%. Państwo już mogą się zorientować, że na import przeznaczamy, znaczy z importu pochodzi 55% wszystkich dóbr wyrobów techniki medycznej w naszej służbie zdrowia. A więc przeszło połowę niestety musimy przeznaczać na import.

Proszę państwa, odrębnym zagadnieniem, które chciałem króciutko zasygnalizować, są, jest gospodarka aparaturą i sprzętem medycznym, która ściśle wiąże się z problemami eksploatacyjnymi w służbie zdrowia. W sytuacji istotnego niedoboru wyrobów techniki medycznej i braku środków finansowych na ich zakup problemem efektywnego wykorzystania sprzętu i właściwej, szczędnej gospodarki aparaturą jest zagadnieniem równie ważnym jak i poszukiwanie środków na jej zdobycie. Nadal krytycznie oceniamy zagospodarowanie zakupionej aparatury, postępowanie ze zbędnym wyposażeniem, wykorzystanie specjalistycznej aparatury medycznej.

Ministerstwo Zdrowia podjęło szereg działań mających na celu eliminowanie niekorzystnych zjawisk w gospodarce aparaturą medyczną. Opracowano po raz pierwszy komputerowy system ewidencji aparatury medycznej i

bw

~~17/6~~ 18/1

wdrożono go w systemie ogólnopolskim w 20 ośrodkach regionalnych - wszystkie jednostki służby zdrowia w całej Płsce. Trwająca przeszło rok czasu praca zbliża się do końca. W chwili obecnej ewidencją objęto około 22, 3,5 tys. typów najważniejszej aparatury medycznej. Aktualnie wprowadzono do komputerów informacje o blisko 160 tys. aparatury. Wiedza ta służyć będzie kierującym na wszystkich szczeblach zarządzania w służbie zdrowia. Będzie pomocna również dyrektorowi szpitala, lekarzowi wojewódzkiemu, rektorowi lub Ministrowi Zdrowia.

Informacje te winny wspomagać decyzje związane z przydziałem aparatury, i przemieszczeniem, kasowaniem, typizacją w przyszłości, oceną wykorzystania i ocenienia kosztów jej utrzymania.

Ważnym elementem, mającym istotny wpływ na wykorzystanie szczególnie cennej aparatury jest bodźcowy system płac personelu ją obsługującego. Pewne elementy motywacyjne zostały już częściowo uwzględnione przy obecnej regulacji płacy, ale uważamy, że w zespołach, o których dzisiaj była mowa i systemach, które wspólnie będą tworzone, należy większą uwagę poświęcić na określenie bodźcowego systemu płac dla personelu obsługującego, powtarzam, proszę nie mylić tylko z personelem tylko technicznym. Mówię o tym, którego właśnie niestety nie ma w pełnej ilości, gdyż są tu na pewno jakieś rezerwy lepszego wykorzystania tej cennej aparatury medycznej.

Ostatnio zwiększono również znacznie środki dewizowe na zakup części zamiennych, które, bez których niestety

bw

18/2

aparatura też nie będzie właściwie eksploatowana.

W 1987 r. przeznaczono na części zamienne 3 mln dolarów, w 1988 r. już 6 mln dolarów, w bieżącym roku planujemy blisko 8 mln dolarów.

Proszę państwa, chciałem również dodać, że jest to czysta gotówka. Części zamienne, wbrew, w przeciwieństwie do innych form handlowych zakupu aparatury medycznej odbywają się tylko w gotówce, której mamy bardzo mało. Taka informacja, że w bieżącym roku, na wyroby techniki medycznej mamy 62 mln dolarów, ale w gotówce tylko 45. Z tego właśnie 8 przeznaczamy na części zamienne. Ale sądzimy, że jest to, że to pomoże do usprawnienia serwisu, a w konsekwencji zwiększy stopień wykorzystania, eksploatowanej już aparatury.

Ważnym zadaniem jest kreowanie niewłaściwej polityki zakupu sprzętu i aparatury medycznej. Musimy bowiem chronić polski rynek przed napływem zbyt różnorodnej aparatury. Być może nie jest to pogląd, może jest to pogląd dyskusyjny, ale przyjęliśmy zasadę umownie taką nazywaną żargonowo 2,5, że w każdej dziedzinie specjalności techniki medycznej powinniśmy mieć nie mniej producentów, mówię o producentach z importu szczególnie, niż dwóch i nie więcej niż pięciu. Służy to ła po pierwsze, jeden ewentualnie producent to jest monopol, który jest bardzo niekorzystny dla Polski, zbyt dużo rodzajów firm i aparatury po prostu w pewnym sensie zaśmieca rynek, utrudnia bardzo gospodarkę aparaturą, sprawia kłopoty ze szkoleniem personelu, z dostawą części zamiennych. Tę zasadę staramy si

bw

18/3

utrzymać i wprowadzać ją konsekwentnie w życie, choć nie zawsze jest to takie proste.

Proszę państwa, uważamy, że sama gospodarka sprzętem medycznym ulegała radykalnej poprawie tylko i wyłącznie w momencie, kiedy wprowadzimy zasady rozliczania rachunku ekonomicznego w służbie zdrowia, o którym tutaj mówił dyrektor i nad tym tematem ~~zm~~ nie będę się rozwodził, ale dopiero wtedy, jeżeli potrafimy rozliczać nasze działania w poszczególnych jednostkach służby zdrowia, stwarzać bodźce do, systemowe bodźce do wykorzystania tej aparatury, wtedy na pewno gospodarka może ulec wyraźniejszej poprawie. Dziękuję bardzo za uwagę.

Przewodniczący:

Dziękuję panu dyrektorowi i proszę pytania.

Ob.....:

Jakie są powody tego?

Dyr. Andrzej Gierczyński:

Już odpowiadam. Oczywiście, prawidłową odpowiedź powinien znowu nam dać tutaj przemysł, my tylko wiemy, ponieważ występowaliśmy z oficjalnymi pismami, wyrażającymi niepokoję tę dramatyczną dla nas sytuację, gdyż to oznacza dla nas wyroby dolarowe, jeżeli chodzi o producentów strzykawek, bo o tym właśnie mówiłem, powiedzieli, że oni mają, konkretnie mówię o Polfie lubelskiej, poinformowano nas, że z uwagi na przestarzały park maszynowy i kłopoty z ~~masz~~ dostawą itd., czyli klasyczne obecnie stosowane usprawiedliwienia typu zużyty park maszynowy, trudności^z personelem i trudności z zaopatrzeniem

bw

18/4

materiałowym. /Głos z sali poza mikrofonem/.

No, to nie, dlatego że my jako służba zdrowia mimo, że oczywiście chcemy chronić budżet, ale wyrpby techniki medycznej kształtują się w cenach umownych, także zarówno przedsiębiorstwa w naszym imieniu handlujące mogą się dogadywać na zasadzie ustalenia cen umownych, więc tu problem samej opłacalności może nie wchodzi w rachubę.

Ob.....!

Mnie się wydaje, że to co usłyszeliśmy, a co wiemy, ja przynajmniej z własnej obserwacji wiem dobrze, że taka jest właśnie sytuacja, jest to tak fatalne, że nad tym naprawdę nie możemy przejąć do porządku dziennego. To jest tak, ja wiem, ale ja chciałabym poddać jednak jakąś myśl wspólnego oświadczenia zobowiązującego, nie wiem, pprzemysł, do końca powiedzmy tego roku, do otwarcia nowych zakładów, zwiększenia maksymalnej produkcji tych, których są, i następnie promować tworzenie spółek produkujących ten właśnie sprzęt, to znaczy promować w zakresie tym, że można zwolnić te spółki od podatków, jeszcze dłużej niż tamta ustawa, która jest o działalności gospodarczej umożliwia chyba w dwa lata pierwsze, już nie pamiętam, tam jest zwolnienie, ale zwolnić, dać gwarancje zwolnienia o rok, znacznie dłuższego zwolnienia, powiedzmy 5-letniego. W każdym razie są to sprawy, które trzeba robić szybko bo to co się w tej chwili dzieje w wielu placówkach z brakiem tego sprzętu, to jest po prostu zbrodnia. Ludzie chorują na żółtaczkę szczepienne masowo przecież, wiemy o tym, w końcu AIDS jest za drzwiami, chyba nawet przykład

bw

18/5

ostatni w Związku Radzieckim zakażeniem siedmiorga dzieci
AIDSem jest niezwykle groźną przestrogą. Tutaj chyba my
musimy na przyszłym posiedzeniu coś takiego postawić.

Ob.....:

To jest przecież strasznie tania produkcja, to nic
nie kosztuje.

Ob.....:

Ja myślę, że tutaj ja jestem zupełnie zgodny, ja
myślę, że podzespół na pewno wypracuje stanowisko, które
musi iść w kierunku, jak bym powiedział pluralizmu form
produkcji. Mamy dobry przykład, i tu chyba dyrektor po-
twierdzi, że JAZETu, który przecież w licencjach Siemensena
doprowadził nas do produkcji aparatury monitorującej, która
jest na rynku. I dlatego to jest dobry przykład, tak,
w Białymstoku, to jest bardzo dobra aparatura, która jest
przecież według standardów oceniana światowych. I mnie
się wydaje, że właśnie wszelkiego rodzaju czy spółki
czy^z kapitałów zagranicznych musi wejść. Szczerze mówiąc
przez lata nie wchodził. To co bardzo odczuwamy to jest
brak komponentów. To tak samo przy naszej dyskusji na
temat leków będziemy bardzo wyraźnie stawiali problem,
bo to jest i produktów i komponentów do produkcji leków.

Czyli ja tu jestem w pełni zgodny ze współprzewod-
niczącą, ja myślę, że tu też będziemy musieli dopracować
stanowisko dlatego, że tu nas nic nie może dzielić,
tylko łączyć w trosce o prawidłowe zaopatrzenie służby
zdrowia.

Czy jest więcej pytań? dr Miastowski.

bw

18/6

Dr Jerzy Umiastowski:

...brak sprzętu jednorazowego użytku kosztuje znacznie więcej niż jego zakup dlatego, że leczenie skutków braku tego sprzętu przekracza 1000-krotnie chyba brak każdej strzykawki, z ekonomicznego punktu widzenia naprawdę nie opłaca się tego sprzętu nie mieć. Jako argument dla tego zespołu, mówię o kosztach moralnych. Widzę masę młodych ludzi na przykład umierających na hepatoma jako powikłanie wzw, ale w czysto ekonomicznym rachunku do tego się bardzo dopłaca, co tego braku. Renty po pobytach w szpitalach itd.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo, dr Kulerski.

Dr Marek Kulerski:

Ja chciałem tylko przypomnieć, tu był przykład Biazetu podany, skąd inąd monitpry są rzeczywiście dobre, aczkolwiek myślę, że max^A nie jest to superświatowy standard, powiedzmy sobie szczerze, to jest dobra klasa europejska. Bez przesady z tym standardem wysokoświatowym. Po drugie, jest to bardzo drogi sprzęt, ale co bardziej może niepokoić, może jeszcze nie na tym etapie, ale to jest to co pan dyrektor wspomniał, co nie byłoby korzystne, że to się staje monopolista i to jest trochę sytuacja nie najlepsza na tym naszym rynku, jeśli chodzi o tę sprawę.

Ja krótkie pytanie jeszcze, co z budową fabryki Vigo, która miała być odnośnie igieł, brak odpowiedzi. Ale jeszcze jedna sprawa, sprawa dystrybucji aparatury. Ja rozumiem, że z tym się zajmują komisje odbioru specjalistycznego itd., natomiast tu znowu jest pewne odbicie się

bw

18/7

problemów, które wcześniej myśmy poruszali, bo jak wiemy, jest, powiedziano nawet tutaj, że Warszawa jest jednym z najlepiej zaopatrzonych miast, jeśli nie w świecie, to w Europie w tomografy komputerowe, co wydaje się, że rozumiem, że dystrybucję tego w efekcie zarządza Ministerstwo, decyduje o rozkładzie, wydaje mi się, że tutaj w tej materii chyba, jeśli chodzi o zakup pewnego rodzaju aparatury, jak i o dystrybucję tej aparatury, a potem i wykorzystanie chyba, istnieje wiele nieprawidłowości i chyba wiele można byłoby jeszcze o, tak zwanych odzysków mieć. Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Czy pan dr chciałby usłyszeć odpowiedź czy raczej traktuje to jako głos w dyskusji?

Ob.....:

Już odpowiadam. Od razu chyba odpowiem chyba na wszystkie pytania. Jeżeli chodzi o Vigo, to w tym roku jest tzw. powieszenie wiechy, czyli zakończenie stanu pełnej budowy, w 1991 r. będziemy mieli pierwsze kaniule produkcji

bw

19/1

jest ,powiedziano nawet tutaj, że Warszawa jest jednym z najlepiej zaopatrzonych miast, jeśli nie w świecie, to w Europie w tomografy komputerowe, co wydaje się, że przy ,rozumiem, że dystrybucja tego w efekcie zarządza Ministerstwo, decyduje o rozkładzie, wydaje mi się, że tutaj w tej materii chyba, jeśli chodzi o zakup pewnego rodzaju aparatury, jak i o dystrybucję tej aparatury, a potem i wykorzystanie, chyba istnieje wiele nieprawidłowości, gdzie chyba wiele jeszcze można byłoby tak znacznych odzysków mieć. Dziękuję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Czy pan doktor chciałby uchylić odpowiedzi i raczej traktuje to jako głos w dyskusji?

Ob.....:

Już odpowiadam. Od razu chyba odpowiem na wszystkie pytania. Jeżeli chodzi o Vigo, to w tym roku jest tzw. powieszenie wiechy, czyli zakończenie stanu pełnej budowy, w 1991 r. będziemy mieli pierwsze kaniule produkcji Pol-Vigo, Vigo-Pol, bo jeszcze nazwa jest nieustalona.

Chciałem zauważyć, zaznaczyć, że inwestycja ta jest rozpoczęta i finansowana w znakomitej części z inicjatywy Ministerstwa Zdrowia, które ponosi dosyć duże wydatki, ale wydaje się, że to są ,nie, nie, tam również buduje, nie jest współnikiem, bo nie ma w sensie dosłownym, prawnym spółki jeszcze, bo wtedy nie mówiło się jeszcze o spółkach, jak zaczęliśmy tę budowę fabryki, to jest sprawa jeszcze zupełnie otwarta, jest finansowana wspólnie

bw

19/2

przez Ministerstwo Zdrowia, wojewodę poznańskiego i Urząd Postępu Technicznego.

Jeżeli chodzi o dystrybucję, proszę państwa, oczywiście Ministerstwo odpowiada za to za co samo dzieli. To, że w chwili obecnej w Warszawie jest 7 tomografów komputerowych, to wynika nie z tego, że Ministerstwo czy kupiło czy podzieliło, bo kupiło i podzieliło dwa, natomiast reszta jest to wynik działalności resortowych służb zdrowia. Nie mamy na to najmniejszego wpływu, że MON, MSW i PKP kupiło czy jeden z rezerwy powiedzmy Rządu również tomograf komputerowy.

Ja również chciałbym powiedzieć, że na Hożę również, to nie z pieniędzy Ministerstwa zostało to kupione. W Zresztę w ogóle jeżeli chodzi o zakup, ja chciałem tylko dodać, że taką informację dla państwa, że od dwóch lat resort zdrowia nie kupuje żadnej aparatury medycznej, aparatury medycznej za gotówkę, nas na to po prostu nie stać. Owszem, kupujemy czasami w clearingach, w kredytach, ale za gotówkę kupujemy wyłącznie wyroby z grupy "ratuj życie", żadnej aparatury nie kupujemy. Natomiast jeżeli chodzi o sam diazet, jest to bardzo słuszna uwaga, myśmy w tym roku zaczęli rozliczać pewne, całą kooperację diazetowską, chciałem również zaznaczyć, że to jest nie tylko Biazet, bo od 1,5 roku rozpoczęto kooperację w zakresie ultrasonografów w Zabrze w Temedzie, również idzie kooperacja jeżeli chodzi o medyologi i systemy ... nadzoru 24-godzinnego w Zabrze, rusza kooperacja respiratorów firmy Dreger we Wrocławiu i kardiostokografów jeszcze nie wiemy tylko

bw

19/3

jakiej farmy, również we Wrocławiu. Tak, że sprawy kopercyjne są jednym z elementów polityki Ministerstwa Zdrowia, dopuszczamy nie tylko państwowe instytucje, nie wykluczamy, że za 2 lata będzie prywatny pewien przedsiębiorca, który rozpocznie produkcję niezwykle potrzebną dla nas dializatorów na licencji firmy Gamro ze Szwecji. Każda inicjatywa jest w pełni popierana.

Chciałem również powiedzieć, że nie tylko popierana. Ministerstwo Zdrowia zarabia, bo dostaje wyroby techniki medycznej, panie doktorze, za /Głos z sali: za darmo?/ Nie za darmo. /Głos w sali: A w zyskach kto partycypuje?/

Ob.....:

Jak Ministerstwo daje subsydium, po pierwsze im nie oddaje tych pieniędzy, co na budowę się wkłada, a po drugie, sprzedaje te towary i zarabiają na tym. Jak tu jest wspólnik Ministerstwo Zdrowia, przecież on bierze od nich pieniądze.

Ob.....:

Myślmy o wejściu w spółki również jeżeli chodzi o pofan /?/. Natomiast mogę tylko państwu powiedzieć, bo my tak tutaj mówimy o ściąganiu podatków od tych producentów, my tym producentom w chwili obecnej płacimy 178 mln dolarów jako wsad dewizowy na produkcję komponentów, znaczy na produkcję. Mówię wszystkiego, niewyrobów techniki medycznej, ale również rzemieślnikom i fabrykom również farmaceutycznym. W porównaniu do całej budżet dewizowy jest to bardzo poważny procent, a więc my wspomagamy przemysł.

bw

19/4

a niestety, nie odwrotnie.

Dając 1 dolar wsadu możemy otrzymać wyrób za 10 dolarów i jest to w pewnym sensie dla nas interes. Dziękuję.

Przewodniczący:

Proszę państwa, czy są jeszcze pytania, dlatego ja zaznaczam, że to jest informacja. Jeżeli nie ma, czy mogę prosić w tej chwili panią prof. Chmielową o przedstawienie swoich uwag odnośnie prac w grupie roboczej na temat reformy płac.

bw

19/5

Prof. Maria Chmielewa:

Pracowaliśmy w zespole, właściwie w grupie roboczej nad zagadnieniami przyszłej ewentualnej ~~mk~~ reformy opieki, systemu opieki zdrowotnej, i społecznej. I muszę powiedzieć, że głównie zapoznawaliśmy się z treścią tej publikacji o kierunkach reformy i w miarę jak trwała dyskusja, tak rosło w nas poczucie ogromnej odpowiedzialności i ogromnego niepokoju, rosła również świadomość, że przede wszystkim w tym reformowaniu musimy się kierować tym, ażeby nie popsuć może tego co^w funkcjonowaniu w tej chwili jest dobre, żeby przede wszystkim skupić się na tym, żeby zahamować marnotrawstwo środków, które jest niewątpliwe, a jak chodzi o jakieś generalne wyprostowanie tych zasad działania służby zdrowia, to aczkolwiek zdajemy sobie sprawę z tego, że to powinno być oparte o jakiś rachunek ekonomiczny, opłacalność, to muszę powiedzieć, że osobiście, czego się ogromnie obawiam?

Sprawa tej ochrony zdrowia jest jednym elementem funkcjonowania państwa, ponieważ żyjemy jednak na razie jeszcze w tym systemie, w jakim żyjemy. Zreformowanie akurat tej newralgicznej części tego systemu, jakim jest opieka zdrowotna, może mieć skutki bardzo niekorzystne dla społeczeństwa, może zaburzyć ogromnie funkcjonowanie świadczeń, może spowodować ogromne dodatkowe obciążenie nieprzygotowanego do takiej roli, nie liczącego w tej chwili kosztów i wydatków, lekarza. I stąd właściwie zakończyliśmy to nasze posiedzenie takim zamiarem, ażeby

bw

19/6

kontynuować jeszcze te zebrania, stąd była nasza inicjatywa, żeby spotkać się jeszcze 2 marca i później 10 marca, żeby cokolwiek wyjdzie jako efekt naszego przemyślenia, było jak najbardziej odpowiedzialne. Zdajemy sobie sprawę z tego, że nas jest niewiele, tych osób, myślących, nad tym pracujących, odpowiedzialność jest ogromna, a naród by nam tego nie darował, gdybyśmy w tej chwili zamiast naprawić popsuli.

Ja, proszę państwa, może jestem ostrożna z natury, ale muszę powiedzieć, że zawsze pamiętam, jak w Anglii mówiło się o tym, że w Anglii za trwanie przy pewnych systemach pracy dawano medale, a pani premier gdy przyjechała tutaj, to powiedziała, że ona liczy według tego co posiada.

Teraz, proszę państwa, przecież gdybyśmy mieli to oprzeć na rachunku ekonomicznym, to pacjent musiałby być nośnikiem swoich pieniędzy, bo on ze swoich pieniędzy dał na konto czyli że jemu się należą pewne usługi.

Proszę państwa, czy my przy tych zebranych w gruncie rzeczyp pensjach tego naszego obywatela jesteśmy w stanie w ogóle skonfrontować te jego zasoby z kosztem świadczeń, które przecież ~~nie~~ wcale nie tak rzadko w dolarach licząc jedno świadczenie czy na gamakamerze czy na, czy badanie na tomografii komputerowej jeżeli tę amortyzację tej aparatury policzyć, to to jest 100 lub 200 dolarów, to są zupełnie rzeczy, które jedne z drugimi nie korespondują, nie pasują.

bw

19/7

A chciałabym jednak państwu przypomnieć, że na przykład w tej zachodniej służbie zdrowia, która nam się teraz jakoś jawi jako taki idealny system, ja mogę powiedzieć, byłam w 1966 r. w Belgii, pracowałam tam w szpitalu w Liege, i nie zapomnę, gdy profesor zrugął okropnie lekarza za to, że on takiego biednego Włocha, który przyprowadził dziecko zbadał to dziecko, dał mu jakąś receptę, a nie pobrał ~~pa~~ pieniędzy, Włoch mu uciekł. No i była straszna awantura, pół zebrania się na tym opierało, że profesor rugał tego lekarza, i ja wtedy zatęskniłam za naszą sytuacją, gdzie my widząc chorego biegniemy do niego i nawet pewnie to jest źle, bo to w sumie się obraca przeciwko nam, ale my w ogóle nie myślimy w tym momencie o kosztach, tylko ..., ja nawet się nie zastanawiam, czy ona kosztuje ¹⁰⁰ czy 200 jak mi ginie dziecko na posocznicy. I teraz my tu chcemy rachunek ekonomiczny oprzeć i jak to będzie z tą naszą mentalnością, jak to będzie z tym ~~zamy~~ naszym sumieniem lekarskim, a co powie na to społeczeństwo, jeżeli w ten zwykły koszyk, bo tylko wpakuję morfologię i badanie moczu, a wszystko inne już będzie wykraczało ^A poza ten koszyk, proszę państwa, może ja niepopulaśnie występuję, bo występuję z tej grupy, która dąży do reformowania, ale ja czuję tę ogromną odpowiedzialność.

I ja myślę, że my wszyscy jak tu jesteśmy, musimy o to zadbać

bw

20/1

I nawet pewnie to jest złe, bo wo w sumie się obraca przeciwko nam. Ale ~~nam~~ my w ogóle nie myślimy w tym momencie o kosztach, tylko ... ja nawet się nie zastanwiam, czy ona kosztuje 100 czy 200, jak mi ginie dziecko na posocznicy. I teraz my to chcemy rachunek ekonomiczny oprzeć i jak to będzie z tą naszą mentalnością, jak to będzie z tym ~~nam~~ naszym sumieniem lekarskim, a co powie na to społeczeństwo, jeżeli w ten zwykły koszyk bo tylko wpakują morfologię i badanie moczu, a wszystko inne już będzie wykraczało poza ten koszyk.

Proszę państwa, może ja niepopularnie występuję, bo występuję z tej grupy, która dąży do reformowania, ale ja czuję tę ogromną odpowiedzialność.

I ja myślę, że my wszyscy jak ti jesteśmy, musimy o to zadbać, żebyśmy jakąś nierozważną decyzją czy brakiem kompetencji, bo ja muszę powiedzieć, ja się zaczęłam od dwóch miesięcy ~~z~~ tym zajmować, muszę powiedzieć mało śpiam, dużo czytam, ale tak naprawdę to przecież my nie jesteśmy wszyscy kompetentni, żeby zreformować tak poważną sprawę. ~~z~~

I ten mój głos to będzie właściwie efekt tego co myśmy zrobili wtedy w tej grupie roboczej i potem jeszcze myślałam, ten głos wołający o ogromną rozwagę, o to, żeby aczkolwiek wiemy, że jest bardzo szereg elementów do reformowania, to żebyśmy jednak jako pierwsze postanowili nie psuć, jak drugie - zaoszczędzić, nie zmarnotrawić, jako trzecie - oprzeć to wszystko o eksperyty jak najbardziej fachowe i odpowiedzialne. I o to ogromnie

bw

20/2

apeluję.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. Można prosić pana prof. Indulskiego?

Prof. Janusz Indulski:

Dziękuję bardzo. Panie Przewodniczący! Pani Przewodnicząca! Szanowni Państwo! Ja jestem troszeczkę w trudniejszej sytuacji ze względu na to, bo moje nazwisko figuruje jako jednego ze współautorów tego projektu no i z natury rzeczy muszę być większym optymistą, bo trudno przedstawić dokument, któremu by się samemu nie wierzyło, byłoby to chyba nieuczciwe.

Chciałem powiedzieć, że dokument, ~~to~~ to nie jest dokument zrobiony w ciągu dwóch tygodni czy 2 miesięcy, mamy rozpoczęli prace nad projektem reformy służby zdrowia w latach 78, w 1980 r. przedstawialiśmy pierwsze i publikowaliśmy pierwsze raporty, drugi był w 1981 r., korzystaliśmy m.in. z różnych opinii krytycznych, nie tylko swoich własnych, ale m.in. raportu, który był opracowany przez "Solidarność", prowadziliśmy, nasz zespół i szereg innych zespołów szereg badań, które zostały wykorzystane i chcę ~~powiedzieć~~ po prostu ten element zakończyć, że projekt reformy w tym zespole autorskim powstał w przekonaniu o potrzebie reformy. To nie jest reforma na zamówienie, tylko z przekonania, że doszliśmy do wniosku, że zdarzyła się taka koincydencja faktów, że ^{nie}zadowolony jest pacjent, niezadowolony jest świadczący usługi - lekarz i personel, no i co jest zupełnie już śmieszne niezadowoleni są ci, mocodawcy, decydenci.

bw

20/3

Przyczyn oczywiście jest wiele różnych, i można je uhierarchizować od tych bardzo drobnych do bardzo dużych, ale razem one wszystkie decydują o niepowodzeniu.

Myśmy znaleźli szereg można powiedzieć głównych, kluczowych przyczyn, które zmuszają nas do dokonania reformy systemu i wydawało nam się, że taką główną przyczyną to jest centralistyczna władza i próba uregulowania wszystkich spraw od tych największych do tych najmniejszych codziennego decydenta, a w związku z tym na odwrót konieczność pełnej decentralizacji systemu zarządzania.

To nie jest wcale łatwe, niemniej jednak jest to przestroga.

Druga sprawa, wydawało nam się, że proces zarządzania opieką zdrowotną, który z natury rzeczy wymaga pełnego uspołecznienia, jest bardzo mało uspołeczniiony i od 8 lat nawoływaliśmy, żeby krok za krokiem, konsekwentnie uspołeczniać system nadzoru, nad działalnością różnych ogniw służby zdrowia, system powoływania kadr bez nomenklatury, kierowniczych służby zdrowia, oceniać efektywność systemu służby zdrowia, i według tego rozdzielać zasługi, jakie ewentualnie ... no i co najważniejsze, dopuścić - co zresztą się znalazło w ostatniej wersji niezwykle wyraźnie wyartykułowane, no podmiot, więc pacjenta, żeby ten, dla którego to wszystko jest zorganizowane, stał się osobą pierwszą, a nie ostatnią.

Uważaliśmy, że sytuacja zresztą nam ogólnokrajowa pomogła albo nawet ograniczyła pewne pole działania, bo

bw

20/4

na przykład decentralizacja zarządzania stała się faktem, ona od 1 stycznia obowiązuje, my jeszcze nie wiemy jak ona będzie funkcjonowała, ale ona jest, to jest już rzeczywistość zastana.

Następnie lansowaliśmy pogląd, który nawet wielu ludziom nie podobał się, ale to chyba tylko zbieżność słowna, fonetyczna, nazwyaliśmy to w 1980 r., że jest potrzebny pluralizm organizacyjny. Nie ma takiego mądrego, który by powiedział, że Kowalski to robi lepiej, a Ziółkowski to robi gorzej. W różnych sytuacjach różne formy organizacyjne są lepsze. I żeby one były równorzędne, nie te lepsze i gorsze, i dlatego w tym dokumencie znalazło się zagadnienie pluralizmu organizacyjnego jako równorzędna forma, która może być rozwiązywana w różnych terenach na różnych poziomach.

Uważaliśmy również, że system świadczeń tu być może będziemy mieli w niektórych sprawach odmienne zdanie, a może to jest tylko taki pozorny tylko, przez długie lata dominowała sytuacja, kiedy ideologia była wyżej zdrowego rozsądku. Życie pokazało, że to na dłuższy okres czasu nie zdaje egzaminu. Państwo więcej obiecywało swoim obywatelom niż było w stanie dać, co gorzej, obywatele się do tego przyzwyczaili. Z jednej strony rozbroili się w trosce o własne zdrowie, z drugiej strony wykształcili się, to ^{nie} są przecież ci sami ludzie, przecież, na Boga, poznali system wartości, wiedzą, że zdrowie ma jednak ściśle określoną wartość i żądają więcej. I w tym

bw

20/5

momencie możliwości państwa stały się o wiele trudniejsze i konieczniejsze.

W związku z tym rachunek ekonomiczny niezbędnie jest potrzebny. Być może, że my trochę inaczej rozumiemy rachunek ekonomiczny, ale to jest szczegółowa sprawa. Wiemy o tym dzisiaj, że bez rachunku ekonomicznego nie można prowadzić normalnie służby zdrowiam. Zwróciliśmy w związku z tym uwagę, że istnieje potrzeba określenia uczciwego określenia, co się obywatelowi od państwa należy w wolnym państwie, by były zapewnione konstytucyjne gwarancje, a co jest luksusem, co jest zubożeniem.

Tutaj na przykład taka sprawa drobna, która była poruszona wiele razy, na przykład jak biurokracja. No, wystarczą różne przepisy prawne, które nakazują przynosić różne zaświadczenia do różnych instytucji, żeby napędzić podwójną liczbę klientów. Przy 40-milionowym narodzie to już daj Boże zdrowie, że to kosztuje. I to jest na przykład sprawa, która może być rozwiązana jako jedna z pierwszych, bez straty dla pacjenta, bez straty dla odbiorcy.

W związku z tym określiliśmy, czy to wszystko jedno, jednym się to nie podoba, że to się nazywa koszyk, drugim się nie podoba, że to jest wolumen, trzecim się nie podoba, że to jest standard. Chodzi o umowną wielkość, umowną wielkość, którą każdy człowiek ma prawo dostać, żeby zagadnienie równości społecznej było autentyczne, występujące i stosowane na co dzień.

Wiemy o tym, jest to jedno z zagadnień, nad którym

bw

20/6

ja osobiście pracuję, zagadnieniem nierówności społecznej, i to zagadnienie jest niezwykle, bardzo mocno dotykające.

Mówiliśmy również o zagadnieniu dwojakim spraw finansowania. Że po pierwsze, służba zdrowia bez względu na to, czy można z budżetu państwa więcej wydusić czy nie, prawdopodobnie mamy różne poglądy w tej sprawie, bo łatwo mówić, żeby Rząd dał te większe pieniądze, a nie bardzo wiemy, skąd on ma je wziąć. No, ale może to jest taka sprawa, my czegoś nie wiemy. Niemniej jednak prawda jest obiektywna inna, że służba zdrowia potrzebuje więcej pieniędzy. I w związku z tym szukamy, myśmy do nazwaliśmy dróg zasilania, niech to będzie dróg finansowania. Nie jest prawdą, co złośliwi ludzie, a nieuczciwie chcieliby pomóc nam, że chcieliśmy to zrobić na koszt pacjenta. Jest to po prostu nieprawda.

Chcieliśmy natomiast, myśmy to dzisiaj nie wspominali, pan dr Edelman mówił o źródłach finansowania, na 7-ym miejscu wymienił zakłady pracy, to od dłuższego okresu czasu żądamy, domagamy się, że uregulować ~~zakaz~~ dawną uchwałę Prezydium Rządu nr 484, które obligowały zakłady pracy do świadczeń, można by dzisiaj tę uchwałę w dwojaki sposób rozłożyć. Jedne to świadczeń nad własnymi pracownikami, to jest było nie było, 58 mln wizyt, to jest 17% działalności całej służby zdrowia, to jest olbrzymia część, która musi kosztować służbę zdrowia. Gdyby to już w pełni pokryte było przez zakłady pracy, odciąży to budżet służby zdrowia w niemały sposób.

Druga sprawa, którą tutaj proponujemy w kategoriach ogólnych dotyczących środowiska, że te zakłady pracy, którą są emitorami zanieczyszczeń środowiska, płaciły składkę na ZUS więcej, bo po pierwsze, więcej trują swoich własnych pracowników, i więcej trują okolice. Byćmoże byłaby to przy okazji skuteczna walka z ochroną środowiska.

Mówiliśmy również nie tylko o sprawie źródeł dodatkowego finansowania, ale jak rządzić tymi pieniędzmi, zarówno zakładu pracy, ale to tak ładnie przedstawił dyrektor Wysocki, że ja nie mogę nawet tego powtórzyć. Chodzi o to, żeby można było rządzić mądrze, samodzielnie i odpowiedzialnie.

już

Wydaje mi się, że szereg ludzi w Polsce jest do tego dorosło i że można im zaufać wprowadzając oczywiście nad tym cały czas społeczną kontrolę, bo to przyświeca nam jak lampa od samego początku do końca.

I ostatnia

bw

21/1

I ostatnia sprawa, która jest bardzo delikatnej natury, dzisiaj się o niej mówi tak łatwiej, ale jeszcze nie tak dawno tak się subtelniej o tym mówiło, to jest wielosektorowość. Jeżeli prawdą jest, że podmiotem jest człowiek i ten człowiek ma wszystkie uprawnienia, to nie jest niczym uzasadnione, jak on idzie do państwowej czyli narodowej służby zdrowia, to on ma wszystkie przywileje, jak idzie do spółdzielczej to ma trochę, a idzie do prywatnej, to tylko wydaje. A niby dlaczego?

Nie dość, że on z własnej kieszeni ponosi wydatki, to nie ma świadczeń? Myśmy naruszyli te tabu, broniąc zagadnienia równości społecznej, że podmiot te prawa nabywa z tego tytułu, że jest obywatelem tego kraju, a ponadto jest ubezpieczony w ten czy w inny sposób.

I chcielibyśmy bronić tej tezy. To jest nie tylko teza od strony tej^w kategoriach w równościach społecznych, to jest również teza, która rozwiązuje organizacyjnie sprawę. Jeżeli podpiszemy, a wystąpiliśmy, że Ministerstwo popiera, ruch związkowy popiera, żeby Rząd podpisał nowe konwencje MOP-u, które jako jesteśmy już na drugim miejscu i na szóstym miejscu wśród 32 krajów Europy, które nie podpisały konwencji 181, 185, na temat ochrony zdrowia pracujących, to tam się zmieniła definicja, która zmiana jednego słowa zmienia całą sprawę. Myśmy do tej pory używali słowa "ochrony zdrowia robotników", a Międzynarodowa Organizacja Pracy używa słowa "ochrony dla pracujących", a to wielka różnica. Ochrona zdrowia

robotników to 8 mln, ochrona pracujących to 15,5 mln. Bo według definicji MOP-u to pracujący jest ten, który z tej pracy żyje, utrzymuje siebie i rodzinę. I on ma takie same ludzkie prawo do niezależnej, pełnej opieki zdrowotnej, a w każdym razie profilaktycznej, znaczy badań wstępnych, badań okresowych, badań monitoringowych.

Więc chcielibyśmy, żeby ta wielosektorowość dawała sprawę na przykład, że robotnik chcąc iść do pracy, to nieważne przez kogo jest badany, jeżeli ten badający ma kwalifikacje lekarskie, i zakład pracy za niego zapłaci. Do tego nie trzeba przychodzić, instytucji, dyrektorów, nadzoru, lekarz ma wykonać zadanie, odpowiadać za to zadanie. Jeżeli będzie źle robił, to wtedy Izba Lekarska niech pociągnie go do odpowiedzialności.

I ostatnia sprawa, bardzo słabo dotknęliśmy, od razu tutaj się przyznajemy, ale nie mieliśmy tych ambicji, zagadnień pomocy społecznej, dotknęliśmy je w tych kategoriach, które dotyczą tzw. małych społeczności lokalnych. Ale tylko w tym, a nie tylko w kategoriach strukturalnych wychodząc z założenia, że nie można za jednym dokumentem rozciągać wszystkich spraw.

I te elementy zostały przedstawione. A nawiązując do tego co była uprzejma powiedzieć pani prof. Chmielowa, wydaje mi się, że jeżeli słowo kierunki jest tu w ogóle użyte, to to zebranie pozwoliło nam określić miejsce, w którym kierunku idziemy. Bo trudno jest dzisiaj powiedzieć, w którym miejscu na tej drodze jesteśmy, ale

bw

21/3

kierunki zostały wytyczone. Można je cyzelować, one muszą podlegać przecież tej dyskusji, i obrony niektórych spraw, i zmianie, niemniej jednak wydaje się, że główne kierunki same się obronią. Główne kierunki. Natomiast na drobiazgi nawet nie chciałbym zabierać w tej chwili państwu czasu. Te drogi zostały wskazane, czego powinna dotyczyć reforma.

Druga sprawa, przyjęliśmy zasadę już kiedyś, i to raptem powiedzieliśmy w 1980 r. i mówiliśmy to tym razem, że naszym zadaniem i chęcią z całą odpowiedzialnością to stwierdzam, mimo bardzo krytycznej oceny do byłych struktur, to jest inna zupełnie sprawa, jest nic nie zepsuć. Bp jednak to funkcjonuje. Natomiast na tym budować, z jednym zastrzeżeniem. Reforma to nie może być pomalowanie tych - nie chcę tutaj tych brzydkich dowcipów opowiadać, ścian tych w tym nowym pomieszczeniu. To trzeba wymienić całe pomieszczenie. To musi być zmieniony cały moduł. To nie można pędzelkiem dokonać kosmetyki dlatego, że to za 3 miesiące wyjdzie z powrotem. To trzeba zreformować system z tym, że trzeba go tak zreformować, żeby go pacjent zdążył skonsumować, lekarz zdążył się do tego przyzwyczaić i zaakceptować i żeby mu, na Boga, nie zaszkodził.

Więc to musi być rozłożone w czasie, i w stałym poszukiwaniu sojuszników tej reformy. Wszystkie sprawy znalazły na sali zwolenników, nie? Ale szczerze muszę powiedzieć ze zdumieniem, większość zdecydowanie tak, i wydaje mi się, że powinniśmy najpierw dyskutować nad tym co nas łączy, te zga zagadnienia zamknąć, a potem dyskutować, cyzelować, poprawiać te sprawy, w których jest

bw

21/4

różny punkt widzenia, być może na tę samą sprawę, ale z innego punktu widzenia wygląda to inaczej.

Tutaj jest i zawarta m.in. sprawa nomenklatury, o której także żeśmy mówili, tutaj jest zawarta sprawa m.in. podstawowego, podstawowych trzech kierunków działalności. Wszystkiego się nie rozwiąże nawet do 2000 r. Uważamy zgodnie z wytycznymi Światowej Organizacji Zdrowia nie dlatego, że Światowa Organizacja Zdrowia to wytyczyła - tylko dlatego, że to jest mądre wytyczne, że podstawowym kierunkiem powinno być rozwiązanie podstawowej opieki zdrowotnej. Tylko nie w hasłach na płocie, tylko w rzeczywistości. To znaczy, żeby ta wstydliva sprawa, że przy 80 tys. lekarzy podstawowa opieka zdrowotna żeby miała tak wszystko rozwiązane, że potrzebuje mniej niż 20 tys. lekarzy i się okazuje, że nas na to nie stać. To jakaś impotencja musi tu występować. I to musimy przełamać. To jest pierwsza sprawa.

Druga sprawa, uważamy, że należy przywrócić pełną rolę szpitalom. Szpitale, jak długo jest tradycja lekarska, były po pierwsze miejscem, gdzie się leczyło trudne przypadki, w których mogła nastąpić konieczność ratowania życia. Po drugie, jest w to miejsce kształcenia i wychowywania lekarzy. Po trzecie, jest to miejsce, do którego ten lekarz pracujący na dole zawsze się może odwołać wtedy, kiedy ma trudności. Zazwyczaj jest to również miejsce, które ma i będzie miało najlepszą bazę diagnostyczną, bo żaden naród, nawet najbogatszy, nie stać na to, żeby miał wszystko na poziomie podstawowej opieki

bw

21/5

zdrowotnej. W związku z tym należy przywrócić to właściwej rangi wymiarów szpitali.

I trzecia sprawa, wyłącznie i ostatnia, jeżeli reforma ma się udać i nie mamy po 40 latach po raz n_ty do tej sprawy wracać, to właściwie z całym szacunkiem, z całą odpowiedzialnością odnieść się do kadry kierowniczej. Do kadry kierowniczej nie politycznej, do kadry kierowniczej, która się składa z lekarzy bądź z -nie-lekarzy, to wcale nie są takie pewne, są narody na świecie, które nie mają lekarzy, ale mają dobrą opiekę zdrowotną. I znam takie narody, bardzo blisko nas, które mają bardzo dużo lekarzy, wcale nie mają dobrej opieki zdrowotnej.

Więc sprawa wychowania kadry kierowniczej, która by umiała zarządzać, kierować, a jednak rozumiała przedmiot swojej sprawy, jest na przykład wstydliwą sprawą, że przez 40 lat nie potrafiliśmy tej sprawy rozwiązać. Uczenie żadnych przedmiotów ideologicznych, żadnego wychowania fizycznego i innych dodatkowych nie rozwiąże umiejętności, plus oczywiście cechy osobowościowe, to znaczy osobiste, drobna charyzma, która jest potrzebna do tego, żeby inni ludzie chcieli tego człowieka słuchać, a jeżeli będzie jeszcze kontrola społeczna, która będzie akceptowała tego dyrektora, i akceptowała jego czyny, to wydaje mi się, że ten człowiek będzie miał albo społeczne poparcie wsparte tą działalnością społeczną albo będzie odrzucony. I będzie musiał przejść nowym.

bw

21/6

I na tę sprawę chcieliśmy zwrócić uwagę.

I jeszcze ostatnia sprawa. Nie ustosunkowaliśmy się szczegółowo do spraw płac, ale chcieliśmy powiedzieć, i tu się zgadzam, proszę państwa, reforma się nie uda, jeżeli lekarz będzie źle płatny, jeżeli nie będzie miał swojej godności zawodu, jeżeli będzie w sytuacji pesymistycznej, będzie obserwował dookoła marnotrawstwo. Marnotrawstwo to nie tylko materialne pieniędzy i igieł, marnotrawstwo też wykształcenia, możliwości, szansy, zawodu, no tego wszystkiego co się mieści w tym etosie zawodu lekarskiego.

Więc trzeba temu lekarzowi po pierwsze zapłacić za jego przygotowanie, ten trud, i drugi akcent, który uważam, że jest tu do tego konieczny, to musi ta płaca składać się z dwóch części. Społeczeństwo polskie nie dorosło do tego, żebyśmy zawierzyli tym, to trudno, musimy przywrócić pewne wartości, od nowa. Pensja podstawowa musi być przyzwoita i solidna, ale motywacja za dobrze wykonywaną pracę musi motywować człowieka do pracy. Na całym świecie tak jest. I tym, że motywacja nie może być większa niż pensja podstawowa, bo wtedy znowu staje wszystko na głupie.

Dlatego chcielibyśmy powiedzieć, że, to jest pierwsza sprawa, że bez uregulowania spraw płacowych nie uda się reforma.

I ostatnia sprawa, reforma musi znaleźć poparcie wieloczkłonne. Musi znaleźć poparcie w rządzie, w ruchu zawodowym, społecznym, w prasie i w telewizji, co najważniejsze, we własnym zawodzie, we własnym środowisku.

bw

21/7

Czy wszystkie sprawy od razu będą? Nie, no są ważne dla przykładu, chcemy zwiększyć efektywność działań diagnostyki, i mówimy, żeby uruchomić, bo na całym świecie pracują prawie na 2 zmiany albo na 2 zmiany, to przecież ja nie widzę ochotników, którzy stoją w ogonku u dyrektora szpitala, a że chcą pracować po południu do godz. 9-ej czy 10-ej, tylko dlatego, żeby laboratorium pracowało solidniej i lepiej. Niemniej jednak na świecie pracują te laboratoria. W Luksemburgu, jeżeli mówimy na ten temat, tomografia, oczywiście oni są biednym narodem, to jest szczególna sprawa, ale od poniedziałku od 8-ej rano do piątku do godziny 22-ej tomograf pracuje..., on pracuje 24 godziny i nie tylko serwis. Mają ludzi, którzy to robią. Więc chciałem na to zwrócić uwagę. Pewne rzeczy muszą być wymuszone też, na przykład na świecie tym wstrętnym kapitalistycznym to wymuszają ekonomiczne te zachowania. Może warto z tego skorzystać?

Może tym ludziom, którzy mają pracować na drugą zmianę, musi się po prostu opłacić. Zamiast robić pranie w domu, to oni pracują w laboratorium. Więc chodzi o to, żeby z godnością, ale jednak rozsądnie te sprawy załatwić.

I dlatego poszukiwanie poparcia dla reformy jest jednym z ważnych elementów powodzenia reformy. Ja proponuję, żebyśmy na następnym zebraniu, gdybyście państwo uznali za słuszne, żebyśmy poszczególnymi częściami propozycji przeszli do dyskusji, te sprawy, które są

bw

21/8

sporne, zapisali do szczegółowego wyjaśnienia albo mniej-
szym zespole albo osobno, te które są ^{bez}sporne, żebyśmy
przyjęli i w ten sposób skrócili tę różnicę, którą byśmy
przyjęli i w ten sposób skrócili te różnice, które
są potrzebne.

Na zakończenie chciałem powiedzieć, że nie ma ani
jednej ukrytej ~~wzajemnej~~ ... myśli, która byłaby w tym
zawarta.

Przewodniczący:

Tak, cały ten zespół. Kto nie ma? Pani prosi o głos?
Proszę bardzo.

P. Anna Grajcarek:

Chciałam powiedzieć, że przypuszczam, że jeżeli nie
uregułuje się spraw..., to reforma też może się nie udać.

Ob.....:

... mało kobiet naprzeciwko i nawet nie zauważa,
że siedzą pielęgniarki. Ale nie mówił.

Ob.....:

Ja nie mówiłem o wielu sprawach.

Ob.....:

Ale to jest ważna sprawa. Na czym, na kim stoi
służba zdrowia?

Ob.....:

Na kim stoimy wiemy, i wiemy, że służba zdrowia
jest to praca zespołowa, z tym że ja to traktuję, przecież
to nie było referowanie reformy, tylko było to sprawozda-
nie z obrad grupy roboczej. Ja chciałbym obydwu referentom

bw

21/9

referentom bardzo serdecznie podziękować, bo muszę powiedzieć, że ta grupa rpbocza pracując przez te kilka godzin ciężko pracowała. Natomiast chciałbym wrócić teraz do spraw proceduralnych, to znaczy odnośnie naszego spotkania pani docent w tej chwili...

Doc.....:

W tej sprawie to bardzo jest dla nas skomplikowane sprawa dlatego, że w tej chwili, znaczy ja w niedzielę byłam przekonana, że jest absolutnie zapewniony ten poniedziałek, tymczasem okazuje się, w poniedziałek są trzy duże grupy. I wobec tego my się jak gdyby nie mieścimy. To jest dla nas fatalne dlatego, że jednak przyjeżdżające osoby pracują, bardzo trudno im wyrwać, ja myślę wcześniej tak czy owak musimy zobaczyć się, ustalić pewne rzeczy. No więc nie wiem, jest więc 8-y, chyba wolny, środę, jest to, musimy wtedy mieć ja dzień po dniu uważam, bo my się naprawdę nie mieścimy. W środę, 8-ego,

Przewodniczący:

Pani docent, pani ma środę, tak?

Doc.....:

Środa jest wolna.

Przewodniczący:

Godzina 10-ta. Zaraz, zaraz, będziemy szukać teraz tak, środka to jest 8-my, godz. 10-ta, to jest jeden termin. Jaki jest drugi termin? ~~Wszystkie następn~~

Doc.....:

Wszystkie następne dni są wolne. Jeszcze. Zajęty.

bw

21/10

Przewodniczący:

To znaczy 11-go sobota.

Doc.....:

8-my środa i 11-ty sobota.

Przewodniczący:

Tak, bo teraz, pani docent, musimy. Zaraz zobaczymy.
W sobotę też 10-ta godzina, żebyśmy nie ciągnęli długo.
Tylko to my zawsze mamy nadzieję, a później to.

Doc.....:

Szczególnie, że to będą środa i sobota. Sobota
jest 11-ty. 8-my środa, 11-ty.

Przewodniczący:

8-my środa godz. 10-ta, i 11-03-, to znaczy sobota.
Też tutaj. To już mamy tę samą.

Doc.....:

To znaczy już traktujemy, panie profesorze, jako
już zafiksowane. Żeby nas znowu nie wykiwali tutaj.
Lobby zdrowia jest bardzo słabiutkie, nawet w sprawie sal.

Przewodniczący:

Może byśmy ustalili, tak, dlatego że ja myślę, że
8-11- to kontynuujemy reformy, powołamy jakiś zespół,
żeby przygotował już protokół i będziemy musieli jeszcze
raz się chyba spotkać, żeby to zatwierdzić, bo ja nie
sądzę, żeby my 8-ego skończymy.

Doc.....:

To trzeci wobec tego byśmy musieli chyba na
poniedziałek ustalić.

bw

21/11

Przewodniczący:

Na poniedziałek za szybko, bo znów będzie poniedziałek zajęty. To będzie za mało, bo gdybyśmy powołali, 14-go we wtorek. Mamy, zaraz ogłosimy, są dwie komisje redakcyjne powołane, tylko nie uzgodnione jeszcze, kiedy się spotkamy. Jeden spotka się we czwartek, w ten czwartek, to znaczy 2-go, to znaczy za 2 dni. To jest komisja redakcyjna dla problemu matka i dziecko. Nie, wieś.

Czyli tak, pani profesor, czy możemy uzgodnić tak, że pediatrzy uzgodnią termin kiedy się spotkają i na 8-ego powinni przygotować stanowisko.

Teraz, wieś się już здаje się domówiła, jeszcze nie? To się za chwileczkę państwo domówią, kiedy tak samo przygotowują stanowisko. To wszystko powinno być.

Doc.....:

Kiedy myślę w sprawie wsi jest to nasze stanowisko, my dalej nic nie rozszerzymy, czyli my je utrzymujemy. Po prostu.

Przewodniczący:

Po prostu tam jest dodatkowy materiał. I niech sobie zespół. Teraz tak, musimy ustalić program środowi. Na środowi, dlatego że dyskusja ja rozumiem, że będziemy w środowi państwo przedstawia jakieś stanowisko odnośnie materiału, kierunków jako takich, i weźmiemy, prawdopodobnie nie będziemy w stanie przejść poza stronę, tę część organizacyjną. Czyli ja bym proponował, gdyby na 8-ego raczej część organizacyjną, w tej części organizacyjnej mamy problemy

bw

21x112x 21/12

kształcenia, 8-ego to jest kształceniowe całe. Dobrze,

Doc.....:

Czy wobec tego zgadzają się państwo, że 8-my, 11-ty i 14-ty jako terminy. Zaklepmy 14-ty, bo nas później wypchną, bo to będzie już koniec. 14-ty jest wtorek. Też 10-ta.

Przewodniczący:

Teraz w takim razie środą bierzemy sprawy organizacyjne, w tym kształcenie. Natomiast na sobotę dajemy tę część ekonomiczną, a w części ekonomicznej są tak samo leki. Bo to jest problem tych odpłatności, to jest tak samo system płac, tylko system wynagrodzeń w sensie już zreformowany. I trzeba by było, to znaczy powołać zespół redakcyjny, to znaczy nazwijmy to redakcyjny, który pozbiera te stanowiska uzgodnione i przygotowuje materiał na 14-ego pod dyskusję już tę ostateczną do przyjęcia. Tę ekonomiczną, no tak, ale tamtą organizacyjną byśmy musieli.

Rozumiem, że ten zespół, ta podgrupa robocza, tak, tak, ja myślę, że tak, do części ekonomicznej. A tę drugą organizacyjną. Tak. /Wypowiedź z sali poza mikrofonem/. Nie, to nie może być żadnej redakcji nie ma, jak jest więcej niż 6 osób. 4-6 osób.

Czyli, pani profesor, w takim razie 8-go, ponieważ będziemy mieli organizacyjną część, musimy wybrać, to problem uzgodnienia, mały ten zespół już redakcyjny, który już będzie po tym posiedzeniu przygotowywał stanowisko odnośnie pierwszej części dokumentu.

Teraz ten drugi zespół ekonomiczny, ponieważ my 11-go w sobotę będziemy mieli tę część ekonomiczną, on już będzie

bw

21/13

sekretariatem w pewnym sensie, przygotowującym tę część ekonomiczną. I wtedy będą miesli sobota, poniedziałek, będą musieli pracować, przygotować na wtorek stanowisko, przecież to stanowisko nie będzie książką, tak że mnie się wydaje, że to łatwiej będzie.

I chyba, i wtedy byśmy mogli 14-ego zakończyć działania i przedstawić stanowisko podzespołu zespołowi.

/Wypowiedź z sali poza mikrofonem/.

Tak, tak, oczywiście. Myśmy dzisiaj nie orosilili dlatego, że dzisiaj to jest prezentacja.

Bądźmy optymistami.

Czy w takim razie .

Doc.....:

Ja bym miała taką prpśbę. Myśmy dzisiaj znaczy mówię w tej chwili jako ja, ale może nie wiem, czy inne osoby się ze mną zgadzają z naszej grupy, bardzo były rzetelne te informacje, które dostaliśmy od państwa. Tylko mnie się wydaje, że każdemu z nas bardzo mało mówi, jeżeli się podaje, że na przykład na służbę, na ochronę zdrowia wydaliśmy tam tyle i tyle miliardów, bo to nie mówi. Raczej mówię procenty czy ja wiem, jakieś tego rodzaju, natomiast bezwzględne liczby szalenie mało nam mówią. Ja na przykład jak pan, choć ja się od dawna tym interesuję i czytam wszystko co można na tematy zaopatrzenia w leki czy w sprzęt drobny, to oczywiście mało mi dawało ile miliardów strzykawek, a dużo mi dawało, ile procent zapotrzebowania pokrywa to czy tamto. Mnie się zdaje, że

bwa

21/14

my się gubimy w tych liczbach, zaczynamy się bardzo męczyć i tak się wtedy dyskusja rozpląwa. Tak, że dlatego boję się tych finansistów.

Przewodniczący:

Ja się też zawsze boję finansistów, ale wydaje mi się, że tutaj w dokumencie nie ma tychm. To jest w tej chwili jak gdyby przygotowanie pewne, chodziłoby od strony faktora logicznej, żeby otrzymać informację.

Ob.....:

Tam jest stół ekonomiczny, więc ... naszą delegację skaptowali do tego, do tej sprawy podatków. Tylko nie wiadomo, jak ministerstwo swoją stronę skaptuje .

Przewodniczący:

Pan myśli o reformie? /Głos z sali: O finansach/. Tak, jedno to jest zasilanie, ale tak samo tam jest wiele mechanizmów ekonomicznych.

Ob.....:

Ja mówię o zalilaniu, to jest najważniejsze w tej chwili, bo jak nie będziemy mieli jasnego zasilania, to. ...

Ob.....:

Oczywiście, jeżeli przejdziemy z budżetowania na powiedzmy ZUS, na fundusz ubezpieczeń zdrowotnych, natomiast, proszę państwa, jak chciałbym od razu podkreślić na koniec, że bardzo ważną jest ta część organizacyjna. To jest bardzo, bo to jest podstawa jakichkolwiek działań legislacyjnych. I dlatego uzgodnienie tutaj, państwa stanowisko odnośnie tego dokumentu nazwijmy, to przedstawione przez stronę rządową, to jest szalenie ważne.

bw

21/15

Przewodnicząca:

Jeszcze chciał pan ~~przef~~xxx profesor....coś spytać.

Ob.....:

Jeszcze tylko jedno pytanie. W trakcie są opracowywane dosyć istotne projekty reform, czy projekty ustaw, przepraszam. Myślę znowu o tym, o tej ustawie o zawodzie lekarza, o izbach. Czy są przewidziane jeszcze jakiś poza 15-ym konsultacje, czy ... przewidujecie, czy też to już zostawimy do jakichś innych rozwiązań? Czy ten stół się kończy 15-ego czy to nie wiemy?

Przewodniczący:

Panie profesorze, .. nie umiemy odpowiedzieć panu. Natomiast mogę ja powiedzieć, że jeżeli chodzi o reformę, że o kierunki, to oto jest zapoczątkowanie procesu wdrażania dlatego, że będzie powołana komisja d/s praw nadzoru nad wdrażaniem, i muszą jeszcze zespoły specjalistyczne znające się na poszczególnych elementach dopracować przecież poszczególne części. To ten dokument nie mógłby być wdrożony.

Ob.....:

Mogę panu profesorowi odpowiedzieć, myśmy studiowali dość wnikliwie ostatnią wersję i mam tu w najnowszej wersji ustawy o izbach lekarskich i samorządzie lekarskim, i w żadnym elemencie ustawy nie ~~kążda~~ kłóć się z kierunkami reformy, bo tam zależy oczywiście, jak te kierunki będą dalej się rozwijały.

Jeśli chodzi o ustawę o zawodzie lekarskim to była tylko jedna sprawa, która mogaby się kłócić, ale w tym wariancie ona się nie kłóci, to znaczy czy będzie obowiązek

bw

21/16

pracy lekarza w społecznych zakładach służby zdrowia, uznawany jako obowiązek podstawowy, ponieważ według tego co się orientujemy tak zwany projekt posełski przewiduje taki wymóg, że lekarz może uprawiać prywatną praktykę, może pracować w spółdzielni, ale oficjalnie ma wymóg pracy w społecznej służbie zdrowia, z której może być zwolniony. Natomiast to nie jest jego dobrowolna, ponieważ jest wykształcony, przez państwo, itd. Jest to tylko jeden element, który dotyka tych kierunków reformy. Inne sprawy są tak zwanymi uregulowaniami szczegółowymi, które tutaj do reformy nie są w danym momencie potrzebne.

Ob.....:

... więc trzeba też sprowokować krótkie oświadczenie w tej sprawie. Nie tak, tylko przecież my musimy z czymś wyjść, skończyć. Nie to co jest w statucie, bo to w porządku.

Ob.....:

Ja chciałam, jeżeli można coś bardziej ogólnie powiedzieć, bo boję się, że wszyscy nagle się przestraszyli, że skończy się okrągły stół i nic się nie będzie robić dalej. Więc mnie się wydaje, że znowu powtarzam, że okrągły stół jest od spraw generalnych, od spraw polityczno-ekonomicznych, przemian w kraju. Od tego jak skończy się ten stół jak pójdzie dalej, przynajmniej dla naszych, jak pójdzie sprawa legalizacji Solidarności, legalizacji NZS i innych, i możliwości innych organizacji, oraz jakie będą ustalenia dotyczące czy ja wiem, ordynacji wyborczej, od tego zależy dalszy udział nas jako Solidarności w dalszych

bw

21/17

różnych poczynaniach, o których my się oczywiście nie uchylamy, ale po prostu zobaczymy, co będzie dalej.

Dlatego my teraz nie musimy czekać na jakąś ustawę. My możemy się domagać, żeby ta ustawa była, żeby ten projekt był ogłoszony, żebyśmy go wszyscy znali, ta grupa robocza zgodnie postanowiła. Wprawdzie myślę, że nie ma tutaj jakichś takich zmartwień, a my się tylko musimy zmieścić. w tym czasie.

Ob.....!

...wieś będzie miała swoje takie spotkania, chciałabym wiedzieć, z kim będziemy pracować...nikgo onie chcę urazić ani obrazić, taki jakiś niedosyt, że my przegadaliśmy, można powiedzieć, cały dzień, i to nie mówię, że jest to zmarnowany dzień, bo się... wypracowuje, ale jeżeli są powołane te zespoły, podzespoły, to ... mówiłam o nas, o narodzie polskim, że my przegadamy pół swojego czasu, pół swojego życia, żebyśmy postavili konkretne wnioski. Bo przecież jest tu forum tak wysokie, żebyśmy wyszli z konkretnymi propozycjami, albo przedstawie tekomisje, albo my się zgodzimy ~~aż~~ z tym albo nie zgodzimy, wtedy uwagi. Bo tutaj są takie, tak mi się wydaje, każdy mówi swoje zdanie, każdy swoje stanowisko, ja naprawdę nie chcę nikogo urazić, ale jako kobieta wiejska ja to tak rozumiem. Czuje się tu jako jedyna pacjentka w tym gronie i może to dlatego tak odczuwam.

Mówię to tak humorystycznie, ale nam też bardzo zależy, żeby nasz czas nie był zmarnowany. Ja też zostawiłam

bw

21/18

swoje gospodarstwo, rodzinę, dzieci, same pod opiekę męża i też bardzo mi zależy, żeby wyjechać i nie zmarnować tego czasu na próżno. Dziękuję bardzo.

Przewodniczący:

Dziękuję bardzo. I tutaj od razu proszę się umówić. Pani profesor potrzebna jest jedna osoba z państwa strony do wsi, czwartą godziną 13-tą, żeby stanowisko właśnie dopracować takie jak pani Zielińska mówi.

Umówicie się, państwo, dobrze? Bo ja rozumiem, że.

Ob.....:

Doc. .../Lipiński+?/ jest? Zgadza się wziąć udział w obradach zespołu d/s wsi?

Przewodniczący:

W takim razie gdybyśmy mogli podsumować ten wynik uzgodnień dlatego, żebyśmy się nie zgubili. Spotykamy się w środę o godz. 10-iej. 8-go. W środę, 8-ego, o godz. 10-iej. Ustaliliśmy, że będzie po pierwsze, część organizacyjna reformy, a więc stanowisko w stosunku do dokumentu przedstawionego, plus część kształceniowa. I dyskusja, dwa punkty tylko. I wydaje się, że te dwa punkty będą z doświadczeń naszych wynika, że te dwa punkty wypełnią nam program, tym bardziej, że jest wiele rzeczy, od tych organizacyjnych pochodnych. Będziemy mieli dwa stanowiska wypracowane przez zespół, te stanowiska, któreśmy dzisiaj uzgodnili, no to też pójdą później do profokołu końcowego. I że to jest na środę.

Czy w takim razie jeszcze jakieś głosy? W kwestii formalnej albo w kwestii merytorycznej?

bw

21/19

Jeżeli nie, to chciałbym bardzo podziękować za tę wielką wytrwałość i no i za to, żeście mnie państwo znosili jako tego przewodniczącego przez tyle godzin, że ja tu wyrobiłem za cztery grupy praktycznie, za czterech przewodniczących.

Ale ja postaram się, żeby te następne posiedzenia inną współprzewodniczący prowadzili przez dłuższy czas, dłuższą część obrad.

Chciałem podziękować serdecznie, dobrać państwu.

xxxxxx



Im. 46029